

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE  
ESCUELA DE POSGRADO**



**Universidad de El Salvador**  
*Hacia la libertad por la cultura*

**TRABAJO DE POSGRADO  
EVALUACION DEL IMPACTO QUE TIENEN LAS ESTRATEGIAS DE  
REDUCCIÓN DE MORBIMORTALIDAD MATERNA EN LAS MUJERES EN  
EDAD FÉRTIL DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ANA EN LOS MESES DE  
FEBRERO A JULIO 2017.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:  
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR:  
LIC. JOSUE MAURICIO PEÑA HERNÁNDEZ  
DRA. MABEL ROCA SIGÜENZA**

**DOCENTE ASESOR:  
DR. MSP. JOSÉ MANUEL ESCOBAR**

**FEBRERO DE 2018  
SANTA ANA, EL SALVADOR CENTROAMÉRICA**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ACADÉMICO

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ABREGO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ÁLVAREZ

SECRETARIO GENERAL

LIC. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

MSC. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

FISCAL GENERAL

LIC. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICE DECANO

ING. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

SECRETARIO

MSC. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

JEFA DE POSGRADO

MED. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD

DR. Y MSP. JOSÉ MANUEL ESCOBAR

## AGRADECIMIENTOS:

Primero a DIOS por darnos la vida y por habernos permitido lograr un triunfo más en nuestras vidas personal y profesional; también agradecemos a nuestras familias por el apoyo recibido a lo largo de nuestras vidas así como también por el sacrificio en estos años de estudio sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida entera de sacrificio y esfuerzo; queremos que sientan que el objetivo logrado es también de ustedes y que la fuerza que nos ayudó a conseguirlo fue su apoyo.

También damos gracias a la Universidad por la oportunidad brindada en nuestra formación académica, a los maestros por su enseñanza, sabios consejos y comprensión.

### JOSUE MAURICIO PEÑA HERNANDEZ

Agradezco a DIOS ser maravilloso por su amor y por su bondad que no tienen fin, que me dio fuerzas y fe para creer lo que me parecía imposible terminar. A mi madre, esposa e hija por su apoyo incondicional durante este proceso de estudio e investigación y por estar a mi lado en cada momento de mi vida y por ayudarme con mi hija mientras yo realizaba dicho estudio.

### MABEL ROCA SIGUENZA

Agradecimiento a DIOS por la vida y todas las oportunidades, a mis padres y mi hermano por el apoyo incondicional en cada momento que los necesite.

## INDICE:

|                                                                               | Pag. |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|
| Introduccion                                                                  | VIII |
| Capitulo 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA                                        |      |
| 1.1 Descripcion del objeto de estudio .....                                   | 1    |
| 1.2 Justificacion .....                                                       | 6    |
| 1.3 Objetivos general y especificos .....                                     | 7    |
| Capitulo 2: MARCO TEORICO                                                     |      |
| 2.1 Antecedentes del estudio .....                                            | 8    |
| 2.2 Antecedentes historicos .....                                             | 13   |
| 2.2.1 Distribucion de la mortalidad materna .....                             | 14   |
| 2.2.2 Causas de la mortalidad materna .....                                   | 15   |
| 2.2.3 Reduccion de la mortalidad materna .....                                | 15   |
| 2.3 Plan estrategico nacional 2011-2015 .....                                 | 25   |
| 2.3.1 Estrategias del plan .....                                              | 26   |
| 2.3.2 Principios del plan .....                                               | 27   |
| 2.3.3 Enfoques del plan .....                                                 | 29   |
| 2.3.4 Embarazo y mortalidad materna en adolescentes .....                     | 30   |
| 2.3.6 Lineamientos, objetivos, metas, lineas de accion e<br>indicadores ..... | 31   |

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.4 Plan para el abordaje integral de la salud materna, enero a diciembre 2016 ..... | 46        |
| <b>Capitulo 3: DISEÑO METODOLOGICO</b>                                               |           |
| 3.1 Tipo de estudio .....                                                            | 59        |
| 3.2 Universo y muestra .....                                                         | 59        |
| 3.3 Tecnicas e instrumentos de recoleccion de datos .....                            | 60        |
| 3.4 Plan de tabulacion de datos .....                                                | 60        |
| 3.5 Plan de analisis de datos .....                                                  | 60        |
| 3.6 Consideraciones etica, limitantes y alcances .....                               | 61        |
| <b>Capitulo 4: HIPOTEIS</b> .....                                                    | <b>62</b> |
| 4.1 Matriz de operacionalizacion de variables .....                                  | 63        |
| 4.2 Presentacion de resultados .....                                                 | 69        |
| 4.3 Razon de mortalidad materna de febrero-julio 2015-2017                           |           |
| MINSAL, Santa Ana .....                                                              | 102       |
| 4.4 Analisis de resultados .....                                                     | 103       |
| 4.5 Conclusiones .....                                                               | 108       |
| 4.6 Recomendaciones .....                                                            | 109       |
| 4.7 Referencias bibliograficas .....                                                 | 110       |
| Anexos .....                                                                         | 111       |
| Glosario .....                                                                       | 112       |
| Instrumento para recolectar informacion .....                                        | 115       |
| Documento OIR, fotos .....                                                           | 117       |

## **SIGLAS**

UNFPA: Fondo de población de las Naciones Unidas.

MINSAL: Ministerio de Salud.

APSI: Atención Primaria en Salud Integral.

RIISS: Red integral e Integrada de Servicios de Salud.

ECOSF: Equipos Comunitarios de Salud Familiar.

ECOSE: Equipos comunitarios de Salud Especializada.

PRMMPN: Plan Estratégico Nacional de Reducción de Mortalidad Materna y peri Neonatal.

CIPD: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.

OPS: Organización Panamericana de la salud.

CONE: Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales.

COEM: Cuidados Obstétricos de Emergencia.

## **ACRONIMOS:**

LEPINA: Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia

## INTRODUCCION

La presente tesis lleva por título “Evaluación del impacto que tienen las estrategias de reducción de morbilidad materna en las mujeres en edad fértil del departamento de Santa Ana en los meses de febrero a julio de 2017” y tiene como objetivo general evaluar el impacto de las estrategias de reducción de morbilidad materna en mujeres de edad fértil del departamento de Santa Ana, desde esta perspectiva en este estudio se demuestra como cada día mueren una cantidad de mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos como el nuestro, y la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado. La mayoría de estas complicaciones aparecen durante la gestación otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer por lo que la atención especializada antes, durante y después del parto pueden salvarle la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

Las principales complicaciones, causantes del 75 % de las muertes maternas son hemorragias graves en su mayoría pos-parto, trastornos hipertensivos del embarazo (pre eclampsia y eclampsia), abortos, infecciones en el parto. Las demás están asociadas a otras enfermedades como paludismo o infecciones por VIH en el embarazo o causadas por las mismas. Además, existen otros factores relacionados que influyen como socioeconómicos y culturales.

Por ello las autoridades del MINSAL ha creado alianzas con diversos sectores y junto con agencias cooperantes reafirman su compromiso de continuar trabajando intensamente antes, durante, y posterior al año 2015 en reducir significativamente la morbilidad materna e incentivar al sector privado a unirse al esfuerzo y contribuir así al derecho de salud, el acceso a información y de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en las poblaciones vulnerables como las



mujeres jóvenes y adolescentes, la cual se lograra incorporando a la persona, la familia, la comunidad y desde sus determinantes sociales y ambientales en la cual se integren los esfuerzos hacia un mismo fin, como lo establece la estrategia del desarrollo del milenio siendo importante también conocer el impacto que ocasiona el desarrollo pleno de estas estrategias en la reducción de la morbilidad materna para hacerle reestructuraciones de ser necesario para minimizar la morbilidad materna y mejorar sus condiciones de vida para su pleno desarrollo y óptimo para la sociedad.

Así en detalle esta investigación contiene cuatro capítulos, el primero de ellos se hace una descripción del objeto de estudio, en el segundo se desarrollan las principales categorías con los cuales se le da una explicación a las estrategias que el MINSAL desarrolla para reducir la morbilidad materna en las mujeres en edad fértil del departamento de Santa Ana, el capítulo 3 comprende el diseño metodológico y en el se presenta el tipo de estudio de esta tesis, la población y muestra con que se trabajara, las técnicas e instrumentos para recolectar la información, plan de análisis y tabulación de datos y las consideraciones éticas. En el capítulo 4 contiene la hipótesis de investigación, la matriz de operacionalización de variables, presentación de resultados, conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas. Finalmente contiene los anexos entre los cuales tenemos: el glosario y el instrumento utilizado para la recolección de la información, documento de la OIR y fotos de las RIIS que fueron visitadas para la recolección de los datos.

## CAPITULO 1

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

#### 1.1 Descripción del objeto de estudio:

##### **Magnitud del problema**

“Análisis de la situación en América Latina y el Caribe. Mortalidad materna En América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad materna se redujo un 28% desde 1990, un progreso significativo que sin embargo, es todavía insuficiente y que encubre enormes diferencias entre los países. En esta región, cerca de 15,000 (3%) mujeres perdieron la vida en 2005 por causas relacionadas con el embarazo y el parto, y la tasa actual de muerte es de 130 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos, insuficiente para alcanzar la meta del Objetivo del Milenio fijada para 2015, siendo los más afectados: Oriente medio y África; África occidental y central y África oriental y Meridional”. (PEN, 2011-2015, pág. 23)

El informe sobre el Estado Mundial de la Infancia del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), destaca las enormes diferencias entre los países, y así, mientras la tasa de mortalidad materna de Chile, Bahamas y Barbados es una de las más bajas del mundo en desarrollo (16), en Haití es de 670. Tras Haití siguen Bolivia y Guatemala (290), Honduras (280), y Perú (240).

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA AMERICA LATINA Y EL CARIBE ENERO 2008.

“Las mayores tasas de mortalidad materna, se encuentran en el Caribe Latino, que son casi 3 veces mayor que las de Centro América. En América Latina se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100.000 nacidos vivos. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres

de los países industrializados a principios del siglo XX. La información histórica en países de Latino América en la segunda mitad del siglo XX, nos revela que la más temprana y más importante reducción fue obtenida donde los servicios de salud están mejor organizados y accesibles (Cuba o Costa Rica).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en razón de los costos, como la atención obstétrica esencial (AOE), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad. Lo mismo ocurre con el riesgo de morir a que se exponen las mujeres por causas relacionadas con la maternidad. El promedio en la región es de 1 en 280, pero el mayor riesgo lo tienen las mujeres de Haití (1 en 44), y el menor en Barbados (1 en 4.400). En El Salvador el riesgo de morir a causa de un embarazo es de 1:65.” (OPS, 2008, 24)

“Las muertes maternas ocurren en su mayor parte entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones derivadas de la práctica de abortos). La mayoría de las muertes maternas tienen que ver con complicaciones obstétricas (causas directas) entre ellas las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado y con la práctica de abortos.

Muchos de los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte de las madres no se dan exclusivamente durante el embarazo, sino que pueden ser afecciones agravadas por el embarazo y el parto. El enfoque pre-concepcional en la atención contribuye a determinar el tipo de estrategia y las intervenciones más adecuadas para reducir las muertes maternas por causas indirectas

Las tendencias de mortalidad materna en El Salvador de 1990 a 2015 son: Para 1990 fueron 211 por cada 100,000 nacidos vivos; para 2005 fueron 71 por cada 100,000 nacidos vivos y para 2015 fueron 52 por cada 100,000 nacidos vivos “(OPS, 2008, 24)

“Para el año de 1990 no existía en El Salvador un dato confiable para conocer la razón de mortalidad materna, fue en el periodo de junio de 2005 a mayo de 2006 cuando se estableció una línea de base de la razón de MM, cuyo resultado fue 71.2 x 100,000 nacidos vivos evidenciándose al mismo tiempo un subregistro de 42%. Es base a estos hallazgos, se estimó que para el año de 1990 la razón de MM era de 211 x 100,000 nacidos vivos, obtenido del promedio de muertes reportadas directas e indirectas desde 1983 a 1989 agregándose el 42% del subregistro encontrado en la línea de base de 2005-06. Por lo anterior, se estimó que la meta para 2015 es de 52 x 100,000 nacidos vivos.

La mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Más de 1,500 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales. Si bien es difícil medir las enfermedades y secuelas relacionadas con el embarazo, las estimaciones varían de 16 a 50 millones de casos anuales e incluyen condiciones como infección, complicaciones neurológicas, hipertensión, anemia y fístula obstétrica.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio” (OPS, 2008, 24)

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

“El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud.

Ministerio de Salud reporta baja en comparación con 2011, el índice de mortalidad materna se ha reducido de manera significativa en la zona oriental del país, prueba de ello es que en lo que va de 2012 se han registrado 16 casos menos que en 2011. El mayor riesgo de mortalidad materna se registra en menores de 20 años, pues, según las estadísticas del Ministerio de Salud (MINSAL), de las siete muertes maternas registradas este año, cuatro han sido adolescentes de 14 a 16 años, de las cuales tres ingirieron veneno para abortar a su bebé y una murió por preeclampsia”. (OPS, 2008, 25)

El resto de las mujeres mayores de 23 años fallecieron por la elevación de la presión arterial y hemorragia. La unidad de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel registra de enero al 13 de octubre un total de 5,394 partos. Reporta la muerte de una adolescente de 17 años. “Hasta la fecha solo hemos tenido la muerte de una niña de 17 años, ella consumió veneno (matarratas) y fue referida de una unidad de salud de Morazán, dijo el jefe de la unidad de ginecología y obstetricia”, doctor José Alberto Mendoza.

Del total de partos atendidos en el centro asistencial, el 40% es de adolescentes de 17 a 12 años; se incrementa en un 15% con relación a 2011. Además se registra un aumento de 100 a 130 partos mensuales en comparación al año anterior. El año 2011 cerró con 6,513 partos y siete muertes maternas. “El año 2011 cerró con siete muertes maternas, tres de ellas fueron niñas de 12 a 17 años por intoxicación; tres por preeclampsia y una por problemas cardiacos. Este año tenemos una reducción del 90% y esperamos que el año finalice con una muerte.

¿Cuáles son los resultados de la evaluación del impacto de las estrategias de reducción de morbilidad materna en las mujeres de edad fértil del departamento de Santa Ana en los meses de febrero a julio 2017?

## 1.2 JUSTIFICACION

El propósito de nuestra investigación es conocer el impacto de las estrategias de reducción de la morbilidad materna en el departamento de Santa Ana ya que cada día mueren en todo el mundo unos 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, siendo estas causas prevenibles. Para finales del 2015 han muerto unas 303,000 mujeres durante el embarazo y parto.

En El Salvador las muertes maternas son catalogadas como prevenibles y ligadas a la deficiente calidad del control prenatal, la atención por personal calificado, la atención oportuna de complicaciones durante esta etapa del embarazo y puerperio, por tanto es importante conocer el impacto de las estrategias para reducir la morbilidad materna en las mujeres, además crear un entorno en el que este grupo de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar y verificar el cumplimiento de los objetivos del desarrollo del sostenible.

Esperamos que esta investigación sirva de base para realizar este estudio a nivel nacional para poder evaluar el impacto de las estrategias de reducción de morbilidad materna en todo El Salvador, la cual nos servirá para identificar las fallas en la aplicación de dichas estrategias, logrando así brindar atención en salud con calidad, calidez y equidad a todas las mujeres en edad fértil, y así lograr una reducción de la tasa de morbilidad materna a nivel nacional.

Además contribuirá a fortalecer los conocimientos del personal de salud unificando el conocimiento de todo el personal de salud independientemente el nivel de atención que brinden en su establecimiento y así ser más eficientes en la aplicación de las estrategias.

### 1.3 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS:

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de las estrategias de reducción de morbilidad materna en mujeres de edad fértil del departamento de Santa Ana, en el periodo de febrero a julio del Año 2017.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir las principales estrategias de reducción de morbilidad materna en las mujeres de edad fértil en el departamento de Santa Ana elaboradas por el MINSAL.
- Enumerar las razones de la aplicación correcta o incorrecta de las estrategias de reducción de la morbilidad materna en las mujeres de edad fértil del departamento de Santa Ana.
- Determinar las estrategias más utilizadas aplicadas en las instituciones de salud del MINSAL en el departamento de Santa Ana.



## **CAPITULO 2**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes del estudio:**

“Son muy variados los factores que actúan sobre la mortalidad materno infantil. Entre otros, el nivel de ingreso de las familias y su nivel educativo, el estado nutricional de la mujer, el acceso a servicios básicos tales como agua potable y saneamiento básico o a atención en salud sexual y reproductiva, y la edad de la madre. Por su parte, en 2005, la mortalidad materna de Brasil era 75 por 100.000 nacidos vivos (UNICEF 2010) porcentaje superior al promedio regional. Las principales causas eran obstétricas directas. (61,4%), entre las que sobresalen la eclampsia y la hemorragia preparto. En las causas indirectas, están presentes las preexistentes agravadas por el embarazo en especial la diabetes, la anemia y los problemas cardiovasculares (OPS 2007)”

(Brasil UNICEF, pág. 1-6)

“Sistema de Salud del Municipio de Sobral Desde 1998, el Sistema de Salud del Municipio de Sobral, estado de Ceará, Brasil, está enmarcado en la Gestión Plena del Sistema Único de Salud (SUS). De esta forma, la Alcaldía, a través del Ministerio de Salud y Acción Social, asumió integralmente la responsabilidad de promover la salud de la población, coordinando todas las acciones, tanto asistenciales como preventivas y recibió recursos federales para la atención en salud de la población en todos los niveles”. (Brasil UNICEF, pág. 1-6)

“El modelo de atención está organizado con base en los principios y directrices del SUS y se fundamenta en el Programa de Salud Familiar (PSF), cuyo objetivo es contribuir a la reorientación del modelo de atención en salud, sustituyendo el sistema tradicional de asistencia por uno enfocado en la promoción de la salud a partir del diagnóstico de la situación de la salud, mediante el análisis de los factores determinantes que afectan la salud de la población en un barrio, un distrito o un municipio. Para mejorar las tasas de morbimortalidad materna e

infantil se requiere una serie de acciones concretas ampliamente identificadas, entre las que se destacan la calidad acceso a los servicios de salud, la atención calificada tanto prenatal como en el parto, el nacimiento, el puerperio y el período neonatal así como el acompañamiento del desarrollo de los niños y niñas; las inmunizaciones, la salud sexual y reproductiva, modelos integrados de atención que articulen la salud pública y la comunidad, además del reconocimiento de los factores socioeconómicos que subyacen en la enfermedad y la mortalidad. Esta es precisamente la orientación que dirige las acciones del Trébol de Cuatro Hojas (TCH).

Las estrategias que sirvieron para dar origen al proyecto municipal TCH, fueron:

1. Establecer acciones que garantizaran el cuidado necesario en las cuatro fases de atención materno infantil.
2. Determinar los criterios para la definición de riesgo clínico y social en el plano de los cuidados a mujeres y niños desde el prenatal hasta la atención pediátrica.
3. Generar diversas estrategias con la sociedad civil para asegurar la captación de recursos y de movilización social.
4. Producir un “kit para la gestante y desarrollar propuestas temáticas para actividades educativas con grupos de mujeres embarazadas.
5. Implementar un sistema de monitoreo diario y evaluación permanente de los indicadores del proceso y de los resultados de la asistencia materno infantil.
6. Brindar soporte técnico al Comité Municipal de Prevención de la Mortalidad materna, perinatal e infantil “(Brasil UNICEF, pág. 1-6)

“El proyecto Trébol es una estrategia de atención con enfoque de salud familiar. Atiende a familias con mujeres embarazadas, en período postnatal o que están amamantando y a niños y niñas en sus primeros dos años de vida, especialmente a aquellas que evidencian algún tipo de riesgo social o clínico. Su principal labor se centra en brindar el apoyo del acompañamiento y fomenta el autocuidado.

La mayoría de las familias acompañadas por el Trébol viven en situación de pobreza y exclusión social. Son residentes de áreas rurales o urbanas en riesgo social y/o habitacional, situación que es determinada por los equipos de salud del municipio, de acuerdo con la clasificación de riesgo que puede ser social o clínica, según los criterios establecidos y validados por el TCH (cuadro 1). La incorporación de una familia al proyecto, así como las acciones específicas de atención son definidas mediante esta clasificación. La mayoría de las mujeres atendidas son madres adolescentes o jóvenes con baja escolaridad y con niños y niñas menores de dos años de vida.

Cuadro I Criterios de riesgo de TCH: Sobral, Ceará, Brasil

| RIESGO SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RIESGO CLINICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabetismo</li> <li>• Lugar de residencia (área de riesgo)</li> <li>• Pobreza absoluta</li> <li>• Familias en situación de vulnerabilidad con hijos(as) menores de 5 años</li> <li>• Falta de apoyo alimentario y familiar</li> <li>• Dependencia química</li> <li>• Incapacidad o dificultad para el autocuidado</li> <li>• Embarazo no deseado • Madre adolescente</li> <li>• Violencia intrafamiliar</li> </ul> | <p>con enfermedades preexistentes, enfermedades infecciosas, patologías ginecológicas y obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características personales e historia reproductiva anterior de las mujeres embarazadas, puérperas y en amamantamiento</li> <li>• Niños(as) con interconsultas entregadas al nacer, enfermedades preexistentes, bajo peso, o prematuros.</li> <li>• Niños que reúnen los requisitos de recién nacido en riesgo al nacer o de riesgo adquirido posteriormente</li> </ul> |

Las familias que no cubren sus necesidades básicas reciben los beneficios de emergencia, tales como: la documentación básica, que incluye tanto el registro civil de nacimiento para los hijos e hijas como el documento de identidad para la madre; alimentos, ropa, calzado y medicamentos, disponibles gracias a contribuciones de la sociedad civil. Esta es precisamente la perspectiva con la que trabajan las Madrinas y Padrinos Sociales, que como se mencionó contribuyen mensualmente con una cantidad fija de dinero. Igualmente están las “Articuladoras Sociales” que son personas voluntarias, del mismo municipio que participan de manera permanente en la difusión del programa, la organización de eventos sociales y la captación de recursos financieros” (Brasil UNICEF, pág. 1-6)

Por otro lado, las familias que cumplen las condiciones para ser beneficiarias de los distintos programas y proyectos sociales del Gobierno Nacional o Estatal, tales como el beneficio de prestación permanente para enfermos y portadores de deficiencias, Bolsa Familia, Huertas Caseras, cursos de capacitación, son apoyadas para que puedan recibir estas contribuciones. Paralelamente, según corresponda, se solicita transporte a guarderías o escuelas, proyectos de empleo e ingresos o mejora de las viviendas. Líneas de acción básicas Las tres líneas básicas de acción del programa son: gestión del cuidado en las cuatro fases de atención materno infantil; vigilancia de la morbimortalidad materna e infantil y provisión del apoyo social.

## SUECIA

“En Suecia los datos de una comisión de salud determinaron que la mayoría de las muertes maternas se podían evitar con atención profesional durante el parto. Se expandió la capacitación profesional (a mediados del siglo XIX el 40% de los partos eran ya atendidos por personal cualificado; el 78% en 1900), el uso de técnicas efectivas (como la asepsia) y mecanismos de derivación y de rendición de cuentas entre los distintos niveles asistenciales. Suecia alcanzó los índices más bajos de mortalidad materna en Europa a principios del siglo XX.

Los otros ingredientes de la receta del éxito en la mejora de la salud materna parecen ser:

- Información: que genere una conciencia temprana de la magnitud del problema y sus causas.
- Voluntad de los decisores políticos: reaccionando a la información y priorizando la cuestión en la agenda política
- Una estrategia política efectiva y basada en la evidencia: como la apuesta sueca por la obstetricia moderna y la capacitación de profesionales.

Anna Lucas, Coordinadora de la Iniciativa de Salud Materna, Infantil y Reproductiva del Instituto de Salud Global de Barcelona.

### **Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio**

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal

ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

ODM 5: Mejorar la salud materna

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.”

(Lucas, 2008, PAG. 3)

## **2.2 Antecedentes históricos:**

“La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015 habrán muerto unas 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible: La mejora de la salud materna era uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, el número de muertes maternas ha disminuido en un 43%”. (OMS, 2015, pág. 1-4).

“Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Al ver que es posible acelerar la reducción, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.” (OMS, 2015, pág. 1-4)

## 2.2.1 Distribución de la mortalidad materna

“El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.” (OMS, 2015, pág. 1-4)

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

“Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud.” (OMS, 2015, pág. 1-4)

### **2.2.2 Causas de mortalidad materna:**

“Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);

- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones en el parto;
- los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas”. (OMS, 2015, pág. 1-4)

### **2.2.3 Reducción de la mortalidad materna**

“La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal está estrechamente relacionadas.

Cada año mueren aproximadamente 2,7 millones de recién nacidos. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte”. (OMS, 2015, pág. 1-4)



Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia.

Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección. La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.

Obstáculos a que las mujeres reciban la atención que necesitan:

“Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto” (OMS, 2015, pág. 1-4)

Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada. En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, solamente el 40% de las embarazadas realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas.

“Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: La pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, las prácticas culturales. Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.” (OMS, 2015, pág. 1-4)

#### Respuesta de la OMS

“Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, celebrada en Nueva York, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon presentó la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030*. La Estrategia es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar”.(OMS, 2015, pág. 1-4)

“Como parte de la Estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con los asociados para:

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;
- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal;
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas;
- Reforzar los sistemas de salud para que puedan responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y
- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

UNFPA colabora y apoya el trabajo de organismos gubernamentales y de la sociedad civil bajo tres enfoques principales: De derechos humanos, particularmente de derechos reproductivos, género, de interculturalidad

A través de su Programa de Cooperación 2008-2012, el UNFPA desarrolla proyectos e impulsa iniciativas que contribuyen:

- Al diálogo político para posicionar el tema de la muerte materna en la agenda pública
- Al diseño de políticas públicas y normatividad institucional
- A la instrumentación de estrategias nacionales y locales
- Al fortalecimiento de capacidades nacionales, gubernamentales y de la sociedad civil
- Al mejoramiento de la calidad de los servicios
- Al aseguramiento de insumos de salud reproductiva
- A la promoción de servicios de salud integrales que abarquen la salud reproductiva y el VIH/SIDA

A la creación y fortalecimiento de mecanismos intersectoriales e interinstitucionales”. (OMS, 2015, pág. 1-4)

Cómo son esas iniciativas

“En los últimos años, el UNFPA ha apoyado diversas iniciativas lideradas por organismos de gobierno y organismos de la sociedad civil, dirigidos a las poblaciones más vulnerables. Las prácticas exitosas se han integrado a los modelos de atención de las instituciones mismas, y multiplicado para llegar a un mayor número de localidades.

En los estados de Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y San Luis Potosí se ha integrado la participación de la comunidad en la prevención, así como las costumbres locales a los modelos de atención. Además, se continúa con la capacitación técnica de las y los prestadores de servicios de salud desde una perspectiva intercultural.

Actualmente, UNFPA apoya el diseño y operación del Observatorio Nacional de Mortalidad Materna y la sistematización de las experiencias exitosas. Este observatorio es una instancia independiente, conformada por personas, organizaciones civiles nacionales e internacionales, agencias y fundaciones de cooperación técnica y financiera, instituciones académicas, de investigación y de gobierno, que cuenta con el apoyo técnico del Grupo Interagencial de Naciones Unidas. Su objetivo es incidir en la mejora de la prestación de servicios y contribuir a la reducción de la mortalidad materna para alcanzar el cumplimiento del objetivo 5 de los ODM: Mejorar la salud materna. Las iniciativas de UNFPA buscan favorecer la cooperación entre los diferentes organismos de gobierno, los organismos de la sociedad civil y la comunidad misma. Colaboran en el fortalecimiento de las capacidades de los distintos actores con capacitación, insumos y el impulso de la comunicación y colaboración entre ellos”. (OMS, 2015, pág. 1-4)

El fin de la mortalidad materna prevenible es un pilar del desarrollo, tomando en cuenta el papel esencial que desempeña las mujeres en la economía en las sociedades y en el desarrollo de las generaciones y comunidades futuras. Invertir en la salud de la mujer es importante réditos sanitarios, sociales y económicos.

Un análisis reciente indica que el aumento del gasto sanitario por persona es menor si es sobre prevención que curativo por lo tanto la implementación de las estrategias de prevención podrían ahorrar los gastos ,el cambio del paradigma para el próximo programa de salud materna se basa firmemente en el impacto de las aplicaciones de las estrategias para la prevención de morbimotalidad materna en los niveles que cuentan con factores contextuales , la dinámica del sistema de salud y la determinación social de la salud

Una atención eficaz de salud debe sustentarse en la colaboración y la cooperación intersectoriales en todos los niveles, tomando en cuenta de los vínculos vitales existentes como los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, la infraestructura, transporte, comunicación, los sistemas educativos, jurídicos y financieros de un país deben adaptarse a las circunstancias, aspectos positivos y

las dificultades locales, y abordar las necesidades y los problemas en materia. La planificación de los programas debe guiarse por las aspiraciones, experiencias y decisiones basadas en la calidad y los servicios asistenciales deben basarse en el respeto de la voluntad, la autonomía y las decisiones de las mujeres y niñas.

“Los programas deben centrarse en el bienestar y dirigidos a la población, así mismo brindar una atención preventiva de apoyo, de modo que todas las mujeres puedan tener embarazos y partos planeados y sin complicaciones, y en caso que hayan complicaciones, estas se detecten y cuando proceda, se traten de forma adecuada y oportuna. A tal fin al planificar los programas de atención en salud se debe poner énfasis en la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios, así como en los otros aspectos de los derechos humanos como la participación, la información”. (OMS, 2015, pág. 1-4)

“Por lo que ministerio de salud ha creado sus propias guías de atención de complicaciones maternas y sean elaborado estrategias para poder intervenir adecuadamente este sector vulnerable de la población con lo cual hemos sido de los primeros países centroamericanos en disminuir notablemente la tasa de morbimortalidad materna por lo que se ha tomado como biografías los siguiente documentos de MINSAL:

- Normas de atención integral e integradas a todas las formas de violencia
- Guías clínicas de ginecología y obstetricia de la dirección de hospitales
- Guías técnicas para el sistema de vigilancia de la salud materno perinatal de la unidad de atención integral de la mujer
- Guías para la operativización de las estrategias de hogar de espera materna
- Guías técnicas para la consejería en la prestación de servicios de planificación familiar.
- Guías de atención de salud sexual y reproductiva del adulto
- Guías de atención de salud bucal

- Política nacional de protección integral a la niñez y adolescencia de El Salvador
- Política nacional de salud bucal
- Política nacional de medicamentos
- Ley LEPINA
- Ley de sistema básico de salud integral
- Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal 2011- 2014

En cada uno de los anteriores podemos encontrar las acciones creadas para prevenir la morbimortalidad materna y si bien es verdad se a reducido a un porcentaje aceptable previamente establecido ya que según sistema activo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en El Salvador el total de muertes de mujeres de 10 a 54 años encontradas fueron 2,468 y de estas 100 casos asociados a embarazo, 50 de ellos ocurrieron por complicaciones propias del embarazo (Muerte Materna Directa) y en 32 casos el embarazo complicó una enfermedad preexistente (Muerte Materna Indirecta).

El resto de casos están clasificados como muertes maternas no relacionadas. De las muertes maternas directas (50 casos) los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) representó el 38% y la hemorragia el 38%, ambas constituyen las dos primeras causas de muerte materna sumando el 76% del total. Las muertes por infección constituyen el 10%, y el 14% restante lo constituyen otras causas: hígado graso agudo del embarazo, accidentes anestésicos, embarazo ectópico, y aborto séptico". (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 29)

Las causas indirectas representan el 39% de las muertes maternas y entre estas, los envenenamientos autoinflingidos constituyen el 40.6%. Las causas no relacionadas representan el 18% y dentro de ellas los homicidios y accidentes de tránsito fueron los más frecuentes. De las 82 muertes maternas el 31.7% no tuvo acceso a control prenatal, el 50.9% recibió entre 1 y 5 controles. De las que accedieron el 76.4% se inscribió antes de las doce semanas y un 43% de las

fallecidas tenía una gravidez entre 2 y 4 embarazos y un espacio intergenésico de 3 a 5 años en un 37%.

“Con respecto al lugar de ocurrencia de la muerte el 69.5% fueron hospitalarias y el 30.5% extrahospitalarias. De las que consultaron al sistema de salud, 48% fueron referidas de un nivel de menor a otro de mayor complejidad, siendo los principales motivos de referencia falta de recursos humanos capacitados en un 32.5%, por consultar a un nivel no adecuado para resolver la complicación en un 27.5% por falta de equipo 25% y falta de insumos en un 15%. Cabe resaltar que en un 75% la complicación por la que consultaron las mujeres, ésta se inició en la casa, en un 16% la complicación se dió en hospitales de segundo nivel y un 4% en hospital regional. De las 57 fallecidas en los hospitales, 35 casos que representan el 61.4%, fallecieron en la noche, días festivos o fines de semana”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 29).

“Producto de las auditorías médicas realizadas por los comités de vigilancia de la mortalidad materna, se concluyó que de los 82 casos de muerte materna por causas directas e indirectas, el 98% de las muertes por causas directas eran prevenibles en contraste con el 9.4% de las indirectas. Entre las características sociodemográficas prevalecientes en las 82 muertes maternas, un 72% estaban asociadas a oficios domésticos, 69.5% con nivel socioeconómico bajo, 63.4% provenían del área rural, el 19.5% eran analfabetas, 34% tenía primaria incompleta y el 78% eran madres solteras y/o acompañadas. Se concluyó que la razón de mortalidad materna a nivel nacional para el período estudiado es de 71.25 por 100,000 nacidos vivos”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 29).

“El estudio también permitió identificar que la principal causa de muerte en la mujeres de 10 a 54 años lo constituyen los tumores o neoplasias con el 21.8% y de éstos el cáncer cérvico uterino con un 32.8% como primera causa. También se identificó que un 17.5% de las muertes registradas en las alcaldías están mal definidas en su causa básica incidiendo esto en la inadecuada clasificación de las muertes. Como producto de la investigación, se recomienda continuar con la ejecución del sistema de vigilancia de la mortalidad materna a nivel nacional,

consolidándolo como un instrumento para la acción y el cambio de la atención materna y perinatal en El Salvador”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 29).

“Deberá hacerse especial esfuerzo para mejorar la capacidad resolutive de los hospitales en especial lo concerniente a la disponibilidad de recursos humanos capacitados en la atención de las emergencias obstétricas, así como el equipo, medicamentos e insumos esenciales. Deberá estimularse la discusión de casos de morbimortalidad materna, involucrando a todo el personal que interviene en los diferentes niveles de atención, así como monitorear el cumplimiento de las recomendaciones surgidas a partir del análisis de casos. Así mismo deberá promoverse el poder de decisión de las mujeres, la familia y las comunidades en el control de su salud, especialmente durante la maternidad”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 30).

Entre las principales metas del MINSAL está la de reducir la mortalidad materna y peri neonatal, porque somos conscientes de que ambos continúan siendo uno de los más graves problemas de salud pública del país. Alcanzar los ODM 4 y 5 depende, entre otras cosas, de la capacidad que tenga el Ministerio de Salud para posicionar este tema como un problema multidimensional, enfocarlo desde los determinantes sociales y apoyar la articulación de una respuesta intersectorial.

Es con el objetivo de alcanzar las metas antes mencionadas que el Ministerio de Salud lanza el presente Plan Estratégico Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna y Peri Neonatal 2011-2014. En él se establecen las líneas estratégicas a seguir por las dependencias de este Ministerio en sus diferentes niveles de gestión y prestación de servicios, así como por las instituciones del sector salud e instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Intentamos que este Plan se constituya en una guía para el diseño, ejecución y control del plan operativo nacional y planes operativos locales, así como en un instrumento de referencia para orientar la cooperación nacional e internacional



El Ministerio de Salud como ente rector del derecho a la salud en El Salvador y teniendo como marco lo que establece la Política de Salud “Construyendo la Esperanza”, se ha propuesto fortalecer y ampliar el Sistema Nacional de Salud, con estrategias de probada eficacia como la Atención Primaria de Salud Integral (APSI) a fin de alcanzar las metas de los Objetivos del Milenio.

“El propósito fundamental de la APSI es favorecer a las poblaciones de mayor vulnerabilidad, mediante el abordaje responsable y eficaz de las determinantes sociales e inequidades en salud. Así como, el enfoque intersectorial de la salud sexual y reproductiva para mejorar las condiciones de salud de la mujer y la niñez. Y es en este sentido que el actual gobierno se ha propuesto la elaboración de una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para el presente quinquenio”(Plan estratégico nacional 2011-2014 pág. 12).

Conscientes del compromiso de alcanzar el ODM 5, que consiste en mejorar la salud materna, cuyo indicador más importante es reducir la razón de mortalidad materna (MM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, el Ministerio de Salud se propone fortalecer los esfuerzos para alcanzar dicha meta, bajo el concepto que la mayoría de las muertes maternas son prevenibles a predominio de causas directas.

“ Para el año de 1990 no existía en El Salvador un dato confiable para conocer la razón de mortalidad materna, fue en el periodo de junio de 2005 a mayo de 2006 cuando se estableció una línea de base de la razón de MM, cuyo resultado fue 71.2 x 100,000 nacidos vivos evidenciándose al mismo tiempo un subregistro de 42%. Es base a estos hallazgos, se estimó que para el año de 1990 la razón de MM era de 211 x 100,000 nacidos vivos, obtenido del promedio de muertes reportadas directas e indirectas desde 1983 a 1989 agregándose el 42% del subregistro encontrado en la línea de base de 2005-06. Por lo anterior, se estimó que la meta para 2015 es de 52 x 100,000 nacidos vivos” (Plan estratégico nacional, 2011-2014, pag. 13).

“La Reforma de Salud a partir de Junio 2010 se inicia la implementación por parte del MINSAL de un proceso de reforma, adoptándose el modelo de atención de salud familiar y comunitario, y un modelo de provisión de servicios por niveles de atención integrados en una red integral e integrada de servicios de salud (RIISS), esencialmente el proceso de reforma tiene como objetivo acercar la atención de salud a la población y prestarle servicios especializados de calidad y con calidez. El núcleo de atención de primera línea y de entrada al sistema son los denominados Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF), el cual es un equipo multidisciplinario de atención que atiende a la población en su vivienda y en su comunidad existiendo además los Equipos Comunitarios de Salud Especializados (ECOSE)”.(Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 13).

“Este primer nivel de atención se integra a la red hospitalaria de 2do. y 3er nivel a través de un sistema de referencia y retorno. Actualmente están conformados 201 ECOSF Y 14 ECOSE los cuales prestan sus servicios en el área rural de 74 municipios de extrema pobreza. Se espera que este nuevo modelo de atención contribuya sustancialmente a la reducción de la mortalidad materna e infantil. En el aspecto programático se ha pasado de los programas verticales inequitativos y excluyentes a su integración en el ciclo de vida, en la RIISS, a su transversalización y horizontalización. Uno de estos programas es el de Atención Integral e Integrada a la SSR en el ciclo de vida a cuyo plan estratégico se incorpora este PRMMPN.” (Plan estratégico nacional, pág. 13 2011-2014)

### **2.3 PLAN ESTRATEGICO NACIONAL 2011-2015**

El presente Plan es de aplicación nacional y de estricto cumplimiento tanto a nivel central del Ministerio de Salud, así como en los diferentes niveles de atención de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS), deberá ser aplicado por todas las instituciones públicas del sector salud. El Plan nacional servirá de referencia a otras instituciones de la sociedad civil, nacionales y extranjeras, comprometidas en el trabajo de reducción de la mortalidad materna e infantil.

Debe incluir a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, y las relacionadas con la educación formal y no formal en el caso de preadolescentes y adolescentes.

### **2.3.1 ESTRATEGIAS DEL PLAN:**

“Promoción de la salud: La promoción de la salud como estrategia está referida a la formulación de políticas públicas, a la participación social, (implica a la población en su totalidad), a la intersectorialidad (para el desarrollo de intervenciones que incidan sobre los determinantes de la salud), al desarrollo de los recursos humanos, a la creación de ambientes que favorezcan la salud, al refuerzo de la acción comunitaria y a la reorientación de los servicios de salud. La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Atención Primaria de Salud Integral (APSI): La estrategia de Atención Primaria de Salud (APSI), establece que el abordaje de la salud debe de hacerse desde la promoción/educación para la salud, la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de la salud. Servicios de salud integrales se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, en de los diferentes niveles del sistema de acuerdo a sus necesidades y a lo largo del ciclo de vida.

Abogacía: La abogacía es una estrategia que combina acciones individuales y sociales, destinadas a conseguir compromisos y apoyo para la promoción de la salud materna, perinatal y neonatal; con el propósito de superar resistencias, prejuicios y controversias. Por lo que debe ser incluida y desarrollada en el marco del nuevo modelo de red de servicios de salud integrales e integrados” (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 30).

Mejora continúa de la calidad de atención: Es una actitud general que debe ser la base para asegurar la continuidad del proceso y la posibilidad de mejora. Cuando hay crecimiento y desarrollo en una organización o comunidad, es necesaria la identificación de todos los procesos y el análisis mensurable de cada paso llevado a cabo.

Algunas de las herramientas utilizadas incluyen las acciones correctivas, preventivas y el análisis de la satisfacción en los miembros o clientes. Se trata de la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones.

### **2.3.2 Principios del plan:**

“Equidad; La equidad implica disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible, recibir atención en función de la necesidad, independiente de su condición económica social y cultural.

Honestidad: Es una cualidad del comportamiento de las personas. Este valor es indispensable para que las relaciones humanas se desenvuelvan en un ambiente de confianza y armonía, pues garantiza respaldo, seguridad y credibilidad en las personas y en los servicios de salud.

Ética: Se entiende a la ética como una ciencia que se encarga de la moral de los actos humanos exclusivamente, y que los califica como buenos y malos a condición de que sean libres, voluntarios y conscientes.

**Respeto:** Es una de las bases en la que se sustenta la ética. El respeto es aceptar y comprender tal como son los demás. Es la consideración de que alguien o incluso algo tienen un valor por sí mismo y se establece como reciprocidad o respeto mutuo.

**Responsabilidad:** La responsabilidad es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral.

**Humanización:** Es la acción y efecto de fomentar que las personas hagan el bien. Incluye también la aceptación de grupos sociales “minoritarios”, con dificultades para la integración, por parte del resto de la sociedad. La aceptación de estos sectores minoritarios humaniza a la sociedad en general.

**Sensibilidad** Es el valor que nos hace despertar hacia la realidad, descubriendo todo aquello que afecta en mayor o menor grado el desarrollo personal, familiar y social.

**Solidaridad:** Acciones que favorecen el desarrollo de los individuos y las naciones, está fundada principalmente en la igualdad universal que une a todas las personas. Esta igualdad es una derivación directa e innegable de la verdadera dignidad del ser humano, que pertenece a la realidad intrínseca de la persona, sin importar su raza, edad, sexo, credo, nacionalidad o partido.

**Compromiso:** Es una promesa o declaración de principios donde se establecen acuerdos en el cual cada una de las partes asume la obligación de cumplir.

**Cooperación** Es el trabajo en común de un grupo o equipo de personas para alcanzar un objetivo compartido, usando métodos comunes al grupo, en lugar de trabajar de forma separada.

**Confidencialidad** Es un principio ético que garantiza que la información de las personas es accesible solo para aquellos autorizados a tener acceso” (Plan estratégico nacional, 2011-2014, pág. 18)

### **2.3.3 Enfoques del plan**

Derechos humanos /derechos sexuales y reproductivos: Los derechos sexuales y reproductivos están sustentados en la capacidad de los seres humanos para decidir sobre su sexualidad y reproducción. Como parte de los derechos humanos, son inherentes a la persona, inalienables y universales. En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) que planteo fue el derecho a la intimidad y el derecho de las mujeres para decidir sobre su cuerpo y los procesos de procreación, es decir poder elegir en qué momento tener hijos, con quien, a que intervalo, libres de coacción y violencia, así como el derecho al acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

Familiar/comunitario Conjunto de acciones intra y extra hospitalarios de salud integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la comunidad.

Corresponsabilidad de la familia y de la comunidad en la salud de la madre y el recién nacido: La corresponsabilidad entre los servicios de salud, la familia y la comunidad, fomentando la participación activa de los padres de familia desde la etapa pre- concepcional, embarazo, parto puerperio y salud del recién nacido(a).

“Género: Género no se refiere simplemente a las mujeres o los hombres, sino a la forma en que sus cualidades, conductas e identidades se encuentran determinadas por el proceso de socialización. El enfoque de género es una herramienta de trabajo, que permite identificar los diferentes papeles y tareas que llevan a cabo los hombres y las mujeres en una sociedad, así como las asimetrías y las relaciones de poder e inequidades en el acceso a las decisiones y los recursos. Además, nos ayuda a reconocer las causas que las producen y a formular mecanismos para superar estas brechas.

Generacional: Que es orientado a reducir las desigualdades existentes entre las personas adultas y las jóvenes, para que estas últimas puedan determinar con autonomía en lo referente al autocuidado de la salud.

Riesgo El riesgo implica la probabilidad de la presencia de una o más características o factores que incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal y de otros. El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para prevenirlos.

Sostenibilidad: Lo que implica la aplicación y desarrollo de acciones de probada eficacia para incidir en la salud de la población, reducir la mortalidad materna, perinatal y neonatal dentro de los servicios de salud, de acuerdo a los modelos de atención (extensión de cobertura, comunidad-familia y servicios de salud), mediante actividades de divulgación y cuidado de la familia-comunidad, incluida la educación sanitaria para mejorar las prácticas de asistencia a domicilio, para crear la demanda de atención especializada, y para mejorar la búsqueda de atención”(Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 19).

Es decir procesos que sean continuos y con una corresponsabilidad compartida con la familia y participación de la comunidad, favoreciendo la expansión simultánea de la atención clínica de bebés y madres que es fundamental para lograr la reducción de las muertes maternas y neonatales necesarias para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

#### **2.3.4 Embarazo y mortalidad materna en adolescentes:**

“Está documentado que las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad de niñas de entre 15 y 19 años en todo el mundo. Las jóvenes que dan a luz antes de cumplir los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres mayores de 20 años.

De acuerdo a los datos de FESAL-2008, del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, el 24% está o estuvo en unión conyugal y el 18 % tiene al menos un(a) hijo(a). Según este informe, 7 de cada 10 adolescentes con experiencia sexual

tuvieron un embarazo. Las adolescentes con experiencia de embarazo están mayormente concentradas en el grupo de 15 a 19 años, con menor nivel educativo, residentes en el área rural y con menores ingresos económicos (ADS. Encuesta de Salud Familiar. 2008

La tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años fue de 89 por mil mujeres para el periodo de 2003- 2008. (Salvadoreña AD. Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe resumido-FESAL 2008, 2009).

De acuerdo a la vigilancia de la mortalidad materna del MINSAL en 2009 se registraron 20 muertes en adolescentes por causas obstétricas, que representan una proporción de 27.7% para ese año” (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 29).

### **2.3.5 Lineamientos, objetivos, metas, líneas de acción e indicadores**

“Los lineamientos del Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal se sustentan en los compromisos de gobierno adoptado a nivel internacional y a lo establecido en la actual Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza” en su estrategia 15 que dice:

Salud sexual y reproductiva

- Establecer un programa intersectorial de educación sexual y prevención del embarazo en adolescentes.
- Garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica.
- Garantizar el derecho a la intimidad y la confidencialidad en los sistemas de registro concerniente a este campo.



- Cualificar técnicamente, acreditar y supervisar a las parteras como personal de apoyo al programa de la mujer, integrarlas al sistema de registro y a la red pública de servicio

- Educación y atención en salud reproductiva pre-concepcional, prenatal, perinatal, postnatal e internatal, lo establecido en la Ley de protección integral a la niñez y adolescencia (LEPINA), en el capítulo II, artículo 21 en donde hace referencia que la salud es un bien público y un derecho fundamental de los niños, niñas y adolescentes. El artículo 22 establece que el estado proveerá el acceso gratuito a los servicios de salud de acuerdo al nivel correspondiente. El Artículo 23 y 24 garantiza la atención de emergencia a todo niño, niña, aquellos por nacer o adolescente o mujer embarazada, y el artículo 25 lista las obligaciones del sistema nacional de salud, el literal a) se refiere a la elaboración y ejecución de la política integral de salud para la atención de la niñez y adolescencia con énfasis en la atención primaria, el combate a la mortalidad materno-infantil, entre otros.

a) Objetivo general:

Reducir la mortalidad materna, neonatal y perinatal en El Salvador, como expresión de una maternidad saludable, segura y voluntaria; facilitando servicios de salud materna, perinatales y neonatales de calidad, promoviendo el empoderamiento de la mujer, el apoyo y participación de los hombres, la familia y comunidad, con intervenciones multisectoriales, la cooperación interagencial y el compromiso de la sociedad civil". (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 36).

b) Metas del Plan al 2014: Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos

Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014

Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014.

### c) Objetivos estratégicos

Objetivo estratégico 1 Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna perinatal- neonatal garantizando el acceso universal a la atención Se trata de la creación de las condiciones más apropiadas a nivel regional, nacional, municipal, comunitario, familiar y personal para promover la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, asegurando la participación de todos aquellos actores que intervienen en lograr un maternidad y un nacimiento seguro.

Resultado 1 Entornos favorables a nivel de políticas, normas, protocolos, otros documentos regulatorios, compromisos y alianzas regionales, nacionales, locales, intersectoriales para el apoyo constante a la salud de la mujer y el niño/niña, desde la preconcepción, periodo prenatal, parto, puerperio y periodo perinatal, creados, desarrollados y funcionando” . (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 35-37)

#### Líneas de acción

- “Contar con una Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva con enfoque de género y derechos que incorpore estrategias lineamientos para la RMMPN.
- Abogacía para incorporar la salud de la madres y las y los recién nacidos como un elemento de alta prioridad en los tres poderes del estado, en las políticas de los gobiernos locales (políticas saludables locales) y en todas aquellas instituciones nacionales y locales (políticas intersectoriales) involucradas en las determinantes de la mortalidad materna perinatal y neonatal (MMPN).
- Contar con un anteproyecto de ley de anticonceptivos.
- Abogacía hasta obtener el mayor apoyo de diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales para su incorporación a la implementación del presente Plan.
- Lograr la actualización, homologación e integración del marco regulatorio/ normativo y protocolar de la atención de la madre y el recién nacido a ser aplicado

en los diferentes niveles de atención de la RIISS y en otras instituciones del sector.

- Contar con información actualizada que posibilite el análisis nacional de la situación de salud de la madre y el recién nacido que permita tomar decisiones basadas en evidencia científica.
- Crear, fortalecer y dar seguimiento a alianzas y a socios internacionales, nacionales y locales en pro de la reducción de la mortalidad materna y peri neonatal.
- Cumplimiento de compromisos internacionales, regionales y nacionales en materia de reducción de la MMPN firmados por el gobierno nacional.
- Lograr acciones coordinadas de la cooperación externa para la asistencia técnica y financiera para la reducción de la MMPN.
- Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.

Resultado 2 Mujeres, familias y comunidades han adquirido conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, haciendo énfasis en la maternidad y nacimiento seguro”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 37).

#### Líneas de acción

- “Desarrollar un programa permanente de formación y educación en salud sexual y reproductiva en el ámbito comunitario con énfasis en factores de riesgo de la MMPN, que favorezca la salud de la mujer y del recién nacido(a), estableciendo audiencias de acuerdo a prioridades como mujer, familia, población general y autoridades locales e institucionales; con énfasis en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prácticas de conductas saludables, con enfoque de género, reducción de la violencia contra la mujer, niñez y adolescencia, derechos y responsabilidades.

- En todos los niveles de la RIISS proporcionar consejería a la mujer y su familia al momento del control prenatal, parto y puerperio y con respecto a cuidados del RN.

## Objetivo estratégico 2

Brindar atención con calidad y calidez a la mujer y al niño/a en la red integral e integrada de servicios de salud (RIISS) con enfoque de APSI y de promoción de la salud para garantizar una maternidad segura y un nacer seguro. El acceso universal a la atención integral e integrada con calidad y calidez de la madre, el recién nacido y el niño debe incluir la prestación de una atención con personal calificado. Los servicios deben proporcionar una atención continua y velar por que el acceso a la atención calificada durante el embarazo, el parto y el postparto se extienda durante el primer mes de vida y más allá.

Resultado 1 Red de servicios integrales e integrados en salud (RIISS), desarrollando un conjunto de intervenciones de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación en forma oportuna dirigidas a la reducción de la MMPN, con calidad y calidez”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 37-38).

## Líneas de acción

- “Garantizar el cuidado pre-concepcional, control prenatal, post parto y el óptimo espaciamiento ínter genésico a través del programa de planificación familiar a fin de asegurar una maternidad segura.
- Garantizar la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de vías urinarias en las embarazadas para la disminución de la prematuridad.
- Garantizar la ingesta de ácido fólico en el periodo pre-concepcional para la reducción de las malformaciones congénitas del tubo neural.

- Garantizar la ingesta de micronutrientes en el periodo prenatal y puérperas a fin de reducir la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil, y el bajo peso del recién nacido.
- Promover el consumo adecuado de alimentos ricos en hierro, ácido fólico y calcio, así como el suministro de hierro en niñas, más ácido fólico en adolescentes y mujeres en el periodo pre-concepcional, embarazadas y puérperas.
- Promocionar, fomentar y proteger la lactancia materna exclusiva (de cero a seis meses de edad), como la intervención costo efectiva más importante para mejorar la salud neonatal y de la niñez. Introducir los bancos de leche humana a nivel hospitalario así como la iniciativa de madre canguro para reducir los impactos de la prematuridad, el bajo peso al nacer y las infecciones. Así como la alimentación complementaria adecuada y balanceada a partir de los 6 meses de edad” (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 39).
- “Contribuir a prevenir y reducir la reincidencia del embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento de los servicios de salud en áreas especializadas para adolescentes, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con la participación activa de la sociedad civil.
- Promover intervenciones que fomenten el autocuidado en la mujer, para optar de manera libre e informada para el uso de servicios de SSR, evitando prácticas dañinas a su salud, según ciclo de vida.
- Reducir los embarazos no programados o no deseados ampliando los servicios de planificación familiar, promoviendo intervalos entre nacimientos de al menos 24 meses, apoyándose con recursos comunitarios como los promotores de salud en la comunidad y profesionales de la salud.
- Promover el parto institucional.
- Mantener la vigilancia de las enfermedades infecciosas e inmuno prevenibles (rubéola y tétanos neonatal, y hepatitis)

- Prevenir las complicaciones de la toxemia mediante la aplicación de la primera dosis de sulfato de magnesio (de acuerdo a lo que establece la normativa vigente).
- Prevenir y tratar la transmisión vertical (materna- infantil) de la sífilis congénita y el VIH.
- Programar auditorías del 100% de las muertes maternas y el 10% de muertes infantiles ocurridas cada año.
- Asegurar que toda embarazada tenga un plan de parto garantizando su seguimiento y cumplimiento.
- Incorporar a los hombres y jóvenes adolescentes en los programas de atención en salud a la mujer, el niño y adolescente, fomentando la masculinidad y la paternidad responsable, el cuidado de la mujer embarazada, exhortando a un trato más igualitario de las obligaciones relativas al cuidado infantil.

Resultado 2 Red integral e integrada de Servicios de Salud (RIISS) fortalecida para la atención oportuna y de calidad en la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y niño/a en el periodo neonatal y perinatal”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 40).

#### Líneas de acción

- “Reducir las demoras en la identificación y el manejo de las complicaciones del embarazo y el parto (ruta crítica para la atención de la madre y recién nacido).
- Garantizar que la atención materna, perinatal y neonatal. en la RIISS sea proporcionada por personal debidamente certificado y/o capacitado
- Mejorar la capacidad del sistema de salud, incluyendo infraestructura para brindar atención de calidad a la madre y al recién nacido, (cuidados obstétricos neonatales esenciales CONE/ incluida la atención de urgencia: cuidados obstétricos de emergencia (COEm)).
- Ampliar el acceso a servicios neonatales y obstétricos de urgencia, las 24 horas del día.

- Mejorar el sistema de derivación o referencia de casos, facilitando el transporte de la mujer embarazada y recién nacido que lo necesite.
- Definición, aplicación, cumplimiento y seguimiento de estándares de calidad a ser aplicados en la RIISS contribuyentes a la RMMPN.
- Ampliar la construcción de hogares de espera materna a nivel nacional.

Resultado 3 Enfoque del continuo de la atención aplicado y visto como una perspectiva holística e integradora para tratar el tema de la salud materna, perinatal y neonatal”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 40-41).

#### Líneas de acción

- a) “Los cuidados desde antes del embarazo hasta el puerperio:
  - Atención de la salud de las jóvenes y mujeres en edad fértil.
  - Utilizar el índice de masa corporal (IMC) preconcepcional, para clasificar el estado nutricional de la mujer en las diferentes etapas de su vida reproductiva.
  - Atención de la madre en los periodos prenatales, del parto y posparto así como los cuidados al recién nacido después del parto.
- b) El continuo de los cuidados del hogar al hospital:
  - Promover en la mujer embarazada y su familia la búsqueda de asistencia oportuna, ligada a una mejora en la calidad de los servicios salud, disponibles a nivel comunitario.
- c) El continuo de atención de los servicios preventivos a los servicios curativos:
  - Priorizar el desarrollo eficiente de intervenciones en concordancia con las necesidades locales, comenzando con las intervenciones más factibles y de acuerdo al nivel resolutivo de los servicios, para la atención del embarazo, parto y cuidados del recién nacido.

#### Resultado 4

Aptitudes, actitudes y competencias de los proveedores de atención de salud se han mejorado. Los proveedores de salud están capacitados en el cuidado esencial

de emergencia al recién nacido para evitar la mortalidad y prevenir la morbilidad y discapacidad entre las madres y las y los recién nacidos”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 40-41).

#### Líneas de acción

- ” Desarrollar programas de capacitación y formación con garantía de la calidad para los trabajadores de la salud que cuidan a las madres y a las y los recién nacidos enfatizados en los aspectos de control prenatal, atención esencial a las y los recién nacidos, atención inmediata del recién nacido enfermo, atención posnatal y conocimientos básicos para emergencias obstétricas y neonatales.
- Fortalecimiento de la estrategia del paquete madre bebé ampliado a nivel hospitalario, así como sus diferentes componentes.
- Fortalecimiento de la estrategia AIEPI, en el componente del recién nacido y sus diferentes niveles de aplicación, la calidad de la atención de salud y los suministros, el manejo de las infecciones, la determinación del bajo peso al nacer y una mejor atención al nacer.

Resultado 5 La calidad y calidez de la atención hospitalaria se ha mejorado”.(Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 41).

#### Líneas de acción

- “Observar una mayor atención a la calidad de los procedimientos en las salas de atención obstétrica, unidades de cuidados neonatales esenciales y de cuidados intensivos.
- Estas dependencias hospitalarias deben centrar su atención en el manejo adecuado de complicaciones obstétricas, tratamiento de la hipertensión, manejo de hemorragias post parto, tratamiento de la asfixia del neonato y la prevención de infecciones (especialmente las infecciones nosocomiales) y aborto séptico.



- Disponer de personal competente, adecuado y con experiencia en la atención al embarazo, parto y recién nacido, el uso de equipos y la administración precisa de medicamentos.
- Mejorar la calidad de la atención durante el tiempo de internamiento de las mujeres puérperas en los hospitales.
- Facilitar las rutas de atención de la embarazada dentro de los hospitales a fin de que ingresen directamente a las salas de trabajo de parto, evitando el paso por los servicios de emergencia.
- Promover y mantener la calidez en la prestación de los servicios maternos, perinatales y neonatales.
- Implementar la supervisión capacitante, el mejoramiento de la infraestructura, las adquisiciones, el mantenimiento del equipo básico, suministros y medicamentos para la atención preventiva, curativa y de emergencia.
- Fortalecer la comunicación interpersonal entre los prestadores de los servicios maternos, perinatales y neonatales, de los diferentes niveles de atención y sus redes de servicios, propiciando el comportamiento de apoyo entre los servicios de salud así como el respeto por los usuarios y usuarias de los servicios materno infantiles.
- Continuar con la aplicación de estándares e indicadores de calidad relacionados con la atención de la embarazada y el recién nacido en las 28 maternidades del país.
- Elaboración e implementación de estándares de calidad priorizados para la atención de la embarazada y el recién nacido en la RIISS.” (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 43).

Objetivo estratégico 3:

### **Promover intervenciones a nivel de la comunidad**

La participación de la comunidad (agentes comunitarios) en la promoción de prácticas saludables y una atención temprana y apropiada para prevenir o detectar cualquier problema, han tenido fuerte impacto en la salud materna, neonatal y perinatal. La comunidad debe de participar en la elaboración del plan preparativo del parto y nacimiento, transporte comunitario y sistemas de vigilancia (plan de parto). Las intervenciones incluyen estrategias de comunicación y movilización comunitaria que promuevan prácticas saludables y aumentan el uso apropiado de los servicios de salud existentes. La participación de los agentes y voluntarios de salud de la comunidad tiene mayor énfasis en la salud materna e infantil. Se incluye a las parteras tradicionales, en zonas de difícil acceso y se promueven visitas postnatales tempranas a nivel domiciliar.

“Prácticas saludables que pueden ser promocionadas en la comunidad

- Nutrición adecuada de las madres.
- Aplicación de vacuna antitetánica.
- Promoción del parto hospitalario.
- Reconocimiento de signos de peligro y transporte inmediato.
- Reconocimiento temprano de signos de peligro y transporte inmediato.
- Lactancia materna exclusiva.
- Prácticas sexuales seguras.
- Ambiente seguro y limpio.
- Protección de violencia
- Prevención de embarazo en adolescentes.

- Mantener seco y caliente al niño mediante el uso del gorro.

Resultado 1 Intervenciones comunitarias dirigidas a la RMMPN realizadas.

Líneas de acción

- Promover por parte del MINSAL que los agentes comunitarios (voluntarios, comités, grupos de apoyo y otros) realicen sistemáticamente intervenciones en pro de la RMMPN.
- Ampliar la estrategia de individuo, mujer, familia y comunidad (IMFC) en áreas priorizadas con énfasis en la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal.
- Fortalecer el rol de los promotores de salud, parteras tradicionales y voluntarios comunitarios en la aplicación de estrategias de comunicación y movilización comunitaria que promuevan prácticas saludables y aumenten el uso apropiado de los servicios de salud existentes”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 43-44).
- “Contraloría social efectiva con comités locales, actores sociales, comunidades.
- Promover la estrategia de hogares de espera materna con la participación de gobiernos locales, ONG, asociaciones locales, la familia, comunidad e instituciones públicas.
- Fortalecer la estrategia de plan parto para implementar la atención del parto a nivel institucional, principalmente en las zonas con mayor dificultad de acceso.

Resultado 2 Movilización social y comunitaria fortalecida. La participación comunitaria, el compromiso de la familia incluido al hombre y la acción intersectorial son fundamentales para el cuidado materno y neonatal. Las organizaciones no gubernamentales (ONG), las organizaciones religiosas, las autoridades civiles y los servicios de salud locales cumplen funciones importantes en la movilización comunitaria y el aumento de la capacidad de la comunidad. Los grupos de mujeres que han recibido capacitación en atención materna y neonatal

son reconocidos por sus funciones de promoción y fomento de una atención apropiada.

#### Líneas de acción

- Fortalecimiento del liderazgo de las organizaciones especializadas en la salud materna, perinatal y neonatal tales como las Alianzas por la salud sexual y reproductiva, neonatal y perinatal, sociedades médicas y asociaciones de mujeres”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 44-45).
- “Facilitar el empoderamiento de las mujeres mediante la participación del hombre al compartir la responsabilidad del cuidado de la salud.
- Fomentar la adopción de prácticas saludables, como el acceso al control prenatal, la atención calificada del parto, la lactancia materna inmediata y exclusiva y la búsqueda de atención apropiada para los problemas neonatales.
- Asegurar la protección integral con garantías de derechos a adolescentes embarazadas identificadas con mayor riesgo y vulnerabilidad, prevención del segundo embarazo y orientación a padres adolescentes.
- Fomentar la participación social, fortaleciendo el accionar interinstitucional e intersectorial para el abordaje de problemas: embarazo en adolescentes, violencia de género, derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollar y fortalecer el sistema de referencia y contra referencia con la participación de la comunidad, organizaciones del gobierno local y servicios de salud con énfasis en la implementación del plan de parto, seguimiento del prematuro, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas.

Resultado 3 Habilidades de comunicación interpersonal en personal de la RIISS (ECOF y ECOE) y comunitarios desarrollados. Los agentes comunitarios de salud, los voluntarios sanitarios y el personal de los establecimientos de salud pueden transmitir los mensajes clave con eficacia”. (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 46).

## Líneas de acción

- “Fortalecer las destrezas en comunicación, negociación y mensajes cortos, esenciales y claros en el personal de salud, promotores, parteras tradicionales y voluntarios de la comunidad sobre cambios de conductas en relación a la salud materna, perinatal y neonatal.
- Fomentar el uso de un lenguaje adecuado para las diferentes audiencias, fortaleciendo la consejería.
- Promover estrategias de movilización social y comunitaria para lograr una participación activa de los líderes civiles y religiosos, grupos de mujeres, jóvenes y hombres para promover la adopción de prácticas saludables y satisfacer necesidades específicas como planes de preparación para el parto seguro, redes de transporte y apoyo económico.
- Establecer y fortalecer vínculos efectivos entre la comunidad organizada y el establecimiento de salud.
- Establecer alianzas estratégicas con los medios de comunicación locales y nacionales.

Objetivo estratégico 4 Desarrollar y fortalecer los sistemas de información monitoreo, supervisión, evaluación y de vigilancia con énfasis en MMPN.

Resultado 1 Un sistema de información integrado en la RISS funcionando utilizado para la toma de decisiones.

## Líneas de acción

- Definición del conjunto de indicadores para evaluación de la MMPN en función de obtener en el sistema de información los datos pertinentes incluyendo determinantes de MMPN.
- Construcción de líneas de base que permitan conocer la situación de un evento y proporcionarle seguimiento.

- Mejorar, unificar y estandarizar el sistema de información, registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna perinatal/neonatales en la RIISS y en el sector salud.
- Fortalecimiento del sistema informático perinatal (SIP) en todos los hospitales que cuenten con servicios de atención de parto y recién nacidos.
- Promover el análisis y el uso de datos locales sobre partos ocurridos en la zona, muertes perinatales/neonatales y maternas, para mejorar los servicios con participación de líderes de la comunidad.
- Estimular la realización de investigaciones operativas y actualización de líneas de base.
- A futuro definir indicadores de desempeño del personal de salud para la atención de calidad.
- Abogacía para favorecer la incorporación de variables maternas, neonatales y perinatales en las encuestas nacionales de demografía y salud.

Resultado 2 Un sistema de monitoreo/supervisión y evaluación integrado en la RIISS estructurado y funcionando.

#### Líneas de acción

- Diseño de un sistema único de monitoreo/supervisión y evaluación integral e integrado de las actividades programáticas contempladas en el presente Plan de reducción de la MMPN en relación a condiciones de eficiencia, estándares de calidad, auditorías, desempeño del personal y disponibilidad de recursos.
- Implementar el monitoreo y supervisión de los servicios maternos y perinatales y neonatales en la RIISS aplicando los instrumentos previamente establecidos” (Plan estratégico nacional, 2011-2014 pág. 46-47).

## **2.4 PLAN PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD MATERNA, ENERO A DICIEMBRE 2016.**

**O.E.1 “Fortalecer la promoción de entornos favorables para la salud de la mujer y la niñez con enfoque de derecho y participación intersectorial.**

**R.1 Políticas públicas y normativas institucionales relacionadas con la salud de la mujer y la niñez implementándose a nivel nacional.**

Meta: Que EL 100% de establecimientos conozcan e implementen la política pública y normativas institucionales relacionadas con la salud de la mujer y la niñez.

### ***L.1 Asegurar el abastecimiento de métodos anticonceptivos***

Actividades a desarrollar: Establecimientos de salud con oferta básica de anticonceptivos (UCSF y hospitales) y Fortalecer al Personal de salud en conocimientos y manejo del programa de planificación familiar en la RIISS (SIBASI).

### **L.2 Implementación de las acciones contenidas en el plan de reducción de embarazadas en adolescentes**

Actividades a desarrollar:

1. Socializar el Plan para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes embarazadas (Región y SIBASI)
2. Establecimientos de salud ejecutando el Plan para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes embarazadas (UCSF 53 y Hospital

**L.3 Cumplimiento de las acciones que competen al sector salud dentro de la LEPINA, la política nacional de atención integral a la primera infancia, política nacional para la atención integral de la niñez y la adolescencia.**

Actividades a desarrollar: Socialización de la política nacional de atención integral a la primera infancia, política nacional para la atención integral de la niñez y la adolescencia”. (Riiss Santa Ana, 2016, pág. 13)

**R.2 “Estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva construidas, socializadas y desarrollándose.** Meta: socialización e implementación en el 100% de establecimientos, las estrategias de promoción de la SSR

**L.1 Intervenciones intersectoriales para fortalecer la promoción de la SSR, con énfasis en la atención preconcepcional con calidad y calidez**

Actividades a desarrollar: Realización de jornadas, capacitaciones y movilización social con la intersectorialidad para la promoción de la atención preconcepcional y SSR (UCSF).

**L2. Promoción de la acreditación de establecimientos "Amigos de la madre y el niño" a nivel de las instituciones que conforman el SNS.**

Actividades a desarrollar: UCSF desarrollando actividades que promuevan el cumplimiento de los 13 pasos de la iniciativa USANYM para la acreditación, incrementando 3 establecimientos UCSFI CASA DEL NIÑO, COATEPEQUE Y SAN RAFAEL.

**L3 Fortalecimiento y ampliación de la cobertura del programa "Escuela Promotora de Salud"**

Actividades a desarrollar: Fortalecer las actividades de la estrategia “Escuela Promotora de Salud” en los centros educativos asignados al área geográfica de influencia a través de la campaña de desparasitación (UCSF)

**L4 Promoción de los servicios de atención preconcepcional en todos los niveles del sistema Nacional de Salud**

Actividades a desarrollar: Fortalecer los espacios informativos de los establecimientos de salud para promoción de la atención preconcepcional(UCSF y Hospital)”. (Riiss Santa Ana, 2016, pág. 14-16).



**R.3 "Alianzas estratégicas nacionales trabajando de manera articulada y coordinada.** Meta: que el 100% de los gabinetes de gestión departamental trabajen de manera articulada y coordinada a favor de la salud materna y de la niñez

**L.1 Posicionar el análisis de la salud materna y de la niñez en los gabinetes de gestión departamental**

Actividades a desarrollar: Socialización del plan para el abordaje integral de la salud materna y de la niñez en los gabinetes de gestión departamental (SIBASI y HOSPITAL) y Realizar análisis de la Salud Materna e Infantil en los Gabinetes de Gestión Departamental (SIBASI Y HOSPITAL)

**L2. Funcionamiento activo de las alianzas intersectoriales e interinstitucionales en pro de la salud materna e infantil**

Actividades a desarrollar: Socialización del plan para el abordaje integral de la salud materna y de la niñez con la intersectorialidad (UCSF) e Involucrar a cada una de las instituciones que conforman la intersectorialidad dentro del rol que desempeñan en pro de la salud materno infantil (UCSF).

**R.4 Estrategias que promueven la vigilancia del bienestar materno y de la niñez implementándose .** Meta: Que el 100% de los establecimientos implementen la vigilancia del bienestar materno y de la niñez.

**L.1. Implementación de planes de vigilancia de la morbilidad materna y de la niñez durante períodos vacacionales y acciones contingenciales ante situaciones prioritizadas**

Actividades a desarrollar: Dar seguimiento a la operativización de los planes en periodos vacacionales y situaciones prioritizadas (UCSF, SIBASI, REGION y HOSPITAL)". (Riiss Santa Ana, 2016, pág. 17-18).

**L2. "Promoción de los cuidados necesarios para garantizar el bienestar de la madre, niñas y niños durante el embarazo, parto, nacimiento, puerperio**

Actividades a desarrollar: Fortalecimiento del personal de salud sobre los cuidados necesarios para garantizar el bienestar de la madre, niñas y niños durante el

embarazo, parto, nacimiento, puerperio (UCSF y Hospital): Jornadas de SSR, Tamizaje.

### **L.3 Promoción de la lactancia materna exclusiva, la suplementación con micronutrientes y la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de vida.**

Actividades a desarrollar: Participación de líderes comunitarios / comités de salud en la promoción de la salud infantil: lactancia materna exclusiva, agua segura, alimentación complementaria (UCSF), Elaborar listado de criterios para fortalecer la educación de familias con niños menores de 5 años por salud comunitaria (UCSF) y Apertura de Salas de Extracción de Leche Materna en 2 UCSF por SIBASI (UCSFE o UCSFI) y en el 100% de Hospitales de la Región (UCSF, HOSPITALES, SIBASI, Región).

**R.5 Personal de salud fortalecido en habilidades y competencias para la atención materna y de la niñez.** Meta: que el 100% de establecimientos de salud, cuenten con personal fortalecido en habilidades y competencias para la atención materna y de la niñez

### **L.1 Fortalecimiento de capacidades técnicas y administrativas de los prestadores de salud para la atención en salud sexual y reproductiva tales como riesgo reproductivo, atención prenatal y morbilidades obstétricas.**

Actividades a desarrollar: Planificación y Organización de Desarrollo de talleres de habilidades obstétricas para fortalecer las capacidades técnicas (Región) y Desarrollo de taller de aplicación de Sulfato de magnesio por RIISS departamental (Región, SIBASI, Hospitales)". (Riiss departamental,2016 pág. 18-20).

### **L.2 “Fortalecimiento de las capacidades técnicas y administrativas del personal de salud para la atención integral de niños y niñas.**

Actividades a desarrollar: Taller de abordaje integral del prematuro hospitalario y de seguimiento (UCSF Y HOSPITAL), Taller de acreditación en los lineamientos técnicos de atención integral a niñas y niños menores de 5 años (UCSF y HOSPITAL), Taller de acreditación CETEP(UCSF Y HOSPITAL), Curso de

reanimación neonatal (PRN)(HOSPITAL), Curso de STABLE(HOSPITAL), Curso ABR(UCSF), Curso de competencias obstetricas (Hospitales y UCSF).

**O.E. 2: Fortalecer la calidad en la prestación de servicios en salud materna y de la niñez que faciliten el acceso universal con enfoque de derecho.**

**R1: Servicios de detección temprana de riesgo reproductivo con equipos multidisciplinarios a nivel nacional creados y funcionando** Meta: 100% de equipos multidisciplinarios detectando tempranamente riesgo reproductivo.

**L1. Abordaje del riesgo reproductivo desde el nivel comunitario con participación intersectorial.**

Actividades a desarrollar: Realización de capacitación a los comités de salud sobre los riesgos reproductivos, haciendo promoción de la planificación familiar como un pilar fundamental de la maternidad segura (UCSF) y Actualización del censo de MEF por cada promotor de salud (UCSF).

**L2. Implementación y Fortalecimiento de las Clínicas de Alto Riesgo Reproductivo en el Sistema Nacional de Salud**

Actividades a desarrollar: Socialización a todo el personal de salud sobre la atención de la mujer con alto riesgo reproductivo (Hospital, UCSF) e Implementación de consulta de alto riesgo reproductivo en Hospitales (San Juan de Dios santa Ana, H. Chalchuapa, H. Metapan), UCSF E de la RIISS ( Tomas Pineda Martínez, Ciudad Mujer, Chalchuapa)". (Riiss Santa Ana, 2016 pág. 21-22)

**L3. “Promoción de servicios amigables de planificación familiar antes de la concepción y después de un evento obstétrico.**

Actividades a desarrollar: Ofertar servicios de planificación familiar a madres que se encuentren en diferentes servicios de hospitalización (Hospital).

**Resultado 2 Servicios integrales de atención prenatal funcionando articuladamente en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.** Meta: 100% de servicios de la RIISS trabajadamente articuladamente.

**L1. Garantizar insumos y medicamentos para la atención prenatal, del parto, puerperio y principales complicaciones obstétricas y neonatales.**

Actividades a desarrollar: Análisis mensual del abastecimiento de insumos y medicamentos para la atención prenatal, del parto, puerperio y de las principales complicaciones obstétricas y neonatales en la RIISS (UCSF, HOPSITALES) y Transferir oportunamente medicamentos e insumos para la atención prenatal, del parto, puerperio (UCSF, HOPSITALES).

**L2 Prevenir, detectar y tratar los factores de riesgo que inciden en el parto prematuro (IVUs, Vaginosis, Focos de infección de la cavidad bucal, entre otros).**

Actividades a desarrollar: Ejecución y cumplimiento del plan nacional de infecciosas (IVU, Vaginosis, infecciones bucales) (UCSF, HOSPITALES).

**L3 Fortalecimiento del sistema de referencia, retorno e interconsulta de embarazadas en la RIISS.**

Actividades a desarrollar: Análisis mensual del sistema RRI materno infantil en RIISS (HOSPITALES Y UCSF) e Implementar y Fortalecer la cadena de llamadas en la RIISS en cuanto a referencia y retorno de embarazadas”. (Riiss Santa Ana, 2016 pág. 22-24)

**L.4 “Uso de esteroides prenatales en amenaza de parto prematuro para la mejora en la sobrevida del prematuro**

Actividades a desarrollar: Administrar la primera dosis de dexametasona en el primer nivel a toda paciente con diagnóstico de APP durante las semanas 24 a 34 de edad gestacional (UCSF y Hospital).

**L5 Creación de equipos de respuesta rápida integrados en Hospital de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional de la Mujer, Hospital Regional de Santa Ana y Hospital Regional de San Miguel para la atención de pacientes críticos.**

Actividades a desarrollar: Formación de equipo multidisciplinario de respuesta rápida obstétrico y pediátrico, Hospital San Juan de Dios (HOSPITAL), socialización de la función del equipo de respuesta rápida obstétrico y pediatra, Hospital San Juan de Dios (HOSPITAL) y Operativización del equipo de respuesta rápida ,Hospital San Juan de Dios (HOSPITAL).

**Resultado 3: Servicios de atención integral a mujeres, niños y niñas durante el parto, puerperio y primeros años de la vida funcionando articuladamente.** Meta: 100% de equipos multidisciplinarios detectando tempranamente riesgo reproductivo

**L1. Creación de unidades de alta dependencia obstétrica en Hospital Regional de San Miguel, Hospital Regional de Santa Ana y Hospital Nacional San Rafael.**

Actividades a desarrollar: Reasignación de camas para pacientes obstétricas en la sala de cuidados intensivos en Hospital San Juan de Dios Santa Ana, (HOSPITAL)

**L2. Promover la optimización del uso de los Hogares de Espera Materna dentro de las RIIS.**

Actividades a desarrollar: Realizar las pasantías de mujeres gestantes en el hospital de referencia y Hogar de espera materna (UCSF, HOSPITAL)".(Riiss Santa Ana, 2016, pág. 25-26).

**L3. “Fortalecimiento de la aplicación del Manejo activo del tercer Periodo de parto (Cumplimiento de oxitocina, tracción y contra-tracción y masaje uterino).**

Actividades a desarrollar: Cumplimiento del MATEP: toda mujer recibe oxitocina como parte del manejo activo del tercer periodo y su registro adecuado en la HCP (HOSPITAL).

#### **L4. Implementación de las estrategias de Código Rojo y Código Amarillo**

Actividades a desarrollar: Realización de simulacros y simulaciones mensuales de las estrategias de código rojo y código amarillo (Hospital).

#### **L5. Ampliación y fortalecimiento de los servicios de atención neonatal que favorecen la participación de la familia en los cuidados neonatales.**

Actividades a desarrollar: Fomento de la atención puerperal y neonatal temprana a través de la educación a la familia en servicio de puerperio y cirugía obstétrica (citando por fecha al 4 días posterior al nacimiento y 40 días posterior al parto) (HOSPITAL).

#### **L6. Fortalecimiento de las redes de transporte materno y neonatal con apoyo de todas las instituciones y organizaciones.**

Actividades a desarrollar: Elaborar una propuesta de redes de ambulancias para el transporte materno y neonatal entre los establecimientos de RIISS en caso de no disponer oportunamente de ellas (SIBASI, REGION, HOSPITAL).

#### **L9. Inscripción del recién nacido antes de 8 días, inscripción precoz de la puérpera y controles subsecuentes para detectar tempranamente complicaciones, asegurar lactancia materna y planificación familiar” (Riiss Santa Ana, 2016, pág. 26-29).**

“Actividades a desarrollar: Visitas en las primeras 48 horas de egreso hospitalario a puérperas y recién nacidos notificados para fomento de la inscripción del recién nacido antes de 8 días, inscripción precoz de la puérpera y controles subsecuentes para detectar tempranamente complicaciones, asegurar lactancia y planificación familiar (UCSF), visitas a puérperas y recién nacidos en las primeras

24 horas posterior a parto domiciliar (UCSF) y vigilancia para el seguimiento al control de 30 días del niño /niña y 42 días post parto (UCSF).

**R 5: Atención integral a mujeres, niños y niñas con discapacidad.**

Meta: Embarazadas, Niñas y niños con discapacidad identificados a nivel

**O.E. 3: Fortalecer la cobertura de vacunación en mujeres en edad reproductiva, embarazadas, niños y niñas, acorde al Programa Nacional de Vacunaciones e Inmunización.**

Resultado 1: Coberturas de vacunación superiores al 90% en mujeres en edad reproductiva y embarazadas a nivel Nacional. Meta: 70% de Embarazadas con vacuna Influenza, 95% de Embarazadas con vacuna Tdpa

**L1. Aplicación de vacuna Influenza y Tdpa a la Embarazada**

Actividades: Gestionar el abastecimiento Oportuno de Biológico de acuerdo a necesidades, verificar en la embarazada durante el control prenatal el cumplimiento de esquema de vacunación, vacunar a la embarazada con vacuna Influenza intra y extramural, vacunación casa a casa a Faltistas y valuación mensual de metas para la toma de decisiones”. (Riiss Santa Ana, 2016, pág. 31-32)

**O.E. 4: “Desarrollar intervenciones y alianzas comunitarias e intersectoriales que fortalezcan el seguimiento de la madre, niño y niña en la comunidad.**

**R1: Comunidad organizada y participando activamente para el fortalecimiento de la atención preconcepcional, atención prenatal, atención del parto y puerperio y atención de niños y niñas.** Meta: Comunidades organizadas y participando.

**L1 Fortalecimiento de la vigilancia de la salud materna y de la niñez a nivel comunitario con la participación de las organizaciones comunitarias.**

Actividades a desarrollar: Crear comités de vigilancia de salud materno y de la niñez en los establecimientos, según riesgo social comunitario (todas las UCSF).

Capacitar y fortalecer los comités de vigilancia de salud materno y de la niñez en relación a la identificación de riesgo y seguimiento a la embarazada, recién nacido y estrategia canguro. (todas las UCSF).

**L2 Creación y asesoría técnica de grupos de apoyo comunitario para la promoción de la salud preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y salud de la niñez.**

Actividades a desarrollar: Crear grupos de apoyo (MINED, líderes religiosos, ONGs, parteras, usuaria satisfecha, etc.) de acuerdo a la situación materno infantil de cada UCSF para la promoción de la salud preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y salud de la niñez. (Todas las UCSF).

**L3 Fortalecimiento de las alianzas con líderes comunitarios a través de estrategias de comunicación y participación social.**

Actividades a desarrollar: Realizar reuniones con representantes de los comités de vigilancia materno-infantil y grupos de apoyo para analizar la situación materno infantil del área y establecer estrategias de comunicación social. (Todas las UCSF).

Plan para el abordaje integral de la salud materno y de la niñez, enero a diciembre 2016 departamento de Santa Ana, Riiss departamental, MINSAL pág. 36-37

**R2: Rol activo de los gobiernos locales y trabajo intersectorial coordinado en apoyo a la salud materna y de la niñez      Meta: gobiernos locales e intersectorialidad activos y coordinados**

**L1 Desarrollar y mantener alianzas activas con los gobiernos municipales y comités intersectoriales para la promoción permanente y sostenida de la salud materna y de la niñez.**

Actividades a desarrollar: Integrar el componente materno infantil en reuniones con la intersectorialidad en los diferentes niveles de RIISS para establecer acuerdos de cooperación.



**O.E. 5: Implementar acciones para el monitoreo, supervisión y evaluación de la salud materna y de la niñez en la RIISS..**

**R1: Sistemas de información fortalecidos en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.** Meta: De acuerdo a unidades notificadores de los distintos proveedores de servicios de salud

L1. Promoción de la integración de todos los prestadores de salud a sistema único de información en salud, para el registro de información materna y de la niñez. Actividades a desarrollar: Unificación de Sistema de Registro en todos los niveles y de todos los proveedores de servicios de salud para la captura de información materna, perinatal e infantil.

L2. Gestión para el uso del Sistema Informático Perinatal como herramienta de monitoreo y gestión en la Atención Materna-Perinatal, incluyendo el SIP NEO, en todos los prestadores del SNS. Reuniones Mensuales para analizar el sistema informático perinatal por hospital (Hospitales)

Plan para el abordaje integral de la salud materno y de la niñez, enero a diciembre 2016 departamento de Santa Ana, Riiss departamental, MINSAL pág. 38-39

**L3. Implementación de la búsqueda intencionada y la reclasificación de muertes maternas.**

Actividades a desarrollar:

Divulgación anual de la estrategia de búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna con todos los prestadores de servicios de salud.

Realizar búsqueda intencionada de muerte materna por todos los prestadores de servicios de salud con aplicación de los instrumentos ya socializados en los diferentes niveles

Auditoría de expedientes clínicos para descartar o confirmar embarazo en mujeres en edad fértil que han fallecido en el área geográfica correspondiente. (UCSF, hospitales)

Implementar un instrumento (folder) para el seguimiento y cierre de los casos de la Búsqueda Intencionada de Muerte Materna en cada una de las UCSF del departamento

Estandarizar protocolos de atención en los ingresos hospitalarios de las mujeres en edad fértil por otros diagnósticos para descartar/confirmar embarazo mediante el sello de riesgo obstétrico en el HNSJDDSA

Toma de prueba de embarazo a toda mujer en edad fértil crítica que ingresa a las áreas de cirugía y medicina interna del HNCH

Estandarizar la hoja de la historia clínica con los antecedentes obstétricos en las áreas de cirugía y medicina interna del HNM". (Riiss Santa Ana, 2016 pág. 39-40).

**R2: “Acciones contenidas en el plan estratégico para el abordaje integral de la salud materna y de la niñez, monitoreadas sistemáticamente en los diferentes niveles de la RIISS.** Meta: 100 % de supervisiones programadas

**L1 Fortalecimiento de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de la salud materno infantil en todos los ámbitos de la RIISS**

Actividades a desarrollar: Evaluaciones periódicas por todos los prestadores de servicios de la RIISS del PLAN PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD MATERNA Y DE LA NIÑEZ (UCSF mensual, SIBASI: mensual, Región Trimestral).

**R3: Morbilidades extremas y muertes materna e infantiles analizadas en RIISS para la identificación de causas prevenibles y oportunidades de mejora** Meta: 100 % de casos auditados por niveles locales y hospitales

**L1 Análisis de la morbilidad obstétrica extrema y la mortalidad materna de manera sistemática, acorde a los lineamientos establecidos.**

Actividades a desarrollar: Estandarizar y socializar con niveles locales el proceso y los instrumentos de registro de auditorías de MOE y MM (SIBASI), análisis de cada caso de MOE (72 hrs) y MM (24 hrs) a nivel local, SIBASI, de acuerdo a

lineamientos (UCSF, SIBASI), seguimiento mensual a plan de mejora de MOE y muerte materna por los diferentes niveles (UCSF, SIBASI).

**L2 Análisis de la morbilidad pediátrica extrema y la mortalidad de niños y niñas de manera sistemática, acorde a los lineamientos establecidos**

Actividades a desarrollar: Estandarizar y socializar con niveles locales el proceso y los instrumentos de registro de auditorías de MIE y MI (SIBASI). Análisis de cada caso de MIE (72 hrs) y MI (máximo 6 semanas) a nivel local, SIBASI de acuerdo a lineamientos (UCSF, SIBASI), seguimiento mensual a planes de mejora de MIE y muertes infantiles por los diferentes niveles (UCSF, SIBASI).

**R4: Fortalecimiento del ejercicio de la contraloría social en las intervenciones enfocadas en la salud materna y de la niñez en el Sistema Nacional de Salud.** Meta: 100 % de lo programado

**L1 Participación sistemática del FORO y otras expresiones organizativas de la sociedad civil en los Consejos de Gestión de la RIISS.** Actividades a desarrollar: Implementación de mesas y foros de salud para analizar situación materno-infantil e intervenciones de mejora en la atención con participación intersectorial, interinstitucional y de la sociedad civil". (Riis Santa Ana, 2016, pág. 41-42)

## **CAPITULO 3**

### **DISEÑO METODOLOGICO**

**3.1 Tipo de estudio:** Descriptivo, cuali-cuantitativo porque permitirá ordenar los resultados de la observación, de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos. .Es cuantitativa porque ha usado magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas de campo en la estadística y es cualitativo porque se hace un análisis y referencias a aspectos de calidad. Transversal porque se harán las mediciones en una sola ocasión y Retrospectivo porque se trabajara con eventos pasados y presentes.

**3.2 Universo y muestra:** Las Redes Integrales e Integradas de salud (RIIS) y los hospitales nacionales del departamento de Santa Ana del MINSAL, las cuales son:

- Santa Ana: Santa Ana, Texistepeque.
- Metapán: Metapán, Masahuat y Santa Rosa Guachipilín.
- Chalchuapa: Chalchuapa, San Sebastián Salitrillo y El Porvenir.
- Congo: El Congo y Coatepeque.
- Candelaria: Candelaria de la frontera, Santiago de la frontera y San Antonio Pajonal.

Hospitales nacionales;

- Hospital nacional de Santa Ana
- Hospital nacional de Metapán
- Hospital nacional de Chalchuapa

### **3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Entrevista al director de cada cabecera de cada RIIS del departamento de Santa Ana para el llenado de un instrumento para la recolección de datos, que contienen preguntas abiertas. Luego se realizó un recorrido por cada representación de cada RIIS para observar la infraestructura del lugar y áreas asignadas para la atención materna.

### **3.4 PLAN DE TABULACION DE DATOS:**

La información recolectada en los instrumentos se procesaron utilizando Excel, y se presentaran en tablas, gráficos de barras y grafico de pastel.

### **3.5 PLAN DE ANALISIS DE DATOS:**

Los resultados del objetivo uno se analizaron las principales estrategias utilizadas por MINSAL para reducir la morbilidad materna en las mujeres en edad fértil del departamento de Santa Ana y se representan en tablas y gráficos de barra dichos resultados.

En el objetivo dos se especifica si las estrategias fueron aplicables correctamente o no y se utilizo tablas y graficas de barras para su interpretación.

El objetivo tres se analizo las estrategias más utilizadas por MINSAL utilizando las tablas y gráficos de barras para su interpretación adecuada.

### **3.6 CONSIDERACIONES ETICAS**

En el presente trabajo de investigación “Evaluación del impacto de las estrategias de reducción de la morbilidad materna en las mujeres en edad fértil del departamento de Santa Ana” se ha seguido lineamientos básicos con objetividad, honestidad y respetando los derechos a terceros así como se ha hecho un análisis crítico para evitar cualquier riesgo y consecuencia perjudiciales.

Se ha asegurado tanto la calidad de la investigación como la seguridad y bienestar de las personas/grupos involucrados en la investigación, cumpliendo con los reglamentos, normativas y aspectos legales permiten por lo que en ningún momento se proporcionarían nombres, ni posibles identificaciones de instituciones o personas involucrados.

Además de realizar un trabajo de investigación el cual es un requisito graduación de máster en salud pública; logrando así el objetivo primordial de dar una evaluación certera del impacto de las estrategias de prevención de morbilidad materna en Santa Ana.

#### **LIMITANTES:**

- Incongruencia en los datos obtenidos de las diferentes instituciones.
- El acceso a la información
- Agenda saturada de los directores de algunas de las RIIS.
- Hermetismo al momento de expresar las limitantes por las cuales no cumplen las estrategias.

#### **ALCANCES:**

- Solo se enfocarán las principales estrategias de reducción de morbilidad materna.
- Solo se consideran a mujeres en edad fértil del departamento de Santa Ana.

## **Capítulo 4**

### **HIPOTESIS**

Hi: Las estrategias de reducción de morbilidad materna en las mujeres en edad reproductiva en el departamento de Santa Ana impulsadas por MINSAL han reducido las muertes maternas

Ho: Las estrategias de reducción de morbilidad materna en las mujeres en edad reproductiva en el departamento de Santa Ana no han reducido las muertes maternas.

#### 4.1 MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE                     | TIPO DE VARIABLE | DEFINICIÓN                                                                                                                                                                                                      | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ÍTEMS                                                                                         | INSTRUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Efectividad de la estrategia | Independiente    | Es la capacidad o facultad para lograr un objetivo o un fin deseado que sea definido previamente y para el cual se han desplegado acciones estratégicas para llegar a el y este muy relacionado con la eficacia | <p>Aumento en el porcentaje de partos institucionales.</p> <p>Mayor porcentaje de inscripción precoz de control prenatal.</p> <p>Difusión y socialización de plan para la reducción de mortalidad materna en todas las regiones de salud, sibasi y otros establecimientos de salud.</p> <p>Número de establecimientos de salud de primer nivel que cuentan con acciones establecidas de cooperaciones intersectoriales e</p> | Existen libros de registros de supervisiones de cumplimiento de estrategias según corresponda | <p>Libro de registro de partos institucionales</p> <p>Censos con registros de mayor número de inscripciones precoz</p> <p>Listados de asistencia, libros con actas sobre socialización de hospitales, regiones, sibasis</p> <p>Libros de actas y</p> |



|                    |                  |                                                                                                                                                                                                                                             | interinstitucionales<br>Para el apoyo del comité.                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           | listados de asistencia                                                                   |
|--------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| VARIABLE           | TIPO DE VARIABLE | DEFINICION                                                                                                                                                                                                                                  | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ITEMS                                                     | INSTRUMENTO                                                                              |
| Mortalidad Materna | Dependiente      | Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de del embarazo independientemente de su duración o lugar, debido a cualquier causa relacionada con la gestación o agravado por esta | $\frac{N \text{ muertes maternas}}{N \text{ nacidos vivos}} \times 100,000$<br>T Nmuertes maternas<br>_____X100,000<br>Nmujeres en edad fértil<br><br>Numero de morbilidades extremas analizadas en RIIS para identificar causas prevenibles y oportunidades de mejora<br><br>Porcentaje de instituciones | Existen planes locales actualizados e informes ejecutivos | Existencia de los planes<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Listado de participantes |

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                 |
|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>que han implementado los planes de vigilancia de morbilidad materna.</p> <p>Numero de instituciones que dan seguimiento a la operativización de los planes de prevención de morbilidad materna.</p> <p>Porcentaje de personal de salud capacitado sobre los cuidados necesarios para garantizar el bienestar de las madres durante el embarazo, parto, nacimiento, puerperio</p> <p>Porcentaje de personal de salud fortalecido en habilidades y competencias obstétricas</p> <p>Numero de instituciones de salud fortalecidas en capacidades técnicas y administrativas para la atención de salud sexual y</p> |  | <p>Actas de realización de talleres y lista de asistencia</p> <p>Actas sobre capacitaciones</p> |
|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                         |                  |                                                                                                                                                                                    | <p>reproductiva</p> <p>Numero de capacitaciones anuales al comité de salud sobre riesgo reproductivos</p> <p>Numero de instituciones que cuentan con equipo multidisciplinario que detecten tempranamente riesgo reproductivo</p> <p>Numero de clínicas fortalecidas de alto riesgo</p> |                                                                                   |                                               |
|-------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| VARIABLE                | TIPO DE VARIABLE | DEFINICION                                                                                                                                                                         | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                             | ITEMS                                                                             | INSTRUMENTO                                   |
| Estrategia de reducción | Independiente    | Son todas aquellas medidas y acciones adoptadas y orientadas a disminuir el riesgo que una mujer en edad fértil o embarazada tenga riesgo de enfermar o morir a causa del embarazo | <p>Numero de instituciones que implementan las políticas y normativas instituciones relacionadas con la salud de la mujer.</p> <p>Porcentaje de aplicación de promoción de salud sexual y reproductiva.</p>                                                                             | Existencia de los documentos que verifique la reducción de la morbilidad materna. | Contar con las normativas en cada institucion |

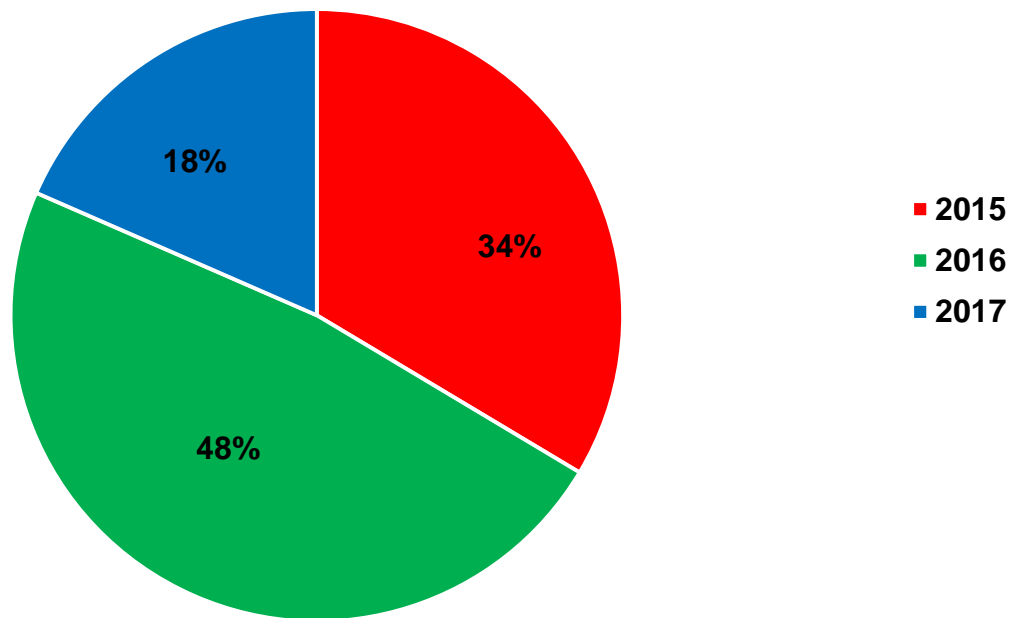
|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  |  | <p>Numero de instituciones con alianzas estratégicas intersectoriales trabajando de manera articulada y coordinada.</p> <p>Numero de instituciones que promueven la vigilancia del bienestar materno.</p> <p>Numero de instituciones con servicios de atención integral prenatal funcionando articuladamente en todos los niveles de sistema nacional de salud.</p> <p>Porcentaje de instituciones que brindan servicios de atención integral a mujeres durante el embarazo, parto, puerperio funcionando articuladamente</p> <p>Numero de instituciones que cuentan con atención</p> |  |  |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  |  | <p>integral a mujeres con discapacidades.</p> <p>Numero de comunidades organizadas y participando para el fortalecimiento de la atención preconcepcional, prenatal, atención del parto y puerperio.</p> <p>Numero de instituciones de gubernamentales locales e intersectoriales coordinando apoyo a la salud materna</p> |  |  |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

## 4.2 PRESENTACION DE RESULTADOS:

GRAFICO 1.

Personal capacitado en las estrategias de reducción de morbilidad materna en el departamento de Santa Ana del MINSAL, años 2015-2017.



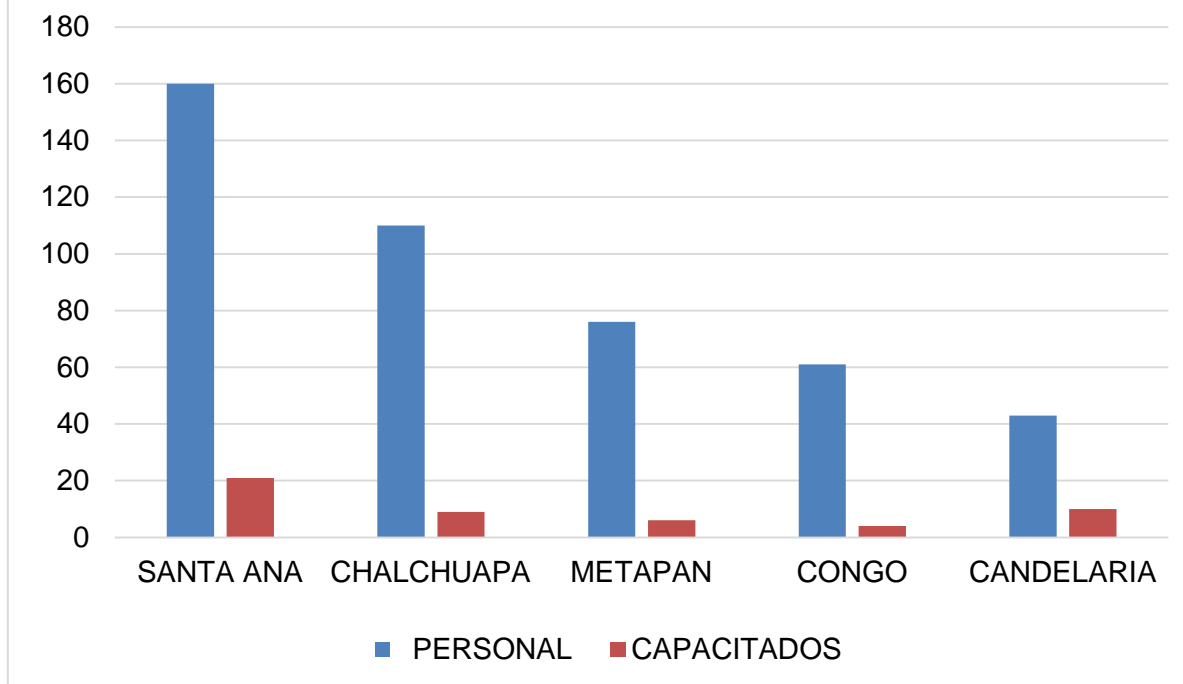
Fuente: OIR

### Análisis:

El gráfico anterior muestra el porcentaje de personal capacitado en las estrategias para la reducción de morbilidad materna en las mujeres de edad fértil del MINSAL del departamento de Santa Ana para el año 2015, siendo de 34% personas capacitadas; para el 2016 el 48% y para el 2017 el 18%, esta variación en el porcentaje capacitado se debe al número de personal nuevo y en servicio social que labora en cada centro de salud de Santa Ana y que debe ser capacitado con dichas estrategias.

## GRAFICO 2.

**Personal capacitado en las estrategias de reducción de morbilidad materna en el departamento de Santa Ana del MINSAL año 2017.**

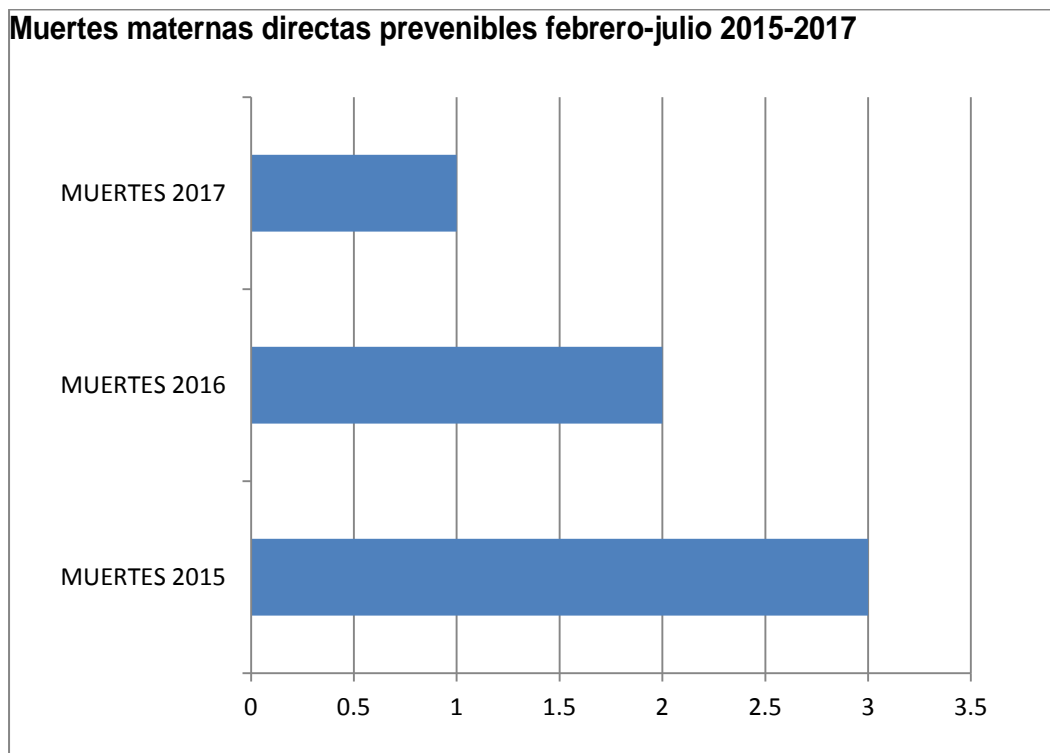


Fuente: SIBASI, Santa Ana. OIR

### **Análisis:**

El grafico anterior muestra el número de personal capacitado en las estrategias para la reducción de la morbilidad materna del MINSAL del año 2017 por cada RIIS del departamento de Santa Ana. Siendo la RIIS de Santa Ana 21 capacitados que corresponden al 13%, Chalchuapa 9 capacitados: 8%; Metapan 6 capacitados: 8%; El Congo 4 capacitados: 7% y Candelaria capacitados, 10 personas que corresponden al 23%,

**GRAFICO 3.**



Fuente: SIBASI, Santa Ana. OIR, Simmow

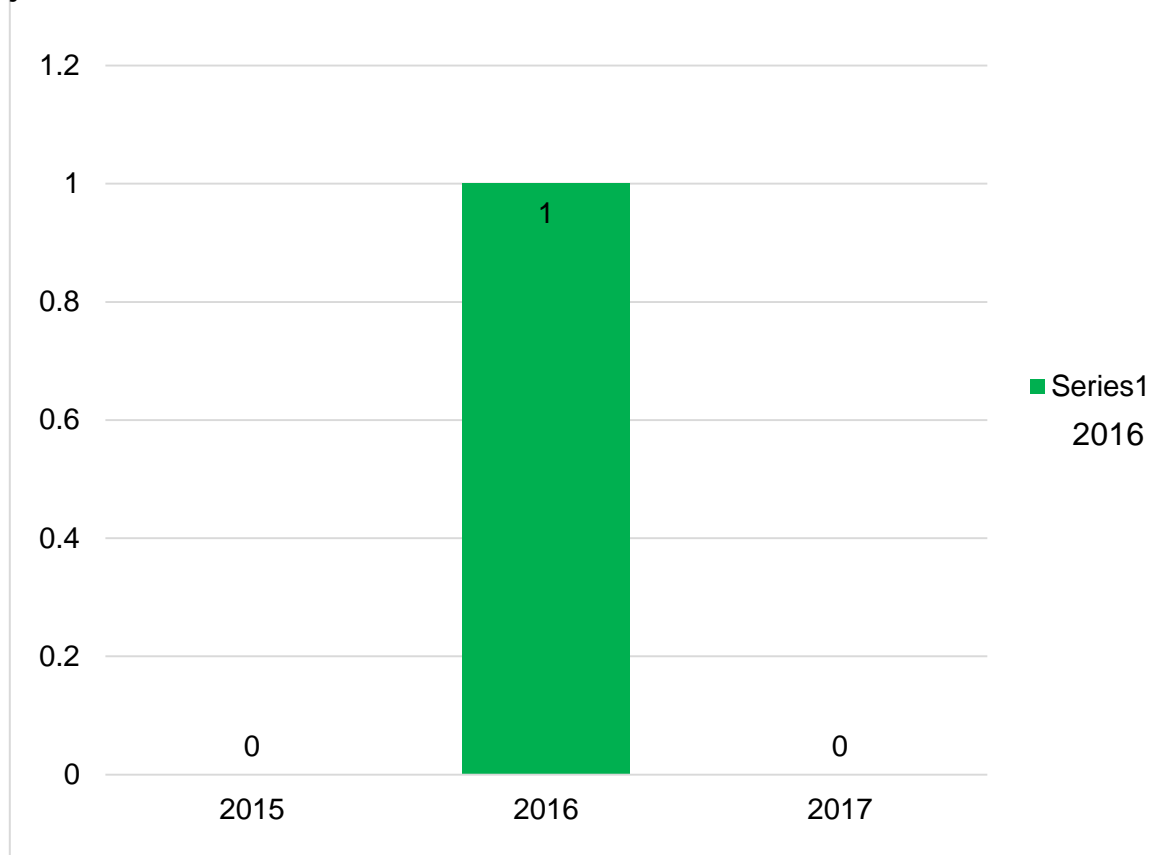
**Análisis:**

El grafico anterior muestra el número total de muertes maternas directas prevenibles para el departamento de Santa Ana, siendo para el año 2015, 3 muertes (Sepsis puerperal y hemorragia obstétrica); para el 2016, 2 muertes maternas (Embolismo de líquido amniótico y eclampsia) y para el 2017, 1 muerte materna.



#### GRAFICO 4.

**Muertes maternas directas no prevenibles en Santa Ana, MINSAL de febrero-julio año 2015-2017**



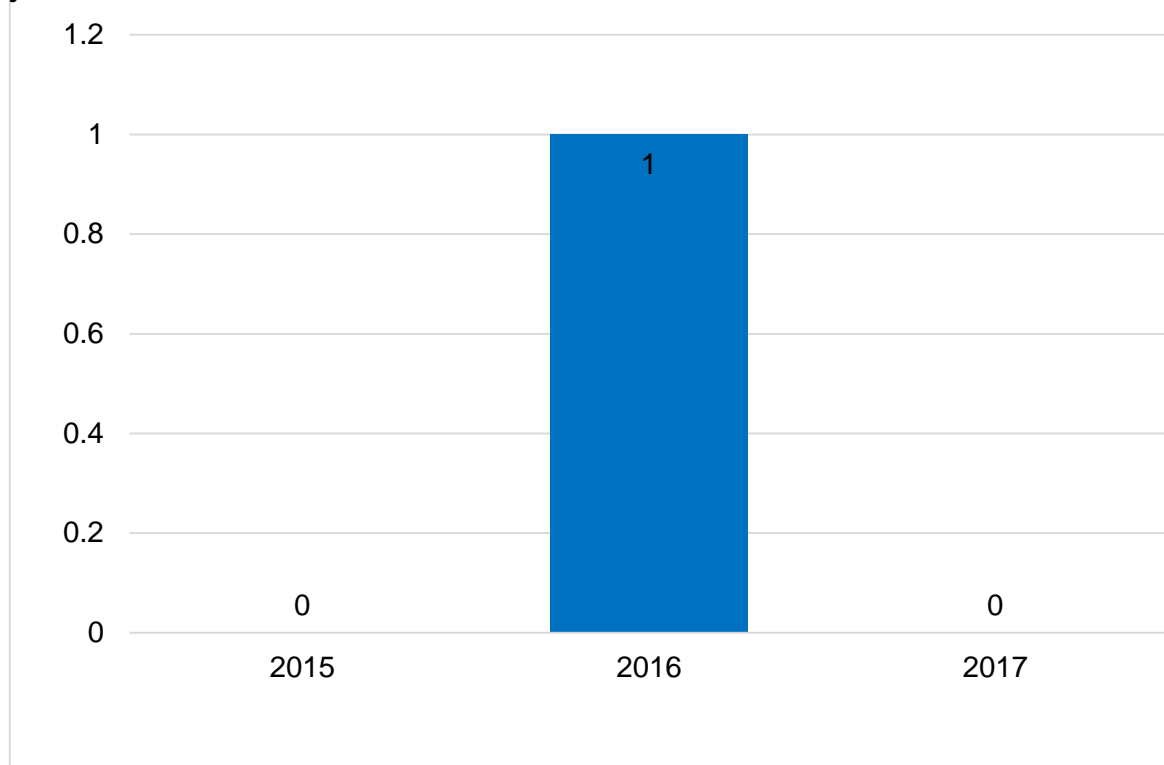
Fuente: OIR, entrevistas a directores de RIIS.

#### **Análisis:**

El grafico anterior muestra el número de muertes maternas directas no prevenibles para el departamento de Santa Ana, siendo para el año 2015 y 2017 ninguna muerte y solo una muerte para el año 2016 con diagnóstico de Embolismo del líquido amniótico.

### GRAFICO 5.

#### Mortalidad materna indirecta no prevenibles en Santa Ana, MINSAL febrero-julio año 2015-2017



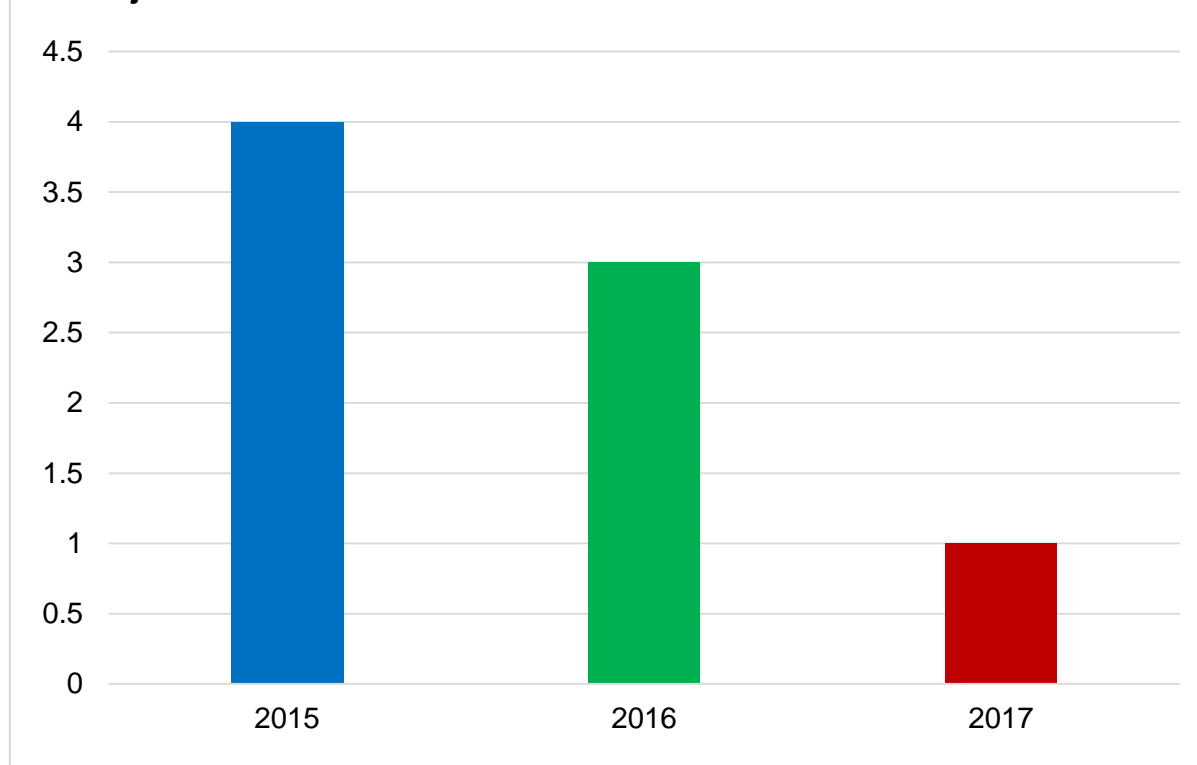
Fuente: OIR, entrevistas a directores de RIIS.

#### **Análisis:**

El grafico anterior muestra el número de muertes indirectas no prevenibles para el departamento de Santa Ana, siendo para el 2015 y 2017 ninguna muerte materna Y para el 2016 una muerte por diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre.

## GRAFICO 6.

### Morbimortalidad materna indirecta prevenible en Santa Ana, MINSAL febrero-julio años 2015-2017

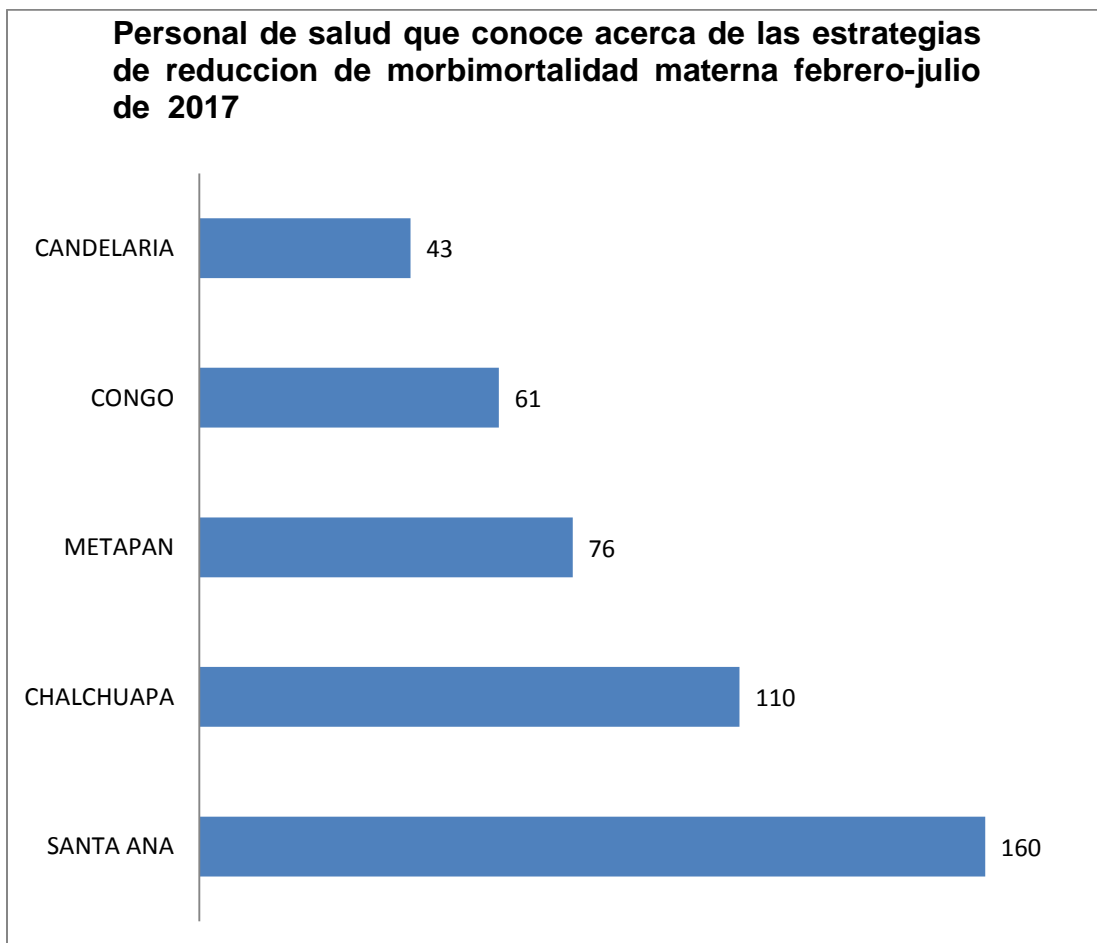


Fuente: Simmow, OIR, SIBASI y Región Occidente

#### **Análisis:**

El grafico anterior muestra el número de morbimortalidad materna indirectas prevenibles, siendo para el año 2015, 4 muertes maternas con diagnósticos de trombo embolismo pulmonar, intoxicación por bupiridilo y órganos fosforados. Para el 2016, 3 muertes con diagnósticos de intoxicación por fosforo de aluminio y fosfatina, accidentes cerebro vascular y para el 2017 una muerte permanente con diagnóstico de cálculo vesiculobiliar sin colecistitis.

**GRAFICO 7.**



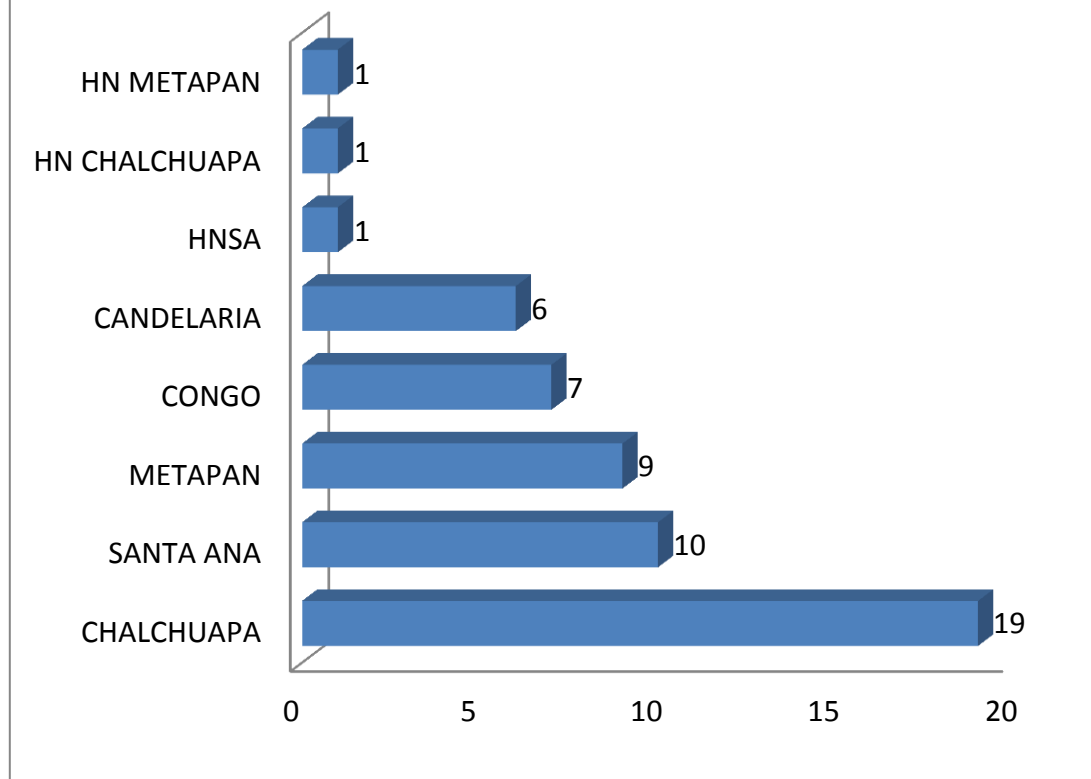
Fuente: OIR, SIBASI, Región Occidente y actas de capacitaciones de instituciones.

**Análisis:**

El grafico anterior muestra el total del personal de salud que conoce acerca de las estrategias de reducción de morbilidad materna en el departamento de Santa Ana por cada RIIS del MINSAL, siendo el 100% del personal de salud que labora en cada RIIS que conoce acerca de dichas estrategias para los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 8.**

**Instituciones de salud del MINSAL del departamento de Santa Ana que cuentan con medicamentos para la atención de pacientes embarazadas de febrero-julio años 2015-2017**

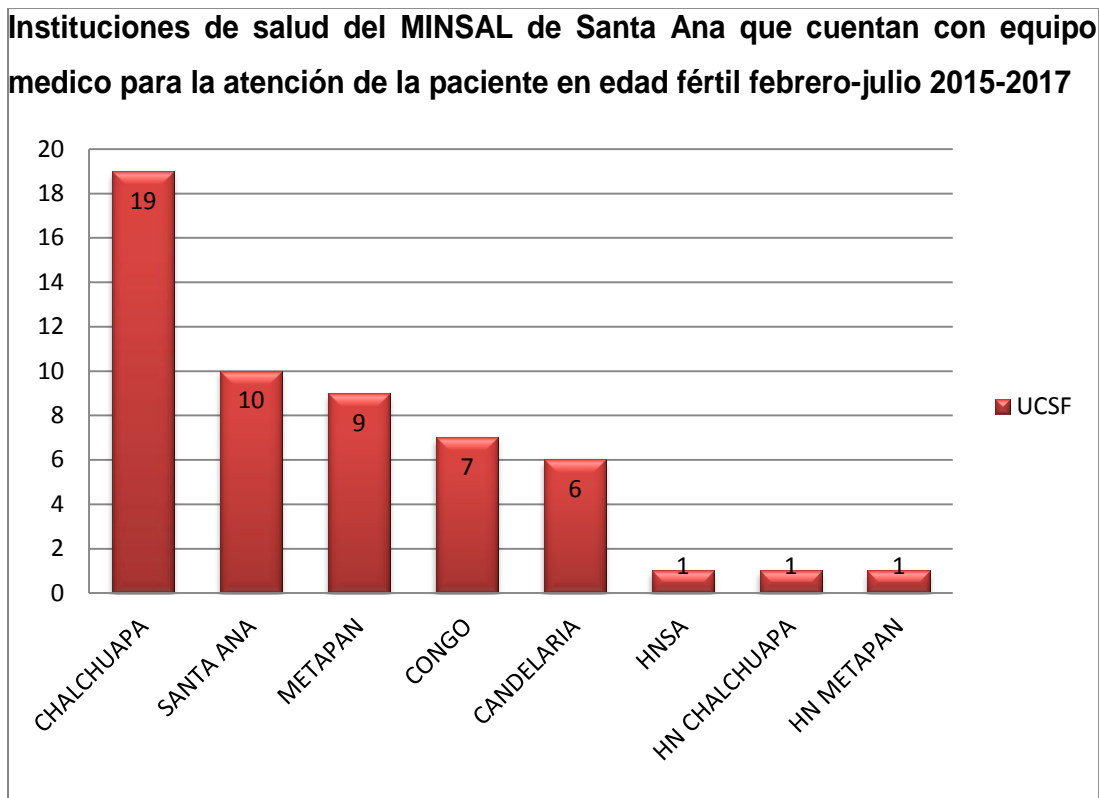


Fuente: OIR, inspección en visitas, entrevista personal de salud.

**Análisis:**

El grafico anterior muestra el total de instituciones que forman cada RIIS del departamento de Santa Ana y los hospitales nacionales que cuentan con medicamentos para la atención de pacientes embarazadas, siendo el 100% instituciones del MINSAL que cuentan con todos los medicamentos para la atención de las pacientes durante los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 9.**

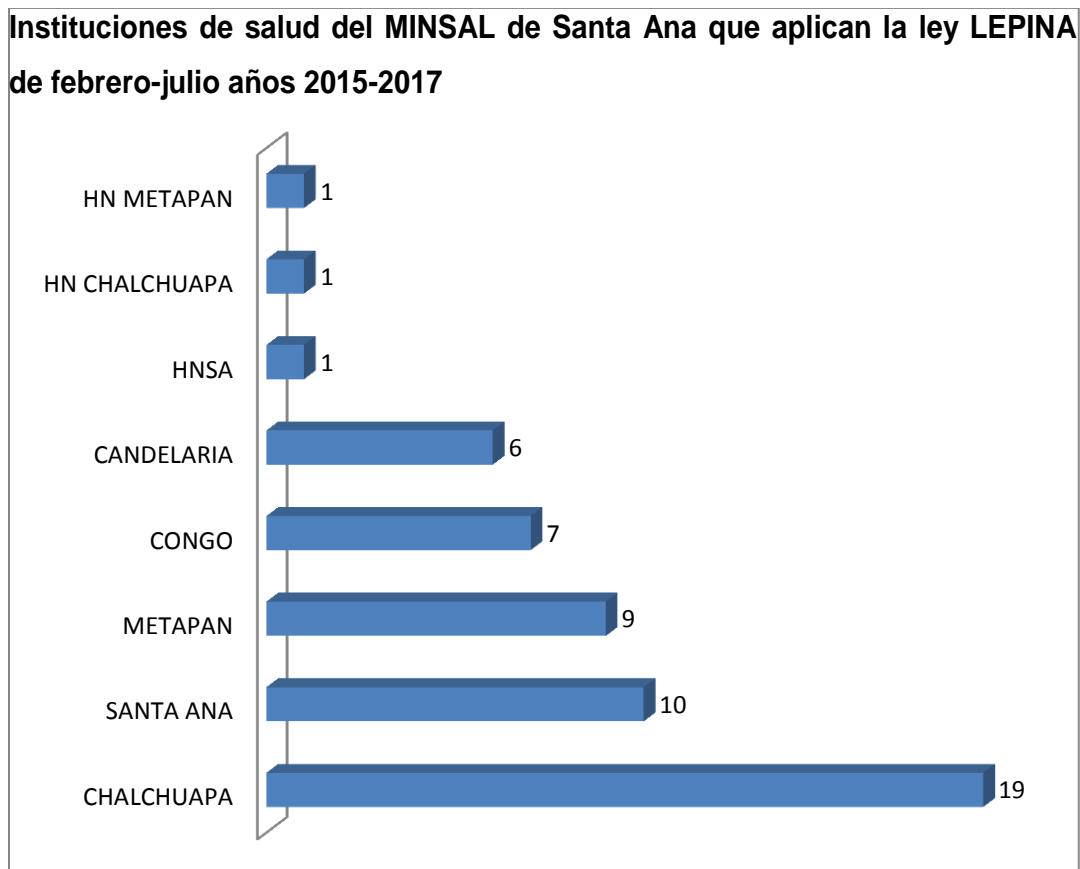


Fuente: OIR, Región Occidental, SIBASI.

**Análisis:**

El grafico anterior muestra el número total de instituciones que forman cada RIIS del departamento de Santa Ana y los hospitales nacionales que cuentan con el equipo médico para la atención de la paciente en edad fértil, siendo el 100% de las instituciones del MINSAL que cuentan con todo el equipo médico para poder brindar una atención de calidad en los años 2015. 2016 y 2017.

**GRAFICO 10.**

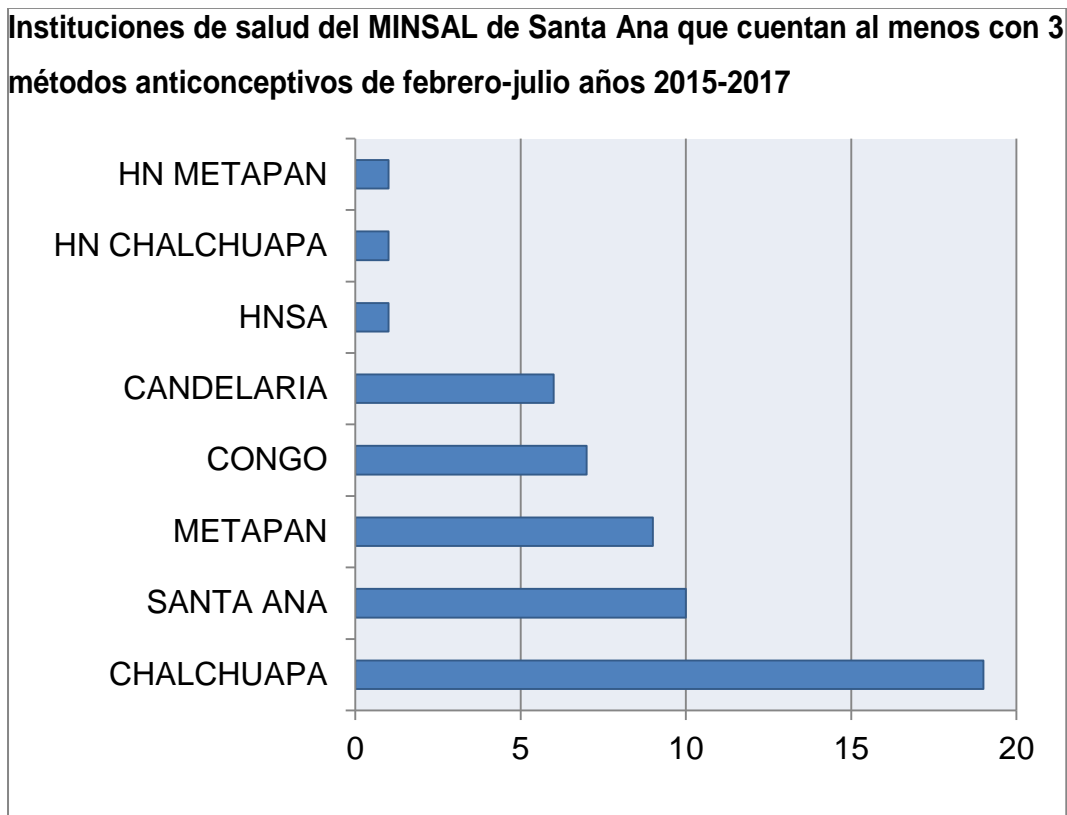


Fuente: Actas y listados de asistencia del personal capacitado

**Análisis:**

El grafico anterior muestra el número total de instituciones que forman cada RIIS del departamento de Santa Ana y los hospitales nacionales que si aplican la LEY LEPINA, siendo el 100% de las instituciones del MINSAL que aplican dicha ley LEPINA, para brindar una atención integral a los pacientes en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 11.**



Fuente: OIR, entrevista a directores de cada RIIS.

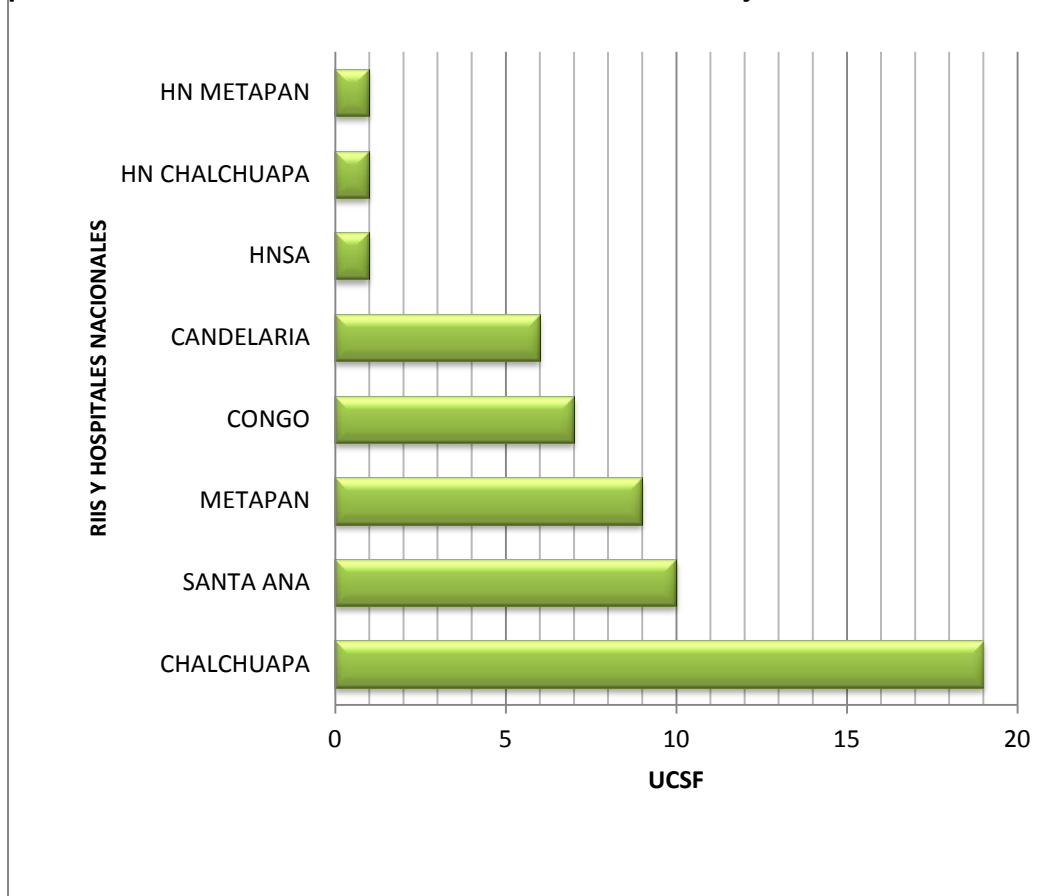
**Análisis:**

El gráfico anterior muestra las instituciones del MINSAL y hospitales nacionales del departamento de Santa Ana que cuentan al menos con 3 métodos anticonceptivos, siendo el 100% de las instituciones que si cuentan con dichos métodos para brindar esos servicios de salud a las pacientes que lo solicitan en los años 2015, 2016 y 2017.



**GRAFICO 12.**

**Instituciones de salud del MINSAL de Santa Ana que han fortalecido las prestaciones de servicio de salud materna de febrero-julio años 2015-2017**

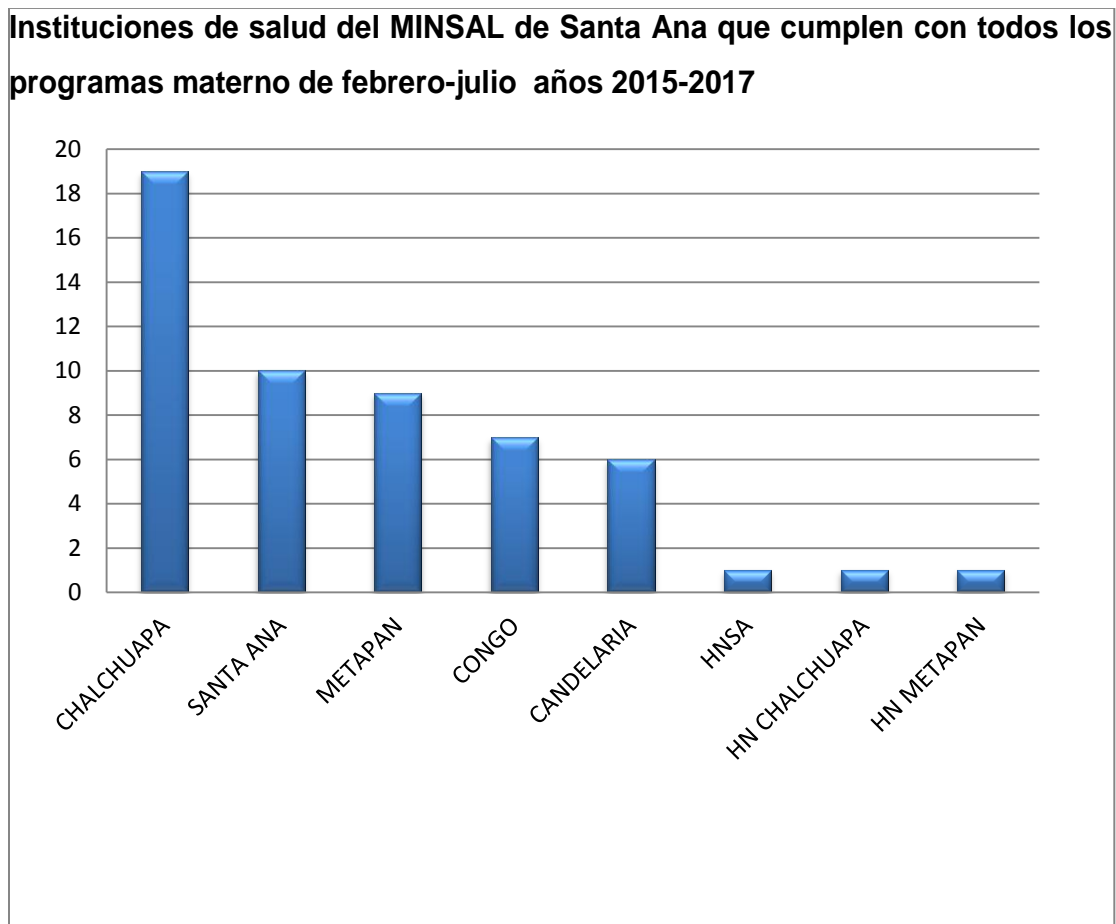


Fuente: Fuente: OIR, SIBASI y Región Occidente

**Análisis:**

El grafico anterior muestra las instituciones del MINSAL y hospitales nacionales del departamento de santa Ana que han fortalecido las prestaciones de servicios de salud materna, siendo el 100% de las instituciones que han fortalecido las prestaciones de servicios de salud materna para brindar una atención de calidad e integral para el beneficio de las pacientes para los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 13.**



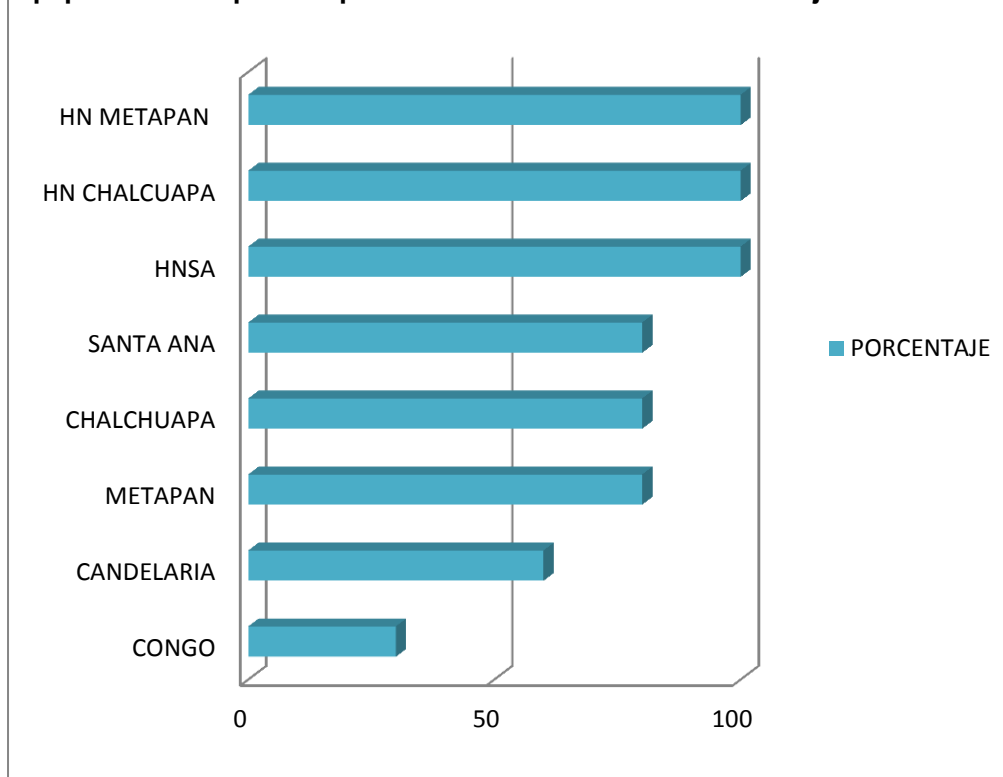
.Fuente: Fuente: OIR, SIBASI y Región Occidente

**Análisis:**

El grafico anterior muestra las instituciones del MINSAL y hospitales nacionales que cumplen con todos los programas para la atención integral de la paciente en edad fértil y embarazo, siendo el 100% de las instituciones que si cumplen con todos los programas para la atención de todas las pacientes para que puedan recibir una atención completa y de calidad las pacientes año 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 14.**

**Porcentaje de instituciones del MINSAL de Santa Ana que cuentan con equipo multidisciplinario para la atención materna de febrero-julio 2015-2017**

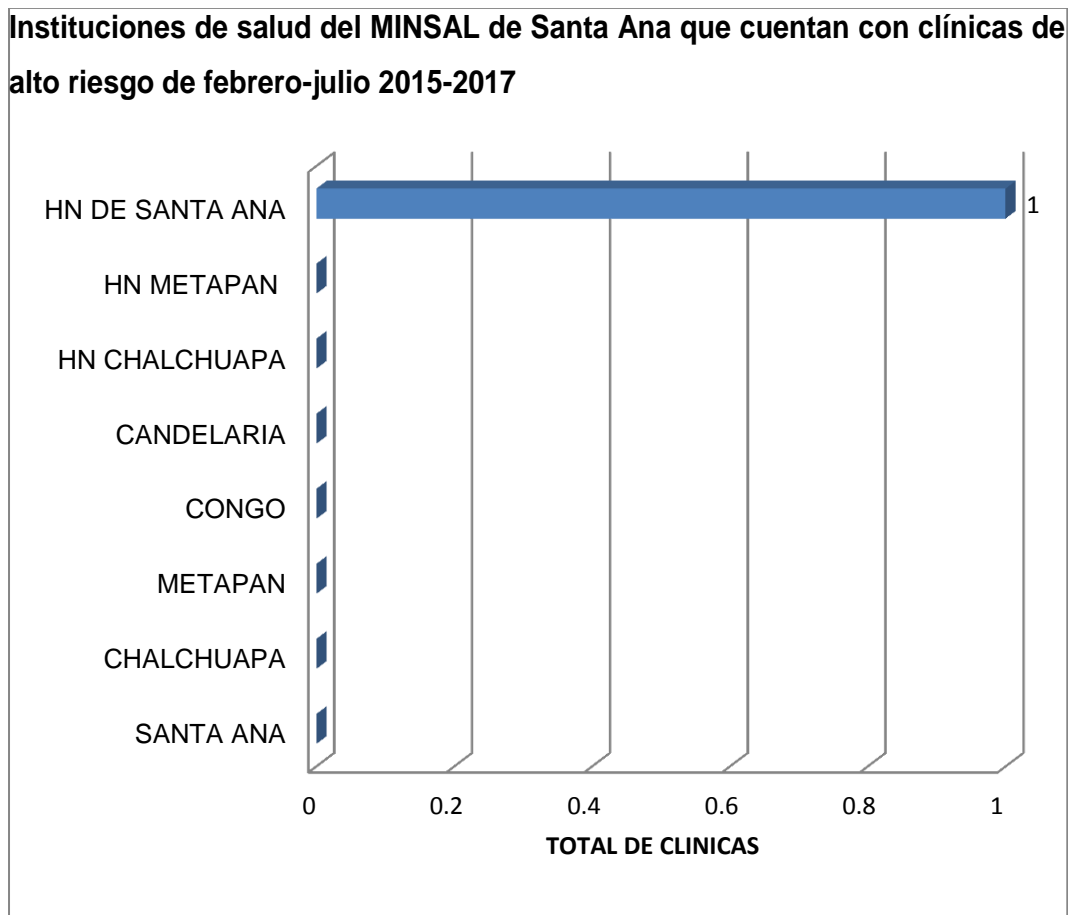


Fuente: Fuente: OIR, SIBASI y Región Occidente

**Análisis:**

El gráfico anterior muestra el porcentaje de las RIIS y hospitales nacionales del MINSAL en Santa Ana que cuentan con equipo multidisciplinario para la atención materna, siendo la RIIS del Congo la que cuenta solo con un 30% del equipo multidisciplinario, RIIS de Candelaria con 60%, RIIS de Metapán, Chalchuapa y Santa Ana con un 80% y solo los hospitales nacionales cuentan con un 100% del equipo multidisciplinario para la atención integral de las pacientes año 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 15.**

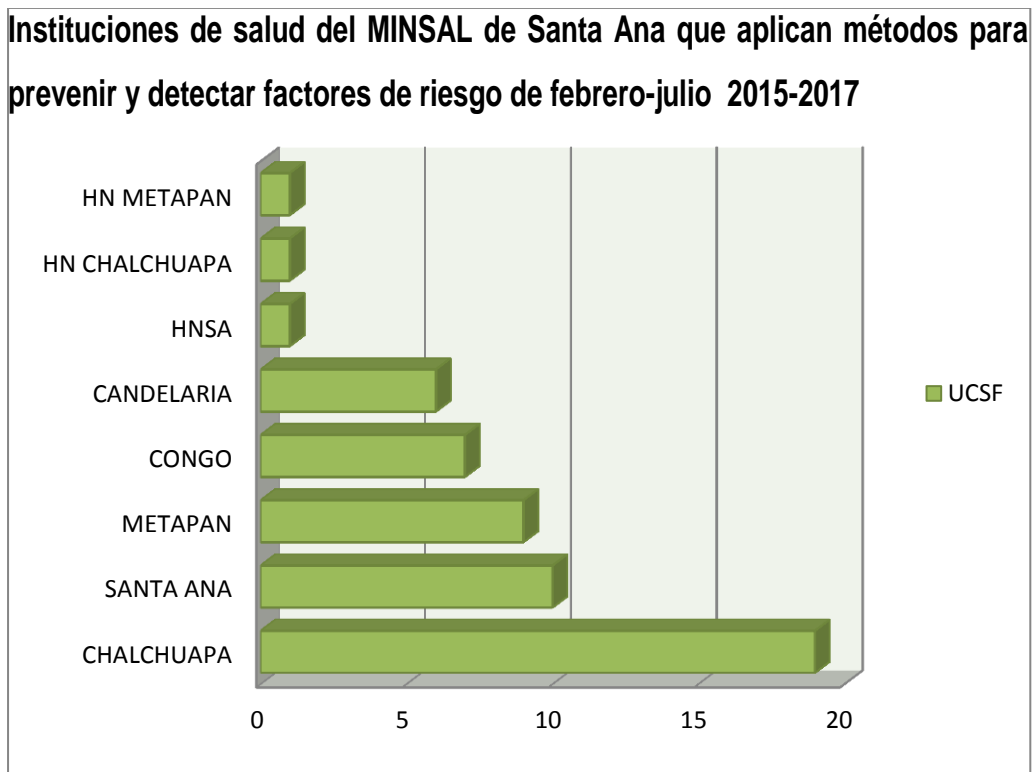


Fuente: Fuente: OIR, SIBASI, Región Occidente y visita a directores de RIIS.

**Análisis:**

El grafico anterior muestra las RIIS y hospitales nacionales de Santa Ana del MINSAL que cuentan con clínicas de alto riesgo, siendo el 100% el hospital nacional de Santa Ana el único que cuenta con clínicas de alto riesgo para la atención de las pacientes embarazadas para los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 16.**



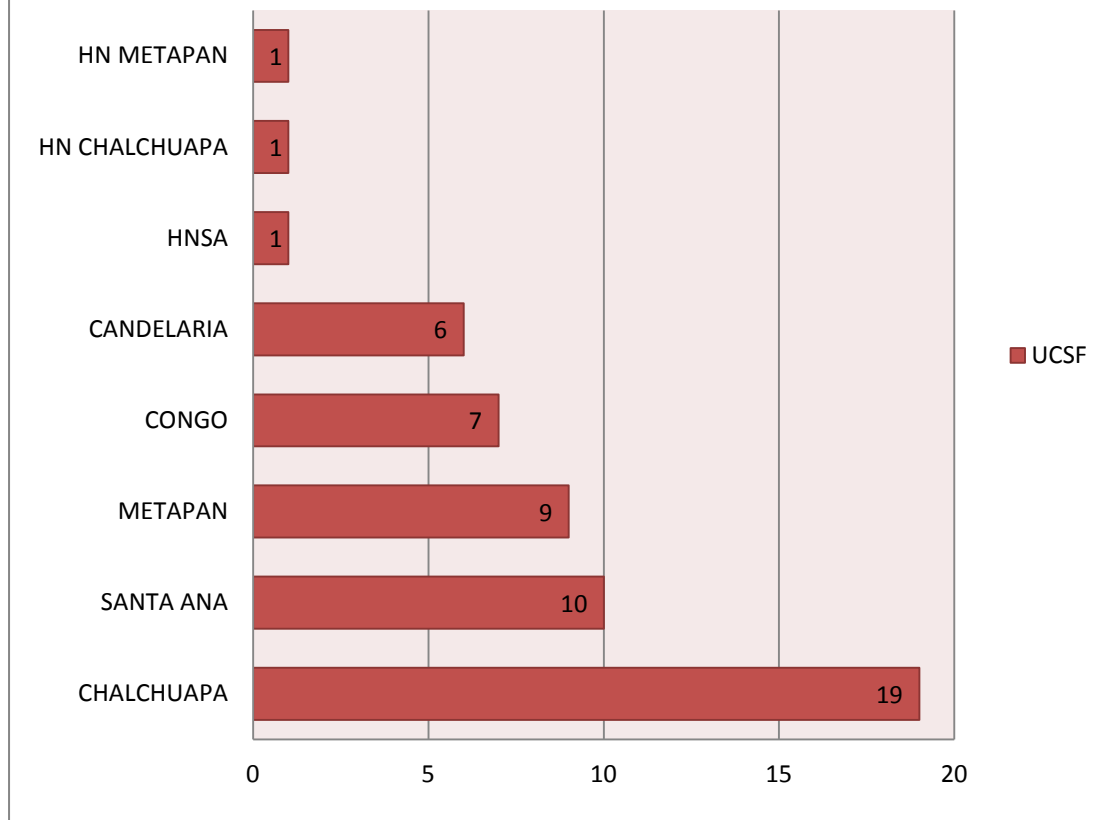
Fuente: Fuente: OIR, SIBASI y Región Occidente

**Análisis:**

El grafico anterior muestra todas las instituciones que forman cada RIIS y hospitales naciones de Santa Ana del MINSAL que aplican métodos para prevenir y detectar los factores de riesgos que inciden en el embarazo y parto, obteniéndose que el 100% de las instituciones del MINSAL aplican dichos métodos para la atención adecuada de las pacientes en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 17.**

**Instituciones de salud del MINSAL de Santa Ana que llevan registro del sistema referencia retorno de febrero-julio 2015-2017**



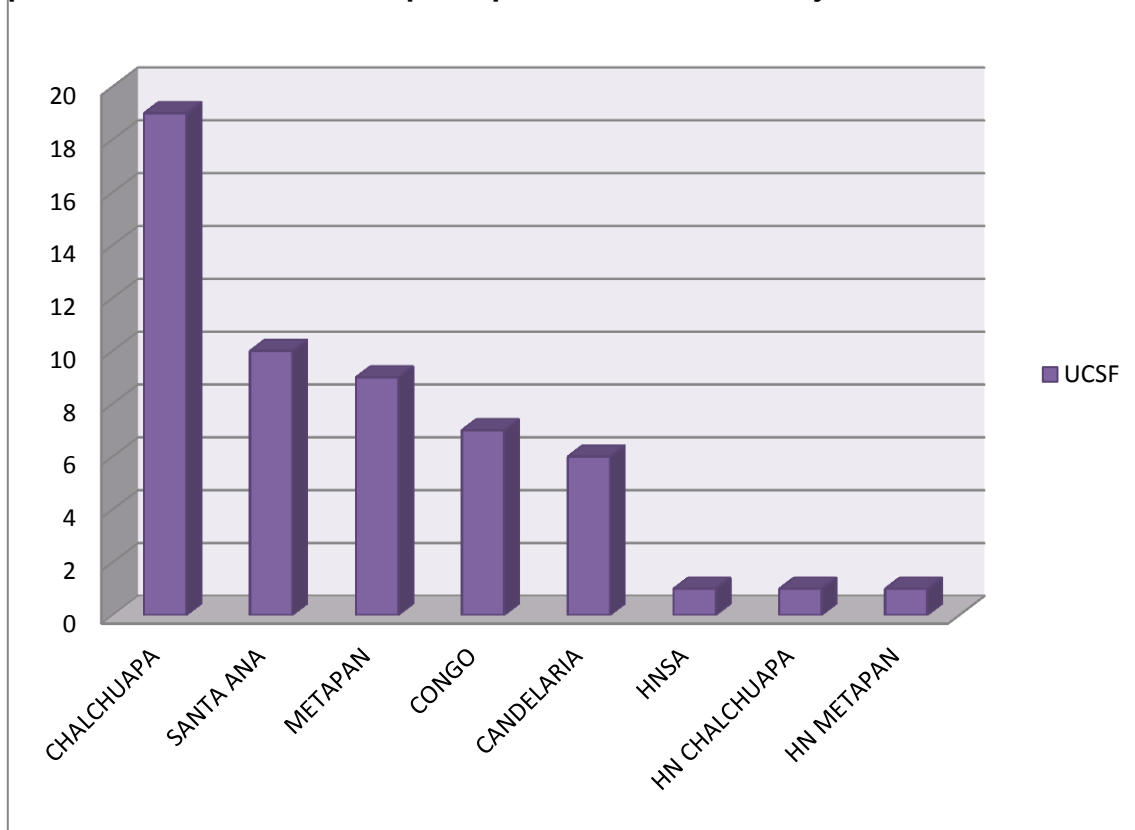
Fuente: OIR, SIBASI, Región Occidente, libros de retorno-referencia década centro asistencial.

**Análisis:**

Podemos observar que el 100% de las Instituciones de salud del MINSAL en Santa Ana llevan registros de sistema de retorno referencia en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 18.**

**Instituciones de salud del MINSAL de Santa Ana que cumplen esteroides a pacientes con amenaza de parto prematuro de febrero-julio 2015-2017**



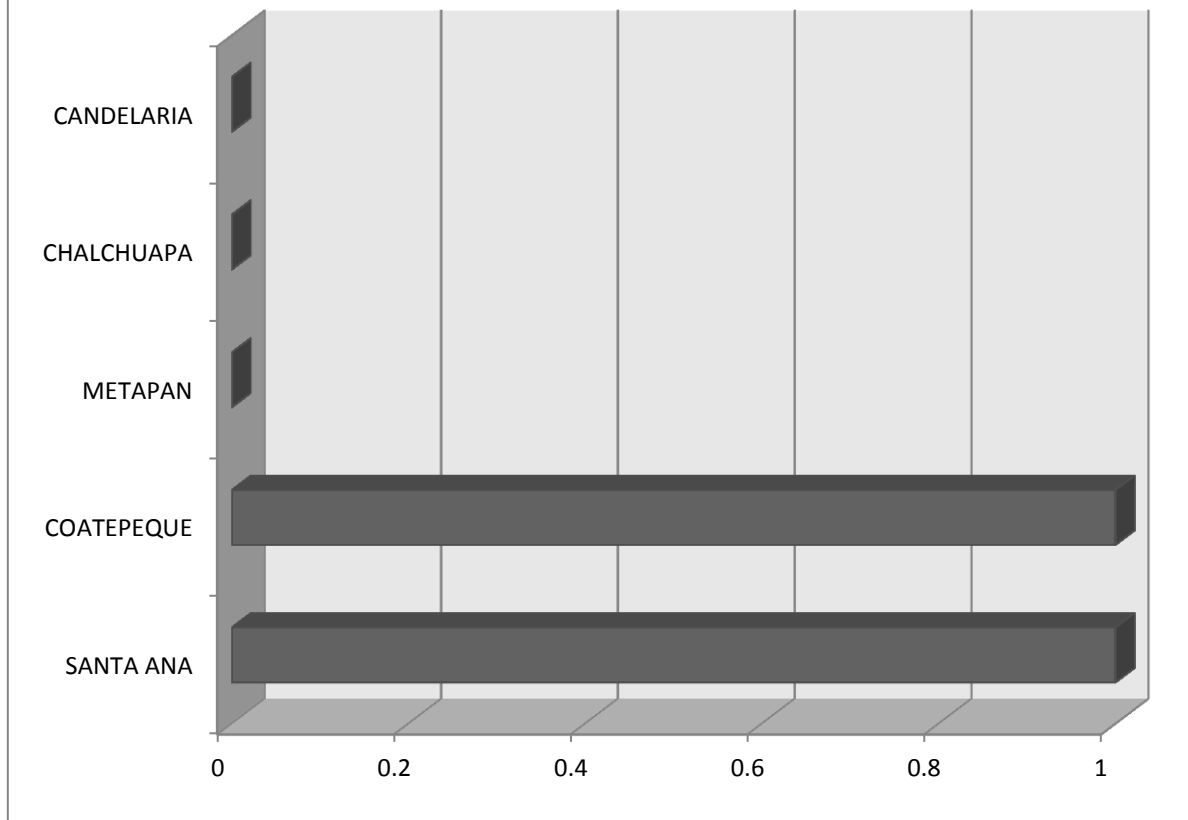
Fuente. OIR, indicadores, SIBASI y región occidental.

**Análisis:**

El 100% de las instituciones de salud del MINSAL en Santa Ana y hospitales nacionales cumplen con esteroides a pacientes con amenaza de parto prematuro o con factores de riesgo en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 19.**

**Total de casas de espera materna del MINSAL de Santa Ana de febrero-julio 2015-2017**



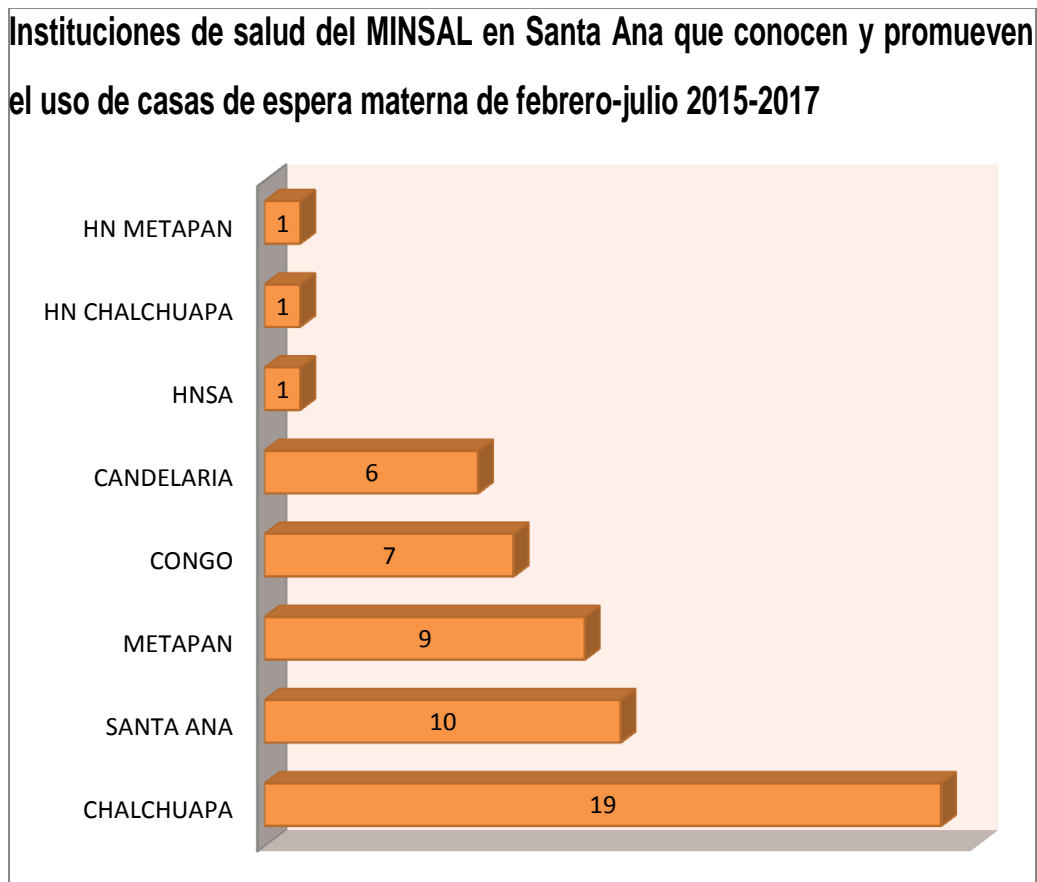
Fuente: OIR, SIBASI y Región occidental.

**Análisis:**

Existen dos casas de espera materna: una en hospital San Juan de Dios de Santa Ana y una en Coatepeque en todo el departamento de Santa Ana para atender a las pacientes embarazadas años 2015, 2016 y 2017.



**GRAFICO 20.**



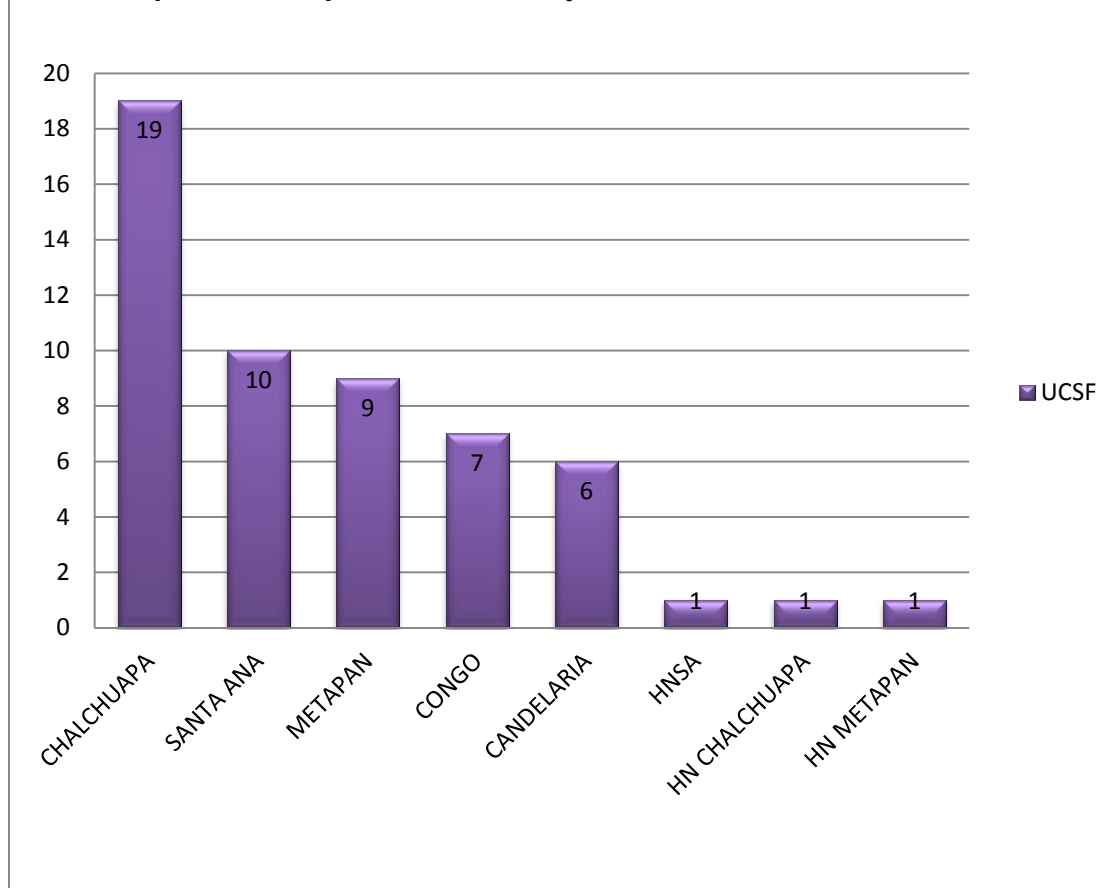
Fuente: OIR, SIBASI y Región Occidental.

**Análisis:**

EL 100% de las instituciones del MINSAL del departamento de Santa Ana, conocen de las dos casas de espera materna y promueven su uso, para la atención de las pacientes embarazadas en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 21.**

**Instituciones de salud del MINSAL de Santa Ana que aplican manejo activo del tercer periodo del parto de febrero-julio 2015-2017**



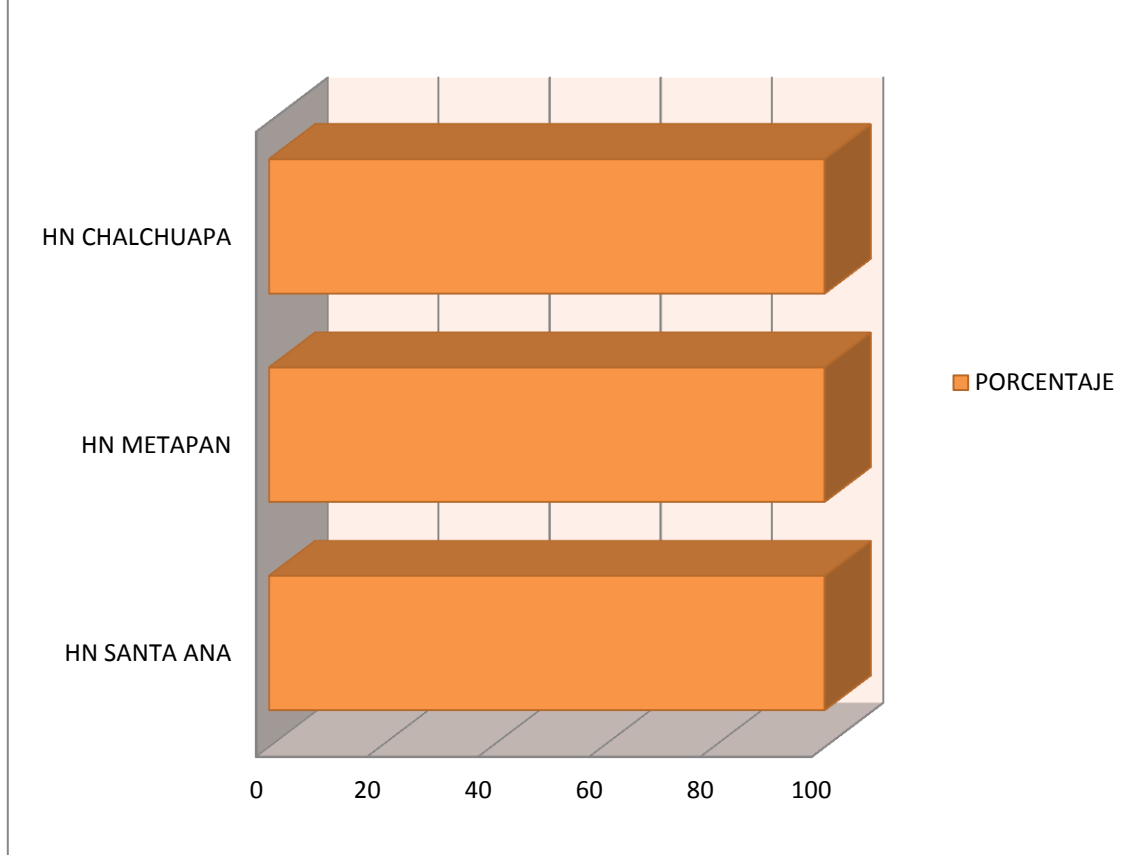
Fuente: OIR, SIBASI y Región Occidental

**Análisis:**

El 100% de los establecimientos de salud del MINSAL del departamento de Santa Ana refieren conocer y aplicar el manejo activo del tercer periodo del parto en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 22.**

**Porcentaje de hospitales del MINSAL que conocen y aplican las estrategias de código rojo y amarillo de febrero-julio 2015-2017**



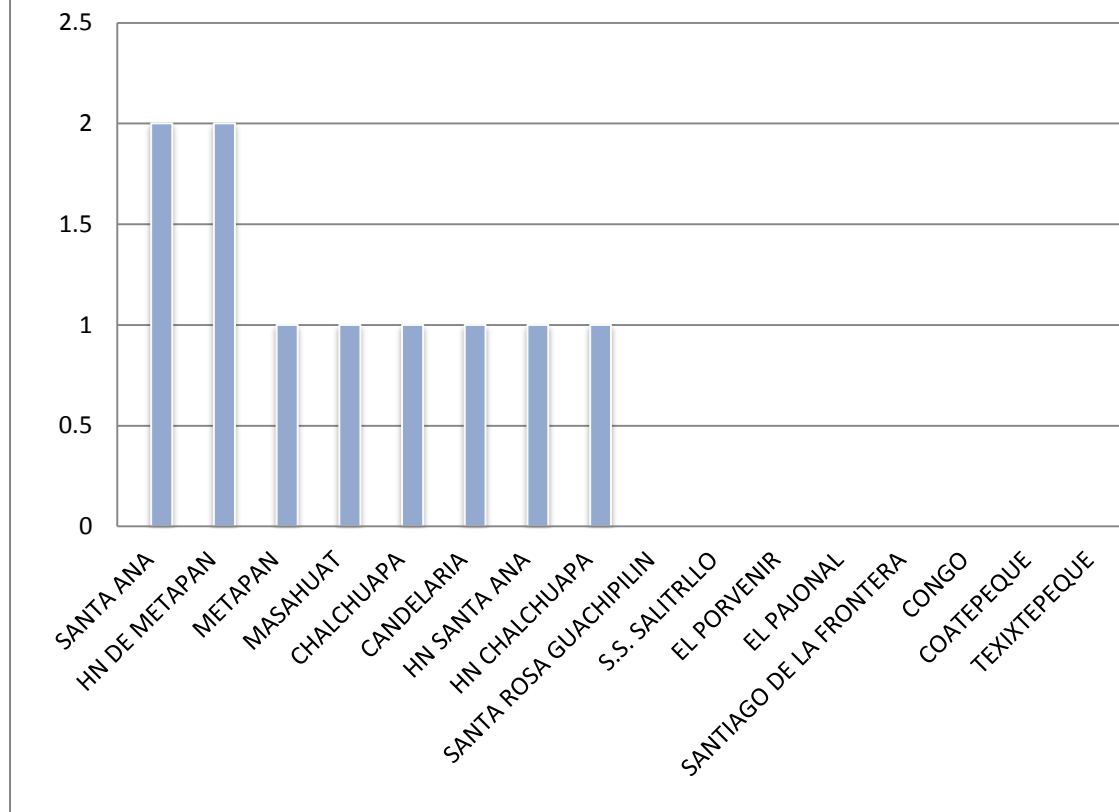
Fuente: OIR, SIBASI y Región Occidental, Entrevistas a directores de cada centro de atención.

**Análisis:**

Los dos hospitales de segundo nivel y uno de tercer nivel del departamento de Santa Ana del MINSAL conocen y aplican los códigos rojo y amarillo en un 100% en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 23.**

**Total de ambulancias en centros de salud del MINSAL en Santa Ana de febrero-julio 2015-2017**



Fuente: OIR, SIBASI y Región Occidental, Entrevistas a directores de cada centro de atención.

**Análisis:**

Podemos observar a de los 54 centros de atención del MINSAL en el departamento de Santa Ana, solamente 8 cuentan con ambulancia para este periodo de investigación febrero-julio 2017 y que corresponde al 15% del total de los centros de salud.

**GRAFICO 24.**

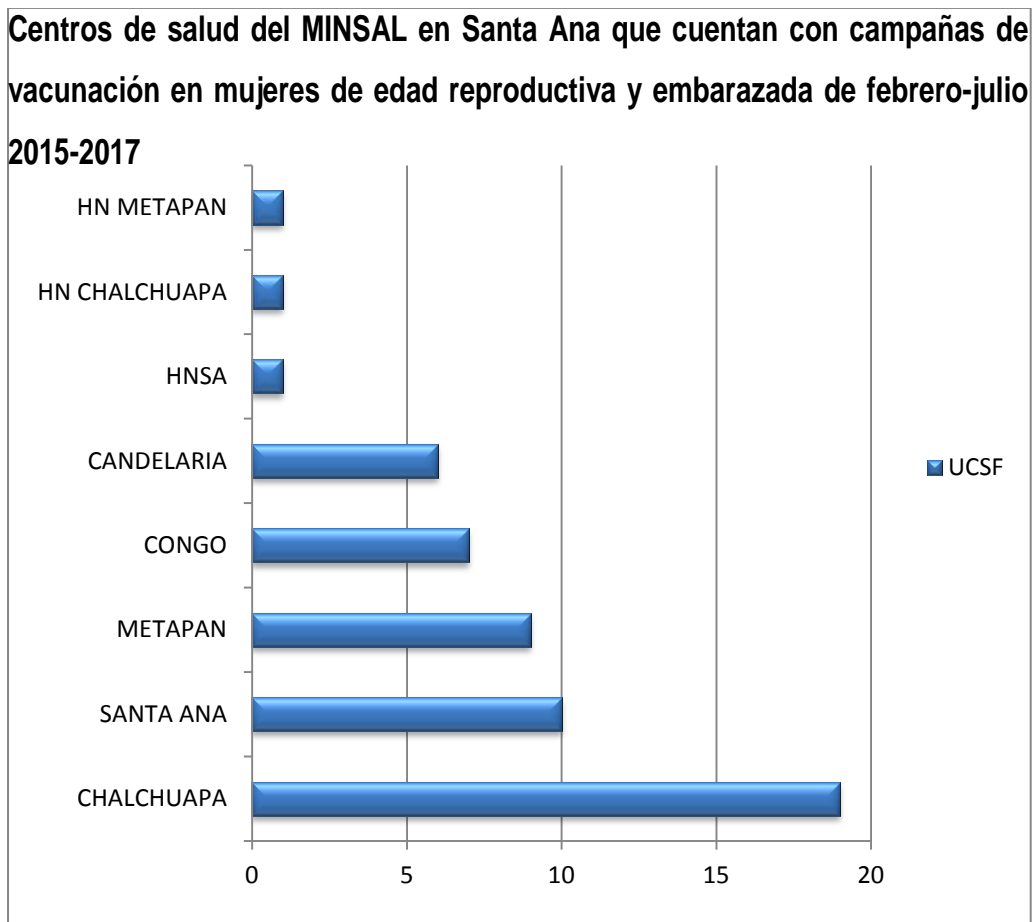


Fuente: Entrevista directores de cada RIIS.

**Análisis:**

Del 100% de los centros de atención del MINSAL del departamento de Santa Ana, solo el 13% si cuentan con espacio físico y personal capacitado para la atención de embarazadas con algún tipo de discapacidad. El resto no es representativo gráficamente para los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 25.**



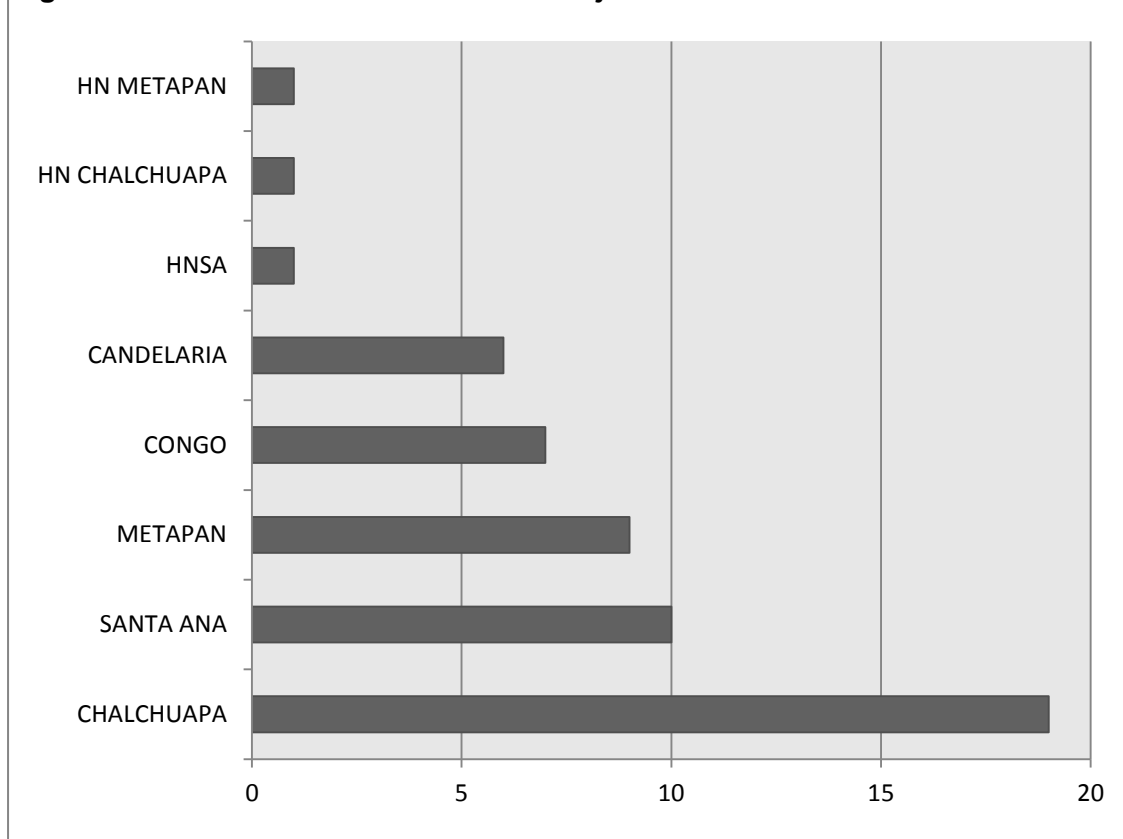
Fuente: OIR, SIBASI, Región occidental y entrevista a directores de cada RIIS.

**Análisis:**

El 100% de las instituciones del MINSAL del departamento de Santa Ana conocen y realizan campañas de vacunación de influenza y Tdpa a las embarazadas y a la población en general para los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 26.**

**Centros de salud del MINSAL en Santa Ana que cuentan con participación de organizaciones comunitarias de febrero-julio 2015-2017**



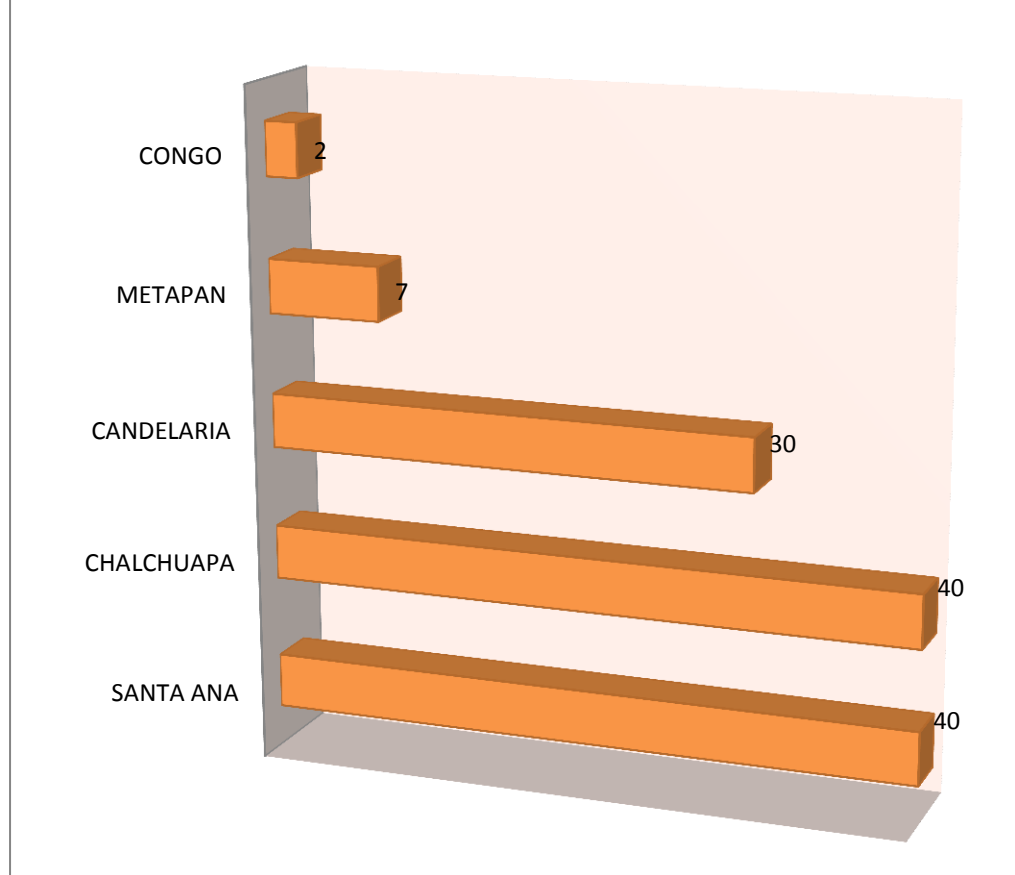
Fuente: OIR, SIBASI. Región Occidental, entrevista a personal de salud, libros de actas con comunidades organizadas.

**Análisis:**

El 100 % de los centros de atención y hospitales nacionales del departamento de Santa Ana cuentan con organizaciones comunitarias que participan activamente en sus comunidades en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 27.**

**Grupos de apoyo comunitarios con asesoría técnica a grupos de apoyo comunitario para la promoción de la salud de febrero-julio 2015-2017**



Fuente: OIR

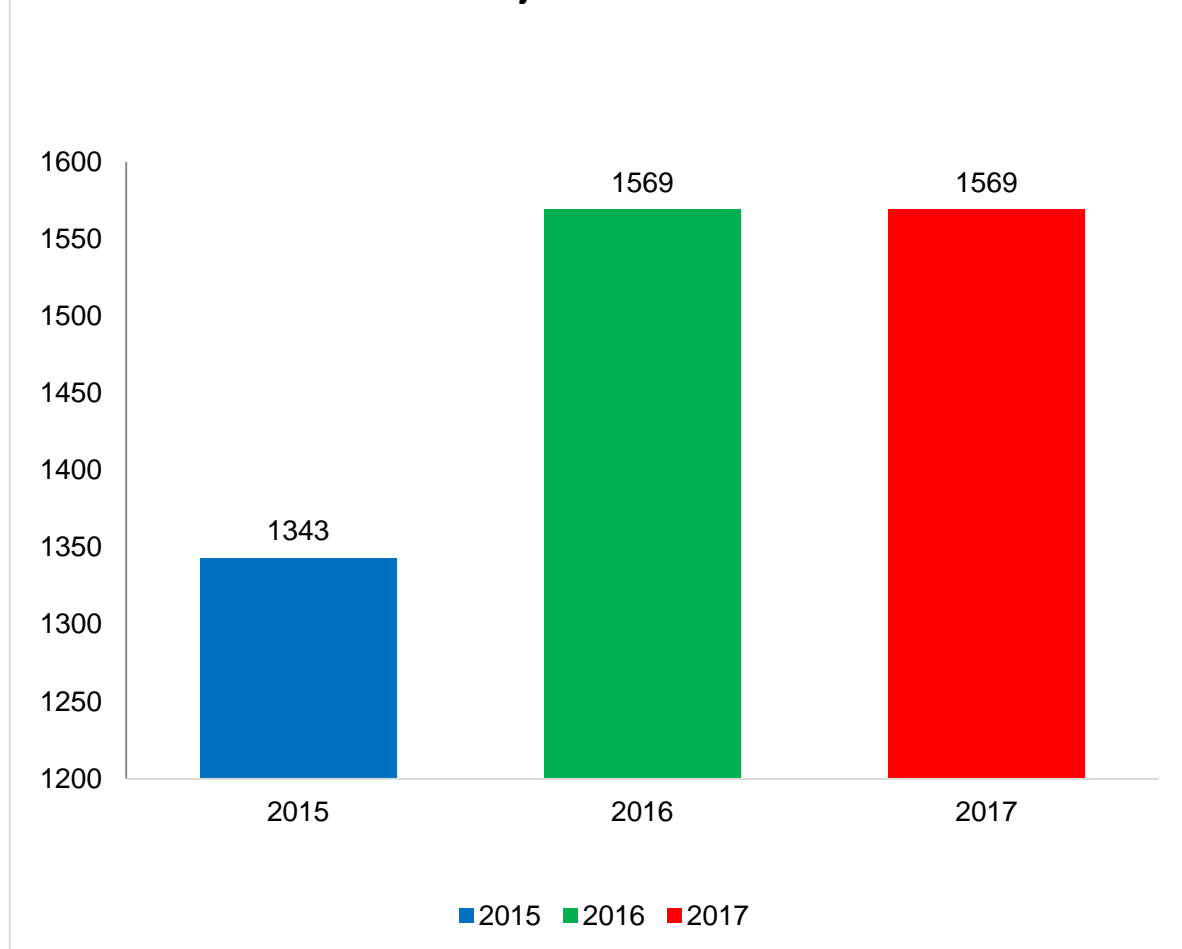
**Análisis:**

Actualmente existe un registro de 119 grupos comunitarios activos que han sido capacitados con conocimientos en promoción de la salud preconcepcional, parto y puerperio en los centros de salud del MINSAL del departamento de Santa Ana para el presente febrero-julio 2017.



**GRAFICO 28.**

**Líderes comunitarios con participación social en los centros de salud del MINSAL en Santa Ana de febrero-julio 2015-2017**

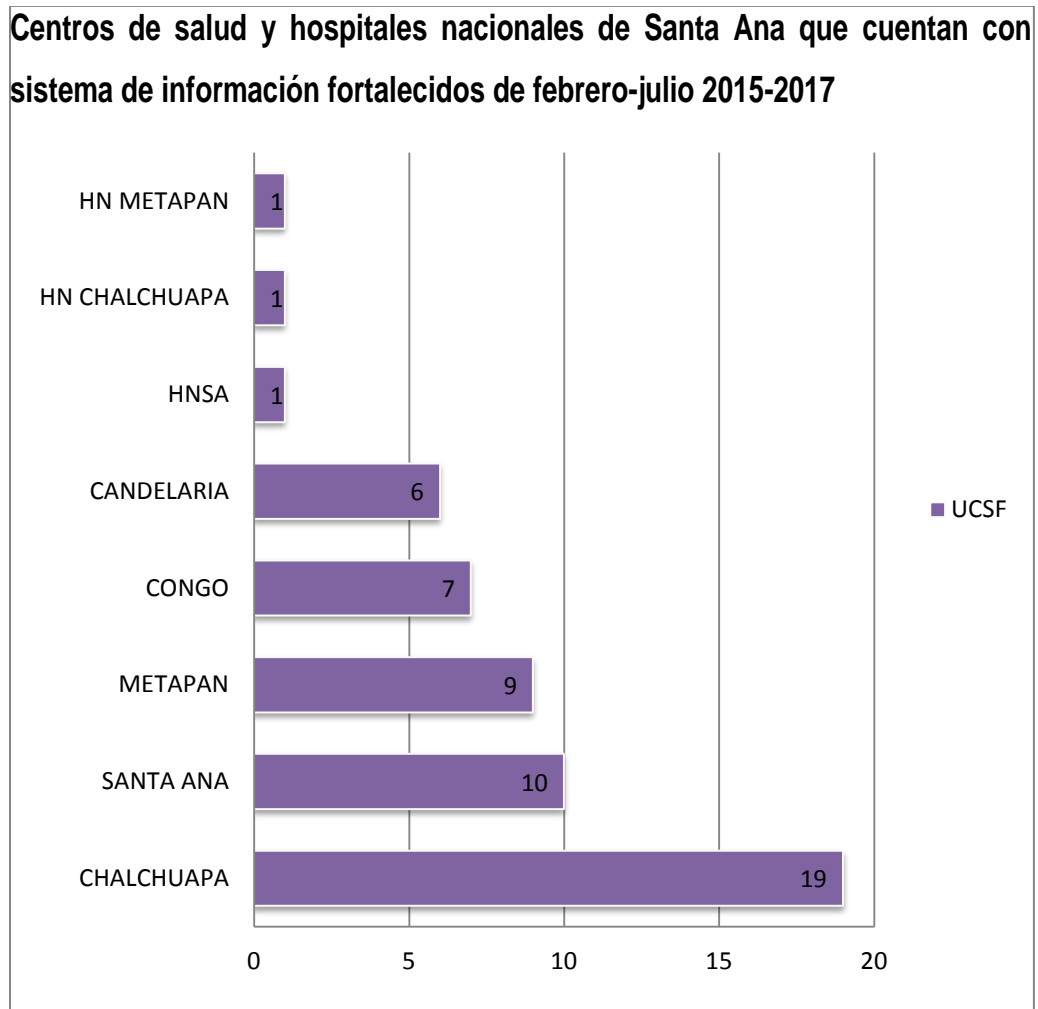


Fuente: OIR

**Análisis:**

En el 2015 se tenía registro de 1343 líderes comunitarios y estos líderes han aumentado 1569 en 2016 y 2017 en las centros de salud del MINSAL del departamento de Santa Ana.

**GRAFICO 29.**



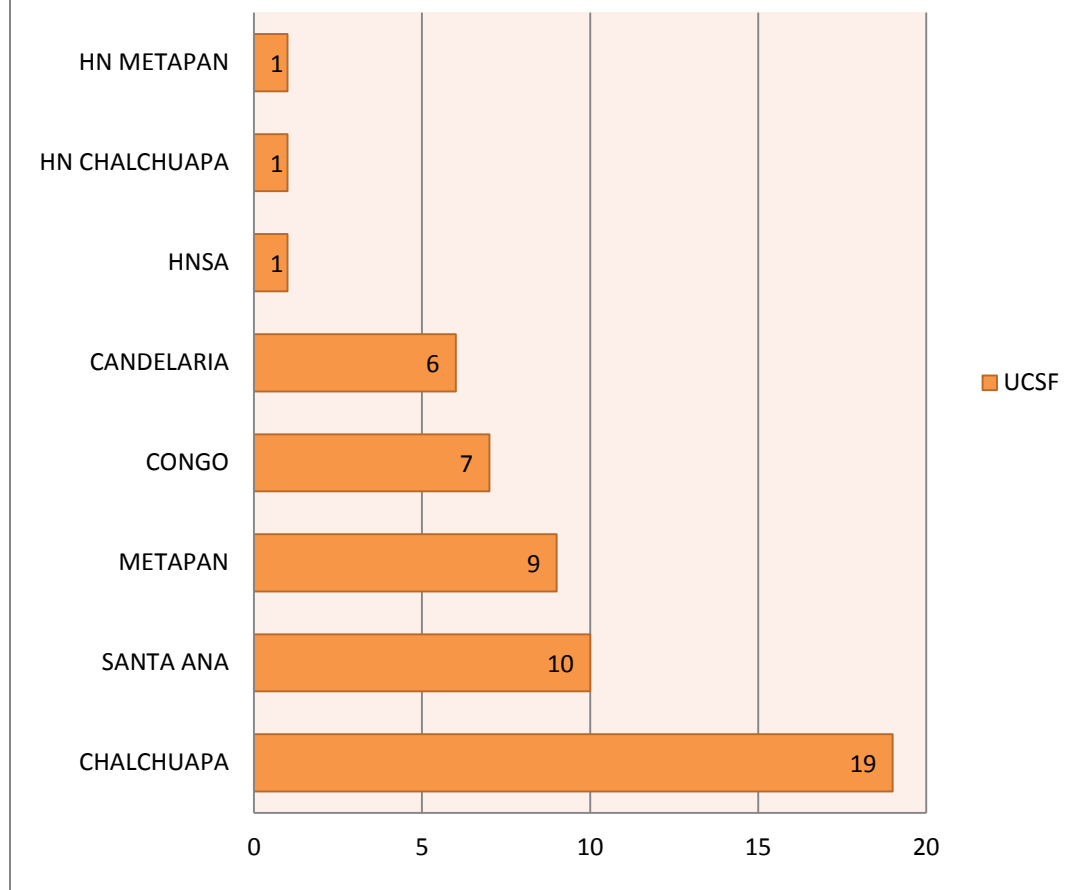
Fuente: OIR, SIBASI, Región Occidental, entrevista a directores de RIIS.

**Análisis:**

El grafico anterior muestra el 100% centros de atención del MINSAL del departamento de Santa Ana cuentan con sistemas de información fortalecidos para los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 30.**

**Centros de salud y hospitales nacionales del MINSAL que son monitoreadas, supervisadas y evaluadas en salud materna de febrero-julio 2015-2017**



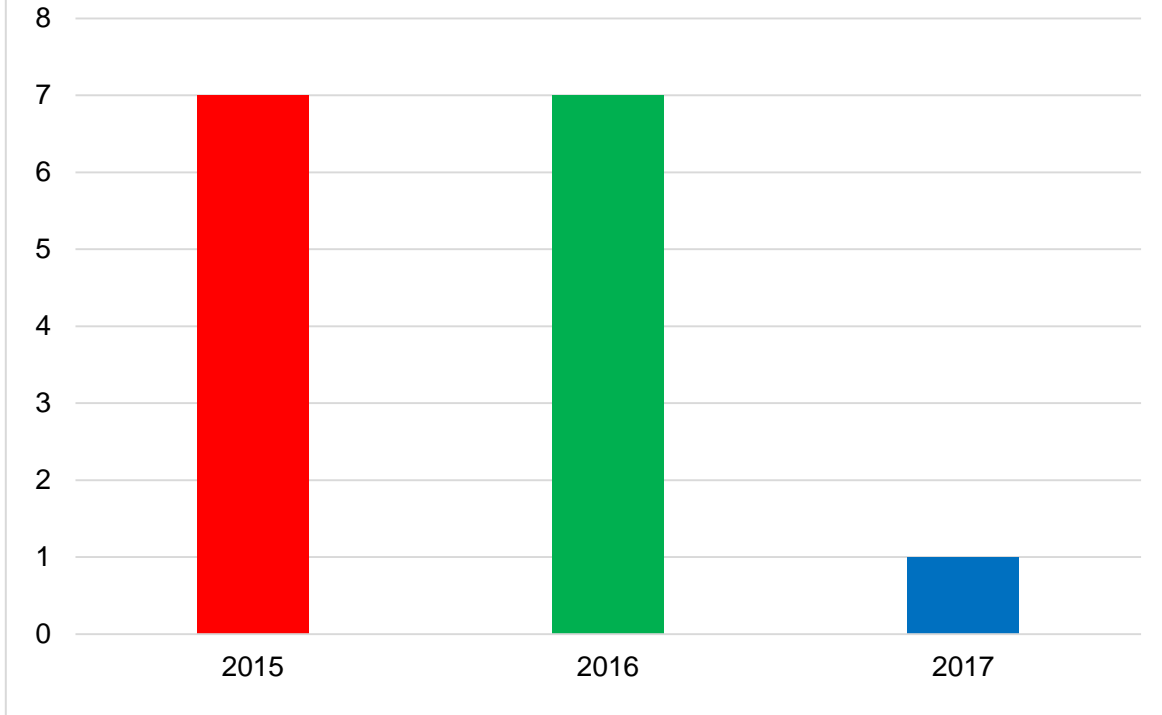
Fuente: OIR, SIBASI, Región Occidental y entrevista a personal

**Análisis:**

El 100% de los centros de atención en salud del departamento de Santa Ana del MINSAL son monitoreados supervisados y evaluados en salud materna de Febrero-Julio en los años 2015, 2016 y 2017 para verificar el cumplimiento de las estrategias de reducción de la morbilidad materna.

**GRAFICO 31.**

**Muertes maternas auditadas en centros de salud y hospitales nacionales del MINSAL en Santa Ana febrero-julio 2015-2017**

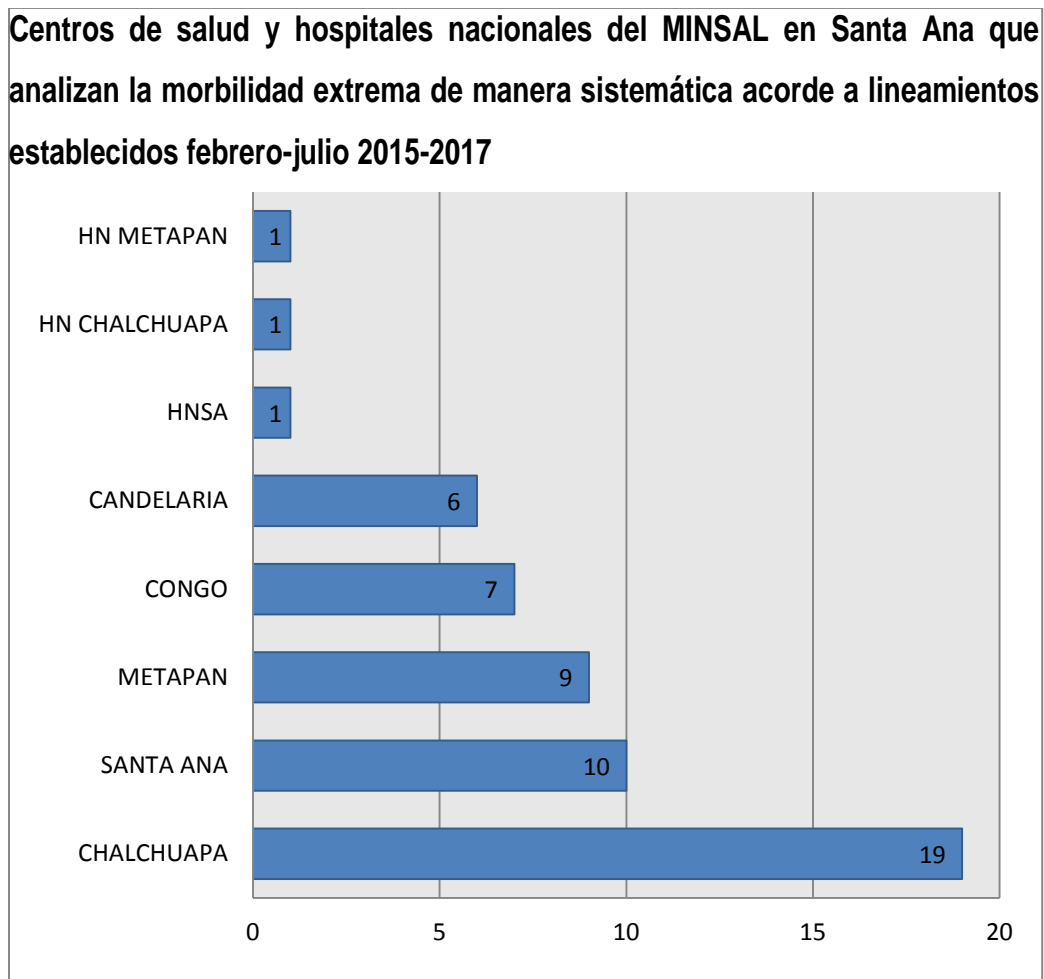


Fuente: OIR, SIBASI, boletines epidemiológicos y MINSAL

**Análisis:**

El grafico anterior muestra que en un 100% de muertes maternas son auditadas de cada una de las unidades de salud que forman la RIIS y hospitales nacionales del departamento de Santa Ana en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 32.**

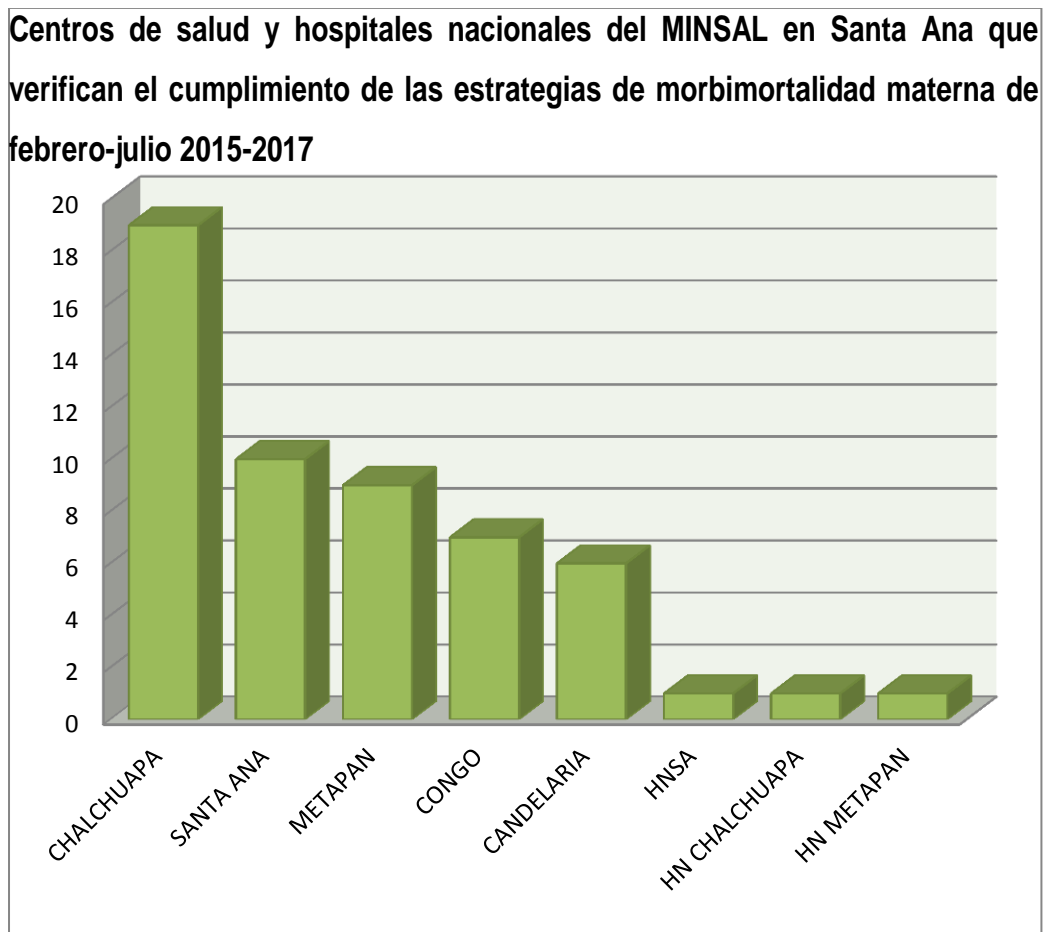


Fuente: OIR, SIBASI, boletines epidemiológicos y MINSAL

**Análisis:**

El grafico anterior muestra que el 100% de las morbilidades extremas son analizadas de manera sistemática acorde a lineamientos del establecimiento en todas las RIIS y hospitales naciones de Santa Ana en los años 2015, 2016 y 2017.

**GRAFICO 33.**



Fuente: OIR, SIBASI, Región Occidental

**Análisis:**

El grafico anterior muestra que el 100% de los centros de atención del MINSAL del departamento de Santa Ana verifican y dan seguimiento al cumplimiento de las estrategias de prevención de morbilidad materna de Febrero-Julio en los años 2015, 2016 y 2017.

**4.3 RAZON DE MUERTES MATERNAS DE FEBRERO A JULIO AÑOS 2015, 2016 Y 2017 POR 100,000 NACIDOS VIVOS DEL MINSAL SANTA ANA.**

| <b>2015</b>   |                  |                        | <b>2016</b>   |                  |                        | <b>2017</b>   |                  |                        |
|---------------|------------------|------------------------|---------------|------------------|------------------------|---------------|------------------|------------------------|
| Nacidos vivos | Muertes maternas | Razón muertes maternas | Nacidos vivos | Muertes maternas | Razón muertes maternas | Nacidos vivos | Muertes maternas | Razón muertes maternas |
| 3,814         | 7                | 183                    | 3,788         | 7                | 185                    | 3,623         | 1                | 28                     |

#### 4.4 ANALISIS DE RESULTADOS:

El MINSAL cada año capacita a todo su personal sobre las estrategias de reducción de morbilidad materna con el objetivo de reducir las muertes directas e indirectas, prevenibles y no prevenibles, para que todo su personal conozca y aplique nuevos conocimientos a beneficio de la población materna, para lograr este objetivo. También se cuenta con todos los medicamentos y equipo médico necesario para satisfacer las necesidades de las pacientes.

El MINSAL cuenta siempre con por lo menos 3 métodos de planificación familiar para las pacientes y fortalecen las prestaciones de servicio de salud materna recibiendo así una atención completa y multidisciplinaria para una atención de calidad. Todos los centros de atención conocen y aplican la primera dosis de esteroides a embarazadas que son diagnosticadas con amenazas de parto prematuro o pacientes con factores de riesgo como en los casos de embarazos gemelares. Cuando es en primer nivel de atención cumplen la primera dosis y luego son referidas a segundo nivel para completar tratamiento. es una estrategia con la que se ha disminuido la muerte de recién nacidos pretérmino.

Hogares de Espera Materna son un lugar en donde las mujeres embarazadas que viven muy lejos de un hospital pueden hospedarse, antes del parto para su traslado al hospital en donde les atenderán el parto. Los Hogares de Espera Materna contribuyen a salvar la vida de las mujeres embarazadas, recién nacidos y mujeres puérperas, facilitando el acceso a los servicios de parto limpio por personal capacitado.

Cada Hogar de Espera Materna es atendido por 4 Licenciadas Materno Infantil, está abierto las 24 horas del día, los 365 días del año. El servicio es gratuito y se coordinan con establecimientos del primer nivel, segundo y tercer nivel de atención y comunidad para la atención y transporte de usuarias.



## Oferta de Servicio en los Hogares de Espera Materna

Alojamiento y promoción básica de la salud con enfoque de género y derechos reproductivos a la pareja, atención a la salud a mujeres embarazadas, puérperas y sus recién nacidos con riesgos social, Traslado al Hospital para atención del parto. En esta área se cuenta con dos casas de espera materna que son de Sata Ana y Coatepeque y todos los centros hacen promoción al uso de dichos hogares ya que uno de nuestros problemas es la inaccesibilidad geográfica de las usuarias.

Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, una práctica simple para prevenir una hemorragia post parto la hemorragia post parto (hpp) es la causa directa principal de muerte materna en países en desarrollo. La mayoría de casos de HPP ocurren dentro de las 24 horas después del alumbramiento. Alrededor del 70 por ciento de casos de HPP se deben a la atonía uterina, la que se puede prevenir con el Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto (AMTSL por sus siglas en inglés). Todas las mujeres pueden enfrentarse a la pérdida de sangre con amenaza de muerte en el momento del alumbramiento

El Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto EL AMTSL es una medida efectiva para prevenir la HPP. El AMTSL se puede brindar en cualquier lugar en donde las mujeres alumbren, incluyendo sus propios hogares, a través de proveedores de atención de salud capacitados, familiarizados con suministros esenciales. El AMTSL acelera la liberación de la placenta incrementando las contracciones uterinas y previene la HPP impidiendo la atonía uterina. Los componentes del AMTSL son: La administración de un agente uterotónico en el transcurso del minuto después de que el bebé haya nacido, después de clampear el cordón, la liberación de la placenta mediante la tracción controlada del cordón (jalando el cordón umbilical) con contra tracción sobre el fondo, masaje del fondo del útero después de la liberación de la placenta.

Esta es una estrategia que es más utilizada en hospitales de segundo y tercer nivel pero es interesante saber que los 54 centros de salud conocen sobre la estrategia y cuentan con equipo necesario para la atención de parto de emergencia en los cuales incluyen un botiquín con oxitocina sintética para poner en práctica esta estrategia del manejo activo del tercer periodo del parto.

En el mundo, cada minuto muere una mujer a consecuencia de una complicación en su proceso reproductivo, con un total de 536,000 mujeres por año. La hemorragia obstétrica es la causa principal de estas muertes y el 99.9 % de ellas ocurren en países pobres como el nuestro, donde juegan un papel importante una gama de determinantes vinculados a la salud, el desarrollo, los derechos humanos y las libertades fundamentales, El 85% a 90% de estas muertes pueden ser evitadas si se tomaran medidas adecuadas y oportunas que contribuyan al control de tropiezos logísticos y técnicos acumulados en el sistema y que se suman al rápido y progresivo deterioro funcional presente en una situación de hipoperfusión y choque hipovolémico..

La gestación puede estar amenazada por diferentes causas inherentes al proceso reproductivo o por enfermedades o situaciones particulares que se agregan a este proceso. Así hasta un 40% de las mujeres pueden presentar problemas asociados a la gestación, 15% pueden tener complicaciones graves con secuelas o riesgo de morir, entre las cuales la hemorragia obstétrica ocurre en 14 millones de mujeres cada año y 128,000 de estas mueren. La Organización Mundial de la Salud en su propuesta estratégica en el plano internacional plantea la prevención y el mejoramiento de las condiciones técnicas, logísticas y científicas de los equipos proveedores de salud a la gestante.

En El Salvador, en el contexto de la implementación de la Reforma de Salud, que reconoce a la salud como un Derecho, se asume el reto del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en cuanto la prevención de la morbi mortalidad de las embarazadas, con la claridad que durante el último quinquenio se registraron 411 muertes maternas, correspondiendo el 46% a causas directas, de éstas la hemorragia obstétrica es la tercera causa de muerte materna.

Para el 2014 se convirtió en la primera causa de mortalidad dejando atrás los trastornos hipertensivos y las infecciones. Con la implementación del código rojo se pretende dar una respuesta oportuna a casos de morbilidad obstétrica severa por hemorragia estableciendo medidas encaminadas a disminuir el fallecimiento materno por lo que proveer al personal de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, los lineamientos técnicos que permitan dar respuesta de forma rápida y oportuna a las mujeres que presenten complicaciones por hemorragia durante el período post parto con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, contribuyendo a la reducción de la mortalidad materna en y así determinar las actividades para organizar un equipo multidisciplinario, que cuente con los elementos teóricos y prácticos y que permita brindar la atención a mujeres que presenten complicaciones por hemorragia asociada al embarazo.

Proporcionando lineamientos idóneos para asegurar la disponibilidad de los recursos indispensables para el manejo de la hemorragia asociada al embarazo establecida en las Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia y establecer los mecanismos de control y monitoreo de los casos registrados para evaluación y análisis de los mismos. Operativización del código rojo organización del equipo.

La organización del equipo mejora las condiciones de trabajo y facilita la realización de las funciones para la recuperación y mantenimiento de la vida de la mujer en choque. Cada miembro participante en el código rojo debe cumplir sus funciones con el fin de evitar la duplicación o la falta de realización de alguna de ellas. El equipo estará conformado por lo menos por tres personas. Coordinador, Asistente 1, Asistente 2. Este equipo debe ser previamente conformado en cada área y según horarios de trabajo. los tres hospitales visitados tienen determinado a su equipo multidisciplinario quien participan al ser activado este código demostrando disminución de muertes maternas ya que está determinado las funciones y acciones específicas que harán cada miembro agilizando la atención. Todos estos centros son supervisados para verificar el cumplimiento de cada una de las estrategias y acciones realizadas tales como es la promoción de campañas de vacunación y planificación familiar, organizaciones comunitarias,

trabajo intersectorial e interinstitucional creando una red muy amplia de apoyo y así acercar la salud a la población y disminuyendo las muertes maternas. De dichas supervisiones existen actas realizadas de cada reunión en las cuales incluyen acuerdos y planes de mejora e educación continua y así mejorar en las situaciones que se fallaron

## 4.5 CONCLUSIONES

- Los centros de salud que forman cada RIIS y hospitales nacionales del departamento de Santa Ana del MINSAL refieren conocer y aplicar todas las estrategias para la reducción la morbimortalidad materna en cumplimiento de los acuerdos del milenio para beneficio de la población, pero durante la visita se pudo observar que existen varias limitantes las cuales van desde falta de personal, equipo e insumos médico, infraestructura no adecuada y escasos medios de transporte.
- El personal de salud que labora en cada una de las UCSF que forman cada RIIS y los hospitales nacionales del departamento de Santa Ana son capacitados cada año en la actualización de conocimientos para la aplicación oportuna y correcta de las estrategias de reducción de la morbimortalidad materna.
- Las principales estrategias de reducción de morbimortalidad materna aplicadas en el área de Santa Ana son la aplicación de esteroides en amenazas de parto prematuro, código rojo, manejo activo del tercer periodo, sistema de retorno referencia, capacitado personal para la atención de mujeres en edad fértil, promoción de campañas de vacunación y casa de espera materna, clínicas de alto riesgo y sistema retorno referencia. Además se realizan monitoreo y supervisiones regulares a nivel general y análisis sistemáticos en todas las morbilidades extremas y muertes maternas.
- Las estrategias de reducción de morbimortalidad materna que ha implementado el MINSAL ha contribuido notablemente a disminuir las muertes maternas. En el 2015 y 2016 se mantuvo casi igual la razón de mortalidad materna de 183 y 185 respectivamente pero en el 2017 hay un impacto en la reducción de las muertes maternas siendo la razón de 28, lo que indica que a pesar de las limitantes de los centros de salud del MINSAL se aplican oportunamente las estrategias de reducción de mortalidad materna.

## **4.6 RECOMENDACIONES:**

### **AL MINISTERIO DE SALUD:**

- El MINSAL debe gestionar cada año aumento del su presupuesto, para cumplir los convenios internacionales y el plan anual de salud durante todo el año para beneficio de la población.
- Aumentar la frecuencia de las capacitaciones durante el año, dirigida a todo el personal de salud que labora en cada uno de los centros de salud del MINSAL para la adquisición y actualización de conocimientos.
- Abastecer con medicamentos, equipo médico y ambulancias a todas los centros de salud del MINSAL para la atención oportuna y adecuada de la población.
- Creación de un equipo multidisciplinario que verifique la participación intersectorial e interinstitucional y el cumplimiento de dichas estrategias en todos los centros de salud del MINSAL.
- Debe haber un médico ginecólogo por lo menos 8 horas en cada centro de salud para la atención de las pacientes.

### **AL PERSONAL DE SALUD:**

- Realizar promoción y educación en salud constantemente, dirigido a las mujeres de edad fértil para mejorar estilos de vida saludables y prevención de enfermedades.
- Empoderamiento de sus áreas de trabajo.
- Hacer conciencia de la importancia de la reducción de las muertes maternas.

### **A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL:**

- Hacer conciencia de la importancia de cumplir las indicaciones médicas.
- Poner en práctica estilos de vida saludables.
- Respetar los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres en edad fértil.

#### 4.7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- UNICEF Brasil 2011, estrategias de reducción de morbimortalidad materna, trébol de 4 hojas.
- Anna Lucas, coordinadora de la iniciativa de salud materna infantil y reproductiva de salud global de Barcelona; España.
- Centro de prensa de la OMS (2015) , mortalidad materna, nota descriptiva No. 348
- MINSAL El Salvador 2011-2015, plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.
- RIIS Santa Ana 2016, plan para el abordaje integral de salud materno y de la niñez, MINSAL, El salvador.
- Diccionario de la real academia Española, edición tricentenario.
- William, obstetricia vigésima edición, capítulo 10, complicaciones obstétricas
- MINSAL, Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 5 años, capítulo 1, riesgo preconcepcional y factores de riesgo en mujeres embarazadas.
- MINSAL, política nacional de salud, 2015-2019

# **ANEXOS**



## GLOSARIO

**Accesibilidad:** Es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas. Es indispensable e imprescindible, ya que se trata de una condición necesaria para la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.

**Calidad:** Se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, un cumplimiento de requisitos de cualidad.

**Calidez:** La calidez es una cualidad positiva que en sentido literal se vincula con el adjetivo cálido (que proporciona calor). Está relacionada con el afecto humano y la cordialidad en el sentido de “calor humano”, y es uno de los valores personales que brinda comodidad en las relaciones sociales y abre las puertas al bienestar interior del individuo y de su entorno social.

**Determinantes sociales de la salud:** Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

**Eclampsia:** Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

**Estrategia:** Serie de acciones muy meditadas, encaminadas hacia un fin determinado.

**Género:** Se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino.

**Hemorragia:** Es la salida de sangre desde el aparato circulatorio, provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias o capilares.

**Inequidades sanitarias:** Es las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países.

**Mortalidad materna:** Muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.

**Neoplasia:** Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno.

**Plan de parto:** Es un documento que la embarazada tiene la opción de realizar para expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto.

**Preeclampsia:** Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.

**Promoción de la salud:** Es una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

**Riesgo:** Es la exposición a una situación donde hay una posibilidad de sufrir un daño o de estar en peligro.

**Salud reproductiva:** Es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

Salud Sexual y Reproductiva: Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

Vulnerabilidad: Es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un desastre.

## INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR INFORMACION:

- 1- Total de personal capacitado en las estrategias para la reducción de la morbimortalidad materna.
- 2- Total de muertes maternas directas prevenibles.
- 3- Total de muertes maternas directas no prevenibles.
- 4- Total de mortalidad materna indirectas no prevenibles.
- 5- Total de morbimortalidad materna indirecta prevenibles.
- 6- Total de personal de salud que conoce a cerca de las estrategias de reducción de la morbimortalidad materna.
- 7- Total de instituciones que cuentan con medicamentos para la atención de pacientes embarazadas.
- 8- Total de instituciones que cuentan con el equipo médico para la atención del paciente en edad fértil.
- 9- total de instituciones de salud de Santa Ana que aplican la LEY LEPINA.
- 10-Total de instituciones que cuentan al menos con 3 métodos anticonceptivos.
  
- 11- Numero de instituciones que han fortalecido las prestaciones de servicios de salud materna.
- 12- RIIS y Hospitales de Santa Ana del MINSAL que Cumplen con todos los programas materno para la atención integral de la paciente en edad fértil y embarazo.
- 13-Total de instituciones que cuentan con equipo multidisciplinario para la atención materna.
- 14- Total de instituciones que cuentan con clínicas de alto riesgo.
- 15- Total de instituciones que aplican métodos para prevenir y detectar los factores de riesgo que inciden en el embarazo y parto.
- 16- Total de instituciones que llevan registro de sistema de referencia-retorno.
- 17-Total de cumplimiento de esteroides a pacientes con amenaza de parto prematuro.
- 18- Total de casas de espera materna en el departamento de Santa Ana.

- 19- Total de instituciones que conocen y promueven el uso de casas de espera materna.
- 20- Total de instituciones que aplican manejo activo del tercer periodo del parto.
- 21- Total de instituciones que conocen y aplican las estrategias de código rojo y amarillo.
- 22- Total de instituciones que cuentan con servicio de ambulancia.
- 23- Total de instituciones que cuentan con espacio físico y personal capacitado para atender a mujeres embarazadas con discapacidades.
- 24- Total de instituciones que cuentan con campañas de vacunación en mujeres en edad reproductiva y embarazada (Influenza y Tdpa a la embarazada).
- 25- Total de instituciones que cuentan con participación de organizaciones comunitarias.
- 26- Total de grupos de apoyo comunitarios con asesoría técnica a grupos de apoyo comunitario para la promoción de salud preconcepcional, embarazo, parto y puerperio.
- 27- Total de Líderes comunitarios con participación social.
- 28- Total de instituciones que cuentan con sistemas de información fortalecido.
- 29- Total de instituciones que son monitoreadas, supervisadas y evaluadas en salud materna
- 30- Total de muertes maternas auditadas.
- 31- Total de morbilidad extrema que son analizadas de manera sistemática acorde a lineamientos del establecimiento.
- 32- Total de instituciones que verifican el cumplimiento de las estrategias de morbimortalidad materna.

## DOCUMENTOS OIR



### MINISTERIO DE SALUD REGION OCCIDENTAL DE SALUD

Informe sobre Temática relacionada a Morbi Mortalidad Materna en la Región de Santa Ana en años 2015-2016 y 2017 y sus 13 Municipios.

a.1 Cantidad Mortalidades auditadas

#### **Año 2015**

| No                 | Conclusión                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caso 1             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Trombo embolismo pulmonar</li> <li>▪ Causalidad: Indirecta</li> <li>▪ Grado de Prevención: Prevenible</li> <li>▪ Demora: 3</li> </ul>                             |
| Caso 2             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: intoxicación con bipiridilo</li> <li>▪ Causalidad: No relacionada</li> <li>▪ Grado de Prevención: Potencialmente Prevenible</li> <li>▪ Demora:1</li> </ul>        |
| Caso 3             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: intoxicación con órgano fosforados</li> <li>▪ Causalidad: No relacionada</li> <li>▪ Grado de Prevención: Potencialmente Prevenible</li> <li>▪ Demora:1</li> </ul> |
| Caso 4             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: otras infecciones puerperales</li> <li>▪ Causalidad: directa</li> <li>▪ Grado de Prevención: Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>                            |
| Caso 5             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: sepsis puerperal</li> <li>▪ Causalidad: directa</li> <li>▪ Grado de Prevención: Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>                                         |
| Caso 6             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Intoxicaciones con bipiridilo</li> <li>▪ Causalidad: No relacionada</li> <li>▪ Grado de Prevención: Prevenible</li> <li>▪ Demora:1</li> </ul>                     |
| Caso 7             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Hemorragia Obstétrica severa</li> <li>▪ Causalidad: directa</li> <li>▪ Grado de Prevención: Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>                             |
| Total Casos 2015 : | 7                                                                                                                                                                                                                                  |

**Año 2016**

| No                 | Conclusión                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caso 1             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Embolismo de líquido amniótico</li> <li>▪ Causalidad: directa</li> <li>▪ Grado de Prevención: Potencialmente Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>    |
| Caso 2             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Intoxicación con fosfuro de aluminio</li> <li>▪ Causalidad: No relacionada</li> <li>▪ Grado de Prevención: Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>      |
| Caso 3             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Eclampsia</li> <li>▪ Causalidad: directa</li> <li>▪ Grado de Prevención: Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>                                        |
| Caso 4             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Accidente cerebro vascular</li> <li>▪ Causalidad: Indirecta</li> <li>▪ Grado de Prevención: Potencialmente Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>      |
| Caso 5             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Intoxicación con fosfatina</li> <li>▪ Causalidad: No relacionada</li> <li>▪ Grado de Prevención: Potencialmente Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul> |
| Caso 6             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Síndrome de Guillain Barre</li> <li>▪ Causalidad: Indirecta</li> <li>▪ Grado de Prevención: No Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>                  |
| Caso 7             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Sospecha de embolismo de líquido amniótico</li> <li>▪ Causalidad: directa</li> <li>▪ Grado de Prevención: No Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul>    |
| Total Casos 2016 : | 7                                                                                                                                                                                                                          |

**Año 2017**

| No | Conclusión                                                                                                                                                                                                                 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Causa Básica de Muerte: Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis</li> <li>▪ Causalidad: indirecta</li> <li>▪ Grado de Prevención: Prevenible</li> <li>▪ Demora:3</li> </ul> |

**a.2 Cantidad de Morbilidades auditadas  
2015**

| No | Conclusión                                                                                            |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostico Puerperio Mórbido</li> <li>▪ Demora 3</li> </ul> |

**2016**

| No | Conclusión                                                                                                                                                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostico: Hemorragia post parto mas ruptura uterina</li> <li>▪ Demora: 1 y 3</li> <li>▪ Grado de Prevención: prevenible</li> </ul> |

b. Numero de establecimientos que aplican estrategias de prevención de morbimortalidad materna en Santa Ana

| 2015    | 2016    | 2017    |
|---------|---------|---------|
| 54 UCSF | 54 UCSF | 54 UCSF |

c. Número de personal capacitado para aplicación de estrategias de morbimortalidad materna en Santa Ana

| 2015 | 2016 | 2017 |
|------|------|------|
| 91   | 130  | 50   |

d. Numero de clínicas especializadas (que cuentan con ginecólogos) para la atención de pacientes embarazadas de Santa ana

| 2015 | 2016 | 2017 |
|------|------|------|
| 10   | 10   | 10   |

e. Instrumentos de evaluación para verificar la aplicación de estrategias de prevención de morbimortalidad materna todos los tipos de instrumentos de evaluación y específicos para cada nivel de atención donde aplican las estrategia

Se cuentan con 4 tipos de instrumentos que permite verificar las estrategias de prevención de morbimortalidad materna:



- Instrumento de monitoreo y supervisión de SSR
- Instrumento de monitoreo y supervisión de SSR para enfermería
- Instrumento de monitoreo a Hogares de espera materna
- Instrumento para la supervisión integral y facilitadora del primer nivel de atención

f. Total de centros de salud que cuentan con medicamentos para la atención de embarazadas de alto riesgo y morbilidad

| 2015    | 2016    | 2017    |
|---------|---------|---------|
| 54 UCSF | 54 UCSF | 54 UCSF |

g. Total de centros de salud que cuentan con equipo medico adecuado para la atención de las embarazadas

| 2015    | 2016    | 2017    |
|---------|---------|---------|
| 54 UCSF | 54 UCSF | 54 UCSF |

h. Instituciones que cuentan con al menos tres métodos de planificación familiar

| 2015    | 2016    | 2017    |
|---------|---------|---------|
| 54 UCSF | 54 UCSF | 54 UCSF |

i. Total de centros de atención fortalecidos con prestaciones de servicios de salud

| 2015    | 2016    | 2017    |
|---------|---------|---------|
| 54 UCSF | 54 UCSF | 54 UCSF |

j. Total de número de instituciones que cuentan con equipo multidisciplinario para la atención materna, sistema de referencia y retorno

| 2015    | 2016    | 2017    |
|---------|---------|---------|
| 54 UCSF | 54 UCSF | 54 UCSF |

k. Total de pacientes a quien se les ha cumplido la dosis de esteroides en amenaza de parto prematuro en el primer nivel de atención

| 2015 | 2016 | 2017 |
|------|------|------|
| 11   | 26   | 14   |

l. Total de ambulancias con las que cuentan

| 2015 | 2016 | 2017 |
|------|------|------|
| 5    | 5    | 5    |

m. Cuantos son los organismos de participación de organización comunitaria

| 2015 | 2016 | 2017 |
|------|------|------|
| 588  | 585  | 585  |

Se cuenta con prestación de servicios de vacunación de forma permanentes en las 54 UCSF

n. Cuales son los líderes comunitarios y cuantos sistemas de información fortalecidos con los que cuentan

Lideres comunitarios

| 2015  | 2016  | 2017  |
|-------|-------|-------|
| 1,343 | 1,569 | 1,569 |

En cuanto a los sistemas de información fortalecidos se cuenta con uno a nivel nacional

ñ. total de centros monitoreados y supervisados

| 2015    | 2016    | 2017    |
|---------|---------|---------|
| 54 UCSF | 54 UCSF | 54 UCSF |

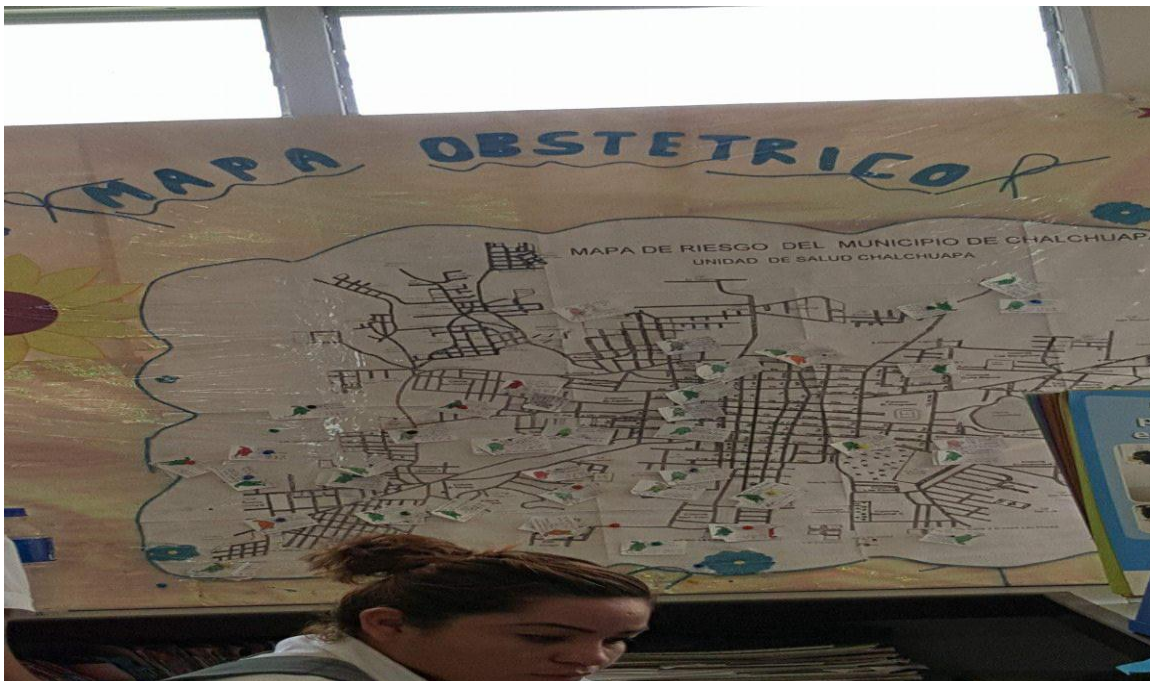
Ofertas de atenciones en salud y sala de espera en RIIS de EL CONGO, Santa Ana:



Ginecólogo brindando control prenatal en RIIS Chalchuapa:



Mapa Obstetrico en RIIS Chalchuapa



Consultorio y equipo médico del MINSAL para la atención de la embarazada en RIIS de Chalchuapa:

