



Ministerio de Salud
Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria
Unidad de Atención Integral e Integrada a la Salud Sexual y Reproductiva

**Plan estratégico nacional para la reducción de
la mortalidad materna perinatal y neonatal
2011-2014**

El Salvador

Febrero 2011

Prohibida la reproducción
parcial o total con fines lucrativos
Primera edición, febrero 2011
®Ministerio de Salud

María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud

Violeta Menjívar
Viceministra de Servicios de Salud

Eduardo Espinoza
Viceministro de Políticas Sectoriales

Agradecimientos especiales

Ministerio de Salud
Dra. Marina Estela Avalos López
Dra. Esperanza de Aparicio
Dra. María Elena Ávalos
Lic. Celia Hernández
Dra. Nelly Madrid
F tc0[cplc"Dwti qu
Dr. Carlos Meléndez
Dra. Sofía Villalta
Dra. Elisa Menjívar

University Research Co., LLC (URC)
Dra. Patricia de Quinteros
Dra. Pilar León

Dr. Enrique Amaya Najarro
Hospital Nacional de Maternidad
Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador

Dra. Ana Celia de Uriarte
Hospital 1º. De Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)

Dra. Amalia Ayala
Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS El Salvador

Dr. Mario Morales
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Alianza por la Salud Neonatal

Elaboración
Dra. María Elena Guardado Escobar
Consultora corto plazo URC

*Este documento ha sido impreso con fondos del Proyecto “Fortalecimiento de la política pública para la reducción de la mortalidad neonatal e infantil”
Agencia Española de Cooperación Internacional para el desarrollo” AECID*

Acrónimos

AIEPI	Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia
ALC	América Latina y el Caribe
AOE	Atención obstétrica esencial
APSI	Atención primaria de salud integral
CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
COE	Cuidados obstétricos esenciales
CONE	Cuidados obstétricos neonatales esenciales
COEM	Cuidados obstétricos esenciales de emergencia
CONE-PF	Cuidados obstétricos neonatales esenciales- Planificación familiar
CRSN	Centros rurales de salud y nutrición
DIGESTYC	Dirección Nacional de Estadística y Censos
ECOSF	Equipos comunitarios de salud familiar
ECOSE	Equipos comunitarios de salud especializados
FESAL	Encuesta nacional de salud familiar
EPAMBA	Estrategia paquete madre bebé ampliado
IMC	Índice de masa corporal
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IMFC	Individuo, mujer, familia y comunidad
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
LBMM	Línea basal de mortalidad materna
LEPINA	Ley de protección integral de la niñez y adolescencia
MEF	Mujer en edad fértil
MMPN	Mortalidad materna perinatal y neonatal
MINSAL	Ministerio de Salud Pública
NALS	Programa de reanimación neonatal
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación familiar
RMMPN	Reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal
SDR	Síndrome de dificultad respiratoria
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
STABLE	Programa de transporte del neonato crítico
TMI	Tasa de mortalidad infantil
UDS	Unidades de salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Contenido



Presentación	9
Introducción.....	11
Marco referencia institucional	12
I. Objetivos.....	15
II. Ámbito de aplicación	16
III. Grandes estrategias del Plan	16
IV. Principios rectores y enfoques, Principios del Plan.....	18
Enfoques del Plan	19
V. Compromisos internacionales, nacionales y marco legal	21
VI. Magnitud del problema	23
a. Análisis de la situación en América Latina y el Caribe,	
Mortalidad Materna.....	23
Mortalidad Neonatal.....	25
b. Análisis de la situación en El Salvador	
Población.....	28
Mortalidad materna	28
Mortalidad infantil y en la niñez	32
VII. Lineamientos, objetivos, metas, líneas de acción e indicadores.....	35
a. Objetivo general	36
b. Metas del plan al 2014.....	36
c. Objetivos estratégicos.....	36
VIII. Plan operativo anual.....	47
IX. Monitoreo, supervisión y evaluación.....	47
X. Tablas	49
XI. Indicadores del plan estratégico nacional para la reducción de la	
mortalidad materna perinatal y neonatal en El Salvador 2011-2014	61
XII. Cronograma.....	75
XIII. Definiciones	76
XIV. Anexos	78
XV. Bibliografía	84

PRESENTACION

Hemos iniciado ya el camino de la transformación de nuestro sistema de salud, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social y otros prestadores de servicios) y regule efectivamente lo privado; el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Este objetivo tendrá avances sustanciales durante este quinquenio. Se habrá completado la organización de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud en los servicios del MINSAL y la transformación en fases llegará a toda la población salvadoreña. Se habrán realizado importantes avances en la prestación coordinada de servicios de salud de las instituciones públicas. Será una realidad el fortalecimiento del sistema público de salud, aunque todavía quede un largo camino para lograr un sistema ideal de cobertura universal con calidad.

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

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

Agradecemos el esfuerzo de quienes nos acompañan en este proyecto: trabajadores y trabajadoras de salud de todos los niveles y servicios de salud del Ministerio, movimiento popular y sus organizaciones, cooperación internacional, y muchos otros actores gubernamentales y no gubernamentales comprometidos con nuestra lucha para que la población salvadoreña viva más y mejor, como es su derecho.



MARÍA ISABEL RODRIGUEZ
MINISTRA DE SALUD



Introducción

A cuatro años de llegar a 2015, los progresos alcanzados para cumplir la primera meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM5), que consiste en reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes, han sido limitados. Las estimaciones interinstitucionales más recientes de las Naciones Unidas sugieren que en 2005 murieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto a nivel mundial [1]. Además, se calcula que unas 20 millones de mujeres se ven afectadas por discapacidades permanentes por la misma causa[2]. La tasa de mortalidad materna es un indicador fiable de la eficacia de los sistemas sanitarios, que en numerosos países con niveles de renta baja adolecen deficiencias en la capacidad administrativa, técnica y logística, de inversiones financieras inapropiadas y de una falta de personal sanitario adecuado. Tanto a nivel mundial como nacional los embarazos en adolescentes incrementan el riesgo de mortalidad materna[3]

Por otro lado, a nivel mundial la mortalidad en menores de 5 años se ha mantenido en un descenso constante desde 1990 a 2005, pasando de 13 millones a 9,2 millones[1]. Sin embargo, las muertes estimadas en el periodo neonatal en 2004 (periodo desde el nacimiento y los primeros 28 días de vida) fueron cerca de 3,7 millones. De las cuales, 2.8 millones corresponden al periodo neonatal temprano (desde el nacimiento a los primeros 7 días de nacido). Para el mismo año, el número total de muertes perinatales, (mortinatos y las muertes neonatales tempranas), fue de 5,9 millones, de estos cerca de 3 millones nacieron muertos.

Los patrones regionales de muertes neonatales están estrechamente relacionados con la morbilidad y la mortalidad materna. Los índices más bajos se dan, en los países industrializados. El aumento de la proporción de muertes neonatales refleja dos factores claves: la dificultad de llegar mediante intervenciones neonatales eficaces y oportunas a muchos bebés que nacen en el hogar, y el éxito de numerosos países en lo que se refiere a la aplicación de intervenciones como la inmunización, que han reducido enormemente el número de muertes postnatales en el conjunto del mundo en desarrollo. [1]

Marco de referencia institucional

El nuevo gobierno en su Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, crea el sistema de protección social universal y de políticas sociales estratégicas. Con este instrumento se pretende avanzar de manera firme e ininterrumpida, bajo una visión de mediano y largo plazo, en la solución de los principales problemas que afectan al país (pobreza, inequidad de género y la exclusión social). El sistema de protección social universal se cimenta en un enfoque de derechos, potencia el desarrollo humano, la gestión territorial y propicia la participación activa de los gobiernos municipales y de la comunidad.

El Ministerio de Salud como ente rector del derecho a la salud en El Salvador y teniendo como marco lo que establece la Política de Salud “Construyendo la Esperanza”, se ha propuesto fortalecer y ampliar el Sistema Nacional de Salud, con estrategias de probada eficacia como la Atención Primaria de Salud Integral (APSI) a fin de alcanzar las metas de los Objetivos del Milenio. El propósito fundamental de la APSI es favorecer a las poblaciones de mayor vulnerabilidad, mediante el abordaje responsable y eficaz de las determinantes sociales e inequidades en salud. Así como, el enfoque intersectorial de la salud sexual y reproductiva para mejorar las condiciones de salud de la mujer y la niñez. Y es en este sentido que el actual gobierno se ha propuesto la elaboración de una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para el presente quinquenio.

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

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

En cuanto a la tasa de mortalidad del menor de cinco años, ésta ha descendido en 12 puntos desde 1998 a 2008 es decir de 31 a 19 muertes en menores de cinco años por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil descendió 9 puntos en el mismo periodo, de 25 a 16 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal, descendió de 13 a 9 muertes por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad perinatal descendió de 2002/03 a 2008 de 23 a 19 muertes por mil nacidos vivos.[4] La meta a alcanzar a 2015 que se estableció fue reducir la tasa de mortalidad neonatal a 7.5 por 1,000 nacidos vivos y reducir la tasa de mortalidad perinatal a 17 por 1,000 nacidos totales, según datos de FESAL 2014.

La Reforma de Salud

A partir de Junio 2010 se inicia la implementación por parte del MINSAL de un proceso de reforma, adoptándose el modelo de atención de salud familiar y comunitario, y un modelo de provisión de servicios por niveles de atención integrados en una red integral e integrada de servicios de salud (RIISS), esencialmente el proceso de reforma tiene como objetivo acercar la atención de salud a la población y prestarle servicios especializados de calidad y con calidez. El núcleo de atención de primera línea y de entrada al sistema son los denominados Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF), el cual es un equipo multidisciplinario de atención que atiende a la población en su vivienda y en su comunidad existiendo además los Equipos Comunitarios de Salud Especializados (ECOSE). Este primer nivel de atención se integra a la red hospitalaria de 2 y 3er nivel a través de un sistema de referencia y retorno. Actualmente están conformados 201 ECOSF Y 14 ECOSE los cuales prestan sus servicios en el área rural de 74 municipios de extrema pobreza.

Se espera que este nuevo modelo de atención contribuya sustancialmente a la reducción de la mortalidad materna e infantil.

En el aspecto programático se ha pasado de los programas verticales inequitativos y excluyentes a su integración en el ciclo de vida, en la RIISS, a su transversalización y horizontalización. Uno de estos programas es el de Atención Integral e Integrada a la SSR en el ciclo de vida a cuyo plan estratégico se incorpora este PRMMPN.



I. Objetivos

- i. Establecer las líneas estratégicas que deberán cumplir las dependencias del Ministerio de Salud en sus diferentes niveles de gestión, prestación, las instituciones del sector salud y otras instancias gubernamentales y no gubernamentales para reducir la mortalidad materna, perinatal y neonatal en El Salvador.
- ii. Contar con un instrumento de referencia que permita lograr el involucramiento de otras instituciones y organizaciones cooperantes (intersectorialidad) tanto dentro como fuera del sector salud, a fin de crear alianzas sostenibles que aseguren la disminución acelerada de la mortalidad materna, perinatal y neonatal en el país desde el abordaje de sus determinantes sociales, avanzando hacia políticas públicas sectoriales en materia de la SSR, así como la orientación de la cooperación nacional e internacional.
- iii. Proporcionar una guía para el diseño, ejecución, evaluación y control de los planes operativos locales de reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, que involucre a todas las instancias públicas y no públicas, organizaciones sin fines de lucro y privadas que integran el sector salud.
- iv. Proveer insumos para la elaboración de políticas y planes en salud que ayuden a establecer un presupuesto regular para la atención de la mujer y su recién nacido/a.

II. Ámbito de aplicación

El presente Plan es de aplicación nacional y de estricto cumplimiento tanto a nivel central del Ministerio de Salud, así como en los diferentes niveles de atención de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS), deberá ser aplicado por todas las instituciones públicas del sector salud.

El Plan nacional servirá de referencia a otras instituciones de la sociedad civil, nacionales y extranjeras, comprometidas en el trabajo de reducción de la mortalidad materna e infantil. Debe incluir a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, y las relacionadas con la educación formal y no formal en el caso de preadolescentes y adolescentes.

III. Grandes estrategias del plan

El presente plan se inscribe en un conjunto de estrategias globales, a saber:

Promoción de la salud

La promoción de la salud como estrategia está referida a la formulación de políticas públicas, a la participación social, (implica a la población en su totalidad), a la intersectorialidad (para el desarrollo de intervenciones que incidan sobre los determinantes de la salud), al desarrollo de los recursos humanos, a la creación de ambientes que favorezcan la salud, al refuerzo de la acción comunitaria y a la reorientación de los servicios de salud.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Atención Primaria de Salud Integral (APSI)

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APSI), establece que el abordaje de la salud debe de hacerse desde la promoción/educación para la salud, la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de la salud.

Servicios de salud integrales se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, en de los diferentes niveles del sistema de acuerdo a sus necesidades y a lo largo del ciclo de vida.

Abogacía

La abogacía es una estrategia que combina acciones individuales y sociales, destinadas a conseguir compromisos y apoyo para la promoción de la salud materna, perinatal y neonatal; con el propósito de superar resistencias, prejuicios y controversias. Por lo que debe ser incluida y desarrollada en el marco del nuevo modelo de red de servicios de salud integrales e integrados.

Mejora continua de la calidad de atención

Es una actitud general que debe ser la base para asegurar la continuidad del proceso y la posibilidad de mejora. Cuando hay crecimiento y desarrollo en una organización o comunidad, es necesaria la identificación de todos los procesos y el análisis mensurable de cada paso llevado a cabo. Algunas de las herramientas utilizadas incluyen las acciones correctivas, preventivas y el análisis de la satisfacción en los miembros o clientes. Se trata de la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones.

IV. Principios rectores y enfoques

Principios del plan

Equidad

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

Honestidad

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

Ética

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

Respeto

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

Responsabilidad

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

Humanización

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

Sensibilidad

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

Solidaridad

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

Compromiso

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

Cooperación

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

Confidencialidad

Es un principio ético que garantiza que la información de las personas es accesible solo para aquellos autorizados a tener acceso.

Enfoques del plan

Derechos humanos /derechos sexuales y reproductivos

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

Familiar/comunitario

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

Corresponsabilidad de la familia y de la comunidad en la salud de la madre y el recién nacido

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

Género

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

Generacional

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

Riesgo

El riesgo implica la probabilidad de la presencia de una o más características o factores que incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal y de otros.

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para prevenirlos.

Sostenibilidad

Lo que implica la aplicación y desarrollo de acciones de probada eficacia para incidir en la salud de la población, reducir la mortalidad materna, perinatal y neonatal dentro de los servicios de salud, de acuerdo a los modelos de atención (extensión de cobertura, comunidad-familia y servicios de salud), mediante actividades de divulgación y cuidado de la familia-comunidad, incluida la educación sanitaria para mejorar las prácticas de asistencia a domicilio, para crear la demanda de atención especializada, y para mejorar la búsqueda de atención. Es decir procesos que sean continuos y con una corresponsabilidad compartida con la familia y participación de la comunidad, favoreciendo la expansión simultánea de la atención clínica de bebés y madres que es fundamental para lograr la reducción de las muertes maternas y neonatales necesarias para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.[8, 9] [10]

V. **Compromisos internacionales, nacionales y marco legal**

El Salvador se ha suscrito a los diversos compromisos nacionales e internacionales que han señalado la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad infantil como una meta clave del desarrollo, entre ellos están:

Compromisos internacionales, nacionales y marco legal nacional

Internacionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ONU 1981.
- La Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo, Nairobi 1987.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Conferencia Mundial de la Infancia, Nueva York 1990.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo CIPD (Egipto) 1994.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995 y sus avances.
- Acuerdos de la Cumbre del Milenio, septiembre de 2000.
- Sesión Especial de la ONU sobre la Infancia, Nueva York 2002.
- Sesión Especial de la ONU sobre la Infancia, Nueva York 2002.
- Sesión Especial de la ONU sobre la Infancia, Nueva York 2002.
- Plan Regional de Salud Materna Neonatal y Reproductiva.
- Cumbre de las Américas: de Mar de Plata 2005 a Puerto España 2009.

Nacionales

- Constitución Política de la República de El Salvador.
- Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA).
- Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014.
- Política de Salud “Construyendo la Esperanza”



VI. Magnitud del problema

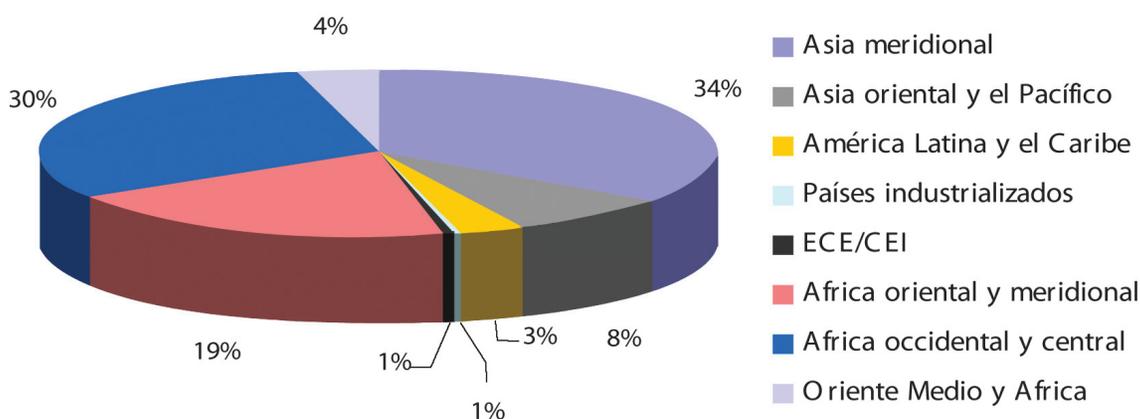
a. Análisis de la situación en América Latina y el Caribe.

Mortalidad materna

En América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad materna se redujo un 28% desde 1990, un progreso significativo que sin embargo, es todavía insuficiente y que encubre enormes diferencias entre los países.

En esta región, cerca de 15,000 (3%) mujeres perdieron la vida en 2005 por causas relacionadas con el embarazo y el parto, y la tasa actual de muerte es de 130 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos, insuficiente para alcanzar la meta del Objetivo del Milenio fijada para 2015.[1] (Figura 1)

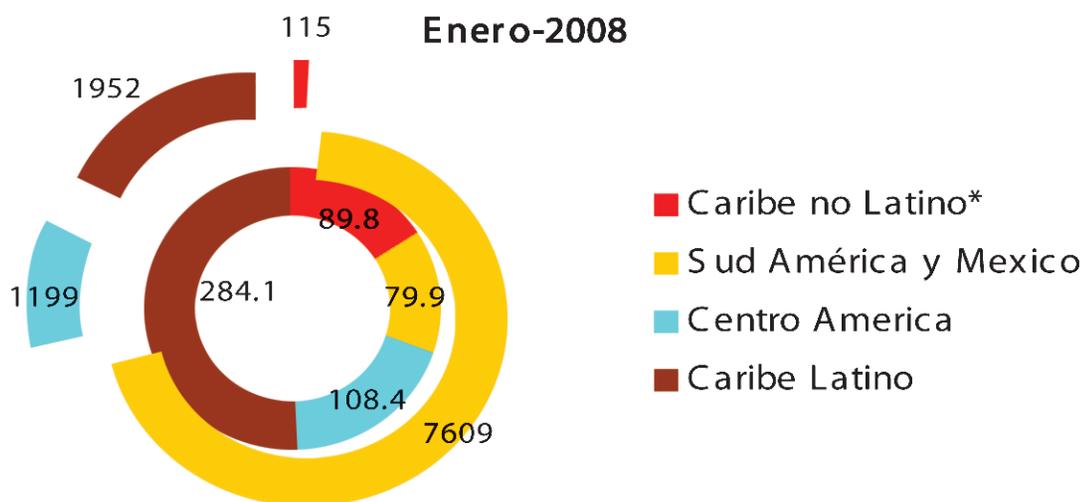
Figura 1. Distribución por regiones de las muertes maternas 2005



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Mortalidad materna 2005.

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

Figura 2 Razón de mortalidad materna América Latina y el Caribe Enero-2008



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2008. * OPS noviembre 2002, no sumado.

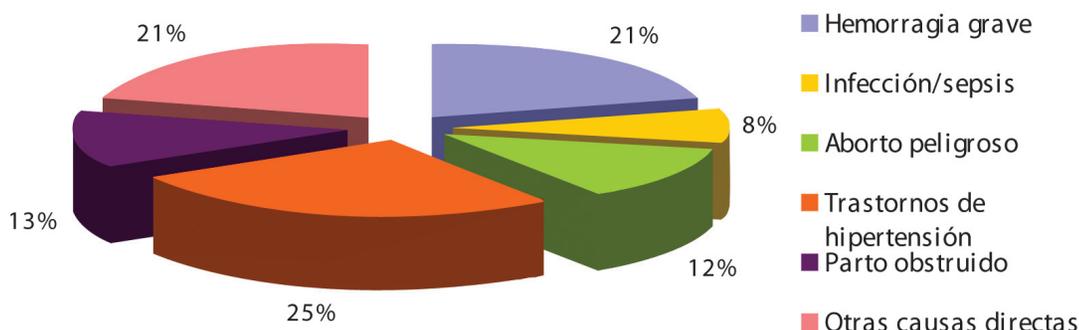
Las mayores tasas de mortalidad materna, se encuentran en el Caribe Latino, que son casi 3 veces mayor que las de Centro America. (Figura 2)

En América Latina se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100.000 nacidos vivos. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX.[22]

La información histórica en países de Latino América en la segunda mitad del siglo XX, nos revela que la más temprana y más importante reducción fue obtenida donde los servicios de salud están mejor organizados y accesibles (Cuba o Costa Rica); la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en razón de los costos, como la atención obstétrica esencial (AOE), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad.

Lo mismo ocurre con el riesgo de morir a que se exponen las mujeres por causas relacionadas con la maternidad. El promedio en la región es de 1 en 280, pero el mayor riesgo lo tienen las mujeres de Haití (1 en 44), y el menor en Barbados (1 en 4.400). [1] En El Salvador el riesgo de morir a causa de un embarazo de de 1:65.

**Figura 3. Causas de mortalidad materna
América Latina y el Caribe**



Fuente: Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', The Lancet, vol. 367, núm. 9516, 1 de abril 2006, pág.1069

Las muertes maternas ocurren en su mayor parte entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones derivadas de la práctica de abortos). La mayoría de las muertes maternas tienen que ver con complicaciones obstétricas (causas directas) entre ellas las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado y con la práctica de abortos. [1] (Figura 3)

Muchos de los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte de las madres no se dan exclusivamente durante el embarazo, sino que pueden ser afecciones agravadas por el embarazo y el parto. El enfoque pre-concepcional en la atención contribuye a determinar el tipo de estrategia y las intervenciones más adecuadas para reducir las muertes maternas por causas indirectas. [1]

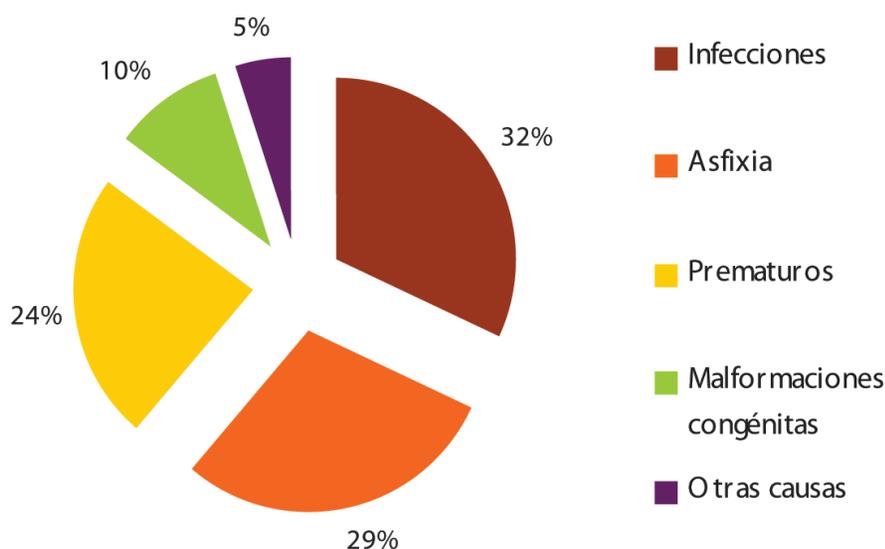
Mortalidad neonatal

Cada año nacen casi 12.000,000 de niños en la región de América Latina y el Caribe (ALC). De los cuales 400,000 niños mueren antes de llegar a los 5 años de edad, 270,000 antes de cumplir un año, y de estos últimos, 180,000 mueren en su primer mes de vida.[23] Se calcula que la mortalidad neonatal en ALC es 15 por 1,000 nacidos vivos, con cifras que oscilan entre 14 (América del Sur) y 19 (el Caribe) por 1,000 nacidos vivos.[24] La tasa de mortinatos de la Región se aproxima a la tasa de mortalidad neonatal. [24, 25] Esta última representa alrededor del 60% de las

defunciones de menores de un año y 36% de la mortalidad de menores de 5 años; la mayoría de estas defunciones son prevenibles. [23, 26-28] Las tasas de mortalidad más altas se registran en Haití, Bolivia y Guatemala, donde alcanzan niveles entre cinco y seis veces mayores que en los países con las tasas de mortalidad más bajas, como Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay. [29] Aunque las proporciones exactas varían en cada país, los cálculos indican que, especialmente en países donde la tasa de mortalidad infantil (TMI) no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de recién nacidos tienen lugar en el primer mes de vida. De estas muertes, dos tercios o más ocurren durante la primera semana de vida, y de estos dos tercios, casi dos terceras partes se presentan en las primeras 24 horas.[30, 31].

Si bien las tasas de mortalidad infantil han venido disminuyendo en la Región, las tendencias de la mortalidad neonatal han permanecido prácticamente inalteradas durante los diez últimos años. Este estancamiento se debe, en parte, a la falta de programas dirigidos específicamente a las y los recién nacidos; el énfasis ha recaído más bien en los menores de un año lactantes y los niños menores de 5 años. Pero existen otros factores fundamentales que contribuyen también a una salud neonatal deficiente, a saber, las desigualdades en el acceso a la atención de salud, la calidad de atención del recién nacido y neonato y una salud materna precaria deficiente.

Figura 4. Causas de mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe 2004



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas, Indicadores básicos. 2004.

Al igual que ocurre con las muertes maternas, casi todas las muertes neonatales se dan en países con niveles de renta media y baja. (98% en 2004) [1]

Entre las causas de la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe de 2004 se incluyen: las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematuridad (24%), las malformaciones congénitas (10%) y otras (5%). (Figura 4) [22] Aunque algunas son causas directas, otras, como en la mayoría de los casos de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, pueden constituirse en factores predisponentes. La OPS/OMS calcula que aproximadamente 9% de las y los recién nacidos en ALC tiene bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos al nacer). [32] El bajo peso al nacer está estrechamente vinculado a una mayor morbilidad neonatal, y se calcula que entre 40% y 80% de las defunciones durante el período neonatal está asociado con este problema. [32]

Muchos de los factores causantes de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal son bien conocidos y se hallan interrelacionados. Sin embargo se requiere abordar de forma directa la situación de abandono respecto de los derechos fundamentales de la mujer que impera en muchas sociedades. Entre ellos figuran la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados y la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, instalaciones de salud deficientes, servicios de atención sanitaria básica inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal. Existen también factores básicos, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género, que exacerban tanto las causas directas como las causas subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal. [1]

No obstante lo anterior, América Latina y el Caribe tienen la cobertura más alta de atención prenatal del mundo en desarrollo, y en esta región el 94% de las mujeres consultan por lo menos una vez con un profesional sanitario durante el embarazo.

b. Análisis de la situación en El Salvador

Población

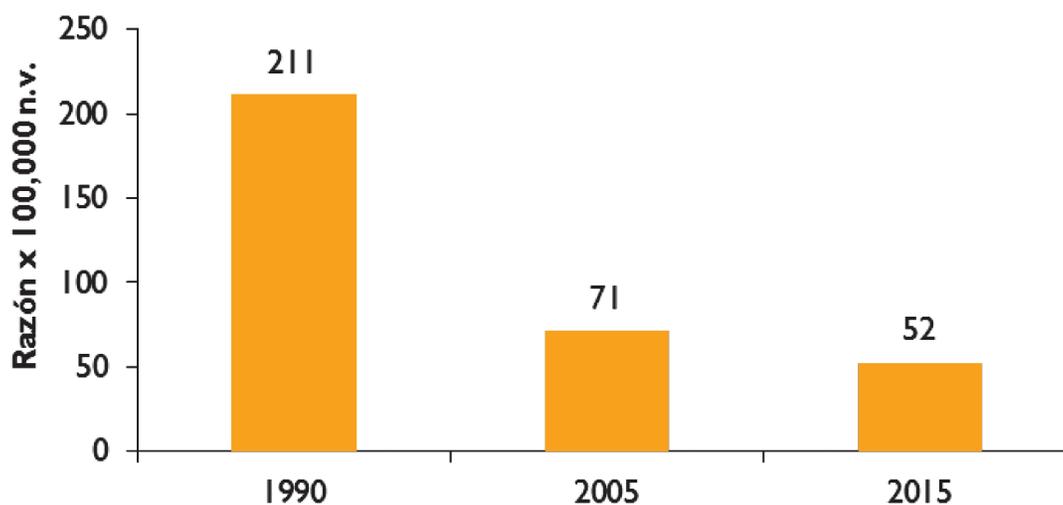
Según el censo de 2007, la población total de El Salvador fue de 5, 744,113, concentrando al 62.7% en la zona urbana. Las mujeres representan el 55.8% de la población total. Para ese año, 1, 545,709 mujeres, es decir, alrededor de 51% del total de mujeres, tenían entre 15 y 49 años de edad. [33]

La tasa de crecimiento anual promedio de la población descendió durante el período 1970 hasta la actualidad.

Mortalidad materna

En los últimos años en lo referente a la reducción de la mortalidad materno perinatal y neonatal en el país se han obtenido algunos resultados positivos, pero no suficientes para alcanzar el ODM 5 al 2015. (Figura 5)

Figura 5. Tendencias de la razón de mortalidad materna en El Salvador 1990-2015



Fuente: Análisis de MM en diferentes periodos en El Salvador. (1990: Razón de MM institucional, se le han sumado 42% de subregistro; 2005: LBMM; 2005: muertes oficiales y denominador DIGESTYC; 2015: meta para ODM5) Ministerio de Salud.

Embarazo y mortalidad materna en adolescentes

Está documentado que las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad de niñas de entre 15 y 19 años en todo el mundo. Las jóvenes que dan a luz antes de cumplir los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres mayores de 20 años. [35]

De acuerdo a los datos de FESAL-2008, del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, el 24% está o estuvo en unión conyugal y el 18 % tiene al menos un(a) hijo(a). Según este informe, 7 de cada 10 adolescentes con experiencia sexual tuvieron un embarazo. Las adolescentes con experiencia de embarazo están mayormente concentradas en el grupo de 15 a 19 años, con menor nivel educativo, residentes en el área rural y con menores ingresos económicos [4]. La tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años fue de 89 por mil mujeres para el periodo de 2003-2008. [18]

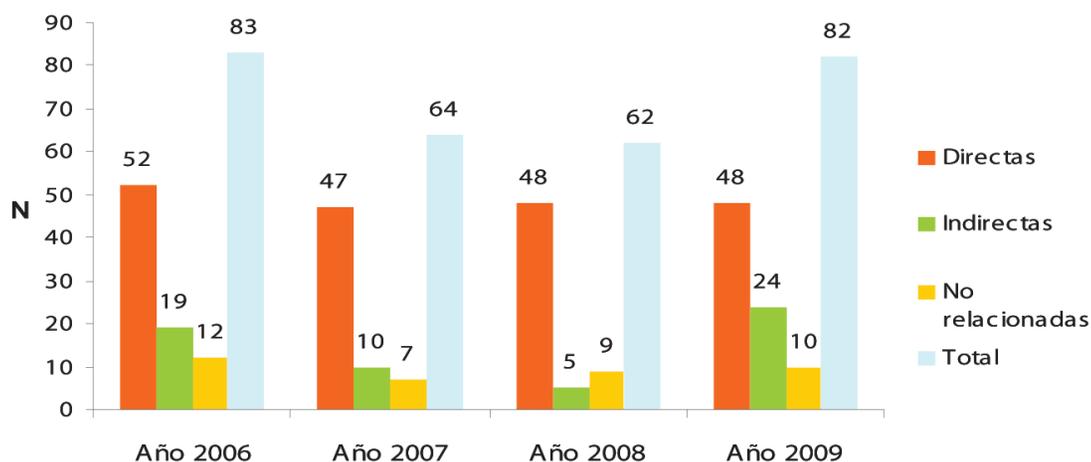
De acuerdo a la vigilancia de la mortalidad materna del MINSAL en 2009 se registraron 20 muertes en adolescentes por causas obstétricas, que representan una proporción de 27.7% para ese año.

Clasificación de las muertes maternas

Según los estándares internacionales las muertes maternas se sub-dividen en dos categorías generales según su origen médico; las muertes directas y las muertes indirectas.

- I. Las muertes maternas directas resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio. De acuerdo con los registros del MINSAL, prevalecen entre las principales causas de muerte directas: los trastornos hipertensivos, las hemorragias, en especial las del post parto inmediato y las infecciones puerperales. La mayoría de estas muertes son prevenibles relacionado con la falla de la atención prenatal y las deficiencias de recursos humanos e infraestructura para la atención. En 2009, según la causa básica de muerte, las muertes directas representaron el 58.5% (48 muertes) del total de las muertes para este año[36]. (Figura 6)

**Figura 6 . Mortalidad materna, por causas.
El Salvador 2006-2009**



Fuente: Estudio LBMM 2005-2006, Unidad de Epidemiología, Unidad de Información y Unidad de la Mujer, Años 2007 al 2009.

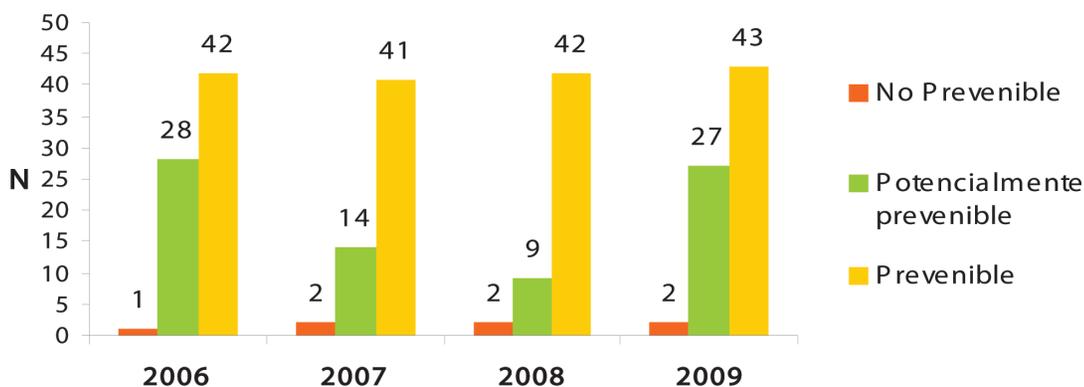
- II. Las muertes maternas indirectas son producto de enfermedades existentes desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debido a causas obstétricas, pero sí agravada por los efectos fisiológicos del embarazo, representando un riesgo para la salud de la madre o la pérdida de la vida. En 2009 la proporción de éstas fue solo del 29% del total de muertes maternas registradas. Las patologías más frecuentemente encontradas fueron: influenza AH1N1, lupus eritematoso sistémico, neumonía y cáncer, también se incluyeron las intoxicaciones auto infringidas¹ [36].
- III. Muertes maternas no relacionadas: No se considera en la clasificación internacional de enfermedades (CIE). Ésta resulta de la defunción de mujeres embarazadas por causas violentas o auto infringidas, es decir, defunción materna por causas no obstétricas directas o patologías asociadas, las más prevalentes fueron accidente de tránsito, herida por arma de fuego y por arma blanca y representaron el 12% del total de las causas en 2009. [36]. (Figura 6)

¹ El estudio LBMM como una propuesta del equipo nacional y con apoyo del equipo de consultores del CDC/Atlanta y de OPS/OMS Washington y dada la alta frecuencia en El Salvador de las intoxicaciones auto infringidas por su estado gravídico y comprobándose a través de la autopsia verbal que el suicidio ocurrió a causa del embarazo, se decidió incluirlas en la categoría de causas obstétricas indirectas; y desde entonces en El Salvador se continúan clasificando de esta manera, para que sea comparable año con año. El Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP/OPS sugiere que después del estudio de la línea basal, las muertes maternas deberían clasificarse de acuerdo al CIE 10 para que el dato pueda ser comparable con los países de la región

Según la guía de vigilancia de la salud materno perinatal del MINSAL las muertes maternas se clasifican según el grado de prevenibilidad en[37]:

- I. **Prevenibles:** Son aquellas muertes maternas que sucedieron debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención hospitalaria, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención. El 60% de las muertes maternas fueron clasificadas como prevenibles en 2009[36]. (Figura 7)
- II. **Potencialmente prevenibles:** Son aquellas muertes que presentaron una patología grave en las que se hizo un diagnóstico y tratamiento adecuado pero tardío.
- III. **No prevenibles:** Son aquellas muertes que sucedieron a pesar de un diagnóstico y tratamiento adecuado.

**Figura 7. Muertes maternas según grado de prevención.
El Salvador 2006-2009**



Fuente: Estudio LBMM 2005-2006, Unidad de Epidemiología, Unidad de Información y Unidad de la Mujer, Años 2007 al 2009.

La muerte materna también se clasifica según demoras [37], que se detallan a continuación:

- I. **Primera demora:** demora en tomar la decisión de buscar ayuda, ya sea por la paciente o la familia.
- II. **Segunda demora:** demora en llegar a la instalación para recibir tratamiento.
- III. **Tercera demora:** demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución.

En 2009, la cobertura de control prenatal con cinco controles de acuerdo a lo establecido la norma nacional, fue de 47.7%. [19] En 2009, más de tres cuartas partes de las muertes maternas ocurrieron en mujeres con control prenatal, de las cuales dos tercios fueron inscritas precozmente y un tercio de ellas tuvo de 5 controles a más. [38]

En 2008 el 64% de los partos esperados según las estimaciones de DIGESTYC fueron atendidos por personal capacitado del MINSAL, de los cuales el 96% fue atendido por médico. Sin embargo cerca del 50% de las muertes maternas en 2009 ocurrieron en turno de día normal, cuando se supone que el personal está presente. Cerca de un tercio de las muertes maternas en 2009 fueron atendidas por médico especialista en obstetricia y ginecología. Un 60% ocurrieron después del parto, de estas - un 72% en el parto tardío- y el 30% de las muertes fueron durante el embarazo. [38]

Poco más del 30% de los partos atendidos fueron en adolescentes, [39] son estas tasas de nacimientos entre las adolescentes las que contribuyen a la mortalidad materna en El Salvador.

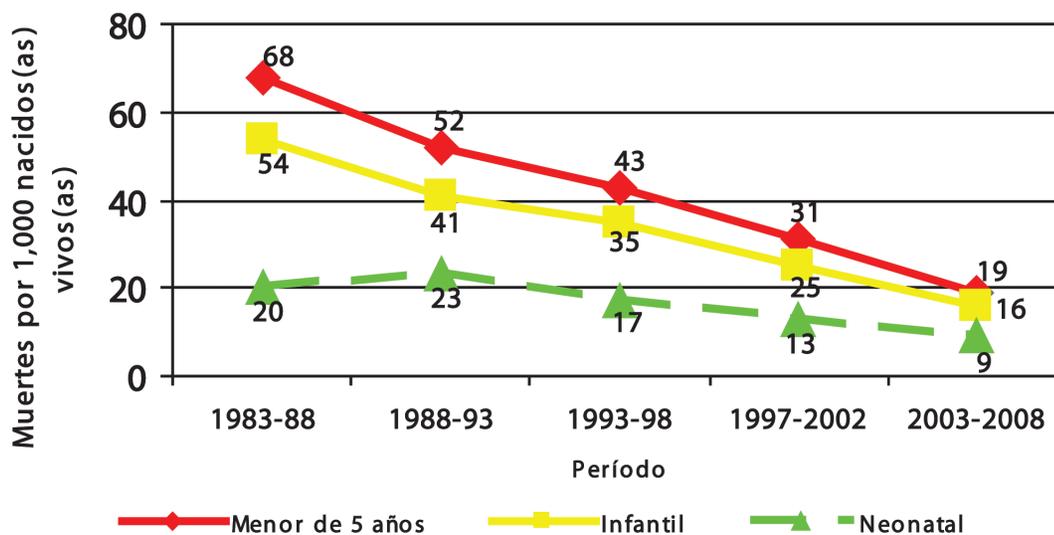
En 2009 el 50% de las muertes maternas fueron en primigestas. El grupo etéreo más afectado fue el de mujeres de 25 a 29 años con la tasa más elevada de mortalidad materna específica por edad, de 6 x 100,000. De acuerdo a la clasificación de riesgo pre-concepcional por edad, las mujeres de 20 a 34 años son de bajo riesgo. En segundo lugar, el grupo de adolescentes de 15 a 19 años con una tasa específica por edad de 5.1 x 100,000, quienes son clasificadas de riesgo alto. El 90% de todas las muertes maternas en 2009 ocurrieron en el nivel socioeconómico bajo.[38]

La cobertura de usuarias activas de métodos de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años fue de 14.3% para el 2009. [39] La tasa global de fecundidad (2005-2010) fue de 2.63, [39] por encima de Barbados y Cuba (1.5) y por debajo de Guatemala (4.3). [1]

Mortalidad infantil y en la niñez

La tasa de mortalidad del menor de cinco años ha descendido 12 puntos a nivel nacional, desde 2002 a 2008, de 31 a 19 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil (niños y niñas menores de 1 año) descendió 9 puntos a nivel nacional en el mismo periodo, alcanzando el valor de 16 por mil nacidos vivos. (Figura 8)

Figura 8. Tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez, según período de referencia de las encuestas FESAL



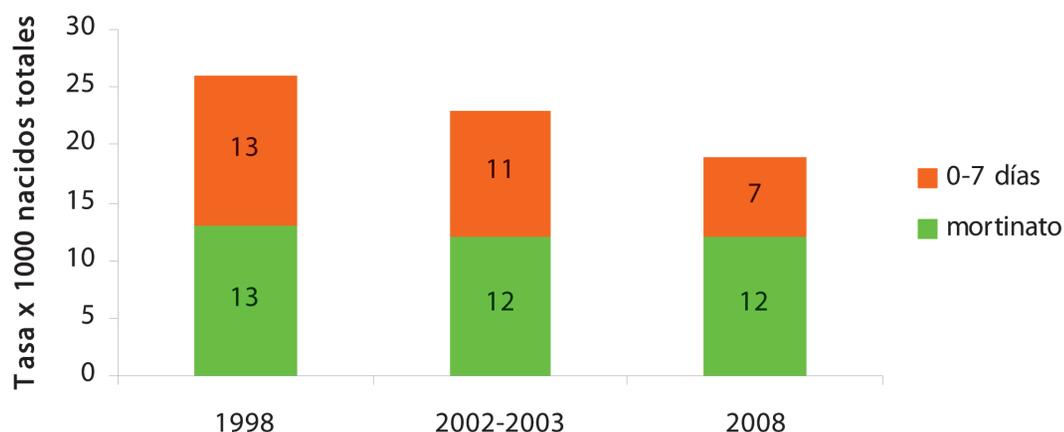
Fuente: FESAL 2008

En gran medida debido a la reducción de la letalidad de enfermedades como la neumonía, la diarrea y el dengue, a través de la implementación por más de una década, de la estrategia AIEPI en todos los establecimientos del primer nivel de atención y sobre todo a nivel comunitario donde los promotores de salud han jugado un papel clave.

La tasa de mortalidad perinatal de El Salvador es de 19 por mil embarazos viables, y son los mortinatos quienes representan el 63% de dicha estimación. La tasa de mortalidad neonatal temprana (0 a 7 días) representa poco más de tres cuartas partes de la tasa de mortalidad neonatal (7 de 9 por mil), lo que significa que la mortalidad neonatal temprana viene a ser el componente más importante de la mortalidad infantil. Según FESAL-98, se observa una reducción de 7 muertes por mil en el período perinatal, pero con una mayor proporción de mortinatos en FESAL 2008, en comparación con FESAL-98 y FESAL-2002/03. El descenso en la mortalidad perinatal se debe principalmente a la reducción de la mortalidad neonatal temprana.

[4]

**Figura 9. Tendencias de las tasas de mortalidad perinatal
FESAL 98- FESAL 2008 El Salvador**



Fuente: FESAL 2008

Con relación a mortalidad neonatal todavía sigue siendo el mayor componente de la mortalidad infantil (56 %), y el 86 % de ella ocurre en la primera semana de vida (mortalidad neonatal temprana). Sin embargo cabe destacar que la implementación de la Estrategia paquete madre bebe ampliada (EPAMBA), desde 1999, ha contribuido a que la tasa de mortalidad neonatal haya bajado del 13 a 9 por mil nacidos en el mismo periodo, lo que representa una mejoría significativa en la supervivencia infantil. Estos logros están relacionados con las mejoras en la atención del parto y en la atención inmediata del recién nacido, mejoras sostenidas en los indicadores de la salud embarazada, el parto intra hospitalario y la capacitación del personal de salud en reanimación neonatal, transporte del recién nacido crítico, prevención de la sepsis y los cuidados del prematuro. (Figura 9)

El análisis del perfil epidemiológico de la mortalidad neonatal en El Salvador muestra como principales causas a las infecciones, las malformaciones congénitas, la prematurez y la asfixia al nacer, sin embargo la mortalidad neonatal no ocurre de manera similar en todas las regiones sanitarias. La tasa de mortalidad neonatal a nivel nacional está por debajo de 10 por mil nacidos vivos, lo que representa que las mejoras en la salud neonatal van a requerir un esfuerzo focalizado en dichos problemas y en las regiones de salud que aportan la mayor carga de mortalidad nacional.

VII. Lineamientos, objetivos, metas, líneas de acción e indicadores

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

Salud sexual y reproductiva

- Establecer un programa intersectorial de educación sexual y prevención del embarazo en adolescentes.
- Garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica.
- Garantizar el derecho a la intimidad y la confidencialidad en los sistemas de registro concerniente a este campo.
- Cualificar técnicamente, acreditar y supervisar a las parteras como personal de apoyo al programa de la mujer, integrarlas al sistema de registro y a la red pública de servicio
- Educación y atención en salud reproductiva pre-concepcional, prenatal, perinatal, postnatal e internatal, lo establecido en la Ley de protección integral a la niñez y adolescencia (LEPINA), en el capítulo II, artículo 21 en donde hace referencia que la salud es un bien público y un derecho fundamental de los niños, niñas y adolescentes. El artículo 22 establece que el estado proveerá el acceso gratuito a los servicios de salud de acuerdo al nivel correspondiente. El Artículo 23 y 24 garantiza la atención de emergencia a todo niño, niña, aquellos por nacer o adolescente o mujer embarazada, y el artículo 25 lista las obligaciones del sistema nacional de salud, el literal a) se refiere a la elaboración y ejecución de la política integral de salud para la atención de la niñez y adolescencia con énfasis en la atención primaria, el combate a la mortalidad materno-infantil, entre otros.

a. Objetivo general

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

b. Metas del Plan al 2014

- Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
- Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
- Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014.

c. Objetivos estratégicos

Objetivo estratégico 1

Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna perinatal-neonatal garantizando el acceso universal a la atención

Se trata de la creación de las condiciones más apropiadas a nivel regional, nacional, municipal, comunitario, familiar y personal para promover la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, asegurando la participación de todos aquellos actores que intervienen en lograr una maternidad y un nacimiento seguro.

Resultado 1

Entornos favorables a nivel de políticas, normas, protocolos, otros documentos regulatorios, compromisos y alianzas regionales, nacionales, locales, intersectoriales para el apoyo constante a la salud de la mujer y el niño/niña, desde la preconcepción, periodo prenatal, parto, puerperio y periodo perinatal, creados, desarrollados y funcionando.

Líneas de acción

- Contar con una Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva con enfoque de género y derechos que incorpore estrategias lineamientos para la RMMPN.
- Abogacía para incorporar la salud de la madres y las y los recién nacidos como un elemento de alta prioridad en los tres poderes del estado, en las políticas de los gobiernos locales (políticas saludables locales) y en todas aquellas instituciones nacionales y locales (políticas intersectoriales) involucradas en las determinantes de la mortalidad materna perinatal y neonatal (MMPN).
- Contar con un anteproyecto de ley de anticonceptivos.
- Abogacía hasta obtener el mayor apoyo de diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales para su incorporación a la implementación del presente Plan.
- Lograr la actualización, homologación e integración del marco regulatorio/normativo y protocolar de la atención de la madre y el recién nacido a ser aplicado en los diferentes niveles de atención de la RIISS y en otras instituciones del sector.
- Contar con información actualizada que posibilite el análisis nacional de la situación de salud de la madre y el recién nacido que permita tomar decisiones basadas en evidencia científica.
- Crear, fortalecer y dar seguimiento a alianzas y a socios internacionales, nacionales y locales en pro de la reducción de la mortalidad materna y peri neonatal.
- Cumplimiento de compromisos internacionales, regionales y nacionales en materia de reducción de la MMPN firmados por el gobierno nacional.
- Lograr acciones coordinadas de la cooperación externa para la asistencia técnica y financiera para la reducción de la MMPN.
- Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.

Resultado 2

Mujeres, familias y comunidades han adquirido conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, haciendo énfasis en la maternidad y nacimiento seguro.

Líneas de acción

- Desarrollar un programa permanente de formación y educación en salud sexual y reproductiva en el ámbito comunitario con énfasis en factores de riesgo de la MMPN, que favorezca la salud de la mujer y del recién nacido(a), estableciendo audiencias de acuerdo a prioridades como mujer, familia, población general y autoridades locales e institucionales; con énfasis en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prácticas de conductas saludables, con enfoque de género, reducción de la violencia contra la mujer, niñez y adolescencia, derechos y responsabilidades.
- En todos los niveles de la RIISS proporcionar consejería a la mujer y su familia al momento del control prenatal, parto y puerperio y con respecto a cuidados del RN.

Objetivo estratégico 2

Brindar atención con calidad y calidez a la mujer y al niño/a en la red integral e integrada de servicios de salud (RIISS) con enfoque de APSI y de promoción de la salud para garantizar una maternidad segura y un nacer seguro.

El acceso universal a la atención integral e integrada con calidad y calidez de la madre, el recién nacido y el niño debe incluir la prestación de una atención con personal calificado. Los servicios deben proporcionar una atención continua y velar por que el acceso a la atención calificada durante el embarazo, el parto y el postparto se extienda durante el primer mes de vida y más allá.

Resultado 1

Red de servicios integrales e integrados en salud (RIISS), desarrollando un conjunto de intervenciones de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación en forma oportuna dirigidas a la reducción de la MMPN, con calidad y calidez.

Líneas de acción

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

- Prevenir el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) del recién nacido en embarazadas con amenaza de parto pre término y trabajo de parto pre término entre 24 semanas y 36 semanas de gestación, con el uso de esteroides antenatales (de acuerdo a lo que establece la normativa vigente).
- Prevenir las complicaciones de la toxemia mediante la aplicación de la primera dosis de sulfato de magnesio (de acuerdo a lo que establece la normativa vigente).
- Prevenir y tratar la transmisión vertical (materna- infantil) de la sífilis congénita y el VIH.
- Programar auditorías del 100% de las muertes maternas y el 10% de muertes infantiles ocurridas cada año.
- Asegurar que toda embarazada tenga un plan de parto garantizando su seguimiento y cumplimiento.
- Incorporar a los hombres y jóvenes adolescentes en los programas de atención en salud a la mujer, el niño y adolescente, fomentando la masculinidad y la paternidad responsable, el cuidado de la mujer embarazada, exhortando a un trato más igualitario de las obligaciones relativas al cuidado infantil.

Resultado 2

Red integral e integrada de Servicios de Salud (RIISS) fortalecida para la atención oportuna y de calidad en la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y niño/a en el periodo neonatal y perinatal.

Líneas de acción

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

- Definición, aplicación, cumplimiento y seguimiento de estándares de calidad a ser aplicados en la RIISS contribuyentes a la RMMPN.
- Ampliar la construcción de hogares de espera materna a nivel nacional.

Resultado 3

Enfoque del continuo de la atención aplicado y visto como una perspectiva holística e integradora para tratar el tema de la salud materna, perinatal y neonatal.

Líneas de acción

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

Resultado 4

Aptitudes, actitudes y competencias de los proveedores de atención de salud se han mejorado. Los proveedores de salud están capacitados en el cuidado esencial de emergencia al recién nacido para evitar la mortalidad y prevenir la morbilidad y discapacidad entre las madres y las y los recién nacidos.

Líneas de acción

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

Resultado 5

La calidad y calidez de la atención hospitalaria se ha mejorado.

Líneas de acción

- Observar una mayor atención a la calidad de los procedimientos en las salas de atención obstétrica, unidades de cuidados neonatales esenciales y de cuidados intensivos.
- Estas dependencias hospitalarias deben centrar su atención en el manejo adecuado de complicaciones obstétricas, tratamiento de la hipertensión, manejo de hemorragias post parto, tratamiento de la asfixia del neonato y la prevención de infecciones (especialmente las infecciones nosocomiales) y aborto séptico.
- Disponer de personal competente, adecuado y con experiencia en la atención al embarazo, parto y recién nacido, el uso de equipos y la administración precisa de medicamentos.
- Mejorar la calidad de la atención durante el tiempo de internamiento de las mujeres púerperas en los hospitales.
- Facilitar las rutas de atención de la embarazada dentro de los hospitales a fin de que ingresen directamente a las salas de trabajo de parto, evitando el paso por los servicios de emergencia.
- Promover y mantener la calidez en la prestación de los servicios maternos, perinatales y neonatales.
- Implementar la supervisión capacitante, el mejoramiento de la infraestructura, las adquisiciones, el mantenimiento del equipo básico, suministros y medicamentos para la atención preventiva, curativa y de emergencia.

- Fortalecer la comunicación interpersonal entre los prestadores de los servicios maternos, perinatales y neonatales, de los diferentes niveles de atención y sus redes de servicios, propiciando el comportamiento de apoyo entre los servicios de salud así como el respeto por los usuarios y usuarias de los servicios materno infantiles.
- Continuar con la aplicación de estándares e indicadores de calidad relacionados con la atención de la embarazada y el recién nacido/a en las 28 maternidades del país.
- Elaboración e implementación de estándares de calidad priorizados para la atención de la embarazada y el recién nacido en la RIISS.

Objetivo estratégico 3

Promover intervenciones a nivel de la comunidad

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

Prácticas saludables que pueden ser promocionadas en la comunidad:

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

Resultado 1

Intervenciones comunitarias dirigidas a la RMMPN realizadas.

Líneas de acción

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

Resultado 2

Movilización social y comunitaria fortalecida.

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

Líneas de acción

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

Resultado 3

Habilidades de comunicación interpersonal en personal de la RIISS (ECOF y ECOE) y comunitarios desarrollados.

Los agentes comunitarios de salud, los voluntarios sanitarios y el personal de los establecimientos de salud pueden transmitir los mensajes clave con eficacia.

Líneas de acción

- Fortalecer las destrezas en comunicación, negociación y mensajes cortos, esenciales y claros en el personal de salud, promotores, parteras tradicionales y voluntarios de la comunidad sobre cambios de conductas en relación a la salud materna, perinatal y neonatal.
- Fomentar el uso de un lenguaje adecuado para las diferentes audiencias, fortaleciendo la consejería.

- Promover estrategias de movilización social y comunitaria para lograr una participación activa de los líderes civiles y religiosos, grupos de mujeres, jóvenes y hombres para promover la adopción de prácticas saludables y satisfacer necesidades específicas como planes de preparación para el parto seguro, redes de transporte y apoyo económico.
- Establecer y fortalecer vínculos efectivos entre la comunidad organizada y el establecimiento de salud.
- Establecer alianzas estratégicas con los medios de comunicación locales y nacionales.

Objetivo estratégico 4

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

Resultado 1

Un sistema de información integrado en la RIISS funcionando utilizado para la toma de decisiones.

Líneas de acción

- Definición del conjunto de indicadores para evaluación de la MMPN en función de obtener en el sistema de información los datos pertinentes incluyendo determinantes de MMPN.
- Construcción de líneas de base que permitan conocer la situación de un evento y proporcionarle seguimiento.
- Mejorar, unificar y estandarizar el sistema de información, registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna perinatal/neonatales en la RIISS y en el sector salud.
- Fortalecimiento del sistema informático perinatal (SIP) en todos los hospitales que cuenten con servicios de atención de parto y recién nacidos.
- Promover el análisis y el uso de datos locales sobre partos ocurridos en la zona, muertes perinatales/neonatales y maternas, para mejorar los servicios con participación de líderes de la comunidad.
- Estimular la realización de investigaciones operativas y actualización de líneas de base.

- A futuro definir indicadores de desempeño del personal de salud para la atención de calidad.
- Abogacía para favorecer la incorporación de variables maternas, neonatales y perinatales en las encuestas nacionales de demografía y salud.

Resultado 2

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

Líneas de acción

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

VIII. Plan operativo anual

A partir de las líneas de acción contenidas en el plan estratégico para la RMMPN el nivel central elaborará un plan operativo anual nacional (PAO) el cual será el insumo para que las diferentes estructuras/establecimientos de la RIISS (SIBASIS, UDS, Hospitales) elaboren anualmente un plan operativo local (PAOL) cuya elaboración será conducido por el nivel central a través de la unidad de SSR, debiendo de realizarse en la segunda quincena de diciembre de cada año.

IX. Monitoreo, supervisión y evaluación

Monitoreo

El monitoreo de la ejecución del PAO se hará de manera permanente (mensual) en los diferentes niveles de la RIISS/SIBASIS, con la participación de los Comités de Apoyo del sistema de vigilancia de la salud materna perinatal de acuerdo a lo

establecido en la Guía técnica para el sistema de vigilancia de la salud materna perinatal y de acuerdo a los estándares de calidad hospitalarios y del primer nivel de atención definidos para la RMMPN.

Supervisión

La supervisión del desempeño del personal se realizará por niveles de complejidad de atención de la RIISS y/o SIBASIS en aquellos municipios que no existan RIISS, considerando las competencias definidas para los diferentes RRHH en los diferentes niveles de atención y las normas, guías y protocolos establecidos.

Evaluación

La evaluación de los avances y resultados se hará de acuerdo a las metas y los indicadores definidos; para ello se tomará como insumos y fuentes de verificación los datos del Sistema de morbi/mortalidad en la Web (SISMOW), las evaluaciones de las regiones sanitarias del Ministerio de Salud y los SIBASI respectivos, los convenios de cooperación interinstitucional, alianzas estratégicas, cooperación técnica, financiera y las encuestas nacionales de salud.

La evaluación local de la ejecución del PAO (SIBASIS/Regiones) será trimestral, semestral y anual; la evaluación nacional se hará semestral y anual en conjunto con los niveles locales, considerando el avance en los resultados propuestos y haciendo los ajustes correspondientes al Plan Operativo Nacional para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal que permitan alcanzar los objetivos/metasp propuestos en el Plan Estratégico.

Las Direcciones regionales de salud podrán definir resultados intermedios que permitan una evaluación más objetiva.

Se realizará una evaluación del PRMPN de medio término (octubre 2012) con la participación de todos los niveles de complejidad, convocada por el nivel central y la participación de otras instituciones del sector salud, quienes presentaran su evaluación a las autoridades del Ministerio de Salud. Luego de la evaluación de medio término se harán los ajustes que sean acordados en plenaria.

El núcleo funcional de planificación, monitoreo, supervisión y evaluación serán los establecimientos pertenecientes a las RIISS y en aquellos municipios que no estén aun conformadas la RIISS, serán los SIBASIS y los establecimientos de su dependencia funcional: Hospitales, UDS, HEM, CRSN.

Tabla 1. Líneas de acción del Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal en El Salvador 2011-2014

<p>Objetivo estratégico 1 Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna perinatal-neonatal garantizando el acceso universal a la atención.</p>	<p>Resultado 1 Entornos favorables a nivel de políticas, normas, protocolos, otros documentos regulatorios, compromisos y alianzas regionales, nacionales, locales, intersectoriales para el apoyo constante a la salud de la mujer y el niño/niña, desde la preconcepción, periodo prenatal, parto, puerperio y periodo perinatal, creados, desarrollados y funcionando.</p>	<p>Resultado 2 Mujeres, familias y comunidades han adquirido conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, haciendo énfasis en la maternidad y nacimiento seguro.</p>
<p>Líneas de acción</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con una Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva con enfoque de género y derechos que incorpore estrategias lineamientos para la RMMPN. • Abogacía para incorporar la salud de la madres y las y los recién nacidos como un elemento de alta prioridad en los tres poderes del estado, en las políticas de los gobiernos locales (políticas saludables locales) y en todas aquellas instituciones nacionales y locales (políticas intersectoriales) involucradas en las determinantes de la mortalidad materna perinatal y neonatal (MMPN). • Contar con un anteproyecto de ley de anti-conceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un programa permanente de formación y educación en salud sexual y reproductiva en el ámbito comunitario con énfasis en factores de riesgo de la MMPN, que favorezca la salud de la mujer y del recién nacido(a), estableciendo audiencias de acuerdo a prioridades como mujer, familia, población general y autoridades locales e institucionales; con énfasis en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prácticas de conductas saludables, con enfoque de género, reducción de la violencia contra la mujer, niñez y adolescencia, derechos y responsabilidades. • En todos los niveles de la RIISS proporcionar consejería a la mujer y su familia al momento del control prenatal, parto y puerperio y con respecto a cuidados del RN.

- Abogacía hasta obtener el mayor apoyo de diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales para su incorporación a la implementación del presente Plan.
- Lograr la actualización, homologación e integración del marco regulatorio/normativo y protocolar de la atención de la madre y el recién nacido a ser aplicado en los diferentes niveles de atención de la RIISS y en otras instituciones del sector.
- Contar con información actualizada que posibilite el análisis nacional de la situación de salud de la madre y el recién nacido que permita tomar decisiones basadas en evidencia científica.
- Crear, fortalecer y dar seguimiento a alianzas y a socios internacionales, nacionales y locales en pro de la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- Cumplimiento de compromisos internacionales, regionales y nacionales en materia de reducción de la MMPN firmados por el gobierno nacional.
- Lograr acciones coordinadas de la cooperación externa para la asistencia técnica y financiera para la reducción de la MMPN.
- Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.

<p>Objetivo estratégico 2 Brindar atención con calidad y calidez a la mujer y al niño/a en la red integral e integrada de servicios de salud (RIISS) con enfoque de APSI y de promoción de la salud para garantizar una maternidad segura y un nacer seguro.</p>	<p>Resultado 1 Red de servicios integrales e integrados en salud (RIISS), desarrollando un conjunto de intervenciones de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación en forma oportuna dirigidas a la reducción de la MMPN, con calidad y calidez.</p>	<p>Resultado 2 Red integral e integrada de Servicios de Salud (RIISS) fortalecida para la atención oportuna en la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y niño/a en el periodo perinatal.</p>	<p>Resultado 3 Enfoque del continuo de la atención aplicado y visto como una perspectiva holística e integradora para tratar el tema de la salud materna, perinatal y neonatal.</p>	<p>Resultado 4 Aptitudes, actitudes y competencias de los proveedores de atención de salud se han mejorado. Los proveedores de salud están capacitados en el cuidado esencial de emergencia al recién nacido para evitar la mortalidad y prevenir la morbilidad y discapacidad entre las madres y las y los recién nacidos.</p>	<p>Resultado 5 La calidad y calidez de la atención hospitalaria se ha mejorado.</p>
<p>Líneas de acción</p>					
<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el cuidado pre-concepcional, control prenatal, post parto y el óptimo espaciamiento inter genésico a través del programa de planificación familiar a fin de asegurar una maternidad segura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir las demoras en la identificación y el manejo de las complicaciones del embarazo y el parto (ruta crítica para la atención de la madre y recién nacido). 	<p>a) Los cuidados desde antes del embarazo hasta el puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la salud de las jóvenes y mujeres en edad fértil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar programas de capacitación y formación con garantía de la calidad para los trabajadores de la salud que cuidan a las madres y a las y los recién nacidos enfatizados en los aspectos de control prenatal, atención esencial a las y los recién nacidos, atención inmediata del recién nacido enfermo, atención posnatal y conocimientos básicos para emergencias obstétricas y neonatales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar una mayor atención a la calidad de los procedimientos en las salas de atención obstétrica, unidades de cuidados neonatales esenciales y de cuidados intensivos. 	

- Garantizar la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de vías urinarias en las embarazadas para la disminución de la prematuridad.
- Garantizar la ingesta de ácido fólico en el período pre-concepcional para la reducción de las malformaciones congénitas del tubo neural.
- Garantizar la ingesta de micronutrientes en el período prenatal y puérperas a fin de reducir la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil, y el bajo peso del recién nacido.

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

- Utilizar el índice de masa corporal (IMC) pre-concepcional, para clasificar el estado nutricional de la mujer en las diferentes etapas de su vida reproductiva.
- Atención de la madre en los períodos prenatales, del parto y posparto así como los cuidados al recién nacido después del parto.
- b) El continuo de los cuidados del hogar al hospital:
 - Promover en la mujer embarazada y su familia que se busque asistencia oportunamente, ligada a una mejora en la calidad de los servicios salud, disponibles a nivel comunitario.
 - c) El continuo de atención de los servicios preventivos a los servicios curativos:

- Fortalecimiento de la estrategia del paquete madre bebé ampliado a nivel hospitalario, así como sus diferentes componentes.
- Fortalecimiento de la estrategia AIEPI, en el componente del recién nacido y sus diferentes niveles de aplicación, la calidad de la atención de salud y los suministros, el manejo de las infecciones, la determinación del bajo peso al nacer y una mejor atención al nacer.

- Estas dependencias hospitalarias deben centrar su atención en el manejo adecuado de complicaciones obstétricas, tratamiento de la hipertensión, manejo de hemorragias post parto, tratamiento de la asfixia del neonato y la prevención de infecciones (especialmente las infecciones nosocomiales) y aborto séptico.

- Disponer de personal competente, adecuado y con experiencia en la atención al embarazo, parto y recién nacido, el uso de equipos y la administración precisa de medicamentos.

- Priorizar el desarrollo eficiente de intervenciones en concordancia con las necesidades locales, comenzando con las intervenciones más factibles y de acuerdo al nivel resolutivo de los servicios para la atención del embarazo, parto y cuidados del recién nacido.

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

- Promover el consumo adecuado de alimentos ricos en hierro, ácido fólico y calcio, así como el suministro de hierro en niñas, adolescentes y mujeres en el periodo pre-concepcional, embarazadas y puérperas.
- Promocionar, fomentar y proteger la lactancia materna exclusiva (de cero a seis meses de edad), como la intervención costo efectiva más importante para mejorar la salud neonatal y de la niñez. Introducir los bancos de leche humana a nivel hospitalario así como la iniciativa de madre canguro para reducir los impactos de la prematurez, el bajo peso al nacer y las infecciones. Así como la alimenta

ción complementaria adecuada y balanceada a partir de los 6 meses de edad.

- Contribuir a prevenir y reducir la reincidencia del embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento de los servicios de salud en áreas especializadas para adolescentes, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con la participación activa de la sociedad civil.
- Promover intervenciones que fomenten el autocuidado en la mujer, para optar de manera libre e informada para el uso de servicios de SSR, evitando prácticas dañinas a su salud, según ciclo de vida.

- Mejorar la calidad de la atención durante el tiempo de internamiento de las mujeres puérperas en los hospitales.
- Facilitar las rutas de atención de la embarazada dentro de los hospitales a fin de que ingresen directamente a las salas de trabajo de parto, evitando el paso por los servicios de emergencia.
- Promover y mantener la calidez en la prestación de los servicios maternos, perinatales y neonatales.

- Implementar la supervisión capacitante, el mejoramiento de la infraestructura, las adquisiciones, el mantenimiento del equipo básico, suministros y medicamentos para la atención preventiva, curativa y de emergencia.
- Fortalecer la comunicación interpersonal entre los prestadores de los servicios maternos, perinatales y neonatales, de los diferentes niveles de atención y sus redes de servicios propiciando el comportamiento de apoyo entre los servicios de salud así como el respeto por los usuarios y usuarias de los servicios materno infantiles.

- Reducir los embarazos no programados o no deseados ampliando los servicios de planificación familiar, promoviendo intervalos entre nacimientos de al menos 24 meses, apoyándose con recursos comunitarios como los promotores de salud en la comunidad y profesionales de la salud.
- Promover el parto institucional.
- Mantener la vigilancia de las enfermedades infecciosas e inmuno prevenibles (rubéola y tétanos neonatal, y hepatitis).
- Prevenir el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) del recién nacido en embarazadas con amenaza de parto pre término y

- Continuar con la aplicación de estándares e indicadores de calidad relacionados con la atención de la embarazada y el recién nacido/a en las 28 maternidades del país.
- Elaboración e implementación de estándares de calidad priorizados para la atención de la embarazada y el recién nacido en la RIISS.

- trabajo de parto pre término entre 24 semanas y 36 semanas de gestación, con el uso de esteroides antenatales (de acuerdo a lo que establece la normativa vigente).
- Prevenir las complicaciones de la toxemia mediante la aplicación de la primera dosis de sulfato de magnesio (de acuerdo a lo que establece la normativa vigente).
 - Prevenir y tratar la transmisión vertical (materna- infantil) de la sífilis congénita y el VIH.

- Programar auditorías del 100% de las muertes maternas y el 10% de muertes infantiles ocurridas cada año.
- Asegurar que toda embarazada tenga un plan de parto garantizando su seguimiento y cumplimiento.
- Incorporar a los hombres y jóvenes adolescentes en los programas de atención en salud a la mujer, el niño y adolescente, fomentando la masculinidad y la paternidad, el cuidado de la mujer embarazada, exhortando a un trato más igualitario de las obligaciones relativas al cuidado infantil.

<p>Objetivo estratégico 3 Promover intervenciones a nivel de la comunidad.</p>	<p>Resultado 1 Intervenciones comunitarias dirigidas a la RMMPN realizadas.</p>	<p>Resultado 2 Movilización social y comunitaria fortalecida.</p>	<p>Resultado 3 Habilidades de comunicación interpersonal en personal de la RIISS (ECOSF y ECOSE) y comunitarios desarrollados.</p>
<p>Líneas de acción</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Promover por parte del MINSAL que los agentes comunitarios (voluntarios, comités, grupos de apoyo y otros) realicen sistemáticamente intervenciones en pro de la RMMPN • Ampliar la estrategia de individuo, mujer, familia y comunidad (IMFC) en áreas prioritizadas con énfasis en la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. • Fortalecimiento del liderazgo de las organizaciones especializadas en la salud materna, perinatal y neonatal tales como las Alianzas por la salud sexual y reproductiva, neonatal y perinatal, sociedades médicas y asociaciones de mujeres. • Facilitar el empoderamiento de las mujeres mediante la participación del hombre al compartir la responsabilidad del cuidado de la salud. • Fortalecer las destrezas en comunicación, negociación y mensajes cortos, esenciales y claros en el personal de salud, promotores, parteras tradicionales y voluntarios de la comunidad sobre cambios de conductas en relación a la salud materna, perinatal y neonatal. • Fomentar el uso de un lenguaje adecuado para las diferentes audiencias, fortaleciendo la consejería. 			

Líneas de acción

- Fortalecer el rol de los promotores de salud, parteras tradicionales y voluntarios comunitarios en la aplicación de estrategias de comunicación y movilización comunitaria que promuevan prácticas saludables y aumenten el uso apropiado de los servicios de salud existentes.
- Contraloría social efectiva con comités locales, actores sociales, comunidades.
- Promover la estrategia de hogares de espera materna con la participación de gobiernos locales, ONG, asociaciones locales, la familia, comunidad e instituciones públicas.
- Fortalecer la estrategia de parto para implementar la atención del parto a nivel institucional, principalmente en las zonas con mayor dificultad de acceso.
- Fomentar la adopción de prácticas saludables, como el acceso al control prenatal, la atención calificada del parto, la lactancia materna inmediata y exclusiva y la búsqueda de atención apropiada para los problemas neonatales.
- Asegurar la protección integral con garantías de derechos a adolescentes embarazadas identificadas con mayor riesgo y vulnerabilidad, prevención del segundo embarazo y orientación a padres adolescentes.
- Fomentar la participación social, fortaleciendo el accionar interinstitucional e intersectorial para el abordaje de problemas: embarazo en adolescentes, violencia de género, derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollar y fortalecer el sistema de referencia y contra referencia con la participación de la comunidad, organizaciones del gobierno local y servicios de salud con énfasis en la implementación del plan de parto, seguimiento del prematuro, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas.
- Promover estrategias de movilización social y comunitaria para lograr una participación activa de los líderes civiles y religiosos, grupos de mujeres, jóvenes y hombres para promover la adopción de prácticas saludables y satisfacer necesidades específicas como planes de preparación para el parto seguro, redes de transporte y apoyo económico.
- Establecer y fortalecer vínculos efectivos entre la comunidad organizada y el establecimiento de salud.
- Establecer alianzas estratégicas con los medios de comunicación locales y nacionales.

Objetivo estratégico 4

Desarrollar y fortalecer los sistemas de monitoreo, supervisión, evaluación y de vigilancia con énfasis en la MMPN.

Resultado 1

Un sistema de información integrado en la RIISS funcionando, utilizado para la toma de decisiones.

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

- Mejorar, unificar y estandarizar el sistema de información, registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna perinatal/neonatales en la RIISS y en el sector salud.
- Fortalecimiento del sistema informático perinatal (SIP) en todos los hospitales que cuenten con servicios de atención de parto y recién nacidos.

- Promover el análisis y el uso de datos locales sobre partos ocurridos en la zona, muertes perinatales/neonatales y maternas, para mejorar los servicios con participación de líderes de la comunidad.
- Estimular la realización de investigaciones operativas y actualización de líneas de base.
- A futuro definir indicadores de desempeño del personal de salud para la atención de calidad.
- Abogacía para favorecer la incorporación de variables maternas, neonatales y perinatales en las encuestas nacionales de demografía y salud.

Resultado 2

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

- Diseño de un sistema único de monitoreo/supervisión y evaluación integral e integrado de las actividades programáticas contempladas en el presente Plan de reducción de la MMPN en relación a condiciones de eficiencia, estándares de calidad, auditorías, desempeño del personal y disponibilidad de recursos.

- Implementar el monitoreo y supervisión de los servicios maternos y perinatales y neonatales en la RIISS aplicando los instrumentos previamente establecidos.

Líneas de acción

XI. Indicadores del Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal en El Salvador 2011-2014

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 1 Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna perinatal-neonatal garantizando el acceso universal a la atención.	Resultado 1 Entornos favorables a nivel de políticas, normas, protocolos, otros documentos regulatorios, compromisos y alianzas regionales, nacionales, locales, intersectoriales para el apoyo constante a la salud de la mujer y el niño/niña, desde la preconcepción, periodo prenatal, parto, puerperio y periodo perinatal, creados, desarrollados y funcionando.	1.1.1 Difusión y socialización del Plan para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal en todas las regiones de salud, SIBASI y otros establecimientos del sector salud. 1.1.2 Disponer de un presupuesto asignado para la ejecución del Plan. 1.1.3 Marco regulatorio actualizado en la atención de la mujer y niño. 1.1.4 Lanzamiento oficial y multisectorial del Plan para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal. 1.1.5 Una alianza nacional para la salud neonatal conformada y funcionando con un plan operativo elaborado y operativizado. 1.1.6 Número establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuentan con acuerdos establecidos de cooperación intersectorial y/o interinstitucional para el apoyo constante a la salud de las madres y recién nacidos.	100% Presupuesto aprobado a partir de 2012 2011 Febrero de 2011 Una alianza 40% al 2012 y 80% al 2014	Regiones de salud Nivel central Nivel central Nivel central Nivel central Regiones y SIBASI

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 1 Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna perinatal-neonatal garantizando el acceso universal a la atención.	Resultado 2 Mujeres, familias y comunidades han adquirido conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, haciendo énfasis en la maternidad y nacimiento seguro.	1.1.7 Una mesa en apoyo a la salud materna, perinatal y neonatal en el marco de CISALUD.	Una	Nivel central
		1.1.8 Un anteproyecto de Ley de lactancia materna presentada a la Ministra de Salud. 1.1.9 Un anteproyecto de Ley de anticonceptivos presentados a la Ministra de Salud 1.1.10 Inventario de las instituciones y organizaciones comprometidas bajo un convenio escrito con las metas del Plan y que trabajan a favor de salud materna, perinatal y neonatal.)	Un anteproyecto Anteproyecto aprobado Listado de instituciones	Viceministerio de Políticas sectoriales Viceministerio de Políticas sectoriales Regiones y SIBASI para convenios locales y nivel central para convenios de ámbito nacional.
Objetivo estratégico 1 Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna perinatal-neonatal garantizando el acceso universal a la atención.	Resultado 2 Mujeres, familias y comunidades han adquirido conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, haciendo énfasis en la maternidad y nacimiento seguro.	1.2.1 Programa de salud sexual y reproductiva que favorezca la salud de la mujer y recién nacidos.	Un Programa	Viceministerio de Servicios de Salud
		1.2.2 Reducción de la tasa específica de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años	De 89 a 85 n. v. x 1000 mujeres de 15 a 19 años (al 2014)	Nivel central
		1.2.3 Número de hombres que participan en actividades educativas en los temas de masculinidad y la paternidad responsable.	Incremento del 10% anual a partir del primer reporte en 2012	Regiones y SIBASI.

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos [42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
		1.2.4 Número de instituciones educativas del sector público y privado que desarrollan programas de educación en salud sexual y reproductiva, dentro de su currícula anual.	Listado de instituciones	Hospitales
		1.2.5 Proporción de neonatos de término y sin complicaciones que inician lactancia materna en la primera hora.	100%	RIISS, SIBASI y Regiones
		1.2.6 Proporción de menores de un año con lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses de edad.	50%	RIISS, SIBASI y Regiones
		1.2.7 Número municipios priorizados en donde se desarrolla la estrategia de empoderamiento del individuo, mujer, familia y comunidad.	15	RIISS, SIBASI y Regiones
		1.2.8 Establecimientos de salud del primer nivel de atención con oferta básica de servicios de planificación familiar según norma.	100%	RIISS, SIBASI y Regiones
		1.2.9 Aumentar la proporción de partos institucionales por personal calificado.	90%	RIISS, SIBASI y Regiones
		1.2.10 Incremento en la proporción de inscripción precoz del neonato.	70%	RIISS, SIBASI y Regiones
		1.2.11 Promotores de salud capacitados en SSR.	100%	RIISS, SIBASI y Regiones

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
<p>Objetivo estratégico 2 Brindar atención con calidad y calidez a la mujer y al niño/a en la red integral e integrada de servicios de salud (RIISS) con enfoque de APSI y de promoción de la salud para garantizar una maternidad segura y un nacer seguro.</p>	<p>Resultado 1 Red de servicios integrales e integrados en salud (RIISS), desarrollando un conjunto de intervenciones de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación en forma oportuna dirigidas a la reducción de la MMPN, con calidad y calidez.</p>	<p>2.1.1 Hospitales cumpliendo los criterios de CONE ampliado al 2014 (24 horas del día)</p> <p>2.1.2 Hospitales cumpliendo los criterios de CONE básicos (24 horas del día)</p>	<p>17 hospitales al 2014</p> <p>11 hospitales</p>	<p>Viceministerio de servicios de salud. Directores de hospitales</p> <p>Viceministerio de servicios de salud. Directores de hospitales</p>
		<p>2.1.3 Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas (0.7% actual a nivel nacional).</p>	<p>No mayor al 1%</p>	<p>Directores de hospitales, jefatura del departamento de obstetricia</p>
		<p>2.1.4 Tasa de letalidad por asfisia en neonatos</p>	<p>No mayor al 12 por 1,000 nv</p>	<p>Dirección de hospitales jefe de pediatría y neonatos</p>

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
		2.1.5 Maternidades disponiendo de incubadoras de transporte y ambulancia las 24 horas del día	100%	Dirección nacional de hospitales
		2.1.6 Maternidades con el equipo básico para reanimación neonatal	100%	Dirección nacional de hospitales
		2.1.7 Servicios de salud disponen de esteroides para maduración pulmonar según norma.	100%	Viceministerio de servicios de salud
		2.1.8 Servicios de salud disponen de progesterona para el manejo de parto prematuro y síndrome aborto	100%	Viceministerio de servicios de salud, Programa ITS/ VIH/ Sida
		2.1.9 Proporción de embarazadas con VIH/ SIDA que reciben asistencia médica y ARV para la prevención de la transmisión vertical (materna- infantil) del VIH.	100%	Viceministerio de servicios de salud,
		2.1.10 Proporción de mujeres embarazadas con pruebas para diagnosticar sífilis (según norma).	100%	Viceministerio de servicios de salud, Programa ITS/ VIH/ Sida
		2.1.11 Proporción de mujeres embarazadas con sífilis que reciben tratamiento correspondiente según norma.	100%	Viceministerio de servicios de salud, Programa ITS/ VIH/ Sida

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
		2.1.12 Proporción de hijos (as) de madres seropositivas al VIH que son negativos a los 18 meses de edad.	100%	Viceministerio de servicios de salud, Programa Nacional de ITS/VIH/Sida
		2.1.13 Maternidades implementando el modelo de la atención post aborto.	100%	Directores de hospitales, jefes de departamento de ginecología y obstetricia.
		2.1.14 Bancos de leche humana implementados.	5 hospitales nacionales	Dirección de hospitales que cuentan con unidad de cuidados intensivos neonatales, jefes de departamento de neonatología
		2.1.15 Iniciativa madre-canguro implementada	5 hospitales nacionales	Directores de hospitales, jefes de departamento de neonatología

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 2 Fortalecer el sistema de salud para la atención pre-concepcional, embarazo, parto, puerperio y neonato.	Resultado 2 Red integral e integrada de Servicios de Salud (RIISS) fortalecida para la atención oportuna en la pre-concepción, embarazo, parto, puerperio y niño/a en el periodo perinatal.	2.2.1 Mujeres en edad fértil que son usuarias activas de métodos de PF. 2.2.2 Cobertura de mujeres embarazadas con 5 controles prenatales. 2.2.3 Cobertura de inscripción precoz de embarazadas. 2.2.4 Cobertura de parto institucional por personal calificado	80% 90% 65% 90%	Regiones y SIBASI hospitales Regiones y SIBASI hospitales Regiones y SIBASI hospitales Regiones y SIBASI hospitales
		2.2.5 Cobertura de mujeres en control postnatal. 2.2.6 Proporción de adolescentes embarazadas en control prenatal.	80% 90%	Regiones y SIBASI hospitales Hospitales, regiones y SIBASI

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos [42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 2 Fortalecer el sistema de salud para la atención pre-concepcional, embarazo, parto, puerperio y neonato.	Resultado 3 Enfoque del continuo de la atención aplicado y visto como una perspectiva holística e integradora para tratar el tema de la salud materna, perinatal y neonatal.	2.2.7 Reducir la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas. 2.2.8 Reducción del porcentaje de RN con bajo peso al nacer.	De 7.5% a 5% al final de 2014 a (Según FESAL 2008) 7%	Hospitales, regiones y SIBASI, Regiones, SIBASIS, hospitales Dirección nacional de hospitales, SIBASIS, regiones Dirección nacional de hospitales, regiones, SIBASI y hospitales. Dirección general de hospitales, regiones, SIBASI y hospitales.
Objetivo estratégico 3 Fortalecer el sistema de salud para la atención pre-concepcional, embarazo, parto, puerperio y neonato.	Resultado 3 Enfoque del continuo de la atención aplicado y visto como una perspectiva holística e integradora para tratar el tema de la salud materna, perinatal y neonatal.	2.3.1 Mujeres en atención pre-concepcional y prenatal reciben sulfato ferroso y ácido fólico según norma. 2.3.2 Establecimientos que brindan atención prenatal y que cuentan con el equipo y los insumos básicos para la atención integral, según detalle del equipo en la norma de atención prenatal. 2.3.3 Establecimientos de salud que atienden partos y que promueven y cumplen el alojamiento conjunto y apego precoz.	100% 100% 90%	Dirección nacional de hospitales, SIBASIS, regiones Dirección nacional de hospitales, regiones, SIBASI y hospitales. Dirección general de hospitales, regiones, SIBASI y hospitales.

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 2 Fortalecer el sistema de salud para la atención pre-concepcional, embarazo, parto, puerperio y neonato.	Resultado 4 Aptitudes, actitudes y competencias de los proveedores de atención de salud se han mejorado. Los proveedores de salud están capacitados en el cuidado esencial de emergencia al recién nacido para evitar la mortalidad y prevenir la morbilidad y discapacidad entre las madres y las y los recién nacidos.	2.3.4 Proporción de neonatos con tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito. 2.3.5 Cobertura de mujeres embarazadas con al menos un control odontológico.	85% 75%	Dirección nacional de hospitales, regiones, SIBASI y hospitales. Dirección de primer nivel de atención, regiones, SIBASI.
		2.4.1 Porcentaje de profesionales capacitados sobre el marco regulatorio actualizado y específico para la atención pre-concepcional, embarazo, parto, puerperio y neonato. 2.4.2 Proporción de profesionales de la salud que reciben capacitación en destrezas y habilidades de los cuidados obstétricos.	80% 80%	Nivel central, regiones, SIBASI, hospitales, jefaturas de gineco-obstetricia, pediatría y neonatología Nivel Central, regiones, SIBASI, y hospitales
		2.4.3 Equipos comunitarios de salud, capacitados en AIEPI neonatal. 2.4.4 Sistema de referencia y retorno implementado en todos los establecimientos de salud.	100% 100%	Nivel Central, regiones, SIBASI Regiones y SIBASI

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 2 Fortalecer el sistema de salud para la atención pre-concepcional, embarazo, parto, puerperio y neonato.	Resultado 5 La calidad y calidez de la atención hospitalaria se ha mejorado.	2.4.5 Porcentaje de personal capacitado en estabilización y transporte del recién nacido crítico y reanimación neonatal. 2.4.6 Porcentaje de profesionales entrenados en la prevención del síndrome de dificultad respiratoria (SDR) del recién nacido, entre 24 semanas y antes de las 35 semanas de gestación, la RIISS.	90% 80%	Regiones, SIBASI, hospitales Regiones, SIBASI, hospitales
		2.5.1 Porcentaje de estándares de calidad del sistema de CONE-PF que son cumplidos. 2.5.2 Usuarías satisfechas con la atención materna, perinatal y neonatal de una muestra del 25% de establecimientos de salud a nivel nacional. 2.5.3 Prestadores de servicios de salud satisfechos con la atención materna, perinatal y neonatal una muestra del 25% de establecimientos de salud a nivel nacional. 2.5.4 Hospitales que cuentan con área diferenciada para la adolescente puérpera.	80% 80% 80% 80%	Nivel Central, regiones, SIBASI, hospitales Regiones, SIBASI y hospitales Regiones, SIBASI y hospitales Hospitales

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos [42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivos estratégicos	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 3 Promover intervenciones a nivel de la comunidad.	Resultado 1 Intervenciones comunitarias dirigidas a la RMMPN realizadas.	3.1.1 Número de ECOS capacitados en diagnóstico comunitario participativo para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal. 3.1.2 Porcentaje de ECOS que cuentan con mapas obstétricos actualizados.	100% 100% de ECOS cuentan con mapas obstétricos actualizados 100% de embarazadas identificadas cuentan con control prenatal según normativa. 100% de embarazadas identificadas cuentan con plan de parto.	Viceministerio de servicios de salud, Regiones y SIBASI Viceministerio de servicios de salud, Regiones y SIBASI
		3.1.3 Municipios con planes de desarrollo municipal que incluye el tema de salud neonatal.	131 municipios (114 alcaldías de la iniciativa Municipio Aprobado Sello UNICEF) (comités de desarrollo local INTERVIDA) (2 alcaldías de Save the Children) (15 alcaldías de Visión Mundial).	Alianza para la salud neonatal
		3.1.4 Promotores/as de salud capacitadas en el componente neonatal del AIEPI comunitario.	100%	Regiones y SIBASI

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos [42].
 Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].
 Reducir la tasa de mortalidad perinatal: De 19 x 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), a 17 por 1,000 nacidos totales (vivos y mortinatos), según datos de FESAL 2014

Objetivos estratégicos	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 3 Apoyar las intervenciones a nivel de la comunidad.	Resultado 2 Movilización social y comunitaria fortalecida.	3.1.5 Personal de salud de las clínicas comunales, empresariales y unidades médicas del ISSS incorporan AIEPI neonatal, NALS y STABLE. 3.1.6 Documento elaborado y operativizado sobre el protocolo de atención del/la menor de 5 años a nivel comunitario (Cuadro de procedimientos del promotor(a) de salud).	100% Un documento	ISSS Nivel Central, Regiones y SIBASI
Objetivo estratégico 3 Apoyar las intervenciones a nivel de la comunidad.	Resultado 3 Habilidades de comunicación interpersonal en personal de la RIISS (ECOSF y ECOSE) y comunitarios desarrollados.	3.2.1 Número de instituciones y organizaciones que participan con liderazgo en el fomento de la salud materna, perinatal y neonatal. 3.2.2 Proporción de promotores de salud capacitados en plan de partos y cuidados básicos del RN. 3.2.3 Municipios que cuentan con redes integradas funcionando en apoyo a la salud materna, perinatal y neonatal. 3.2.4 Hogares de espera materna funcionando por comités de apoyo comunitario.	Listado de instituciones y organizaciones 100% 100% 13 hogares	Regiones y SIBASI Regiones y SIBASI Regiones y SIBASI Regiones y SIBASI
Objetivo estratégico 3 Apoyar las intervenciones a nivel de la comunidad.		3.3.1 Plan de capacitación en comunicación social para fomentar la salud materna, perinatal y neonatal dirigida a profesionales, promotores, parteras tradicionales y voluntarios de la comunidad. 3.3.2 Establecimientos de salud con alianzas estratégicas con los medios de comunicación locales y nacionales.	Un plan por SIBASI Número de establecimientos de salud que desarrollan campañas de comunicación	Regiones y SIBASI Regiones y SIBASI

Metas del Plan al 2014

Reducir la razón de mortalidad materna: De 71.2% x 100,000 nacidos vivos a 52.8 x 100,000 nacidos vivos[42].

Reducir la tasa de mortalidad neonatal: De 9 x 1,000 nacidos vivos a 7.5 por 1,000 nacidos vivos, según datos de FESAL 2014 [4].

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

Objetivo estratégico	Resultado	Indicadores	Meta	Responsable
Objetivo estratégico 4 Desarrollar y fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación	Resultado 1 Un sistema de información integrado en la RIISS funcionando, utilizado para la toma de decisiones	4.1.1 Hospitales que utilizan el sistema informático perinatal (SIP) y SIP aborto. 4.1.2 Regiones cuentan con comité de vigilancia de la mortalidad materna perinatal/neonatal. 4.1.3 Hospitales que cuentan con servicio de maternidad y neonatología, aplican los 21 estándares de mejora continua de la calidad.	100% 100% 100%	Directores de hospitales Regiones, SIBASI y hospitales Directores de hospitales
Objetivo estratégico 4 Desarrollar y fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación	Resultado 2 Un sistema de monitoreo/supervisión y evaluación integrado en la RIISS estructurado y funcionando.	4.1.4 Una investigación prospectiva sobre la etiología de los mortinatos. 4.1.5 Auditorías en los casos de asfixia perinatal. 4.1.6 Muertes maternas auditadas. 4.1.7 Morbidades obstétricas extremas auditadas.	Una publicación 80% 100% 100%	Nivel central y Alianza por la salud neonatal Regiones, SIBASI y hospitales Regiones, SIBASI y hospitales Regiones, SIBASI y hospitales
Objetivo estratégico 4 Desarrollar y fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación	Resultado 2 Un sistema de monitoreo/supervisión y evaluación integrado en la RIISS.	4.2.1 Sistema de monitoreo/supervisión y evaluación integrado en la RIISS.	Uno	Nivel Central



XII. Cronograma

Actividades	2011	2012	2013	2014
Lanzamiento oficial del Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal en El Salvador				
Difusión del Plan y elaboración de planes operativos locales, SIBASI y regionales				
Asistencia técnica y financiera para la ejecución del Plan				
Evaluaciones trimestrales y semestrales				
Evaluación de medio término				
Ajustes en líneas de acción del Plan				
Evaluaciones anuales				
Evaluación al final del periodo e informe de alcances y limitantes				

XIII. Definiciones

Cuidado pre-concepcional: se refiere al conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

- Es una consulta brindada, por el equipo de salud, a una mujer (o a una mujer y su pareja), previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.
- Durante esta consulta se comunicará y educará a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Las actividades recomendadas serán aplicadas según factores de riesgo.
- El postparto inmediato es un momento apropiado para desarrollar actividades que contribuyan a que un próximo embarazo se produzca en mejores condiciones y podría ser el momento oportuno para realizar interconsultas con otros especialistas y adquirir hábitos saludables.

Muerte materna: es la defunción de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales (OMS 1995).

Periodo perinatal: La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) estableció definitivamente que el período perinatal comienza cuando se completa la 22^a semana de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y finaliza cuando se completan los siete días posteriores al nacimiento. La tasa de mortalidad perinatal se construye sumando el número de muertes fetales tardías más número de defunciones de menores de siete días, relacionándolas con la suma de las muertes fetales tardías y el número de nacidos vivos. Según la escuela de CDC, el denominador son los embarazos viables y no los nacimientos vivos.

Mortalidad neonatal (<28 días): relacionada íntimamente con la salud de la madre y atención perinatal. Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos.

Mortinato: Son las muertes fetales tardías o “mortinatos” aquéllas que se producen a partir de la 22ª semana de gestación.

Mortalidad postneonatal son las muertes que ocurren a partir de los 28 días y 11 meses de edad.

Personal calificado: se entiende exclusivamente las personas con cualificaciones para atender un parto (médicos, enfermeras), adecuadamente formadas para prestar la debida atención durante el embarazo y el parto. Los asistentes calificados deben poder atender a la parturienta durante la dilatación y el parto normal, reconocer la aparición de complicaciones, realizar las intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar el envío de la madre y el bebé cuando sean precisas intervenciones que están más allá de su competencia o no son posibles en las instalaciones. (Definición tomada de *Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial*, Ginebra, 1999).

XIV. Anexos

Anexo 1

Listado de recursos humanos, equipo e insumos para control prenatal en primer nivel de atención dentro del enfoque integral a la mujer

Recursos humanos

Médico General capacitado
 Lic. en Atención Materno Infantil capacitada
 Lic. en Enfermería capacitada
 Enfermera graduada capacitada
 Auxiliar de enfermería capacitada
 Odontólogo
 Técnico o Lic. en laboratorio clínico (si hay laboratorio)
 Motorista donde hay ambulancia

Equipo

Báscula de plataforma con Tallímetro
 Doppler Fetal
 Estetoscopio de mercurio tipo pedestal
 Estetoscopio de adultos (Con campana)
 Lámpara de cuello de ganso
 Lámpara de mano
 Set de Oto-Oftalmoscopio
 Esterilizador de calor seco
 Equipo de atención de parto precipitado

Instrumental

Juego de inserción de DIU
 Espéculos Vaginales pequeños, medianos y grandes
 Modelo Dildo
 Pinza de transferencia
 Tijera recta
 Canapé con respaldo
 Equipo de pequeña cirugía (pueden ser dos por establecimiento)
 Frascos portatorundas
 Gabinete para guardar equipo e insumos

CONSULTORIO

Insumos

Cinta obstétrica	Gestograma
Espátulas de Ayre	Láminas y laminillas
Caja transportadora de citologías	Curaciones y torundas
Acido Acético	Fijador
Jalea lubricante	Termómetros
Pruebas rápidas de laboratorio (proteínuria, nitritos, leucocitos)	Prueba rápida de embarazo
Agujas	Hilos para sutura de desgarros
Sueros	Descartables con venoclisis
Guantes quirúrgicos y no quirúrgicos	Sonda vesical
Sulfato de magnesio	Gluconato de calcio
Anestesia local	Jeringas

Papelería

Hoja clínica perinatal	Hojas de registro
Hojas de reporte de laboratorio y citología	Tripticos o dipticos educacionales (IEC)
Hojas de referencia y retorno	Afiches y rotafolios de IEC

**Listado de equipo y recursos humanos para atención integral a la mujer
(Unidades complejas y segundo nivel de atención)**

Recursos humanos	
Médico ginecólogo Médico residente de Ginecología y Obstetricia Médico general capacitado en atención Obstétrica-Neonatal Lic. en Enfermería capacitada Enfermera capacitada en atención Obstétrica-Neonatal Auxiliar de enfermería capacitada Pediatra y/o Neonatólogo Anestesiista Médico internista Odontólogo Técnico en Rx Ultrasonografista disponible de preferencia las 24 horas Criocirugía y LEEP Lic. o Técnico en laboratorio clínico disponible las 24 horas Técnico en arsenal disponible las 24 horas Motorista disponible las 24 horas	
Equipo	Instrumental
Báscula de plataforma con Tallímetro Doppler Fetal Estetoscopio de mercurio tipo pedestal Estetoscopio de adultos (Con campana) Lámpara de cuello de ganso Lámpara de mano Set de Oto-Oftalmoscopio Equipo para criocirugía Colposcopio (En clínicas determinadas) Camillas de transporte de pacientes Atriles portasueros Esterilizadores Mesa mayo Riñoneras	Juego de inserción de DIU Espéculos Vaginales pequeños, medianos y grandes Modelo Dildo Pinza de transferencia Tijera recta 2 pinza anillo (Curva y recta) Mesa ginecológica Equipo de pequeña cirugía (pueden ser dos por establecimiento) Frascos portatorundas, compresas Equipo para bloqueo anestésico paracervical Equipo electrodiatérmico para cono por asa de LEEP Silla de ruedas Autoclaves Gabinete para guardar equipo e insumos
Insumos	
Cinta obstétrica Espátulas de Ayre Caja transportadora de citologías Acido Acético Pruebas rápidas de laboratorio (proteinuria, nitritos, leucocitos) Termómetros Pruebas de laboratorio TPT, T y V de P, Típo, Rh, Sueros Guantes quirúrgicos y no quirúrgicos Anestesia local Sulfato de magnesio Jeringas	Gestograma Láminas y laminillas Curaciones y torundas Spray Prueba rápida de embarazo Agujas e hilos para sutura de desgarros Bacteriología Descartables con venoclisis Sonda vesical Equipo de reanimación Gluconato de calcio Equipo de atención de parto
Papelería	
Hoja clínica perinatal Hojas de reporte de laboratorio y citología (IEC) Hojas de referencia y retorno Hoja de reporte para crío o cono por asa	Hojas de registro Trípticos o dípticos educacionales Afiches y rotafolios de IEC

Atención quirúrgica

EQUIPO		
SALA DE PARTOS	Bomba de infusión para adultos Lámpara para sala de partos Lámpara de mano Laringoscopio completo Negatoscopio de 1 cuerpo Reloj de Tiempo Transcurrido	Equipo para atención del trabajo de parto normal y complicado.
SALA DE PARTOS Y DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	EQUIPO BÁSICO PARA RECIÉN NACIDO Aspirador de secreciones neonatal Báscula para recién nacidos Bomba de infusión pediátrica Campana cefálica Detector de latido fetal por ultrasonido Estetoscopio pediátrico/neonatal Laringoscopio neonatal Resucitador manual neonatal Esfigmomanómetro pediátrico con Brazaletes de diferente tamaño. Incubadora de transporte neonatal Unidad de calor radiante Pera para aspirar secreciones Clamp Umbilical Tubo endotraqueal 3.5 Tubo endotraqueal 3.0 Tubo endotraqueal 2.0 Tubo endotraqueal 2.5	Equipo para atención del recién nacido normal y complicado, durante el parto, en el área de reanimación y afiliación
QUIRÓFANO GINECO-OBSTETRICIA	Espéculos Vaginales pequeños, medianos y grandes Histerometro Modelo Dildo Pinzas Allys Pinza de anillo Pinzas de Campo Pinza de disección con garras Pinza de disección sin garras Pinza de anillo Pinza tenáculo Pinzas Babcock Pinzas de Campo Pinzas Kelly Pinzas Kocher rectas o curvas Pinzas mosquitos curva, 5 pulgadas Retractores Army Retractores Richardson, pequeño Porta agujas Mayo-Hegar 1 Tijera Mayo curva, 6.75 pulg 1 Tijera Mayo recta, 6.75 pulg 1 Tijera Metzenbaum, 7 pulg 1 Tijera Lister de 17 cm 1 Valva de peso Sonda metálica Vasija arriñonada Vasijas para yodo de acero inoxidable Dilatadores uterinos tamaño 13 - 27 cm	Equipo para realizar procedimientos obstétricos en áreas de quirófanos

Equipo de Legrado 11 piezas.

- 1 Charola Mayo.
- 2 Pinzas Forester recta 24 cm.
- 2 Pinzas Forester curva 24 cm.
- 1 Pinza Uterina (Bozeman) curva 25 cm.
- 1 Pinza Possi de 25 cm.
- 1 Histerómetro.
- 1 Espejo Vaginal.
- 1 Legra Uterina # 3 Cortante.
- 1 Legra Uterina # 4 Cortante.
- 1 juego dilatadores de Hegar

Equipo de legrado por AMEU

- 1 Jeringa de aspiración al vacío (Válvula Simple y doble)
- 1 Tubo de lubricante de Silicona
- 1 Adaptadores de varios tamaños
- 1 cánula flexible de 4 a 12 mm

Equipo de Cesarea 45 piezas

- 2 Canula de Yankahuer Acero Inox.
- 1 Charola Mayo
- 2 Mango de Bisturí # 4
- 6 Pinza de Campo de 13 cm.
- 1 Pinza de Diseccion C-D 14 cm.
- 8 Pinza Kelly Curva 14 cm.
- 6 Pinza Rochester Pean Curva 20 cm.
- 1 Pinza de Disección S-D 14 cm.
- 2 Pinza Forester Recta 24 cm.
- 2 Pinza Forester Curva 24 cm.
- 6 Pinza Allys de 15 cm.
- 3 Pinza Rochester Pean Curva 14 cm.
- 2 Porta Agujas Mayo Hegar 18 cm.
- 1 Tijera Metzbaum Curva 23 cm.
- 1 Tijera Mayo Recta 17 cm.
- 1 Tijera Mayo Curva 17 cm.

Equipo de Parto 13 piezas.

- 3 Amniótomos
- 1 Pinza Forester recta 24 cm.
- 1 Porta Agujas de 20 cm.
- 2 Pinza Rochester Pean curva 20 cm.
- 1 Tijera Mayo curva 17 cm.
- 1 Pinza de Disección s-d 14 cm.
- 3 Pinza Kelly recta 14 cm.
- 1 Cánula de Yankahuer Acero Inox.

Equipo de Esterilización quirúrgica 33 piezas

- 1 Charola de Acero Inox
- 2 Riñón de Acero Inox.
- 6 Pinza de Campo de 13 cm.
- 6 Pinza Rankin Crille curva 16 cm.
- 4 Pinza Allys de 25 cm.
- 3 Pinza Babcock 23 cm.
- 2 Porta Agujas Mayo Hegar 18 cm.
- 2 Pinza Forester recta 24 cm.
- 1 Mango de Bisturí # 4
- 2 Separador de Farabeuf de 15 cm.
- 1 Cánula de Yankahuer Acero Inox.
- 1 Pinza de Disección s-d 20 cm.
- 1 Pinza de Disección c-d 20 cm.
- 1 Mango de Bisturí # 3

Equipo de Retiro Puntos 8 piezas.

- 1 Mango de Bisturí # 4
- 1 Pinza de Disección c-d 14 cm.
- 1 Pinza de Disección s-d 14 cm.
- 2 Pinza Kelly curva 14 cm.
- 1 Tijera Litahuer 14 cm.
- 1 Riñón de Acero Inox.
- 1 Hoja de Bisturí

Equipo Para Histerectomía 69 piezas

1 Charola Mayo
 3 Pinza Forester recta 18 cm.
 3 Pinza Forester curva 18 cm.
 24 Pinza de Campo (Backhaus) 9 cm.
 10 Pinza Kelly curva 14 cm.
 4 Pinza Allys 15 cm.
 6 Pinza Richester Pean curva 18 cm.
 5 Pinza Rochester Osner recta 16 cm.
 4 Pinza Heany de un Diente 21-23 cm.
 1 Pinza Possi 24 cm.
 2 Pinza Babcock de 16 cm.
 2 Pinza Babcock de 20 cm.
 2 Jgo. Separador de Farabeuf 12 cm.
 1 Jgo. Richarson Eastman
 1 Pinza de Diseccion s-d 20 cm.

Equipo de Curación 6 piezas.

1 Pinza Crible curva 14 cm.
 1 Pinza de Disección c-d 14 cm.
 1 Pinza de Disección s-d 14 cm.
 1 Pinza Adson s-d
 1 Tijera Mayo recta 14 cm.
 1 Tijera Metzembraum curva 14 cm.

Set de Sutura 5 piezas.

1 Pinza de Disección c-d 14 cm.
 1 Pinza de Disección s-d 14 cm.
 1 Pinza Kelly recta 14 cm.
 1 Pinza Kelly curva 14 cm.
 1 Porta Agujas Mayo 14 cm.

Equipo Vasectomía con Bisturí, 28 piezas.

1 Charola Mayo
 4 Pinza de Campo 13 cm.
 4 Pinza Mosquito recta 12 cm.
 4 Pinza Mosquito curva 12 cm.
 1 Tijera Metzembraum curva 14 cm.
 1 Tijera Mayo recta 14 cm.
 1 Tijera Wescot recta
 2 Pinza Crible curva 14 cm
 2 Porta Agujas Mayo Hegar 14 cm.
 1 Pinza Forester recta 18 cm.
 1 Riñón de Acero Inox.
 1 Pinza Adson c-d
 1 Mango de Bisturí # 3
 2 Jgo. Separador Farabeuf 12 cm.
 2 Pinza Kelly curva 14 m.

Set de Vasectomía Sin Bisturí 3 piezas.

1 Pinza Mosquito Extrafina curva
 1 Tijera Iris
 1 Pinza Dr. Lee.

Anexo 2

Documentos regulatorios para la atención de la mujer

- Norma Nacional de Atención Integral en salud a la Mujer
- Guías Clínicas de Atención del Embarazo, parto, puerperio y recién nacido y de las principales morbilidades obstétricas y ginecológicas.
- Guía Técnica de Atención en Planificación familiar
- Guía Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Mama.
- Guía Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix.
- Guía manejo y control del cáncer invasivo de mama.
- Guía clínica de Atención del Climaterio y Menopausia

Documentos regulatorios para la atención del neonato:

- Norma del programa nacional de atención integral en salud a la niñez
- Protocolos para la atención hospitalaria del neonato
- Programa de seguimiento del prematuro menor de 2,000 gramos
- Protocolo para la atención del menor de 5 años a nivel comunitario
- Guía de atención del menor de 5 años en los establecimientos de salud del primer nivel

XV. Bibliografía

1. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Salud Materna y Neonatal, 2009
2. FMI BMy. *Global Monitoring Report: The Millennium Development Goals: From Consensus to Momentum*. 2005
3. Neonatal Gdtirplrdlmym. Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y El Caribe. Un consenso estratégico interagencial, 2007
4. ADS. Encuesta de Salud Familiar. 2008
5. Mundial B. Education and Development. Washington DC, 2002
6. Elizabeth Lule GNVR, Nandini Ooman, Joanne Epp, dale Huntington and James E. Rosen. Achieving the Millennium development Gola of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges, 2005
7. Humanos OdACdINUpID. Convención sobre los derechos del niño. Artículo 24. Ginebra, 1989
8. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N and de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005;365:977-88
9. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA and Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71
10. Bhutta ZA, Ali S, Cousens S, et al. Alma-Ata: Rebirth and Revision 6 Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet* 2008;372:972-89
11. PNUD PdINUpED. Human Development Report. Overcoming barriers: Human mobility and developmet, 2009
12. ILO Ilo. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979
13. OMS. Conferencia internacional sobre maternidad sin riesgo. 1987
14. UNICEF. Informe del Secretario General de las Naciones Unidas, “Nosotros los niños y las niñas” y “Un análisis estadístico: Progreso desde la Cumbre Mundial en favor de la Infancia”, 2001
15. PNUD PdINUpED. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Resumen del programa de acción, 1995
16. ONU. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer 1995
17. Salvador SdNUE. Trayectorias hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador. Cuadernos sobre desarrollo humano. 2007
18. Salvadoreña AD. Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe resumido-FESAL 2008, 2009
19. MSPAS. III Evaluación del Paquete Madre Bebe Ampliado. 2009
20. Pública Smds. Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna. 2009
21. MSPAS. Construyendo la Esperanza, estrategias y recomendaciones en salud, 2009
22. PAHO. XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana Washington D.C. EUA, 2002
23. OPS. Situación de la salud en las Américas: Indicadores básicos 2004. Washington DC: PAHO, 2004
24. OMS. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimate. Ginebra: WHO, 2006
25. Stanton C LJ, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006
26. (GATA) OPdISGatA. Informe de la cuarta reunión. Washington DC: PAHO, 2004
27. Lawn JE W-KK, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006
28. OPS. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): Contribución al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washigton DC: PAHO, 2003
29. OPS. Situación de la mortalidad infantil en las Américas, 1990-2002: Monitoreando el progreso hacia los ODM. Boletín epidemiológico, 2004
30. Children St. State of the world’s newborns. Washington DC: Save the Children, 2001
31. Darmstadt GL LJ, Costello A. Advancing the state of the world’s newborns. *Bull World Health Organ* 2003
32. PAHO. Base de datos de indicadores básicos: Área de análisis de salud y sistemas de información (AIS). Washington DC: PAHO, 2005
33. DIGESTYC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Cifras oficiales, 2008
34. MSPAS. Datos estadísticos de mortalidad materna, 2010
35. Rowbottom S. Giving girls today and tomorrow. Breaking the cycle of adolescent pregnancy. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2007:2
36. MSPAS. Vigilancia de las muertes maternas. Unidad de la Mujer 2007-2009, 2009
37. MSPAS. Guía de Salud Materno Perinatal 2009
38. MSPAS. Estudio LBMM 2005-2006, Programa Prevención Mortalidad Materna, y Unidad de Atención a la Mujer, años 2006 al 2009. , 2008
39. MSPAS. Variables e indicadores. Enero-Diciembre de 2008, 2008
40. OMS. Conferencia Internacional Maternidad Sin Riesgos. Nairobi, 1987
41. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: WHO, 2003
42. MSPAS. Sistema de vigilancia epidemiológica y estudios de mortalidad materna. 2009