

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA



**MORTALIDAD DEL MENOR DE UN AÑO EN EL MODELO DE GESTION
DESCENTRALIZADO MADRE FELIZ (MAFE) DE LA RED DE SALUD DE
TAULABE, COMAYAGUA AÑO 2012**

PRESENTADO POR

SILVIA LIZZETH PALADA AVILA

PREVIA OPCION AL TITULO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

MSc. ASTARTE ALEGRIA CASTELLANOS

TEGUCIGALPA, M.D.C. AGOSTO, 2018 HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTOR

Dr. FRANCISCO JOSE HERRERA ALVARADO

VICE RECTORIA ACADEMICA

MSc. BELINDA FLORES

VICE RECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Abg. AYAX IRIAS COELLO

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTOR DE INVESTIGACION

Dr. SANTIAGO JAIME RUIZ ALVAREZ

DIRECTOR DE POSGRADO

Dr. ARMANDO EUCEDA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

SECRETARIA ACADEMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dra. BETTY YAMILETH AVILA ALVARADO

COORDINADOR GENERAL DE POSGRADO FACULTAD DE CIENCIAS

MÉDICAS

Dr. ARNALDO ZELAYA

COORDINADORA ACADEMICA DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

Msc. MARTHA ISABEL FONSECA GODOY

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.	OBJETIVOS.....	7
2.	MARCO TEORICO.....	9
2.1	MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO A NIVEL MUNDIAL, AMÉRICA LATINA Y HONDURAS.....	9
2.1.1	Principales causas de mortalidad infantil.....	16
2.1.2	Determinantes ambientales relacionados a la mortalidad infantil.....	20
2.1.3	Determinantes biológicos de la mortalidad infantil.....	21
2.1.4	Determinantes socioeconómicos y del comportamiento.....	24
2.1.5	Determinantes de los servicios de salud pública.....	27
3	REFORMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: LA DESCENTRALIZACION.....	28
3.1	La experiencia de descentralización en salud en América Latina.....	29
3.2	La descentralización en Honduras.....	32
3.2.1	Separación de Funciones.....	34
3.2.2	Gestión de la Provisión de Servicios.....	37
3.2.3	Componente de atención / provisión de servicios de salud.....	37
3.2.4	Derecho a la salud como enfoque de la reforma en salud.....	41
4	EXPERIENCIAS DE DESCENTRALIZACION DE SALUD EN HONDURAS.....	43
4.1.1	Sistema de Salud de Honduras.....	45
4.1.2	Modelo Descentralizado Madre Feliz (MAFE).....	49
5	METODOLOGIA.....	57
6	RESULTADOS.....	60
7	ANALISIS DE RESULTADOS.....	110
8	CONCLUSIONES.....	124
9	RECOMENDACIONES.....	128
10	BIBLIOGRAFÍA.....	131

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis lo dedico en primer lugar:

Al Todo Poderoso

Padre Celestial le doy gracias por darme la fuerza, sabiduría y valentía de culminar una más de mis metas anheladas, este camino no ha sido fácil pero sin su ayuda nada de esto hubiese sido posible.

A mis hijos

Héctor Amílcar Escobar Palada y Homer Jared Mejía Palada por su comprensión y paciencia en el tiempo que me tomo culminar este proyecto, siendo ustedes mi motor de fuerza para salir adelante y lograr mis metas. Todo mi amor será por siempre con ustedes hijos.

A mi madre

Hortencia Avila Pérez, por su apoyo en mis decisiones, sus consejos, preocupaciones por demostrarme que cuando se quiere se puede, gracias madre por ser mi mejor inspiración cada día, infinito amor para usted madre.

Mi hermana

Marllory Elizabeth Palada Avila, por apoyarme en mis decisiones y motivarme a continuar superándome mi amor está contigo siempre.

Mi pareja

A William Alejandro Gonzales Velásquez, quien durante mis tutorías estuvo conmigo siempre, por todos los días que dejo su trabajo para trasladarme y apoyarme a culminar esta meta, mi amor y agradecimiento será para usted siempre.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial a la Secretaria de Salud de Honduras por darme la oportunidad como alumna becaria en cursar la Maestría en Salud Publica.

A la Región Departamental de Salud No 3 de Comayagua, en especial al Dr. José Rafael Maradiaga por elegirme como candidata para optar a la maestría

Al POSAP por la oportunidad de llegar a sus instalaciones y culminar mi plan de estudios, a las y los docentes de esta digna institución por cada aportación, dedicación, enseñanza y apoyo en la elaboración de mi tesis.

A mi tutora Msc. Astarte Alegría, por su apoyo incondicional, su paciencia, aporte de conocimientos, orientación profesional siendo una guía en el proceso de elaboración de tesis, con respeto y admiración considerándola un ejemplo a seguir.

Al Dr. Eduardo Fernández Cerna y Dra. Nora Rodriguez, por su aporte de conocimientos en la elaboración de mi tesis, mi gratitud siempre.

A mi familia en especial Tía Romelia Avila Pérez, Martha Lilian Jacinto, por sus atenciones, hospitalidad y paciencia durante mis años de estudio, cariño incondicional para ustedes.

A las autoridades del modelo descentralizado de salud MAFE

Sr. Dagoberto Cortes, Dr. Robín Orlando García, Dra. Nieves Neudali Vasquez, por facilitarme permisos, documentos necesarios y sus aportaciones en mi trabajo de tesis, promotores de salud por el apoyo en las respuestas del cuestionario aplicado mis compañeros y compañeras por su paciencia durante mi ausencia.

Mis compañeras de viaje y amigas

Licda. Diana Isabel Funez y Norma Araseli Martínez, por compartir esfuerzos juntas que ahora se convierten en triunfo para mí. Con cariño deseo éxitos en su vida profesional

.A la Sra Blanca Lidia Cantor gracias por cuidar de mis hijos, mientras alcanzaba este logro, siempre será una persona especial por ese apoyo, mi gratitud y cariño siempre.

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil es un indicador que refleja el nivel de desarrollo económico y social que tiene un país, de igual manera, es un fenómeno que manifiesta una insatisfacción de las necesidades básicas en lo que respecta a salud materno-infantil, alimentación, educación y precariedad en las condiciones de vida y del inmediato entorno ambiental. Es un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la salud gratuita, en otras palabras, a mayor pobreza o menor calidad de servicios de salud mayor índice de mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad infantil se mide básicamente en niños de 0 a 12 meses, considerado ese rango de edad el más crítico en la supervivencia del ser humano. Los resultados en la encuesta nacional de salud materna Infantil (2008-2009) en Guatemala, demuestran una asociación directa entre la tasa de mortalidad infantil y los niños de madres indígenas, que viven en el área rural y en los hijos e hijas de madres con menor escolaridad y menor nivel económico. También se observa mayor probabilidad de morir en niños de madres en edades muy jóvenes o avanzadas, de alta paridad (frecuencia de partos) y con intervalos cortos entre cada embarazo. En el mundo todos los días fallecen aproximadamente 29,000 niños y niñas menores de cinco años, el 40% de estas muertes ocurre en menores de 28 días de vida. La tasa de mortalidad de la niñez puede utilizarse para reflejar tanto las tasas de mortalidad infantil

como la mortalidad de uno a cuatro años. Esto tiene ciertas ventajas, ya que el uso exclusivo de la tasa de mortalidad infantil puede distraer la atención de una alta tasa de mortalidad total de la niñez. Los problemas de malnutrición, en particular, pueden perder la atención como factor causal, especialmente en aquellos países donde el niño o la niña son más vulnerables a la malnutrición en su segundo año de vida. En países con condiciones de salud muy pobres como Haití la tasa de mortalidad infantil es mayor de 100 x 1000 nacidos vivos, en países altamente desarrollados algunos de ellos Suecia, Singapur la tasa de mortalidad es de 2 x 1000 nacidos vivos. Una tasa de la niñez elevada refleja condiciones perinatales no saludables para las madres y los efectos de factores ambientales adversos en los primeros años de la niñez.

Honduras ha logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad en la niñez. Según el Tercer Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio entre los quinquenios de 1991-1996 se tenía una tasa de mortalidad de 48 por 1000 nacidos vivos, mientras que para el 2001-2006, la mortalidad en ese grupo de edad fue de 30 por 1000 nacidos vivos, se redujo a 18 puntos porcentuales a un promedio anual de 1.2 puntos porcentuales (p.p.) Igual ha ocurrido con la tasa de mortalidad infantil que experimentó durante los mismos periodos una reducción de 12 puntos porcentuales a un promedio anual de 0.8 p.p.

En 2002 el Gobierno de la República orienta la gestión gubernamental en función de programas de largo plazo bajo un enfoque sectorial y no de

proyectos. El marco de actuación se encuentra descrito en varios documentos: Políticas del Sector Salud 2002-2006; Plan de Gobierno 2002-2006; Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP) y el Plan Estratégico del Sector Salud de Honduras a 2021, en congruencia con las Metas del Milenio (ODM), unos de los objetivos principales de UNICEF es la reducción de la mortalidad infantil, para el 2015 en alianza con los gobiernos, la OMS y otras entidades tiene por objetivo ampliar la escala de intervenciones de salud y nutrición con eficacia demostrada de gran impacto en la reducción de muertes neonatales y de niños y niñas de corta edad.

La Política Nacional de la Mujer constituye a su vez un instrumento de soporte para la definición de las líneas de acción de la Política de Salud Materno Infantil. La participación de la sociedad y los procesos de descentralización y departamentalización en los que el país está inmerso, constituyen elementos críticos de éxito que garantizan la efectividad de las intervenciones planteadas para lograr los objetivos propuestos.

La Región Departamental de Salud No 3 de Comayagua, es una de las 20 regiones en las que está dividida el país, cuenta con 88 establecimientos de salud, conformado por CESAMOS, CESAR, Clínicas Maternos y un Hospital Regional, donde convergen todas los establecimientos y clínicas maternas de municipios cercanos a menos de una hora de trayecto (La Libertad, Ajuterique;

Taulabe, Lejamani y la Villa de San Antonio.) y hasta los más postergados (Las Lajas y San José del potrero) con casi 8 horas de trayecto.

Desde inicios de la reforma en el sector salud, es una de las regiones pioneras en los procesos de descentralización, iniciando con un municipio piloto que es Taulabe, en el 2005 Taulabe contaba con un comité de bienestar social en cada una de las comunidades, se había delimitado territorialmente tomando en cuenta el acceso de la población al establecimiento de salud más cercano. Una de las organizaciones que evidencia esto es la Asociación Madre Feliz (MAFE), que tiene bajo su responsabilidad dos municipios del Departamento de Comayagua dentro de ellos 4 Establecimientos de salud y una clínica materno, implementando acciones de prevención y promoción para lograr mejorar las condiciones de vida en la población y en especial a la de menores recursos o más desprotegidas

El Modelo de Gestión Descentralizada, consiste en una asociación conformada por la sociedad civil ex Alcalde presidente de la Asociación cuando inicia el Modelo Alcalde actual, voluntarios de salud, hermana del presidente y cuñada como parte de la sociedad civil, se cuenta con personería jurídica, y una directiva que es renovada cada 2 años, el presidente de la asociación ha sido reelecto actualmente sobre 7 años de coordinar los servicios de salud de esta red. El sistema institucional de servicios de salud (también llamado "Red de

Salud”) es por lo tanto solo una pieza clave del sistema de atención a la salud, que a su vez forma parte de la reforma del sector salud en Honduras.

Para dar cumplimiento a la política de gobierno y reforma del sector salud se firma un convenio de gestión para la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención entre la Secretaria de Salud y el gestor de la Fundación Madre Feliz (MAFE). Cuyo propósito es contribuir al mejoramiento del estado de salud y bienestar de la población postergada priorizando al grupo materno infantil.

El objetivo general está dirigido a garantizar el cuidado de salud de la población beneficiaria mediante la implementación de un Modelo de Atención Familia Comunidad a través de las acciones de promoción, prevención de enfermedades y daños a la salud, incremento del acceso y la accesibilidad de los servicios de salud integrales, continuos, con calidez, calidad, culturalmente aceptable, oportuno, eficientes con énfasis en la población materno infantil en poblaciones en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

Algunos hallazgos encontrados en este estudio:

Disminución de la mortalidad materna en el año 2005 (2 casos), a 1 en el 2008 de 1903 partos atendidos en la CMI, en el 2012 se presenta 1 caso, cabe recalcar que antes del 2005, El porcentaje de parto institucional a incrementado con la apertura de la clínica materno infantil, no todas las mujeres asistieron a su atención prenatal, la captación fue después de las 12 semanas en su

mayoría y no alcanzaron al menos 5 atenciones prenatales el seguimiento a la embarazada con infecciones de transmisión sexual, infecciones del tracto urinario, presencia de caries no fue oportuna.

Los casos de mortalidad en menor de un año del Modelo Descentralizado MAFE en los municipios de Taulabe y San José de Comayagua durante el año 2012 se incrementaron en comparación al inicio de modelo, más de la mitad de las muertes ocurrieron en el periodo neonatal, el 95% parto institucional, la mitad de los partos por cesárea, la característica con mayor frecuencia de factor de riesgo de las madres son; primigestas menores de 19 años. Las actividades de promoción y prevención se ven limitadas, el estudio nos muestra que los profesionales objetos de la investigación (promotores de salud) no cuentan con la formación requerida de lo que exige el modelo

En tal sentido este estudio ha pretendido dar respuesta a la siguiente interrogante ¿Cuáles son los resultados de las acciones de atención prevención y promoción en el Modelo de Gestión Descentralizado MAFE, en relación al abordaje de la mortalidad infantil, en la red de salud de los municipios de Taulabe y San José de Comayagua, en el periodo comprendido de enero 2012 a diciembre 2012?

1. OBJETIVOS

Objetivo general:

Caracterizar la mortalidad de los menores de un año en el modelo descentralizado Madre Feliz en relación al abordaje de la atención-prevención y promoción del indicador materno infantil en los municipios de Taulabe y San José de Comayagua, 2012.

Objetivos específicos:

1. Determinar el cumplimiento de las acciones del indicador materno infantil en el componente de atención del convenio de gestión de servicios descentralizados "*Madre Feliz*" de la red de salud de Taulabe.
2. Determinar el cumplimiento de las acciones del indicador materno infantil en el componente de prevención y promoción del convenio de gestión de servicios descentralizados "*Madre Feliz*" de la red de salud de Taulabe.
3. Determinar el aporte de los componentes de atención prevención y promoción al abordaje de la mortalidad infantil del convenio de gestión de servicios descentralizados "*Madre Feliz*" de la red de salud de Taulabe.

4. Describir en las madres de los menores de un año fallecidos, los determinantes biológicos, socioeconómicos y educativos asociados a la mortalidad infantil, en el Modelo descentralizado “Madre Feliz” de la red de salud de Taulabe.

2. MARCO TEORICO

2.1 MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO A NIVEL MUNDIAL, AMÉRICA LATINA Y HONDURAS

La mortalidad en los primeros años de vida es un indicador fundamental de las condiciones de vida de una comunidad, nación o pueblo, y su reducción es una prioridad de salud en todos los países del mundo. En países con condiciones de salud muy pobres, la tasa mayor de 100 x 1000 nacidos vivos, en países altamente desarrollados es de 2 x 1000 nacidos vivos. Una tasa de la niñez elevada refleja condiciones perinatales no saludables para las madres y los afectos ambientales adversos en los primeros años de la niñez (OMS, 2011)

Los esfuerzos de la humanidad por cuantificar y caracterizar el evento de la muerte, se remontan a la Inglaterra del siglo XVII. Graunt en 1661 dirige la atención sobre el hecho que un tercio de las defunciones ocurrían en individuos menores de 5 años. Villerme (medico estadístico francés) a inicios del siglo XIX sostuvo que la tasa cruda de mortalidad general está en estrecha relación con el ingreso promedio, en este mismo siglo se estableció un claro vínculo entre el aumento de la mortalidad en poblaciones con condiciones ambientales y económicas desfavorables. (Gomez, 2016)

La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro puede disminuir significativamente el riesgo de complicación o muerte de la madre y el recién nacido. A su vez, el periodo neonatal, (especialmente después del

nacimiento) representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida. (SESAL. OPS, 2009)

A través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, se puede no solo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye a la mejor salud, calidad de vida y equidad. Por ello y a pesar del avance aún pendiente, existe cada vez más la convicción de que la mortalidad materna y neonatal puede ser paulatina y eficazmente lograda, si se cuenta con un conjunto de estrategias efectivas y coordinadas. (SESAL. OPS, 2012)

La mayor mortalidad infantil de hijos de las mujeres en edades extremas y el mayor riesgo de los hijos de orden alto de nacimiento, tiene una explicación biológica, pero, a su vez, son los determinantes sociales de la fecundidad los que condicionan que las mujeres de los grupos socio económicos bajos tienen una fecundidad precoz, alta y prolongada, por lo cual una mayor proporción de nacimientos ocurre en los grupos con mayor riesgo. El peso relativo de los factores biológicos y sociales dependerá de la etapa histórica en que cada estructura social se encuentre, así como del nivel y estructura de la mortalidad que resulte de ella. (CELADE, 2011)

Según la Organización Mundial de la Salud se estimó para el año 2010 a nivel mundial fallecieron aproximadamente 7,6 millones de niños menores de 5 años

de las cuales más de la mitad de estas defunciones son consecuencia de enfermedades prevenibles. (OMS, 2011).

La mortalidad infantil es uno de los problemas, más serios que enfrenta la salud pública en diferentes países a nivel mundial. Todos los días fallecen aproximadamente 29,000 niños menores de cinco años, el 40% de estas muertes ocurre en los primeros 28 días de vida. Un recién nacido en un país menos adelantado tiene 14 veces más probabilidad de morir durante los primeros 28 días que uno que nace en un país industrializado. (Pedrosa, 2006)

En América Latina y el Caribe cada año se producen casi 12.000.000 de nuevos nacimientos, y se calcula, que de ellos, unos 400.000 niños mueren antes de cumplir los 5 años de edad; 270.000 lo hacen antes del primer año y, de estos últimos, 180.000 en el primer mes de vida (OPS, 2004). La mayoría de estas muertes pueden ser evitadas. En América Latina y el Caribe, la mortalidad neonatal -definida como la muerte en los primeros 28 días de vida- se calcula el 15 por 1.000 nacidos vivos, y se estima que la tasa de mortalidad fetal se aproxima a la tasa de mortalidad neonatal. (OPS. CEPAL.UNFPA.CELADE, 2011)

En América Latina, según el boletín No 62 del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), para el periodo 1995-2000, tres países representaron los diferentes estratos: Haití el más alto con un registro de 66 por 1.000 nacidos vivos, Honduras en el centro con 35 x 1000 nacido vivos y Cuba

en mejor situación con el más bajo resultado 9 x 1000 nacidos vivos. Entre los países de alta mortalidad esta Honduras.

La República de Honduras se encuentra ubicada en el centro del istmo centroamericano, limitando al nororiente con la República de Guatemala y Belice, al suroeste con El Salvador y al sureste con Nicaragua. Está constituida por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial, siendo el Presidente electo cada cuatro años. El país se divide en 18 departamentos y éstos a su vez en 298 municipios. La población para el 2011 de 8, 215,313 habitantes y una densidad poblacional de 73 personas por kilómetro cuadrado. El aumento de la población en las áreas urbanas se ve agravado por los flujos migratorios desde el campo a la ciudad, para compensar necesidades insatisfechas que no necesariamente son suplidas pues también en las ciudades hay hacinamiento, falta de acceso a los servicios básicos como agua, luz y saneamiento básico y, en general, existen condiciones precarias de vida (ENDESA 2011-2012).

La esperanza de vida al nacimiento alcanza solo a 53, 5 años y los indicadores socioeconómicos son en extremo desfavorables; la distribución del ingreso de Honduras es una de las más desiguales de la región. En Haití, el país de más alta mortalidad en América Latina, predomina una economía de subsistencia y relaciones feudales de producción, con un desarrollo apenas incipiente del sector capitalista. (CELADE, 2011) en la actualidad según Plan Nacional de

Salud 2014-2018 la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 70.7% para el 2002 a 73.8% para 2011.

Oficialmente las cifras de mortalidad de la niñez del país son dictadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Honduras, las cuales son el resultado de las encuestas que se realizan cada 5 años. Según la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA 2011-2012) fallecen aproximadamente 3,000 niños menores de 5 años cada año; sin embargo para fines de vigilancia de la mortalidad menor de cinco años, es necesario contar con cifras actualizadas de las muertes ocurridas en todo el país; a fin de reorientar las intervenciones ya definidas por la Secretaria de Salud para su aplicación en los diferentes niveles de atención. (INE.SESAL.ICF.USAID.BID.2013)

Según la ENDESA (2011-2012), Honduras ha representado una tendencia a la reducción de la mortalidad infantil, observándose tasas que van desde 35 x 1000 nacidos vivos en 1991-1996 a 24 x 1000 nacidos vivos en 2006-2012, lo que representa una reducción de 11 puntos a lo largo de estos quince años con un decremento de 0.8 casos por año. Sin embargo, todavía estos resultados son altos comparados con otros países de la región y al interior del país se observa diferencias dentro de los departamentos y dentro de los mismos. (INE.MEASURE, 2011-2012)

La tasa de mortalidad infantil por área de residencia, se observa un descenso de la mortalidad infantil en el área rural con respecto a la tasa estimada en el

2005 - 2006, con disminución de 10 puntos (de 33 a 23 por mil), lo contrario sucede en el área urbana donde más bien aumentó de 24 a 25 por mil. (INE.MEASURE.DHS., 2011-2012) y la tasa de mortalidad de 5 años es de 31 x 1000 nacidos vivo.

Los departamentos del país que tiene mayor número de población rural registran las Tasas de mortalidad (TMI) más altas tanto en la niñez como en los menores de un año. Las estimaciones de la TMI muestran que los departamentos del occidente tienen las tasas más altas del país, tal es el caso de Copan, Lempira, Intibucá, y Santa Bárbara (UNFPA, 2009); en contraste con Francisco Morazán y Cortes, que concentran mayor número de población urbana con mejores condiciones socioeconómicas posicionándose como los lugares de las tasas de mortalidad más bajas de la niñez y la infancia. (Menjivar, 2010)

En septiembre del año 2000, 189 países entre ellos Honduras firmaron la Declaración del Milenio en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, comprometiéndose al logro de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio (ODM) al 2015, a fin de contribuir a lograr un mundo más justo, equitativo y menos pobre para el año 2015. (ODM.HN, Tercer Informe, 2010)

Entre los 8 objetivos pactados para el desarrollo del milenio (ODM) el cuarto consiste en la Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. En tal sentido identificar los factores determinantes sean biológicos, socio económicos

o logísticos vinculados a la mortalidad en menores de cinco años, es fundamental para poder reajustar las estrategias que actualmente ha implementado nuestro país para lograr este objetivo (Instituto Nacional de Estadística, 2006) (Almendárez & Matamoros, 2001).

En tal sentido y observando el comportamiento de este fenómeno a nivel mundial donde se reporta que todos los días fallecen aproximadamente 29,000 niños menores de cinco años, el 40% de estas muertes ocurre en menores de 28 días de vida .El primer año de vida es un período decisivo para contar con poblaciones sanas e inteligentes, lo que exige de los sistemas de salud, un mayor enfoque a este grupo de edad.

Al igual que otros países de la región Honduras ha adquirido diferentes compromisos mediante la suscripción de convenios internacionales y la formulación de políticas y planes anteriormente mencionados que tienen como meta reducir en dos terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de niños menores de cinco años en tal sentido es importante destacar dentro de la Política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) existen algunas iniciativas que han contribuido y pueden seguir contribuyendo al logro de esta meta referidas por el Grupo de Trabajo Interinstitucional del ODM 4, 2010 entre las cuales podemos mencionar :

1. Atención integral de la niñez en la comunidad (AIN -C)
2. Cuidados Obstétricos Neonatales

3. Promoción de la Lactancia Materna

4. Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
(ODM.HN, Tercer Informe, 2010) (Instituto Nacional de Estadística, 2006)

Honduras ha logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años. Según el tercer informe de objetivos del milenio en los quinquenios de 1991-1995 y 2001-2006, la mortalidad en ese grupo de edad se redujo en 18 puntos porcentuales a un promedio anual de 1.2 pp. Igual ha ocurrido con la tasa de mortalidad infantil que experimento durante los mismos periodos una reducción de 12 puntos porcentuales a un promedio anual de 0.8pp. (Secretaría de Salud de Honduras, 2012)

2.1.1 Principales causas de mortalidad infantil

La mortalidad evitable es definida por Rubio et al (2007) como aquellas defunciones causadas por una enfermedad o evento que podría haberse evitado con la intervención médica oportuna y apropiada, o con medidas de salud pública Ellos utilizaron la clasificación de evitabilidad, definida por la Dra. Erika Taucher en el año 1985 y la ajustaron a la CIE 10', en tres grandes grupos: muertes evitables, no evitables y muertes de causa desconocida. Se consideran **muertes prevenibles o evitables** las muertes que se podrían evitar con medidas sencillas y de bajo costo. Por el contrario se habla de **muertes parcialmente reductibles** para hacer referencias que las muertes evitables con determinadas acciones de salud pero sin evidencia suficiente de que siempre

sea así. **Las muertes no evitables** son aquellas muertes “difíciles o imposible de evitar aplicando medidas sencillas”.

Las principales causas de la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe se sintetizan en que más de la mitad de defunciones se deben a asfixia al nacer y prematuridad (OMS, 2005). Además las anomalías congénitas representan aproximadamente una de cada diez causas de muerte infantil, siendo las más frecuentes las cardiopatías y defectos del tubo neural y la sepsis neonatal de etiología multifactorial en los hospitales, cuya atención es sumamente costosa dada la tecnología requerida, la infraestructura adecuada y los insumos pertinentes. Si bien algunas son causas directas, otras como en la mayoría de casos de prematuridad y de bajo peso al nacer pueden constituir determinantes biológicas.

Se calcula que aproximadamente 8,7% de los recién nacidos en América Latina y el Caribe sufren bajo peso al nacer (menos de 2.500 grs.) al momento del nacimiento. Este hecho guarda estrecha relación con la mayor morbilidad neonatal y se calcula que causa entre 40 y 80% de las muertes neonatales (OPS, 2006). Se ha comprobado que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal, y que las primeras 24 horas determinan el futuro del niño. En países donde la tasa de mortalidad infantil no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de recién nacidos ocurren en el primer mes de vida.(OPS, 2010).

Las causas más importantes de mortalidad pos neonatal y de niños entre 1 y 4 años de edad, son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, situación que se mantiene inalterable en los últimos 20 años. (Reid, 2010)

Entre los principales factores determinantes de la mortalidad en la niñez en Honduras, destacan las afecciones originadas en el periodo perinatal, las enfermedades infecciosas respiratorias y diarreicas, todas ellas relacionadas con deficiencias ambientales, de vivienda, inseguridad alimentaria y falta de acceso a servicios de salud de calidad. (SESAL.OPS.USAID.CDC., 2008) La mortalidad neonatal representa alrededor de la mitad de las muertes infantiles, se estima que por cada muerte materna hay 17 muertes neonatales.

Las causas están vinculadas a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido; influenciadas por la calidad de la atención del parto, ya sea porque no fueron institucionales o porque en su atención en hospitales y clínica materna infantil no siempre se aplicaron correctamente las normas técnicas. Así mismo, existen limitaciones para atender adecuadamente las complicaciones respiratorias ocasionadas por la inmadurez pulmonar, ya que los hospitales y clínica materna infantil no disponen de la tecnología requerida, y tampoco se ofrecen medicamentos para acelerar la madurez pulmonar. Las anomalías congénitas representan aproximadamente una de cada diez causas de muerte infantil, siendo las más

frecuentes las cardiopatías y defectos del tubo neural, cuya atención es sumamente costosa dada la tecnología requerida. (Reid, 2010)

Para el total de muertes durante los primeros cinco años, se observa una reducción en las muertes como resultado de trauma de nacimiento/asfixia (del 23 por ciento en la ENDESA 2005-2006 al 13 por ciento en la ENDESA 2011-2012) y un aumento como resultado de ser prematuro o de bajo peso (del 13 por ciento al 19 por ciento). La diarrea ya no se incluye dentro de las 4 causas principales de muerte en la niñez. Dos de las cuatro causas principales de muertes de los niños menores de 5 años (prematuro/bajo peso al nacer y trauma de nacimiento/asfixia) son responsables por el 47 por ciento del total de defunciones neonatales en comparación con el 61 por ciento en la ENDESA 2005-2006.

Lo verdaderamente trágico de las muertes infantiles es que pueden ser prevenibles y tratadas con acciones de bajo costo como suministrar antibióticos para infecciones respiratorias agudas, rehidratación oral, vacunaciones y usos de redes para mosquitos tratados con insecticidas y administración de medicamentos (OMS, 2012). No obstante las determinantes socioeconómicas sobre las tasas de la mortalidad infantil se ven reflejadas en el hecho que los niños y las niñas bajo el quintil de ingresos inferior y segundo, que son los más pobres, tienen dos y media veces riesgo de morir en la infancia que los que

pertenecen al quintil superior de ingresos. (Secretaria de Salud de Honduras, 2012)

2.1.2 Determinantes ambientales relacionados a la mortalidad infantil

La mortalidad infantil y la mortalidad en el periodo neonatal se asocian a determinantes biológicos, relacionados con los estilos de vida, ambientales y relacionados con los servicios de salud. Estos determinantes pueden actuar en forma única e individual y/o pueden actuar de forma conjunta enlazados entre sí. El riesgo de morir en el primer año de vida aumenta con la pobreza, exclusión social, la falta de acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico, el comportamiento, el bajo nivel educativo el aprendizaje.

Los inadecuados hábitos de la salud materna baja capacidad de acceder a los servicios de salud cuando se requiere, el acceso insuficiente a los alimentos y micronutrientes necesarios para la salud de la madre y el niño, la baja capacidad para tomar decisiones sobre salud reproductiva (promoción de la autonomía de la mujer, tabúes socioculturales, discriminación de género) y la atención de sus hijos, los inadecuados servicios de atención sanitaria, principalmente la atención gineco obstetra y los servicios de emergencia.

Cuando se logra reducir las muertes infantiles, como ha sucedido en países desarrollados, el problema se centra principalmente en la mortalidad neonatal precoz y muertes relacionadas con anomalías congénitas, correspondientes a

causas más difíciles de intervenir. Los países desarrollados tienen mayor mortalidad en la primera semana (mortalidad neonatal temprana), debido a enfermedades congénitas no prevenibles.

La edad de la muerte del recién nacido está relacionado con la edad de la madre, la educación de la madre, el nivel de desarrollo de la región, la edad del nacimiento, el peso al nacer, la calidad y la accesibilidad de los servicios durante el embarazo, la atención al parto y acceso a los servicios de alta complejidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud que datan 2004 el 25-45% de las muertes neonatales ocurren en el primer día, cerca de tres cuartas partes suceden durante la primera semana. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

En 1974, Marc Lalonde (Ministro de Salud Canadiense) desarrollo el modelo campos de la salud describiendo cuatro grupos de determinantes: a) Biología humana, b) Medio ambiente, c) Estilos de vida y conductas de salud y d) Sistema de asistencia sanitaria. Para 1976, Denver, con base a los modelos de Lafambroise y Lalonde, propuso "un modelo epidemiológico para el análisis de la política sanitaria". Tanto Lalonde como Denver propone que para lograr un buen estado de salud, los cuatro factores deberían de actúan en equilibrio.

2.1.3 Determinantes biológicos de la mortalidad infantil

Son numerosas las referencias encontradas en la literatura médica en el análisis de los determinantes biológicos, es decir en variables endógenas no

modificables, como causa de morbi-mortalidad infantil. Se consideran las siguientes características relacionadas con el niño y la madre:

Sexo: en el mundo nacen más niños que niñas. Sin embargo, la mortalidad infantil es mayor en varones que en mujeres. La tasa de mortalidad neonatal en niños, en países en desarrollo, es 1.30 veces mayor que en niñas. Jewell y Triunfo manifiestan que este comportamiento no es igual cuando los padres muestran preferencias por el sexo del niño, lo que puede deberse a la proporción de mejores condiciones (alimentación, prevención de enfermedades y accidentes, tratamiento para las enfermedades) o simplemente una selección embrionaria de base, aumentando su supervivencia. (Mejia, 2016)

Edad gestacional: Los partos pre termino (antes de la semana 37 de gestación) se asocian con mayor riesgo de mortalidad, riesgo que aumenta cuanto menor es la edad gestacional. Los recién nacidos vivos entre las 20 y 27 semanas de gestación tienen una alta probabilidad de morir en el primer día, aunque esta probabilidad puede verse modificada en función de la calidad de los servicios de salud. A partir de la semana 28 inclusive, la supervivencia depende de las condiciones de salud y características de los servicios de salud, siendo estos últimos los mayores predictores de la supervivencia infantil por la inmadurez del niño.

Peso al nacimiento: la proporción de niños con bajo peso va desde el 6% en países desarrollados hasta un 30% en países en vía de desarrollo. A menor

peso al nacer, mayor probabilidad de morir. Los niños que nacen con menos de 500 gramos tienen una mínima probabilidad de sobrevivir y esta va aumentando a medida que aumenta el peso hasta los 3000 gramos (Mejia, 2016). A partir de este punto, el peso al nacer se puede convertir en factor protector. Diversos estudios señalan que el peso al nacer y la edad gestacional son los mejores predictores de supervivencia infantil. Seguido por el orden de nacimiento y los años de educación maternos.

Características reproductivas de la madre: Según Jewell y Triunfo (2010), las características reproductivas de la madre, como la paridad, el periodo intergenesico y los embarazos múltiples, tienen un fuerte impacto sobre la mortalidad infantil. Si la madre tuvo uno o más hijos vivos anteriormente disminuyen la probabilidad de fallecer de los niños sin embargo, si el número de hijos previos es muy alto, empieza a disminuir la probabilidad de supervivencia. Además, a mayor número de muertes perinatales previas al nacimiento, el niño tiene mayor probabilidad de morir. De otro lado, los niños de las madres que tienen embarazos con un intervalo menor a dos años, tienen menor posibilidad de sobrevivir. El segundo embarazo y parto pueden presentar complicaciones.

Edad materna: La mortalidad infantil es mayor en madres menores de 20 años, y en este grupo aún mayor en menores de 15 años, y las mujeres con más de 39 años, Jewell y Triunfo admiten que para varios actores el comportamiento de la mortalidad infantil en función de la edad materna obedece a tres formas

funcionales: 1) La forma de U, con una mortalidad más alta en jóvenes y mayores de 39 años(p.ej. indonesia, Bolivia y Perú); 2) La forma de L, donde la mortalidad es alta en jóvenes y luego se mantiene igual para todas las edades; y 3) La forma de J (p.e.Malasia) donde la mortalidad infantil es más baja en el grupo de jóvenes y aumenta con la edad.

Tipo de embarazo: Los niños producto de un embarazo múltiple, tienen mayor probabilidad de prematuridad y bajo peso al nacer y, por tanto mayor riesgo de morir que un recién nacido producto de un embarazo simple. (Jiménez-Moleón, 2016)

Patologías maternas: la salud de la madre es muy importante para determinar la supervivencia infantil, pues madres con patologías anteriores, como el VIH/SIDA, sífilis, o cáncer o enfermedades adquiridas durante el embarazo (sífilis, hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional), pueden provocar alteraciones en el crecimiento y desarrollo del feto, así como complicaciones en el momento del parto o, a largo plazo aumenta la probabilidad de complicaciones y muerte de la madre o el niño. Las complicaciones también pueden estar relacionadas con la obstrucción del canal del parto, la presentación anormal del feto y hemorragias durante el parto.

2.1.4 Determinantes socioeconómicos y del comportamiento

La Comisión sobre las Determinantes Sociales de la OMS, propone un enfoque para las comunidades más pobres y vulnerables en el mundo que debe

centrarse en el abordaje de las causas reales de los problemas de salud, lo que está muy relacionado con las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas. La posibilidad de supervivencia de un nuevo infante puede aumentar con la mejora y agregación de servicios sociales.

Ingresos: El mejor nivel socioeconómico, además de asegurar el acceso a bienes y servicios, ayuda a generar un ambiente más higiénico y una nutrición más adecuada. Por esto, los niños y las madres de menores ingresos, tienen menos acceso a nutrientes de buena calidad, generando una mayor probabilidad de tener madres desnutridas que conllevan a niños de bajo o niños desnutridos que a la vez tienen menor probabilidad de sobrevivir ante la explosión a agentes patógenos o cualquier otro tipo de problemas de salud.

Área de residencia: En los países en desarrollo y subdesarrollados, se reportan un mayor riesgo de muerte infantil cuando la madre vive en el área rural que en el área urbana. Esto se puede explicar porque la madre tiene un menor acceso a la educación y a los servicios de salud, de acceso al agua potable y un saneamiento básico de buena calidad. (Jiménez-Moleón, 2016)

Educación de la madre: La mortalidad infantil tiene una relación inversa con el nivel educativo pues es mayor en las madres sin educación, que en las que tiene educación básica y que en las que tienen educación secundaria. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) señalan que el riesgo de

mortalidad es casi 3 veces mayor para hijos de madres sin educación que para los que tienen madres con educación secundaria o superior. (CELADE – del Fondo de las Naciones Unidas, 2011)

Estado civil de la madre: Los hijos de las madres casadas o unidas tienen menor probabilidad de morir en el primer año de vida, que los niños de más madres solteras, divorciadas o viudas. Este hecho puede ser consecuencia de un mayor exceso a recursos financieros de las madres que viven en parejas.

Lactancia materna exclusiva: La lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida reduce la mortalidad infantil. (CELADE – del Fondo de las Naciones Unidas, 2011)

Exposición a agentes patógenos: Los niños que no tienen acceso a servicios públicos domiciliarios tienen mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y parasitarias, que aumentan el riesgo de morir. Los hijos de familias con menos recursos económicos, bajo peso al nacer, hijos de madres sin educación presentan mayor riesgo de exposición a agentes patógenos y, por tanto, a desarrollar enfermedades de tipo infeccioso. (Universidad Católica de Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Católica de Chile, Centro de Información Toxicológica CITUC, Ministerio de Salud de Chile, Sociedad Chilena Peditrica, 2009)

2.1.5 Determinantes de los servicios de salud pública

La mortalidad neonatal es mayor cuando hay deficiente atención de la madre consecuencia de un peor acceso de los servicios de educación y salud. Entre tales servicios que destacan: educación sobre hábitos saludables, lactancia y cuidado del bebe, atención prenatal, asistencia del parto por personal calificado, acceso a atención obstétrica de referencia, alimentación adecuada, y atención post natal de la madre y el recién nacido.

Atención médica durante el embarazo: El nivel de atención médica durante el nacimiento es una medida de accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud. " Las causas de mortalidad infantil están relacionadas con el nivel de atención medica recibido durante el nacimiento" (Vélez, 2014). El porcentaje de nacimientos que reciben atención médica están relacionados con el área de residencia de la madre, el nivel de desarrollo de la región, ingresos familiares y nivel educativo de la madre. Un buen control prenatal puede incidir en la mortalidad infantil. Machado y Hill afirman que un número inferior a 7 controles prenatales, aumenta la probabilidad de morir antes del primer año de vida. (Jiménez-Moleón, 2016)

Atención médica y u hospitalaria/ centro de salud en el momento de la muerte del infante: El hecho de acceder a atención médica antes de la muerte, disminuye la probabilidad de morir. El acceso a servicios hospitalarios o de

atención de salud, y posiblemente el acceso a la tecnología, puede aumentar la probabilidad de supervivencia.

Tipo de parto: Los niños que nacen por parto natural tienen menor probabilidad de tener complicaciones que los niños que nacen por cesárea o parto instrumental. Los niños que nacen por cesárea tienen una mayor probabilidad de tener complicaciones en el post parto inmediato y pueden ser prematuros o de bajo peso. La OMS (1983) insto a los países a mantener una tasa de cesáreas, entre 10 y el15% de los partos.

3 REFORMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: LA DESCENTRALIZACION

Desde la década de los años setenta había conciencia de que los sistemas de salud latinoamericanos eran poco equitativos e ineficientes y de que los niveles de salud de América Latina estaban por debajo de lo que podía esperarse debido a su bajo desarrollo económico. A partir de la Declaración de Alma Ata de 1978, en la que se adoptó la meta de salud para todos, los ministerios de salud de países de la Región empezaron a extender los servicios de salud a poblaciones marginadas y rurales siguiendo los principios allí enunciados.

El modelo aprobado en Alma Ata está basado en principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud, de eficacia en función del

costo (mediante la promoción de los servicios de atención primaria y de prevención) y en la participación comunitaria (lo que más tarde se ha denominado democratización de los servicios de salud). Sin embargo, tanto la orientación biomédica de la atención sanitaria como la crisis económica que empezó poco tiempo después abortó la incipiente iniciativa.

Para superar la crisis económica que comenzó alrededor de 1980, el Fondo Monetario Internacional (FMI) exigió a los gobiernos que recortaran los gastos en los sectores sociales, entre ellos el sector salud (los llamados ajustes estructurales). La reducción de los presupuestos de salud provocó un deterioro aun mayor de los servicios y el aumento de la insatisfacción de los proveedores y de los usuarios.

El Banco Mundial aprovechó la crisis del sector para fortalecer su programa de préstamos al sector de la salud y a finales de la década de 1990 se había convertido en la agencia internacional que más fondos prestaba a los países en vías de desarrollo para ese sector. En 1999, según los precios de 1996, el Banco Mundial había concedido préstamos por un valor total de US\$ 16 800 millones. (Nuria Homedes & Ugalde, 2004)

3.1 La experiencia de descentralización en salud en América Latina

Se concibe como un instrumento clave de todo proceso de democratización y gobernabilidad, cuyo principal escenario es el traslado de las competencias, recursos y el poder de decisión, a los municipios y otras entidades territoriales,

en el, marco de la Constitución y la Ley vigente, todo lo anterior con la participación ciudadana, auditoria social, rendición de cuentas y transparencia. Se dice que la descentralización es una buena inversión en materia de gestión, porque permite comprobar el acierto de las decisiones en el cumplimiento de las políticas nacionales, transfiriendo a las autoridades de lo central a lo local, donde cada gestor será el responsable de hacer un buen uso de los recursos. A los municipios se les responsabiliza del manejo de las actividades de salud pública como ser, prevención, promoción, atención de la salud.

Las experiencias de Chile, Colombia y Brasil, países que han avanzado más en el proceso de descentralización sugieren que la descentralización tipo regionalización crea problemas de coordinación y de ineficiencia al aumentar referencias innecesarias a niveles superiores. (Homedes, 2001) El problema se agrava cuando los sistemas de financiación de los niveles son independientes ya que los niveles inferiores disminuyen su gasto al transferir el cuidado del paciente, al nivel de especialidad, y/o aumentan la satisfacción de los usuarios. La ambigüedad técnica hace difícil reglamentar las referencias incluso con adecuados sistemas de control y supervisión.

Aún en países que han sido poco descentralizados como Costa Rica existe este problema entre las unidades descentralizadas a través de la privatización. No hay una teoría comprobada por estudios de caso que confirme que cierta modalidad de descentralización causa algún beneficio" (Bossert 1996), (Collins

1996) y (La Forgia y Gonzalez-Block 1995). Por lo tanto cuando se afirma que la descentralización no ha conseguido los fines esperados no siempre se puede distinguir si es por una falla en la implementación o porque la política no es la adecuada". (Homedes, 2001)

Bossert (1996) afirma: "Hoy día las grandes agencias de ayuda al desarrollo tales como el Banco Mundial y US.A.I.D, cuyas políticas están dictadas por consideraciones ideológicas, están recomendando la descentralización. Estas políticas de descentralización no están avaladas por ninguna prueba de efectividad". De acuerdo a este autor, la evidencia sugiere que la descentralización ha fracasado en aumentar equidad, eficiencia, y calidad, y la participación comunitaria en promover el proceso democrático o la salud de la comunidad. Al contrario "muchas de las evaluaciones de los proyectos financiados por las agencias de desarrollo enseñan no solo que los objetivos no se alcanzan si no que las condiciones empeoran

Las unidades prestadoras de servicios, dentro del proceso de descentralización, tienden a convertirse en instituciones gerencialmente autónomas que actúan en coordinación y bajo supervisión de los gobiernos regionales o locales. Es así que en el Perú los hospitales se han ido convirtiendo en "unidades ejecutoras" de presupuestos autónomos frente a la región y los centros y puestos se han ido convirtiendo en CLAS, que son entidades autónomas de manejo comunitario-privado, no obstante estos últimos aún no actúan en coordinación o

bajo supervisión de las autoridades municipales; para el caso colombiano los hospitales y centros de salud se han constituido en personas jurídicas o empresas autónomas (llamadas Empresas Sociales del Estado) que son financiadas y actúan bajo la tutela de Alcaldes y Gobernadores. (Homedes, 2001)

3.2 La descentralización en Honduras

La década de los noventa marcó, a nivel mundial, el comienzo de una nueva etapa en el relacionamiento entre las sociedades y los Estados, en la que comenzaron a predominar los incentivos de mercado y las tendencias a la globalización de las diversas esferas de la vida política, económica y social.

Desde entonces, muchos países, el nuestro entre ellos, han estado trabajando en un proceso bajo el marco general de actividades específicas del sector salud afectadas por reformas más amplias del sector público, las cuales han apuntado a una combinación de cambios en los mecanismos administrativos, financieros y de la prestación de servicios.

Particularmente, en el año 1992 se creó, mediante Acuerdo 16-92, y como parte de la Comisión Presidencial de Modernización del Estado, la denominada Subcomisión de salud. En las consideraciones que la formalizaron, se consignó que era prioridad del Programa de Modernización del Estado el mejoramiento sustancial de los servicios de salud, y que priorizaría fundamentalmente la población económicamente más deprimida. (Salud, Secretaria de, 2009)

La iniciativa más destacada a mediados de ese período, fue la puesta en ejecución del Proceso Nacional de Acceso. Este proceso se desarrolló en función de tres estrategias básicas: la readecuación de las redes locales de salud, el control social de la gestión, el desarrollo y transformación cualitativa de los recursos humanos, con la generación de experiencias en cada uno de esos campos. Posteriormente, en 1999, como resultado de los daños causados por el Huracán Mitch, el gobierno de la República formuló y puso en ejecución, con apoyo de la cooperación internacional, un Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional (PMRTN). (Salud, Secretaria de, 2009)

Las acciones y actividades de desarrollo y compensación social aparecieron en el marco de la Estrategia de Reducción de Pobreza (ERP), como un componente orientado a la promoción del desarrollo humano sostenible y la reivindicación de los derechos a la salud, vivienda, seguridad y otros. La ERP también definió la reforma del sector salud como prioridad. Estableció como metas mejorar la salud de la población hondureña; responder a las expectativas legítimas de la población; proveer protección financiera contra los costos en salud; avanzar hacia el aseguramiento universal; asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención; facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social.

La ERP también sirvió de marco general para la elaboración del Plan de Gobierno en el Sector Salud 2002-2006. En este plan los objetivos consignados fueron mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud. Para su obtención contempló como dos de sus pilares, la reforma del sector y la extensión de la cobertura en la prestación de servicios. En su implementación se pusieron en marcha un conjunto de iniciativas fragmentadas, pudiéndose categorizar a las principales en cuatro grandes grupos: desarrollo institucional de la Secretaría de Salud; desarrollo institucional del Instituto Hondureño de Seguridad Social (que incluyó la separación de sus funciones básicas); mejora en la gestión hospitalaria; y, extensión de la cobertura. (Salud, Secretaria de, 2009)

3.2.1 Separación de Funciones

El documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud establece que “El diseño del Modelo Nacional de Salud está fundamentado en la visión de una institución descentralizada, con una gestión de recursos centrada en la obtención de resultados, con la capacidad de toma de decisiones apropiadas en forma oportuna, más cercana a donde los problemas se enfrentan y con una eficaz y eficiente prestación de servicios de salud” y, como marco de referencia, es el instrumento que se constituye en la primera Norma de carácter político técnico. (Salud, Secretaria de, 2009)

En este entendimiento: a) brinda los principios y los lineamientos políticos y estratégicos de conducción para la atención integral de la salud así como de las relaciones entre los distintos elementos estructurales que conforman el Sistema Nacional de Salud; b) proporciona las líneas de dirección para asegurar a la persona, la familia y la comunidad, en su entorno, el acceso a un conjunto garantizado, equitativo, solidario y financieramente sostenible, de prestaciones integrales y continuas de salud con calidad, respetando el derecho a la salud como atributo inalienable de cada individuo, y el desarrollo hacia una gestión descentralizada orientada al logro de resultados, la amplia participación social y la protección del medio ambiente; c) articula y organiza el consenso del país traduciéndolo en lineamientos estratégicos dentro de un marco normativo que orienta el quehacer del SNS en materia de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud, y d) representa el compromiso del Estado en materia de atención de la salud con toda la población del país. (Salud, Secretaria de, 2009). Por lo tanto, su aplicación es de carácter obligatorio a nivel nacional por todas las organizaciones que hacen parte del Sistema Nacional de Salud.

Su implementación, exigirá un proceso continuo, sistemático, gradual y sostenido en el diseño y ejecución de nuevas formas de atención, de provisión, de gestión y de financiamiento de los servicios de salud, en correspondencia con los escenarios demográficos, sociales, económicos, epidemiológicos y culturales que caracterizan los ámbitos concretos en que deviene y devendrá la existencia y el desarrollo de la población nacional.

El desarrollo institucional enunciado se orientaba a la transformación de la entidad rectora y financiadora del sector de los servicios de salud. Ello implicaba la separación de las funciones de financiamiento y de provisión, y en materia de provisión de servicios, la modernización y autonomía de la red de atención. Estos esfuerzos comprendieron también el rediseño de la estructura regional, estableciéndose lo que se denominó la departamentalización, para adaptarla a la división política administrativa del territorio, como intento para acercar las direcciones regionales de la Secretaría de Salud a las autoridades políticas departamentales.

En relación con el IHSS se promovieron tres procesos: la consolidación financiera, la modernización institucional y su fortalecimiento como ente asegurador y no como proveedor de servicios. Con base en los entendimientos anteriores, que como se ha descrito fueron generados en un largo proceso en el cual en distintas etapas se plantea la necesidad de transformar el sector salud, se financiaron experiencias de extensión de la cobertura, consideradas bastante innovadoras, con organizaciones “ad hoc” de la sociedad civil, vistas como experimentos pilotos que podrían, una vez ajustadas conforme los elementos que la práctica brindara, extenderse a otras regiones del país, por medio de la descentralización de la provisión de los servicios de salud incorporando en el sistema de salud la formalización de contratos con asociaciones municipales u organizaciones sociales de base comunitaria.

3.2.2 Gestión de la Provisión de Servicios

El Modelo Nacional de Salud consta de tres componentes: **Atención / Provisión, Gestión, y Financiamiento**. Los tres componentes se deberán abordar de manera integral y complementaria, teniendo como fundamentos referenciales los elementos operativos establecidos en el Componente de Atención/Provisión, de tal forma que puedan contribuir de manera efectiva y confiable en la constitución del sistema de salud plural e integrado que se propone; estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores y asegurando el acceso a todas las personas a un conjunto garantizado de prestaciones de salud, definido con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad; procurando que las mejoras del nivel de salud reduzcan las brechas entre los distintos segmentos de la población en función de la equidad, la vulnerabilidad y el respeto al derecho a la salud, sin distinciones.

3.2.3 Componente de atención / provisión de servicios de salud.

Definición y características.

El Componente de Atención / Provisión de Servicios de Salud está constituido por el conjunto de acciones de salud individuales y colectivas de alto impacto social y alta externalidad que se realizarán para promover, proteger, mejorar y mantener la salud de las personas y de la población en general, vigilando y controlando riesgos y previniendo enfermedades y daños; garantizado a toda la población en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo.

Para su ejecución el componente realizará intervenciones de salud, tanto individuales como colectivas. Las interrelaciones entre el conjunto de intervenciones colectivas e individuales de prevención y control de riesgos y enfermedades y de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, a proveer de manera integral a los grupos de población del país en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano, se representa en el siguiente esquema que, de manera gráfica responde a tres de las preguntas que se plantea este Componente: ¿A quién atender? ¿Qué servicios proveer? ¿En qué ambientes?

Las intervenciones de salud colectiva corresponderán a aquellas cuyo consumo es masivo y producen beneficios para toda la población. Comprenderán actividades de protección y prevención, como información, educación y comunicación para la salud, actividades de vigilancia de la salud, el abordaje de prácticas y barreras que ocasionan inequidades en salud, y mejoramiento del medio ambiente.

El instrumento contractual, que se constituyó en la figura del nuevo relacionamiento entre el ente rector y el proveedor de servicios, fijaba las responsabilidades de las partes, incluidos los modelos de atención, gestión y financiamiento que deberían implementarse.

Se logró implementar nuevos modelos con 7 proveedores descentralizados en 29 unidades de salud (US), que involucraron 10 de los 298 municipios, para cubrir a una población objetivo de alrededor de 130,000 habitantes.

Paralelamente, se implementaron experiencias de extensión de cobertura a través de la contratación de servicios brindados por equipos itinerantes, pertenecientes a Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) u otros proveedores privados y en las que el mecanismo de pago definido fue un monto per cápita. En los tres años de su funcionamiento, se llegó a cubrir 1,142 comunidades rurales conformadas por 60,000 familias y 289,000 habitantes, las que estaban diseminadas a lo largo de los 95 municipios más pobres del país.

En todo ese devenir, la reflexión obligada giró en torno al porqué de la necesidad de una reforma en el Sector Salud. Dentro del conglomerado de respuestas recopiladas destacaron los mandatos constitucionales que no se están cumpliendo; la situación de que un tercio de la población no tiene acceso a servicios de salud equitativos y de calidad; el modelo de atención actual es ineficiente, ineficaz y es cuestionado continuamente; el modelo de gestión no responde a las expectativas de la sociedad y solo permite una limitada participación social; el costo del sistema de servicios actual excede la capacidad económica del Estado y de la sociedad; hay compromisos del país, establecidos en acuerdos internacionales, que no se están asumiendo; y,

porque el Plan de Gobierno no se está cumpliendo, dado que el Sector Salud presenta serias limitaciones para alcanzar sus objetivos.

Todas estas premisas también sirvieron de plataforma, en su momento, para la formulación del Plan Nacional de Salud 2021 y la Política Nacional de Salud para el período 2006-2010. En ambos, la reforma del sector salud se define como un proceso de transformación gradual y progresiva del Sistema Nacional de Salud y se concibe como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

En este escenario, el gobierno de Honduras ha respondido lanzando el Plan Nacional de Salud 2010-2014 y la Política para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), planteando la extensión de servicios básicos a las zonas más pobres a través de un modelo innovador de descentralización de la gestión de los servicios del primer nivel de atención, que incorpora convenios para la prestación de un paquete de servicios básicos.

A diferencia de los modelos centralizados, que basan sus servicios en actividades curativas, las unidades descentralizadas están orientadas a actividades preventivas y de promoción, fundamentalmente referidas a la salud

materno infantil suponen, a su vez, una estrategia de extensión de salud innovadora basada en la participación comunitaria.

La reforma del sector salud se propone construir un sistema de salud plural, integrado debidamente regulado, en el que se incorporen todos los actores públicos y no públicos vinculados con la salud; coordinando y articulando las capacidades resolutivas existentes en las diferentes instituciones; estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que defina todos los aspectos impulsándola a garantizar el acceso a todos los ciudadanos a un conjunto de prestaciones de salud, definidos con criterios de equidad, eficiencia, calidad, y sostenibilidad". (Salud, Secretaria de, 2009)

3.2.4 Derecho a la salud como enfoque de la reforma en salud

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. (OMS | Derecho a la salud, 2013).

Especial atención merece la Observación General sobre el Derecho a la Salud, la que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación General sobre el Derecho a la Salud. (OMS | Derecho a la salud, 2013)

En dicha Observación general “se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”. (OMS | Derecho a la salud, 2013)

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos: (OMS, Derecho a la salud, Nota descriptiva N°323, Noviembre de 2013)

“Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información.

Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones:

Respetar. Significa simplemente no interferir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).

Proteger. Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).

Cumplir. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

4 EXPERIENCIAS DE DESCENTRALIZACION DE SALUD EN HONDURAS

Según datos del Área de Sistemas de Información de la Secretaria de Salud, la red con mayor número de establecimientos del país pertenece a la Secretaría de Salud. La Red de servicios de la SESAL que actualmente cuenta con 1,635

establecimientos: 7 hospitales nacionales (ubicados en Tegucigalpa y San Pedro Sula), 6 hospitales regionales, 16 hospitales de área, 436 CIS, 1,078 UAPS, 74 clínicas materno infantil, 3 clínicas de emergencia periférica (CLIPER) y 15 centros escolares odontológicos (CEO). El IHSS sólo dispone 2 hospitales ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, 7 clínicas periféricas, 1 centro odontológico, 2 centros de medicina física y rehabilitación y 1 centro para atención del adulto mayor. El sector privado cuenta con 1,131 establecimientos, dentro de los que se incluyen centros médicos, clínicas, laboratorios, farmacias y consultorios médicos.

La Visión de País 2010-2038 y el Plan de Nación 2010-2022, formulado por el actual gobierno tiene como objetivo 1: “Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social”, y en la meta 1.4 establece “Alcanzar el 95 por ciento de cobertura de salud en todos los niveles del sistema.”

El Plan Nacional de Salud 2010-2014, plantea la Reforma del sector salud a partir del reconocimiento de que la misión o razón de ser del Sistema Nacional de Salud consiste en proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población. Presupone que el conjunto de entidades que conforman el sistema actúen en forma sinérgica, para provocar el mayor impacto positivo posible sobre la salud, corrigiendo las fallas o desviaciones que puedan producirse en

el proceso, y garantizando que las mejoras en el nivel de salud se den en mayor grado en aquellos segmentos de la población más vulnerables.

Debido a que la reforma sugiere autonomía en la gestión de instituciones privadas prestadores de servicio de la salud siendo el Estado y sus instituciones solo entes rectores delegando sus funciones de financiación, aseguramiento y atención a proveedores privados. La reforma pudiese tener repercusiones negativas en el acceso a los servicios de salud, la situación laboral y la economía de la población hondureña

4.1.1 Sistema de Salud de Honduras

El sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios. Así concebido, el sistema de salud hondureño está constituido básicamente por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el IHSS, y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro.

Actualmente el sistema de salud presenta dificultades debido a su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud. El Plan Nacional de Salud (PNS 2010-2014) plantea

focalizar el trabajo de la Secretaria de Salud en su papel de ente rector, dejando la provisión de servicios bajo un régimen de aseguramiento estatal. Se reconoce que en la actualidad el sistema de salud atraviesa un momento crítico, como producto del agotamiento del modelo de atención vigente, y traducido en su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud. Esta situación se evidencia de manera específica en los siguientes aspectos: 1) Rectoría Débil: Se manifiesta en las dificultades para la regulación de los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud en los diversos subsistemas, lo cual a su vez resulta en el bajo cumplimiento de las normas de atención y la falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros.

Entre los principales problemas en el ámbito de la rectoría, se pueden incluir los siguientes aspectos (Salud, Secretaria de, 2009): a) Falta de una definición precisa de los aspectos estratégicos y operativos para lograr los objetivos nacionales de salud, que se expresa en la ausencia de la planificación estratégica del sector. b) Escasa implementación de mecanismos de participación y control social en los diversos niveles territoriales y de gestión del sistema de salud. c) Incoherencia entre las funciones normativas y programáticas en los distintos niveles de atención, que se continúan desarrollando en la forma tradicional de verticalismo institucional. d) Indefiniciones relacionadas con el ejercicio del rol rector y para el desarrollo del proceso de separación de cada una de las funciones sustantivas del sistema

(financiamiento, regulación, aseguramiento y provisión). e) Escaso desarrollo en el trabajo intersectorial para integrar los esfuerzos de los diferentes actores relacionados con la salud, que deben participar en el cumplimiento de las metas. f) Ausencia de mecanismos efectivos de coordinación que permitan un trabajo fluido y en equipo entre los distintos niveles institucionales. g) Desequilibrio normativo, caracterizado por exceso de normas con poca aplicación, o ausencia de ellas en diversas áreas de gestión del sistema. h) Limitada regulación, y la correspondiente fiscalización, de la calidad en la provisión pública y privada de los servicios de salud. i) Estamento legal insuficiente para permitir un sistema más descentralizado y para lograr la integración armónica de los subsistemas público y privado.

2) Fragmentación del Sistema de Salud.

El modelo de atención sigue enfocado, casi exclusivamente, a la atención del daño y la enfermedad, con acciones muy pocos costos efectivos, causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de la promoción y producción social de la salud.

3) Limitada Capacidad de Gestión del Sistema.

Existe una limitada capacidad de gestión del sistema en la búsqueda del aseguramiento de la calidad de la atención y del uso racional de los recursos, condicionada por diversos factores. Esto se ha constituido en un obstáculo importante para la consolidación de la responsabilidad social y pública para el

disfrute de la salud como derecho ciudadano y con ello se limita su contribución a la competitividad sistémica del país.

4) El Financiamiento de la Salud.

Los fondos para financiar el sector salud son de carácter público y de carácter privado. No se dispone de información completa sobre el monto del financiamiento del sector privado, que proviene básicamente de pagos directos del bolsillo de los usuarios y de seguros privados de salud.

No se dispone de información completa y actualizada en relación al aporte de los gobiernos locales como agentes proveedores de atención preventiva y sobre los subsidios directos destinados a la adquisición de medicamentos y otros insumos, para la atención de las personas, en especial las de más bajos recursos.

En cuanto al destino, el 40% de los recursos financieros de la Secretaría de Salud está orientado a la atención hospitalaria, y el 20% a la atención ambulatoria; mientras que del presupuesto del régimen de maternidad enfermedad del IHSS, el 41% se destina para atención hospitalaria, y el 14% a la atención ambulatoria. En términos globales, considerando solamente los presupuestos de ambas instituciones en el 2005, correspondió a un gasto aproximado per cápita de 957 lempiras, equivalente a 50 dólares.

4.1.2 Modelo Descentralizado Madre Feliz (MAFE)

Se encuentra ubicado en la Región Departamental de Salud No 3 de Comayagua, que es una de las 20 regiones en las que está dividida el país, cuenta con 88 establecimientos de salud, conformado por CIS, UAPS, Clínicas Maternos y un Hospital Regional, donde convergen todas los establecimientos y clínicas maternas de municipios cercanos a menos de una hora de trayecto (La Libertad, Ajuterique; Taulabe, Lejamani y la Villa de San Antonio.) y hasta los más postergados (Las Lajas y San José del potrero) con casi 8 horas de trayecto. En el primer nivel de atención, hay 64 Establecimientos de salud cubiertos por auxiliar de enfermería 22 Establecimientos de salud con médico y odontólogo de los cuales 16 tienen consultorio odontológico y seis no, siete cuentan con laboratorio. La atención de partos en 5 Clínicas Materno Infantil, en las que no se cuentan con la cantidad de recursos capacitados, cubriendo estas vacantes con personal de contrato y servicio social.

El departamento de Comayagua a pesar de las estrategias implementadas en la atención en salud, no logra reducir la mortalidad en menores de 5 años, La tasa de mortalidad infantil para el año 2012 según ENDESA, se encuentra en 35 por 1000 nacidos vivos, ocupando así el tercer lugar de los departamentos con altas tasas de mortalidad infantil, reporta 242 muertes cifra que aumenta en comparación al 2010 con 181. Las principales causas de mortalidad para el departamento son: prematuridad, neumonías, sepsis, mal formaciones congénitas, asfixia durante el parto, diarreas y otras causas no especificadas, al

interior del departamento los municipios con mayor tasa de mortalidad son; El Rosario, La Villa de San Antonio, y la Trinidad; según fuente de la Región de Salud de Comayagua, Taulabe destaca con una disminución significativa de muertes infantiles desde el 2005.

Gestión del servicio de salud

a) Aspectos Generales de la Gestión:

El sistema de salud en el territorio de Taulabe, en los últimos años se implementa mediante el modelo descentralizado, administrado por MAFE, modelo que ha tenido muy buenos resultados. La Asociación Madre Feliz fue fundada hace doce años, pionera en la gestión a nivel del departamento de Comayagua, gestiona dos municipios: Taulabe y San José de Comayagua, con una estructura política bien organizada y técnicamente completa para brindar servicios de salud en atención primaria. La fecha de inicio de la gestión de los servicios de salud por MAFE, fue el siete de Octubre del año 2005 desde entonces y para continuar prestando los servicios de salud se renueva convenio cada año, el cual entra en vigencia desde el 01 de enero al 31 de diciembre, dicha renovación será de acuerdo a la calificación obtenida en la evaluación de desempeño.

Visión: Ser el proveedor de servicios líder en el primer nivel de atención, mediante la gestión de un modelo financieramente sostenible capaz de

garantizar a la población beneficiaria servicios continuos de salud con la más alta calidad y calidez.

Misión: Es una Asociación formada por los integrantes de los comités de salud del municipio de Taulabe, comprometidos a garantizar el desarrollo integral de la población a través de prestación de servicios de salud de calidad en actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación a la población de nuestra área de influencia con recursos humanos calificados para la disminución de la morbilidad y contribuir a un estado de bienestar de las personas y manteniéndolas saludables

Inició su gestión en salud en el municipio de Taulabe y se extendió al municipio de San José de Comayagua en el año 2008 por los buenos resultados obtenidos. Desde el inicio de su gestión en este municipio, los indicadores en salud han mejorado, destacándose entre ellos la disminución de la mortalidad materna, mortalidad infantil, mejorando el acceso a la salud de la población beneficiaria, abastecimiento permanente de medicamentos e insumos médicos y de planificación familiar, capacitación del personal institucional y comunitario de manera permanente, fortalecimiento y activación de los comités de salud en cada comunidad, incremento en el parto institucional, incremento en la realización de citologías y seguimiento a los casos positivos, entre otros.

La demografía en los municipios que conforman MAFE, presenta características similares en otros municipios. Tiene un total de 31293 habitantes para el 2014

distribuidos entre ambos municipios, siendo Taulabe quien cuenta con la mayor población. (78%). La distribución por sexo es, 47.88 % hombres y 52.12 % mujeres. MAFE recibe un per cápita de Lps. 430.00 anual para brindar atención al 100% de la población beneficiaria. (Año 2014).

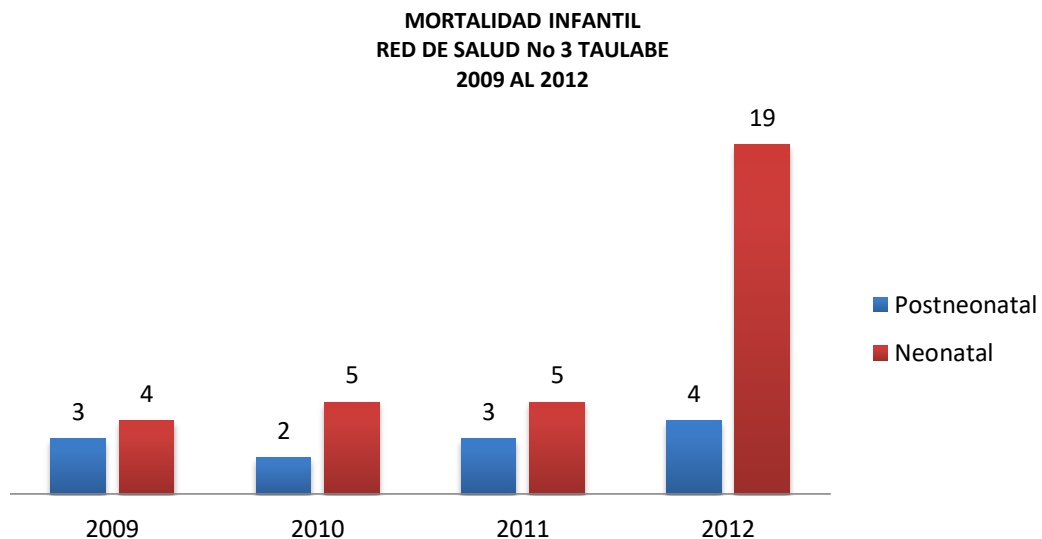
MAFE cuenta con 4 Unidades de Salud, Centro Integral de Salud (CIS) Taulabe, Centro Integral de Salud (CIS) Jardines, Centro Integral de Salud (CIS) San José de Comayagua, Unidad de Atención Primaria de la Salud (UAPS) Delicias y una Clínica Materno Infantil (CMI) Cada unidad cuenta con promotores de salud asignados de acuerdo al número de familias de cada comunidad. Así, Taulabe de mayor población cuenta con 4 promotores de salud, Jardines 3 y San Jose de Comayagua 2. Por acceso geográfico un promotor de Salud asignado a San Jose de Comayagua cubre la Unidad de Salud de Delicias. Haciendo un total de 9 promotores asignado a la Red de Salud MAFE.

Objetivo de MAFE: Continuar en el mejoramiento de la salud y bienestar de la población beneficiada y su entorno, garantizado la atención a esta población mediante un modelo de atención familiar comunitario a través de acciones de promoción y prevención de la salud.

Alcances en los indicadores de cobertura y calidad del servicio de salud

Uno de los indicadores más impactantes que se miden en el avance en salud en una población determinada es la mortalidad materna infantil. En el municipio

de Taulabe el comportamiento de la mortalidad infantil por Unidades de salud es: CIS Taulabe con una tasa de mortalidad de 21, CIS Jardines con una tasa de mortalidad de 14. Las causas locales de la muerte fueron sepsis, malformaciones congénitas y prematuridad. El mayor porcentaje de causa primaria de muerte infantil lo ocupa la sepsis (30%), malformaciones congénitas (27%), prematuridad (14%), el resto por asfixia, neumonía, politraumatismo. Muchas de las causas ocurrieron en el periodo neonatal y están relacionadas con infecciones ocurridas durante el embarazo o el parto.



Fuente: libro de mortalidad de la Red de Salud No 3 Taulabe, para el año 2012 representa un incremento de 12 muertes neonatales y 4 post natales, siendo estos el mayor número de muertes infantiles durante los 4 años.

MAFE, cuenta con una Clínica Materno Infantil ubicada en el Municipio de Taulabe, anexo al Centro de Salud, atiende los partos que se producen en el área de influencia, en esta clínica ocurren el 57% de los partos del municipio,

debido a las actividades del personal institucional y el seguimiento a la embarazada por medio de la visita domiciliaria y la implementación de los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS). En los últimos cuatro años han ocurrido 2,773 partos, Es preciso mencionar que el embarazo en menores de edad es muy frecuente, actualmente el 33% de las embarazadas son menores de edad. (Garcia, 2015)

Las diez primeras causas de morbilidad son: Faringoamigdalitis, hipertensión, infección del tracto urinario, parasitismo intestinal, diabetes, resfriado común, asma, infecciones de transmisión sexual, diarrea y dermatofitosis. Se destacan además las primeras diez causas de mortalidad general en la zona como ser: Enfermedad cardíaca, homicidio, traumatismo, cáncer, sepsis neonatal, cirrosis, cardiopatía congénitas, prematuridad, diabetes (Garcia, 2015)

Provisión de servicios

MAFE ha sido objeto de evaluación anual de desempeño por la SESAL, obteniendo un resultado del 76%, en el 2014, debido a la ocurrencia de una muerte materna por trastorno hipertensivo del embarazo. En relación al acceso al servicio, El municipio de Taulabe por la prestación de servicios de salud convenidos o adicionales no contemplados en el convenio de gestión, cobran Lps. 5.00 por consulta general y Lps. 20.00 por hacer el examen de citología; cobro simbólico para poder mantener alguna logística de las Unidades de Salud. Para los pacientes que no pueden pagar tarifa, hacen uso de la

exoneración; todas las comunidades tienen acceso a las unidades de Salud durante todo el año.

Sobre aspectos de la calidad del servicio, las unidades de salud, están dotadas con el equipamiento necesario para su adecuado funcionamiento; cuentan con personal, de acuerdo al convenio suscrito con la Secretaria de Salud. MAFE tiene un sistema de atención al usuario para brindar información, y la población usa un buzón para exponer sus quejas y el gestor recibe sugerencias a través del mismo, cada buzón está ubicado en las unidades de salud, es una caja de madera rotulada y con llave que mensualmente una comisión exterior al personal de los Centro de Salud o la Clínica las revisan y elaboran un informe, mismo que se envía y analiza en reunión de Junta Directiva para dar respuesta.

El gestor MAFE cuenta con un Plan de Mejora Continua de la calidad que dirige las necesidades y estrategias para mejorar el servicio conforme lo solicitado por la Secretaría de Salud. En cuanto a la satisfacción del usuario, se realizan encuestas de satisfacción comunitarias por personas asignadas por el rector (SESAL) al usuario que visita las unidades de Salud, los resultados obtenidos este año fueron muy buenos, lo que significa que la población está satisfecha con los servicios prestados por el gestor.

Cabe destacar que en estas encuestas se señalan los aspectos que han mejorado con la prestación de servicios: un mejor trato a los pacientes, abastecimiento de medicamentos, puntualidad del personal de las unidades de

salud, más unidades de salud atendiendo a los usuarios y un mayor incremento de actividades de prevención. En relación a la cobertura del servicio, se reporta que hay atenciones cíclicas, garantizando la cobertura de las unidades de salud durante los meses de mayor demanda. En relación a las consultas atendidas en el año 2014 por primera vez se reportan un promedio aproximado de 8957.

5 METODOLOGIA

Diseño Metodológico

Para la realización de la investigación se requirió la autorización y apoyo del director de la red, administradora de la red, coordinadores de unidades de salud, coordinador de promoción y secretaria de dirección. Así mismo se obtuvo el apoyo de los directivos de la Asociación Madre Feliz, Una vez obtenidos estos requerimientos se procedió a la recolección de datos en cada una de las unidades de salud asignadas a esta red donde había registro de caso de mortalidad infantil para verificar la información que ya existía en el archivo de documentos de la red y aplicar el cuestionario a promotores de salud.

El estudio se realizó en el año 2015, durante ese año se indagó el total de (9) promotores de salud, asignados a la Red de Salud de Taulabe, correspondientes a los municipios de Taulabe y San José de Comayagua. Dos de ellos tienen menos de 2 años de laborar el resto más de dos años.

Del total (4) de directores de red que ha tenido el modelo, se exploró a dos de ellos, cuyos cargos fueron ejercidos en el periodo 2010-2015. No se tuvo acceso a dos de los directores cuyo domicilio está fuera del departamento.

Tipo de Investigación: cuantitativo, descriptivo retrospectivo

Universo- muestra lo conforma: El total de casos de Mortalidad Infantil en ambos sexos durante el periodo de enero a diciembre 2012 registrados en el libro de Mortalidad Infantil de la Red de Salud MAFE, correspondiendo a 22 fallecidos, de estos se tuvo acceso a 18 casos registrados, a través de la Historia Clínica Perinatal Básica y de la ficha de investigación de muertes en el menor de cinco años (IVM4). Fueron excluidos (3) casos cuya información se encontró incompleta en cualquiera de los dos instrumentos y (1) un caso del que no se encontró información alguna.

Técnicas e instrumentos: a partir de la revisión de los expedientes de los casos de mortalidad infantil, se elaboró una lista de chequeo que incluye información sobre la Historia Clínica Perinatal Básica, (ver anexo tabla No 18 gráficos 19 y 20).

Del archivo de documentos de los establecimientos de salud del Modelo Descentralizado MAFE, se identificó la Ficha de Investigación de Mortalidad Infantil en el Menor de 5 años IVM-4, a partir de esta se elaboró una lista de chequeo para los 18 casos de mortalidad infantil. (Anexo No grafico 4- 19 y tabla No 18 y 19).

Se elaboró un cuestionario para los promotores de salud que indago las acciones del indicador materno infantil en el componente de promoción y prevención del convenio de gestión de servicios descentralizados “Madre Feliz” de la red de salud de Taulabe basado en la Estrategia Individuo Familia y Comunidad. (Anexo tabla No 1 al 13 y grafico No 1 al 5).

Por su parte, los directores de red también fueron entrevistados a través de un cuestionario semi estructurado, con el que se exploró su percepción acerca del aporte del modelo descentralizado Madre Feliz, en la Red de Salud Taulabe (anexo Tabla No 19) También se aplicó una lista de chequeo para disponibilidad de medicamentos dirigida a Coordinadores de las Unidades de Salud y Clínica Materno Infantil siendo un total de cinco de los cuales 4 corresponde a centros de salud y uno a clínica materno infantil. (Anexo Tabla No 21)

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos de medición se realizó a una prueba piloto a una muestra pequeña que no están dentro del universo de la muestra mediante el coeficiente alfa de Cronbach, utilizando el software SPSS versión 20, haciendo un análisis para incrementar su confiabilidad.se aplico a todos los instrumentos exceptuando el cuestionario dirigido a directores de red.

Una vez recolectada la información se realizó la tabulación de los datos utilizando el programa SPSS versión 20, exportando algunos datos al programa Excel se presentan estos en Tablas de frecuencia, medidas de tendencia central, gráficos. Posteriormente se realiza análisis comparando y discutiendo los hallazgos; y después las conclusiones y recomendaciones.

6 RESULTADOS

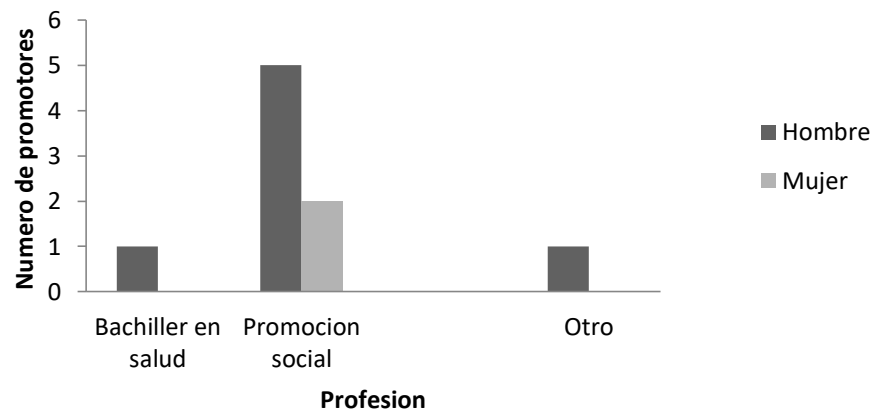
A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de gráficas, tablas. Se inicia con la caracterización de los promotores de salud. Seguido de la descripción de los elementos de la estrategia Individuo Familia Comunidad en 9 partes: 1) Elementos fundamentales de la estrategia individuo familia comunidad 1.1) Desarrollo de la conciencia, actitudes y capacidades 2) fortalecer vínculos, redes sociales y entornos de apoyo 3) Reorientación del rol de la partera 4) Coordinación con la estrategia AIN-C 5) Ampliación del rol de los servicios de salud 5.1)Temas de la estrategia, 5.2) Los signos de peligro materno neonatal 6) organización 6.1) la organización de los comités de salud y transporte 7) diagnostico 8) programación 8.1) capacitación institucional 9) monitoria y evaluación.

Posteriormente, se presenta los hallazgos de la mortalidad infantil en dos formas: características de las madres de los menores de un año fallecidos en el año 2012, y causas de mortalidad del menor

Finalmente, se complementa los resultados con las respuestas de dos directores de MAFE en los periodos comprendidos 2010-2015.

Grafico 1

**Nivel educativo y sexo de los promotores de salud, MAFE Taulabe,
Comayagua, 2015**



De los 9 promotores de salud, 7 son hombres, 2 son mujeres. En cuanto a su formación, 7 son promotores sociales, 1 bachiller en salud, el otro restante es licenciado en pedagogía.

Tabla 1

Desarrollo de conciencia, actitudes y capacidades de la Estrategia Individuo Familia Comunidad, en los promotores de salud, MAFE Taulabe, Comayagua, 2015

¿Conoce la estrategia?	Si	9
	No	0
¿Qué es la estrategia?	Una guía	2
	Otras Respuestas	7
¿Porque es necesaria la estrategia IfC?	Para la promoción de la salud a través de IEC	6
	Otras respuestas	3
	Derecho a la atención con calidad y calidez	4
¿Qué es crear conciencia en los prestadores de los servicios de salud?	Otras Respuestas	5
	Embarazadas, niños, MEF, ancianos	6
¿La estrategia IfC está dirigida con énfasis en?	Otras respuestas	3

El 100% de los promotores de salud conoce la Estrategia IfC. De ellos, el 2 contestan que esta es una guía a seguir. Otras respuestas giran alrededor de considerarla como un cambio de la conducta de las personas o una forma de controlar el trabajo del promotor.

Con respecto a porque es necesaria, 6 responden que es necesaria para la promoción de la salud a través de información, educación y comunicación.

Otras respuestas incluyen considerarla como medio para que la población ayude a solucionar el trabajo en la comunidad y cumplir con las metas, y como medio para tener una comunidad saludable.

Acerca de la pregunta que es crear conciencia en los prestadores de los servicios de salud, 4 responden que es un derecho que tiene la población a ser atendido dignamente con calidad y calidez. Otras respuestas tienden a considerar que crear conciencia en los prestadores de salud consiste en ayudar a la implementación de la estrategia, atender la población con medicamentos con mucha amabilidad.

Al preguntar a quien está dirigida la estrategia, 6 responden que la estrategia IFC está dirigida con énfasis en las embarazadas, niños, mujeres en edad fértil y ancianos. Otras respuestas apuntan a estos grupos por separados.

Tabla 2

Conocimiento sobre la participación de actores en la Estrategia Individuo Familia Comunidad, los promotores. MAFE Taulabe, Comayagua 2015 (N=9)

¿Porque es fundamental la participación de los actores en la estrategia IFC?

La necesidad de preservar la salud de la madre y el RN	Sensibilizar en los problemas de salud a la población	Todas son correctas	No sabe
1	1	4	3

En relación a la participación de otros actores claves en la estrategia 3 de los promotores no sabe cuál es la importancia de incluir la participación de otros actores en la estrategia IFC. 4 responden que es necesaria para la preservación de la salud de la madre y el recién nacido, otros en sensibilizar acerca de los problemas relacionados con la salud de la población asignada.

Tabla 3

Coordinación y apoyo de las organizaciones existentes de la comunidad en la implementación de la estrategia IFC, que reciben los promotores de salud MAFE Taulabe, Comayagua, 2015 (N=9)

Insumos y materiales	Recurso humano	No tiene apoyo
1	6	2

6 de los promotores recibe apoyo a través de recurso humano, 2 no cuenta con apoyo y uno por medio de insumos y materiales

Tabla 4

Rol de la partera en la comunidad según promotores de salud, MAFE Taulabe, Comayagua 2015 (N= 9)

Conoce el perfil de la partera tradicional capacitada	Si	5
	No	4
Rol de la partera	Participar activamente en la captación y vigilancia de la embarazada	6
	Promover atención calificada durante el parto	3
Las parteras están activas y vinculadas al sistema de salud	Siempre	6
	Casi siempre	3

5 de los promotores responden conocer el rol de la partera, 4 no tiene conocimiento. Acerca de la pregunta cuál es el rol de la partera, 6 de los promotores considera que las parteras deben de participar activamente en la captación y vigilancia de las embarazadas de su comunidad y en la elaboración del plan de parto, 3 consideran que es para promover la atención calificada durante el parto.

En relación a la vinculación de las parteras tradicionales y el sistema de salud, 6 promotores responden que siempre hay una vinculación ,3 contestan que casi siempre se da esa vinculación.

Tabla 5

**Coordinación con la Estrategia AIN-C según promotor de salud, MAFE
Taulabe, Comayagua 2015 (n=9)**

Número de monitoras(es) capacitado por comunidad funcionando	0-1	8
	2 a 4	1
¿Dónde están distribuidas las monitoras(es)?	Comunidad	8
	Barríos	1
¿Cuál es el papel del monitor (es) en AIN-C?	Vigilar el crecimiento y desarrollo	5
	involucrarse desde el periodo pre conceptual	1
	Todas las anteriores	3

En relación a la coordinación que tienen los promotores en cuanto a la estrategia AIN-C 8 promotores responden que cuentan con 1 a 2 monitoras(es) por comunidad, 1 promotor de 3 a 4. En su mayoría distribuido en las comunidades 8/9. Acerca de la pregunta cuál es el papel que juega la monitora(es) de salud ,5/9 refieren vigilar el crecimiento y desarrollo, 3/9 incluye la vigilancia desde su concepción, vigilar el crecimiento y desarrollo, pesar los niños y 1/9 que es debe de involucrarse desde su concepción.

Tabla 6

Conducción de la Estrategia Individuo Familia y Comunidad según promotores de salud en MAFE Taulabe, Comayagua 2015 (N 9)

Personal institucional	Voluntarios de salud	Todas son correctas	No sabe
1	3	3	2

Acerca de la actividad más importante en la estrategia individuo familia comunidad el tres de los promotores considera que es lograr que los voluntarios de salud conduzcan el proceso por medio de la información educación en salud sexual reproductiva, uno hacen referencia a que es el personal institucional, tres contestan que debe de ser el personal institucional voluntarios y promotor, dos de ellos responden que no saben.

Tabla 7

**Temas educativos de la Estrategia IFC, según promotor de salud MAFE
Taulabe Comayagua, 2015 (N=9)**

Tipo de IEC brinda a la comunidad			Metodología utilizada		
SSR, embarazo, parto, puerperio y atención al RN	Embarazo parto y puerperio	Ambas son correctas	Dialogada preguntas y respuestas	Expositiva con ayudas audiovisuales	Todas son correctas
3	1	5	2	4	3

En cuanto a la educación que brinda el promotor de salud basado en la estrategia IFC, 5/9 responden todas son correctas incluye salud sexual reproductiva, embarazo, parto, puerperio, recién nacido, 3/9 hacen referencia a la salud sexual reproductiva, embarazo, parto, puerperio y recién nacido, 1 responde que en el embarazo parto y puerperio.

Acerca de la pregunta sobre la metodología utilizada en los temas impartidos, 4/9 lo hacen expositivo con ayudas audiovisuales, 2/9 responden que de forma dialogada incluye preguntas y respuestas, otros incluyen las dos técnicas de enseñanza, expositiva, preguntas y respuestas con ayudas audiovisuales.

Grafico 2

**Responsable de la elaboración del plan de parto según promotor de salud,
MAFE Taulabe, Comayagua 2015**



En relación a la pregunta sobre la responsabilidad del llenado del plan de parto el 5/9 promotores responden que debe ser llenado por el medico durante la atención prenatal, 2/9 responden que debe de ser llenado por el promotor, el resto contesta que debe de ser llenado por la pareja familia, y personal de salud.

Tabla 8

Comités de salud y traslados según promotor de salud, MAFE Taulabe, Comayagua 2015 (n=9)

Tiene las comunidades comité de salud organizado	Si	7
	No	2
Las mujeres y niños con bajos recursos son trasladadas mediante	Los fondos comunitarios	1
	sus propios ingresos	6
	A pie	2
Los comités de traslado están integrados por	Comité de salud	6
	Líderes comunitarios	1
	Ambas son correctas	1
	No sabe	1

Al relacionar las preguntas con la organización del comité de traslado, medios de traslado e integración de los comités 7 de los promotores cuentan con comité organizado, de las referencias 6 responden que lo hacen por medio de sus propios ingresos económicos, el dos lo hacen a pie, uno de ellos responde que con fondos comunitarios.

Seis de los promotores responde que están integrados por los comités de salud ya formados, dos contestan por líderes comunitarios y comités de salud, uno de ellos desconoce quien integra los comité de traslado.

Tabla 9
Identificación de actores claves según promotor de salud, MAFE Taulabe Comayagua, 2015 (n=9)

Listado de MEF	Si	3
	No	6
Para que le ayuda el listado MEF	Registro de mujeres	2
	Captación oportuna de embarazadas	2
	todas son correctas	5
Listado MEF incluye	Dirección si tiene pareja	4
	No sabe	5
Cuenta con listado de menores de 5 años	Si	2
	No	7

6/9 de los promotores no cuenta con un listado de mujeres en edad fértil (MEF), 3/9 responde que si, al relaciona la pregunta para qué sirve el listado de MEF el 5/9 refiere que para el registro de mujeres, dar seguimiento en salud sexual reproductiva, captación oportuna de embarazos.

Acerca de la pregunta que incluye los listados de MEF, 5/9 no saben, 4/9 contestan que incluye la cantidad de MEF, dirección y si tiene pareja.

7/9 de los promotores responde que no cuenta con un listado de niños menores de cinco años 3/9 que sí.

Tabla 10

Desarrollo de reuniones comunitarias según promotores de salud, MAFE Taulabe Comayagua, 2015 (n=9)

Desarrollo de asambleas comunitarias	Cada mes	1
	Cada 2 meses	3
	Cada 3 meses	2
	Nunca	1
	Cada año	2
Las asambleas comunitarias son conducidas por	Promotor	7
	Otros	2
Tiempo de duración de reunión en minutos	30-60 minutos	5
	60 y mas	4

Acerca del desarrollo de las reuniones comunitarias 1/9 realiza las asambleas cada mes, 3 /9 cada 2 meses, 2/9 cada 3 meses, 2/9 cada año y 1/9 nunca.

Al relacionar la pregunta quien desarrolla las asambleas 7/9 responden que son conducidas por el promotor y un 2 por otros actores.

El tiempo de duración para cada asamblea según promotor es de 5/9 refieren es de 30-60 minutos, 4/9 refieren 60 minutos o más.

Tabla 11
Diagnostico comunitario según promotores de salud, MAFE Taulabe Comayagua, 2015 (n=9)

Cuenta con censo poblacional actualizado	Si	4
	No	5
Cuenta con análisis situacional de salud	Si	1
	No	8
Para que le sirve el ASIS	Insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud	2
	Caracterizar medir y explicar los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de la población	5
	No sabe	2
Como garantiza que las embarazadas cuentan con un plan de parto funcionando	Visitas domiciliarias	9

Cuatro de los promotores responde que cuenta con un censo actualizado; 8 de los promotores que no cuenta con ASIS, al preguntar para que nos sirve el ASIS 5/9 contestan que sirve para caracterizar medir y explicar los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de la población el 2/9 que es un insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud, el resto no sabe para qué sirve. En relación a la pregunta ¿cómo garantiza el promotor que las embarazadas cuentan con un plan de parto funcionando? 9/9 responde que mediante las visitas domiciliarias.

Tabla 12

Comunidades intervenidas según promotores de salud, MAFE Taulabe Comayagua, 2015 (n=9)

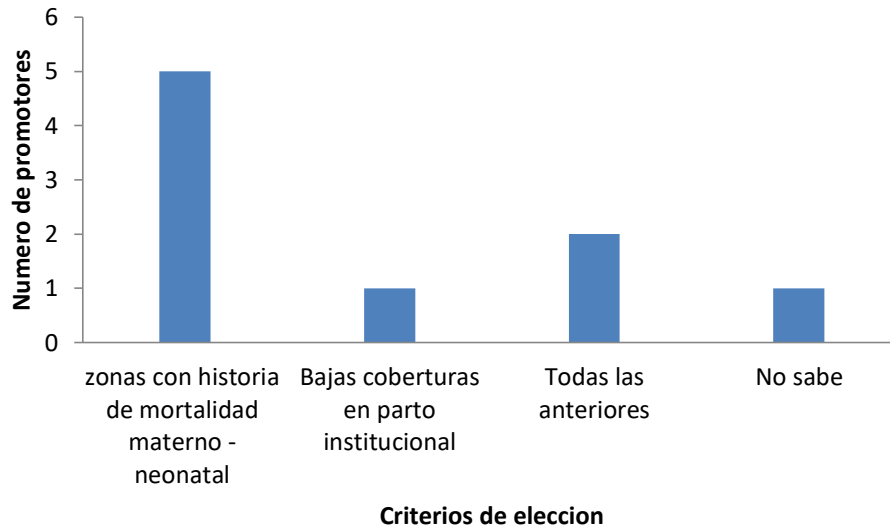
No de comunidades	1 por comunidad	6
	1 por sector hasta 3 comunidad	2
	No tiene	1
Qué significa realizar un plan de trabajo con la comunidad	Mejor aprovechamiento de los recursos y continuidad procesos de planificación	4
	La comunidad se da cuenta de sus problemas	1
	Ambas son correctas	4

Seis de los promotores responde que ha realizado intervención con un plan de trabajo 1 por comunidad, el 2/9 que lo realiza uno por sector que incluye hasta tres comunidades, 1/9 responde que no se intervienen los barrios.

Acerca de la pregunta que significa realizar un plan de trabajo comunitario el 4/9 refiere que para un mejor aprovechamiento de los recursos y continuidad procesos de planificación, otros 4/9 para un mejor aprovechamiento de los recursos y continuidad procesos de planificación, la comunidad se da cuenta de sus problemas y se apropia de ellos y uno de ellos responde que la comunidad se da cuenta de sus problemas.

Grafico No 3

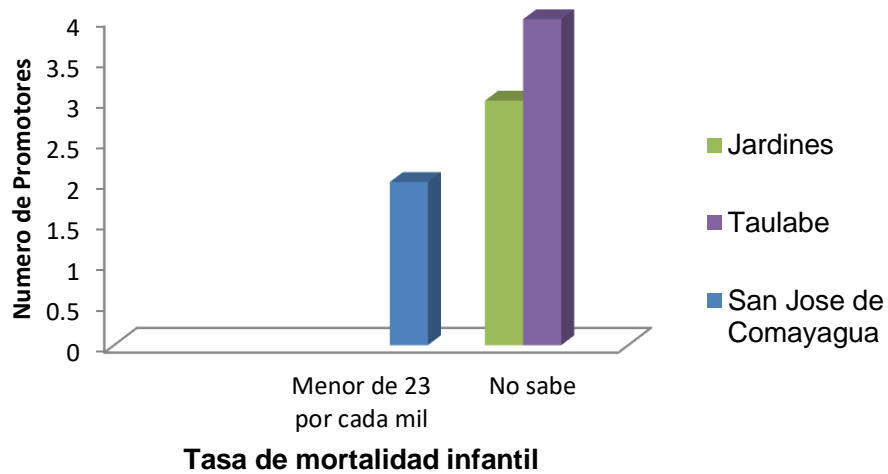
Criterios para la selección de comunidades para la implementación de la Estrategia Individuo Familia Comunidad, MAFE Taulabe, Comayagua 2015 (n=9)



5/9 de los promotores refiere que la elección de las comunidades es en las zonas con historia de morbi mortalidad materna y neonatal, un 2/9 promotores incluye la historia de morbi mortalidad, bajas coberturas de parto institucional y 1/9 baja cobertura institucional.

Grafico 4

Conocimiento de la tasa de Mortalidad Infantil según promotor de salud, por establecimiento de salud donde labora, MAFE Taulabe Comayagua 2015(n=9)



Dos de los promotores de San José de Comayagua refiere que la tasa de mortalidad infantil para esta unidad de salud es de 23 por cada mil, siete promotores entre la unidad de salud de Taulabe y Jardines desconoce la tasa de mortalidad infantil.

Tabla 13

Frecuencia de capacitaciones a promotores de salud en, MAFE Taulabe Comayagua, 2015(n=9)

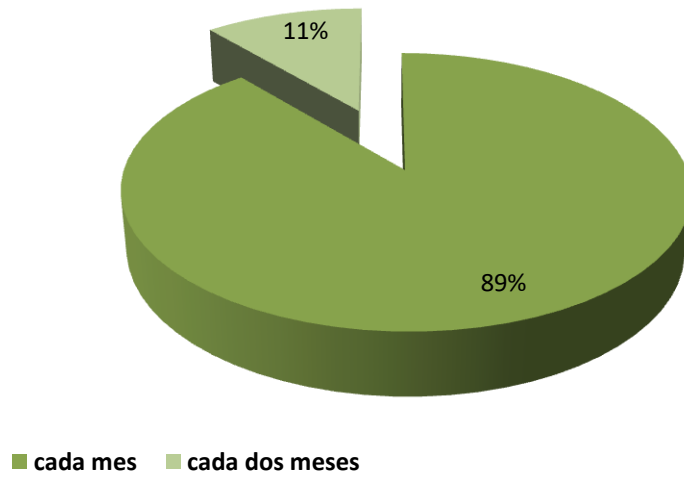
Numero de capacitaciones anuales		Está capacitado sobre atención materno neonatal y rol de la partera	
1-3	Nunca	Si	No
4	5	1	8

Acerca de la pregunta con qué frecuencia recibe capacitaciones, 4/9 promotores responden que de 1-3 por año, 5 que nunca en el año.

En relación a la pregunta si está capacitado en atención materno infantil y rol a la partera 8/9 no han recibido una capacitación, 1/9 contesta que sí.

Grafico 5

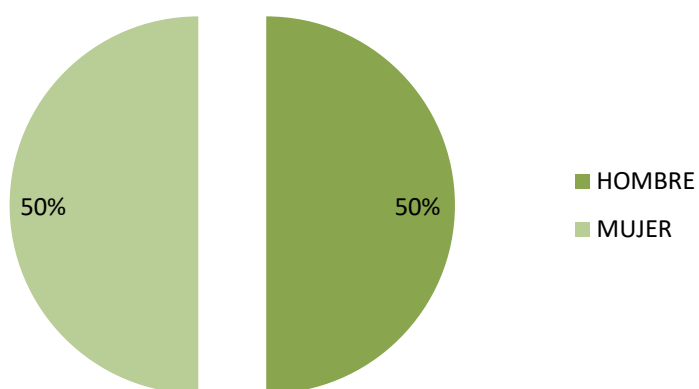
Frecuencia de supervisiones por promotor de salud, MAFE Taulabe Comayagua, 2015 (n=9)



8/9 promotores recibe supervisión cada mes, 1/9 cada dos meses

Grafico 6

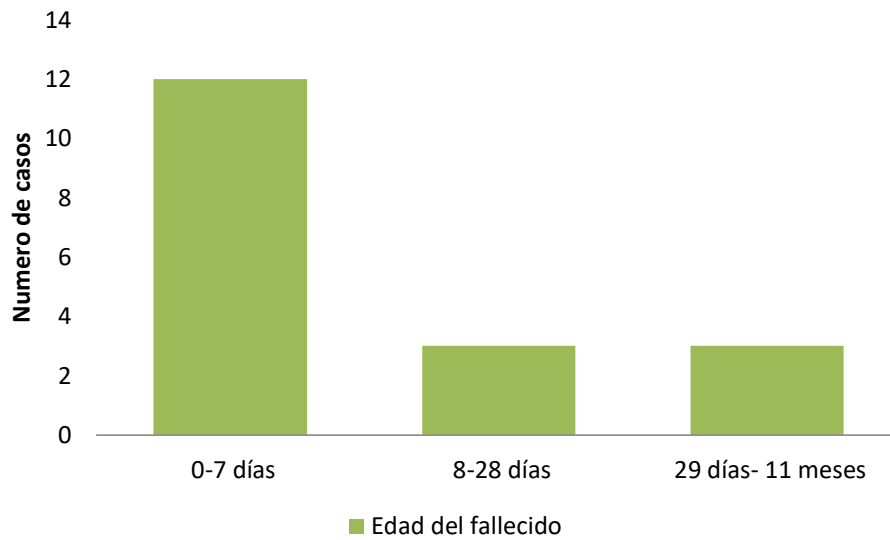
Mortalidad infantil según sexo. MAFE Taulabe, Comayagua 2012.



La mortalidad infantil en MAFE corresponde al 50% hombres 50% mujeres de los menores de un año que fallecieron en el 2012.

Grafico 7

Mortalidad infantil según grupo de edad. MAFE Taulabe, Comayagua 2012.



De las 18 muertes registradas durante el año 2012, 2/18 corresponden al periodo neonatal temprano del grupo de 0-7 días; 3/18 al periodo neonatal tardío 8-28 días, 3/18 se encuentran en el periodo de 29 días a 11 meses.

Tabla 14

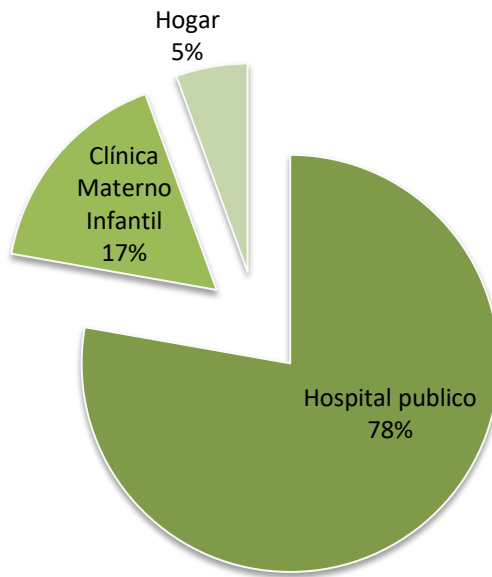
Porcentaje de mortalidad infantil según unidad de salud. MAFE Taulabe Comayagua, 2012 (nacidos vivos 812)

Unidad de salud a la que pertenecía el fallecido	Frecuencia	Porcentaje
Jardines	5	28
Delicias	2	11
Taulabe	10	56
San José de Comayagua	1	6
Total	18	100

El 56% de los fallecidos menores de un año corresponden a la unidad de salud de Taulabe, el 28% a la unidad de salud de Jardines, un 11% a la unidad de salud de Delicias y el 6% a la unidad de salud de San José de Comayagua.

Grafico 8

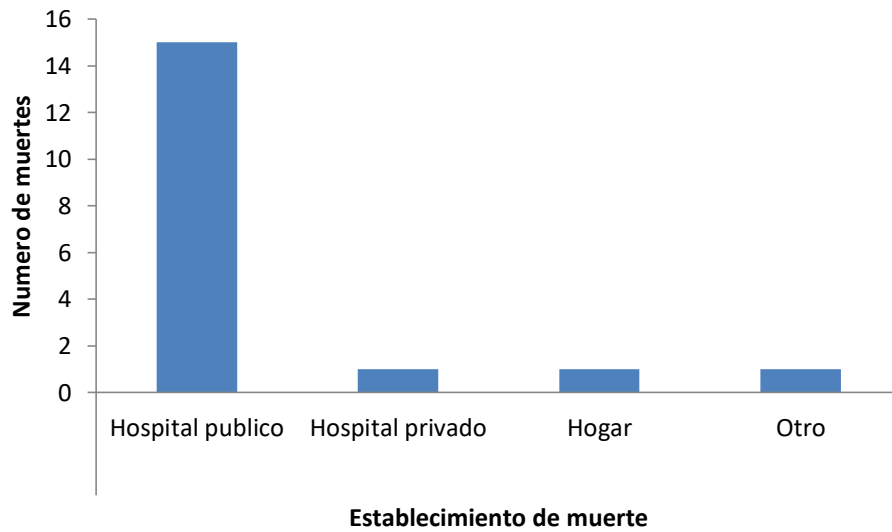
Mortalidad en menores de un año según sitios de parto. MAFE Taulabe Comayagua, 2012



Del total de los casos, el 78% (14/18) reporta sitios de parto en Hospital público, el 17%(3/18) en Clínica Materno Infantil y un 5% (1/18) corresponde al parto en el hogar.

Grafico 9

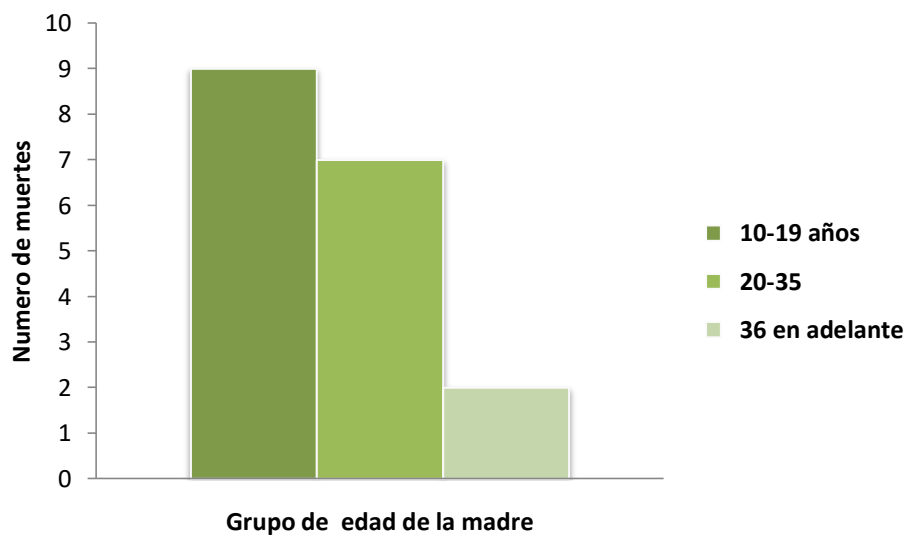
Mortalidad en menores de un año según establecimiento de salud donde ocurrió la muerte. MAFE Taulabe, Comayagua 2012.



El mayor número de muertes (15/18) corresponden al Hospital Público, (3/18) corresponden otros establecimientos como ser Hospital privado seguido del hogar y otro.

Grafico 10

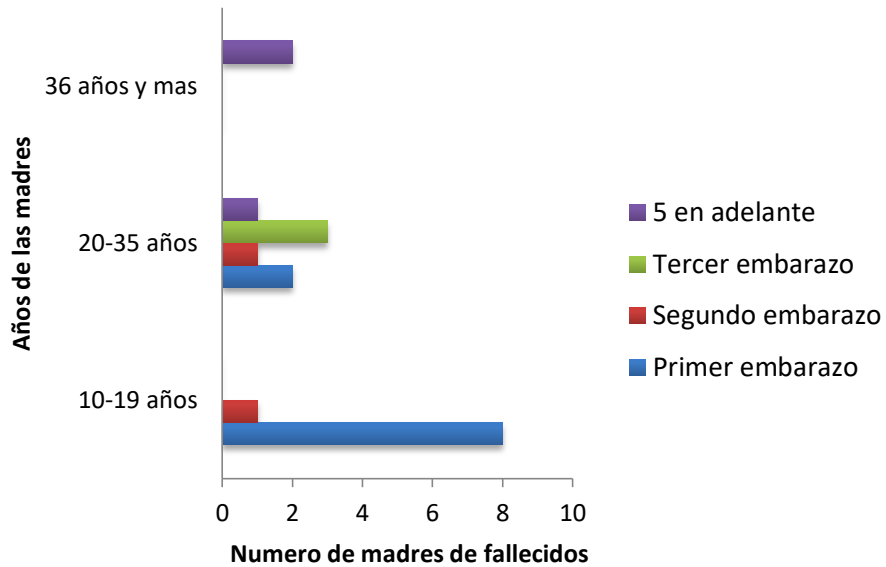
Frecuencia de mortalidad infantil según edad de la madre. MAFE Taulabe, Comayagua, 2012.



La mitad de los casos madres de los fallecidos (9 /18) corresponden al grupo de adolescentes de 10-19 años, (7/18) de 20-35 años y (2/18) están comprendidas al grupo de edad mayores de 36 años.

Grafico 11

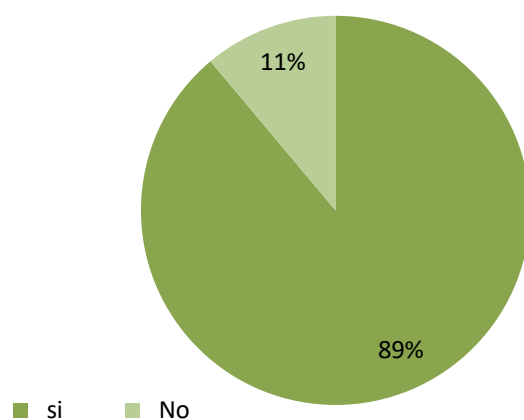
Mortalidad en menores de un año, según edad de la madre y número de embarazos. MAFE Taulabe, Comayagua, 2012.



Del total de los fallecidos (9/18) madres que se encuentran en el grupo de edad de 10-19 años, (8/18) son primigestas, seguido del grupo de edad de 20-35 años (7/18) mayoría en su tercer embarazo, (2/18) se encuentran en edades de 36 y más con su embarazo número cinco.

Grafico 12

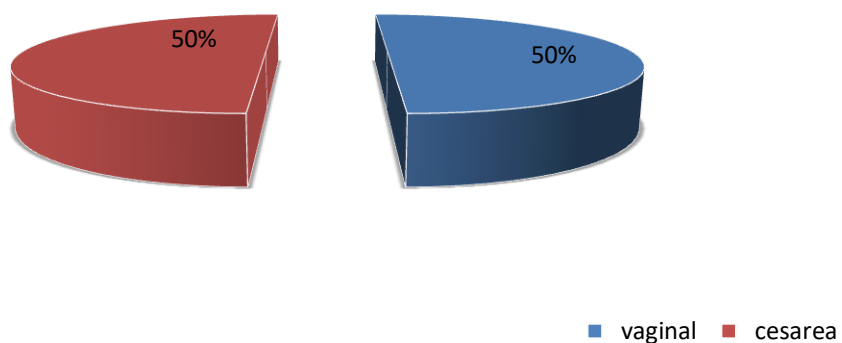
Mortalidad infantil en madres que recibieron atención prenatal. MAFE Taulabe Comayagua, 2012.



Del total de las madres de fallecidos el 89% recibieron atención prenatal, un 11% no recibió ningún tipo de atención.

Grafico 13

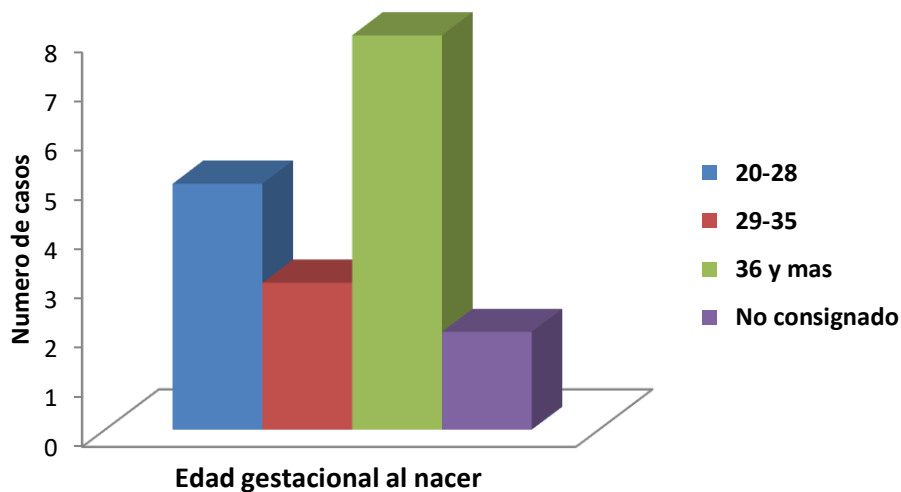
Mortalidad en menores de un año según tipo de parto. MAFE Taulabe, Comayagua, 2012.



El 50% (9/9) de los casos en madres de fallecidos se encontraba registrados que su tipo de parto fue vía vaginal y un 50% (9/9) vía cesárea.

Grafico 14

Mortalidad según edad gestacional al nacimiento. MAFE Taulabe Comayagua, 2012.



Del total de los casos registrados 8 de las 18 madres llegaron a la culminación de su embarazo con más de 36 semanas, seguido de 20-28 semanas de gestación (5/18), de 29- 35 semanas (3/18), 2 de ellas no consignado.

Tabla 15

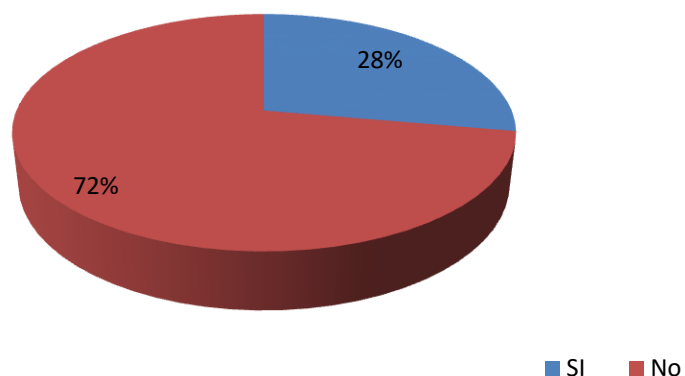
Mortalidad en menores de 1 año según causa básica de muerte. MAFE Taulabe, Comayagua 2012.

Enfermedad básica de la muerte	Frecuencia	Porcentaje
Sepsis neonatal	2	11
Mal formación congénita	2	11
Asfixia neonatal	2	11
Aspiración de meconio	1	6
Diarrea	2	11
Síndrome febril	1	6
otras patologías	1	6
Prematurez	2	11
Síndrome de distres respiratorio	2	11
Neumonía	2	11
No consignado	1	6
Total	18	100

Las causas de mortalidad más frecuentes se encuentran entre sepsis neonatal (2/18), seguido de mal formación congénita, asfixia, diarrea, prematurez, síndrome de distres respiratorio y neumonía con un número de dos casos por patología, otras patologías representan un caso.

Grafico 15

**Presencia de mal formación congénita en menores de un año fallecidos.
MAFE Taulabe Comayagua, 2012.**



De los 18 casos analizados el 28% de los fallecidos presentaron algún tipo de mal formación congénita, el 72% con menores de un año sin anomalía.

Tabla 16

Características básicas de saneamiento básico del hogar de los menores de un año fallecidos en MAFE, Taulabe Comayagua, 2012. (N=18)

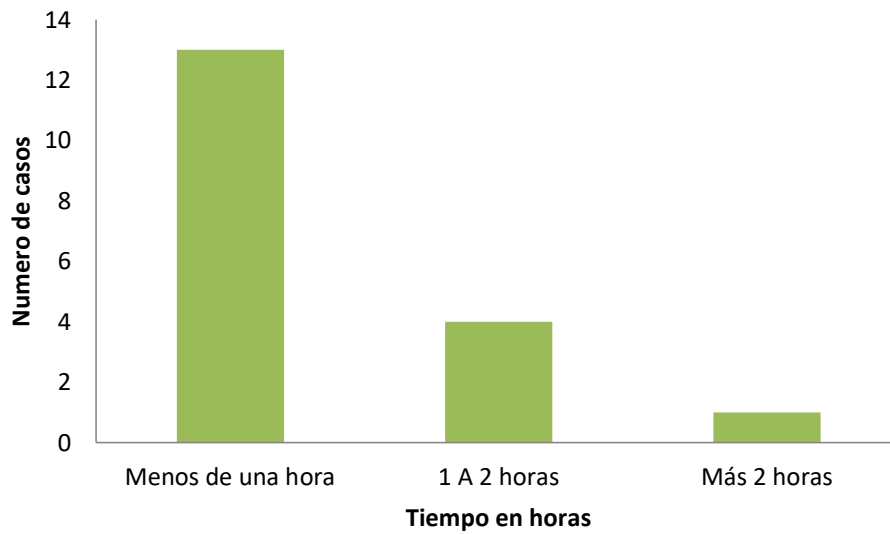
SERVICIOS DE AGUA	Llave dentro de la vivienda	14
	Pozo con bomba	1
	Pozo sin bomba	2
	Otro	1
DISPOSICIÓN DE EXCRETAS	Servicios sanitario	10
	Letrina simple	6
	Ninguna	1
	Letrina hidráulica	1
PISO DE LA CASA	Tierra	4
	Plancha de cemento	10
	Mosaico	4

Las características de las condiciones de vivienda en los fallecidos se encuentra que (14/18) cuentan con agua de llave dentro del hogar, el resto obtiene el suministro de agua en pozo con bomba (1/18) y sin bomba (2/18).

(17/18) cuentan con disposición de excretas en servicio sanitarios, (14/18) viviendas tienen piso de cemento, (4/10) mosaico, y con piso de tierra (4/18).

Grafico 16

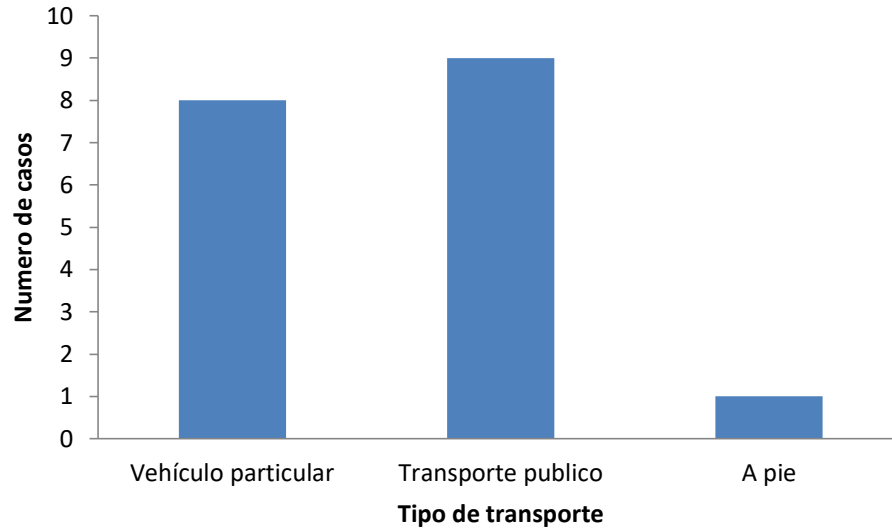
Tiempo de acceso en horas a la unidad de salud más cercana, según madre de los fallecidos menores de un año, MAFE Taulabe Comayagua, 2012



Del total de los casos analizados (13/18) se encuentran a menos de una hora de la unidad de salud más cercana, seguidos de (4/18) se encontraban en 1 a 2 horas y (1/18) tarda más de dos horas.

Grafico 17

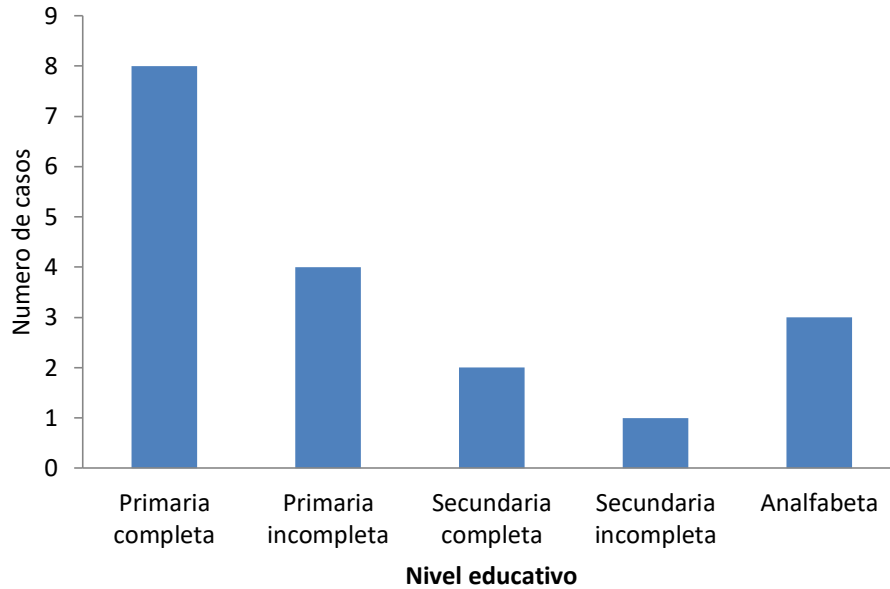
Tipo de transporte para acceder a la unidad de salud según la madre de los menores de un año fallecidos, MAFE Taulabe Comayagua, 2012. (n=18)



Del total de los casos (9/18) usan transporte público para tener acceso a la unidad de salud más cercana, (8/18) lo hacen por medio de carros particulares (1/18) tiene acceso a pie.

Grafico 18

Mortalidad en menores de un año, según escolaridad de la madre, MAFE Taulabe Comayagua, 2012. (n=18)



Del total de las madres (8/18) para un 44% realizaron primaria completa, seguido de primaria incompleta (4/18) reflejando un 22%, (3/18) no saben leer ni escribir haciendo un 17%, el resto se encuentra entre secundaria completa e incompleta.

Tabla 17

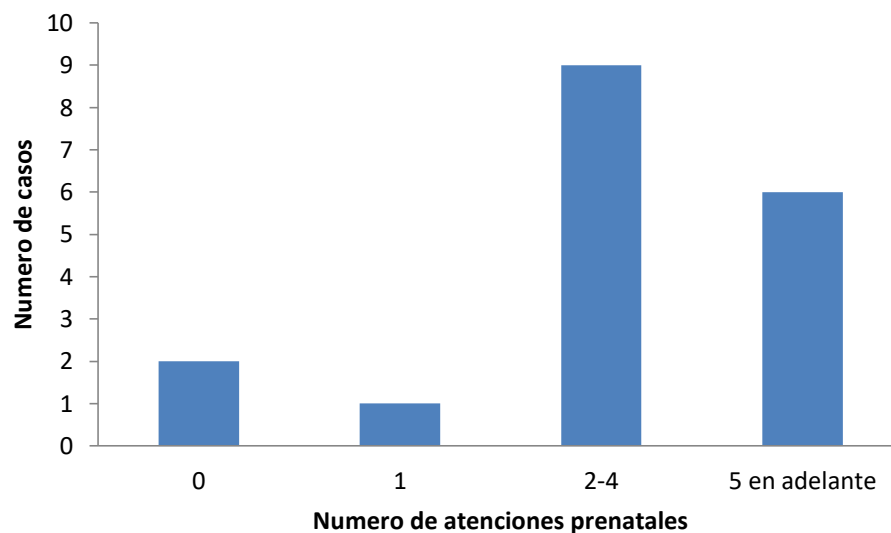
Frecuencia de antecedentes maternos antes y durante el parto en las madres de los menores de un año fallecidos, MAFE Taulabe Comayagua, 2012 (n=18)

Antecedentes maternos en el parto	Si	No	No consignado
Antecedentes de aborto	3	14	1
Presencia de anexitis durante el embarazo	0	16	2
Presencia de corioanmionitis en la madre	0	16	2
Eclampsia	0	17	1
Preclampsia	8	8	2
Infección del tracto urinario	8	6	4
Infección de transmisión sexual	5	11	2
Infección cervico Vaginal	5	11	2
Rotura prematura de membranas	0	16	2
Nacimiento único	15	2	1

Del total de casos el 83% (15/18) fueron parto único, 44% (8/18) presentaron preclampsia, 44% tuvieron antecedente de ITU durante su embarazo, el 28%(5/18) se les registro una infección de transmisión sexual al igual que infección cervico vaginal, 17% (3/18) se les registro un antecedente de aborto.

Grafico 19

Mortalidad en menores de un año según número de atenciones registradas. MAFE Taulabe, Comayagua, 2012.



Del total de las madres de los menores fallecidos, (9/18) correspondiente a un 50% recibieron entre 2 y 4 atenciones prenatales antes del parto, seguido de las que recibieron más de 5 atenciones prenatales (6/18) reflejando un 33%, el resto se encuentra entre 0-1 atención recibida.

Tabla 18

Evaluación a las madres de los fallecidos menores de un año que recibieron atención prenatal de acuerdo a la norma materno-neonatal, MAFE Taulabe, Comayagua, 2012. (n=16)

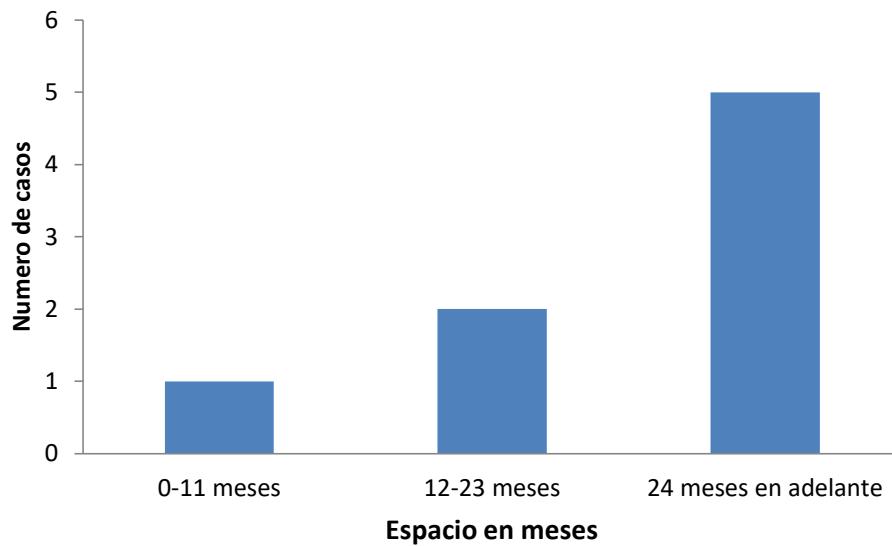
ACTIVIDAD		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antecedentes personales y obstétricos	Si	16	100
Medición de la talla	Si	16	100
Examen de mamas	Si	16	100
Semanas de amenorrea	Si	15	94
	No	1	6
Medición del peso	Si	16	100
Toma de la presión arterial	Si	16	100
Medición de la altura uterina	Si	16	100
Auscultación de latidos cardiacos fetales	Si	16	100
Movimientos fetales	Si	16	100
Registro de vacunación antitetánica	Si	16	100
Exámenes grapados y consignados en el expediente	Si	15	94
	No	1	
Se realizó ultrasonido en cualquier momento de embarazo	Si	13	81
	No	3	19
Solicitud de examen odontológico	Si	12	75
	No	4	25
Presencia de caries con seguimiento	Si	1	7
	No	10	91
Administración de Hierro y ácido fólico	Si	16	100
Se tomaron decisiones oportunas por problemas encontrados	Si	1	9
	No	15	91
Captación oportuna antes de las 12 SG	Si	4	25
	No	12	75
Cuenta con plan de parto actualizado	No	16	100
Recibió por lo menos 5 controles prenatales	Si	5	31
	No	11	69
Llego a CMI y fue referida	Si	9	50
	No	9	50

Del total de madres que recibieron atención prenatal del menor fallecido, al 100% (16/16) se les evaluó los siguientes criterios Antecedentes personales y

obstétricos, medición de la talla examen de mamas, medición del peso, toma de la presión arterial, medición de la altura uterina, auscultación de latidos cardiacos fetales, movimientos fetales, registro de vacunación antitetánica, Administración de Hierro y ácido fólico, el 94% (15/16) tenían sus exámenes realizados en el expediente; el 91%(10/11) tenía presencia de caries y no recibieron seguimiento. El 75% de las madres recibió atención odontológica, un 31% de las madres de los fallecidos recibieron al menos 5 atenciones prenatales, el 100% de las madres no contaban con un plan de parto y un 50% asistió a la Clínica Materno Infantil y fue referida a un nivel de mayor complejidad.

Grafico 19

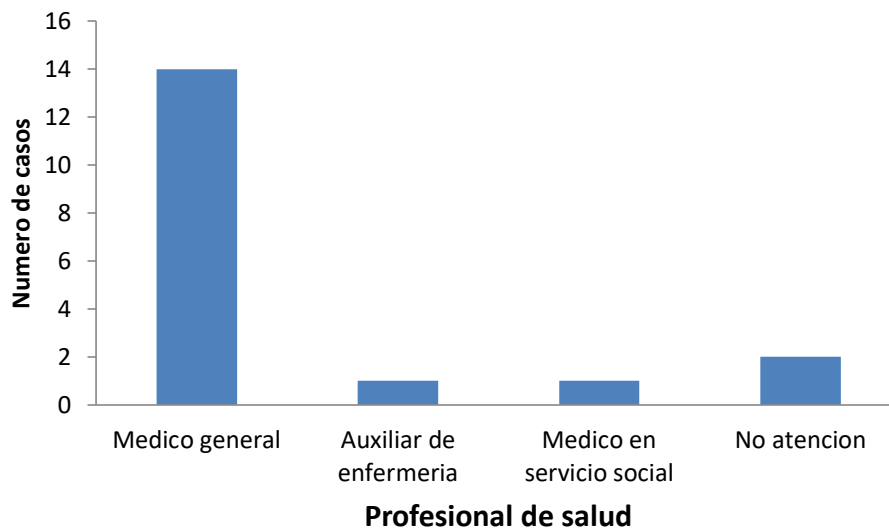
Espacio intergenesico en las madres de los menores de un año que fallecieron, MAFE, Taulabe, Comayagua 2012.



Del total de madres de los menores de un año fallecidos que tenían gestas anteriores (5/8) para un 63% su espacio intergenesico registrado fue de 24 meses en adelante, seguido de 12-23 meses (2/8) reflejando un 25% que su espacio intergenesico fue de 12-23 meses, (1/8) fue menos de un año.

Grafico 20

Atención prenatal por profesional de salud en madres de los menores de un año fallecidos, MAFE Taulabe, Comayagua, 2012.



De las 18 madres de los menores de un año fallecidos (14/18) recibieron atención por parte de Médico general, (1/18) recibió atención por Médico servicio social, (1/18) por Auxiliar de Enfermería, (2/18) no recibió atención.

Tabla No 19

**RESULTADOS CUESTIONARIO SOBRE APORTES AL INDICADOR MATERNO INFANTIL, DIRIGIDO A DIRECTORES DE MAFE
TAULABE, COMAYAGUA. 2012- 2015**

COMPONENTE	PREGUNTA	RESPUESTA 1 2010/2012	RESPUESTA 2 2012/ a la fecha	ANALISIS
ACCESO	¿Cuenta con mapa actualizado donde identifica las familias de riesgo, menores de 5 años, mujeres embarazadas?	Si, se elaboró aunque no se mantuvo actualizado, ni completo donde se identificarán los riesgos.	// Si por cada comunidad, se va actualizando al día 30 de cada mes, si esta actualizado.	Al preguntar a los directores de la red de salud Madre Feliz, si se cuenta con un mapa actualizado donde se identifique a las embarazadas y los menores de 5 años. Ambos responden afirmativamente. El primero cuyo periodo fue 2010/2012 afirma que fue elaborado en el 2012, sin embargo no se mantiene actualizado con la información requerida. Lo anterior no permite identificar los riesgos de las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años. El segundo director sostiene que los mapas además de elaborados están mensualmente actualizados.

	¿En relación al acceso de la mujer al modelo MAFE, como considera usted el horario? Los costos?	Pues en cuanto a costos es gratis y hay accesos , las que viene se les da la atención, si es de planificación se les cobra un valor simbólico	Los horarios de las atenciones médicas se brindan 6 horas y los establecimientos están aperturados las 8 horas, la atención es gratuita no hay limitantes a la población.	En cuanto a costos; la atención es gratis, hay un valor simbólico horarios; disponibilidad de médicos las 6 horas, apertura de las unidades de salud por 8 horas.
COBERTURA	¿Cómo director que piensa usted acerca de la cobertura de los servicios de salud materna infantil?	Cobertura. Estamos hablando de atención prácticamente se trata de brindar lo mejor posible pero siempre hay dificultad para lograr el 100 en todas las mujeres, para mejorar el acceso se les debería de llevar a la casa la atención	// Son adecuados, la cartera de servicios prioriza a la madre y el niño. Por tanto se tiene todos los insumos que se necesita y la oferta va de acuerdo a la demanda que nos toca como materno infantil, no todas se encuentran identificadas en el mapa de riesgo, pero si la mayor parte.	Si hablamos de cobertura son adecuados, se debe de brindar lo mejor posible, se cuenta con todos los insumos necesarios para alcanzarla, aun no se llega al 100%
	Qué sabe usted acerca de la cobertura alcanzada en el modelo MAFE? Considera que se distingue de otros modelos? Cómo? En qué aspectos? Y en cuanto a la universalidad qué opina?	Cobertura alcanzada: en el 2005 al 2010 se miró la mejoría hubo impacto se lograron los indicadores, la mortalidad siempre se mantiene porque los casos la mayoría no son por diarreas y neumonías, son casos mortalidad infantil en los primeros días de	Que se ha ido incrementando la cobertura a medida que se ha contratado más personal, más personal asistencial. Se distingue de otros modelos porque tenemos unidades comunitarias funcionando, distribuimos el recurso	En comparación al 2005 que inicia el modelo se observa impacto en los indicadores aunque siempre se mantiene la mortalidad infantil, no por las causas principales como ser diarreas y neumonías si ve el aumento en los niños en sus primeros días de nacido. Así como se ha logrado los indicadores también hay necesidad de la

		<p>nacidos esos son los cambios que ha habido, mortalidad temprana,</p> <p>Si se distingue, porque en el tiempo que yo estuve era uno de los mejores, había mucha gente que venía a ver el modelo, los procesos las instalaciones y la forma en que se trabajaba para llevar ideas a otros modelos. Aspectos: teníamos muy buenas estrategias de busca de embarazadas, se mejoró llevándoles pruebas de embarazos a la comunidad que eso no se hacía, entonces en ese aspecto mejoro, los promotores realizan la prueba completamente gratis entiendo que todavía es así, las monitoras cobran 10 lempiras por cada prueba</p> <p>Universalidad, incluye el 85 % de la población toda la población tiene</p>	<p>humano en base a la población, tenemos abastecidos los establecimientos de los insumos necesarios, prioritarios en cambio otros modelos no lo tienen, no existen unidades comunitarias ni hay médicos por cada 6000 habitantes, en cuanto a la universalidad todavía no se alcanza, la palabra universalización se refiere al seguro hay que ver en qué contexto, pero hoy por las personas no tienen seguro o que todo mundo debe de tener acceso a la salud. No se alcanza debido hay que hay áreas muy postergadas.</p>	<p>contratación de mayor recurso humano.</p> <p>Como se distingue de otros modelos, es uno de los mejores modelos a nivel nacional, mucha gente venía a observar su funcionamiento, además de ello se cuenta con unidades comunitarias funcionando, la distribución del personal de acuerdo a la población 1 medico por cada 6000 habitantes, abastecimiento de insumos.</p> <p>Con muy buenas estrategias para la captación de embarazadas, los promotores realizan pruebas de embarazadas, las monitoras en sus comunidades a un bajo costo de 10 lempiras.</p> <p>Para la universalización aún nos falta no logramos alcanzar, en el modelo se incluye un 85% de la población, se atiende personas de otros municipios aun costo ya estipulado, para la gente del municipio es gratis, las comunidades de mayor postergación no cuentan con este beneficio.</p>
--	--	--	---	--

		<p>acceso, al atender personas de otros municipios tiene un costo, para la gente que es exclusiva del municipio es gratis, no toda la población viene, algunas no tienen la necesidad de acceder. Para confirmar que la gente tiene acceso habría que hacer una encuesta y promocionar para que puedan acceder</p>		
MODELO DESCENTRALIZADO	<p>¿Piensa usted que la atención- prevención y promoción forman parte del modelo? Porque?</p>	<p>Sí, porque son los ejes fundamentales de la política en salud con la descentralización, para el 2012 se buscaban estrategias pero no es posible su aplicación en un 100% porque no hay cobertura en un 100% de la gente</p>	<p>si claro porque se hacen actividades de prevención, jornada de vacunación canina, vacunación de las personas, operativos de limpieza, destrucción de criadero, reunión con grupos de auto apoyo, reunión con adolescentes, reuniones con AIN-C</p>	<p>La atención promoción- prevención son ejes fundamentales de la política en salud con la descentralización para el 2012 se buscaba estrategias que no se cumplen por no tener una cobertura universal</p>
	<p>¿Existe el recurso humano capacitado y suficiente para la atención, promoción y prevención en el indicador materno infantil? Considera usted que el recurso</p>	<p>Se vio la necesidad de ampliar en aquel momento más promotores no había personal completo, no responde a las necesidades algunas les falta actitud no la</p>	<p>Para la parte de promoción tenemos un déficit, porque no se asigna un promotor por cada 300 familias, y tenemos muchas familias asignadas a un solo promotor, nos</p>	<p>Poco recurso humano como ser promotores, médicos, odontólogos, hay deficiencias en los servicios médicos que se le brinda a la población y muchas veces falta de actitud.</p>

	humano responde de acuerdo a las necesidades de la población?	tienen no se le brinda a las personas las necesidades, no puede decir que, las características falta de educación en el momento que tienen la oportunidad, pérdida de oportunidades, a pesar de los recursos, si se puede responder si se cambia la actitud	hace falta un médico y nos hace falta dos odontólogos o uno más, ya con esto estaríamos bien. En cuanto al recurso humano hay deficiencias en los servicios médicos, odontológicos, laboratoriales, y de promoción como nos corresponde.	
	¿De qué forma se fortalece la organización en la estrategia IFC para la disminución de la mortalidad infantil, en el modelo MAFE?	Capacitación del personal, compromiso y responsabilidad de lo capacitado y asignado, recursos logísticos, medicamentos insumos papelería Actores todos. Hubo capacitación IFC hasta la gente que vive en la comunidad se formaron comités y se pretendía que los promotores realizaron y estuvieran capacitados	// actualmente se está trabajando con la estrategia del TIFC , 2016 se tiene comité de traslados organizados, en aquellas comunidades donde ha habido muerte infantil, para el 2014/2015 estaban organizados pero no estaban funcionando, lo que hace falta son más seguimientos y capacitaciones	La estrategia IFC se fortalece a través de capacitaciones, actualmente estamos con la estrategia de del TIFC, Organización de comités de traslado donde hay antecedentes de mortalidad infantil, siempre han estado organizados solo que no funcionaban por falta de seguimiento y capacitaciones.
	¿El presupuesto destinado al indicador materno infantil considera usted que es el adecuado y que cubre todas las necesidades?	Capacitación del personal, Desconozco presupuesto, lo maneja la admón., recomendación	// No es el adecuado, por ejemplo en los traslados las personas aportan una parte lo demás es gratuito, la paciente aporta al igual que los ultrasonidos, y hace	Se desconoce el presupuesto es manejado por la administración, pero se puede decir que no es el adecuado, hay servicios que la misma población debe de aportar para obtenerlo, al igual que algunos exámenes

			un costo la usuario, algunos medicamentos que no están en el cuadro básico, al igual que las citologías.	básicos como la realización de los ultrasonidos en las embarazadas, seguimientos a las citologías y algunos medicamentos que no existen en el cuadro básico.
--	--	--	--	--

Tabla 20

Disponibilidad de medicamentos e insumos básicos para atención a la embarazada y menor de un año por unidad de salud, MAFE Taulabe, Comayagua 2015

Disponibilidad		Unidad de salud				CMI	Total	%
		CIS Taulabe	CIS Jardines	CIS San José de Comayagua	UAPS Delicias			
Hidralazina inyectada	Si	1	1	0	0	1	3	60
	N/A	0	0	1	1	0	1	40
Acetaminofén en tableta	Si	1	1	1	1	1	5	100
Amoxicilina en capsula	Si	1	1	1	1	1	5	100
Aldomet 100mg	Si	1	1	0	0	1	3	60
	N/A	0	0	1	1	0	2	40
Sueros solución salina, hartmann, dextrosa	No	0	0	1	0	0	1	20
	Si	1	1	0	1	1	4	80
Ampicilina IV	Si	1	1	1	0	1	4	80
	N/A	0	0	0	1	0	1	20
Gentamicina inyect de 40mg	Si	1	1	1	1	1	5	100
Sulfato de mg 20%	Si	1	1	1	1	1	5	100
Diazepan 5 mg IM/IV	Si	1	1	1	1	1	5	100
Oxigeno	Si	1	0	0	0	1	2	40
	N/A	0	1	1	1	0	3	60
Mariposas y catéter	Si	1	1	1	1	1	5	100
Guantes desechables y estériles	Si	1	1	1	1	1	5	100
Salbutamol para nebulizar	Si	1	1	1	1	1	5	100
Salbutamol en jarabe	Si	1	1	1	1	1	5	100
Jeringas de 2,5,10cc agujas de 20,22 y 24	Si	1	1	1	1	1	5	100
Disponibilidad de penicilina benzatinica	Si	1	1	1	1	1	5	100
Estetoscopio y esfigmomanómetro	Si	1	1	1	1	1	5	100
Amoxicilina en suspensión	Si	1	1	1	1	1	5	100
Trimetropin en suspensión	Si	1	1	1	1	1	5	100
Prenatales	Si	1	1	1	1	0	4	80
	N/A		0	0	0	1	1	20
Nebulizador funcionando y mascarillas	Si	1	1	1	1	1	5	100
Trimetropin en tableta	Si	1	1	1	1	1	5	100
Acido folio de 1mg o 5 mg	Si	1	1	1	1	1	5	100
Soluciones para desinfección CMI	Si	1	1	1	1	1	5	100
Existencia de estetoscopio CMI	Si	1	1	1	1	1	5	100

El 100% de las unidades de salud cuentan con los medicamentos e insumos necesarios para la atención del menor de un año a excepción de la UAPS de Delicias, que en el cuadro básico de medicamentos no se encuentra la hidralazina, aldomet 100 mg, y oxígeno que solo está asignado al CIS de Taulabe y CMI.

7 ANALISIS DE RESULTADOS

La mortalidad infantil en el primer año de vida es uno de los indicadores fundamentales de las condiciones de vida en una comunidad, nación o pueblo, siendo su reducción una de las prioridades del sistema de salud a nivel mundial, en Honduras se han hecho diferentes esfuerzos para lograr reducir la mortalidad infantil, según los últimos datos de ENDESA 2011-2012, Comayagua se encuentra en niveles medios de mortalidad infantil ubicando así la Red de salud de Taulabe con una disminución significativa de la mortalidad infantil.

Partiendo de los resultados obtenidos en la investigación sobre mortalidad del menor de un año en el modelo descentralizado Madre Feliz (MAFE) en el periodo comprendido de enero a diciembre 2012. El estudio demuestra que a pesar de que la red de salud se encuentra bajo un modelo de descentralización, los avances en el indicador materno infantil no logran alcanzar los objetivos esperados, para el 2012 la tasa de mortalidad infantil fue 27 por mil nacidos vivos, entre sus primeras causas la prematurez, sepsis neonatal, asfixia, malformaciones congénitas, diarrea, neumonía y síndrome de distres respiratorio tal como lo considera la (OMS, 2005) y otras investigaciones sobre la mortalidad infantil.

(Mejia, 2016) Afirma que el sexo con mayor frecuencia de mortalidad en el menor de un año ocurre en los varones que en mujeres. En este estudio se demuestra que el porcentaje de muertes fue el mismo para hombres y para las mujeres, dando un resultado diferente a esta teoría.

Los partos pre términos en su mayoría se asocian con mayor riesgo de mortalidad en el menor de un año, al relacionar la edad gestacional en este estudio demuestra que los partos mayores de 36 semanas presentaron mayor riesgo de morir y en un porcentaje significativo los partos menores de 28 semanas.

El mayor porcentaje de mortalidad en menores de un año se encuentra en las madres primigestas y multíparas de más de 5 hijos, madres con antecedentes de aborto, una de las características reproductivas que hacen vulnerable a la mujer, para enfrentarse a la pérdida del menor; Según Jewell y Triunfo (2010) las características reproductivas de la madre tienen un fuerte impacto sobre la mortalidad infantil lo que se logra evidenciar en los resultados sobre todo la condición de la mujer en el número de embarazos.

Investigaciones previas a este estudio afirman que la edad materna en menores de 20 años y las mayores de 39 es uno de los factores que contribuye al mayor número de muertes en el menor de un año, encontrando en el estudio que el grupo de edad con mayor frecuencia corresponde a las menores de 19 años en

un 50% en su mayoría siendo su primer embarazo no así, la edad extrema mayor de 35 quien no refleja impacto en la mortalidad menor de un año, el tipo de parto múltiple que es una de las causas de bajo peso al nacer o prematuridad en este estudio no representó un porcentaje significativo. (CELADE – del Fondo de las Naciones Unidas, 2011)

Las patologías maternas en este estudio se encuentran en un alto porcentaje, como ser las infecciones del tracto urinario, infecciones vaginales, presencia de caries dentales, los trastornos hipertensivos representaron un porcentaje significativo durante el embarazo y durante el parto, en su mayoría sin el seguimiento oportuno para la toma de decisiones que pudo haber aportado en salvar la vida del menor de un año. Estas patologías antes mencionadas son unas de las principales causas de mortalidad y complicaciones maternas como ser: parto pre término, bajo peso al nacer, pre eclampsias en la madre, sepsis neonatal y otras. Investigaciones previas afirman que la presencia de caries en el primer trimestre de embarazo parece tomar relevancia como factor de riesgo para pre eclampsia cuando ocurre concomitante con infecciones urinarias y otros hallazgos relacionados con infección dental. (Jorge Alejandro Lopera Rodríguez, 2015)

La Comisión sobre los determinantes Sociales de la OMS, propone que la capacidad de supervivencia de un infante aumenta con la mejora de servicios

sociales, este estudio demuestra que las madres que viven en el área rural sus hijos menores de un año presentaron mayor riesgo de morir en comparación con las del área urbana, aunque las condiciones socioeconómicas no representan mayor impacto (Jiménez-Moleón, 2016). La educación de las madres en los menores de un año fallecidos refleja que el nivel educativo de secundaria incompleta son las que presentaron mayor riesgo de morir en el primer año de vida, las madres sin un nivel educativo no presentaron un porcentaje significativo.

Aun cuando las condiciones ambientales están relacionadas con la mortalidad infantil, cabe destacar que en estudio, las condiciones de saneamiento básico son relativamente aceptables. Así también el acceso a los servicios de salud, siendo que en su mayoría las madres de los menores tienen acceso en menos de una hora a los servicios de salud más cercanos resulta meritorio examinar entonces los factores relacionados con la atención en salud. Entre estos la atención prenatal efectiva que no requiere de tener la última tecnología o edificios sofisticados pero si es necesario tener un sistema de información sistematizado en este caso la historia clínica perinatal básica (HCPB) donde se documente toda la información de la usuaria, para hacer uso de ella y tomar decisiones ante la posibilidad de identificar un riesgo temprano.

La atención prenatal, la educación sobre los hábitos saludables, signos de peligro que se contemplan en el plan de parto, capacitación tardía de embarazo, menos de 5 controles prenatales antes del parto y la no atención prenatal son los hallazgos más importantes en este estudio; cuando se logra tener coberturas altas de atención prenatal temprana y una baja de tasa de mortalidad es más fácil detectar malformaciones congénitas y otras patologías un buen control prenatal puede incidir en la mortalidad infantil.

Machado y Hill, afirman que con un número inferior a 7 controles aumenta la probabilidad de morir antes del primer año de vida, el seguimiento para la toma de decisiones de acuerdo a los hallazgos en cada atención prenatal es básico para proteger la vida de un recién nacido, las normas neonatales de nuestro país hace referencia de recibir al menos 5 atenciones prenatales de calidad. (Jiménez-Moleón, 2016)

Es importante recalcar que el porcentaje de parto institucional es uno de los indicadores que ha mejorado con el inicio del modelo descentralizado a partir de la apertura y funcionamiento de la Clínica Materno Infantil mejorando así el acceso de la embarazada para la atención del parto. El porcentaje de parto natural en los fallecidos es igual que los que nacieron vía cesárea, muchas investigaciones hacen referencia que los partos por cesárea tienen mayor riesgo de tener complicaciones en el post parto inmediato La OMS (1983) insto a los países a mantener una tasa de cesáreas, entre 10 y el 15% de los partos.

Sin dejar pasar por alto es importante mencionar que en la mayoría de los casos las madres antes del proceso de parto pasaron por la clínica materno infantil, donde fueron evaluadas y referidas al nivel de mayor complejidad que es el que finalmente reporta el mayor número de muertes infantiles. Algunas madres dejan evidencia de este hallazgo a través del relato, en otros casos se obtiene por el análisis de la ficha de investigación de mortalidad en el menor de 5 años.

El documento Marco Conceptual Político de la Reforma del Sector Salud bajo el diseño de "Modelo Nacional de Salud" describe que la mortalidad es uno de los indicadores que contribuye para que se inicie el proceso de descentralización al igual que la captación tardía de las embarazadas, el parto comunitario que es considerado en la teoría como uno de los factores que determinan la salud del recién nacido, la educación en la salud materna se encuentra con muchas deficiencias y la falta de recurso humano. (OMS, 2015)

En octubre 2005 inicia el Modelo Descentralizado Madre Feliz con la separación de funciones del municipio de Taulabe el traslado de la provisión de los servicios de salud a la Asociación conformada por voluntarios de salud, ex alcalde municipal, y miembros de la sociedad civil, bajo la modalidad de un convenio de gestión por resultados definiendo los objetivos y metas de salud a alcanzar, con criterios de calidad asignando los recursos necesarios de la

población a cubrir, siendo el gestor responsable de hacer un buen uso de los recursos y financiamiento asignado, así como la decisión de la búsqueda de recurso humano que deben ser evaluados por la región sanitaria, para ubicarlo en las zonas de mayor necesidad, dar cumplimiento a los componentes principales como ser la atención, promoción y prevención.

En el indicador materno infantil, la cobertura de atención prenatal no se logra al 100%, como se ha descrito anteriormente sigue representando un problema que impacta a los resultados del modelo descentralizado, se han implementado diferentes estrategias para la mejora de estos indicadores, como ser la ampliación de acceso a los servicios de salud por medio de los equipos de salud familiar a las comunidades con difícil acceso, realización de pruebas de embarazo administradas por monitoras de salud a un bajo costo de 10.00 lempiras, en las unidades de salud se da preferencia el atención a la embarazada y se exonera de pago (exámenes, odontología, atención, citología vaginal). En caso de que el familiar no pueda pagar su traslado al ser referido a un centro de mayor complejidad, se facilita el transporte.

Para el año 2015 la red de salud de Taulabe (MAFE) cuenta con 9 promotores recurso humano que no es suficiente para cubrir el número de familias que recomienda el Modelo Nacional de Salud, hay unidades de salud como ser las Delicias no cuenta con promotor asignado, es cubierta por uno de los

promotores quien tiene la responsabilidad de dar seguimiento a dos unidades de salud del municipio San Jose de Comayagua, esto continua siendo una limitante para el logro de los objetivos e indicadores establecidos en el convenio.

Honduras ha desarrollado experiencias y estrategias con participación social y comunitaria, algunas de las cuales incorporan componentes de promoción de la salud, unas en mayor grado que otras. Estas estrategias se diseñan o son adaptadas por la Secretaria de Salud, con el objetivo de contribuir a la disminución de la mortalidad materna infantil asi como mejorar la calidad de atención en estos grupos en el ámbito institucional y comunitario.

Entre las actividades programadas para cumplir con el compromiso de ampliación de la cobertura, uno es la Atención Primaria en Salud, aquí se incorporaron a la base de la pirámide de salud a los trabajadores voluntarios: guardianes de salud, representantes de salud, parteras tradicionales, monitores y monitoras de AIN-C, colaboradores voluntarios, entre otros.

El convenio de gestión del modelo descentralizado MAFE (SESAL, 2014) contempla el componente atención promoción y prevención, del indicador materno infantil y el modelo nacional de salud que debe ser centrado en la persona, familia, comunidad y entorno, respetando sus derechos y culturas, la estrategia individuo familia comunidad busca Contribuir a la reducción de las

tasas de morbilidad y mortalidad materna y de la niñez en Honduras y en este estudio para los municipios de Taulabe y San Jose de Comayagua mediante el incremento del parto institucional, la atención oportuna de las complicaciones obstétricas y neonatales, captación oportuna de menores de cinco años con signos de peligro para la referencia y el acceso a métodos de planificación familiar, a través de la participación organizada del individuo, la familia y la comunidad.

Los directores aportantes al estudio que fungieron como tal en los periodos 2010- 2012 y 2012 -2015 en el modelo descentralizado refieren que una forma de implementar la estrategia y dar seguimiento es por medio de las capacitaciones, y formación de comités donde hay antecedentes de muertes infantiles, siendo una responsabilidad directa de los promotores de salud, quienes en el estudio reflejaron no tener claros los criterios ¿qué es la estrategia, como funciona y con quien debo de trabajar?

Después de 10 años de funcionamiento se encuentra aún debilidades en la parte de promoción al no tener claro lo que es la estrategia individuo familia comunidad, la red no cuenta con un censo actualizado, no hay identificación de actores claves en la implementación de la misma, limitando la participación social para ejercer la ciudadanía, el no involucramiento de la familia y comunidad en la salud sexual reproductiva, impacta directamente en la

mortalidad infantil; se identifica que los hombre no son considerados actores claves en la toma de decisiones de la mujer embarazada.

Es así como los resultados muestran que no se ha logrado crear la mayor conciencia de las mujeres, los hombres, las familia y las comunidades, donde se pueda reconocer que la atención materna y el nacimiento sin riesgo son un derecho, la participación de las mujeres y hombres como parejas, la familia y comunidad son actores claves para aumentar la conciencia sobre la necesidad de preservar la salud de la madre y el recién nacido.

Al igual que los prestadores de los servicios reflejando el estudio que se cree crear conciencia por medio de una atención con amabilidad y que tenga medicamentos para la atención, la estrategia está enfocada que se debe de crear la mayor conciencia para cuando las personas llegan a la unidad de salud, tienen derecho a ser atendidos dignamente, con calidad y calidez siendo el personal de salud el responsable de solventar los problemas de salud que presentan, al recibir una atención digna con calidad y calidez reducir el mínimo riesgo de la probabilidad de morir antes del primer año de vida. La estrategia Individuo Familia Comunidad está basada en intervenciones de la salud colectiva (SESAL, 2011) produciendo beneficios para toda la población, comprendiendo actividades de protección y prevención, como información, educación y comunicación para la salud actividades de vigilancia de la salud, el

abordaje de prácticas y barreras que ocasionan inequidades en salud, y mejoramiento del medio ambiente. (SESAL, 2014)

El objetivo de involucrar a otros actores como ser voluntarios de salud, parteras, monitoras y monitores miembros del comité de traslado, con esto se espera mejorar las actitudes para la toma de decisiones oportunas que ayuden a definir el sitio de atención del parto, el acompañamiento a las embarazadas a los servicios de salud y la referencia oportuna en caso de la identificación de emergencias en la madre y el niño, siendo ellos los que están más cerca de las necesidades de su comunidad; el estudio refleja que los promotores asumen la responsabilidad del papel que corresponde a las familias y comunidades es aquí cuando Bossert en (1996) sugiere que la descentralización ha fracasado en aumentar equidad, eficiencia, y calidad, y la participación comunitaria en promover el proceso democrático o la salud de la comunidad; enfocándose en el cumplimiento de metas sin esperar mucho de la comunidad. (Ugalde, 2005)

La participación activa de las parteras en el rol que les corresponde no está definido o claro por parte de los promotores, no todas las parteras en este estudio están vinculadas al sistema de salud y que sus acciones estén respaldadas por un profesional de salud, para el 2015 las atenciones por parto han disminuido, no así las atenciones que ellas siguen realizando como ser las

“sobadas” y la administración de remedios caseros para las complicaciones maternas y neonatales.

Lo que se puede evidenciar con este estudio es que la formación de los prestadores (promotores de salud) responsables mayores de dar cumplimiento a las actividades de promoción y prevención no tienen la formación requerida, las capacitaciones y reforzamientos no son frecuentes, las supervisiones se realizan en forma permanente y puntual a las actividades que pide el convenio sin evidencia de impacto en la disminución de la mortalidad infantil.

La red de salud cuenta en algunas comunidades con la formación de comités de traslados, mismo que no funcionan adecuadamente, las madres continúan trasladándose a las unidades de salud más cercanas por sus propios medios, limitando el acceso a los servicios de salud y a una atención oportuna desfavoreciendo a la población más desprotegida, la red de salud cuenta con 2 vehículos y una ambulancia que para estos años incurría en costos económicos, como ser pago de ambulancia por traslado a un nivel de mayor complejidad.

A pesar de que el control prenatal es una de las prioridades de los programas de salud no todas las mujeres asisten a este, uno de los principales objetivos en este modelo las atenciones y los servicios que proveen con calidad de manera oportuna, pertinente, los resultados del estudio conectan de la siguiente forma

con la mortalidad infantil; captación inoportuna de las madres en su embarazo del menor fallecidos, las monitoras y monitores de AIN-C no se involucran desde el periodo pre concepcionero del niño o niña, más de la mitad con menos de 5 atenciones prenatales, plan de parto no se encuentra evidencia en los expedientes analizados, el promotor conoce el formato y asume que es responsabilidad del médico de llenarlo en los consultorios, sin tomar en cuenta la familia, partera y medios de transporte de la comunidad.

Si es importante resaltar que los promotores de salud siendo uno de los profesionales de salud encargados de conducir los procesos de promoción, no sabe cuál es la tasa de mortalidad infantil por unidad de salud, desconoce si existe y ASIS actualizado, situaciones que limitan a la ejecución de la estrategia y a mejorar el indicador materno infantil.

El estudio muestra que los insumos no son una limitante para que la atención sea oportuna de calidad tal como lo establece el convenio de gestión, al igual que la contratación de personal para la ejecución de las actividades, la CMI está disponible las 24 horas para la atención de parto y emergencias a menores de 5 años que incluye diarreas, neumonías, fiebre y patologías al menor de 2 meses. la cartera de servicios es amplia para cubrir las necesidades básicas en este indicador, los horarios de atención se limitan de cierta forma con atención

medica de 8 a 2 pm y con cupos limitados para la atención a la población en general, recordando que la embarazada es una de las prioridades

Cabe señalar que este modelo descentralizado cuenta con el presupuesto para este indicador, que es desconocido para los directores es manejado por la administración, "pero se puede decir que no es el adecuado, hay servicios que la misma población debe de aportar para obtenerlo" al igual que algunos exámenes básicos como la realización de los ultrasonidos en las embarazadas, seguimientos a las citologías y algunos medicamentos que no existen en el cuadro básico.

La Región de Salud No 3 de Comayagua para asegurar el buen funcionamiento y cumplimiento del convenio de gestión brinda asesorías técnicas y monitorias en forma trimestral, socializándolos al personal técnico y gestor y así buscar solución a cada uno de los hallazgos y sugerencias, el incumplimiento de los mismos incurre en el presupuesto asignado a la prestación de servicios.

8 CONCLUSIONES

1. El incumplimiento de las acciones realizadas en el componente de atención del indicador materno infantil que impide la reducción de la mortalidad en los menores de un año en este estudio concluye; que no todas las mujeres objeto de investigación asistieron a su atención prenatal, la captación fue después de las 12 semanas en su mayoría y no alcanzaron al menos 5 atenciones prenatales.
2. El seguimiento a la embarazada con infecciones de transmisión sexual, infecciones del tracto urinario, presencia de caries no fue oportuna.
3. Un porcentaje significativo de las madres en los menores de una año fallecidos en el 2012, fueron atendidos previamente en la clínica materno infantil durante el proceso del parto de donde fueron trasladadas al segundo nivel.
4. En ninguno de los expedientes se encontró evidencia de la elaboración de la hoja de plan de parto.
5. Ninguna de las mujeres antes de su embarazo del menor fallecido había recibido una atención pre concepcional.
6. En el cumplimiento del componente de prevención y promoción para este estudio, las actividades que impiden la disminución de la mortalidad infantil es el limitado conocimiento por parte de los promotores de salud sobre la estrategia IFC que fue diseñada para la reducción de la misma.

7. Promotores de salud no cuentan con la formación requerida de lo que exige el Modelo Nacional de Salud.
8. No se cuenta con indicadores estandarizados, sistematizados para dar cumplimiento a las actividades en promoción de la salud en el indicador materno infantil.
9. Los promotores unos dicen conocer la estrategia Individuo Familia y Comunidades de ella y otros no; el conocimiento es poco y las actividades están alejadas de lo que la teoría pide.
10. Los promotores de salud, desconocen la tasa de mortalidad infantil por municipio y por unidades de salud, no cuentan con un censo actualizado, desconocen si existe un ASIS, no llevan un control de las mujeres en edad fértil ni los menores de 5 años.
11. La participación por los líderes comunitarios o agentes clave es limitada, lo que no permite el involucramiento y el buen funcionamiento para una salud materna favorable.
12. Los promotores de salud desconocen que la población tiene derecho a ser atendido dignamente con calidad y calidez y que los proveedores son los responsables de responder a los problemas de salud presentados por la población.
13. Existen comités de traslado en algunas comunidades no hay evidencia de su funcionamiento las madres continúan haciendo uso de sus propios

medios para el traslado de sus hijos o para la atención materna a la unidad de salud más cercana.

14. Los actores claves no están siendo identificados con el papel que deberían de desempeñar. Los hombres, padres y parejas, parteras y monitoras no son tomados en cuenta para la toma de decisiones relacionados a la salud sexual reproductiva, la parte educativa es impartida por los promotores de salud, limitando el empoderamiento por los actores claves.
15. El incumplimiento de los aportes del modelo descentralizado en el componente de atención, prevención y promoción que dificultan la reducción de la mortalidad infantil es el presupuesto, el cual los directores creen que no es lo suficiente, la mujer o familiares deben de aportar de manera simbólica para la atención, cubrir los costos para la realización de exámenes, compra de medicamentos que están fuera del cuadro básico. al igual que las referencias debe existir una aportación para ser trasladada a un centro de mayor complejidad y después del parto la usuaria debe dejar una aportación voluntaria.
16. Durante 2010-2012 existieron mapa de riesgo sin actualización permanente impiendo la identificación de embarazadas y menores de 5 años.
17. Desde el 2010-2015 el déficit de recurso humano (promotores de salud, médicos y odontólogos)

18. Los determinantes biológicos que impiden la reducción de la mortalidad infantil para el 2012 con una tasa de 27 por mil nacidos vivos, en los municipios de San José de Comayagua y Taulabe este estudio se encuentran en los biológicos la característica como la edad gestacional, las características reproductivas de madre de ellas las nulíparas, la edad de la madre menores de 19 años.
19. En los determinantes socioeconómicos el área de residencia en su mayoría del área rural y en un menor porcentaje la exposición a agentes patógenos como ser el acceso a agua potable, y las viviendas con pisos de tierra.
20. En los determinantes de los servicios de salud se evidencia el tipo de parto un 50% son vía cesárea, madres sin control prenatal o con un número menor de 5 atenciones.
21. Las principales causas de mortalidad más frecuentes se encuentran entre sepsis neonatal, mal formación congénita, asfixia, diarrea, prematuros, síndrome de distres respiratorio y neumonía.

9 RECOMENDACIONES

1. El Modelo descentralizado MAFE debe mejorar las condiciones de la calidad de atención a la mujer en edad fértil desde el periodo preconcepcional hasta el nacimiento de un nuevo hijo, es importante que se considere el seguimiento de la embarazada con presencia de caries e infección urinaria para su debido tratamiento y así disminuir el riesgo de una complicación hipertensiva.
2. Las actividades de prevención y promoción del indicador materno infantil se deben realizar bajo una responsabilidad compartida trabajadores de salud, comunidad, líderes identificados y organizaciones a fin, en efecto de un sistema de evaluación ya planteado permitiendo determinar una manera participativa en la que se logren los objetivos y a su vez corregir los que no se logran.
3. El Gestor MAFE debe encargarse de la reducción del gasto del bolsillo que afecta a la población más pobre, a través de atención gratuita a toda la población en todo el sistema de salud, gestionar medicamentos que se encuentren fuera del cuadro básico de medicamentos, gestión la realización de ultrasonidos bajo la modalidad gratuita o en efecto capacitación de un médico de la red para la realización de los mismos.
4. La Región Departamental de Salud No 3 en coordinación con MAFE, debe fortalecer la estrategia individuo familia comunidad por medio de

una capacitación permanente y continua identificando debilidades en cada uno de los proveedores de la salud, al igual que la aplicación correcta y seguimiento oportuno de las normas materno neonatal y estrategia de AIEPI, AIN-C.

5. La Secretaria de Salud debe establecer una política de actores y no un sector definido, centrado en la participación de hombres y mujeres en el proceso de la salud sexual reproductiva
6. MAFE debe de incorporar la política de participación, empoderamiento y oportunidad como una responsabilidad compartida con el individuo la familia y comunidad, logrando así garantizar las acciones que facultan el cumplimiento de los derechos humanos y derecho a la salud, generando capacidades y conciencia para desarrollar los procesos en el indicador materno infantil y así disminuir el riesgo de morir antes del primer año de vida.
7. La Secretaria de Salud de Honduras desde nivel central debe de crear una base de datos estandarizada para realizar el seguimiento y evaluación sistemática que aporte el cumplimiento de las acciones del indicador materno infantil en la atención, prevención y promoción de la salud sexual reproductiva, desarrollando mecanismo de evaluación para el nivel regional y municipal asegurando que las acciones implementadas caminan hacia el éxito

8. La región de salud de Comayagua debe fortalecer los equipos de conducción y comités de mortalidad de nivel municipal para analizar la información de manera eficiente y oportuna así como la toma de decisiones oportunas.
9. La Secretaría de Salud debe regular la currícula a nivel nacional la formación de promotores de salud para que se incluya las estrategias a implementar en el Modelo Nacional de Salud.
10. Los modelos descentralizados en salud deben ser responsabilidad de los salubristas para un mayor funcionamiento.

10 BIBLIOGRAFÍA

1. BID. (2015). *Iniciativa de Salud Mesoamericana* . Honduras.
2. Betancourt, M. R. (2016). *Percepcion de la calidad de la atencion primaria en salud, del proyecto MAMBOCUARE*. San Marcos de Choluteca.
3. CELADE – del Fondo de las Naciones Unidas. (2011). *Mortalidad en la niñez*. Santiago, Chile.
4. Congreso Nacional. (2010). *Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nacion 2010-2022*. Tegucigalpa.
5. Diaz O, S. G. (marzo 2009). *control prenatal como antecedente de importancia en la morbilidad y mortalidad neonatal*. Barcelona: Hospital Universitario DR Luis Rezzetti.
6. Diaz, Y. (2013). *¿Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo ? : El caso de las iniquidades de mortalidad infantil en Colombia*. Colombia: CEDE.
7. Garcia, R. O. (2015). *Rendición de Cuentas MAFE*. Taulabe, Comayagua.
8. Gelmi, A. Q. (2011). *Determinantes Sociales en Salud*. San Felipe: Asociacion Chilena de Municipalidades.

9. Gomez, L. S. (2016). *Caracterizacione de la mortalidad en menores de cinco años*. Garcias a Dios.
10. Humedes, A. U. (2001). Ventajas y desventajas de la descentralizacion en el sector salud en America Latina. *Rev. Situa set 00 - feb 01; 9(17): 6-17*.
11. Jiménez-Moleón, M. C.-M. (2016). Determinantes de la mortalidad infantil en Colombia. *Path Análisis. Rev. salud pública 20 (1)*.
12. Jorge Alejandro Lopera Rodríguez, E. R. (2015). Preeclampsia: su asociación con infecciones periodontales y urinarias según trimestre del embarazo. *CES Medicina*.
13. La Constitución de Honduras. (1982). *Constitucion Politica de la Republica de Honduras*. Tegucigalpa,.
14. Liu, M. C. (2011). *Determinantes Sociales en Salud*. Barcelona.
15. Mejia, M. C. (2016). *Situacion de la mortalidad infantil en colombia*. España.
16. Mendoza, Ministerio de Salud. (2009). *Analisis de la mortalidad intifantil segun condicionantes sociales*. Provincia de Mendoza, Lima.
17. Modelo Descentralizado Madre Feliz. (2012). *Analisis Situacional de Salud*. Taulabe.
18. Nuria Homedes, *, & Ugalde, A. (2004). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Publica*.
19. OMS | Derecho a la salud. (2013). Derecho a la salud. *Gestion en Salud Publica, 1*.

20. OMS. (2015). *Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promociones de salud para la salud materno neonatal*. Uruguay: OMS.
21. Organización Panamericana de la Salud. (2007). Reduccion de la mortalidad y morbilidad neonatal en Latino America y el Caeribe. *Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5*, 1-19.
22. Pedrosa, L. D. (2006). Causas basicas de las muertes neonatales. *Rev Cubana Pediatr* , 3.
23. Poder Judicial de Honduras. (1996). *Codigo de Salud*. Tegucigalpa M.D.C.
24. Reid, C. S. (2010). *Caracterizacion de la mortalidad neonatal a nivel comunitario*. Tegicigalpa MDC.
25. Salud, República de Honduras Gabinete Social Secretaría de. (2002). *Politica Nacional de Salud Matrno Infantil*. Honduras.
26. Salud, Secretaria de. (2009). *Marco Conceptual Politico Estrategico de la Reforma del Sector Salud*. Honduras.
27. Secretaria de Salud, Centro para la Infancia y la Adolescencia . (2012). *Prevencion de la mortalidad infantil*. Mexico.
28. Secretaria de Salud, Direccion de Vigilancia de la Salud. (2009-2010). *Caracterizacion de la mortalidad en la niñez*. Honduras.
29. Secretaria de Salud/Fundacion MAFE. (2014). *Convenio de Gestion de Prestacion de Servicios*. tegucigalpa M.D.C, Honduras.

30. SESAL. (2011). *Manual para la implementacion de la Estrategia de trabajo con Individuos, Familia y Comunidades*. Honduras C.A.
31. SESAL. (2014). *Convenio de gestion para la prestacion de servicios de salud de primer nivel*. Tegucigalpa M.D.C.
32. Ugalde, N. H. (2005). *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*17(3). Texas Austin.
33. Unidad de politicas y sistemas de salud/Area de fortalecimiento de sistemas de salud. (2009). *perfil de los sistemas de salud en Honduras. Resumen Ejecutivo, 1*.
34. Universidad Catolica de Cordoba, Universidad Nacional de Cordoba, Universidad Catolica de Chile, Centro de Informacion Toxicologica CITUC, Ministerio de Salud de Chile, Sociedad Chilena Peditrica. (2009). *Manual de salud ambiental infantil*. Santiago de Chile: Organizacion Mundial de la Salud.
35. Vélez, M. T. (2014). *Determinantes de la salud materna e infantil y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Honduras*. Tegucigalpa M.D.C.
36. Xicara, R. F. (Mayo de 2014). *Percepción de las madres, comadronas y personal de salud sobre las causas de muerte infantil en*. Guatemala: Universidad Rafael Landivar.

ANEXOS

Modelo de gestión descentralizado “Madre Feliz” en la atención-prevención-promoción del indicador materno infantil en la red de servicios de salud de Taulabe.

Lista de chequeo para disponibilidad de medicamentos
Dirigida a Coordinadores de las Unidades de Salud y CMI

Buenos días /tardes, mi nombre es Silvia Lizzeth Palada Avila trabajo en La Región Departamental de Salud de Comayagua en el Municipio de Taulabe, soy maestrante del Posgrado de Salud Pública de la UNAH. Estoy haciendo una lista de chequeo para verificar la disponibilidad de medicamento en emergencias obstétricas neonatales y determinar el cumplimiento del indicador materno infantil en la atención, promoción y prevención del convenio de gestión MAFE en la contribución de la disminución de la Mortalidad Infantil. Solicito a usted responder de la manera más sincera posible las siguientes preguntas. Las respuestas son confidenciales y no afectaran el trabajo que usted hace.

Esta de acuerdo en colaborar con la encuesta si _____ no _____

Si es no ¿porque? _____

Datos generales del informante

Cargo _____ Profesión _____ Unidad de salud _____

Fecha de elaboración _____

N°	Insumos / equipo/ materiales y medicamentos en CESAMO y Clínica Materno Infantil (CMI)	1Si	2 No	¿Porque?		
				No está en el cuadro básico	Se solicita y no hay respuesta	No hay presupuesto
1	Hidralazina inyectada					
2	Acetaminofén tab. de 500 mg.					
3	Amoxicilina de 500 mg					
4	Aldomet de 100 mg					
5	Sueros (solución salina, lactato Ringer o Hartman, dextrosa al 10%, mixto al 0.3% y al 0.25%)					
6	Ampicilina IV de 1 gramo					
7	Venoclis					
8	Gentamicina inyectable de 40 y 80 mg.					
9	Sulfato de Magnesio al 20% IV					
10	Diazepan 5 mg IM/IV					
11	Oxígeno					
12	Mariposas para adultos y niños o catéteres no. 20 y 24, Venoclis					
13	Guantes desechables y estériles					
14	Salbutamol para nebulizador					
15	Salbutamol en jarabe					
16	Jeringas de 2,5 y 10cc y agujas no. 20,22 y 24					
17	Penicilina benzatinica					
18	Estetoscopios y esfigmomanómetro					
20	Amoxicilina en suspensión					
21	Trimetropin sulfa en suspension					
22	Prenatales					
23	Nebulizador funcionando y mascarillas					
24	Trimetropin sulfa en suspensión					
25	Acido fólico					

26	Soluciones estériles					
No	Insumos / equipo/ materiales y medicamentos en Clínica Materno Infantil (CMI)	Si	no	¿Porque?		
				No está en el cuadro básico	Se solicita y no hay respuesta	No hay presupuesto
1	Gaza					
2	Bacinetes					
3	Equipo de reanimación del RN (laringoscopio, ambu pediátrico, hojas rectas 00 y 0, succionador, perrilla o cateter de aspiración)					
4	Balanza calibrada					
5	Tallimetro					
6	Termómetros					
7	Tijeras					
8	Pinzas					
9	Ganchos para pinar el cordón					
10	Hilo					
11	Perillas de succión o sondas de aspiración					
12	Gorros					
13	Guantes					
14	Mascarillas					
15	Batas					
16	Campos o paños limpios, secos y tibios					
17	Vitamina K					
18	Gentamicina o cloranfenicol oftálmica					
19	Estetoscopio					

Modelo de gestión descentralizado “Madre Feliz” en la atención-prevención-promoción del indicador materno infantil en la red de servicios de salud de Taulabe.

Revisión de la Ficha de Vigilancia de Mortalidad en el Menor de un Cinco años IVM4

Con cada ficha de mortalidad infantil de los niños y niñas fallecidos en el año 2012, en las diferentes comunidades de las unidades de salud se cotejara los numerales siguientes.

I Datos de la unidad que notifica el caso

Caso No _____

Unidad de salud donde se dio el caso _____

II Datos generales del niño

1. Fecha de nacimiento: _____
2. Sexo: 1) H _____ 2) M _____
3. Fecha de fallecido _____
4. Dirección: 1-Departamento _____ 2- Municipio _____ 3- Aldea _____

A) Establecimiento donde nació el niño o niña:

- 1 Hospital publico
- 2 Hospital privado
- 3 Clínica Materno Infantil
- 4 Hogar
- 5 Otro

B) Factores de Riesgo del Infante:

Factores		1.Si	2. No	Factores		1. Si	2.No
1	Sepsis neonatal			5	Edad gestacional		
2	Asfixia perinatal			6	Malformación congénita		
3	Aspiración de meconio			7	Pre termino		
4	Bajo peso al nacer			8	Post termino		

III Clasificación de la muerte según la edad

A) Establecimiento donde ocurrió la muerte

- 1 Hospital publico
- 2 Hospital privado
- 3 Clínica Materno Infantil
- 4 Cesamo
- 5 Cesar
- 6 Hogar
- 7 Otro

Nombre del lugar donde ocurrió la muerte _____

La muerte fue: 1. Institucional 2. Comunitaria

B) Acceso

- 1- Distancia en horas de la casa a la unidad de salud más cercana
1. Menos de una hora
 2. De una a dos horas
 3. Más de dos horas

5- Tipo de transporte utilizado para movilizarse:

1. Vehículo particular ____ 2. Transporte público ____ 3. A pie ____ 4- Otro ____

C) Clasificación de la muerte según la edad

1. Neonatal temprana de 0-7 días ____
2. Neonatal tardía de 8-28 días ____
3. Pos Neonatal de 29 días- 11 meses ____

IV Antecedentes maternos y de nacimiento del niño fallecido:

A. Edad de la madre:

1. 10-19 años
2. 20-35
3. 36 en adelante

B. Estado civil:

1. Casada
2. Soltera
3. Unión libre
4. Viuda
5. Divorciada
6. Se ignora

C. Escolaridad de la madre

1. Primaria completa
2. Primaria incompleta
3. Secundaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Universitaria
6. Analfabeta
7. No consignada

D. Antecedentes Gineco- obstétricos

1. 0 gestas:
2. 1 gestas ____
3. 2 a 4 gestas ____
4. 5 en adelante ____

E. Partos :

1. . Eutócico
2. Distócico

F. Abortos:

1. Si
2. No

G. Hijos Muertos:

1. 0
2. 1
3. 2 en adelante

H. Atención prenatal del niño fallecido

1. si ____
2. no ____

I. Número de atenciones prenatales:

1. 0-1 ____
2. 2-4 ____
3. 5 en adelante ____

J. Edad gestacional al nacer:

1. 20-28
2. 29-35
3. 36 en adelante

K. Espacio intergenesico entre el niño entre el niño mayor al que murió

1. 0-11 meses
2. 12-23 meses
3. 24 meses en adelante.

L. Estados patológicos en la madre

Antecedentes		1. Si	2. No
1	Anexitis		
2	Corioamnionitis		
3	Eclampsia		
4	Pre – Eclampsia		
6	Infección cervical vaginal		
7	Nacimiento único		
8	RPM		
9	Parto vaginal		

M. Características de la vivienda

1- Servicio de agua

1. Llave dentro de la vivienda
2. Pozo con bomba
3. Pozo sin bomba
4. Otro _____

2- Disposición de excretas

1. Servicio sanitario
2. Letrina simple
3. Letrina hidráulica
4. Ninguno

3- Piso de la casa

1. Tierra
2. Mosaico
3. Plancha de cemento
4. Madera
5. Otro

❖ Tomado y adaptado de la ficha de Vigilancia de Mortalidad en menores de 5 años (IVM-4) Secretaría de Salud, 2010.

Modelo de gestión descentralizado “Madre Feliz” en la atención-prevención-promoción del indicador materno infantil en la red de servicios de salud de Taulabe.

Cuestionario sobre aportes del indicador materno infantil, dirigida a Directores de la Red de Salud Madre Feliz en Taulabe

Buenos días /tardes, mi nombre es Silvia Lizzeth Palada Avila Trabajo en La Región Departamental de Comayagua, en el Municipio de Taulabe, soy maestrante del Posgrado de Salud Pública de la UNAH. Estoy haciendo una encuesta a los Directores de la Red de Salud de Taulabe a partir del año 2011 a la fecha, para conocer el acceso con que cuenta la embarazada y el recién nacido, con el propósito de contribuir a la disminución de la mortalidad infantil del Municipio de Taulabe. Solicito a usted responder de la manera más sincera posible las siguientes preguntas. Las respuestas son confidenciales no afectaran el trabajo que usted hace.

Esta de acuerdo en colaborar si _____ no _____

¿Si es no porque? _____

Datos generales del informante

- 1- Cargo del encuestado _____
- 2- Profesión _____
- 3- Tiempo que estuvo en su cargo como director _____
- 4- Cargo actual _____

I ACCESO

- 1- ¿Cuenta con mapa actualizado donde identifica las familias de riesgo, menores de 5 años, mujeres embarazadas?

- 2- ¿Piensa usted que la atención- prevención y promoción forman parte del modelo? Porque?

- 3- ¿En relación al acceso de la mujer al modelo MAFE, como considera usted el horario? Los costos?

- 4- ¿Cómo director que piensa usted acerca de la cobertura de los servicios de salud materna infantil?

- 5- ¿Qué sabe usted acerca de la cobertura alcanzada en el modelo MAFE? Considera que se distingue de otros modelos? Cómo? En qué aspectos? Y en cuanto a la universalidad qué opina?

- 6- ¿Existe el recurso humano capacitado y suficiente para la atención, promoción y prevención en el indicador materno infantil? Considera usted que el recurso humano responde de acuerdo a las necesidades de la población?

- 7- ¿De qué forma se fortalece la organización en la estrategia IFC para la disminución de la mortalidad infantil, en el modelo MAFE?

- 8- ¿El presupuesto destinado al indicador materno infantil considera usted que es el adecuado y que cubre todas las necesidades?

Modelo de gestión descentralizado “*Madre Feliz*” en la atención-prevención-promoción del indicador materno infantil en la red de servicios de salud de Taulabe.

Lista de chequeo Revisión de expedientes de las madre de fallecidos en el 2012

Con cada expediente de las madres de los niños y niñas fallecidos en el año 2012, en las diferentes comunidades de las unidades de salud de la Red de Taulabe se cotejara los numerales siguientes.

Número de expediente _____ Comunidad _____ Unidad de Salud _____

Fecha de elaboración _____

No	Criterio a evaluar	1.Si	2.No	Observaciones
1	Antecedentes personales y obstétricos			
2	Medición de la talla			
3	Examen de mamas			
4	Semanas de amenorrea			
5	Medición del peso			
6	Determinación de la Presión arterial			
7	Medición de la altura uterina			
8	Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF)			
9	Movimientos fetales			
10	Registro y/o solicitud de la vacunación antitetánica			
11	Resultados de Solicitud de exámenes de Laboratorio grapados en el expediente o llenado en la HCPB			
12	Solicitud del examen Odontológico			
13	Solicitud de citología vaginal (o al menos deberá habérsela hecho en el último año)			
14	Se le dio dosis de Hierro y Ácido fólico			
15	Se tomaron decisiones por problemas encontrados			
16	Captación antes de las 12 semanas de gestación			
17	Plan de parto actualizado			

Tomado y adaptado de los instrumentos de supervisión de la estrategia de RAMNI.

Modelo de gestión descentralizado "Madre Feliz" en la atención-prevención-promoción del indicador materno infantil en la red de servicios de salud de Taulabe.

Encuesta dirigida a Promotores de Salud de la Red Taulabe

Buenos días /tardes, mi nombre es Silvia Lizzeth Palada Ávila Trabajo en La Región Departamental de Comayagua, en el Municipio de Taulabe, soy maestrante del Posgrado de Salud Pública de la UNAH. Estoy haciendo una encuesta para determinar el cumplimiento del indicador materno infantil en la promoción y prevención en el convenio de gestión. Solicito a usted responder de la manera más sincera posible las siguientes preguntas. Las respuestas son confidenciales no afectaran el trabajo que usted hace.

Esta de acuerdo en colaborar con la encuesta si _____ no _____

En caso de responder que no, por favor indique ¿porque? _____

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE

1. Edad: 1. 18-30____ 2. 31-40____ 3. 40 y mas_____
2. Sexo: 1. H____ 2. M____
3. Profesión1. Bachiller en salud____ 2.Promocion social____ 3. Promoción en salud____ 4. Pedagogo____ 5. Otros____
4. Tiempo que lleva en el cargo: 1. 1-12 meses____ 2. 13-24 meses____ 25 y mas____
5. Procedencia: Departamento: 1. Comayagua____ 2 Otro____ Municipio: 1. Taulabe____ 2. San José de Comayagua____
6. Medio de transporte para movilizarse: 1. Moto____ 2. Moto taxi____ 3. A pie____ 4 Otro____
7. Unidad de salud a la que pertenece: 1. Jardines____ 2. Delicias____ 3. Taulabe____ 4. San José de Comayagua____

I ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA ESTRATEGIA INDIVIDUO FAMILIA COMUNIDAD

I.1 DESARROLLO DE LA CONCIENCIA, ACTITUDES Y CAPACIDADES

1. ¿Conoce la Estrategia Individuo Familia Comunidad?
 1. Si____ 2.No____
2. ¿Qué es para usted la Estrategia IFC?
 1. Una guía a seguir
 2. Cambio de la conducta de las personas
 3. Una forma de controlar nuestro trabajo
 4. Todas las anteriores
 5. No sabe
3. ¿Porque es necesaria la implementación de la estrategia Individuo Familia Comunidad (IFC)?

1. Para promoción de la salud a través de información, educación y comunicación.
 2. Para que la población me ayude a solucionar el trabajo en la comunidad y cumplir con las metas
 3. Para que entre todos tengamos una comunidad saludable
 4. Todas las anteriores
 5. No sabe
4. ¿Qué es para usted crear conciencia en los prestadores de los servicios de salud?
 1. Reconocer que la población tiene derecho a ser atendidos dignamente con calidad y calidez
 2. Que nos ayuden en la implementación de la estrategia
 3. Atender a toda la población con medicamentos con mucha amabilidad
 4. Todas las anteriores
 5. No sabe

5. ¿La Estrategia Individuo Familia y Comunidad está dirigida con énfasis en?

1. Embarazadas y niños _____
2. MEF, ancianos, discapacitados _____
3. Hombres, líderes comunitarios _____
4. Todas las anteriores _____
5. No sabe _____

I.2 FORTALECER VINCULOS, REDES SOCIALES Y ENTORNOS DE APOYO

1. ¿Por qué es fundamental el apoyo de otros actores en la estrategia IFC?

- 1- Reconocer que la maternidad y el nacimiento sin riesgo son un derecho
- 2- La necesidad de preservar la salud de la madre y el recién nacido
- 3- Sensibilizar en los problemas de salud en la población
- 4- Todas las anteriores
- 5- No sabe

2. ¿De qué manera recibe apoyo en la implementación de la estrategia IFC de las organizaciones existentes en la comunidad?

1. Dinero
2. Insumos y materiales
3. Logística
4. Recurso humano
5. No recibe

I.3 REORIENTACION DEL ROL DE LA PARTERA

1. ¿Conoce el perfil de la partera tradicional capacitada?

1. Si _____
2. No _____

2. ¿Las parteras tradicionales que brindan atención en salud sexual reproductiva son aquellas que están activas y vinculadas al sistema de salud?

1. Siempre _____
2. Casi siempre _____
3. Nunca _____

3. ¿Según usted el rol de la partera es el siguiente?

1. Participar activamente en la captación y vigilancia de las embarazadas de su comunidad y la elaboración del "Plan de Parto".
2. Promover la atención calificada durante el parto.
3. Atender el parto domiciliar sí: No existen factores de riesgo reproductivo.
4. Todas las anteriores
5. No sabe

I.3 COORDINACION CON LA ESTRATEGIA AIN-C

1. ¿Cuál es el número de las monitoras capacitadas por comunidad funcionando?

1. 0_____
2. 1-2_____
3. 3 -4_____
4. 4 en adelante_____

2. ¿Cómo están distribuidas las monitoras?

1. Comunidad_____
2. Barrio_____
3. Caserillos_____

3. ¿Cuál es el papel de la monitora en la Atención Integral al Niño en la Comunidad?

1. Pesar los niños
2. Vigilar su crecimiento y desarrollo del niño o niña
3. Involucrarse desde el periodo preconcepcional hasta los 2 años de vida
4. Todas las anteriores
5. No sabe

I.4 AMPLIACION DEL ROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1- ¿Es la actividad más importante que se desarrolla en los elementos de la estrategia IFC?

1. Lograr que todo personal institucional de los servicios de salud médico, enfermera, auxiliar de enfermería o técnico en salud ambiental, educadores, otros) conduzcan el proceso en las comunidades, brindando información y educación en SSR
2. Lograr que todos los voluntarios de salud conduzcan el proceso en las comunidades brindando información y educación en SSR.
3. Que los promotores conduzcan el proceso en las comunidades, brindando información y educación en SSR

4. Todas las anteriores

5. No sabe

II TEMAS DE LA ESTRATEGIA

II.1 LOS SIGNOS DE PELIGRO MATERNO NEONATAL

1. ¿Qué tipo de información, educación y comunicación brinda usted a la población?

1. Salud sexual reproductiva, embarazo, parto, puerperio y atención al recién nacido.
2. Embarazo, parto y puerperio
3. Nutrición
4. Todas las anteriores No sabe

2. ¿Cuál es la metodología utilizada en los diferentes temas de salud que imparte a la población?

1. Dialogada de preguntas y respuestas _____
2. Expositiva con ayudas audiovisuales _____
2. Preguntas escritas _____
- 4 Todas las anteriores _____
5. No sabe _____

3. ¿Para usted quién es el responsable de la elaboración del plan de parto de la embarazada?

1. Medico en la consulta _____
2. Enfermera _____
3. Promotor _____
4. La partera, embarazada, pareja, familia y el personal de salud _____
5. No sabe _____

III ORGANIZACIÓN

III.1 LA ORGANIZACIÓN DE LOS COMITES DE SALUD Y TRANSPORTE

1. ¿Las referencias de las mujeres y niños con bajos recursos económicos son trasladados a la unidad de salud más cercana mediante?

1. Los fondos comunitarios _____
2. Sus propios ingresos _____
3. Transporte de Mafe
4. A pie
5. No sabe

2. ¿Los comités de traslado de transporte están integrados por?

1. Comité de salud _____
2. Líderes comunitarios _____
3. La familia de la embarazada, _____
4. maestros y medios de comunicación _____
5. Todas las anteriores _____
6. No sabe _____

3. ¿Tienen las comunidades comité de salud organizado y cuenta con una agenda de reuniones?

1. Si _____
2. No _____

4. ¿Cuenta con un listado de mujeres en edad fértil? Si es si pase a la pregunta 5
1. Si _____ 2. No _____
- 5 - ¿Para qué le ayuda el listado de MEF?
1. Tener un registro de las mujeres que existen en la comunidad
 2. Dar seguimiento a toda MEF abordando todos los problemas de SSR
 3. Detectar el 100% de las embarazadas antes de las 12 semanas de gestación
 4. Todas las anteriores
 5. No sabe
- 6- ¿Los listados de mujeres en edad fértil le incluye?
1. Mujeres en edad fértil (cantidad, dirección y si tiene pareja)
 2. Mujeres embarazadas (situación del embarazo actual, intenciones sobre el lugar de parto)
 3. Todas las anteriores
 4. No sabe
- 7- ¿Cuenta con listado de los niños menores de 5 años por comunidad y dirección?
1. Si _____ 2. No _____
- 8- ¿Cada cuánto usted desarrolla las asambleas comunitarias?
1. Cada mes
 2. Cada dos meses
 3. Cada tres meses
 4. Cada seis meses
 5. Cada año
 6. Nunca _____
- 9- ¿Las asambleas comunitarias son conducidas por?
1. Médico General _____
 2. Enfermera Profesional _____
 3. Auxiliar de Enfermería _____
 4. Promotor _____
 5. Otros _____
- 10- ¿EL tiempo de duración de la reunión de comité de salud en minutos es?
1. 0-15 _____
 2. 15-30 _____
 3. 30-60 _____
 4. 60 y más _____

III.2 DIAGNOSTICO

- 1- ¿Cuenta con un censo poblacional actualizado? Si es así pase a la pregunta 2
 1. Si ____ 2. No ____

- 2- ¿Para qué utiliza el censo poblacional?
 1. Saber el número total de la población y conocer las condiciones de salud
 2. Conocer el número de viviendas
 3. Realizar proyectos
 - 4 Todas las anteriores 5. No sabe
 6. No aplica

- 3- ¿Cuenta con Análisis situacional de salud reciente por comunidad?
 1. Si ____ 2. No ____

- 4- ¿Para qué le ayuda el Análisis Situacional de Salud?
 1. Insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud
 2. Caracterizar, medir y explicar los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de la población
 3. Realizar un análisis de las determinantes sociales y de la salud
 - 4 Todas las anteriores
 5. No sabe

- 5- ¿Cómo garantiza usted que todas las embarazadas cuentan con plan de parto funcionando?
 1. Visitas domiciliarias
 2. Club de embarazadas
 3. Aumento del parto institucional
 4. Disminución de la mortalidad infantil
 - 5 Todas las anteriores
 6. No sabe

III.3 PROGRAMACION

1. ¿Para usted que significa realizar un plan de trabajo con la comunidad?
 1. Mejor aprovechamiento de los recursos y la continuidad de un proceso de planificación local participativo de los diferentes actores
 2. La comunidad se da cuenta de sus problemas
 3. Una comunidad apropiada y empoderada
 4. Todas las anteriores

5. No sabe

2. Numero de comunidades intervenidas con la Estrategia IFC:

1.1 por comunidad ___ 2. 1 por sector___ 3. 1 por cada dos comunidades___

3. Numero de comités funcionando:

1. 1-5 ___ 2. 6- 10___ 3. 11-15___ 4. 16-25___ 5. 26-35___

5- ¿Cuál es la tasa de mortalidad infantil en la unidad de salud?:

1. Menor de 23___ 2. Mayor de 24___ 3. No sabe_____

4. ¿Son requisitos para la selección de comunidades en la estrategia IFC?

1. Estar ubicados en zonas donde hay morbilidad- mortalidad materna neonatal y sean un problema significativo de la salud

2. Bajas coberturas en parto institucional

3. Líderes motivados para el proceso

4. Todas las anteriores

5. No sabe

III.4 CAPACITACION INSTITUCIONAL

1- ¿Es capacitado en atención materna neonatal, planificación familiar, y rol actualizado de la partera?

1. Si ___ 2. No ___

2- ¿Cuántas capacitaciones recibe al año?

1. 1-3 ___

2. 3-6 ___

3. 6 y más___

4. Nunca ___

IV MONITORIA Y EVALUACION

1- ¿Cada cuánto recibe supervisión por parte de Jefe inmediato?

1. Cada mes ___ 2. Cada dos meses ___ 3. Cada tres meses ___

4. Nunca_____