



EL SALVADOR

MARCO DE ACELERACIÓN DE LOS ODM

*CONDICIONES DE ÉXITO PARA EL LOGRO DE LAS METAS
DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL (ODM 4 Y 5)*



MARCO DE ACELERACIÓN DE LOS ODM

CONDICIONES DE ÉXITO PARA EL LOGRO DE LAS METAS DE LA MORTALIDAD
MATERNA E INFANTIL (ODM 4 Y 5)

Octubre de 2013

Copyright © Ministerio de Salud y Sistema de Naciones Unidas de El Salvador

Todos los derechos reservados.

Foto:

OPS/OMS

EL SALVADOR

MARCO DE ACELERACIÓN DE LOS ODM

*CONDICIONES DE ÉXITO PARA EL LOGRO DE LAS METAS
DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL (ODM 4 Y 5)*



OCTUBRE DE 2013

CONTENIDO

GLOSARIO.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
I. LA INICIATIVA DEL MARCO PARA ACELERAR EL LOGRO DE LOS ODM.....	15
II. MARCO DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES ACTUALES A FAVOR DE ODM 4 Y 5.....	20
III. AVANCES Y RETOS EN EL LOGRO DE LOS ODM 4 Y 5.....	27
IV. HALLAZGOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODM 4 Y 5.....	34
V. INTERVENCIONES SELECCIONADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODM 4 Y 5, SEGÚN COMPONENTE DE CURSO DE VIDA.....	38
VI. CUELLOS DE BOTELLA PRIORIZADOS QUE IMPIDEN LA IMPLEMENTACIÓN EXITOSA DE LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES.....	46
VII. SOLUCIONES PARA ACELERAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODM 4 Y 5.....	56
VIII. PLAN DE ACELERACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODM 4 Y 5.....	70
IX. ANEXOS.....	88

PRÓLOGO

En el 2011, el Gobierno de la República de El Salvador solicitó a la Representación Residente del Sistema de Naciones Unidas (SNU), su colaboración para analizar el cumplimiento de dos objetivos estratégico en la agenda de gobierno: reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna.

El Ministerio de Salud (MINSAL) asumió el liderazgo nacional en este proceso, con el propósito específico de identificar intervenciones costo efectivas que disminuyan la morbi-mortalidad materna, perinatal y neonatal, acelerar el cumplimiento conforme a lo establecido en la Declaración del Milenio y sostener los resultados a lo largo del tiempo.

Ello requiere no solamente de un buen diagnóstico, sino de una madurez para entender y aceptar áreas de mejora, ya sea en el acceso a servicios o la calidad de los mismos, así como una apreciación clara de la necesidad del trabajo conjunto, integrado, intersectorial para alcanzar los compromisos de país.

Con el apoyo de cuatro agencias del SNU, el MINSAL puso a prueba su sistema de información, los mecanismos de prestación de servicio y la capacidad de análisis del personal, en todos los niveles, lo cual ha permitido identificar un Plan de Acción realista y que refleja aquello en lo que el país puede mejorar corrigiendo la manera de hacer las cosas, lo que necesita colaboración técnica y en lo que será necesario la inyección de recursos para mantener los niveles y la calidad de servicios necesarios para evitar que indicadores tan sensibles para el país como la mortalidad materna y la mortalidad infantil, particularmente la peri y neonatal, vuelvan a niveles indeseables.

El Plan, por tanto, se encuentra ampliamente fundamentado en la evidencia, discutida y analizada, tanto al interior de Sistema Nacional de Salud, como con los distintos sectores que tienen un rol que jugar en factores de riesgo / beneficio, siendo actores importantes para brindar una respuesta integral de manera permanente.

El documento se estructura en ocho capítulos, de los cuales los primeros 5 se dedican a contextualizar histórica y conceptualmente el MAF, el marco institucional, el proceso del estudio, principales hallazgos y la evidencia que los sustenta. A partir de lo anterior, el capítulo 6 se concentra en la identificación y análisis de los cuellos de botella, para proceder luego a la estructuración del Plan de Acción.

El producto obtenido ha contado con la valiosa participación de distintos niveles técnicos y directivos del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Educación, el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, organismos internacionales, agencias de cooperación internacional, incluyendo agencias del Sistema de Naciones Unidas, a quienes se extiende un profundo reconocimiento por contribuir a generar este valioso instrumento que mejorará las condiciones de vida de las y los salvadoreños.



María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud
El Salvador



PRESENTACIÓN

El Salvador es parte de los países que en el año 2000 se adhirieron al ambicioso desafío de erradicar a nivel mundial la pobreza y sus terribles consecuencias, en un período de tres lustros, hasta el 2015. La conocida Declaración del Milenio, vincula a los países signatarios a realizar sus mayores esfuerzos por alcanzar las Metas del Milenio.

A dos años del cumplimiento del plazo de la Declaración, el Gobierno de la República priorizó dos Objetivos: Reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil (ODM4), y Reducir en 75% la mortalidad materna (ODM5). La elección de estos objetivos, pretende no solamente acelerar y mantener la consecución sino, además, establecer una alianza intersectorial que permitirá abordar factores coadyuvante de la morbilidad y mortalidad y mantener el logro y reducir a la mínima expresión las cifras de mortalidad infantil y materna.

Siendo una prioridad de país y en respuesta a una petición específica del Gobierno, el Sistema de Naciones Unidas (SNU) puso a disposición la experiencia desarrollada en otros países y regiones, a través de los cuales se logra identificar los llamados “cuellos de botella”, o factores que, al ser superados, facilitan la consecución de los resultados esperados. Es un instrumental metodológico que permite la reflexión y la identificación de acciones, fundamentalmente en el marco de las capacidades nacionales, que se traducen en un Plan de Trabajo que se enriquece intersectorialmente, viabilizando su ejecución y dándole la prioridad que le corresponde en el marco de la política pública. Esto es conocido como la metodología “Marco de Aceleración de los ODM (MAF, por sus siglas en inglés).

Como experiencia excepcional, el proceso de asistencia técnica y colaboración con el Ministerio de Salud, líder nacional de la iniciativa MAF, fue llevado a cabo por cuatro agencias del SNU que, lideradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyó a UNFPA, PNUD y a UNICEF como agencia co-líder. Además de abonar al trabajo interagencial, la experiencia también contribuye a la estrategia Delivering as One (DAO), hacia la cual se encamina la cooperación en el marco del SNU.

Haber concretado este proceso con un plan claramente definido y apropiado por los distintos sectores que han participado en su construcción, refleja el compromiso para alcanzar y mantener los resultados en los ODM, y motiva a nuestras agencias a una cooperación estrecha y lo más integral posible.

Estos resultados no hubiesen sido posibles sin el aporte decidido de las más altas autoridades del sector público y otros participantes, así como a su capacidad autocrítica que permite corregir a tiempo y maximizar la eficiencia para obtener los objetivos comprometido más allá de un horizonte político, incrementando las posibilidades de sostener los resultados en el tiempo.



Roberto Valent

Coordinador Residente

Sistema de Naciones Unidas en El Salvador

GLOSARIO

APSI	Atención Primaria en Salud Integral
CETEP	Clasificación, Evaluación y Tratamiento de la Emergencias Pediátricas
CISALUD	Comisión Intersectorial por la Salud
CONAIPD	Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad
CONASIDA	Comisión Nacional del Sida
CONASAN	Consejo Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional
CUIS	Unidad de Salud Cuisnahuat
ECOS	Equipos comunitarios de salud
FNS	Foro Nacional de Salud
HCP	Historia Clínica Perinatal del Sistema Informático Perinatal
IMC	Índice de Masa Corporal
INJUVE	Instituto Nacional de la Juventud
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
M	Región Metropolitana
MAF	Marco para el logro de los ODM (MDG Acceleration Framework)
MATEP	Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto para prevenir hemorragia postparto
MINED	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
MOE	Morbilidad Obstétrica Extrema
MM	Muerte Materna
O	Región Oriental
OCC	Región Occidental

ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONU Mujeres	Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR Adj	Razón de probabilidad ajustada
PARA-C	Región Paracentral
PERMMN	Plan Estratégico de Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal 2009-2014
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RR EE	Ministerio de Relaciones Exteriores
RC	Región Central
SIP	Sistema Informático Perinatal
SIS	Secretaría de Inclusión Social
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
STP	Secretaría Técnica de la Presidencia
SVMM	Sistema de Vigilancia Activa de Mortalidad Materna
TB	Tuberculosis
THE	Trastornos Hipertensivos del Embarazo
TORCH	Síndrome de infecciones maternas por toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple
UNDG	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

En 2000, El Salvador junto con 188 Estados miembros de las Naciones Unidas acordaron, en la Declaración del Milenio, lograr para 2015, ocho objetivos y sus respectivas metas como un esfuerzo para mejorar el desarrollo de los países. Esto es lo que se ha identificado como los **Objetivos del Milenio (ODM)**.

Dentro de estos Objetivos se encuentran dos que son interés del presente trabajo: el 4 relacionado con la reducción de la mortalidad infantil y el 5, con la mejora de la salud materna. El compromiso mundial es reducir en 2 terceras partes la mortalidad infantil (ODM4) y en un 75% la mortalidad materna (ODM5).

Según el Informe de “Objetivos de Desarrollo del Milenio” presentado por la ONU en el 2011, ambos objetivos mostraban avances a nivel regional. La muerte materna en América Latina y el Caribe (LAC) ha disminuido de 130 a 80 por 100,000 nacidos vivos, y la mortalidad en niños menores de 5 años ha pasado de 52 a 23 por 100,000 nacidos vivos¹. Sin embargo, el mismo informe indica que la reducción global de LAC, no implica que todos los países han logrado el cumplimiento, particularmente del ODM5; también menciona que otros países, a pesar que ya han alcanzado los ODM, ameritan acompañamiento para mantener sus cifras en el nivel esperado.

Con el fin de apoyar a los gobiernos en el logro o mantenimiento de los ODM, el PNUD creó el Marco para Acelerar el Logro de los ODM (MAF de sus siglas en inglés: MDG Acceleration Framework), como herramienta disponible para que los equipos de Naciones Unidas apoyen a los gobiernos en solventar los obstáculos o cuellos de botella que limitan alcanzar los ODM o mantener sus resultados actuales. Este marco permite, focalizar en las disparidades e inequidades, dos de las causas principales del progreso desigual, y ofrece una manera sistemática de identificar los cuellos de botella, así como las soluciones prioritarias a estos.

Durante la visita al país de la Directora Ejecutiva de ONU-Mujeres, en 2011, las autoridades del Gobierno solicitaron apoyo dirigido especialmente al cumplimiento de los ODM 4 y 5. En respuesta a dicha solicitud, el Sistema de Naciones Unidas (SNU) representado por PNUD, UNICEF, UNFPA y OPS conformó un grupo de trabajo que después se amplió con representantes de nivel nacional de MINSAL para aplicar el MAF. El grupo de trabajo contó con el liderazgo de OPS y de UNICEF como co-líder.

Las intervenciones analizadas con este marco, fueron priorizadas con el criterio único de estar relacionadas con las 3 causas de mortalidad más frecuentes, las cuales fueron definidas analizando el proceso de atención materna y neonatal en hospitales seleccionados por tener mayor frecuencia de casos. Las causas fueron validadas y sus causas determinadas en talleres participativos que contaron con la presencia de los diferentes niveles de atención de MINSAL, el ISSS, el Foro Nacional de Salud² y representantes de la oficina PNUD en Nueva York y Panamá.

En este documento se describe el proceso y resultados de la aplicación del MAF, finalizando con el Plan de Aceleración para los ODM 4 y 5.

1. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011. Naciones Unidas. Nueva York 2011.*

2. *Foro Nacional de Salud, representación de la sociedad civil que aglutina 27 organizaciones.*



I. LA INICIATIVA DEL MARCO PARA ACCELERAR EL LOGRO DE LOS ODM

Foto: OPS/OMS

El MAF es una directriz metodológica, aprobada por el Grupo de Naciones Unidas por el Desarrollo (UNDG) que ofrece a los gobiernos y sus socios una manera sistemática de identificar y de priorizar obstáculos que impide el avance en el logro de las metas de los ODM, cuyo progreso está por debajo del mínimo necesario para alcanzar la meta en el 2015, así como identificar soluciones de “aceleración” ante dichos obstáculos. El MAF se fundamenta en el conocimiento del país y experiencias existentes, así como en sus procesos de políticas y planificación, para ayudar a la creación de compromisos a nivel nacional, entre distintos actores y sectores, con la responsabilidad mutua de realizar los esfuerzos necesarios para alcanzar los ODM al 2015.

El MAF se caracteriza por:

- Responder a la determinación política nacional / local para hacer frente a lo identificado como cuellos de botella para alcanzar los ODM
- Basarse en las experiencias nacionales y los procesos en curso para identificar y priorizar los obstáculos que interfieren con la ejecución de las intervenciones clave de los ODM
- Utilizar las lecciones aprendidas para determinar soluciones objetivas y viables para acelerar el progreso de los ODM
- La creación de una asociación con los roles identificados para todas las partes interesadas para lograr conjuntamente progreso de los ODM.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE APLICACIÓN DEL MAF EN EL SALVADOR

Con el aval de la Ministra de Salud, el equipo de trabajo interagencial y ministerial, elaboró una nota conceptual dirigida al PNUD en la

sede en Panamá, solicitando ser considerado país beneficiario del MAF; esta nota conceptual planteaba los objetivos, el plan de trabajo, la ruta crítica, cronograma e hitos que el país se proponía lograr de resultar aprobado el apoyo hasta culminar con un Plan de Aceleramiento del logro de los ODM 4 y 5.

La metodología MAF se aplicó considerando las siguientes etapas:

Como punto de partida, se realizó un mapeo extensivo de todas las intervenciones y políticas que se estaban llevando a cabo para reducir la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal, particularmente las consideradas en el Plan Estratégico de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal.

1. Identificar el grupo de las intervenciones consideradas con mayor impacto en el corto plazo, partiendo de los diagnósticos más frecuentes de muerte materna y neonatal e incluidas en el Plan Estratégico de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal o las recomendaciones internacionales.
2. De cada grupo de intervenciones priorizadas, identificar y analizar los cuellos de botella – relacionados con la oportunidad de entrega del servicio durante el proceso de atención; disponibilidad de insumos y medicamentos; actitudes caracterización de la demanda, y competencias de los proveedores.
3. Analizar, determinar y priorizar las potenciales soluciones en función del impacto y viabilidad para abordar esas causas subyacentes que producen cuellos de botella para la ejecución efectiva de esas intervenciones priorizadas.
4. Elaborar una propuesta de Plan de Acción consensuada, con los distintos actores relacionados con las soluciones de los

cuellos de botella, que permita enfocar en las intervenciones que fueron priorizadas y consideradas efectivas para que el país logre acelerar el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan Estratégico de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal.

La siguiente tabla explica más ampliamente las fases y los hitos:

Fase	Descripción	Hitos
1 Identificación	<p>Primero identificar las primeras 3 causas de mortalidad materna y neonatal, luego Identificar las intervenciones de salud establecidas en la normativa nacional para prevenir o reducir tales causas. Se incluyeron todas las intervenciones que están recomendadas en la política nacional de SSR de acuerdo al criterio de las 3 primeras causas de mortalidad materna y neonatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Selección de municipios con mayor frecuencia de casos de muerte neonatal o materna. Revisión documental sobre el marco normativo establecido (Políticas, Planes Específicos, lineamientos clínicos). 	Intervenciones definidas de acuerdo a causas principales, mapeo de actores a nivel nacional y municipios o establecimientos a visitar.
2 Análisis	<p>Se establecieron los Cuellos de Botella más importantes, midiendo el riesgo relativo de las intervenciones que se deberían desarrollar en todos los casos que llegan a los hospitales con las principales patologías que causan las muertes neonatales y maternas.</p> <p>Para este análisis se realizó un estudio complementario para analizar las causas subyacentes de esos cuellos de botella identificados, a través del cual se revisaron los expedientes de casos y controles en los establecimientos que habían tenido contacto con muertes neonatales y maternas en el año 2011. También se incluyeron datos sobre los determinantes de salud – determinantes económicos, culturales y sociales para analizar las inequidades sanitarias - y se complementó con encuestas de salida a pacientes obstétricas para tratar de determinar el grado de conocimiento sobre signos y síntomas de peligro del embarazo y razones por qué y cuando consultar, desde el punto de vista de las usuarias de los servicios de salud.</p> <p>Este tipo de estudio permitió ampliar el análisis de proporciones matemáticas haciéndolo uno que determine el peso de los diferentes riesgos en la muerte neonatal y materna, y así poder focalizar recomendaciones en los factores que tienen más peso en la muerte materna.</p>	<p>Desarrollo de Plan de Visitas a los municipios seleccionados.³ (*)</p> <p>Estudio complementario realizado.</p>
3 Validación de cuellos de botella y posibles soluciones	Se realizaron talleres participativos para presentar y analizar los cuellos de botella de las intervenciones seleccionadas y se elaboró una propuesta de soluciones a corto plazo, que acelere el progreso en el cumplimiento de los ODM.	Propuesta de soluciones a corto plazo analizadas según impacto y factibilidad.
4 Planificación	Se consensó el Plan de Acción, especificando el compromiso intersectorial, de la sociedad civil, empresa privada y otros incluyendo el control y autoevaluación, por las entidades participantes. Esta fase fue realizada a través de talleres participativos.	Plan de Acción Plan de Monitoreo y Evaluación.

3. Los datos de muerte materna incluyen todos los prestadores y los de muerte neonatal los de MINSAL. (*) Es importante destacar que el 85% de la población es atendida por el Ministerio de Salud Pública, el 13% por el ISSS y el resto ISBM, BSM y atención privada, se incluyeron los casos de muerte materna del MINSAL y del ISSS (en el año 2011 hubo 55 muertes maternas en MINSAL; 8 en el ISSS y 1 en hospital privado); en muerte neonatal solo el MINSAL.

SELECCIÓN DE LOS ODM A ESTUDIAR:

El MINSAL, para el ODM 4 seleccionó el indicador 4a) Reducción de la Muerte del menor de un año focalizando en la reducción de la muerte neonatal y del ODM 5, el indicador 5a) Reducción de la muerte materna. El país se centró en los indicadores de muerte materna y neonatal ya que se esperaba contar con la Encuesta de Salud Familiar que sería realizada en 2013-2014, para profundizar los datos de la meta 5b, acceso universal a Salud Reproductiva.

SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES PRIORITARIAS:

Dado el buen nivel de información de que el país dispone a través del Sistema de Vigilancia activa de Mortalidad Materna (SVMM) y los reportes de muerte neonatal, el equipo de trabajo decidió priorizar desde el inicio en las intervenciones que se relacionan con las principales causas de muerte materna y neonatal: Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE), Hemorragia Obstétrica, Infecciones en las madres y Malformaciones congénitas, Asfixias e infecciones, en los neonatos.

Para el análisis se excluyeron aquellas muertes relacionadas con el embarazo debido a traumas de causa externa como accidentes de vehículos, arma de fuego o armas corto punzantes, y que se categorizan como causas de muerte materna no relacionada.

DETERMINACIÓN DE LOS CUELLOS DE BOTELLA:

Una vez identificadas las intervenciones priorizadas, se procedió a determinar sus cuellos de botella. Según la clasificación sugerida de acuerdo a la estructura MAF los cuellos de botella se clasificaron en **políticas y planificación, presupuesto y financiamiento, suministro u oferta de servicios y uso de servicios**. Se consideró además la teoría de las 3 Demoras, que explica las razones que influyen en la muerte materna según los documentos oficiales de MINSAL:⁴

- a) *Demora 1*: tiempo transcurrido en tomar la decisión de buscar ayuda, incluye a la paciente o su familia.
- b) *Demora 2*: tiempo transcurrido en llegar al establecimiento de salud para recibir atención médica, implica problemas de acceso económico, geográfico (carreteras, transporte) y cultural (creencias, tabues, etc)
- c) *Demora 3*: tiempo transcurrido en recibir el tratamiento adecuado por la institución de salud que atiende el caso.

De acuerdo a estudios previos realizados en el país⁵ y según datos del SVMM⁶, la demora que actualmente está influyendo en el 90% de los casos es la Demora 3. Esto significa que la mayor frecuencia de cuellos de botella se relacionarán con el diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado dentro de los servicios de salud y no con el acceso a ellos⁷.

4. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2011 – 2014. Ministerio de Salud El Salvador 2011.

5. Estudio sobre Línea Basal de Muerte Materna MINSAL. 2006.

6. Reporte del SVMM, MINSAL 2011.

7. La Reforma de Salud del gobierno actual tiene por objetivo mejorar el acceso, siendo una de las primeras decisiones la gratuidad de todo tipo de servicio, incluida la atención materna y niñez y acercar los servicios a los hogares a través de los ECOS.

Se analizaron también factores relacionados con las determinantes económicas, culturales y sociales de la salud, tales como educación y empleo de la madre, así como la zona geográfica, debido a que son factores del entorno que suelen estar altamente relacionados con morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Para demostrar cual era el peso de los factores externos e internos al sector salud – y así determinar la intersectorialidad de los posibles cuellos de botella - se realizó un estudio del Proceso de Atención de todas las muertes maternas de 2011 que estaban en la base de datos del MINSAL que incluían además fallecidas del ISSS, y una muestra de pacientes con morbilidades obstétricas de igual diagnóstico y procedencia que las fallecidas y en caso de los recién nacidos se estudió una muestra de los casos fallecidos seleccionando los que residían en los departamentos con mayor ocurrencia de casos en 2011 y de los que egresaron el mismo día del caso fallecido. En anexo se encuentra una tabla resumen de los mayores hallazgos encontrados en este estudio. En todos los casos de las madres fallecidas se contó con el resultado de la autopsia verbal, que es entrevista a familiares realizadas en el domicilio de las pacientes, lo que permitió conocer el contexto en que sucedió el fallecimiento.

PRIORIZACIÓN DE LOS CUELLOS DE BOTELLA:

Los cuellos de botella primero fueron establecidos mediante la revisión del proceso de atención⁸. Esto se realizó mediante un estudio de casos y controles, complementario al MAF y además estadísticamente fue determinado el peso del riesgo para la muerte materna y

neonatal que representó el cumplimiento o no de la intervención en análisis. Este estudio incluyó la revisión documental nacional e internacional, análisis de los expedientes de madres y neonatos en 15 de las 28 maternidades del país, seleccionadas según la frecuencia de casos de muerte y con entrevistas a usuarias y responsables de los programas que fueron realizados por dos consultores nacionales.

Mayor detalle sobre los cuellos de botella se encuentra en el Capítulo VI.

VALIDACIÓN DE LOS CUELLOS DE BOTELLA:

A través de dos talleres participativos⁹ con los diferentes niveles de atención del MINSAL se analizaron los cuellos de botella de las intervenciones seleccionadas, teniendo como punto de partida los resultados del estudio complementario. Los participantes en los talleres incluían representantes de MINSAL de nivel central: Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Planificación de Salud, Unidad de Enfermedades Prevalentes y de las cinco regiones de salud (división del país para este sector), representantes de hospitales, unidades de salud comunitarias y promotores y promotoras de salud; el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y representantes de la sociedad civil a través del Foro Nacional de Salud.

En estos talleres se contó con la presencia de una moderadora externa y representantes del PNUD sede Nueva York y de Panamá.

8. Entendido este como la ruta que recorren la paciente o recién nacido/a dentro del sistema de atención de salud y la determinación del grado de cumplimiento de las intervenciones prioritarias que la normativa ha establecido el MINSAL para dicha atención.

9. Un primer taller fue realizado Santa Ana con la Región Occidental y el segundo en San Salvador con las otras 4 regiones.

Los factores que coadyuban a la muerte evidenciados durante este análisis fueron tratados en un taller intersectorial con la participación de representantes del MINED, RREE, CONASAN, PLAN Internacional, ISSS y de las agencias del SNU: UNICEF, UNFPA, PNUD, Oficina del Coordinador Residente y OPS. Los cuellos de botella analizados y la propuesta de solución se explican en el capítulo VI.

DETERMINACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE SOLUCIONES

Después de priorizar los cuellos de botella de las intervenciones, se procedió a la identificación de soluciones por las personas participantes en los talleres. Un grupo específico de representantes de las direcciones de hospitales, primer nivel y programas del nivel central trabajó en validar estas soluciones y determinar la secuencia de implementación en tiempo, priorizando las que son de corto plazo, a fin de agilizar la ejecución de las intervenciones y acelerar el progreso de las metas prioritarias de los ODM, esto es, meta 4a) - reducción de la Muerte del menor de un año focalizando en la reducción de la muerte neonatal -, y meta 5a) - reducción de la muerte materna. La priorización se realizó considerando la integralidad de las intervenciones, es decir todas las intervenciones que por ejemplo tenían que ver con la reducción de hemorragia obstétrica y no en criterios de factibilidad, debido a que una intervención que falte en el proceso de atención, pone a la paciente en riesgo.

En este contexto, una solución se define como una acción «aceleradora» a corto plazo que resuelve el cuello de botella de una intervención y produce un impacto rápido sobre el terreno. El objetivo de las soluciones identificadas en este caso, es garantizar la ejecución efectiva de las intervenciones. Así, a través de los talleres de validación, en esta fase identificaron, priorizaron y secuenciaron las soluciones a corto plazo para resolver los cuellos de botella anteriormente identificados.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACELERAMIENTO:

Una vez determinadas y priorizadas las soluciones, el Plan de Acción fue validado de forma participativa en consulta realizada en 2013, con otros sectores, tales como la Secretaría Técnica de Presidencia; Secretaría de Inclusión Social; Instituto Nacional de Juventud, INJUVE; Ministerio de Educación, MINED; Ministerio de Relaciones Exteriores, el encargado de salud y educación; CONASAN, incluye además de MINED y MINSAL al Ministerio de Agricultura, Ministerio de Economía, Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales, Centro Nacional de Tecnología Agropecuaria, Ministerio de Trabajo, Instituto de la Mujer, ISDEMU, Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados, ANDA, Corporación de Municipalidades de El Salvador, COMURES y PLAN Internacional.



II. MARCO DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES ACTUALES A FAVOR DE ODM 4 Y 5

Foto: OPS/OMS

Secretar

Uno de los más importantes avances del actual gobierno lo constituye el proceso de Reforma de Salud, impulsado bajo la rectoría del Ministerio de Salud (MINSAL) y el marco de políticas y regulaciones. De las cuales, las más relacionadas con el cumplimiento de los ODM 4 y 5 son:

1. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA),
2. Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres,
3. Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD) 2010-2014, a partir del cual se han elaborado los siguientes documentos:
 - a. La Política de Salud Sexual y Reproductiva
 - b. El Plan Estratégico de Reducción de la Muerte Materna,
 - c. La Política Nacional de Juventud
 - d. La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición,
 - e. La Política Nacional de las Mujeres y
 - f. La ley de Lactancia Materna.
4. Plan Estratégico Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, SAN. 2013-2016 del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, CONASAN.
5. Plan Operativo de SAN, 2013-2016. CONASAN.

VÍNCULO DE LOS PLANES DE DESARROLLO Y ESTRATEGIA DE SALUD CON LAS INTERVENCIONES SELECCIONADAS.

Las estrategias y recomendaciones de salud del gobierno para el quinquenio 2011 - 2014 contenidas en el documento "Construyendo la Esperanza"¹⁰ reconocen la salud como un derecho humano y consideran que la salud es una tarea colectiva en la que todos y todas podemos contribuir; por tanto, el gobierno a través de MINSAL asumirá de manera explícita la responsabilidad de vigilar y evaluar las consecuencias que sobre la salud de la población tienen las políticas económicas, sociales y ambientales. El mismo documento destaca la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) como la estrategia para lograr la universalidad de la cobertura, la equidad, la calidad y la sostenibilidad; determina el rol regulador del MINSAL como la autoridad sanitaria y en la estrategia número 15.8 sobre la salud sexual y reproductiva establece la atención según las etapas del curso de vida¹¹: preconcepcional, prenatal, perinatal, postnatal e internatal.

Basado en este mismo documento y a partir del año 2010, el MINSAL inició un proceso de reforma en el sector que se enmarca en ocho ejes, entre los cuales se destacan: el desarrollo de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Emergencias Médicas, el fortalecimiento del Trabajo Intersectorial e Intra sectorial, el desarrollo de la Planificación e Información Estratégica en Salud y de los Recursos Humanos en Salud.

10. Política de Salud: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/Politica_nacional_de_Salud.pdf

11. Curso de Vida: Es un marco conceptual que permite entender como múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo de la vida y entre generaciones para producir resultados en salud. (NEILS 2010). Integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, configura un salto de un enfoque evolutivo a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales (DPES 2011).

La reforma está dirigida a fortalecer la atención de salud familiar y comunitaria, utilizando la estrategia de la Atención Primaria de Salud a través de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Equipos Comunitarios de Salud Especializados (ECOS)¹², para hacer más accesibles los servicios a las comunidades que residen en zonas de mayor pobreza, de acuerdo al índice de desarrollo humano y grado de desnutrición.

Los ECOS, representan el primer nivel de atención cuya capacidad resolutive se ve aumentada con el apoyo del ECOS Especializado. A la fecha de este informe, están funcionando 450 distribuidos así: 422 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados en 153 Municipios que representan el 58.4% de los municipios del país, habiendo atendido a 345,538 familias. Esta estrategia ha permitido al MINSAL por ejemplo, incrementar las consultas preventivas de primer nivel de 1, 908,950 en 2008 a 2, 257,335 en 2011. La metodología de trabajo permite la identificación y abordaje temprano de los riesgos y condicionantes de la salud, junto al análisis y planificación local participativa, especialmente en la salud materna y neonatal. Se han elaborado 105 Análisis de la situación de salud integral, a partir de la ficha familiar y las mesas de diálogo, donde se priorizan los problemas más sentidos por la comunidad. Estos análisis se llevan a la mesa intersectorial municipal y se elabora un plan de intervención anual, cuyo cumplimiento se evalúa en asamblea comunitaria. La intención es facilitar espacios de participación social, con análisis y planificación de acciones intersectoriales, para el abordaje de los determinantes que condicionan la salud

de la población¹³. El país cuenta también con 624 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, clasificadas en básicas, intermedias y especiales y 30 hospitales, 1 pediátrico y 28 con servicios de maternidad, de estos 5 tienen cuidados intensivos neonatales.

Otro de los pilares fundamentales de la Reforma es el enfoque intersectorial, incorporando los determinantes sociales de la salud a través de una red que va, desde la comunidad hasta los niveles de mayor complejidad para la mejora de la calidad de los diferentes servicios incluidos los de Salud Sexual y Reproductiva. Ejemplos de este enfoque son el Foro de Salud¹⁴, que aglutina a representantes de la Sociedad Civil y la Comisión Intersectorial por la Salud, CISALUD¹⁵ que inició para atender problemas relacionados con el Dengue y actualmente es un mecanismo asesor del despacho ministerial, el: Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad, CONAIPD y Comisión Nacional del Sida, CONASIDA.

El gobierno ha instalado en fecha reciente algunas estructuras descentralizadas que facilitan el trabajo intersectorial. Una de ellas son los Gabinetes Departamentales, que han sido definidos como un espacio de análisis interinstitucional y participativo en el cual se toman decisiones que favorecen el abordaje de los problemas identificados a partir de los determinantes de salud a nivel departamental y en coordinación con los concejos municipales. Las competencias de los gabinetes departamentales tienen como objetivo establecer la coordinación con los Gobiernos Locales en la gestión del

12. MINSAL, *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal. 2011-2014*. ECOS: Cada ECOS Familiar está constituido por un médico general, una enfermera profesional, una auxiliar de enfermería y dos promotores de salud, que tienen la responsabilidad de vigilar y atender la salud de 600 familias en promedio, las cuales comparten un mismo territorio o ubicación geográfica. Por cada 8 a 10 ECOS familiares existe un ECO especializado que complementa la oferta de servicios e incluye las especialidades básicas de ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y cirugía, además de medicina familiar, psicología, nutrición y trabajo social. Los ECOS se articulan con los hospitales de referencia en las RIISS, incluidos las 28 maternidades: 14 municipales, 12 departamentales, 2 regionales y uno especializado, contando además con 1 hospital especializado pediátrico de tercer nivel.

13. Informe de Labores MINSAL, 2012

desarrollo territorial y la gestión de riesgos.

Otras iniciativas en desarrollo dentro de MINSAL, que van desde enfoques metodológicos hasta elaboración e implementación de normas de atención y guías clínicas, entre ellas se destacan: el Enfoque de Empoderamiento de Mujeres, Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud materna y salud neonatal (MIFC), ejecutada desde 2006 con asesoría de OPS/OMS apoyados por Enfants du Monde y UNFPA, en el cual ha sido clave la participación de las mujeres, sus familias y el manejo de igual a igual con el personal de salud y otros actores a nivel comunitario, actualmente ejecutándose en 8 municipios con perspectivas de pasar a escala; los Hogares de Espera Materna, la actualización de guías prenatales y obstétricas, estándares de calidad, creación de centros de habilidades obstétricas para el fortalecimiento de las capacidades en el personal de salud para la atención obstétrica y neonatal, desde 2009; la implementación de la estrategia de aseguramiento de los insumos de Salud Sexual y Reproductiva (AISR), aplicada en 11 maternidades en 2011; el Manejo Inmediato del Recién Nacido; la implementación del Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y la Reanimación y Transporte Neonatal desde 2007.

La política de Salud Sexual y Reproductiva 2012-2014, liderada por MINSAL, que es la primera vez que existe, según el objetivo 2, pretende fortalecer la atención integral e integrada en SSR, dentro de la red de servicios del sector salud, planteando las líneas de acción siguientes relacionadas con los ODM 4 y 5:

- Garantizar la normativa de SSR para la atención integral, integrada e inclusiva en el ciclo vida.

- Garantizar la atención integral e integrada, a las personas por ciclo de vida con énfasis en adolescentes y grupos socialmente excluidos.
- Desarrollar acciones que permitan el acceso universal (geográfico, económico, cultural, entre otros) y la continuidad de la atención en la red de los servicios de SSR.
- Fortalecer la capacidad operativa y técnica del sistema de salud para garantizar la prestación de los servicios en SSR.
- Fortalecer competencias del recurso humano de salud en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la SSR con enfoque de género y derechos.
- Mejorar la infraestructura para la atención de la SSR tomando en cuenta necesidades de la población según ciclo de vida.
- Contar con equipo e insumos necesarios para la detección, atención, tratamiento y rehabilitación en la SSR en el curso de vida de acuerdo a las necesidades del grupo poblacional.

En el resumen de las intervenciones priorizadas se comenta la aplicación operativa de estas líneas de acción, aunque se debe destacar que durante el 2011 esta política no estaba vigente aun, pero sus líneas estratégicas representan la lógica de implementación de todo programa de atención.

No encontramos evidencia de políticas de otras estructuras del Estado que en forma explícita tengan roles en apoyo al sector salud, aunque en su funcionamiento se relacionan con él, tales como Ministerio de Educación, Ministerio de Obras Públicas, Ministerio de Comunicación y Nuevas Tecnologías y Subsecretaría de Desarrollo Local.

14. El Foro Nacional de Salud se ha concebido como una instancia de organización comunitaria encargada precisamente de desarrollar la habilidad de las comunidades para participar. (Informe Labores MINSAL 2011)

15. <http://www.salud.gov.sv/ayuda/busqueda.html?searchword=cisalud&ordering=&searchphrase=all>

MARCO INSTITUCIONAL

(i) Mecanismos intersectoriales

En la actualidad existen 3 mecanismos intersectoriales trabajando en la implementación de las políticas a favor de ODM 4 y 5:

- La Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD)¹⁶, espacio intersectorial con más de 2 años de evolución, en el cual confluyen 37 instituciones, incluyendo 12 ministerios (Defensa, Educación, Gobernación, Relaciones Exteriores, Seguridad Pública, Hacienda, Trabajo, Agricultura, Obras Públicas, Medio Ambiente, Turismo y Salud quien lidera la Comisión). En CISALUD se realiza el análisis interinstitucional de situaciones y problemas que afectan a la salud colectiva y se toman decisiones bajo un enfoque de determinantes que afectan la salud.
- El Foro Nacional de Salud (FNS), fue instaurado a partir de la formulación participativa de la política de Salud del gobierno actual; es un espacio de participación ciudadana en salud cuyo objetivo es contribuir a la interlocución entre Gobierno y Sociedad Civil para incidir en funcionarios claves, involucrados en la toma de decisión en el ramo de la salud, en él se aglutinan diversas ONG y trabaja con cerca de 200 comités comunitarios¹⁷. Según el informe de labores MINSAL, 2011-2012, los vínculos entre diversos actores sociales dentro de las comunidades han permitido que en el 90% de los municipios intervenidos no existan muertes maternas, que el 90% de los partos hayan sido institucionales y que el 100% de las embarazadas tenga un plan de parto.

- CONASAN, entidad creada en 2009 encargada de las estrategias integradas y coherencia de las intervenciones en seguridad alimentaria y nutricional, SAN con la finalidad de evitar duplicidad de esfuerzos y propiciar la optimización de los recursos, monitoreo y evaluación e implementación de la política y plan nacional de SAN.

(ii) Mecanismos del Sector

Dentro del rol rector del sector que por ley desarrolla MINSAL, está el Sistema de Vigilancia de Mortalidad que involucra desde las municipalidades, los tres niveles de atención, la Dirección de Vigilancia en Salud de MINSAL, el ISSS y la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía (DIGESTYC). En relación con la mortalidad materna y neonatal, el MINSAL y el ISSS mantienen desde 2006, una vigilancia activa de toda Muerte Materna y las auditorías a una muestra de muertes perinatales y neonatales. El Sistema de Vigilancia constituye una norma oficial de ejecución obligatoria, pero necesita ser fortalecido técnicamente para garantizar una búsqueda activa que permita reducir el subregistro y las muertes comunitarias.

En relación al rol regulador que por ley corresponde a MINSAL, en los temas maternos y neonatales, la Dirección de Regulación del MINSAL aprobó en 2011 la actualización de las normas de atención en preconcepción, prenatal, parto y puerperio; las guías de atención de la morbilidad obstétrica y atención neonatal, basadas en las evidencias los datos probatorios más actuales. La Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria, particularmente la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, tiene la responsabilidad del monitoreo y supervisión

16. www.salud.gov.sv. Informe Labores 2011 Y sistematización de la experiencia de la Comisión Intersectorial de salud, CISALUD, MINSAL, 2012

17. www.foronacionalsalud.org.sv

por regiones, focalizando en los municipios que tienen más altas tasas de mortalidad materno, perinatal y neonatal o de la morbilidad extrema.

La Dirección de Hospitales evalúa el desempeño de los 28 hospitales que cuentan con maternidades utilizando 21 estándares de calidad. En el 2008 se levantó una línea base en 12 servicios de maternidad y a partir de 2010 la experiencia ha sido extendida a los 28 hospitales. Los estándares incluyen procesos de atención en Planificación Familiar, Prenatal, Parto, Puerperio, Atención del Recién Nacido y condiciones al alta de la madre y del Neonato, y se espera a futuro incorporar la Lactancia Materna.

El MINSAL desde hace más de 25 años ha gestionado la información Perinatal y Materna utilizando el Sistema Informático Perinatal (SIP-CLAP-OPS), el cual actualmente está mecanizado en las 28 maternidades y es utilizado desde hace dos años de forma más focalizada para tomar decisiones a favor de la madre y el niño.



III. AVANCES Y RETOS EN EL LOGRO DE LOS ODM 4 Y 5

El avance a nivel mundial sobre indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio según el Grupo Interinstitucional y de Expertos, 2012¹⁸, a tres años de cumplir la meta se han logrado grandes avances en el mundo, disminuyendo a la mitad la gente que vive en nivel de extrema pobreza, se redujo a la mitad la población sin agua potable, se ha logrado la paridad en la enseñanza primaria con mayor beneficio para las niñas, se han acelerado los avances hacia la reducción de la muerte de menores de cinco años, aumentó el acceso a tratamiento para VIH, en camino para revertir la propagación de la TB, las muertes por paludismo se han reducido, ha disminuido la muerte materna, pero los embarazos en adolescentes han incrementado y el uso de anticonceptivos se ha estancado a un ritmo más lento que la década pasada.

También en cuanto a ODM 4 y siempre a nivel global, entre 2000 y la publicación de este reporte en el 2012, se ha demostrado que aunque ha disminuido la mortalidad en menores de 5 años ha sido a un ritmo mas lento del esperado, los niños menores de 5 años que se originan de hogares pobres tienen el doble de probabilidad de morir; el nivel de instrucción materna eleva la sobrevivencia de estos niños, los provenientes del área rural tienen tasa mas alta de mortalidad, se ha observado que a pesar que disminuye la muerte en menores de 5 años la mortalidad neonatal esta incrementando; en cuanto al ODM 5 la disminución obtenida en la muerte materna ha sido más lenta de lo esperado y lejos de la meta establecida, en los países en desarrollo casi dos terceras partes de los partos son atendidos por personal calificado; no todas las regiones han incrementado los controles prenatales.

La Gráfica 1 representa los avances en siete ODM en El Salvador, según el último informe existente de 2009.

Según este último reporte, de 31 indicadores se consideraban ya cumplidos 8, en ruta a su cumplimiento 8, de difícil cumplimiento 8, probable cumplimiento 5 y dos indicadores sin datos de los ODM 4 y 5. A esa fecha se consideraba que la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años iba en ruta a su cumplimiento y del ODM5, la razón de mortalidad materna era de probable cumplimiento.

De esos dos ODM el país se había comprometido a:

- ODM 4: Disminuir la muerte neonatal en 1.5 puntos: de 9.0 a 7.5 x 1000 Nacidos Totales y la muerte perinatal de 19.0 a 17.0 x 1000 Nacidos Totales¹⁹.
- ODM 5: Reducir la razón de muerte materna de 71.2 a 52.0 x 100,000 nacidos vivos; es decir, descender 19.2 puntos; aun logrando este dato estaría lejos de la meta de la Región LAC que es de 45 muertes maternas para 2015 y lograr el acceso universal a la Salud Reproductiva para 2015.²⁰

Los datos oficiales sobre el comportamiento de los indicadores de los ODM 4 y 5 muestran que la mortalidad del menor de 5 años y del menor de un año está a dos puntos de la meta del 2015.

18. PNUD. *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe global. 2012.*

19. *Sistema de Naciones Unidas. El Salvador. Evaluación Común de País. 2010.*

20. *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2011 – 2014. Ministerio de Salud. El Salvador, 2011.*

GRÁFICA 1: PROGRESO DE LOS ODM EN EL SALVADOR, ÚLTIMO REPORTE, 2009

Metas e indicadores	Indicador	1991	2007	Meta al 2015	Estatus/ Pronóstico 2015
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre 	<ul style="list-style-type: none"> % hogares en pobreza extrema: 28,2 % población con ingresos menores 1 dólar al día: 12,7 % de niños menores de 5 años con bajo peso: 11,2 	<ul style="list-style-type: none"> 10,8 8,2 8,6 	<ul style="list-style-type: none"> 14,8 6,3 5,6 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplida En ruta a su cumplimiento Difícil cumplimiento
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria 	<ul style="list-style-type: none"> % de alumnos que inician 1er grado y finalizan 6to: 52,6 Tasa neta de matriculación en enseñanza primaria (%): 75,5 Tasa de alfabetización de personas de 15-24 años (%): 85,2 	<ul style="list-style-type: none"> 75,4 94,8 95,5 	<ul style="list-style-type: none"> 100 100 Aumentar 	<ul style="list-style-type: none"> Difícil cumplimiento En ruta a su cumplimiento En ruta a su cumplimiento
Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015 	<ul style="list-style-type: none"> Relación entre niñas y niños en primaria (%): 100,7 % de mujeres en empleos remunerados sector no agrícola: 45,8 % de mujeres en la Asamblea Legislativa: 9 	<ul style="list-style-type: none"> 101,5 45,5 19 	<ul style="list-style-type: none"> 100 50 50 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplida Difícil cumplimiento Difícil cumplimiento
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa mortalidad de menores de 5 años (por mil nv): 52 Tasa de mortalidad infantil (por mil nv): 41 % de niños de 1 año vacunados contra sarampión: 77 	<ul style="list-style-type: none"> 19 16 85 	<ul style="list-style-type: none"> 17 14 100 	<ul style="list-style-type: none"> En ruta a su cumplimiento En ruta a su cumplimiento En ruta a su cumplimiento
Objetivo 5: Mejorar la salud materna 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> Razón de mortalidad materna (por 100,000 nv): - % partos con asistencia especializada: 51 Tasa de uso de anticonceptivos (%): 53,3 Tasa de fecundidad específica mujeres 15 a 24 años: 124 Cobertura prenatal (al menos 1 consulta) (%): 68,7 Cobertura prenatal (al menos 5 consultas) (%): 50 Necesidades de planificación familiar insatisfechas(%): 9,2 	<ul style="list-style-type: none"> 57,1 83,7 72,5 89 94 78 1 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir 100 80 Reducir 100 100 Reducir 	<ul style="list-style-type: none"> - Probable cumplimiento En ruta a su cumplimiento Probable cumplimiento Probable cumplimiento Difícil cumplimiento En ruta a su cumplimiento
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves 	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia VIH/SIDA (15-24 años): 0,007 % uso preservativo en relación sexual de alto riesgo: - % población joven con conocimiento amplio de sida: - Tasa de acceso a antirretrovirales: - Incidencia de paludismo (por 100,000 habitantes): 190 Prevalencia de tuberculosis (casos por 100,000 habitantes): 45,7 % casos tratados y curados con DOTS: - 	<ul style="list-style-type: none"> 0,03 8 24,2 79,6 0,4 29 90,2 	<ul style="list-style-type: none"> Detener Aumentar 100 100 Reducir Reducir > 90 	<ul style="list-style-type: none"> Difícil cumplimiento En ruta a su cumplimiento Difícil cumplimiento Probable cumplimiento Cumplida Probable cumplimiento Cumplida
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir la pérdida de recursos naturales Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento 	<ul style="list-style-type: none"> % superficie cubierta por bosques: - Emisiones dióxido de carbono (total): 1,6 Consumo sustancias agotan capa de ozono (TM): 423 % población con acceso a fuentes de agua mejorada: 63,3 % de población con acceso a saneamiento mejorado: 76,7 	<ul style="list-style-type: none"> 26,8 0,7 34,7 86,8 92 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar Reducir Reducir 80,5 89 	<ul style="list-style-type: none"> Probable cumplimiento Cumplida Cumplida Cumplida Cumplida

TABLA 1:
ESTADO DEL ODM 4 Y TENDENCIAS DEL PERÍODO 1991-2015

Indicadores	1991	2007	2008	2009	2015
Tasa mortalidad de menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	52,0	52,0	19,0	N.D.	17,0
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	41,0	41,0	16,0	N.D.	14,0
% de niños de 1 año vacunados contra sarampión	77,0	95,0	95,0	92,0 (*)	100

Fuente: Encuestas de Fecundidad FESAL 2008. (*) Sistema Información MINSAL.

En cuanto a la muerte materna los datos muestran que para 2009 estaba a 4 puntos de la meta nacional, pero a casi 10 puntos de la meta de Latinoamérica para ese ODM.

TABLA 2:
INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL ODM5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Indicadores	1991	2007	2008	2009	2015
Razón de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)		57,1 (*)	47,3(*)	56,0(*)	52
% partos con asistencia especializada	51	83,7	83,7	N.D.	100
Tasa de uso de anticonceptivos (%)	53,3	72,5	72,5	N.D.	80
Tasa de fecundidad específica mujeres 15 a 19 años	124	89,0	89,0	N.D.	Reducir
Cobertura prenatal (al menos 1 consulta) (%)	68,7	94,0	94,0	N.D.	100
Cobertura prenatal (al menos 4 consultas) (%)	50	78,0 a)	78,0	N.D.	100

Fuente: Encuestas de Fecundidad FESAL 2008. SVMM del MINSAL (*)

RAZONES PARA SELECCIONAR ESTOS ODM

A la fecha de este informe los datos oficiales sobre muerte materna, que incluyen al Sistema Nacional de Salud muestran que se ha logrado alcanzar la meta nacional del primer indicador de la salud materna, cual es la mortalidad materna; estando aun a 6 puntos de la meta de Latinoamérica. Sin embargo, aún existen disparidades

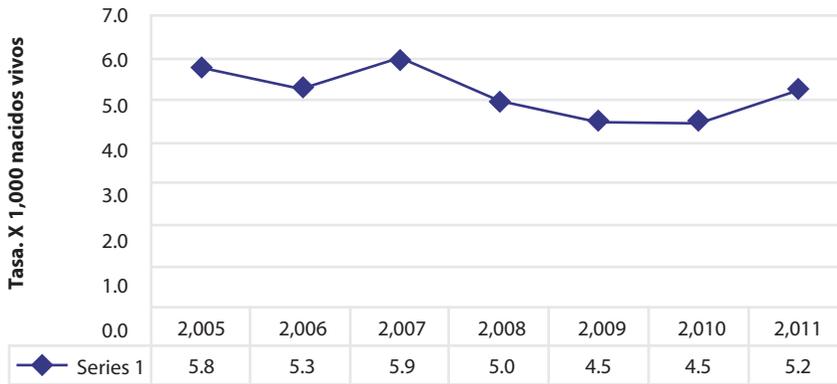
geográficas y por edades, como lo muestran los datos oficiales de 2011. Por ejemplo, la mortalidad en niños menores de 5 años es 30% mayor en las zonas rurales respecto a las urbanas; la muerte materna, para año 2011, en las regiones Central (Depto La Libertad); Occidental (Deptos de Ahuachapan y Santa Ana) y Oriental (Deptos de Usulután y San Miguel); el 28% de las muertes maternas ocurren en adolescentes, de las cuales el 40.6% se debe a intoxicaciones asociadas

a suicidio relacionado con el embarazo. A nivel nacional la razón de Mortalidad Materna ha descendido. Al analizar el comportamiento de los casos según causa observamos las siguientes tendencias:

- en el periodo 2006 a 2011 la proporción de causas directas presenta un descenso a partir de 2008 y las causas indirectas incrementan;
- en el 2011 tanto la proporción de muertes directas como de indirectas son similares a 2006. El 59,7% de los casos fueron catalogados como muertes prevenibles y potencialmente prevenibles el 37,5%.

GRÁFICA 1:

TASA DE MUERTE NEONATAL. MINSAL PERÍODO 2005-2011



También se observa una tendencia al incremento en la curva de la mortalidad neonatal, según datos del SIMMOW del MINSAL en 2011, que de seguir así pone en riesgo lograr este ODM. Además debe tenerse en cuenta que pueden verse afectada la tendencia por la crisis económica actual, la vulnerabilidad territorial de El Salvador y la crisis alimentaria; por lo que es importante incrementar el nivel de esfuerzo para disminuirlos y/o mantenerlos, así como fortalecer el abordaje de los determinantes sociales e impulsar el trabajo intersectorial.

RETOS DEL PAÍS EN EL ÁREA DE SALUD:

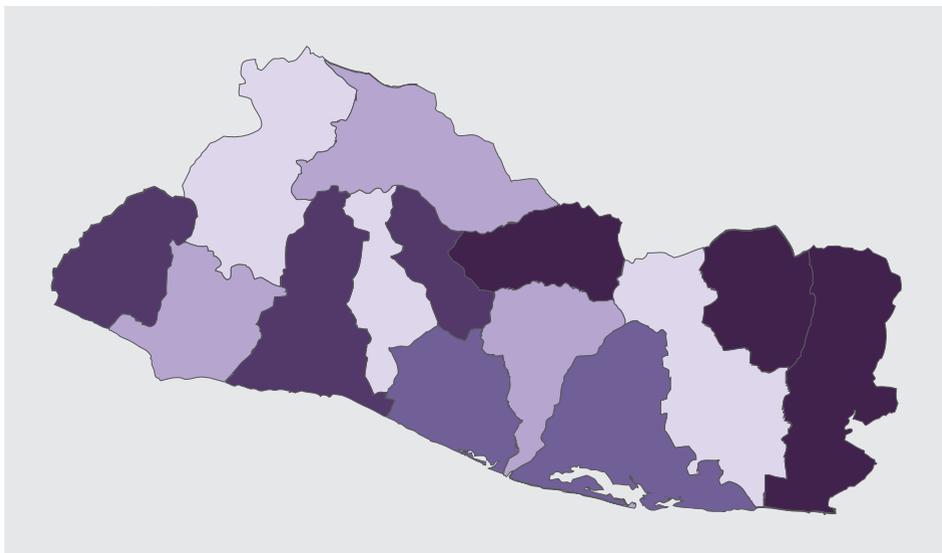
En el reciente estudio desarrollado por MINSAL con apoyo de OPS sobre exclusión social comparando 2002 y 2010, se observó que la pobreza extrema ha disminuido en ese periodo, pero hay un incremento de la pobreza relativa y se presenta una ligera disminución de la proporción de pobres en el área rural para el 2010. En relación al acceso a la seguridad social de la población en pobreza, pasó del 19.1% (2002) al 14.13% en el 2010. La tasa de subempleo ha presentado una variabilidad entre el 29.8%, 39.6% y 28.9% para los años 2002, 2009 y 2010 respectivamente.

El gasto de bolsillo en salud, pasó de 53.7% en el 2002 al 34.0% para el 2010. Esto implica un cambio favorable, dada la naturaleza regresiva de este gasto, el cual impacta mayormente a la población de menores ingresos y es debida a la gratuidad de los servicios de salud. La "dimensión interna", de la exclusión en relación con las acciones directamente vinculadas al Sistema de Salud, tales como la proporción de partos institucionales, nos revelan que para el periodo 2002-2008 aumentó de 71% (Urbano: 87.3% - Rural: 54%) al 85% (Urbano: 94.3% - Rural: 75.9%) sobretodo a expensas de coberturas del área rural que presentó un aumento del 22%.

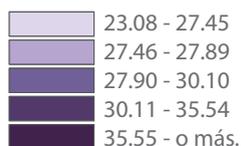
Los partos atendidos en los establecimientos del MINSAL, desagregados por niveles socio-económicos de las mujeres presenta un mayor aumento (17.8%) en poblaciones de bajo nivel comparado con los de mediano nivel que fue del 6.2%. La proporción de mujeres embarazadas que no cuentan con el número de controles requeridos por el MINSAL (5 ó más controles) para el periodo 2002-2008 disminuyó del 41.8% (U:34% - R:49.7%) al 21.5% (U:17.3% - R:25.7%), esta descenso fue mayoritariamente a expensas del sector rural 24%. Sin embargo, el analisis de cobertura efectiva en los años bajo estudio presenta pequeños diferenciales (41.7% / 2002 y 42.69% / 2010) lo que demuestra la no existencia de cambios importantes en la cobertura que ofrece el MINSAL.

GRÁFICA 2:

MAPA DE EXCLUSIÓN SOCIAL. MINSAL -OPS. 2012



según color:



A nivel de país, el índice compuesto de exclusión social en salud (FGT: Foster, Greer y Thorbecke, 1984) se encuentra con un valor estimado de exclusión de 0.28, es decir se trata de una exclusión alta, ubicándose en un intervalo entre 0.273-0.282 con un 95% de confianza. El mapa puestra el índice compuesto por departamentos.

Los departamentos, Cabañas, seguido por Morazán y luego La Unión y Ahuachapán son los que presentan mayores niveles de exclusión, representados por el color morado intenso y morado en el mapa. Dentro de los factores que más peso tienen en el Índice Compuesto de Exclusión, se encuentran: el componente económico (pobreza, ingreso, desempleo), el componente social y espacial (tiempo de traslado, saber leer, acceso a agua potable y alcantarillado) y el componente del sistema de salud (número de médicos y enfermeras por cada diez mil habitantes y partos institucionales).



IV. HALLAZGOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODM 4 Y 5

Foto: OPS/OMS

A. ÁREA GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO Y FACTORES SOCIALES

Se seleccionaron los siguientes departamentos no sólo por tener mayor número de casos de mortalidad sino por su rezago y por accesibilidad, son prioritarios en la política, tienen más número de muertes maternas y neonatales y tienen la estructura adecuada para implementar el futuro plan de fortalecimiento a los ODM.

Según datos de este estudio, los tiempos que tarda una persona en acceder a los establecimientos ha reducido notablemente, siendo para 2011 el mayor tiempo de 1 hora 10 minutos en el depto. de Ahuachapán y en el caso de habitar en zona rural. Es decir, esta determinante no juega un papel de peso en las muertes materna y neonatales, por lo que no fue criterio de análisis en este estudio.

La tabla 4 muestra los departamentos de El Salvador ubicados según el Índice de Desarrollo Humano (IDH)²², que según el estudio tenían mayores casos de muerte materna y neonatal (en negrilla los que tuvieron más muertes maternas), siendo Morazán el departamento que tiene el menor índice de desarrollo humano. Es importante destacar que cuatro de los departamentos con mayor mortalidad materna y neonatal (subrayados en celeste verda: Usulután, Ahuachapán, La Unión y Morazán) también tienen la menor clasificación del IDH relativo al género. Y de igual forma no sorprende que los mayores porcentajes de hogares catalogados en pobreza extrema se ubican en los departamentos que han presentado mayores casos de mortalidad materna y neonatal (Ahuachapán y Morazán).

Los hallazgos específicos por intervenciones se encuentran en el capítulo V.

22. IDH: Índice compuesto que mide el promedio de los avances en las tres dimensiones básicas del desarrollo humano a.) esperanza de vida al nacer; b.) conocimientos, medidos en función de una combinación de la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta de matrícula combinada que incluye la educación primaria, secundaria y terciaria y c) nivel de vida digno, medido por el PIB per cápita (paridad del poder adquisitivo en USA dólares).

TABLA 3: REGIONES CON MAYOR FRECUENCIA DE MUERTES MATERNAS Y NEONATALES, Y TIEMPOS DE ACCESO A LOS ESTABLECIMIENTOS

Región Occidental	Tiempo acceso establecimiento de salud		Región Central	Tiempo acceso establecimiento de salud		Región Metropolitana	Tiempo acceso establecimiento de salud		Región Paracentral	Tiempo acceso establecimiento de salud		Región Oriental	Tiempo acceso establecimiento de salud	
	U	R		U	R		U	R		U	R		U	R
H. Santa Ana	0.3	0.7	H. San Rafael	0.3	0.6	H. Bloom	0.3	0.7	H. Zacatecoluca	0.3	0.5	H. San Miguel	0.3	0.3
H. Sonsonate	0.3	0.6	U de S: San Juan Opico	0.3	0.6	H. Maternidad	0.3	0.6	U de S San Pedro Masahuat	0.3	0.5	H. Santa Rosa de Lima	0.3	0.3
H. Chalchuapa	0.3	0.6	Puerto de La Libertad	0.3	0.6							H. Usulután	0.4	0.4
H. Ahuachapán	0.3	0.7										H. La Unión	0.3	0.3
Unidades de Salud: Cuisnahuat y Atiquizaya	0.3	0.7										U de S: Conchagua	0.3	0.3

Fuente: Estudio de Exclusión Social. MINSAL-OPS. 2012.

TABLA 4: INDICADORES SOCIALES DE LOS DEPARTAMENTOS DE EL SALVADOR, 2012

Departamento	IDH	IDH relativo al género. Clasificación	Tasa alfabetización mujeres 15 años y mayores	Índice del PIB	Pobreza Extrema (porcentaje de hogares)
Morazán	0.695	14	65.4	0.633	21.9
Sonsonate	0.745	8	79.2	0.669	13.3
Ahuachapán	0.723	11	74.9	0.629	22.4
Santa Ana	0.754	4	80.7	0.700	11.8
San Salvador	0.810	1	90	0.758	6.3
La Libertad	0.788	2	83.8	0.748	10.3
La Paz	0.757	3	82.8	0.667	11.4
San Miguel	0.745	6	77.8	0.695	14.2
Usulután	0.723	10	72.4	0.659	15.3
La Unión	0.698	13	69.5	0.636	14.5
Nacional	0.761		81.8	0.708	12
Urbano					9.2
Rural					17.5

Fuente: Evaluación Común de País. PNUD 2012



**V. INTERVENCIONES
SELECCIONADAS PARA EL
CUMPLIMIENTO DE LOS ODM
4 Y 5, SEGÚN COMPONENTE
DE CURSO DE VIDA**

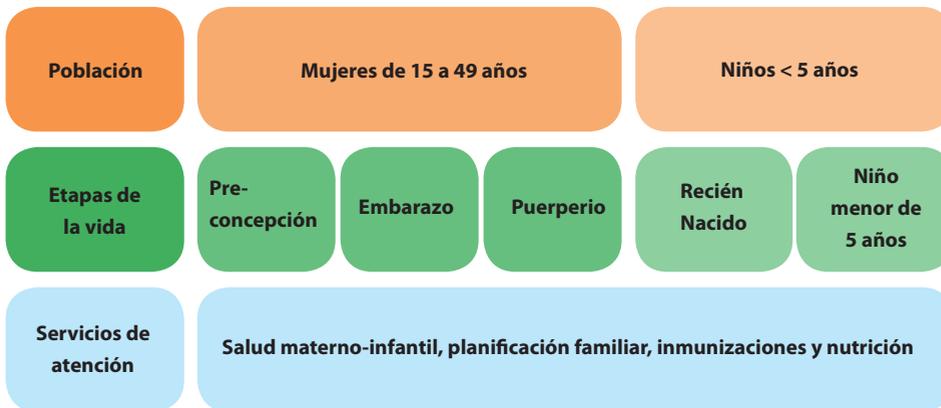
Foto: OPS/OMS

La selección de las intervenciones se basó de acuerdo al MINSAL, en las tres principales causas de mortalidad materna y neonatal, siendo éstas: Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE), Hemorragia Obstétrica e Infecciones en las madres y malformaciones congénitas, asfixias e infecciones, en los neonatos.

De manera que el criterio para priorizar las intervenciones fue único: incluir **todas**²³ las intervenciones que se utilizan para detectar,

tratar y reducir **esas principales** causas de morbilidad y mortalidad debido a que MINSAL está impulsando el enfoque integral. Por otro lado, como se ha demostrado a nivel internacional²⁴, que un problema en una etapa de la vida afecta a la siguiente.

Por tanto, las intervenciones fueron agrupadas según los siguientes componentes del Curso de Vida:



1. Cuidados preconcepcionales. (periodo con beneficios para la futura madre y futuro recién nacido)
2. Control prenatal. Beneficios para madre y sobre todo para el recién nacido
3. Cuidados en trabajo de parto
4. Cuidados del Recién Nacido
5. Vigilancia de morbilidad y mortalidad neonatal
6. Cuidado del puerperio
7. Vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna
8. Gestión como componente transversal, que incluye sistemas de información, coordinación entre las redes, dotación de suministros, dotación de recursos humanos e involucramiento comunitario.

23. The partnership for maternal, newborn and child health. 2011. A Global Review of the key Interventions related to Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health (RHMNCH).

24. Alianza para la Nutrición. Presentación sobre la programación de los órganos durante la etapa perinatal.

Los derechos humanos deben ser garantizados para que los niños tengan una sobrevivencia integral, no sólo relativa a salud, tal como lo mandata la Convención de Derechos Humanos para la Niñez, a la cual se ha suscrito El Salvador y que para aplicarla ha creado la Ley (LEPINA), que tiene implicaciones directas a los servicios de salud, ya que MINSAL es órgano parte del Sistema de Protección a la Niñez y Adolescencia. La LEPINA, ha definido otras intervenciones de respuesta más intersectorial y se relacionan con el derecho a vivienda digna, acceso a saneamiento ambiental, educación, seguridad alimentaria y nutricional, etc.

Estos derechos según los componentes del curso de Vida se describen a continuación:

Componente 1. Cuidados Preconcepcionales:

Acceso a empleo digno para la mujer. Acceso a seguridad alimentaria y nutricional (SAN). Acceso a vivienda digna para la familia. Gratuidad del servicio de atención médica. Acceso a servicios de salud de calidad.

Acceso domiciliario a agua potable y saneamiento ambiental. Prevención y detección de violencia intrafamiliar.

Acceso a Alfabetización y educación.²⁵

Componente 2. Cuidados Prenatales:

Mantener las intervenciones anteriores adicionales a aquellas para garantizar: Acceso a servicios de calidad basados en Atención Primaria de Salud Integral (APSI).

Prevención y control de enfermedades. Acceso a servicios de emergencia. Acceso a ser reconocida la ciudadanía (preparativos de los padres para el ingreso). Prevención y detección de violencia intrafamiliar.

Preparación para lactancia materna. Acceso a servicios de salud mental para la madre.²⁶

Componente 3. Cuidados del-la Recién Nacido-a:

Mantener las intervenciones anteriores adicionales a aquellas para garantizar: Acceso a servicios de calidad basados en Atención Primaria de Salud Integral (APSI).

Prevención y control de enfermedades. Acceso a servicios de emergencia. Acceso a ser reconocida la ciudadanía (Registro Nacional).

25. Derechos involucrados según LEPINA (<http://escuela.fgr.gob.sv/wp-content/uploads/2012/02/LEPINA-Comentada.pdf>): A la protección de las personas por nacer, Artículo 17. Medidas para la salvaguarda del derecho a la vida, Artículo 18. Prohibición de experimentación y prácticas que atenten contra la vida, Artículo 19. Derecho a un nivel de vida digno y adecuado, Artículo 20.

26. Continuación: Obligaciones del Sistema Nacional de Salud, Artículo 25. Responsabilidades de la familia frente al derecho a la salud, Artículo 26. Responsabilidades de la sociedad frente al derecho a la salud, Artículo 27. Derecho a la lactancia materna, Artículo 28. Promoción de la salud de la niñez y adolescencia, Artículo 29. Salud primaria y familiar, Artículo 30. Salud mental, Artículo 31. Salud sexual y reproductiva, Artículo 32. Prohibición de venta o distribución de material o sustancias que puedan generar daño a la salud mental y física, Artículo 33. Derecho a la seguridad social, Artículo 34. Derecho a un medio ambiente sano, Artículo 35. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, Artículo 36.

TABLA 5A:

CONSOLIDADO DE LAS INTERVENCIONES SEGÚN COMPONENTE DE CURSO DE VIDA.
ODM 4 REDUCIR EN DOS TERCERAS PARTES LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

Indicador de ODM	Componentes Del Curso de Vida relacionado con ODM4. Neonatal (N)	Intervenciones de Salud Priorizadas
Tasa de mortalidad por mil infantil, para el país en particular la muerte neonatal que forma el 60% de la muerte infantil	COMPONENTE 1-N Cuidados Preconcepcionales	Existencia de ambiente facilitante de la salud materna y neonatal incluye políticas, normas, provisión de insumos, medicamentos, equipos y presupuesto
	COMPONENTE 2-N Cuidados Prenatales	Garantizar los Cuidados prenatales para detección de riesgos y tratar complicaciones, referencia y retorno y seguimiento apropiado
	COMPONENTE 3-N Cuidados del Recién Nacido	Intervenciones específicas para neonatos según problemas de salud
	COMPONENTE 4-N Vigilancia de la morbilidad y mortalidad neonatal.	Definición de causa básica de muerte. Auditoria de casos específicos.

**TABLA 5B: CONSOLIDADO DE LAS INTERVENCIONES, SEGÚN COMPONENTE DE CURSO DE VIDA. ODM 5
REDUCIR EN TRES CUARTAS PARTES LA MORTALIDAD MATERNA**

Indicador de ODM	Componentes del Curso de Vida relacionado con ODM5 (M)	Objetivos por componente	Intervenciones en Salud
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado según OMS.	COMPONENTE 1-M Cuidados Preconcepcionales	Garantizar los Cuidados pre-concepcionales para atender las causas indirectas de muerte materna	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación Familiar • Ácido Fólico • Detección de hipertensión • Detección de Diabetes • Detección de Cáncer de la mujer • Espaciamiento de los nacimientos a intervalos de 2 a 5 años • Multivitaminas • Vigilancia y modificación de mal nutrición con el IMC • Prevención y control de enfermedades crónicas • Detección de infecciones (TORCHS) y factores de riesgo.
	COMPONENTE 2-M Cuidados Prenatales	Garantizar los Cuidados prenatales para detección de riesgos y tratar complicaciones, referencia y retorno y seguimiento apropiado	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de la HCP • Detección de violencia contra la mujer • Uso de Hoja Filtro • Detección de proteinuria • Detección de sífilis • Detección de bacteriuria • Medición del IMC • Vigilar aumento de peso de acuerdo a IMC • Inmunización Td y la vacuna de la influenza • Administración de calcio a toda mujer embarazada • Administración de aspirina en mujeres con factores de riesgo • Detección y tratamiento de Sífilis y VIH • Administración de corticoides en parto pretérmino • Tratamiento de enfermedad Periodontal • Detección de cáncer Cérvico uterino • Detección de anemia • Toma de ultrasonido según guía de prenatal (anexo 13 pag 71)
	COMPONENTE 3-M Cuidados en Trabajo de Parto y parto	Partos atendidos por personal calificado	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de partograma • Inducción del parto con criterios específicos • Personal calificado • Uso del MATEP • Cuidados básicos y reanimación cardiopulmonar al recién nacido • Pinzamiento de cordón umbilical al dejar de pulsar • Lactancia materna exclusiva iniciando en la primera hora. • Prevención y control de enfermedades nosocomiales • Parto institucional • Parto limpio • Detección de presentaciones anormales y cesáreas electivas por esta indicación

Indicador de ODM	Componentes del Curso de Vida relacionado con ODM5 (M)	Objetivos por componente	Intervenciones en Salud
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado según OMS.	COMPONENTE 4-M Cuidados del puerperio. Vigilancia del puerperio inmediato y tardío.		<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales según horario • Manejo adecuado de líquidos • Control postparto en la primera semana en caso de complicaciones • Planificación Familiar para postergar embarazo de alto riesgo y adecuado periodo intergenésico
	COMPONENTE 5-M Vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna.	Aplicar el sistema de vigilancia de mortalidad y morbilidad materna: Definición de causa básica. Auditoría de casos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de caso • Notificación de caso • Auditoría al expediente • Confirmación de caso • Reporte en el Sistema de Vigilancia • Elaboración del Plan de Mejora • Monitoreo del Plan de Mejora
	COMPONENTE Gestión	Un sistema de información integrado en la RIISS funcionando, utilizado para la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Informático Perinatal
		Sistema de monitoreo y supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Estándares de calidad en atención materna y neonatal
		Mobilización social y comunitaria fortalecida	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de líderes y lideresas • Conocimiento de signos de peligro • Comités de salud • Foro de Salud en pro de salud materna y neonatal • Gabinetes municipales con actividades en pro de la salud materna y neonatal



VI. CUELLOS DE BOTELLA PRIORIZADOS QUE IMPIDEN LA IMPLEMENTACIÓN EXITOSA DE LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES

Foto: OPS/OMS

Los cuellos de botella se catalogaron en Políticas y Planeación, Presupuesto y Financiación, Uso de los servicios o Demanda y Entrega de los servicios u Oferta.

POLÍTICAS Y PLANEACIÓN

Al respecto hay que destacar que MINSAL cuenta con una Política de Salud Sexual y Reproductiva que al momento del estudio estaba por ser aprobada por el MINSAL, por lo que el plan de implementación iniciará a partir de 2013; sin embargo, dado que el marco normativo se apega a los datos probatorios aceptados a nivel internacional y se encuentran en el documento de la política, la inexistencia de su plan no fue limitante, sino que precisamente sirvió para impulsar su consiguiente aprobación y ejecución.

Durante los talleres de discusión de los hallazgos del estudio MAF y de la planificación para acelerar el ODM fue mencionado que la poca implementación de las políticas y la ausencia de política de promoción de la salud les afecta en la información, educación y comunicación hacia la población. Es de mencionar que MINSAL está trabajando fuertemente dentro del Modelo de Atención basada en Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) con modelos de intersectorialidad y participación comunitaria, que no son conocidos por todo el personal donde no se está aplicando el modelo. Importante será retomar estos modelos para el trabajo en favor de la salud materna y neonatal.

Se encontró que no existen todos los insumos que según la normativa, son necesarios para aplicarla. Ejemplo el calcio en pacientes con THE, las tiras para detección de bacteriuria y proteinuria. Que no hay estrategia específica para el manejo de las infecciones asociadas a la atención y que los lineamientos para tratar la amenaza de parto prematuro no incluyen de primer escoge

la Nifedipina que es el medicamento aceptado internacionalmente. No existe una estrategia conjunta materno-neonatal para la detección y manejo de bajo peso y prematuridad; no está actualizado el AIEPI neonatal, lo que afecta su aplicación en nivel local y solo el 4% de las maternidades cuentan con adecuado transporte neonatal.

PRESUPUESTO DE SALUD Y FINANCIACIÓN

El presupuesto de salud en 2012 ha pasado de representar el 2.0% en 2006, al 2.4% del Producto Interno Bruto (PBI). De este total el rubro de remuneraciones ha incrementado del 60% (2006) y al 68% (2012), en medicamentos e insumos médico-quirúrgicos han pasado del 19% (2007) al 22% (2009).

El incremento en medicamentos e insumos no está aparejado con el incremento de la demanda tanto de consultas como hospitalización; por ejemplo, los partos institucionales en el SNS representan el 99.5% en 2012 y no existe un presupuesto destinado específicamente para la salud materna y neonatal. Esto tiene implicaciones en los hallazgos de falta de algunos insumos durante todo el año como las tiras reactivas para detección temprana en el prenatal de proteinuria en la preeclampsia-eclampsia, una de las principales causas de muerte materna.

DEMANDA DE LOS SERVICIOS

La caracterización de la demanda no es una rutina que se aplica en el MINSAL, lo que debe hacerse con mayor énfasis para asegurar la cobertura a nivel nacional, dado que la detección de riesgos sociales en las mujeres que acuden en busca de atención, tiene altas implicancias en la muerte materna y neonatal, como lo demostró

el estudio, incrementando el riesgo de muerte materna y neonatal hasta 4 veces en madres de procedencia rural y de edades entre 35 y 40 años. Durante el estudio se observó en algunos hospitales que los datos socio económicos son dictados por el personal más que dichos por las pacientes que llegan con sus dolores de parto.

OFERTA DE SERVICIOS

Este es el área con mayores cuellos de botella identificados, debido a que la demora 3 es la que se ha encontrado tanto en los datos de MINSAL como en la revisión de expedientes. Para la atención materna estuvieron relacionados con las capacidades del personal tanto en la atención preconcepcional, prenatal, parto y puerperio. Ejemplos de estos cuellos de botella son: no a toda paciente se le detectan los riesgos clínicos y no se atiende con algoritmo específico a una mujer mayor de 35 años proveniente del área rural, que son las que están dando mayor carga de riesgo no solo de muerte materna, sino neonatal.

La normativa vigente aporta herramientas para detección de riesgos en preconcepcional, prenatal, parto y puerperio; sin embargo estos no son establecidos. Una de esas herramientas es el uso del Sistema Informático Perinatal que según el estudio de riesgos se mostró una alta probabilidad de morir en madre y neonato cuando no era llenado. En el tema de capacidades el MINSAL ha hecho amplios esfuerzos por contar con herramientas tales como los talleres de habilidades obstétricas y de recién nacido, certificación en NALS por citar algunos; sin embargo, en los talleres de planificación se detectó que no se capacitan y recertifican sistemáticamente y no son aceptados por todos los proveedores, tanto en MINSAL como en ISSS.

Fundamentalmente este cuello de botella tiene impacto en el no cumplimiento de las normativas técnicas existentes en las instituciones, que

a su vez indica por parte del personal prestador el no uso o desconocimiento y por parte del personal supervisor el seguimiento más intensivo, focalizado y la toma de medidas disciplinarias por el nivel respectivo, toda vez se demuestre responsabilidad individualizada. También es de hacer notar que MINSAL ha incrementado 2,576 Recursos humanos del Primer Nivel de Atención de 7,724 en 2009 a 10,300 en 2011 y en hospitales aumentaron en 1570, de 13,340 en 2009 a 14,910 en 2011, en el estudio no se pudo determinar el incremento específico para atención materna y neonatal, por no contar con los datos; sin embargo, la opinión de los prestadores indica que la distribución del personal es inadecuada, en los turnos y días festivos. Este incremento de recursos demanda de homologación de conocimientos al personal que ingresa a los servicios, y refrescamientos periódicos al ya existen; el MINSAL hasta la fecha es la entidad que prepara al personal de nuevo ingreso para sus funciones laborales. Enfatizando en características sociales como la edad y la paridad, por ejemplo en algunos casos, la muerte materna estuvo asociada a la hemorragia uterina y uso de oxitócicos en inducción, que ameritaba el uso de diferentes oxitócicos, lo que debe tomarse en cuenta en este tipo de pacientes y no existe un algoritmo de manejo específico para estos casos. Con respecto al sistema de información de morbimortalidades relacionado con el ODM 4 y 5 encontramos, específicamente en el Sistema de Vigilancia: Mortalidad neonatal: encontramos subregistro de los casos que, originado el problema en el periodo neonatal fallecen después de los 28 días de nacido; igualmente dada la frecuencia de prematuridad del 19 %, esta condicionante se encontró sobre registrada como causa de muerte, por ejemplo un prematuro y anencefalia, aparece registrado como fallecido por prematuridad y produce subregistro de otros diagnósticos, por ejemplo de sepsis, para la cual no encontramos intervenciones específicas en los documentos de MINSAL, así como existen para la asfixia. La vigi-

lancia de la mortalidad materna ha sido implementada según las guías vigentes; sin embargo, no encontramos en el estudio evidencia de casos provenientes del análisis de las muertes en mujeres de 10 a 49 años, que constituye una de las fuentes de datos para vigilancia activa; en cuanto a la clasificación de muerte, se encontraron casos con causa básica de embarazo molar, que según CIE 10 no es causa de muerte; en el caso de morbilidades obstétricas extremas, de las 10 maternidades estudiadas solo una tenía un adecuado registro de las mismas. El personal no ha recibido capacitación en el SVMM y tampoco se ha dado a los registradores de las alcaldías.

EL TRABAJO INTERSECTORIAL

De acuerdo a los hallazgos existen factores que aunque no fueron causantes directos de las muertes y de las morbilidades han coadyuvado a su desarrollo, entre estos factores tenemos: la presencia de problemas de nutrición de las madres y de los recién nacidos desde la etapa fetal como el bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino, la presencia de anemia en las madres; el no seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños que nacen prematuros, con bajo peso al nacer o los huérfanos por muerte materna, no se incluyen de forma práctica el control de factores asociados a mejorar el medio ambiente domiciliario con agua segura, cocinas fuera del hogar, letrinas, etc; la deficiente educación de las usuarias, sus familias y comunidades en salud y particularmente en salud sexual y reproductiva necesaria para disminuir el primer embarazo en adolescentes; no existen acciones de otros sectores para aumentar el espacio intergenésico entre los embarazos, particularmente en adolescentes, asegurar el plan de vida y el reintegro escolar en esta población a través de educación y servicios de Planificación Familiar; no hay un plan sistemático para la educación de la familia y comunidades para mejorar el control de

las mujeres que sobrevivieron para ampliar el espacio intergenésico con métodos de PF adecuados al caso; no hay trabajo intersectorial para garantizar el control de las mujeres en las que se detecta problema médico incompatible con el embarazo; no existen esfuerzos coordinados para la detección de depresión, ni formas de apoyo familiar y comunitario para estas mujeres lo que lleva al suicidio a mujeres adolescentes en particular y finalmente no hay detección sistemática de la violencia contra la mujer. No se pudo determinar el peso del riesgo de este factor por falta de datos, solo se encontraron 13 casos reportados de violencia en la base completa de más de 80,000 partos atendidos en MINSAL en 2011, dato que no concuerda con lo reportado por FESAL 2008 que determinó que cuatro de cada diez mujeres reportaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia.

Durante los talleres surgió un factor social que dificulta el acceso a servicios de salud y educativos, debido a la violencia de maras existente en el país, dado que si un establecimiento de salud está en área de una mara, no puede ser visitado si pertenece a la mara rival o una escuela tiene menos alumnos o alumnas inscritas. Se conoce de una experiencia que está desarrollando en San Salvador el Instituto de Desarrollo de la Mujer, ISDEMU para disminuir la violencia contra la mujer y la violencia interna en la escuela y educar para perseverar en medio de este clima social negativo, que sería un modelo a replicar con el plan de aceleramiento.

En el taller con otros sectores fue notorio el desconocimiento entre las instituciones de estrategias e intervenciones que se están desarrollando en ellas que pueden apoyar en la SAN, SSR, violencia, protección de la niñez. No existe mecanismo de intercambio de estos esfuerzos, a pesar que el MINSAL cuenta con estructuras que para la intersectorialidad tal como se explica en los mecanismos intersectoriales y sectoriales.

TABLA 6. CUELLOS DE BOTELLA PRIORIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE ODM 4 Y 5, SEGÚN COMPONENTE DE CURSO DE VIDA

Componentes del Curso de Vida. ODM 4 y 5	Intervención prioritaria	Tipo de Cuellos de botella	Cuellos de botella priorizados
Cuidados preconceptionales: Espaciamiento de los nacimientos a intervalos de 2 a 5 años. Administración de Ácido Fólico y Multivitaminas. Vigilancia y modificación la mal nutrición evaluado con el IMC. Prevención y control de la Enfermedades crónicas que condicionan la alta mortalidad materna y perinatal-neonatal. Detección de infecciones (TORCHS) y factores de riesgos (adiciones y medicación)	Creación de ambiente facilitante a la salud materna y neonatal	Política y Planeación	1. Falta de Política Nacional en Promoción de Salud. (M)(OCCI); débil abordaje Familiar y comunitario; no Acompañamiento de Pareja/Familia en la consulta para su involucramiento. (RC) (CUI) falta de enfoque de género (OCCI); bajo Empoderamiento de la mujer (CUI)
	Garantizar los cuidados preconceptionales con personal calificado para detectar y tratar riesgos sociales y médicos	Oferta de Servicios	1. Fallas en la promoción, la educación y consejería a la usuaria en consulta preconceptional (O) (RC); en la identificación de riesgos en mujeres en edad fértil y de mujeres que desean embarazo para referirlas a consejería preconceptional. (PARA_C) (M) (O); baja promoción y educación sobre Métodos Planificación Familiar a la población con énfasis en adolescentes (alta tasa de embarazos en adolescentes), (PARA_C) (CUI) (M) (OCCI) (RC)
		Oferta de Servicios	2. Inaccesibilidad geográfica, (OCCI)
		Oferta de Servicios	3. Falta de competencias e involucramiento del personal para dar cobertura a la oferta y a la atención de la mujer en el período preconceptional, parto, puerperio y al recién nacido (ISS) (OCCI)(CUI) (M); fallas en el cumplimiento de la Normativa (OCCI) (RC) (CUI); fallas en la detección de infecciones por TORCH y de factores de riesgos (adiciones y medicación) (RC) (PARA_C); falta de unificación en el expediente clínico (OCCI)
	Oferta de Servicios	4. Fallas en la evaluación nutricional (RC) (OCCI)	
Dotar de un ambiente favorable a la salud materna y neonatal	Oferta de Servicios	1. Desabastecimiento de medicamentos (M) (PARA_C) (OCCI) (O); restricción de acceso a pruebas diagnósticas e información (M)	
Control prenatal; Vigilar el aumento de peso de acuerdo al IMC Inmunización toxoide tetánico Administración de calcio a toda embarazada y aspirina en mujeres con factores riesgo (Obesas, Diabéticas, con IVU, con Enfermedad Periodontal etc.), para prevención Pre- Eclampsia* Detección y tratamiento de Bacteriuria asintomática. Tratar enfermedad Periodontal Detectar y tratar la Sífilis y VIH. Administración de corticoides en la amenaza y trabajo del parto pretérmino. Detección y referencia temprana en condiciones de riesgo. Preparación parto y lactancia materna Detección temprana de Cáncer Cérvico uterino, de anemia, y Toma de ultrasonido temprano.	Garantizar los cuidados prenatales con personal capacitado en detección de riesgos y tratar complicaciones	Oferta de Servicios	1. Falta de recurso humano calificado (CUI); falta Habilidad Obstétrica (RC) (PARA_C).
		Oferta de Servicios	2. Incumplimiento normativa (Calidad CP y Plan de Parto, APP, PEG,) (PARA_C) (RC)(M) (OCCI); baja toma de citologías durante control prenatal: no búsqueda activa de bacteriuria asintomática, llenado inadecuado de curvas de ganancia de peso y altura uterina (ISS); no se hace examen físico ginecológico (OCCI); no búsqueda de bacteriuria asintomática y manejo clínico inadecuado (PARA_C); poca búsqueda y captación de la embarazada para la detección y seguimiento de la enfermedad periodontal y de casos de sífilis (PARA_C); falta de seguimiento de morbilidades (CUI); No detección de factores de riesgo obstétricos ni de riesgos sociodemográficos (O)(RC)(PARA_C) (CUI) (ISS)
		Oferta de Servicios	3. Llenado incompleto de la HCP. (O) (RC); no uso de la (ISS); falta de cumplimiento del llenado de HCP; falta de interpretación del riesgo, (OCCI) (OCCI) (CUI)
	Gestión del programa. Sistema de monitoreo y supervisión	Oferta de Servicios	1. Falta de monitoreo en cuanto a aplicación de la normativa (OCCI) (PARA_C)
	Dotación de ambiente facilitante, favorable a la salud materna y neonatal	Presupuesto y Financiación	1. Insuficiente presupuesto (PARA_C); falta de infraestructura; abastecimiento insuficiente de insumos en general, medicamentos, equipos y reactivos de laboratorio en la red (CUI) (PARA_C) (M) (OCCI)
	Gestión. Sistema de Referencia y Retorno y coordinación de actores e intersectorialidad	Trabajo Intersectorial y Oferta de Servicios	1. Falta de mecanismos y actitud favorable en cuanto a coordinación de referencia - retorno y comunicación en Red. (OCCI) (RC); falta de orientación al usuario y de Referencia y retorno oportuna (PARA_C) (CUI); falta de Comunicación entre los niveles (CUI);
	Existencia de ambiente favorable a la salud materna y neonatal. Política de Promoción de la Salud	Trabajo Intersectorial y Oferta de Servicios	1. Falta de promoción y educación del Plan de parto, (CUI); consejería deficiente sobre lactancia materna en el control prenatal en primer nivel de atención (PARA_C) en el tamizaje del cáncer Cérvico uterino (PARA_C); no hay preparación física ni psicológica para el parto (OCCI)

Componentes del Curso de Vida. ODM 4 y 5	Intervención prioritaria	Tipo de Cuellos de botella	Cuellos de botella priorizados	
Cuidados en Trabajo de Parto y parto Atención de Complicaciones Obstétricas Cuidados básicos y reanimación cardiopulmonar al recién nacido* Pinzamiento al dejar de pulsar el cordón umbilical* Lactancia materna exclusiva iniciando en la primera hora * Prevención y control de infecciones nosocomiales* Personal capacitado; Parto Institucional; Parto Limpio Detección y cesárea en Podálicas Manejo apropiado del alumbramiento	Garantizar los cuidados en trabajo de parto y parto con personal calificado para detección de riesgos y tratar complicaciones	Oferta de Servicios	1. Riesgos elevados en turno de noche y días festivos; no atención por personal calificado las 24 h en atención de complicaciones (sobresaturación) (CUIIS) (PARA_C) (M) (RC) (O) (ISSS)	
		Oferta de Servicios	2. Personal de salud con falta de práctica en emergencias perinatales (CUIIS); falta de actitud positiva (ISSS); Poca habilidad obstétrica (RC); fallas en el diagnósticos; falta de detección oportuna de los signos de alarma de riesgos obstétrico (OCCI) (PARA_C); no reporte oportuno de examen de laboratorio en el hospital (OCCI); inadecuado manejo de la volemia (O) (RC) (ISSS) (M)	
		Oferta de Servicios	3. No aplicación de guías y normativa de atención de morbilidades obstétricas y referencia oportuna a tercer nivel (PARA_C) (CUIIS) (ISSS) (RC) (M); alta frecuencia de muertes por causas prevenibles (O) (RC) (M) (CUIIS); falta de Seguimiento oportuna de las puérperas y RN (OCCI); el pinzamiento de cordón al dejar de pulsar, no se realiza en el 100% de la institución (ISSS); apego precoz no se aplica en el 100% de la Institución. (ISSS)	
	Dotar de ambiente favorable a la salud materna y neonatal.	Presupuesto y Financiación	1. Insuficiente presupuesto (PARA_C); Falta de infraestructura; Abastecimiento insuficiente de insumos en general, medicamentos, equipos y reactivos de laboratorio en la red (CUIIS) (PARA_C) (M) (OCCI); Falta Equipo (Monitores) (RC); Falta de fortalecimiento en ATB de 2° línea, insumos y equipos médicos ,en el 3° nivel para UCI neonatales y control de infecciones (OCCI) (OCCI); incremento en la demanda de la atención de partos y recursos insuficientes (camas, aparato de ultra,) (PARA_C)	
		Demanda y Oferta de Servicios		
		Políticas y Planeación		
	Gestión del programa. Comunicación entre niveles. Intersectorialidad	Oferta de Servicios	1. Falta de Conocimiento y divulgación de comunicación con la oferta de servicios de 3°-2°-1° nivel hospitalario, hacia el usuario y entre redes. (OCCI)	
		Trabajo Intersectorial	2. Falta de fortalecimiento del consejo de gestión fomentando la intersectorialidad en el gabinete de gestión de las RIIS (OCCI)	
	Cuidados del Recién Nacido Evaluar, clasificar y determinar atención inmediata del RN. Evaluar el Riesgo al Nacer. Cuidados del RN. Recepción y reanimación del R.N. Prevenir hipotermia e hipoglucemia lactancia inmediata (apego precoz) Profilaxis ocular Administración de Vitamina K Cuidado del cordón umbilical Manejo neumonía y sepsis Vacunación. Control infantil temprano (7mo día)	Garantizar los cuidados del recién nacido con personal capacitado para evaluar, clasificar y determinar tipo de atención.	Oferta de Servicios	1. No atención específica a las madres con mayor riesgo de morir con edades entre 35 a 44 años del área rural, no escolarizada y cuando tiene 4 o más hijos. (O) (RC) (ISSS) (OCCI) (M)
			Oferta de Servicios	2. Recursos humanos insuficientes y poco calificados. (CUIIS) (PARA_C); (RC) (M) (OCCI) (ISSS) (O)
Presupuesto y Financiación				
Oferta de servicios			3. Pobre captación temprana de la puérpera y del recién nacido y fallas en el seguimiento del post parto inmediato, (PARA_C). (ISSS) (CUIIS)	
Oferta de Servicios		4. Fallas en el diagnóstico de egreso Neonato (RC)		
Dotar de ambiente facilitante para la salud materna y neonatal. Gestión del programa		Presupuesto y Financiación	1. Falta de insumos, medicamentos y equipos hospitalarios (ventiladores, transporte para neonato crítico, cunas térmicas, Vit K). (OCCI) (CUIIS)	
		Políticas y Planeación		

Componentes del Curso de Vida. ODM 4 y 5	Intervención prioritaria	Tipo de Cuellos de botella	Cuellos de botella priorizados
Vigilancia de la morbilidad y mortalidad neonatal.	Aplicar el sistema de vigilancia de morbilidad y mortalidad neonatal	Oferta de Servicios	1. Problemas de registro de los datos de la madre en el expediente del RN (O) RC M OCCI PARA-C (CUIIS) (ISSS); fallas en el 3°-2° nivel en el llenado de los datos de atención del parto en la historia clínica perinatal (HCP) para el retorno de la paciente (OCCI)
		Oferta de Servicios	2. Fallas en el diagnóstico de egreso neonato, en la clasificación de muerte neonatal y en el llenado correcto de la hoja de AIEPI de inscripción infantil (O) (ISSS) (RC) (M) (OCCI) (PARA_C) (CUIIS)
		Trabajo Intersectorial	3. Débil funcionamiento del comité de vigilancia de mortalidad infantil (CUIIS); inexistencia de un sistema de vigilancia formal institucional (ISSS) fallas en el análisis de información (O)
Cuidados del puerperio Vigilancia del puerperio inmediato y tardío. Espaciamento de los embarazos	Dotar de personal calificado para los cuidados del puerperio	Oferta de Servicios	1. Fallas en el llenado de la hoja retorno y en el seguimiento (RC); en la implementación de la hoja de atención de alta de los hospitales hacia el 1° nivel (OCCI); en la Información de inscripción Puerperio 1-2 Nivel (RC) y en la aplicación de la hoja filtro a toda mujer en edad fértil fallecida. (OCCI)
		Oferta de Servicios	2. Incumplimiento y fallas en la aplicación de la normativa (o); fallas en el seguimiento a la mujer en posparto y al recién nacidos prematuros a nivel comunitario (OCCI); (RC); en el seguimiento al puerperio inmediato (PARA_C); bajas coberturas de control puerperal tardío y no implementación del control puerperal temprano (a los siete días) como programa en el ISSS. (ISSS); detección tardía de signos y síntomas de alarma de la madre y del niño/a (CUIIS)
		Oferta de Servicios	3. Fallas en la promoción, la consejería posparto y planificación familiar (OCCI) (PARA_C); falta de implementación de inserción posparto del DIU y de vasectomías (OCCI)
Vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna	Implementar el sistema de vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna	Oferta de Servicios	1. Falta de auditorías y análisis de casos MOE en I y II nivel departamental. (O) y del total de morbilidades obstétricas. (CUIIS); fallas en la capacitación del Personal (M); fallas en la notificación y registro en la morbilidad obstétrica por los hospital (PARA_C) (CUIIS); en la aplicación de los instrumentos de detección de riesgo (M); fallas del registro en las alcaldías (se registra por causas diferentes a la muerte materna) (PARA_C)
	Contar con un ambiente facilitante a la salud materna y perinatal. Política de Promoción de la salud.	Oferta de Servicios	1. Fallas en la educación a la usuaria. (M)
	Intersectorialidad y movilización comunitaria	Trabajo Intersectorial	1. No se cuenta con referente a nivel nacional ante el Comité Nacional de Vigilancia de Mortalidad Materna y Neonatal; Comité de Hechos Vitales; Alianza de Salud Sexual y Reproductiva y la Alianza perinatal. (ISSS) fallas del seguimiento (RC)



**VII. SOLUCIONES
PARA ACELERAR EL
CUMPLIMIENTO DE LOS
ODM 4 Y 5**

Foto: OPS/OMS

A continuación se resumen potenciales soluciones de acuerdo a los hallazgos:

ODM 4:

Los datos en este reporte evidencian la importancia de homologar en todos los hospitales los procedimientos en el Sistema de Vigilancia, especialmente la detección de la causa básica de muerte de los neonatos. También se destaca la carga de mortalidad que representan las anomalías congénitas y la necesidad de medidas de prevención de estas patologías en toda mujer en edad reproductiva, así como incorporar consejería post parto en estos casos para evitar el problema en embarazos subsiguientes. Así mismo, el incremento de casos por sepsis neonatal, particularmente relacionada con la atención en salud para la cual no se está llevando una estrategia específica.

Los riesgos analizados en el capítulo previo orientan a que se puede incidir en la disminución de muerte neonatal si focalizamos atendiendo con prioridad a una mujer que acude a los servicios de prenatal y parto con los siguientes riesgos: de procedencia rural, 4 o más hijos, embarazo de 33 semanas, signos de bajo peso al nacer, detección de violencia contra la mujer; aunado a que si una mujer, independiente de otros riesgos, se presenta con amenaza de parto prematuro que debe ser manejado garantizando en el 100% de casos el uso de nifedipina (que no es considerado el medicamento de elección por la norma vigente, incluso se encontraron casos manejados con sulfato de magnesio) y el cumplimiento del esquema completo de esteroides antenatales. Evitar cesáreas sin tener debidamente fechado el embarazo, lo mismo que inducciones sin adecuados criterios.

Se confirma que para reducir el ODM 4 será más eficaz trabajar impulsando el trabajo intersectorial para disminuir los problemas relacionados con el peso al nacer, fortaleciendo tanto la disponibilidad de alimentos, mejorar el acceso físico y económico a una alimentación adecuada, el consumo adecuado de alimentos y mejorar las condiciones de acceso al agua y saneamiento para el aprovechamiento adecuado de alimentos a la mujer en edad fértil, embarazada y la familia; aumentar el espacio intergenésico a través de educación y servicios de Planificación Familiar; en el sector salud, fortaleciendo la consulta en el periodo preconcepcional con medidas para disminuir las anomalías fetales y durante el parto y atención neonatal en prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno para la sepsis neonatal incluyendo la asociada con la atención en salud. Erradicar el uso inadecuado de misoprostol intraparto ya que aumenta el SFA, así como los partos vaginales cuando se calcula peso al nacer de más de 3000 grms. Evitar maniobras para forzar el parto e investigar cada caso que se presente con trauma neonatal. Ejecutar un programa específico tendiente a la reducción de la prematuridad, basado en la disminución de partos inducidos y cesáreas en edades gestacionales menor de 39 semanas. La existencia de cuidados neonatales en hospitales no clasificados como CONE ampliado debe revisarse, igualmente en el hospital de Maternidad debe ajustarse el número de basinet a la demanda. Reinstalar el programa de transporte al neonato crítico, para asegurar su llegada oportuna al nivel de referencia. Como no existe presupuesto etiquetado para cuidados neonatales, esta limitante probablemente esté afectando los insumos y medicamentos como se observó en HdeM con el proyecto de prevención de sepsis, que el número de guantes existentes no coincide con el número de pacientes, ya que se planifica por número de camas aunque tengan tres pacientes por cama (trillizados).

ODM 5:

Los datos explicitados en el capítulo anterior muestran la carga de mortalidad y morbilidad que produce la Demora 3. Ejemplo de ello son los casos que teniendo riesgo de atonía no tuvieron adicional al MATEP, el beneficio de una macrosis o doble oxitócico y minimizar el riesgo, así como la falta del control de signos vitales en parto y puerperio que es el mecanismo para detectar que la paciente está entrando en fase de complicaciones. Deduciendo que si el número de camas no es asignado de acuerdo a la carga de trabajo, tampoco el recurso humano tiene una relación adecuada y este déficit puede estar provocando que la falta de enfermeras no permita un control adecuado de los postpartos. El no cumplimiento de la detección de proteinuria y bacteriuria según norma está relacionado con la falta de tiras de detección. Para mejorar el seguimiento de las madres con sífilis y por ende del-a recién nacido-a es importante una estrecha coordinación entre laboratorio, enfermería, médico tratante y ECOS donde estos existan y promotores de salud para cerciorarse que ha terminado el ciclo de transmisión. Se encontraron datos de factores coadyuvantes como la anemia y problemas de nutrición, especialmente sobrepeso.

Los riesgos en el caso de las madres, indican que se puede incidir en la disminución de muerte materna si focalizamos, identifica y se le atiende con prioridad a una mujer que acude a los servicios de prenatal y parto con edad entre 35 y 45 años, de procedencia rural, con 6 o más hijos, embarazo no deseado. Las medidas intersectoriales serían las mismas que las mencionadas en el ODM4 relacionadas a garantizar la SAN, tendientes a disminuir los problemas de nutrición materna, especialmente el sobrepeso y la anemia, así como algunas de las anomalías congénitas y la educación en SSR y entrega de servicios de Planificación Familiar.

Las medidas más eficaces para reducir muerte materna a nivel del sector salud, según este estudio, serían: obligatoriamente garantizar el control prenatal y la detección de riesgos a través del llenado de instrumentos tales como la HCP, el SIP y la Hoja Filtro, para referirla al nivel de prenatal básico o especializado según le corresponda y evitar que sea llevado por enfermera o promotor debido a que este último no está autorizado para llevar prenatal, la medición a toda paciente del Índice de Masa Corporal (IMC) y al detectar obesidad, obligatoriamente referirla de inmediato al nivel de mayor complejidad. Definir la edad de embarazo adecuada para referir a parto en caso de diabéticas o ser estrictos en el cumplimiento. A toda paciente a quien se le detecta o tiene riesgos para desarrollar morbilidad obligatoriamente debe tomarsele vena de forma adecuada e inmediata en el nivel que se detecte el problema y vigilar el manejo adecuado también de los líquidos endovenosos, capacitando a médicos y enfermeras en el correcto balance hídrico de los casos; garantizar que la selección de métodos de PF sea adecuado al nivel de riesgo que tendrá la paciente en su siguiente embarazo. Toda paciente con riesgo detectado o morbilidad debe ser llevada por ginecólogo o en su defecto el médico de mayor experiencia. Todo postparto debe tener controles de signos vitales por enfermería y hacer los ajustes necesarios. Cambiar la aplicación de norma en el H de M para manejo de embarazos molares y evitar las sepsis en estos casos. Toda morbilidad debe tener controles preconceptionales obligatorios y garantizar el adecuado espacio intergenésico. Revisar el nivel de resolución de los hospitales, reduciendo el manejo de casos complejos donde resulten más muertes hasta que no se haya logrado cumplir los criterios, incluido al menos la existencia de personal de enfermería para manejo de postparto de forma adecuada.

Se hace evidente la necesidad de fortalecer la consulta en el periodo preconcepcional con medidas para disminuir las anomalías fetales y durante el parto y atención neonatal en prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno para la sepsis neonatal incluyendo la asociada con la atención en salud. En la Referencia y Retorno para asegurar el traslado desde la comunidad, el seguimiento de casos, grupos de apoyo comunitarios, entre otros.

En cuanto al trabajo intersectorial se debe focalizar en asegurar la Seguridad Alimentaria y Nutricional mediante fortalecimiento a la disponibilidad de alimentos, mejorar el acceso físico y económico a una alimentación adecuada, el consumo adecuado de alimentos y mejorar las condiciones de acceso al agua y saneamiento para el aprovechamiento adecuado de alimentos a la mujer en edad fértil, embarazada y la familia.

Un mayor detalle de los cuellos de botella se describe en la siguiente tabla.

TABLA 7. SOLUCIONES CON POTENCIAL DE ACELERACIÓN SEGÚN LOS CUELLOS DE BOTELLA PRIORIZADOS. ODM 4 Y 5.

Componentes del Curso de Vida. ODM 4 y 5	Intervención prioritaria	Cuellos de botella priorizados	Soluciones con potencial de Aceleración 2013-2015 según regiones de salud
<p>Cuidados preconceptionales:</p> <p>Espaciamiento de los nacimientos a intervalos de 2 a 5 años.</p> <p>Administración de Ácido Fólico y Multivitaminas.</p> <p>Vigilancia y modificación la mal nutrición evaluado con el IMC.</p> <p>Prevención y control de la Enfermedades crónicas que condicionan la alta mortalidad materna y perinatal-neonatal.</p> <p>Detección de infecciones (TORCHS) y factores de riesgos (adiciones y medicación)</p>	<p>Creación de ambiente facilitante a la salud materna y neonatal</p>	<p>1. Falta de Política Nacional en Promoción de Salud. (M)(OCCI); débil abordaje Familiar y comunitario; No Acompañamiento de Pareja/Familia en la consulta para su involucramiento. (RC) (CUI) falta de enfoque de género (OCCI); bajo Empoderamiento de la mujer (CUI)</p>	<p>1. Fortalecer el trabajo intersectorial y establecer lineamientos estratégicos intersectoriales para la operativización de las acciones (M) (OCCI)</p> <p>2. Involucramiento de áreas como Educación, ONG, municipalidad (M) (M) (OCCI).</p> <p>3. Incremento de voluntad política (OCCI)</p> <p>4. Mejorar el nivel educativo y de Información (CUI)</p> <p>5. Trabajar en el empoderamiento de la mujer, la familia y la pareja y en los patrones culturales (machismo, religión, tabúes) (CUI) (RC)</p>
		<p>1. Fallas en la promoción, la educación y consejería a la usuaria en consulta preconceptional (O) (RC); en la identificación de riesgos en mujeres en edad fértil y de mujeres que desean embarazo para referirlas a consejería preconceptional. (PARA_C) (M) (O); baja promoción y educación sobre Métodos Planificación Familiar a la población con énfasis en adolescentes (alta tasa de embarazos en adolescentes), (PARA_C) (CUI) (M) (OCCI) (RC)</p>	<p>1. Fortalecer el componente de Salud Sexual y Reproductiva en el personal de salud y en la población (PARA_C)</p> <p>2. Mejorar los conocimientos de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes, (PARA_C)</p> <p>3. Incrementar la Consulta Preconceptional, (OCCI)</p> <p>4. Mejorar la educación y promoción de hábitos saludables en consulta preconceptional (M).</p> <p>5. Promoción de métodos de PF (M)</p>
	<p>2. Inaccesibilidad geográfica, (OCCI)</p>	<p>1. Seguimiento de casos (RC)</p>	
	<p>3. Falta de competencias e involucramiento del personal para dar cobertura a la oferta y a la atención de la mujer en el período preconceptional, parto, puerperio y al recién nacido (ISS) (OCCI)(CUI) (M); fallas en el cumplimiento de la Normativa (OCCI) (RC) (CUI); fallas en la detección de infecciones por TORCH y de factores de riesgos (adiciones y medicación) (RC) (PARA_C); falta de unificación en el expediente clínico (OCCI)</p>	<p>1. Reproducción, socialización, capacitación y aplicación de las normas y lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconceptional, parto, puerperio y al recién nacido, y (ISS) (RC) (O)(PARA_C) (CUI)</p> <p>2. Supervisión del cumplimiento de normas y protocolos de atención (PARA_C)</p> <p>3. Gerencia adecuada de los recursos y reasignación según necesidades. (M)</p> <p>4. Desarrollar estudios que cuantifiquen la incidencia de infecciones por TORCH y su impacto (PARA_C)</p> <p>5. Monitoreo del llenado del expediente clínico.</p>	
		<p>4. Fallas en la evaluación nutricional (RC) (OCCI)</p>	<p>1. Reforzar la capacitación en recurso médico para la atención nutricional. (M)</p> <p>2. Institucionalizar políticas y estrategias para la promoción de salud nutricional. (M)</p> <p>3. Mejorar la Calidad de la Consejería Nutricional (RC)</p>
	<p>Dotar de un ambiente favorable a la salud materna y neonatal</p>	<p>1. Desabastecimiento de medicamentos (M) (PARA_C) (OCCI) (O); restricción de acceso a pruebas diagnósticas e información (M)</p>	<p>1. Gerencia adecuada de los recursos y reasignación según necesidades. (M)</p> <p>2. Asignación de presupuesto para apoyar El Programa de Atención Integral a la Mujer, (ISS) (O)</p> <p>3. compra de (insumos) medicamentos, Micronutrientes, ácido fólico, multivitaminas y exámenes de laboratorio que implicará la aplicación de lo normado (PARA_C) (ISS) (O) (RC) (M)</p>

Componentes del Curso de Vida. ODM 4 y 5	Intervención prioritaria	Cuellos de botella priorizados	Soluciones con potencial de Aceleración 2013-2015 según regiones de salud
<p>Control prenatal;</p> <p>Vigilar el aumento de peso de acuerdo al IMC</p> <p>Inmunización toxoide tetánico</p> <p>Administración de calcio a toda embarazada y aspirina en mujeres con factores riesgo (Obesas, Diabéticas, con IVU, con Enfermedad Periodontal etc.), para prevención Pre-Eclampsia*</p> <p>Detección y tratamiento de Bacteriuria asintomática.</p> <p>Tratar enfermedad Periodontal</p> <p>Detectar y tratar la Sífilis y VIH.</p> <p>Administración de corticoides en la amenaza y trabajo del parto pretérmino.</p> <p>Detección y referencia temprana en condiciones de riesgo.</p> <p>Preparación parto y lactancia materna</p> <p>Detección temprana de Cáncer Cérvico uterino, de anemia, y</p> <p>Toma de ultrasonido temprano.</p>	<p>Garantizar los cuidados prenatales con personal capacitado en detección de riesgos y tratar complicaciones</p>	<p>1. Falta de recurso humano calificado (CUIIS); falta Habilidad Obstétrica (RC) (PARA_C).</p>	<p>1. Mejorar el compromiso del personal de salud para que aplique los protocolos establecidos vigentes (CUIIS).</p> <p>2. Mejorar la actitud del personal (O)</p>
		<p>2. Incumplimiento normativa (Calidad CP y Plan de Parto, APP, PEG,) (PARA_C) (RC)(M) (OCCI); baja toma de citologías durante control prenatal: No búsqueda activa de bacteriuria asintomática, llenado inadecuado de curvas de ganancia de peso y altura uterina (ISSS); no se hace examen físico ginecológico (OCCI); no búsqueda de bacteriuria asintomática y manejo clínico inadecuado (PARA_C); Poca búsqueda y captación de la embarazada para la detección y seguimiento de la enfermedad periodontal y de casos de sífilis (PARA_C); Falta de seguimiento de morbilidades (CUIIS); No detección de factores de riesgo obstétricos ni de riesgos sociodemográficos (O)(RC)(PARA_C) (CUIIS) (ISSS)</p>	<p>1. Establecer estándares de calidad en los diferentes niveles. (PARA_C)</p> <p>2. Educación continua del personal sobre lineamientos técnicos (O) (M) (RC)</p> <p>3. Reforzar las habilidades y destrezas en atención prenatal y recién nacido en médicos enfermeras y promotores de salud (PARA_C)</p> <p>4. Fortalecer la capacitación del control prenatal en los clubes de embarazadas y pasantías de la zona rural (OCCI)</p> <p>5. Mejorar Humanismo, dinamismo (RC)</p> <p>6. Mejorar el trabajo en Equipo (RC)</p> <p>7. Solucionar los problemas actitudinales del personal (RC)</p> <p>8. Estandarizar la toma de urocultivo (ISSS)</p> <p>9. Tomar cuenta el riesgo social para la conducta a seguir según la condición y el entorno de la usuaria. (PARA_C)</p>
	<p>Gestión del programa. Sistema de monitoreo y supervisión</p>	<p>1. Falta de monitoreo en cuanto a aplicación de la normativa (OCCI) (PARA_C)</p>	<p>1. Monitoreo de cumplimiento de normativas de atención (Ej utilización de hoja filtro) (O).</p> <p>2. Supervisión y monitoreo en la aplicación de la normativa de atención en preconcepción, embarazo parto , puerperio y recién nacido (PARA_C)</p> <p>3. Monitoreo aseguramiento de cumplimiento a través de los niveles superiores. (M)</p> <p>4. Comprometer al personal en la implementación de normativa. (CUIIS)</p> <p>5. Aplicar los lineamientos establecidos. (RC)</p>
	<p>Dotación de ambiente facilitante, favorable a la salud materna y neonatal</p>	<p>1. Insuficiente presupuesto (PARA_C); Falta de infraestructura; Abastecimiento insuficiente de insumos en general, medicamentos, equipos y reactivos de laboratorio en la red (CUIIS) (PARA_C) (M) (OCCI)</p>	<p>1. Asignación presupuestaria suficiente, adecuada distribución de recursos y reorientar presupuesto a nivel hospitalario (CUIIS) (OCCI)</p> <p>2. Incrementar los Recursos Humanos (OCCI)</p> <p>3. Mejorar nuevos recursos en año social (O)</p> <p>4. Mejorar la infraestructura, Equipos y suministros (OCCI)</p> <p>5. Aplicar los lineamientos de la Ley LEPINA</p>
	<p>Gestión. Sistema de Referencia y Retorno y coordinación de actores e intersectorialidad</p>	<p>1. Falta de mecanismos y actitud favorable en cuanto a coordinación de referencia - retorno y comunicación en Red. (OCCI) (RC); Falta de orientación al usuario y de Referencia y retorno oportuna (PARA_C) (CUIIS); Falta de Comunicación entre los niveles (CUIIS);</p>	<p>1. Concientizar al personal sobre importancia de utilización de hoja filtro seguimiento al 100% referencias y embarazadas (O)</p> <p>2. Referencia con copia a UCSF y otra al paciente, con el compromiso del personal de salud de darle el seguimiento adecuado. (CUIIS) (O)</p> <p>3. Mejorar el funcionamiento de la RISS (RC)</p> <p>4. Mejorar la valoración del retorno y referencia a nivel hospitalario (CUIIS)</p> <p>5. Envío del 100% de partos esperados, de forma oportuna y mensual (O)</p>
<p>Existencia de ambiente favorable a la salud materna y neonatal. Política de Promoción de la Salud</p>	<p>1. Falta de promoción y educación del Plan de parto, (CUIIS); consejería deficiente sobre lactancia materna en el control prenatal en primer nivel de atención (PARA_C) en el tamizaje del cáncer Cérvico uterino (PARA_C); No hay preparación física ni psicológica para el parto (OCCI)</p>	<p>1. Promover la utilización de los instrumentos para llenado de curvas. (ISSS) (PARA_C)</p> <p>2. Promover la toma de citología en embarazo (ISSS)</p> <p>3. Adecuado compromiso de otros sectores para contribuir con la población para generar salud. (CUIIS)</p> <p>4. Incrementar uso de HEM (hogar de espera materna) (CUIIS)</p> <p>5. Implementar Estrategias Políticas (OCCI)</p>	

Componentes del Curso de Vida. ODM 4 y 5	Intervención prioritaria	Cuellos de botella priorizados	Soluciones con potencial de Aceleración 2013-2015 según regiones de salud
Cuidados en Trabajo de Parto y parto Atención de Complicaciones Obstétricas Cuidados básicos y reanimación cardiopulmonar al recién nacido* Pinzamiento al dejar de pulsar el cordón umbilical* Lactancia materna exclusiva iniciando en la primera hora * Prevención y control de infecciones nosocomiales* Personal capacitado; Parto Institucional; Parto Limpio Detección y cesárea en Podálicas Manejo apropiado del alumbramiento	Garantizar los cuidados en trabajo de parto y parto con personal calificado para detección de riesgos y tratar complicaciones	1. Riesgos elevados en turno de noche y días festivos; no atención por personal calificado las 24 h en atención de complicaciones (sobresaturación) (CUI) (PARA_C) (M) (RC) (O) (ISS)	1. Modificar normativa de horarios de turnos (de 12 horas) (CUI) 2. Racionalizar la distribución de especialistas en turnos diurnos. (CUI) 3. Suficiencia del presupuesto hospitalario para la contratación de Recursos Especializados las 24 horas y (PARA_C) 4. Incrementar recurso humano calificado de enfermería y médico. (ISS). (CUI) 5. Mejorar el uso de servicios (la demanda) (OCCI)
		2. Personal de salud con falta de práctica en emergencias perinatales (CUI); Falta de actitud positiva (ISS); Poca habilidad obstétrica (RC) ; Fallas en el diagnóstico; Falta de detección oportuna de los signos de alarma de riesgos obstétrico (OCCI) (PARA_C); No reporte oportuno de examen de laboratorio en el hospital (OCCI); inadecuado manejo de la volemia (O) (RC) (ISS) (M)	1. Capacitación periódica del recurso operativo. (M) 2. Retroalimentación en guías (CUI) 3. Concientizar al personal médico y paramédico sobre la importancia de la correcta aplicación de las guías técnicas (ISS) 4. Mejorar la predisposición a aplicar las guías técnicas y al cumplimiento de las mismas.(ISS) 5. Desarrollar talleres de habilidades y destrezas para atención inmediata de recién nacido. (CUI)
		3. No aplicación de guías y normativa de atención de morbilidades obstétricas y referencia oportuna a tercer nivel (PARA_C) (CUI) (ISS) (RC) (M); Alta frecuencia de muertes por causas prevenibles (O) (RC) (M) (CUI); Falta de Seguimiento oportuna de las puérperas y RN (OCCI); El pinzamiento de cordón al dejar de pulsar, no se realiza en el 100% de la institución (ISS); Apego precoz no se aplica en el 100% de la Institución. (ISS)	1. Cumplimiento de la Normativa Obstétrica (M) 2. Creación de normativas para la aplicación de los instrumentos (M) 3. Monitorear y dar seguimiento a los partogramas por el jefe de departamento. (CUI) 4. Organizar los bancos de sangre, especialmente en unidades periféricas(ISS)
	Dotar de ambiente favorable a la salud materna y neonatal.	1. Insuficiente presupuesto (PARA_C); Falta de infraestructura; Abastecimiento insuficiente de insumos en general, medicamentos, equipos y reactivos de laboratorio en la red (CUI) (PARA_C) (M) (OCCI); Falta Equipo (Monitores) (RC); Falta de fortalecimiento en ATB de 2° línea, insumos y equipos médicos, en el 3° nivel para UCI neonatales y control de infecciones (OCCI) (OCCI) ; incremento en la demanda de la atención de partos y recursos insuficientes (camas, aparato de ultra,) (PARA_C)	1. Aumentar la capacidad instalada por nivel de atención. (M) 2. Monitoreo aseguramiento de cumplimiento a través de los niveles superiores. (M) 3. Incremento del Presupuesto (RC) 4. Mejorar la Asignación de Recursos (OCCI) 5. Financiar la compra de equipo e insumos (PARA_C) 6. Incrementar el suministro de servicios (oferta) (OCCI)
	Gestión del programa. Gestión del programa. Comunicación entre niveles. Intersectorialidad	1. Falta de Conocimiento y divulgación de comunicación con la oferta de servicios de 3°- 2°-1° nivel hospitalario, hacia el usuario y entre redes. (OCCI)	1. Incrementar el suministro de servicios (oferta) (OCCI) 2. Mejorar el uso de servicios (Demanda Auto eficacia y el conocimiento de citas (OCCI)
		2. Falta de fortalecimiento del consejo de gestión fomentando la intersectorialidad en el gabinete de gestión de las RIIS (OCCI)	1. Fomento de la intersectorialidad en el gabinete de gestión de las RIIS

Componentes del Curso de Vida. ODM 4 y 5	Intervención prioritaria	Cuellos de botella priorizados	Soluciones con potencial de Aceleración 2013-2015 según regiones de salud	
Cuidados del Recién Nacido Evaluar, clasificar y determinar atención inmediata del RN. Evaluar el Riesgo al Nacer. Cuidados del RN. Recepción y reanimación del R.N. Prevenir hipotermia e hipoglucemia Lactancia inmediata (apego precoz) Profilaxis ocular Administración de Vitamina K Cuidado del cordón umbilical Manejo neumonía y sepsis Vacunación. Control infantil temprano (7mo día)	Garantizar los cuidados del recién nacido con personal capacitado para evaluar, clasificar y determinar tipo de atención.	1. No atención específica a las madres con Mayor riesgo de morir con edades entre 35 a 44 años del área rural, no escolarizada y cuando tiene 4 o más hijos. (O) (RC) (ISSS) (OCCI) (M)	1. Monitoreo de lineamientos de atención materna. (O) 2. Mejorar el sistema de referencia y retorno. (PARA_C) 3. Organizar la consejería preconcepcional en pacientes mayores de 35 años, adolescentes y con enfermedades crónicas, (O) 4. Dar cumplimiento a los lineamientos técnicos de atención a la mujer. (O) 5. Mejorar el cumplimiento de las normativas. (M)	
		2. Recursos humanos insuficientes y poco calificados. (CUI) (PARA_C); (RC) (M) (OCCI) (ISSS) (O)	1. Certificar al 100% de personal en NRP, STABLE y habilidades obstétricas (O) 2. Difusión masiva de los cursos relacionados a la atención neonatal (M) 3. Adaptación a nivel nacional de los cursos extranjeros para mejorar la difusión de las habilidades solventando la limitada difusión por problemas de derechos de autor (M) 4. Acreditación vinculante con la práctica institucional (M) 5. Capacitación interinstitucional para el fortalecimiento de habilidades. (M) 6. Continuar en la capacitación continua del recurso involucrado en la atención del RN (M) 7. Mejorar el cumplimiento de las normativas. (M)	
		3. Pobre captación temprana de la puérpera y del recién nacido y Fallas en el seguimiento del post parto inmediato, (PARA_C). (ISSS) (CUI)	1. Mejorar el sistema de referencia y retorno. (PARA_C) 2. Mejorar el seguimiento del recién nacido a nivel comunitario, para la captación (PARA_C)	
		4. Fallas en el diagnóstico de egreso Neonato (RC)	1. Capacitar en el llenado hoja Ingreso-Egreso (RC)	
		Dotar de ambiente facilitante para la salud materna y neonatal. Gestión del programa	1. Falta de insumos, medicamentos y equipos hospitalarios (ventiladores, transporte para neonato crítico, cunas térmicas, Vit K). (OCCI) (CUI)	1. Acreditación vinculante con la práctica institucional (M) 2. Mejorar la calidad de los insumos (M)
			Aplicar el sistema de vigilancia de morbilidad y mortalidad neonatal	1. Problemas de registro de los datos de la madre en el expediente del RN (O) RC M OCCI PARA-C (CUI) (ISSS); fallas en el 3°-2° nivel en el llenado de los datos de atención del parto en la historia clínica perinatal (HCP) para el retorno de la paciente (OCCI)
2. Fallas en el diagnóstico de egreso Neonato, en la clasificación de muerte neonatal y en el llenado correcto de la hoja de AIEPI de inscripción infantil (O) (ISSS) (RC) (M) (OCCI) (PARA_C) (CUI)	1. Capacitación en llenado de causa básica de muerte según CIE 10 (O) 2. Vigilancia de morbilidades infantiles Graves (MIGRA) a través de comunicación telefónica a UCSF o vía internet (O) 3. Jefes de servicio y médicos de mayor jerarquía revisan y reclasifique los diagnósticos de egreso hospitalario. (M) 4. Un solo expediente clínico de la madre con morbilidad, y evaluar en la atención del recién nacido con morbilidad. (PARA_C) 5. Aplicar la norma de estadística en el llenado de hoja de defunción y determinación de causa básica. (PARA_C)			
3. Débil funcionamiento del comité de vigilancia de mortalidad infantil (CUI); inexistencia de un sistema de vigilancia formal institucional (ISSS) fallas en el análisis de información (O)	1. Vigilancia de morbilidades infantiles Graves (MIGRA) a través de comunicación telefónica a UCSF o vía internet (O) 2. Integrar al ISSS al Comité Nacional de Vigilancia de Mortalidad Materna y Neonatal. (ISSS) 3. Monitoreo aseguramiento de cumplimiento de lo normado a través de los niveles superiores. (M)			

Componentes del Curso de Vida. ODM 4 y 5	Intervención prioritaria	Cuellos de botella priorizados	Soluciones con potencial de Aceleración 2013-2015 según regiones de salud
Cuidados del puerperio Vigilancia del puerperio inmediato y tardío. Espaciamiento de los embarazos	Dotar de personal calificado para los cuidados del puerperio	1. Fallas en el llenado de la hoja retorno y en el seguimiento (RC); en la implementación de la hoja de atención de alta de los hospitales hacia el 1° nivel (OCCI); en la Información de inscripción Puerperio 1-2 Nivel (RC) y en la aplicación de la hoja filtro a toda mujer en edad fértil fallecida. (OCCI)	1- Fortalecer la comunicación entre los niveles de atención. (M) 2- Mejorar la educación a usuaria. (M)
		2. Incumplimiento y fallas en la aplicación de la normativa (o); fallas en el seguimiento a la mujer en posparto y al recién nacidos prematuros a nivel comunitario (OCCI); (RC); en el seguimiento al puerperio inmediato (PARA_C); bajas coberturas de control puerperal tardío y no implementación del control puerperal temprano (a los siete días) como programa en el ISSS. (ISSS); detección tardía de signos y síntomas de alarma de la madre y del niño/a (CUIIS)	1- Elaborar la normativa para control puerperal temprano. (ISSS) 2- Mejorar la promoción para que la paciente asista a su control e Incrementar la demanda del control puerperal tardío (ISSS) 3- Fortalecer la comunicación entre los niveles de atención. (M) 4- Fortalecimiento del recurso humano. (M) 5- Aumentar los de suministros de servicios (Oferta) (OCCI) 6- Disminuir el tiempo de espera en consulta ginecológica y favorecer el cumplimiento del control a los cuarenta días. (ISSS)
		3. Fallas en la promoción, la consejería posparto y planificación familiar (OCCI) (PARA_C). falta de implementación de inserción posparto del DIU y de vasectomías (OCCI)	1- Valorar la importancia de la planificación familiar en el área de Hospitales. (PARA_C)
Vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna	Implementar el sistema de vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna	1. Falta de auditorías y análisis de casos MOE en I y II nivel departamental. (O) y del total de morbilidades obstétricas. (CUIIS); fallas en la capacitación del Personal (M); fallas en la notificación y registro en la morbilidad obstétrica por los hospital (PARA_C) (CUIIS); en la aplicación de los instrumentos de detección de riesgo (M); fallas del registro en las alcaldías (se registra por causas diferentes a la muerte materna) (PARA_C)	1. Desarrollar y fortalecer el Sistema de vigilancia de morbi mortalidad materna (PARA_C) (ISSS) 2. Realización de auditorías, plan de mejora y seguimiento auditorías maternas (CUIIS) 3. Cumplimiento de flujograma de notificación de casos de morbilidad obstétrica. (PARA_C) 4. Monitoreo y supervisión en el registro de datos (PARA_C) 5. Capacitar y monitorear la utilización de los instrumentos de detección de riesgo. (M)
	Contar con un ambiente facilitante a la salud materna y perinatal. Política de Promoción de la salud.	1. Fallas en la educación a la usuaria. (M)	1. Fortalecer la educación a la usuaria. (M) 2. Mejorar la educación a las pacientes en factores de riesgo (M)
	Intersectorialidad y movilización comunitaria	1. No se cuenta con referente a nivel nacional ante el Comité Nacional de Vigilancia de Mortalidad Materna y Neonatal; Comité de Hechos Vitales; Alianza de Salud Sexual y Reproductiva; y la Alianza perinatal. (ISSS) fallas del seguimiento (RC)	1. Establecer y fortalecer las alianzas para el desarrollo, seguimiento e implementación de los planes de mejoras emanados de las auditorías y vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna perinatal. (CUIIS)

A close-up photograph of two young children, a girl on the left and a boy on the right, both smiling warmly at the camera. The girl has short, dark, curly hair and is wearing a blue top. The boy has short, dark hair and is wearing a light blue t-shirt with some red lettering. They are sitting outdoors, with a tree trunk and some foliage visible in the background. A semi-transparent dark blue banner is overlaid at the bottom of the image, containing white text.

VIII. PLAN DE ACELERACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODM 4 Y 5

Foto: OPS/OMS

PLAN DE ACELERAMIENTO DE LAS ACCIONES PARA MANTENER O DISMINUIR LOS RESULTADOS DE LOS ODM 4 Y 5

COMPONENTE 1: Intersectorialidad para:
a.) Garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional. b.) La accesibilidad a los servicios (cultural, geográfica y por violencia). c.) Falta de educación en SSR. d.) Prevención de Embarazo en Adolescentes y del suicidio. e.) Información y coordinación con otros sectores sobre embarazadas, puérperas y recién nacidos.

COMPONENTE 2: Garantizar los cuidados preconcepcionales, embarazo, trabajo de parto, parto, puerperio y atención de recién nacido con personal calificado para detectar y tratar riesgos sociales y médicos, riesgos médicos y obstétricos, complicaciones y emergencias obstétricas, perinatales y neonatales

COMPONENTE 3: Sistema de Referencia y Retorno y coordinación de actores

COMPONENTE 4: Garantizar los cuidados en puerperio y al neonato según normas

COMPONENTE 5: Gestión e Investigación

COMPONENTE 6: Sistema de Vigilancia de mortalidad materna y neonatal

ACCIONES INTERSECTORIALES

Estrategia Principal: Coordinación Intersectorial y Alianzas

COMPONENTE 1: Intersectorialidad para: a.) Garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional. b.) La accesibilidad a los servicios (cultural, geográfica y por violencia). c.) Falta de educación en SSR. d.) Prevención de Embarazo en Adolescentes y del suicidio. e.) Información y coordinación con otros sectores sobre embarazadas, puérperas y recién nacidos.

Cuello de Botella	Acción de Mejora	Socios	Año Implementación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total \$USA
A. Inadecuada Seguridad Alimentaria y Nutricional, SAN en preconcepcional, embarazo, puerperio y recién nacidos	Mejorar las condiciones de saneamiento del medio directamente relacionadas con el aprovechamiento de los alimentos (agua segura, manejo de excretas y basuras; control de vectores)/ educación en salud y nutrición; así como cocinas fuera del hogar en los hogares de las mujeres embarazadas con énfasis en el área rural.	CONASAN, Ministerio de Medio Ambiente, ANDA; municipalidades; ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), MINSAL.	2015	20	\$2,500	\$500,000
	Fortalecer la educación formal y no formal en salud y nutrición en especial a madres y padres, cuidadores, cafetines escolares.	Actores locales, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), MINED, CONASAN	2015	500	\$45	\$22,500
	Elevar el nivel educativo de mujeres en salud nutricional a través de educación en SAN con énfasis en área rural para prevenir el sobrepeso, malnutrición y anemia.	MINED, municipalidades, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), CONASAN	2015	3000	100	\$300,000
	Atención integral en salud y nutricional (déficit, sobrepeso y anemia) a la mujer desde la etapa preconcepcional, embarazada, puérpera y recién nacidos hasta los 2 años de vida.	MINSAL, MINED, municipalidades, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), CONASAN	2014-2015	100000	13	\$1,300,000
	Fortalecer la vigilancia, monitoreo y evaluación de la condición SAN en preconcepcional, embarazada, recién nacidos y menor de un año.	CONASAN, ANDA, MINED, MINSAL/ ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial)	2014	0	0	\$0
	Promover la responsabilidad de padres, madres, o responsables de la familia en la nutrición.	CONASAN, MINED, actores locales, municipalidades	2014	fondos en actividad familias fuertes		
	Seguimiento para garantizar la Atención Integral y seguridad alimentaria de población con riesgos: embarazadas, puérperas, recién nacidos con énfasis en los prematuros a fin de mejorar su condición nutricional y de salud: lactancia materna, micronutrientes, educación nutricional y de salud a los cuidadores.	MINSAL, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), Municipalidades, CONASAN, INCAP	2014	2500	120	\$300,000.00
B. Restringida accesibilidad a los servicios de salud por razones culturales, geográficas y violencia social).	Detección, censo y uso prioritario de Mapa Obstétrico para ubicar y dar seguimiento de las mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos.	MINSAL, municipalidades, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), comunidades	2013-2014	654	\$50.00	\$32,700.00
	Apoyo para la implementación de la estrategia de Plan de Parto, estudio para mejorar su funcionamiento en apoyo a la coordinación y transporte de embarazadas, recién nacidos con otros actores incluyendo las municipalidades.	Municipalidades, PNC, Cuerpos de socorro, comunidades, familias	2013-2014	1000	\$25,000	\$20,000.00
	Tomar en cuenta el riesgo social para embarazadas y puérperas para la conducta a seguir según la condición y el entorno de la usuaria	Municipalidades, MINSAL, Seguridad, PNC, Cuerpos de Socorro, SNU	2013	1104	\$12	\$13,248.00

Cuello de Botella	Acción de Mejora	Socios	Año Implementación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total \$USA
C. Falta de educación en SSR.	Trabajar en el empoderamiento de la mujer, la familia y la pareja. Incluir aspectos masculinidades y otros patrones culturales (machismo, religión, tabúes)	MINSAL, MINED, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), municipalidades, comunidades, SNU	2013	1500	\$5	\$7,500.00
	Fortalecer el componente de Salud Sexual y Reproductiva en la población, con énfasis en la adolescencia y conocimientos de los derechos sexuales y reproductivos en las y los adolescentes.	MINED, MINSAL, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), municipalidades	2014-2015	5	\$5,000	\$25,000.00
	Mejorar la educación y promoción de hábitos saludables en consulta preconcepcional	MINED, MINSAL, ONG, municipalidades	2013-2014	1	\$20,000	\$20,000.00
	Educación integral de la sexualidad, y educación para uso de consulta preconcepcional incluido en currícula educativa	MINED, MINSAL, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial)	2014	1	\$10,000	\$10,000
D. Prevención de embarazo en adolescentes (primero y subsecuentes)	Información y capacitación a los y las adolescentes para prevenir el embarazo temprano	MINSAL, MINED, INJUVE, PNC, SEGURIDAD PUBLICA- SNU	2014	20	\$1,000	\$20,000
	Trabajar con padres y madres de adolescentes con herramientas como Familias Fuertes para prevenir violencia y embarazo en adolescencia	MINSAL, MINED, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), municipalidades, SNU	2014	60	14000	840000
	Prevención del segundo embarazo en las adolescentes, fomentar plan de vida y asegurar su retorno escolar, en los municipios con mayor prevalencia de embarazos en adolescentes.	MINED, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), municipalidades, MINSAL	2014	500	30	15000
	Detección de problemas sociales o de salud mental con énfasis en depresión y apoyo familiar y social al detectarse riesgo de suicidio en adolescentes y en especial en las que están embarazadas.	MINSAL, MINED, Municipalidades, comunidades, familias, SNU	2013-2014	500	\$20	\$10,000
	Fortalecer el registro de los neonatos que fallecen a domicilio y mortinatos.	Municipalidades, comunidades, Ministerio de Gobernación, Centro Nacional de Registro, DIGESTYC	2014	20	650	13000
	Promoción de métodos de PF	MINSAL, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), Municipalidades, organizaciones de la comunidad	2013	4000	\$15	\$60,000
E. Información y coordinación con otros sectores sobre embarazadas, puérperas y recién nacidos.	Mecanismo coordinador de la intersectorialidad creado ad hoc para esta iniciativa con representantes de las instituciones y organizaciones socias. Puede tener de base las Alianzas específicas que apoyan a MINSAL, ampliando con los otros actores	MINSAL, MINED, municipalidades, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), CONASAN , SNU	2014	1	\$75,000	\$75,000
						3,583,948

COMPONENTE 2: Garantizar los cuidados preconceptionales, embarazo, trabajo de parto, parto, puerperio y atención de recién nacido con personal calificado para detectar y tratar riesgos sociales y médicos, riesgos médicos y obstétricos, complicaciones y emergencias obstétricas, perinatales y neonatales

Cuello de Botella	Acción de Mejora	Socios	Año Implementación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total \$USA
A. 20 de las 28 maternidades cumplen parcialmente con los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, CONE (atención de partos, atención neonatal inmediata, detección, estabilización y referencia de complicaciones maternas y neonatales; remoción de placenta, legrado manual y por aspiración). Y 6 cumplen con los Cuidados Obstétricos y Neonatales Ampliados (manejo de parto por cesárea, complicaciones, anestesia, sangre y hemoderivados 24 horas por 365 días)	Aumentar la capacidad instalada por nivel de atención hasta completar 28 maternidades con CONE (recursos humanos y equipamiento).	MINSAL, Hacienda, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), SNU	2014-2015	28	\$25,000	\$700,000.00
	Compra de insumos, medicamentos y equipos hospitalarios: Básicos: Misoprostol, oxitocina, sulfato de magnesio, gluconato de calcio, tiras reactivas, oxímetros de pulso neonatales, contómetros para medir respiración neonatal, gestogramas, cintas obstétricas, cintas para perímetro cefálico, tablas con curvas de alarma para partograma.	MINSAL, Hacienda, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial), SNU	2013-2014	1104	10,000	\$11,040,000.00
B. Incumplimiento normativa (Calidad Control Prenatal y Plan de Parto, Amenaza de Parto Prematuro, Preeclampsia Grave). Baja toma de citologías durante control prenatal. Llenado inadecuado de curvas de ganancia de peso y altura uterina. No se hace examen físico ginecológico. No búsqueda activa de bacteriuria asintomática y manejo clínico inadecuado. Poca búsqueda y captación de la embarazada para la detección y seguimiento de la enfermedad periodontal y de casos de sífilis. Falta de seguimiento de factores de riesgo obstétricos ni de riesgos sociodemográficos	Fortalecer y potenciar el rol de informante clave y de contacto de los promotores comunitarios y la enfermera comunitaria, dentro de la RIISS, con listados actualizados de embarazadas, puérperas y recién nacido y sus calendarios de controles.	MINSAL, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial)	2013-2014	2000	\$25	\$50,000.00
	Fortalecer el esquema de vacunación de embarazadas con H1N1 y Td.	MINSAL, SNU	2014-2015			\$0.00
	Estandarizar la toma de urocultivo en el control prenatal. Asegurar el llenado adecuado de los instrumentos de seguimiento en embarazo y de información (curvas de ganancia de peso y altura uterina, referencia inmediata al sospechar bajo peso en feto, no ganancia de peso, seguimiento a enfermedad periodontal. Toma de pruebas rápidas para sífilis a toda embarazada y asegurar tratamiento adecuado a embarazada y su pareja, seguimiento al recién nacido.	MINSAL, directores de hospitales y de primer nivel	2013-2014	0		\$0.00
	Valorar la importancia de brindar la planificación familiar en el área de Hospitales	MINSAL, dirección de hospitales, dirección de apoyo a la gestión y programación sanitaria	2014	28	\$500	\$14,000.00
C. Falta de un algoritmo para clasificar por riesgo a toda paciente que ingresa a emergencia y sala de trabajo de partos y de los Recién nacidos a salas de neonatología.	Triage específico al ingreso de las embarazadas y recién nacidos a emergencia o servicios: Jefes de servicio y médicos de mayor jerarquía revisan y reclasifican los diagnósticos de egreso hospitalario indicando la condición de riesgo que tienen.	Jefes de servicios y directores de hospitales	2013-2014	28	\$10	\$280.00
D. Falta de monitoreo local y regional, incentivos y medidas disciplinarias en cuanto a aplicación de la normativa.	Monitoreo local por jefes de servicio, jefes de residente y jefas de enfermería. Reuniones bimensuales con director local.	Jefaturas locales	2013-2014			\$20,000.00
	Medidas disciplinarias en caso de recurrencia de morbilidad o mortalidad obstétrica y neonatal.	Jefaturas locales, dirección de hospitales y primer nivel	2013		0	\$0.00
						\$11,824,280.00

COMPONENTE 3: Sistema de Referencia y Retorno y coordinación de actores

Cuello de Botella	Acción de Mejora	Socios	Año Implementación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total \$USA
A. Falta de mecanismos y actitud favorable en cuanto a coordinación de referencia - retorno y comunicación en Red. Falta de orientación a la usuaria para usar adecuadamente la Referencia y Retorno y de Referencia y retorno oportuna. Falta de Comunicación entre los niveles.	Gerencia adecuada de los recursos y reasignación según necesidades incluyendo personal de enfermería en los otros departamentos clínicos del hospital.	Jefes de servicio, director de hospital, dirección nacional de hospitales	2013-2014	3312	\$50	\$165,600.00
	Seguimiento al 100% referencias y embarazadas	Coordinadores de SIBASI, ecos, jefes de servicio, directores de hospitales	2013	0	\$0.00	\$0.00
	Envío del listado con el 100% de partos esperados desde el primer nivel al hospital, de forma oportuna y mensual.	Coordinador de SIBASI, jefes de obstetricia de hospitales	2013-2014	336	\$2	\$672.00
	Referencia con copia a UCSF y otra a la paciente, con el compromiso del personal de salud de darle el seguimiento adecuado.	Jefes de obstetricia de hospitales, coordinador de SIBASI y de red	2013	225000	\$2.50	\$562,500.00
B. Personal de salud sin habilidades en el manejo de emergencias obstétricas y perinatales: Fallas en el diagnóstico. Falta de detección oportuna de los signos de alarma obstétricos. No reporte e interpretación oportuna de exámenes de laboratorio en el hospital. Inadecuado manejo de la volemia. El pinzamiento de cordón al dejar de pulsar, no se realiza en los casos indicados. Apego precoz no se aplica en los casos indicados. No aplicación de guías y normativa de atención de morbilidades obstétricas y referencia oportuna a tercer nivel. Alta frecuencia de muertes por causas prevenibles. Falta de disposición al trabajo.	Cumplimiento estricto de al menos cinco consultas, la evaluación por especialista respetando la fecha de parto: Enviar a las 38 semanas a control por especialista; 40 sem ingreso hospitalario, a las 41 sem. NO ENVIAR A LA CASA	Coordinador de red, coordinador de SIBASI, ECOS y UCSF	2013	225000	\$90.00	\$20,250,000.00
	Revisión y actualización de la condición de riesgo de cada paciente ingresada. Caso de ser de riesgo, la primera consulta con el médico de mayor jerarquía	Jefes de servicio, director de hospital	2013		\$0	\$0.00
	Vigilar el cumplimiento estricto de estas normas prioritarias bajo responsabilidad del jefe de servicios, coordinador de ECO-E y SIBASI	Jefe de servicio, director de hospital, coordinador de SIBASI, director de región	2013		\$0	\$0.00
	Promover deambulacion de las mujeres e hidratación oral durante el trabajo de parto.	Jefa de enfermeras hospitalarias y de servicios	2013-2014	75000	\$1.50	\$112,500.00
	Dotar a los hospitales de algoritmos en el manejo de las principales complicaciones obstétricas y neonatales y manejo de volemia.	Nivel central MINSAL	2013-2014	448	\$3.00	\$1,344.00
	Eliminar el uso de cesáreas innecesarias, particularmente en embarazos de menos de 39 semanas, fomentando uso adecuado de partograma, cumplimiento estricto de criterios de indicación de cesárea.	Jefes de servicio, jefes de enfermería, director de hospital	2013-2014	336	\$70	\$23,520.00
	Limitar inducciones según método, horario, de acuerdo a criterios estrictos, especialmente en embarazos de menos de 39 semanas. NO INDUCIR EN HORAS NOCTURNAS.	Jefes de servicio, jefe de residentes, jefes de turno, jefes de enfermera, director de hospital	2013-2014		\$0	\$0.00
	Uso supervisado de Misoprostol en trabajo de parto para maduración cervical, manejo de síndrome aborto y hemorragia postparto.	Jefes de servicio, jefe de residentes, jefes de turno, jefes de enfermería, director de hospital	2013		\$0	\$0.00
	Monitorear y dar seguimiento a los partogramas	Jefe de departamento, jefe de servicio, jefe de residentes	2013		\$0	\$0.00
	Cumplir parto limpio/asepsia. Uso racional de episiotomía.	Jefe de departamento, jefe de servicio, jefe de residentes, jefe de enfermería	2013			\$0.00
	Fortalecimiento con equipo e instrumental a los centros de habilidades obstétricas en las 5 regiones	Nivel central, ONG (Save the Children, Plan Internacional, Intervida y Visión Mundial SNU)	2014-2015	10	\$30,000	\$300,000.00
	Cumplir el pinzamiento tardío del cordón según normas. Apego precoz y alojamiento conjunto incluso en caso de cesáreas electivas (NO EN RECUPERACIÓN) en casos de hemorragia debido a atonía postparto según normas.	Jefe de departamento, jefe de servicio, jefe de residentes, jefe de enfermería	2013	0	0	\$0.00

Cuello de Botella	Acción de Mejora	Socios	Año Implementación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total \$USA
	Vigilancia de morbilidades infantiles Graves (MIGRA) a través de comunicación telefónica a UCSF ó via internet	Director de UCSF, coordinador de SIBASI y de red	2013-2014	0	0	\$0.00
	Cumplimiento estricto del MATEP incluidos partos por cesárea. Uso de oxitócicos en casos de hemorragia debido a atonía postparto según normas.	Jefe de departamento, jefe de servicio, jefe de residentes, jefe de enfermería	2013	0	0	\$0.00
						\$21,416,136.00

COMPONENTE 4: Garantizar los cuidados en puerperio y al neonato según normas

A. Falta de Seguimiento oportuno a las puérperas, RN. Falta de seguimiento para el crecimiento y desarrollo de los RN especialmente los prematuros y huérfanos por muerte materna hasta los 2 años de edad.	Organizar las salas de recuperación obstétrica incluyendo el personal necesario para estrecha vigilancia de signos vitales en las siguientes dos horas postparto, según normativa	Jefe de servicio, director de hospital, director nacional de hospitales	2014-2015	50	\$30,000	\$1,500,000
	Seguimiento estricto de la madre puérpera y el recién nacido a las 48 horas del alta en el postparto. O inmediatamente a la notificación, en los casos de parto comunitario.	Coordinador de ECO o promotor	2013-2014	0	0	\$0
	Seguimiento a los recién nacidos, especialmente los prematuros hasta un mínimo de dos años.	Coordinador de ECO o promotor	2014-2015	costos estimados en intersectorialidad		\$0
	Aplicación progresiva del AIEPI neonatal y en menor de un año para disminuir la mortalidad infantil	Director de región, encargado regional del programa, coordinador de SIBASI	2013-2014	2000	\$75	\$150,000.0
	Seguimiento médico, educación en Salud Reproductiva en niñas, adolescentes y mujeres que tengan problemas médicos o psiquiátricos que no deban embarazarse por esas condiciones y asegurar el acceso a métodos adecuados de Planificación Familiar	Jefe de servicio de medicina interna, pediatría, cirugía, médico tratante, director de hospital	2014-2015	20000	240	\$4,800,000.00
	Dotación de tensiómetros y estetoscopios a ECOS, promotores y establecimientos de salud y salas de puerperio.	Dirección Nacional de primer nivel, Dirección Nacional de hospitales	2014-2015	3164	\$50	\$158,200.00
						\$6,608,200.00

COMPONENTE 5: Gestión e Investigación

A. Falta de monitoreo, evaluación local y de información sobre cumplimiento de normas y protocolos, uso y existencia de suministros, personal existente y capacidades	Supervisión del cumplimiento de normas y protocolos de atención	MINSAL, ISSS, SNU	2013			0
	Fortalecer información sobre utilización, inventario de suministros específicos para salud materna y neonatal similar a Planificación Familiar	MINSAL, ISSS, SNU	2013-2014	0		0
	Fortalecer el sistema de monitoreo local y hospitalario por los jefes de servicio o departamento, jefes de residentes y enfermeras jefes.	MINSAL, ISSS, SNU	2014	0	10,000	1,000,000.00
B. Desconocimiento de incidencia de infecciones y otros temas de salud materna y neonatal	Desarrollar estudios que cuantifiquen la incidencia de infecciones por TORCH y su impacto	MINSAL, ISSS, MINEC, SNU	2014-2015	100	\$12,000	36,000.00
	Realizar estudio sobre impacto de violencia en salud materna y neonatal	MINSAL, ISSS, PNC, Universidades, INS, SNU	2014	3		
	Actualizar estudio sobre Cuidados Obstétricos y Neonatales	MINSAL, ISSS, SNU	2014-2015			

Cuello de Botella	Acción de Mejora	Socios	Año Implementación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total \$USA
C. Riesgos elevados en turno de noche y días festivos. No atención por personal calificado las 24 h en atención de complicaciones (sobresaturación)	Aplicación progresiva del AIEPI neonatal y en menor de un año para disminuir la mortalidad infantil	MINSAL, ISSS, SNU	2014	10	\$1,500	\$15,000
	Racionalizar la distribución de especialistas en turnos diurnos, fin de semana y festivos. Plan vacacional.	MINSAL, ISSS, SNU	2013-2014		0	\$0
	Incrementar recurso humano calificado de enfermería y médico en días festivos.	MINSAL, ISSS, SNU	2013-2014		0	\$0
	Organizar los bancos de sangre, especialmente en unidades periféricas del ISSS	ISSS, SNU	2014-2015		0	\$0
	Capacitación de las 3 principales causas de muerte y 5 de muerte infantiles.	MINSAL, ISSS, Sociedades Científicas, SNU	2013, 2014, 2015	Costos incluidos en estos otros apartados		\$0
	Plan de capacitación anual de residentes en detección de riesgo, emergencias obstétricas.	MINSAL, ISSS, Instituciones formadoras de RH, SNU	2013, 2014, 2015	1		\$15,000.00
	Capacitación del recurso operativo de forma continua con simulacros periódica sobre emergencias neonatales. Incluido la reanimación con bolsa máscara (aplicación diferenciada en prematuros y neonatos de término)	MINSAL, ISSS, Instituciones Formadoras de RH, Sociedades Científicas, SNU	2013, 2014, 2015	3204	\$75	\$240,300.00
	Capacitación para certificación periódica del recurso humano en habilidades obstétricas y neonatales	MINSAL, ISSS, Instituciones Formadoras de RH, Sociedades Científicas, SNU	2013, 2014, 2015	3204	\$75	\$240,300.00
	Gestión de las capacidades regionales, de la capacidad instalada regional, censo de facilitadores, censo de habilidades obstétricas y la necesidad regional e intensificar sobre la problemática que va surgiendo.	MINSAL, ISSS, Instituciones Formadoras de RH, Sociedades Científicas	2013, 2014, 2015	3312	\$1	\$3,312.00
	Capacitación incluida en la currícula de formación de médicos para que lleguen al servicio social conociendo el marco normativo de las principales emergencias obstétricas y neonatales.	Instituciones Formadoras de RH, Sociedades Científicas	2013, 2014, 2015	500	\$3	\$1,500.00
Certificar al 100% de personal en NRP, STABLE y habilidades obstétricas.	Instituciones Formadoras de RH, Sociedades Científicas, ISSS, MINSAL	2013, 2014, 2015	3312	\$1	\$3,312.00	
Formación de equipo de trabajo en la RIISS y hospitales entre médico ginecologista, residentes, anestesiólogo, anestesistas, enfermeras, coordinadores de red, enfermeras de primer nivel, para diagnóstico y manejo inicial de hemorragia obstétrica, THE y otras emergencias obstétricas y neonatales.	MINSAL, ISSS, Instituciones Formadoras de RH, Sociedades Científicas	2013, 2014, 2015		\$0	\$0.00	
D. Fallas en la notificación, clasificación de muertes maternas y especialmente las neonatales e infantiles	Desarrollar y fortalecer el Sistema de vigilancia de morbi mortalidad materna	Instituciones Formadoras de RH, Sociedades Científicas	2013-2014	1000	\$3	\$3,000.00
						1,542,724.00

COMPONENTE 6: Sistema de Vigilancia de mortalidad materna y neonatal

Cuello de Botella	Acción de Mejora	Socios	Año Implementación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total \$USA
A. Fallas en la notificación, clasificación de causa básica en muertes de recién nacidos y mortinatos. No hay continuidad en la búsqueda de muertes maternas en la base de datos de mujeres que fallecieron en las edades de 10 a 49 años. Cambios en el personal registrador cuando cambian los alcaldes.	Realización de auditorías, plan de mejora y seguimiento auditorías maternas	MINSAL, ISSS, SNU	2013, 2014, 2015		0	\$0.00
	Cumplimiento de flujograma de notificación de casos de morbilidad obstétrica.	MINSAL, ISSS, SNU	2013, 2014, 2015		\$0	\$0.00
	Monitoreo y supervisión en el registro de datos de defunciones, Sistema Informático Perinatal, notificación de casos.	MINSAL, ISSS, SNU	2014-2015	879	\$40	\$35,160.00
	Capacitación periódica a personal de salud y registradoras de las alcaldías.	MINSAL, ISSS, SNU	2014-2015	530	\$25	13,250.00
	Sistema de vigilancia de mortalidad neonatal: educación de la población para asentar la muertes infantiles comunitarias.	MINSAL, ISSS, SNU	2014-2015	1	\$10,000	\$10,000.00
						\$58,410.00

COSTO DEL PLAN DE ACELERACIÓN PARA MANTENER O DISMINUIR LOS RESULTADOS DE LOS ODM 4 Y 5

#	Componentes	Monto total. \$USA
1.	Intersectorialidad	3,583,948.00
2.	Cuidados Preconcepcionales, prenatal, parto y puerperio	11,824,280.00
3.	Sistema de Referencia y Retorno	21,416,136.00
4.	Seguimiento en el puerperio y del recién nacido (morbilidades extremas, prematuros y bajo peso)	6,608,200.00
5.	Gestión e Investigación	1,542,410.00
6.	Sistema de Vigilancia de Mortalidad e Información	58,410.00
	Total	45,033,384.00



IX. ANEXOS

Foto: OPS/OMS

DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS ESTADÍSTICOS Y DEL ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES DE MUERTES Y SOBREVIVIENTES- ODM 4. 2011. MINSAL

A. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para este ODM sólo se analizaron datos del MINSAL debido a que el sistema de información no registra datos de otras instituciones.

- En el periodo de 1994 a 2009 observamos la tendencia sostenida a la disminución en tres indicadores: muerte neonatal temprana (menor de 7 días de nacido), neonatal tardía (de los 8 a los 28 días) y en los menores de un año. Sin embargo, se ha mantenido consistentemente la muerte de menores de 7 días siendo 2/3 de la muerte neonatal y desde el periodo de 2007 a 2009 se ha mantenido estable el número de muertes en el menor de un año, disminuyendo la muerte neonatal tardía.
- El número de casos de muerte neonatal comparando 2010 y 2011 muestra que el incremento de casos por departamento se observa en Cabañas (92%), Sonsonate (87%) y La Unión (57%), lo cual constituye una excepción a lo indicado en el párrafo anterior.
- Cuando queremos ver el efecto de la reforma en acceso a partos institucionales y su repercusión en la muerte neonatal en el periodo 2006-2011, encontramos en los años 2006-2007 una correlación negativa en ambos indicadores, a menos partos más muertes neonatales; la cual se equipara con una tendencia estable en el periodo 2008-2010 y los partos mantienen ligera tendencia al incremento; sin embargo, a partir del 2011 a pesar de un mayor incremento en el número de partos la tasa de mortalidad neonatal también incrementa, la razón debe ser objeto de otro estudio.
- La sepsis, las malformaciones congénitas y la asfixia en ese orden, son las tres principales causas de mortalidad neonatal, al retirar la prematuridad, que no es un diagnóstico sino una condición según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE -10.
- Las causas de muerte del menor de 1500 gr tienen como diagnóstico principal y secundario a las malformaciones congénitas y procesos infecciosos.
- La condición de prematuridad, inmadurez extrema y pequeño para edad gestacional se reportó en 244 de los 660 fallecidos (40.7%).
- Se encontraron en la totalidad de la base de datos diagnósticos de causa de muerte neonatal que no lo son, ejemplos: ataque cianótico del recién nacido (1), otros relacionados con el ambiente social (1), y además diagnósticos que evidencian partos traumáticos como neumotórax o ruptura del pulmón en 13 casos y lesión del cráneo en 5 casos.
- Las maternidades con camas de neonatología a nivel nacional fueron 17 de 28, con un total de camas censadas de 255. La carga de trabajo de Neonatología representa el 7.37% de todas las especialidades, con una máxima en el Hospital de Maternidad de 23.52%. Al revisar los criterios para Cuidados Obstétricos y Neonatales Básicos encontramos varios hospitales que no los cumplen y que tienen cuidados neonatales, es necesario estudiar más a profundidad esta situación para reorientar estos servicios.
- No se analizó el presupuesto dedicado a neonatología debido a que no se reporta por especialidades.

- Encontramos que el uso de esteroides utilizamos para mejorar la madurez pulmonar y recomendado en el Plan para la reducción de la muerte materna, siendo un estándar de calidad hospitalario no es cumplido como lo normado. Además no hay en ese plan una estrategia específica para disminuir las infecciones asociadas a la atención, solo a las prevenientes de la madre.

B. FACTORES DE RIESGO PARA MUERTE NEONATAL:

Estos factores fueron obtenidos revisando expedientes 202 neonatos, 92 fallecidos (casos) y 110 que se fueron de alta (referentes) el mismo día y con el mismo diagnóstico del fallecido y los datos obtenidos en el Sistema Informático Perinatal, en 10 de los hospitales donde ocurrieron más muertes neonatales, durante 2011. Estadísticamente se trabajó con el supuesto que el grupo con mayores probabilidades de sobrevivencia del neonato, es aquel cuya madre tenga edad entre 25-34 años, que resida en zona urbana y tenga algún grado de escolaridad, a quien se le hayan tomado los exámenes de VDRL, General de Orina y sus respuestas estén normales y el neonato con peso mayor de 2,500 gr, nacido con 37 a 40 semanas de gestación. Se presentan los datos que significaron los mayores riesgos y que significan cuellos de botella en la atención.

COMPONENTE PRENATAL:

- Procedencia de la madre: la mayor parte de los casos procedían del área rural 51.5% (104), el 56.5% (52) de las fallecidas y el 47.3% (52) de los referentes. Y el riesgo de fallecer si vive la madre en un área rural en este estudio fue neonato tiene 1.45 veces más riesgo de fallecer si su madre procede del área rural (IC: 0.831-2.53), con OR Adj de 1.46 (IC: 0.7-2.7).

Los fallecidos procedían en mayor porcentaje de la Región Oriental 34.8% (32), mientras que los referentes en el 27.3% (30) procedían la Región Paracentral.

- La edad de la madre de 35 a 44 años, A pesar que el 32% (64) de todos los casos, eran de madres entre 20 y 34 años (fallecidos (27) y referentes (37),); el mayor riesgo de morir está en edades entre 35 y 44 años con un OR: 2.58 (IC 95%: 1.0-6.87)) y el riesgo aumenta a 3.95 veces más, (IC 95%: 1.2-12.4) cuando se combina con ruralidad, escolaridad de la madre y el bajo peso al nacer. Una madre de 40 años o más tiene 4.6 veces más riesgo de que muera su neonato que una entre 20 y 34 años.
- Escolaridad de la madre: El mayor porcentaje de fallecidos y referentes eran de madres con estudios secundarios, 45.5% (35) y 47.5% (47). Sin embargo, encontramos que una madre procedente del área rural y analfabeta, tiene OR Adj 3.09 veces (IC: 95% 0.98-9.7) más riesgo de morir su hijo que una de procedencia urbana y con estudios.
- Multiparidad: Solo el 18.6% (37) de todos los casos eran madres con 4 hijos o más, (22) fallecidos y (15) morbilidades; pero encontramos que una madre con 4 o más partos tiene OR: 2.0 veces más (IC: 95%: 0.98-4.1) riesgo de que muera el neonato que una con solo 2 hijos.
- No cumplimiento de detección de bacteriuria: El examen para detectar bacterias en orina, condición asociada al parto prematuro, que debe ser tomado dos veces uno antes de las 20 semanas de gestación, no fue realizado en el 52% (90) de todos los casos, (51.4% (38) de los fallecidos y en el 52.5% de los referentes). Si lo hicieron y resultó anormal se observó en el 14.5% (25) de todos los casos, (en el 18.9% (14) de los fallecidos y 11.1% (11) de los referentes). Si el examen de bacteriuria resultó anormal y el embarazo era menor de

20 semanas, el riesgo de morir incrementó 2.08 veces (IC: 0.8-5.39). Bacteriuria después de las 20 semanas:

- El examen para detectar bacteriuria después de las 20 semanas de gestación, no fue realizado en el 72.5% (124) de todos los casos, en el 74.0% (54) de los fallecidos y en el 71.4% (70) de los referentes. En los casos que lo hicieron resultó anormal en el 10.5% (18) de todos los casos, en el 12.3% (9) de los fallecidos y 9.2% (9) de los referentes.
- No realizaron toma de serología para detección de Sífilis en la madre antes de 20 semanas en el 44.1 % (89) de todos los casos, (l 46.7% (43) de los fallecidos y 41.8% (46) de los referentes). Y después de las 20 semanas no fue tomado en el 64.9% (131) de todos los casos, (63% (58) de los fallecidos y 66.4% (73) de los referentes). Ningún caso resulto reactivo.
- En los recién nacidos, no fue tomada la serología de sífilis en el 66 % de casos y 63.0% fallecidos, y que está asociada con la presencia de malformaciones congénitas que están entre las tres primeras causas de mortalidad en esta edad.
- El esquema inadecuado de cumplimiento de esteroides antenatales: Solo fue utilizado en 42.7 % (32) de todos los casos, 28.3% (13) de los fallecidos y 65.5% (19) de los referentes. No fueron cumplidos en el 42.7% (32) de todos los casos, en el 52% (24) de los fallecidos y el 27.6% (8) de los referentes. La administración incompleta de esteroides incrementa el riesgo de morir en OR adj: 7.8 veces más (IC 95%: 3.3-18.1) que cuando se cumple y cuando no son cumplidos el OR es: 4.38 IC 95%: (1.5-12.7).

COMPONENTE PARTO:

- Peso al nacer, el mayor número de fallecidos se encontró en entre 400 y 1499 grms correspondiendo al 47.7%. El 55.1% de los referentes tenían peso mayor de 2500. Se incrementa el riesgo de morir en OR: 6.7 veces (IC 95%: 3.1-18.1) y mostró ser el riesgo más fuerte ya que no sufre modificación al hacer análisis multivariado al combinarlo con procedencia y escolaridad, el riesgo es OR Adj: 6.64veces, (IC 95%: 2.64-16.69), lo que implica la gran importancia de este riesgo.
- De los 80,757 partos registrados en la base SIP de 2011 del MINSAL, encontramos que el 5.1% (n=4046) eran pequeños para edad gestacional, 1.3% (n=1043) grande para la edad y el 1.1% (902) con restricción del crecimiento, lo que implica que 7.5% (n=5991) de los niños llegaron al parto con problemas de peso.
- Edad gestacional al nacer: el 48.5% (98) de todos los casos nacieron a las 37 semanas o más, sin embargo, el 48.9% (45) de los que fallecieron tenían edad gestacional entre 20 y 33 semanas. Como es de esperar, encontramos que un neonato que ha nacido entre 20 y 23 semanas tiene OR: 1.14 veces (IC 95%: 0.65- 2.0) más riesgo de morir que uno de término, el cual incrementa a OR adj: 7.8 (IC 95%: 3.3-18.1) cuando se combina 33 semanas de gestación y menos de 1500 grms.
- La vía de parto: En especial si el recién nacido tiene pero arriba de 3000 grms y lo atienden vía vaginal existe un riesgo de morir de OR: 1.14 veces más (IC 95%: 0.65- 2.0) igual riesgo sucede si se detecta líquido meconial intraparto. De todos los casos de parto por cesárea la causa más frecuente fue por Sufrimiento fetal Agudo (SFA) con el 21.2% (21) para los referentes y del 28.9% (12) de los fallecidos; mientras que en los referentes la principal causa fue por cesárea anterior en el 22.8% (13).

COMPONENTE NEONATAL:

- El promedio de estancia de los recién nacidos fue de 15.06 días con máxima hasta 158 días. Internacionalmente se calcula el costo del día de ingreso en neonatología en 1,200 dólares, resultado en 189,600 USA dólares para la mayor estancia.
- Prematurez: fue diagnóstico primario de fallecimiento en el 19.1% (26) de todos los casos y diagnóstico secundario en 11.1% (8); mientras que en los referentes fue en el 15.7% y 6.0% en los referentes. Malformaciones congénitas fueron en total 26 casos. Las múltiples malformaciones (13), defectos de tubo digestivo (6), defecto de tubo neural (3).
- Infecciones: En total 35 casos. Como primer diagnóstico en el 3.7% de los fallecidos y 11.8% de los referentes y como segundo diagnóstico en el 6.8% de los controles y 18% de los referentes.
- Se encontraron 17 casos con diagnósticos de trauma al fallecimiento de sangramiento y ruptura de órganos como segundo diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS ESTADÍSTICOS Y RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES - ODM 5

A. DATOS ESTADÍSTICOS: SEGÚN LOS DATOS ESTADÍSTICOS DE LA BASE NACIONAL RESPECTO A LAS CAUSAS ENCONTRAMOS QUE:

- De acuerdo a la tendencia entre el periodo 2006 a 2011 las intoxicaciones auto infligida y las THE han descendido solo dos puntos porcentuales de 13% a 11% y de 15% a 17% respectivamente; las hemorragias han disminuido 3 puntos de 20 a 17% y las infecciones han incrementado 4 puntos.

- En los años 2010 y 2011, en las edades de 10 a 14 la única causa de muerte fueron los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, THE, en este grupo no se observan intoxicaciones auto infringidas ni infecciones; el grupo de 15 a 19 tienen la misma frecuencia (4.8%) de enfermedades crónicas y de homicidios seguidos de intoxicaciones y hemorragias (3.6%) y en menor proporción infecciones y THE (1.2%). En el grupo de 20 a 24 años predominan las enfermedades crónicas (6.1%) seguidas de infecciones, homicidios y THE con el 2.4%. En el grupo de 30-39 años, son los THE (11%) y las hemorragias (9.7%) las más frecuentes, seguida de infecciones (3.9%) y las intoxicaciones y homicidios con 2.4% respectivamente. En las mayores de 40 años predominan las hemorragias (3.6%) y los THE (2.4%).
- El grupo de adolescentes, comparado con el total de muertes, representa el 15,6% en 2010 y 15.9% para 2011. El incremento de casos en las edades de 15 a 19 años es debido a homicidios e intoxicaciones auto infringidas en el 75% de casos y en las mayores de 40 años es por Trastornos Hipertensivos y hemorragias.
- En ambos años los mismos departamentos que tuvieron mayor porcentaje de muertes maternas fueron San Salvador (9.4%) donde está el mayor volumen poblacional, La Libertad (5.6%), La Paz (5%), Usulután (5%), Ahuachapán (5%), Santa Ana (4.4%), San Miguel (3.7%), Sonsonate (3.7%) y Chalatenango (3.7%).
- La razón de muerte materna en el periodo 2006 a 2011 ha pasado de 66.3 en 2006, 47.8 en 2008 a 50.7 en 2011. Importante destacar que según MINSAL, los datos de nacidos vivos hasta el año 2009 fueron proyecciones de DIGESTYC, de 2009 hasta 2011 son los datos de la Secretaría Técnica de la Presidencia e incluyen desde 2006 a todos los prestadores del sector.

- El 23.4% de las mujeres en edad fértil son catalogadas como usuarias activas en planificación Familiar, la meta era 80%.
- La cobertura de mujeres embarazadas en MINSAL fue de 85.92%, siendo la meta 90% y la inscripción precoz fue de 62.3 para una meta de 65%.
- Embarazo no planeado: el 70.1% de todos los casos no planeo el embarazo, 72.3% de las fallecida y 68.1% de las morbilidades.
- Bajo Uso de métodos de Planificación Familiar: El mayor porcentaje de casos 26.5% y controles, 31.9% se observó en las mujeres que no usaban ningún Método de Planificación Familiar (MPF) y no habían planeado el embarazo. Solamente el 8.1% utilizaba algún método frente al 91,9% que no utilizaban. Del primer grupo, que si utilizaba MPF y tuvo un embarazo planeado, solamente hubo una muerte materna y ningún caso de morbilidad obstétrica. Del segundo grupo que no utilizaba MPF, el 29,4% (40) si tuvo un embarazo planeado y el 62,5% (85) no planeó el embarazo. De éste último grupo, el 64.0% (41) eran muertes materna y el 61% (44) morbilidad obstétrica.

B. FACTORES DE RIESGO PARA MUERTE MATERNA

Fueron obtenidos del análisis del proceso de atención a 136 mujeres a través de la revisión de expedientes de fallecidas (64) y morbilidades obstétricas por similares diagnósticos que las fallecidas (72) y de los registros del Sistema Informático Perinatal en 12 hospitales donde ocurrieron más muertes. Para el análisis estadístico de riesgos en la muerte materna el supuesto fue que tendría mayores probabilidades de sobrevivir una mujer entre 24 y 28 años, con embarazo de 38 a 40 semanas, con 5 controles prenatales a quien se le ha detectado correctamente un riesgo y ha sido manejada de conformidad a los lineamientos clínicos, no tendría riesgo de fallecer, por lo tanto se le asignó a este grupo el (1). Se recuerda que un dato mayor de uno es considerado como riesgo y es estadísticamente significativo si el Intervalo de Confianza (IC95%) contiene al uno. Un riesgo menor de uno se considera factor protector. Se aclara que el mayor beneficio del control prenatal lo obtiene el recién nacido.

COMPONENTE PRECONCEPCIONAL:

- No tuvieron consulta preconcepcional: El 31.4% (43) del total de pacientes y de éstas el 21.5% (14) fueron muertes maternas y el 40,3% (29) morbilidades obstétricas.

COMPONENTE PRENATAL:

- El control prenatal. Se brindó principalmente en el primero y segundo nivel, en un 67.2% y 10.2% respectivamente. Solo en condiciones de alto riesgo fue proporcionado por el tercer nivel en el 5.8%. El 16.8% de todos los casos no tuvo ningún control prenatal.
- El 48.9% (67) de las pacientes no tuvo control prenatal completo, (menos de 5 controles). Solamente el 32,8% (45) tuvo más de cinco controles y únicamente el 29.2% de las que fallecieron y 36.1% de las morbilidades, considerando que tenían riesgos o complicaciones. Las morbilidades tuvieron más consultas prenatales que las que fallecieron. El 43% de las mujeres rurales que murieron tuvieron menos de 5 controles o no tuvieron ninguno. Encontramos que el riesgo de muerte materna incrementa hasta 3.5 veces más (IC: 1.22 – 10) cuando las madres no llevan control prenatal y la muerte materna

incrementa 3.03 (IC: 1.15 - 7.07) veces más al tener prenatal brindado por personal no calificado (enfermeras, promotores).

- Prevención inadecuada de Anemia. Solo el 51% del total de mujeres en edad fértil reciben hierro y folatos en el control prenatal, comparado con el 6.88% de prevalencia de anemia en embarazadas.
- Edad gestacional: El 54% (74 casos) entre 37 a 42 semanas y el 29,2% a edades entre 20 a 36 semanas. Las morbilidades obstétricas predominaron en el grupo entre 37 y 42 semanas. Embarazos de menos de 20 semanas. El 29.2% corresponde a las fallecidas, en las que predominan las intoxicaciones y 5.6% a las que sobrevivieron. No se encontraron datos de abortos sépticos ni mención de que hubieran casos de abortos provocados.
- Efecto de la obesidad: El riesgo de morir es de 1.146 (IC: 0.46-2.85) veces más cuando el Índice de Masa Corporal (ICM) está entre 25 y 29.9 e incrementa a 2.58 (IC: 1.05 - 6.37) cuando está entre 30 a 39.9. (Valor de p 0.04). De acuerdo a datos de FESAL 2008, el 59% de las mujeres entre 15 y 49 años presentaban problemas de peso arriba de lo normal, siendo el 36.5% de mujeres con sobrepeso y 23.1%, obesidad.
- Falta de detección de riesgos obstétricos y perinatales: El 21.2% de todos los casos detectaron antecedente de riesgo obstétrico, solo en el 12.3% de las fallecidas y en el 29.2% de las morbilidades y encontramos que el riesgo de morir incrementa 2.9 veces cuando no se detecta el riesgo (IC: 1.19-7,19).
- Uso de la Hoja Clínica Perinatal (HCP) para detectar riesgo: fue llenada en el 69.3% de todas las pacientes. El mayor porcentaje de llenado (81.9%) se observó en las morbilidades y solo el 55.4% en las fallecidas. El riesgo de morir incrementa 3.65 veces (IC: 1.68 – 7.93)

al no tener la HCP llena. El hecho de tener antecedente de riesgo tiene 2.93 veces más probabilidades de morir (IC: 1.19-7.19) e incrementa 3.65 (1.68 – 7.93) veces más al combinar antecedente de riesgo y no tener llena la HCP.

- No uso de la Hoja Filtro en el Prenatal. Fue utilizada en el 83.6% de todos los casos, en el 42.2% de las que fallecieron y el 57.7% de las morbilidades. El no tener llena la hoja filtro incrementa hasta 1,91 (0.672- 5.46) veces más la posibilidad de fallecer.

COMPONENTE PARTO:

- Atención de parto por familiar o partera: 5 pacientes del grupo de fallecidas tuvieron parto atendido a nivel comunitario/domiciliar, por partera (3) y familiar (2), siendo las causas retención de restos y hemorragia postparto (3), trombosis (1), las edades de estas pacientes oscilaron entre 24 y 37 años.
- Atención por ginecólogo: A pesar que el 93,5% (128) son atendidas por personal médico, solo el 35.4% (23) de las fallecidas y el 45.8% (33) de las morbilidades fueron atendidas por ginecólogo.
- Casos en que no hubo cumplimiento de MATEP: A pesar que del 77,4% (86) de pacientes que verificaron parto se les cumplió oxitocina, persiste aún el 22,5% a las cuales ameritándolo, no se les cumplió el medicamento; de estas el 34.0% (15) eran fallecidas y el 14.9% (10) de las morbilidades. De 27 pacientes con hemorragia, a 5 no se le cumplió y de 15 casos catalogados como Atonía Uterina, a 2 no se les cumplió; sin embargo éstas 15 pacientes tenían factores de riesgo para presentar atonía uterina y ameritaban además uso de macrodosis de oxitocina. El no uso de MATEP incrementa el riesgo de muerte de 2.94 (IC95: 1.17 - 7.37).

- Edad gestacional al parto: 54% (74) de todos los casos tenían entre las 37 y 42 semanas de gestación; el 40% (26) las fallecidas y 66.7% (48) las morbilidades. Menos de 20 semanas tenían el 16.8% (23) de todos los casos, pero el 29.2% (19) de las fallecidas frente al 5.6% (4) de las morbilidades fallecieron a esta edad gestacional.
- Lugar del fallecimiento: Comunidad: 13 mujeres fallecieron a nivel comunitario y habían sido manejadas por las siguientes personas: partera (3), familiares (3), médico residente (4) y ginecólogo y obstetra (2). En estos dos últimos casos las pacientes habían sido atendidas en el hospital y dadas de alta.

COMPONENTE POSTPARTO:

- Inadecuado monitoreo de signos vitales: Fue catalogado como inadecuado en el 45.3% (62) de todos los casos; de estos, el 53.8% (35) fueron las fallecidas y 37.5% (27) de las morbilidades. Existe 1.9 veces (IC: 0.97 - 3.8) más de fallecer cuando el monitoreo es inadecuado.
- Uso inadecuado de medicamentos según diagnóstico de egreso: el 46.2% (30) en las muertes maternas y el 40.3% (29) de los controles tuvieron uso inadecuado. El riesgo de morir es de 1.27 (IC: 0.64-2.5) veces mayor que en las pacientes que se usan en forma adecuada los medicamentos.
- Uso inadecuado de líquidos intravenosos: Aunque el 77.4% (106) de las pacientes tuvieron uso adecuado de líquidos, llama la atención que hubo uso inadecuado en el 22.6% (31) de los casos y de ellos el 40% (26) correspondió a las fallecidas y el 6.9% (5) a las morbilidades. El riesgo de morir es de 8.93 (IC: 3.17-25.1) veces cuando no tiene aporte de líquidos endovenosos adecuado al caso.
- No tuvieron referencia a control postparto especializado: El 61.4% de las complicaciones.
- Consejería postparto: El 91.6% tuvo; sin embargo, el 18% no decidieron por método de PF, 33% método natural y 6.9% de barrera.
- El 6.9% de las morbilidades tuvieron histerectomía de emergencia.

FALLA EN EL MANEJO:

- Reportado en el 43.1% (59) de todos los casos, el 46.2% (30) fue en las fallecidas y el 40.3% (29) en las morbilidades. Siendo esta la falla más frecuente de todas.
- Fallas en la prevención: Se reportó en el 31.4% (43) de todos los casos, de estos el 21.5% (14) eran las fallecidas y el 40.3% (29) las morbilidades.
- Fallas en el diagnóstico: Observado el 16.8% (23) de todos los casos, siendo el 26.2% (17) de las fallecidas y el 8.3% (6) de morbilidades.
- Referencias tardías: Se catalogaron así el 5.1% (7) de todos los casos, el 6.2% (4) corresponde a fallecidas y el 4.2% (3) a las morbilidades.
- Inadecuado Cumplimiento de lineamientos clínicos: En el 52,6% (72) de todos los casos se manejó la complicación apegada a las guías clínicas; el 58.5% (38) correspondió a las fallecidas y 62.5% (45) en las morbilidades. El no cumplimiento de las guías se incrementa 1,8 veces más la probabilidad de muerte materna (IC: 0.16 - 20.38).

CLASIFICACIÓN SEGÚN GRADO DE PREVENCIÓN Y DEMORAS

- Predominaron las complicaciones Prevenibles: son aquellas que suceden por manejo inadecuado con el 50.4% (69), el 55.4% (36) de ellas correspondió a las muertes maternas y 45.8% (33) a morbilidades obstétricas. El 44.5% (60) fueron complicaciones potencialmente prevenibles, es decir que se realizó diagnóstico y tratamiento adecuado pero de forma tardía, predominando las morbilidades obstétricas en 51.4% (37) y luego las muertes maternas en 36.9% (23). Solo el 5.1% (7) fueron clasificadas como No Prevenibles aquellas causas que sucedieron aún con diagnóstico y tratamiento adecuado, 7.7% correspondió a muertes maternas y 2.8% a morbilidades obstétricas.
- Solo el 7.3% (10) de todos los casos correspondió a Demora 1, que es el retraso atribuido a la paciente o la familia, predominando los casos de muerte materna con 7.7% (5). No se encontró ningún caso de Demora 2. El 65.7% (90) correspondió a Demora 3, es decir retraso en recibir el tratamiento adecuado en las muertes maternas en el 78.5%. Más de una demora se presentó en el 6.6% (10) de las pacientes, predominando las muertes en el 13.8% (9) sobre las morbilidades en el 1.4% (4).

COMPONENTE GESTIÓN:

De acuerdo a los datos encontrados, entrevista a personal de las 10 maternidades e información del Sistema de Producción del MINSAL, los cuellos de botella en esta área son los siguientes:

- No evidencia de adecuación de oferta de acuerdo a características de la demanda: las mujeres con mayor riesgo de mortalidad en todo el proceso de atención: edad de 34 años a más, 4 o más hijos, IMC entre 30 y 39, del área rural, sin controles prenatales. Y algunas

mujeres con enfermedades crónicas no son canalizadas a control prenatal especializado, 3 de las 7 mujeres con cardiopatía y 2 de 7 casos con diabetes habían llevado control prenatal en primer nivel. Por ejemplo, mujer con 6 o más embarazos tiene 2,1 (0.628 - 7.58) veces más riesgo de morir; el grupo entre 35 a 45 años tiene 2.04 (0.77 - 5.36) mayor probabilidad de muerte que el resto de grupos; pertenecer al área rural es de mayor riesgo que al ser de área urbana, incrementando 1.53 veces (0.75 - 3.11) la posibilidad de muerte e incrementa OR Adj 2.5 (0.80 - 8.51) veces más si además de pertenecer al área rural la edad es entre 35 a 45 años; el embarazo no planeado incrementa 1.22 (0.57 - 2.50) veces más el riesgo de muerte materna que un embarazo planeado. Cabe agregar que según procedencia la región oriental tuvo el mayor porcentaje en todos los casos con el 32.8% igualmente el 30.8% de las fallecidas y el 34.1% de las complicaciones.

- Las regiones no han capacitado en habilidades obstétricas y neonatales a su personal de manera uniforme, para el caso y según los reportes de cada región para 2012, la región Occidental al 100%, Central al 27%, Metropolitana 22%, Paracentral al 46% y Oriental al 32%.
- El número de camas censadas para atender mujeres en las 28 maternidades del país es de 803, en 2009 eran 1027, según estudio COEm 2009.
- Según el número de ingresos la especialidad de obstetricia representa la principal carga de trabajo con un promedio del 23.20%, la mayor carga la tiene como es de esperar el Hospital de Maternidad correspondiente al 62.18%. 4 maternidades están por debajo del promedio (San Miguel, Zacatecoluca, San Vicente y Soyapango). Los hospitales de Cojutepeque, Ciudad Barrios, Gotera y La Unión tienen una carga entre 30.95 a 44.55%. Llama la atención

que los hospitales regionales tienen menores cargas que las esperadas: Santa Ana (26.31) San Rafael (27.80), San Vicente (22.14) y San Miguel (20.67) y los hospitales departamentales como Usulután, Sensuntepeque, Ilobasco, Chalatenango, Nueva Concepción, Sonsonate y Ahuachapán tienen cargas entre el 33.29 al 39.30.

- Los hospitales con mayor mortalidad materna tienen las siguientes cargas de trabajo obstétrico: San Rafael (27.28), Ahuachapán (35.02), La Paz (22.60), Santa Ana (26.31), Chalatenango (34.20), Sonsonate (34.70), Morazán (47.44), Usulután (33.29). Y en varios de ellos las camas asignadas son menores que otras especialidades por ejemplo medicina y en otros cirugía.
- De las 28 maternidades existentes, en el estudio CONE de 2009²⁷, 10 maternidades tenían Cuidados Obstétricos de Emergencia de forma completa y con horario de 24 horas los 365 días del año, 12 con COEm en horario de menos de 24 horas y 6 maternidades con CoEm incompleto, especialmente por falta de banco de sangre, abastecimiento continuo de antibióticos, al menos dos oxitócicos y personal calificado para extracción de placenta. Según reporte de evaluación del PRMMN del 2012, hay 8 hospitales que no cuentan con COEm las 24 horas son 8: Metapán, Chalchuapa, Ahuachapán, Chalatenango, Cojutepeque, Sensuntepeque, Gotera y La Unión.
- Presupuesto específico: No se obtuvieron datos debido a que no está etiquetado por especialidades. Tampoco la unidad normativa mostró el listado de personal médico y de enfermería distribuido por hospitales para atención materna.

RESULTADOS EN LOS NEONATOS DE MADRES FALLECIDAS O CON COMPLICACIONES:

De los recién nacidos de las madres que fallecieron comparados con las madres que sobrevivieron encontramos que los neonatos con peso arriba de 4000 gr. tuvieron 1.03 mayor riesgo de muerte; si tenían peso inferior a 1,500 gr. el riesgo era de 5.86 veces mayor probabilidad de muerte; el riesgo de morir incrementa a 6.08 veces si nace entre las semanas de la 21 a 28. Hay que considerar que el diagnóstico de bajo peso al nacer no ha mejorado siendo la proporción de 8.53% para 2010 y de 9.0 para 2011. Con estos datos se comprueban los mismos factores de riesgo que se encontraron en el estudio de casos y controles neonatales.

RESULTADOS EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA:

- Los epidemiólogos institucionales hasta el año 2012 cotejan de forma sistemática el libro de defunciones con el libro de las alcaldías, procedimiento que es parte del Sistema de Vigilancia instituido desde 2007, para todo tipo de defunciones, incluyendo la materna.
- No se encontró dato que especifique cuales de las muertes maternas fueron detectadas a través de la vigilancia activa de las mujeres fallecidas de 10 a 54 años tanto en MINSAL como en ISSS. Esto significa que existe subregistro en el número de muertes maternas.

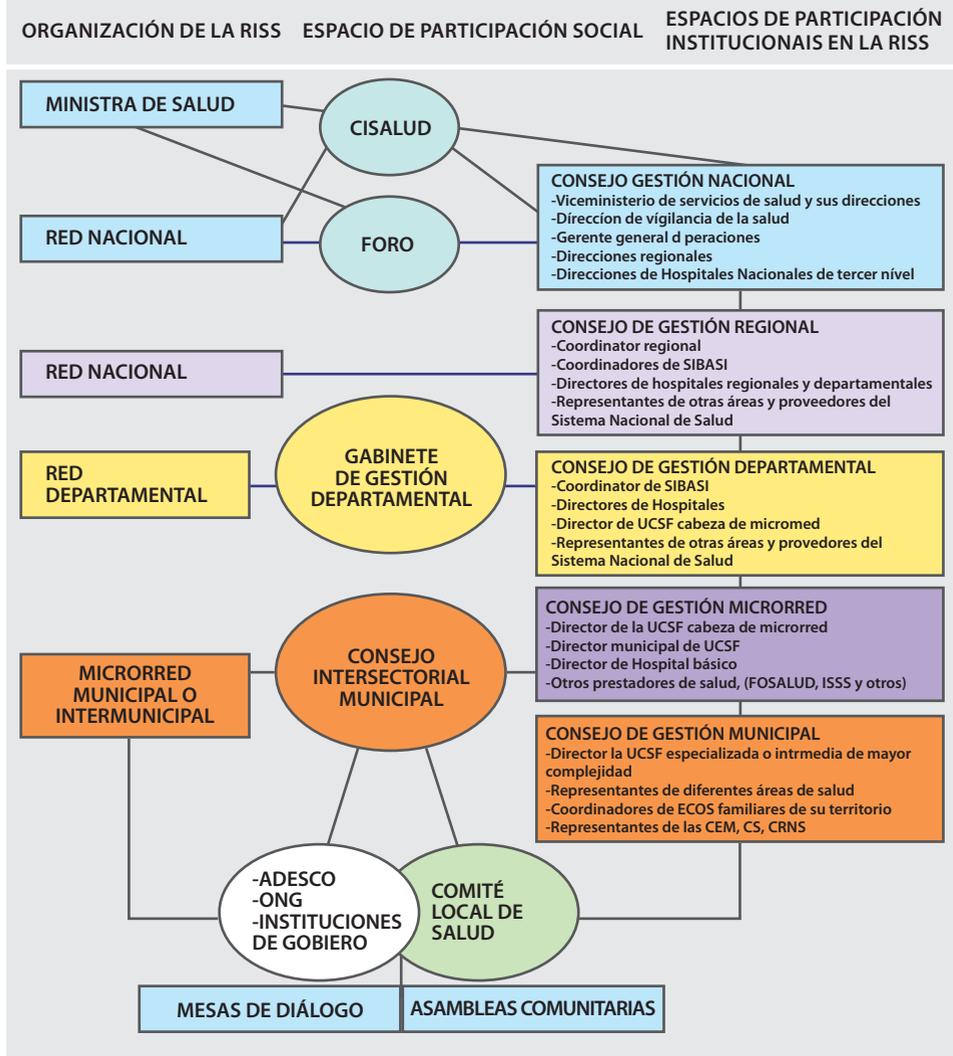
27. Estudio de Condiciones para los Cuidados Obstétricos y Neonatales esenciales, CONE. MINSAL, 2009.

RESULTADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN:

Tanto en la revisión en las 12 maternidades como la revisión de la base nacional del Sistema Informático Perinatal se evidenció el uso de este

sistema; sin embargo, el análisis de los datos que genera no está realizándose a nivel local, regional y nacional de forma consistente que permita reconocer las características de la demanda y el análisis de riesgos y adecuar así la oferta de servicios a las necesidades

ESQUEMA QUE MUESTRA LAS DIFERENTES INSTANCIAS DEL MINSAL Y SU RELACIÓN CON ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL A NIVEL DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SALU



Fuente: Informe de Labores. MINSAL 2011-2012

