

PN ART-507
72097

INFORME FINAL

*Editado y producido por el proyecto "Análisis del Sector Salud",
bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el
Desarrollo Internacional USAID, Organización Panamericana de la
Salud/Organización Mundial para la Salud OPS/OMS, el Banco Mundial BM
y el Banco Interamericano de Desarrollo BID.*

Mayo, 1994

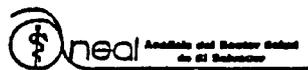
Francisco Becerra

***SITUACION
MATERNO- INFANTIL***

El Salvador

Análisis del Sector Salud

Mayo, 1994



Las opiniones expresadas en este informe son personales del (los) autor (es) y no expresan las opiniones de las agencias patrocinadoras (AID, BM, OPS/OMS, BID). La mención de marcas comerciales no implica endoso personal o de las agencias que han financiado este proyecto.

Mayo, 1994

INDICE

| | |
|-----------------------------|-----|
| LISTA DE SIGLAS O ACRONIMOS | i |
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| INTRODUCCION | v |
| RESUMEN EJECUTIVO | ix |

Capítulo I *La salud materno-infantil en El Salvador* 1

- 1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social//
 - 2 Instituto Salvadoreño del Seguro Social/3
 - 3 Organizaciones No Gubernamentales/3
 - 3.1 Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil/4
 - 3.2 Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil/4
 - 4 Indicadores generales/5
 - 4.1 Mortalidad materna y de la mujer/5
 - 4.2 Morbilidad materna/7
 - 4.3 Mortalidad infantil/9
 - 4.4 Mortalidad de la niñez/10
-

Capítulo II *Salud materna* 12

- 1 Componentes programáticos de la salud materna/13
 - 1.1 Control prenatal/13
 - 1.1.1 Coberturas/13
 - 1.1.2 Vacunación con toxoide tetánico/14
 - 1.1.3 Historia Clínica Perinatal Simplificada/15
 - 1.2 Atención del parto/15
 - 1.2.1 Atención del parto intrahospitalario/15
 - 1.2.2 Atención del parto extrahospitalario/16
 - 1.3 Atención del puerperio/17

Capítulo III *Salud de la mujer*

19

- 1 **Detección cáncer cervicouterino y mama/19**
 - 2 **Enfermedades de transmisión sexual/20**
 - 2.1 **Infección por VIH/SIDA/20**
 - 2.2 **Otras enfermedades de transmisión sexual/21**
 - 2.3 **Problemática/22**
 - 3 **Maltrato de la mujer/22**
-

Capítulo IV *Planificación familiar*

22

- 1 **Datos básicos de población/25**
 - 1.1 **Fecundidad/25**
 - 1.2 **Proyecciones de población/27**
 - 2 **Utilización de la planificación familiar/28**
 - 2.1 **Necesidades no satisfechas/31**
 - 2.2 **Proveedores de servicios de planificación familiar/31**
-

Capítulo V *Atención y control del recién nacido*

35

- 1 **Atención al recién nacido/35**
 - 1.1 **Atención perinatal/35**
- 2 **Lactancia materna/36**
 - 2.1 **Prácticas de alimentación de infantes y niños/36**
 - 2.2 **Promoción y capacitación/37**
 - 2.3 **Prácticas hospitalarias/37**
 - 2.4 **Prácticas de la comunidad/34**
 - 2.5 **Políticas de alimentación infantil/38**
- 3 **Control del crecimiento y desarrollo del niño/38**
 - 3.1 **Situación institucional/38**
 - 3.2 **Coberturas/39**

Capítulo VI *Control de enfermedades diarreicas* **43**

- 1 Problemática/43
 - 2 Indicadores de impacto/45
 - 3 Atención hospitalaria de la EDA/46
 - 4 Prevención y capacitación/47
-

Capítulo VII *Control de las infecciones respiratorias agudas* **49**

- 1 Problemática/49
 - 2 Acceso a tratamiento/50
 - 3 Prevención y capacitación/52
-

Capítulo VIII *Programa ampliado de inmunización* **53**

- 1 Coberturas/53
- 2 Estrategias de vacunación/55

Capítulo IX *Protección a grupos vulnerables* 57

- 1 Instituto Salvadoreño de Protección al Menor/57
 - 2 Salud de los adolescentes/59
-

Capítulo X *Estado nutricional de la población materno-infantil* 61

- 1 Bajo peso al nacer y nutrición materna/61
 - 2 Antropometría/61
 - 2.1 Estado nutricional en niños menores de 5 años/61
 - 3 Micronutrientes/63
 - 3.1 Deficiencia de yodo/63
 - 3.2 Deficiencia de vitamina A/63
 - 3.3 Deficiencia de hierro/63
 - 4 Programas nutricionales existentes/64
 - 4.1 Programas de entrega de alimentos/64
 - 4.2 Micronutrientes/69
-

Capítulo XI *Puntos críticos y recomendaciones* 73

ANEXOS

77

- 1 **Distribución porcentual de las defunciones
ocurridas durante la infancia o la niñez, FESAL-93/79**
 - 2 **Acciones del Programa de Control de Embarazo en el ISSS/80**
 - 3 **Casos y tasas de cobertura de TNN para 1987/93, MSPAS/81**
 - 4 **Cobertura de vacunación con toxoide tetánico
en municipios, MSPAS/82**
 - 5 **Distribución porcentual de los hijos nacidos vivos,
según lugar de atención en el parto, FESAL-93/83**
 - 6 **Conferencia sobre embarazo en adolescentes, PROCADES/84**
 - 7 **Recomendaciones concretas frente a programas alimentarios/85**
 - 8 **Proceso de revisión de los informes preliminares/86**
 - 9 **Personas entrevistadas/93**
-

BIBLIOGRAFIA

95

LISTA DE ACRONIMOS O SIGLAS

| | |
|------------|--|
| ADS | Asociación Demográfica Salvadoreña |
| APROCSAL | Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños |
| APSISA | Apoyo a los Sistemas de Salud |
| CALMA | Centro de Apoyo de la Lactancia Materna |
| CDC | Centro para la Defensa del Consumidor |
| CEE | Comunidad Económica Europea |
| CELADE | Centro Latinoamericano de Demografía |
| CENITEC | Centro de Investigaciones Tecnológicas y Científicas |
| CISE | Comité Interinstitucional de Salud y Educación |
| CISI | Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil |
| CONAMUS | Coordinación Nacional de la Mujer Salvadoreña |
| CRR | Centros Rurales de Nutrición |
| DJC | Desarrollo Juvenil Comunitario |
| FESAL | Encuesta Nacional de Salud Familiar |
| FUNDACOMUN | Fundación Salvadoreña para el desarrollo de la Mujer y el Niño |
| FUNDE | Fundación Nacional para el Desarrollo |
| ISSS | Instituto Salvadoreño del Seguro Social |
| MIPLAN | Ministerio de Planificación y Desarrollo Económico y Social |
| MSPAS | Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social |
| ONG | Organizaciones no Gubernamentales |
| PROCADES | Asociación Salvadoreña de Promoción, Capacitación y Desarrollo |
| PROSAMI | Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil |

| | |
|---------|--|
| PROVIDA | Asociación de Ayuda Comunitaria |
| PRSS | Proyecto de Rehabilitación de los Sectores Mundiales |
| SNF | Secretaría Nacional de la Familia |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| UNIPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |

AGRADECIMIENTOS

El autor desea expresar su agradecimiento a todas las personas, funcionarios y trabajadores del Sector Salud de El Salvador, quienes dentro de su valioso tiempo de trabajo y responsabilidades, pudieron dedicarle el espacio necesario para orientarle e informarle de la situación de los servicios de salud materno-infantil. Su ayuda fue valiosa para el buen desempeño de las actividades.

Una mención especial merecen los funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con quienes se trabajó y se discutieron muchos aspectos de la prestación de los servicios que, como consecuencia, ayudaron a moldear la confección del informe técnico final.

A los funcionarios de las diversas Organizaciones No Gubernamentales, quienes dedican su labor a la gente más necesitada y les acompaña el deseo y alegría de trabajar por este país.

A los representantes y colaboradores de las diversas Agencias Internacionales que hicieron posible este ejercicio y quienes apoyaron las diversas actividades logísticas del mismo.

A mis compañeros consultores, por compartir su experiencia y apoyo. En especial a Jaime Ayalde, por su guía técnica y apoyo, a Susan Kolodín por su apoyo incondicional y a Charles Lininger por su guía.

Especial mención a Alfredo J. Solari, Jefe del proyecto ANSAL, por su liderazgo y apoyo al haber mantenido el objetivo de este esfuerzo.

Las gracias a todo el equipo de edición encabezado por Aída Polío y al cuerpo secretarial por su apoyo incondicional.

INTRODUCCION

Dentro del marco del Análisis del Sector Salud en El Salvador (ANSAL), éste informe técnico trata de cubrir todos los aspectos programáticos de la salud materno-infantil, sin olvidar los aspectos sociales del mismo. Se pretende presentar lo más completamente posible, la situación de la salud materno-infantil en El Salvador, a través del análisis de la información a la cual se tuvo acceso, a fin de proponer alternativas de solución acordes a la realidad y situación del país.

Las características poblacionales de El Salvador dan importancia a las acciones de salud materno-infantil. De acuerdo al último censo de población, el 52 por ciento de los habitantes son mujeres y el 12,90 por ciento de la población son menores de 5 años. Existen 1.181.068 mujeres en edad fértil (15 a 44 años), lo que equivale al 44,97 por ciento de todas las mujeres. En conjunto, los menores de 5 años y las mujeres en edad fértil, representan el 36,3 por ciento de la población salvadoreña.

Los indicadores de salud del grupo materno-infantil refuerzan la importancia de las acciones dirigidas al mismo. La mortalidad materna, tiene una tasa de muerte intrainstitucional de 13,8/10.000 RNV en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). A nivel nacional el 51% de los partos se atiende intrahospitalariamente. La cobertura prenatal en la población abierta no sobrepasa el 25%. La mortalidad infantil se estima entre 45 y 55/1.000 RNV (UNICEF la ha situado para principios de 1994 en 52/1.000 RNV); cerca de la mitad de esas muertes ocurren en el período perinatal. Hay un subregistro importante de las muertes perinatales.

Según datos recopilados por ANSAL¹ aproximadamente la mitad de la población se encuentran por debajo de los límites de pobreza; esto hace crítica la situación de salud de esos grupos que habitan en zonas marginales urbanas o en áreas rurales remotas de poca accesibilidad a los servicios de salud quienes al no tener acceso a servicios privados, dependen de los servicios prestados por el Ministerio de Salud o por Organizaciones no Gubernamentales. Lo anterior representa un reto para los proveedores de servicios de atención materno-infantil, en cuanto a poder brindar servicios con calidad y oportunidad a esos grupos.

OBJETIVOS

Los objetivos del análisis de la salud materno-infantil se enmarcan dentro de los objetivos generales y lineamientos del proyecto *Análisis del Sector Salud en El Salvador* (ANSAL).

Objetivo general

Determinar la situación de la atención materno-infantil en El Salvador, a través de un análisis de la información a la cual se tenga acceso a fin de proponer alternativas de solución acordes a la situación y realidad del país.

Objetivos específicos

- Identificar las positivities, limitaciones, inconsistencias y vacíos existentes en cuanto a normatividad y políticas en el área de la atención materno-infantil.
- Identificar las ventajas y problemas logísticos en las diferentes áreas de acción de los componentes de la atención materno-infantil.

¹ Fiedler Jack. *Financiamiento del Sector Salud*, ANSAL

- Identificar las fortalezas, limitaciones o vacíos dentro de las áreas de supervisión, capacitación, educación en salud e información en lo relacionado a la atención materno-infantil.

Estrategias

- Coordinar las acciones para recolectar información, entrevistas y visitas con el resto de consultores del Proyecto ANSAL.
- Integrar los estudios complementarios relevantes a la salud materno-infantil, en el informe técnico de *Salud Materno-infantil*.
- Entrevistas con las diferentes contrapartes a nivel institucional, dentro del Sector Público.
- Entrevistas con representantes de las áreas de interés de las agencias internacionales, organismos no gubernamentales y otras instancias.
- Revisión de la información epidemiológica, estadística, normativa y de políticas en salud.
- Visitas de campo a las Regiones de Salud y a los diferentes niveles de atención de las organizaciones entrevistadas.

METODOLOGIA

La primera etapa de la consultoría se realizó durante el período comprendido entre el 4 de octubre y el 19 de noviembre de 1993. Esta comprendió la investigación y el desarrollo del borrador del informe. Para tales efectos se llevaron a cabo varias metodologías: visitas de campo, revisión de documentos y entrevistas, entre otras.

Se realizó la revisión de documentos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social; USAID/El Salvador, de las Organizaciones No Gubernamentales y otros documentos de consultores en el área de salud en el país.

Se realizaron entrevistas con funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; del Instituto Salvadoreño de Protección al Menor; de las Representaciones de la OPS/INCAP; Comunidad Económica Europea y UNICEF. También con representantes de la Asociación Demográfica Salvadoreña; PROSAMI; CISI; Fundación Knapp; CARITAS; FUSAL y Desarrollo Juvenil Comunitario (DJC) "Save the Children" (ver Anexo 9).

Se efectuaron visitas a establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Centro de Salud de Ilobasco, Hospital Santa Gertrudis en San Vicente, Hospital Francisco Menéndez en Ahuachapán, Centro de Salud de Chalchuapa, Unidad de Salud de Atiquizaya, Unidad de Salud de Berlín, Región Oriental en San Miguel, Hospital Nacional del Niño "Benjamín Bloom" y el Hospital de Maternidad.

Se visitaron comunidades en donde algunas ONG's realizan proyectos: con la fundación Knapp se visitó La Palma, San Ignacio y Los Planes de Citalá en el departamento de Chalatenango y en el Departamento de La Libertad. Con la ADS y Desarrollo Juvenil Comunitario (DJC) se visitó la localidad de El Triunfo en el Depto. de San Salvador. Con DJC se visitaron sus proyectos en San Martín y Las Lomas en el mismo departamento.

Dada la gran cantidad de información que sobre el tema de salud materno infantil existe en El Salvador, mucha de ella recientemente recabada, no se consideró necesario la realización de algún estudio especial para recabar información de fuentes primarias.

Este informe se auxilia de 5 estudios complementarios que investigaron sobre los temas de lactancia materna, planificación familiar, nutrición, agua y saneamiento y, VIH/SIDA/ETS².

La segunda etapa de la consultoría se desarrolló en el período comprendido entre el 1 y el 25 de febrero de 1994. Esta comprendió un programa de consulta de amplia participación que se realizó a través de una serie de reuniones en la que se hizo una revisión del contenido del borrador del informe. En el mismo, participaron representantes del Sector Salud y de la comunidad salvadoreña (Sector Público, Sector Privado, ONG's, políticos, etc.), quienes aportaron valiosas sugerencias y comentarios que han enriquecido el contenido del documento final. Una síntesis de los mismos se presenta en el Anexo 8.

Durante la consulta, se detectaron cinco *áreas temáticas prioritarias* del componente materno-infantil, cuyos puntos críticos y recomendaciones se presentan en el capítulo XI de este documento.

² *Evaluación de la Situación del VIH/SIDA y ETS*, Paula Hollerbach y otros; *Evaluación de la Situación de la Lactancia Materna en El Salvador*, Herberth Betancourt y otros; *Evaluación sobre Planificación Familiar*, Charles A. Lininger; *Evaluación sobre Nutrición*, Fernando Vio; *Situación de Agua y Saneamiento*, Eladio Prado y otros. De requerir información más detallada sobre alguno de los puntos relacionados con los informes complementarios se recomienda su consulta específica. Estos documentos están a su disposición en las oficinas de ANSAL en San Salvador, en la representación de la AID en San Salvador o en las Agencias que financiaron las correspondientes evaluaciones.

RESUMEN EJECUTIVO

La diversidad de proveedores en el área de salud materno-infantil en El Salvador es muy amplia, siendo las más importantes el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y las Organizaciones no Gubernamentales (ONG).

El número de ONG's que trabajan en salud es muy amplio. Varias de ellas se agrupan en dos organizaciones tipo sombrilla: el Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil (CISI) y el Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI).

El 36,3% de la población salvadoreña integran el grupo materno-infantil.

Se recomienda que el MSPAS fortalezca las políticas de atención materno-infantil haciéndolas explícitas y ampliamente difundidas. Las mismas deben contar con la participación de todas las instituciones y organizaciones activas dentro del Sector Salud, de manera que se puedan establecer y lograr objetivos comunes. Para tal efecto, es necesario que el MSPAS asuma su papel como ente rector del Sector, de forma que procure la unificación de normas y criterios.

La normatividad, existente desde 1972, fue actualizada en 1991 por el MSPAS y legalmente sólo se aplican al interior del Ministerio. Sin embargo, es la que en la actualidad utilizan la mayoría de los prestadores de servicios; el MSPAS ha considerado necesario la actualización a las normas. Este esfuerzo podría fortalecerse con la creación de una comisión interinstitucional que podría albergarse al amparo del Consejo Superior de Salud Pública, en donde se realice la adecuación de la normatividad con la participación de los diversos representantes del Sector Salud.

El sistema de estadísticas vitales no aporta cifras confiables; en el MSPAS existen sistemas de información paralelos que no se han logrado unificar. La información epidemiológica requiere ser reforzada para que sea más útil en la toma de decisiones gerenciales de los diversos programas. Se debe reforzar todo el sistema de estadísticas nacionales y del MSPAS. La coordinación dentro del MSPAS requiere ser reforzada para lograr mayor eficiencia.

La mortalidad materna intrahospitalaria del MSPAS para 1993 fue de 11,9/10.000, la del ISSS 1,5/10.000. No hay datos recientes sobre mortalidad materna en el país, sin embargo, en un estudio que abarcó el período 1983-1987, se determinó que la mortalidad materna 14,8/10.000. Las principales causas de mortalidad materna son hemorragia, eclampsia y sepsis; además se reporta la intoxicación por organofosforados como una de las principales causas externas de mortalidad.

Un gran número de mujeres que son atendidas por parto en los establecimientos de salud, nunca recibieron atención prenatal. El parto es el primer contacto con un establecimiento o proveedor de salud. Existen pocos datos nacionales en cuanto a la morbilidad presentada durante la gestación. Se hacen esfuerzos importantes para la implementación de la Historia Clínica Perinatal Simplificada.

En cuanto a la atención del parto, según FESAL-93 el 51% se atiende a nivel hospitalario, el 36,4% es atendido por parteras y el 12,6% no recibe atención capacitada o la mujer da a luz sin atención alguna. El 30% de los embarazos corresponden a mujeres menores de 20 años, es decir, son en embarazos de alto riesgo.

El MSPAS tiene 3.268 parteras registradas pero no todas reportan sus acciones. La capacitación continuada no llega a todas ellas y, por lo mismo, sus acciones se ven limitadas cuando se refieren al control y

seguimiento del embarazo sin riesgo, atención del parto y control del puerperio. Existe un plan con financiamiento múltiple tendiente a reforzar esta área. En general, las acciones integrales de control del embarazo, parto y puerperio no tienen las coberturas ni las acciones que se requieren para poder impactar positivamente en los niveles de salud.

El Salvador tiene la tasa de cáncer cervicouterino más alta de Latinoamérica (84/100.000 mujeres entre 35 y 65 años). Esta sigue alta a pesar de haberse incrementado la cobertura de citologías en general, pero especialmente, en mujeres que lo solicitan por primera vez. Se deben continuar los esfuerzos en este sentido.

La tasa de cáncer de mama es de 26/100.000 mujeres en riesgo. Las acciones que se realizan en este sentido se centran en promover el autoexamen.

La tasa global de fecundidad ha descendido de 4,6 en 1988 a 3,9 en 1993, observándose un mayor descenso en la zona rural donde, sin embargo, aún se mantiene alta con una tasa de 5,0. El crecimiento poblacional se puede ver afectado al futuro por varias causas, tales como el retorno de emigrantes y la mayor proporción de mujeres en la población, principalmente en los grupos de edad fértil.

La prevalencia de contracepción entre mujeres de 15 a 44 años es del 53 por ciento para 1993; el 60% se debe a esterilización femenina. La utilización de métodos efectivos para el espaciamiento de los hijos en realidad no ha aumentado en forma significativa desde 1973.

Este tipo de "planificación familiar" hace que no exista espaciamiento entre los embarazos, especialmente en mujeres jóvenes. En consecuencia los problemas de salud materna se vean complicados por embarazos consecutivos en mujeres de predominio joven, con poco control integral del embarazo, parto y puerperio y con niveles importantes de malnutrición materna.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la infección por VIH y los casos de SIDA se han incrementado en forma significativa. El patrón de transmisión pasó, en un periodo de 6 años, de una modalidad homosexual a una heterosexual. La mayoría de los casos se encuentran en el grupo de edad fértil y productiva. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) van en aumento, lo mismo que los casos de sífilis neonatal. El grupo de adolescentes se encuentra desprotegido y es primordial su inclusión en las acciones de prevención y educación sexual. La mujer en general, requiere de información en cuanto a espaciamiento de embarazos y prevención de ETS.

Existe una ONG que trabaja con mujeres maltratadas y/o violadas; en su clínica han atendido a 700 mujeres desde 1990. La Secretaría Nacional de la Familia ha establecido tres clínicas similares en hospitales regionales del MSPAS.

Los indicadores para salud infantil tienen un subregistro importante. Para inicios de 1994, UNICEF sitúa la tasa mortalidad infantil en 52/1.000 RNV; una gran proporción de las muertes infantiles ocurre antes de los 28 días de edad y, la principal causa, es el bajo peso al nacer. Las diarreas y las infecciones respiratorias agudas son las responsables de la mayoría de las muertes postnatales y de la niñez, ambos están asociados a una desnutrición importante en la población infantil.

Las acciones de control y seguimiento de los recién nacidos y, después, de control y desarrollo del niño no cubren los objetivos propuestos. La inadecuada vinculación de las acciones a nivel operativo no permite la detección temprana de problemas, principalmente los nutricionales.

La tasa de acceso a la terapia de rehidratación oral (TRO) es del 84%; el uso de las sales de rehidratación oral (SRO) se sitúa entre 45 y 51%. La tasa de episodios de diarrea por año por niño es de 4,1. La prevalencia se sitúa entre el 30 y el 42 por ciento.

Las ONG's promueven ampliamente el uso de la TRO y realizan detección activa de casos. Estos esfuerzos, apoyados con la implementación de Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROCs), tendrán un impacto positivo, sobre todo a nivel rural.

Hay vacíos en las normas actuales y duplicidad en las mismas sobre diarreas, por parte del MSPAS. Se deben actualizar las normas, reforzarlas con una política nacional clara y explícita e incorporar componentes preventivos a las mismas.

De acuerdo con FESAL-93, las IRAs son la segunda causa de mortalidad infantil y la primera en el grupo de 1 a 4 años. En 1992 las IRAs fueron responsables del 24,6% de la patología reportada por el MSPAS.

Las coberturas de vacunación han mejorado; no se han reportado casos de polio ni de pertussis en los últimos años. El tétanos neonatal ha descendido en forma importante.

Dado el tipo de problemática encontrada, se recomienda la concentración de esfuerzos en las siguientes áreas temáticas prioritarias:

- Atención integral del embarazo, parto y puerperio, con un enfoque de riesgo.
- Multiparidad en mujeres jóvenes (menores de 20 años).
- Mortalidad infantil y de la niñez, principalmente por diarreas e infecciones respiratorias agudas.
- Malnutrición de la madre y el hijo.
- ETS/SIDA.

I LA SALUD MATERNO INFANTIL EN EL SALVADOR

I Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es el proveedor más grande y con mayor cobertura de servicios de salud materno-infantil en El Salvador. Sus dos modalidades de prestación de servicios intramuros y extramuros le permite un mayor alcance a la población. El MSPAS estima tener bajo su responsabilidad a cerca del 80% del total de la población.

Los servicios intramuros se prestan a través de una red de 362 establecimientos de salud que abarca los tres niveles de atención. En el país, el servicio de tercer nivel pediátrico y gineco-obstétrico, se da en el Hospital Benjamín Bloom y en el Hospital de Maternidad, respectivamente.

Las acciones extramuros se llevan cabo a través de 1.442 promotores de salud y de 2.948 parteras empíricas que han sido capacitadas por el Ministerio.

Departamento Materno Infantil

Recae en el Departamento Materno Infantil (DMI), que forma parte de la División de Atención Integral a la Persona, la coordinación y planificación de las actividades para la atención infantil y la atención materna. *La atención materna* comprende: atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; planificación familiar; control del cáncer cervicouterino y de mama y la capacitación a parteras empíricas. *La atención infantil* incluye: control de diarreas; control de las infecciones respiratorias agudas (IRA); lactancia materna y, el Control y Desarrollo del Niño.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se encuentra bajo la coordinación de la Unidad de Epidemiología, mientras que el Departamento de Nutrición es el encargado de la operación y supervisión de los programas alimentarios.

En 1991 se publicó el *Manual Integrado de Normas para la Atención Materno Infantil*, el cual es utilizado actualmente, aunque las normas no son legalmente obligatorias para todo el Sector, ya que están destinadas para la aplicación en los establecimientos del MSPAS. Sin embargo, en la práctica son las que sigue la mayor parte de los integrantes del Sector Salud. El Departamento Materno Infantil ha previsto la necesidad de revisar y adecuar las mismas.

El Departamento de Estadística procesa la información originada en los programas preventivos y asistenciales del MSPAS. Por diferentes razones se maneja con variados retrasos y, por lo mismo, los responsables de los programas de salud materno-infantil a nivel central, no cuentan con la información oportuna de lo que sucede a nivel operativo, en cuanto a las acciones y vigilancia epidemiológica. Esta situación crea un vacío de información que obstaculiza un mejor manejo gerencial de los programas.

La supervisión de los programas se realiza del nivel central al regional y de éste al local. El nivel central llega al nivel local cuando la problemática detectada así lo requiere. La supervisión se realiza con equipos multiprogramáticos o multidisiplinarios compuestos por 8 o 10 personas de diferentes departamentos y una o más personas del DMI. No todos salen en cada ocasión y aunque se basan en las *Normas del Manual de Supervisión* del MSPAS, no siempre utilizan la guía de supervisión la cual permite unificar las visitas a los establecimientos y detectar puntos críticos de la operación; el cumplimiento de la supervisión varía entre los diversos equipos. El Banco Mundial está dando apoyo para mejorar el sistema de supervisión, cuyo proceso se encuentra en evaluación.

Se detectó la necesidad de reforzar la capacidad gerencial de los responsables de los programas. Para lo cual se sugiere la creación de un curso corto, tipo capacitación continuada a tiempo parcial y no mayor de tres meses en el que se cubran los principales aspectos de gerencia de los programas de planificación, uso de indicadores, etc..

Departamento de Salud Comunitaria

El Departamento de Salud Comunitaria (DSC), fue creado en 1989 como un ente integrador de los grupos que ejecutan programas de atención primaria.

El recurso humano que tiene un contacto más directo con los usuarios en los programas de atención primaria, es el promotor de salud; sus acciones las realiza en la comunidad e incluyen, como primer paso, un diagnóstico inicial en el cual participan los integrantes de la misma, quienes identifican los problemas y sus posibles soluciones. Los datos que resultan del diagnóstico son presentados a toda la comunidad y, en base a los mismos, se elabora un plan de trabajo anual que rige las actividades del promotor. Una vez establecidas las prioridades, el trabajo de educación y promoción se centra principalmente en los problemas detectados, sin obviar las acciones preventivas y la detección oportuna de enfermedades para su pronta canalización a los niveles adecuados de atención, de requerirlo el caso.

Cada promotor en su área de influencia atiende en promedio 250 viviendas o 1.500 personas (atienden al 3,1% menores de 1 año, al 12% entre 1 y 5 años, 20,3% de mujeres entre 15,3% entre 15 y 44 años y, al 64,5% de otras edades).

El sistema de información gerencial de los promotores se maneja en forma independiente a los otros sistemas del MSPAS; sus actividades las informa, mensualmente, a la unidad de salud que le corresponde, en donde se elabora el concentrado de las actividades de todos los promotores del área de influencia de esa unidad; luego se envía ese concentrado al nivel regional y de éste al nivel central.

Cada promotor devenga un salario mensual de 1.300,00 colones y son parte del presupuesto regular del MSPAS. Debido a diversos factores, no todos los promotores son elegidos por la comunidad, ni todos son originarios de la comunidad en la cual sirven.

Unidad de Educación para la Salud

Las principales acciones de la Unidad son en apoyo a la promoción, mercadeo social y educación para la salud en todos los programas del Ministerio. La oficina a nivel central cuenta con 11 empleados en área técnica y 4 de apoyo; a nivel nacional con 52 educadores para la salud. El MSPAS absorbe los salarios pero, para producir el material de apoyo dependen de donaciones o convenios especiales con las agencias internacionales. La Unidad está tomando una participación cada vez más importante dentro del MSPAS.

La Unidad elabora mensajes educativos que pueden transmitirse en los medios de comunicación social, sin embargo, estos esfuerzos se estancan debido a la falta de presupuesto para derechos de transmisión. En muchas ocasiones se ha logrado difundir los mensajes gratuitamente pero debido a los cortos espacios de transmisión que obtienen, los objetivos de educación no se logran con la fuerza que se necesita. Se sugiere que el Ministerio gestione a través del Gobierno Central el otorgamiento de espacios de transmisión gratis para los mensajes educativos, preferiblemente aquellos de materno-infantil.

Uno de los mayores logros de la Unidad que ha merecido elogio internacional, es la creación de la serie de documentos para educación a distancia llamados SILOGUIAS. Con los mismos se prepara al personal de salud y a los líderes de la comunidad para su participación en los SILOS.

El Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI), mediante un convenio de cooperación con el MSPAS, reproduce los materiales elaborados por la Unidad los cuales son utilizados por la ONG's afiliadas al Proyecto.

Algunos programas y proyectos reciben ayuda de organismos internacionales y, por ello, los mismos se ejecutan en forma independiente de las actividades normales del Ministerio. En consecuencia, se presentan una serie de obstáculos que dificultan la coordinación entre los departamentos y unidades del MSPAS. Pese a esta situación, se hacen esfuerzos para mejorar la coordinación.

Para fortalecer los programas de educación en salud, se recomienda la creación de un comité técnico interno, interagencial o intrasectorial que coordine todas las actividades de educación del MSPAS y refuerce técnicamente el contenido de los programas.

2 Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), cubre al 11.5% de la población salvadoreña; al principio solamente cubría al trabajador; la cobertura se ha ido ampliando. A partir de 1993 se ha iniciado la incorporación de los menores de edad, siguiendo la cohorte hasta completar los seis años de edad. Este programa de ampliación de cobertura se presta para realizar un estudio de cohortes en la población infantil, ya que toda ella es cautiva desde su inscripción y hasta que cumplan los seis años de edad.

Las acciones de salud materno-infantil se coordinan en el Departamento de Medicina Preventiva, donde se manejan siete programas. Uno de estos es el de salud reproductiva y atención infantil que cuenta con tres sub-programas: atención infantil, atención materna y planificación familiar. En estos últimos se contempla el conjunto de acciones dirigidas a la prevención y protección de la salud de la mujer y el niño, las cuales son aplicadas en las empresas afiliadas a través de Educadores en Salud en lo que se refiere a la promoción y la prevención. En los Centros de Atención las acciones se prestan por medio del personal médico y paramédico.

Las actividades de cada programa se desarrollan en los Centros de Atención bajo la responsabilidad de los directores de hospital y en los niveles regionales respectivos. Son apoyados y asesorados por medio de capacitaciones, supervisiones y evaluaciones desde el nivel central del ISSS.

El Programa de Epidemiología, ha listado sus principales causas de morbilidad, en las que se encuentra una mezcla interesante entre enfermedades infectocontagiosas, propias de la población trabajadora y las crónicas degenerativas. En el universo del ISSS, se aprecia un interesante fenómeno de transición epidemiológica.

Los manuales de normas y procedimientos (en impresión), se generan a partir de la aplicación y adecuación de las normas del MSPAS a las características y necesidades del ISSS.

Su sistema de información se encuentra computarizado y reciben la información nacional de sus Centros de Atención entre los primeros 10 días de cada mes.

3 Organizaciones No Gubernamentales

Las ONG's han experimentado un crecimiento muy rápido en El Salvador. La mayoría de las ONG's que trabajan en salud se agrupan básicamente bajo dos organizaciones sombrilla: el Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil (CISI) y el Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI).

3.1 Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil

El CISI, integrado por 8 ONG's fue creado en 1988 a iniciativa del MSPAS y con el apoyo de UNICEF. En la actualidad se han afiliado más de 30 organizaciones; se maneja en forma independiente y cuenta con personería jurídica.

Lo rige una Asamblea General constituida por todos los miembros, quienes eligen una Junta Directiva de 7 miembros *ad honorem*, quienes toman las decisiones de la Organización.

Su fuente de financiamiento principal proviene de donaciones o proyectos concertados con organismos internacionales, de aportaciones del MSPAS y de una cuota mensual de 100 colones que cada ONG miembro debe aportar.

La estrategia actual de CISI, y de muchas de sus afiliadas, es la creación de Casas de Salud Comunitarias, cuya principal actividad es la terapia de rehidratación oral (TRO). La estrategia comprende 4 fases, en cada una de ellas, se han logrado establecer 150 Casas de Salud Comunitarias. Adicionalmente, se han escogido a los 150 mejores promotores de las 600 Casas de Salud Comunitarias, para que reciban capacitación sobre otras acciones de supervivencia infantil (IRAs, inmunizaciones, lactancia materna y control del desarrollo y crecimiento del niño).

Cabe resaltar que los promotores de salud de la organización, son voluntarios. Sin embargo, cuando los promotores terminan su trabajo las ONG's les ofrecen estímulos en especie. El CISI por su parte, cubre con los fondos de las donaciones, los gastos de transporte, alimentación y material de apoyo para la capacitación, así como el equipo para la casa de salud.

3.2 Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil

Este proyecto surgió como una respuesta a la necesidad de incrementar el acceso a servicios de salud de una proporción importante de los habitantes de zonas rurales, a consecuencia de la larga guerra civil. La Misión de AID en El Salvador contrató en 1990, los servicios de Medical Service Corporation International (MSCI), para la implementación de un programa que solucionara esta problemática.

El objetivo del Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI) es mejorar el nivel de salud de 350.000 habitantes de las zonas rurales y marginal urbana, a través de 36 ONG's, a las cuales debe proporcionarle apoyo técnico y financiero.

PROSAMI divide sus acciones de apoyo en tres grandes áreas interrelacionadas: prestación de servicios en salud materna e infantil; fortalecimiento institucional de las ONG's participantes y, la tercera, es la coordinación, desarrollo de políticas e investigación.

A su vez, el Proyecto se divide en 7 estrategias técnicas: (1) enfermedades diarreicas y parasitosis; (2) infecciones respiratorias; (3) nutrición, incluyendo crecimiento y desarrollo; (4) salud materna, incluyendo control prenatal, nacimiento, atención postparto y planificación familiar; (5) inmunizaciones; (6) salud perinatal y neonatal y, (7) participación comunitaria.

Los 14 departamentos de El Salvador se encuentran influenciados por alguna organización que trabaja bajo el financiamiento y coordinación de PROSAMI, llegando a y trabajando con sectores muy diversos, entre los que se hallan organizaciones relacionadas con el FMLN y la iglesia.

Con sus acciones de fortalecimiento institucional a las ONG's, PROSAMI ha unificado el reporte y la recolección de datos, la utilización de indicadores específicos para la programación de actividades y metas, así como la creación de un cuadro básico de medicamentos para el promotor de salud.

En el primer año de actividades, PROSAMI destinó el 44,6% del gasto a capacitación, el 45,6% a la adquisición de bienes, mientras que el 7,3% correspondió a personal y el 2,5% a la administración. Cada ONG participante conoce los gastos de PROSAMI y la aplicación de los mismos. El costo de las actividades desarrolladas durante el período 1990-1991, 11.257.538.00 colones, con una cobertura de 148.000 personas en ese período, lo que resultó en un costo *per cápita* de 76,06 colones.

4 Indicadores generales

4.1 Mortalidad materna y de la mujer

Mortalidad materna

Para el nivel nacional, los datos sobre mortalidad materna para el período 1987 a 1990 se presentan en el Cuadro No.1. Los datos sobre mortalidad materna institucional del MSPAS, se presentan en el Cuadro No.2.

Cuadro No. 1

MORTALIDAD MATERNA EN EL SALVADOR 1987-1990

| Año | No. muertes | Tasa por 10.000 RNV |
|------|-------------|---------------------|
| 1987 | 68 | 4,6 |
| 1988 | 71 | 4,8 |
| 1989 | 59 | 3,9 |
| 1990 | 55 | 3,7 |

Fuente: *Salud Pública en Cifras*, 1991.

Cuadro No. 2

MORTALIDAD MATERNA INSTITUCIONAL, MSPAS 1990 - 1993

| Año | Tasa por 10.000 RNV |
|------|---------------------|
| 1990 | 10,9 |
| 1991 | 12,0 |
| 1992 | 8,9 |
| 1993 | 13,8 |

Fuente: *Estadísticas de Establecimientos de Salud*, Departamento Materno Infantil, MSPAS.

Esta diferencia entre los datos de defunción que se recopilan a nivel nacional y las estadísticas internas del MSPAS, muestran que hay subregistro y fallas de clasificación importantes; las estadísticas del MSPAS son más confiables ya que son tomadas de sus registros hospitalarios.

La mortalidad materna por grupo de edad en el MSPAS para 1990-1992, se presenta en el Cuadro No. 3. Llama la atención los altos porcentajes para los años 90 y 91 en el grupo de 15 a 19 ya que para 1992 se redujo significativamente. De igual forma es de hacer resaltar el incremento para los dos últimos años en el grupo de 35 y más.

Para 1992, el Departamento Materno Infantil del MSPAS reporta como las principales causas de mortalidad materna a la hemorragia uterina (34,04%) y la toxemia del embarazo (34,0%). Le sigue la sepsis, ya sea puerperal o postaborto (10,63%) y otras causas varias, entre las que se hallan el embolismo de líquido amniótico. Dentro de la información recopilada, se encontró un estudio publicado con datos de mortalidad en El Salvador³, en el cual se afirma que la intoxicación por órgano-fosforados es la primera causa de mortalidad materna no relacionadas con el embarazo.

Sin embargo, cabe aclarar que no todas las muertes que ocurren en los hospitales fueron atendidas en los mismos. La gran mayoría de éstas muertes ocurre en mujeres que atendándose el parto en otro lugar, llegan a los hospitales debido a complicaciones importantes y, muchas de ellas, fallecen dentro de las primeras 24 horas, como se explica en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 3

MORTALIDAD MATERNA INSTITUCIONAL POR GRUPO DE EDAD, 1990-92
Tasa por 10,000 RNV

| Año Grupo de Edad | 1990 | 1991 | 1992 |
|----------------------|------|------|------|
| < 19 | 31,4 | 17,9 | 9,8 |
| 20-24 | 21,6 | 20,9 | 29,4 |
| 25-29 | 19,6 | 19,4 | 15,7 |
| 30-34 | 17,6 | 15,9 | 19,6 |
| 35 y más | 9,8 | 22,4 | 25,4 |
| Se ignora | 0 | 4,5 | 0 |

Fuente: *Estadísticas de Establecimientos de Salud*,
Departamento Materno Infantil, MSPAS.

En 1992 el Hospital de Maternidad, reportó 15 muertes maternas directas, de las cuales 11 fallecieron antes de las 48 horas de estancia. Esto significa que la mayoría de las mujeres que murieron en el hospital, fueron atendidas ya sea en otros establecimientos médicos o en sus hogares y llegaron al hospital por presentar complicaciones. Se sabe que el 93,5% de las muertes maternas ocurren en mujeres que no han utilizado algún

³ Jarquín Gonzáles, Douglas, *Mortalidad materna institucional en El Salvador, 1983-1987*, Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

método de planificación familiar y que casi las dos terceras partes (72,1%) de las mismas, no habían recibido consulta alguna de control prenatal⁴.

Los datos de mortalidad para el período de enero a octubre de 1993 en el mismo Hospital, reportan 28 muertes maternas de las cuales 6 ocurrieron dentro de la primera hora de estancia en la sala de emergencia, 7 con menos de 15 horas de ingreso, 13 con un día de estancia y dos con dos días de estancia. Se desconoce el tiempo transcurrido entre el ingreso y la muerte materna en los demás establecimientos del Ministerio.

La mortalidad materna en los establecimientos del ISSS para 1993, fue de 1,5/10.000 RNV, dato que está por debajo de lo que reporta el MSPAS para su población.

El espaciamiento de los embarazos es lo que en realidad tiene un impacto mayor en la disminución de la mortalidad materna. La madre puede recuperarse del desgaste nutricional y de la demanda física que el embarazo hace a su cuerpo.

Mortalidad en la mujer

Las estadísticas nacionales separan la mortalidad por grupo de edad pero no por sexo. De esta forma, se desconoce el comportamiento de la patología condicionante de muerte en los diversos grupos de edad femeninos.

Se sabe que la tasa de cáncer cervicouterino es de 84/100.000 mujeres en riesgo⁵ (de 35 a 60 años), y que la mayoría mueren antes de los cinco años después de establecido el diagnóstico. Por otro lado, el cáncer de mama tiene una tasa de 26/100.000 mujeres en riesgo, no se sabe mucho acerca de la sobrevida post-diagnóstico.

4.2 Morbilidad materna

La morbilidad materna está directamente relacionada con los problemas del embarazo. Se sabe que cerca del 30% de los partos se producen en menores de 20 años, lo que hace que sean embarazos de alto riesgo. El tipo de morbilidad que la madre presenta durante el embarazo se conoce bien en el Hospital de Maternidad en donde se trabaja con la Historia Clínica Perinatal desde hace 5 años. Se presentan los datos del reporte de morbilidad de enero a octubre de 1993 en el Cuadro No. 4 ubicado en la siguiente página.

⁴ Idem.

⁵ La tasa se obtuvo como resultado de los esfuerzos entre el MSPAS, ISSS y La Liga del Cáncer para recolectar las estadísticas de las tres instituciones.

Cuadro No. 4

MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD
Enero-octubre 1993

| Patología | No. | % |
|----------------------------|-------|------|
| Sin vacuna antitetánica | 6,720 | 46,8 |
| Otras patologías (no esp.) | 1,306 | 9,0 |
| Hemorragia 1er. Trimestre | 946 | 6,5 |
| Desproporción Cef/Pelv | 739 | 5,1 |
| Rotura prematura membran. | 698 | 4,8 |
| Preeclampsia | 416 | 2,9 |
| Amenaza parto prematuro | 381 | 2,6 |
| Embarazo múltiple | 220 | 1,5 |
| Otras infecciones | 199 | 1,4 |
| Retardo crecimiento fetal | 177 | 1,2 |
| Infección urinaria | 128 | 0,9 |
| Hemorragia 3er. trimestre | 59 | 0,4 |
| Hemorragia 2do. trimestre | 51 | 0,4 |
| Infección puerperal | 35 | 0,2 |
| Hipertensión previa | 27 | 0,2 |
| Cardiopatía | 24 | 0,2 |
| Eclampsia | 23 | 0,2 |
| Hemorragia puerperal | 17 | 0,1 |
| Anemia crónica | 14 | 0,1 |
| Diabetes | 14 | 0,1 |
| VDRL positivo | 12 | 0,1 |
| Parasitosis | 10 | 0,1 |

Fuente: Historia Clínica Perinatal, Hospital de Maternidad

Los datos etiológicos del Hospital de Maternidad (hospital de concentración), pueden ser representativos de la morbilidad materna general, dado el número de mujeres captados en ellos. Lo que pareciera hablar de un sistema de referencia adecuado para captar patologías de alto riesgo, se ve opacado debido a que el 75% de las mujeres que fueron atendidas para la resolución del embarazo o que acudían con algún problema, llegaron sin haber recibido consulta previa de control prenatal. La tasa de morbilidad para el Hospital de Maternidad fue de 50,6%, mientras que para el Hospital lo. de Mayo del ISSS fue del 34,4%⁶.

4.3 Mortalidad infantil

En el período 1950-1993, El Salvador ha logrado un descenso de su Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de dos terceras partes (150,4 a 55/mil RNV). Otros países de la región, como Nicaragua, han logrado reducir su TMI sólo a la mitad.

Existen varias fuentes que reportan la mortalidad infantil y a la vez, hay una gran variación entre las mismas. Esta variación es en ocasiones importante, por lo que se presentan en el Cuadro No. 5, las fuentes y los datos correspondientes a los años entre 1985 y 1992.

Cuadro No. 5

DIFERENTES TMI SEGÚN FUENTE Y AÑO SELECCIONADO

| Fuente | Año | T.M.I. |
|--------------------|---------|--------|
| Proyección MIPLAN | 1985/90 | 57,4 |
| FESAL-88 | 1987 | 55,0 |
| Estad. Vitales | 1988 | 25,8 |
| Hijo Previo MIPLAN | 1989 | 60,2 |
| MSPAS/UNICEF/INCAP | 1992 | 55,0 |

Fuentes: Varias, citadas.

Las tres encuestas del Ministerio de Planificación y Desarrollo (MIPLAN) aplicando la metodología del hijo previo (1989, 1991 y 1992) con apoyo de Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), han encontrando que la mortalidad infantil ha disminuido en forma progresiva. En la primera encuesta se encontró que la TMI era de 60.2/1,000 RNV; en la segunda, reportó una TMI de 55.5 y en la tercera encuesta, de la que aún no se publican los datos, reporta una TMI de 44/1,000 RNV.

MIPLAN reporta que la mayoría de las muertes ocurren en menores cuyas madres tienen entre 15 y 19 años de edad. Para la última encuesta de MIPLAN, la tasa de mortalidad para este grupo se ubicó en 54,4/1.000 RNV.

⁶ Jarquín G. Douglas, *Estudio Multicéntrico Centrouamericano*, presentado en el Congreso Centro y Latinoamericano de Ginecología, Panamá, noviembre de 1993.

En el informe de un estudio sobre mortalidad infantil realizado por UNICEF (Enero 1994), concluyeron que la mortalidad infantil nacional se situaba en 52/1.000 RNV. Los últimos datos de la organización en relación con el promedio de mortalidad infantil en Latinoamérica, la sitúan en 52/1.000 RNV para 1990. En el mismo reporte, El Salvador tiene una TMI de 56/1.000 RNV⁷.

Las causas más frecuentes de mortalidad infantil, según resultados de FESAL-93, son: deshidratación por diarrea (19%), bajo peso al nacer o prematurez (18.1%) e IRAs (16.3%).

Mortalidad del período perinatal

En cuanto a la edad de la ocurrencia de la mortalidad infantil, cerca de la mitad de ésta ocurre antes de los 28 días⁸.

FESAL-93 reporta que las tres principales causas de mortalidad neonatal son: bajo peso al nacer o prematurez (34.2%), trauma al nacimiento o asfixia (17.9%) y anomalías congénitas (14.5%).

En el Hospital de Maternidad, del total de partos atendidos durante el período enero-octubre de 1993 (n=14,571), el 10,8% de los nacimientos fueron de bajo peso al nacer (<2,500 g) lo cual influye en la mortalidad neonatal.

Mortalidad en el período postnatal

En cuanto a las muertes postnatales (más de 29 días y menos de 11 meses), las primeras tres causas de defunción reportadas por la FESAL-93 son deshidratación por diarrea (35,6%), IRA (32,7%) y la sepsis o falla de órganos múltiples (10,6%).

Las muertes por diarrea y por infecciones respiratorias agudas (IRA) conforman el 67,9% de todas las defunciones que ocurren en este grupo. Muchas de estas muertes pueden originarse a causa del poco uso de la lactancia materna exclusiva, a problemas de higiene y, al uso de agua no segura.

Subregistro

Si al número de nacimientos ocurridos en el país en 1991 (151.210) se le aplica la tasa de mortalidad infantil de 52/1.000 RNV, tenemos como resultante un total de 7.862 fallecimientos. Aplicando las muertes reportadas por DIGESTYC, para el mismo período (3.702), obtenemos una diferencia de 4,160 defunciones en menores de un año que no fueron registradas.

Este subregistro se puede deber a la menor importancia legal y social que se le da, en el medio rural, a la certificación de la muerte de un menor.

4.4 Mortalidad de la niñez

La mortalidad de la niñez (menores de 5 años) ha descendido en forma importante. En 1950 la tasa era de 224,9 mientras que para 1990, se calculaba en una tasa de 54,6.

Salud Pública en Cifras de 1991, reporta solamente la mortalidad proporcional en menores de 5 años para los años del período 1987/1990, la proporción varía entre 17,5% (1990) y 19,7% (1987 y 1988).

⁷ *Los Niños en las Américas*, UNICEF, 1992.

⁸ Investigación sobre *Mortalidad Infantil Aplicando el Procedimiento del Hijo Previo*, MIPLAN, Dirección de Población, 1990 y 1991.

FESAL-93 reporta que las tres principales causas de mortalidad en este grupo (1 a 4 años) son las IRA con el 27,8 por ciento, seguidas de deshidratación por diarrea con el 24,1 por ciento y el sarampión con el 13 por ciento (Anexo 1).

Las principales causas de mortalidad para 1990 en el grupo de menores de 1 año y de 1 a 4 años, se presentan en el Cuadro No. 6.

Cuadro No. 6

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE 5 AÑOS, 1990

| CAUSA | Menores de 1 año | De 1 a 4 años |
|--------------------------------------|------------------|---------------|
| Infección intestinal mal definida | 17,2% | 20,1% |
| Hipoxia, asfixia y otras afec. resp. | 9,1% | --- |
| Desnutrición e inmadurez fetal | 7,6% | --- |
| Neumonía | 6,8% | 9,1% |
| Bronquitis | 5,1% | 7,2% |
| Desnutrición | --- | 5,5% |
| Sarampión | --- | 2,4% |

Fuente: Salud Pública en Cifras, 1991.

Observamos en el cuadro anterior que las diarreas y las IRA son causantes de la muerte del 36,4% de los niños de 1 a 4 años y del 29,1% en los menores de un año. Se dan estos resultados a pesar de que se cuenta con la tecnología necesaria para poder combatir estas enfermedades y, de esta forma, lograr su descenso, siempre y cuando sean correctamente utilizadas.

Las actividades que se desarrollan en la actualidad en cuanto a la capacitación de personal del MSPAS en el manejo de las IRA, la estrategia de las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC's) por parte de CISI y el manejo de diarreas e IRA con búsqueda activa de casos por parte de los promotores de las ONG's afiliados a PROSAMI, deberán de tener un impacto importante en el futuro cercano.

Para documentar ese progreso, deberá establecerse un sistema general y efectivo que registre los datos sobre mortalidad infantil, de la niñez y materna. Las ONG's pueden participar activamente en estas actividades aplicando el sistema de autopsias verbales.

II SALUD MATERNA

1 Componentes programáticos de la salud materna

Las acciones de la atención materna, comprenden la atención integral del embarazo, parto y puerperio, el control del cáncer cérvico-uterino y mamario, la capacitación de las parteras empíricas y la planificación familiar. La Seguridad Social no participa en el programa de parteras empíricas; las ONG's lo hacen y cada vez son más las parteras empíricas capacitadas en coordinación con las diferentes regiones del MSPAS.

1.1 Control prenatal

La atención prenatal disminuye el riesgo de muerte tanto materna como fetal y favorece la referencia de la paciente a un nivel apropiado de atención cuando se detectan riesgos⁹. Además incrementa la oportunidad para educar a las madres en aspectos como nutrición, lactancia materna, destete, inmunizaciones y espaciamiento de los nacimientos.

Para el manejo de la embarazada con riesgo, se ha establecido una guía de atención prenatal y atención del parto, guía que en varios establecimientos de salud que se visitaron, no se encontró. Los médicos deben utilizar la Historia Clínica Perinatal Simplificada la cual se discute con amplitud más adelante.

La participación de las parteras empíricas y los promotores en el control prenatal es de vital importancia, ya que son ellos quienes pueden detectar problemas en fases tempranas del embarazo. Uno de los métodos que pueden contribuir a que los promotores y las parteras puedan, con mayor eficacia, detectar los signos de riesgo ligados a la mortalidad, es la utilización de materiales gráficos. La utilización de materiales gráficos para promotores y parteras, en los que se representen los signos de riesgo, ayudan a disminuir la mortalidad asociada.

Algunos promotores de ONG's ya ocupan este material y, en consecuencia, las referencias se facilitan. Sería conveniente que todos los promotores y parteras lo usen, pues la práctica del mismo ayudaría a facilitar todas las referencias enviadas a los establecimientos del MSPAS (recordemos que la mayor parte de la población rural y marginal utiliza sus instalaciones).

La complementación alimentaria y la educación en nutrición son piezas claves del control prenatal. El apoyo alimentario se da través de los programas alimentarios del PMA/El Salvador, cuyas características se discuten en el Capítulo X.

La educación para la lactancia materna debe ser un componente esencial del cuidado pre y perinatal.

1.1.1 Coberturas

Es importante comentar sobre el indicador utilizado para determinar la cobertura. El MSPAS aplica un indicador del 5% de embarazos esperados a la población femenina en riesgo. Este indicador es alto comparado con la tasa global de fecundidad nacional que se encuentra en 3,9. Al utilizar el indicador del 5%, el resultado se incrementa artificialmente en un 20%. Se recomienda su ajuste y revisión por parte del DMI.

⁹ En el MSPAS, según la norma, el control prenatal debe ser: una consulta de inscripción más cuatro consultas de control para la embarazada sin riesgo. Se efectúan todas las consultas necesarias, cuando haya algún riesgo.

La cobertura prenatal reportada por el DMI/MSPAS ha descendido gradualmente en el último trienio. En 1991 se cubrieron al 24,1% de mujeres embarazadas, mientras que en 1992, la cobertura descendió al 22,1% y para 1993 alcanzó el 20,6%.

Las causas responsables de este descenso en la cobertura prenatal no son fáciles de conocer, sin embargo, es probable que el tipo de percepción cultural sobre el control prenatal, por parte de un gran porcentaje de las mujeres embarazadas, sea el responsable de la baja cobertura¹⁰.

Según el Anuario No. 23 de MSPAS, en 1991 las parteras realizaron un total de 86.097 atenciones a embarazadas, sin embargo no se especifica cuantas atenciones fueron de primera vez y cuantas subsecuentes. Las acciones de la partera y del promotor en este sentido se podrían incrementar dando más énfasis a la prevención sobre la persona que al ambiente, que es el patrón actual¹¹.

En el ISSS, las acciones del programa de control de embarazo se han incrementado en un promedio del 15% anual. Para 1991 se tenían registradas 242.912 derechohabientes mujeres, de las cuales 230.766 se encontraban en edad fértil. Se inscribieron 16.122 (6,98% de las mujeres en edad fértil) embarazadas y se atendieron 15.954 partos (98,95% de las inscripciones). En 1992, se inscribieron 18.109 mujeres gestantes (Anexo 2). Cada mujer embarazada recibió en promedio cerca de 4 consultas prenatales.

La captación de las embarazadas en el ISSS para el control y atención de parto son mayores que en el MSPAS. En efecto, el derecho a la incapacidad por embarazo y ahorrarse un gasto directo para la atención hospitalaria, favorece en el ISSS, las altas coberturas de atención.

1.1.2 Vacunación con toxoide tetánico

En 1990 el MSPAS estableció como meta para el año 1995, la erradicación del tétanos neonatal (TNN). En consecuencia, la incidencia de TNN ha disminuido en forma importante en los últimos años (Anexo 3). Desde 1988 a la fecha, se han definido 91 municipios en riesgo, (35% del total) en cuyos lugares se encuentra el 70% de las mujeres en edad fértil.

La cobertura en los municipios de riesgo y total del país es del 62% (Anexo 4), para octubre de 1993. Sin embargo, en el Hospital de Maternidad, el 6.720 (46,4%) de las mujeres gestantes que solicitaron atención, carecían de vacunación antitetánica.

El ISSS reporta una cobertura del 80% para las mujeres gestantes que se inscriben al control de embarazo.

Se debe reforzar las acciones de vacunación dirigidas a todas las mujeres en edad fértil. En este sentido, se debe diseñar estrategias que permitan la aplicación del biológico en forma indiscriminada a las mujeres en riesgo de las zonas identificadas. Esta acción es urgente, por cuanto el 49% de los partos son atendidos extrahospitalariamente.

¹⁰ Para un conocimiento más amplio sobre el poco uso de los servicios preventivos por parte de la población, se recomienda la consulta del informe técnico *Percepción Comunitaria y Demanda de los Servicios de Salud* elaborado por Susan Kolodin para ANSAL-94.

¹¹ En 1993, los promotores de salud del MSPAS realizaron 407.950 actividades para atender el Medio Ambiente y sólo 113.268 de atención a las personas, según el informe de *Salud Comunitaria, 1993*, MSPAS.

1.1.3 Historia Clínica Perinatal Simplificada

La Historia Clínica Perinatal Simplificada fue diseñada para identificar embarazos de alto riesgo y establecer criterios según el riesgo detectado. Los criterios se basan en el nivel apropiado de atención que se requiere para la evolución de un embarazo seguro. El desarrollo de la Historia fue un paso importante en el cuidado prenatal y en la reducción de la mortalidad materna.

La implementación de la Historia Clínica Perinatal Simplificada en el MSPAS, cuenta con el apoyo de OPS. El Hospital de Maternidad, donde se atienden cerca de 20.000 partos anuales y se cuenta con la consulta externa de control de embarazo más amplia de El Salvador, ha logrado, durante 5 años, la utilización de la misma en el 100% de los casos.

En los consultorios de primer nivel del MSPAS, no se ha logrado su implementación completamente, de manera que eso dificulta la detección de riesgo obstétrico y la referencia oportuna. La simplificación del sistema para los médicos generales redundaría en una mejor atención.

1.2 Atención del parto

Se reconoce que son factores de importancia en el resultado de la atención del parto, el lugar y la persona que atiende el mismo.

Según FESAL-93, en El Salvador el 51% de los partos se atienden a nivel intrahospitalario; el 36,4% es atendido por partera y el 12,6% no recibe atención por personal capacitado (Cuadro No.7), es decir, que la mujer da a luz en su domicilio atendida por algún familiar o en ocasiones sin ayuda alguna.

Cuadro No. 7

PROPORCION DE ATENCION DEL PARTO 1988/1993

| Tipo de atención | 1988 | 1993 |
|------------------|------|------|
| Atn. Hospital | 52,5 | 51,0 |
| Atn. Partera | 37,7 | 36,4 |
| Sin Atn./ otro | 9,8 | 12,6 |

Fuente: FESAL-88 y FESAL-93

1.2.1 Atención del parto intrahospitalario

De acuerdo a FESAL-93, el MSPAS atiende la mayoría de los partos hospitalarios (38,1%). En el Hospital de Maternidad, en San Salvador, casi las dos terceras partes de sus 33,000 egresos anuales, son partos. Del total de partos atendidos por el MSPAS a nivel nacional, el 50,1% corresponde al Area Metropolitana, y la atención del parto hospitalario de población rural por establecimientos del Ministerio, es del 29,9%.

En el año de 1991 el MSPAS atendió un total de 56.862 partos. De los cuales, el 19,05% se resolvió por cesárea. Entre enero y octubre de 1993, el Hospital de Maternidad experimentó un promedio de partos por cesárea de 22,5% (n=3.260). Para 1991, el Anuario No. 23 (1991) reporta que el total de partos eutócicos atendidos en los establecimientos de salud del Ministerio l 68,7%.

El ISSS atiende la resolución del 9,7% de todos los embarazos en el país. El 23,6% de los partos son atendidos en el Area Metropolitana de San Salvador (AMSS). Desde 1989 se ha incrementado el número de partos atendidos, que de 12.652 pasó a 17.566 en 1992. (*Informe Anual de Actividades, ISSS, 1992.*). El porcentaje de cesáreas en el ISSS es del 24,5% para 1992 y del 25,5% para el primer semestre de 1993. El porcentaje de abortos atendidos en 1992 en la Institución fue de 7,3%, mientras que el acumulado en el período enero-junio de 1993, era del 7,9%.

La atención del parto en hospitales privados a nivel nacional representa el 3,2%, cubriendo el 7,9% de los partos en el AMSS. En el area rural, la atención de partos en forma privada para el área rural alcanza sólo el 0,4%.

La principal causa de egreso hospitalario en los hospitales del MSPAS es la atención del parto. El aborto no especificado sin mención de complicación, es la tercera causa de egreso hospitalario. La amenaza de parto prematuro se sitúa en el quinto lugar de egresos y la obstrucción de parto por pelvis ósea es la sexta causa¹².

1.2.2 Atención del parto extrahospitalario

La partera es quien principalmente brinda este tipo de atención, ya que atiende al 36,4 por ciento del total de partos atendidos a nivel nacional (Cuadro 7). A nivel rural, las parteras son responsables del 49% de las atenciones de parto. Un porcentaje importante (12,6%) de los partos nacionales, no recibe atención por parte de la partera o se atiende en el domicilio, de la mujer o de la partera, con la ayuda de algún familiar o conocido, en su defecto da a luz por si misma (Anexo 5).

El MSPAS tiene registradas a 3.268 parteras que han sido capacitadas por la misma institución, por lo cual, este grupo está integrado en mayor o menor medida a la red de notificación del Ministerio.

En cuanto a la capacitación de parteras, las ONG's están jugando un papel muy importante que cada vez es más valioso. Sus actividades están coordinadas con las acciones que realiza el personal del nivel regional del MSPAS y, para ello, utilizan los programas de capacitación de esta institución. Esta forma de trabajo es apropiada, ya que permite unificar los criterios de capacitación y de atención.

Una vez capacitadas, las parteras trabajan independientemente. En cuanto al cobro de sus servicios, en muchas ocasiones la retribución se hace en especie o cobran de 10 a 100 colones por parto. El MSPAS apoya a las parteras que informan, con el material para la atención de partos.

El papel de la partera empírica es de suma importancia, sin embargo, por una serie de razones, está subutilizada. Con una capacitación más amplia y una mejor supervisión, se pueden expandir sus actividades de atención preventiva a la persona. Por otro lado, el número de partos que se atienden sin atención de personal capacitado, hace necesario que este tipo de personal se expanda en las zonas rurales. El reforzar las

¹² *Salud Pública en Cifras*, MSPAS, 1991, Anuario No. 23.

acciones preventivas y la capacidad de atención de este grupo, es una forma de contribuir a elevar los niveles de cobertura de la atención integral del embarazo.

Otra alternativa es la incorporación de los actuales tecnólogos materno-infantil a la atención asistencial e integral del binomio madre/hijo, los cuales deberían residir en la comunidad (en la actualidad este tipo de recurso se encuentra también subutilizado). Dentro de su ámbito de acción podría tener bajo su supervisión a un grupo predeterminado de parteras. Esta estrategia reforzaría el sistema de referencia en base al riesgo obstétrico. De esta forma, las parteras cubrirían los embarazos sin riesgo, los tecnólogos aquellos de mediano riesgo y referirían los de alto riesgo.

1.3 Atención del puerperio

La captación de y la atención a puérperas por parte de las parteras que reportan al MSPAS ha aumentado de 40.136 acciones en 1987 a 67.079 acciones en 1991 (Cuadro No. 8).

Cuadro No. 8

ACCIONES EFECTUADAS POR PARTERA 1989-1991

| Año | Embar. | Partos | R. Nac. | Puérperas |
|------|--------|--------|---------|-----------|
| 1987 | 46,659 | 16,678 | 40,136 | 40,136 |
| 1988 | 57,433 | 21,119 | 50,224 | 41,875 |
| 1989 | 65,229 | 24,094 | 47,394 | 52,882 |
| 1990 | 76,732 | 28,344 | 55,501 | 55,979 |
| 1991 | 86,097 | 32,471 | 61,019 | 67,079 |

Fuente: *Salud Pública en Cifras*, MSPAS, 1991.

Como se puede observar, la demanda de consulta por puérperas es menor que la demanda de consulta para control de embarazo. En el Anuario No. 23 no se reporta la cantidad de inscripciones en controles prenatal, postnatal y del recién nacido.

El Departamento Materno Infantil reporta una cobertura institucional del puerperio del 37%. Este alcance representa un incremento de casi 8 puntos porcentuales con relación a 1991. En este año, se cubrió el 29.3%.

Durante el año de 1992, el ISSS reportó haber captado un total de 18.109 embarazadas para control prenatal y otorgado un total de 9.482 controles de primera vez en puérperas (52,36%), de las cuales el 51,9% se atendió en el AMSS. La consulta por complicaciones de embarazo, parto o puerperio llega a un total de 4.244 acciones.

La baja cobertura en el puerperio, principalmente en la zona rural, no permite la detección de problemas tempranos, por lo que muchas de las muertes maternas y de recién nacidos ocurren en este período. Por lo mismo, es importante que se refuercen las acciones de cobertura. Los promotores pueden jugar un papel

importante en aquellas zonas en las que no existen parteras; de implementarse la recomendación de incorporar al tecnólogo materno-infantil a la red de atención, la cobertura del puerperio también se vería incrementada.

III SALUD DE LA MUJER

I Detección cáncer cervicouterino y mama

La tasa de cáncer cervicouterino para El Salvador, la cual es la más alta en América Latina¹³ es de 84/100,000 mujeres en riesgo (35 a 60 años). La Región Metropolitana es la que presenta las cifras más altas con una tasa de 126/100.000; de las mujeres diagnosticadas, el 50% muere antes de los cinco años. No se ha precisado el dato de mortalidad específica por esta entidad nosológica.

Entre las causas principales que inciden en una alta tasa de cáncer cervicouterino, están las infecciones vaginales repetitivas, el inicio temprano de las relaciones sexuales y la multiplicidad de parejas sexuales. En El Salvador hay evidencia de lo anterior y se discute en los capítulos correspondientes.

En el MSPAS se está implementando el *Sistema Bethesda* para el estudio, flujo y toma de decisiones en la citología vaginal, para lo cual se ha descentralizado la Unidad de Citología y se ha creado la Unidad de Colposcopia y Crioterapia a nivel nacional.

Dentro del MSPAS se tiene bien establecido el control de calidad de los estudios que se realizan. El Ministerio ha participado en la preparación de citotecnólogos que laboran en otras instituciones, esfuerzo que ha logrado incrementar la cobertura a través de las instituciones a las que se han incorporado.

Como parte de las acciones coordinadoras se ha creado el Comité Interinstitucional de Cáncer Ginecológico (COINCA), el cual está constituido por personal del MSPAS y del ISSS.

La cobertura de citologías de primera vez bajo la responsabilidad del MSPAS, se ha logrado incrementar. Del 15,4% en 1991, al 19,4% en 1993 y al 22,4% en 1993. Han logrado invertir la relación de subsecuentes y primeras veces. En 1991 era de 70% las subsecuentes captadas nuevamente y 30 % de primera vez. En 1993 captaron 60% de primera vez y 30% de subsecuentes. Los obstáculos que impide realizar con mayor eficacia esta labor son las demoras en los resultados de las citologías, los cuales retrasan los tratamientos y disminuye las posibilidades de curación.

En el ISSS se conoce que durante el primer semestre del año 1993, se realizaron 35.796 estudios citológicos, más no se cuenta en este momento con el desglose de la información de los resultados de los estudios. Sin embargo, se reconoce la baja cobertura debido principalmente a que la estructura del programa no está definido ni tampoco su ubicación dentro del organigrama de la institución.

Dentro de las ONG's que realizan un esfuerzo para incrementar las acciones de detección temprana de cáncer cervicouterino, está la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). Los citotecnólogos que laboran en las clínicas regionales de la ADS, han sido adiestrados y avalados por el MSPAS. Para 1992, los especialistas realizaron 23.000 citologías y hasta setiembre de 1993 hicieron de 22.830 diagnósticos.

Instituto del Cáncer

El Instituto del Cáncer presta servicios preventivos y asistenciales a la comunidad en lo que respecta a la detección, diagnóstico, tratamiento y prevención de esta enfermedad. Para el segundo semestre de 1992 y los primeros 5 meses de 1993, prestó 15.285 consultas, 2.894 de las cuales fueron de primera vez y 12.391

¹³ Datos del MSPAS, ISSS y de la Liga del Cáncer combinados en un esfuerzo por conocer el alcance de la problemática.

subsecuentes. Se realizaron 31.169 aplicaciones de cobalto y tienen 367 pacientes con quimioterapia ambulatoria. En el mismo período, realizaron 24.956 citologías, de las cuales desconocemos los resultados.

Cáncer de mama

La tasa de cáncer de mama en El Salvador es de 26/100.000 mujeres en riesgo. En cuanto al MSPAS, la acción preventiva que realiza se limita a la promoción del autoexamen de mama. Para ello se distribuyen panfletos que han sido impresos con ayuda de la División Farmacéutica de ICI y en los cuales se explica con imágenes y con un amplio texto, las acciones que debe realizar la mujer cuando se hace el autoexamen.

Todas las instituciones realizan en mayor o menor medida, la promoción del autoexamen. En el Hospital de Maternidad, por ejemplo, existe una "Clínica de Mama" en la que laboran 5 oncólogos; el protocolo señala que al detectar un nódulo, se debe efectuar una biopsia por aspiración. Para los primeros 8 meses de 1993, se habían realizado 126 biopsias. Se desconocen las acciones específicas en el resto de los establecimientos del MSPAS y de las otras instituciones.

2 Enfermedades de transmisión sexual¹⁴

El problema de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre las que se incluye el SIDA, ha tenido un aumento sostenido. Los factores que más inciden en esta problemática son el patrón social en relación a la vida sexual; la edad de inicio de las relaciones; la cantidad de compañeros sexuales y principalmente la falta de educación y promoción preventiva.

Por factores culturales existe entre la población resistencia para hablar sobre estas enfermedades y, por ende, hay muchas personas enfermas que no buscan tratamiento. Es por eso, que para muchas mujeres la única oportunidad de un diagnóstico es durante su control prenatal. Lamentablemente, la baja cobertura del control prenatal, limita el alcance de la detección.

2.1 Infección por VIH/SIDA

Desde la aparición del primer caso de SIDA en El Salvador en 1984, el reporte de casos de SIDA e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en los años subsecuentes, ha aumentado. Según el MSPAS, en 1992, se reportaron 286 casos de infección por VIH, en 1993 se reportaron 176 casos de SIDA y 155 casos VIH (+), lo que hace un total de 1.220 casos, 605 de SIDA y 615 seropositivos al VIH. Para 1993, la tasa de casos de SIDA fue de 3,27/100.000 habitantes.

El 71% de todos los casos se han reportado a partir de 1991. La mayoría de ellos se encuentran en el AMSS y ya se han reportado casos en todos los departamentos del país. La tasa de infecciones de VIH reportada en 1992 fue de 3,2/100.000 hab. y la incidencia de SIDA fue de 2,12/100.000 hab.

Aunque la mayoría de los casos de SIDA y VIH (+) se han reportado en hombres (n=952), la forma de transmisión más frecuente es heterosexual (59%), como lo comprueba la reducción progresiva de la proporción hombre/mujer que era de 15/1 al inicio de la epidemia (1985-87) y pasó a ser de 3/1 en 1992 y a octubre de 1993 era de 3,4/1. Los grupos de edad más afectados son los que se encuentran entre 15 y 24 años (28%), grupo entre 25 y 34 (43%) y el de 35 y 39 años (11%). El 25% de los casos totales de SIDA han fallecido.

¹⁴ Para mayor información, se recomienda consultar el informe complementario sobre ETS, VIH y SIDA, elaborado por Paula Hollerbach y otros., AIDSCAP, financiado por AID/Washington.

En el Hospital de Maternidad en San Salvador, se han realizado dos estudios de esta enfermedad. Durante el primero, efectuado en 1992, se realizaron serologías a 770 mujeres sin encontrar casos positivos. El segundo, desarrollado en 1993, reportó dos casos positivos de una muestra de 754 mujeres.

Entre los grupos con mayor cantidad de casos de VIH/SIDA, se encuentran las mujeres en edad fértil. Si el problema continúa a este ritmo, se podría esperar que cada vez se infecten más mujeres que vayan a dar a luz y que la seropositividad en recién nacidos se amplíe, pues a la fecha, el 1% de los casos de VIH positivos (12 casos), han sido perinatales.

El MSPAS ha establecido una línea directa llamada CONFIDENTE, con el objeto de responder y aclarar las inquietudes de la población en lo relacionado a esta enfermedad. El Programa Nacional de ETS/SIDA coordina ésta y otras acciones de promoción, mercadeo social y educación principalmente aquellas dirigidas a los grupos de adolescentes, quienes son los más vulnerables a esta enfermedad.

Estas acciones requieren de ser reforzadas, ya que el número de infectados en el país puede incrementarse rápidamente y las consecuencias en salud y en la economía, pueden ser devastadoras.

2.3 Otras enfermedades de transmisión sexual

El problema de ETS en la mujer es quizás de los más importantes y, al mismo tiempo, de los más relegados en cuanto a la población servida. Con excepción de un par de clínicas de ETS dirigidas principalmente a las trabajadoras del sexo, no se realizan acciones sistemáticas encaminadas a la detección y control de las ETS en mujeres.

En el Hospital de Maternidad, en donde se realizaron 9.680 citologías en el transeurso del primer semestre de 1993, en 5.493 de las mismas (56,7%) se reportaron agentes patógenos causantes de infección vaginal (Cuadro No. 9).

Cuadro No. 9

DISTRIBUCION DE CITOLOGIAS POR TIPO DE AGENTE PATOGENO Enero-junio, 1993

| AGENTE | NUMERO | % |
|--------------|--------|--------|
| Bacteriano | 2.537 | 46,19 |
| Inespecífico | 2.114 | 38,48 |
| Tricomona | 521 | 9,48 |
| Candida | 157 | 2,86 |
| Gardenela | 91 | 1,66 |
| Torolophsum | 69 | 1,26 |
| HV simplex | 3 | 0,05 |
| Clamidia | 1 | 0,02 |
| TOTAL | 5.493 | 100,00 |

Fuente: Depto. de Patología, Hospital Maternidad, 1993

2.3 Problemática

Cómo ya se mencionó en el capítulo correspondiente a la detección de cáncer cervicouterino, la tasa del mismo en El Salvador es la más alta de América Latina. La gran incidencia de cáncer se puede explicar en parte por la gran prevalencia de ETS, un inicio temprano de la vida sexual y cierta promiscuidad sexual.

El incremento de las ETS manifiesta claramente que la poca educación sexual de la población en general y la baja promoción de mercadeo social de condones, tienen mucho que ver con la gran cantidad de casos que se presentan.

Se ha notado un aumento significativo de los casos de sífilis neonatal. Por otro lado, en realidad no se conoce el impacto en salud neonatal de otras enfermedades venéreas que en la mujer no se detectan a tiempo y que contaminan el canal del parto, pues no se han encontrado reportes sobre el particular (casos de ceguera debido a gonococo, por ejemplo).

El costo social y en salud del incremento de las infecciones por VIH/SIDA y de las ETS en general, cobra vital importancia por encontrarse la mayoría de los casos en los grupos de edad propios para la reproducción y por ser también los económicamente productivos.

De no tomar acciones agresivas en cuanto a la educación sexual y prevención de ETS y SIDA, se puede llegar a presentar un problema grave y de gran magnitud en este campo. Se recomienda un amplio estudio por parte de las autoridades nacionales sobre este tema.

3 Maltrato de la mujer

La mujer salvadoreña es reconocida como el soporte de la estructura familiar por todos los sectores de la población. Su participación activa durante el proceso armado sirvió para muchas de ellas conocer una nueva dimensión totalmente fuera de los patrones estereotipados que muchos sectores tradicionalistas y conservadores de la sociedad desearían que continuaran realizado.

A pesar de lo anterior, la mujer salvadoreña es objeto de maltrato que se manifiesta de muchas maneras; las más comunes son los golpes, el abuso sexual, violación y la violencia psicológica.

Area no gubernamental

Existe en el país una sola organización no gubernamental que se dedica a la atención de este problema, la cual inició sus operaciones en noviembre de 1986. Esta es la Coordinadora Nacional de la Mujer Salvadoreña (CONAMUS), que desde 1990 ha atendido casi 700 casos de maltrato en mujeres de todos los estratos sociales.

El apoyo que la clínica brinda a la mujer que solicita ayuda es muy variado. El mismo comprende el apoyo psicológico, el legal, el médico y ayuda económica, en algunos casos, hasta la reubicación de la mujer si ésta lo solicita.

Sector Público

La Secretaria Nacional de la Familia (SNF), en coordinación con el MSPAS, estableció hace unos años tres clínicas para la atención de la mujer violada. Estas se encuentran en los Hospitales de San Miguel, Santa Ana y Maternidad de San Salvador; no se conocen las estadísticas de la atención ni información sobre su funcionalidad.

Los principales tipos de violencia que la mujer sufre en el país son la falta de accesibilidad a los servicios de salud para la atención integral del embarazo, parto y puerperio, la esterilización temprana como única medida para el control de los embarazos y la poca opción para espaciar los mismos.

Los esfuerzos para erradicar el maltrato del cual es objeto la mujer son pocos. Se deben reforzar con acciones integrales en coordinación con los diferentes sectores que tienen relación con la protección legal de la mujer, su salud y su educación. Para ello se debe mejorar la captación de los datos necesarios para la toma de decisión en este tema.

IV PLANIFICACION FAMILIAR¹⁵

1 Datos básicos de población

Según datos preliminares del Censo de Población (1992), la población total de El Salvador es de 5,047,925 personas. De acuerdo a los mismos, la población femenina excede a la población masculina en 204,833 personas. Más de la mitad de esta diferencia se encuentra en los grupos en edad fértil, cuyo grupo de mujeres de 20-34 años es más grande que el grupo de hombres de las mismas edades por más de 100.000.

La emigración neta, estimada entre un millón de personas como mínimo y hasta dos millones como máximo y, las muertes estimadas en 75,000 debido al reciente guerra civil, ha reducido sustancialmente el crecimiento anual que se hubiese presentado como resultado del incremento natural.

1.1 Fecundidad

La fecundidad sigue alta en El Salvador, a pesar de que bajó una tercera parte en el período 1978 a 1993, según las encuestas nacionales de estos años. La tasa global de fecundidad (TGF), es el número de hijos promedio por mujer al final de su vida reproductiva. La fecundidad encontrada en la población en 1978, fue un promedio de 6,3 hijos y para 1993 bajó a 3,9 hijos. Según las encuestas, el descenso no ha sido constante, ya que había bajado a 4,5 en 1985; se mantuvo nivelado entre 1985 y 1988 y bajó otra vez en los años recientes (Cuadro 10).

Cuadro No. 10

TASA DE FECUNDIDAD TOTAL POR AREA DE RESIDENCIA, 1978-1993 (Mujeres 15-44 años)

| ZONA DE RESIDENCIA | 1978 | 1985 | 1988 | 1993 |
|--------------------|------|------|------|------|
| Metropolitana | 2,6 | 3,3 | 3,0 | 2,7 |
| Otras urbanas | 4,1 | 3,7 | 3,7 | 3,5 |
| Rural | 8,4 | 5,8 | 5,9 | 5,0 |
| Todas las áreas | 6,3 | 4,5 | 4,6 | 3,9 |

* (mujeres 14-44 años),
Fuente: Lininger, ANSAI.

Se encontró que para los últimos años, las tasas descendieron tanto en la zona rural como en las zonas urbanas. Sin embargo, en la zona rural la tasa aún se mantiene alta con un promedio de 5,0 hijos que es un 85 por ciento más alto en comparación con el Area Metropolitana (5,0/2,7).

¹⁵ Para mayor información sobre este tema, recomendamos consultar el *Informe sobre Planificación Familiar* preparado por el Dr. Charles Lininger, para ANSAI-94.

Los descensos reales más marcados ocurrieron entre 1978 y 1993, pero se observaron fuera del AMSS, tanto en "otras zonas urbanas"¹⁶ como en la zona rural. Aunque las diferencias entre zonas de residencia es tan grande, la fecundidad es lo suficientemente alta en todas las áreas, como para producir un crecimiento poblacional anual muy alto si la migración neta al exterior se frena.

Las tasas específicas de fecundidad muestran que, en cada área, las mujeres de 20-25 años son las que dan a luz con más frecuencia; a nivel nacional y por cada año, cada 1000 mujeres de 20-24 años producen 221 niños. En el Área Metropolitana la producción es de 177 niños a diferencia del área rural en que se eleva a 263 niños (Cuadro 11).

Cuadro No. 11

TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD (por 1000 mujeres), Y TASAS TOTALES DE
FECUNDIDAD POR EDAD Y ZONA DE RESIDENCIA, 1993
(mujeres 15-49 años)

| EDAD | METROPOLITANA | URBANA | RURAL | TOTAL |
|-------|---------------|--------|-------|-------|
| 15-19 | 101 | 102 | 158 | 124 |
| 20-24 | 177 | 218 | 263 | 221 |
| 25-29 | 123 | 164 | 210 | 168 |
| 30-39 | 87 | 112 | 166 | 126 |
| 35-39 | 35 | 78 | 126 | 86 |
| 40-44 | 13 | 28 | 64 | 39 |
| 45-49 | 0 | 2 | 5 | 3 |

Fuente: FESAL-93, Informe Preliminar

Los datos del cuadro anterior se ven afectados por dos factores. El primero, debido a las proporciones de mujeres de cada grupo de edad que son sexualmente activas y el poco uso de métodos de planificación familiar (y su efectividad) para espaciar hijos. El segundo, debido a la proporción de mujeres no fértiles por haber decidido esterilizarse o por razones de enfermedad.

Dos observaciones son sumamente importantes. Primero, las tasas de fecundidad para mujeres jóvenes de 15-19 años son muy altas considerando que muchas de ellas no viven en uniones estables; muchas se convierten sexualmente activas a muy temprana edad; no utilizan métodos de planificación para prevenir embarazos o espaciarlos adecuadamente. Este es un gran problema de salud pública pues el no planificar incide negativamente en la salud de las mujeres y de los hijos.

La segunda observación se refiere a que las esterilizaciones voluntarias son en gran parte responsables de los descensos observados en las tasas de fecundidad en todos los grupos de edad. El número de hijos de éstas

¹⁶ "Otras zonas urbanas" se utiliza en FESAL para definir a cualquier zona urbana diferente al Área Metropolitana de San Salvador.

mujeres, en combinación con su juventud cuando son esterilizadas, sugiere que los métodos de planificación temporal que son efectivos no tiene aceptación por parte de la comunidad médica o de la población en general, como sucede en otros países.

En síntesis, la edad temprana de la mujer en su primer embarazo y los intervalos cortos entre los embarazos subsecuentes son los problemas que los proveedores de servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar deben afrontar.

El Cuadro No. 12 muestra que para los grupos de mujeres de 15-19 y de 20-24, la fecundidad ha descendido ligeramente de 1985 a 1993, en 10 y 13 por ciento respectivamente. Por área de residencia, los descensos se observan en la zona rural y el AMSS, pero no en las "otras zonas urbanas".

Cuadro No. 12

**TASAS DE FECUNDIDAD (por 1000 mujeres) POR EDAD
Y LUGAR DE RESIDENCIA, 1988-1993
(Mujeres 15-25 años)**

| Residencia | 15-19 años | | | 20-24 años | | | |
|---------------|------------|------|------|------------|------|------|------|
| | Año | 1985 | 1988 | 1993 | 1985 | 1988 | 1993 |
| AMSS | | 115 | 098 | 101 | 210 | 190 | 77 |
| Otras urbanas | | 101 | 106 | 102 | 225 | 218 | 218 |
| Rural | | 180 | 179 | 158 | 297 | 289 | 263 |
| TOTAL | | 139 | 138 | 124 | 254 | 246 | 221 |

Fuente: FESAL-88 & 93

1.2 Proyecciones de población

El crecimiento de la población se estima en 2.2 por ciento anual para el período 1990-1995 (MIPLAN-CELADE-FNUAP, enero de 1992). Se proyecta el crecimiento como resultado de las estimaciones individuales de tasas anuales crudas de nacimientos, muertes y migración neta en períodos seleccionados (Cuadro 13). Es posible que los descensos en la tasa de crecimiento por quinquenio hasta el año 2025, sean optimistas, ya que se basan en reducciones importantes de nacimientos, mientras que el país pueda entrar en un período estable de paz y crecimiento económico.

Cuadro No. 13

TASAS ANUALES DE NACIMIENTOS, DEFUNCIONES Y CRECIMIENTO
(Tasas por 1.000 habitantes)

| PERIODO | NACIMIENTOS | MUERTES | MIGRACION | INCREMENTO |
|-----------|-------------|---------|-----------|------------|
| 1990-1995 | 33,4 | 7,05 | -4,57 | 21,85 |
| 2000-2005 | 28,4 | 5,88 | -2,60 | 20,01 |
| 2010-2015 | 23,2 | 5,32 | -1,48 | 16,41 |
| 2020-2025 | 19,8 | 5,39 | -0,85 | 13,61 |

Fuente: MIPLAN-CELADE-FNUAP

2 Utilización de la planificación familiar

La prevalencia de la utilización de la planificación familiar en El Salvador se ha diseminado. El 53,3 % de las mujeres casadas o en unión en edad fértil (15-44 años), utilizaban al principio de 1993, algún método de planificación familiar (Cuadro 14). Contando solamente los métodos considerados como eficaces, la tasa de uso bajó al 45.9 por ciento.

A pesar de lo anterior, la tasa de crecimiento de la prevalencia ha disminuido. En 1975 la prevalencia era del 21,6 por ciento; año con año se incrementó cerca del 8% hasta que en 1985 alcanzó el 46,3%. Para el período de 1985 a 1988 casi no hubo incremento (0,7%). Desde entonces la prevalencia se ha incrementado en un 2,5 por ciento anual, hasta alcanzar 53,3%.

Aunque la esterilización no es un método reversible, sino una solución definitiva a la paternidad y maternidad satisfechas, en El Salvador se le considera como un método de planificación familiar. La mayor parte del incremento en la prevalencia contraceptiva en el país, se debe al aumento de la esterilización femenina; el 9,7% de las mujeres casadas en 1975 contra 31,5 por ciento en la encuesta más reciente.

En 1975 las mujeres casadas que utilizaban métodos temporales eficaces (orales y DIU) fue de 9,3 por ciento; para 1993, la proporción aumentó a tan sólo el 10,8% para ambos métodos. Hace unos 5-6 años los inyectables fueron introducidos como otra opción para la planificación familiar el cual tiene una buena aceptación, al grado que ahora es el método usado por el 3,6 por ciento de mujeres casadas. El uso de todos los métodos eficaces temporales 14,4% en 1993.

Cuadro No. 14

PREVALENCIA DE PLANIFICACION FAMILIAR
(Mujeres casadas/en unión de 15-44 años)

| Uso y Método | Año del Estudio | | | | |
|----------------|-----------------|------|------|------|------|
| | 1975 | 1978 | 1985 | 1988 | 1993 |
| Usando | 21,6 | 34,4 | 46,3 | 47,1 | 53,3 |
| Estéril fem. | 9,7 | 18,0 | 30,0 | 29,6 | 31,5 |
| Orales | 7,3 | 8,7 | 6,8 | 7,6 | 8,7 |
| Inyecciones | | | | 2,0 | 2,1 |
| DIU | 2,0 | 3,3 | 3,3 | 2,0 | 2,1 |
| Condomes | 0,6 | 1,5 | 1,2 | 2,4 | 2,1 |
| Ritmo/billings | --- | --- | --- | 2,4 | 3,0 |
| Retiro | --- | --- | --- | 1,0 | 2,0 |
| Otros | 2,0 | 2,9 | 4,2 | 1,0 | 0,4 |
| No usando | 78,4 | 65,6 | 53,7 | 52,9 | 46,7 |

Fuente: Compilado por Lininger, ANSAL

De no corregirse el patrón de poco crecimiento de utilización de métodos temporales, la planificación familiar seguirá dependiendo sólo de las esterilizaciones femeninas. Los problemas inherentes a la maternidad repetitiva con poco espaciamiento entre los embarazos, en especial en mujeres jóvenes, crean un ambiente propicio para que la mortalidad materna e infantil siga como hasta ahora. Este es un punto crítico de vital importancia al que se le debe prestar la atención necesaria.

Es urgente fortalecer los programas que permitan a la población el acceso a la educación en salud reproductiva. Para tal efecto debe prestarse especial atención, a los grupos de adolescentes y a la población rural. En el primer grupo, se debe procurar cambiar patrones de conducta y la forma de pensamiento, de manera que fomenten una mayor utilización de los programas de la planificación. En el segundo, por ser el grupo donde aún la fecundidad se mantiene alta, se deben estudiar los patrones culturales, los cuales son los que más propician este problema de forma que faciliten y hagan efectivas las estrategias a seguir.

Métodos

Aunque las inyecciones son usadas por una proporción relativamente pequeña de mujeres casadas, su uso se ha incrementado en una forma muy rápida. En el mercado se encuentran varias formulaciones accesibles a las usuarias. Debido a la accesibilidad en farmacias y por su popularidad, el sector comercial privado ha contribuido al crecimiento de la utilización de inyectables.

La DepoProvera que podría ser donada por AID no se utiliza en El Salvador ya que no es aceptable para la ADS ni para el ISSS. Esto obliga que ambas instituciones utilicen otras fuentes de financiamiento para la adquisición de diferentes formulaciones que emplean para uso propio.

El uso de anticonceptivos orales y de dispositivos intrauterinos (DIU) no han mostrado ninguna tendencia de aumento a lo largo del tiempo. Varios informantes reportaron la resistencia de los médicos a la aplicación del DIU, mucho de lo cual se debe quizá a la falta de entrenamiento adecuado. Por lo mismo, se debe fortalecer la capacitación del cuerpo médico para lograr una mayor utilización de este método.

El MSPAS ofrece píldoras de una sola formulación; preferiblemente el Ministerio debiera tener varias formulaciones a fin de que el médico tenga opciones, según la respuesta de las usuarias.

FESAL-93 reporta que el uso del condón es bajo; por lo menos el 2 por ciento de las mujeres reportaron usarlo como método de planificación. Ni la FESAL-93 ni ninguna de las encuestas previas indagaron el uso del condón como método para prevenir enfermedades, como las ETS y VIH/SIDA.

En resumen, cerca del 46 por ciento de mujeres entre 15 y 44, años que viven en unión, están actualmente utilizando algún método efectivo de contracepción. Más de las dos terceras partes de éstas mujeres se encuentran ya esterilizadas y menos de un tercio utilizan un método temporal efectivo (ciclos orales, DIU's, inyectables). El uso de Norplant se encuentra en etapa introductoria.

En cuanto a las diferencias de uso por lugar de residencia, éstas son significativas. Las proporciones de utilización de cada método por mujeres del AMSS son substancialmente mayores que en las zonas rurales (Cuadro 15). Hay más de un millón de mujeres (1.181.068) en edad fértil (15-44 años). Las mujeres por debajo de los 20 años representan cerca del 30% de los embarazos. Los embarazos en mujeres menores de 15 años se están incrementando y constituye un problema de salud pública, moral y social al cual urge dar atención.

Cuadro No. 15

CONTRACEPCION POR ÁREA DE RESIDENCIA
(Mujeres 15-44 años en unión)

| Estado de contracepción | AMSS | Urbano | Rural | TOTAL |
|---------------------------|-------|--------|-------|-------|
| Utilización | 66,4 | 56,7 | 42,8 | 53,3 |
| Esterilización femenina | 35,7 | 32,5 | 28,1 | 31,5 |
| Otros método efectivos* | 29,5 | 15,7 | 10,7 | 14,8 |
| Condomes | 3,7 | 2,6 | 0,8 | 2,1 |
| Métodos menos efectivos** | 6,6 | 6,0 | 3,3 | 5,0 |
| Sin método anticonceptivo | 33,6 | 43,3 | 57,2 | 46,7 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

* Orales, inyectables, DIU, Norplant, vasectomía

** Ritmo/Billings, retiro, espumas, etc..

Nota: El total varía por aproximaciones realizadas

Fuente: Compilación realizada por Lininger, ANSAL.

La tendencia en la mayoría de las mujeres es tener de tres a cuatro hijos en forma seguida y luego acudir a algún centro hospitalario en donde se atienden su último embarazo y es ahí donde se esterilizan. Por lo tanto, la planificación familiar no está logrando un adecuado espaciamiento de los embarazos, con las repercusiones negativas que esto trae a la madre y al feto.

Es necesario fomentar el uso de los métodos temporales efectivos -ciclos orales, DIU's y las inyecciones- que son los adecuados para el espaciamiento de los embarazos. La población objetivo son las mujeres jóvenes, las que tienen una baja paridad y las que habitan en la zona rural.

La práctica del aborto es ilegal, pero se piensa que éste se realiza en todos los ámbitos de la sociedad. Las mujeres que no tienen acceso a la planificación familiar por cualquiera que sea la causa o que han tenido fracasos al respecto, sólo pueden tener dos opciones: un embarazo no planificado y quizás no deseado o un aborto. A nivel internacional cerca de 200,000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el aborto¹⁷. En El Salvador, el aborto es la tercera causa de egreso hospitalario de los establecimientos del MSPAS¹⁸. Esto representa, sin conocer las muertes relacionadas con el aborto, un alto costo social y económico al país. Valdría la pena profundizar en este tema y conocer el impacto que el mismo tiene en El Salvador.

2.1 Necesidades no satisfechas

Las necesidades de planificación familiar entre las mujeres del grupo en edad fértil han sido estimadas por FESAL; debe considerarse que, en la investigación estudiaron a las mujeres en general y, por lo tanto, no segmentaron a las que viven en unión.

La proporción de mujeres en las zonas rurales que en 1993 tenían necesidades no satisfechas de planificación familiar, fue el doble que las experimentadas por mujeres del AMSS (12,7 contra 5,9 por ciento, respectivamente), y menos que las sentidas por mujeres de "otras zonas urbanas" (7,8 por ciento).

Las necesidades expresadas en 1988 fueron del 10,0% para las mujeres en edad fértil, comparadas con 1993, en que se reporta el 9,2 por ciento. En las zonas rurales la proporción de mujeres en necesidad de servicios de planificación familiar disminuyó 2,3 por ciento y en el AMSS y otras zonas urbanas, aumentó en 1,0 por ciento. Esto representa una mayor demanda por parte de las mujeres en las áreas urbanas.

2.2 Proveedores de servicios de planificación familiar

El proveedor más grande es el MSPAS. En 1993 el 48,9 por ciento de todas las mujeres en edad fértil casadas o en unión y que eran usuarias, reportaron que el MSPAS era la fuente de los servicios que obtenían. La ADS y el ISSS cubren al 15,3 y al 14,5 por ciento respectivamente. Las farmacias fueron citadas en el 9,3 por ciento de los casos, mientras que clínicas privadas o médicos particulares en el 4,2 por ciento.

La cobertura del MSPAS en 1993, en comparación con la de 1988, mostró una disminución en 8 puntos porcentuales, mientras que las coberturas de ADS y el ISSS se incrementaron en 2,3 % y 3% respectivamente. Las farmacias incrementaron su participación en el mismo período en 1,1 por ciento.

¹⁷ Información FNUAP, 1992.

¹⁸ *Salud Pública en Cifras*, Cuadro No. 13, Anuario No. 23, 1991.

En el MSPAS, el mayor descenso se experimenta en las "otras zonas urbanas" (12,4%), seguido de las zonas rurales (5,5%) y, por último en el AMSS (4%).

El ISSS disminuye su cobertura en el AMSS (1,0%) y la incrementa en las otras áreas urbanas (5,3%) y rurales (3,1%). La ADS incrementó, en 1,1%, su cobertura en la zona rural; en 3,2% para las "otras zonas urbanas" y, en 4,2% para el AMSS.

ESTRATEGIAS

Ministerio de Salud Pública

El MSPAS provee servicios a través de sus establecimientos de salud, principalmente aquellos atendidos por médicos. En algunos de los establecimientos del Ministerio, no se cuenta con la norma nacional en cuanto a los requisitos para que una mujer pueda ser esterilizada, por lo que utilizan normas no escritas o políticas internas. El criterio general es que la madre tenga por lo menos dos hijos o que sea mayor de 25 años de edad.

Los servicios de PF, por lo general, no requieren de cita previa, aunque para las subsecuentes dan una cita para control. Dependiendo el método que la usuaria escoja, se le orienta y se le facilita de inmediato el anticonceptivo o se le da algún método de barrera temporal mientras se espera el momento adecuado para iniciar el método seleccionado.

Los medicamentos y materiales para el programa de PF son donados por varias agencias internacionales, tales como el Banco Mundial, FNUAP, Gobierno de Holanda/OPS/OMS, la CEE y USAID. De esta forma, se complementa la diversidad de métodos para el espaciamiento de los embarazos y los recursos para el fortalecimiento de los procedimientos quirúrgicos definitivos.

Las esterilizaciones post-parto se efectúan por lo general en los hospitales regionales y en los centros de salud; el Hospital de Maternidad contribuye con un importante número de esterilizaciones. Los servicios y la calidad de los mismos, dentro del MSPAS, varían de un lugar a otro dependiendo de la presencia de personal, material quirúrgico, etc. El principal obstáculo es la falta de personal médico.

La intervención de los promotores de salud del MSPAS, en el programa de PF, varía mucho dependiendo de como se da la coordinación con los médicos de los establecimientos a donde refieren a sus pacientes. En algunos lugares visitados, los promotores no distribuían ningún método, mientras que en otros lugares sí lo hacían.

Hay pocas acciones de educación para la salud en el área de PF. Cuando ocurren, tienden a ser uno a uno en el momento de la consulta y relacionado al método de interés de la usuaria potencial; en general no se discute la necesidad de espaciamiento de los embarazos. Los entrevistados señalaron la falta de material y de supervisión en esta área.

El sistema de información del programa de PF fue diseñado por separado y como un sistema vertical no integrado al sistema general de información del MSPAS. Para obtener mejores resultados, la información del programa se debe integrar al sistema general del MSPAS, de forma que contribuya a optimizar la gerencia y toma de decisiones en lo relativo a las acciones de planificación familiar.

El promotor es un recurso ideal para las zonas rurales. Para incrementar la cobertura se debe aprovechar al máximo su presencia y potencial. Otro recurso importante es la partera empírica quien es subutilizada en las

acciones de planificación familiar. Se debe analizar la ampliación y el fortalecimiento de las acciones de éstos recursos humanos en las actividades de planificación familiar.

Asociación Demográfica Salvadoreña

Su esquema de trabajo es a través de clínicas y promotores quienes venden los productos. Parte de la venta es para el promotor quien de esta forma complementa su ingreso mensual.

Los promotores entregan y venden anticonceptivos orales a las mujeres que lo solicitan utilizando una lista de cotejo: determinan que la potencial usuaria cumpla con una serie de requisitos para poder ser incluida en el programa y para la prescripción inicial. De no ser así o si la mujer presenta algún problema con el método que utiliza, es referida al servicio médico más cercano. La ADS promueve la esterilización femenina de intervalo y facilita la transportación de la paciente al hospital desde la zona rural y el regreso a la misma.

El programa de PF cuenta con un buen sistema de supervisión y, además, la calidad de los servicios es buena; ofrece a la vez una variedad de opciones para los usuarios. Actualmente la ADS cuenta con un fuerte apoyo por parte del AID.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El ISSS adquiere inyectables de aplicación mensual que han tenido buena aceptación y prácticamente sin fallos. Han logrado reducir la tasa de falla de los DIU del 41,8/1.000 usuarias en 1989 a 3,5 en 1993, gracias a la capacitación en la inserción del mismo. Al parecer no hay normas sobre paridad y/o edad, ni se requiere el permiso del esposo(a) para realizar la esterilización, por lo que se hace sólo con ser solicitada.

Dentro de las acciones de educación que el ISSS realiza, están las visitas a las fábricas y factorías en las que promueven la planificación familiar y el uso de condones como medio de prevención de las ETS.

Programa de Salud Materno Infantil (PROSAMI)

No todas las ONG de PROSAMI desarrollan el programa de PF en forma completa. Las que lo hacen (34), cuentan con ciclos orales (Lo-Feminal, 35 mg) y condones. Las ONG's católicas (2), por razones religiosas, no distribuyen ninguno de los métodos. Algunas ofrecen capacitación en el método del ritmo.

V ATENCIÓN Y CONTROL DEL RECIÉN NACIDO

I Atención al recién nacido

La atención al Recién Nacido (RN) está estrechamente ligada con la atención del parto. Dependiendo del lugar donde se de el mismo y quien lo atienda, así será la calidad y el tipo de atención que el recién nacido recibirá durante sus primeras horas de vida.

Para la atención del RN, el MSPAS se rige por el *Manual Integrado de Normas de la Atención Materno-infantil*. En el mismo, se norman los aspectos educacionales en los cuales la madre debe ser orientada para la atención de su hijo durante los primeros 28 días de nacido (vacunación, estimulación temprana, etc.). En el ISSS las orientaciones normativas y de procedimientos son similares a las del MSPAS.

Como ya se mencionó, las principales causas de mortalidad neonatal son el bajo peso al nacer, el trauma o asfixia al nacimiento y las anomalías congénitas. Se puede incidir directamente sobre las dos primeras causas. Con la atención integral de la embarazada existe la oportunidad para detectar a la mujer en riesgo y realizar un estrecho control de la evolución del embarazo. Por ejemplo, si la mujer embarazada presenta un cuadro de desnutrición, la complementación alimentaria ayudará a resolver este problema y como consecuencia el RN será sano.

Contar con personal más capacitado al momento del parto, ayudaría a reducir significativamente la segunda causa de mortalidad neonatal, principalmente en la zona rural. Hay que reforzar las acciones de capacitación continua de las parteras y el papel activo de los promotores rurales de salud del MSPAS y de las ONG's en estas acciones, ya que son determinantes para poder reducir la mortalidad neonatal y mejorar las condiciones de la atención del parto.

1.1 Atención perinatal

El Manual Integrado señala la aplicación de las vacunas BCG y antipolio a todos los RN antes de ser dados de alta de los establecimientos de salud; no se aplican a los RN de bajo peso. La cobertura de la vacunación de los RN antes del alta depende de varios factores, entre ellos que el recurso, vacuna y vacunador, se encuentre disponible en los establecimientos de salud las 24 horas, fines de semana y días festivos. En los establecimientos del MSPAS visitados, nos informaron tener coberturas entre el 80% y 90%; en el ISSS reporta una cobertura del 80%.

Las condiciones de atención del parto a nivel rural y las dificultades de acceso a los servicios de salud, inciden en la poca o nula vacunación de los RN a este nivel. La falta de orientación a la madre, sobretodo a la primípara joven, es entre otros, un factor importante que origina una gran cantidad de muertes neonatales.

Para 1993, el DMI/MSPAS reportó una tasa de cobertura a los menores de un año del 29%. Esta cifra está muy por debajo de lo logrado en 1991 (42,8%) y en 1992 (44%) y, por lo mismo, la situación es preocupante pues las acciones que se realicen en el primer año de vida son vitales para asegurar una niñez sana. Parece ser, según nos informaron, que la baja cobertura se debe a que la mayoría de la demanda de consulta de control llega por enfermedad. Nuevamente se pone de manifiesto la poca importancia que se presta a las acciones preventivas para el cuidado de la salud.

Madre Canguro

Las actividades de este programa están encaminadas a la atención de los RN de bajo peso y prematuros dados de alta. De acuerdo al programa, la madre debe aprender a colocar al RN sobre su pecho y debajo de su ropa, de esta forma el RN mantiene una temperatura estable y, para alimentarse tiene a su disposición incondicional el pezón de su madre.

El MSPAS consideró incorporar este programa en las estrategias de atención del DMI, pero debido al complicado esquema logístico que requiere, no se realizó.

Algunas ONG's, especialmente las involucradas con lactancia materna, promueven esta estrategia. Lamentablemente se desconoce la cantidad de personal adiestrado en esta técnica y los alcances del misma.

2 Lactancia materna¹⁹

Se conocen las ventajas que la lactancia materna ofrece a los recién nacidos; la protección sobre enfermedades diarreicas ya ha sido comprobada, al igual que las ventajas nutricionales. Por otro lado, brinda a la madre, mientras mantenga la lactancia exclusiva, protección contra un posible embarazo. La falta de la misma o del sustituto idóneo, ocasiona que los RN presenten serios problemas de desnutrición temprana y enfermedades principalmente gastroentéricas debido a la contaminación de utensilios.

En El Salvador, la desnutrición afecta a los niños desde antes de cumplir los 6 meses; el 14,4% del grupo entre 12 y 36 meses, tiene un peso muy bajo para su edad. Después de esta etapa, se observa que la tasa de bajo peso empieza a descender. La morbilidad infantil por diarrea y por infecciones respiratorias agudas es también más alta durante los primeros años de vida. Las tasas bajas de lactancia materna exclusiva²⁰, durante los primeros meses de vida, junto con una alimentación complementaria inadecuada son las dos principales causas de estos problemas de salud infantil.

2.1 Prácticas de alimentación de infantes y niños

En El Salvador el 91% de las mujeres inician la lactancia materna, cuya duración media es de 15 meses. Sin embargo, la duración media de lactancia exclusiva es muy baja, puesto que entre los 0 y 2 meses sólo un 26% de ellas, la practican; entre el tercer y quinto meses postparto, sólo un 6% de las mujeres dan lactancia exclusiva. La norma establecida por el MSPAS es que todos los infantes deberían ser exclusivamente amamantados entre 4 y 6 meses de edad.

Las prácticas de alimentación complementaria especialmente entre niños de áreas rurales, son generalmente inadecuadas en calorías y bajas en nutrientes tales como vitamina A. El aporte calórico y de nutrientes de los alimentos que se administran es muy bajo (contiene mucha agua o una cantidad inadecuada de grasas); además la frecuencia de la alimentación es menor a lo que se requiere para infantes y niños.

¹⁹ Para un conocimiento más amplio sobre este tema, se recomienda consultar el reporte complementario sobre *Evaluación de la Lactancia Materna* por Sandra Hoffman y cols., Wellstart, financiado por AID/Washington.

²⁰ Lactancia materna exclusiva es cuando la madre alimenta al hijo, durante los 4 y 6 primeros meses de vida, exclusivamente con leche materna sin incluir otro alimento en la dieta infantil.

2.2 Promoción y capacitación

Hay instituciones que tienen programas encaminados a mejorar la alimentación de los bebés. El Departamento de Salud Materno Infantil del MSPAS ha estado muy comprometido en la promoción de lactancia materna. *"La Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños"* y el desarrollo de una propuesta de ley para *"Apoyo, Promoción y Protección de la Lactancia Materna"* son ejemplo de su compromiso. Sin embargo, la ley no ha sido aprobada por la Asamblea Legislativa.

El Departamento de Salud Materno Infantil es el coordinador del Comité Técnico para la Lactancia Materna el cual incluye representantes de UNICEF, OPS/INCAP y del Centro de Apoyo de la Lactancia Materna (CALMA).

El Departamento de Nutrición del MSPAS tiene una extensa experiencia en la promoción de la alimentación complementaria mejorada. Un estudio reciente conducido por El Grupo Manoff, como parte del proyecto del Banco Mundial, da información detallada sobre las prácticas de alimentación infantil. En su primera etapa, este proyecto tiene planificado el desarrollo de una campaña de mercadeo social para mejorar la alimentación del infante.

Con el esfuerzo conjunto de CALMA, UNICEF y el MSPAS, se han desarrollado varias acciones de capacitación a personal de salud en lactancia materna; se reporta que el 80% del personal hospitalario del Ministerio ha sido capacitado. Un grupo seleccionado de médicos y enfermeras han recibido capacitación en programas de 2 a 4 semanas de duración realizado por Wellstart²¹ (Programa especial para profesionales de salud sobre lactancia materna).

Desde 1992 el DMI promueve programas de capacitación para parteras en los que han reforzado el desarrollo de contenidos más detallados sobre lactancia materna. Sin embargo, los programas no son suficientes para solucionar los problemas que se les presentan en sus actividades diarias por falta de capacitación en esta área.

Hay 36 ONG's trabajando en lactancia materna y /o en crecimiento y desarrollo infantil. CISI y PROSAMI dan apoyo a las ONG's para que éstas mejoren sus actividades de supervivencia infantil. El apoyo lo hacen a través de programas de capacitación, suministro de materiales educativos y otros.

2.3 Prácticas hospitalarias

Como resultado de la capacitación al personal de salud, las prácticas en los hospitales del MSPAS son buenas pero aún los programas de este tipo no se unifican en todos los establecimientos. Como resultado, el tiempo que transcurre entre el nacimiento y que la madre reciba a su bebé, varía entre los establecimientos; además, la práctica rutinaria de ofrecer suero glucosado al RN ha ido disminuyendo.

En contraste, en el Hospital 1o. de Mayo del ISSS ubicado en San Salvador y en hospitales privados, se separa al bebé de la madre por un período de 6 horas como mínimo y hasta 12 luego del parto. Durante el mismo se les da solución glucosada y biberón con fórmula y se mantiene a los infantes en salas separadas. En los hospitales privados visitados, se les da muestras gratis de fórmula a las madres al ser dadas el alta.

²¹ Wellstart es un programa internacional que apoya la promoción, investigación y capacitación de la lactancia materna. Sus oficinas principales se encuentran en Washington, D.C., E.U.A..

Los resultados de la auditoría a las acciones de los *Hospitales Amigos de los Niños* que se realizó en noviembre de 1993, reflejarán los alcances de las iniciativas que el MSPAS ha promovido en sus hospitales y centros de salud.

Se deben fortalecer las acciones normativas y de la estrategia de Hospitales Amigos de los Niños, procurando que sean implementadas en todo el Sector Salud, incluyendo a los hospitales privados. Los fabricantes y distribuidores de leche maternizada deben, por otro lado, apearse a la normatividad sobre el manejo de sucedáneos de la leche.

2.4 Prácticas de la comunidad

En áreas rurales, el 46,4% de los nacimientos que ocurren en casa son atendidos por parteras empíricas. Una de las prácticas que las parteras tienden a recomendar a la madre es, "aún cuando se puede poner al bebé en el pecho luego del nacimiento se les puede dar otros líquidos tales como, agua azucarada o agua de arroz hasta que llega la leche". Este consumo temprano de otros líquidos requiere el uso de biberón; lo que es un medio potencial de contaminación para el bebé que puede resultar en diarrea.

2.5 Políticas de alimentación infantil

En abril de 1992, el MSPAS emitió la *Declaración de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna*. En este documento, el MSPAS claramente señala la política sobre lactancia materna. Este ejemplo se debe seguir en relación con otros programas prioritarios.

En el Anteproyecto de la *Ley de Apoyo, Promoción y Protección de la Lactancia Materna* propone la creación de una Comisión de Lactancia Materna que incluya miembros de otros Ministerios; la ley restringe la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. La Comisión es una entidad necesaria para el desarrollo de políticas de largo plazo para promover la lactancia materna.

Existen leyes de licencia o incapacidad postparto para madres trabajadoras en el sector formal. Sin embargo, más del 50% de las mujeres que trabajan, lo hacen en el sector informal. Por ley, se permite a las trabajadoras del Sector Público tomar su licencia por maternidad 4 semanas antes de su parto y 8 semanas después.

3 Control del crecimiento y desarrollo del niño

Las acciones de control del crecimiento y desarrollo del niño son de importancia vital. Este componente se convierte en el eje integrador alrededor del cual deben girar todas las acciones de atención infantil. La correcta coordinación y normatización de las actividades y estrategias en esta área, permitirán fortalecer la salud en el grupo blanco y, en consecuencia, la tasa de mortalidad infantil disminuirá.

3.1 Situación institucional

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

La aplicación de las normas no es uniforme en todos los niveles de servicios de salud. Los materiales pertinentes para el control, supervisión y educación no están siempre disponibles (por ejemplo, el Carnet del Niño). El sistema de información de la atención materno-infantil del MSPAS no capta datos sobre las acciones realizadas por los promotores, debido a que las acciones de los promotores son reportados en un sistema paralelo (el sistema del Departamento de Salud Comunitaria), el cual es apoyado por APSISA. En consecuencia, esta información no es compartida con otras instancias dentro del MSPAS.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Para este año, el sistema del ISSS atiende a niños menores de 3 años, sin embargo, fueron atendidos menos del 50% de los infantes que se debieron captar. El sistema administrativo del ISSS es sumamente burocrático y desanima a la gente para la inscripción administrativa de los hijos. Esto causa que las madres no acudan a las visitas de control para niños sanos. Por lo tanto, los niños llegan a la atención médica sólo cuando están enfermos. Las visitas de control del niño sano, no son activamente fomentadas por el personal.

Otras organizaciones

Las ONG's, por lo general siguen las mismas normas y usan el mismo material básico que el MSPAS. La diferencia radica en que el compromiso para el control del crecimiento varía dependiendo de la organización, sin embargo, muchas de ellas están comprometidas de lleno y han desarrollado materiales educativos adicionales. La supervisión de las acciones corre a cargo de médicos y/o tecnólogos materno-infantil, quienes a su vez se encargan de otros proyectos y actividades dentro del área a su cargo.

3.2 Coberturas

La cobertura dentro del MSPAS se calcula de acuerdo al porcentaje supuesto de población abierta a la cual debe atender. De 1991 a 1993 la cobertura para todos los grupos ha descendido (Cuadro No. 16).

Cuadro No. 16

COBERTURA DEL PROGRAMA DE CONTROL Y DESARROLLO DEL NIÑO SANO

| Edad/año | 1991 | 1992 | 1993 |
|----------|--------|--------|--------|
| < 1 año | 42,8 % | 44,0 % | 29,0 % |
| 1 a 2 | 28,0 % | 28,0 % | 23,0 % |
| 2 a 4 | 13,1 % | 14,0 % | 11,4 % |

Fuente: Departamento Materno Infantil, MSPAS

Según la Unidad de Estadística del MSPAS, para el primer semestre de 1992, las actividades de control de crecimiento y desarrollo lograron cubrir el 35,5% de la demanda de consulta por morbilidad. De éstos, el 27,15% (11.170 niños), fueron menores de 28 días de edad. La clasificación del riesgo se presenta en el cuadro No. 17 ubicado en la siguiente página.

Cuadro No. 17

**INSCRIPCIONES AL PROGRAMA REGULAR DE CONTROL Y DESARROLLO
(Enero-junio 1993)**

| Edad | Sin Riesgo | Bajo Riesgo | Mediano y Alto Riesgo | TOTAL |
|---------|------------|-------------|-----------------------|--------|
| < 1 año | 10.695 | 29.140 | 1.465 | 41.300 |
| 1 año | 637 | 2.284 | 270 | 3.191 |
| Total | 11.332 | 31.424 | 1.735 | 44.491 |

Fuente: Departamento de Estadística, MSPAS.

En el Cuadro No. 18 se presentan los datos de población blanco por grupos de edad (población, según Censo 1992), cobertura por parte del MSPAS calculadas en 40%, indicadores de consulta según la norma y las consultas que se debieran otorgar. La cobertura en realidad está muy por debajo de lo ideal. Suponiendo que se realice el mismo número de consultas en el período julio-diciembre que se realizaron en el primer semestre de 1993 (44,491), el total de consultas sería de 88.982 acciones. Comparada con el total ideal del Cuadro No. 18, sólo se habría logrado cubrir el 10,6% de lo esperado. Este ejercicio lo deben realizar las ONG's para verificar sus propios alcances.

Cuadro No. 18

**POBLACION BLANCO Y NUMERO DE CONSULTAS SEGUN INDICADORES
DE ATENCION DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
(Población menor de 5 años)**

| Edad | Población por grupo de edad | Cobertura calculada 40% | Indicador cxa*. | No. ideal de consultas |
|--------|-----------------------------|-------------------------|-----------------|------------------------|
| <1 año | 132.556 | 53.022 | 6 | 318.132 |
| 1 año | 129.115 | 51.646 | 4 | 206.584 |
| 2 años | 127.951 | 51.036 | 2 | 102.072 |
| 3 años | 128.591 | 51.436 | 2 | 102.872 |
| 4 años | 133.025 | 53.210 | 2 | 106.420 |
| TOTAL | 651.238 | 260.350 | - | 836.080 |

* cxa: Número de consultas normadas por año.

Fuente: DIGESTYC, Censo 1992; Manual Integrado de Normas DMI/MSPAS.

En el ISSS, la población derechohabiente de 0 a 2 años era de 42.154, de los cuales habían registrado tan sólo a 3.924 menores, lo que equivale al 11% de lo esperado. De la población derechohabiente inscrita al control de crecimiento y desarrollo, se calcula que se cubre entre el 70% y el 80% de los mismos. La cobertura en 1991 | 77,4% y en 1992 de 83%.

Vinculación con otros Programas

La vinculación de los programas de nutrición, inmunizaciones y educación alimentaria con las acciones de control de crecimiento y desarrollo, permiten un mayor impacto en la salud infantil. Con la disminución en los alcances del componente de control de crecimiento y desarrollo del niño, se deben buscar alternativas que permitan su fortalecimiento. La coordinación y vinculación de las diferentes áreas que intervienen en las acciones, tanto a nivel central como regional, pero sobre todo a nivel operativo, es prioritario. Se debe entonces plantear estrategias que permitan subsanar la necesidad expresada. Para ello, se debe considerar la necesidad de integrar a los promotores y a las parteras en la realización de mayores acciones de atención integral a la persona en relación al control de crecimiento y desarrollo.

De hecho, la vinculación de éstos programas se tendría que fortalecer, primero, al interior del MSPAS, ya que los programas se llevan en unidades administrativas diferentes, para luego también hacerlo hacia fuera del Ministerio involucrando a las ONG's que cuenten con la infraestructura física y humana para apoyar las acciones de control y desarrollo y complementación alimentaria.

Percepción cultural²²

La percepción que la comunidad tiene sobre las acciones preventivas, puede ser un factor importante para la baja demanda. Otra razón puede estar en relación a la accesibilidad a los servicios y que no se considere lo suficientemente importante como para realizar el viaje para una visita de control.

Las acciones de educación para la salud reforzando la importancia de la prevención, a fin de mantener sanos a los niños, son de vital importancia para romper la inercia de la población en relación a la percepción de lo que debe ser una unidad de salud, así como de los servicios y beneficios que de ella puede recibir.

²² La percepción de la comunidad se plasma en los resultados del trabajo de campo de la Dra. Susan Kolodin, cuyo reporte es parte de los informes técnicos de ANSAI-94.

VI CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS

El Control de las Enfermedades Diarreicas y Rehidratación oral (CEDRO), se realiza desde 1978 y se maneja en el Departamento Materno Infantil (DMI) en lo referente a la atención en menores de 5 años. El control del cólera, desde el punto de vista normativo y epidemiológico se realiza en la Unidad de Epidemiología del mismo Ministerio.

En el ISSS, aunque se tiene normado, la utilización de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) es muy baja. Debido al tipo de esquema del ISSS, en que muchos de sus pacientes son atendidos por especialistas subrogados, no se puede llevar un control de la aplicación de la norma.

Casi todas las ONG's que tienen relación con la salud, han implementado estrategias de control de diarrea y de tratamiento con la terapia de rehidratación oral. El uso de la TRO en la comunidad por promotores o miembros adiestrados, ha demostrado a lo largo de los años en todo el mundo, los beneficios y bondades del método.

1 Problemática

Mortalidad

En el año 1990, la diarrea fue la primera causa de muerte para los menores de 1 año de edad con el 17,2% de todas las muertes. Las muertes en este grupo, representaron el 49,3% de las muertes por diarrea para todas las edades. Igualmente, la diarrea fue la primera causa de muerte para el grupo de 1 a 4 años y correspondió al 19,25% de todas las muertes por esta causa. En consecuencia, la mortalidad por diarrea en el grupo de 0 a 4 años significó el 68,55% de todas las muertes por dicha causa en El Salvador durante 1990.

FESAL-93 reporta que la diarrea es la responsable del 20% de las muertes en los menores de 5 años. La distribución por grupo de edad y lugar de residencia se muestra en el Cuadro No.19.

Cuadro No. 19

MORTALIDAD POR DIARREAS

| Grupo de Edad | Porcentaje |
|------------------|------------|
| Menores de 1 año | |
| Area Urbana | 20,2% |
| Area Rural | 18,0% |
| De 1 a 4 años | 24,1% |
| De 0 a 4 años | 20,0% |

Fuente: FESAL-93

El total de muertes por diarrea reportadas en el *Anuario No. 23, Salud Pública en Cifras*, con datos de la Dirección General de Estadística y Censo, para el grupo de menores de 1 año son 635 (tasa 350.5/100.000 hab). Si aplicamos la tasa de mortalidad infantil de 52/1.000 RNV obtenemos, para 1992, un total de muertes

de 7.862 solamente para menores de un año ($52 \times 151.210/1.000^{23}$). Si a esta cantidad esperada de muertes, en menores de un año, le aplicamos el porcentaje de muertes por diarrea reportado por FESAL-93 para el mismo grupo (19%), nos da como resultado 1.494 fallecimientos. La diferencia de lo esperado en el grupo de menores de un año, con las muertes reportadas en el mismo grupo, es de 859 casos. Este ejercicio nos sirve para resaltar la importancia del subregistro tan importante que existe en cuanto a la mortalidad infantil.

Morbilidad

En una investigación realizada en 1992 se estudió, en 80 sitios centinela, la prevalencia de la enfermedad diarreica para cada Región. El resultado se resume en el Cuadro No. 20. Como se puede observar, la Región Central es la que más alta prevalencia presenta con un 41,2%. La Región Metropolitana, quizás porque tiene un mejor acceso a servicios sanitarios y un mejor nivel de educación, sólo presenta un 29,9%. Sin embargo, en el ISSS, la diarrea es la segunda causa de morbilidad general a pesar de que la mayoría de los derechohabientes viven en zonas urbanas.

Cuadro No. 20

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) POR REGION EN SITIOS CENTINELA, 1992

| R e g i ó n | % Preval. |
|---------------|-----------|
| Central | 42,2 |
| Paracentral | 41,2 |
| Oriental | 40,0 |
| Occidental | 30,9 |
| Metropolitana | 29,9 |

Fuente: Departamento Materno Infantil, MSPAS

De acuerdo al *Programa Nacional Integrado de Salud Materno-infantil*, en 1990 se estimaba que cada niño presentaba cinco episodios de diarrea al año, lo que representaba una tasa de morbilidad de 190/1000. Para 1993, se calcula que cada niño presenta un promedio de 4.1 episodios de diarrea al año.

Las ONG's bajo la coordinación de PROSAMI han aplicado este indicador de casos esperados de diarrea en su programación, convirtiéndose entonces en una meta a cumplir (casos de diarrea a tratar). Sin embargo, esta meta es difícil de alcanzar, ya que muchos de los casos son de diarrea leve y sin deshidratación que son tratados en el hogar y que no ameritan ser llevados al promotor o al establecimiento de salud y, aunque el indicador sea correcto, no es posible esperar que cada uno de los episodios lleguen a solicitar tratamiento.

El impacto de la educación en las madres sobre la aplicación del plan A de tratamiento pueden ser también responsables de que no lleguen a solicitar atención en muchos de los casos, lo cual indicaría que los esfuerzos en educación para la salud están teniendo el impacto esperado.

²³ 151.210 es el número de nacimientos ocurridos en El Salvador en 1992.

2 Indicadores de impacto

Las estimaciones del DMI en cuanto a las tasas de accesibilidad y uso de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y de Sales de Rehidratación Oral (SRO) se calcula en base a los resultados del estudio que el DMI obtuvo de los sitios centinela. La TRO es la aplicación de cualquiera de los planes de tratamiento en general (A,B,C). Terapia con SRO, es específicamente los casos tratados con SRO, lo que representa principalmente los planes B y C de tratamiento.

La Misión de AID en El Salvador importa entre 3 y 5 millones de sobres de Sales de Rehidratación Oral (SRO) para el MSPAS y las ONG's de PROSAMI. Se cuenta también con los sobres de sales que se importan vía UNICEF. Para finales de 1993, se contaba con una existencia de 3.173.000 unidades de SRO²⁴. En el ISSS se tiene un superávit de sobres.

Tasa de acceso a SRO

Es la proporción de la población con acceso razonable a un proveedor capacitado (promotor, enfermera o médico) que cuenta con un suministro continuo de SRO²⁵; en El Salvador es del 84%. La alta accesibilidad puede ser efecto de los esfuerzos que se realizaron en las campañas de prevención contra el cólera.

Tasa de uso de TRO

Refleja la proporción de todos los casos de diarrea en menores de 5 años tratados con SRO y/o un líquido casero recomendado²⁶ (plan A, B y C de tratamiento de la diarrea); en el país es del 45%.

Tasa de uso de SRO

Representa la proporción de todos los casos de diarrea en menores de 5 años que son tratados con SRO²⁷. Según los resultados de los sitios centinela; en El Salvador es del 45%²⁸.

Si comparamos los resultados obtenidos en la Encuesta FESAL-93, en cuanto al impacto del tratamiento con los resultados obtenidos por el MSPAS, observamos que son muy similares. De los niños enfermos de diarrea reportados por FESAL-93, recibieron tratamiento el 92,7%; por lo menos la tercera parte recibió el tratamiento por un médico o enfermera, mientras el resto lo recibió en casa, de amigos, familiares o la farmacia. Las SRO fueron utilizadas en el 50,8% de los casos; los sueros de preparación casera se utilizaron en el 23,1% de los casos reportados y sólo el 1,7% recibió tratamiento endovenoso. Se utilizaron medicamentos comerciales en el 85,6% de todos los casos, por lo que se infiere que los niños además de la TRO, recibieron otro medicamento.

²⁴ Para datos sobre el manejo de medicamentos, se recomienda la consulta del informe técnico *Administración de Productos Farmacéuticos* elaborado por J. Bates y D. Lee para ANSAL-94.

²⁵ *Curso de gerencia para responsables de Actividades CED*, Programa de Salud Materno-infantil, Control de las Enfermedades Diarreicas OPS/OMS, 1988.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ En nuestras entrevistas con el MSPAS, argumentaban que era del 100%, ya que se les entregaban SRO a todos los casos de diarrea que solicitaba atención. Esta acción no se ajusta con la definición dada por OPS/OMS.

Estos hallazgos son importantes ya que muestran la relevancia que la comunidad le da al uso de las TRO y las de SRO para el tratamiento de las diarreas.

En mayo de 1993, el CISI realizó un estudio en el que se midió el grado de utilización de las SRO y TRO en varias comunidades que, según el reporte, se ven beneficiadas por la presencia de su intervención (Casas de Salud Comunitarias). El 37.2% de las madres dijeron haber aumentado el aporte de líquidos a los niños, mientras que al 60% de ellos les dieron menos alimento. A estos sucesos hay que darles atención, pues con esta práctica se favorece el inicio de la desnutrición. Este problema puede tener dos causas: (1) es posible que no todas las madres conozcan el plan A de tratamiento de la diarrea y (2) también puede ser que el personal de salud proporcione poca educación a la madre sobre la importancia de continuar la alimentación del menor cuando tiene diarrea.

En el mismo estudio se reporta que al 33,44% de los pacientes se les indicó SRO. Este porcentaje es muy bajo si se toma como único parámetro, ya que el mismo no especifica que tipo de diarrea se trató y si ésta se acompañaba o no de deshidratación o deshidratación con choque. Tampoco se reporta a cuántas madres se les indicó el manejo de la diarrea en el hogar siguiendo el plan A de tratamiento en el que no se utiliza la SRO.

En cuanto a las normas de prescripción de la enfermedad diarreica aguda (EDA), el 39,4% de los casos se ajustaron a las mismas. El 31,5% de los casos se manejó con ajuste parcial, mientras que el 8,3% de los niños recibieron medicamentos contraindicados. Se conoce la falta de apego por parte del médico a las normas y la consignación de los diagnósticos en forma clara y de acuerdo a las mismas²⁹.

Cabe resaltar que a pesar de los problemas anteriores el número de casos de diarrea atendidos con TRO y SRO ha ido en aumento. La falta de una política clara y explícita sobre el manejo de la diarrea en los niños y adultos con TRO³⁰ poniendo de manifiesto los puntos principales al respecto, explica la insuficiente aplicación de esta forma de tratamiento en todos los niveles de atención públicos y privados.

La duplicidad de las normas (Cólera y DMI) y la falta de las mismas en forma física a nivel de los establecimientos de salud, crean confusión y facilitan el mal manejo de los casos de diarrea.

Se recomienda definir la política nacional de tratamiento de la diarrea incluido el cólera, la cual debe reforzarse con una sola normatividad de tratamiento que permita una aplicación uniforme y efectiva.

Las tasas de lactancia materna exclusiva son extremadamente bajas en niños menores de 6 meses y las tasas de diarrea son altas. Por ello, la promoción de la lactancia exclusiva debe ser parte integral de las actividades de control de diarreas. Esto es muy importante debido a lo amplio de la contaminación del agua de consumo.

3 Atención hospitalaria de la EDA

La enfermedad diarreica ocupó el cuarto lugar como causa de egreso hospitalario para 1991 (Salud Pública en Cifras, 1991), precedido de partos, bronconeumonías y abortos.

²⁹ Prescripción y utilización de medicamentos en IRA y EDA, Consultoras e Investigaciones en Servicios de Salud, S.A. de C.V., El Salvador, 1993.

³⁰ El MSPAS asegura que existe la política, ya que en las Normas Integradas se regula el uso TRO. Estas normas no son aplicadas por todas las instituciones que ofrecen atención infantil.

El informe estadístico que el Hospital Bloom emite mensualmente, no especifica claramente el número de menores que requieren TRO en la sala de CEDRO. Es decir, el informe no clasifica el tipo de casos y no se sabe si son casos nuevos o subsecuentes, ni cuantos son casos de diarrea que ameritaran utilizar en ellos el Plan C de tratamiento y cuantos de éstos fallaron por requerir internamiento hospitalario. Además no especifica si los sobres que se utilizaron, con un promedio de 2,05 por cada caso de diarrea, fueron para la rehidratación en el hospital o para ser entregados a las madres con indicaciones para su uso y el mensaje educativo.

Se recomienda una revisión de este informe para que señale en forma clara, la cantidad de casos tratados, su estado de deshidratación y tipo de plan de tratamiento indicado. Para ello, es importante que se consideren los casos ingresados al hospital y los que presenten complicaciones.

4 Prevención y capacitación

Prevención

Se reporta que el 54,8% de la población del país cuenta con abastecimiento público de agua (Cuadro No. 21). En el área rural el 83,9% de la población no tiene acceso a agua segura, ni tampoco el 13,6% de los habitantes en las zonas peri-urbanas³¹.

Cuadro No. 21

ACCESO AL SERVICIO DE ACUERDUCTOS EN RELACION A LA POBLACION TOTAL, DICIEMBRE, 1992

| Acceso al agua | Sistema Público | | Sin sistema público |
|---------------------|------------------------------|--------------------|---------------------|
| | Con conexiones domiciliarias | Con pilas públicas | |
| Urbano y Periurbano | 82,4% | 4,0% | 13,6% |
| Rural | 15,4% | 0,7% | 83,9% |

Fuente: Proyecto Pro-Agua/MASICA/OPS/OMS

Se reconoce que la integración de los componentes de agua y saneamiento en las acciones de supervivencia infantil tienen a la larga un mayor impacto, sobretodo si éstas se coordinan y ejecutan con una activa participación comunitaria. Así mismo, se ha reconocido que además del impacto que pudiera tener en salud, el componente de agua y saneamiento incide también en la productividad y desarrollo de la comunidad³².

A nivel rural, se han establecido a lo largo de los años, una gran cantidad de proyectos financiados por diversas fuentes; el objeto ha sido garantizar el suministro de agua segura a la población. En estos proyectos

³¹ Informe técnico sobre *Salud y Medio Ambiente*, ANSAL, elaborado por el Ing. Roberto Argüello

³² *Estrategias para vincular programas de agua y saneamiento con supervivencia infantil*, informe técnico No. 65, setiembre 1990, Proyecto WASI/IIID.

donde la participación comunitaria es de vital importancia, muchas veces los mismos no se han realizado con la participación de la comunidad.

Los proyectos de letrización, se operan por varias entidades con criterios técnicos que no son homogéneos entre sí. Se da el problema que no consideran el tipo de letrina, características del suelo y manto acuífero o detalles de diseño e inserción de la letrina en el contexto de hábitos y actitudes de la población servida, lo que pone en duda el real beneficio sanitario y ambiental del proceso de letrización.

En cuanto a la educación sanitaria de la población, los programas varían considerablemente en El Salvador. Hay desde campañas orientadas a metas específicas con un plazo estipulado, hasta programas abiertos y programas de desarrollo comunitario de amplio espectro.

Un importante eslabón en todos estos programas son los promotores de salud quienes entre sus funciones tienen el promover la participación comunitaria. Sin embargo, no todos los cantones tienen promotores de salud. A pesar de ello, el Departamento de Salud Comunitaria ha tenido grandes logros en un periodo de tiempo relativamente corto en cuanto al número de promotores (de 579 en 1991 a 1.442 en 1993). Todavía más del 30% de los cantones en el área rural carecen de un promotor local establecido. Aún con una cobertura esperada del 80% para finales de 1994, el número de promotores a nivel de cantón representará únicamente el mínimo de cobertura necesaria.

No se ha desarrollado una estrategia específica para la reducción de morbilidad en diarrea, ya que siempre se dan una serie de recomendaciones a la madre, muchas de ellas difíciles de cumplir. Si se tomase una sola estrategia, como el lavado de manos, las acciones se simplificarían y el impacto sería mayor. Recuérdese que sólo esta indicación general ha tenido un gran impacto en la reducción de la morbilidad de diarreas.

Capacitación

A nivel nacional, existe un programa de capacitación sobre el manejo de las diarreas, el cual se desarrolla a través de programas de educación continua. A partir de 1994, se van a incorporar las unidades de Capacitación de IRA y EDA en tres Hospitales Regionales.

Las ONG's continúan en su tarea de promocionar y capacitar a los promotores para que éstos, a su vez capaciten a las madres en el manejo del plan A de tratamiento. La capacitación dentro de las ONG's ha permitido que los tratamientos y las sales se hagan accesibles, al grado que la utilización de SRO por promotores de ONG's afiliadas a PROSAMI es del 83%.

Se recomienda fortalecer los programas de capacitación, tanto en su componente comunitario a las madres, como en el de salud dirigido principalmente a los promotores y parteras. La participación activa de este personal de salud en el manejo integral de los casos de diarrea, favorecerá la disminución de una de las principales causas de muerte en los menores de 5 años.

VII CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

1 Problemática

Mortalidad

FESAL-93 reporta que las IRAs son la segunda causa de muerte en la infancia; la distribución por lugar de residencia se muestra en el Cuadro No. 22. Para el grupo de 1 a 4 años, las IRA son la primera causa de mortalidad; en el grupo de 0-4 años, es la segunda causa de muerte después de las diarreas. Estos datos coinciden con los reportados en el *Anuario No. 23, Salud Pública en Cifras 1991*, para el nivel nacional.

Cuadro No. 22

MORTALIDAD POR IRA POR GRUPO DE EDAD,

| Grupo de Edad | Porcentaje |
|------------------|------------|
| Menores de 1 año | |
| Area Urbana | 16,2% |
| Area Rural | 16,4% |
| De 1 a 4 años | 27,8% |
| De 0 a 4 años | 18,6% |

Fuente: FESAL-93

El número de fallecimientos por IRA en niños registrado a nivel nacional, parece muy bajo y no manifiesta la realidad. El total muertes por IRA reportada por la Dirección General de Estadística y Censo (*Anuario No. 23*) para el grupo de menores de 5 años, es de 638. Si aplicamos la tasa de mortalidad infantil de 55/1.000 RNV, obtenemos solamente para menores de un año un total de 7.862 muertes ($52 \times 151.210/1.000^{33}$). Si a este número esperado de muertes en menores de un año le aplicamos el porcentaje de muertes por IRA en menores de un año reportado por FESAL-93 (16,2%), nos da como resultado 1.274 fallecimientos. La diferencia de lo esperado en el grupo de menores de un año, con las muertes reportadas en los menores de 5 años, es de 636 casos. Este ejercicio evidencia nuevamente el subregistro tan importante que existe en la información en general en el país y que debe de ser corregido a fin de contar con estadísticas reales.

Morbilidad

Los datos de morbilidad indican un alto porcentaje de IRA como rinofaringitis, bronconeumonía, influenza y faringitis. FESAL-93 reporta una prevalencia general del 68,6%; la misma es ligeramente más alta en la zona rural que en la urbana. En relación al tratamiento, FESAL-93 reporta que el 93,6% del total de los casos recibieron algún tipo de tratamiento; el 43,7% de ellos recibió la atención por médico o enfermera. En el AMSS se prescribieron antibióticos al 62,4% de los casos, mientras que en la zona rural sólo al 47,9%.

En cuanto a la prescripción de antipiréticos, estos fueron prescritos al 63,2% de todos los casos que recibieron tratamiento. En el AMSS lo recibieron el 58,5% y en la zona rural el 66%.

³³ 151.210 es el número de nacimientos registrados en El Salvador en 1992.

Estos datos muestran diferencias en cuanto al manejo de las IRA en las zonas urbana y rural. En la primera se manejan más antibióticos que en la rural, donde tienden a manejar tratamientos sintomáticos en mayor proporción. Las cifras de FESAL-93 no desagregan la actuación de los promotores.

2 Acceso a tratamiento

La característica de las IRA de iniciar en forma leve y poder evolucionar hacia la gravedad, hace que las madres no le presten la atención necesaria al inicio de estas enfermedades. Los efectos de catarrros o faringoamigdalitis repetitivas sobre la evolución del desarrollo de los niños se deja sentir: se establece un círculo vicioso enfermedad-desnutrición-enfermedad que puede llevar al menor a la muerte prematura.

El entrenamiento de promotores en el manejo apropiado de casos de IRA (y de diarrea) ha contribuido a reducir la mortalidad de estas enfermedades. Son los promotores de salud quienes tienen, por el contacto cercano, la oportunidad de realizar una detección temprana de casos. En el MSPAS reciben capacitación para el diagnóstico de las IRA y el manejo con tratamiento sintomático de los casos leves, debiendo referir los casos graves a los establecimientos de salud.

En este sentido, las referencias ejercidas por los promotores del Ministerio durante los primeros 9 meses de 1993, fueron 2.869 (no se especifica el tipo de gravedad de la enfermedad), y de las cuales se completaron solamente 1.827 (63,4%) de ellas. Las razones de que casi el 40% de las referencias no se cumplan, pueden ser muchas, desde que la familia no crea conveniente llevar al menor por considerar que el caso no lo amerita; por no poder sufragar los gastos que ese viaje generaría o porque no les recibieron en el establecimiento de salud por cualquiera que sea la causa. Esto causa que un gran porcentaje de niños no tengan la atención adecuada para su padecimiento.

Las ONG's que son financiadas por PROSAMI han incorporado en su currícula de capacitación a promotores, el manejo de antibióticos básicos para el tratamiento de la enfermedad, refiriendo los casos graves o muy graves.

El MSPAS ha manifestado no estar de acuerdo con lo anterior por dos razones: en primer lugar, porque la norma establece quien y como debe manejar los casos leves (promotores y auxiliares), pero no menciona de que si el mismo es capacitado para el manejo de antibióticos, pueda ejercer la atención integral. Segundo, el MSPAS tiene poca capacidad de supervisión operativa, lo cual es una realidad y es comprensible su preocupación de que el promotor pueda dedicarse a prescribir antibióticos a todos los casos porque la comunidad así se lo demande.

PROSAMI fue objeto de una consultoría referente al manejo integral de las IRAs por los promotores. En esta consultoría se detectaron dos aspectos que muestran el impacto que este tipo de manejo de las IRAs (detección activa) tiene:

- a) La captación precoz que realizó el promotor en numerosos casos de neumonía grave y enfermedad muy grave y que fueron referidos y admitidos en el hospital para su tratamiento.
- b) La identificación precoz y tratamiento con antibiótico por parte del promotor de numerosos casos con signos de neumonía y que evolucionaron favorablemente.

La misma consultoría señala que el esquema utilizado por las ONG's afiliadas a PROSAMI, permite fortalecer la afirmación sobre la factibilidad de la participación de personal de la comunidad, que tiene escaso nivel de instrucción formal, en la estructura del programa de atención de IRAs, incluyendo el manejo de antibióticos para tratamiento de neumonía en lugares de difícil acceso y la referencia oportuna de casos graves.

En el informe se expone que el manejo integral de las IRAs debe ser reforzado en varios aspectos, como son capacitación más homogénea a los promotores y la supervisión dirigida a solucionar problemas del promotor en cuanto a sus conocimientos y evaluaciones.

El informe señala también que PROSAMI ha demostrado que es posible establecer estructuras de coordinación de actividades con y entre ONG's que permiten unificar criterios técnicos específicos y fortalecer las acciones en relación al logro de un objetivo común³⁴.

Estos puntos destacados en el informe deben tomarse en cuenta si se desea lograr un mayor impacto en el descenso de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez, cuyas dos principales causas son diarreas e IRAs. El manejo integral de casos por parte de los promotores, es a la vez una opción para elevar la cobertura real por parte de las ONG's y del MSPAS para resolver los problemas en la comunidad.

Manejo hospitalario de las IRAs

Un gran número de casos de IRA son atendidos intrahospitalariamente y constituyen, después de los partos, la segunda causa de egreso hospitalario. En el Hospital Bloom de San Salvador, ocupa el primer lugar de los egresos hospitalarios (Cuadro No. 23). En este hospital, las IRAs ocupan el tercer lugar como causa de muerte hospitalaria, para 1992, con 58 fallecimientos. La tasa de letalidad hospitalaria de IRA en el Hospital Bloom es de 3,7%. Por grupo de edad, el grupo de menores de 28 días presenta el 7,05% de letalidad, mientras que el grupo de menores de un año, el 6,4%, siendo éstos los dos grupos más afectados.

Cuadro No. 23

EGRESOS Y MUERTES POR IRA HOSPITAL BLOOM, 1992

| Defunciones y egresos hospitalarios | < 28 días | < 1 año | 1-5 años | > 5 años | TOTAL |
|-------------------------------------|-----------|---------|----------|----------|-------|
| Egresos Hospitalarios | 85 | 512 | 588 | 392 | 1.577 |
| Defunciones | 6 | 33 | 16 | 3 | 58 |

Fuente: Departamento de Estadística, Hospital Bloom.

No se obtuvieron datos sobre el tipo de patología que se atiende en la consulta externa del Hospital, pero se conoce que 11.348 consultas por IRA fueron demandadas en el servicio de urgencias.

El no apearse a la normatividad de tratamiento en la sala de urgencias del Hospital Bloom, causa entre otras cosas, la saturación de servicios de hospitalización con casos que en realidad, en su gran mayoría, no requieren ser ingresados.

Se debe reforzar la capacitación en los residentes de pediatría a fin de que el manejo de las IRAs se lleve a cabo según la normatividad establecida. Se sabe que la resistencia por parte de los médicos es mucha hacia este tipo de tratamiento simplificado.

³⁴ Evaluación de las Actividades de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños Menores de 5 años en El Salvador para PROSAMI, REACH, John Snow, INC., Junio 1993.

Se espera que las acciones de capacitación que se están realizando logren de alguna medida revertir el patrón de tratamiento utilizado.

3 Prevención y capacitación

Prevención

Se conoce la importancia de las acciones que eviten la contaminación del aire en la prevención de casos de IRA, principalmente en lo relacionado al control de los humos y altas temperaturas que se pueden generar al interior de la habitación familiar rural. Los programas de construcción de fogones alzados o cocinas externas tienen como finalidad prevenir accidentes por quemaduras, muy comunes en zonas donde se utilizan carbón o leña para cocinar.

Es importante que éstos programas se acompañen del componente educativo respectivo y a la vez que promuevan la participación comunitaria para asegurar el éxito de los mismos.

Muchas ONG's están promoviendo los programas de educación a través de mensajes preventivos sobre IRA a las poblaciones objeto de su atención. Sin embargo, no todas cuentan con los apoyos técnicos o financieros necesarios para producir materiales adecuados. La coordinación de las acciones y el compartir los materiales de educación entre todos, podría favorecer el impacto educacional.

Capacitación

Durante el segundo semestre de 1993, el DMI capacitó personal de salud en el manejo de IRA. Esta capacitación se inició en el Hospital "Benjamín Bloom" de San Salvador y fue realizada con el apoyo de la OPS. Dentro de la capacitación se considera como IRA leves los resfriados, la tos y los procesos que no llegan a ser neumonía. Se considera como casos moderados y/o graves la neumonía y procesos complicados. El tratamiento de los casos leves se hace con medicación sintomática en el hogar y pueden ser atendidos por promotores y personal auxiliar. Los casos graves se tratan con antibióticos y se reservan para ser tratados en los establecimientos de salud donde haya médicos. Hasta noviembre de 1993 se habían capacitado a 260 personas (médicos y paramédicos).

VIII PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Anteriormente el sarampión, la tosferina, el tétanos, la polio, la difteria y la tuberculosis llegaron a ser las principales causas de muerte en los niños. Los problemas como la diarrea y las IRA eran menos comunes (o menos reportados) que lo que ahora son para este mismo grupo de edad. Las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) han logrado que las enfermedades prevenibles por vacunación se controlen adecuadamente. Esto tiene como consecuencia una disminución de la mortalidad en el grupo de 0 a 4 años.

Apoyo y financiamiento

El apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al PAI, ha permitido que en El Salvador se hayan mejorado los aspectos de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación, principalmente la poliomielitis.

El GOES aportó en 1993, el 66% del presupuesto del PAI (\$ 1.026.138,00), mientras que el 34% (\$531.634,00) restante es financiamiento externo. Este lo componen un 40% por Rotary (vacunas principalmente), 11% de UNICEF, 38% de AID y la OPS con el 11%.

La distribución de los recursos nacionales se hace de la siguiente manera: el 86% se dedica a la adquisición de biológicos, el 5% a promoción, 4% a suministros, 2% a capacitación y el 3% para movilización social; el personal es financiado con recursos nacionales.

De la aportación externa se destina el 79% a los suministros, el 13% a la promoción, el 2% a la vigilancia epidemiológica y el resto para capacitación y movilización social.

Para 1994, se tiene comprometido, por parte de la Cooperación Española, \$200.000,00 para reforzar la cadena de frío, incluyendo la construcción de cuartos fríos a nivel regional. La CEE aportará \$20.000,00 para reforzar las acciones de supervisión.

Dentro del MSPAS el PAI se encuentra bajo la coordinación de la Unidad de Epidemiología. Gracias a los recursos asignados por el GOES, el PAI tiene un grado de independencia mayor que otros programas. Esto le permite realizar actividades de supervisión y estudios epidemiológicos de casos de parálisis flácida y de otras enfermedades prevenibles por vacunación que se presentan, pudiendo realizar los seguimientos hasta la resolución epidemiológica.

El MSPAS se coordina con las ONG's a fin de vacunar las áreas de acción de éstas últimas. La capacitación y el biológico es proporcionado por el Ministerio, mas la supervisión operativa recae en cada ONG.

En el ISSS se realiza la compra de biológico con sus propios recursos y, según nuestros entrevistados, no hay problemas con la adquisición ni con su red de frío.

1 Coberturas

Según el MSPAS, para 1992 se logró una cobertura entre el 61% y 62% a nivel nacional. Para 1990-93, 111 municipios tenían coberturas arriba del 80% para polio y DPT, 118 arriba del 80% para antisarampionosa, para BCG 98 municipios arriba del 80%.

Cuadro No. 24

**COBERTURAS DE VACUNACION POR GRUPO DE EDAD Y REGION DE SALUD,
OCTUBRE 1992- JULIO 1993**

| Región | < de 15 años | 5 a 14 años | 1 a 4 años | < de 1 año |
|---------------|--------------|-------------|------------|------------|
| Metropolitana | 90% | 100% | 80% | 83% |
| Central | 85% | 100% | 60% | 71% |
| Oriental | 78% | 85% | 60% | 79% |
| Paracentral | 60% | 78% | 40% | 80% |
| Occidental | 59% | 70% | 40% | 83% |

Fuente: PAI, Informe de País, MSPAS. Presentado en Guatemala, agosto 1993.
Porcentajes aproximados.

El grupo de niños menores de 5 años³⁵, es el que se encuentra con las coberturas más bajas. La Región Metropolitana es la que mantiene coberturas en todos sus grupos por arriba del 80%. Las otras Regiones, que comprenden áreas rurales importantes y de difícil acceso, no lo han logrado (Cuadro No. 24).

Sarampión

La cobertura de sarampión por grupos de edad es para los menores de un año del 86%, niños entre 1 y 4 del 80% y el grupo de 5 a 14, de 100%.

Las acciones de vigilancia epidemiológica han permitido analizar el 80% de los casos reportados como sarampión, descartando al 53% de los mismos y confirmando en el 43%. El 65% de los casos estudiados no tenían antecedentes de vacunación.

Poliomielitis

A raíz del compromiso de la Región de las Américas de erradicar la polio, se realizan acciones anuales de reforzamiento del programa regular. Desde 1988 no se ha aislado el poliovirus salvaje.

Se mantiene un sistema de notificación negativa el cual ha ido descendiendo en su efectividad, ya que solamente reporta el 82% de los establecimientos.

DPT

La pertussis muestra una tendencia descendente; desde 1988 no se reportan casos de difteria. El tétanos neonatal va en descenso gracias a las acciones de cobertura con toxoide tetánico a las mujeres en edad fértil que alcanza el 72%, en 1993.

³⁵ MSPAS: Niños de 1 - 5 años 90% de cobertura.

BCG

La vacunación con BCG es la que menor cobertura tiene. A nivel de municipios, solamente el 98 de ellos tienen cobertura de más del 80%; el 87 tienen una cobertura entre el 50 y el 79% y 77 tienen coberturas por debajo del 50%.

Los logros que El Salvador ha alcanzado en el área de vacunación, son importantes, por lo que no se debe perder el momento de fuerza que se tiene en éstas actividades. La cobertura de inmunización debe de permanecer alta. El ISSS contribuye con el 12.5% de la cobertura y las ONG's con el 2.5%. Se esperaría que la coordinación con las ONG's brindara una mayor cobertura en las zonas rurales que la actualmente alcanzada por el programa en el país.

La participación de los promotores en la vacunación activa debe de promoverse ampliamente a fin de lograr mejores coberturas y poder estar dentro de límites más seguros de protección.

2 Estrategias de vacunación

La estrategia principal es la vacunación permanente en la que se procede a la aplicación de biológico durante las horas de atención de los establecimientos de salud. En nuestras visitas a los mismos pudimos verificar la existencia de biológico suficiente y de refrigeradores adecuados para su almacenamiento. En todos se contaba con control de temperatura e inventario de las vacunas.

En los hospitales y centros de salud las acciones de vacunación tienden a ser pasivas, es decir, se espera a que la madre solicite la aplicación de la vacuna a sus hijos, desperdiciando esas grandes oportunidades que las salas de espera brindan para incrementar coberturas y completar esquemas.

La efectividad de esta estrategia es tanta como la demanda y accesibilidad a los servicios en general. La efectividad también se ve afectada por el concepto de la importancia de las vacunas que tiene la comodidad como medio de prevención y protección a la salud de los menores.

Dado que las acciones de vacunación permanente no han logrado coberturas aceptables, el MSPAS ha establecido fases intensivas. Estas comprenden las jornadas nacionales de vacunación y las fases de ataque especiales.

Durante 1993 se han realizado dos jornadas nacionales de vacunación y la segunda fase de ataque al sarampión. Las jornadas nacionales de vacunación tienen una duración de 15 días cada una y se realizan en forma simultánea en todo el país. Para la fase de ataque al sarampión, se utilizó la estrategia de visitar casa por casa y la colocación de puestos de vacunación fijos en lugares de concentración y de alto tránsito. La Unidad de Epidemiología coordina las acciones normativas y operativas nacionales, mientras que cada Región es responsable del área que le compete. La unidad de programación para el programa es el municipio³⁶.

Se ha enfatizado la aplicación de vacunas BCG y antipolio en los hospitales y centros de salud a los recién nacidos, quedando descubiertos todos o la gran mayoría de los partos atendidos por partera a nivel de la comunidad, junto con aquellos que no reciben atención por personal capacitado.

³⁶ *Manual operativo segunda etapa de fase de ataque de eliminación al sarampión, PAI, MSPAS, 1993.*

La coordinación con otras instituciones y las ONG's, se da en buena medida. Las ONG's aplican el biológico que el MSPAS les suministra, cubriendo así zonas a las cuales el MSPAS tiene dificultad de acceso. El MSPAS atiende las necesidades de capacitación de las ONG's.

Dentro de su plan de acción, el programa deja ahora a cada Región la decisión de implementar las acciones necesarias para lograr mejores coberturas, para lo cual ha fortalecido el análisis de la información a nivel local. También ha fortalecido la vigilancia epidemiológica en la búsqueda y control de casos. El MSPAS piensa realizar acciones intensivas en aquellos municipios que cuentan con coberturas por debajo del 80%. Especial atención ha merecido la rehabilitación de la cadena de frío en las área ex-conflictivas y de alto riesgo.

Para complementar la estrategia, los promotores juegan un papel importante al participar en la aplicación de vacunas, las cuales pueden ser aplicadas regularmente en la comunidad al efectuar mini campañas comunitarias. Se debe reforzar e incrementar su participación, sobretodo la de los promotores de las ONG's que son el personal idóneo para lograr una mayor cobertura dada su ubicación dentro de las zonas rurales.

IX PROTECCION A GRUPOS VULNERABLES

1 Instituto Salvadoreño de Protección al Menor

El Gobierno de El Salvador, dando fuerza a las acciones que la Secretaria Nacional de la Familia desarrolla en favor de la sociedad, publicó en marzo de 1993, la *Política Nacional de Atención al Menor*.

Como respaldo jurídico a esa política, el Ejecutivo firmó el día 22 de marzo de 1993 la *Ley del Instituto Salvadoreño de Protección al Menor*, con la cual le da personalidad jurídica y autonomía técnica, financiera y administrativa al Instituto, quien a su vez se hace responsable de ejecutar y vigilar el cumplimiento de la Política Nacional de Atención al Menor, teniendo como base los 71 artículos de la mencionada ley.

El Instituto Salvadoreño de Protección al Menor (ISPM), tiene como fin primordial proteger a los menores que se encuentran en problemas, que sufren abuso de cualquier tipo, de la readaptación de los pequeños infractores y de velar en general por el bien de los menores a través de la Procuraduría del Menor.

La mayor parte del gasto presupuestario del ISPM se destina al pago de salarios y su gasto presupuestado para alimentación de los menores internados es de 3,25 colones diarios por niño, cantidad que no alcanza para cubrir una dieta balanceada en calidad y cantidad. La carencia de recursos para gastos operativos es un problema prioritario que se debe atender.

El ISPM no ha realizado un censo de sus establecimientos por lo que desconocen el estado de las instalaciones; la cantidad de menores internados, su estado de salud y condiciones psicológicas. Además, no cuenta con un sistema de información integral que satisfaga todas sus necesidades.

La rotación de internos en todos los centros es muy alta debido a los ingresos, egresos y fugas diarias. Se calcula que el ISPM alberga en todos los centros, entre 2.500 y 3.000 internos.

En los escasos meses de funciones del Instituto, la División de Admisión, Evaluación y Diagnóstico ha recibido denuncias o ha intervenido en un total de 428 casos (Cuadro No. 25, siguiente página).

Varias de las categorías establecidas por el ISPM están en relación a problemas familiares en los que el Instituto tiene que intervenir. Tal es el caso de los menores que fueron sustraídos del cuidado de los padres a fin de ofrecer protección a los menores. Los menores sustraídos por problema de conducta, es porque los padres o la comunidad se quejan de ellos. Los menores en "tráfico" son los que están bajo el proceso de adopción y así se les cataloga hasta su resolución.

Niños de la calle

Tomando los datos de cuadro de referencia, se puede observar que la primera causa de atención por parte del ISPM son los niños de la calle. Dadas las condiciones de este grupo, muchos se integran en las llamadas *maras* o *bandas*. Esta problemática va en aumento, ya que además de los actos de violencia que perpetran, muchos de sus integrantes se convierten en *huelepega*, llamados así por inhalar los vapores de pegamento de contacto.

La ciudad de San Salvador no se ha librado de este problema social internacional que asola a las grandes ciudades del mundo. En realidad no se sabe si la gran mayoría son huérfanos o no, si han abandonado el hogar o al llegar a la ciudad provenientes del área rural se separaron de la familia y han tenido que bastarse por sí mismos.

Cuadro No. 25

CASOS ATENDIDOS POR EL ISPM
(Mayo-Octubre 1993)

| C A S O S | No. | % |
|--|-----|-------|
| Niños de la calle-adictos | 117 | 27,3 |
| Niños en tráfico | 21 | 4,9 |
| Abusos sexuales | 42 | 9,8 |
| Maltrato | 86 | 20,1 |
| Menores sustraídos del cuidado de sus padres | 4 | 3,3 |
| Problemas de conducta | 48 | 11,2 |
| Abandonos (Hospital/otros) | 22 | 5,1 |
| Fugas del hogar | 35 | 8,2 |
| Otros (Pobreza, desnutrición) | 43 | 10,1 |
| T O T A L | 428 | 100,0 |

Fuente: Instituto Salvadoreño de Protección al Menor

Maltrato al menor

Es la segunda causa de acción por parte del ISPM; muchas de las notificaciones se reciben directamente de los servicios hospitalarios de urgencia. Al recibir este tipo de denuncias, se procede a una revisión médica, ya sea por uno de los médicos de la institución o del nosocomio que lo reporta. En la mayoría de los casos se pide colaboración al Instituto de Medicina Legal de la Corte Suprema de Justicia y éste notifica tanto al ISPM como al juez encargado de perseguir judicialmente el asunto.

Se sabe que el número de maltratos atendidos no son todos los que suceden y que de hecho es sólo la punta del "iceberg"; se desconoce el problema en el área rural y lo que sucede en todos los estratos de la población.

Si aunamos a este grupo el de los abusos sexuales (9,8%), en el que se incluyen violaciones, se convierte entonces en el primer grupo problema. La mayoría de los casos de abuso sexual que atiende el Instituto, es en menores de 10 años.

Se sabe que en los círculos de prostitución hay mujeres adolescentes, principalmente en la zona metropolitana y quienes no reciben apoyo para poder librarse de ese tipo de vida.

Huérfanos y abandonados

El conflicto armado dejó una gran cantidad de huérfanos y se desconoce su número. El ISPM no cuenta con estimaciones de los mismos; se piensa que muchos se han convertido en niños de la calle. Afortunadamente,

la estructura familiar tan unida en el país, hace que los familiares cercanos se hagan cargo de los menores que perdieron a sus padres.

Sin embargo, el fenómeno que se está observando en la actualidad y que en tan sólo 5 meses ha llegado a 22 casos (5,1%), es el abandono de menores en maternidades o establecimientos de salud, principalmente en el AMSS. Salvo que en su mayoría son humildes y trabajan de domésticas, no hay un estereotipo de la madre que abandona a su hijo; las edades de las madres fluctúan entre adolescentes y mujeres de más de treinta años. Según nuestros informantes, en algunos casos se sabe que son mujeres casadas y que sus esposos se encuentran desde hace tiempo trabajando en el extranjero, la mayoría son, al parecer, solteras. Se piensa que la mujer va ya con la determinación de realizar el abandono y se ha constatado que los datos que dan al momento del registro hospitalario son falsos.

2 Salud de los adolescentes

Este gran grupo se ve desatendido por muchos sectores, entre ellos el de salud, pues no hay un programa específico para el adolescente. Si analizamos los datos poblacionales, se puede ver la importancia de este grupo: con un total de 1.294.287 personas, representa el 25,6% del total de la población; este grupo se convertirá en la fuerza económica del país.

Al analizar la composición de los grupos de edad en el país, se destaca que la cohorte que sale de este grupo (15-19), es menor que la que entra (5-9)(Cuadro No 26). Las posibilidades que en la siguiente cohorte se repita este fenómeno son altas debido al tipo de pirámide poblacional del país. Estos fenómenos harán que este grupo sea el más grande de todo el grupo poblacional y que, dado el comportamiento propio de los adolescentes es el que potencialmente pueda presentar una gran cantidad de problemas en salud.

Cuadro No. 26

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO 1992

| Edad | Masculino | Femenino | Total |
|-------|-----------|----------|---------|
| 0-4 | 328.624 | 322.614 | 651.238 |
| 5-9 | 333.887 | 329.727 | 663.614 |
| 10-14 | 331.060 | 330.634 | 661.694 |
| 15-19 | 287.782 | 300.452 | 588.239 |
| 20-24 | 210.257 | 250.423 | 460.680 |

Fuente: ANSAL, población por grupo de edad, distribución, tomado de la Encuesta de Hogares, Cuadro A01

En la actualidad, las causas de mortalidad en este grupo, en orden de importancia son: (1) violencia, (2) causas mal definidas o diagnosticadas, (3) suicidios, (4) accidentes y (5) maternas.

Según un estudio reciente elaborado por la Dra. de Ferrer y presentado en una conferencia organizada por PROCADES (Anexo 6), menciona que los problemas ginecológicos propios de la adolescente sexualmente activa, son la amenorrea (no se especifica si primaria o secundaria); hemorragia uterina por aborto espontáneo provocado o por embarazo ectópico; ETS; infertilidad por infecciones o esterilizaciones tempranas; fístulas y cáncer de cérvix (las adolescentes tienen 4 veces más riesgo de cáncer cervicouterino por inicio temprano de relaciones sexuales y múltiples compañeros sexuales).

La edad media de inicio de vida sexual es a los 14 años; a los 15 años el 81% de las entrevistadas por la Dra. de Ferrer dijeron haber tenido ya experiencia sexual. Entre los 13 y 17 años, el 17% ya han tenido entre dos a tres embarazos.

Se deben tomar acciones para dirigir actividades de prevención y educación sexual, planificación familiar y salud en general a este grupo poblacional. Con el riesgo de SIDA, el problema es mucho mayor, ya que es en este grupo donde se puede diseminar la epidemia en forma importante; el impacto de este problema sería devastador.

X ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION MATERNO INFANTIL³⁷

1 Bajo peso al nacer y estado nutricional de las madres

El indicador de Bajo Peso al Nacer (BPN) es un buen indicador aproximado del estado nutricional de la madre, a la vez que es un indicador del futuro estado de salud y nutrición del niño: un niño que al nacer pesa menos de 2.500 gramos tiene mayores probabilidades de enfermar y morir en el primer año de vida, y si sobrevive, lo hará en peores condiciones que un niño que pesa al nacer más de 3,000 gramos.

No existen datos nacionales de BPN, principalmente porque un porcentaje alto de los partos se produce en las casas y no queda registrado su peso. Los datos existentes que aparecen en el Plan de Acción de Supervivencia Infantil (1991) son aislados y parciales: en el Hospital de Maternidad el BPN llega al 16%, y a 21% en partos domiciliarios, registrados únicamente por parteras capacitadas, lo que hace presumir un subregistro. A nivel nacional, el taller "Madre Canguro" realizado en febrero de 1992, informó una cifra global de un 10,3%. Para 1993, el 10.8% de los nacimientos del Hospital de Maternidad fueron niños con bajo peso.

Aún cuando existe un registro del incremento de peso de las madres que controlan su embarazo, no existe información reciente sobre el estado nutricional materno a nivel nacional en El Salvador. La última información referente a la situación nutricional de la mujer corresponde a datos de 1978, que informaba que el 12.3% de las embarazadas padecían de anemia en diferentes grados, al igual que el 14% de las madres lactantes³⁸.

2 Antropometría

2.1 Estado nutricional en niños menores de 5 años

Es conocida la estrecha relación entre la mortalidad infantil, la morbilidad en los primeros años de vida y el estado nutricional de los niños menores de 5 años.

La información sobre el estado nutricional en una muestra representativa a nivel nacional de los menores de 5 años, se puede obtener de las encuestas ESANES-88 y FESAL-93. Ambas encuestas mostraron deficiencias significativas en todos los indicadores del estado nutricional, retardo en crecimiento (Peso/Edad), malnutrición crónica (Talla/Edad) y malnutrición aguda (Peso/Talla) en El Salvador. En las áreas rurales la malnutrición es más del doble que en áreas urbanas. Sin embargo, se ha producido un descenso de la desnutrición entre 1988 y 1993, como se observa en el Cuadro No. 27.

El descenso de la desnutrición en menores de 5 años en El Salvador entre 1988 y 1993 es consecuencia de una mejor focalización de los programas de salud preventiva y nutrición en el grupo materno-infantil, gracias a los esfuerzos desarrollados por el GOES en mejorar las políticas sociales.

³⁷ Para mayor información sobre el tema de nutrición, recomendamos la lectura del informe complementario *Política Alimentaria y Nutricional en El Salvador*, elaborado por Fernando Vio, San Salvador, octubre de 1993.

³⁸ *Plan Nacional para la Infancia, 1991 - 2000*, Ministerio de Planificación y Coordinación de Desarrollo Económico y Social.

Cuadro No 27

PORCENTAJE DE DESNUTRICION TOTAL SEGUN INDICADORES DE PESO/EDAD, Y TALLA/EDAD*, POR AREAS DE RESIDENCIA Y GRUPOS ETAREOS. ESANES-88 Y FESAL-93.

| Encuesta | ESANES-88 | | FESAL-93 | |
|---------------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| | Peso/ Edad | Talla/ Edad | Peso/ Edad | Talla/ Edad |
| Area de residencia | | | | |
| AMSS | 10,0 | 24,2 | 7,2 | 13,6 |
| Resto urbano | 14,7 | 25,3 | 9,1 | 20,1 |
| Rural | 17,5 | 34,5 | 14,0 | 28,1 |
| Grupos de edad | | | | |
| 0-11 meses | 8,6 | 11,9 | 4,8 | 8,3 |
| 12-23 meses | 23,0 | 33,0 | 14,5 | 22,5 |
| 24-35 meses | 18,8 | 42,3 | 14,4 | 22,5 |
| 36-47 meses | 13,9 | 30,9 | 10,7 | 27,0 |
| 48-56 meses | 12,9 | 34,1 | 10,5 | 32,4 |
| Total nacional | 15,2 | 30,0 | 11,2 | 22,8 |

Fuentes: ESANES-88

FESAL-93 (datos preliminares que no han sido publicados oficialmente)

* El punto de corte usado para los indicadores de Peso/Edad y Talla/Edad -2 D.E. Para el indicador Peso/Talla, ESANES-88 usó -1.5 D.E., y FESAL-93 usó -2 D.E., por lo cual no son comparables y se omitieron de la Tabla.

El *Primer censo de talla en escolares de educación básica* (entre 6 y 9 años), efectuado en 1988, muestra que un 30% de los niños está afectado de subalimentación crónica, lo que concuerda con los resultados de ESANES-88, que también dio un 30% de déficit del indicador Talla/Edad³⁹. La prevalencia del retardo en talla se hace mayor a medida que aumenta la edad de los niños escolares.

El Primer censo de talla permitió identificar las zonas geográficas más deprimidas nutricionalmente. Se encontraron 67 municipios con prevalencia de retardo en talla muy alta (37,1% a 75%), lo que permitió focalizar programas sociales destinados a la erradicación de la pobreza en esos municipios, los que actualmente se han extendido a 133, con base en criterios epidemiológicos y de riesgo del Ministerio de Salud. Entre las acciones preferentes para combatir la pobreza se encuentran: dotación de infraestructura básica, generación de empleo,

³⁹ Ministerio de Educación, *Primer censo nacional de talla en escolares de primer grado de educación básica de El Salvador, 1988*, informe final, El Salvador, octubre, 1989.

crédito para microempresas y muy especialmente programas de atención primaria de salud y proyectos alimentarios y nutricionales.

3 Micronutrientes

3.1 Deficiencia de yodo

La deficiencia de yodo afecta la capacidad mental, la coordinación motora, las habilidades y el desarrollo neuromuscular. Desde 1965-67 (estudios del INCAP) a 1990 (Encuesta nacional sobre prevalencia de bocio endémico en El Salvador) la prevalencia de la deficiencia de yodo se ha reducido de 48% a 24% y la prevalencia de bocio se ha reducido de 54.0% a casi 25.0%. No obstante a esta disminución, el porcentaje en el país es todavía mucho mayor que el límite del 10% considerado por la OPS como máximo permitido. Las diferencias regionales son grandes y el problema aumenta con la edad. No obstante una ley aprobada en 1961 que obligaba a fortificar la sal, en la práctica menos del 5% de la sal estaba fortificada con yodo en 1988, por encontrarse el 100% de las salineras y el 80% de las plantas yodadoras de sal ubicadas en zona del conflicto bélico. En los últimos años se ha ido solucionando el problema de la yodación de la sal con un programa directo implementado por el Ministerio de Salud.

3.2 Deficiencia de vitamina A

Existe una correlación importante entre el nivel de vitamina A y las tasas elevadas de mortalidad, particularmente de muertes por enfermedad diarreica y sarampión. La deficiencia de vitamina A es la principal causa de ceguera particularmente en los niños.

El nivel de vitamina A no ha mejorado en los niños menores de cinco años desde que se realizaron los primeros estudios en El Salvador. En la década del 60 se encontró un 31% de deficiencia, en la década de los 70, un 33% de deficiencia y, para 1988, el 36% de deficiencia. La deficiencia es mayor en el medio rural que en el urbano.

Entre los niños de 12 a 17 meses, el 46% presentaba deficiencias de vitamina A. Estas cifras son muy elevadas cuando se comparan con otras áreas de América Central. El déficit de vitamina A se debe a que la dieta salvadoreña es pobre en los alimentos que tienen un alto contenido de vitamina A, tales como frutas, vegetales, cereales fortificados y productos lácteos. Con apoyo de UNICEF, se pretende fortificar el azúcar de consumo doméstico con vitamina A.

3.3 Deficiencia de hierro

La anemia y la deficiencia de hierro reduce la productividad física y la habilidad de los niños para aprender en la escuela. Esto también produce fatiga crónica e incrementa el riesgo de hemorragia en la mujer embarazada y de niños con bajo peso al nacer. En ESANES-88 la anemia medida por déficit de hemoglobina fue de un 23% en niños menores de 5 años, con un mayor impacto negativo en aquellos entre 12 y 23 meses.

Estos indicadores prueban la falta de una adecuada nutrición prenatal y de inadecuada alimentación en los niños menores de 5 años, lo que es un resultado directo de prácticas de ablactación inadecuadas, con un destete precoz y una carencia de alimentos adecuados para el período posterior.

4 Programas nutricionales

4.1. Programas de entrega de alimentos

Los Ministerios de Salud y Educación ejecutan principalmente los proyectos del área materno-infantil. Los programas nutricionales existentes podrían agruparse en cinco tipos de proyectos: (1) Alimentación complementaria, (2) Micronutrientes, (3) Educación en alimentación y nutrición, (4) Vigilancia nutricional y (5) Producción, procesamiento y consumo de alimentos en atención primaria de salud.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

El Ministerio de Salud tiene tres proyectos fundamentales de entrega de alimentos: (1) Ración alimentaria, (2) Complementación de la alimentación infantil con una mezcla de alto valor nutritivo (Nutricereal) y (3) Centros rurales de nutrición.

Ración alimentaria

La entrega de raciones alimentarias se inició en la década del 80 focalizados a mujeres embarazadas y lactantes y a niños en riesgo o con algún grado de desnutrición en áreas rurales, acompañado del componente educativo y del monitoreo del crecimiento y desarrollo.

Los objetivos de estos programas son: (1) aumentar la ingesta familiar; (2) dar apoyo institucional a la madre embarazada y lactante, y al niño desnutrido, aumentando su asistencia a los servicios de salud, especialmente en las actividades preventivas materno-infantiles; (3) mejorar los hábitos alimentario-nutricionales, mediante la enseñanza práctica de atención de salud y nutrición, y (4) otorgar transferencia de ingresos a las familias de bajo nivel socio-económico.

Los alimentos son distribuidos en una *ración familiar*, que corresponde a cuatro raciones individuales, cuyo costo estimado es de 250 colones en el mercado para 1993, financiada por el P.M.A. y próximamente por la C.E.E. En un inicio la madre aporta 5 colones para transporte y actualmente para el pago de bolsas para empacar los alimentos, equipo de bodega, capacitación y actividades educativas para las madres. Los alimentos se entregan una vez al mes.

El control de salud del niño y el control prenatal de las madres son requisitos para la entrega de alimentos. Estos controles quedan registrados en el carnet de crecimiento y desarrollo del niño, y en la gráfica de crecimiento y desarrollo de la historia clínica de madres e hijos. Sin embargo, la entrega de los alimentos se hace por lo general en un día diferente al de los controles, perdiéndose el impacto educativo que tiene la estrecha relación salud-nutrición al entregarse el alimento inmediatamente después de cada control.

La meta de beneficiarios directos del componente de salud son 74,200 por año. El cumplimiento de las metas en los últimos tres años ha ido mejorando para madres embarazadas y lactantes de un 80% en 1990 a un 103.4% en 1992. En los menores de 5 años las coberturas han sido mejores, incluso superando las metas en los últimos tres años, cumpliéndose un 125% de lo programado. Sin embargo, las actividades educativas que deben acompañar el programa no se hacen, con una programación muy baja de estas actividades y una asistencia media de 2.4 madres por charla⁴⁰.

⁴⁰ PMA, Informe de la Misión de apreciación técnica del proyecto El Salvador 3886 *Desarrollo de la educación básica y cuidados de salud preventiva con participación de la comunidad*, San Salvador, 1-24 marzo, 1993.

El enlace entre el Gobierno y el PMA lo hace el Ministerio de Planificación y Coordinación Económica y Social, MIPLAN, a través del Grupo de Asesoría Económica y Social (GAES). La coordinación de los Ministerios de Salud y Educación la hace un comité de coordinación compuesto por el Director General de Educación Básica, el Director General de Salud, y la Directora de Cooperación Técnica de MIPLAN. A nivel regional y local existe un comité de coordinación integrado por los responsables de proyecto de cada una de las instituciones ejecutoras.

El manejo logístico es responsabilidad directa de la Dirección General de Logística Alimentaria (DGLA), dependencia de la Secretaría Nacional de la Familia (SNF). Desde comienzo de 1993, la DGLA lleva directamente el alimento hasta los establecimientos de salud.

El control de calidad de los alimentos en sus bodegas lo realiza la DGLA mediante muestras que van a un laboratorio que fue instalado con fondos PNUD/PMA. Sin embargo, una vez que los alimentos salen de las bodegas centrales, ya no se hacen muestreos sistemáticos de los alimentos. Los establecimientos de salud son visitados por inspectores sanitarios y supervisores nacionales y regionales de nutrición; si un alimento se encuentra sospechoso de estar en mal estado, se toman muestras que se envían para ser analizadas en el laboratorio central del MSPAS. Si se confirma el mal estado de los alimentos, debe hacerse un acta de decomiso y destruirlos. Cuando la cantidad que debe ser destruida sobrepasa un límite, debe estar presente un funcionario del PMA. Existen problemas de bodega en ciertos establecimientos, lo que impide que el alimento sea almacenado en forma adecuada cuando es entregado directamente por la DGLA, ya que las entregas son trimestrales.

Existe un manual operativo para personal de salud que contiene un recetario para educar a las madres en la preparación de los alimentos. Sin embargo, por el recargo de actividades que debe cumplir el personal en puestos y unidades de salud, es difícil dedicar más tiempo a la labor educativa, tanto en salud como en alimentación y nutrición. Además, la supervisión del programa es escasa por la falta de transporte.

Complementación de la alimentación infantil con una mezcla de alto valor nutritivo (Nutricereal)

Como parte del mejoramiento de los servicios de salud y educación, se está desarrollando el Proyecto de Rehabilitación de los Sectores Sociales (PRSS) financiado por el Banco Mundial para apoyar a los Ministerios de Salud y Educación, especialmente en las áreas rurales. En este proyecto se desarrolló una *Mezcla de Alto Valor Nutritivo* (Nutricereal), con el objeto de aportar a los niños entre 6 y 36 meses de edad un complemento nutritivo para prevenir la desnutrición en el momento del destete, desarrollado con una fórmula especial en base a productos locales (70% de harina de maíz y 30% de harina de soya), producido por una empresa privada (FAMOSSA), actualmente financiado con fondos nacionales y desde 1994 con apoyo del P.M.A.

Se distribuye en 78 municipios prioritarios a razón de 6 libras por niño al mes, en tres bolsas de 2 libras cada una, lo que corresponde a una ración diaria de 90 gramos que aportan 371 calorías y 19 gramos de proteínas por día. Se entregan inmediatamente después del control de salud de cada niño. El Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud se encarga de la educación a los beneficiarios sobre el uso correcto de la mezcla nutritiva y formas de preparación de la misma, para lo cual existe el *Manual de Nutricereal* que tiene recetas sobre la manera de prepararlo y una guía educativa para la colaboradora de salud y nutrición que también utiliza el promotor de salud. Actualmente el programa está aún en fase piloto, cubriendo aproximadamente a 6500 niños; la meta es cubrir 50.000 niños en el primer año, 90.000 en el segundo año, hasta llegar a 110.000 niños en el tercer año del proyecto. La educación se hace con participación de colaboradoras en nutrición que utilizan manuales y otros materiales educativos elaborados para ese objeto por el Departamento de Nutrición con apoyo técnico de INCAP.

Los niños beneficiarios reciben todos los servicios contemplados en el programa materno-infantil del Ministerio de Salud. Simultáneamente, las madres reciben orientación para estimularlas a continuar en lactancia materna exclusiva por lo menos hasta los seis meses de edad. A esa edad, se promueve la complementación de la alimentación del niño con el Nutricereal, con el fin de que el niño pase gradualmente a una dieta de alimentos sólidos que le cubra los requerimientos calóricos y protéicos que la leche materna exclusiva no está en condiciones de cubrir después del sexto mes de vida.

Para el control de calidad del producto se plantea hacer un control sistemático en puntos críticos, desde la materia prima hasta el beneficiario. Actualmente el análisis proximal y bacteriológico de las muestras se hace en los laboratorios de la U.C.A., FUSADES y del MSPAS, enviándose también algunas muestras a INCAP.

Centros rurales de nutrición

Existen 29 Centros rurales de nutrición en el país. Son casas de la comunidad en las que se atienden niños menores de 5 años con voluntarias de la comunidad; quienes tienen un salario de medio tiempo que se complementa con la entrega de una ración familiar. Los niños asisten de 4 a 6 horas durante el día, recibiendo desayuno y almuerzo que cubre aproximadamente un 60% de sus requerimientos calóricos diarios. Se efectúan actividades educativas, recreativas y de atención de salud, incluyendo el monitoreo del estado nutricional de los niños. Además del aporte alimentario del PMA, se financian con fondos nacionales, y se han construido tres con apoyo del FIS y PRODERE.

En la actualidad hay 1.500 niños preescolares atendidos en los Centros Rurales de Nutrición (CRN), 7.100 niños atendidos en el Programa de Alimentación Integral al Niño (PAIN) que financia UNICEF, 4.200 niños en Guarderías de algunos Municipios y del Instituto Salvadoreño de Protección al Menor (ISPM), y 1.400 colaboradores voluntarios.

Los programas nutricionales deben ser considerados programas regulares integrados totalmente con las demás actividades de los Ministerios. En Salud, nutrición debe ser una actividad más del componente materno-infantil, al igual que inmunizaciones, EDA, IRA, controles pre y post natales de la madre, y controles de crecimiento y desarrollo de los niños.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

El Ministerio de Educación también cuenta con dos programas fundamentales de entrega de alimentos: (1) Almuerzo escolar y (2) Refrigerio escolar.

Almuerzo escolar

Consiste fundamentalmente en la distribución de alimentos a las escuelas para que pueda entregarse un almuerzo escolar a los alumnos.

Los objetivos de este programa son educativos y no nutricionales, como puede observarse a continuación: (1) aumentar la asistencia de los niños a las escuelas con primer y segundo ciclo de educación básica y mejorar su rendimiento escolar en áreas rurales; (2) contribuir a disminuir la deserción escolar en las escuelas participantes en el proyecto; (3) aumentar la participación comunitaria en apoyo de las actividades escolares y de las iniciativas de autoayuda relacionadas con ella; (4) promover actividades educativas de alimentación y nutrición y, (5) Promover a través de las escuelas la utilización de los servicios de salud.

Las metas del proyecto son beneficiar a 200.000 niños y 1000 escuelas el primer año, llegando a 220.000 niños y 1.100 escuelas en el tercer año. También se pretende crear 100 nuevos huertos escolares y la construcción de 100 bodegas y cocinas durante los tres años de ejecución del proyecto.

Los alimentos suministrados por el PMA y la CEE se distribuyen diariamente en la forma de alimentos cocidos durante los 160 días del año escolar. La ración diaria para cada alumno es la siguiente: arroz (65 gr), leche descremada (40 gr), carne enlatada (20 gr) y aceite vegetal (15 gr). Esta ración tiene un valor nutricional aproximado de 500 calorías y de 22,7 gr de proteínas. El valor aproximado de la ración es de 2,13 colones por niño/por día (341 colones por año), lo que equivale a US\$ 40 por alumno por año.

Para la distribución de los alimentos, la DGLA con apoyo de camiones de la Fuerza Armada que están sub-ocupados después del conflicto, lleva trimestralmente el alimento a un puesto de distribución en cada municipio, a donde los directores de escuela junto con los comités de padres de familia van a retirar el alimento llevándolo a sus respectivas bodegas ubicadas en cada una de las escuelas atendidas.

Educación cuenta con supervisores regionales que visitan las escuelas para comprobar la calidad de los alimentos; si existe sospecha de que están en mal estado, debe llamarse al inspector sanitario correspondiente para su muestreo, siguiendo un proceso semejante al de Salud. Sin embargo, no existe un sistema *preventivo* de control de calidad de los alimentos: una vez que el alimento sale de las bodegas de la DGLA, se actúa solamente cuando el alimento ya está deteriorado.

La comunidad de padres es la encargada de proveer las verduras, frutas, tortillas, sal, azúcar y otros alimentos. Cuando existen huertos escolares, es la comunidad de padres la que prepara la tierra, aporta las semillas y colabora en el cultivo de la huerta escolar. A veces los alumnos también participan en el cultivo de la huerta. Son casi siempre, grupos de madres de familia, las que se turnan para preparar, servir los alimentos y lavar los utensilios de cocina. En algunos casos, la comunidad decide contratar empleadas para que cumplan dichas funciones. El programa ha aportado utensilios para preparar y servir la comida, pero han sido insuficientes y muchas veces cada niño debe llevar sus propios utensilios. La comunidad es la que lleva el control de los bienes y de algunas actividades del proyecto.

En cuanto al cumplimiento de las metas, la cobertura de escolares se logró en un 82,8% en 1990 y, más de un 100% en 1991 y 1992. Sin embargo, en cuanto al monto de toneladas distribuidas, los niveles de logro para 1990 y 1991 fueron bajos (43,8 y 41,9% respectivamente).

Las metas de educación de los participantes, medida con charlas educativas a los padres y la disposición de huertos escolares, aparecen con bajos niveles de logro, en especial si se utiliza el promedio de padres participantes en las charlas (10 para 1990 y 6 para 1991) y, el porcentaje de huertos escolares creados referente a las metas (36,6% en 1990 y 24,4% en 1991). También existe un bajo cumplimiento de las metas de salud, con porcentajes bajos de niños que recibieron alimento siendo atendidos por los programas de salud oral (48,1% en 1990 y 6,0% en 1991); desparasitación intestinal (54,3% y 4,4% respectivamente) y, de vacunaciones (43,4% y 2,0% para 1990 y 1991).

En algunos lugares existe coordinación entre las escuelas y la unidad o puesto de salud para efectuar evaluación del estado nutricional, especialmente en los preescolares. Existen unidades móviles de salud que hacen visitas programadas a comunidades aisladas, las cuales brindan atención de salud a la población en general y a las escuelas del lugar.

Existen resultados positivos del proyecto: los alimentos son un estímulo para ir a la escuela, para mejorar el rendimiento escolar y, un instrumento para promover la participación de los padres especialmente de las madres de familia, particularmente en las escuelas más pequeñas.

En general, el proyecto se ha visto como un simple programa de alimentación escolar, y en consecuencia no se ha entendido como un elemento educativo, ni se le da la consecuente importancia, ni se lo articula suficientemente con los otros programas como de salud.

Refrigerio escolar

También como parte del Proyecto de Rehabilitación de los Sectores Sociales (PRSS) para apoyar a los Ministerios de Salud y Educación, especialmente en las áreas rurales, se incluye este refrigerio consistente en 2 galletas de 28 gramos cada una, que se distribuyen diariamente en las escuelas de los 78 municipios donde funciona el programa EDUCO y donde no se entrega almuerzo escolar a los niños, durante 160 días al año. Este proyecto programa además de incluir una bebida saborizada de 20 gramos en base a cereales y saborizantes naturales, que será complementada con 10 gramos de azúcar suministrados por los padres de familia. El contenido total del refrigerio se calcula en 380 calorías. La galleta es producida por una sola industria nacional (Agroindustrias del Valle). Actualmente, el proyecto cubre a 30.940 niños que la cobertura para los próximos años, cuando se inicie el financiamiento del PMA, se va a extender a 39.970 niños en 1994, 60.165 en 1995 y, 75.950 en 1996. El refrigerio se distribuye aproximadamente a las 10 A.M.

El control de calidad lo efectúa el Laboratorio de Análisis Bromatológico y Químico-proximal de la Universidad Católica.

Desde 1994, tanto el Nutricereal como el Refrigerio Escolar serán financiados por el PMA con ayuda alimentaria proveniente de la monetización de cereales, para lo cual se estableció un Plan de Operaciones acordado entre el Gobierno de El Salvador y el PMA sobre *Programa de Compensación Social para Niños Preescolares*, el cual cubriría el costo de la galleta, la bebida, la mezcla nutritiva y actividades educativas.

Para aumentar las coberturas de los programas alimentario-nutricionales se propone:

- 1) Mejorar el funcionamiento regular de los Ministerios de Salud y Educación.
- 2) Institucionalizar la logística de la entrega de alimentos para que lleguen en forma regular a las escuelas, puestos y unidades de salud.
- 3) Abrir programas de entrega de alimentos con ONGs en aquellos lugares donde los respectivos Ministerios no tengan cobertura.

La continuidad en la entrega de los alimentos es básica para aumentar coberturas y lograr mayor impacto de los programas. Nada se obtiene teniendo programas que funcionen irregularmente, como en Educación donde el almuerzo escolar se entrega aproximadamente en la mitad de los días de escuela, o con retrasos frecuentes en Salud.

La logística se ha simplificado para el caso de la galleta escolar y Nutricereal. En el caso de la ración alimentaria de Salud, los alimentos deberían llegar empacados como paquetes familiares en bolsas plásticas desde las bodegas centrales de la DGLA, lo cual simplificaría la distribución permitiendo aumentar coberturas.

En cuanto a sistemas de información, actualmente se está trabajando en los Ministerios de Salud y Educación para definir los indicadores de proceso e impacto en la elaboración de formularios y, en las pruebas de campo de indicadores y formularios. Se exigirán a lo menos informes trimestrales con datos básicos de la marcha de cada proyecto. Se requiere reforzar en forma urgente los sistemas de información de cada uno de los proyectos alimentario-nutricionales.

Para el control de calidad, debe establecerse un esquema de toma de muestras programadas que garantice el buen estado de los alimentos, no sólo desde que salen de las bodegas centrales de la DGLA, sino también en las escuelas y establecimientos de salud, donde actualmente quedan almacenados varios meses antes de ser entregados, sin que se realicen pruebas de control de calidad.

4.2 Micronutrientes

Yodación de la sal

La Asamblea Legislativa promulgó recientemente una ley, reglamento y normas técnicas actualizadas para la yodación de la sal. Se firmó un convenio de cooperación interinstitucional para el control de los desórdenes por deficiencia de yodo entre el MSPAS, ASALES, OPS, INCAP, UNICEF y el Proyecto de Rehabilitación de los Sectores Sociales GOES/Banco Mundial. Mediante este convenio, el Ministerio de Salud se compromete, entre otros, a realizar la capacitación continua del personal involucrado en la yodación de la sal, a proporcionar el yodocal; las máquinas yodadoras y reparación de algunas máquinas existentes durante el primer año del proyecto, a hacer el control de muestras y el análisis cualitativo y cuantitativo a nivel de expendios al consumidor, plantas yodadoras y empacadoras y, efectuar una campaña educativa respecto a la yodación.

Para el control de calidad se contrataron dos técnicos en alimentos para la toma de muestras de sal en terreno, y, de un químico analítico para hacer el control de calidad en el Laboratorio Central del Ministerio de Salud, mas equipamiento y reactivos, financiados por el Proyecto del Banco Mundial.

Para la campaña educativa se definió el logo y la forma de rotular el saco de sal yodada, se elaboraron cuñas radiales, láminas y un manual dirigido a la población general y en especial a los maestros.

Fortificación el azúcar con vitamina A

El azúcar se está fortificando con vitamina A desde 1990, lográndose una fortificación del 40% del azúcar de consumo interno, lo cual es un logro si se considera que no existe Ley que obligue a los productores a la fortificación con vitamina A. La Ley está siendo sometida a la Asamblea Legislativa para su aprobación. Mientras se aprueba la misma, existe un convenio entre los productores, organismos de cooperación internacional y el MSPAS para la fortificación del azúcar con vitamina A.

Suplementación con micronutrientes

La vitamina A y el sulfato ferroso han sido comprados por el Ministerio de Salud y donados por UNICEF, proyectándose una cobertura de 100% de mujeres embarazadas, 100% de los niños entre 6 meses y 6 años, y, de aceite yodado en seis municipios con déficit de yodo. A los niños entre 6 meses y 6 años se les administra vitamina A cada 4 - 6 meses por medio de cápsulas que se rompen para que el niño ingiera el líquido, lo que se hace en presencia de algún personal de enfermería.

Existe una investigación financiada por OPS para detectar anemia en niños de 12 a 36 meses de edad y en embarazadas, mediante examen en gota de sangre con tiras colorimétricas (método de Tolqvist), con el objeto de focalizar la entrega de sulfato ferroso en niños con anemia.

En el proyecto *Plan de Acción del Programa de Salud Materno-infantil*, financiado por la CEE, se contempla la distribución, en 108 municipios de riesgo, de micronutrientes para embarazadas (sulfato ferroso + ácido fólico y multivitaminas) y niños (vitaminas en suspensión, sulfato ferroso y vitamina A).

Educación alimentaria nutricional

Existen diversas actividades en el programa de educación nutricional del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud, entre las cuales se encuentran charlas educativas, promoción de huertos familiares a nivel de los establecimientos de salud por personal de enfermería y, educación alimentario-nutricional a través de colaboradores voluntarios de la comunidad.

Como parte del *Proyecto de Rehabilitación de los Sectores Sociales (PRSS)*, se está desarrollando el *programa nacional de educación alimentaria nutricional* efectuado por el Departamento de Nutrición apoyado por "The Manoff Group" del Banco Mundial. Este programa tiene como objeto el cambio de conductas alimentarias en mujeres embarazadas y lactantes y, familias con niños en edad preescolar y escolares menores de 10 años, para el mejor aprovechamiento de los servicios y productos nutricionales que ofrezca el Estado. Para esto utilizará la metodología de *mercadeo social* que se define como "una tecnología destinada a producir el cambio de conductas (y no sólo la transferencia de información técnica) y que involucra el diseño, la implementación y control de programas dirigidos a la aceptación de una idea o práctica social en poblaciones objetivas".

El objetivo de la metodología es aumentar la cobertura de los beneficiarios de los programas, obteniendo un mejor impacto en las prácticas alimentario-nutricionales de la familia que las que se lograrían con los métodos de la educación nutricional tradicional.

En este caso, se pretende acompañar la entrega de insumos (Nutricereal, ración alimentaria y micronutrientes), y de servicios de salud, con actividades educacionales que cambien las prácticas de alimentación y nutrición en la familia.

La población objetivo serán las madres de hijos menores de 10 años que viven en los 133 municipios de alto riesgo. Como audiencias secundarias se buscarán a los padres de los niños menores de 10 años, las abuelas (especialmente si viven en la misma casa), trabajadores de la salud y de otros programas sociales, líderes de la comunidad, escolares mayores de 10 años, vendedores de productos (por ejemplo, de sal yodada), dirigentes de programas y políticos.

El programa se desarrollará con mensajes claves a través de radio, de comunicación interpersonal (charlas, visitas domiciliarias, consejos), de impresos (volantes, etiquetas, boletines, etc.) y televisión.

S: ha iniciado el desarrollo del programa educativo para la yodación de la sal, que está dirigido a la población general del país y, en especial a maestros, personal de salud y colaboradores comunitarios para lo cual se diseñaron cuñas radiales, láminas, cartillas, logo y un manual.

Además, existe el Comité Interinstitucional de Salud y Educación (CISE) para la revisión de contenidos educativos correspondientes a salud, ciencia y medio ambiente en el sistema formal del Ministerio de Educación de Preescolares y Primer a Tercer Grado Básico; la meta es llegar a Sexto Grado Básico. El objetivo de este Comité es reorientar el curriculum en lo referente a salud, alimentación y nutrición en el componente global de educación para la salud.

Recientemente se formó un comité de educación nutricional con el objeto de apoyar las acciones educativas de los Ministerios de Salud y Educación. El mismo está constituido por el PMA, UNICEF, INCAP y OPS.

Aún cuando existen actividades iniciadas en el campo de educación nutricional, todavía queda mucho por hacer, no sólo en relación con los proyectos existentes, sino con la educación nutricional de la población en general,

que es inexistente en el país. Se requiere una campaña de educación al consumidor en general y, a madres y niños en particular frente a los problemas alimentarios.

Vigilancia nutricional

Existe información individual del estado nutricional de niños y embarazadas que asisten a los controles de salud en todo el país. En 21 municipios se está implementando el monitoreo y la vigilancia nutricional a nivel comunitario por medio de los promotores de salud y se elaboraron dos manuales para el personal que trabaja en monitoreo de crecimiento y desarrollo de los niños.

En la actualidad existe un proyecto en el Departamento de Nutrición del MSPAS para tener datos actualizados de la situación nutricional de niños menores de 5 años y de madres embarazadas, con el fin de orientar las intervenciones nutricionales. Se diseñó una muestra lo mas representativa posible de los establecimientos de salud para hacer vigilancia nutricional en aproximadamente 10.000 niños menores de 5 años que asistan a controles de salud, y así determinar la prevalencia de la desnutrición en este grupo de edad.

Proyecto de Sistemas Integrados de Producción, Procesamiento y Consumo de Alimentos en Atención Primaria de Salud

Es un proyecto integrado de INCAP, OPS y Ministerio de Agricultura. Se inició como etapa piloto en dos comunidades rurales. Se asesora a las personas en producción de alimentos de acuerdo al terreno, y se promueve la producción de vegetales fuente de vitamina A y otras vitaminas, más granos básicos y harinas compuestas, y amaranto, que contiene calcio. También se hacen hornos para cocinar y se realiza monitoreo del crecimiento y desarrollo. Además se desarrollan labores educativas por medio de charlas y demostraciones para la buena utilización de los alimentos producidos.

Aun cuando se encuentra en su fase piloto, este tipo de proyecto se considera importante para mejorar la alimentación y nutrición de la población salvadoreña, especialmente en las áreas rurales donde existe una mayor prevalencia de desnutrición, considerándose una buena alternativa para cuando termine la ayuda alimentaria directa.

Sustentabilidad financiera

Actualmente todos los proyectos alimentarios dependen de donaciones internacionales. Estas donaciones, por definición, son temporales y, por lo tanto, tienden a desaparecer. La necesidad de mantener los programas por muchos años más para que tengan el impacto esperado requieren de una definición en cuanto al financiamiento futuro. La estrategia debería ser la incorporación progresiva del costo de los proyectos nutricionales en los presupuestos anuales de cada ministerio, con el objeto de ir absorbiendo un 20% del presupuesto anual en alimentos, para llegar al 100% en un plazo de 5 años. La UPPAN⁴¹ debería encargarse de hacer las proyecciones correspondientes del gasto en programas nutricionales que el presupuesto nacional debería ir absorbiendo cada año.

⁴¹ La UPPAN es una propuesta para la coordinación de los programas alimentarios en El Salvador y se presenta en el Capítulo XI.

XI PUNTOS CRITICOS Y RECOMENDACIONES

La población materno-infantil de El Salvador (grupo de menores de 5 años y mujeres de 15 a 44 años), representa el 36,3% del total de la población; los esfuerzos del Sector se encaminan, en gran medida, a subsanar principalmente las deficiencias en salud de estos grupos.

De todos los aspectos y componentes de la salud materno-infantil, se han logrado alcances importantes en algunos de ellos y otros se encuentran con problemas de diversa índole que han impedido el logro de los objetivos planteados.

Se han descrito, a lo largo del informe, los diversos componentes de la salud materno-infantil, de su problemática, logros y situación actual. Se han incorporado recomendaciones a lo largo del texto tendientes a la solución de los mismos. En este capítulo, se tratan aquellos aspectos relevantes en el área de salud materno-infantil que, por la problemática encontrada, se hace necesario prestarles especial atención.

En los siguientes párrafos resaltaremos esos aspectos relevantes que presentan mayor problema en la salud materno-infantil de El Salvador para ilustrar el porqué de la importancia de las áreas temáticas prioritarias dentro de la salud materno-infantil.

A pesar de la estrategia de extensión de cobertura a la zona rural, en lo que respecta las acciones de cobertura del control de embarazo han descendido en el último trienio. Para una gran proporción de mujeres que son atendidas por parto en los hospitales del MSPAS, este momento es su primer contacto con personal médico o paramédico durante el período de embarazo, es decir no tuvieron un control prenatal.

El esfuerzo por parte del MSPAS y las ONG's en cuanto a incrementar el número de parteras capacitadas ha logrado aumentar el número de partos atendidos por parteras en la zona rural, sin embargo aún queda un 12,6% de los mismos que no reciben atención por parte de personal capacitado. De las muertes maternas intrahospitalarias del MSPAS, la mayoría mueren por problemas relacionados con la atención del parto efectuada fuera del establecimiento donde ocurre la muerte.

Posiblemente por razones culturales, la participación de los hombres como recipientes de acciones de planificación familiar es muy pequeña; los alcances de las acciones de planificación familiar dependen principalmente de la esterilización de mujeres. El crecimiento de utilización de métodos temporales ha sido mínimo en los últimos 10 años. El espaciamiento de los embarazos prácticamente no se realiza, haciendo que las madres tengan embarazos consecutivos a temprana edad. El 30% de los embarazos corresponde a mujeres menores de 20 años.

Aunque ha descendido significativamente, UNICEF reporta que la TMI se encuentra en 52/1.000 RNV, que era el promedio para la región latinoamericana en 1990. Las dos principales causas de mortalidad en menores de 5 años son las diarreas y las IRAs. Casi las dos terceras partes de las muertes por esas enfermedades se dan en este grupo de edad.

El impacto de los programas de alimentación ha sido efectivo al focalizar su aplicación por áreas prioritarias. Sin embargo, no se ha logrado su abastecimiento total. La malnutrición es responsable de serios problemas de salud en el grupo materno-infantil, originándose desde la infancia y repercutiendo después en la edad reproductiva en las mujeres. El no detectar las desviaciones nutricionales en la infancia, facilita la desnutrición temprana y como consecuencia, la desnutrición crónica y un escaso desarrollo intelectual.

Las de enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, van en incremento y están afectando principalmente a los grupos de población joven. El patrón de transmisión del VIH/SIDA ya es de tipo heterosexual, lo que incrementa, para un futuro cercano, el riesgo de un grave problema en los grupos económicamente activos del país y en la población adolescente.

Con los considerandos anteriormente expuestos, se recomiendan entonces, las siguientes *Áreas temáticas prioritarias* del componente materno-infantil. Aquellas otras, que están teniendo el impacto deseado a través de las acciones que desarrollan, deberán mantenerse en ese nivel y no permitir su deterioro. Otras que no están siendo efectivas, habrán de valorar su continuidad programática y operativa a fin de poder reforzar las que se proponen: *"la concentración de esfuerzos, recursos y una planificación integral de las acciones, logrará un impacto sustancial en la reducción de los indicadores de mortalidad materna e infantil y de la morbilidad precedente"*.

Áreas temáticas claves a priorizar por el Estado

- Atención integral del embarazo, parto y puerperio con un enfoque de riesgo.
- Multiparidad en mujeres jóvenes (menores de 20 años).
- Mortalidad infantil y de la niñez principalmente por diarreas; infecciones respiratorias agudas e inmunoprevenibles.
- Malnutrición de la madre y el hijo.
- Situación epidémica de ETS incluido el SIDA.

Estas áreas temáticas presentan a su vez, puntos críticos que son, en buena medida, los cuellos de botella que impiden el desarrollo de las estrategias que se requieren implementar a nivel normativo, político y operativo. Estos puntos críticos, identificados por ANSAL, pueden ser el eje sobre los cuales giren las áreas temáticas prioritarias a través de la implementación de las recomendaciones vertidas en forma general para cada uno de esos puntos críticos.

En la siguiente página (Cuadro No. 27) se presentan, esos puntos críticos con sus respectivas recomendaciones. Después del cuadro se amplían algunos aspectos relacionados con el contenido del mismo. Los puntos críticos se consideran comunes para las áreas temáticas prioritarias y depende de la solución de los mismos para el éxito de las acciones que se quieran implementar. Las propuestas ayudarán a una mejor planificación de las acciones con un sentido de focalización, es decir, dirigidas a zonas, áreas o grupos con un alta problemática de salud materno-infantil.

Algunas de las recomendaciones se encaminan al fortalecimiento del ámbito normativo y político del Sector Salud en lo relacionado a la salud materno-infantil, otras para reforzar aspectos generales que afectan a la misma. De igual forma, se deben reforzar o mejorar, en su caso, los aspectos de planificación (supervisión y evaluación) de todas las acciones que se tomen.

Cuadro No. 28

PUNTOS CRITICOS Y RECOMENDACIONES AL PAIS

| Puntos críticos | Recomendaciones |
|---|--|
| 1 Falta legitimización y aceptación de políticas sobre Salud Materno-infantil y de normas operativas básicas para sus componentes programáticos. | <p>1.1 Elaborar políticas en Salud Materno-infantil focalizando los recursos hacia los grupos de mayor riesgo.</p> <p>1.2 Adecuar normas y elaborar propuestas de ley que fortalezcan la operación sectorial en Salud Materno-infantil a través del Consejo Nacional de Salud Pública y con la participación de las distintas entidades del Sector Salud.</p> |
| 2 Necesidad de focalizar la prestación de servicios a las áreas de mayores riesgos de salud materno-infantil. | <p>2.1 Establecer y utilizar criterios de valoración del riesgo materno-infantil para la focalización de la prestación de servicios, con prioridad al área rural donde no existan los mismos, ofreciendo un "paquete básico de servicios".</p> <p>2.2 Creación de la Unidad de Políticas y Programas Alimentarios y Nutricionales (UPPAN) como ente autónomo, que facilite la interacción de donantes y las instituciones nacionales y, a futuro, que provea fondos nacionales para autosustentabilidad de los programas alimentarios.</p> <p>2.3 Dirigir las acciones de educación por prioridades y coherentes con la focalización planificada.</p> |
| 3 Falta coordinación entre proyectos dentro del Departamento Materno-infantil y entre los distintos programas y departamentos del MSPAS relacionados con la salud Materno-infantil. | <p>3.1 Integrar los diferentes programas y departamentos que realizan acciones de Salud Materno-infantil en una sola estructura a nivel central del MSPAS.</p> <p>3.2 Fortalecer la estructura y acciones de supervisión, tornándola en una supervisión de apoyo y resolutive de los problemas operativos.</p> <p>3.3 Integrar instancias de coordinación de esfuerzos en las 5 áreas temáticas de salud materno infantil en el nivel local con el concepto de SILOS, unificando en la planificación a varias Unidades o Puestos de Salud o alrededor de una Unidad de Salud, integrando a los diversos prestadores de servicios locales, para entregar las acciones en forma coordinada un "paquete mínimo de servicios".</p> |
| 4 Insuficiente capacidad de resolución de promotores y parteras, tanto de cobertura como de acciones que están autorizados a realizar. | <p>4.1 Aumentar el número de los promotores y de parteras capacitadas por parte del MSPAS y de las ONG's.</p> <p>4.2 Aumentar la participación activa de los promotores y las parteras en la atención integral de prevención a la persona, detección y tratamiento oportuno de casos de enfermedades prioritarias.</p> |
| 5 Necesidad de integrar los diferentes sistemas de información técnica y gerencial que existen en el MSPAS y en todo el Sector. | <p>5.1 Establecer un sistema único de información epidemiológica y administrativa ágil que permita la toma de decisiones gerenciales por parte de los protagonistas del Sector Salud y poder valorar los alcances en forma integral.</p> <p>5.2 Mejorar los registros de enfermedades infecciosas, principalmente VIH/SIDA.</p> |
| 6 Mejorar la captación de las estadísticas vitales nacionales. | 6.1 Fortalecer/reestructurar las acciones de capacitación de información sobre estadísticas vitales en las oficinas del Registro Civil. |

Comentarios al Cuadro No. 28 (Puntos críticos y recomendaciones).

- 1 El contar con la participación de los diversos integrantes del Sector Salud en la elaboración de políticas y normas básicas de operación, facilitarán al MSPAS la unificación de criterios. Al mismo tiempo el MSPAS fortalece su papel de rector del Sector.

El establecer al Consejo Nacional de Salud Pública como ente coordinador, legitima y de alguna forma actúa como ente catalizador entre las diversas fuerzas que componen al Sector Salud.

- 2 Focalizando los recursos a través de una planificación integrada, permite la correcta distribución y aplicación de todo tipo de recursos, estrategias y actividades a realizar. La integración un *paquete de servicios básicos* ayudaría a este esfuerzo.

La UPPAN se propone como un ente coordinador y autónomo que permita ejecutar acciones independientes y sin depender de decisiones de los organismos ejecutores de los programas. Sus acciones se especifican ampliamente en el Anexo No. 7.

- 3 La integración de los programas y departamentos bajo una sola estructura, facilitaría la coordinación de actividades y la planificación de las mismas. El llevar esta coordinación y planificación a los SILOS y que de ellos emerjan las propuestas operativas en base al *paquete de servicios básicos* y en cuyo proceso participe la comunidad. El reforzamiento de las acciones de supervisión, con capacidad resolutoria de problemas que se presenten a nivel operativo, es imperiosa para asegurar el cumplimiento de los objetivos y el seguimiento de las acciones y estrategias planificadas para su logro.
- 4 El número de trabajadores no se traduce necesariamente en calidad o mejoras en salud, principalmente si los personajes se ven limitados por falta de capacitación o de decisión política. Es de vital importancia que los promotores y las parteras tomen un papel más activo en la atención integral de la persona como se menciona en el punto 4.2.
- 5 Las decisiones gerenciales tendrán más fuerza al contar con la información necesaria para orientar el criterio de los responsables de los programas. El problema del VIH/SIDA es ya de tal magnitud, que se debe reforzar su seguimiento epidemiológico, así como el de todas las entidades infecciosas.
- 6 La correcta captación de las estadísticas vitales por el Registro Civil ayudará a conocer mejor la problemática y a focalizar los recursos.

ANEXOS

ANEXO No. 1

Distribución Porcentual de las Defunciones Ocurridas Durante la Infancia o la Niñez *, según Causa Primaria y Secundaria de Muerte, Establecidas Conjuntamente por Dos Pediatras, por Edad del Niño al Morir
Encuesta Nacional de Salud Familiar: El Salvador, 1993
(FESAL-93)

| | Edad del Niño al Morir | | | | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|------------|---------------------------|------------|----------|------------|---------------|------------|--------------|------------|
| | Total | | Infantiles (0 - 11 meses) | | | | | | En la Niñez | |
| | 0-4 Años | | Total | | Neonatal | | Post-Neonatal | | (1 - 4 Años) | |
| | Primaria | Secundaria | Primaria | Secundaria | Primaria | Secundaria | Primaria | Secundaria | Primaria | Secundaria |
| Diarrea/Deshidratación | 20.0 | 7.6 | 19.0 | 7.2 | 4.3 | 0.0 | 35.6 | 15.4 | 24.1 | 9.5 |
| Infecciones Resp. Aguda | 18.6 | 9.5 | 16.3 | 8.6 | 1.7 | 5.1 | 32.7 | 12.5 | 27.8 | 13.0 |
| Bajo peso/Prematurez | 14.6 | 4.7 | 18.1 | 5.9 | 34.2 | 3.5 | 0.0 | 2.9 | 0.0 | 0.0 |
| Anomalías Congénitas | 9.5 | 0.7 | 11.3 | 0.9 | 14.5 | 0.9 | 7.7 | 1.0 | 1.9 | 0.0 |
| Trauma del Nacim./Asfixia | 7.6 | 7.6 | 9.5 | 9.5 | 17.9 | 17.9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Sepsis/Falla de Organos | | | | | | | | | | |
| Múltiples | 7.6 | 2.5 | 9.0 | 3.2 | 7.7 | 0.9 | 10.6 | 5.8 | 1.9 | 0.0 |
| Síndrome de Distres Resp. | 4.4 | 4.0 | 5.4 | 5.0 | 10.3 | 9.4 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Sarampión | 2.6 | 0.4 | 0.0 | 0.5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 13.0 | 0.0 |
| Accidentes | 2.2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 11.1 | 0.0 |
| Otras Complic. Perinatales | 1.8 | 2.5 | 2.3 | 3.2 | 4.3 | 6.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Desnutrición | 1.8 | 3.6 | 1.8 | 2.3 | 0.0 | 0.0 | 3.8 | 4.8 | 1.9 | 9.3 |
| Meningitis | 1.5 | 0.7 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.0 | 1.0 | 1.9 | 3.7 | 0.0 |
| Tétano Neonatal | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.9 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Otras | 2.9 | 2.9 | 1.8 | 3.6 | 0.0 | 3.4 | 3.8 | 3.8 | 7.4 | 0.0 |
| No Especificadas | 4.7 | - | 4.1 | - | 3.4 | - | 4.8 | - | 7.4 | - |
| Sin causa secundaria | - | 52.8 | - | 48.9 | - | 47.0 | - | 51.0 | - | 68.5 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| No. de Casos (No Ponderados) | (221) | | (175) | | (89) | | (86) | | (46) | |

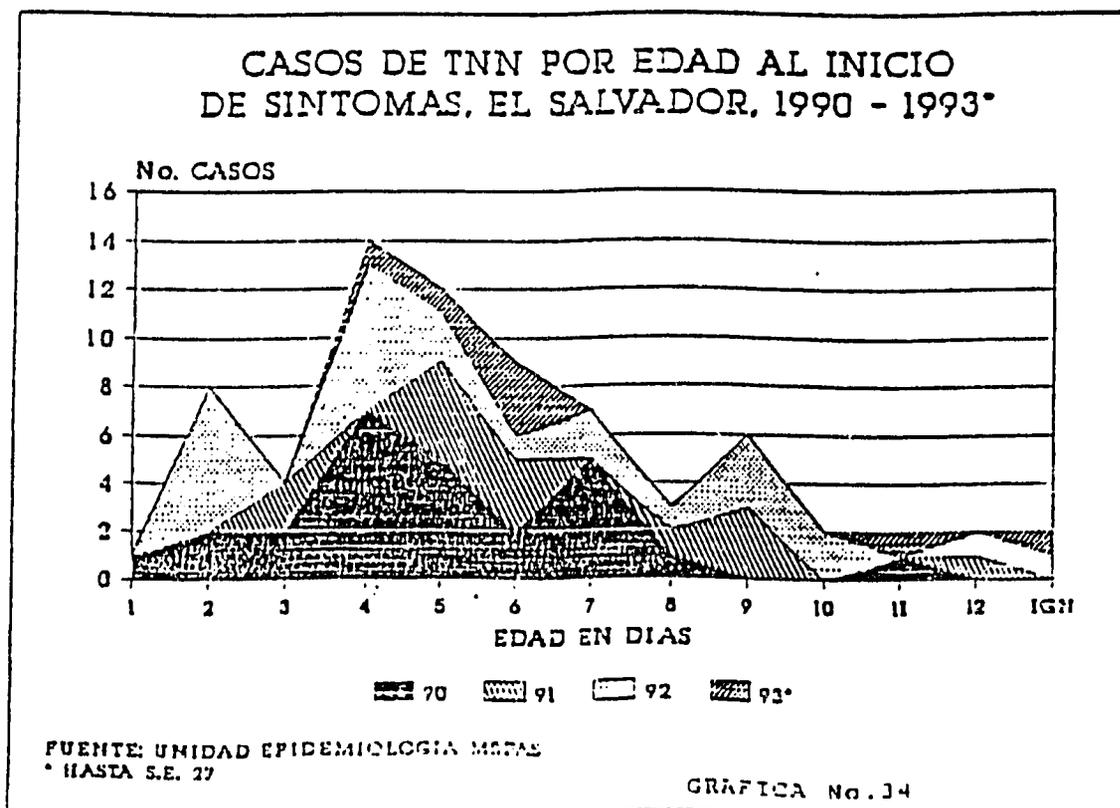
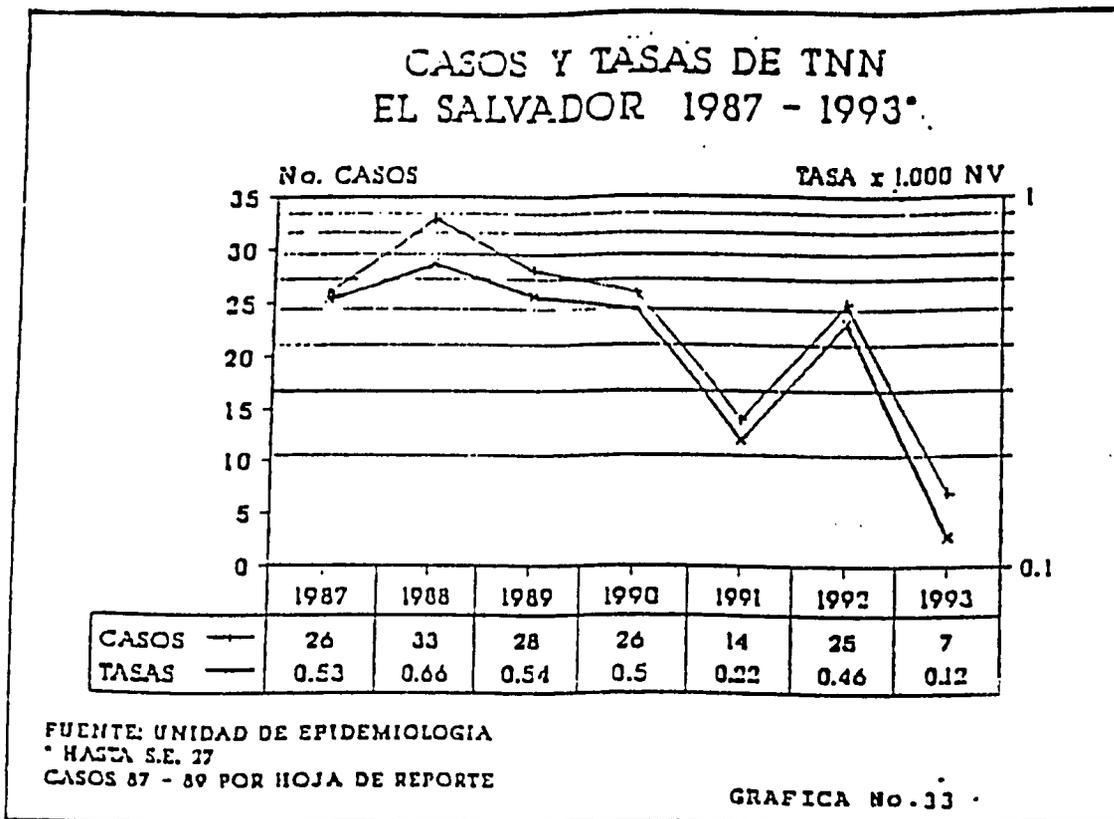
*/ Defunciones ocurridas desde enero de 1988.

ANEXO No. 2

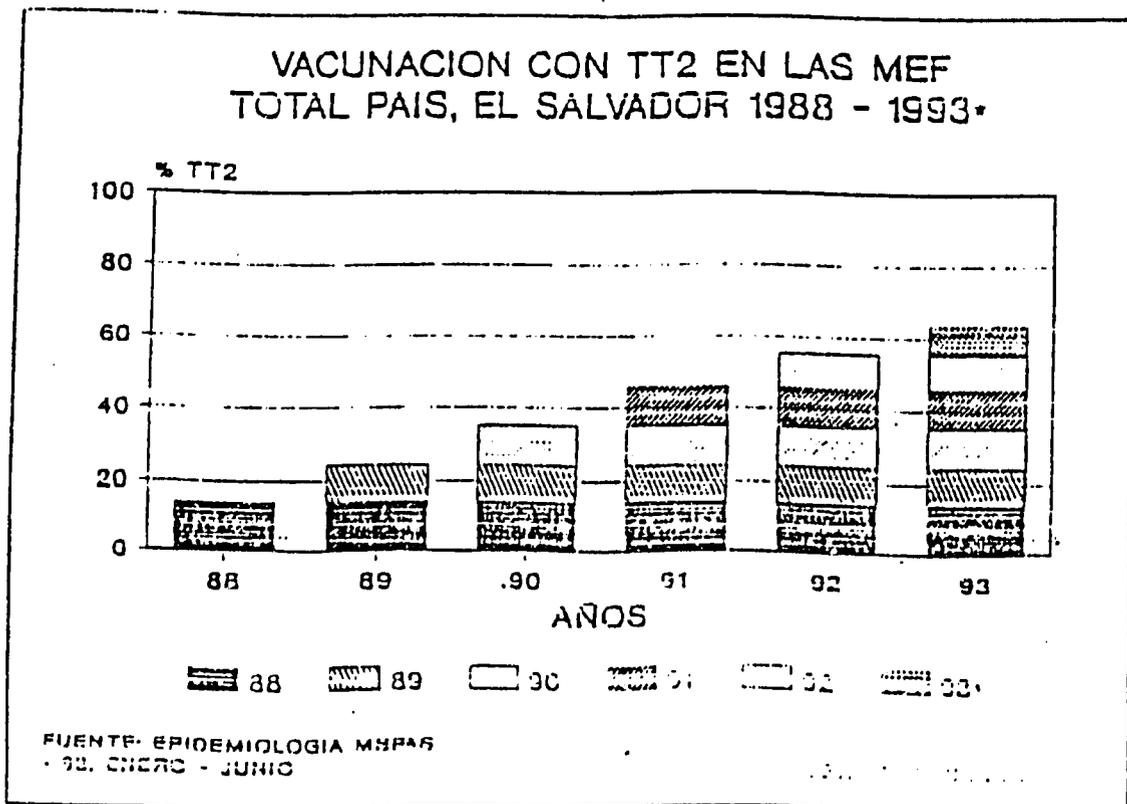
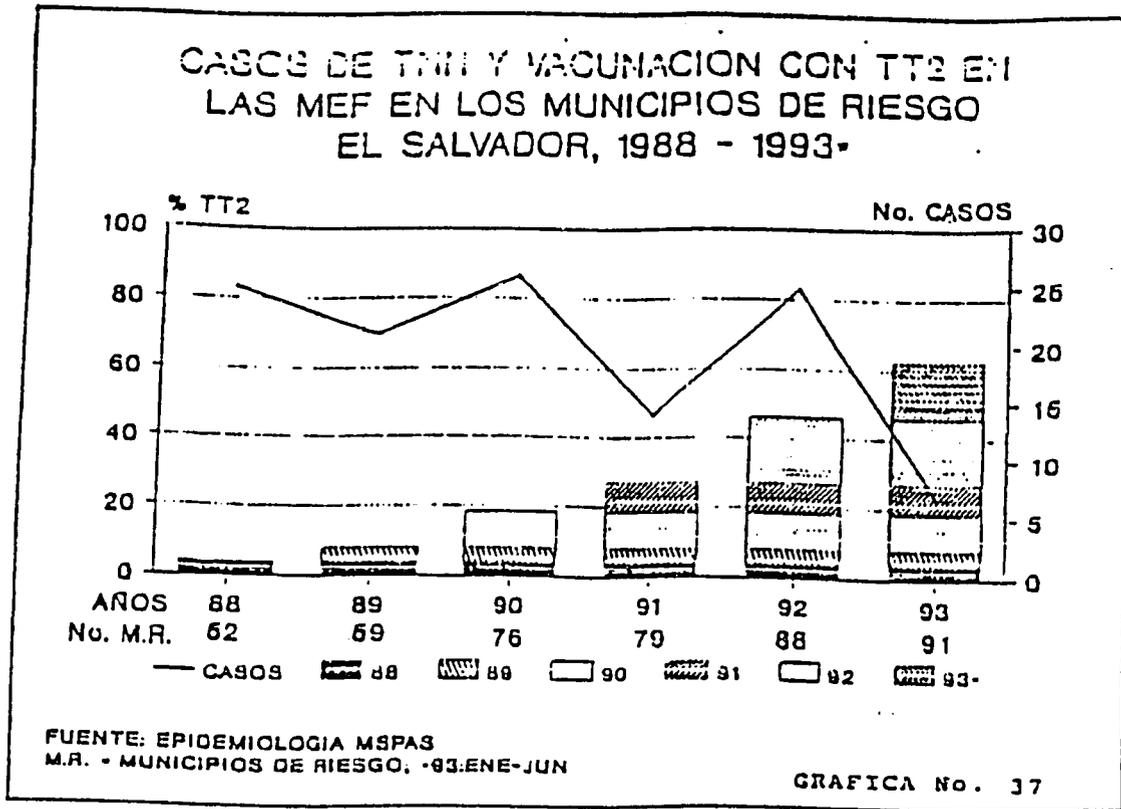
SUBPROGRAMA ATENCION MATERNA...

| CENTRO DE ATENCION MEDICA | EMBARAZADAS INSCRITAS | INSCRITAS ANTES DEL 4° MES | CONTROL PRENATAL | CONTROL A PIERPERAS 1ª VEZ | CONSULTA POR COMPLI- CACIONES DE EMBARAZO, PARTO Y PIERPERIO | CLASIFICACION POR RIESGO | | | | REFEREN- CIAS |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------------|---|--------------------------|---------------|--------------|------------------------|------------------|
| | | | | | | MINIMO | MODERADO | ALTO | NO CLASIFI- CADO | |
| T O T A L | 18,109 | 10,582 | 67,148 | 9,482 | 4,244 | 38,308 | 16,353 | 4,805 | 4,634 | 1,294 |
| REGION METROPOLITANA | 9,870 | 6,043 | 37,251 | 4,834 | 3,226 | 15,293 | 8,708 | 2,411 | 2,978 | 695 |
| HOSPITAL 1° DE MAYO | 91 | 58 | 1,710 | 84 | 143 | 246 | 295 | 999 | 265 | 1 |
| ZACANIL | 1,649 | 1,207 | 5,301 | 1,016 | 233 | 1,437 | 373 | 106 | 626 | 16 |
| ATLACATE | 1,438 | 1,094 | 5,457 | 649 | 262 | 4,574 | 1,756 | 385 | 96 | 174 |
| SAN JACINTO | 1,739 | 1,122 | 6,841 | 851 | 191 | 0 | 1,819 | 385 | 0 | 0 |
| SANTA ANITA | 1,430 | 731 | 5,184 | 574 | 182 | 3,168 | 1,368 | 210 | 936 | 89 |
| ILOPANGO | 3,523 | 1,831 | 12,758 | 1,660 | 2,215 | 5,868 | 3,097 | 486 | 1,055 | 415 |
| REGION GENERAL | 3,974 | 2,277 | 15,700 | 2,141 | 289 | 12,590 | 4,090 | 579 | 612 | 316 |
| APOPA | 888 | 573 | 4,115 | 606 | 8 | 2,401 | 1,953 | 188 | 292 | 125 |
| BRJAPA | 58 | 28 | 176 | 44 | 4 | 215 | 14 | 6 | 0 | 21 |
| AGUILAR | 204 | 122 | 744 | 104 | 31 | 652 | 161 | 29 | 40 | 23 |
| QUEZALTEPEQU | 179 | 107 | 677 | 148 | 67 | 730 | 156 | 19 | 2 | 59 |
| ILOBASCO | 97 | 68 | 299 | 57 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| NUOVA SAN SALVADOR | 1,451 | 691 | 5,838 | 647 | 70 | 5,086 | 1,028 | 231 | 2 | 21 |
| SACACUO | 150 | 92 | 501 | 97 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| LA LIBERTAD | 103 | 46 | 293 | 52 | 10 | 250 | 112 | 0 | 0 | 28 |
| CHALATENANGO | 149 | 111 | 408 | 58 | 13 | 397 | 81 | 3 | 16 | 2 |
| COJUTEPEQUE | 237 | 150 | 878 | 105 | 20 | 697 | 171 | 16 | 71 | 13 |
| SAN VICENTE | 186 | 137 | 849 | 86 | 31 | 507 | 191 | 27 | 176 | 9 |
| ZACATECOLUCA | 210 | 109 | 677 | 101 | 13 | 523 | 141 | 44 | 11 | 3 |
| SEMUCATEPEQUE | 52 | 35 | 245 | 40 | 11 | 144 | 72 | 5 | 0 | 1 |

ANEXO No. 3



ANEXO No. 4



ANEXO No. 5

TABLA 26

Distribución Porcentual de los Hijos Nacidos Vivos desde Marzo de 1988 a Febrero de 1993,
según Lugar de Atención en el Parto,
por Área de Residencia y Nivel Educativo de la Madre
Encuesta Nacional de Salud Familiar: El Salvador, 1993
(FESAL-93)

| Lugar de Atención | Total | Área de Residencia | | | Nivel Educativo (años) | | | | |
|------------------------------|--------|--------------------|-----------------|--------|------------------------|--------|-------|-------|----------|
| | | AMSS | Resto Urbano | Rural | Ninguno | 1-3 | 4-6 | 7-9 | 10 y más |
| Estab. MSPAS | 38.1 | 50.1 | 43.0 | 29.9 | 29.4 | 32.2 | 45.3 | 53.0 | 37.3 |
| Estab. ISSS | 9.7 | 23.6 | 9.5 | 3.2 | 1.1 | 3.4 | 7.9 | 17.3 | 31.8 |
| Hospital Privado | 3.2 | 7.9 | 4.1 | 0.4 | 0.2 | 0.4 | 1.2 | 3.8 | 16.4 |
| Casa de Partera | 1.7 | 0.8 | 1.4 | 2.3 | 2.0 | 3.1 | 1.0 | 1.2 | 0.3 |
| Casa Propia con Partera | 34.7 | 12.1 | 32.5 | 46.4 | 46.7 | 45.4 | 33.7 | 20.6 | 9.1 |
| Casa Propia con Otros | 5.9 | 2.0 | 4.6 | 8.5 | 9.5 | 7.0 | 6.6 | 1.8 | 0.8 |
| Casa Propia con Nadie | 5.3 | 1.0 | 3.6 | 8.2 | 9.8 | 7.6 | 3.1 | 1.1 | 0.7 |
| Otro | 1.4 | 2.4 | 1.2 | 1.1 | 1.3 | 0.9 | 1.0 | 1.2 | 3.6 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| No. de Casos (No Ponder.) | (4286) | (971) | (1121) | (2194) | (1097) | (1076) | (952) | (610) | (551) |

ANEXO No. 6

San Salvador, 16 de Septiembre de 1993.

**CONFERENCIA SOBRE EMBARAZO EN ADOLESCENCIA ORGANIZADA POR
PROCADES**

(SINTESIS)

Embarazo en Adolescentes (Dra. de Ferrer)

FESAL 88 : DIGESTYC 86

16 Años : Promedio para 1a. Relación Sexual

18 Años : 71% ha tenido exp. sexual

15-19 Años : 30% Casada

15-19 Años : 22% tienen al menos un hijo vivo

14-19 Años : 22% de los nacimientos

Datos del Estudio (Dra. de Ferrer)

14 Años : Edad media de inicio sexual

15 Años : 81% tiene experiencia sexual

13-17 Años : 17% tienen entre 2-3 emb.

Mortalidad en Adolescentes primeras causas de muerte a nivel del país:

- 1 - Violencia**
- 2 - No Diagnóstica**
- 3 - Suicidios**
- 4 - Accidentes**
- 5 - Materna**

Diferentes estudios: Se puede observar muerte materna que es mayor a mas joven es la mujer.

ANEXO No. 7

RECOMENDACIONES CONCRETAS FRENTE A PROGRAMAS ALIMENTARIOS

Para coordinar la ejecución de los programas alimentarios se propone la creación de una Unidad que:

1. Determine las políticas alimentario-nutricionales del país.
2. Sirva de contraparte para las negociaciones con organismos internacionales.
3. Coordine a los diferentes actores que tengan relación con las políticas alimentario-nutricionales: MIPLAN, MAG, SNF, SRN, MSPAS y MINED, ONGs y donantes (PMA, CEE y otros).
4. Supervise el cumplimiento de los programas nutricionales.
5. Controle las actividades de los programas.
6. Tenga un sistema de control de logística de distribución y de control de calidad de los alimentos.
7. Evalúe periódicamente los programas o proyecto.
8. Realice auditorías periódicas.

La UPPAN debería ser un ente autónomo, con personería jurídica propia y con autonomía administrativa y financiera que le permitiese funcionar como empresa privada. De esta manera se facilitaría, en una primera etapa la relación con los donantes (proveedores de alimentos), por una parte y con Ministerios y ONGs (ejecutores), por otra.

En etapas posteriores, cuando los donantes vayan desapareciendo y el Estado deba asumir el financiamiento de los programas y proyectos nutricionales, esta Unidad debería encargarse, por una parte, de obtener fondos públicos y donaciones de empresas privadas e instituciones internacionales para los programas y, por otra, de las licitaciones de alimentos tanto a nivel internacional como nacional.

Anexo No. 8

PROCESO DE REVISION DE LOS INFORMES PRELIMINARES

Introducción

El "Análisis del Sector Salud de El Salvador" (ANSAL) fue concebido como parte de los esfuerzos tendientes a acelerar el desarrollo económico y social del país. El análisis de la organización y funcionamiento de las instituciones del sector debe desembocar en la identificación de obstáculos que, de ser superados, posibiliten el mejoramiento del sector y de las condiciones de salud y bienestar de la población.

Generalmente los proyectos tendientes a acelerar el desarrollo social y económico son concebidos y diseñados por expertos del área temática abarcada por el proyecto. Estos aportan sus conocimientos profesionales y su experiencia para identificar el problema, seleccionar las posibles soluciones y diseñar los componentes del proyecto. En este proceso el intercambio de opiniones generalmente queda restringido a personas que ocupan posiciones de liderazgo en el sector y en la sociedad. El usuario potencial y el personal involucrado directamente en la producción del bien o del servicio analizado no son frecuentemente incluidos en este proceso de consulta. Los proyectos resultantes no se benefician de las percepciones culturales y de la experiencia acumulada por quienes están en la primera línea de batalla y en consecuencia, pueden ser vistos como ajenos por la propia comunidad beneficiaria.

Procedimiento

Los términos de referencia de ANSAL establecieron un amplio proceso de consulta que evitara la limitación señalada en la introducción. En los mismos se establece que el proceso participativo tiene trascendencia similar al contenido del análisis. Para lograrlo se indicó que los resultados preliminares del trabajo de ANSAL, recogidos en nueve borradores de informes técnicos, fueran ampliamente difundidos entre instituciones y personas del Sector Salud para que fueran revisados y comentados. Este enfoque forma parte de un encare participativo de los esfuerzos de desarrollo. Para cumplir con este mandato se diseñó una estrategia que comprende los siguientes componentes:

1. *Comentarios escritos.* Se invitó a unas 100 instituciones y personas con experiencia en el funcionamiento de los servicios de salud a que formularan comentarios por escrito sobre:
 - la veracidad e integridad de los datos presentados;
 - la lógica del análisis utilizado;
 - la factibilidad de las recomendaciones formuladas.
2. *Reuniones con personal de salud e integrantes de la comunidad.* Se realizaron diez reuniones en distintos puntos del país, de forma de cubrir la mayor parte de su territorio, en las que se invitó a participar a personal de salud con diferentes niveles de capacitación (promotores, parteras empíricas, médicos y farmacéuticos), líderes de las comunidades servidas (Alcaldes, miembros de comisiones de apoyo de establecimientos del MSPAS o patronatos, miembros de las asociaciones comunitarias de educación o escuelas EDUCO y líderes comunitarios locales) y a funcionarios y autoridades regionales y locales del Ministerio de Salud.
3. *Jornadas con líderes del Sector.* Se efectuaron jornadas durante dos días con líderes de organismos públicos vinculados a los sectores sociales y a salud (MSPAS, MIPLAN E ISSS), con directivos de ONGs

activas en salud y del Colegio Médico y dirigentes del área de salud de varios partidos políticos. Fue invitado a participar pero no se hizo presente el Decano de la Facultad de Medicina de la UES.

Resultados

La participación fue intensa y útil para validar o descartar los resultados preliminares de ANSAL.

Enviaron comentarios escritos una 30 instituciones, encontrándose entre éstas las principales, organizaciones del Sector Público (MSPAS y MIPLAN) y las ONGs más importantes.

En las reuniones comunitarias participaron aproximadamente una 250 personas representando a los tres componentes mencionados anteriormente. De los tres grupos, los líderes de las comunidades fueron quienes tuvieron una tasa de participación más baja.

Doce de los trece líderes invitados a las jornadas participaron; quienes así lo hicieron permanecieron durante la totalidad del tiempo que duró el ejercicio.

Salvo las opiniones de las jerarquías técnicas centrales del MSPAS (Directores de Programas y Departamentos y Directores Regionales), quienes expresaron objeciones ante algunos de los hallazgos de ANSAL, los comentarios fueron coincidentes en relación a los principales problemas del sector y a las formas más efectivas para enfrentarlos. Los comentarios específicos se resumen en cada uno de los Informes Técnicos.

Comentarios escritos recibidos

Como se mencionó en el acápite sobre procedimiento, el borrador de este informe, lo mismo que los otros informes técnicos de ANSAL⁴², tuvo amplia distribución con miras a recabar reacciones con fecha límite 18 de febrero, 1994. Como resultado se recibieron comentarios escritos tanto de personas como de instituciones de los sectores público y Privado. De las diferentes comunicaciones recibidas por ANSAL, las siguientes tienen relación más directa con el tema Situación Materno-infantil:

- Oficio No. 94-6510-159/15 Feb. 1994 del Director de Planificación del MSPAS
En cuanto a los comentarios emitidos por el MSPAS, fue posible conversar a profundidad con los responsables de los programas, los que expresaron su sentir sobre lo expresado en el borrador avanzado. Sus comentarios se tomaron en consideración para la revisión y emisión final del Informe técnico.
- Resumen de observaciones hechas por las diferentes Regiones de Salud
 - 18 observaciones sobre los resúmenes ejecutivos (el compendio incluyó 9 resúmenes); no está muy claro a cuál de ellos hacen referencia en cada comentario;
 - destacan que las tasas de mortalidad infantil han mejorado y eso es cierto; la TMI era de 150 x 1000 RNV en 1950, bajó a la tercera parte, mientras Nicaragua, por ejemplo bajó sólo a la mitad, pero la tasa actual (52 x mil RNV) es aún alta en comparación con otros países de las Américas;
 - en el comentario # 12 indican que la tasa global de fecundidad (TGF) actualmente es de 4.6 hijos por mujer, citando FESAL; ese dato corresponde al año 1980. Según la Encuesta Nacional de Salud

⁴² Estos son: Situación de Salud; Perfil Epidemiológico; Productos Farmacéuticos; Organización y Funcionamiento del Sistema de Salud; Financiamiento de los Servicios de Salud; Recursos Humanos en Salud; Infra-estructura e Inversión del Sector Salud; Demanda y Percepción Comunitaria de la Salud; Salud del Medio Ambiente.

Familiar, FESAL-93, informe preliminar, septiembre 1993, página 5, la TGF es de 3.85 hijos promedio por mujer. Hay variaciones entre el AMSS con 2.69 y el área rural con 4,96 hijos por mujer (casi el doble).

- Sobre el texto del borrador del informe técnico presentan 11 observaciones; se hará referencia a algunas como ejemplo, pero todas fueron tenidas en cuenta.
 - ítem 4. Mencionan que existen otras fuentes "más confiables" que FESAL-93 pero no precisan cuáles;
 - ítem 7. (Pág. 32 § 7) la "participación" de las ONGs no demeritan la buena labor que está haciendo el MSPAS en el campo de vacunaciones.
- Oficio No. 94-6500-0248/984/11 marzo. 1994, del Director de Planificación del MSPAS

Presentan 31 observaciones al informe y tres sobre programas alimentarios. Todas fueron tenidas en cuenta. Se cita algunas como ejemplo.

 - Item 2 FESAL- 93 informa el 51% de atención hospitalaria del parto por que incluye los partos atendidos por hospitales privados.
 - Item 6 El sistema de información gerencial de los promotores se maneja paralelamente a los otros sistemas de información del MSPAS, pero no está integrado a ellos.
 - Item 10 Uno de los objetivos de las tasas y porcentajes es hacer estadísticamente comparables los datos.
- PMA/ELS/ORG/30 MINSALUD-110, 24 de febrero, del Director del Programa Mundial de Alimentos

Presentan 6 valiosas contribuciones sobre el Informe de Salud Materno-infantil y 3 sobre el Perfil Epidemiológico. Llegaron con posterioridad al 18 de febrero y serán considerados en la medida de lo posible. Se tendran en cuenta durante la elaboración del informe final.
- Observaciones del director de la Fundación Knapp
 - Hace varios comentarios positivos al borrador avanzado.
 - Menciona inconsistencias y contradicciones, pero lamentablemente no proporciona datos para ubicarlas.
- Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños (APROCSAL)
 Centro para la Defensa del Consumidor (CDC)
 Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE)
 Asociación de Ayuda Humanitaria (PRO VIDA)
 Clínica Santa María
 - Recomiendan se retome esfuerzos de organismos internacionales con el enfoque de género de salud. Desafortunadamente no señalan cuales son estos organismos.
 - Señalan que debe evitarse la "violación sexista". Se ha tomado en cuenta en la nueva versión del informe.
 - Afirman la práctica de procedimientos quirúrgicos innecesarios, la cual no pudo constatarse por el autor.
- Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil (CISI)
 - Hacen observaciones valiosas, las cuales se incorporaron en el informe.
- Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA)
 - Felicitan por la calidad de la información presentada en los diferentes informes.
 - Hacen valiosas observaciones, las cuales han sido incorporadas al informe.

- Centro de Investigaciones Tecnológicas y Científicas (CENITEC)
 - Mencionan inconsistencia de algunos datos que fueron corregidos. Errores de edición, igualmente corregidos.
- Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS)
 - Presentan cinco observaciones generales a los distintos informes (únicamente analizaron 4 de los 9 informes) y diez observaciones al Informe Materno Infantil.
 - Todas las observaciones se consideran importantes y han sido incorporadas al informe.
- Jefe del Programa de Planificación Familiar. Hospital de ANTEL
 - Felicita a los autores de los diversos informes.
- Fundación Salvadoreña para el Desarrollo de la Mujer y el Niño (FUNDAMUN)
 - Mencionan que al informe le faltan conclusiones y recomendaciones. Cierto. Las mismas estaban previstas para el informe final.
 - Solicitan se de más profundidad al papel de las ONG's. Se hizo.
 - El resto de las observaciones han sido tomadas en cuenta.
- Jefe de Programas de Salud Reproductiva y Materno Infantil del ISSS
 - Hace varias observaciones, la mayoría de las cuales se han incorporado al informe. Lamentablemente el autor no tuvo acceso la revista de FECASOG.
- Escuela Urbana Unificada "Concha v. de Escalón" No.2 / Supervisora de Distrito
Los comentarios llegaron a ANSAL con posterioridad a la fecha límite. Se agradece su envío y serán tomados en cuenta en la medida de las posibilidades.

El autor agradece los comentarios recibidos, los cuales se tuvieron en cuenta para introducir correcciones en el texto, ampliar o actualizar la información, y en general para revisar el contenido del informe en reuniones internas de ANSAL. Los comentarios y sugerencias se tuvieron en cuenta también durante la reunión de un Seminario/Taller.

No fue posible incorporar aquellas sugerencias que implicaban un cambio completo de estructura e investigaciones tendientes a obtener información primaria, por falta de tiempo y de los recursos necesarios para realizarlas.

Los hallazgos, conclusiones y recomendaciones fueron discutidas con la participación de líderes del sector a nivel nacional, siguiendo los procedimientos descritos anteriormente.

Reuniones con personal de salud y representantes de la comunidad

En estas reuniones se presentaron los hallazgos, conclusiones y recomendaciones preliminares de ANSAL sobre las tres áreas principales: situación de salud, servicios de salud, y recursos humanos y financieros.

Mediante comunicación individual de ANSAL fueron invitadas a participar personas de los siguientes grupos: Alcaldes del área geográfica; EDUCO; Promotores de Salud y Parteras Empíricas (MSPAS y ONGs); Médicos del área (MSPAS, ONGs y médicos en ejercicio privado de la profesión); autoridades del MSPAS (de Direcciones Regionales de Salud, Hospitales y Centros de Salud ubicados en el área); autoridades de las ONG

que proporcionan servicios de salud; representantes de Iglesias con actividades en salud; miembros de patronatos; líderes comunitarios; y otros profesionales (Farmacéuticos).

Se celebraron diez reuniones con personal de salud y representantes de la comunidad, así:

| | | |
|----------|--------------|-----------------|
| 07-02-94 | San Salvador | San Salvador |
| 09-02-94 | Chalatenango | Sensuntepeque |
| 11-02-94 | San Miguel | San Fco. Gotera |
| 14-02-94 | Sonsonate | Usulután |
| 16-02-94 | Santa Ana | Santa Ana |

Dentro de los comentarios recogidos en las reuniones comunitarias, resaltan los siguientes:

- Se reconocen a las IRA y a las EDA's y su vinculación con la desnutrición, como los problemas de salud infantil más importantes. Se expresó en varias ocasiones que los programas de ayuda alimentaria deben adecuarse a la cultura de la población.
- Dentro de lo relacionado a la salud materna, se reconoce y coincide con lo expresado en el informe, que la falta de control del embarazo, parto y el puerperio es de vital importancia. En orden de importancia le siguió la desnutrición materna, la cual afecta el resultado de los embarazos y estos, al no espaciarse, repercuten en la primera.
- Se mencionaron problemas de capacitación de embarazadas ya que la mayoría de los promotores son hombres. En relación a las referencias, hay problemas en el sistema, principalmente cuando son generadas por promotores de ONG's.
- No hay una adecuada cobertura por parteras, lo que dificulta la atención del parto en las zonas rurales. Se expresó la necesidad de ampliar el número de promotores tanto del MSPAS como de las ONG's y, dar mayor capacitación a las parteras empíricas.
- Representantes comunitarios y promotores (tanto de ONG's como del MSPAS), están de acuerdo en la ampliación de las funciones de atención integral a la persona por parte de los promotores. Estas acciones deben acompañarse de la capacitación correspondiente para el correcto uso de medicamentos, en el tratamiento de enfermedades prioritarias. Para esto se basan en la dificultad de acceso a los establecimientos de salud y en la problemática que viven en sus comunidades.

Como era de esperar el orden de prioridades varió ligeramente entre los grupos, dependiendo del área geográfica de procedencia de los asistentes, el perfil profesional y su vinculación institucional. Se observó, sin embargo, un común denominador: en todas las reuniones de consulta con el personal de salud y representantes de las comunidades se seleccionaron como puntos críticos prioritarios, entre los cinco primeros a las enfermedades diarreicas agudas (EDAs), infecciones respiratorias agudas (IRAs), agua segura y saneamiento del medio.

Los diez puntos críticos seleccionados y los Departamentos en donde fueron identificados con mayor énfasis, son los siguientes:

| # | Puntos críticos | Comentarios |
|----|---|---|
| 1 | Diarreas (incluye cólera) | 1er. lugar en San Salvador, Usulután, Chalatenango y tercero en Santa Ana. Se hizo hincapié en el problema de diarreas y parasitismo intestinal. |
| 2 | Enf. Respiratorias (IRAs) | 1er. lugar (junto con EIDAs) Usulután; 2o. lugar en Chalatenango; en San Salvador y en un grupo de Santa Ana; |
| 3 | Agua potable | En San Salvador se hizo hincapié en la necesidad de aumentar la cobertura de la disposición sanitaria de excretas, agua potable y desechos sólidos, especialmente en el área rural como prioridad No. 2, después de la educación en salud y específicamente educación sexual, a lo cual le concedieron prioridad No. 1. El punto crítico "agua" quedó en 3er. lugar en Usulután; 4o. en Chalatenango; 3o. Morazán; 1o. en Santa Ana; |
| 4 | Saneamiento | 2o. lugar en Usulután; 2o. Morazán; 2o. Santa Ana; 4o. lugar en San Salvador; |
| 5 | Desnutrición/Malnutrición | 1er. lugar en grupo B de Santa Ana; 3er lugar en San Salvador y en Chalatenango; 4o.lugar en Usulután y en grupo A de Santa Ana; 5o.lugar en Morazán; |
| 6 | Crecimiento demográfico | 5o. lugar en Chalatenango, Santa Ana y en San Salvador; el crecimiento acelerado de la población fue mencionado como problema importante (#1) en San Miguel; |
| 7 | Contaminación aire/humo dentro de las casas | Mencionado en todas las reuniones con prioridad entre 5o. y 10o. lugar. pero ligado a problema de IRAs |
| 8 | Educación (general) | Mencionado en todas las reuniones con prioridad inter-sectorial, relacionado con problemas de embarazo de alto riesgo (<20 años); falta de espaciamiento de embarazos; ETS/SIDA; malnutrición; baja demanda de control prenatal y otras atenciones preventivas en salud materno-infantil, en presencia de servicios instalados; exámenes tardíos en detección de cáncer, principalmente el cérvico-uterino, y hasta cierto punto el de mama. En este contexto se mencionaron también los aspectos socio-culturales y religiosos. En San Salvador se le dio alta prioridad a este aspecto (#1) identificando la población escolar y adolescentes como población blanco en forma prioritaria. En Sonsonate también ameritó el rango de prioridad # 1 la educación, focalizando tanto prestadores de servicios como los usuarios, para superar obstáculos culturales y mejorar la atención en salud. En San Miguel también se priorizó la educación, (#3) dentro del contexto de lucha contra el analfabetismo y en Morazán se priorizó la educación en salud (#1). |
| 9 | ETS/SIDA | Este punto crítico se mencionó durante las discusiones, pero aparentemente no se le da la alta prioridad que la presente epidemia de SIDA amerita. Informaron que en zonas rurales no es un problema importante pero sí está surgiendo en las ciudades principales. Informaron que la educación sexual es un punto débil y que hay oposición en algunos sectores de la sociedad para que se incluya en el currículo de las escuelas. En San Salvador el problema fue ubicado en la 6a. prioridad. |
| 10 | stress/ansiedad | Problema mencionado en el contexto del conflicto armado, y que afecta principalmente pero no exclusivamente zonas ex-conflictivas. Afecta también áreas receptoras de refugiados y desplazados de guerra. En Sonsonate, por ejemplo, aumentó la demanda de servicios de salud, incluidos los de salud mental. |

Jornadas con líderes del Sector

Las jornadas con líderes del Sector, descritas en el acápite de procedimiento, se celebraron los días 21 y 22 de febrero, 1994. Dentro del tema Situación de Salud se destaca que hubo consenso sobre la presentación de las Áreas Temáticas prioritarias identificadas por ANSAL sobre la base de la revisión del perfil epidemiológico y de las consultas con el personal de salud y de representantes de las comunidades. Las áreas temáticas prioritarias se presentan en el capítulo de Conclusiones. Estas áreas incluyen, pero no están limitadas, a los puntos críticos identificados durante las reuniones comunitarias.

Se explicó que la identificación de temas a los cuales se les va a asignar más recursos no significa abandonar esfuerzos que se están realizando con éxito, como el programa ampliado de inmunizaciones, PAI. Por otra parte se aclaró también que, si bien en las reuniones comunitarias se discutieron "puntos críticos", la propuesta de ANSAL se refiere a áreas temáticas, con diversos componentes relacionados para atenderlas con un enfoque integral.

Las 10 áreas temáticas seleccionadas fueron las siguientes:

- Atención integral del embarazo, parto y puerperio con un enfoque de riesgo
- Multiparidad en mujeres jóvenes (menores de 20 años)
- Mortalidad infantil y de la niñez principalmente por diarreas e infecciones respiratorias agudas
- Malnutrición de la madre y el hijo
- Situación epidémica de ETS incluido el SIDA
- Baja cobertura de agua segura en áreas rurales y marginales
- Insuficiente tratamiento de aguas servidas
- Insuficiente capacidad para disposición adecuada de desechos sólidos (municipales, hospitalarios, tóxicos y peligrosos)
- Alta mortalidad por causas externas (violencias, accidentes)
- Lisiados y discapacitados a consecuencia del conflicto armado (físicos, mentales)

Hubo consenso sobre la selección de estas áreas prioritarias, y durante la discusión los participantes recomendaron prestar atención a temas relacionados o complementarios, particularmente:

- Cáncer cérvico-uterino, dentro del tema ETS/SIDA
- Inmunizaciones, dentro del tema mortalidad infantil y de la niñez
- Carencia de micro-nutrientes dentro del tema malnutrición
- Drogadicción, dentro del tema mortalidad por causas externas
- Contaminación del aire, dentro del contexto de la IRA
- Salud mental dentro de los temas de violencia y discapacitados
- Drogadicción dentro de los temas de violencia y discapacitados

Los participantes expresaron que estos 10 bloques de patologías recogen más del 80% de la problemática de salud que hay en el país.

Anexo No. 9

PERSONAS ENTREVISTADAS

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dr. Santiago Almeida Jefe de la Unidad de Epidemiología -Dra. Geneveva Morales, Responsable del Programa Ampliado de Inmunizaciones -Dra. Estela Parada Jefe de la Unidad de Educación para la Salud -Lic. Concepción de Flores Departamento de Nutrición -Dr. Rogelio Ramírez Ex-Jefe del Departamento Materno Infantil -Dr. Jorge Cruz González Jefe del Departamento Materno Infantil -Dr. Raúl García Oviedo Responsable de la Atención Infantil -Dra. Miriam Oliva de Navarrete Responsable del Programa de Control y Prevención de Cáncer Cervicouterino y Mama -Dr. Ricardo Guzmán Responsable de Control y Desarrollo del Niño Sano y Lactancia Materna -Lic. Celia Hernández Responsable de Programa Banco Mundial y Parteras Empíricas -Dr. Mauricio Portillo Nava Responsable de Programa Planificación Familiar -Dr. Alfonso Álvarez Cáceres Responsable del Programa de Atención Prenatal -Dra. Sonia Mancia de Melchor Jefe del Departamento de Salud Comunitaria | <ul style="list-style-type: none"> -Lic. Gisela C. de Guerrero Jefe de Investigación e Información, Depto. Salud Comunitaria -Dr. Miguel A. Guidos Serrano Jefe de la División Médica, Hospital de Maternidad -Dra. Cristina de Amaya Jefe de Clínica de Ginecología, Hospital de Maternidad -Lic. Coralisa Machuca Jefe de Estadística, Hospital de Maternidad -Dr. J. Víctor García Director, Centro de Salud de Ilobasco -Dr. Octavio Dorantes Director, Hospital Santa Gertrudis, San Vicente -Lic. Amílcar Durán Administrador, Hospital Santa Gertrudis, San Vicente -Lic. Vilma Ruth Hernández Jefe de Enfermeras, Hospital Santa Gertrudis, San Vicente -Lic. Vianca del Rosario Omaña Sub-Jefe de Enfermeras, Hospital Santa Gertrudis, San Vicente -Dr. Manuel Rodríguez Escapina Director, Hospital Francisco Menéndez, Abuchapán -Dra. Luz Angélica Rivas Médico en Año Social, Directora, Unidad de Salud, Anquiza -Dr. Salvador Linares Médico, Centro de Salud Chalchuapa -Lic. Ingrid Alvarado Educatora Materno Infantil y Nutrición, Región Oriental | <ul style="list-style-type: none"> -Lic. Hilda de Vázquez, Educatora Materno Infantil, Región Oriental -Dr. Carlos Roberto Arellano Coordinador Planificación Familiar, Región Oriental -Dra. Roxana de Martínez Coordinadora Salud Comunitaria, Región Oriental -Dr. José Héctor Aguilar Capacitación Continuada, Región Oriental -Lic. Irene Argueta de Herrero Estadística Salud Comunitaria, Región Oriental <p>Instituto Salvadoreño del Seguro Social</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dr. Oscar Wenceslao Martínez C. Jefe del Departamento de Medicina Preventiva -Dr. José Douglas Jarquín González Jefe del Programa Salud Reproductiva y Atención Infantil -Dra. Marina Padilla de Gil Jefe del Subprograma de Atención Materna -Dra. Ma. Emilia Castro de Huidalgo Jefe del Subprograma de Atención Infantil <p>Instituto Salvadoreño de Protección al Menor</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lic. Doris Elizabeth Castro García Jefe de División Admisión, Evaluación y Diagnóstico -Lic. Denis Luz Rivas Galindo Jefe de División de Registro, Inscripción, Acreditación y Vigilancia de ONG's | <ul style="list-style-type: none"> -Dra. Ana Celia Campos de Tovar Médico para Acciones de Medicina Preventiva <p>Organismos Internacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dr. José Adán Montes Figueroa Consultor Materno Infantil OPS/MNCAP -Dr. Juan Dricot Oficial de Salud y Nutrición, UNICEF -Dr. Ricardo Miguel Kafie Asistente Técnico para El Salvador, CEE <p>Organizaciones no Gubernamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dra. Elizabeth Burleigh Directora, PROSAMI -Dra. Aura Marina Torres Coordinadora, CISI -Dr. José Eliseo Orellana Orellana Coordinador General de Proyectos, Fundación Knapp -Dr. Samuel Castro Director Médico, ADS -Lic. Gilberto Gallegos Coordinador General, CARITAS -Lic. Celina de Choussy Directora Ejecutiva, FUSAL -Dr. Herberth Betancourt Consultor en Salud Pública, FUSAL -Dra. Sonia del Carmen Miranda de Mena Asesor Técnico en Salud y Nutrición, Desarrollo Juvenil Comunitario -TMI Blanca Luz Amaya Promotor, Desarrollo Juvenil Comunitario -Lic. Argentina de Rivera y -Lic. Leticia Beltrán Coordinadora y abogada respectivamente de la Clínica de Atención a la Mujer, CONAMUS |
|--|---|---|--|

BIBLIOGRAFIA

- "Plan Nacional de Salud"**, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, 1991
- "Programa Nacional Integrado de Salud Materno-infantil"**, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, 1991.
- "Normas Integradas de la Atención Materno-Infantil"**, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, 1991.
- "Manual de Procedimientos Técnico-Administrativos Para la Vigilancia y Control del Cólera"**, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, 1991.
- "Manual de Supervisión"**, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, 1992.
- "Salud Pública en Cifras 1991, Anuario No. 23"**, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, 1991.
- Vega-Franco Leopoldo, García-Manzanedo Héctor, **"Bases Esenciales de la Salud Pública"**, La Prensa Médica Mexicana, 1976.
- "Comentarios al Reporte epidemiológico Mensual"**, diciembre 1992, Unidad de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.
- "Informe de País a la IX Reunión Centroamericana, Ciudad de Guatemala"**, Unidad de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, agosto, 1993.
- "Política Nacional de Atención al Menor"**, Gobierno de El Salvador, marzo, 1993.
- "Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-93"**, Informe Preliminar, Asociación Demográfica Salvadoreña/USAID, El Salvador, setiembre, 1993.
- "Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-88"**, Asociación Demográfica Salvadoreña, Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC< Atlanta, GA, USA), El Salvador, marzo, 1989.
- Estadísticas varias, **"Reporte Anual"**, Departamento de Medicina Preventiva, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador, 1993.
- "Informe de la Reunión Interagencial OPS/OMS, UNICEF y AID con los Responsables de los Programas Nacionales de Control de las Enfermedades Diarreicas de América Latina"**, Santa Cruz, Bolivia, junio 1-5, 1992, Control de Enfermedades Diarreicas, Programa Salud Materno-infantil, OPS/OMS
- "Información Básica El Salvador"**, Organización Panamericana de la Salud/Mundial de la Salud, El Salvador, julio 1993.
- "Evaluación de las Actividades de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños Menores de 5 Años en El Salvador para PROSAMI"**, REACH, John Snow, INC. junio 1993.

"Prescripción y Utilización de Medicamentos en IRA y EDA", Consultorías e Investigaciones en Servicios de Salud, S.A. de C.V., Clapp & Mayne, El Salvador, 1993.

"Informe de Impacto, Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias", Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil, 1993.

"Strategies for Linking Water and Sanitation Programs for Child Survival", Technological Report No. 65, setiembre 1990, WASHI.

"Investigación Sobre Mortalidad Infantil Aplicando el Procedimiento del Hijo Previo", Dirección de Población, MIPLAN, 1990.

"Investigación Sobre Mortalidad Infantil Aplicando el Procedimiento del Hijo Previo", Dirección de Población, MIPLAN, 1991.

"Ley del Instituto Salvadoreño de Protección al Menor", Gobierno de El Salvador, 1991.