



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA

**FACTORES RELACIONADOS EN LOS CASOS DE MUERTES
INFANTILES EN LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS
EN AHUACHAPAN DE ENERO A MAYO 2018**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN GESTION HOSPITALARIA

PRESENTADO POR:
Dra Ixchel María Medrano Cantarely

Asesora:
Licda. MSP Reina Araceli Padilla Mendoza

SAN SALVADOR, DICIEMBRE 2018

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

DRA MSP MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS
DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LIC. MSP REINA ARACELY PADILLA MENDOZA
COORDONADORA DE LA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICDA. MSP REINA ARACELY PADILLA MENDOZA
DRA. MGH. ANA GUADALUPE MARTINEZ DE MARTINEZ
LICENCIADO MSP PABLO ISIDRO VASQUEZ VALDEZ

DEDICATORIA

A Dios

Que ha cuidado de mí y mi familia y me ha dado fortaleza para culminar esta etapa de mi vida.

A mi esposo

Por el apoyo incondicional durante este proceso formación.

A mis padres

Por estar siempre presentes

A mi hija

Porque es la fuerza para seguir adelante a pesar de los sacrificios

A los docentes

Quienes con su trabajo y esfuerzo me han guiado en la culminación de este proceso

Ixchel María Medrano Cantarely

RESUMEN

Título: Factores relacionados en los casos de Muertes Infantiles en la Red Integral e Integrada de Servicios en Ahuachapán de enero a mayo 2018.

Propósito: Elaborar una propuesta técnica que incida en la reducción sustancial de Muertes Infantiles en el SIBASI Ahuachapán.

Objetivo: Establecer los factores relacionados en los casos de muertes infantiles en la red integral e integrada de servicios en Ahuachapán de enero a mayo 2018.

Material y Métodos: Investigación de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuali-cuantitativo; se realizó trabajo de campo y revisión documental de expedientes y auditorías realizadas.

Resultados: En cuanto a los resultados más relevantes se encuentran: lo relacionado con las características sociodemográficas; identificándose que el 56% viven en zonas de con riesgo de violencia social; en cuanto al nivel socioeconómico el 56% corresponde a clase media baja, el 44% cuenta con vivienda alquilada y el 60% cuenta con servicios básicos incompletos. Lo relacionado con la atención clínica integral en el primer nivel de atención, además el 72% no tenía conocimiento de los signos de alarma de enfermedad muy grave en su hijo y el 56% de los expedientes revisados no estaban acorde a lo normado por el MINSAL; lo relacionado con la atención comunitaria; el 72% de los casos no se les realizó visita domiciliar, el 60% de los expedientes no se les brindó acciones educativas y el 77% no recibió seguimiento comunitario por ser faltistas a controles infantiles.

Conclusiones: Dentro de los factores relacionados a los casos de Muerte Infantil, el nivel educativo y los socio demográficos inciden de forma directa en los casos de Muerte Infantil y se evidenció la necesidad del fortalecimiento de la salud comunitaria y mejorar la educación de las mujeres adolescentes.

Recomendaciones: Vigilar por que se brinde atención acorde a la normativa al 100% de niños que la busquen en los establecimientos de salud y fortalecer los comités locales y los líderes comunales, para tener vínculos estratégicos dentro de comunidades de difícil acceso, por alto riesgo social

CONTENIDO

Capitulo	págs.
i. INTRODUCCION	1
I. OBJETIVOS	3
II. MARCO DE REFERENCIA	4
III. DISEÑO METODOLOGICO	21
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSION	50
VI. CONCLUSIONES	56
VII. RECOMENDACIONES	58
VIII. PROPUESTA TECNICA	59
IX. BIBLIOGRAFIA	66
X. ANEXOS	69
XI. GLOSARIO	81

I. INTRODUCCION

La Mortalidad Infantil (MI) es un reto para los gobiernos de América Latina y el Caribe, el cual constituye así mismo una prioridad para las naciones ante los compromisos internacionales marcados en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible que en su objetivo 3 tiene como parte de sus metas poner fin a las muertes prevenibles en menores de 5 años, encontrándose inmerso en este grupo la MI.

A partir de la década de los 80's se ha ido modificando el perfil de causas de la mortalidad infantil, ocurriendo una transición epidemiológica en donde las enfermedades inmunoprevenibles e infectocontagiosas como: las infecciones intestinales y las respiratorias pierden terreno ante las afecciones perinatales y las anomalías congénitas.

En este sentido, El Salvador, también ha formado parte de dicha transición, reportándose en la Revisión 2014 de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), dentro del documento: "El Salvador: Estimaciones y proyecciones de población nacional 2005-2050. Departamental 2005-2025", un descenso de la tasa de mortalidad infantil desde la década de los 50's hasta el 2010, donde la tasa de mortalidad infantil estimada ha reportado una marcada tendencia al descenso.

En el Salvador con implementación la Reforma de Salud ejecutada en el marco de la Política Nacional de Salud a partir de 2009; desde el Ministerio de Salud (MINSAL) como ente rector, garantizando así el derecho humano a la salud a través de la implementación de un modelo de atención basado en el individuo, familia y comunidad; se ha favorecido directamente a la población con más escasos recursos y la que vive en lugares más alejados de las ciudades acercándolos servicios de salud al paciente, se han visto mejoras sustanciales en las tasas de Muerte Infantil quedando en el 2018 en 9.2 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.

Sin embargo, al analizar los datos de mortalidad en los niños y niñas menores de 1 año durante el año 2017 se evidenció que a pesar de los múltiples esfuerzos por

reducir las cifras numéricas, no se ha logrado incidir significativamente en el descenso de las tasas de mortalidad para alcanzar las metas propuestas en este proceso surge el departamento de Ahuachapán como líder en las Tasa de MI, con una tasa de 14.95 y la tasa Nacional es de 9.2; estando 5.75 puntos porcentuales por encima de la tasa nacional

Para obtener un mejor conocimiento sobre los factores relevantes que inciden en la Mortalidad Infantil, se procedió a identificar qué factores sociodemográficos, relacionados con la atención clínica integral y la atención comunitaria, la que desempeña una función determinante en el comportamiento de la mortalidad infantil en el SIBASI Ahuachapán, y así poder actuar con eficiencia sobre esta problemática.

Identificar, por lo tanto, los efectos de las características individuales, como también aquellos relacionados con las características de la población a la que pertenecen y del área donde viven y se producen esas muertes, constituye un avance tanto en la comprensión de los factores relacionados de la mortalidad infantil, como también de los mecanismos, a través de los cuales estos diversos factores se interrelacionan; siendo lo anterior la importancia de ser un estudio relevante y útil para la atención sanitaria.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LOS FACTORES RELACIONADOS EN LOS CASOS DE MUERTES INFANTILES EN LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS EN AHAUCHAPAN DE ENERO A MAYO 2018?

II. OBJETIVOS

General

Establecer los factores relacionados en los casos de muertes infantiles en la red integral e integrada de servicios en Ahuachapán de enero a mayo 2018.

Específicos

1. Determinar las características socio demográficas en los casos de la mortalidad infantil.
2. Caracterizar la atención clínica integral en el primer nivel de atención en los casos estudiados.
3. Describir la atención comunitaria con énfasis en el área preventiva y educativa.

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1. Generalidades

El Ministerio de Salud, (MINSAL), desde el año 2009 ha impulsado el proceso de Reforma de Salud en El Salvador, dando pasos firmes para lograr cumplir con lo establecido tanto en la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”(2009-2014) y continuando con la Política Nacional de Salud (2015-2019), garantizando el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, siendo necesario la reorganización con visión de la Atención Primaria en Salud Integral, (APSI). Dicho proceso progresivo parte del trabajo directo con las personas, familias y comunidades a partir de funcionamiento en Red.

La Reforma de Salud se basa en principios de equidad, compromiso, intersectorialidad, universalidad, gratuidad, solidaridad, transparencia y participación social, por lo que se construye sobre la marcha y de forma participativa. (Colectivo de Autores MINSAL, 2017; 1)

Las Redes Integrales e Integradas de Servicios, en adelante RIIS, busca lograr el continuo de la atención de la persona a partir de su necesidad, con el enfoque en todo el ciclo de vida que cada uno tiene en el contexto de la familia y comunidad; es un reto que debe ser asumido por toda la estructura administrativa y de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS), para la optimización de los recursos con que cuenta.

La importancia de una Red Integral es desarrollar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en todo el ciclo de vida y la Red Integrada por la articulación de todos los niveles del sistema donde se procura la atención de manera continua, desde la comunidad hasta el centro de mayor especialización. (Montenegro, Levcovitz, Holder, Ruales, & Suárez, 2010; 2) (Colectivo de autores MINSAL, 2013)

Los Servicios de salud integrales: se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados

paliativos a través de los diferentes niveles de atención del SNS y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de la vida. (Colectivo de autores MINSAL, 2013)

Red de servicios: Es la red institucional de establecimientos del MINSAL de todos los niveles de atención. Se refiere fundamentalmente a la articulación funcional de UCSF Básicas, Intermedias y Especializadas (prestadoras de servicios) y hospitales que les correspondan según Área Geográfica de influencia, que están organizadas jerárquicamente según niveles de complejidad; tienen un referente común que es la cabeza de microred, que asume la gestión de la misma a través de los instrumentos técnicos jurídicos vigentes, apoyándose también en los diferentes módulos del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) y otros recursos logísticos compartidos bajo un propósito común. (Colectivo de autores MINSAL, 2013)

Los Principios de la Reforma de Salud y Atributos del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, son los siguientes: **transparencia, solidaridad, compromiso social, equidad, universalidad, gratuidad, intersectorialidad, participación social y organización comunitaria**, los cuales son trazadores del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria a lo largo del curso de vida por todos los integrantes del SNS. El Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, se caracteriza por la asignación de funciones, recursos y responsabilidades en espacios geo- poblacionales definidos.

Uno de los principales desafíos en la implementación de dicho Modelo de atención, es el garantizar el acceso universal a servicios de salud oportunos y de alta calidad, ello implica que el personal de salud asignado a los Equipos Familiares y Equipos Especializados asuma el reto de impactar favorablemente en los indicadores sanitarios de su área de responsabilidad y favorecer el aumento de las expresiones organizativas de la participación social en salud. (Colectivo de Autores MINSAL, 2017) (Colectivo de autores MINSAL, 2013)

El Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario: es el producto de la estrategia de atención primaria en salud, que involucra los tres niveles de atención con un abordaje integral de la persona, a lo largo de su ciclo de vida, la familia y la comunidad, así como contribuir a que la ciudadanía asuma el control de las determinantes sociales, económicas, ambientales y Políticas de la salud, para

reducir la inequidad en la gestión y prestación de servicios de salud; lo cual exige una reorientación de los servicios de salud integrándolos en redes que potencializan sus capacidades al conjugar la atención general y la especializada con el trabajo integrado a la comunidad, las organizaciones de base comunitaria, y otros sectores del gobierno, para garantizar el amplio conocimiento e incidencia en la realidad de la población, el acceso oportuno a servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención, control y rehabilitación, según sea necesario y pertinente para conseguir el mejoramiento del nivel de salud de la persona, familia y comunidad, con amplia participación social, en forma solidaria, promoviendo el análisis y la planificación de acciones intersectoriales para la prevención, la promoción y el abordaje de los determinantes que condicionan la inequidad en la situación de salud de la población bajo su cargo (Colectivo de autores MINSAL, 2013) (Colectivo de Autores MSPAS)

En relación al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, las RIIS tienen los siguientes atributos:

- Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan prestación de servicios de salud requeridos.
- Una extensa red de establecimientos de salud, que presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades para la población de responsabilidad; diagnóstico, tratamiento, atención de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de programas integrales.
- Un Primer Nivel de Atención multidisciplinario, que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen generalmente en entornos extra hospitalarios.

- Existencia de mecanismos de coordinación para la atención del individuo a lo largo del ciclo de vida, familia y comunidad, en el continuo de los servicios de salud.
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población. (Colectivo de autores MINSAL, 2013)

El modelo de atención basado en un enfoque familiar está orientado hacia el ciclo de vida y el ciclo vital familiar.

Sus ejes de intervención son los siguientes: promoción de la salud, familia saludable, entorno saludable y enfoque de riesgo.

La visión integral de la familia permite la atención oportuna y resolutiva en los diferentes niveles de atención, privilegiando la promoción de la salud, la prevención de riesgos y daños, fomentando el auto cuidado de la salud familiar, las acciones del equipo básico de salud desde la perspectiva de la programación local participativa. (Colectivo de autores, 2009)

El concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser integral, de aquí surge el término de salud holística, la cual nos conduce a vislumbrar las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, funcionando así como una entidad completa en relación al mundo que le rodea, otorgándole importancia a otros aspectos de la salud que han sido excluidos de las definiciones anteriores, refiriéndose al componente emocional y espiritual de la salud. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de salud. Por consiguiente la salud es el completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional y no solamente la ausencia de enfermedad, dolencia o accidente. (Alcántara Moreno, 2008)

Antes de 2009, el Primer Nivel de Atención contaba con 377 unidades de salud en todo el país; actualmente funcionan 753 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) con diferente nivel resolutivo que proporcionan servicios de salud gratuitos en diferentes áreas, como atenciones ambulatorias curativas y preventivas, así como

servicios de diagnóstico y apoyo clínico. Los Ecos familiares y especializados instalados en las UCSF desarrollan el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, que se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral (APSI), con un abordaje integral del individuo, a lo largo de su curso de vida, de la familia y de la comunidad. (Colectivo de Autores MINSAL, 2017)

La Carta de Ottawa (Canadá, 1986) representa la formulación esencial del concepto de promoción de la salud y tácitamente se refiere a que toda acción sanitaria significa “la construcción y aplicación de políticas públicas saludables, con la consecuente creación de un ambiente de apoyo, el fortalecimiento del primer nivel de atención para que se realicen las acciones comunitarias, desarrollando aptitudes y actitudes del personal de salud para reorientar adecuadamente los servicios, así como el desarrollo de las habilidades de la población para el cuidado de su salud”. (1era Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud, 1986)

3.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Este es un concepto positivo que dinamiza los recursos sociales, comunitarios y personales y que va más allá de los distintos estilos de vida saludables para aspirar a la consecución del bienestar. Contribuye al desarrollo individual y colectivo proporcionando información, comunicación y educación para la salud, potenciando las habilidades personales, de ese modo incrementa el número de acciones de que disponen las familias para ejercer un mayor control sobre su propia salud y su entorno, y para elegir alternativas favorables a la salud.

Enfoque de riesgo y prevención del daño El concepto de riesgo es la probabilidad de sufrir alteraciones o daños en la salud por la acción de factores denominados “negativos”; y la vulnerabilidad es la condición de una persona o familia que determina la probabilidad de sufrir enfermedades, accidentes o lesiones auto infligidas. Existe menor vulnerabilidad probabilidad que el evento, daño o problema ocurra cuando hay mayor presencia de factores protectores como: comunicación familiar, una familia funcional, toma de decisiones conjunta, espacios saludables

(recreativos, espirituales). El grado de vulnerabilidad es situacional y específico de acuerdo a las condiciones geográficas, económicas y sociales; y que difieren según la etapa del ciclo vital familiar.

Este enfoque se emplea para identificar grupos vulnerables, factores protectores determinar prioridades de atención en salud, permitiendo reorganizar y fortalecer los servicios de salud, así como su relación con las comunidades. De este modo se espera que los equipos de salud familiar contemplen en sus acciones de trabajo diario el proceso riesgo-daño, identificando el riesgo, los factores protectores y previniendo, manejando o limitando el daño, en base al diagnóstico de salud individual, familiar y comunitaria. (Vargas Palavicino, y otros, 2012)

3.3 Atención Integral a la Niñez

En cuanto a la atención integral e integrada de las niñas y los niños, esta debe ser un proceso dinámico durante el curso de vida, comprendiéndose desde la existencia de cambios en el componente físico y en el neurodesarrollo, que deben tomarse en cuenta para la detección oportuna de anomalías. El modelo de atención en salud familiar y comunitaria incluye los servicios que se deben proporcionar a las niñas y los niños cuando están sanos o con alguna morbilidad, siendo necesario conocer los aspectos a vigilar al momento de dar la atención, identificando factores de riesgo, de forma oportuna y pertinente para su corrección, desarrollando acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, en el continuo de la atención, con el enfoque mujer, individuo, familia y comunidad.

En El Salvador la mortalidad a causa de enfermedades prevenibles como son: sepsis neonatal temprana y tardía, infecciones respiratorias agudas, problemas de malnutrición, enfermedades infecciosas intestinales y otras, siguen siendo un reto para el personal de salud que se encuentra en las unidades comunitarias de salud familiar, y aunque se han observado los esfuerzos por ir manteniendo la disminución de las tasas de mortalidad, se evidencia la no uniformidad de estos resultados.

Con relación a las atenciones preventivas en la niñez, esta se debe realizar de la siguiente forma:

Inscripción precoz: Los primeros siete días de vida o en el primer contacto con el proveedor o establecimiento de salud, en niños y niñas, por médico neonatólogo,

médico pediatra, médico general o enfermera; las acciones a realizar son lo establecido en el lineamiento de atención Integral a las niñas y niños menores de 10 años (Hernandez, Morales Rodriguez , & Burgos , 2018)

En cuanto a los controles infantiles este se lleva a cabo a través de visitas para control y seguimiento, tanto en el establecimiento de salud o a nivel domiciliario, el personal de salud debe realizar las siguientes acciones de atención, de acuerdo al grupo dispensarial:

- En los neonatos, el primer control debe realizarse a los catorce días posteriores al nacimiento, por médico pediatra del Ecos Especializado o en su defecto por el médico de mayor experiencia en las UCSF o del Hospital de la RIISS.
- En los siguientes controles subsecuentes, la frecuencia, se debe realizar de acuerdo a lo establecido en el grupo I dispensarial de los Lineamientos Técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados, y las acciones de atención en salud, según lo descrito en los Lineamientos Técnicos de atención integral a los niños y niñas menores de cinco años.
- Relacionado a las inmunizaciones: todo proveedor de servicios de salud debe revisar y actualizar en cada usuario, que el esquema de vacunación esté acorde a la edad o condición de salud y anotarlo en el expediente clínico, carné del usuario y registros del establecimiento de salud. (ver anexo 1) (Colectivo de Autores MINSAL, 2013)

Con relación a la detección de riesgo y Atención Integral;

- A los Recién Nacido Todo personal de salud hospitalario que atienda un recién nacido debe:
 - a) Realizar examen físico y hacer un registro completo en la hoja de historia clínica correspondiente al momento del nacimiento y alta.
 - b) Afiliarlo, identificándolo inmediata y correctamente, completar la ficha médica de nacimiento con las medidas antropométricas y plasmar las huellas plantares, la cual se entregará al momento del alta.

- c) Completar la ficha médica de nacimiento con los documentos de identidad de la madre y del padre si corresponde.
- d) Facilitar el apego precoz y alojamiento conjunto entre la madre y su recién nacido para estimular la lactancia materna temprana.
- e) Promover y facilitar la inscripción precoz en el establecimiento de salud en los primeros siete días de nacido.
- f) Referir a todo recién nacido con complicaciones al nivel de atención correspondiente, adjuntando la hoja de referencia y transporte con datos completos y correctos.
 - En niños y niñas de un mes a menor de cinco años: durante el proceso de atención en niños y niñas, clasificados en el grupo dispensarial II y III, todo proveedor de servicios de salud, debe cumplir con las siguientes actividades:
 - a) Realizar y registrar la medición antropométrica.
 - b) Tomar signos vitales y registrarlos en la Hoja de Atención Integral.
 - c) Aplicar la escala simplificada del desarrollo y las gráficas de crecimiento.
 - d) Si está enfermo, evaluar la presencia de signos de peligro según los Lineamientos de atención Integral a los niños y niñas menores de diez años.
 - Riesgos y enfermedades en la niñez: durante el proceso de atención en niños y niñas, clasificados en el grupo dispensarial II y III, todo proveedor de servicios de salud, debe cumplir con las siguientes actividades:
 - a) Realizar y registrar la medición antropométrica.
 - b) Tomar signos vitales y registrarlos en la Hoja de Atención Integral.
 - c) Aplicar la escala simplificada del desarrollo y las gráficas de crecimiento.
 - d) Si está enfermo, evaluar la presencia de signos de peligro según los Lineamientos de atención Integral a los niños y niñas menores de cinco años.

3.4 Referencia y Retorno

- De la referencia: El proveedor de salud que no cuente con la capacidad para dar atención integral a una persona con enfermedades prevalentes transmisibles y crónicas no transmisibles, trastornos nutricionales, trastornos del comportamiento, problemas del desarrollo, problemas relacionados con la

salud sexual y reproductiva, con énfasis en embarazo, entre otros, debe proceder, para su referencia, conforme procedimientos establecidos en los instrumentos técnicos jurídicos emitidos por el MINSAL. (Colectivo de Autores MINSAL, 2013)

El proceso de referencia, retorno e interconsulta (PRRI) ,con el propósito de garantizar el continuo del cuidado a la persona, toma como base la población, el territorio, la provisión de servicios en función de las necesidades y características de la población beneficiada, integración de la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento a la morbilidad, rehabilitación y cuidados paliativos, así como la prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado y en entornos extrahospitalarios, por medio de una atención centrada en la persona, familia y comunidad, teniendo en cuenta la determinación social de la salud. (Colectivo de autores MINSAL, 2017)

La referencia se clasifica en:

Referencia oportuna: es la referencia que se realiza en el momento adecuado aplicando los instrumentos técnico-jurídicos institucionales.

Referencia pertinente: es la referencia que ha sido realizada y enviada al establecimiento de salud que corresponde según su patología o condición clínica de acuerdo a los instrumentos técnico-jurídicos.

Referencia efectiva: es aquella que se da cuando la persona asiste al servicio de salud al que fue referido, es atendida por el personal de salud y registrado en un sistema informático o manual.

Referencia de urgencias y emergencias Según la clasificación del paciente en el TRIAGE se debe realizar una referencia de urgencia o de emergencia. Es de emergencia, cuando a causa de la alteración de la integridad física, funcional o psíquica, el paciente tiene comprometida la vida y requiere atención inmediata, debe ser estabilizado previo al traslado y acompañado por personal de salud. Es de urgencia cuando exista una patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que su atención no debe retrasarse; el médico tratante debe evaluar la necesidad de que el paciente sea o no acompañado por el personal de salud.

Referencia a servicios de consulta externa especializada Es la referencia que no

requiere de una atención inmediata y se realiza de forma ambulatoria y no necesita del acompañamiento del personal de salud.

Retorno: persona enviada por un establecimiento de salud a otro al que fue referida. Que consiste en la elaboración de un informe escrito de la valoración, el tratamiento realizado, así como los resultados, indicaciones y recomendaciones, que realiza el médico tratante del establecimiento de salud donde recibió la atención y posteriormente será enviado al médico que le corresponda con el objetivo de asegurar el continuo de la atención. (Colectivo de autores MINSAL, 2017)

Al abordar el tema de Mortalidad Infantil (MI) es importante destacar que en América Latina y el Caribe se han reducido un 67 por ciento en 25 años, según indica un nuevo informe presentado por Unicef. (Colectivo de Autores UNICEF, 2016)

Con una tasa de mortalidad infantil de 18 por cada 1000 nacimientos, la región ha logrado alcanzar el objetivo del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés), situado en esa misma cifra. Hace 15 años, el número de muertes infantiles por cada 1000 nacimientos era de 54.

México, con una tasa de mortalidad infantil de 13 por cada 1000 nacimientos se encuentra entre los países latinoamericanos que más han disminuido sus cifras. Otros de los Estados que han logrado lo propuesto son El Salvador, que ha pasado de 59 a 17 de cada 1000, Perú (80 a 17), Venezuela (de 30 a 17), Colombia (35 a 16), Brasil (61 a 16) y Argentina (28 a 13).

Por países, el informe destaca que Angola es el país en el que se da una tasa de mortalidad infantil mayor (de 157 por cada mil nacimientos). En el lado opuesto, Islandia, Luxemburgo y Finlandia comparten el honor de ser los países en los que la tasa es más baja, con dos muertes por cada mil nacimientos. (Colectivo de Autores UNICEF, 2016)

Asimismo, a nivel global, América Latina y el Caribe es la segunda región a nivel mundial que ha reducido la mortalidad en niños, únicamente superada por Asia Oriental, donde ha disminuido un 79 por ciento en 15 años; esto se debe principalmente a que se han dado cambios en el comportamiento de las mujeres y

sus familias y en que hay una mayor acción por parte de los servicios públicos de salud y de las comunidades.

A pesar de esto, en estos últimos 25 años, ha habido 236 millones de niños que han fallecido por causas que podrían haberse prevenido. Entre ellas se encuentran las complicaciones durante el parto, la diarrea, la neumonía o la malaria. (Colectivo de Autores UNICEF, 2016)

Es importante señalar, que del total de muertes en menores de 1 año, alrededor del 57.6% ocurren en el periodo neonatal, es decir, que el riesgo de morir es mayor durante los primeros 28 días de vida; así mismo, las muertes infantiles representan el 81.7% del total de defunciones en menores de 5 años, lo cual significa que incidiendo en la reducción de la mortalidad en el menor de 1 año, se disminuiría significativamente la tasa de mortalidad en menores de 5 años.

Según las estimaciones, unos 5,6 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en 2016. Esto se traduce en 15.000 muertes de menores de cinco años por día.

La mayoría de los fallecimientos neonatales se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones. Desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea y el paludismo. La malnutrición es una causa subyacente que contribuye aproximadamente a 45% del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves.

Desde 1990, el mundo ha progresado considerablemente en lo que se refiere a la supervivencia infantil. La mortalidad de los menores de 5 años ha disminuido en un 56%: de 93 fallecidos por 1000 nacidos vivos en 1990 a 41 en 2016. No obstante, para alcanzar en 2030 la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) referida a la mortalidad de los menores de 5 años será necesario acelerar los progresos en una cuarta parte de los países. La consecución de dicha meta reduciría en 10 millones el número de menores de 5 años fallecidos entre 2017 y 2030. Para prevenir el 80% de estas muertes es necesario centrar los esfuerzos en

el África Subsahariana y Asia Sudoriental. (Carpio Gesta, Redondo Gallego , & Ballester Diez, 2016)

En 1996, la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, que declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo e insta a los Estados a abordarla desde la perspectiva de la salud pública (Carpio Gesta, Redondo Gallego , & Ballester Diez, 2016)

El índice de MI es considerado clásicamente como un marcador del grado de desarrollo de las condiciones de vida de una población, y se utiliza en la evaluación de la situación de la infancia y de la salud de un país, especialmente en aquellos con TMI elevadas. Esto sucede porque el proceso de gestación, crecimiento y desarrollo de los niños es muy sensible a condiciones de vida adversas, las que producen un fuerte impacto en las probabilidades de enfermar y morir. Las condiciones de vida expresan características ambientales, económicas, históricas, culturales y políticas de los conjuntos sociales y no sólo las condiciones de salud de la población. (Lomuto)

Tradicionalmente, se relaciona la Mortalidad Neonatal con las condiciones biológicas del recién nacido, la atención médica y de enfermería recibida –y la concomitante aplicación de tecnologías–, y no tanto con condiciones sociales como la mortalidad postneonatal, aunque muchos estudios comienzan a demostrar que también se ve influenciada por las condiciones de vida y el nivel socioeconómico, especialmente de las madres (Spinelli H, Calvello , & Arakaki, 2000). La Mortalidad postneonatal, se vincula cada vez más con eventos acaecidos en el periodo neonatal. La MN ha sido llamada “el componente duro” de la MI, debido a que habitualmente es la que desciende más lentamente, en contraposición al componente blando, que equivale al período postneonatal, ya que es el que desciende primero y con acciones más fáciles de implementar. (Lomuto)

Los principales objetivos del pediatra de atención primaria son: • Proporcionar una atención médica y cuidado continuos, integrales, centrados en el niño y la familia, coordinados, en el medio en el que el niño crece y se desarrolla y desde el nacimiento hasta la finalización del crecimiento somático y el desarrollo psicosocial.

- Prestar una atención individualizada considerando el contexto social y comunitario con un enfoque poblacional no solo de grupos de riesgo (Colectivo de autores. AEP, 2004)

Los "Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 10 años", que tiene como objetivo definir las directrices de atención integral de la niñez menor de 10 años para que sean aplicadas por el personal de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RISS). (Hernandez, Morales Rodriguez , & Burgos , 2018)

Estas directrices incluyen la promoción, prevención y evaluación del crecimiento y el desarrollo de los menores, así como también el manejo integral de enfermedades frecuentes en la infancia, con un enfoque en derechos humanos.

Promoción para la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (Carta de Ottawa, 1986)

Prevención

Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Educación para la salud

Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los

ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. (Gervas Camacho, Perez Fernandez, & Gonzalez de Dios, 2007)

LAS 5 FUNCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la Carta de Ottawa quedaron establecidas las cinco funciones básicas necesarias para producir salud: (1era Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud, 1986)

A) **DESARROLLAR APTITUDES PERSONALES PARA LA SALUD** La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

B) **DESARROLLAR ENTORNOS FAVORABLES** La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante. Además procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

C) **REFORZAR LA ACCIÓN COMUNITARIA** La promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

D) **REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD** La promoción de la salud impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica. También contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos, y las respeten. Asimismo impulsa que los programas de formación profesional en

salud incluyan disciplinas de promoción y que presten mayor atención a la investigación sanitaria. Por último, aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

E) IMPULSAR POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población. (Herrera, 2013)

La mortalidad infantil está más relacionada con factores del mismo sistema de salud donde las actividades de promoción y prevención son fundamentales para impactar su reducción. El riesgo de mortalidad infantil inicia desde el útero donde la salud de la madre se asocia con el riesgo, especialmente la desnutrición materna, la prematuridad y la restricción en el crecimiento intrauterino. Las acciones de intervención preventivas como el fomento de la lactancia materna exclusiva, la hidratación oral, las inmunizaciones, el control de crecimiento y desarrollo en el niño sano y la detección temprana de morbilidad del recién nacido y lactante impactan positivamente la reducción de la mortalidad infantil. (Pasarín, Forcada, Lluís De Peray, & Gofin, 2010)

Se puede definir la salud comunitaria como la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socioeconómico-cultural y físico

Consideramos la intervención en salud comunitaria como una estrategia de intervención sanitaria cuya finalidad es la mejora de la salud de una comunidad definida. La salud comunitaria incluye una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, la aplicación de un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macrosocial y microsociales, y la participación de las comunidades,

instituciones y demás sectores en la toma de decisiones (Pasarín, Forcada, Lluís De Peray, & Gofin, 2010)

Las características sociodemográficas afectan inciden directamente en los casos de Muerte infantil, las características de la vivienda son importantes en este contexto. (Najera Arregoces & Tuesca Molina, 2015) Existe un estrecho vínculo entre disponer de una vivienda adecuada y la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida personal y familiar; por eso, la vivienda es un elemento fundamental para garantizar la dignidad humana. En el hogar no solo se desarrolla la vida privada de las personas, sino también es un espacio de reunión, convivencia, protección y cuidado de la familia y la comunidad. En pocas palabras, es una necesidad básica de la condición humana.

La jurisprudencia nacional e internacional considera el acceso a la vivienda como un derecho humano de primera importancia. La Constitución de El Salvador, en su artículo 119, declara de interés social la construcción de viviendas, a fin de que el mayor número de familias salvadoreñas lleguen a ser propietarias de la suya; la Declaración Universal de Derechos Humanos, por su parte, afirma que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, entre otras cosas, la vivienda.

Pero en países como el nuestro, la posibilidad de acceder a la propiedad de una vivienda digna sigue siendo uno de los principales problemas que afectan a miles de familias, cuyos ingresos son bajos y su capacidad de ahorro, nula. En El Salvador se reconoce oficialmente que el déficit habitacional sobrepasa las 500 mil viviendas, y que este se concentra especialmente en los estratos de población de menores ingresos. (Ayala Ramirez, 2010)

El hacinamiento se puede medir a través de una relación entre la cantidad de personas en el hogar (vivienda) y alguna aproximación al espacio en la vivienda (dormitorios, habitaciones, metros cuadrados)

No hay un estándar globalmente aceptado para evaluar el hacinamiento. Las normas varían considerablemente entre sociedades diferentes, e incluso entre sociedades relativamente comparables

En América Latina se han empleado distintos umbrales de hacinamiento que combinan criterios normativos y empíricos. (Villatoro, 2017) a) hacinamiento moderado: 3 o más personas por dormitorio, b) hacinamiento severo: 5 o más personas por dormitorio

Es importante tomar en cuenta además los servicios de agua potable y saneamiento Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, más de 1.000 millones de personas, en el mundo, no tienen acceso a abastecimientos de agua potable, y cerca de 2.600 millones no cuentan con servicios de saneamiento adecuados Estas condiciones han conducido a una extensa contaminación microbiana del agua para consumo humano. Casi 3,2 millones de personas mueren cada año, debido a enfermedades infecciosas asociadas con el agua, aproximadamente el 6% de todas las muertes del mundo. La carga de morbilidad ocasionada por el agua, el saneamiento y la higiene inadecuadas es de 1,7 millones de muertes. Las inversiones en agua potable y en mejorar el saneamiento muestran una clara correspondencia con mejoras en la salud humana y la productividad económica. Diariamente cada persona necesita entre 20 y 50 litros de agua, libre de productos químicos nocivos y de contaminantes microbianos, para beber, cocinar y para su higiene. El desafío cada vez mayor de proporcionar este servicio básico a grandes segmentos de la población humana, es destacado en uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El objetivo N° 7, convoca a reducir a la mitad, para el año 2015, respecto a 1990, el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios de saneamiento (Tafari, Roggeri, Chiesa, Gaspio, & Caminati, 2013)

IV. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Descriptivo, descriptivo de corte transversal porque no se establecen relaciones de causa y efecto Transversal, porque busca reconocer estas características en el periodo determinado (enero a mayo 2018).

Área de estudio

El Área Geográfica de Influencia del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) de Ahuachapán

Población y muestra.

La población y muestra es el total de niñas y niños menores de 1 año que fallecieron del 1 de enero al 31 de mayo de 2018 Que fueron 27 en el área geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Criterios de inclusión

- Fallecido menor de 1 años de edad
- Auditada según la normativa
- Que decidan participar en el estudio
- Que vivan en el AGI del SIBASI Ahuachapán

Criterios de exclusión

- Auditoria incompleta
- Muerte infantil no auditada
- Que no sea salvadoreño

Unidad de análisis:

- Niños menores de 1 año
- Modelo asistencial en los casos de mortalidad infantil en la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del SIBASI Ahuachapán

Métodos e instrumentos de recolección de datos

Plan de tabulación y análisis de datos

De Campo: La investigación se llevó a cabo a través de la revisión de expedientes clínicos y de las auditorías en los casos de mortalidad infantil en el área Geográfica de Influencia del SIBASI Ahuachapán

Se realizó una Entrevista a los padres de familia, de los pacientes, dicha técnica consistió en recopilar información mediante una guía de entrevista.

Instrumentos

- Los instrumentos que se utilizaron fueron:
- Guía de revisión documental (Anexo 2)
- Guía de entrevista (anexo 3)

Técnicas

Se realizó la entrevistas a los padres de los niños que cumplen con los criterios de inclusión

Se realizó una revisión documental de fuentes secundarias y terciarias sistematizándose posteriormente

Procedimientos

Se revisaron las auditorías de mortalidad infantil en el AGI del SIBASI Ahuachapán.

Se entrevistó a los padres que cumplían con los criterios de inclusión para el levantamiento de la información a través de la cedula de entrevista.

Plan de Tabulación y análisis de datos

Con base a los datos obtenidos se organizó la información en tablas de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual facilitó la observación de las tendencias de las variables cada uno con sus respectivos gráficos y sus respectivas interpretaciones.

Se utilizó, Epidat como paquete estadístico computarizado, para facilitar el procedimiento de datos cuantitativos, tabulación, frecuencia, porcentajes, cruces de variables y la elaboración de gráficos y procesamiento de cada variable.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó previa autorización de la Dirección de la Región Occidental y Dirección del SIBASI Ahuachapán, para la recolección de la información se procedió de dos formas, entrevista a familiares de fallecidos, la cual se realizó con respeto, tomando en cuenta el luto de los familiares, y un consentimiento informado presentado, respetando la decisión del familiar de participar o no en el estudio.

Además se realizó revisión documental de los informes de auditorías de muerte infantil ocurridas en el periodo de enero –mayo 2017 y la revisión de expedientes clínicos de los pacientes.

Beneficencia y no maleficencia con la investigación, se logró recopilar información importante para la elaboración de propuesta de reducción de la Mortalidad Infantil en el departamento de Ahuachapán, lo cual beneficiaría directamente en la calidad de vida de dicha población.

VARIABLES EN ESTUDIO:

- Características socio demográficas
- Atención clínica integral
- Atención comunitaria

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Valor	Escala de medición	Unidad de medida		
Características sociodemográficas	Conjunto de información social y personal de la población a la cual pertenecen los casos de MI en estudio	Dinámica y estructura de la población	-Dinámica demográfica -Situación de marginalidad	- Acceso geográfico	Nominal	Porcentaje		
				Procedencia				
				Riesgo social				
		Vivienda y saneamiento ambiental	Condiciones de la vivienda y saneamiento básico	Completos	Nominal	Porcentaje		
				Incompleto				
		Situación materno infantil y familia	Desigualdades de genero	Permanente	Nominal	Porcentaje		
				Temporal				
		Salud, Educación y trabajo	Cobertura de salud	Estado laboral	Completos	Nominal	Porcentaje	
					Nivel de educación alcanzado			Incompletos
Atención clínica integral	Enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas	Atención de acuerdo al ciclo de vida	Atención multidisciplinaria	Atención integral	Nominal	Porcentaje		
			Atención preventiva	Atención aislada				
			Atención de morbilidad					
		Cumplimiento de normativa	Llenado de Historia Clínica	Completos	Nominal	Porcentaje		
				Incompleto				
		Sistema de referencia y retorno	Referencia	Completo Incompleto	Nominal	Porcentaje		
Retorno								
Atención comunitaria	El enfoque de atención está orientado a atender al individuo desde su entorno comunitario, involucrando a los familiares y a la comunidad a partir del seguimiento comunitario	Seguimiento comunitario	Visita domiciliar	Atención integral	Nominal	Porcentaje		
				Atención aislada				
			Actividades educativas	Permanente	Nominal	Porcentaje		
				Temporal				

V. RESULTADOS

Tabla 1: Medio de transporte utilizado para llegar al establecimiento de salud más cercano expresado por los cuidadores de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Medio de transporte	Frecuencia	Porcentaje
Bus	13	52,00%
Camina	2	8,00%
Camión y pick up	7	28,00%
Carro propio	3	12,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Al indagar sobre medios de transporte que utilizan para llegar al establecimiento de salud, el 52% utiliza el autobús, el 28% camión o pick up; el 12% utilizó su propio vehículo; el 8% camina.

Tabla 2: Tiempo de llegada caminando desde vivienda al establecimiento de salud más cercano, expresado por los cuidadores de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Tiempo de llegada	Frecuencia	Porcentaje
<2h a pie	12	48,00%
>2h a pie	13	52,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

El 52% de las personas entrevistadas se tarda más de 2h caminando en llegar al establecimiento más cercano y el 48% se tarda menos de 2h caminando

Tabla 3: Área Geográfica de donde proceden las familias de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	17	68,00%
Urbana	8	32,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Durante la entrevista se evidenció que el 68% procedían de área rural y el 32% de área urbana

Tabla 4: Riesgo por violencia social evidenciado en las familias de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	56,00%
No	11	44,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Al indagar sobre el riesgo de violencia social el 56% si tenían algún riesgo social y el 44% no tenían riesgo social

Tabla 5: Nivel Socioeconómico de las familiar familias de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Clase baja	5	20,00%
Clase media	6	24,00%
Clase media baja	14	56,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

En cuanto al nivel socioeconómico, el 56% pertenece a clase media baja, el 24% clase media y el 20% clase baja.

Tabla 6: Condiciones de tenencia de la vivienda evidenciado en las familias de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Alquilada	11	44,00%
Otras	11	44,00%
Propia	3	12,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

En cuanto a las condiciones de tenencia de la vivienda el 44% cuenta con una vivienda alquilada, el 44% con vivienda en otras condiciones de propiedad (colonos, prestada, apropiada) y un 12% cuenta con vivienda propia.

Tabla 7: Presencia de servicios básicos evidenciado en las familias de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Servicios Básicos	Frecuencia	Porcentaje
Incompletos	15	60,00%
Completos	9	36,00%
Ninguno	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Al indagar sobre si cuentan con servicios básicos, se evidenció que el 60% cuenta con servicios básicos incompletos (les falta más de uno de los servicios: agua potable, luz eléctrica, aguas residuales), el 36% cuenta con servicios básicos completos y solo un 4% no cuenta con servicios básicos.

Tabla 8: Número de personas que cohabitan en el hogar de las familias de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Grupo familiar	Frecuencia	Porcentaje
3-4 personas	3	12,00%
5-7 personas	14	56,00%
más de 8 personas	8	32,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

En cuanto al número de personas que viven en la misma casa del niño, se identificó que el el 56% de los grupos familiares de los fallecidos consta entre 5-7 personas, el 12% entre 3-4 personas y un 32% más de 8 personas en la familia.

Tabla 9: Estado familiar de la madre de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Estado familiar	Frecuencia	Porcentaje
Acompañada	10	40,00%
Casada	7	28,00%
Soltera	8	32,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

Al indagar sobre el estado familiar de la madre del fallecido, se identificó que el 40% está acompañada, el 32% es soltera y 28% es casada

Tabla 10: Escolaridad de la madre de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Escolaridad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	5	20,00%
Primaria	2	8,00%
Secundaria	18	72,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

En cuanto a la escolaridad de la madre se identificó que el 72% de las madres cursaron hasta la secundaria, el 20% a bachillerato y el 8% curso hasta primaria

Tabla 11: Escolaridad del padre de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Escolaridad del padre	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	4	16,00%
No saben	7	28,00%
Primaria	2	8,00%
Secundaria	12	48,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Cuando se indago sobre la escolaridad del padre del fallecido el 48% curso hasta secundaria, el 28% no saben, el 16% hizo hasta bachillerato y el 8% solo curso primaria.

Tabla 12: Ocupación de la madre de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Ocupación de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Empleada estable	4	16,00%
Empleada no estable	7	28,00%
Estudiante	4	16,00%
Oficios Domésticos	10	40,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Al indagar sobre la ocupación de la madre se evidenció que el 40% se dedica a oficios domésticos, el 28% tiene un trabajo que no es estable un 16% cuenta con trabajo estable y un 16% es estudiante.

Tabla 13: Ocupación del padre de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Ocupación del padre	Frecuencia	Porcentaje
Empleado estable	4	16,00%
Empleo no estable	13	52,00%
Estudiante	1	4,00%
No sabe	7	28,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Al indagar sobre la ocupación del padre El 52% cuenta con un empleo no estable, el 28% no saben a qué se dedican, el 16% cuenta con un empleo estable y un 4% es estudiante.

Tabla 14: Edad al morir de los de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-15días	12	48,00%
28d-<3m	6	24,00%
3m-<1año	7	28,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión documental de informes de auditorías de muerte infantil elaboradas por el SIBASI Ahuachapán

En la revisión de los informes de auditorías, se evidenció que el 48% de los niños fallecidos eran menores de 15 días, 24% tenía entre 28 y menor de 3 meses y un 28% entre 3 meses y menor de un año.

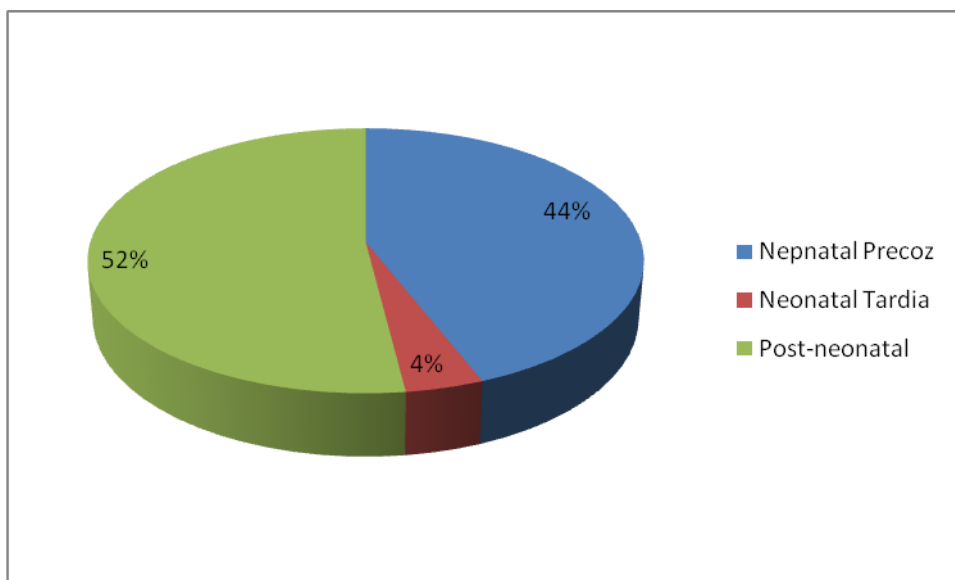
Tabla 15: Sexo biológico de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	6	24,00%
Masculino	19	76,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión documental de informes de auditorías de muerte infantil elaboradas por el SIBASI

Se evidenció que el 76% de los fallecidos fueron del sexo masculino y el 24% fueron del sexo femenino

Gráfico 1: Tipo de muerte de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.



Fuente: revisión documental de informes de auditorías de muerte infantil elaboradas por el SIBASI

Se evidenció que el 52% de las muertes fueron post neonatales, el 44% neonatal precoz y un 4 % neonatal tardia

- El 100 de los fallecidos que cumplieron los criterios de inclusion, fallecieron en el hospital

Tabla 16: Edad gestacional al nacer de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Nació a termino	Frecuencia	Porcentaje
No	18	72,00%
Si	7	28,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión documental de informes de auditorías de muerte infantil elaboradas por el SIBASI

Se evidenció que el 72% de los casos nacieron después de las 37 semanas y el 28% nacieron antes de las 37 semanas de gestación.

Tabla 17: Identificación si lloro al nacer el niño o niña menores de 1 año que falleció en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Lloro al nacer	Frecuencia	Porcentaje
No	9	36,00%
Si	16	64,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

En cuanto al momento del nacimiento el 64% de los RN lloro y respiró al nacer y el 36% no lloro al nacer y hubo que hacerle alguna maniobra de reanimación.

Tabla 18: Disciplina que realizo los controles infantiles de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Quien dio los controles Infantiles	Frecuencia	Porcentaje
Médico privado	7	28,00%
Médico y enfermera del SNS	18	72,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

El 72% de los niños recibieron controles infantiles por parte de enfermera o médico del SNS, y un 28% llevo los Controles Infantiles con médico privado

Tabla 19: Disciplina que brindo la atención durante el proceso de morbilidad de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Quien dio la consulta por morbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Médico y enfermera del SNS	24	96,00%
Promotor	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

Durante el proceso de morbilidad que desencadeno la muerte del paciente se identificó que el 96% de los pacientes fueron atendidos por médicos y enfermeras del SNS y que el 4% fue el promotor de salud quien lo atendió.

Tabla 20: Consulta por alguna morbilidad de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Consulta por enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
No	12	48.00%
Si	13	52.00%
TOTAL	25	100.00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Se evidenció que el 52 % consultaron al centro de salud por la enfermedad del niño, el 48% restante de los pacientes no consulto específicamente, porque no fueron dados de alta desde el nacimiento.

Tabla 21: Disciplina que brindo la consulta de morbilidad a los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Prestador de servicio	Frecuencia	Porcentaje
Cardiólogo	1	7.69%
Médico y enfermera 1° y 2° nivel	6	46.15%
MINSAL, Privados	1	7.69%
MINSAL,ISSS	4	30.77%
Unidad médica ISSS	1	7.69%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

De los pacientes arriba mencionados (52%) que consultaron por la morbilidad del paciente el 46.15% consulto con personal médico y de enfermería de la red nacional de establecimientos de 1° y 2° nivel de atención y un 30% se le suman atenciones del ISSS, un 24% se dividen las atenciones en ISSS exclusivamente, atenciones por MINSAL y privados; siendo de este último solo un paciente que busco apoyo con un médico cardiólogo en el ares privada.

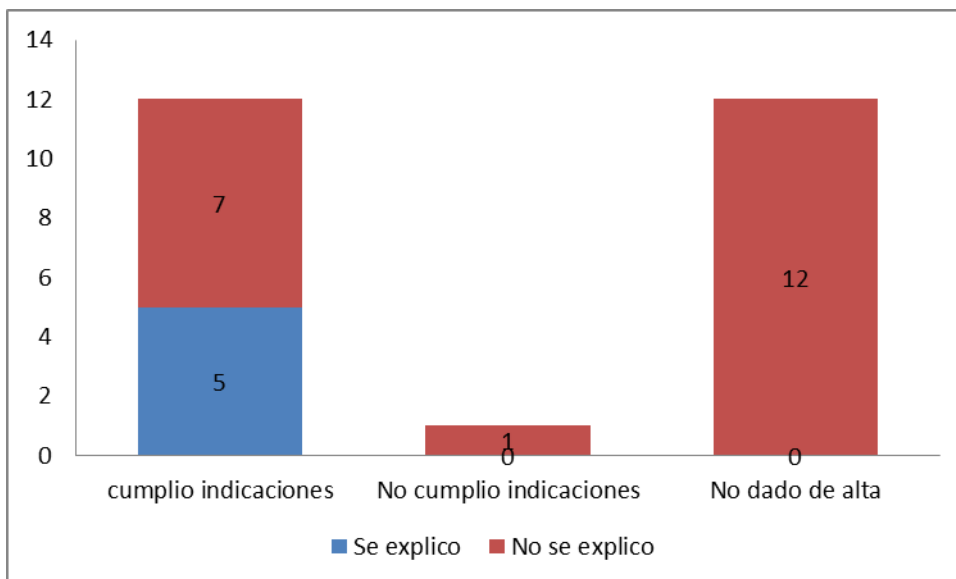
Tabla 22: Identificación del número de veces que llevo a consultar por la misma morbilidad expresado por los cuidadores de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

No. de consultas	Frecuencia	Porcentaje
1-3 veces	2	15,38%
4-6 veces	7	53,85%
8-10 veces	4	30,77%
Total	13	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

Del total de pacientes que buscaron atención por morbilidad, se evidenció que el 53.85% consultaron entre 4-6 ocasiones, por la misma morbilidad, el 30.77% consulto entre 8-10 veces y finalmente el 15.38% de los que consultaron, lo hicieron entre 4 y 10 veces

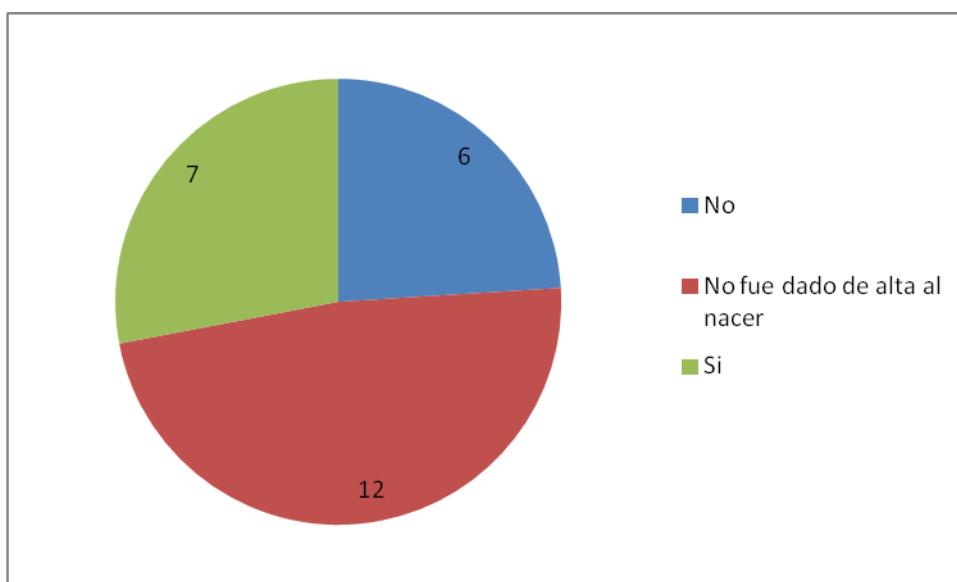
Gráfico 2: Comprensión de la enfermedad y cumplimiento de las indicaciones recibidas, expresado por los cuidadores de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.



Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

Del total de casos entrevistados 12 pacientes no fueron dados de alta al nacimiento y los 13 restante consultaron por morbilidad; de estos últimos 5 expresaron que se les explico la enfermedad y cumplió las indicaciones; a 7 no se les explico la enfermedad sin embargo cumplió indicaciones; 1 no se explicó y no cumplió las indicaciones.

Gráfico 3: Clasificación de la inscripción infantil de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.



Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

Con relación a las atenciones preventivas brindadas por el MINSAL, 12 pacientes no se les hizo inscripción infantil porque nunca fueron dados de alta al nacer; 7 se inscribieron precozmente (antes de los 7 días de nacidos y 6 se inscribieron de forma tardía (más de 8 días de nacido)

Tabla 23: Controles infantiles (CI) completos para la edad en niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Inscripción	CI completos	%	CI Incompletos	%	Total
Precoz					
Si	4	66,67%	3	42,86%	7
No	2	33,33%	4	57,14%	6
Total	6	100%	7	100%	13

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

El 66.67% de los pacientes se inscribieron precozmente y tuvieron los controles infantiles completos de acuerdo a la edad; el 33.33% tuvieron inscripción tardía y los controles infantiles fueron completos de acuerdo a la edad; 42.86%; tuvieron inscripción infantil precoz y controles infantiles incompletos y el 57% tuvieron inscripción infantil tardía y controles infantiles incompletos

Tabla 24: Vacunación completa para la edad en niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Vacunación	Frecuencia	Porcentaje
No	7	28,00%
Si	18	72,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

En la revisión de expedientes se evidenció que el 72% de los pacientes tenían Esquema de vacunación Completo para la edad y un 28% tenían esquema incompleto para la edad.

Tabla 25: Conteo de Apgar al nacer de niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Apgar	Frecuencia	Porcentaje
0/3	6	24,00%
2/5-3/5	3	12,00%
4/6 - 5/6	2	8,00%
7/8	6	24,00%
8/9 -9/9	7	28,00%
No dato	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

El 28% de los pacientes tuvieron un Apgar al nacer entre 8-9 en el primer minuto y 9 a los 5 minutos de nacido; el 24% tuvieron un apgar de 7 en el primer minuto y 8 a los 5 min; el 24% tuvieron un apgar de 0 en el primer minuto y 3 a los 5 min de nacidos, un 12% tuvieron entre 2-3 puntos en el 1er minuto y 5 a los 5 minutos y un 8% tuvieron un apgar entre 4-5 al primer minuto de nacido y 6 a los 5 min, solo en un expediente no se registró el puntaje de apgar al nacer y corresponde al 4%.

Tabla 26: Peso al nacer niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Peso al nacer	Frecuencia	Porcentaje
< 1000gr	2	8,00%
>4000gr	2	8,00%
1001gr-1500gr	5	20,00%
1501gr-2000gr	2	8,00%
2001gr-2500gr	3	12,00%
2501gr-3999gr	11	44,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

De los expedientes revisados se evidenció que el 44% presentaron un peso al nacer entre 2501-3999gr; el 20% peso entre 1001-1500gr; 12% peso entre 2001-2500gr y un 8% peso < 1000gr, entre 1501-2000gr y >4000gr respectivamente.

Tabla 27: Identificación de controles infantiles de acuerdo a lo normado en los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

CI según norma	Frecuencia	Porcentaje
No	14	56,00%
si	11	44,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

En cuanto a los controles infantiles, en la revisión de expedientes, se evidenció que el 44% si fue apegado a la normativa y el 56% no se llenaron según lo normado.

Tabla 28: Identificación de atenciones por morbilidad de acuerdo a lo normado en niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Morbilidad según normativa	Frecuencia	Porcentaje
No	16	64,00%
si	9	36,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

En cuanto a las atenciones por morbilidad, en la revisión de expedientes, se evidenció que el 64% no cumplieron con lo normado por el ministerio y el 36% si cumplió con la normativa.

Tabla 29: Tratamiento de morbilidad indicado acorde a lo normado, en niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Tratamiento según normativa	Frecuencia	Porcentaje
No	8	32,00%
Si	17	68,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

El 68% de los expedientes revisados, el tratamiento indicado estaba apegado a la normativa actual institucional y un 32% el tratamiento indicado no se hizo acorde a lo normado.

Tabla 30: Conocimiento de signos de alarma expresado por los cuidadores de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Signos de alarma	Frecuencia	Porcentaje
No	18	72,00%
Si	7	28,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

El 28% de las personas entrevistadas tenían conocimiento de los signos de alarma y los identifico oportunamente, y un 72% no tenían conocimiento de los signos de alarma por lo que no se no se identificaron de forma oportuna.

Tabla 31: Conocimiento claro de cuando volver al establecimiento en caso de complicación expresado por los cuidadores de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Cuando volver al establecimiento	Frecuencia	Porcentaje
No	4	16,00%
No fue dado de alta al nacer	12	48,00%
Si	9	36,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán.

Del total de pacientes en estudio el 48% no fue dado de alta del hospital de nacimiento ya que fallecieron, por lo que no se les indico cuando volver al establecimiento; el 36% si se le explico cuando volver al establecimiento en caso que el paciente empeorara, a un 16% no se le dio ninguna indicación de cuando volver.

Tabla 32: Registro del expediente según normativa de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Expedientes según normativa	Frecuencia	Porcentaje
No	14	56,00%
Si	11	44,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

El 56% de los expedientes revisados no se llenaron de acuerdo a las normativas actuales, un 44% si se llenó acorde a la normativa.

Tabla 33: Manejo del estado nutricional según normativa en los expedientes de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
No	8	32,00%
No dato	10	40,00%
Si	7	28,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

En cuanto al abordaje del estado nutricional en el 40% de los expedientes revisados no se evidenció el registro del peso y talla de los pacientes; en el 32% si está registrado el peso y la talla, sin embargo no se evaluó el estado nutricional del paciente y solo el 28% de los pacientes se registró el peso y talla y se realizó evaluación del mismo.

Tabla 34: Necesidad de transportar al niño – niña de noche expresado por los cuidadores de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Transporte de noche	Frecuencia	Porcentaje
No	5	20,00%
no fue dado de alta al nacer	12	48,00%
Si	8	32,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

Cuando se indaga si los pacientes tuvieron necesidad de transportar de noche al paciente, el 48% de los pacientes no fueron dados de alta del hospital al nacer ya

que fallecieron antes; el 32% si tuvo necesidad de ser transportado de noche en busca de atención médica y el 20% no hubo necesidad de transporte de noche.

Tabla 35: recepción de referencia para el niño o niña, expresado por los cuidadores de los menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Referencia	Frecuencia	Porcentaje
No	8	32,00%
Si	17	68,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

De todos los expedientes revisados lo relacionado a las referencias, se evidenció que el 68% de los pacientes fueron referidos a un establecimiento de mayor complejidad y un 32% no fue referido.

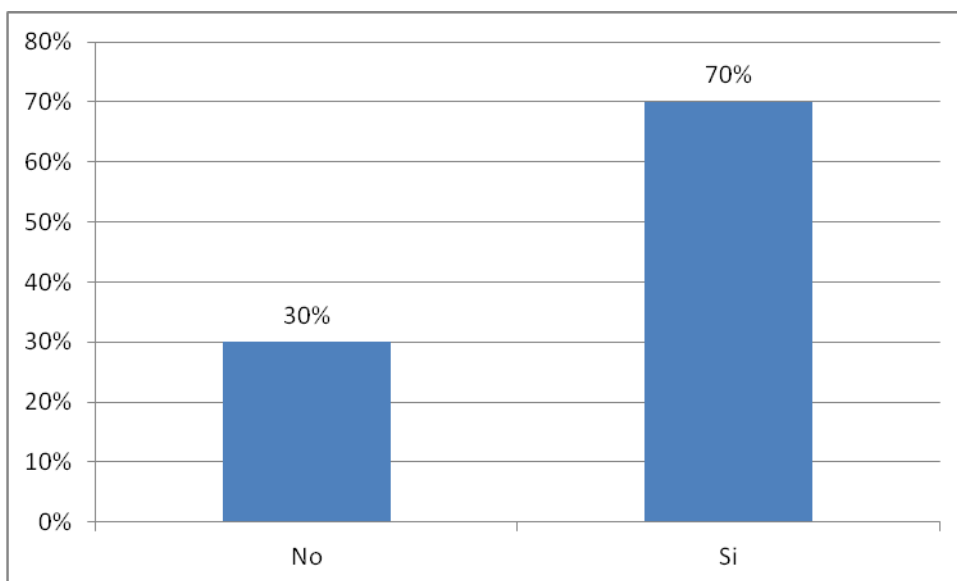
Tabla 36: Oportunidad y pertinencia de la referencia evidenciado en los expedientes de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Referencia oportuna	Frecuencia	Porcentaje
No	4	23,00%
Si	13	77,00%
Total	17	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

Al revisar los expedientes, se identificó que de los pacientes que se refirieron a un establecimiento de mayor complejidad, el 77% fue oportuno y pertinente y el 23% no lo fue; de estos el 100% de los expedientes contaban con hoja oficial de la referencia elaborada y bien llenada.

Gráfico 4: Hoja de retorno hospitalario en el expediente clínico de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.



Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

En la revisión de expedientes, se evidenció que el 70% si contaba con hoja de retorno hospitalario y un 30% no cuenta con este documento

Tabla 37: Referencia al promotor de salud evidenciado en los expedientes de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Referencia al promotor de salud	Frecuencia	Porcentaje
No	8	62,00%
Si	5	38,00%
Total	13	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

Al indagar sobre la referencia al promotor de salud, se identificó que un 48% no fue dada de alta del hospital materno, por lo que no se le hizo referencia pero de los que sí fueron dados de alta el 62% no se le hizo referencia al promotor de salud para el seguimiento comunitario y solo un 38% se le realizo la referencia al promotor

Tabla 38: El traslado del paciente fue de forma adecuada (ambulancia con acompañamiento y/o transporte previamente gestionado por UCSF), expresado por los cuidadores de los menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Traslado Adecuado	Frecuencia	Porcentaje
No	5	20,00%
No fue dado de alta al nacer	12	48,00%
Si	8	32,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

Al indagar sobre las condiciones de traslado del paciente, el 48% no fue dado de alta al nacer; el 32% fue trasladado de forma adecuada y un 20% no fue trasladado de forma adecuada.

Tabla 39: Evidencia de visita domiciliar en los expedientes de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Visita domiciliar	Frecuencia	Porcentaje
No	18	72,00%
Si	7	28,00%
Total	25	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

En la revisión de expedientes se evidenció que el 72% de los casos no contaban con visita domiciliar y un 28% si se les realizo visita domiciliar.

Tabla 40: Recepción de actividades educativas en promoción y prevención de enfermedad expresado por los cuidadores de los menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

IEC	Frecuencia	Porcentaje
No	15	60,00%
Si	10	40,00%
Total	25	100,00%

Fuente: Entrevista realizada a familiares de pacientes fallecidos menores de 1 año, del Área Geográfica de influencia del SIBASI Ahuachapán

Al 60% de los expedientes revisados, no hay evidencia que se les haya brindado acciones educativas y un 40% si se les brindo

Tabla 41: Seguimiento al paciente en caso de ser fatalista a consulta ya sea preventivo o morbilidad evidenciado en los expedientes de los niños y niñas menores de 1 año que fallecieron en enero-mayo 2018, SIBASI Ahuachapán.

Seguimiento faltista	Frecuencia	Porcentaje
No	10	77,00%
Si	3	23,00%
Total	13	100,00%

Fuente: revisión de expedientes clínicos del paciente fallecido

En cuanto al seguimiento a los paciente faltistas a consultas ya sea preventivo o morbilidad se identificó que el 77% no se le dio seguimiento comunitario por ser faltistas y al 3% si se le dio seguimiento

VI. DISCUSION

La mortalidad infantil es objeto de continuo estudio y análisis como parte del seguimiento y evaluación de la condición de salud de la infancia. Consecuentemente, numerosos estudios e investigaciones han sido realizados para identificar los determinantes sociales de la mortalidad infantil para orientar las políticas de salud. (Herrero & Bossio , 2017)

Los factores relacionados a la mortalidad infantil son diversos y cada área geográfica tiene sus particularidades, Toledo S. en un estudio de casos y controles demostró que los factores de riesgo más importantes asociados a muerte infantil eran: edad menor a tres meses, sexo masculino, periodo de otoño e invierno, antecedente de parto quirúrgico, prematuridad, patología neonatal, bajo peso al nacer, genopatía, malformación congénita, ausencia de lactancia materna exclusiva, infección intrahospitalaria (Toledo , Villanueva , & Vargas A, 2002) (Fuentes Zambrana & Mejia Salas, 2004)

En cuanto a los factores identificados en los casos de muerte infantil ocurridos en el periodo de enero a mayo de 2018 se evidenció lo siguiente:

Sobre las características sociodemográficas, en cuanto al acceso geográfico y la situación de marginalidad, relacionado al medio de transporte más usado para acceder al establecimiento de salud más cercano, el 52% utiliza el autobús, el 28% camión o pick up; solo un 12% cuenta con vehículo propio para movilizarse y el 8% se va caminando; esto se relaciona con que 48% de la población vive a menos de 2h caminando del establecimiento de salud más cercano y el 52% vive a más de 2h caminando, lo que se debe interpretar que más de la mitad de la población en cuestión, tienen dificultad geográfico, para acceder servicios de salud, coincidiendo con que el 68% pertenecen a zona rural y el 32% a zona urbana.

En cuanto a la presencia de riesgo social, se identificó que el 56% viven en zonas de riesgo de violencia social y el 44% no tienen presencia de riesgo social; este factor es uno de los que más está afectando en la actualidad las tasas de mortalidad infantil en el país, evidenciando que más de la mitad de los casos en estudio tienen

algún riesgo de violencia, limitando la presencia de los servicios de salud dentro de la comunidad, entre otros factores.

En cuanto al nivel socioeconómico, el 100% de las familias de los fallecidos cuentan con limitantes económicas relacionado a recursos familiares catalogándose las familias en clase baja principalmente y subdividida en, clase media baja el 56% y clase baja el 20%; solo un 24% se ubica en clase media, poniéndose en concordancia lo anterior con las condiciones de tenencia de la vivienda, 44% cuenta con una vivienda alquilada, el 44% con vivienda en otras condiciones de propiedad las que se catalogan como colonos, prestada, apropiada entre otros y un solo un 12% cuenta con vivienda propia.

Contar con los servicios básicos eleva el bienestar de las personas y su calidad de vida. En una vivienda digna hay más higiene y mejores condiciones físicas y sociales para llevar a cabo las diferentes actividades de las y los integrantes del hogar. Teniendo en cuenta lo anterior en este estudio se constató que el 60% de los entrevistados cuentan con servicios básicos incompletos, les falta al menos uno de los siguientes: agua potable, luz eléctrica, servicio adecuado de aguas residuales, combustible para cocinar adecuado; hubo una familia que refirieron que él % no cuenta con ningún servicio Básico y solo el 36% de los entrevistados cuenta con servicios básicos completos.

Además es importante tomar en cuenta el número de personas con quienes cohabitaba el fallecido dentro de la vivienda, identificándose que el el 56% de los grupos familiares consta entre 5-7 personas, el 12% entre 3-4 personas y un 32% más de 8 personas en la familia por lo que se infiere que este es el único grupo con criterio de hacinamiento en el hogar, (Villatoro, 2017)

Se evidenció además en cuanto al estado civil de las madres el 40% están acompañadas (unión libre) y un 32% solteras; solo el 28% están casadas esto se apoya con el grado de escolaridad de las madres de los fallecidos, de estas ninguna tenía estudios universitarios, el 72% había cursado hasta secundaria, relacionado con el padre del fallecido se concuerda que el 28% de las madres solteras, no tienen conocimientos sobre el nivel de escolaridad del progenitor, del grupo restante, a

comparación de las madres el 48% curso hasta secundaria y el 16% bachillerato, evidenciando un mayor nivel educativo de los hombres que de las mujeres, sin embargo, ninguno tenía estudios universitarios.

Amartya Sen et. al. (op.cit) concluye que ello los lleva a una vida miserable. Según Theodore Schultz, “La educación de las mujeres es el artefacto poderoso de cambio demográfico que promueve la disminución en la mortalidad infantil y la fecundidad, mientras retarda, y equilibra, el crecimiento de la población” . (Tafari , Roggeri, Chiesa, Gaspio, & Caminati, 2013)

En cuanto a la ocupación de la madre del fallecido, el 40% se dedica a oficios domésticos y solo un 16% cuenta con trabajo estable y un 16% refiere que todavía estudia, por lo que recibe apoyo de familiares, el 28% no tiene trabajo estable: relacionado con los padres el 52% no cuenta con trabajo estable.

Estos datos concuerdan con un estudio llevado a cabo en Colombia, Mendoza et al., (2012) hallaron que entre madres la mayoría eran adolescentes y pobres, con poca educación y madres solteras o sin pareja y sin seguridad social, lo cual estuvo relacionado a su vez con una disminución de las chances de supervivencia del recién nacido. Esto da cuenta de un contexto adverso en el que la misma estructura social repercute en el proceso de determinación de la mortalidad infantil reducible. Estructura en la que, por lo tanto, la temprana edad de la madre es un emergente, es decir, es el resultado de un proceso multidimensional complejo. Diversos estudios en la región han demostrado la importancia que tiene el nivel estructural de factores sobre las diferencias en la

Al indagar sobre la edad al morir de la población en estudio, se evidenció un 48% falleció antes de los 15 días de nacido (muerte neonatal), el 24% entre 28 y menor de 3 meses y un 28% mayor de 3 meses y menor de un año, por lo que la mayor carga la aporta la mortalidad neonatal. De estos menores fallecidos se identificó que el 76% pertenece al sexo masculino y el 24% al sexo femenino.

En el estudio se identificó además que el 72% nacieron a término después de las 37 semanas de gestación y 285 antes de las 37 semanas de gestación , de estos el 64% lloro y respiro al nacer y un 36% no lo hizo, por lo que hubo necesidad de realizar maniobras de reanimación neonatal de estos pacientes al hacer análisis del

conteo de APGAR al nacer concuerda con un 44% de los pacientes obtuvieron 0-5 en el primer minuto de vida y de 3-6 a los 5 minutos y un 28% obtuvo 8 al 1er minuto y 9 a los 5 minutos.

Se evidenció que el 44% Recién Nacidos pesaron menos de 200gr al nacer, lo que concuerda con el APGAR bajo y la edad gestacional al nacer.

Se evidenció además que en el 72% de los fallecidos, recibieron los controles infantiles, por parte de médico o enfermera del SNS y un 28% llevo los CI con médico privado, y al indagar sobre las atenciones por morbilidad el 96% de los pacientes fueron atendidos por médicos o enfermeras del SNS y en cas la atención por morbilidad la brindo el promotor de salud en la comunidad.

Al indagar sobre las atenciones de morbilidad previas al evento de muerte, se evidenció el % fueron atendidos por personal capacitado de salud, ya sea del MINSAL o del ISSS, de estos pacientes se identificó que el 53.85% consulto entre 4-6 veces por la misma morbilidad por la que falleció y un 30.85% consulto 8-12 veces. A los familiares de los pacientes que consultaron por morbilidad se indago si se les había explicado la enfermedad del niño y si habían cumplido con las indicaciones dadas, y 5 expresaron que se les explico la enfermedad y cumplió las indicaciones; a 7 no se les explico la enfermedad sin embargo cumplió indicaciones; 1 no se explicó y no cumplió las indicación, llama la atención que los familiares cumplen indicaciones aunque no comprendan la enfermedad del paciente.

La medicina preventiva es un área importante de la atención sanitaria, principalmente en la Atención Primaria. Dado que se actúa sobre población sana (en pediatría, sobre niños y adolescentes sanos), la medicina preventiva necesita un continuo en la atención

Al indagar sobre las atenciones preventivas el 66.67% de los pacientes se inscribieron precozmente y tuvieron los controles infantiles completos de acuerdo a la edad; el 33.33% tuvieron inscripción tardía y los controles infantiles fueron completos de a acuerdo a la edad; 42.86%; tuvieron inscripción infantil precoz y controles infantiles incompletos y el 57% tuvieron inscripción infantil tardía y controles infantiles incompletos; al revisar los expedientes médicos se evidenció que

solo el 44% de los expedientes cumplían con la norma establecida para el llenado adecuado del mismo y al revisar las atenciones por morbilidad, solo el 36% cumplió con lo normado, además cuando se indago sobre la evaluación nutricional en el 40% no se registraron las atenciones; en un 32% se registró el peso pero no se hizo el análisis y solo al 28% se le registro e hizo abordaje del mismo según la normativa; esta situación sugiere el desconocimiento o manejo inadecuado del " Lineamiento de atención Integral de niños y niñas menores de 10 años"

Los programas de inmunización han mejorado la infraestructura de atención primaria en los países en desarrollo, reducido la mortalidad en la niñez y empoderado a las mujeres para planificar mejor su familia, con los consiguientes beneficios sanitarios, sociales y económicos, relacionado a la vacunación el 72% de los pacientes tenían esquema de vacunación completo para la edad y un 28% el esquema de vacunación estaba incompleto para la edad.

Starfield et al. Han demostrado que las acciones en promoción y prevención del equipo de salud liderado por el pediatra reduce la mortalidad infantil en un 5%; sin embargo, las acciones del médico de familia en la atención primaria reducen la mortalidad infantil en un 9%, diferencia que podría explicarse al cuidado integral y continuo que realiza el médico de familia durante la gestación reduciendo significativamente el bajo peso al nacer. (Herrera, 2013)

En este estudio los resultados obtenidos en cuanto a promoción y prevención en la salud son bajos se sustenta con los siguientes datos: el 72% de los entrevistados no conocían acerca de los signos de alarma por los cuales debe buscar atención medica en caso de enfermedad del bebe, contratado con un 28% que si los conocía; en cuanto a las atenciones por morbilidad el 36% se les explico cuando volver al establecimiento, en caso de morbilidad del bebe, en cuanto a la revisión de expedientes el 60% no hay registro de atenciones educativas y a un 40% si se les brindo.

Se evidenció que el 32% de los pacientes en estudio, tuvo necesidad de transportar al menor de noche, en búsqueda de atención medica

Del total de pacientes al 68% se le dio referencia médica para un establecimiento de mayor capacidad resolutive, al revisar los expedientes, se identificó que de los pacientes que se refirieron a un establecimiento de mayor complejidad, el 77% fue oportuno y pertinente y el 23% no lo fue; de estos el 100% de los expedientes contaban con hoja oficial de la referencia elaborada y bien llenada., constatándose además que el 70% de los expediente contaban con hoja de retorno hospitalaria. En cuanto al traslado del paciente posterior a la referencia el 32% fue trasladado de forma adecuada

Al realizar la revisión de expedientes se evidenció que al 38% de los pacientes se le realizo referencia al promotor de salud y el 62% no se refirió, además se constata que el 28% recibió una visita domiciliar, contrastado con el 72% que no lo hizo; situación que evidencia la debilidad en las atenciones comunitarias.

VII. CONCLUSIONES

1. Los principales factores relacionados con la Muerte Infantil son edad menor de 3 meses, prematurez, patología neonatal, la situación económica, la escolaridad y edad de la madre, las atenciones clínicas fuera de lo normado dentro del Sistema Nacional de Salud.
2. Para reducir la mortalidad infantil en áreas rurales de Ahuachapán, es importante acercar más los servicios de salud, y de esta forma reducir la brecha de accesibilidad que repercute en la MI.
3. En cuanto al riesgo social y la violencia social, presente en más del 56% de los casos estudiados, representa una limitante importante para el trabajo comunitario y educativo y preventivo, lo que afecta enormemente el trabajo de campo, poniendo en riesgo al personal de salud y la población en general
4. Es importante evidenciar que la atención en caso de controles infantiles y morbilidad es brindada por personal calificado, enfermeras o médicos según sea la necesidad y las competencias, sin embargo persiste el incumplimiento de los lineamientos técnicos, en cuanto a brindada la atención acorde a lo normado.
5. También se evidenció marcada brecha en los ejes de desigualdad en salud y la necesidad de mejorar las condiciones de vivienda y servicios básicos en los grupos poblacionales más necesitados.
6. Para reducir la mortalidad infantil en áreas rurales de Ahuachapán, es imprescindible mejorar el acceso educativo y cultural principalmente de las mujeres, así como incrementar los recursos y las competencias técnicas y de interculturalidad del personal de salud.
7. Las correlaciones con indicadores de variables socio demográficas, económicas y medioambientales con la alfabetización de adultos de ambos sexos, la educación primaria y secundaria femenina, y la tasa de mortalidad infantil; señalan la importancia de la misma, sobre todo la educación

secundaria, pues cuando el indicador muestra bajos porcentajes de mujeres con matrícula a escuela secundaria, el nivel de mortalidad infantil es elevado.

8. La educación actúa como factor protector en la mortalidad infantil, sobre todo la matriculación de la madre a la escuela secundaria.
9. Las condiciones de medio ambiente, reveladas por la presencia de servicios de agua potable y cloacas, actúan como factor protector para evitar la mortalidad infantil, pero en menor medida que el nivel de educación de la mujer.
10. El fortalecimiento de la salud comunitaria como un objetivo del sistema sanitario hace evidente la necesidad de buscar y lograr una acción más coordinada e integral.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de salud Nivel central y región nacional de salud

1. Hacer una jornada de actualización de Instrumentos Técnicos Jurídicos, al 100% del personal que brinde servicios de salud en el departamento de Ahuachapán
2. Fortalecer el monitoreo y supervisión al componente materno infantil, para garantizar el cumplimiento de normativas.

A coordinación de SIBASI Ahuachapán

1. Fortalecer el monitoreo y supervisión al componente materno infantil, para garantizar el cumplimiento de normativas.
2. Girar sanciones administrativas a personal de salud reincidente en no cumplimiento de normativa
3. Fortalecer el trabajo intersectorial, principalmente con los ministerios de educación y algunas ONG, para el empoderamiento de mujeres adolescentes y madres solteras, facilitándoles el acceso a la educación.

A nivel local ECOS

1. Vigilar por que se brinde atención acorde a la normativa al 100% de niños que la busquen en los establecimientos de salud
2. Fortalecer los comités locales y los líderes comunales, para tener vínculos estratégicos dentro de comunidades de difícil acceso, por alto riesgo social

IX. PROPUESTA TECNICA PARA LA REDUCCON DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL SIBASI AHUACHAPAN, TOMANDO EN CUENTA LOS FACTORES RELACIONADOS A LOS CASOS ESTUDIADOS DE ENRO A MAYO 2018

Presentación

La Tasa de mortalidad infantil (TMI) se define como el número de defunciones que ocurren en los niños y niñas menores de 1 año durante un periodo de tiempo y región determinados.

En décadas recientes, América Latina ha logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad infantil, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Por una parte, los niveles de la tasa de mortalidad infantil (TMI) han descendido en la mayoría de los países a menos de 30 defunciones por 1,000 nacidos vivos, y en algunos otros son similares a las del mundo desarrollado. Además, se ha ido modificando el perfil de causas de la mortalidad infantil, ocurriendo una transición epidemiológica en donde las enfermedades inmunoprevenibles e infectocontagiosas como: las infecciones intestinales y las respiratorias pierden terreno ante las afecciones perinatales y las anomalías congénitas.

En este sentido, El Salvador, también ha formado parte de dicha transición, reportándose en la Revisión 2014 de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), dentro del documento: “El Salvador: Estimaciones y proyecciones de población nacional 2005-2050. Departamental 2005-2025”, un descenso de la tasa de mortalidad infantil desde la década de los 50’s hasta el 2010.

Sin embargo, al analizar los datos de mortalidad en los niños y niñas menores de 1 año durante los meses de enero a mayo del corriente año, encontramos que a pesar de los múltiples esfuerzos por reducir las cifras numéricas, no se ha logrado incidir significativamente en el descenso de las tasas de mortalidad para alcanzar las metas propuestas al cierre de 2018.

Introducción

El Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019: establece la meta de mantener una tasa de mortalidad infantil de 8 por mil nacidos vivos. Para el 2018 la meta planteada de muerte infantil es de 8 por mil nacidos vivos.

La Red departamental de Ahuachapán está formada por 4 micro redes municipales las cuales son: Atiquizaya, Ahuachapán, Guaymango y Cara Sucia, donde funcionan 54 establecimientos de salud: 2 UCSFE, 15 UCSFI, 35 UCSFB, 38 ECOS Familiares, 1 CRN, 2 OSI y 2 HEM.

Además en el departamento se cuenta con 1 SIBASI, un Hospital departamental Hospital Francisco Menéndez, y 2 hospitales que pertenecen a otra microred; pero que por accesibilidad geográfica reciben referencias de 2 microredes tales son los casos de la Microred Cara Sucia que Refiere hacia el hospital Jorge Mazzini y la Microred de Atiquizaya que refiere hacia el hospital Nacional de Chalchuapa.

Estos establecimientos son los encargados de brindar de atenciones infantiles integrales y de calidad, sin embargo para el año 2018 es el departamento de Ahuachapán quien tiene una tasa de mortalidad infantil más alta del promedio nacional de 11.99 muertos por mil nacidos vivos (dentro del SNS).

En la presente propuesta técnica se han establecido acciones con el único fin de disminuir la tendencia de la tasa de muerte infantil en el 2018

Antecedentes

Se realizó estudio donde se evaluó los factores relacionados con los casos de Muerte Infantil, en el SIBASI Ahuachapán, se procedió a identificar qué factores biológicos, socio ambientales, y de atención médica, están desempeñando una función determinante en el comportamiento de la mortalidad infantil en esta área de salud, y así poder actuar con eficiencia sobre esta problemática. Con este fin y con el de contribuir a consolidar los niveles de salud de la madre y del niño,

El componente mortalidad neonatal, conocido como el de más difícil reducción, representó el 48% de la mortalidad del área. Este componente está muy relacionado con las condiciones de vida, y con la atención de la embarazada y del parto, así como con distintos factores de riesgo como la edad materna, el peso al nacer, la

duración de las gestaciones y otros factores socioeconómicos que afectan tanto a la madre como al feto, los que hacen que la magnitud de la mortalidad en la primera semana de vida del niño sea determinante dentro de la mortalidad infantil, sobre todo en regiones con bajos niveles de ésta.

Con respecto a la distribución de la mortalidad por sexo, los resultados coinciden con los de otros autores que plantean la existencia de sobre mortalidad del sexo masculino en la mortalidad

Entre los factores relacionados con la mortalidad infantil se han documentado las condiciones de la vivienda, acceso y calidad de los servicios de salud, así como algunas características de la madre (escolaridad baja). Entre los factores culturales se mencionan la posición subordinada de la mujer, la discriminación étnica y otros factores relacionados con la participación comunitaria, el ingreso, la fragilidad institucional y el desarrollo social y económico. Para disminuir la mortalidad infantil, la Conferencia Económica de América Latina y El Caribe (CEPAL) recomienda mejorar las intervenciones en salud dirigidas a la mujer antes y durante el embarazo, incrementar la lactancia materna y mejorar las condiciones sanitarias.

Objetivos

Objetivo General

Reducir la mortalidad infantil en el SIBASI Ahuachapan, a partir de la implementación de acciones basadas en evidencia científica que permitan disminuir la incidencia de los factores relacionados a la misma.

Objetivos Específicos

1. Establecer acciones dirigidas al abordaje integral de los factores relacionados a la mortalidad infantil que deberán ser implementadas en los diferentes establecimientos que conforman el SIBASI Ahuachapan
2. Lograr el involucramiento intersectorial e interinstitucional dentro y fuera del sector salud, a fin de crear alianzas sostenibles que aseguren el trabajo coordinado para incidir en la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil.

Modelo de Gestión

Este Modelo de Gestión Integrado busca contribuir a la disminución de la mortalidad infantil a partir de acciones de promoción y protección de la salud, desde el enfoque del manejo social del riesgo. Busca, además, fomentar en las familias conocimientos, actitudes y prácticas saludables que mejoren su entorno, a partir de acciones educativas; orientar la formulación, ejecución y evaluación de planes y proyectos territoriales desde el sector salud, a fin de propiciar el mejoramiento de la calidad de vida de las familias; promulgar políticas públicas que favorezcan el bienestar de las familias a partir de la organización comunitaria; fortalecer los servicios de salud con la implementación de estrategias institucionales que contribuyan a reducir la ocurrencia de eventos evitables en la infancia y proporcionen atención integral a las familias, y propiciar el empoderamiento de las familias por medio de procesos de participación social que favorezcan el desarrollo local. (Colectivo de autores OPS, 2008)

Ejes de implementación

Se realizara a través del fortalecimiento de los Ecos Familiares con acciones gestión de los comités locales y búsqueda de líderes comunales, para empoderar a la localidad de sus problemas de salud.

Unidad de apoyo

Para el desarrollo de la propuesta técnica, se solicitara el apoyo de las siguientes entidades

1. Establecimientos del nivel local Ecos Básicos y especializados
2. Microred municipal e intermunicipal
3. SIBASI Ahuachapán
4. Región de salud Occidental

Actividades a desarrollar

Actividad Informativa

- Se realizara una reunión con las autoridades de la región de salud, Sibasi y cabeza de microrred, donde se expondrán los resultados de la investigación y las propuestas del plan de implementación.
- Se expondrán las estrategias del plan , para lograr apoyo y corresponsabilidad en el desarrollo del mismo.

Desarrollo del plan

- Se procederá al desarrollo y cumplimiento de las actividades del plan

Evaluación

- Se procederá a la evaluación de los resultados del plan

Estrategias de la propuesta

Las estrategias para el desarrollo del plan son las siguientes:

1. Identificar y abordar oportunamente los factores de relacionados en la embarazada para la prevención del parto prematuro
2. Mejorar la calidad de atención infantil y garantizar la seguridad del paciente en la prevención de infecciones en niños y niñas.
3. Mejorar las actividades de promoción y prevención de la salud en los establecimientos de primer nivel
4. Fortalecer las estrategias de atención integral a la niñez en todos los niveles de atención dirigidas a la prevención y atención de enfermedades prevalentes de la infancia, en especial neumonías y diarreas
5. Identificar y abordar los factores sociodemográficos que se relacionan con las muertes infantiles
6. Fortalecer los comités locales empoderando las comunidades en acciones de salud.

Implementación

Para hacer efectiva la implementación de las acciones contenidas propuesta técnica para la reducción de mortalidad infantil se utilizará una metodología **participativa** con los actores claves tanto a nivel central como local, involucrando así mismo a los diferentes niveles de atención, que permita realizar las diferentes acciones propuestas a partir de la gestión por procesos que contempla los siguientes aspectos:



PASOS EN LA IMPLEMENTACIÓN

1. Establecimiento del equipo coordinador del plan conformado por :
 - Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención
 - Dirección de Región de Salud Occidental
 - Coordinación de SIBASI Ahuachapán
2. Diseño de la propuesta de acciones contempladas en la propuesta técnica para la Reducción de Mortalidad infantil, donde se debe tener en cuenta la gestión por procesos para el alcance de la meta propuesta.
3. Presentación de propuesta a Direcciones del Nivel Central y luego a Dirección Regional, con el objetivo de validar la propuesta e Identificar integrantes de los equipos de trabajo que conformarán los equipos claves para la ejecución de las acciones planteadas
4. Identificar los socios estratégicos de la sociedad civil u otras organizaciones del estado para la ejecución de las acciones propuestas.
5. Construir los flujos de Operativización efectiva del proceso tanto local como en RIIS con los diferentes equipos de trabajo.
6. Socialización del proceso: con los demás actores de los niveles locales como jefaturas de pediatría y gineco-obstetricia, referentes infantiles y maternos a nivel regional y departamental.
7. Implementación de las acciones

Seguimiento

Monitoreo y Medición de Resultados: a través de la medición de los indicadores identificados.

Evaluación trimestral

Entrega de resultados a la comunidad

Resultados esperados

Reducción de la tasa de Mortalidad infantil a nivel nacional 8muertes por cada 1000NV

Mejora de la calidad de vida de los usuarios

Y atenciones integrales de calidad

X. BIBLIOGRAFIA

1. 1era Conferencia Internacional sobre la Promocion de la salud. (21 de Noviembre de 1986). *carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2018, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
2. Alcántara Moreno, G. (2008). La Defnicion de Salud de la Organizacion Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *SAPIENS. Revista Universtaria de Investigacion*, vol.9, 93-107.
3. Ayala Ramirez, C. (23 de Noviembre de 2010). *La vivienda: una necesidad y un derecho humano*. Recuperado el 22 de octubre de 2018, de <http://www.uca.edu.sv/noticias/texto-1087>
4. Carpio Gesta, L., Redondo Gallego , J., & Ballester Diez, F. (30 de marzo de 2016). Mortalidad e ingresos hospitalarios por violencia de los menores de 15años en la Comunidad de Valencia (2007-2011). *rev. Pediatr. Aten Primaria*, 25-33.
5. Colectivo de autores. (04 de Febrero de 2009). *Modelo de Atencion Integral con Enfoque de Salud Familiar*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018, de paho.org: 4. https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1030-salud-familiar-editado-final&Itemid=364
6. Colectivo de Autores MINSAL. (18 de Abril de 2013). Norma para la Atencion Integral de la Persona en el Ciclo de Vida. *Diario Oficial Tomo No.399*, págs. 22-33.
7. Colectivo de autores MINSAL. (Miercoles 4 de Diciembre de 2013). Norma para la Implementacion de la RIIS. *Diario Oficial*, págs. 36-54.
8. Colectivo de autores MINSAL. (2017). *Lineamientos Tecnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las Redes Integrales eIntegradasde Salud*. San Salvador: Imprenta La Tarjeta.
9. Colectivo de Autores MINSAL. (2017). *Lineamientos Tecnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados. Primera Actualizacion*. San Salvador: Imprenta.
10. Colectivo de Autores MSPAS. (s.f.). *Modelo de Atencion Integral en Salud*. Recuperado el 15 de noviembre de 2018, de paho.org:

https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518

11. Colectivo de autores OPS. (2008). *Propuesta del modelo de gestion integrado basado en las experiencias MANA, APS y AIEPI en el marco de la proteccion social*. Medellin: OPS.
12. Colectivo de Autores UNICEF. (2016). *Estado mundial de la Infancia 2016, una Oportunidad para cada niño*. New York: Division de Comunicacionea. UNICEF.
13. Colectivo de autores. AEP. (12 de marzo de 2004). *Competencias Pediatricas esocificas de Atencion Primaria*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2018, de Asociacion española de pediatria de Atencion Primaria:
https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/competencias_especificas_pediatria_de_ap_aepap.pdf
14. Fuentes Zambrana, M., & Mejia Salas, H. (2004). Factores de riesgo asociados a muerte en niños de un mes a cinco años en el Hospital de Niños "Dr. Ovidio Aliaga Uría". La Paz -Bolivia. *Revista de la socienad Boliviana de Pediatria*.
15. Gervas Camacho, J., Perez Fernandez, & Gonzalez de Dios, J. (2007). Problemas Practicos y eticos de la Prevencion secundaria, a proposito de dos ejemplos en pediatria. *Revista Española Salud Publica*, 345-352.
16. Hernandez, M., Morales Rodriguez , J., & Burgos , Y. (2018). *Lineamientos tecnicos de atencion integral a niños y niñas menores de 10 años*. San Salvador: Imprenta.
17. Herrera, J. A. (2013). Atencion primaria y mortalidad materno -infantil en Iberoamerica. *Atencion Primaria*, 244-248.
18. Herrero, M., & Bossio , J. (2017). Determinantes sociales de la mortalidad infantil por causas reducibles en la Argentina, 2009-2011. *Revista Electronica Semestral* , 1-30.
19. Lomuto, C. (s.f.). *Mortalidad Infantil y Neonatal* . Recuperado el 21 de Noviembre de 2018, de Enfermeria Neonatal :
<http://www.fundasamin.org.ar/archivos/MORTALIDAD%20INFANTIL%20Y%20NEONATAL.pdf>

20. Montenegro, H., Levcovitz, E., Holder, R., Ruales, J., & Suárez, J. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud 2010.
21. Najera Arregoces, S., & Tuesta Molina, R. (2015). Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad aterna en la guajira, Colombia, 2010-2012. *Rev Panamsalud Publica*, 239-244.
22. Pasarín, M., Forcada, C., Lluís De Peray, J., & Gofin, J. (2010). Salud Comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS2010. *Elsevier España*, 23-27.
23. Spinelli H, A., Calvillo, L., & Arakaki, J. (2000). Un indicador para la gestión local. Análisis de la Mortalidad Infantil de la provincia de Buenos Aires. *Publicación No. 51 Buenos Aires OPS/OMS*, 15-18.
24. Tafani, R., Roggeri, M., Chiesa, G., Gaspio, N., & Caminati, R. (2013). Factores asociados a la Mortalidad infantil. Países Miembros de la OMS, año 2010. *Revista de Salud Pública XVII*, 19-31.
25. Toledo, S., Villanueva, T., & Vargas A, R. (2002). Perfil del paciente pediátrico mayor de un mes que fallece en el hospital Félix Bulnes, 1992-2000. *CLIN CIENC*, 18-21.
26. Vargas Palavicino, I., Dois Castellón, A., Ojeda Cabrera, I., Larrea Quintanilla, M., Quiroz Olave, M., Rodríguez Cares, M., y otros. (19 de enero de 2012). *Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud Familiar y Comunitaria*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2018, de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
27. Villatoro, P. (16 de mayo de 2017). *Indicadores no monetarios de Privación en América Latina: disponibilidad, comparabilidad y pertinencia*. Recuperado el 24 de noviembre de 2018, de CEPAL: https://www.researchgate.net/publication/322208537_Indicadores_no_monetarios_de_carencias_en_las_encuestas_de_los_paises_de_America_Latina_disponibilidad_comparabilidad_y_pertinencia

XI. ANEXOS

ANEXO 1

RECÉN NACIDO	2, 4 Y 8 MESES	12 MESES	15 A 18 MESES	4 AÑOS	ADULTOS, ANCIOS Y AMBITO MATRIZ	MUJERES EMBARAZADAS	PROYECTO REDONDO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ENFERMERAS Y OTRAS
							
BCG Protege formas graves de tuberculosis	PENTAVALENTE Incluye: Difteria, Tétanos y Tétanos, Haemophilus influenza tipo B, Hepatitis B	1ª DOSE DE TRIPLE VIRAL TIPO SPR Sarampión Paperas Rubéola	1ª REFUERZO DE PENTAVALENTE Incluye: Difteria, Tétanos y Tétanos, Haemophilus influenza tipo B, Hepatitis B	2ª REFUERZO DE DPT Difteria, Tosferina Tétanos	Td Tétanos y Difteria Toda persona debe recibir 1 dosis cada 10 años a partir de los 10 años de edad	Td Tétanos y Difteria Toda mujer embarazada con esquema completo de vacunación hasta los 4 años de edad, aplica 1 dosis de Td a partir de la 1ª semana de gestación	Td Tétanos y Difteria
HB Hepatitis B al nacimiento	POLIOMIELITIS 2 y 4 meses: IPV 6 meses: OPV	1ª REFUERZO DE NEUMOCOCO CONJUGADO Meningitis, Neumonía y Otitis media	POLIO ORAL Poliomielitis	POLIO ORAL Poliomielitis	NEUMOCOCO Todo adulto mayor de 60 años debe recibir 1 dosis de neumococo	Tdpn Tétanos, Difteria, Tosferina acelular Aplica 1 dosis a partir de las 10 semanas de gestación	HB Hepatitis B SR Sarampión y Rubéola
	ROTAVIRUS NEUMOCOCO CONJUGADO Meningitis, Neumonía y Otitis media		2ª DOSE DE TRIPLE VIRAL TIPO SPR Sarampión Paperas Rubéola			INFLUENZA HEMISFERIO SUR Aplica 1 dosis a partir de los 6 meses de gestación	INFLUENZA HEMISFERIO SUR Niños de 6 meses a 12 meses, adultos mayores de 60 años y personal de salud NEUMOCOCO a personas mayores de 2 años con factores de riesgo y adultos mayores de 65 años
CAPI Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones	Comité Nacional de Certificación de erradicación de la Poliomielitis						

ANEXO 2

CEDULA DE ENTREVISTA

1. Fecha de la entrevista: _____

2. DATOS GENERALES:

Código	Indicador	Resultado	
2.1	Iniciales de persona entrevistada:		
2.2	Parentesco con el (la) fallecida:	Madre/Padre/Otros	
2.3	Lugar donde ocurrió la muerte	Hospitalaria/comunitaria	
2.5	Edad al morir		

3. DATOS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PADRES:

Código	Indicador	Resultado	
3.1	Escolaridad del padre	Primaria/secundaria / educación media/bachillerato /universitario	
3.2	Escolaridad de la madre	Primaria/secundaria / educación media/bachillerato /universitario	

3.3	Estado familiar	Soltera, acompañada, casada	
3.4	Ocupación Madre	Ama de casa, desempleada, empleada informal, empleada estable	
3.5	Ocupación Padre	Desempleado, empleado informal, empleado estable	
3.6	Nivel Socio económico familiar	Clase baja/ Clase media baja/ Clase media/ Clase media alta/ Clase alta	
3.7	Condiciones de la vivienda	Propia / alquilada/ apropiación/Otras	
3.8	Servicios Básicos	Servicios básicos completos o adecuados (que tenga TODOS los siguientes "agua potable, energía eléctrica, comunicación, aseo") /Servicios básicos inadecuados incompletos (que carezca al menos de uno de los siguientes "agua potable, energía	

		eléctrica, comunicación, aseo”/ Sin servicios básicos	
3.9	No de miembros del grupo familiar	3-4 miembros en la familia/ 4-7 miembros en la familia/ > 8 miembros en la familia	
3.10	Acceso geográfico	Menos de 2h caminando del establecimiento de salud mas cercano/ - Mas de 2h caminando del establecimiento de salud mas cercano_____	
3.11	Procedencia	Rural/ urbana	
3.12	Riesgo por violencia social	Si/ no	
3.13	Cuanto tiempo se tarda desde su casa para llegar a la UCSF mas cercana ?	<2h a pie />2h a pie	
3.14	Que medio de transporte utiliza para llegar al establecimiento de salud		
3.15	Tuvo necesidad de transportar al niño – niña de noche?		

4. ANTECEDENTES NEONATALES (aplica para muertes neonatales)

Código	Indicador	Si	No
--------	-----------	----	----

4.1	Su embarazo fue planificado?		
4.2	El bebé nació de parto eutósico		
4.3	Si fue por cesárea, cuál fue la causa	<u>Materna/neonatal</u>	
4.4	Nació a término	<u><37sem/ >37sem</u>	
4.5	Cuanto tiempo duró el trabajo de parto	<u><12H/>12h</u>	
4.6	El bebé lloró y respiró al nacer		
4.7	Vio a su bebé cuando acababa de nacer		
4.8	Le dio pecho a su bebé en los primeros 30 min de nacido		
4.9	Cuanto tiempo de nacido el bebé comenzó a ponerse mal	<u>(tiempo en horas)</u>	

5. Marque con una "X" la casilla que describe los síntomas presentados:

Código	SINTOMAS	SI	NO
5.1	Convulsiones o ataques		
5.2	Letárgico		
5.3	No puede mamar		
5.4	Vómitos persistentes		
5.5	Fiebre o hipotermia		
5.6	Quejumbroso o con llanto continuo		

5.7	Respiración rápida		
5.8	Ictericia		
5.9	Cianosis		
5.10	Palidez		
5.11	Secreción purulenta en los ojos		
5.12	Secreción purulenta en el ombligo		
5.13	Enrojecimiento del muñón umbilical con extensión a piel		
5.14	Sangramiento del ombligo		
5.15	Diarrea o pupù con sangre		
5.16	No orina en las primeras 24 horas		
5.17	No hace pupú en las primeras 48 horas		
5.18	Era Bajo peso al nacer		

6. RESUMEN CLÍNICO DE MORBILIDAD QUE LO LLEVO A LA MUERTE:

Código	Indicador	respuesta
6.1	De que enfermedades cree que la niña o el niño murió?	
6.2	Si murió en el hospital, De que enfermedad le dijeron que su murió?	

7. MARQUE LA CASILLA QUE DESCRIBE LOS SÍNTOMAS PRESENTADOS: (>29d)

Código	SINTOMAS	SI	NO
7.1	Convulsiones		
7.2	Letárgico o inconsciente		
7.3	Se mueve menos de lo normal		
7.4	Fiebre		
7.5	Abombamiento de la fontanela		
7.6	Respiración Rápida		
7.8	Tiraje Grave		
7.9	Aleteo Nasal		
7.10	Ruidos raros al respirar		
7.11	Supuración de oídos		
7.12	Pústulas en el cuerpo		
7.13	Diarrea		
7.14	Vómitos		
7.15	Vómitos con sangre		
7.16	Heces con sangre		
7.18	Distensión abdominal		
7.18	Dejo de orinar		
7.20	Dejo de alimentarse		
7.21	Sangra miento en alguna parte del cuerpo		

7.22	Golpe o caída		
7.23	Perdida grave de peso		
7.24	Palidez		

8. ACERCA DEL EVENTO DE MUERTE (Si aplica, según el caso de MI)

Código	Indicador	Si	No
8.1	Consulta usted por esta enfermedad del niño o niña?		
8.2	Si la respuesta es no, pregunte porque no lo llevo a consultar?		
8.3	Dónde quien o quienes lo llevo para que lo atendieran?	Medico/Promotor/otros	
8.4	Cuantas veces lo llevo a consultar?_		
8.5	Cuando lo llevo al medico le explico bien lo que tenia el bebé?		
8.6	De las indicaciones que le dio, Usted las cumplió?		
8.7	Le dio indicaciones de regresar si notaba otra molestia o no mejoraba?		
8.8	En casa antes de llevarlo al medico le dio alguna medicina la niña o niño ?		
8.9	Qué tipo de medicina y que dosis?		
8.10	La persona que lo vio lo mando para algún hospital?		

8.11	Busco Ud. Una segunda atención antes de llevarlo al hospital ?		
8.12	Fue hospitalizado la niña o niño durante su enfermedad?		
8.13	De que cree usted que murió el bebé?		

ANEXO 3

GUIA DE RESUMEN DE CASO DE MORTALIDAD PERINATAL, INFANTIL Y NIÑEZ

IDENTIFICACION

Nº Exp: _____

1. GENERALIDADES

Código	Indicador	Resultado	
1.1	Edad		
1.2	Peso Kg		
1.3	Talla/Long Cm		
1.4	Sexo		
1.5	Lugar de ocurrencia de la muerte		
1.6	Tipo de muerte		

2. ANTECEDENTES NEONATALES

Código	Indicador	Si	No
2.1	Apgar		
2.2	Peso al nacer		
2.3	Longitud		
2.4	P.C.		
2.5	Reanimación al nacer		
2.6	manejo acorde a flujograma de reanimación		

2.7	Se ingreso inmediatamente al nacimiento		
2.8	Diagnóstico al ingreso CIE 10		
2.9	Paso a alojamiento conjunto		
2.10	A los cuantos días fue dado de alta		
2.11	Diagnóstico al alta CIE 10		

3. ANTECEDENTES DE ATENCIONES RECIBIDAS:

Código	Indicador	Si	No
3.1	Inscripción precoz en el programa infantil		
3.2	Controles infantiles completos para la edad		
3.3	Consultas por morbilidad previas relacionadas al evento de muerte		
3.4	Manejo según Normativa		
3.5	referencia		
3.6	Ingreso hospitalario		
3.7	Vacunación completa para la edad		
3.8	Manejo del Estado nutricional según normativa		

4. RESUMEN CLÍNICO DE MORBILIDAD QUE LO LLEVO A LA MUERTE:

Código	Indicador	Si	no
4.1	Busco atención medica durante el proceso de enfermedad		

4.2	Con quienes busco atención?	SNS/Privado/otros	
4.3	Diagnostico Acorde a cuadro clinico		
4.4	tratamiento segun normativa,		
4.5	referencia y retorno oportuno		
4.6	En caso de haber recibido referencia, la hizo efectiva?		
4.7	Existe algún documento de referencia medica en el expediente clínico?		
4.8	Identificacion de factores de riesgo		
4.9	Identificacion de signos de alarma		
4.10	se le brindo consejeria		
4.11	se le indico cuando volver al establecimiento		
4.12	Llenado de expediente segun normativa		

XII. GLOSARIO

Riesgo social: a la posibilidad de que una persona sufra un daño que tiene su origen en una causa social. Esto quiere decir que el riesgo social depende de las condiciones del entorno que rodea al individuo.

Enfoque de riesgo: abordaje basado en la consideración de factores potenciales de daño a la salud, identificando características de vulnerabilidad: físicas, socioculturales, biológicas, emocionales, hechos o circunstancias que determinan la posibilidad de enfermar o morir.

Recién nacido prematuro: producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

Atención integral: conjunto de métodos, técnicas y servicios que abordan las necesidades de salud de la población, integrando los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Atención primaria en salud integral: es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación ya un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del Sistema Nacional de Salud y forma parte integral del desarrollo económico y general de la comunidad.

Inscripción precoz: Los primeros siete días de vida o en el primer contacto con el proveedor o establecimiento de salud, en niños y niñas, por médico neonatólogo, médico pediatra, médico general o enfermera.

Referencia: es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que tienen como objetivo contribuir a la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviándolos desde la comunidad o establecimiento de salud de menor al de mayor complejidad, o según la capacidad resolutive

Servicios básicos: se identifican 4 servicios básicos con los que debe contar la vivienda: acceso de agua potable, disponibilidad de servicio de drenaje, servicio de electricidad y combustible para cocinar en la vivienda

Hacinamiento Existen dos criterios utilizados para determinar la existencia de hacinamiento, el número de personas por cuarto y por dormitorio; y el umbral adoptado con mayor frecuencia es el de 2.5 personas.

Tasa de Mortalidad Infantil

Definición: Es la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida.

Cálculo: Cociente entre el número de muertes de menores de un año en un período y el total de nacidos vivos del mismo período, por mil.

Test de APGAR: Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento. Su utilización está generalizada en gran número de países. La prueba debe su nombre a la Dra. Virginia Apgar, una famosa anestésista obstétrica americana, que en 1952 propuso este método simple y repetible, buscando averiguar rápidamente la situación de los recién nacidos y valorar así los efectos, en ellos, de la anestesia que recibían sus madres

Se lleva a cabo al minuto y a los cinco minutos de nacer. Esta evaluación la puede hacer el pediatra o la enfermera que asiste al recién nacido y mide 5 parámetros:

1. **Aspecto** (color de la piel)
2. **Pulso** (frecuencia cardíaca)
3. **Irritabilidad** (respuesta refleja) (de **G**rimace en inglés)
4. **Actividad** (tono muscular)
5. **Respiración** (ritmo respiratorio y esfuerzo respiratorio)