

# Iniciativa SM2015 El Salvador



Informe de línea de base  
sobre los establecimientos de salud  
Octubre 2011  
Reporte de Calidad de los Datos

Capítulo 1 METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA.....	4
1.1 Visión general.....	5
1.2 Encuesta de establecimientos de salud .....	5
1.3 Contenidos y métodos para la recolección de datos .....	5
1.3.1 Contenidos de la encuesta de línea de base 2011 de los establecimientos de salud en El Salvador .....	5
1.3.2 Métodos para la recolección de datos.....	6
1.4 Muestreo.....	6
1.5 Implementación de la encuesta.....	6
1.5.1 Instrumentos para la recolección de datos .....	6
1.5.2 Capacitación y supervisión de los recolectores de datos .....	6
1.5.3 Recolección y gestión de datos.....	6
1.5.4 Análisis de datos y elaboración del informe .....	6
Capítulo 2 INFRAESTRUCTURA, RECURSOS, GESTIÓN Y APOYO A NIVEL DE ESTABLECIMIENTO.....	8
2.1 Descripción general del establecimiento.....	8
2.1.1 Tipo de establecimiento de salud .....	8
2.1.2 Tiempo de existencia .....	8
2.1.3 Referencias.....	9
2.1.3.1 Red de referencias .....	9
2.1.3.2 Distancia hasta la unidad de salud de referencia .....	9
2.1.4 Autoridad de gobierno.....	9
2.1.5 Servicios de acercamiento comunitario.....	9
2.2 Infraestructura básica .....	9
2.2.1 Infraestructura .....	9
2.2.2 Electricidad y agua .....	10
2.3 Personal .....	11
2.3.1 ECOS.....	11
2.3.2 ECOS y centros de salud especializados.....	12
Capítulo 3 SALUD INFANTIL .....	13
3.1 Servicios infantiles ofrecidos. Antecedentes .....	13
3.2 Examen del niño.....	13
3.3 Equipo de atención de salud infantil .....	14
3.4 Medicamentos y suplementos importantes.....	14
3.5 Material para la enseñanza.....	14
3.6 Registro .....	15
3.7 Atención infantil básica mixta.....	15
Capítulo 4 VACUNAS .....	16

4.1 Servicios de vacunación .....	16
4.2 Logística de las vacunas .....	16
4.2.1 Almacenamiento .....	16
4.2.2 Suministro y demanda .....	16
4.3 Equipo .....	18
4.4 Servicios de inmunización .....	18
4.4.1 En el establecimiento .....	18
4.4.2 Acercamiento comunitario .....	18
4.5 Vacunas observadas.....	19
4.6 Cadena de frío.....	20
Capítulo 5 PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	21
5.1 Prestación de servicios.....	21
5.2 Logística – oferta y demanda .....	21
5.3 Métodos anticonceptivos observados.....	22
5.4 Infecciones de transmisión sexual (ITS) .....	23
5.5 Enseñanza y concienciación .....	24
5.6 Registro de PF .....	24
Capítulo 6 SALUD MATERNA: ATENCIÓN PRENATAL (APN), PARTO Y ATENCIÓN POSTPARTO (APP) .....	26
6.1 Prestación de servicios APN – APP.....	26
6.2 Actividades rutinarias en APN.....	26
6.3 Equipo APN .....	28
6.4 APN mixta.....	28
6.5 APN a domicilio .....	29
6.6 Preparativos del parto para la mujer embarazada .....	29
6.7 Traslado y referencia en emergencias de atención obstétrica.....	30
6.7.1 Referencia y transporte .....	30
6.7.2 Tiempo que se tarda en llegar al establecimiento de referencia .....	31
6.8 Personal tradicional para el parto (PTP) .....	32
6.9 Servicios de atención posparto (APP) a domicilio.....	32
6.10 Registro .....	33
Capítulo 7 CONTROL DE INFECCIONES.....	34
7.1 Protección, limpieza, disposición adecuada y almacenamiento del equipo .....	34
7.2 Descontaminación y esterilización.....	35
7.3 Elementos en el control de infecciones .....	36
Conclusión.....	36

Este Reporte sobre Calidad de Datos de Salud SM2015-El Salvador fue producido en convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Todos los análisis y la redacción del informe fueron realizados por el Instituto para la Métrica y la Evaluación (IHME) de la Universidad de Washington. Este informe pretende ser un análisis descriptivo para explorar los aspectos más significativos de la información obtenida para Salud Mesoamérica 2015. Su propósito es asegurar que los datos obtenidos son de la mejor calidad posible.

### **Acerca de IHME**

IHME monitorea las condiciones globales de salud y los sistemas de salud y evalúa intervenciones, iniciativas y reformas. Nuestra visión es que una mejor información sobre la salud dará lugar a una toma de decisiones más informada y mayores logros en salud. Para ello, nos esforzamos en construir la base necesaria de pruebas objetivas sobre lo que mejora y lo que desmejora las condiciones de salud y el rendimiento de los sistemas de salud. IHME ofrece información oportuna y de calidad sobre la salud, permitiendo a los responsables políticos, investigadores, donantes, profesionales, tomadores de decisiones locales y otros, asignar mejor los limitados recursos para lograr resultados óptimos.

## Capítulo 1 METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA

### 1.1 Visión general

*Salud Mesoamérica 2015* es una asociación regional público-privada que reúne a países mesoamericanos, fundaciones privadas y donantes bilaterales y multilaterales con el objetivo de reducir las inequidades en salud que afectan al 20% más pobre de la población regional. El financiamiento se centrará en intervenciones tanto del lado de la oferta como de la demanda, incluyendo cambios en las políticas, intervenciones basadas en evidencias, expansión de paquetes de atención a la salud costo efectivos y de probada eficacia, y entrega de incentivos para unos servicios de salud eficientes. Uno de sus rasgos definitorios es la aplicación de un modelo de financiamiento basado en resultados (RBF) que se sustenta en una medición seria del desempeño y en una transparencia mejorada de la comunicación en la rendición de cuentas y en la evaluación del impacto global. La iniciativa dirigirá sus recursos hacia la integración de intervenciones clave dirigidas a reducir las inequidades de salud resultantes de la falta de acceso a la salud reproductiva, materna y neonatal (incluyendo inmunización y nutrición) para el quintil más pobre de la población.

### 1.2 Encuesta de establecimientos de salud

La encuesta de los establecimientos de salud es uno de los dos componentes (el otro es la encuesta de hogares) del método global de recolección de datos utilizado en la iniciativa. El emparejamiento de ambas encuestas es un rasgo definitorio e innovador diseñado para capturar con más precisión cálculos de prevalencia de indicadores estratégicos selectos. En términos generales, los objetivos de la encuesta de establecimientos de salud son asesorar las condiciones de los establecimientos, evaluar la prestación y uso de los servicios y medir la calidad de la atención. De igual importancia, la encuesta de establecimientos detectará cambios en intervenciones a nivel del punto de acceso a los servicios de salud y en el establecimiento concreto, y ayudará a predecir cambios en resultados de salud entre la población. La encuesta de línea base de los establecimientos de salud, detallada en este informe, ha medido los cálculos de prevalencia de base de varios indicadores de salud con el propósito de monitorear futuros cambios en aquellos indicadores.

### 1.3 Contenidos y métodos para la recolección de datos

#### 1.3.1 Contenidos de la encuesta de línea de base 2011 de los establecimientos de salud en El Salvador

La encuesta de establecimientos de salud en línea de base incluye 2 componentes; un cuestionario entrevista y una lista de control por observación. El cuestionario recoge información facilitada por el director del establecimiento; la lista de control por observación registra datos objetivos observados por los técnicos en el momento de la encuesta. En ambas partes de la encuesta, se recolectan datos sobre múltiples indicadores acerca de las características generales del establecimiento, infraestructura y composición de recursos humanos, logística de suministro, control de infecciones, atención de salud infantil, vacunas, planificación familiar y atención materna antenatal, del parto y del postparto. Referente a atención infantil y materna y a la planificación familiar, se recoge información sobre los tipos de servicios prestados, los componentes de la atención ofrecida, el equipo utilizado y la calidad de los registros.

### **1.3.2 Métodos para la recolección de datos**

La encuesta de los establecimientos se realizó por medio de una entrevista personal asistida por ordenador (siglas en inglés: CAPI). Para la programación de CAPI se utilizó DatStat Illume y se instaló en los *netbooks* que utilizaron los encuestadores durante la totalidad de cada entrevista. CAPI admite salto de patrones, consistencia entre pregunta y respuesta y rangos de entrada de datos. La finalidad de introducir CAPI en el campo era reducir el tiempo de encuesta al sugerir sólo preguntas relevantes, mantener un patrón de respuestas lógico a través de las distintas preguntas y reducir errores en la entrada de datos.

### **1.4 Muestreo**

Se muestrearon todos los establecimientos de nivel de atención primaria presentes en los 138 segmentos de intervención seleccionados para la encuesta de hogares; 55 unidades básicas de salud (ECOS) y 10 unidades especializadas de salud (3 ECOS especializados y 7 centros de salud).

### **1.5 Implementación de la encuesta**

#### **1.5.1 Instrumentos para la recolección de datos**

Todas las encuestas de establecimientos de salud se llevaron a cabo utilizando *netbooks* equipados con programas CAPI (ver sección 1.3.2)

#### **1.5.2 Capacitación y supervisión de los recolectores de datos**

Se desarrollaron sesiones de capacitación y encuestas piloto de establecimientos de salud en El Salvador en Marzo de 2011. Trece encuestadores con una formación médica dedicaron 3 días a su capacitación. Esta incluyó una introducción a la iniciativa, gestión correcta de la encuesta, conocimiento del instrumento en profundidad, y formación práctica acerca del software CAPI. La capacitación fue seguida con 2 días piloto en los mismos establecimientos de salud.

#### **1.5.3 Recolección y gestión de datos**

La recolección de datos se inició en Abril de 2011 y finalizó en Mayo de 2011. Como se describe en la sección 1.3.2, la recolección de datos se llevó a cabo utilizando *netbooks* equipados con software CAPI. Un encuestador encargado monitoreaba la conducción de la encuesta de los establecimientos y enviaba retroalimentación. La recolección de datos utilizando CAPI permite el envío instantáneo de datos una vez finalizada la encuesta por medio de un enlace seguro al Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). El IHME monitoreó los datos recolectados de forma continuada y ofreció retroalimentación. Todas las sugerencias, retroalimentación del encuestador y cualesquiera modificaciones se incorporaban al instrumento del establecimiento de salud y se transmitían con rapidez al campo. La encuesta para el nuevo instrumento estaba dispuesta a ser utilizada al día siguiente de la recolección de datos.

#### **1.5.4 Análisis de datos y elaboración del informe**

El IHME realizaba un constante análisis de datos e incorporaba continuamente nuevos datos. Los análisis se hacían utilizando la versión 11 de STATA. Se presentó un informe de mitad de encuesta al Banco Interamericano de Desarrollo con estimaciones sobre indicadores clave para los pagos.

## Capítulo 2 INFRAESTRUCTURA, RECURSOS, GESTIÓN Y APOYO A NIVEL DE ESTABLECIMIENTO

### Llave para las tablas que se presentan a continuación:

N = total de observaciones presentes  
 num = número de observaciones que cumplen la opción que se especifica en cada línea  
 NS/NC = No sabe / No contesta  
 ee = error estándar

### 2.1 Descripción general del establecimiento

#### 2.1.1 Tipo de establecimiento de salud

Se evaluó un total de 65 establecimientos. Los establecimientos estaban localizados en 14 municipalidades en un total de 8 departamentos. (Tabla 2.1.1, Tabla 2.1.2)

**Tabla 2.1.1** Tipo de establecimiento

	Número (%)
ECOS	55(85%)
ECOS especializados	3(5%)
Centros de salud	7(11%)

**Tabla 2.1.2** Representación geográfica

Nombre del departamento	Número de municipalidades	Número de establecimientos
Ahuachapán	1	10
Cabañas	3	22
Cuscatlán	2	6
La Libertad	1	3
La Paz	2	5
La Unión	1	1
Morazán	1	1
San Vicente	5	17

#### 2.1.3 Tiempo de existencia

En promedio, los establecimientos llevan ubicados en su localización actual unos 19 meses (la mediana es de 4 meses) para ECOS y 252 meses (la mediana es de 14 meses) en las unidades de salud especializadas. 16,4% de ECOS estaban ubicados en otros sitios; 10% de unidades de salud especializadas estaban ubicadas en otras partes.



## 2.1.4 Referencias

### 2.1.4.1 Red de referencias

Como respuesta a “¿Cuál es la red de salud de referencia (SIBASI) de este establecimiento?” los establecimientos explicaban la red de gobierno concreta de cada departamento.

### 2.1.4.2 Distancia hasta la unidad de salud de referencia

La distancia hasta la unidad de salud de referencia se midió en kilómetros y el tiempo en minutos a pie o en un vehículo (Tabla 2.4). Dos establecimientos (ECOS) informaron que llegar hasta el centro de salud de referencia a pie no era posible.

**Tabla 2.1.4.2** Cobertura en porcentaje de la población asignada

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	media(ee)	NS/NC	N	media(ee)	NS/NC
Distancia (Km)	49	19(2.1)	6	10	19.1(5.6)	0
Tiempo (minutos) a pie	51	186(22.1)	4	10	147(34.7)	0
Tiempo (minutos) en un vehículo	55	39(3.8)	0	10	32(7.7)	0

### 2.1.5 Autoridad de gobierno

Todos los ECOS y unidades de salud especializadas dependían de instituciones públicas.

### 2.1.6 Servicios de acercamiento comunitario

Todos los ECOS y unidades de salud especializadas informaron de sus participaciones en programas y servicios de acercamiento comunitario, que incluían actividades diversas realizadas fuera del establecimiento, como por ejemplo, vacunaciones infantiles o revisiones públicas sobre condiciones de salud.

## 2.2 Infraestructura básica

### 2.2.1 Infraestructura

En promedio, la estructura de los ECOS medía 83 m<sup>2</sup> de área construida e incluía 4 habitaciones, excluyendo los baños. Las unidades de salud especializadas incluían 20 habitaciones, excluyendo los baños. Una medición ajustada de área de espacio no fue posible en unidades de salud especializadas ya que la mayoría de respuestas eran “No sé” (Tabla 2.5).

El 82% de los ECOS estaban en buen estado de mantenimiento (es decir, no tenían daños en techos, paredes y puertas, o eran menores). El 89% disponía de una zona de espera para los clientes que recibían los servicios de salud. El 90% de unidades especializadas estaban en buen estado de mantenimiento; todas tenían zona de espera (Tabla 2.2.2).

**Tabla 2.2.1** Espacio en establecimiento

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	media(ee)	NS/NC	N	media(ee)	NS/NC
Área (m <sup>2</sup> )	22	83.2(39.1)	33	1	30	9
Número de habitaciones	54	4.3(0.49)	1	10	20.1(7.9)	0

### 2.2.2 Electricidad y agua

Solo 70.9% de ECOS tenía electricidad funcional. De ellos, el 92.3% utiliza suministro eléctrico central. El 3% tiene un generador. Todas las unidades especializadas tenían electricidad funcional. El 90% utiliza suministro eléctrico central.

El 69% de ECOS dijo disponer de una fuente de agua. De estas fuentes, el 88% de hecho fue observada por los encuestadores. El 41% informó de severa escasez o falta de agua durante el año pasado. De estos ECOS con una fuente de agua, la mayoría canaliza el agua hacia el establecimiento. Todos los establecimientos de salud especializados dijeron disponer de una fuente de agua que fue observada por los encuestadores. Una de las fuentes de agua incluye agua canalizada hacia el establecimiento. El 50% informó de severa escasez o falta de agua durante el año pasado (tabla 2.6).

**Tabla 2.6** Infraestructura, electricidad y agua

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%(ee)	NS/NC	N	n	%(ee)	NS/NC
Infraestructura mantenida	55	45	81.8(5.3)	0	10	9	90(10)	0
Zona de espera	55	49	89.1(4.2)	0	10	10	100	0
<b>Electricidad</b>								
Electricidad funcional	55	39	70.9(6.2)	0	10	10	100	0
Fuente de electricidad	39			0	10			0
Suministro central	36			92.3	10			9
Suministro privado	2			5,1	10			1
Solar	0			0	10			0
Generador en el establecimiento	1			2,6	10			0
Otra fuente	0			0	10			0
	N	n	%(ee)	falta n	N	n	%(ee)	faltan
<b>Agua</b>								
Fuente declarada	45	31	68.9(7.0)	10	9	9	100	1
Fuente observada	17	15	88.2(8.1)	14	9	8	100	1
Escasez de agua	29	12	41.4(9.3)	2	8	4	50	1
Fuente de agua	31			0	9			0
Canalizada en todo el establecimiento	21			67.7	9			100
Pozo público	5			16.1	0			0
Pozo en establecimiento	1			3.2	0			0
Agua embotellada	7			22.6	1			11.1
Camión cisterna	1			3.2	0			0
Fuente justo en el exterior del establecimiento	2			6.5	0			0
Otro	2			6.5	0			0

## 2.3 Personal

### 2.3.1 ECOS

En general, la composición del personal era muy parecida en todos los ECOS. Esta composición se detalla en la Tabla 2.7.

El 74% (37/50) de los ECOS tenían un equipo completo formado por lo menos de 1 médico, 1 enfermera, 1 polivalente y 3 promotores de salud.

**Tabla 2.3.1** Composición del personal en los ECOS según información del director de personal

	ECOS		
	N	media(ee)	Falta <sup>†</sup>
Médico general	51	1	4
Enfermero/a	51	2(0.1)	4
Polivalente	50	3.2(1)	5
Promotor de salud	51	0.8(0.1)	4

<sup>†</sup> Falta debido a un error de programa

### 2.3.2 ECOS y centros de salud especializados

Las unidades de salud especializadas ofrecen un abanico mayor de servicios médicos. Sin embargo, la composición del personal muestra una gran variación según las distintas unidades (Tabla 2.8). Ninguna de las unidades especializadas disponía de un conjunto completo de recursos humanos según la reglamentación y esto incluye al menos 1 pediatra, 1 médico en prácticas, 1 OB/GIN, 1 enfermero/a, 1 asistente de enfermería, 3 dentistas, 1 fisioterapeuta y 1 educador en salud.

**Tabla 2.8** Composición del personal en unidades de salud especializadas según información del director de personal

	Unidades de salud especializadas	
	N	media(ee)
Médico de atención primaria	10	3(0.8)
Enfermero/a	10	5.2(1.4)
Polivalente	10	0.8(0.3)
Promotor de salud	10	15.9(7.1))
Pediatra	10	0.4(0.16)
Dentista	10	1.4(0.3)
Médico en prácticas	10	0.2(0.1)
Ob-Gin	10	0.4(0.2)
Fisioterapeuta	10	0.4(0.2)
Educador de salud	10	0.3(0.2)
Estadístico	10	0.4(0.2)
Psicólogo	10	0.5(0.2)
Nutricionista	10	0.4(0.2)
Farmacéutico	10	0.7(0.3)
Técnico en emergencias médicas	10	0

## Capítulo 3 SALUD INFANTIL

### 3.1 Servicios infantiles ofrecidos. Antecedentes

Todos los ECOS y unidades de salud especializadas ofrecen servicios de atención infantil. En los ECOS, el 98.2% ofrecen servicios de vacunación, el 55.6% de los cuales ofrece este servicio diariamente. Por otro lado, todas las unidades especializadas ofrecen servicios de vacunación y lo hacen diariamente. El 69.1% de ECOS y 90% de unidades especializadas ofrecen servicios clínicos de niños sanos, donde se asesora sobre crecimiento y desarrollo de los niños y se les examina para ver signos iniciales de enfermedad. Este servicio se ofrece en promedio 16 días al mes (la mediana es 20 días) en los ECOS y 15 días en las unidades de salud especializadas (la mediana es 20) (Tabla 3.1).

**Tabla 3.1** Prestación de servicios de atención de salud infantil

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%(ee)	NS/NC	N	n	%(ee)	NS/NC
Servicio de atención de salud infantil	55	55	100	0	10	10	100	0
Vacunación infantil	55	54	98.2(1.8)	0	10	10	100	0
Vacunación diaria	54	30	55.6(6.8)	0	10	10	100	0
Servicios clínicos de niños sanos	55	38	69.1(6.3)	0	10	9	90(10)	0
Días al mes de clínica de niños sanos	37		15.9 <sup>†</sup> (1.1)	1	9		15.2 <sup>†</sup> (2.4)	0

<sup>†</sup> Esta cifra es el número medio de días al mes

### 3.2 Examen del niño

Excepto en el caso de una unidad de salud especializada, todos los demás ECOS y unidades especializadas informaron que realizaban todos los componentes básicos del examen médico infantil, que incluye medir peso y altura del niño y marcarlo en una ficha de crecimiento. El examen también incluye tomar la temperatura del niño, controlar su estado de vacunaciones y asesorar acerca del estado de suplementos de vitamina A y micronutrientes (Tabla 3.2).

**Tabla 3.2** Informe de componentes del examen médico infantil

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%(ee)	N	n	%(ee)
Peso	55	55	100	10	10	100
Altura	55	55	100	10	10	100
Gráfica peso y altura	55	55	100	10	9	90(10)
Temperatura	55	55	100	10	10	100
Estado vacunaciones	55	55	100	10	10	100
Suplemento vitamina A	55	55	100	10	9	90(10)
Suplemento micronutrientes	55	55	100	10	9	90(10)

### 3.3 Equipo de atención de salud infantil

A continuación, una lista del equipo médico necesario para ofrecer atención infantil básica (Tabla 3.2). Todos los elementos fueron observados por los encuestadores.

**Tabla 3.3** Equipo observado de atención a salud infantil

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%(ee)	N	n	%(ee)
Báscula para bebés	55	49	89.1(4.2)	10	9	90(10)
Báscula infantil	55	48	87.3(4.5)	10	9	90(10)
Termómetro	55	53	96.4(2.6)	10	10	100
Reloj de dos manos	55	54	98.2(1.8)	10	9	90(10)
Conjunto de perfusión	55	47	85.5(4.8)	10	10	100
Fluidos intravenosos	55	32	58.2(6.7)	10	8	80(13.3)
Taza y cuchara	55	43	78.2(5.6)	10	10	100

### 3.4 Medicamentos y suplementos importantes

A continuación, una lista de medicamentos y suplementos importantes para la atención de salud infantil básica, concretamente: una solución para terapia de rehidratación oral, albendazol, zinc, suplementos de vitamina A y micronutrientes. Tanto en los ECOS como en la unidad de salud especializada, el albendazol es el menos disponible. La Tabla 3.4 indica el porcentaje de unidades de salud donde se observó al menos una unidad del medicamento/solución durante el tiempo de la encuesta.

**Tabla 3.4** Salud infantil - medicamentos y suplementos observados

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%(ee)	NS/NC	N	n	%(ee)	NS/NC
Solución de rehidratación oral	55	49	89.1(4.2)	0	10	10	100	0
Albendazol	55	27	49.1(6.8)	0	10	4	40(16.3)	0
Zinc	55	47	85.5(4.8)	0	10	10	100	0
Vitamina A	43	31	72.1(6.9)	8	10	7	70(15.3)	0
Suplementos de micronutrientes	43	22	51.2(7.7)	8	10	7	70(15.3)	0

### 3.5 Material para la enseñanza

Tanto los ECOS como las unidades de salud especializada promueven de forma variada la concienciación acerca de las múltiples enfermedades infantiles y agudos acontecimientos de salud. La Tabla 3.5 detalla algún material educativo observado o bien como fichas entregadas al cuidador o como ilustración de cartas de flujo de gestión de enfermedades colgadas en las paredes de la unidad.

**Tabla 3.5** Educación y concienciación acerca de salud infantil

Material educativo sobre:	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%(ee)	N	n	%(ee)
Fichas maternas IMCI <sup>†</sup>	55	29	52.7(6.8)	10	9	90(10)
Otras ayudas visuales para madres	55	37	67.3(6.4)	10	10	100
Atención pulmonía	55	30	54.5(6.8)	10	10	100
Problemas respiratorios infantiles	55	29	52.7(6.8)	10	10	100
Crisis de exacerbación del asma	55	27	49.1(6.8)	10	10	100
Gestión del dengue	55	30	54.5(6.8)	10	9	90(10)
Asesoramiento riesgo social <5 años	55	27	49.1(6.8)	10	8	20(13.3)
Tratamiento diarrea	55	40	72.7(6.1)	10	10	100

<sup>†</sup> IMCI: Gestión integrada de enfermedades infantiles, según la OMS

### 3.6 Registro

90% de unidades especializadas en salud y El 81.5% de ECOS afirmaron mantener un registro de niños de menos de 5 años. Se considera que un documento de registro es válido sólo si indica que el niño tiene menos de 5 años y el diagnóstico o síntoma principal. En aquellas unidades que informaron tener un registro, éste se consideró válido en el 90% de los ECOS, otro 6% tenía un registro que incluía niños y adultos. En unidades de salud especializadas, se observó un registro válido de menores de 5 años en todas las unidades que afirmaron tener un registro infantil.

### 3.7 Atención infantil básica mixta

Se definen los componentes de atención de salud infantil básica aquellos que están presentes, según observación, en el momento de la encuesta: una báscula para bebés, una báscula infantil, un termómetro, una solución oral para rehidratación, albendazol y suplementos de zinc. El 39% de ECOS cumplían con esos criterios, mientras que sólo el 30% de unidades especializadas lo cumplían (Tabla 3.6).

**Tabla 3.6** Salud infantil y valor compuesto

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%(ee)	N	n	%(ee)
Porcentaje de establecimientos de salud con un conjunto completo de componentes de atención de salud infantil	54	21	38.9(6.7)	10	3	30(15.3)

## Capítulo 4 VACUNAS

### 4.1 Servicios de vacunación

Preguntados sobre los servicios de vacunación, el 94.5% y el 100% de ECOS y unidades de salud especializadas respectivamente informaron en sentido positivo. Todos los ECOS excepto uno, y todas las unidades de salud especializadas, ofrecen vacunación tanto para niños como mujeres embarazadas.

**Tabla 4.1** Servicios de vacunación ofrecidos

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%(ee)	N	n	%(ee)
Prestación de vacuna	55	52	94.5(3.1)	10	10	100
Sólo niños		1	2		0	0
Sólo APN		0	0		0	0
Niños y APN		50	96		10	100
NS/NC		1	2		0	0

### 4.2 Logística de las vacunas

#### 4.2.1 Almacenamiento

Generalmente, los ECOS obtienen sus existencias de vacunas de otro establecimiento, mientras que las unidades de salud especializadas almacenan sus vacunas en el establecimiento (Tabla 4.2).

#### 4.2.2 Suministro y demanda

En general tanto los ECOS como las unidades de salud especializadas encargan suministros de vacunas según sus necesidades, fundamentalmente para mantener un suministro fijo de existencias. El sistema rutinario para decidir cuándo encargar vacunas normalmente viene predeterminado (y no necesariamente una frecuencia de tiempo fija) en los ECOS, mientras que las unidades de salud especializadas reciben su suministro de vacunas en intervalos fijos de tiempo. El tiempo que un pedido tarda en llegar es de 0 a 7 días en ambas unidades de salud. El 88,5% de ECOS y el 70% de unidades de salud especializadas indicaron que durante los últimos 6 meses recibieron la cantidad de vacunas pedidas o que esperaban ya recibir (Tabla 4.2.2)



**Tabla 4.2** Demanda y suministro en establecimientos que ofrecen servicios de vacunación  
ECOS Unidades de salud especializadas

	N	n	%	NS/ NC	N	n	%
<b>Almacenamiento</b>							
Almacenadas en establecimiento	52	18	34.6	0	10	10	100
Obtenidas de otro establecimiento	52	30	57.7	0	0	0	0
Entregadas cuando se ofrecen los servicios	52	5	9.6	0	0	0	0
Ninguna de las anteriores	52	1	1.9	0	0	0	0
<b>Demanda y suministro</b>							
Estrategia del pedido	52			0	10		
Determina propias necesidades		51	98.1			9	90
La necesidad se determina en otro lugar		1	1.9			1	10
Ambos (distinto por vacuna)		0	0			0	0
Estrategia sobre cantidad por pedir	52			0	10		
Mantener existencias fijas		32	61.5			6	60
Pedir misma cantidad		9	17.3			1	10
En base a consumo		4	7.7			3	30
Otro		7	13.5			0	0
Estrategia momento pedido	51			1	10		
Predeterminada		20	39.2			3	30
Tiempo fijo > una vez/semana		4	7.8			0	0
Tiempo fijo < una vez/semana		13	25.5			6	60
Se pide cuando se necesita		11	21.6			0	0
Otro		3	5.9			1	10
Tiempo hasta recibir suministros	52			0	10		
0 – 1 semanas		44	84.6			8	80
2 – 4 semanas		8	15.4			2	20
5 – 8 semanas		0	0			0	0
> 8 semanas		0	0			0	0
Recepción de cantidad encargada	52			0	10		
Siempre		46	88.5			7	70
A menudo, pero no siempre		6	11.5			3	30
Nunca o casi nunca		0	0			0	0

### 4.3 Equipo

Todas las unidades de salud especializadas y la mayoría de ECOS utilizan jeringas de un solo uso para la administración de vacunas. Pocos ECOS además utilizan el tipo de jeringa desechable (Tabla 4.3).

**Tabla 4.3** Equipo para inyecciones

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%(ee)	N	n	%(ee)
Un uso	54	52	96.3(2.6)	10	10	100
Esterilizable	54	0	0	10	0	0
Desechable	54	2	3.7(2.6)	10	0	0
Otro	54	0	0	10	0	0

### 4.4 Servicios de inmunización

#### 4.4.1 En el establecimiento

La tabla 4.4 a continuación detalla el porcentaje de establecimientos que afirmaron prestar vacunas concretas dentro del establecimiento. Se indican también el promedio y la mediana del número de días por semana en que se ofrece el servicio. La mediana se incluyó debido a la variabilidad entre establecimientos.

#### 4.4.2 Acercamiento comunitario

Adicional al suministro de vacunas específicas dentro de los establecimientos, la Tabla 4.4 también detalla el porcentaje de establecimientos que declararon la prestación de una vacuna concreta como un servicio de acercamiento comunitario. Se indican también el promedio y la mediana del número de días por mes en que se ofrece el servicio. La mediana se incluyó debido a la variabilidad entre establecimientos.



#### 4.6 Cadena de frío

Los ECOS almacenan sus vacunas en una nevera eléctrica o en una caja fría, mientras que todas las unidades de salud especializadas almacenan su suministro de vacunas en neveras eléctricas (Tabla 4.6). El 63.5% de ECOS tienen o bien una nevera o una caja fría, y todas las unidades especializadas tienen equipos de almacenamiento para vacunas. El 88.5% de ECOS afirmaron tener un portavacunas. En los establecimientos donde se observó un portavacunas, el número medio de portavacunas era 3. En unidades de salud especializadas, el número de portavacunas observado era 10. 20 ECOS afirmaron utilizar tablas de temperatura para su cadena de frío. En 85% de estos, una tabla fue observada por el encuestador. En todas las unidades especializadas se observó una tabla de temperatura. La temperatura media en la cadena de frío era 3,7°C y 3°C en los ECOS y establecimientos especializados, respectivamente.

**Tabla 4.6.1** Características de cadena de frío

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%	NS/NC	N	n	%	NS/NC
Almacenamiento								
Nevera eléctrica	51	20	39.2	0	10	10	100	0
Nevera de queroseno	51	0	0	0	10	0	0	0
Nevera de gas	51	0	0	0	10	0	0	0
Nevera solar	51	0	0	0	10	0	0	0
Caja fría	51	17	43	1	10	0	0	0
Cualquiera de ellas	51	33	63.5	0	10	10	100	0
Portavacunas	52	46	88.5	0	10	10	100	0
Tabla de temperatura	20	17	85	0	10	10	100	0

**Tabla 4.6.2** Tabulación cruzada de electricidad con disponibilidad de una nevera eléctrica

		ECOS		Unidades de salud especializadas	
		Electricidad		Electricidad	
		Presente	Ausente	Presente	Ausente
Nevera	Presente	19	1	10	0
	Ausente	20	15	0	0

**Tabla 4.6.3** Características de la cadena de frío en establecimientos con una cadena de frío

	ECOS	Unidades de salud especializadas
--	------	----------------------------------

	N	media(ee)	NS/NC	N	media(ee)	NS/NC
Número de portavacunas	33	3.2(0.6)	0	10	10.4(7.7)	0
Temp. en cadena de frío (°C)	16	3.7(0.8)	17	10	3(1.3)	0

## Capítulo 5 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

### 5.1 Prestación de servicios

Todos los ECOS y unidades de salud especializadas prestaban servicios de planificación familiar tanto en el establecimiento como en servicio de comunidad. Los servicios se prestan alrededor de 20 días al mes para ambos tipos de establecimiento (Tabla 5.1).

**Tabla 5.1** Prestación de servicios de planificación familiar (PF)

	ECOS		Unidades de salud especializadas	
	N	media(ee)	N	media(ee)
PF en el establecimiento (días/mes)	55	18.8(0.6)	10	18(2.2)
PF comunidad (días/mes)	55	19.1(0.5)	10	18.4(2.6)

### 5.2 Logística – suministro y demanda

Todos los establecimientos ofrecen métodos anticonceptivos. Generalmente, ambos tipos de establecimiento determinan sus propias necesidades cuando encargan métodos anticonceptivos. La cantidad encargada sirve para mantener unas existencias fijas. Generalmente los suministros se reciben en cuestión de una semana y es raro no recibir la cantidad encargada. (Datos específicos con respecto a la logística de métodos anticonceptivos se detallan en la tabla 5.2).

**Tabla 5.2 Logística de métodos anticonceptivos**

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
Ubicación almacenamiento	55			10		
Zona de servicio de PF		16	29.1		6	60
Farmacia u otra zona		37	67.3		4	40
Área cerrada con llave		1	1.8		0	0
No se almacenan métodos		1	1.8		0	0
<b>Demanda y suministro en establecimientos que almacenan métodos</b>						
Estrategia de pedido	54			10		
Determina propias necesidades		49	90.7		9	90
Necesidades determinadas en otras partes		3	5.6		1	10
Ambas (difieren en método)		2	3.7		0	0
Estrategia de la cantidad a encargar	54			10		
Mantener existencias fijas		51	94.4		9	90
Encargar misma cantidad		1	1.9		1	10
En base a consumo		2	3.7		0	0
Otro		0	0		0	0
Estrategia sobre el tiempo para el encargo	54			10		
Predeterminada		23	42.6		4	40
Tiempo fijo		21	38.9		6	60
Se encarga cuando se necesita		10	18.5		0	0
Otro		0	0		0	0
Tiempo en recibir suministros	54			10		
0 – 1 semana		52	96.3		10	100
2 – 4 semanas		2	3.7		0	0
5 – 8 semanas		0	0		0	0
> 8 semanas		0	0		0	0
Recepción de cantidad encargada	54			10		
Siempre		38	70.4		8	80
A menudo pero no siempre		15	27.8		1	10
Nunca o casi nunca		1	1.9		1	10

### 5.3 Métodos anticonceptivos observados

La Tabla 5.3 detalla el porcentaje de establecimientos en los que el encuestador observó por lo menos una unidad de un método anticonceptivo en el momento de la encuesta. El más popular en ambos tipos

de establecimiento son los condones masculinos, la progestina inyectable de lenta liberación y la píldora oral combinada. Al menos 4 métodos anticonceptivos de PF estaban presentes durante el tiempo de la encuesta en el 80% y 100% de ECOS y unidades de salud especializadas, respectivamente. El 21,8% de ECOS declaró poseer una prueba del embarazo; sin embargo los encuestadores reportaron haber observado una prueba de embarazo en el 33% de los casos. En unidades de salud especializadas, el 50% declaró poseer una prueba del embarazo; en el 60% se observaron sólo uno.

**Tabla 5.3** Existencias de métodos anticonceptivos y pruebas del embarazo observadas

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
Píldora oral combinada	55	45	81.8	10	9	90
Píldora de sólo progestina	55	18	32.7	10	3	30
Inyectable combinado (1 mes)	55	43	78.2	10	10	100
Inyectable de sólo progestina (3 meses)	55	43	78.2	10	9	90
Condón masculino	55	49	89.1	10	10	100
Condón femenino	55	1	1.8	10	0	0
DIU	55	8	14.5	10	6	60
Implante	55	0	0	10	0	0
Espermicida	55	0	0	10	0	0
Diafragma	55	0	0	10	0	0
Píldora anticonceptiva de emergencia	55	9	16.4	10	2	20
Métodos básicos presentes*	55	5	9.1	10	6	60
Por lo menos 4 métodos cualquiera presentes	55		80	10		100
<b>Prueba del embarazo</b>						
Declaradas	55	12	21.8	10	5	50
Observadas	12	4	33.3	5	3	60

\*Incluye píldora oral + condón masculino + DIU + (progestina sólo o inyectable combinado)

#### 5.4 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Ambos tipos de establecimientos informaron que las ITS son comúnmente tratadas en el establecimiento de manera más común y de manera menos común se refiere a clientes fuera del establecimiento (Tabla 5.4).

**Tabla 5.4** Gestión de las ITS

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
Gestión ITS*	55			10		
Tratan ITS de manera rutinaria		47	85.5		9	90
Refieren a clientes		8	14.5		1	10
Sin trato ni referencia		1	1.8		0	0

\* Las sub-opciones tratar de manera rutinaria y referir al cliente se excluyen mutuamente

### 5.5 Enseñanza y concienciación

La Tabla 5.5 ilustra el porcentaje de establecimientos que tienen material gráfico de enseñanza y concienciación colgado en el establecimiento según observación de los entrevistadores. Las ilustraciones incluyen las relativas a planificación familiar e ITS.

**Tabla 5.5** Material visual para enseñanza y concienciación sobre planificación familiar e ITS

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
Muestras de métodos PF	55	40	72.7	10	9	90
Enseñanzas sobre PF métodos	55	18	32.7	10	9	90
Enseñanzas sobre ITS	55	35	63.6	10	9	90
Enseñanzas sobre VIH/SIDA	55	42	76.4	10	10	100
Cómo utilizar los condones	55	17	30.9	10	7	70
Promoción de la PF	55	39	70.9	10	10	100
Concienciación sobre ITS y VIH	55	39	70.9	10	10	100

### 5.6 Registro de PF

El 87% de ECOS disponía de un registro de clientes de PF válido; mientras que lo mismo fue observado en sólo el 77.8% de establecimientos de salud especializados (Tabla 5.6). Un registro válido muestra el método elegido y el estatus (nuevo o continuado) de cada cliente.



**Tabla 5.6** Registro y mantenimiento de registros de clientes de PF  
ECOS

Unidades de salud  
especializadas

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%	NS/ NC	N	n	%	NS/ NC
Registro declarado	55	54	98.2	0	10	10	100	0
Fichas cliente individualizadas	54	51	94.4	1	10	10	100	0
Registro observado	54	47	87	0	9	7	77.8	1

## Capítulo 6 SALUD MATERNA: ATENCIÓN PRENATAL (APN), PARTO Y ATENCIÓN POSTPARTO (APP)

### 6.1 Prestación de servicios APN – APP

Todos los ECOS y unidades de salud especializadas prestan servicios de atención antenatal y postparto. Ambos tipos de establecimiento prestan este servicio, en promedio, 18 días al mes (la mediana es 20 días) (Tabla 6.1).

**Tabla 6.1** Prestación de servicios APN – APP

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	media(ee)	N	n	media(ee)
Prestación APN y APP	55	55	100 <sup>†</sup>	10	10	100 <sup>†</sup>
Número de días/mes en que se presta	55		18.3(0.6)	10		18(2.4)

<sup>†</sup> Porcentaje declarado

### 6.2 Actividades rutinarias en APN

La Tabla 6.2 muestra el porcentaje de establecimientos que declararon prestar las actividades detalladas de APN de manera rutinaria. Para varios análisis de sangre, el establecimiento declara: que no se hace rutinariamente; que se hace rutinariamente en el establecimiento; que la sangre se extrae y se manda a un laboratorio; o que el paciente es referido para llevar a cabo el análisis concreto.

**Tabla 6.2** Actividades rutinarias de APN declaradas

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%	NS/NC	N	n	%	NS/NC
<b>Actividades básicas de APN</b>								
Peso	54			1	10			0
No se hace rutinariamente		1	1.9			0	0	
Se hace rutinariamente		53	98.1			10	100	
Presión arterial	54			1	10			0
No se hace rutinariamente		2	3.7			0	0	
Se hace rutinariamente		52	96.3			10	100	
Prueba sobre anemia	55			0	10			0
No se hace rutinariamente		12	21.8			0	0	
Se hace rutinariamente		7	12.7			6	60	
Muestra enviada al lab.		1	1.8			2	20	
Paciente referido		35	63.6			2	20	
Prueba del sífilis	55			0	10			0
No se hace rutinariamente		13	23.6			0	0	

Se hace rutinariamente	6	10.9		6	60			
Muestra enviada al lab.	1	1.8		2	20			
Paciente referido	35	63.6		2	20			
Grupo sanguíneo	55		0	10			0	
No se hace rutinariamente	13	23.6		0	0			
Se hace rutinariamente	6	10.9		6	60			
Muestra enviada al lab.	1	1.8		2	20			
Paciente referido	35	63.6		2	20			
Factor RH	55		0	10			0	
No se hace rutinariamente	13	23.6		0	0			
Se hace rutinariamente	6	10.9		6	60			
Muestra enviada al lab.	1	1.8		2	20			
Paciente referido	35	63.6		2	20			
Proteína en orina	55		0	10			0	
No se hace rutinariamente	10	18.2		0	0			
Se hace rutinariamente	10	18.2		6	60			
Muestra enviada al lab.	1	1.8		2	20			
Paciente referido	34	61.8		2	20			
Glucosa en orina	55		0	10			0	
No se hace rutinariamente	13	23.6		2	20			
Se hace rutinariamente	6	10.9		4	40			
Muestra enviada al lab.	1	1.8		2	20			
Paciente referido	35	63.6		2	20			
<b>Más actividades de APN</b>								
Vacunación tétano toxoide	55	31	56.4	0	10	10	100	0
Prueba anticuerpos rubéola	55			0	10			0
Sin prueba	54	98.2			8	80		
Prueba pre-concepción	1	1.8			2	20		
Prueba durante embarazo	0	0			0	0		
Prueba Papanicolau	55	52	96.3	0	10	10	100	0
Cribaje ITS y Rx	55			0	10			0
No se hace	0	0			0	0		
En el establecimiento	45	81.8			10	100		
Paciente referido	10	18.2			0	0		
Rx preventiva antimalaria	55	12	21.8	0	10	2	20	0
Asesoramiento VIH	55	55	100	0	10	9	90	0
Prueba voluntaria del VIH	55	45	81.8	0	10	10	100	0
Cribaje toxoplasma y Rx	55	9	16.4	0	10	4	40	0
Cribaje bacteruria y Rx	55	51	92.7	0	10	10	100	0
Cribaje GBS y Rx	55	17	30.9	0	9	6	66.7	1

Rx = tratamiento; GBS = Estreptococo Grupo B; ITS = Infección de Transmisión Sexual

### 6.3 Equipo APN

La Tabla 6.3 indica el porcentaje de establecimientos donde un equipo concreto de APN estaba presente en el momento de la encuesta y fue observado por un encuestador. En ambos tipos de establecimiento, el estetoscopio fetal era el instrumento con menos probabilidades de estar presente.

**Tabla 6.3** Equipo de APN observado

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
Lámpara para exploración pélvica	55	30	54.5	10	10	100
Aparato presión arterial	55	49	89.1	10	10	100
Estetoscopio	55	50	90.9	10	10	100
Estetoscopio fetal	55	16	29.1	10	5	50
Balanza para adultos	55	54	98.2	10	10	100
Espéculo vaginal – pequeño	55	30	54.5	10	10	100
Espéculo vaginal – mediano	55	39	70.9	10	10	100
Espéculo vaginal – grande	55	37	67.3	10	10	100
Espéculo vaginal – cualquier tamaño	55	41	74.5	10	10	100
Termómetro	55	49	89.1	10	10	100

### 6.4 APN mixta

El indicador de la APN mixta incluye establecimientos que tienen, según observación de los encuestadores en el momento de la encuesta, el siguiente equipo básico de APN: lámpara para exploración pélvica, aparato presión arterial, estetoscopio, estetoscopio fetal, balanza para adultos y espéculo vaginal de cualquier tamaño (Tabla 6.4).

**Tabla 6.4** Servicios y equipo básico de APN mixta

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%(ee)	N	n	%(ee)
APN mixta	55	11	20(5.4)	10	5	50(16.7)

## 6.5 APN a domicilio

La mayoría de los establecimientos de salud prestan servicios APN a domicilio, la mayoría de los cuales consisten en cuatro o más visitas a domicilio durante el período antenatal. Las visitas incluyen una exploración física y asesoramiento sobre emergencias obstétricas y conducta sana.

**Tabla 6.5** Prestación de servicios APN a domicilio

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%	NS/NC	N	n	%	NS/NC
APN a domicilio	50	52	94.5	0	10	9	90	0
Número de visitas APN	51			1	7			2
1 visita		1	2			1	14.3	
2 visitas		9	17.6					
3 visitas		4	7.8					
> 3 visitas		37	72.5			6	85.7	
Componente de visitas APN	52			0	9			0
Comprobar pulsaciones fetales		50	96.2			8	88.9	
Medir altura uterina		49	94.2			8	88.9	
Asesorar sobre signos de peligro <sup>†</sup>		52	100			8	88.9	
Asesorar sobre preparativos para el parto		51	98.1			8	88.9	
Asesorar sobre lactancia materna		44	84.6			8	88.9	

<sup>†</sup> Entre los signos de peligro están los indicios de aborto, preeclampsia, etc.

## 6.6 Preparativos del parto para la mujer embarazada

La Tabla 6.6 muestra una lista de consejos que el personal ofrece a mujeres embarazadas concernientes al parto, todos los métodos son auto reportados por el personal y no observados por los encuestadores. La tabla incluye una lista de consejos dados a una mujer embarazada concernientes al parto. Ambos tipos de establecimiento subrayan de forma particular la importancia de un plan de transporte y las ventajas de un parto en un establecimiento de salud.

**Tabla 6.6** Consejo a mujeres embarazadas sobre preparación para el parto

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
Plan para transporte	55	55	100	10	10	100
Ahorrar para una emergencia	55	37	67.3	10	1	10
Útiles a llevar al establecimiento	55	37	67.3	10	10	100
Útiles a tener en casa	55	39	70.9	10	8	80
Parto en un establecimiento	55	44	80	10	9	90
Otro	55	5	9.1	10	1	10

## 6.7 Traslado y referencia en emergencias de atención obstétrica

### 6.7.1 Referencia y transporte

La Tabla 6.7 muestra los detalles y logística con respecto a traslado/referencia para mujeres con emergencias obstétricas además de la logística para este tipo de servicio. En los ECOS, el 61.8% trasladan a su establecimiento y/o a otro establecimiento. En los establecimientos que referencian, el 86.8% siempre permiten a miembro del personal de acompañamiento con la mujer. Sólo unos pocos ECOS disponen de vehículo. Sin embargo, la mayoría llaman al otro establecimiento por radio/teléfono. Las mujeres que llegan a los ECOS normalmente lo hacen en coche privado/autobús. Por lo menos el 70% de unidades de salud especializadas trasladan a las mujeres con emergencias obstétricas a sus establecimientos y/o a otro establecimiento. Las mujeres con una incidencia obstétrica que llegan a un establecimiento de salud especializado lo hacen normalmente en ambulancia o en vehículo privado.

**Tabla 6.7.1** Referencia y transporte en casos de emergencia obstétrica

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
<b>Sistema de traslado/referencia</b>						
Traslado a este establecimiento	55	6	10.9	10	1	10
Traslado a otro establecimiento	55	8	14.5	10	1	10
Ambos	55	20	36.4	10	5	50
Ninguno de los dos	55	21	38.2	10	3	30
<b>Modo de transporte</b>						
Ambulancia	55	6	10.9	10	5	50
Coche privado/autobús	55	20	36.4	10	6	60
Coche público/autobús	55	15	27.3	10	3	30

Motocicleta (pública/privada)	55	1	1.8	10	0	0
Bicicleta	55	1	1.8	10	0	0
Paciente llevado por personas	55	0	0	10	0	0
Paciente llevado por animales	55	0	0	10	0	0
Otro	55	0	0	10	4	40
Referencia externa	55	53	96.4	10	10	100
Personal de acompañamiento	53			10		
Sí, siempre		46	86.8		9	90
Algunas veces		5	9.4		1	10
Nunca		2	3.8		0	0
Traslado de emergencia/logística de la referencia						
Vehículo	53	2	3.8	10	2	20
Carburante en reserva	53	3	5.7	10	0	0
Llamada por radio o teléfono a otro establecimiento	53	49	92.5	10	8	80

### 6.7.2 Tiempo que se tarda en llegar al establecimiento de referencia

La Tabla 6.7.2 presenta estimaciones sobre el tiempo que se necesita para llegar al establecimiento de referencia más próximo con el medio de transporte más común en la temporada seca o de lluvias. La tabla incluye también estimaciones del tiempo necesario para solicitar un vehículo y trasladar al paciente. Aquí el tiempo empieza en el momento en que se efectúa una llamada para solicitar un vehículo y se detiene en el momento en que el paciente ha sido trasladado al centro de referencia.

**Tabla 6.7.2** Tiempo de viaje para referencias

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	promedio	mediana	NS/NC	N	promedio	mediana	NS/NC
Tiempo hasta llegar al establecimiento más cercano (mins)								
Temporada seca	54	37.9	30	1	10	29	17.5	0
Temporada de lluvias	53	52.1	40	2	10	38.5	25	0
Tiempo en que el vehículo solicitado tarda en llegar, transportar al paciente y llegar al establecimiento de referencia (mins)								
Temporada seca	51	84.2	60	4	10	91	60	0
Temporada de lluvias	50	112.3	90	5	10	110	67.5	0

## 6.8 Personal tradicional para el parto (PTP)

El 36.4% de los ECOS y 50% de los establecimientos de salud especializados, respectivamente, mantienen una relación formal con el PTP. De estos ECOS, el 65% supervisan al PTP y de los centros de salud especializados, el 80% supervisan al PTP (Tabla 6.9). Los ECOS mantienen relación con 2-3 PTP en promedio, mientras que las unidades especializadas mantienen relación con 5-6 PTP.

**Tabla 6.8** Asistentes tradicionales al parto

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	N	%(ee)	NS/NC	N	N	%(ee)	NS/NC
Relación con establecimiento	55	20	36.4	0	10	5	50	0
Número de PTP en establecimientos que admitieron relación con PTP	18		2.5(0.5) <sup>†</sup>	2	3		5.3(1.8) <sup>†</sup>	2
Supervisión de PTP	20	13	65	0	5	4	80	0
PTP que refieren a este establecimiento	55	19	34.5	0	9	5	55.6	1

<sup>†</sup>Media y error estándar presentados

## 6.9 Servicios de atención posparto (APP) a domicilio

En general, tanto los ECOS como las unidades de salud especializadas prestan servicios APP a domicilio (Tabla 6.9). La mayoría hacen dos visitas. Cada visita normalmente incluye una exploración de la madre y el niño, asesoramiento sobre atención al recién nacido y lactancia materna exclusiva, y entrega de importantes micronutrientes y vitamina A.

**Tabla 6.9** Prestación de servicios APP a domicilio

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%	NS/NC	N	n	%	NS/NC
APP a domicilio	55	54	98.2	0	10	9	90	0
Número de visitas APP	54			1	8			1
1 visita		8	15.1			1	12.5	
2 visitas		25	47.2			4	50	
3 visitas		14	26.4			1	12.5	
> 3 visitas		6	11.3			2	25	
Componentes de las visitas APP	54			0	9			0
Exploración de la madre y el		54	100			9	100	



niño en busca de señales de peligro				
Asesoramiento sobre atención al recién nacido y lactancia materna exclusiva	52	96.3	9	100
Entrega tabletas de hierro y vitamina A	43	79.6	8	88.9
Otro	4	7.4	8	88.9

### 6.10 Registro

La tabla 6.10 detalla los registros declarados y observados tanto para la atención prenatal como para el postparto. La mayoría de ECOS y todas las unidades de salud especializadas declaran que mantienen un registro para documentar visitas maternas. Además, la mayoría de ECOS y todas las unidades de salud especializadas declaran que mantienen registros individuales para cada paciente.

**Tabla 6.10** Mantenimiento de registros en atención materna

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%	NS/NC	N	n	%	NS/NC
<b>Atención prenatal</b>								
Registro APN declarado	55	53	96.4	0	10	10	100	0
Fichas APN individuales	55	53	96.4	0	10	10	100	0
Registro APN observado	53	50	94.3	0	10	10	100	0
<b>Atención postparto</b>								
Registro APP declarado	55	52	96.3	0	10	10	100	0
Registro APP observado	52	47	90.4	0	9	8	88.9	1

## Capítulo 7 CONTROL DE INFECCIONES

### 7.1 Protección, limpieza, disposición adecuada y almacenamiento del equipo

La tabla 7.1 detalla algunos procedimientos básicos importantes para el control de infecciones en el establecimiento.

**Tabla 7.1** Protección, limpieza, disposición adecuada y almacenamiento del equipo

	ECOS				Unidades de salud especializadas			
	N	n	%	NS/NC	N	n	%	NS/NC
Equipo protegido <sup>1</sup>	54	49	90.7	1	10	10	100	0
Limpieza <sup>2</sup>	55	46	83.6	0	10	10	100	0
Disposición adecuada <sup>3</sup>	54	42	77.8	1	10	9	90	0
Almacenamiento adecuado del equipo <sup>4</sup>	55	47	85.5	0	10	10	100	0

<sup>1</sup> Equipo protegido de la luz solar y el agua y alejado del suelo

<sup>2</sup> Zona limpia, incluyendo mostradores/mesas/pupitres y paredes

<sup>3</sup> Ningún material cortopunzante fuera del contenedor; el contenedor no debe estar dañado ni rebosante

<sup>4</sup> Equipo estéril/descontaminado envuelto en tela estéril, almacenado en contenedor estéril, en un autoclave, limpio y cubierto, o en un contenedor con desinfectante

## 7.2 Descontaminación y esterilización

La tabla 7.2 detalla las técnicas utilizadas para descontaminar y esterilizar el equipo. Ambos tipos de establecimientos utilizan autoclave de manera más común como medio de esterilización. El 35% de los ECOS esterilizan su equipo fuera del establecimiento.

**Tabla 7.2** Descontaminación y esterilización

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
<b>Descontaminación</b>						
Empapado en desinfectante y a continuación frotado con agua y jabón	55	19	34.5	10	6	60
Frotado con agua y jabón y a continuación empapado en desinfectante	55	17	30.9	10	7	70
Sólo frotado con agua y jabón	55	3	5.5	10	3	30
Sólo empapado en desinfectante	55	7	12.7	10	3	30
Limpado, no frotado con agua y jabón		17	30.9	10	3	30
Otro	55	5	9.1	10	1	10
Ninguna parte del equipo reutilizado	55	0	0	10	0	0
<b>Esterilización</b>						
Esterilización aire seco	55	2	3.8	10	3	30
Autoclave	55	34	65.4	10	7	70
Hervido	55	0	0	10	0	0
Esterilización al vapor	55	0	0	10	0	0
Esterilización química	55	2	3.8	10	3	30
Procesado fuera del establecimiento	55	18	34.6	10	0	0

La Tabla 7.3 detalla diversos elementos de control de infecciones observados en las instalaciones. El artículo más comúnmente observado en ambas instalaciones eran guantes de látex desechables.

### 7.3 Elementos en el control de infecciones

**Tabla 7.3** Elementos del control de infección observados

	ECOS			Unidades de salud especializadas		
	N	n	%	N	n	%
Agua corriente	55	37	67.3	10	10	100
Otra tipo de agua corriente (cubo con grifo o jarrón para escanciar)	55	19	34.5	10	3	30
Agua en cubo o palangana (agua reutilizada)	55	20	36.4	10	3	30
Toallitas de secar manos de uso único	55	4	7.3	10	3	30
Receptáculo para residuos con tapa y bolsa de plástico	55	37	67.3	10	9	90
Contenedor para cortapunzantes	55	48	87.3	10	10	100
Guantes de látex desechables	55	50	90.9	10	10	100
Guantes desechables no de látex	55	47	85.5	10	10	100
Solución para descontaminación ya mezclada	55	33	60	10	8	80
Jeringas autodisponibles	55	42	76.4	10	10	100
Cuarto privado	55	34	61.8	10	9	90
Privacidad auditiva y visual	55	35	63.6	10	7	70
Mesa de exploración	55	28	50.9	10	9	90

## Conclusión

Como parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), la recolección de datos se realizó en 65 establecimientos de atención de salud primaria en las regiones más pobres de El Salvador. La primera fase de recolección de la encuesta tenía como objetivo medir las estimaciones de indicadores de línea de base y fijar metas para la Iniciativa. La encuesta de línea de base de los establecimientos incluía un cuestionario y una lista control de observación. Esta encuesta comprendía preguntas acerca de los siguientes indicadores: composición e infraestructura del establecimiento, salud infantil, atención prenatal y posnatal, planificación familiar, vacunación y control de infecciones. La encuesta de línea de base se llevó a cabo utilizando instrumentos para encuestas asistidos por computador (siglas en inglés, CAPI) en *netbooks*. Esta técnica ha recortado el tiempo de la entrevista si la comparamos con encuestas en soporte papel, ha reducido los errores en la recolección de datos, y ha permitido un mejor control sobre las preguntas y su relevancia a varios establecimientos de salud de alcances diferentes. La realización de la encuesta estuvo constantemente monitoreada por el IHME por medio de un enlace seguro de internet con los equipos de campo. Los datos recolectados se compararán y cruzarán con los datos de los hogares para crear una visión exhaustiva de la situación en las zonas objetivo. En el futuro, se realizarán encuestas de seguimiento para asesorar y monitorear cambios en indicadores selectos. Este reporte de calidad inicial se utilizará como una medida de línea de base para los establecimientos de salud. A través de las actividades de línea de base SM2015 en El Salvador, pudimos documentar la

prevalencia de varios indicadores de nuestras encuestas de hogares y establecimientos. El informe actual resume algunos de los hallazgos, y los datos disponibles contienen una mina de información. Esta valiosa actividad permite al BID trabajar con el gobierno de El Salvador para dar seguimiento del avance en estos indicadores de salud mientras se despliega la intervención en esta zona. La disponibilidad de una encuesta de línea de base y del plan para comparar la situación actual con la de los años a venir permitiría al gobierno, a donantes y al BID medir el impacto de la intervención.