

PW ACF-750 5/5/97  
102345

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL**  
**EN EL AREA RURAL DE**  
**LAS REGIONES DE SALUD 1, 2 Y 3**  
**GRUPO DE ESTUDIO PERSONAL DE SALUD**



**SECRETARIA DE SALUD**



**SAVE THE CHILDREN DE HONDURAS**

**FINANCIAMIENTO Y APOYO TECNICO: MOTHERCARE**

**BASICS USAID**



**HONDURAS, CENTRO AMERICA, NOVIEMBRE DE 1997**

**EQUIPO TECNICO**

**ANALISIS Y ELABORACION DE INFORME**

Lic Eloisa Leitzelar  
Lic Delmy Euceda

**VALIDACION DE GUIAS Y RECOLECCION DE DATOS**

Dra Ruth Medina  
Dra Iris Padilla  
Lic Delmy Euceda

**EQUIPO ADMINISTRATIVO**

DIRECTOR DE PROGRAMAS            Ing Mariano Planells  
DIRECTORA EJECUTIVA            Lic Aida Cora de Castro

**COORDINACION NACIONAL** Dra Ada Rivera

**CONDUCCION TECNICA** Departamento Materno Infantil de la Secretaria de Salud

**APOYO TECNICO Y FINANCIERO**

MotherCare USAID

Y EL APOYO DE

BASICS

EQUIPO DE TRABAJO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACION  
MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL EL EL AREA RURAL  
DE LAS REGIONES 1, 2 Y 3

MARCO CONCEPTUAL	DISEÑO	VALIDACION TECNICA DE GUIAS
<p><b>DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL</b> Dra Mirtha Ponce Dr Carlos Villalobos Dra Teresa Reyes Lic Laura Martinez Dr Manuel Reyes Dra Yanira Villanueva Lic Arely Juarez Dra Lourdes Hernandez Lic Maribel Navarro</p> <p><b>APOYO TECNICO FINANCIERO</b> <b>Mother Care/USAID (coordinacion)</b> Dra Ada Rivera Dra Jeilke Zuppan</p> <p><b>Basics/USAID</b> Dr Barry Smith</p> <p><b>OPS/OMS</b> Dr Jose C Ochoa</p>	<p><b>DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL</b> Dra Mirtha Ponce Dra Teresa Reyes Lic Laura Martinez Dr Jorge H Melendez Lic Maribel Navarro</p> <p><b>REGIONES DE SALUD 1, 2 Y 3</b> Dr Bredy Lara Lic Behula Aguilar Dr Jorge Sierra Lic Martha de Rodriguez Lic Martha Elena Paz Lic Lourdes M Herrera</p> <p><b>FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS UNAH</b> Lic Christabel Parchment Lic Aida Castillo Guiza</p> <p><b>APOYO TECNICO FINANCIERO</b></p> <p><b>MotherCare/USAID (coordinacion)</b> Dra Ada Rivera Dr Reynaldo Pareja</p> <p><b>Basics/USAID</b> Dr Barry Smith</p> <p><b>USAID, Mision Local</b> Dr Alvaro Gonzalez</p> <p><b>OPS/OMS</b> Dr Jose C Ochoa</p>	<p><b>DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL</b> Dra Mirtha Ponce Dr Carlos Villalobos Dra Teresa Reyes Dr Jorge H Melendez Dra Ida B Molina Lic Elida Aguilar Dr Manuel Reyes Dra Yanira Villanueva Lic Arely Juarez Dra Ruth Medina Lic Maribel Navarro</p> <p><b>APOYO TECNICO FINANCIERO</b></p> <p><b>MotherCare/USAID (coordinacion)</b> Dra Ada Rivera</p> <p><b>Basics/USAID</b> Dr Barry Smith</p> <p><b>OPS/OMS</b> Dr Jose C Ochoa</p> <p><b>GTZ</b> Dra Carmen Perez Samaniego Dra Emma Iriarte</p> <p><b>FNUAP</b> Lic Cristianne Zenk</p>

## INDICE

	Nº DE PAGINA
RESUMEN EJECUTIVO	
I ANTECEDENTES	1
II METODOLOGIA	3
Tipo de Estudio	
Objetivos	
•Variables y Especificaciones	
III ANALISIS DE RESULTADOS	9
Percepcion del Problema de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal	
Magnitud del Problema	
Priorizacion	
Identificacion de Señales de Peligro y su Respuesta	
Señales de Peligro Costumbres y Creencias de la Comunidad	
Factores de Riesgo y Valoracion de Costumbres y Creencias por el personal de salud	
Enfoque del Problema por el Personal de Salud	
Fuente de Informacion	
Acceso	
Valoracion del Personal sobre la Calidad de Respuesta Intramuros	
Importancia de la Atencion Neonatal	
Capacidad de Respuesta	
•Comportamiento de la Demanda	
•Aceptacion por la Comunidad de los Servicios de Prevencion	
Referencia y Contrareferencia	
BARRERAS Y FACILITADORES	51
IV CONCLUSIONES	58
V RECOMENDACIONES	61

d

## INFORME EJECUTIVO

La problemática de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal en Honduras constituye uno de los aspectos prioritarios en materia de salud no solamente porque representa una de las primeras causas de mortalidad hospitalaria sino especialmente por las dificultades de acceso que tiene la población que habita en el área rural y especialmente cuando se les enferma un recién nacido o la parturienta tiene complicaciones durante el trabajo de parto

Con el propósito de documentar lo que las familias hacen en la comunidad cuando tienen un problema de salud en el neonato parturienta o embarazada y la logística familiar que desarrollan y el proceso de toma de decisión cuando necesitan acudir a los servicios de salud se decidió la realización de un estudio que permitiera conocer dichas prácticas

### 1 -ANTECEDENTES

En Honduras la administración de los servicios de Salud, se lleva a cabo por medio de una red de establecimientos que están distribuidos en 9 Regiones de Salud las que a su vez se subdividen en Áreas de Salud - La red de servicios la constituyen 5 tipos de establecimientos que de menor a mayor complejidad son los siguientes **CESAR** (Centro de Salud con Auxiliar de Enfermería) **CESAMO** (Centro de Salud con Médico) **CHA** (Centro Hospitalario de Área, posee las cuatro especialidades médicas básicas) **HOSPITAL REGIONAL** (recibe referencia de los hospitales de área y posee además de las especialidades básicas algunas subespecialidades) **HOSPITAL NACIONAL** (recibe referencia de todo el país y tiene todas las especialidades médicas) - Recientemente se ha iniciado una red de Clínicas Materno Infantiles (**CMI**) que son atendidas por Médicos Enfermeras Profesionales Auxiliar de Enfermería y también puede tener acceso la partera para prestar sus servicios

Una gran proporción de la población rural de Honduras tiene un acceso limitado a los establecimientos de salud ya sea por dificultades de transporte horarios limitados especialmente en la noche fines de semana y días feriados o por inexistencia de vías de acceso o mal estado de las mismas

La población que cubren las Regiones de Salud No 1 2 y 3 constituyen el 48% de la población total del país por lo que aquí se concentró la investigación -Estas Regiones están ubicadas en el Centro Occidente y NorOccidente del territorio nacional y están divididas en 4 5 y 8 Áreas de Salud respectivamente

Según los datos suministrados por la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF/96) comparando los datos entre las tres Regiones indica que la asistencia a Control Prenatal fluctúa entre el 79.3 y 82.4% el cual es realizado en un 25.9% a nivel de **CESAR** y entre el 3.9 y 7.5% a nivel de partera

En cuanto al Control Puerperal que entre el 27.3 y 32% de las puerperas está realizándose y cuando el mismo se realiza en los primeros diez días después del parto el dato desciende drásticamente a un 11%

En cuanto a la morbilidad y mortalidad hospitalaria dentro de las primeras 20 causas de egreso hospitalario se encuentran las neonatales -Las muertes neonatales constituyen el 45% de las defunciones infantiles hospitalarias

#### 4 PRINCIPALES HALLAZGOS

4 1 Existe un desconocimiento a nivel de la comunidad familia y servicios de salud de la magnitud del problema de la morbilidad y mortalidad neonatal ocasionada por

- \* Falta de interes en algunos de los lideres de las comunidades
- \* Falta de informacion oportuna y consistente
- \* Bajo nivel educativo de los lideres y las familias
- \* Falta de decision politica para priorizar la atencion del neonato en los servicios

4 2 Para la comunidad y las familias el menor de 29 dias no es percibido como persona y por lo tanto sin derecho a

- \* Que obligatoriamente se inscriba su nacimiento y se le otorgue una identidad, un nombre y una nacionalidad
- \* Que se registre su muerte y a que no sea enterrado en forma anonima

4 3 El enfoque de genero esta presente en la actitud de las familias frente al neonato, ya que es mas sentido el fallecimiento de un niño de sexo masculino la responsabilidad de los hijos recae en la madre y el padre es quien toma siempre la decision final por su papel de proveedor

4 4 La actitud participativa de algunos Alcaldes debe ser aprovechada por los servicios de salud para promover una articulacion de todos los sectores en funcion de resolver en forma conjunta la problematica general y particularmente la del neonato

4 5 La capacidad de las familias para percibir y actuar rapidamente frente a señales de peligro en la vida de un niño esta condicionada por

- \* Tradiciones costumbres y creencias
- \* Nivel Cultural
- \* Situacion de Pobreza
- \* Postergacion Geografica
- \* Acceso a informacion adecuada
- \* Acceso a medios de transporte en caso de emergencia
- \* Acceso oportuno a los servicios de salud

4 6 Dentro del Personal comunitario destaca la partera como un recurso estrategico a desarrollar por

- \* Su liderazgo dentro de la comunidad
- \* Ser la primera persona a la que las familias acuden en busca de consulta o tratamiento para sus problemas de salud
- \* Su apoyo al personal de salud en el proceso de convencer a las familias para aceptar las recomendaciones dadas por ella
- \* Su compromiso y responsabilidad con las familias y sus pacientes al acompañarlas a los centros de salud de referencia

4 7 El manejo oportuno de ciertas señales de peligro esta obstaculizada por

- \* Falta de conocimiento del Personal de Salud y las familias de los niveles criticos de las mismas
- \* Las practicas comunitarias demoran el tiempo para que las familias acudan en busca de

ayuda a los servicios de salud antes de que la situación del menor se agrave

4.8 El acceso a los servicios de salud está condicionado principalmente por

- \* Postergación geográfica
- \* Falta de caminos y carreteras de acceso especialmente a las comunidades lejanas
- \* Falta de transporte y horarios limitados de operación
- \* Cierre de establecimientos por ausencia del personal
- \* Situación económica de las familias

## 5 - PRINCIPALES RECOMENDACIONES

5.1 La Ley de Municipalidades, vigente, confiere a los municipios el marco legal necesario para promover el desarrollo de sus comunidades a través del fortalecimiento del proceso de descentralización administrativa apoyado por el liderazgo de los Alcaldes Municipales y Auxiliares

Para viabilizar este proceso se recomienda

- \* Fortalecer la organización de sus comunidades
- \* Promover y apoyar la coordinación de todas las organizaciones públicas, privadas y comunitarias
- \* Promover el estudio y desarrollo de alternativas viables y factibles para el transporte de personas especialmente en casos de emergencia

5.2 Para dar respuesta efectiva a las necesidades de salud de la población y especialmente del neonato se recomienda

- \* Efectuar los estudios necesarios para lograr las adecuaciones y ampliaciones en las estructuras físicas de los establecimientos de salud
- \* Realizar un análisis de los requerimientos básicos de equipo médico y de oficina y materiales necesarios para la atención del neonato así como la elaboración de las normas que regulen su uso y reposición de acuerdo a vida útil
- \* Que los servicios efectúen los cambios necesarios en sus interrelaciones con la comunidad y la familia con el propósito de incorporar a las mismas el componente de calidez

5.3 La capacidad de respuesta eficiente, eficaz y oportuna en los diferentes niveles de complejidad de los servicios de salud depende de

- \* Entendimiento claro del personal de los servicios de la complementariedad e interdependencia de cada uno de los niveles de establecimientos
- \* Funcionamiento del subsistema de Referencia y Contrareferencia
- \* Fortalecimiento en capacidad técnica, instalaciones y equipo
- \* Orientación completa y adecuada de la familia respecto al establecimiento de referencia y trámites a cubrir
- \* Temor de las familias al trato inadecuado y al rechazo en su referencia así como a la no consideración de su propia escasez de recursos

## I - ANTECEDENTES

Honduras es un país de 112 491 76 kilómetros cuadrados cuya población estimada para 1997 es de 5 754 512 habitantes la cual está distribuida irregularmente en los 18 Departamentos que la dividen políticamente - La concentración de habitantes por kilómetro cuadrado es de 49 6 habitantes y las más altas concentraciones se encuentran en las zonas nor-occidental el 3 2% de la población son niños menores de 1 año

La administración de los servicios de salud se lleva a cabo por una red de establecimientos que están asignados a 9 Regiones de Salud las cuales a su vez se subdividen en Áreas de Salud - La red de establecimientos brindan sus servicios a través de 5 tipos de establecimientos (UPS) que de menor a mayor complejidad son los siguientes el **CESAR** (Centro de Salud con Auxiliar de Enfermería) **CESAMO** (Centro de Salud con Médico), **CHA** (Centro Hospitalario de Área posee las cuatro especialidades básicas) **HOSPITAL REGIONAL** ( que atiende la población de una o más Regiones de Salud y tiene otras especialidades además de las básicas) **HOSPITAL NACIONAL** que recibe población de todo o gran parte del país y tiene médicos con subespecialidades como Neurología Urología, y otras - Actualmente para mejorar el acceso institucional para la atención del parto y el recién nacido, se ha iniciado una red de Clínicas Materno Infantiles (**CMI**) de las cuales están funcionando once y están en proceso de organización cinco estas clínicas las atiende personal de Enfermería, Profesional y Auxiliar así como personal Médico en Servicio Social y tiene apertura para que las parteras puedan brindar también allí sus servicios - Estas clínicas nacieron para mejorar el acceso a un parto limpio y seguro y funcionan con apoyo comunitario

Se cuenta con un cuerpo de voluntario comunitario distribuido ampliamente en las Regiones de Salud constituido por los distribuidores de Litrosol (Sales de rehidratación Oral), los Guardianes de salud las Consejeras Materno infantil las Consejeras de Lactancia Materna, el Colaborador Voluntario contra la Malaria la Partera y otros - El enlace de las actividades de todas estas personas voluntarias comunitarias con la red de establecimientos de salud se realiza a través de capacitaciones reuniones seguimiento referencia y contrareferencia pero este acercamiento no es homogéneo entre todos los establecimientos de salud ni entre las Regiones por dificultades de acceso

La gran proporción de la población rural de Honduras tiene acceso geográfico limitado a los establecimientos de salud ya sea por dificultades de transporte como horarios especializados diurnos con limitaciones en días festivos o fines de semana inexistencia de vías de acceso o mal estado de los mismos por estaciones lluviosas

La población que cubren las Regiones de Salud N° 1 2 y 3 constituyen el 48% de la población total del país y es donde se concentró la presente investigación están ubicadas en el centro/Occidente y Noroccidente respectivamente y se encuentran divididas en 4, 5 y 8 Áreas de Salud respectivamente

La Región de Salud N° 1 comprende los Departamentos de Francisco Morazán (Excepto Tegucigalpa) \ El Paraíso la Región de Salud N° 2 comprende los Departamento de Intibuca Comayagua \ La Paz y la Región de Salud N° 3 la más grande y con la mayor población del país comprende los Departamentos de Cortes Yoro Santa Bárbara y una parte de Lempira - Entre un 40% a 50% de las atenciones maternas de todo el país se realizan en estas Regiones ya sea a nivel

de los establecimientos de salud o bien por las parteras

Segun los datos suministrados por la Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar (ENESF) 1996 y comparando los resultados entre las tres Regiones indica que la asistencia a **Control Prenatal** fluctua entre el 79.3% y 82.4% respecto al lugar donde se realiza el **primer Control** se encuentra que un 8.4 a 25.9% lo hace a nivel **CESAR** y de 3.9 a 7.5% a Nivel de Partera - Con el **ultimo control** los datos son similares, observandose mas bajo el referente a nivel de **CESAR** en la Region N° 3 el **promedio de controles** por embarazadas en las tres Regiones fluctua entre 5.2 a 6.1%

Los partos domiciliarios se encuentra que entre el 81 y 86% son atendidos por parteras el dato es similar en las tres Regiones, mientras que los partos por cesarea oscilan entre 3.4 y 7.6% encontrandose el porcentaje mas alto en la Region N° 3 la asistencia al **control puerperal** los datos reflejan que entre el 27.3 y 32% de las puerperas estan haciendoselo sin embargo cuando este control se realiza los primeros 10 dias despues del parto este porcentaje descende drasticamente y oscila entre 3.4 y 11% el porcentaje mas alto se encuentra en la Region N° 3 - Con el **control de Recien Nacido** se encuentra que asiste entre el 67 y 79% de los neonatos pero tambien este baja fluctuando entre el 21 a 29% cuando es realizarlo antes del mes

En cuanto a la morbilidad hospitalaria dentro de las primeras 20 causas de egreso hospitalario se encuentran las de morbilidad y mortalidad Neonatal - Las muertes Neonatales constituyen el 45% de las defunciones infantiles hospitalarias - En estas estadisticas hospitalarias no se toman en cuenta las defunciones que ocurren al egreso despues del nacimiento cuando este es hospitalario o las que no logran llegar al hospital

Hasta el momento no se tiene un trabajo documentado sobre las practicas de las familias en relacion con el cuidado del Neonato, el proceso de toma de decision en caso de emergencia y de logistica que se utiliza para acudir a los servicios de salud la identificacion por la familia de las señales de peligro que pudiera presentar el Neonato asi como el empoderamiento de la madre en la toma de decisiones para el cuidado del Neonato

# I - METODOLOGIA

## 1 - Tipo de Estudio

El presente es un estudio de Investigacion Cualitativa y para su realizacion se utilizo la tecnica de grupos focales con el proposito de profundizar en algunos de los temas del mismo

- **Regiones y Establecimientos Participantes**

Con la finalidad de lograr una panoramica lo mas integral posible se decidio cubrir toda la gama de niveles de complejidad en que estan organizados los servicios de salud exceptuando el Hospital Regional, se seleccionaron las Regiones de Salud N° 1 2 y 3 ya que ellas cuentan con establecimientos desde el nivel menos complejo (CESAR) una clinica Materno Infantil (C M I ), hasta un Hospital de Area (C H A)

Las Regiones participantes asi como los establecimientos y su nivel de complejidad se presenta en el cuadro siguiente

REGION No 1		REGION No 2		REGION No 3	
NIVEL	No	NIVEL	No	NIVEL	No
<u>CESAR</u>	6	<u>CESAR</u>	8	<u>CESAR</u>	9
LAS TABLAS	1	RIO GRANDE	1	EL CIRUELO	1
OCOTAL	1	YAMARANGUILA	1	SANTA CRUZ	1
SAN ISIDRO	1	HORNITOS	1	CORREDEROS	1
POTRERILLOS	1	SAN JOSE	1	SAN FRANCISCO	1
SUYATAL	1	JAMALTECA	1	LA MINA	1
ESTANCIA	1	SANTA MARIA	1	PIMIENTA	1
		DELICIAS	1	LAS FLORES	1
		CEDRITOS	1	YOJOA	1
<u>CESAMO</u>	8	<u>CESAMO</u>	9	<u>CESAMO</u>	8
LEPATERIQUE	3	TAULABE	3	QUIMISTAN	3
TEUPASENTI	3	JESUS DE OTORO	3	AGUA BLANCA	2
TEXIGUAT	2	SANTIAGO	3	POTRERILLOS	3
		<u>C M I</u>	8	<u>C H A</u>	18
		MINAS DE ORO	3	SANTA BARBARA	9
		MARCALA	3	PROGRESO	9
		SIGUATEPEQUE	2		

El grupo total de personal participante en los grupos focales fue de 74 personas las que de acuerdo a profesion estaba integrado por 42 Auxiliares de Enfermeria 14 Enfermeras Profesionales 1 Lic en Enfermeria 12 Medicos Generales 1 Medico en Servicio Social 2 Medicos Pediatras y 2 Medicos Ginecobstetras

En cuanto al tiempo que tiene el personal de laborar en los servicios es el siguiente

**CUADRO COMPARATIVO  
ANTIGUEDAD DEL PERSONAL  
POR NIVEL DE ESTABLECIMIENTO**

ANOS	CESARES	CESAMOS	C.M.I.	CHA
Menos de 1	1	5	4	
1 a 5	8	15	2	5
6 a 10	9	1	1	4
11 a 15	2	2	1	6
16 a 20	2	1	-	3
21 a 24	21	1	-	
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>18</b>

- **Recoleccion de datos**

Como se señalo anteriormente el estudio se realizo en las localidades de las Regiones de Salud 1 2 y 3 de acuerdo al area de influencia de los servicios de salud durante los meses de julio agosto y septiembre de 1997

Para la recoleccion de datos se diseño una **guia** del moderador, con el proposito de maximizar la utilizacion del tiempo y abordar durante las discusiones de los grupos focales todos los temas objetos del estudio - Para la aplicacion de la guia se diseñaron preguntas de indague pero sin dejar de registrar las que surgieran de manera expontanea durante el desarrollo del grupo focal

Esta **guia** fue sometida a un proceso de validacion de campo por un grupo focal organizado para el efecto las observaciones generadas por el grupo fueron utilizadas para efectuar ajustes y correcciones al instrumento de recoleccion de datos antes de aplicarlo a los grupos focales seleccionados

Para participar en los grupos focales se selecciono a personal involucrado directamente en la atencion neonatal prenatal y puerperal en cada una de las unidades de salud seleccionadas - En la dinamica de los grupos focales se conto con la participacion de una moderadora y una anotadora quienes eran parte del equipo investigador como instrumento de analisis se utilizo la transcripcion literal de cada una de las discusiones las que posteriormente fueron codificadas de conformidad a los temas abordados

En la Region N° 1 se realizaron dos grupos con personal de **CESARES** y **CESAMOS** - En la Region de Salud No 2 se realizaron tres grupos focales con personal de **CESARES** **CESAMOS** \ Clinicas Materno Infantiles (**CMI**) - En la Region de Salud No 3 se realizaron **cuatro** grupos focales con personal institucional de **CESARES** **CESAMOS** y Hospitales de Area (**C H A**)

El tiempo promedio de cada una de las discusiones de cada grupo focal fue de tres horas aunque hubo uno el Hospital de El Progreso que llevo cuatro horas se hizo un intermedio de media hora para el descanso de los participantes

Con el proposito de recopilar los datos y facilitar el analisis de los mismos se elaboraron una serie de cuadros resúmenes los que se adjuntan en el apartado de **anexos**

## **2 - OBJETIVO GENERAL**

Identificar los pensamientos, sentimientos y acciones de la comunidad y personal de salud en relacion a las señales de peligro asociados a la morbilidad y mortalidad neonatal y al acceso a la atención de salud para la sobrevivencia del neonato

### **2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Explorar la percepción del personal de salud sobre pensamientos, sentimientos y acciones de la población en relacion al problema de la morbilidad y mortalidad neonatal

Conocer la percepción del personal de salud en relacion a los factores que intervienen en el problema

Explorar la percepción del personal de salud sobre el juicio que la comunidad tiene acerca de los servicios de prenatal y manejo del neonato

### 3 - VARIABLES Y ESPECIFICACIONES

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	ESPECIFICIDAD
<p>Explorar la percepcion del personal de salud sobre los pensares sentires y haceres de la poblacion en relacion al problema</p>	<p>Percepción del personal de salud sobre la identificación de la comunidad de la morbi mortalidad neonatal como problema</p> <p>Identificación por el personal de salud de costumbres creencias tradiciones de atención a la embarazada neonato y parto relacionadas con la morbi mortalidad neonatal</p>	<p><b>MAGNITUD DEL PROBLEMA POR EL PERSONAL DE SALUD</b>            A Identificación del problema            B Priorización de acuerdo a otras necesidades</p> <p><b>MAGNITUD DEL PROBLEMA POR LA COMUNIDAD</b>            A Identificación del problema            B Priorización de acuerdo a otras necesidades            C Identificación de señales de peligro</p> <p><b>FACTORES CULTURALS</b>            A Conocimiento de costumbres y creencias que tiene la comunidad            B Valoración en cuanto a riesgo prevención de esas costumbres</p>
<p>Conocer la percepcion del personal de salud en relacion a los elementos que intervienen en el problemas</p>	<p>Factores de riesgo para la morbi mortalidad en la comunidad que el personal de salud identifica</p> <p>Identificación por el personal de salud de los factores que facilitan/obstaculizan el acceso a los servicios de salud</p>	<p><b>CARACTERISTICAS DE RIESGO DE LA COMUNIDAD</b>            A Factores de riesgo identificadas en cada una de las etapas            1 Neonato 1 Recien Nacido                1 2 &lt; de 29 dias            2 Parto            B Fuentes de Información                1 Facilitantes                2 Barreras</p> <p><b>ACCESO</b>            A Distancia            B Transporte            C Costo            D Funcionamiento de Centros de Salud            E Tiempo de la toma de decision            F Facilitantes al acceso            G Problemas familiares            H Barreras de acceso</p>

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	ESPECIFICIDAD
<p>Identificar la valoración del personal de salud sobre la calidad de su respuesta al problema</p>	<p>Apreciación del personal de salud sobre costo/beneficio de los servicios que presta</p>	<p><b>IMPORTANCIA DE LA ATENCION NEONATAL</b>  A prioridad de trabajo en el servicio  B Horarios de servicios de salud  1 neonat  2 parto  3 Embarazo  4 Puerperio  C Inversión representación dentro del presupuesto familiar</p>
<p>Explorar la percepción del personal de salud sobre el juicio que la comunidad tiene acerca de los servicios que se brindan</p>	<p>Percepción del personal de salud sobre la infraestructura básica para atender adecuadamente la morbi mortalidad neonatal</p> <p>Percepción del personal de salud sobre la demanda de servicios (control prenatal parto puerperio atención del recién nacido con o sin complicaciones)</p> <p>Identificación por el personal de salud de costumbres creencias tradiciones de atención a la embarazada neonato y parto relacionadas con la morbi mortalidad neonatal</p> <p>Percepción del personal de salud sobre las actitudes y prácticas de la comunidad ante la referencia hacia otro nivel de atención en relación a los problemas de morbi mortalidad neonatal</p>	<p><b>RESPUESTA</b>  A Capacidad de respuesta de acuerdo a etapas (embarazo parto neonato) o a magnitud del problema  B Equipamiento personal  C Acercamiento a la partera  1 Facilitantes  2 Barreras  D Comunicación (diálogo explicaciones reafirmación)  E Competencia (capacitación experiencia)  F Calidez (respeto a tradiciones y creencias fomento y aceptación de la pareja acompañante)</p> <p><b>COMPORTAMIENTO DE LA DEMANDA</b>  A Demanda rechazada (razones)  B Demanda satisfecha (razones)  C Comportamiento general (atención a recomendaciones participación del resto de la familia papel de la partera)  D Alteraciones de la demanda</p> <p><b>RESPUESTAS DETECTADAS</b>  A Funcionamiento de referencias contrarreferencias  B Respuesta en situaciones de emergencia  C Experiencias positivas (aceptación de otros servicios incluyendo la partera)  D Experiencias negativas (rechazo de otros servicios incluyendo la partera)</p>

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	ESPECIFICIDAD
	<p>Percepción del personal de salud sobre el rechazo/aceptación de la comunidad a los servicios que se le brindan</p>	<p>E Temor (razones) para aceptar la referencia  F Logística familiar ante la referencia  G participación de la partera para aceptar la referencia  H Tiempo de toma de decisión de la familia al nivel referido  I Aceptación y valoración de la referencia por la partera  J Aceptación/rechazo de referencia por la población</p> <p><b>ACEPTACION DE SERVICIOS</b>  A Aceptación/rechazo de actividades de prevención  B Participación de la comunidad en la problemática del servicio  C Significados de maltrato  D manifestaciones de maltrato en los diferentes niveles de servicio</p>

### **III ANALISIS DE RESULTADOS**

En el analisis de los datos se presentan los mismos destacando los hallazgos mas importantes en tres grandes dimensiones

#### **1 Cual es la Vision que el personal de salud tiene de la comunidad**

En cuanto al conocimiento que tienen de su propia problematica en forma global como priorizan sus problemas que aspectos intervienen en esta priorizacion que rol juegan sus lideres y que importancia tiene el personal voluntario en el quehacer de la comunidad

En el campo de salud especificamente lo referido a la morbilidad y mortalidad del neonato parto y embarazo que señales de peligro identifican y que involucran un riesgo para la vida del neonato y/o de la madre y sobre que todo que **hacen**, (costumbres y creencias) en cuanto a diagnostico y tratamiento de las mismas cuales son los factores culturales economicos sociales y otros que podrian estar determinando su comportamiento y las barreras y facilitadores que identifican

#### **2 Cual es la Vision que el Personal de Salud Tiene del Servicio**

En cuanto al conocimiento de la problematica general y de salud, priorizacion de la misma pero sobre todo la referida al neonato que factores del parto y embarazo lo afectan identificacion de características de riesgo - Como valoran y responden a las costumbres y creencias de la comunidad en el tratamiento de ciertas 'patologias' cuales son los factores culturales economicos sociales, y otros que podrian estar determinando su comportamiento y cuales son las barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud

#### **3 Cual es la respuesta a la problematica del neonato, del parto y embarazo en funcion de la sobrevivencia del neonato, que tiene tanto desde el lado de la demanda como de la oferta de servicios**

En cuanto a organizacion de los servicios (personal horarios equipamiento instalaciones y otros capacidad de resolucion referencia y contrareferencia capacitacion logistica y el respeto a las costumbres de la comunidad, y otros

### **1 PERCEPCION DEL PROBLEMA DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL**

En esta parte se analizan los resultados de la percepcion que tiene tanto la comunidad como el personal de salud sobre la magnitud del problema de la morbilidad y mortalidad del menor de 29 dias asi como la priorizacion que hacen ambos de los problemas de la comunidad en general y de salud en particular tratando de identificar el lugar que ocupa el problema del neonato en dichas priorizaciones

- **Magnitud del Problema Segun la Comunidad**

Se realiza un analisis de las percepciones del personal de salud acerca de la relacion de la salud y el papel de los lideres, de la colectividad e individualmente de las familias

En cuanto al **rol de los lideres** de la comunidad, los participantes de los grupos focales tanto a nivel de **CESARES CESAMOS** y **CHA**, perciben que hay una falta de interes y una actitud de indiferencia de estos por el problema de la morbilidad y mortalidad neonatal, ya que no lo identifican como problema grave, **"no es un problema grave el que se enfermen o se mueran los niños menores de 29 dias"** (Aux Enfermeria) - Atribuyendo esta actitud a la falta de conciencia informacion y al poco nivel educativo de los mismos

El desinteres de los lideres por el problema tambien esta siendo percibido por el grupo focal de las **CMI** sin embargo en **Marcala** ya se realizan actividades mas especificas para que toda embarazada sea atendida en la Clinica Materno Infantil a traves de un fondo anual que las alcaldias del area de influencia que esta clinica tienen a disposicion **"en Marcala se creo una organizacion de los 10 alcaldes, se llama CONCESA, aportan una cantidad anual para que toda embarazada sea atendida en la CMI "** (Enf Profesional)

El personal de salud en los niveles estudiados **valora** el nivel de conciencia que los lideres tienen en relacion al problema en base al grado de **participacion activa** que tienen estos en las acciones de salud tradicionales tales como la realizacion de campañas de limpieza de calles vacunacion, y otros - Sin embargo en el nivel **CHA** se percibe que esta participacion activa de los lideres, en el area urbana de los Municipios esta restringida tanto por las multiples ocupaciones de estos como por la diversidad y complejidad de los problemas que enfrentan, y consideran que el area rural por ser mas pequeña favorece una participacion mas activa de los lideres, especialmente los alcaldes **"en el area rural, casi siempre como es algo pequeño el lider politico es el que lleva siempre estas cuestiones o sea la problematica de los niños"** (Aux Enfermeria)

Otro de los aspectos mencionados tanto a nivel **CESAR, CESAMO, CMI y CHA**, es el de la **falta de informacion** sobre el problema la cual es percibida desde varios angulos uno es la falta de **disponibilidad de datos** oficiales que en forma oportuna debieran estar registrando y generando tanto el Registro Nacional de las Personas como las instituciones de salud otro es la **costumbre** que tiene la comunidad de no informar la muerte de neonatos y finalmente esta el de la asociacion que hace el personal en cuanto a que la falta de conocimiento comprension e interes esta condicionada por el bajo **nivel educativo** de los lideres

El grupo focal del **CHA** ademas de las ya enunciadas en los centros anteriores perciben que hay otros factores que influyen en la falta de interes a nivel general y se debe a una perdida o carencia de valores morales y humanos - Por otra parte manifiestan que en el actuar e interes de los lideres existe una motivacion politica y que no constituye un beneficio directo para los politicos el resolver la morbilidad y mortalidad neonatal **"a los politicos no les interesan los niños, porque no van a ir a inaugurar un niño, a el le interesan carreteras, puentes, porque esos se inauguran"** (Medico)

A nivel de la **comunidad**, los grupos focales de los **CESARES** y **CESAMOS** expresan que la comunidad al igual que los lideres ve con indiferencia la muerte neonatal **"lo pasan como**

**desapercibido"** no tratan de investigar las causas de muertes neonatales no asisten a las reuniones a las cuales son convocados para tratar el problema y en ocasiones esta indiferencia se traduce en una falta de colaboración en actividades puntuales para los cuales son requeridos mencionando el caso un niño que murió en una letrina y se reporto la resistencia a participar en el rescate del mismo además cuando se hacen ni siquiera participan en los velorios de los menores de 29 días **"si hay un velorio de un niño tierno, no le paran bola"** (Aux Enfermería)

El personal de salud de los **CESARES** y **CESAMOS** expresan varias razones que motivan a estos comportamientos uno de ellos es el componente **magico religioso** en la percepción de la mortalidad neonatal ya que además de considerarlo como una señal "divina" o prueba que se da a la familia se tiene una concepción fatalista y resignada de la muerte **"que vamos a hacer, el Señor nos mando una prueba"** (Medico)

Al igual que en los **CESARES** en los **CESAMOS** otro de los motivadores del comportamiento de la comunidad es **la poca edad del niño** la cual es percibida como un elemento de desvalorización, ya que por su corta edad no es considerado como una persona sino que por el contrario como un problema para la comunidad lo que influye en el reconocimiento del derecho del menor no solo a la vida sino que también a ser enterrado como una persona más de la comunidad **"muchas veces ni siquiera tiene derecho a ser enterrado en el cementerio, sino que se queda enterrado en casa"** (Aux Enfermería)

Otro contribuyente a este concepto es la percepción apática de la comunidad en la evolución del embarazo de la mujer y por lo tanto hacia su producto, **"hay mujeres que salieron embarazadas, y si nunca las vieron chumando, no les importa"** (Medico)

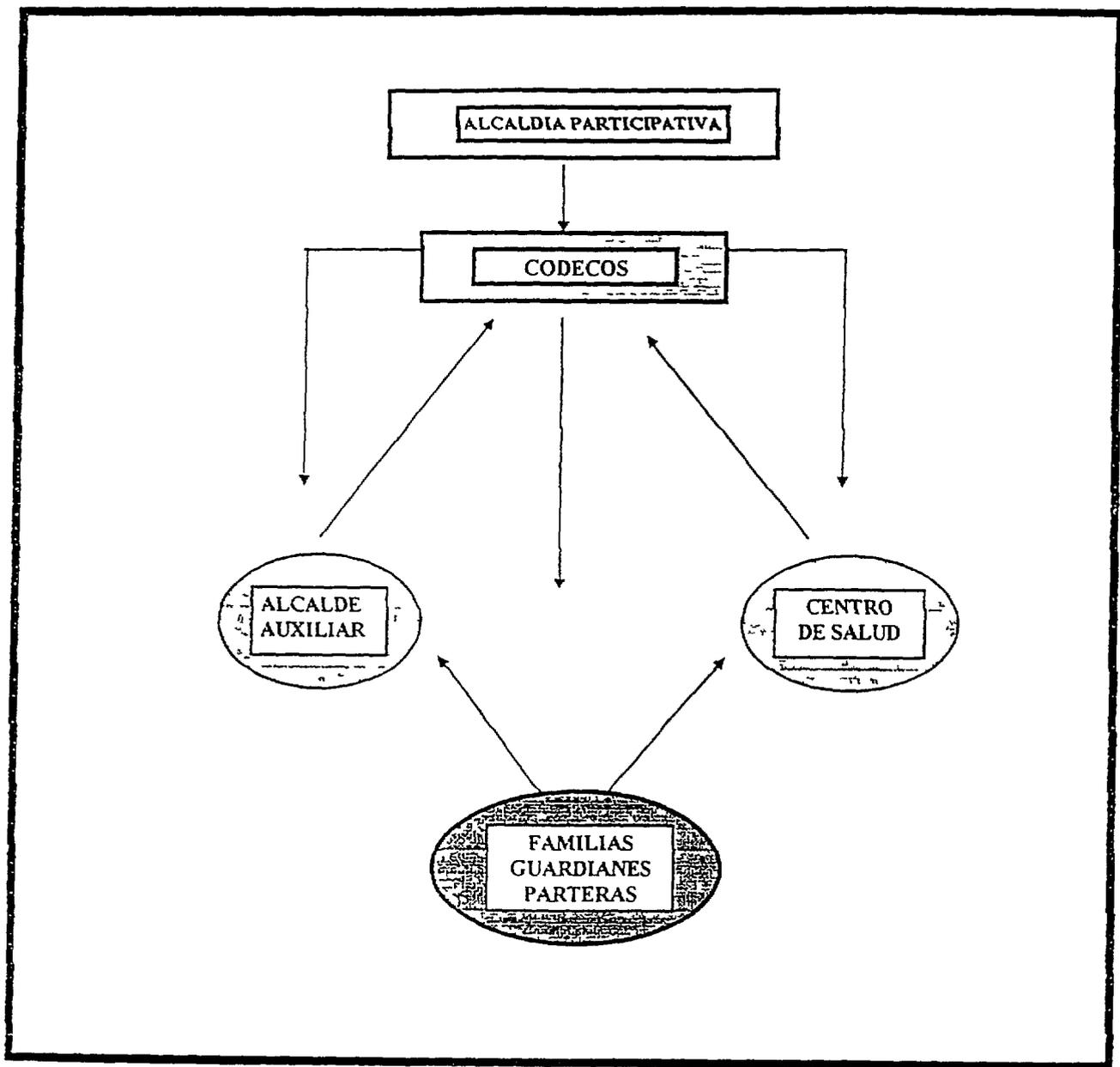
Los grupos focales de los **CESAMOS** también perciben que la comunidad ve con indiferencia la muerte neonatal desde el instante que ven a la misma como un **problema personal e individual** y no comunitario **"cualquiera que se le muera un niño se va a preocupar, pero como problema de la comunidad no"** (Medico) Lo anterior es compartido por el grupo focal del Hospital quienes también perciben que la morbilidad y mortalidad neonatal se ve por la comunidad, como un problema individual y no comunitario y destacan que en las ciudades donde se pueden encontrar diferentes niveles de atención de salud hay mayor desinterés de la comunidad

En los **CESAMOS** a diferencia de los **CESARES** se percibe que las fuerzas vivas conocen un poco más de la problemática de salud sin embargo consideran que la morbilidad y mortalidad neonatal es un problema que atañe exclusivamente a la Secretaría de Salud y que los restantes problemas de la comunidad deben ser resueltos por el sector correspondiente **"los maestros solo ven la problemática de educación, los alcaldes lo que están viendo ellos es lo que les falta a cada comunidad con respecto a vías de comunicación, agua, todo lo demás el problema de salud casi siempre ellos lo dejan al Ministerio de Salud"** (Medico) - Lo anterior nos indica que del manejo de la problemática prevalece un concepto de **compartimiento** en cuanto a la responsabilidad institucional en vez de una concepción integradora de las mismas

A nivel de **CESARES** **CESAMOS**, **CMI** y **CHA** se destaca el rol de la partera y del guardián de salud como las personas a quienes acude primero la comunidad y que se enteran primero de una **muerte** como apoyo al personal de salud en cuanto a desarrollo de actividades y como fuente de información

GRAFICA No 1

FLUJO DE INFORMACION EN LAS COMUNIDADES ORGANIZADAS



18  
+2

A nivel de **CESARES** y **CESAMOS** identifican además como personas interesadas en la problemática al maestro y a líderes de instituciones religiosas como son los pastores y sacerdotes

La información de las **CMI** se enfatiza más a las familias que a la comunidad haciendo una asociación entre la situación económica y la multiparidad de la comunidad **"tanta es la pobreza en que viven de tener tantos niños, tantos hijos que como que se volvieran insensibles"** (**Enf Profesional**) - Una participante de este grupo focal expresa tanto la falta de acercamiento de la comunidad a la clínica como de la clínica a la comunidad para manejar este problema **" a mi no me han preguntado nada y si no preguntan es porque no les interesa"** (**Medico**)

Los Grupos focales en todos los niveles expresan que han tenido un cambio, especialmente como resultado de intervenciones en cuanto a organizar grupos en la comunidad, destacando el papel viabilizador que tiene el liderazgo activo de algunos alcaldes que han organizado los **GMC CODECOS CODEM** y Patronatos y perciben que **"a las comunidades que si estan organizadas si les interesa de que niños tienen problemas o que persona tiene problemas"** (**Aux Enfermeria**), de igual manera en la suscripción y cumplimiento de compromisos como el **Pacto de la Infancia**

En estas comunidades organizadas el flujo de información que se identifica es el siguiente las familias los guardianes y las parteras informan al centro de salud o al Alcalde Auxiliar o a ambos estos informan en las reuniones de **CODECOS** en los cuales participa la alcaldía además de que el Alcalde Auxiliar informa directamente al Alcalde Se presenta un flujo de doble vía de información entre los **CODECOS** y el centro de salud (ver grafica No 1)

En cuanto al **rol de la familia**, según los grupos focales de los **CESARES** a nivel familiar el problema tampoco es percibido en toda su dimensión lo cual está condicionado en parte porque la muerte la consideran como un evento **común**, al no observar demostraciones de dolor en los familiares asumen que no les duele la pérdida del niño **"parece que no tuvieran sensibilidad porque a ellos un muertecito así chiquito no les duele"** (**Aux Enfermeria**) - Al igual que en el nivel de los **CESAMOS** también está esta actitud pasiva de aparente insensibilidad o indiferencia la asocian con múltiples factores uno de ellos es el **nivel educativo**

A diferencia de los **CESARES** y **CESAMOS** un participante del grupo focal de las **CMI** con la aprobación de parte del grupo manifestó que las familias por falta de conocimiento **no perciben el riesgo de muerte** cuando un neonato se enferma **"Ellos (las familias) no quisieran que los niños no se les mueran, pero no tienen los conocimientos"** (**Enf Profesional**)

En el grupo focal del **CHA** se encuentra también la percepción de la falta de conciencia de riesgo en la familia manifestado por el grupo de las **CMI** la madre se preocupa por la muerte neonatal debido **"al instinto materno"** (**Medico**) sin embargo la percepción de la falta de interés de algunas madres es atribuida a un rechazo al bebé **"talvez en ese momento el menor problema para ellas es el niño que están teniendo, talvez es un hijo no deseado"** (**Medico**)

Otro es la asociación que manifiestan es la que existe entre **multiparidad** y la facilidad de **sustitución de un hijo** en la familia o familias numerosas en las que la muerte de un niño no representa mayor pérdida en vista de que hay más hijos o en todo caso la mujer puede concebir y parir otro hijo **" ellas siguen pariendo y aunque se les mueran sus hijos para ellas no hay**

## problema" (Aux Enfermeria)

Sin embargo se expresan comentarios de un mayor interes de la utilizacion de la planificacion familiar como medio de prevencion para la morbilidad y mortalidad neonatal “ **Vamos a planificar para no tener tanta familia para que los niños no se mueran**” (Aux Enfermeria) -

**Si por casualidad llegara el esposo con alguna madre aunque no tenga riesgo tiene que entrar la pareja para hablarle de Planificacion Familiar”** (Aux Enfermeria)

Un grupo focal a nivel de **CESAMO** a diferencia de los **CESARES** percibe que las familias conciben el problema de acuerdo a una asociacion entre **multiparidad y ubicacion geografica** considerando que en el area urbana la grupo familiar es mucho menor, por lo general son 2 3 hijos en cambio en el campo como el grupo familiar es mas numeroso de 8 a 10 y mas hijos la percepcion de la muerte del hijo es mucho menor - La diferencia de genero tambien es identificado en la muerte del niño y perciben que la familia actua diferente y siente mas dolor cuando el que se muere es un varon

Por otro lado esta la diferencia que hace la familia entre la muerte de un adulto y un niño en el adulto representa no solo la perdida personal sino tambien la de un aporte economico para la familia mientras que el niño representa un gasto no solo en el tiempo que tiene para dedicarse a su cuidado sino que desde el punto de vista economico

Se identifica ademas el acceso a los centros de salud como un factor que influye en la percepcion del problema "**A las familias si les preocupa, por lo menos a la gente del casco a la que va a la consulta**" (Aux Enfermeria), expresan ademas que reciben poca demanda de atencion de niños menores de 29 dias

Al interior de la familia segun los participantes el miembro que siente mas la muerte neonatal es la madre seguido de los abuelos Se percibe una asignacion clara de roles de genero entre el padre y la madre el padre juega un papel eminentemente de proveedor en el hogar no relevante en el sentir del problema de la morbilidad y mortalidad neonatal "**El padre no le gusta y no le queda tiempo y siempre esta pensando que el hijo es de la mujer**" (Aux Enfermeria)

Para los participantes del grupo focal de los **CESARES**, **CESAMOS**, y **CMI** el unico miembro de la familia que se preocupa por la morbilidad y mortalidad neonatal es la madre y es la que desarrolla un papel preponderante en el problema el resto de la familia son espectadores y no participan

- **Magnitud del Problema Segun el Personal de Salud**

La morbilidad y mortalidad neonatal de acuerdo a lo expresado por los grupos focales de todos los niveles no se identifica como un problema y esto esta asociado a diferentes razones por un lado consideran que la cantidad de niños que se mueren es poca "**el año pasado se murio uno, (menor de 29 dias) en este año hace poco, se murio otro**" (Aux Enfermeria) y que se desconoce la gravedad del problema y por el otro que ni el personal de salud ni la comunidad se han preocupado del mismo y piensan que igual situacion ocurre a todos los niveles "**Ni la gente del nivel central muchas veces como que no estan conscientes tampoco de la problematica**" (Aux Enfermeria) -

El personal no obstante las acciones que realiza tiene una sensación de falla en el abordaje del problema **"hemos fallado en eso, no lo hemos agarrado como un problema grande"** (Aux Enfermería) - **"ese problema no se ha enfocado como para resolverlo"** (Aux Enfermería)

A nivel de los **CESAMOS** por un lado se considera que el problema es multifactorial y que requiere el esfuerzo de todos para hacer algo porque solos no se podrá resolver la problemática y por el otro se piensa que el personal de salud es el único que puede hacer algo - **"las únicas personas que podemos hacer algo somos el personal de salud, somos los únicos "** (Médico) - **"En la medida que cada uno de nosotros nos concienticemos del papel o rol que debemos jugar, el personal de salud, en esa medida vamos a mejorar la problemática de salud"** (Médico)

Con el propósito de mantener informada a la comunidad y especialmente a sus autoridades en todos los niveles de establecimiento el personal opina que se están aprovechando las reuniones mensuales y los Cabildos Abiertos que se realizan en forma mensual o trimestral - Además se gestiona la participación de otras organizaciones existentes en la comunidad y consideran que los Alcaldes el Proyecto Lupe y la Iglesia están ayudando a resolver el problema se menciona la importancia del Proyecto Acceso en el compartir la responsabilidad de salud que antes se manejaba como algo privado hasta ahora se busca la apertura - **"se han coordinado con ONG's existentes en la localidad y con otras que estén llegando para ver si podemos hacer algo"** (Aux Enfermería) además se hace promoción oportuna de los servicios de salud

Al igual que los **CESARES** en los **CESAMOS** se realizan acciones encaminadas a resolver la problemática de salud en general sin enfatizar en el problema del neonato y las mismas son de carácter educativo señalando que estas acciones se dirigen exclusivamente a las madres **"se está educando más, pero esta educación se le está dando más es a la madre"** (Médico) - Resalta el hecho que a este nivel se promueven los servicios de salud a la población neonatal **durante el embarazo se les hace, énfasis en la importancia de llevar a estos niños antes de los 10 días y en los lugares postergados antes de un mes"** (Médico)

## **PRIORIZACION**

- **SEGUN LA COMUNIDAD**

El suministro de agua potable fue identificado como una prioridad para la comunidad en todos los grupos al igual que carreteras/ calles - La eliminación de excretas fue identificada en los niveles que están más cercanos a la población rural - Excepto en la **CMI** el resto identificó los factores económicos como una prioridad de la comunidad A pesar de que no identificaron el problema de la morbilidad y mortalidad neonatal como prioritario la solución de los problemas antes mencionados influyen en la disminución de las tasas de mortalidad neonatal al facilitar el acceso

**Priorizacion de Problemas Por la Comunidad  
Por Nivel de Atencion**

<b>CESARES</b>	<b>CESAMOS</b>	<b>C.M.I.</b>	<b>HOSPITALES</b>
Letrina	Agua Potable	Agua Potable	Voto en las Urnas
Electricidad	Carreteras	Carreteras	Violencia
Transporte	Letrinas	Pacto de la Infancia	Economicos
Economicos	Economicos	Letrinas	Agua Potable
Agua Potable	Edificios Publicos	Iglesias	Calles

Frente al requerimiento de satisfacer estas necesidades basicas para la comunidad el problemas de lo morbilidad y mortalidad neonatal no se constituye en una prioridad lo cual es percibido por el personal de salud como una falta de interes "Ellos (los lideres) dicen de todo lo que les preocupa y por ultimo vienen a decir de la salud, por ultimo" (Medico)

- **SEGUN EL PERSONAL DE SALUD**

La priorizacion de los problemas hecha por el personal de salud se presenta en el cuadro siguiente

**PRIORIZACION DE PROBLEMAS POR EL PERSONAL DE SALUD**

<b>CESARES</b>	<b>CESAMOS</b>	<b>C.M.I.</b>	<b>HOSPITALES</b>
Desnutricion	Diarreas	Neumonia	Acceso Geografico
Diarreas	Infecciones Respiratorias	Diarreas	Sepsis Neonatal
Parasitismo	Parasitismo	Desnutricion	Prematurez
InfeccionesRespiratorias	Infecciones en la Piel	Hipertension	Bronconeumonia
Pobreza	Desnutricion	Diabeticos	Membrana Hialina

Dentro de las prioridades identificadas por el personal de salud uno de los **CESARES** no esta considerada la morbilidad y mortalidad neonatal " este problema no es prioritario" (Aux Enfermeria), ya que esta se hace sobre otras condiciones de salud - Dentro de la mortalidad es importante señalar la importancia que se le da a la muerte materna y las muertes en niños mayores "Si hay una muerte materna ahi todo mundo va a volar ojo" (Aux Enfermeria) - "uno le da importancia cuando muere un niño de 2, 3 o 4 años pero de los chiquitos es poco, muy poco" (Aux Enfermeria)

Ademas se manifiesta que a nivel de los **CESAMOS** no esta considerada la morbilidad y mortalidad neonatal ya que todas las actividades van orientadas en forma global al menor de 5 años y de estos el menor de 1 año "la verdad es que nos hemos ubicado en el grupo menor de 5 años lo vemos en forma global no llegamos a particularizar en los menores de un mes" (Medico) - Por otro lado a este nivel se prioriza en condiciones de salud que obedecen a las características epidemiologicas del lugar "TB-SIDA"

En las CMI señalan que sus acciones están orientadas a informar y concientizar tanto en los Cabildos Abiertos como en reuniones con el personal comunitario - **“En nuestro caso con quien nos comunicamos es con la partera y el guardián de la comunidad”** (Aux Enfermería)

En relación al enfoque del problema por el personal de salud del grupo focal de los HOSPITALES la morbilidad y mortalidad neonatal está considerada como un problema intrahospitalario sin relacionarlo con las condiciones de la comunidad, sino más bien con las características del servicio que ofrecen los hospitales **el año pasado solo en sala cuna tuvimos 12 muertos”** (Médico) - **“conociendo lo que es el hospital tenemos bastantes complicaciones, lo cual ayuda a que la mortalidad sea mayor, cuando podríamos evitarlo”** (Médico)

A diferencia de los CESARES CESAMOS y las CMI, el grupo focal del CHA solamente hace alusión a acciones intramuros y consideran importante crear condiciones para mejorar el servicio y ponerlo en condiciones de dar respuesta a situaciones de emergencia **“es bien prioritario que el hospital lo convirtamos en un hospital de 24 horas”** (Médico)

## **2 IDENTIFICACION DE SEÑALES DE PELIGRO Y SU RESPUESTA**

En este apartado se analizarán los datos correspondientes a la percepción que el Personal de Salud tiene respecto a la identificación que hace la comunidad de las señales de peligro (en el neonato parto y embarazo) las prácticas que esta realiza para el tratamiento de las mismas así como la valoración que hace el personal de salud de estas prácticas

- **Señales de Peligro, Costumbres y Creencias de la Comunidad**

- a) - **NEONATO**

En la atención del Neonato la comunidad ha identificado una serie de **señales de peligro** que les indican la existencia de un problema de salud que representan un riesgo para la vida del mismo - Dentro de estas señales identificadas por la comunidad existen algunas que tienen una serie de interrelaciones con diferentes diagnósticos tradicionales para cuyo tratamiento sus integrantes especialmente la partera realiza una serie de acciones - Estas señales y sus interrelaciones pueden apreciarse en el gráfico No 2

De acuerdo al gráfico anterior podemos ver que existen una serie de señales de peligro que están asociadas con al menos **tres** diagnósticos comunitarios principales los cuales se pueden ver en la gráfica No 3

A nivel de los **CESARES Y CESAMOS** es percibido que ocurre la mayor identificación de la señal de peligro por parte de la comunidad - Todos los grupos focales de los diferentes niveles consideran que la familia identifica la **fiebre** como una señal de peligro, lo mismo ocurre con **problemas de lactancia onfalitis, conjuntivitis, problemas respiratorios, ictericia, cianosis, y llanto**

GRAFICA No 2

SEÑALES DE PELIGRO Y SUS INTERRELACIONES  
SEGUN LA COMUNIDAD

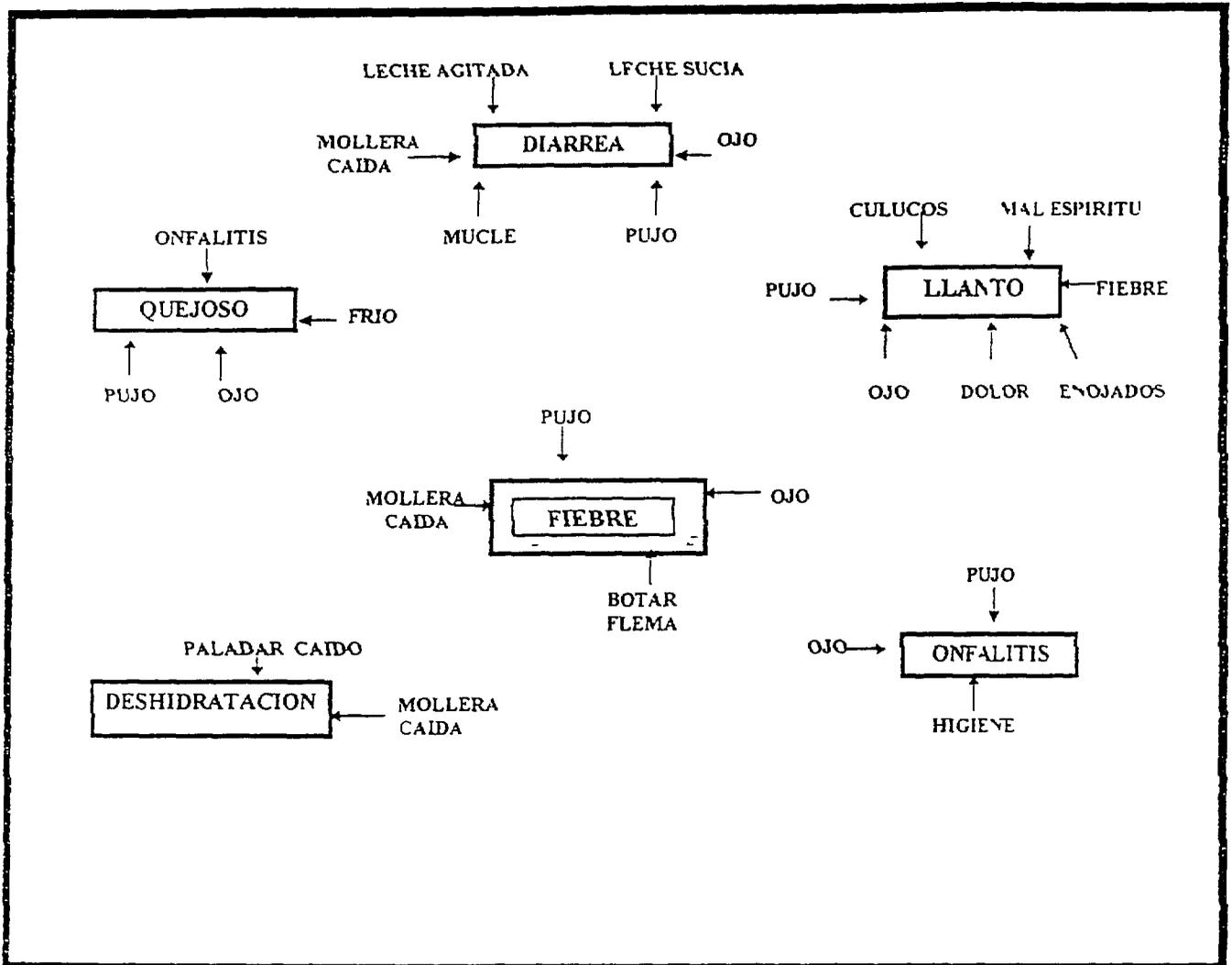
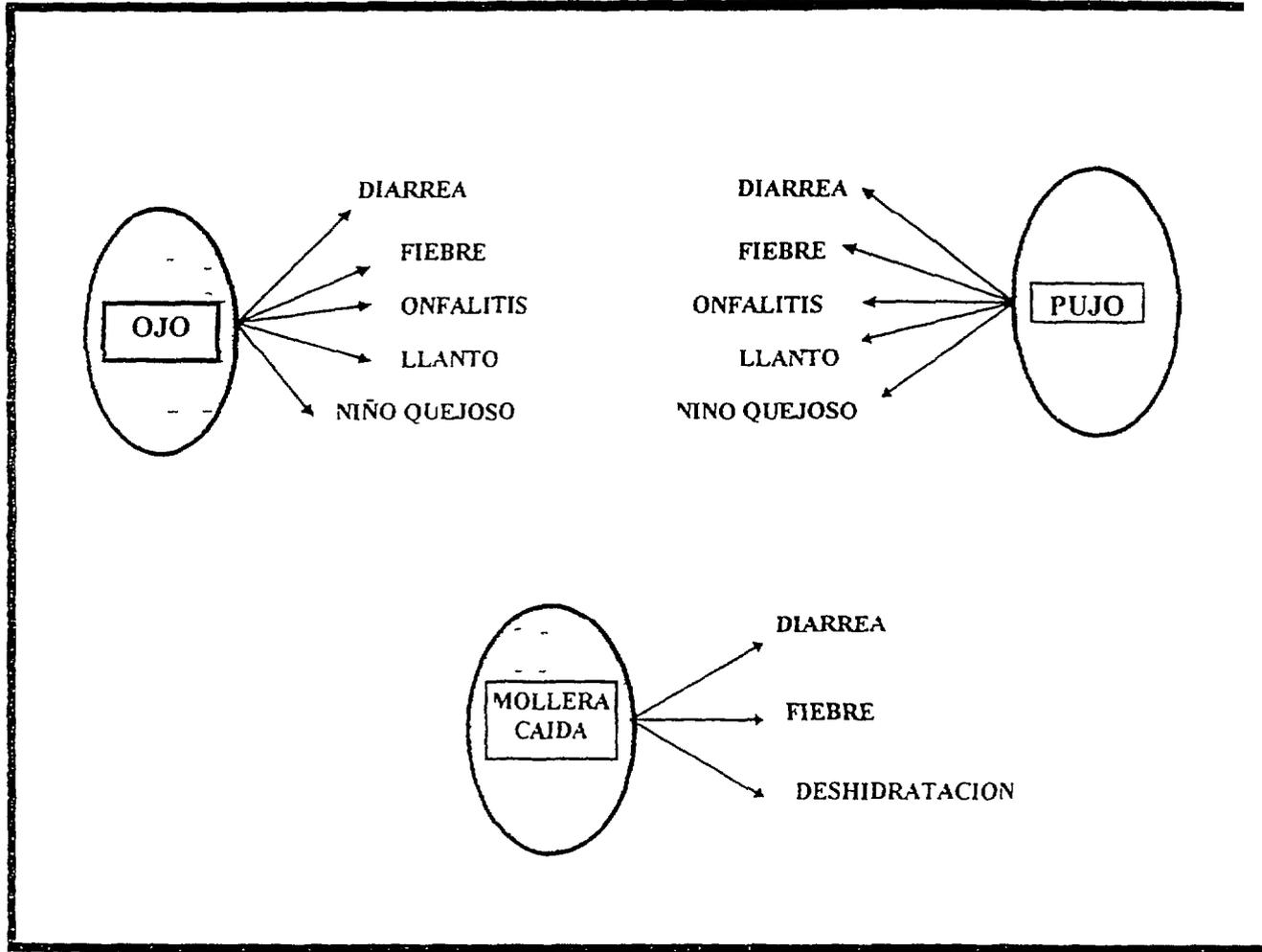


GRAFICO No 3

SEÑALES DE PELIGRO Y SU ASOCIACION CON  
PRINCIPALES DIAGNOSTICOS COMUNITARIOS



El grupo focal de las CMI perciben que la **diarrea** no es identificada como señal de peligro por la comunidad, así como el sangrado umbilical- Sin embargo junto con los grupos focales de los **CESARES**, son los únicos niveles que sienten que la comunidad identifica el **enfriamiento** como una señal de peligro y en uno de ellos el personal orienta a la madre para dar atención a un caso que se les presentó aplicando los conocimientos adquiridos en una capacitación de **madre canguro**

Las familias identifican la **onfalitis** como una señal de peligro - Es importante mencionar que el ombligo es una de las partes del cuerpo a la que se le proporciona especial atención no solamente la partera sino que también la familia y de esta, especialmente la madre - En el **CESAR N° 1** refieren una visión mágica más amplia del ombligo el cual es utilizado por las mujeres para retener al marido y también como tratamiento para curar el alcoholismo - La madre espera que el cordón umbilical se **caiga entre los 8 y 10 días** y cuando esto no ocurre acude a la partera para su revisión cuando hay sangrado se le solicita que lo amarre de nuevo - También la familia utiliza el fajuero como una medida de prevención para varias cosas tales como evitar el sangrado evitar las hernias que el ombligo se les **“reviente”** cuando el niño llora y como protección para infecciones

Los Grupos Focales de todos los niveles perciben que la comunidad identifica la **onfalitis** como una señal de peligro aunque solamente a niveles de **CESAMOS** se le asocia a patologías tradicionales como ojo pujo y a problemas de higiene en el cuidado del mismo - El tratamiento de la **onfalitis** es realizado tanto por la partera las abuelas o las mismas madres y en el mismo se utilizan una diversidad de sustancias de medicina tradicional tales como , hojas molidas romero aceite alcanfor ajos con cebo tierra sal estiércol, pelo quemado tabaco ceniza tela de araña un polvo negro tierra de casita de avispa ruda otras veces lo que hacen es que lo queman con fierros calientes de ganado con candela los calientan también utilizan algunos medicamentos como tetraciclina sulfadiazina con azufre y frecuentemente no limpian el ombligo - Buscan ayuda primero a la partera que atendió el parto solicitándole yodo para **“ volver a quemar el ombligo”** y después acuden a los establecimientos de salud cuando el ombligo está infectado y el tratamiento tradicional no ha funcionado -**“infección en el ombligo utilizan un polvo amarillo, azufre con tetraciclina y le echan ahí un poquito de aceite” (Aux Enfermería)**

Llama la atención que a Nivel del **CESAR No 1** identifican el tetano como **mal de los siete días** y asociado a la vacuna dicha asociación no es identificada en los demás niveles de establecimientos

Los grupos focales de todos los establecimientos perciben que para la familia los problemas de lactancia materna están asociados a motivos tales como el bebé no mama no agarra el pezón no sale leche succión débil pezones invertidos y pezones agrietados - Algunas participantes manifestaron que en ciertos problemas recomiendan el uso del ordeñador y dar leche materna en biberón - En general frente a problemas de lactancia a las madres se les facilita suspender la misma y utilizar los chupones o los biberones igual situación se presenta en las madres que trabajan A nivel de **CESARES, CESAMOS y CHA** consideran que el **niño dormilón** no es identificado como una señal de peligro por parte de la familia sino que por el contrario es asociado como una buena señal ya que consideran que el niño será **“paciente” (Aux Enfermería)** o sea tranquilo además de que lo asocian con un buen crecimiento y desarrollo **“El sueño es alimento” (Enf Profesional)** En general a las madres les gusta que el bebé duerma bastante, porque las deja cumplir con sus labores del hogar **“las deja hacer oficio” (Aux Enfermería)**, sin embargo también manifiestan

de que algunas madres se preocupan cuando el niño duerme mucho identificando un limite de tiempo maximo de 5 horas antes de acudir por ayuda al establecimiento por bebe dormilon van al centro de salud si duerme mas de 5 horas seguidas en el dia - El personal a nivel de CESAMOS no identifica el nivel critico de sueño en el menor de 29 dias

Las familias no identifican la **introduccion de otros alimentos** como una señal de peligro ya que la misma es utilizada por las madres como una medida para que el niño se vaya “acostumbrando” a la comida, por lo que le dan poquitos de alimento

El **niño prematuro** es identificado por la comunidad, como una señal de peligro tanto a nivel de CESARES, CESAMOS y CMI sin embargo manifiestan que la familia no acostumbra a hacer nada - Curiosamente a nivel de CHA no se percibio como señal de peligro

Algunas de las señales de peligro que no fueron indagadas y que surgieron en forma espontanea se presentan en el cuadro siguiente

#### SEÑALES EXPRESADAS EN FORMA ESPONTANEA POR LA COMUNIDAD

ETAPA	CESARES	CESAMOS	CMI	CHA
NEONATO	Muerte de Cuna Sangrado Umbilical Costra en fontanela Salpullido Distension Abdominal Vomito Diarrea Pelota en cabeza	Anomalia Congenita Sangrado umbilical Diarrea Estrenimiento Convulsiones		Sangrado umbilical Diarrea Estrenimiento
PARTO	Retencion Placentaria	Prolapso de Cordón Retencion Placentaria	Retencion Placentaria	
EMBARAZO		Infeccion Urinaria Dolores/Contracciones Convulsiones Secrecion Vaginal	Sangrado	Abortos Consecutivos

La comparacion por niveles de establecimientos de las principales señales de peligro identificadas por la comunidad y su asociacion con un diagnostico tradicional puede verse en el siguiente cuadro

**CUADRO COMPARATIVO  
SEÑAL DE PELIGRO Y SU ASOCIACION CON DIAGNOSTICO TRADICIONAL  
POR NIVEL DE ESTABLECIMIENTO**

SEÑAL DE PELIGRO	CESARES	CESAMOS	CMI	CHA
FIEBRE	Ojo Mollera Caída Pujo Infeccion de Oidos	Ojo Botar Flema Infeccion Respiratoria		
DIARREA	Mollera Caída Pujo Mucle Leche Agitada	Mollera Caída Ojo Mucle Leche Agitada Leche Sucia		Leche Agitada
NIÑO LLORON	Ojo Pujo Culucos Nino Enojado	Pujo Mal Espiritu Colicos Problema de Oidos Gases Niño enojado	Culucos Colico Fiebre Inflamacion Intestinal	Dolor
NIÑO QUEJOSO	Pujo Inflamacion Ombigo Frio	Pujo Ojo	-	
DESHIDRATACION	Paladar Caído Mollera Caída			Paladar Caído Mollera Caída
ONFALITIS	No Identifica	Ojo Pujo Higiene		
TETANO	Vacuna ( Mal de los Siete Dias)			
PROBLEMAS DE LACTANCIA	Nino no mama No agarra el pezón Moniliasis (Sarro) Pezones Agrietados Mastitis	Leche no lo sustenta No succiona Leche Sucia Leche Agitada Alimentacion de la Madre ( Mucle) Mastitis Paladar Hendido No sale leche Neumonia	Leche no lo sustenta No sale leche No quiso la chiche"	No quiere mamar No sale leche Moniliasis

Para tratar estas **enfermedades** la primera persona que la comunidad consulta es la **Partera o a la Parchera** y ella realiza una serie de acciones en las que aplica conocimientos de medicina tradicional (chupones tes de hierbas sahumerios baños purgantes sobadas y otros) tambien magicos religiosos (agua bendita uso de cuentas rojas) de medicina actual (automedicacion ) y asociacion a un fenomeno astronomico (eclipse sol y otros)

A nivel de **CESARES** y **CESAMOS** la **fiebre** la asocian con **Diagnosticos tradicionales** tales como Ojo Mollera Caída Culucos Pujo Botar flema y otros - Los niveles de las **CMI** y **CHA** identifican ninguna asociacion

La partera o la Parchera hacen acciones para descartar **primero** el de diagnostico de Ojo el cual es asociado a mirada fuerte mirada de una primeriza una persona sudada y tambien a la influencia del sol

Si el diagnostico de Ojo se confirma inicia el tratamiento con medicina tradicional la cual incluye pasar un huevo por el cuerpo el cual luego se coloca debajo de la cama en donde esta el niño para que absorba toda la fiebre posteriormente le da chupones generalmente de aceite tes de anís manzanilla y otros les hacen sahumeros con hierbas, baños con alcohol y luego los envuelven y algunas veces los purgan - Tambien automedican al niño utilizando pastillas para la fiebre “ **Le dan Panadol con manzanilla y el niño no puede tragar y todo eso**” (Aux Enfermeria)

Si el diagnostico de Ojo es descartado, inicia maniobras para tratar los demas patologias relacionadas especialmente la mollera caida

Tanto los **CESARES** como los **CESAMOS**, manifiestan que la comunidad relaciona la **diarrea** con varias patologias pero principalmente con Mollera Caida, Pujo Mucle, Leche Agitada Leche Sucia el nivel **CHA** manifiesta una asociacion con Leche Agitada - Curiosamente el nivel de las **CMI** no identifica ninguna asociacion

Tambien en presencia de esta señal de peligro la comunidad busca primero a la Partera y esta si considera que es mollera le hace maniobras tales tomar al niño de los pies y ponerlo boca abajo chupar la mollera dar golpes en los piecitos fumar puro y echar el humo a la cara del niño, y adicionalmente le “ **Le chupaba la mollera y le metia los dedos para levantar el paladar**” (Aux Enfermeria)

Cuando la diarrea es asociada a **Mucle** recomiendan que la madre no coma alimentos verdes y cuando la relacionan a **Leche Agitada**, como a explicacion a su causa es a que la madre viene agitada y asoleada suspenden la lactancia materna hasta que la madre descansa no efectuan ninguna asociacion con la presencia de infeccion intestinal

A nivel de **CESARES** y **CESAMOS** , mencionan que aunque en la comunidad hacen tratamiento para Mollera Caida y el niño esta con diarrea dan litrosol y no suspenden la lactancia materna

En cuanto al **llanto** de los niños al menos en tres de niveles lo asocian a **Diagnosticos Tradicionales** tales como Ojo, Pujo Culucos Niño Enojado y a la presencia de un mal espiritu - Sin embargo a nivel de los **CESAMOS** y **CMI** hacen otras asociaciones tales como colicos, problema de oídos gases fiebre y dolor - En el nivel de **CHA**, solamente manifiestan que esta asociado a dolor - Los **Culucos** son ocasionados por la presencia de muchos vellitos en la espalda de los niños provocandoles molestias para dormir y tradicionalmente lo que hacen para **sacarlos** es echar leche materna en la espalda y frotar hasta que desaparecen los vellitos ocasionalmente se presentan problemas de piel como resultado de la frotacion -

El llanto en el **Niño enojado** es asociado generalmente al desarrollo de la personalidad y lo atribuyen a que tendra temperamento o caracter fuerte, para esto lo que hacen es dar chupon o te lo que mas usan es la **chichimora** aunque tambien utilizan otras hierbas tales como hierbabuena anís y otras

Cuando el llanto es ocasionado por un mal espíritu y la explicación a su origen es asociado a una causa mágico religioso el tratamiento administrado es rociarlo de agua bendita

## b) - PARTO

A nivel de **CESARES**, **CESAMOS**, opinan que la comunidad sí identifica la **retención placentaria** como una señal de peligro, especialmente por las maniobras que hace la comunidad para su extracción - No obstante en el nivel de las **CMI** y **CHA** no lo identifican como señal de peligro

Cuando la expulsión de la placenta se **retrasa más de 2 horas** el tratamiento que se le hace a la parturienta consiste en varias acciones diferentes ponerle el sombrero del marido colocarle un puñito de sal en la mano le meten la punta del pelo en la boca para provocar vomito las hincan cortan en cuatro partes un limón pequeño, le dan a beber orines del marido, le fijan la placenta a la pierna la amarran con un trapito las ponen a soplar una botella

Igualmente la comunidad está identificando como señal de peligro el **parto prolongado** y al menos en uno de los establecimientos manifiestan que la comunidad lo asocia con que el parto sea visto por una nulipara o primigesta, cuando la parturienta come porque no puede pujar y finalmente con el **amarre** de los meses de embarazo por alguna persona que quiere hacerles “mal”

Para considerarlo como un **parto prolongado**, el tiempo de espera oscila entre **3 a 4 días** como promedio aunque a nivel de **CESAMOS** y **CHA** consideran que hay familias que esperan hasta una semana - Los familiares van primero a la partera y después al centro de salud

El tratamiento que dan a la paciente con **parto prolongado** consiste en no darles comida usan ropa interior roja como medida preventiva contra el “**amarre de los meses**”, hacen sahumerios con puros y chiles los que colocan debajo de la cama sacan a la primeriza para que no vea el parto, le montan sacos llenos de cualquier cosa (algo que pese), las amarran con lazo y el marido las sostiene les dan guaro “Una partera dice lo que yo hago me meto un octavo de guaro y le doy otro a ella para que agarre fuerzas” (**Aux Enfermería**), tes (de izote raíz de limón, hoja de 3 puntas dormilona guajaca canela) le dan a beber esencia coronada con alka seltzer, cerveza y algunas las automedican “**Les inyectan oxitocina**” (**Médico**)

La **hemorragia pre parto** es una señal de peligro que le llama la atención a la comunidad y cuando la misma se presenta la primera persona a la que buscan es la partera y para tratarla le da a la parturienta guaro para que agarre fuerzas litrosol tes (de cascara de palo de naranja de la concha de coco de la raíz del limón, plátano verde rallado te de hojitas verdes, tes de estrella de mar manzanilla jengibre, canela, pericon oregano) en el **CHA** además de lo anterior reportan que usan la introducción de cocos en la vagina trapos o cobijas sucias - Si las medidas anteriores no dan resultado acuden al Centro de Salud - A nivel de las **CMI** que algunas familias acuden al Centro de salud segundos después de la presencia de la señal pero otras tardan hasta tres días en presentarse

El **parto prematuro** es asociado por la comunidad como consecuencia de que en el embarazo las madres desean comer algo en especial y cuando no se lo comen se les ‘cae’ el niño o les nace **chiquito** Cuando esta señal de peligro se presentan las familias se alarman y sienten que

- Factores de Riesgo y Valoración de Costumbres y Creencias por el Personal de Salud

### Identificación de factores de riesgos

El personal de salud en la atención del neonato y el parto en sus establecimientos y por cuales esta consultando la comunidad esta identificando algunas características de riesgo en las practicas de algunas costumbres y creencias las cuales se presentan en el siguiente cuadro

**CUADRO COMPARATIVO  
FACTORES DE RIESGO  
IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DE SALUD  
POR NIVEL DE ESTABLECIMIENTO**

CESARES	CESAMOS	OMI	CHA
<b>NEONATO</b>	<b>NEONATO</b>	<b>NEONATO</b>	<b>NEONATO</b>
Fiebre	Fiebre	Fiebre	Fiebre
Enfriamiento	Enfriamiento	Enfriamiento	Enfriamiento
Deshidratacion	Deshidratacion		Deshidratacion
Conjuntivitis	Conjuntivitis	Conjuntivitis	Conjuntivitis
Onfalitis	Onfalitis	Onfalitis	Onfalitis
Infecciones Respiratorias	Infecciones Respiratorias		Infecciones Respiratorias
Ictericia	Ictericia	Ictericia	Ictericia
Cianosis	Cianosis		Cianosis
		Palidez	Palidez
	Diarrea		Diarrea
Colicos	Colicos		
Pezon Invertido	Pezon Invertido		
Moniliasis	Moniliasis		Moniliasis
Nino Desnutrido/Prematuro	Nino Prematuro	Nino No Succiona	Nino No Succiona Nino Desnutrido/ Prematuro
Bajo Peso	Bajo Peso	Bajo Peso	
Tetano Neonatal			Tetano Neonatal
Nino No Lloro			Niño No Lloro
Nino Lloron	Nino Lloron		
	Nino Quejumbroso		Niño Quejumbroso
Neumonia por Aspiracion	Neumonia por Aspiracion		

De acuerdo a los datos anteriores existe correspondencia entre la mayoría de señales de peligro y las que el personal reconoce de acuerdo a los motivos de consulta en los centros de salud - Sin embargo vale la pena destacar que además de las anteriores a nivel de **CESAMOS**, **CMI** y **CHA** estan identificando otras variables socioeconomicas al afectar a la madre estan directamente poniendo en riesgo la vida del neonato Algunos de estos factores mencionados son madre analfabeta madre adolescente (violada) madre muy pobre, madre que trabaja madre desnutrida, familia muy numerosa bajo ingreso economico - No aparecen datos proporcionados a nivel de los **CESARES**

En cuanto a las características identificadas en el parto y puerperio se presentan en el cuadro

siguiente

**CUADRO COMPARATIVO  
FACTORES DE RIESGO  
IDENTIFICADOS POR EL PERSONAL DE SALUD  
POR NIVEL DE ESTABLECIMIENTO**

CESARES	CESAMOS	CMI	HOSPITALES
<u>PARTO</u> Parto Prematuro Parto Prolongado Posicion Anormal del Bebe  Retencion de Placenta Sangrado <u>OTRAS</u> Parto Gemelar	<u>PARTO</u> Parto Prematuro Parto Prolongado Posicion Anormal del Bebe  Sufrimiento Fetal -Retencion de Placenta -Sangrado <u>OTRAS</u> Distocias  Cesarea Anterior	<u>PARTO</u> Parto Prolongado Posicion Anormal del Bebe  <u>OTRAS</u> -Problematica con Foco Fetal	<u>PARTO</u> Parto Prolongado  Sufrimiento Fetal  -Hemorragias <u>OTRAS</u> Liquido Meconial  Madre Infeccionada
<u>EMBARAZO</u> Ruptura Prematura de Membranas Edema Generalizado No Escucha Foco Fetal Edema de Vulva	<u>EMBARAZO</u> Ruptura Prematura de Membranas Infecciones Urinarias Infecciones Vaginales Ausencia de movimientos fetales		<u>EMBARAZO</u> Ruptura Prematura de Membranas Placenta Previa

En las características de riesgo que el personal identifica por los motivos de consulta existen algunas que tienen mayor trascendencia por las implicaciones que tienen para la vida del niño el que sea tratadas en la comunidad o que por el contrario pasen desapercibidas por la madre tales como el parto prolongado, posición anormal del bebé, ruptura prematura de membranas, retención de placenta y ausencia o disminución de movimientos fetales.

En alguna de las señales anteriores se mencionan niveles críticos de tiempo que hacen que la familia o la madre acuda a un centro de salud - Mientras estos niveles críticos no se han agotado se realizan una serie de acciones en la comunidad que comprometen aun más la vida del niño, por ejemplo en el parto prolongado la parturienta se queda con la partera a veces hasta 4 días antes de acudir a un centro de salud - en caso de retención placentaria se menciona que se han presentado casos de hasta 8 horas de espera antes de movilizarse - En el caso de Disminución de movimientos fetales algunas veces esta señal de peligro pasa desapercibida y cuando acuden al centro de salud el niño ya está obitado.

Los factores de riesgo identificados en el Neonato por el personal de salud de acuerdo a su demanda y su comparación por regiones se presenta en el cuadro siguiente

**CUADRO COMPARATIVO  
FACTORES DE RIESGO  
IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DE SALUD  
POR REGION DE SALUD**

REGION N° 1	REGION N° 2	REGION N° 3
<b>NEONATO</b>	<b>NEONATO</b>	<b>NEONATO</b>
Fiebre	Fiebre	Fiebre
	Enfriamiento	Enfriamiento
	Deshidratacion	Deshidratacion
	Diarrea	Diarrea
	Vomito	Vomito
	Conjuntivitis	Conjuntivitis
	Onfaltis	Onfaltis
Tetano Neonatal		Tetano Neonatal
Inteccion Respiratoria	Infeccion Respiratoria	Infeccion Respiratoria
	Neumonia	Neumonia
Broncoaspiracion (Meconio)	Broncoaspiracion(liquido amniotico)	
Mastitis/ Ductos Obstruidos		
Pezon Invertido	Pezon Invertido o Plano	Pezon Invertido
	Nino No Puede Succionar	Niño No Puede Succionar
	Nino no se esta alimentando	Nino no se esta alimentando
	Moniliasis	Moniliasis
	Madre no esta dando lactancia materna	Madre no esta dando lactancia materna
		Introduccion de otros alimentos
		Succion Debil
	Paladar Hendido/ Labio Leporino	Paladar Hendido
Ictericia	Ictericia	Ictericia
Cianosis	Cianosis	Cianosis
	Palidez	Palidez
Nino Lloron	Nino Lloron	
Nino Duerme Mucho	Nino Duerme Mucho	Nino Duerme Mucho
	Nino no Lloro	Niño no Lloro
	Nino Quejumbroso	Nino Quejumbroso
Bajo Peso	Bajo Peso	Bajo Peso
	Nino Desnutrido	Nino Desnutrido
Nino Prematuro		Nino Prematuro

Los datos anteriores nos muestran que en las Regiones 2 y 3 se hace la mayor identificación de factores de riesgo y llama la atención que la Región casi no realiza esta identificación en su consulta atendida

Los factores de riesgo identificadas por el personal en el embarazo y parto así como su distribución por Región se presentan a continuación

**CUADRO COMPARATIVO  
FACTORES DE RIESGO  
IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DE SALUD  
POR REGION DE SALUD**

REGION N° 1	REGION N° 2	REGION N° 3
<b>PARTO</b> Parto Prematuro Parto Prolongado Posicion Anormal del Bebe	<b>PARTO</b> Parto Prolongado Posicion Anormal del Bebe Liquido Meconial Sufrimiento Fetal Ruptura Prematura de Membranas Sangrado	<b>PARTO</b> Parto Prematuro Parto Prolongado Posicion Anormal del Bebe Liquido Meconial Sufrimiento Fetal Ruptura Prematura de Membranas Sangrado

Al igual que en el caso del neonato las Región 2 y 3 son las que tienen la mayor identificación de factores de riesgo en los pacientes que llegan a sus establecimientos por consulta en parto y embarazo

En cuanto a la **mortalidad materna** el grupo focal del **CESAR N° 2**, refiere un caso de muerte materna por “**partera de riesgo**” (**Aux Enfermería**), debido a que la partera se embriago durante el parto y se durmio y cuando despertó encontró la madre muerta “**en un charco de sangre**” (**Aux Enfermería**) - También mencionan la ocurrencia de otra muerte materna a nivel de hospital en vista de que la paciente no obstante que fue referida oportunamente no fue atendida por falta de personal médico especialista y al ser referida a dos establecimientos pero en el camino falleció

A nivel de unos de los **CHA** también se menciona el caso de una muerte materna que por falta de sangre no fue intervenida oportunamente y tuvieron que esperar 6 horas para entrar a quirófano considerando que la misma era “**evitable**” (**Médico**) -También mencionan que en el transcurso del año han tenido 2 muertes maternas mas cuyas causas no refieren

- **Valoración de Costumbres y Creencias de la Comunidad por el Personal de Salud**

En el desempeño de sus actividades diarias el personal se ve enfrentado a una realidad que está ocurriendo en su entorno especialmente en cuanto al tratamiento tradicional que la comunidad realiza para tratar ciertos tipos de patologías relacionadas con signos de peligro para la vida del neonato

## NEONATO

Las opiniones por lo menos en cuanto a los tratamientos mas comunes se presentan en el siguiente cuadro

CUADRO COMPARATIVO  
VALORIZACION EN CUANTO A RIESGO POR EL PERSONAL DE SALUD  
POR DIAGNOSTICO TRADICIONAL

DIAGNOSTICO	CESARES	CESAMOS	CHI	HOSPITALES
<u>NEONATO</u>  OJO	<u>NEONATO</u> Son creencias Yo no creo Se rien Es una costumbre que  no se puede quitar Yo creo en el ojo Incorrecta Mala	<u>NEONATO</u> -Todavia creen -Se rien -El nino se compuso -No hay que creer ni dejar de creer Es dañina No le veo nada malo	<u>NEONATO</u>	<u>NEONATO</u> -Es una mala practica -Es cierto lo de la vista pesada La fe es la que vale
MUCLE	Afecta al nino la madre no ha recibido suficientes nutrientes por la dieta Son gases acumulados Se rien		Creencia	
MOLLERA CAIDA	Es por la deshidratacion  La gente tiene su creencia  La fe que tienen las madres  Es grosero que hagan eso con los ninos	La causa la deshidratacion El tratamiento no es el adecuado  A mi hija no le paso nada  Son daninas	Tradicionalmente uno ve eso en su casa uno lo considera bueno de repente  Es danina	-Es por la deshidratacion -Es mala  La practica de levantar el paladar no tiene ninguna base anatomica ni fisiologica Es una cuestion que la que creyo mi abuelo
PUJO	Mucho frio No le sacan los gases			

De acuerdo al cuadro anterior el tratamiento del "Ojo" por ser una de las practicas mas comunes que la comunidad realiza es el que tiene las valoraciones mas diversas y expresiones de pensamientos y sentimientos ambivalentes del personal lo cual se refleja en la forma en que dan respuesta a dicha problematica

A nivel de los **CESARES** consideran que el ojo es una creencia y una tradicion que ha sido heredada de nuestros antepasados y por lo tanto dificil de quitarle su practica a la comunidad - Tanto en los **CESARES**, **CESAMOS** y **CHA** manifestaron no creer en dicho tratamiento y considerarlo dañino incorrecto y mala practica algunas dijeron **creer en el mismo** de la misma forma que el ojo provoca burlas y risas al personal algunas manifiestan temor a la reaccion de las

personas si les dan a entender que no creen en el mismo **“Ellas creen tanto en eso que uno queda de enemigo si les digo yo no creo en eso”** (Aux Enfermeria) -Las CMI no externaron ninguna opinion al respecto En cuanto al tratamiento del Mucle, los CESARES opinan que el mismo afecta al niño en vista de que consiste en una restriccion a la dieta de la madre v al igual que la comunidad solamente hacen una asociacion (alimenticia) y dejan sin explorar la posibilidad de la presencia de una infeccion - Para las CMI son creencia los demas niveles no manifestaron ninguna opinion

A excepcion de las CMI el personal de los demas niveles consideran que la Mollera Caída, es debida a deshidratacion y el tratamiento lo consideran perjudicial porque lo que el niño necesita son liquidos - En esto coinciden en algun aspecto con la comunidad en vista de que una de las sustancias que administra la partera es litrosol cuando la Mollera Caída va acompañada de diarrea - Al igual que en el Ojo las expresiones de valor son diversas, desde dañina, peligrosa y sin base científica tambien afirman experiencias personales con el tratamiento -El componente de tradicion es expresado por un participante de los CHA al manifestar **“Eso esta arraigado en nuestro pueblo v van a pasar años para que pueda cambiarselo, si alguna vez lo podemos hacerlo, la forma de pensar de estas personas”** (Medico)

El Pujo solamente fue considerado por el personal del nivel CESARES, para quienes el mismo es ocasionado por el frio y porque no le sacan los gases al niño despues que lo alimentan - En cuanto a la leche sucia a nivel de CESARES no exteriorizan ninguna opinion, en los demas niveles el personal considera que el tratamiento no es correcto en vista de que evitan que el niño se alimente v que el calostro es necesario darselo al niño

En cuanto a la leche agitada el personal en los niveles CESARES y CMI se rien de esa practica v creen que son mentiras a nivel de CESAMOS no se encuentra ninguna opinion, inesperadamente a nivel de los CHA, opinan que esta causa diarrea y que hace daño al niño, y creen que como la leche **“Nosotros trabajamos y tener la leche rezagada por mucho tiempo, dicen que eso le afecta al niño”** (Aux Enfermeria) - Ademas se encuentran opiniones de que los estados de animo no tiene nada que ver y que debieran darle la leche al niño en vez de quitarsela

En cuanto al uso en los tratamientos de algunas sustancia y los medios que utilizan para darlos destaca el del chupon el personal de todos los niveles coincide que en el uso del mismo esta fuertemente asociado a tradiciones creencias y costumbres heredadas por lo tanto dificiles de quitar - Consideran que algunas sustancia como el aceite produce las mayores complicaciones como la neumonia lipoidica pero de miel no les hace daño

La respuesta del personal para hacer frente a esta practica en todos los niveles excepto en CESARES es la educacion sobre lactancia materna y sobre este tema a nivel de CHA el mensaje transmitido con el contenido de **“Se les dice que antes tenian que hacer chupon pero ahora ya no es necesario porque tenemos la chuche”** (Enf Profesional), lo que crea confusion al que lo recibe sobre todo porque siempre la madre especialmente en el area rural ha dado de mamar a sus hijos pero siempre usa el chupon Respecto a dar tes el personal que labora a nivel de CESARES opina que su uso no es malo y por lo tanto no afecta en nada al niño - La recomendacion que hacen en todos los niveles es el uso solamente de la lactancia materna

El uso de sustancias en el ombligo en todos los niveles es considerado dañino y a nivel de

**CESARES** opinan que puede causar tetano o una infección - Algunas recomendación que hace el personal en cuanto a la curación del ombligo tienen contradicciones por ejemplo en las **CMI** orientan hacia el uso del **merthiolate** en el nivel de **CHA** piensan que el uso de este no es adecuado y por el contrario recomiendan el **povidine**

## **PARTO**

En cuanto a la **posición en el momento del parto** a nivel de **CESARES**, consideran que el tener a los hijos hincadas puede ocasionar problemas al niño si no se le protege al momento de salir o en el caso de que la madre se desmaye el personal de los **CESAMOS** opinan que la madre tome la posición que ella quiera siempre que se proteja la salida del niño y piensan que la posición agachada es la mejor y más lógica - El personal de las **CMI** piensan que la posición hincada es inadecuada e inapropiada, a nivel de **CHA** no externaron opinión

El cuanto al **uso de sustancias** en el parto el personal de los **CESARES**, **CESAMOS** y **CHA** piensan que los **tes** algunas hierbas no afectan ya que más bien hidratan a la parturienta sin embargo a nivel de **CESARES** creen que el **te de hoja de tres puntas** y de raíz de limón aumenta la **fuerza** al momento del parto y el de los **CESAMOS** opinan que la raíz de limón es **ocitocica** - En las **CMI** expresan que esta costumbre es dañina y sobre todo el uso de **oxitocina**

En cuanto al uso de **guaro** (aguardiente) a nivel de **CESARES** creen que su uso “ **no le afecta pero tampoco le ayuda**” (**Aux Enfermería**), especialmente si se le da mucho y la parturienta se ‘ **embola**”

Respecto a **manipular al bebé** para cambiarlo de posición mediante la **sobada** el personal de los **CESARES**, **CESAMOS** y **CMI** considera esta práctica inadecuada y peligrosa ya que compromete la vida del niño expresan experiencias de casos de prolapso de cordón y de inversión uterina por la presión del codo sobre el abdomen de la embarazada - A nivel de **CESARES** manifiestan que han recurrido a utilizar **notas** en pacientes de riesgo haciendo responsables a la partera si la paciente se queda en la comunidad y consideran que ‘ **eso ha ayudado mucho a que mis parteras no se hagan responsables de esos paquetes**” (**Aux Enfermería**)

Las maniobras realizadas cuando ocurre **retención placentaria** a nivel de **CESAMOS** creen que soplar la botella es una práctica que nada tiene que ver con la placenta y en las **CMI** y **CHA** la consideran inadecuada y mala práctica sin embargo uno de los participantes da su explicación de la relación de soplar la botella como técnica de ejercicio respiratorio “**la técnica de la respiración que es la de saber respirar pues en el momento del parto, que es en un momento de apnea y eso, el saber respirar ayuda al relajamiento muscular disminuye el dolor y acelera el parto eso está corroborado, la botella me imagino es algo similar**” (**Médico**) - El personal de los **CESARES** no externó opinión de valoración

Todos los niveles consideran que los **antojos** son algo psicológico y se rien de los mismos en cuanto a la necesidad de comer tierra (geofagia) consideran que esta tiene explicación médica y por eso se les da hierro en prenatales

La mayoría del personal laborante en los diferentes niveles considera que el **amarre de los meses** es cuestión de tradiciones y creencias pero también de brujería, para contrarrestar esto la comunidad

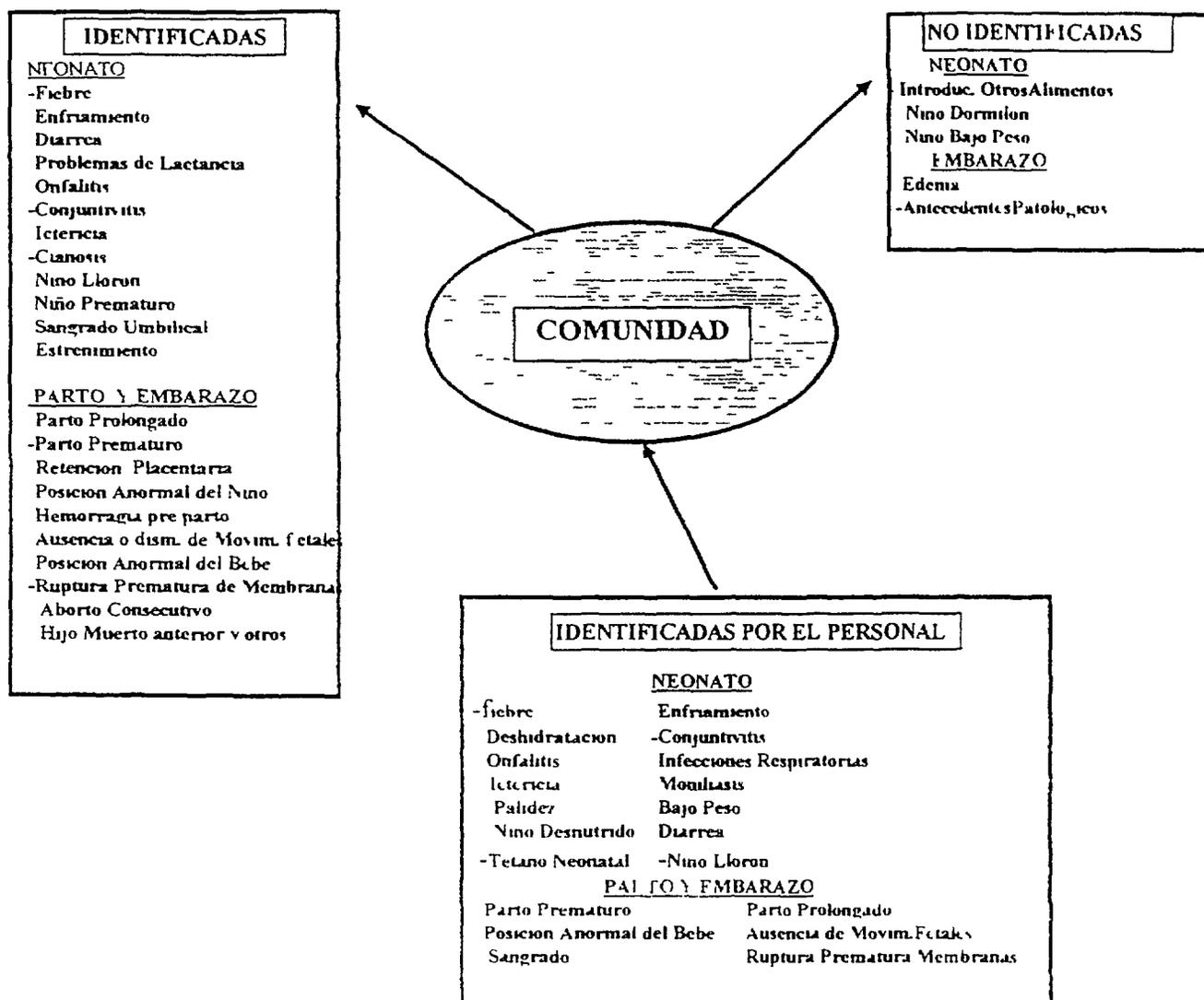
usa ropa interior botones cintitas amarradas todos estos articulos deben ser de color rojo pero piensan que estas practicas son inofensivas “no te va a hacer ningun daño ahí dejala amarradita” (Medico)

A nivel de las CMI opinan que las madres aceptan consejos dependiendo de la manera como se los digan a nivel de CHA creen que esto en algunas ocasiones no sirve de nada porque a pesar de que se les advierte que pueden morir por ejemplo la practica de la sobada “es peligroso porque puede romper la matriz” (Medico)

Un resumen grafico de las señales de peligro identificadas tanto por la comunidad y los que el personal reconoce, de acuerdo a su demanda de atencion, puede verse en la siguiente grafica No 4

GRAFICA No 4

SEÑALES DE PELIGRO IDENTIFICADAS POR LA COMUNIDAD Y EL PERSONAL DE SALUD



### 3 - ENFOQUE DEL PROBLEMA POR EL PERSONAL DE SALUD

En este apartado se hace un analisis de los datos encontrados indagando las barreras y facilitadores que tienen tanto el sistema de informacion como el acceso a los servicios y como estos influyen en la problematica de la morbilidad y mortalidad neonatal

- **Fuente de Informacion**

El personal de salud identifica que en la comunidad existen algunas condiciones que favorecen o que obstaculizan el proceso de informacion las cuales se resumen en el cuadro siguiente

DESCRIPCION	CESAR	CESAMO	CMI	CHA
<b>FACILITADORES</b>	Comites de Salud Red de Informantes La partera y Guardianes Reuniones Mensuales Visita Domiciliaria Registros del Centro El Paquete Basico Identif Personas de Riesgo	Personal Comunitario Los cementerios Alcaldes y Lideres Religiosos Reuniones mensuales En la consulta Visitas domiciliarias	La partera y el Guardian Registro de defuncion	Con el censo La madre
<b>BARRERAS</b>	Los lugares postergados El Registro Nacional de las Personas Los padres tardan hasta tres meses en informar una muerte Datos inconsistentes entre el RNP y el Centro de Salud	Cuando los ninos los entierran en el patio de la casa Las personas no reportan en el RNP Las madres no dan datos	No llevan listado La inaccesibilidad de la comunidad al centro de salud Entierro de ninos en los patios de la casa Falta de registro de las muertes de los menores de 29 dias	No hay informacion

La existencia de personal comunitario organizado asi como las actividades que realizan los establecimientos por mantenerlos informados son facilitadores importantes pero tambien llama la atencion como las comunidades desarrollan sus medios particulares para mantenerse informados por ejemplo el toque de campanas en la iglesia y los cementerios en relacion a los entierros - El toque de las campanas tiene características particulares cuando estan tocando por el fallecimiento de alguien llamando a misa y otros - " nosotros escuchamos las campanas, va sabemos es una campana de la muerte de un adulto o un niño" (Enf Profesional)

A nivel de CESARES y CESAMOS se menciona como una de las barreras la desconfianza que existe en los datos que genera el Registro Nacional de las Personas (RNP) debido a la falta de informacion oportuna y la inconsistencia en los datos comparados con los que tienen los establecimientos de salud - "A veces en el Registro Nacional de las Personas no concuerdan sus datos con los que ellos tienen, nunca se enteran" (Aux Enfermeria), ademas de que los familiares no estan acudiendo a dicha oficina a registrar los nacimientos y defunciones por diferentes causas pero especialmente porque el tramite burocratico para registrar un nacimiento o una defuncion es demasiado engorroso y costoso especialmente las familias que viven en comunidades lejanas "Ponen muchos peros a la madre o al padre le piden dos testigos" (Aux Enfermeria)

- **Acceso**

En este aspecto se exploraron los factores que facilitan o que obstaculizan el acceso a los servicios

En este aspecto, los grupos focales en todos los niveles manifiestan que en algunas comunidades su disponibilidad y oportunidad es preocupante tanto para el personal como para la comunidad ya que además de la distancia estas no cuentan con vehículos y en ocasiones tardan hasta seis horas para salir a buscar uno que quiera transportarlos - En otras comunidades existen vehículos ya sean particulares públicos o de organizaciones como la **Cruz Roja** que facilitan el transporte del paciente a los establecimientos de salud - Sin embargo el problema principal lo constituyen los horarios en que estos operan ya que generalmente pasan por algunas comunidades una vez al día ( ida y regreso) y por la noche ya no circulan

A nivel **CESARES** de la Region N° 3 manifiestan la violencia como uno de los factores que están afectando el traslado de pacientes ya que las personas que tienen carro no quieren salir por temor a que los asalten

Todos los grupos focales en todos los niveles expresan que el costo de lo que cobran por trasladarse de una comunidad a un Centro de Salud es otra de las limitantes ya que el mismo es alto especialmente cuando el traslado es nocturno **"En la noche es mas caro"** (Aux Enfermería) - **la parte es que se aprovechan porque es de noche, porque de día saben que el paciente puede irse en bus y en la noche no corren los buses"** (Aux Enfermería)

El costo de transporte varía dependiendo del tipo de traslado distancia y el horario - A nivel **CESARES** el costo promedio es de 250 a 300 lempiras sin embargo de las localidades lejanas el costo puede subir hasta 500 lempiras - Algunas comunidades de la **Region N° 3** que cuentan con servicio de ambulancia de la Cruz Roja el costo de traslado oscila entre 60 y 100 lempiras

A nivel de los **CESAMOS** según los participantes el costo es variable e igual que lo expresado a niveles de **CESARES** este depende de la distancia tipo de traslado y horario, el costo promedio de un traslado particular oscila entre 100 y 700 lempiras pero algunas comunidades cuentan con servicio público que es económico pero tarda más

El grupo focal de las **CMI** manifestó igualmente que el transporte además de malo es caro y su costo varía dependiendo del medio en ambulancia el costo es de 80 lempiras pero si es en carro particular sube a 500 lempiras en promedio

En cuanto a los **CHA** dicen que el traslado en ambulancia tiene un costo entre 500 y 600 lempiras Uno de los hospitales que tiene asignada ambulancia se encuentra en mal estado y el otro solamente tiene un turno de motorista durante el día - Manifiestan que tienen la facilidad de contar con los servicios de la **Cruz Roja** - En algunas comunidades frente a la problemática de falta de transporte y de no tener dinero para pagar optan por utilizar otros medios de transporte como el de la utilización de bestias de carga y traslado en hamacas especialmente cuando es una parturienta

Otra de las preocupaciones que manifiestan los participantes se refiere a que los costos se incrementan por el alojamiento y los gastos de alimentación en que incurren mientras su familiar está interno y ante la falta de dinero optan por quedarse en los pasillos del Hospital o afuera de sus instalaciones **"Y ahora donde van a ir a dormir, la comida, entonces digo que se ponen a pensar"** (Aux Enfermería)

En este aspecto los grupos focales en todos los niveles manifiestan que en algunas comunidades su disponibilidad y oportunidad es preocupante tanto para el personal como para la comunidad ya que además de la distancia estas no cuentan con vehículos y en ocasiones tardan hasta seis horas para salir a buscar uno que quiera transportarlos - En otras comunidades existen vehículos ya sean particulares públicos o de organizaciones como la **Cruz Roja** que facilitan el transporte del paciente a los establecimientos de salud - Sin embargo el problema principal lo constituyen los horarios en que estos operan ya que generalmente pasan por algunas comunidades una vez al día ( ida y regreso) y por la noche ya no circulan

A nivel **CESARES** de la Region N° 3 manifiestan la violencia como uno de los factores que están afectando el traslado de pacientes ya que las personas que tienen carro no quieren salir por temor a que los asalten

Todos los grupos focales en todos los niveles expresan que el costo de lo que cobran por trasladarse de una comunidad a un Centro de Salud es otra de las limitantes ya que el mismo es alto especialmente cuando el traslado es nocturno "**En la noche es mas caro**" (Aux Enfermería) - **una parte es que se aprovechan porque es de noche, porque de día saben que el paciente puede irse en bus y en la noche no corren los buses**" (Aux Enfermería)

El costo de transporte varía dependiendo del tipo de traslado, distancia y el horario - A nivel **CESARES** el costo promedio es de 250 a 300 lempiras, sin embargo de las localidades lejanas el costo puede subir hasta 500 lempiras - Algunas comunidades de la **Region N° 3** que cuentan con servicio de ambulancia de la Cruz Roja el costo de traslado oscila entre 60 y 100 lempiras

A nivel de los **CESAMOS** según los participantes el costo es variable e igual que lo expresado a niveles de **CESARES** este depende de la distancia, tipo de traslado y horario el costo promedio de un traslado particular oscila entre 100 y 700 lempiras, pero algunas comunidades cuentan con servicio público que es económico pero tarda más

El grupo focal de las **CMI** manifestó igualmente que el transporte además de malo es caro y su costo varía dependiendo del medio en ambulancia el costo es de 80 lempiras pero si es en carro particular sube a 500 lempiras en promedio

En cuanto a los **CHA** dicen que el traslado en ambulancia tiene un costo entre 500 y 600 lempiras - Uno de los hospitales que tiene asignada ambulancia se encuentra en mal estado y el otro solamente tiene un turno de motorista durante el día - Manifiestan que tienen la facilidad de contar con los servicios de la **Cruz Roja** - En algunas comunidades frente a la problemática de falta de transporte y de no tener dinero para pagar optan por utilizar otros medios de transporte como el de la utilización de bestias de carga y traslado en hamacas, especialmente cuando es una parturienta

Otra de las preocupaciones que manifiestan los participantes se refiere a que los costos se incrementan por el alojamiento y los gastos de alimentación en que incurren mientras su familiar está interno y ante la falta de dinero optan por quedarse en los pasillos del Hospital o afuera de sus instalaciones "**Y ahora donde van a ir a dormir, la comida, entonces digo que se ponen a pensar**" (Aux Enfermería)

- **Funcionamiento de Centros de Salud**

Algunos de los factores que fueron expresados como importantes tanto a Nivel **CESARES** como **CESAMOS** es el de que los Centros de Salud son cerrados para cumplir con actividades comunitarias de capacitacion reuniones de trabajo y por licencias (vacaciones permisos por maternidad y enfermedad) **“A mi me ha tocado, un mes solo estamos diez dias en el Centro de Salud dando consulta, el resto andamos en seminarios, en reuniones para entregar informes” (Aux Enfermeria)**

Debido a la situacion anterior las personas usualmente lo que hacen es regresar a su comunidad o buscar otro centro de atencion que piensan los atiende en forma mas rapida

A nivel de las **CMI** expresan que aunque los centros esten abiertos los pacientes tienen problemas cuando llegan ya sea porque los rechazan o porque los hacen esperar largo tiempo - Una de las cosas que **facilita el acceso** es cuando el paciente va acompañado por alguien del personal de salud o que tenga algun conocido - A nivel de **CHA** no fue expresada ninguna opinion

- **Tiempo en la Toma de Decisiones y los Problemas Familiares**

Solamente a nivel de **CESARES** se refirieron a este aspecto, y manifiestan que cuando existe una referencia a otro nivel de atencion por la presencia de alguna señal de peligro a la vida del neonato o de la mujer embarazada una de las cosas que acelera el tiempo en la toma de decisiones es la gravedad que sea una parturienta y que la **partera** les diga que no se hace responsable de atenderla - En vista de que el padre siempre consulta a la **partera** o al **guardian de salud** muchas veces es utilizada para que convencen al marido para aceptar el traslado **“ Usted vaya a convencer al esposo de que usted la va a llevar al hospital” (Aux Enfermeria)**

En cuanto a los aspectos que **demora el tiempo** de tomar la decision de trasladar tanto a un niño como a una parturienta uno de los factores es el **rol que el marido tiene** en el seno de la familia dado no solamente por la norma social de que es el quien toma la decision final de ir o no a un hospital sino que tambien porque es el que pagara los gastos **“Muchas madres dicen, yo lo deberia llevar pero mi marido no me deja o no me da dinero, yo no puedo ir” (Aux Enfermeria)** - Consideran ademas que en las aldeas la actitud de sumision de la mujer frente al marido es otro de los factores que estan afectando en el tiempo de la toma de decision algunas mujeres ademas de preocuparse con quien dejar los hijos temen que en su ausencia el marido las abandone y se vaya con otra mujer

Las mujeres solteras y sin apoyo de la familia estan teniendo problemas para decidirse en aceptar una referencia principalmente porque no tienen con quien dejar a los demas hijos o temor de que las van a despedir del trabajo

El Grupo Focal a nivel de **CESARES** identifico que ademas existen dentro de la comunidad algunos programas y actividades que estan sirviendo como facilitadores de acceso como ser el bono materno (**PRAF**) Programa de Alimentos(**PMA**) -**“El año pasado andaba bien bajo el control puerperal yo, y como ahora nos han dado indicadores, pues el programa de alimentos es un anzuelo” (Aux Enfermeria)** Este **“anzuelo”** de acuerdo a la informacion registrada es de doble via por un lado el bono familiar y la ayuda de alimentos hace que la comunidad no obstante las

dificultades de acceso se desplace al Centro de Salud y por el otro la entrega del Paquete Basico (Secretaria de Salud) hace que no obstante las dificultades de acceso el personal se decida a ir a las comunidades con el proposito de cumplir con la metas que tienen fijadas en su programacion de trabajo - Es decir la comunidad va al establecimiento de salud y recibe ademas de atencion medica, ayuda economica y en alimentos mientras que el personal va a la comunidad y entrega atenciones de salud pero recibe a cambio el cumplimiento de metas -“Se hace un analisis y se detecta de donde no nos estan viniendo y allí entonces se lleva la atencion” (Enf Profesional)

**CUADRO COMPARATIVO  
BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESO  
POR NIVEL DE ESTABLECIMIENTO**

<b>CESARES</b>	<b>CESAMOS</b>	<b>C.M.E.</b>	<b>CHA</b>
<b><u>FACILITADORES</u></b>  Personal Comunitario Organizacion Comunitaria	<b><u>FACILITADORES</u></b> Apoyo de las Municipalidades Personal Comunitario Busqueda Activa de Puerperas Atencion Mas Rapida Referencia a lugar Mas Facil Servicio de la CRUZ ROJA	<b><u>FACILITADORES</u></b> Apoyo de Alcaldes Tamano de las Poblaciones  Conocimiento de las Clinicas Orientacion del Paciente  Visita Domiciliaria  Servicio de ambulancia	<b><u>FACILITADORES</u></b> Apoyo SITRAMEDYS Bus Urbano Llega al Hospital     Servicio de la CRUZ ROJA
<b><u>BARRERAS</u></b> Dieta(Reposo Postnatal)  Clima (invierno) Edad de la Embarazada Alojamiento Accesible  Familia Numerosa Rol del Esposo Limitacion de Giras Viaticos	<b><u>BARRERAS</u></b> Cita en un mes (siguiendo la tradicion del reposo postnatal) Educacion de la Paciente Sumision de la Mujer Division Geog de las Regiones	<b><u>BARRERAS</u></b> Pacientes No Conocen la Ciudad  Alojamiento Maltrato Temor	<b><u>BARRERAS</u></b> Desconocimiento del Hospital  Falta de Hospedaje

Ademas de las barreras anteriores conviene destacar algunas que son comunes a todos los niveles y que afectan seriamente el acceso de la poblacion a los servicios de salud tales como la situacion economica de las familias y la falta de dinero para pagar un medio de transporte que pueda trasladarle a su familiar la falta de carreteras o caminos de penetracion que faciliten la entrada y salida a las comunidades y por ultimo es la carencia de medios de transportes y su limitacion de horarios lo que obliga a las familias a hacer uso de cualquier medio para enfrentar la emergencia del traslado La existencia del servicio de la Cruz roja en varias de las comunidades es de gran ayuda para ellas en vista de que les facilita el traslado de su familiar a un costo mas o menos accesible

**4 - VALORACION DEL PERSONAL SOBRE LA CALIDAD DE RESPUESTA INTRAMUROS**

Los datos que aqui se analizan incluyen ademas de conocer la importancia que la atencion neonatal tiene en las actividades diarias que realizan los servicios de salud el comportamiento de la demanda

y los cambios observados la capacidad de respuesta institucional y como perciben que la comunidad esta aceptando los servicios que se le prestan en relacion a los neonatos y sus madres

- **Importancia de la Atencion Neonatal y Materna**

Relacionado con la **prioridad** que los servicios dan a la atencion del Neonato y de la Madre el personal en todos los niveles manifiestan que los establecimientos en que ellas laboran si lo hacen - Esta prioridad la manifiestan en cuanto a que no tienen limite de horario tanto para apuntar como para atender los primeros son las puerperas y recién nacidos - Sin embargo a nivel de las CMI manifiestan que a veces no se les da la atencion que se merece ni en forma oportuna ya que se atienden por ultimo de acuerdo a turno

En cuanto a los **horarios** manifiestan que no tienen horario para la atencion que es a libre demanda, especialmente si los pacientes vienen de areas lejana y postergadas -En las CMI manifiestan que los que proceden del casco de la comunidad se apuntan de 8 a 9 de la mañana y los de afuera hasta las 2 de la tarde

Localidad	Costo
Marcala	LPS 30 00
Minas de Oro	50 00
Siguatepeque	100 00
<b>Hosp Sta Barbara</b>	
Si no donan sangre	200 00
Si donan sangre	50 00
Cesareas	400 00
<b>Hosp El Progreso</b>	
Parto	
Cesarea	350 00

Respecto al **costo** de la atencion en todos los establecimientos no cobran la consulta de control en Crecimiento y Desarrollo en los **CESARES** y **CESAMOS** el costo de la consulta es de 1 lempira pero si la persona no tiene dinero siempre se les atiende - A nivel de **CESAMOS** de la Region N° 3 cobran 3 lempiras pero 2 de ellos lo destinan para un fondo para atencion de emergencias En cuanto a la atencion de partos el costo descrito en el cuadro anterior

Tanto las **CMI** como los **CHA** manifiestan que si los pacientes no pueden pagar la atencion siempre se les atiende

- **Capacidad de Respuesta**

En esta area se analizan los datos correspondientes a la capacidad que tienen los servicios para dar respuesta a las necesidades que son sentidas y manifestadas por la poblacion

VARIABLE	CESARES	CESAMOS	CMI	CHA
<b>CAPACIDAD DE ACUERDO A ETAPA</b>	No hay para atender un niño Si todos fueran de menos riesgo	Partos eutócicos neonatos con menos riesgos No hay capacidad para atender emergencias en niños pequeños	Los servicios no están preparados para atender emergencias en neonatos	Problemas para diagnóstico de enfermedades Hacinamiento Problemas de espacio físico en cuanto a distribución Después de las 9 p.m. no funciona rayos x laboratorio quirófano y otros

La capacidad de respuesta de todos los establecimientos está limitada no solamente por la problemática de instalaciones físicas insuficientes e inadecuadas, sino que también por falta de conocimiento técnico del personal para atender especialmente a los neonatos de riesgo cuando se les presenta uno de estos casos le dan referencia a otro nivel de atención en ocasiones que no pueden hacer la referencia tratan al paciente y sienten satisfacción cuando pueden salvar un paciente

VARIABLE	CESARES	CESAMOS	CMI	CHA
<b>EQUIPAMIENTO</b>	Falta servicio de laboratorio No hay equipo para atención de emergencia medicamentos de urgencia Falta ropa camillas materiales mobiliario de oficina y otros	Medicamento (antibióticos) No hay oxígeno ni equipo para intubación y para atender una emergencia aparatos de succión lámparas de calor y otros No se tiene una sala para atender partos	Falta material de laboratorio No hay rayos x No hay oxígeno Medicamentos (solamente tienen lo básico)	Falta de personal médico y de enfermería Falta ropa equipo médico Equipo médico para atender emergencias Incubadora de transporte Instrumental Médico

Como puede verse en el cuadro anterior todos los establecimientos tienen problemas en cuanto al equipamiento en general tanto el de menor como el de mayor complejidad, manifestando fallas no solamente en el funcionamiento del sistema de suministros sino que también en cuanto a la dotación de personal y se percibe que la demanda de servicios sobrepasa la capacidad de oferta de los mismos “Nosotros sabemos los que trabajamos allá, que después de las 9 de la noche no funcionamos como verdaderamente un hospital va después de las 9 de la noche, no funciona quirófano no funciona rayos x, no funciona farmacia, no funciona laboratorio” (Lic Enfermería) - “No tienen enfermeras no tienen médicos, no hay nada” (Médico)

VARIABLE	CESARES	CESAMOS	CMI	CHA
<b>COMUNICACION INTERPERSONAL</b>	Hablarles con palabras sencillas que puedan entender Hacerlas sentir (madre o embarazada) que no se está allí para recriminar o reclamar Darles confianza Que devuelvan con sus propias palabras el mensaje recibido	Dar educación a la pareja Hacer sentir al acompañante que forma parte del diálogo Que devuelvan con sus propias palabras el mensaje La gente a veces no cuenta porque no quiere perjudicar a la partera Cuesta agarrar a la pareja para dar educación	Lenguaje sencillo Participación de la familia Capacitación en lactancia materna y planificación familiar Diálogo con la madre y el esposo Darle confianza	Importante hablar con el acompañante Usar lenguaje apropiado Educación en manejo y cuidado del recién nacido Contacto permanente con el familiar para informar el estado de salud del paciente Darle confianza

El cuadro anterior nos muestra que en todos los niveles el personal considera que es importante el utilizar un lenguaje sencillo y dar confianza cuando están comunicándose con las familias y especialmente con las madres y aquí es conveniente reflexionar sobre uno de los puntos que aparecen a nivel de los CESAMOS y en el cual se percibe que el personal en cierta forma presiona a las madres que responsabilicen a la partera. Además mencionan que no obstante que es importante el hablar con la pareja tienen dificultades para hablar con el esposo ya que este generalmente se encuentra trabajando - Las CMI expresan que consejería del cuidado del menor de 29 días y señales de peligro no se está haciendo en sus establecimientos.

VARIABLE	CESARES	CESAMOS	CMI	CHA
CALIDEZ  O  RESPECTO A CREENCIAS Y COSTUMBRES	Cuando la familia cuenta sus creencias yo me río' Elas tienen sus creencias y uno no debe reírse Hay gente que es bien grosera A la gente le gusta que uno la escuche Se les grita se rien o no les ponen atención Le contestan con malas palabras y humillando a la gente	Tratamos de ser respetuosas con las creencias Me gusta darles confianza para que me cuenten que cosas hacen Hay quienes se burlan de esas creencias Hablo con la gente pero yo insisto hay resistencia cultural Los que no somos del lugar lo vemos raro y no lo aceptamos	La mayoría de nosotras según nos forman somos tajantes Somos rústicas Si van con el acompañante le decimos que espere afuera No se hace integración con el acompañante Nosotros les decimos que lo está matando (al hijo)	Lenguaje apropiado Hacerle interrogatorio bien intenso Es importante hablar con el acompañante No usar palabras sofisticadas Repetir varias veces hasta que entiendan el mensaje

Los datos revelan que en la mayor parte de los establecimientos en las relaciones que tiene el personal con la comunidad carecen del componente de calidez y estos resultados son contradictorios con los encontrados en el cuadro anterior ya que es difícil lograr la participación de la familia y la integración del acompañante en la consulta si se le está dejando fuera del consultorio - Por otro lado el tratar de lograr la confianza de la familia y reírse de sus costumbres son actuaciones contradictorias y si bien es cierto que dentro del personal hubo manifestaciones de respeto a las creencias no debe perderse de vista que el actuar institucional en su conjunto es el que la comunidad percibe.

VARIABLE	CESARES	CESAMOS	CMI	CHA
COMPETENCIA	Solo en casos menos graves No han profundizado en la capacidad de diagnóstico Diarrea que no este deshidratado el niño fiebre Referen de acuerdo a la norma	No todo el personal tiene capacitación No se sienten capacitadas para atender ciertas emergencias en parto y niño	Laboratorio no tiene capacidad Tienen capacitación para atender emergencias pero les falta en embarazadas y recién nacidos Falta entrenamiento en canalización de venas umbilicales	no se consigna más información que una de las participantes que manifestó no tener experiencia en canalización

Las necesidades de capacitacion expresadas indican que para orientar y lograr la atencion efectiva de los establecimientos en el grupo de los neonatos el personal debe recibir previamente un reforzamiento integral en su capacitacion

• **ACERCAMIENTO A LA PARTERA**

Todas las participantes reconocen que la partera desempeña un papel importante en su comunidad ya que es la primera persona a la que acuden las familias en consulta o para atencion por lo tanto es una de las personas mas informadas de los eventos que ocurren en ella “La partera en sus comunidades tiene gran poder de convencimiento, ellas en sus comunidades son lideres’ (Medico)

VARIABLE	CESARES	CESAMOS	CMI	CHA
<b>FACILITADORES</b>	Reuniones de Informacion Organizacion del personal comunitario Entrega de material(yodo cinta umbilica gasas y otros) Visitas de supervision Visita domiciliaria conjunta con la partera Darles confianza	Reuniones de informacion con refrigerio Reuniones mensuales Visitas domiciliarias conjuntas Cautela al momento de hacer recomendaciones o rectificaciones Darles confianza Darles capacitacion Aceptacion de la referencia	Reuniones mensuales Capacitacion	Capacitacion Utilizacion del personal comunitario Llevarlas a que conozcan el hospital y observen como se atende el parto y el neonato
<b>BARRERAS</b>	El número limitado de visitas de supervision Mitos de las parteras Timidez de las parteras para acercarse al centro de salud con sus pacientes No asisten a reuniones Toman decisiones que no estan de acuerdo a su nivel No todas estan capacitadas Utilizacion de amenazas	No asisten a reuniones No tienen dinero para ir a las reuniones No se les puede costear gastos (almuerzo y otros) para que asistan a reuniones Siempre estan dispuestas a atender sea de riesgo o no Si uno les pone un rotafolio a una partera mas bien se duerme Actitud del personal institucional Cuando la partera va al centro de salud se le mira con indiferencia	La edad “son muy viejitas” -Son misticas (creen en cosas y eso dificulta trabajar con ellas) Costumbres y creencias en atencion de parto Uso de oxitocina “en Minas de Oro no hemos realizado ninguna actividad con las parteras”	No saben leer ni escribir Atencion de parto sin medidas higienicas Transporte Falta de financiamiento para gastos de transporte y reunion

Sin embargo para su interaccion con las parteras el personal identifica la existencia de algunas factores que se pueden considerar como facilitadores en este proceso de comunicacion asi como tambien reconocen la existencia de barreras que entorpecen el mismo

En el acercamiento a la partera las reuniones son uno de los facilitadores mas importantes y se presentan en todos los niveles de establecimientos pero para su realizacion enfrentan problemas de indole economico la capacitacion es otro facilitador mencionado pero tienen dificultad para lograr la atencion de la partera lo que indica que posiblemente debiera revisarse el metodo utilizado ya que podria ser que no sea el mas apropiado por condiciones de analfabetismo “si uno les pone un rotafolio a una partera mas bien se duerme” (Aux Enfermeria) - “Una metodologia nueva de enseñarles a ellas y dialogar” (Aux Enfermeria)

En cuanto a la visita domiciliaria conjunta y a la timidez de la partera para llevar a sus pacientes al centro existe una dificultad para lograr una comunicacion mas amplia profunda y efectiva y es la apreciacion que tiene el personal de sus costumbres y creencias la cual debe estar siendo percibida por las parteras

A nivel de un grupo focal de **CESARES** se manifiesta la utilizacion de amenazas para lograr que las parteras modifiquen o abandonen sus practicas pero esto es contraproducente porque provoca en ellas mayor resistencia al cambio **“Entre las dos la vamos a enmendar a ver, si es posible que si una señora se muera o un niño, que la Fiscalia va a llegar o algo para darle un poquito de miedo para hacerlas entrar en conciencia” (Aux Enfermeria)**

- **Comportamiento de la Demanda**

En cuanto a la **demanda rechazada**, en los niveles de **CESARES**, **CESAMOS** y **CMI** manifiestan no tener rechazo, sin embargo en uno de los **CESARES** informan sobre la utilizacion de una persona como apoyo la cual realiza actividades para las cuales no esta capacitada, lo cual es un signo de que para evitar el rechazo utilizan recurso de apoyo adicional porque su capacidad de oferta de servicios ya fue rebasada por la demanda y que la calidad de atencion es cuestionable **“En el caso mio hay una persona encargada que es una muchacha que me ayuda alli todo lo que puede, ella lleva el control de embarazo, de puerperio, control de crecimiento y desarrollo y lo que es planificacion familiar” (Aux Enfermeria)**

Solamente en los **CHA** expresan que la demanda supera la capacidad de oferta, que los materiales se agotan y diariamente quedan entre 30 a 35 pacientes que no se ven en la consulta y en la hospitalizacion se esta **disminuyendo los dias de estancia** como una medida paliativa para hacer frente a este desequilibrio

A nivel de los **CESARES** dicen que el incremento en la demanda se debe al aumento en el costo de la vida y a los altos costos de la medicina privada - En las **CMI** y **CHA**, el personal percibe que la demanda especialmente en partos aumenta en los meses de Septiembre y Octubre como consecuencia de las fiestas de navidad **“ En septiembre esperamos nosotros hasta partos gemelares,todos se vienen” (Aux Enfermeria)** - Cuando la demanda es baja se aprovecha para descansar hacer material y salir a la comunidad para captar embarazadas

Respecto a la **demanda satisfecha** el personal de todos los niveles dice que la de los niños menores de 29 dias y la de puerperas es baja aunque a nivel de **CESAMOS** consideran que la misma ha mejorado en el ultimo mes y los de la Region N° 2 manifiestan estar atendiendo el **“ 60% de la puerperas”** y en **“ la Paz tiene 74 puerperas en control ” (Medico)**, lo que consideran una respuesta adecuada - En todos los niveles el mayor esfuerzo se hace en la captacion temprana y control de las embarazadas **“se les pide a las parteras que manden las embarazadas que tienen en control” (Aux Enfermeria)**

En las **CMI** no se consigno informacion - En el Hospital de Santa Barbara manifiestan que ha aumentado la demanda de niños menores de 29 dias asi como de puerperas

Acerca de el **comportamiento general** de la demanda, la suegra o la madre y la partera son las que generalmente acompañan a la paciente, el esposo acompaña especialmente en familias “no extendidas” en los CESAMOS de la Region N° 3 acompañan también las Consejeras de Lactancia Materna

Tanto a nivel de **CESARES, CESAMOS y CMI** mencionan que los acompañantes de la paciente se quedan afuera de las clínicas, la partera en cambio entra cuando va con un niño, si acompaña a la madre se queda afuera, - Cuando el esposo no acompaña a la madre, la partera toma la decisión de aceptar la responsabilidad cuando hay necesidad de trasladarla al hospital, o de comprar algún medicamento - No hay información de lo que sucede al respecto a nivel de hospitales

A nivel de las **CMI** hacen referencia a una ocasión en que la partera acompañaba a la paciente y ayudo a atender el parto “**algunas (parteras) que si les gusta acompañar a la señora hasta que le ven el fin como dicen ellas**” (Aux Enfermería)

Sobre las causas de **alteraciones en la demanda** a nivel de **CESARES** al menos en dos de ellos consideran que la demanda varía como consecuencia de la permanencia de ellas en el centro de salud ya que a veces solamente están 10 días en el centro - Sin embargo manifiestan que el programa de alimentos y el bono materno les ha hecho aumentar la “cobertura”, de igual forma ha contribuido el que en los cabildos abiertos que hace la Alcaldía, se ha abordado el tema de riesgo reproductivo

En los **CESAMOS** de la Region N° 3 manifiestan que la demanda les ha bajado y la asocian a la entrega o no de multivitaminas prenatales, normalmente hacen un análisis mensual de atenciones y cuando observan bajas coberturas lo que hacen es intensificar la entrega de **paquetes básicos** en las comunidades “**a raíz de que estaban bajas las coberturas intensificamos los paquetes básicos**” (Aux Enfermería)

Las **CMI** no proporcionaron información sobre el tema, lo mismo que el Hospital de Santa Bárbara - En el Hospital de El Progreso manifiestan que los meses de Septiembre y Octubre son los “**meses de apogeo de las madres**” frente a este incremento de la demanda y con la escasez de personal lo que hacen es restringir el otorgamiento de vacaciones o de licencias por tiempo compensado - En periodos de baja demanda la situación es “**excelente**” lo que hacen es aprobar vacaciones y permisos

Acerca del **temor** la familia a aceptar la referencia, el personal a nivel de **CESARES y CESAMOS** extornaron opinión y piensan que una de las razones es la incertidumbre de si van a ser atendidos o serán rechazados, otra es lo complejo que consideran que es ir al hospital y finalmente la razón tal vez más importante es la situación económica de las familias

Referente a la **aceptación y valoración de la referencia por la partera** solamente se obtuvo información a nivel de **CESARES** las que manifiestan que las parteras envían su referencia y con eso se atiende todas dicen enviar la contrareferencia a la partera

La **aceptación o rechazo de la referencia por la población** a nivel de **CESARES y CESAMOS** afirman que algunas familias aceptan la referencia y llegan al centro, otros la aceptan pero se quedan en la comunidad esperando a ver si su pariente mejora otros manifiestan no querer ir al

hospital tambien algunos insisten que en la referencia se diga “ellos hacen un sacrificio, siempre le piden a uno que les diga por favor lo atiendan porque son pobres, vienen de largo y economicamente ” (Aux de enfermeria) De los otros niveles de establecimiento no se obtuvo informacion

En cuanto a la aceptacion de servicios por parte de la poblacion los resultados obtenidos en cada uno de los niveles de establecimiento, tanto para el neonato como en la atencion del parto, se resumen en el cuadro siguiente

**ACEPTACION DE SERVICIOS  
EN EL MENOR DE 29 DIAS**

SERVICIO	CESARES	CESAMOS	CMH	CHA
CUIDADO Y CURACION DEL CORDON UMBILICAL	No les gusta el gancho Cuando les ponen el fajuelo el nino llora mucho Les gusta que les ensenen como curar el ombligo Le dan importancia	Interes de la madre y la abuela en como cuidar el cordon		Estan pendientes Las multiparas ya saben
PROFILAXIS OFTALMICA	No han oído nada No se realiza	La gente está consciente que los ninos se enferman de los ojos Es bien aceptada	A veces rechazan	Aceptan Piensan que es necesario
APEGO PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO	Les encanta asi no se lo pueden robar (al nino) A veces no se los dan porque las pacientes estan dos en una cama Estan conscientes ahora de eso Les gusta que les lleven los ninos al salir del parto	Les gusta porque no les quitan a los hijos Les preocupa cuando no les dan al nino	-Rapidito piden a su nino -A veces ponen el pretexto de que no les dan de mamar por el pezón lacerado	Un poco inconformes las de cesarea Problemas cuando hay dos pacientes en una cama Lo han aceptado Lo ven como normal
CONTROL DEL NINO MENOR DE 29 DIAS	Le dan importancia a eso si en el hospital les dicen	No llegan a control porque estan debiles y no pueden caminar Siempre van al control	No pueden caminar antes de los 40 dias Llegan poco a control con los ninos a los 10 dias	Como se hace en conjunto con la madre lo han aceptado La respuesta es buena no faltan a la cita
VACUNACION DEL NINO MENOR DE 29 DIAS	Aceptan Se preocupan por la BCG Mandan a vacunar al nino con un pariente	La gente ya se acostumbro No han escuchado quejas con BCG Ellas ya saben Preguntan no me lo va a vacunar	La aceptan Ellas estan pendientes	A veces dicen que les afecta Les da gripe Les da calentura

De acuerdo a los datos anteriores se puede deducir que la poblacion acepta los servicios que prestan los establecimientos en el cuidado del neonato excepto la utilizacion del gancho umbilical que ha sido externado a nivel de **CESARES** - Para lograr la captacion temprana de la puerpera y el recién nacido debe considerarse lo manifestado a nivel de **CESARES** en cuanto que si en el hospital les dicen a las madres que lleven a sus hijos al centro a los diez dias estas le dan importancia y

cumplen las citas Respecto a como la poblacion acepta los servicios en el parto tenemos los datos siguientes

SERVICIO	CESARES	CEGAMOS	DM	CHA
ACEPTACION/RECHAZO DE ACTIVIDADES DE PREVENCION	No se dan cuenta del parto limpio		Vacunación con toxoide ultimamente lo aceptan	
POSICION PARA DAR A LUZ	Les gusta sienten que es más fácil en la mesa de partos Mucha gente y mucha luz	-Están acostumbradas a la privacidad Les gusta ponerse hincadas en el suelo Se quejan de la posición de la camilla La partera las coloca a su gusto	-Una paciente no queria pasarse a la "burra"	Algunas se asustan cuando se les habla de cesárea La mesa de partos algunas la aceptan como normal raramente solicitan parir en otra posición
EPISIOTOMIA	No les gusta le huyen Es dolorosa No pueden defecar	No les gusta especialmente cuando son traumáticas Le tienen miedo	Una paciente no se dejó reparar la episiotomia	La confunden con la cesarea Algunas la rechazan otras la piden
RASURADO DEL PERINE	No les gusta Ya no se hace en hospitales	Ya no se hace	Ya no se hace No les gusta -Se sienten incomodas	No se hace
TACTOS FRECUENTES	-Se quejan que es doloroso No les gusta que les esten metiendo la mano Si es una mujer aceptan	Muchas personas las manosean Reclamos del marido No les gusta que les metan los dedos	No les gusta Se ponen molestas -Sienten dolor Si es una mujer la que hace el tacto sienten menos verguenza -A veces no les explican que es un tacto	No les gusta y tienen razón Se niegan No se quieren dejar examinar hay que estariyas convenciendo
REVISIONES POST PARTO	No les molesta	No les gusta por dolorosa Temor cuando el medico es varon		
BANO ANTES DE LA REVISION POST PARTO	No les gusta			
RESTRICCIONES (TOMA DE AGUA ALIMENTACION)	Se quejan porque no les permiten alimentacion	La comida no se la comen En la comida les dan huevo y este es malo (se pudren y hieden) Las dejan aguantando hambre	Se sienten mal porque se les dice que no coman o tomen agua	Protestan De la comida todo el mundo se queja En el hospital ni un testito de canela le dan a uno
MANIFESTACIONES DE MALTRATO	Cosas que no se le deben decir a un paciente La regana el doctor Uso de expresiones que las molestan	Se quejan del trato al momento de pujar Expresiones inadecuadas Les pegan cuando pujan Les gritan		

Los servicios que se prestan a la madre en la atencion del parto, varios tienen manifestaciones de rechazo por parte de la poblacion pero destacan la **posición para el parto**, la **alimentación** y la **falta de calidez en el trato** - Los tres servicios anteriores son los que hacen que la familia prefiera

la atención de la partera precisamente porque esta acostumbra darle a la madre, bebidas calientes durante todo su trabajo de parto, la coloca en la posición más cómoda para atenderle el parto pero sobre todo porque se siente en familia, es decir el servicio de la partera tiene sus deficiencias que la población reconoce, pero tiene sobre todo **calidez**

## 5 - FUNCIONAMIENTO DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Relacionado con el funcionamiento de la referencia y la contrareferencia, a nivel de todos los establecimientos se manifiesta que el sistema en su conjunto no está funcionando ya que del mismo solamente la referencia funciona pero con algunas limitaciones, los datos se presentan a continuación

DESCRIPCION	CESARES	CESAMOS	CMU	CHA
<b>REFERENCIA</b>	<p>Ninguna referencia le hacen caso en los hospitales</p> <p>-Las echan a la basura las rompen</p> <p>-Dicen esto no vale nada</p> <p>Las referencias que he mandado los médicos le han dado mucha importancia</p> <p>-Si es un parto que la partera puede atender se les da la referencia</p> <p>La doctora lo que hizo fue reírse y decir quien es esta ginecóloga que manda esta paciente</p>	<p>Puerpera con algún riesgo y cesareas vienen con referencia</p> <p>El personal comunitario hace llegar bastantes referencias</p> <p>-Nuestra obligación mandar la referencia normal</p> <p>En caso de neumonías que el personal comunitario fue capacitado hay referencia</p> <p>No le están dando importancia a la referencia en el hospital</p> <p>Solo funciona con el servicio de neumología del Miguel Paz Barahona</p> <p>En El Progreso solo agarran las referencias y a la basura</p> <p>Nos refieren paciente de Pimienta y Bijao</p>	<p>De todas las que he hecho sólo me han mandado una</p> <p>En Marcala la referencia funciona bien</p> <p>-Ya puede ir con la nota de un especialista y no les vale</p>	<p>-A veces la referencia está mal orientada</p> <p>-Siempre que venga una referencia de obstetricia tiene que ser evaluada</p> <p>Se dejan dos cupos para las referencias si están llenos de cualquier manera tenemos que evacuar la referencia</p> <p>Cuando llega una referencia el médico tiene buena actitud y voluntad aunque sea en papelitos los atiende</p> <p>Del Catarino Rivas nos han rechazado la referencia</p>
<b>CONTRA REFERENCIA</b>	<p>No mandan la contrareferencia de los hospitales</p> <p>Ni el CESAMO manda la contrareferencia</p> <p>Cuando las parteras mandan referencia no les contestamos porque la mayoría son atendidas</p> <p>No les contestamos a las parteras hasta en las reuniones</p>	<p>No envían contrareferencia</p> <p>No estamos devolviendo información</p> <p>En caso de neumonías se envía a los voluntarios la contrareferencia</p> <p>La contrareferencia funciona mal</p> <p>No mandamos contrareferencia</p> <p>Yo nunca he contestado una contrareferencia</p>	<p>Aquí en Siguatepeque la Enfermera Profesional va a notificar lo que le hicieron (al paciente)</p> <p>La contrareferencia se estuvo llevando un tiempo</p> <p>Contrareferencia de los hospitales no tenemos</p>	<p>No tenemos suficiente tiempo para hacer una contrareferencia</p> <p>-El paciente dice que el centro de salud le queda muy largo</p> <p>La contrareferencia se hace la mayoría de las veces</p> <p>La contrareferencia se hace pero el sistema no funciona</p> <p>Es cuestión de actitud y organización</p>

En todos los niveles, el personal manifiesta haber tenido problemas con la referencia en cuanto a que no le dan importancia o la rechazan - En cuanto a la contrareferencia la misma no esta funcionando en ninguno de los niveles ya que a nivel de CESARES refieren que el CESAMO no les contesta las referencias y este manifiesta que las CMI y los CHA tampoco responden y a su vez estos refieren que los hospitales nacionales no contestan las referencias - Las razones para no contestarlas son variadas, desde las que manifiestan que al personal comunitario se les responde en las reuniones hasta los que aducen no tener tiempo para contestarlas o que las contestan pero las pacientes no llegan a los establecimientos

El sistema de referencia y contrareferencia es concebido, desde el punto de vista administrativo, como el componente de **complementariedad** de la capacidad de respuesta de los servicios, en su conjunto a las necesidades de salud de la población - Debido a los escasos recursos de que dispone el país y en especial el sector salud, la racionalización en el uso de los mismos obliga a disponer cierto tipo de tecnología en cada nivel de atención y concentrar en otros la más alta tecnología - Si esta complementariedad no funciona en alguno de sus componentes, especialmente el nivel que refiere no tiene el mecanismo de conocer **si esta haciendo las cosas bien** o por el contrario cuales son las fallas que tienen y sobre todo las necesidades que tienen - **“cuando enviamos a un niño a un establecimiento de mayor complejidad tenemos el derecho de saber que paso con ese niño ”** (Medico)

Relacionado con la **respuesta en situaciones de emergencia**, en todos los establecimientos expresan que refieren a otro establecimiento por la falta de capacidad para atender los casos de emergencia ya que carecen de todo - Frente a la referencia, la familia reacciona en primera instancia con **“alarma y susto”** y para resolver el problema de transporte el personal de salud acompaña a la familia a solicitar ayuda económica a la Alcaldía, otras instituciones, a los mismos pacientes o si tienen recursos económicos contratar un carro - A nivel de los CESAMOS además expresan que algunas familias responden rápido cuando se les comunica que es una emergencia, con falta de interés cuando el niño es pequeño, pero que también algunos **“dan la vuelta y regresan a sus comunidades”** (Enf Profesional)

Los CESARES y CESAMOS tienen **experiencias positivas** no solo en su relación con las parteras sino que en cuanto a pacientes de emergencia que han referido y han atendido a sus pacientes ratificando sus diagnósticos algunos pacientes solicitan referencia a determinado establecimiento porque consideran que allí los atienden bien - En cuanto a las **experiencias negativas**, las mismas están relacionadas con rechazo de la referencia maltrato y mala imagen que tiene la población de los hospitales la muerte del paciente porque la madre no acepto la referencia **“porque no me atienden yo no quiero ir”** (Aux Enfermería)

La **participación de la partera para aceptar la referencia** a niveles de CESARES Y CMI consideran que su papel es importante no solamente porque la familia les consulta sino que siempre acompañan a las pacientes, aunque en ocasiones el personal no valore lo que representa esto para la familia **“Hay parteras que les encanta venir a dejar pacientes, aunque no tengan la responsabilidad ellas son bien tontitas, no les digo las palabras a ellas directamente pero las analizo”** (Aux Enfermería)

En ocasiones para convencer a la familia a aceptar la referencia en ocasiones la partera **“se pone del lado del medico”** (Medico)

El tiempo que la familia tarda para **tomar la decision** de aceptar la referencia tiene diferentes variaciones y va desde varios dias, no le dan importancia y lo dejan para el dia siguiente, hasta la consulta que tiene que hacer la mujer al marido para **“por muy grave que esten viendo al niño ellas primero tienen que ir a consultar con el esposo si las deja ir”** (Enf Profesional)

En cuanto a la **logistica familiar**, frente a una referencia los parientes responden de diferentes maneras, buscan ayuda en los grupos comunitarios e iglesias, van a conseguir dinero a sus comunidades pero tambien algunos se regresan a sus casas - A nivel de CESAMOS refieren que **“siempre es mas importante la embarazada y la parturienta”** (Enf Profesional) y que ocasionalmente los familiares para aceptar la referencia les piden garantias de **‘ que su pariente va a vivir ’** (Médico) lo cual es agravado por la percepcion de el tramite burocratico para retirar un cadaver y los costos añadidos que esto implica para su precaria situacion economica **“es mas dificil sacar a alguien del hospital si muere y es un problema grande”** (Aux.Enfermeria)

**PERCEPCION DEL PROBLEMA DE LA  
MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL**

<b>BARRERAS</b>	<b>FACILITADORES</b>
<b><u>MAGNITUD DEL PROBLEMA</u></b>	
<p><b><u>A Nivel de la Comunidad</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento del problema de la morbilidad y mortalidad en el menor de 29 dias debido a               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de Informacion</li> <li>-Poco Nivel Educativo</li> <li>-Falta de conciencia</li> </ul> </li> <li>• Actitud de indiferencia de algunos lideres comunitarios en conocer y contribuir a resolver la problematica de la morbilidad y mortalidad neonatal</li> <li>• Percepcion de la comunidad no organizada de que el problema de la morbilidad y mortalidad neonatal tiene implicacion individual y no colectiva</li> <li>• Percepcion de que los problemas de salud son competencia de la Secretaria de Salud y no la responsabilidad de varios sectores</li> <li>• El niño menor de 29 dias, por su edad no es percibido como una persona y por lo tanto con derechos a una identidad nacionalidad y nombre</li> <li>• Percepcion de la comunidad de que el unico miembro de la familia que se preocupa del problema de la morbilidad y mortalidad neonatal es la madre, y que el resto de la familia no participa</li> <li>• Influencia del factor religioso en la percepcion que tiene la comunidad de la muerte neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo de algunos Alcaldes para organizar la comunidad</li> <li>• Presencia en la comunidad de organizaciones comunitarias, sociales, gubernamentales o privadas que realizan actividades que contribuyen a la solucion de la problematica</li> <li>• Participacion activa de lideres religiosos en cuanto a conocer y apoyar acciones encaminadas a solucionar la problematica relacionada con el neonato</li> <li>• Presencia en la comunidad de personal comunitario (Partera, Guardianes, Colvol), realizando actividades de apoyo a los servicios de salud</li> <li>• La comunidad organizada percibe que la solucion de los problemas son responsabilidad colectiva y no individual</li> </ul>

**PERCEPCION DEL PROBLEMA DE LA  
MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL**

<b>BARRERAS</b>	<b>FACILITADORES</b>
<p><b><u>A Nivel de la Familia</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El menor de 29 dias es percibido por la familia como un problema por los gastos (tiempo y dinero), en comparacion con un adulto que representa un aporte economico</li> <li>• El enfoque de genero influye en el rol que el padre desarrolla en la familia ya que a) se asume que la responsabilidad de los hijos recae sobre la madre b)la toma de decision final es del padre c) en caso de muerte es mas sentido un neonato del sexo masculino</li> <li>• Actitud de indiferencia en la familia en presencia de señales que estan indicando la existencia de un riesgo para la vida de la madre y el niño</li> <li>• El rol de proveedor que el marido desempeña en la familia demora la toma de decisiones en cuanto a acudir oportunamente al servicio de salud ya que el debe autorizar si se va o no</li> <li>• La capacidad de percepcion en la familias de las señales de peligro, especialmente en el neonato esta influenciada por su bajo nivel cultural analfabetismo, situacion de pobreza y postergacion geografica</li> <li>• Percepcion segmentada del binomio madre-niño al separar el riesgo en la vida de la madre y la relacion que esta tiene en la del neonato</li> </ul> <p><b><u>A Nivel de los Servicios</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La falta de una decision politica con respecto al neonato no ha permitido que los servicios tengan un conocimiento real de la problematica de su morbilidad y mortalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de las abuelas en el cuidado de la madre y el niño favorece la posibilidad intervencion los servicios de salud a traves de capacitacion</li> <li>• Identificacion que hace la familia de ciertas señales de peligro, especialmente en la madre, que los hace acudir a control en los servicios de salud (Aborto consecutivos,)</li> </ul>



## IDENTIFICACION DE SEÑALES DE PELIGRO Y SU RESPUESTA

BARRERAS	FACILITADORES
<p><b>SEÑALES DE PELIGRO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacidad de percepcion de la comunidad y la familia de las señales de peligro, en el neonato y la madre, esta influenciada por las tradicion, costumbre, creencias en explicaciones magico religiosas</li> <li>• La comunidad y las familias no reconocen algunas señales de peligro que estan indicando la presencia de riesgo a la vida del neonato tales como enfriamiento, bajo peso introduccion de otros alimentos ictericia y en la madre la presencia de edema y otras patologias añadidas</li> <li>• El tratamiento tradicional de la onfalitis, fiebre diarrea deshidratacion y llanto ponen en riesgo la vida del neonato por el uso de alguna sustancias</li> <li>• El uso que las familias hacen de varias sustancias para curar el ombligo agrava el riesgo en la vida del menor</li> <li>• El personal de salud, desconoce los niveles criticos de algunas señales de peligro relacionadas con el neonato</li> <li>• Entre la practica de la medicina moderna y la tradicional el personal descarta rapidamente v trata de ignorar esta ultima</li> <li>• El personal comunitario no orientado adecuadamente con sus acciones en el tratamiento de algunas señales de peligro pone en riesgo la vida del neonato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento de ciertos factores de riesgo en el neonato permiten el uso de tecnologia apropiada e innovadora como lo es la de “madre canguro”</li> <li>• La importancia que las familias le dan al cuidado del ombligo permite que el personal pueda desarrollar actividades de capacitacion</li> <li>• El personal comunitario bien orientado puede modificar su comportamiento en ciertas practicas de medicina tradicional (ej uso de litrosol en diarrea asociada con mollera caida)</li> </ul>

## IDENTIFICACION DE SEÑALES DE PELIGRO Y SU RESPUESTA

BARRERAS	FACILITADORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento por parte de los servicios de la problemática real de la morbilidad y mortalidad del neonato</li> <li>• El neonato está presente en las actividades de los servicios pero no es una prioridad ya que el énfasis se ha hecho al menor de 5 años en general</li> <li>• Existe desconfianza por parte de los servicios, en los datos que genera el RNP por de las inconsistencias y subregistros que han detectado</li> <li>• La falta de transporte y la inaccesibilidad geográfica están dificultando el acceso de las familias a los servicios de salud</li> <li>• El cierre de los establecimientos de salud por los desplazamientos del personal a realizar actividades comunitarias está afectando el comportamiento de la demanda</li> <li>• Algunas comunidades tienen una supervisión limitada por la falta de financiamiento para mayores desplazamientos del personal</li> <li>• La utilización de metodologías inadecuadas en la capacitación de la partera no permite lograr una atención efectiva de la misma</li> <li>• La falta de actividades extramuros a nivel de las CMI no facilitan el acercamiento de la comunidad a las mismas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de actividades conjuntas con la partera</li> <li>• El proyecto ACCESO que favorece la participación de otros sectores en la solución de problemas de salud</li> <li>• El Proyecto LUPE, la iglesia y los Alcaldes que están apoyando la realización de acciones en apoyo a la solución de la problemática</li> </ul>

**VALORACION DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE  
LA CALIDAD DE RESPUESTA INTRAMUROS**

<b>BARRERAS</b>	<b>FACILITADORES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de capacidad instalada en los servicios para la atencion del neonato</li> <li>• Falta de conocimientos actualizados del personal relacionados con la atencion del neonato</li> <li>• Falta de equipamiento tanto en mobiliario de oficina, equipo medico especialmente menor y dotacion de personal insuficiente</li> <li>• Marginamiento en los servicios del acompañante en la atencion de las madre</li> <li>• Falta de integracion del marido en el proceso de educacion, informacion y atencion de la madre y el niño</li> <li>• Utilizacion de la amenaza y regaño como medio de promover cambios o abandono de las practicas costumbres y creencias de las familias y la partera</li> <li>• Falta de capacitacion del personal en la atencion de emergencias especialmente en el neonato</li> <li>• Rechazo por parte de las madres a la utilizacion del gancho umbilical en la atencion del neonato</li> <li>• Rechazo por parte de las familias para aceptar la referencia por temor al trato inadecuado y a no ser atendidas en los servicios despues de haber salvado una serie de obstaculos</li> <li>• Rechazo de las madres a acudir a los servicios hospitalarios para atencion del parto por el no respeto a sus costumbres relacionadas con alimentacion posicion para el parto iluminacion</li> <li>• Renuencia a aceptar el examen vaginal especialmente si es realizado por personal masculino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El liderazgo de las parteras en sus comunidades</li> <li>• Las actividades que realizan el personal comunitario apoyan los servicios de salud</li> <li>• Aceptacion por parte de la familia de los servicios que se brindan al neonato</li> <li>• Percepcion de las familias y la comunidad de que los hospitales tienen capacidad para resolverle sus problemas de salud</li> <li>• Aceptacion por parte de la familia de los servicios que se le prestan a la madre especialmente alojamiento conjunto</li> <li>• Aceptacion por parte de la madre de la revision postparto cuando es realizado por personal femenino</li> </ul>

## FUNCIONAMIENTO DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

<b>BARRERAS</b>	<b>FACILITADORES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechazo especialmente de los hospitales de la referencia de los niveles menos complejos</li> <li>• Incomprension por parte del personal de los hospitales respecto a su papel de complementariedad de la capacidad de respuesta de los niveles menos complejos</li> <li>• Ausencia de mecanismos de control y seguimiento en los servicios al sistema de referencia y contrareferencia</li> <li>• Tramites engorrosos que deben cumplir las familias en el nivel a que son referidas, sin contar con servicios adecuados de orientacion</li> <li>• Largo tiempo de espera para ser atendidos en el nivel a que son referidos, sin que estos consideren que en ocasiones la familia o el acompañante debe regresar a sus comunidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participacion del personal comunitario en el sistema de referencia y contrareferencia de los servicios</li> <li>• Aceptacion por parte de los servicios de las referencias enviadas por la partera</li> <li>• Referencias de embarazadas a la partera de los casos de riesgo menor para que sean atendidos por ellas</li> </ul>

#### IV - CONCLUSIONES

- 1 Existe un desconocimiento a nivel de la comunidad familia y servicios de salud de la magnitud del problema de la morbilidad y mortalidad neonatal ocasionada por
  - Falta de interes en algunos de los lideres de las comunidades
  - Falta de Informacion oportuna y consistente
  - Bajo nivel educativo de los lideres y las familias
  - Falta de decision politica para priorizar la atencion del neonato en los servicios
  - La percepcion que tiene el personal de salud de que la politica partidista interfieren en la priorizacion de acciones efectivas, para resolver determinada problematica
- 2 Para la comunidad y las familias el menor de 29 dias no es percibido como persona y por lo tanto sin derecho a
  - Que obligatoriamente se inscriba su nacimiento y se le otorgue una identidad, un nombre y una nacionalidad
  - Que se registre su muerte y a no sea enterrado en forma anonima
- 3 Las familias, en general, perciben al neonato como una carga adicional a su precaria economia, en contraste con el adulto al que se le considera un proveedor adicional de ingresos economicos familiares
- 4 El enfoque de genero esta presente en la actitud de las familias frente al neonato, ya que es mas sentido el fallecimiento de un niño de sexo masculino, la responsabilidad de los hijos recae en la madre y el padre es quien toma siempre la decision final por su papel de proveedor
- 5 La actitud participativa de algunos alcaldes debe ser aprovechada por los servicios de salud para promover una articulacion de todos los sectores en funcion de resolver en forma conjunta la problematica general y particularmente la del neonato
- 6 La falta de datos confiables y oportunos dificulta no solo el conocimiento de la problematica sino que tambien el poder evaluar los cambios que se estan obteniendo esto esta condicionado por
  - **Subregistro e inconsistencia** en los datos que genera la Oficina del Registro Nacional de las Personas (RNP)
  - **Tramites burocraticos** demasiado complejos por sus requisitos para registro de nacimientos y fallecimientos lo que ocasiona una actitud de indiferencia en la comunidad
  - **Centralizacion del tramite** en ciertas comunidades, descuidando a las mas postergadas tanto economica como geograficamente

- 7 La articulacion intersectorial e interinstitucional y su posibilidad de actuar en forma coherente en la problematica del neonato se ve restringida por
- **Percepcion segmentada** que tienen los lideres comunitarios respecto al manejo de la problematica, considerando que los problemas de salud son responsabilidad de la Secretaria de Salud y los de Educacion de la Secretaria de Educacion
  - **Actitud centralista y autosuficiente** del personal de los servicios de salud al considerar que son los unicos que tienen la responsabilidad de actuar frente a los problemas de salud
  - **Falta de organizacion comunitaria** que permita enlazar todos los esfuerzos que están haciendo diferentes organizaciones, publicas y privadas, con programas dirigidos a resolver problematicas especificas pero interrelacionadas con salud
- 8 La capacidad de las familias para percibir y actuar rapidamente frente a señales de peligro en la vida de un niño, esta condicionada por
- Tradiciones, costumbres y creencias
  - Nivel cultural
  - Situacion de pobreza
  - Postergacion geografica
  - Acceso a informacion adecuada
  - Acceso a medios de transporte en casos de emergencia
  - Acceso oportuno a los servicios de salud
- 9 El personal comunitario bien orientado es un **recurso estrategico** que deben ser utilizados para ampliar la cobertura de servicios de salud, especialmente en aquellas comunidades que no son accesibles para el personal de salud
- 10 Dentro del personal comunitario destaca la partera como un recurso estrategico a desarrollar por
- Su liderazgo dentro de la comunidad
  - Ser la primera persona a la que las familias acuden en busca de consulta o tratamiento para sus problemas de salud
  - Su apoyo al personal de salud en el proceso de convencer a las familias para aceptar las recomendaciones dadas por ellos
  - Su compromiso y responsabilidad con las familias y sus pacientes al acompañarlas a los centros de salud de referencia
- 11 Algunos programas han demostrado efectividad en cambios de comportamiento a practicas tradicionales de la comunidad (litrosol y lactancia materna), por lo tanto existe la posibilidad de intervenir algunas practicas relacionadas con la atencion de señales de peligro
- 12 El manejo oportuno de ciertas señales de peligro esta obstaculizado por
- Falta de conocimiento del personal de salud y las familias de los niveles criticos de las

- mismas
  - Las practicas comunitarias demoran el tiempo para que las familias acudan en busca de ayuda a los servicios de salud antes de que la situacion del menor se agrave
- 13 El tratamiento de ciertos factores de riesgo en el neonato, permite
- La utilizacion de tecnologia apropiada, innovadora y disponible como la de “madre canguro”
  - Incorporar a la familia en la educacion y cuidado del ombligo
  - Capacitar al personal comunitario en el manejo adecuado de las mismas
- 14 El acceso a los servicios de salud esta condicionado principalmente por
- Postergacion geografica
  - Falta de caminos y carreteras de acceso especialmente a las comunidades lejanas
  - Falta de transporte y horarios limitados de operacion
  - Cierre de establecimientos por ausencia del personal
  - Situacion economica de las familias
- 15 La calidad de respuesta de los servicios de salud a las necesidades de salud del neonato esta restringida por
- Falta de instalaciones fisicas adecuadas y saturacion de los servicios
  - Falta de equipo medico basico y suministros para responder a casos de emergencia
  - Falta de mobiliario y equipo de oficina basico
  - Falta de conocimientos actualizados del personal para atender en forma eficaz al neonato
  - El no involucramiento de todo el nucleo familiar en el proceso de educacion y atencion, por la falta de calidez en las relaciones con la familia y la comunidad
  - Temor de las familias al trato inadecuado y al rechazo en su referencia asi como a la no consideracion de su propia escasez de recursos
- 16 La aceptacion por parte de las familias de los servicios de salud que se le prestan se debe principalmente a
- El tipo de servicios que se le brindan al neonato y a la madre
  - Que las familias perciben al hospital como una solucion a sus problemas de salud
  - Calidez en el trato
- 17 La capacidad de respuesta eficiente eficaz y oportuna en los diferentes niveles de complejidad de los servicios de salud depende de
- Entendimiento claro del personal de los servicios de la complementariedad e interdependencia de cada uno de los niveles de establecimientos

- Funcionamiento del subsistema de referencia y contrareferencia
  - Fortalecimiento en capacidad técnica, instalaciones y equipo
  - Orientación completa y adecuada de la familia respecto al establecimiento de referencia y trámites a cubrir
- 18 Para obtener resultados positivos los establecimientos no requieren necesariamente hacer cambios que impliquen una mayor inversión, estos pueden iniciarse con modificaciones en la **actitud** del personal para lograr una **humanización** de los servicios y no olvidar que la **aceptación** de los servicios depende de la **percepción** que la población tenga de los mismos y sobre todo del respeto por sus costumbres y creencias

## V - RECOMENDACIONES

### A -COMUNIDAD

1 - La **Ley de Municipalidades**, vigente, confiere a los municipios el marco legal necesario para promover el desarrollo de sus comunidades a través del fortalecimiento del proceso de descentralización administrativa apoyado por el liderazgo de los Alcaldes Municipales y Auxiliares

Para viabilizar este proceso se recomienda

- Promover la participación activa e informada de la comunidad en los Cabildos Abiertos
- Fortalecer la organización de sus comunidades mediante la creación de instancias de diálogo, concertación y desarrollo como los Comités de Desarrollo Comunitario (CODECOS)
- Promover y apoyar la coordinación de todas las organizaciones, públicas, privadas y comunitarias con el propósito de dar direccionalidad a las acciones y esfuerzos que cada una realiza en la solución de los problemas de la comunidad
- Promover el estudio y desarrollo de alternativas, viables y factibles para el transporte de personas, especialmente en casos de emergencia
- Fortalecer la capacidad de gestión del municipio tanto en la búsqueda y canalización de financiamiento para la realización de obras como en la administración eficiente de los fondos
- Promover el desarrollo integral del personal comunitario que realiza acciones de salud dotándolos de los elementos educativos y de capacitación que le permitan realizar su trabajo de manera eficaz

2 - Revisar y actualizar los mecanismos utilizados por el Registro Nacional de las Personas en el registro de las estadísticas vitales especialmente nacimientos y fallecimientos, de tal forma que sus trámites sean accesibles a la población

## **B - SISTEMA DE SALUD**

1 - La Secretaría en los Despachos de Salud, es el organismo rector de la política de salud en el país para cualquiera de los sistemas, público o privado, y dado que la mortalidad infantil ocurre en un alto porcentaje en los niños menores de 29 días, se recomienda que con carácter de urgencia se tome la decisión política de incorporar la atención del neonato dentro de las prioridades normativas, programáticas y de servicio del sistema de salud

2 - Para dar respuesta efectiva a las necesidades de salud de la población y especialmente del neonato se recomienda

- Efectuar los estudios necesarios para lograr las adecuaciones y ampliaciones en las estructuras físicas de los establecimientos de salud
- Realizar un análisis de los requerimientos básicos de equipo, médico y de oficina, y materiales necesarios para la atención del neonato, así como la elaboración de las normas que regulen su uso y reposición de acuerdo a vida útil
- Elaborar un plan de capacitación en atención al neonato que involucre al personal de salud en todos los niveles y al personal comunitario
- Que los servicios efectúen los cambios necesarios en sus interrelaciones del personal con la comunidad y la familia, con el propósito de incorporar a las mismas el componente de respeto y calidez
- Analizar la posibilidad de efectuar cambios en la forma en que se prestan algunos servicios, especialmente en el proceso de atención del parto, considerando la importancia que tienen las costumbres y creencias para la familia en especial para la parturienta
- Coordinar con las instituciones que trabajan con Medicina Tradicional el desarrollo de procesos y metodologías de capacitación, que rescaten el valor e importancia que tiene esta dentro de las comunidades
- Establecer un sistema de vigilancia y cumplimiento del subsistema de referencia y contrareferencia

## **C - INSTITUCIONES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS**

1 Considerando la importancia que tiene para la comunidad sus costumbres, creencias y prácticas, en el tratamiento de problemas de salud se recomienda

- Incorporar en la currícula de todas las instituciones formadoras de recursos humanos, en todos los niveles, el componente de medicina tradicional con el propósito de a) rescatar el conocimiento que tiene la comunidad en el tratamiento de sus problemas de salud y poder facilitar la intervención en algunas de sus prácticas b) viabilizar el ajuste que requiere el perfil educacional con el perfil ocupacional en la práctica de los egresados en las comunidades

**ANEXO**

- 1. BIBLIOGRAFIA**
- 2. GLOSARIO DE ABREVIACIONES**
- 3. GUIA DEL GRUPO FOCAL**

## BIBLIOGRAFIA

- 1 **Perfil de las Regiones 1, 2 y 3** -Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar, 1996, Ministerio de Salud Publica, Honduras, 1996
- 2 **Panorama de la Mortalidad Materno Infantil - Riesgo Reproductivo y Salud Materno Infantil** -Revista,Ministerio de Salud Pública,ASHONPLAFA,USAID/HONDURAS, Honduras, 1995
- 3 **Tendencias de la Poblacion - La Honduras de Hoy y la Honduras del Mañana** - Revista, Ministerio de Salud,SECPLAN, SEDA,ASHONPLAFA, USAID/HONDURAS, Honduras, 1995
- 4 **La Mision de la Corporación Municipal como Entidad Colegiada** -El Comunicador Municipal, FUNDEMUN,USAID, Numero 12, Honduras,1996
- 5 **Normas de Atencion del Parto** -Manual de Normas y Procedimientos de Atencion Integral a la Mujer,MSP,OPS/OMS,FNUAP,Asociacion Save The Children,Plan Internacional, Honduras, 1995

## **GLOSARIO DE ABREVIACIONES**

<b>CESAR (1),(2),(3)*</b>	Centro de Salud con Auxiliar de Enfermería
<b>CESAMO (1), (2), (3)*</b>	Centro de Salud con Médico
<b>CHA</b>	Centro Hospitalario de Área, posee las cuatro especialidades médicas básicas
<b>CMI</b>	Clinicas Materno Infantiles
<b>UPS</b>	Unidad Productora de Servicios
<b>PRODIM</b>	Programa Para el Desarrollo de la Infancia y la Mujer
<b>PRAF</b>	Programa de Aportación Familiar
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>CODECO</b>	Comites de Desarrollo Comunal

\* (1) (2) (3) se refiere al número de la Región de Salud en la que se hizo el grupo focal

**GRUPOS FOCALES CON PERSONAL DE SALUD  
DE CUALQUIER ESTABLECIMIENTO  
GUIA VALIDADA**

**CAPITULO I METODOLOGIA**

**A INTRODUCCION (OBJETIVOS DE LA SESION)**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo con \_\_\_\_\_. Mi compañera y yo queremos saber lo que el personal de salud ha percibido en relacion a la problematica de la morbilidad y la mortalidad de niños menores de 29 dias, así como afecta a este niño el proceso de embarazo, parto y puerperio en el area rural. Por eso nos estamos reuniendo hoy, para que hablemos de lo que Uds. se han enterado de como la comunidad enfrenta este problema y tambien como el personal lo enfrenta y con que lo enfrenta. Cualquier informacion que hoy nos den nos va servir para establecer prioridades de intervencion inmediata y poder canalizar fondos de apoyo. Antes de seguir adelante con nuestra reunion vamos a presentarnos para que sepamos quienes estamos hoy aca. Tal vez algunos se conocen pero nosotros no.

**B PRESENTACION DE PARTICIPANTES**

Cada uno (a) de las participantes se presenta diciendo su nombre, de donde viene, y cuanto tiempo tiene de trabajar allí.

**C EXPLICACION DE REGLAS DE PROCEDIMIENTO**

- Las opiniones de todos(as) y cada uno(a) de ustedes es sumamente importante para el estudio para las conclusiones y especialmente lo que se va a hacer despues.
- Nadie se equivoca en lo que dice, pues la experiencia de cada uno es lo que se pide, porque es lo que se ha aprendido a traves de atencion cotidiana de las madres y sus bebes.
- Las opiniones de todos y cada una de ustedes es lo que nos permite a nosotros darnos cuenta como esta la situacion.
- Por eso necesitamos que todos participen, que cada uno(a) de su opinion y nos diga lo que piensa y hace.
- Queremos pedirles permiso de usar la grabadora para poder grabar la sesion. Todo lo que ustedes dicen es mas de lo que podemos anotar o acordarnos. Por eso necesitamos grabar para despues repasar lo que dijeron y así tomar nota y sacar provecho de lo que nos han respondido. Y pedirles el favor de que al terminar el caset guardemos un momento de silencio para darle tiempo a la compañera de colocar uno nuevo y continuar despues en dialogo.
- Todo lo que ustedes digan o quede grabado sera para nosotros. No es para identificar quien lo dijo, ni cuando lo dijo.

## D SESION

No se olvide de hacerles sentir cómodos (as) y sin tensión. Es en esa medida que logrará información de fondo. Busque la forma de repetir las preguntas para que todas las entiendan y asegure la máxima participación. Recuerde que lo que importa es profundizar en los porqués, las razones por las cuales hacen las cosas o las perciben. Esta es la información que nos interesa.

## CAPITULO II

### MAGNITUD DEL PROBLEMA PERCIBIDO POR LA COMUNIDAD

#### I IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Todas ustedes están acá porque atienden las necesidades de salud de la comunidad, especialmente del niño menor de 29 días, la parturienta y la mujer embarazada. Ustedes saben que la mayoría de estos casos no tienen complicaciones, pero algunos sí la tienen. Queremos que nos ayuden a entender cómo identifica la comunidad este problema.

#### UBIQUEMONOS EN LOS LIDERES DE SU COMUNIDAD COMO SER LOS POLITICOS, PATRONATOS, RELIGIOSOS, MAESTROS, ETC

1 *Se han dado cuenta si los líderes/fuerzas vivas de la comunidad, creen que es un problema grave el que se enfermen o mueran los niños menores de 29 días ?*

INDAGAR            Personas claves    corporación municipal    maestros    líderes religiosos, otros líderes importantes

-Cómo se enteran las personas claves ?    informaciones por parte del personal del centro de salud, quejas de la comunidad, cabildos abiertos, reuniones del consejo de desarrollo comunitario o comites de salud, muchas defunciones

-Que problemas identifican ustedes que le preocupan a su comunidad y que prioridad le dan a la morbilidad de los niños menores de 29 días sobre estos problemas (primero segundo hasta quinto lugar)

Indicando si conocen las razones que ellos creen de estas prioridades

#### AHORA UBIQUEMONOS EN LAS FAMILIAS

2 *Nos pudieran decir si las familias se están dando cuenta que ES UN PROBLEMA GRAVE el que se enfermen o mueran los niños menores de 29 días ?*

INDAGUE SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE LO PERCIBEN ASI COMO SE HAN ENTERADO

#### II CARACTERISTICAS DE RIESGO DE LA COMUNIDAD

AHORA QUEREMOS SABER COMO DIAGNOSTICAN Y DAN RESPUESTAS EN SUS COMUNIDADES A LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL NIÑO MENOR DE 29 DIAS

1 *Cuales son los problemas de salud mas grandes que ustedes están teniendo en sus comunidades ?*

IDENTIFIQUE LOS CINCO PRIMEROS PROBLEMAS DE SALUD QUE MENCIONA EL PERSONAL  
INDAGUE SOBRE LA PRIORIDAD DEL PROBLEMA DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD  
NEONATAL SOBRE LOS OTROS PROBLEMAS DE SALUD, PREGUNTE LA RAZON DEL PORQUE  
LO COLOCAN O NO EN LOS 5 PRIMEROS LUGARES

2 Cuales son las señales de alarma más frecuentes que han identificado en  
sus comunidades, en el niño menor de 29 días y en el parto ?

INDAGAR POR RECIEN NACIDO

- bajo peso, bebé prematuro, problemas en el llanto/no llora o llanto débil
- problemas de respiración (tiraje, apnea)
- fiebre / enfriamiento
- problemas para amamantar, no succiona o succión débil
- piel azul, amarilla o palida
- niño débil (hipotónico)

INDAGAR POR NIÑO MENOR DE 29 DIAS

- deshidratación
- tétanos
- infección en ojo y ombligo
- fiebre/enfriamiento
- problemas de lactancia materna ( pezones agrietados, plétoras, mastitis, ductos obstruidos
- succión débil mala prensión moniliasis oral, bebé dormilón, bebé llorón
- introducción de otros alimentos (aguas, tés, chupón)
- problemas en la respiración (tiraje, apnea, taquipnea)

INDAGAR EN EL PARTO

- hemorragia antes del nacimiento
- parto prematuro
- parto prolongado
- posición anormal del bebé
- liquido meconial

3 Cómo se enteran ustedes o se mantienen enterados de las señales de  
peligro y factores de riesgo que influyen en la morbilidad y mortalidad del  
menor de 29 días en sus comunidades?

INDAGUE FACILITADORES EL ROL QUE TIENE LA PARTERA

EL ROL DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
REGISTRO DE MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA POR PROCEDENCIA  
BARRERAS NO HAY RED DE INFORMANTE  
INDIFERENCIA  
ACCESO GEOGRAFICO  
PROBLEMAS PROPIOS DE LA COMUNIDAD

4 Pueden decirnos que actividades realizan que estan relacionadas  
directamente con las parteras?

INDAGUE SOBRE ACTIVIDADES CON LAS PARTERAS Y ESPECIFIQUE FACILIDADES Y  
DIFICULTADES PARA REALIZARLAS

- capacitación
- reuniones de seguimiento
- visitas
- referencias
- atención directa de consultas

III FACTORES CULTURALES

Nos interesa platicar con ustedes sobre las costumbres y creencias que tiene la población en sus areas de trabajo, en particular de aquellos mitos acerca del cuidado del niño menor de 29 días, al momento del parto y durante el embarazo

1 Cuales son las señales de peligro que identifica la familia como una emergencia que los hace acudir inmediatamente al centro de salud con el recién nacido Niño menor de 29 días Parto Embarazo ?

INDAGUE LOS SIGNOS DE PELIGRO POR CADA UNA DE LAS ETAPAS Y PREGUNTE QUE HACE LA FAMILIA ANTE ESOS PROBLEMAS ANTES DE IR AL CENTRO DE SALUD

INDAGAR POR RECIEN NACIDO

- bajo peso, bebé prematuro, problemas en el llanto/no llora o llanto débil
- problemas de respiración (tiraje apnea)
- fiebre / enfriamiento
- problemas para amamantar, no succiona o succión debil
- piel azul amarilla o palida
- niño debil (hipotónico)

INDAGAR POR NIÑO MENOR DE 29 DIAS

- deshidratación
- tétanos
- infección en ojo y ombligo
- fiebre/enfriamiento
- problemas de lactancia materna ( pezones agrietados plétoras mastitis, ductos obstruidos,
- succión débil mala prensión moniliasis oral, bebé dormilón bebé llorón
- introducción de otros alimentos (aguas, té chupón)
- problemas en la respiración (tiraje, apnea, taquipnea)

INDAGAR EN EL PARTO

- hemorragia preparto
- parto prematuro
- parto prolongado (cuanto tiempo considera la comunidad)
- posición anormal del bebé
- liquido meconial (agua de la fuente vercosa y fétida)

INDAGAR EN MUJERES EMBARAZADAS

- disminucion o ausencia de movimientos fetales
- signos de toxemia
- ruptura prematura de membranas
- hijo anterior muerto
- problemas en el parto anterior ( cuales ?)
- hijo anterior de 12 meses

2 Cuales son las costumbres y creencias que tiene la comunidad para prevenir o curar problemas en los niños menores de 29 días?

PIDALES QUE IDENTIFIQUEN EN CADA UNA DE LAS COSTUMBRES Y CREENCIAS CUALES SON INOFENSIVAS Y DAÑINAS POR QUE LAS CALIFICAN ASI

INDAGUE POR CADA UNA DE LAS ETAPAS RECIEN NACIDO PARTO Y EMBARAZO

Recien nacido

prevención chupón uso de purgantes cuidado del ombligo (corte y cuidado) ojo leche sucia (calostro) leche aguada (primera leche)

leche agitada o enojada  
 curacion colicos culucos mucle (pupu verde) ojo ombligo v ojos  
 infectados empachos niño llorón o enojado mollera caida

Parto prevencion uso de sustancias para acortar el parto  
 (guaro oxitócicos) diversas posiciones para el parto  
 curacion pujo precoz uso de sustancias para acortar el parto  
 amarrarla sobarla manipular el bebe soplar la botella

Embarazo prevención dieta o restricción de alimentos no decir los  
 meses de embarazo el edema es un signo positivo antojos relacionados  
 con deficiencias de hierro y vitaminas  
 curacion en caso de movimientos fetales aumentados o disminuidos  
 acomodar el bebe

3 Que hacen ustedes u otros miembros del personal de salud cuando una familia les comunica una creencia o costumbre?

INDAGUE SOBRE ACCIONES DE RECHAZO Y DE RESPETO EN CADA UNA DE LAS CREENCIA Y COSTUMBRES MENCIONADAS QUE HAN HECHO O HAN VISTO HACER

4 De las personas que en general acompañan a la madre/recien nacido cuales son las que la acompañan con más frecuencia y para que los acompañan ?

INDAGUE

ABUELA  
 PADRE  
 VECINAS  
 PARTERA  
 HIJOS MENORES Y MAYORES

INDAGUE

ACOMPÑAMIENTO EN LA CONSULTA  
 TOMA DE DECISIONES

#### IV PROCESO DE DECISION Y ACCESO

Cuando aparecen señales de peligro en el recién nacido o en el parto ustedes nos han Dicho que ha veces deciden referirlo al servicio de salud mas complejo

1 Queremos que nos expliquen si saben que hace la familia para decidir si se va o no al Centro de Salud o al Hospital con la madre o con el recién nacido Quienes participan en la toma de decision de ir o no ir ? Quién toma la decision final ?

ASEGURARSE QUE TODOS ESTAN MENCIONADOS PREGUNTAR POR

parteras  
 padre madre abuela(s) otros parientes  
 si participan vecinos conocidos y de que forma lo hacen

2 En caso de una referencia a un nivel superior por la detección de un factor de riesgo en la menor de 29 dias/parturienta Como han visto que reacciona el grupo familiar?

PIDA QUE ESPECIFIQUEN EN CASO DE  
 MENOR DE 29 DIAS  
 PARTURIENTA

Sabemos que cuando hay que ir al Hospital o Centro de Salud con alguna complicacion que presenta el recién nacido o problema durante el parto se

piensa en muchas cosas Queremos que nos ayuden a conocer cuales son todas esas cosas que ustedes consideran antes de ir al Hospital

3 Cuando ya han decidido ir al Hospital o Centro de Salud que cosas demoran o aceleran la decisión ?

INDAGAR           SEPARADO LO QUE DEMORA   LO QUE ACELERA  
TRANSPORTE  
Disponibilidad en horas de emergencia  
Tipo  
Costo  
Distancia/tiempo de llegada

4 Cuando llegan donde esta el Hospital y tiene que quedarse la persona que acompaña a la mujer, que hace para el hospedaje ?

INDAGAR  
- Facilidad para encontrar la dirección donde esta  
- Costo de sitio de dormida mas manutención  
- Disponibilidad de cuarto

#### V IMPORTANCIA DE LA ATENCION DEL MENOR DE 29 DIAS

Para poder entender la importancia de la atención que tienen los menores de 29 dias en nuestros centros asistenciales hablaremos un poco en que condiciones y con que facilidades y limitantes contamos para brindar dicha atencion

- Que facilidades brinda el servicio para la atención de los niños menores de 29 dias y el parto?

INDAGUE  
- horas de apunte  
- horarios de consulta  
- prioridades de apunte  
- sistema de deteccion de emergencias entre los pacientes que esperan  
- costo de la consulta  
- servicios de apoyo

2 Como consideran ustedes su establecimiento de salud en relación a la atencion de EMERGENCIAS en el menor de 29 días La parturienta La mujer embarazada en el tercer trimestre ?

INDAGUE SOBRE LIMITACIONES Y FACILITADORES DE ACUERDO A ATENCION DEL MENOR DE 29 DIAS PARTO Y EMBARAZO EN EL TERCER TRIMESTRE  
- capacitacion ( manejo de algoritmos y adquisición de habilidades resucitaciones, canalizaciones)  
- equipo  
- medicamentos (manejo del botiquin de emergencia adrenalina, oxitocina)  
- transporte (el personal para visita)  
- cuidados mínimos (resucitaciones canalizaciones)  
- dotacion de material

3 Como consideran ustedes su establecimiento de salud en relación a la atencion del menor de 29 días con menos riesgo ?

INDAGUE SOBRE LIMITACIONES Y FACILITADORES DE ACUERDO A ATENCION DEL NIÑO MENOR DE 29 DIAS

- capacitacion

- equipo
- medicamentos
- cuidados minimos ( consejeria)

4 En la atencion del menor de 29 dias y embarazada de que toma mano para asegurar una buena comunicacion?

#### INDAGUE

- INTEGRACION A LA COMUNIDAD
- UTILIZACION DE LENGUAJE SENCILLO
- CONSEJERIA
- REAFIRMACION DE LA COMUNICACION
- DIALOGA CON LA (EL) ACOMPAÑANTE

#### VI COMPORTAMIENTO DE LA DEMANDA

Nos hemos dado cuenta que hay una serie de factores que pudieran estar interviniendo para que las demandas en nuestros centros asistenciales pudieran estar siendo incrementadas o disminuidas por lo cual necesitamos de su ayuda para poder entender este comportamiento

1 Como considera que la demanda de atencion al menor de 29 dias parturienta puerpera embarazada se ha comportado en el último mes?

#### INDAGUE SOBRE POSIBLES CAUSAS

2 Usualmente en casos de alteraciones de la demanda (sobredemanda o trabajo bajo) Qué acciones se toman?

ENUMERE CADA UNA DE LAS CAUSA MENCIONADAS ANTERIORMENTE Y PIDALES QUE ACCIONES SE HAN TOMADO

#### VII SISTEMA DE REFERENCIA

Nosotros sabemos que para poder establecer en algunos casos, una mejor atencion para los pacientes ya sea un menor de 29 días o una embarazada hacemos uso del sistema de referencia En ese sentido quisieramos comprender como se esta llevando a cabo la comunicacion entre los diferentes centros asistenciales en funcion de sus sistema de referencia y contrareferencia

SOLO PARA CLINICAS MATERNOINFANTILES Y HOSPITALES

Existe alguna forma de aviso de pacientes (madres/menores de 29 dias) con algun problema entre la comunidad y la clínica? de que manera facilita esta forma de aviso la atencion de los menores de 29 dias/madres?

- En su experiencia como les ha funcionado el sistema de referencia y contrareferencia?

#### INDAGUE EN RELACION A EXPERIENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS EN

- HOSPITAL NACIONAL
- CHA
- CESAMO
- CESAP

## - PARTERA

2 Existe alguna diferencia de respuesta a las referencias en casos de detección de un factor de riesgo (bajo mediano alto y las situaciones de emergencia)?

INDAGUE SOBRE EXPERIENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS DE ACUERDO A SITUACIONES EN

- MENOR DE 29 DIAS
- PARTO

3 Como es recibida la referencia de una partera en un establecimiento de salud?

INDAGUE SOBRE RECHAZO ACEPTACION INDIFERENCIA RETROALIMENTACION

## VIII PERCEPCION DE ACTIVIDADES DE PREVENCION

Para poder conocer y analizar como podríamos ayudar a que las muertes en menores de 29 dias disminuyeran necesitamos identificar si ustedes se han dado cuenta como la comunidad en particular las madres como perciben las actividades de prevencion que se realizan en los diferentes centros asistenciales

- Que cosas se pueden hacer durante el embarazo que puede prevenir que pasen las complicaciones al menor de 29 días ?

## INDAGAR

- vacunacion con toxoide tetanico
- control prenatal (control de peso y crecimiento uterino examen de mamas exámenes de laboratorio)
- consejería de cuidado del menor de 29 días (señales de alarma)
- participacion de la familia en la consejería del control prenatal

¿ Se han dado cuenta como son recibidas las actividades de prevencion que los establecimientos de salud realizan en el parto?

## INDAGAR POR

- rasurado del perine
- posicion de la madre para dar a luz
- guiar la mujer en respiracion y pujo
- episiotomia
- tactos frecuentes
- revisiones postparto
- restricciones ( toma de agua alimentacion etc)

¿ Se han dado cuenta como son recibidas las actividades de prevencion que los establecimientos de salud realizan en el menor de 29 dias ?

## INDAGAR POR

- vacunación de toxoide (madre en el embarazo)
- cuidado y curacion del cordon umbilical
- vacunacion del menor de 29 dias
- profilaxis oftálmica
- apego precoz y alojamiento conjunto
- control del menor de 29 dias

-CPADEZC- DESPIDASE