

salud y no tener promotor de salud. Solo el trabajar resultó significativo (razón de prevalencia 1,71 IC 95 % 1,17-2,51) para no ser adherente.

Conclusiones: A pesar de los esfuerzos del Estado, los servicios de salud para adolescente deben ser reorientados de acuerdo con los principios y lineamientos de los documentos regulatorios y el marco legal del país, enfatizando en acciones de promoción de la demanda temprana y prestación de servicios de atención integral.

Palabras clave: programas nacionales de salud; atención integral de salud; adolescente; conocimientos; actitudes y prácticas en salud; adhesión a directrices.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is considered a fundamental stage for the development of the individual. Since 2015, a comprehensive health care program for adolescents has been established in El Salvador.

Objective: Characterize the main factors associated with non-adherence to the Comprehensive Health Care Program for adolescents aging 11 to 15 years, from Santa Ana municipality, El Salvador.

Methods: Cross-sectional descriptive study at the first level of care of Santa Ana municipality, from January to March 2018. An instrument made by the authors was applied. The sample was of 247 adolescents who were controlled and registered.

Results: Most adolescents were females, 65.2% lived in rural areas, 96% were studying, only 32.8% knew about the programme and it was being used by 48.1% (15.8% of all interviewees), and the way they knew about it was by the health promoter (63%). The main factors related to not knowing on the program were: living in the urban area, junior high school level, being a student, living near the health center and not having health promoter. Only work was significant (prevalence rate 1.71 CI 95 % 1.17-2.51) for not being adherent.

Conclusions: Despite the efforts of the State, health services for adolescents should be redirected in accordance with the principles and guidelines of the country's regulatory documents and legal framework, emphasizing in actions to promote early demand and provide comprehensive care services.

Keywords: National health programmes; comprehensive health care; adolescent; knowledge; attitudes and practices in health; adherence to guidelines.

Recibido: 15/06/2020

Aceptado: 19/09/2020

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica.⁽¹⁾ Cuando los adolescentes no consiguen llegar a la edad adulta en condiciones óptimas de salud y educación, implica para los gobiernos un elevado costo social y económico.

Según la OMS en el mundo viven 1200 millones de adolescentes, el 88 % se encuentra en países en desarrollo.⁽²⁾ Cada año más de 2,6 millones de jóvenes y adolescentes entre 10 y 24 años mueren, principalmente, por causas previsibles, (430 diario por violencia interpersonal), 16 millones de niñas de 15 a 19 años dan a luz. Los jóvenes entre 15 y 24 años, representan el 40 % de las nuevas infecciones por el VIH.⁽³⁾ En el 2015 se estimó que el 26 % de la población infantil y el 17 % de la población adolescente del mundo, residían en América Latina y el Caribe.⁽⁴⁾

En América Latina y el Caribe se identificaron como factores de riesgo en adolescentes jóvenes (10-14 años) la malnutrición, consumo de alcohol, drogas ilícitas, función renal deficiente y falta de agua potable y saneamiento básico.⁽⁵⁾ En El Salvador este grupo se encuentra en un entorno adverso, caracterizado por violencia social y alta proporción de población que no estudia ni trabaja, con mayor afectación en jóvenes que pertenecen a hogares con ingresos bajos.⁽⁴⁾ Su atención preventiva es una problemática que se agrava en los países subdesarrollados, El Salvador no es ajeno a esta situación. No obstante, desde la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y su ratificación en 1990, el país ha experimentado importantes logros en materia de derechos de la niñez y la adolescencia, especialmente en los ámbitos de la educación, salud, supervivencia y protección.

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el 2017 atendió a 175 423 adolescentes, de estos 59 932 fueron inscripciones en el programa y 115 491 controles subsecuentes, la mayoría recibió atención médica mediante un programa especial, del cual el 19 % es atención preventiva y el 81 % curativa. Entre las primeras causas de consulta están las infecciones respiratorias agudas, infecciones de transmisión sexual, heridas y traumatismos.^(6,7) El municipio Santa Ana atendió en ese periodo 6449 adolescentes, de estos, 3023 fueron inscripciones y 3426 fueron controles subsecuentes.⁽⁶⁾

Los insuficientes recursos destinados a la promoción y atención de salud a este grupo amenazan con invalidar los logros conseguidos. Se ha reconocido la importancia de invertir en su salud y del desarrollo de programas dirigidos a su fomento, promoción y protección. De esta manera, el país asegura el bienestar de la próxima generación y la adquisición de capital humano, que serán el gestor del crecimiento económico y un agente para la transformación social.

Con el propósito de conocer la influencia que ejercen los diferentes factores sociales, económicos y culturales sobre la adherencia a la atención integral en adolescente se desarrolló este estudio considerado como la primera aproximación a un tema de alta relevancia y compromiso con la salud pública. Por lo que su objetivo es caracterizar los principales factores asociados a la no adherencia al Programa de atención integral de salud para adolescente de 11 a 15 años, del municipio Santa Ana del El Salvador.

Métodos

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal con componente analítico. Se incluyeron todos los adolescentes residentes en el municipio Santa Ana, El Salvador, que fueron consultados en el año 2017 en las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF), que recibieron su inscripción a los 10 años y su control subsecuente al Programa de atención integral de salud para adolescentes (PAISA)⁽⁸⁾ a partir de los 11 hasta los 15 años.

El universo estuvo formado por 456 adolescentes, 301 que recibieron control y 155 que fueron inscritos entre enero y marzo según reportes del sistema de información en línea y se filtraron para depurar los que no recibieron atención o no pertenecían al municipio. La unidad de análisis estuvo constituida por los adolescentes de las nueve UCSF que sustentan al Sistema de Morbimortalidad y Estadísticas Vitales del MINSAL (SIMMOW).

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, con distribución proporcional al tamaño del grupo, nivel de confianza 95 %, margen de error del 5 %, proporción esperada del 50 % y efecto de diseño 1.0. La muestra quedó constituida por 247 adolescentes distribuidos, 149 para los que recibieron control y 98 para los inscritos en el programa. Se utilizó el programa EPIDAT 3.1.

Los criterios de inclusión fueron: adolescentes de 11 a 15 años pertenecientes al área geográfica, los inscritos en el programa que no acudieron al control entre enero a marzo de 2018 y los que aceptaron participar en el estudio. Como criterios de exclusión se consideraron los adolescentes que se inscribieron en el programa, pero que no pertenecían al área geográfica, aquellos con incapacidad mental y las embarazadas, bajo el supuesto de que reciben atención diferenciada de cinco controles.

La fuente de información fue primaria (la encuesta) y secundaria (SIMMOW y expedientes clínicos de los seleccionados). Se elaboró un cuestionario para analizar los factores sociales, económicos, culturales y de demanda del servicio que no favorecen la adherencia al Programa. La técnica empleada fue la entrevista

estructurada ([Anexo](#)). El instrumento se aplicó por los promotores de salud previa capacitación, en caso necesario se consultó a los padres.

Operacionalización de las variables:

- *Variables demográficas*: edad, sexo, residencia, nivel de estudio, ocupación, centro escolar, último grado concluido.
- *Variables socioculturales y de demanda de servicios*: creencia religiosa, razones que le impide asistir a un centro de salud, padece alguna enfermedad, enfermedad que padece, demanda de atención de servicio de salud, está en control por alguna enfermedad, conocimiento del Programa, vía por la que lo conoció, lo utiliza, razón por la que no asiste, tiempo que tarda en llegar al establecimiento, hay promotor de salud en su comunidad, lo visita.
- *Variables económicas*: realiza algún trabajo, qué tipo, nivel socioeconómico

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 21. Se garantizó la calidad a través de mecanismos de digitación de doble entrada.

Las técnicas de análisis utilizadas fueron: distribución de frecuencias, medidas de resumen, prevalencia de no adherencia, razón de prevalencia, pruebas de significancia e intervalos de confianza del 95 % y *ji* al cuadrado. Para identificar la asociación de los factores a la no adherencia se calculó la razón de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza.

Procedimientos éticos: a cada adolescente seleccionado en presencia de sus padres o tutores les fue explicado las características de la investigación, se les solicitó a los padres o tutores su consentimiento informado. Se solicitó además el aval del Comité de Ética e Investigación del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

Resultados

En la tabla 1 se analiza las variables demográficas. Predominó el grupo de edad de 14 años, seguido del grupo de 13 y 15 años, respectivamente. La edad media fue de 13,3 años con predominio del sexo femenino sobre el masculino (53,4 % vs. 46,6 %), área de residencia rural, sobre la urbana y nivel de escolaridad secundario.

El 96 % estudiaba, de estos, el 92 % en el sector público. El último año cursado que predominó fue el sexto grado, seguido del séptimo. La mediana fue de cuarto grado, quinto en el área urbana y cuarto en la rural.

Tabla 1- Variables relacionadas con los factores demográficos de los adolescentes entrevistados. Municipio Santa Ana, 2018

Variable	Número	%	IC 95 %	
			LI	LS
Edad				
11	20	8,1	5,3	12,2
12	47	19,0	14,6	24,4
13	62	25,1	20,1	30,9
14	67	27,1	22,0	33,0
15	51	20,7	16,1	26,1
Sexo				
Masculino	115	46,6	40,4	52,8
Femenino	132	53,4	47,2	59,6
Área residencia				
Urbana	86	34,8	29,2	41,0
Rural	161	65,2	59,1	70,9
Nivel de estudio				
Primaria	112	45,3	39,3	51,6
Secundaria	135	54,7	48,4	60,8
Último año cursado				
3.º grado	8	3,2	1,7	6,3
4.º grado	16	6,5	4,0	10,3
5.º grado	39	15,8	11,8	20,9
6.º grado	62	25,1	20,1	30,9
7.º grado	61	24,7	19,7	30,4
7.º grado	61	24,7	19,7	30,4
8.º grado	30	12,1	8,6	16,8
9.º grado	31	12,6	9,0	17,3

En la tabla 2 se examinan algunas variables socioculturales y de servicios de salud. El 72,5 % practicaban alguna religión (40,5 % evangélicos y 32 % católicos), solo el 26,7 % no profesó religión alguna.

El 89,9 % refirió no tener razón alguna para no asistir al centro de salud; el resto no lo hacía por costumbres, motivos religiosos, económicos y en menor cuantía problemas con la calidad de la atención, distancia o los padres no lo acompañaban.

Al explorar la valoración de su salud el 86,2 % se consideró sano. Entre los que manifestaron alguna enfermedad, las más frecuentes fueron; respiratorias, alergias, neurológicas, cardiopatías y afecciones gástricas y oftalmológicas. Para recibir atención el 82,6 % se dirigía a las UCSF, en menor cuantía asistían al médico privado o al hospital.

Manifestaron no conocer el PAISA el 67,2 %, la principal vía para conocerlo fue el promotor de salud, seguido de la enfermera. El 48,1 % de los que conocen, asisten (15,8 % del total de entrevistados). Las principales causas de no asistencia están relacionadas con la falta de tiempo de los padres, ubicación geográfica del centro, razones económicas, limitación de transporte público y horario de atención.

Al explorar el tiempo que necesitaban para llegar al establecimiento, el 45,3 % tardaba menos de treinta minutos, el 23,5 %, más de una hora, estas últimas eran de procedencia rural. El 63,2 %, declaró que existía promotor de salud en su comunidad, de ellos, el 71,2 % dijo que los visitaban.

Tabla 2 - Variables relacionadas con factores socioculturales y de servicios de salud en los adolescentes entrevistados. Municipio Santa Ana, 2018

Variable	Número	%	IC 95 %	
			LI	LS
Razón que impide asistir centro de salud				
Costumbres	5	2,0	0,9	4,7
Religión	3	1,2	0,4	3,5
Otras	17	6,9	4,3	10,7
Ninguna	222	89,9	85,5	93,1
Padece enfermedad				
Sí	34	13,8	10,0	18,6
No	213	86,2	81,4	90,0
Dónde consulta cuando enferma				
Unidad de salud	204	82,6	77,4	86,8
Médico privado	29	11,7	8,4	16,3
Hospital	11	4,5	2,5	7,8
Otro	2	0,8	0,2	2,9
Curandero	1	0,4	0,1	2,3
Está en control por enfermedad				
Sí	6	2,4	1,1	5,2
No	241	97,6	94,8	98,9
Conoce programa adolescente				
Sí	81	32,8	27,2	38,9
No	166	67,2	61,1	72,8
Vía conoció programa				
Promotor de salud	51	63,0	52,1	72,7
Enfermera	19	23,5	15,6	33,8
Medico	5	6,2	2,7	13,7

Medio de difusión masiva	3	3,7	1,3	10,3
Otro	3	3,7	1,3	10,3
Asiste al programa				
Si	39	48,1	37,6	58,9
No	42	51,9	41,1	62,4
Por qué no asiste				
Tiempo de los padres	11	26,2	15,3	41,1
Económicas	9	21,4	11,7	35,9
Ubicación geográfica	9	21,4	11,7	35,9
Horario de atención	5	11,9	5,2	25,0
Limitación de transporte público	5	11,9	5,2	25,0
Otra causa	3	7,1	2,5	19,0
Tiempo en llegar a establecimiento				
Menos de 30 minutos	112	45,3	39,3	51,6
Entre 30 y 60 minutos	77	31,2	25,7	37,2
Más de 1 hora	58	23,5	18,6	29,2
Hay promotor de salud				
Sí	156	63,2	57,0	68,9
No	91	36,8	31,1	43,0
Lo visita promotor de salud				
Sí	111	71,2	63,6	77,7
No	45	28,8	22,3	36,4

Las variables económicas son analizadas en la tabla 3. La tercera parte de los hogares eran familias monoparentales, donde la madre asumía esa función. Un tercio de los adolescentes realizaba algún tipo de trabajo; como labores domésticas las féminas y agrícolas los varones. El 59,1 % manifestó un nivel socioeconómico bajo, el 36,3 % medio y solo uno alto.

Tabla 3 - Variables relacionadas con factores económicos en los adolescentes entrevistados. Municipio Santa Ana, 2018

Variable	Número	Por ciento	IC 95 %	
			LI	LS
Realiza trabajo				
Sí	77	31,2	25,7	37,2
No	170	68,8	62,8	74,3
Tipo de trabajo				
Labores domésticas	41	53,2	42,2	64,0
Labores agrícolas	20	26,0	17,5	36,7
Trabajo informal	4	5,2	2,0	12,6
No responde	5	6,5	2,8	14,3
Otro	7	9,1	4,5	17,6
Nivel socioeconómico				
Alto	1	0,4	0,1	2,3
Medio	83	33,6	28,0	39,7
Bajo	146	59,1	52,9	65,1
No responde	17	6,9	4,3	10,7

El análisis de variables relacionadas con el conocimiento del Programa aparece en la tabla 4. Los resultados indican que la edad y el sexo no guardan relación con el conocimiento, el área de procedencia se asoció de forma significativa, 0,80 urbana vs. rural, 0,60 (RP 1,33). A medida que se incrementa el nivel educacional y el ser estudiante disminuye el conocimiento acerca del programa, asociación estadísticamente no significativa.

Aunque la creencia religiosa influye en el conocimiento del programa (RP 1,18), esta resultó no estadísticamente significativa.

El padecer alguna enfermedad, y estar en control por esa causa no se asoció con conocer el programa. Resulta contradictorio que los que vivían más cerca del centro de salud tenían mayor desconocimiento de la existencia del programa, relación no significativa.

El tener promotor de salud en la comunidad y ser visitado resultó un factor protector, siendo ambas estadísticamente significativas.

Tabla 4 - Factores relacionados con el no conocimiento del Programa de atención integral al adolescente. Municipio Santa Ana, 2018

Variable	Conoce el Programa					x ²	p	RP	IC 95 %	
	No (N = 166)		Sí (N = 81)		Total (N = 247)				LI	LS
	No.	%	No.	%						
Area residencia										
Urbana	69	41,6	17	21,0	86	10,16	0,0001	1,33	1,13	1,57
Rural	97	58,4	64	79,0	161					
Nivel de estudio										
Secundaria	98	59,0	37	45,7	135	3,92	0,047	1,19	1,00	1,43
Primaria	68	41,0	44	54,3	112					
Ocupación										
Estudiante	161	97,0	74	91,4	235	3,73	0,05	1,64	0,84	3,23
Otra actividad	5	3,0	7	8,6	12					
Religión										
Sí	128	77,1	53	65,4	181	3,79	0,05	1,18	0,99	1,41
No	38	22,9	28	34,6	66					
Medicamento natural indicado										
Sí	75	45,2	19	23,5	94	10,89	0,001	1,34	1,14	1,58
No	91	54,8	62	76,5	153					
Tiempo en llegar a establecimiento										
Menos de 1 hora	134	80,7	55	67,9	189	4,98	0,03	1,28	1,00	1,65
1 hora o más	32	19,3	26	32,1	58					
Hay promotor de salud										
No	71	42,8	20	24,7	91	7,65	0,006	1,28	1,08	1,51
Sí	95	57,2	61	75,3	156					
Lo visita promotor de salud										
No	40	42,1	5	8,2	45	20,81	0,00	1,79	1,45	2,22
Sí	55	57,9	56	91,8	111					

programa. De igual forma, los adolescentes que por motivo de enfermedad recibían atención en una UCSF asistían más a los servicios del programa.

El tiempo que demoraban en llegar al centro de salud y el ser visitado por el promotor de salud mostraron asociación no significativa.

Otras variables analizadas no guardan asociación con asistir al Programa.

Tabla 5.- Factores asociados a la no adherencia al Programa de Atención Integral al Adolescente. Municipio Santa Ana, 2018

Variable	Asiste el Programa					x ²	p	RP	IC 95 %	
	No (N = 42)		Sí (N = 39)		Total (N = 81)				LI	LS
	No.	%	No.	%						
Edad										
11-13	19	45,2	25	64,1	44	2,90	0,09	0,70	0,47	1,06
14-15	23	54,8	14	35,9	37					
Sexo										
Masculino	24	57,1	16	41,0	40	2,10	0,15	1,37	0,89	2,10
Femenino	18	42,9	23	59,0	41					
Area residencia										
Urbana	12	28,6	5	12,8	17	3,03	0,08	1,50	1,00	2,25
Rural	30	71,4	34	87,2	64					
Donde consulta cuando enferma										
Otro	8	19,0	3	7,7	11	2,22	0,14	1,50	0,97	2,31
UCSF	34	81,0	36	92,3	70					
Tiempo en llegar a establecimiento										
1 hora o más	17	40,5	9	23,1	26	2,81	0,09	1,44	0,96	2,15
Menos de 1 hora	25	59,5	30	76,9	55					
Lo visita promotor de salud										
Sí	29	96,7	27	87,1	56	1,86	0,17	2,69	0,44	15,2
No	1	3,3	4	12,9	5					
Realiza trabajo										
Sí	17	40,5	6	15,4	23	6,26	0,012	1,71	1,17	2,51
No	25	59,5	33	84,6	58					

Discusión

Los adolescentes, principalmente aquellos que viven en situación de pobreza, enfrentan numerosos riesgos para la vida y la salud, por lo que son un grupo vulnerable. Estos enfrentan importantes barreras para la utilización de servicios de atención a la salud, tanto preventivo como curativo, tales como, recorrer largas distancias, hacer prolongadas esperas, o ser atendidos por personal poco competente.⁽⁹⁾

Si bien se ha señalado descuido en algunos Estados,⁽¹⁰⁾ existe un importante marco internacional que los protege y que promueve el diseño e implementación de políticas y programas que los beneficie cumpliendo los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La OMS ha emitido orientaciones técnicas con el fin de que se implementen políticas específicas para garantizar el acceso a servicios de salud apropiados y orientados al adolescente.⁽¹¹⁾

En El Salvador, de acuerdo con el marco legislativo de la Constitución de la República se consagra el derecho a la protección de la salud de los menores, el Estado tiene la obligación de garantizar su asistencia. Igualmente, está garantizado por la Ley de la Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA)⁽¹²⁾ el acceso a servicios de salud de calidad tanto preventivos como curativos.

Los pocos diagnósticos, que se han realizado a los servicios de salud para la población adolescente, señalan importantes deficiencias particularmente relacionadas con la promoción e información en salud, así como servicios de consejería.^(13,14,15) Por ello, la importancia de profundizar en su estudio. La revisión del tema de referencia demuestra un vacío importante de información que dificulta el análisis de los resultados encontrados en contraste con la literatura nacional e internacional. Esto conllevó a que en la presente investigación se haga referencia a estudios puntuales, realizados fundamentalmente en temas de salud sexual y reproductiva.

La Dirección General de Estadística y Censo de El Salvador (DIGESTYC) notificó en su Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM) de 2017⁽¹⁶⁾ que el 23,6 % de la población total está comprendida en el grupo de adolescentes, el 51,6 % tiene entre 10 y 14 años, de ellos el 14 % no estudia, el 60,2 % vive en el área urbana, la escolaridad promedio en el área rural es de 5.º grado, mientras que en la urbana alcanza 8.º grado. Estos resultados son similares a los reportados por *Palazzo* y otros en Brasil⁽¹⁷⁾ donde el 41,8 % tenía entre 4 y 6 años de escolaridad. El 12,6 % de los adolescentes realizaba actividades económicas, los varones se

dedicaban fundamentalmente a la agricultura, mientras que las hembras laboraban en servicios domésticos, comercio e industria manufacturera.

En el Informe de 2014 sobre la situación de la niñez y adolescencia en El Salvador⁽¹⁸⁾ se refleja que el 62,7 % de los adolescentes del municipio estudiado viven en el área urbana, elemento que no guarda correspondencia con los resultados encontrados. Dicho informe, refiere un incremento del trabajo infantil en función de la edad, resultados que difieren con este estudio, donde solo el 1,6 % trabajaba. *Reyes y otros*⁽¹³⁾ reportan que el 20,3 % de los varones y el 8,6 % de las féminas que estudiaban, habían realizado algún trabajo por el cual recibieron pago. Reportaron que el 62 % de los entrevistados acudieron a los servicios de salud, siendo las tres principales razones: enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales y lesiones debidas a accidentes. La primera causa de consulta coincide con los resultados de este estudio.

Las medicinas alternativas y complementarias son utilizadas frecuentemente en estas edades. Aunque no se indagó sobre las motivaciones que tuvieron para usarlas *Corell-Doménc*⁽¹⁹⁾ refiere que estuvieron relacionadas a fallas en el sistema de salud, necesidad de ayudar en su tratamiento y su coste. Para muchas personas, los tratamientos con medicina tradicional representan la principal fuente de atención sanitaria, y a veces la única.⁽²⁰⁾ Esta forma de atención está próxima a los hogares, es accesible y asequible. Además, es culturalmente aceptada y confían en ella. Su asequibilidad las hace más atractivas y en nuestro caso es una limitante para conocer el programa. Al no conocer el PAISA, se convierte en la principal barrera para la adherencia al programa, debido a que el conocimiento puede inducir a la utilización.

Es importante estudiar la adherencia como fenómeno multidimensional, ya que en ella intervienen diferentes factores. A pesar que se debe considerar al individuo como el foco central del proceso, la ocurrencia de la adhesión no depende únicamente de él, y sí del conjunto de elementos constituyentes de ese proceso, individuo, profesional de la salud y sistema de salud. Esto facilitará una mejor comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso salud-enfermedad y el perfeccionamiento de la atención integral que brindan los especialistas.

Para mejorar el nivel de salud de los adolescentes salvadoreños es necesario garantizar la accesibilidad a esos servicios según sus necesidades, independientemente de su condición económica, social y cultural. La distancia a recorrer se convierte en una barrera de acceso a los servicios, el coste del transporte constituye un fuerte desembolso en las familias. Como el promotor de salud es la vía por la cual los adolescentes conocen de la existencia del programa

es motivo de preocupación que dos de cada cinco entrevistados manifestara que no existía en su comunidad.

La familia constituye un espacio fundamental en el proceso de desarrollo de la niñez y la adolescencia. Para cumplir con esas atribuciones necesitan condiciones económicas y sociales adecuadas, por ello, la situación de pobreza es uno de los factores que inciden en su capacidad para garantizar el derecho de protección que niñas, niños y adolescentes tienen. Un tercio de ellos deben trabajar para ayudar a sus padres pues el 59 % refiere un nivel socioeconómico bajo. Estos resultados son superiores a la EHPM,⁽¹⁶⁾ que estiman que a nivel nacional, casi un tercio de los hogares se encontraban en condiciones de pobreza, con un porcentaje mayor en la zona rural (53,7 %). En la población de 0 a 17 años la situación es más aguda, ya que el 43,7 % vive en hogares pobres.

Algunos adolescentes enfrentan barreras provenientes del conocimiento, actitudes y creencias, entre ellas las relacionadas con factores religiosos, además de la poca independencia en la decisión.^(21,22) En la medida en que los adolescentes tengan mayor conocimiento e información, tendrán mayor posibilidad e interés de acceder a los servicios y estarán en condiciones de ejercer sus derechos. Se reconocen los problemas estructurales como la pobreza y la inequidad social y de género, como barreras, condiciones que alejan a los usuarios aún en condiciones de necesidad. Entre las barreras que reducen el acceso de los servicios de salud en países de bajos ingresos se considera la distancia y el tiempo como costos indirectos y de oportunidad que influyen considerablemente en el conocimiento y aceptación de los servicios de salud.^(23,24)

Los costos de transporte constituyen una proporción sustancial del gasto total en salud de los usuarios y han sido medidos en diversos contextos para determinar su impacto en la utilización de los servicios de salud. Se considera que después del gasto en medicamentos, constituyen el desembolso más fuerte de todos los referidos a salud, por otra parte, no siempre está disponible en la mayoría de las áreas rurales. Estudios actuales indican que estos costos representan alrededor del 30 % del gasto total en salud de un paciente.^(25,26,27)

Es importante señalar la ausencia de promoción del programa, tanto por el personal de salud como por materiales de divulgación, a pesar de que ambos constituyen una vía importante para la captación. Son cada vez más los países que centran sus esfuerzos en lograr que los establecimientos sanitarios existentes presten una mayor atención a las necesidades de los adolescentes, en lugar de apostar por la creación de puntos de prestación de servicios exclusivamente destinados a este colectivo.⁽²²⁾

El MINSAL se ha dado a la tarea de fortalecer la atención en el primer nivel de atención con el modelo de salud familiar y comunitaria, y el abordaje de las

determinantes sociales, para reducir la inequidad en la gestión y sus prestaciones.⁽²⁸⁾ Otras barreras de acceso a los servicios de salud están relacionadas con factores socioculturales producto de mitos, imaginarios y prejuicios, entre ellos identidad de género, orientación sexual y sentido de invulnerabilidad, también influyen percepciones y actitudes de los proveedores de servicios al estigmatizarlos y asociarlos a prácticas y actitudes irresponsables y peligrosas.⁽²⁹⁾

El acceso geográfico, instituciones muy alejadas de la residencia, la demora en la entrega de medicamentos, y procedimientos administrativos que postergan la prestación del servicio (trámites, colas y demora para asignar cita con el médico o para exámenes), ambientes muy formales y convencionales, son condiciones frecuentemente mencionadas por la población como barreras importantes.^(30,31) El horario de atención para la prestación de los servicios se percibe como barrera de acceso pues con frecuencia coincide con el horario escolar. El horario extendido o diferido, además de facilitar el acceso, permite que no tengan que justificar su inasistencia a clases por ir al centro de salud. Sin embargo, a pesar de que estos han demostrado ser una estrategia exitosa para incrementar la asistencia a los servicios, los proveedores la consideran una medida insostenible dada la recarga laboral y falta de recursos para subsidiarlas.^(32,33)

El agente más eficaz de cambio puede ser el propio grupo de jóvenes quienes deben expresar su propio análisis crítico de cómo el sistema les ha servido o no. Sin embargo, cuando viven en ambientes caracterizados por la pobreza y la falta de educación y oportunidades de empleo, sus voces usualmente están silenciadas. Las barreras legales, políticas y regulatorias son los principales impedimentos macroeconómicos de la organización del Estado. El uso de los servicios de salud debe ser visto como una inversión social pues solo así se podrá contar con una población sana.

A modo de consideración final, se puede decir que las características sociodemográficas, culturales y económicas de los adolescentes de Santa Ana no difiere del resto del país, la lejanía y el nivel socio económico bajo pudiera estar influyendo en el conocimiento del programa. Los adolescentes enfrentan una multitud de barreras para acceder y beneficiarse de los servicios de salud. A pesar de los esfuerzos del Estado para mejorar sus condiciones de vida y de las diversas estrategias y modelos que se han puesto en marcha para ofrecer servicios de salud integrales, se necesita dar una mirada más profunda para evaluar las actuales fallas de los programas y políticas de salud que los afecta.

Limitaciones del estudio

Dadas las características del grupo en estudio, los resultados obtenidos, no podrán generalizarse sino a otras poblaciones similares. Se controlaron los diferentes sesgos de selección, información y de memoria.

Se puede concluir que existe la necesidad de reorientar los servicios de salud para adolescentes y jóvenes de acuerdo con los principios y lineamientos de los documentos regulatorios y el marco legal del país, enfatizando en acciones de promoción de la demanda temprana y prestación de servicios de atención integral, que prevengan los problemas que los afectan, con énfasis en el desarrollo del potencial humano y la calidad de la atención.

Recomendaciones

Este trabajo podría ser un punto de partida para el inicio de otras investigaciones que permitan el seguimiento o modificación de políticas públicas y el mejoramiento de la oferta de servicios de calidad y las capacidades del personal de salud.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. Ginebra: OMS; 2019 [acceso 12/12/2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes riesgos para la salud y soluciones. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2018 [acceso 12/12/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
3. Organización Mundial de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Ginebra: OMS; 2017 [acceso 12/12/2019]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/

4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, DC: OPS; 2017 [acceso 12/12/2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018). Washington, DC: OPS; 2018 [acceso 12/12/2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49545>
6. Ministerio de Salud El Salvador. SIMMOW. Morbimortalidad + Estadísticas vitales; 2018 [acceso 16/12/2019]. Disponible en: <http://simmow.salud.gob.sv/>
7. Bascolo E, Cid C, Houghton N, Lique H. En el camino de la salud universal. Diez años de reforma del sistema de salud en El Salvador. Washington, DC: OPS; 2019 [acceso 16/12/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1844-documento-el-salvador-web&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364
8. Ministerio de Salud El Salvador. Programas de Atención Integral en Salud al Adolescente;. El Salvador: MINSAL; 2015 [acceso 18/12/2019]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/p_attadolescentes.asp
9. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades. Bolivia: UNICEF, febrero de 2011 [acceso 12/02/2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf
10. Melo-Castillo LA, Heckman J, Barbeito L, Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lipina S, *et al.* Infancia, adolescencia y juventud: oportunidades clave para el desarrollo. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Unicef, Uruguay. Montevideo, Uruguay: CIPPEC; 2019. [acceso 12/02/2019]. Disponible en: https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2020/01/oportunidades_claves_para_el_desarrollo_web.pdf
11. Organización Mundial de Salud. Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, Prosperar, Transformar. Ginebra: OMS; 2015 [acceso 12/02/2019]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf

12. República de El Salvador. Ley de las Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. Comisión Coordinadora del Sector Justicia. Ley de protección integral de la niñez y adolescencia. “LEPINA”. Unidad Técnica Ejecutiva del Sector Justicia (UTE), comp. San Salvador, El Salvador: 2009 [acceso 12/02/2019]. Disponible en: [http://escuela.fgr.gob.sv/wp-content/uploads/Leyes/Leyes-2/LEY-DE-PROTECCION-INTEGRAL-DE-LA-NI %C3 %91EZ-Y-ADOLESCENCIA.pdf](http://escuela.fgr.gob.sv/wp-content/uploads/Leyes/Leyes-2/LEY-DE-PROTECCION-INTEGRAL-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA.pdf)
13. De Jesús-Reyes J, Menkes-Bancet C, Meza-Palmeros JA. Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México. Población y Salud en Mesoamérica. 2016;13(2):1-23. DOI: [10.15517/psm.v13i2.18481](https://doi.org/10.15517/psm.v13i2.18481)
14. González Aguiar AG, Quintana Llanio L. Demanda del servicio de ginecología infanto-juvenil en la atención primaria de salud (1996-2011). Rev Cub Sal Públ. 2016 [acceso 13/02/2020];42(2):213-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2016/csp162e.pdf>
15. Trucco D, Ullman H, eds. Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2015 [acceso 12/02/2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38978/4/S1500718_es.pdf
16. Gobierno de El Salvador. Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2017. DIGESTYC; 2018 [acceso 12/02/2020]. Disponible en: <https://www.rnps.gob.sv/2018/05/digestyc-presenta-resultados-de-encuesta-de-hogares-de-propositos-multiples-2017/>
17. Palazzo L, Béria JU, Tomasi E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? Cad. Saúde Pública. 2003 [acceso 23/03/2020];19(6):1655-65. Disponible en: www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a10v19n6.pdf
18. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Informe de Situación de la Niñez y Adolescencia en El Salvador 2014. Nueva York: UNICEF. Noviembre 2014 [acceso 23/03/2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/elsalvador/sites/unicef.org.elsalvador/files/2018-12/Analisis_de_Situacion_de_la_Infancia_El_Salvador_UNICEF_2014.pdf
19. Correll-Doménch M. Terapeutas alternativos en México y la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023: Comunicación, creencias y factores socio-económicos. Perspectivas de la comunicación. 2019 [acceso 12/02/2019];12(1):59-77 [acceso 23/03/2020]. Disponible en:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/perspectcomun/v12n1/0718-4867-perspectcomun-12-01-59.pdf>

20. Olortegui-Mariño R, Galvez-Olortegui J, Paredes-Ayrac D, Villafan-Broncano M. Medicina tradicional, alternativa o complementaria: una perspectiva de adherencia terapéutica intercultural. *Medwave*. 2017;17(5):e6976. DOI: [10.5867/medwave.2017.05.6976](https://doi.org/10.5867/medwave.2017.05.6976)

21. Gómez-Bustamante EM, Cogollo-Milanés Z. Asociación entre religiosidad y estilo de vida en adolescentes. *Rev Fac Med*. 2015;63(2):193-98. DOI: [10.15446/revfacmed.v63n2.49289](https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.49289)

22. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Informe sobre equidad en salud 2016. Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. Ciudad de Panamá, Panamá: UNICEF; 2016 [acceso 23/03/2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf

23. Huot S, Ho H, Ko A, Lam S, Tactay P, MacLachlan J, *et al*. Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *International Journal of Circumpolar Health* 2019;78(1)1571385. DOI: [10.1080/22423982.2019.1571385](https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1571385)

24. Abuosi AA, Anaba EA. Barriers on access to and use of adolescent health services in Ghana. *Journal of Health Research*. 2019;33(3):197-207. DOI: [10.1108/JHR-10-2018-0119](https://doi.org/10.1108/JHR-10-2018-0119)

25. Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *J Community Health*. 2013 [acceso 16/04/2020];38(5):976-93 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4265215/pdf/nihms646723.pdf>

26. Shrimé MG, Hamer M, Mukhopadhyay S, Kunz LM, Claus NH, Randall K, *et al*. Effect of removing the barrier of transportation costs on surgical utilization in Guinea, Madagascar and the Republic of Congo. *BMJ Glob Health*. 2017;2:e000434. DOI: [10.1136/bmjgh-2017-000434](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000434)

27. Varela C, Young S, Mkandawire N, Groen RS, Banza L, Viste A. Transportation barriers to Access health care for surgical conditions in Malawi a cross sectional nationwide household survey. *BMC Public Health*. 2019;19:264 . DOI: [10.1186/s12889-019-6577-8](https://doi.org/10.1186/s12889-019-6577-8)

28. El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. “Plan estratégico intersectorial para la atención integral en salud de las personas adolescentes y jóvenes 2016 - 2019”. 2da Edición. San Salvador: Ministerio de Salud; noviembre 2016 [acceso 30/04/2020]. Disponible en: <http://www.salud.gov.sv/regulacion/default.asp>
29. Tajer DJ, Reid GB, Cuadra ME, Solís M, Fernández-Romeral J, Saavedra LD, *et al.* Varones adolescentes en la ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud. *Salud Colectiva*. 2019;15:e2256. DOI: [10.18294/sc2019.2256](https://doi.org/10.18294/sc2019.2256)
30. Caicedo-Rosero AV, Estrada-Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2016 [acceso 30/04/2020];15(31):146-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n31/1657-7027-rgps-15-31-00146.pdf>
31. Fuentes Reverón S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev Cub Sal Públ*. 2017 [acceso 30/04/2020];43(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu12217.pdf>
32. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017 [acceso 30/04/2020];55(1):82-9. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1135/1754
33. Virgüez Moreno LJ. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén. [Trabajo de grado presentado para optar por el título de Maestría en Salud Pública]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Posgrados en Administración en Salud; my. 2016. [acceso 30/04/2020]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/18884/VirguezMorenoLadyJohana2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexo - Cuestionario

Factores asociados a la no adherencia al programa de atención integral de salud en adolescentes de 11 a 15 años. Municipio Santa Ana, El Salvador. Enero-marzo 2018.

Siglas del nombre y apellidos _____

Nº de Encuesta _____

1.- ¿Cuál es su edad?

2. Sexo 1. Masculino
 2. Femenino

3.- ¿En qué área vive? 1. Urbana
 2. Rural

4.- ¿Cuál es su nivel de estudio? 1. Primaria
 2. Secundaria

5.- ¿Centro escolar donde estudia? 1. Público
(Solo para los que respondieron SI en la pregunta anterior) 2. Privado

6.- ¿Cuál fue el último año que cursó? 1. 3.^{er} grado
 2. 4.^o grado

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 3. 5.º grado | <input type="checkbox"/> |
| 4. 6.º grado | <input type="checkbox"/> |
| 5. 7.º grado | <input type="checkbox"/> |
| 6. 8.º grado | <input type="checkbox"/> |
| 7. 9.º grado | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ninguno | <input type="checkbox"/> |

- 7- ¿Cuál es su ocupación actual?
- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 1. Trabajador | <input type="checkbox"/> |
| 2. Estudiante | <input type="checkbox"/> |
| 3. No hace nada | <input type="checkbox"/> |
| 4. No refiere | <input type="checkbox"/> |

- 8.- ¿Practica alguna religión?
- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Católica | <input type="checkbox"/> |
| 2. Evangélica | <input type="checkbox"/> |
| 3. Otra | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ninguna | <input type="checkbox"/> |
- ¿Cuál? _____

- 9.- ¿Cuál de estas razones a Ud. le impide asistir a un centro de salud? (Puede marcar más de una opción)
- | | | |
|---------------|--------------------------|----------------|
| 1. Creencias | <input type="checkbox"/> | ¿Cuáles? _____ |
| 2. Costumbres | <input type="checkbox"/> | ¿Cuáles? _____ |
| 3. Religión | <input type="checkbox"/> | ¿Cuáles? _____ |
| 4. Otras | <input type="checkbox"/> | ¿Cuáles? _____ |
| 5. Ninguno | <input type="checkbox"/> | |

10.- ¿Padece de alguna enfermedad? 1. Sí
2. No

11.- ¿Qué enfermedad padece? (Para las que respondieron SI en la pregunta anterior)

12.- ¿Cuándo usted se enferma donde consulta habitualmente? (Marcar una sola opción)

1. Unidad de salud	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
2. Hospital	<input type="checkbox"/>	
3. Médico privado	<input type="checkbox"/>	
4. Curandero	<input type="checkbox"/>	
5. Otro	<input type="checkbox"/>	

13.- ¿Está en control por alguna enfermedad en alguna UCSF u Hospital? 1. Sí
2. No

14.- ¿Alguna vez le han indicado algún medicamento natural? 1. Sí
2. No

15.- ¿Ha hecho uso del medicamento natural que le hayan indicado? 1. Sí
2. No

16.- ¿Conoce del Programa de Atención Integral del Adolescente? 1. Sí
2. No

17.- ¿Por qué vía conoció del Programa de Atención Integral? (Marcar una sola opción)

- 1. Médico
- 2. Enfermera
- 3. Promotor de Salud
- 4. Medio de difusión masiva
- 5. Otro

¿Cuál? _____

18. ¿Asiste al Programa?

- 1. Sí
- 2. No

19.- ¿Si conoce el programa porqué razón no asiste al control anual? (Para los que respondieron que NO asisten al Programa). (Puede marcar más de una causa).

- 1. Económica
- 2. Vínculo laboral
- 3. Ubicación geográfica a UCSF
- 4. Tiempo de los padres
- 5. Horario de atención por la UCSF
- 6. Limitación de transporte público
- 7. Creencias
- 8. Motivos religiosos
- 9. Estoy insatisfecho
- 10. Otra causa

¿Cuál? _____

20.- ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al establecimiento de salud?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. Menos de 30 minutos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 30 y 60 minutos | <input type="checkbox"/> |
| 3. Más de 1 hora | <input type="checkbox"/> |

21. ¿Conoce si en su comunidad hay promotor de salud?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

22. ¿Lo visita el promotor de salud de su comunidad?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

23. ¿Quién lo aporta Ingreso económico en la familia?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Padre | <input type="checkbox"/> |
| 2. Madre | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ambos | <input type="checkbox"/> |
| 4. Otro | <input type="checkbox"/> |
| 5. No refiere | <input type="checkbox"/> |
- ¿Quién? _____

24. ¿Ud. realiza algún tipo de trabajo para ayudar a sus padres?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

25.- ¿Qué tipo de trabajo realiza? (Para los que respondieron SI en la _____)

1. Labores agrícolas	<input type="checkbox"/>
2. Labores domesticas	<input type="checkbox"/>

pregunta anterior) (Marcar una sola opción)

- 3. Trabajo informal
- 4. Otro trabajo
- 5. No responde

¿Cuál? _____

Realizar esta pregunta a los padres o tutores

26. ¿Recibe remesa familiar?

remesa

1. Sí

2. No

27.- ¿Cada cuánto tiempo recibe remesas?

1. Cada mes

2. Cada 2 meses

3. Otro

4. No responde

2

¿Cuál? _____

28.- ¿Cómo considera Usted que es su nivel socio económico?

1. Alto

2. Medio

3. Bajo

4. No refiere

Encuesta realizada por:

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha: ___ / ___ / ___ (dd / mm / aaaa)

Encuesta revisada por:

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (dd / mm /
 aaaa)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Ronal Antonio Rosales: conceptualización; análisis formal; adquisición de fondos; investigación; administración del proyecto; recursos; validación; visualización; redacción - revisión y edición.

Armando Rodríguez Salvá: conceptualización; análisis formal; metodología; supervisión; validación; visualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Blanca Terry Berro: análisis formal; visualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Financiación

Ministerio de Salud de El Salvador.