

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	2
2.	OBJETIVOS	6
2.1.	General	6
2.2.	Específicos.....	6
3.	MARCO TEÓRICO	7
3.1	Mortalidad a nivel mundial, América Latina y Honduras	7
3.2	Principales causas de mortalidad en la niñez.....	10
3.3	Factores de riesgos relacionados con la mortalidad infantil.....	12
3.4	Contexto General de Honduras	14
3.5	Sistema de Salud	15
3.5.1	Sub sistema de salud	16
3.5.2	Acceso a servicios de salud	17
3.5.3	Reforma del Sector Salud.....	18
3.6	Situación general del departamento de Intibucá.....	19
3.7	Vigilancia de la salud	21
3.8	Políticas, planes y convenios.....	27
3.8.1	Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	27
3.8.2	Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP)	29
3.8.3	Reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI).....	30
4.	METODOLOGÍA.....	32
5.	RESULTADOS.....	37
6.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	70
7.	CONCLUSIONES.....	87
7.	RECOMENDACIONES	90
9.	BIBLIOGRAFÍA	94

1 INTRODUCCIÓN

En este estudio se describen los hallazgos sobre la caracterización de la mortalidad de menores de un año en el nivel comunitario ocurrida en el departamento de Intibucá durante los años 2009-2010; producto de la primera investigación con cobertura nacional que realizó la Secretaría de Salud (SESAL) bajo la coordinación de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) y en la cual fueron captadas a través de búsqueda activa todas las defunciones registradas por el subsistema de vigilancia de la mortalidad del menor de 5 años.

Previo al estudio, en el país no se disponía de una línea base con datos reales y recientes sobre la mortalidad de la niñez, de manera tal que permitiera disponer de información confiable, por lo que surgió a nivel de la SESAL la urgente necesidad de contar con sus datos actualizados a nivel nacional; que facilite a los tomadores de decisiones el fortalecimiento y/o creación de políticas, planes y proyectos que contribuyan a la reducción de la mortalidad infantil.

En el 2001, en Honduras por cada 1000 nacidos vivos, morían 34 niños y niñas menores de 1 año y 45 de 1 a 4 años. Con la Estrategia de Reducción de la pobreza (ERP) se pretende lograr que para el 2015, esa cantidad se reduzca a 17 y 22 respectivamente. Así mismo, el 4 objetivo del Milenio en

su meta número 1 contempla la reducción de la mortalidad infantil. La Política de Reducción Acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI), espera también que para el año 2015, a nivel nacional el promedio de la tasa de mortalidad infantil haya sido reducida a 15x1000 NV y de esta alcanzar una disminución de 7x1000 NV para la mortalidad neonatal y 4x1000 para la pos neonatal.

En el área rural la falta de acceso a servicios de salud de calidad, la distancia a las unidades de servicios de salud y los bajos niveles de educación y capacitación de la familia y la comunidad y la falta de proveedores calificados para la prestación de servicios, contribuyen a elevar las tasas de mortalidad infantil. Además, en las áreas rurales las prácticas tradicionales son de gran peso y muchos de los partos ocurren en el hogar dependiendo para su atención de personal empírico o no calificado.

La recolección de los datos y la elaboración de las bases de este estudio, fueron realizadas por personal de la SESAL, posteriormente y mediante coordinación con la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma, se llevó a cabo la asignación del trabajo pendiente, realizando la distribución del mismo por zonas, regiones, lugar de ocurrencia y grupos etareos.

Se caracterizó la mortalidad infantil haciendo uso del cálculo de medidas de frecuencia y tendencia central. Se identificaron las causas básicas de muerte según la Clasificación Internacional (CIE-10). Se actualizaron las tasas específicas de mortalidad infantil comunitaria (neonatal temprana, neonatal tardía y pos neonatal). Se identificaron algunos factores relacionados a las muertes y los tipos de malformaciones congénitas más frecuentes. Se calculó el subregistro de datos existente en el subsistema de vigilancia de la mortalidad del departamento.

Según resultados, se evidenció que durante los años 2009-2010 en el departamento de Intibucá, la mortalidad infantil comunitaria descendió de 5.14 x 1000 NV a 4.10 x 1000 NV, lo que representó un descenso de 1.04 puntos, siendo la mortalidad del período pos neonatal la que generó el mayor aporte a esta reducción, mostrándose un decremento de 1.37 puntos; no así la mortalidad neonatal que experimentó un ligero incremento de 0.34 puntos.

La mayoría de los municipios registraron muertes. La edad promedio de las madres de los fallecidos fue de 22 y 26 años. Más del 90% recibió atención prenatal, a nivel de Cesar y Cesamos. Casi el 100% fueron partos vaginales y nacimiento único. Alrededor de la mitad de los nacimientos de los fallecidos tuvo lugar en el hogar, sin consignarse el tipo de recurso que los

atendió. El mayor número de los niños fallecidos tenía entre 37- 40 semanas de gestación al nacer.

En relación a las causas de muertes, en el neonatal prevalecieron las afecciones originadas en el período perinatal (dificultad respiratoria, síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación y sepsis bacteriana); en el pos neonatal, las enfermedades endocrinas nutricionales, y metabólicas (desnutrición proteica calórica severa no especificada), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (diarrea y gastroenteritis), enfermedades del sistema respiratorio (neumonía, no especificada) y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (malformación congénita del corazón).

2. OBJETIVOS

2.1. General

Caracterizar las muertes en los niños(as) menores de un año ocurridas en las comunidades del departamento de Intibucá en el período enero a diciembre 2009 y 2010, para realizar intervenciones que permitan alcanzar el cuarto objetivo del milenio y sus metas.

2.2. Específicos

- 2.2.1.** Describir epidemiológicamente las muertes ocurridas e investigadas en los niños(as) menores de un año, en el nivel comunitario durante los años 2009 y 2010.
- 2.2.2.** Describir las causas básicas de las muertes en el menor de un año, de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) ocurridas en las comunidades del departamento de Intibucá durante los años 2009- 2010.
- 2.2.3.** Calcular las tasas específicas de mortalidad neonatal y mortalidad pos neonatal.
- 2.2.4.** Identificar el tipo de malformaciones congénitas más frecuentes en la muerte del menor de un año.
- 2.2.5.** Determinar el subregistro de las muertes comunitarias ocurridas en el menor de un año durante el período 2009- 2010.

3. MARCO TÉORICO

3.1 Mortalidad a nivel mundial, América Latina y Honduras

En el mundo 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. Un recién nacido en un país menos adelantado tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida que uno que nace en un país industrializado. En países con condiciones de salud muy pobres, la tasa de mortalidad es mayor de 100 x 1000 nacidos vivos, en países altamente desarrollados es de 2 x 1000 nacidos vivos. Una tasa de mortalidad 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.

Según el informe sobre el estado mundial de la infancia, las estimaciones sobre mortalidad infantil para el año 2000 “registran datos que van desde 163 muertes x 1000 nacidos vivos en Sierra Leona, 138 en Guinea Bissau, 146 en Mozambique (todos en el África) en contraste con Italia, España, Eslovaquia con tasa de 7 x 1000 nacidos vivos y Japón de 4 x 1000 nacidos vivos. En América Latina, según el Boletín No. 62 de Celade, para el periodo 1995-2000, tres países representaron los diferentes estratos: Haití el más alto con un registro de 66 x 1000 nacidos vivos, Honduras en el centro con 35 x 1,000 nacidos vivos y Cuba en mejor situación con el más bajo resultado 9 x 1000 nacidos vivos”. (Menjívar).

A nivel mundial, durante los últimos treinta años, las tasas de mortalidad de la niñez y de la infancia han mostrado un importante descenso; en números absolutos la mortalidad infantil disminuyó de 15 millones a 11 millones (Claeson y Waldman 2000); no obstante, esta disminución se ha visto afectada por el comportamiento de la mortalidad neonatal, particularmente la que ocurre en los primeros siete días, la cual en varios países en vías de desarrollo ha disminuido lentamente y en algunos ha permanecido sin cambio alguno.

De acuerdo al boletín demográfico No. 66/2000 de la Comisión Americana para la América Latina y el Caribe (CEPAL), en Centro América las tasas de mortalidad infantil para los años 1980-2000 registraron un comportamiento con tendencia descendente a pesar de las condiciones económicas que para esa época no eran favorables; no obstante, se desconoce con exactitud las causas relacionadas con esta situación, pues no hubo mucha preocupación por profundizar en las determinantes, por el contrario fue visto como una realidad propia de la época, ya que los cambios se estaban dando en todo el mundo.

No obstante, ese mismo periodo marca un hito en la historia de la salud pública de toda la región, debido al apogeo que se tuvo al retomar y fortalecer los procesos que históricamente habían dado resultados valiosos y sin mucha inversión, siendo uno de ellos la estrategia de atención primaria

que enfatiza en programas de prevención en la población susceptible (Vacunación e inmunización masiva, el funcionamiento de los espacios para la terapia de rehidratación oral, el control de crecimiento y desarrollo entre otros); además, se incrementan la disposición de servicios básicos como agua potable y saneamiento.

Según la ENDESA 2011-2012, Honduras ha presentado también una tendencia hacia la reducción de la mortalidad infantil, de cada 1,000 niños nacidos durante el período 2006–2012, 24 murieron durante el primer año, cifra que presenta un descenso en comparación con el nivel estimado para el período 2000–2006 que fue de 25 por mil. La mortalidad pos neonatal es la que presenta un mayor descenso de 10 a 6 por mil.

El lugar de residencia tiene relevancia en relación a la mortalidad de la niñez; los niños y niñas que viven en áreas rurales, tienen una y media veces más riesgo de morir que sus iguales que viven en la zona urbana (INE 2006), situación que está condicionada por la grandes diferencias que existen en el país, en relación al acceso a todo tipo de servicios públicos entre el área rural y urbana, en perjuicio de la salud tanto en el aspecto preventivo como curativo incurriendo en los altos índices de mortalidad en la niñez. La tasa de mortalidad infantil en Honduras para la zona rural es de 23 x mil nacidos vivos y de 25 x 1000 nacidos vivos para la zona urbana (ENDESA 2011-2012).

“Los departamentos del país que tienen mayor número de población rural registran las tasas de mortalidad más altas tanto en la niñez como en los menores de un año. Las estimaciones de la TMI (2001) muestran que los departamentos del occidente del país tienen las tasas más altas del país, tal es el caso de Copán, 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 con las tasas de mortalidad más bajas de la niñez y la infancia.

La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años puede usarse para reflejar tanto las tasas de mortalidad infantil como de la niñez. Esto tiene ciertas ventajas. El uso de solo la tasa de mortalidad infantil puede distraer la atención de una alta tasa en particular, pueden perder la atención como factor causal, especialmente en aquellos países donde el niño es más vulnerable a la malnutrición en el segundo año de vida. El indicador de mortalidad en la niñez se considera como un parámetro clásico de condiciones de vida de una población, a través del cual un país puede ser clasificado según nivel socioeconómico alcanzado.

3.2 Principales causas de mortalidad en la niñez

La mortalidad neonatal representa alrededor de la mitad de las muertes infantiles, siendo las causas más importantes trauma/asfixia, Prematurez e

infecciones propias del periodo perinatal. Estas causas están 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.

La prevención de la deficiencia de ácido fólico en mujeres en edad fértil, que en caso de embarazo tienen hasta un 72% de probabilidad de tener un hijo con problemas neurológicos, es deficiente por falta de financiamiento de la suplementación de ácido fólico, por lo que sólo se administra a mujeres ya embarazadas después de las seis semanas, cuando las malformaciones puede que ya estén establecidas.

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.

3.3 Factores de riesgos relacionados con la mortalidad infantil

El mayor aporte de casos de la mortalidad infantil lo originan los niños y niñas que mueren en los primeros 28 días (periodo neonatal) y de estos generalmente los que fallecen antes de los siete días (neonatal temprano), resultando la mayoría de ellos en los sectores rurales. Son muchas las causas pero la mayoría están más relacionadas con factores socioeconómicos y estructurales que con el paciente mismo; los cuales tienen que ver con la adecuada atención prenatal, parto seguro y cuidados neonatales oportunos brindados por personal calificado que garantice la calidad en la prestación de servicios y a su vez sean accesibles a la población más necesitada.

Son algunos factores sociales que aumentan la probabilidad de la mortalidad infantil: el bajo nivel educativo particularmente de la madre, bajo ingreso en el hogar, residir en el área rural, la falta de servicios básicos en el hogar (agua y servicios sanitarios), los modelos reproductivos de la madre (espaciamiento de los hijos, multiparidad, edad extrema), escasa asistencia al control prenatal (menos de 5) y la calidad de este y la práctica de la lactancia materna menor de seis meses cuya consecuencia en la mayoría

de los casos acarrea problemas de malnutrición la cual en sus fase avanzada es responsable de la morbi mortalidad temprana.

Destaca el Informe de Contribuciones Potenciales a la Agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) desde la perspectiva de la Conferencia Internacional sobre población y el desarrollo (CIPD) que “la supervivencia del niño está estrechamente vinculada al momento, espaciamiento y número de los nacimientos y a la salud reproductiva de las madres. La edad temprana o tardía, el alto número y la excesiva frecuencia de los embarazos son factores importantes que contribuyen a las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad de lactantes y niños pequeños, en especial cuando los servicios de atención de salud son insuficientes”. (CIPD. 2010). De manera, que para revertir dicha situación, se deberá continuar trabajando la atención de la salud reproductiva con un abordaje integral que incluya los derechos sexuales.

“Los niños y niñas menores de cinco años de madre sin educación tienen casi tres veces más riesgo de morir que los niños y niñas de madres que tienen educación secundaria y superior”. (CIPD, 2010). De igual forma el área de residencia es también factor determinante, “los menores de cinco años que residen en áreas rurales tienen una y media veces más riesgo de morir que los que viven en áreas urbanas”, (SESAL, 2010), pues las

facilidades de acceso tanto a servicios ambulatorios como hospitalarios son diferentes entre ambas zonas.

3.4 Contexto General de Honduras

Honduras se encuentra ubicada en el centro de América Central, tiene una extensión territorial de 112,492 Km². Según últimos censos, cuenta con una población de 8,215,313 habitantes de los cuales el 50.7% son mujeres y el 49.3 % son hombres, distribuidos en 18 departamentos y 298 municipios. Viven en el área rural el 55.5% y en el área urbana el 44.5%. Predomina la raza mestiza, además ocho etnias con un aproximado de 440,000 personas que equivale al 7% de la población. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existe un millón de habitantes entre indígenas y afro descendientes en el país.

Cuenta con una alta incidencia de pobreza que llega al 66.2% de la población y cerca de un 45.3% en situación de pobreza extrema, concentrándose esta en el área rural; Tegucigalpa y el departamento de Cortés, presentan los menores índices de pobreza, no obstante, esta situación cambia y alcanza niveles importantes en el caso de la zona rural. Aún con todo este panorama, una base de población joven (menor de 18 años) que representa el 47% frente a un reducido porcentaje de adultos mayores (60 años) de 5.7%, constituyendo una latente ventaja para el

mejoramiento y aumento de la economía y el fortalecimiento de la seguridad social.

Según el informe de Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2013), el país registra un IDH de 0.632, resultados que a nivel del mundo lo ubica entre las posiciones más bajas (120) y entre los países de América Latina y el Caribe ocupa el lugar 33, quedando por arriba solo de Nicaragua, Guatemala y Haití. La tasa de fecundidad disminuyó a 3.3 hijos por mujer (área urbana: 2.6 y área rural: 4.1) y la esperanza de vida al nacer para la población en general se incrementó de 69.9 (2000) a 73.4 años (2012).

De acuerdo a datos de la Secretaria de Planificación (SEPLAN), un alto porcentaje de hogares clasificados como extremadamente pobres corresponde al área rural y de estos la mayoría son indígenas o afro descendiente, quienes viven en condiciones ambientales muy desfavorables con una escasa cobertura de servicios básicos, ejemplo cerca del 60% sin acceso a agua potable; situación que incrementa las tasas de mortalidad del menor de cinco años y particularmente las infantiles.

3.5 Sistema de Salud

El sistema de salud actual está constituido por dos sub sistemas: El público y el privado. El sector público incluye: La Secretaria de Salud y el Instituto

Hondureño de Seguridad Social (IHSS), además de otras instituciones públicas que manejan regímenes de aseguramiento (Fuerzas Armadas) o atienden a poblaciones específicas. El sector privado cuenta con prestadores con o sin fines de lucro. Todos sin enlaces funcionales entre ellos; caracterizados por la fragmentación de servicios y desarticulación; duplicando acciones, esfuerzos y recursos; pues generalmente están ubicados en los mismos espacios, desconociéndose la cobertura que realmente están alcanzando.

3.5.1 Sub sistema de salud

Está conformado por dos sectores: La Secretaria de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). El primero con doble función de rectoría y prestación de servicios. La Secretaria de Salud dispone de servicios ambulatorios y hospitalarios con programas de atención primaria que incluyen: Atención integral a la familia (niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores), Control de enfermedades transmitidas por vectores (Dengue, Malaria, Chagas, Leishmaniasis, Leptospirosis), Transmisión Sexual y otros dirigidos a la atención de enfermedades crónicas-degenerativas, Salud Mental, Salud Oral y Promoción de la Salud. El modelo de atención vigente con un enfoque más curativo, dirigido al daño y la enfermedad, y no a la solución del problema de manera integral donde tenga mayor participación la comunidad.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) por su parte, ofrece tres tipos de seguro: Enfermedad y Maternidad, Riesgos del trabajo e Invalidez, Vejez y Muerte. El Sector Privado, centraliza sus servicios en la atención primaria, diagnóstico por laboratorio e imágenes con alta tecnología y farmacia.

Según Endesa 2011-2012, la Secretaria de Salud cuenta con la mayor red de establecimientos en el país: 28 hospitales y 1,587 establecimientos de atención ambulatoria (1,044 Cesar, 444 Cesamos, 68 CMI 3 Clíper). El IHSS tiene 2 hospitales y 18 establecimientos ambulatorios. El sector privado incluyendo ONGs y otras instituciones disponen de 108 hospitales y 820 establecimientos ambulatorios.

3.5.2 Acceso a servicios de salud

Según el Informe de Análisis de Situación de la Población en Honduras (2009), se estima que un 60% de la población está cubierta por la red de servicios de la secretaria de Salud, un 18% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (que corresponde al 40% de la población económicamente activa empleada en el sector formal y sus dependientes) y un 5% por el sector privado (particularmente población con capacidad de pago). Sin embargo, un millón de habitantes que representa el 17% de la población no tiene acceso a servicios de salud, siendo la población más afectada los

pueblos indígenas y los afro descendientes quienes radican en zonas altamente postergadas.

A nivel nacional, en comparación al año 1990 se registra un incremento de 56%, pero continúan los problemas de inequidad en la cobertura tanto entre los departamentos como entre los sectores de la población particularmente entre las zonas más pobres y de mayor riesgo.

3.5.3 Reforma del Sector Salud

A partir del 2004 como parte del proceso de Reforma y de la estrategia de descentralización se aprobó la Ley de departamentalización de la Secretaria de Salud, comenzando de esta manera con el reordenamiento compuesto por tres niveles: Nacional, Regional y Área/Municipio. Se crean 18 regiones departamentales una por cada cabecera departamental y además 2 metropolitanas ubicadas en ciudades de mayor concentración (Tegucigalpa y San Pedro Sula). Así mismo, le son traspasadas a las regiones algunas obligaciones administrativas relacionadas a la contratación de personal y ejecución de presupuesto.

Cabe mencionar que con la implementación de esta nueva Ley, se fortalecieron aquellas departamentales cuya sede continua siendo la de la antigua región; no obstante las nuevas regiones creadas tuvieron que enfrentar serias dificultades desde la escasez de recurso humano,

organización, abastecimiento de insumos y la falta de asesoría y acompañamiento técnico; situación que fue más difícil para algunos departamentos, los cuales hasta la fecha continúan con limitantes, particularmente en relación a la contratación de personal, ya sea por dificultades de acceso o falta de asignación presupuestaria.

Así mismo, con la reestructuración de la Secretaría de Salud se pretendía que tanto los niveles locales como la sociedad civil organizada tuvieran un mayor involucramiento en lo que se refiere a la realidad de su salud, de manera que fueran protagonistas de las decisiones tomadas para mejorar la misma. No obstante, los alcances no son análogos ni entre los mismos departamentos ni al interno de estos; y sus resultados no siempre favorecen a los más desprotegidos, por el contrario muchas veces dispensan mayor oportunidad a los caudillos locales.

3.6 Situación general del departamento de Intibucá

El departamento de Intibucá, ubicado en la región occidental del país, con una población de 219,439 habitantes (2009) distribuidos en 17 municipios, 125 aldeas y 910 caseríos. Situado en el cordón más pobre del país, en zona fronteriza compartiendo con el departamento de La Paz y Lempira, los cuales presentan el mayor volumen a nivel nacional de población lenca, además de la existencia de grupos altamente marginados. Por su ubicación

en una zona alta sobre el nivel del mar, durante casi todo el año permanece con temperaturas frescas (15 a 18 grados).

Cuenta con los niveles más altos de hogares con necesidades básicas insatisfechas, donde más del 50% de los hogares presentan tres o más NBI, superando dos veces el promedio nacional, situación que lo ubica en los últimos cinco lugares con relación al total de departamentos, está catalogado como uno de los más pobres. La falta de acceso a servicios de salud y educación, resaltan como principales causas que contribuyen a que amplios sectores de la población vivan en condiciones de pobreza y miseria.

Las malas condiciones ambientales están determinadas por la carencia de servicios básicos de agua segura para el consumo humano, disposición inadecuada de excretas, vivienda inadecuada y hacinamiento; factores que contribuyen a agravar su situación de salud la cual se ve afectada por las altas tasas de mortalidad materna e infantil, cuyas causas en el caso de los niños son las infecciones respiratorias agudas, diarrea, desnutrición, entre otras; en el caso de la mortalidad neonatal problemas de malformaciones congénitas y las relacionadas con la atención del parto.

En el departamento de Intibucá, la red de servicios está conformada por 52 establecimientos de salud: 16 cesamos, 33 cesar, 2 clínicas maternas y 1 hospital, constituidos en 6 redes intermunicipales correspondiendo así

mismo a la organización de los municipios en mancomunidades. Dentro del marco de la reforma del sector salud, recientemente se han desarrollado procesos de descentralización de la provisión de servicios a través del modelo Público-Social en 6 de los 17 municipios lo cual representa un tercio; abarcando 21 establecimientos (6 cesamos, 13 cesares y 2 clínicas maternas) lo que destaca el 40% del total de la red departamental.

Además, se han implementado estrategias para solucionar los problemas de salud, con participación de los diferentes actores: Incorporación de los gobiernos municipales, desarrollo de proyectos y programas para la reducción de la mortalidad materna e infantil, ampliación de la cobertura de comunidades intervenidas con la estrategia de atención integral al niño (AIN), Individuo Familia y Comunidad (IFC).

3.7 Vigilancia de la salud

Las estadísticas vitales son consideradas una de las fuentes de información que se utilizan en el país para el estudio de mortalidad infantil, las cuales incluyen datos pertinente a nacimientos y defunciones que son recopiladas por el Registro Nacional de las personas (RPN) y procesadas por Instituto Nacional de Estadística (INE). Sin embargo, las estadísticas en el país son muy deficientes, siendo el principal problema el subregistro de información, por lo cual para estimar la tasa de mortalidad infantil se utilizan

procedimientos alternativos que recogen la información a través de encuestas demográficas, censos de población y otros.

Oficialmente las cifras de mortalidad de la niñez del país son dictadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Honduras, las cuales son resultado de las encuestas de salud que se realizan cada 5 años; (fallecen aproximadamente 3,000 niños menores de 5 años, cada año, según la Encuesta de Demografía y Salud-ENDESA 2005-2006), no obstante, para fines de la 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.

La vigilancia de la mortalidad del niño menor de cinco años responde a diferentes políticas internacionales y nacionales; Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) 2015, Política Nacional de Salud 2021, Visión de País 2038, Plan Nacional 2010-2022, Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) 2008-2015, Política Nacional Materno Infantil, que entre sus líneas de intervención contemplan la captación, investigación y análisis de las muertes ocurridas en el menor de cinco años, así como la definición de las estrategias de intervención orientadas a la disminución de las muertes ocurridas en los diferentes niveles de atención.

La vigilancia de salud pública es la herramienta utilizada para monitorear el estado de salud de las poblaciones, además proveer las bases para que de la manera más adecuada posible, las instituciones establezcan prioridades, desarrollen planes de trabajo y tomen acciones para promover y proteger la salud de la población. Los sistemas de vigilancia pueden ser considerados como ciclos de información, que involucran la participación de los proveedores de servicios de atención en salud, las instituciones de salud pública, y el público, quienes deben contribuir de manera pertinente en las diferentes etapas del proceso.

El ciclo se inicia cuando los casos de una enfermedad ocurren y son reportados por los profesionales de la salud a las instituciones de Salud Pública y **no se completa hasta en tanto la información de estos casos no es confiada a aquellas personas que son responsables de la prevención y control de las enfermedades. Debido a que los trabajadores de la salud, las instituciones de salud pública y el público mismo tienen responsabilidad en la prevención y control de las enfermedades, deben también ser incluidos entre quienes reciben la retroalimentación de la información de la vigilancia.**

En términos generales las estrategias de búsqueda de la información para la vigilancia pueden ser básicamente de dos tipos: pasiva y activa. **La forma pasiva** se da cuando el funcionario de salud (epidemiólogo, estadígrafo u

otro) no efectúa la búsqueda de los eventos de interés para la vigilancia y obtiene los datos directamente de registros ya establecidos. Dichos eventos se identifican y registran cuando el usuario o paciente solicita el servicio respectivo. Se utilizan fuentes secundarias como los registros de atenciones, historias clínicas y certificados de defunción, entre otros. Es una modalidad menos agresiva y requiere menos recursos pero la información así obtenida puede representar solamente una fracción del total de eventos existentes.

En cambio, **la forma activa**, es cuando el funcionario ejecuta personalmente la búsqueda de los datos de interés para la vigilancia en su origen, independientemente de que el enfermo o la persona acudan o no al servicio de salud y el dato se anote o registre rutinariamente. Para ello se deben utilizar múltiples recursos, medios y fuentes para encontrar los casos y en gran medida requiere de creatividad por parte del investigador.

La vigilancia de la mortalidad en menores de cinco años, comprende la detección y notificación inmediata de todo fallecimiento que ocurre en este grupo de edad, el análisis de las condiciones, el proceso de atención recibido, así como el proceso de atención prenatal, parto, nacimiento, control durante el crecimiento y atención en sus periodos de morbilidad y muerte. El análisis de la muerte en los menores de cinco años permitirá la determinación de la satisfacción del usuario y la evitabilidad de dicha muerte,

la determinación de debilidades del sistema de salud en los diferentes niveles y estrategias que generen acciones inmediatas para su corrección.

El análisis de la mortalidad infantil se plantea como un proceso de autoevaluación, en el cual se compara la atención ofrecida con criterios explícitos y aceptables de desempeño. El mejoramiento de la captación de sistemas de registro y de recolección de la información en la vigilancia de la mortalidad en el menor de 5 años facilitará la definición de intervenciones integrales basadas en la evidencia. Por lo que se requiere que todo prestador de servicios desarrolle la cultura de registrar correcta y oportunamente los datos requeridos y a la vez pueda analizar y utilizar la información de manera pertinente.

El Propósito de la Vigilancia de la Mortalidad en el menor de 5 años es contribuir con información objetiva, completa y oportuna a la formulación de políticas y diseño de estrategias que lleven a la reducción de la mortalidad en el menor de 5 años en el país. Entre los principales factores determinantes de la mortalidad en la niñez, 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.

La Secretaría de Salud ha definido que es necesario el funcionamiento sistemático y continuo de un sistema de vigilancia epidemiológica nacional de la mortalidad en el menor de 5 años, la cual permita disponer de información confiable, oportuna, relacionada en términos de su magnitud y caracterización de las determinantes que la condicionan. Esta información debe contribuir a la generación de políticas y diseño de estrategias que lleven al control y reducción de la mortalidad infantil y del niño(a) de 1-4 años en el país. Además a la evaluación del impacto de tales acciones, garantizando así el cumplimiento del ciclo completo de la vigilancia.

Los datos del Sub sistema de Vigilancia del menor de cinco años no permiten realizar los cálculos de las tasas, notificación de las muertes y la identificación de las cifras reales (Sub registro), lo que hace necesario requerir de investigaciones especiales. En base a lo anterior es imperativo actualizar los datos sobre la magnitud, estructura y tendencia de la muerte y la evaluación del impacto de las estrategias aplicadas por la Secretaria de Salud al disponer de tasas de mortalidad del niño menor de cinco años, así como las diferentes tasas de mortalidad específicas para cumplir con los compromisos antes enunciados.

3.8 Políticas, planes y convenios

Honduras como otros países de la región ha adquirido diferentes compromisos en el marco de convenios suscritos, políticas y planes tales como:

- Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 4): reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad en el menor de cinco años para el año 2015.
- Estrategia de Reducción de la Pobreza al 2015
- Política Nacional Materno Infantil
- Política Nacional de Salud 2006-2010.
- Plan de Nación 2010-2030
- Plan Subsectorial
- Reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI) 2008-2015.

3.8.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Como parte de una serie de propuestas dirigidas a reducir la pobreza en el mundo, en el mes de septiembre del año 2000 las Naciones Unidas realizó convocatoria a 189 países miembros del sistema, con el propósito de divulgar la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. “Tres de los ocho objetivos, 8 de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores están

relacionados con la salud”. (Torres Cristina, 2004). La propuesta contiene además metas e indicadores que se establecieron con la finalidad de facilitar el monitoreo, determinando como límite el año 2015 para alcanzar el logro de los mismos.

De acuerdo al tercer informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio del país (2010), la pobreza en los hogares y el nivel educativo de la madre son factores que están íntimamente ligados con la mortalidad en la niñez. Así, “los niños y niñas del quintil de ingresos inferior y segundo, que son los más pobres, tienen dos y media veces más riesgo de morir en la infancia que los que pertenecen al quintil superior de ingresos” (UNFPA, 2009); lo cual evidencia que del nivel de ingresos depende la disponibilidad tanto de alimentos como de servicios para la madre y el niño.

Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 4: Reducir la mortalidad infantil

De acuerdo con el objetivo general de este estudio, se pretende investigar las muertes para hacer intervenciones que permitan alcanzar el cuarto objetivo del milenio y sus metas; siendo uno de los compromisos importantes del país ante la comunidad internacional. Las instituciones responsables del seguimiento se encuentran con diferentes posiciones en cuanto a los avances y las proyecciones para el logro de los ODM en general y de manera particular el ODM No.4 en la región de América Latina y El Caribe.

De acuerdo a las tendencias de disminución de la mortalidad infantil observadas en el estudio realizado 1990-2008, de 31 países en vías de desarrollo se estima que solo México, El Salvador, Nicaragua, Honduras alcanzaran las metas planteadas en los ODM. El mayor aporte en el descenso de la tasa de mortalidad infantil en el país son los resultados obtenidos en la disminución de la mortalidad del neonato; no obstante que para lograr dichas metas, es necesario que se hagan mayores esfuerzos, tomando en cuenta el corto tiempo que falta para llegar a la fecha propuesta.

3.8.2 Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP)

“La estrategia de ERP es un compromiso y un esfuerzo compartido entre el gobierno y la sociedad hondureña con participación directa de representantes de organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de identificar y consensuar las necesidades y prioridades del país en función de reducción de la pobreza; así como el combate de la misma. Su objetivo es reducir la pobreza de manera significativa y sostenible para el año 2015.” (Consejo Consultivo de la ERP. Unidad de Apoyo Técnico (UNAT), 2009-2013). Entre las metas globales está reducir a la mitad la tasa de M.I. y en menores de 5 años. Partiendo del 2001: De 34 x 1000 NV a 17 x 1000 NV y de 45 x 1000 NV a 22 x 1000 NV respectivamente.

3.8.3 Reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI)

“Es una política que se implementó en el período 2008 a 2015. Es la herramienta que facilitará el entendimiento para alinear y armonizar los recursos financieros, independientemente de su fuente de origen, sean de tipo nacional o aquellos provenientes de la cooperación externa, a fin de mejorar la promoción, prevención y provisión de servicios de salud materna y de la niñez, es además , la prioridad nacional que facilitará lograr las metas contenidas en la estrategia de reducción de la pobreza (ERP) y los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), para estos grupos prioritarios”. (UPEG, 2009).

Entre las **Metas al 2015** que recogen los principales compromisos nacionales e internacionales son las siguientes: “Mortalidad infantil: 15 por mil NV como promedio nacional y que ninguna región sanitaria supere las 34 muertes por mil NV. Mortalidad neonatal: 7 por mil NV y que ninguna región sanitaria supere las 10 muertes por mil NV. Mortalidad 1-4 años: 4 por mil NV como promedio nacional y que ninguna región sanitaria supere las 7 muertes por mil NV.” (UPEG, 2009).

En el área de intervención de la vigilancia de la mortalidad materna y de la niñez, plantea entre sus objetivos: Que a partir de julio 2009, todos los

departamentos de vigilancia de las 20 regiones contarán con el análisis y propuestas de intervención en agrupación por causa de muerte en el 100% de las muertes en menores de 5 años captadas; igual indicación para el nivel local. No obstante, actualmente la mayoría de las regiones con grandes dificultades para cumplir con este objetivo, particularmente en el análisis de los casos de menores de cinco años, sobre todo en lugares donde el número de eventos es muy elevado.

4. METODOLOGÍA

El presente estudio se desprende de una investigación nacional de la Secretaría de Salud (SESAL), cuyo objetivo fue caracterizar la mortalidad de la niñez durante los períodos 2009-2010. Fue conducida por la Dirección de Vigilancia de la Salud, a través de un equipo integrado por epidemiólogos y salubristas de la Dirección General de Vigilancia de Salud (DGVS) y Dirección de Atención Integral a la Familia (DAIF), teniendo el acompañamiento de un consultor experto en el tema.

Esta investigación es de tipo descriptivo y transversal. La Población en estudio fueron los niños(as) menores de un año de edad, residentes en las comunidades del departamento de Intibucá, que murieron durante el período de enero a diciembre del 2009 y 2010. Los datos fueron recolectados por personal de la SESAL a través de la utilización de la autopsia verbal con parientes y/o familiares del menor de un año fallecido.

Se incluyeron todos los menores de un año fallecidos, del departamento de Intibucá, ocurridas de enero a diciembre del 2009 y 2010, en el nivel ambulatorio. Se excluyeron todos los menores de un año fallecidos que corresponden al departamento de Intibucá, pero que fallecieron fuera del país durante el período de estudio; también todos los menores de un año que murieron en el departamento de Intibucá, pero que residían en el extranjero. (Se consideró residente en el extranjero todo menor de un año

que tenía como período mínimo seis meses de vivir en otro país) y todos los menores de un año fallecidos, del departamento de Intibucá, durante enero a diciembre del 2009 y 2010, en el ámbito hospitalario.

Las muertes fueron captadas a través de búsqueda activa, utilizando los instrumentos definidos por el subsistema de vigilancia de la mortalidad del menor de cinco años. Debido a que se realizó una movilización nacional del personal de las regiones sanitarias departamentales para la actualización de la razón de mortalidad materna se aprovechó la movilización para la búsqueda de casos.

Los instrumentos utilizados para la investigación de casos fueron: **Muertes Comunitarias** utilizando los instrumentos: **Ficha de Vigilancia de la Mortalidad en menores de cinco años (IVM-4). Protocolo de Investigación y Análisis de la mortalidad del menor de 5 años ocurridas en la comunidad (IVM-6A)**. Cada instrumento contenía su respectivo manual. La recolección de los datos fue realizado por personal institucional con grado universitario, previo a este momento se realizaron las capacitaciones a los diferentes grupos; con el propósito del llenado correcto de los diferentes instrumentos para la recolección de los datos.

A nivel comunitario fueron tomadas las diferentes fuentes existentes para la captación de los casos: Reporte Estadístico de Defunción (RNP-INE), Libro

de registro de defunciones en las oficinas de registro civil municipal. Oficialía Civil Departamental del Registro Nacional de las Personas. Registros en cementerios y otros; así como informantes claves que fueron identificaron en la comunidad.

Las fuentes a nivel institucional no hospitalario (CMI, CESAMO, CESAR) utilizados fueron los registros de defunciones extra hospitalarias, Listado de Niños (LINVI), Listado de embarazadas (LISEM), Auxiliares de Enfermería, Enfermeras profesionales, Médico asistencial, Técnico de Salud Ambiental, Informe presentado por voluntarios de salud y reuniones de voluntarios.

Los datos fueron procesados en una base en formato Access, que está dentro del software Sisloc. Para el registro de los diagnósticos de la causa básica se utilizó la codificación de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades décima edición (CIE-10), previo análisis de las mismas por expertos. El proceso de análisis involucró los diferentes niveles: **Nivel Local:** CESAR, CESAMO, Clínicas materno infantil, CLIPERS, Hospitales. **Nivel Regional. Nivel Central.**

En el mes de mayo 2013 y como resultado de la iniciativa propuesta por la Maestría en Salud Pública, se obtuvo la nueva base de datos depurada por la DGVS la cual fue enviada en formato de Excel 2010. Se dió inicio a la elaboración del plan de cruce de categorías y variables. En este momento se

detectó la necesidad de obtener información de los datos de mortalidad manejados por la departamental de Intibucá, con la finalidad de sustentar los resultados en cumplimiento del objetivo 5 de este estudio que trata sobre la determinación del sub registro de la información.

Se solicitaron las bases de datos 2009, 2010 de la población del menor de un año según proyecciones dadas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (suministrados por el INE), muertes en menores de un año, análisis de situación de salud, listado de los municipios según códigos vigentes; informes de los análisis de mortalidad del menor de cinco años generados por el Comité de Vigilancia.

Para complementar las categorías definidas en esta investigación y fortalecer el marco teórico, el análisis de resultados, las conclusiones y recomendaciones, se hizo revisión de documentos y bibliografía existente entre otros: Guía para la vigilancia de la mortalidad en el menor de 5 años en Honduras, Normas Nacionales para la atención materno neonatal, Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), Plan Nacional de Salud 2021, Visión de País, Plan de Nación, Plan de Gobierno, Política de reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI) y ENDESA 2011-2012.

Para construir las tasas de mortalidad, en el numerador fueron tomadas todas las defunciones registradas en las fichas llenadas durante la búsqueda activa de los casos de los años 2009 y 2010. El denominador fueron los recién nacidos vivos estimados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) según proyección de población por departamentos 2001-2015.

Los resultados fueron representados en cuadros, gráficos de áreas, columnas, barras y líneas con sus respectivas lecturas; procediendo después al análisis de los mismos conforme a las categorías y variables del estudio; utilizando cálculos estadísticos como proporciones, media, moda, tasas, y rango. La bibliografía fue elaborada mediante metodología APA según lineamientos establecidos por la Maestría.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la investigación de la caracterización de la mortalidad infantil comunitaria realizada en el departamento de Intibucá durante el período 2009-2010.

Cuadro 1. Muertes comunitarias en el menor de un año según distribución proporcional por sexo. Departamento de Intibucá. 2009-2010.

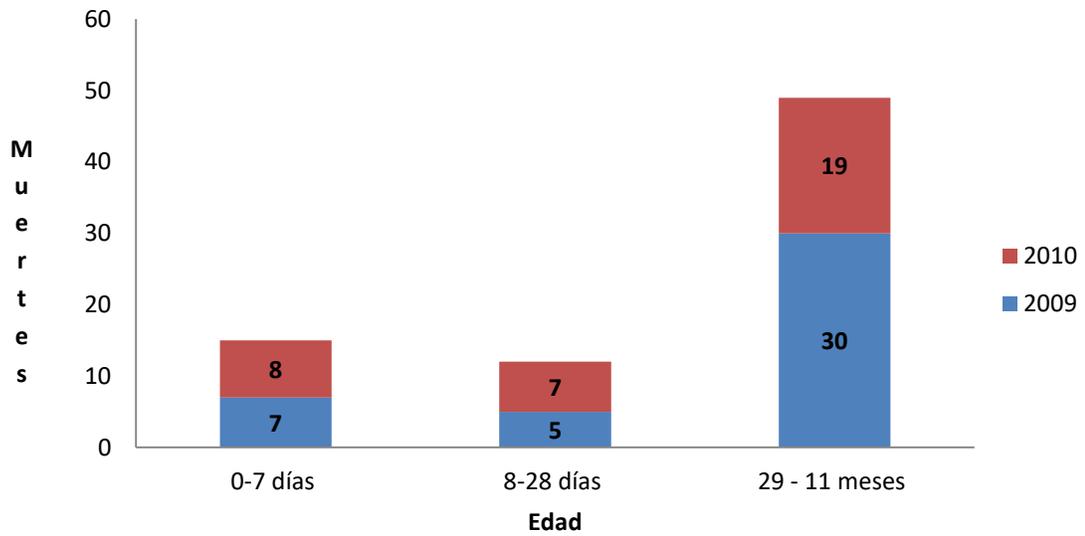
Sexo	Años		Distribución Proporcional	
	2009	2010	2009	2010
Hombre	25	22	59.5%	64.7%
Mujer	17	12	40.5%	35.3%
Total	42	34	100.0%	100.0%

Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá, Honduras. 2009-2010.

En el año 2009 se registraron 42 casos de muertes comunitarias en el menor de un año, de los cuales 25 fueron hombres (59.5%) y 17 mujeres (40.5%).

En el 2010 fueron 33 fallecidos, 22 hombres (64.7%) y 12 mujeres (35.3%).

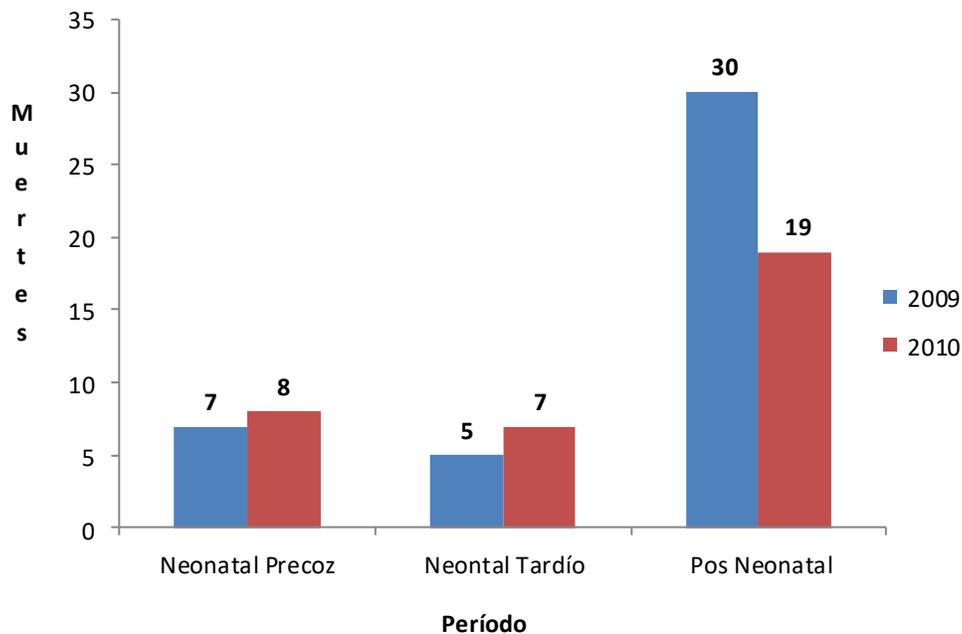
**Gráfico 1. Muertes comunitarias en menores de un año según edad.
Departamento de Intibucá.
2009 – 2010.**



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Durante el 2009 se registraron 42 defunciones de los cuales 7 fueron de 0-7 días, 5 de 8-28 días y 30 correspondieron al grupo de 29 días-11 meses. En el 2010, se analizaron 34 eventos: 8, 7 y 19 respectivamente por categoría de edad. El mayor número de fallecidos para ambos períodos ocurrió en el grupo de 29- días -11 meses.

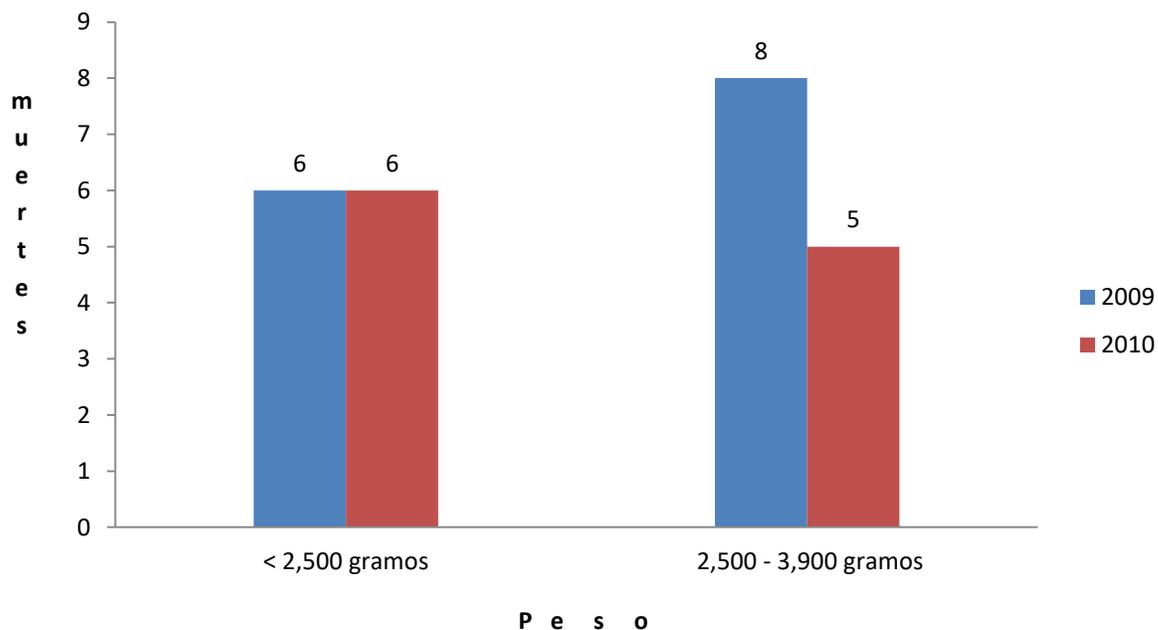
Gráfico 2. Muertes comunitarias en menores de un año según período. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

De acuerdo a clasificación, durante el 2009 se registraron 7 casos en el período neonatal precoz, 5 en el neonatal tardío y 30 en el pos neonatal. Para el 2010, fueron 8, 7 y 19 eventos para cada categoría.

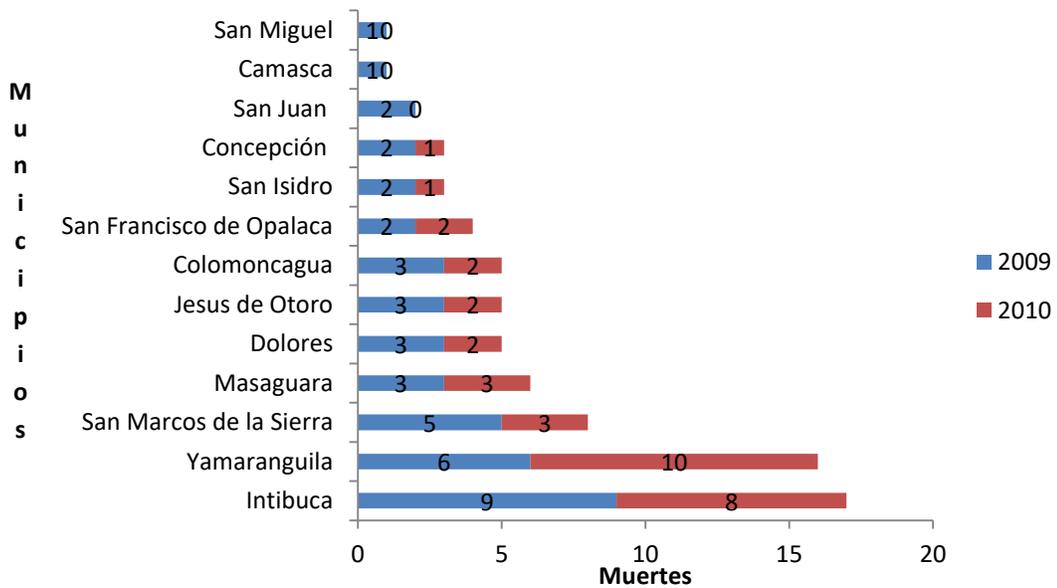
Gráfico 3. Muertes Comunitarias en menores de un año según peso al nacer. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

En el año 2009 a un total de 14 niños fallecidos se les registró el peso, de los cuales 6 tenían peso menor de 2,500 gramos y 8 con peso 2,500-3,900 gramos. En el 2010, a un total de 11 de los fallecidos se les consignó el peso, de estos correspondieron 6 y 5 para cada clasificación.

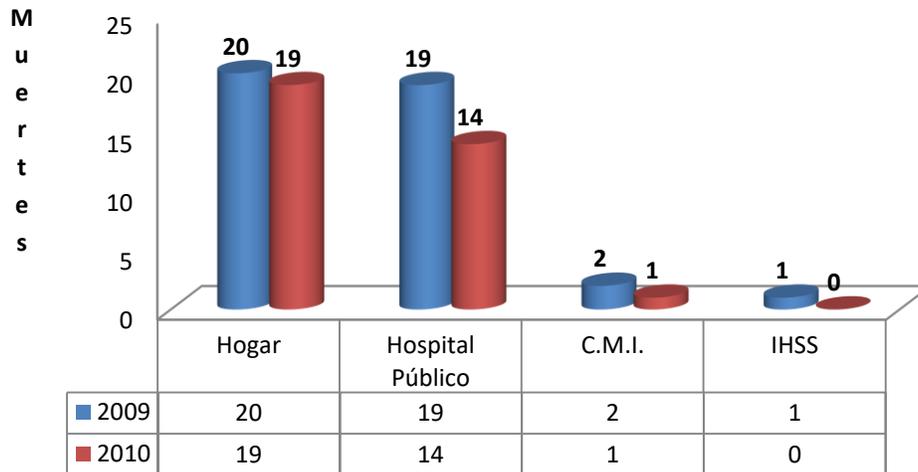
Gráfico 4. Muertes comunitarias en menores de un año por municipios. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

En el año 2009 un total de 13 municipios registraron fallecidos con 1 a 9 casos; en el 2010, los municipios con casos registrados fueron 10 con 1 a 10 casos respectivamente. Para ambos períodos los municipios con mayor número de casos fueron Intibucá y Yamaranguila.

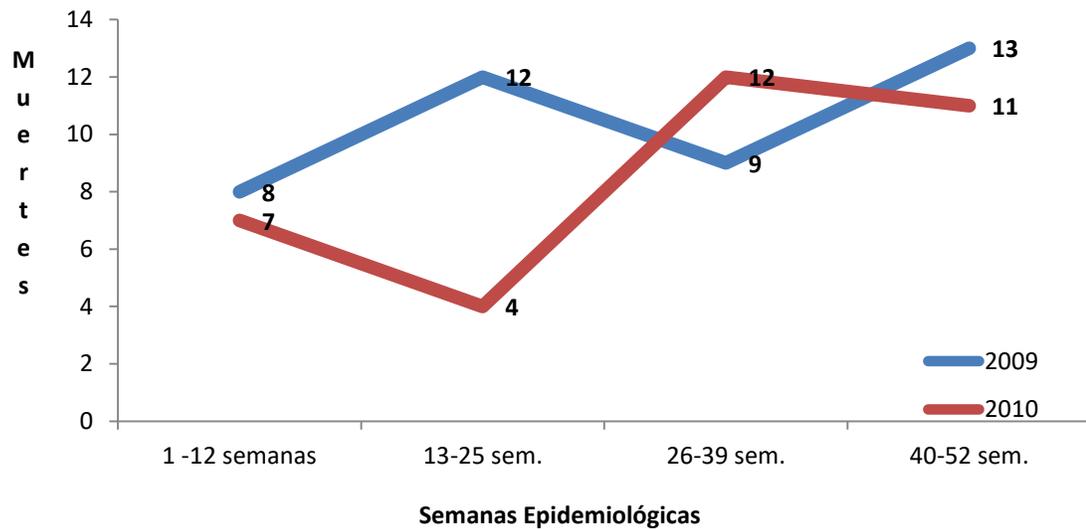
Gráfico 5. Muertes comunitarias en menores de un año según sitio de parto. Departamento de Intibucá. 2009 – 2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Según sitio de parto, un total de 42 casos fueron revisados en el 2009, de los cuales 20 ocurrieron en el hogar, 19 en Hospital Público, 2 en Clínica Materna y 1 en el Seguro Social. Para el 2010, se registraron 34 fallecidos, cuyos partos se atendieron: 19, 14, 1 y 0 en cada una de las categorías mencionadas.

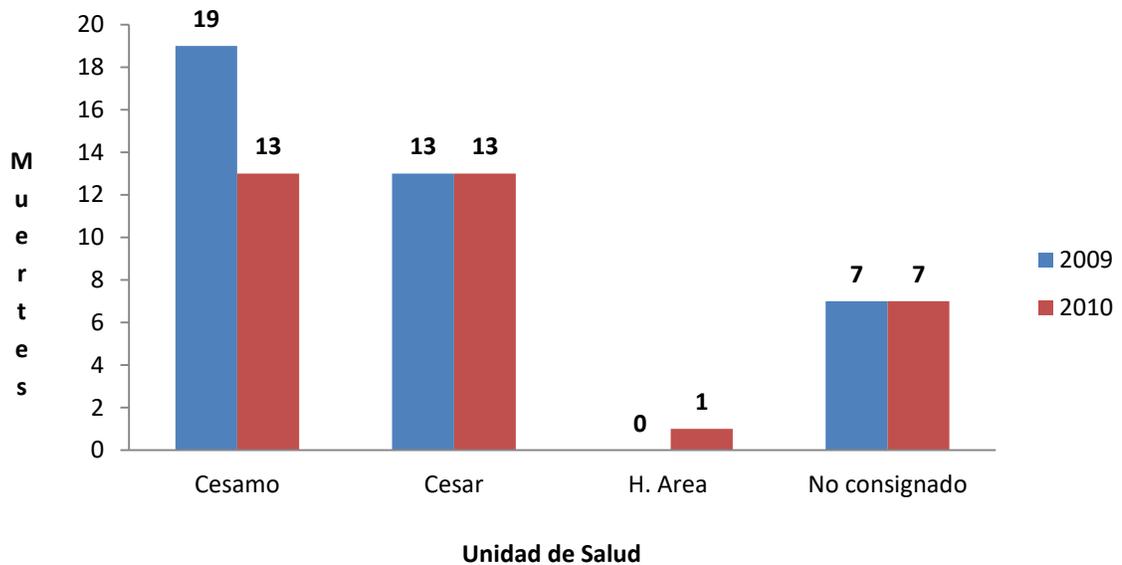
Gráfico 6. Muertes comunitarias en menores de un año según semanas epidemiológicas. Departamento de Intibucá. 2009 – 2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Del total de muertes en el 2009, en las semanas de la 1-12 ocurrieron 8 casos, de la 13-25 semanas 12 casos; de la 26-39 semanas 9 casos y en las últimas 12 semanas 13 casos. En el año 2010, los casos fueron de 7, 4, 12 y 11 respectivamente según semanas epidemiológicas.

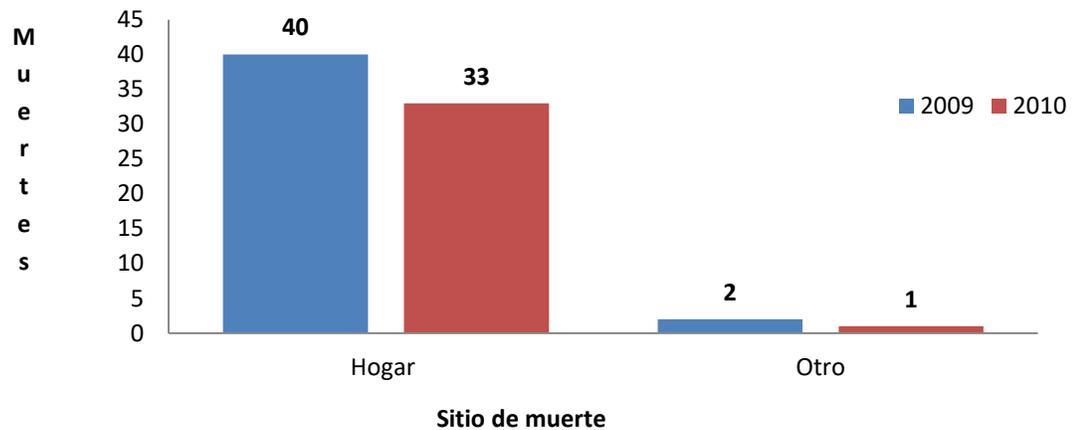
Gráfico 7. Muertes comunitarias en menores de un año según tipo de unidad de salud donde acudía el niño. Departamento de Intibucá. 2009- 2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

De los casos ocurridos durante el 2009, un total de 19 acudieron al Cesamo antes de morir y 16 fueron asistidos en el nivel Cesar. En el 2010, un total de 13 niños fueron atendidos en el Cesamo e igual número en el nivel Cesar y un caso en el hospital de área. Hubo 7 casos sin ninguna anotación en cada uno de los períodos analizados.

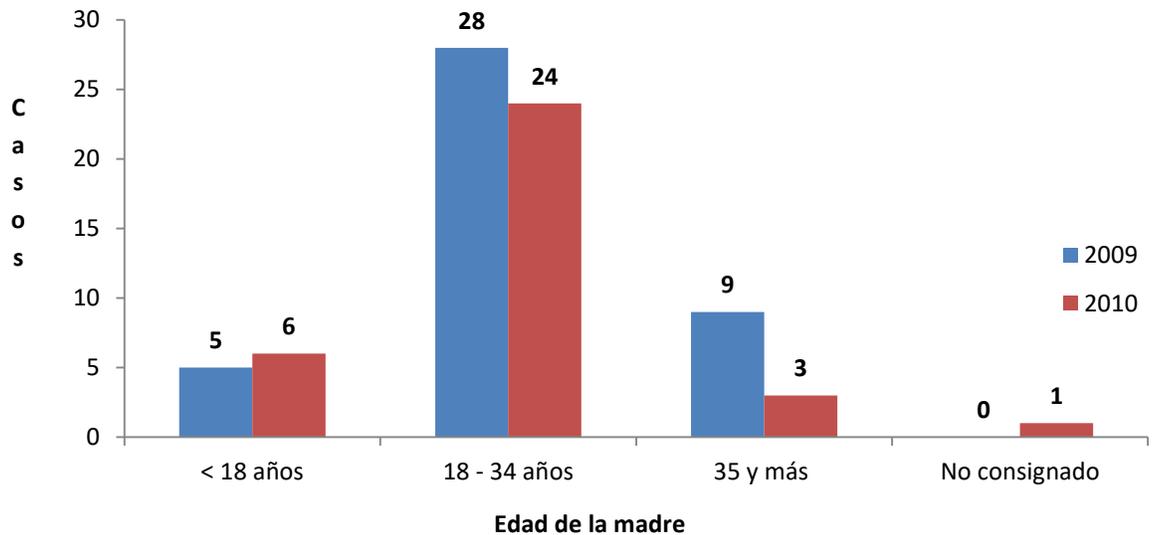
Gráfico 8. Muertes comunitarias en menores de un año según sitio de muerte. Departamento de Intibucá. 2009 – 2010



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

En el 2009 del total de fallecidos 40 casos ocurrieron en el hogar y 2 en otros sitios. En el 2010, se registraron 33 eventos en el hogar 1 en otro sitio.

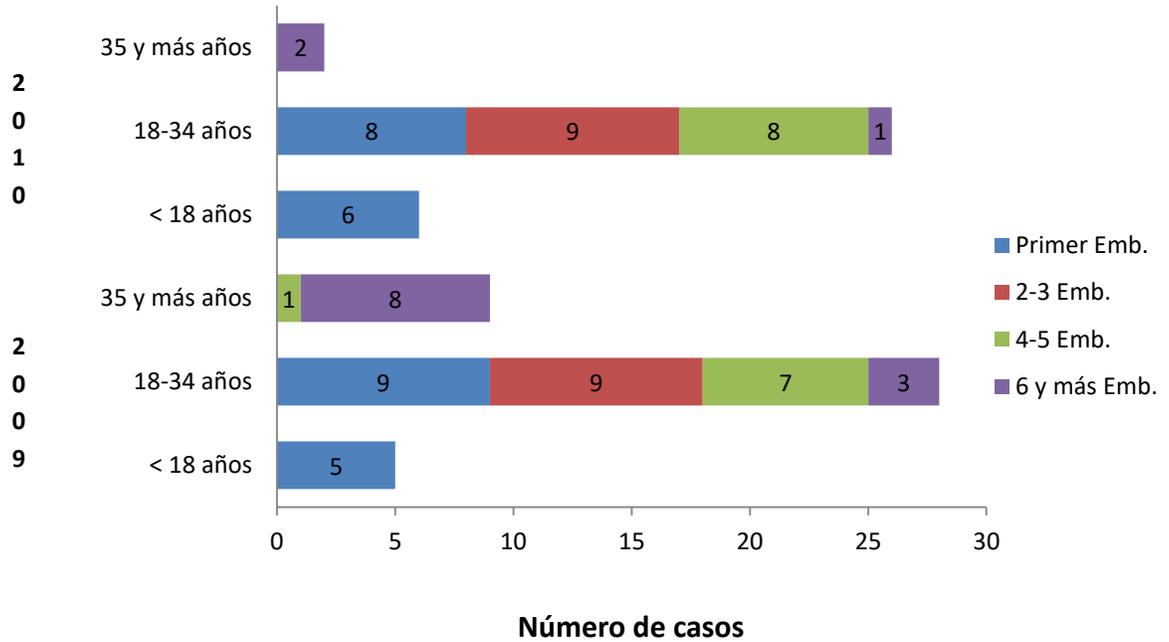
Gráfico 9. Muertes comunitarias en menor de un año según edad de la madre. Departamento de Intibucá. 2009-2010



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Según la edad de la madre al momento del fallecimiento, en el 2009 se registraron 5 casos en menores de 18 años, 28 en las de 18-34 años y 9 en las de 35 y más. Para el año 2010, según las mismas categorías, hubo 6, 24 y 3 casos para cada una; además de un caso no consignado.

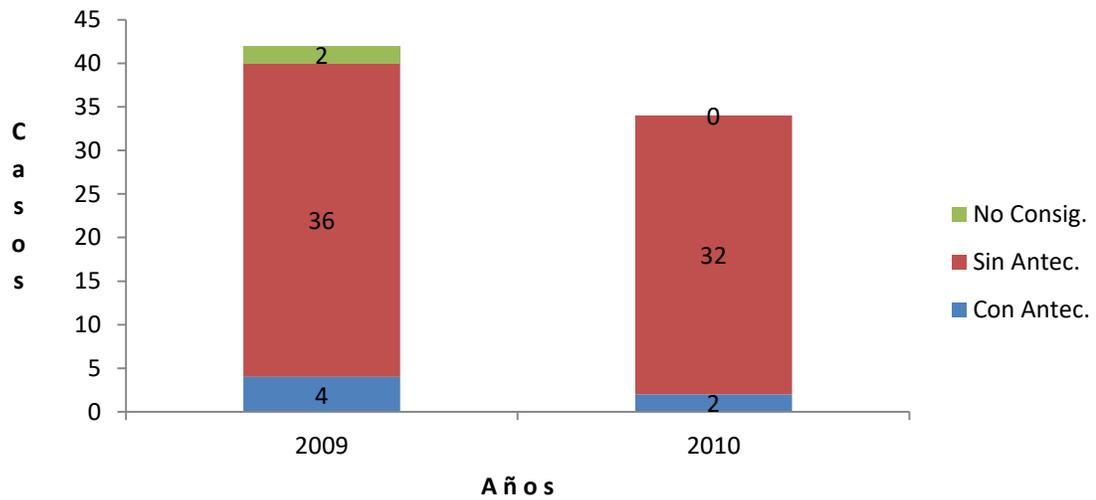
Gráfico 10. Muertes comunitarias en menores de un año según edad y número de Embarazos. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Según el número de embarazos, durante los dos períodos de estudio, el grupo de las primigestas registró 5 y 6 casos en la categoría menor de 18 años, 9 y 8 eventos en las de 18-34 años. En el grupo de 2-3 embarazos, ambos años con el mismo número de casos (9) en las edades de 18-34 años. De 4-5 embarazos, 7 y 8 casos respectivamente, en las de 18-34 años y 1 caso en 35 años y más para el 2009. Con 6 y más embarazos hubo 3 y 1 caso en 18-34 años; 8 y 2 en las de 35 y más años.

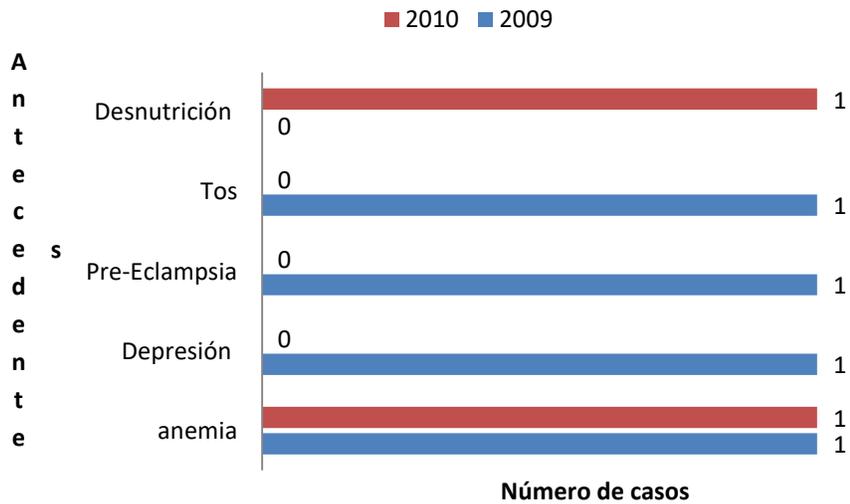
Gráfico 11. Muertes comunitarias en menores de un año según antecedentes patológicos de la madre. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

De acuerdo al número de casos ocurridos en el año 2009 se observó 4 casos de madres con antecedentes patológicos, 36 sin ninguna condición patológica y 2 no consignados. En el 2010, se registró 2 eventos con historial de enfermedad y 32 sin ningún antecedente.

Gráfico 12. Muertes comunitarias en menores de un año según estado patológico de la madre. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

En el 2009 cuatro casos fueron registrados con antecedentes patológicos siendo estas: Anemia, depresión, pre-eclampsia y tos, con un caso para cada una. En el año 2010, dos de las madres con historial, uno por anemia y otro por desnutrición.

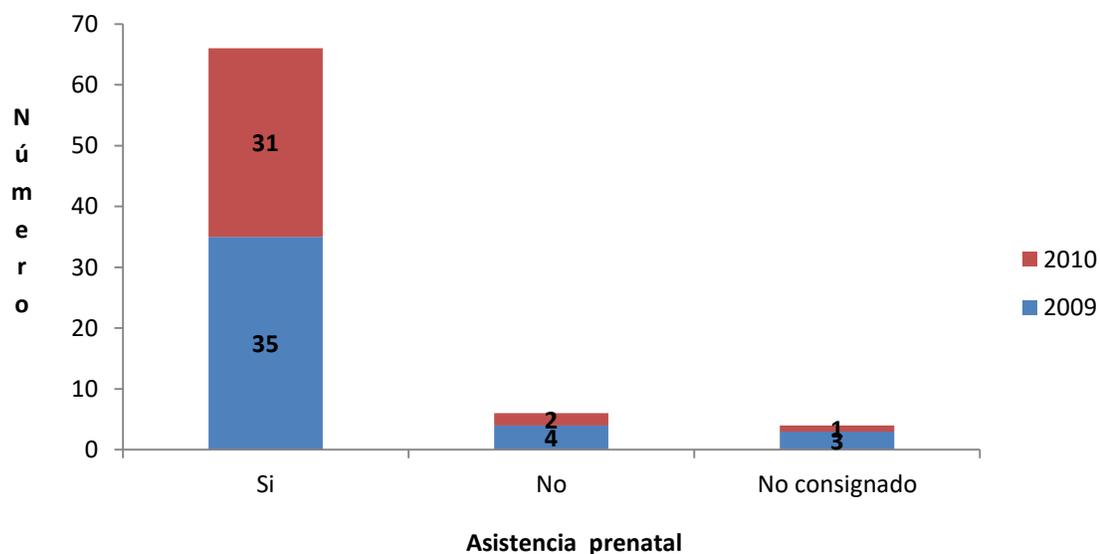
Cuadro 2. Muertes comunitarias en menores de un año según semanas de gestación. Departamento de Intibucá. 2009-2010.

Edad gestacional	2009		2010	
	Casos	Distribución Proporcional	Casos	Distribución Proporcional
< 37 semanas	5	12%	6	18%
37-41 semanas	32	76%	19	56%
No consignado	5	12%	9	26%
Total	42	100%	34	100%

Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Según las semanas de gestación de los fallecidos, en el 2009 hubo 5 casos con menos de 37 semanas, 32 fallecidos de 37-41 semanas y 5 que no fueron consignados. Para el año 2010, en igual categorías se registraron la cantidad de 6, 19 y 9 en cada una.

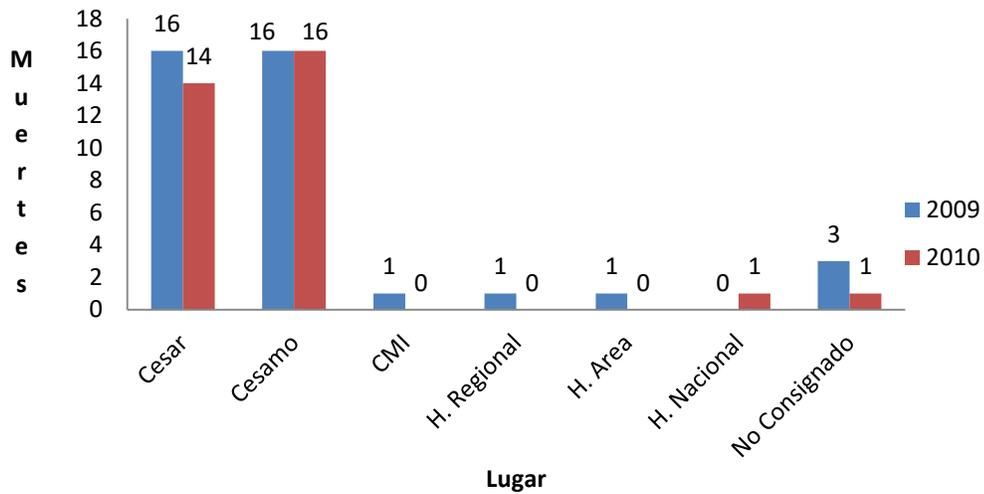
Gráfico 13. Mortalidad comunitaria en menores de un año según asistencia a la atención prenatal. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Para el año 2009, un total de 35 madres de los fallecidos refirieron haber tenido asistencia prenatal y 4 que no la tuvieron. En el 2010 los resultados según categorías fueron 31 y 2 respectivamente. Además, 3 y 1 caso no consignado en cada uno de los años analizados.

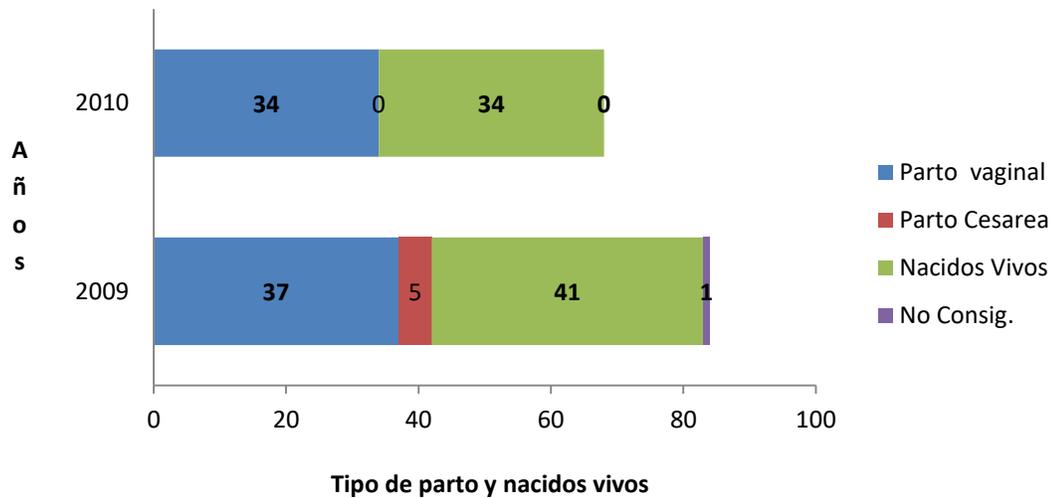
Gráfico 14. Muertes comunitarias en menores de un año según lugar de atención prenatal. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

De acuerdo al lugar donde las madres de los fallecidos fueron atendidas para la atención prenatal en el 2009, se registró un total de 16 casos para cada uno del nivel Cesar y Cesamo, 1 caso respectivamente para la Clínica Materna Infantil, Hospital de Área y Hospital Regional. Tres no fueron consignados. En el 2010, las atenciones fueron brindadas según la distribución siguiente: 14 Cesar, 16 Cesamo, 1 Hospital Nacional y 1 sin anotación.

Gráfico 15. Muertes comunitarias en menores de un año según tipo de parto y nacidos vivos. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Según el tipo de parto para el año 2009 se registró 37 vaginales y 5 cesáreas, 41 nacidos vivos y 1 caso no consignado. En el 2010 fueron 34 partos vaginales y 0 cesáreas, 34 nacidos vivos.

**Cuadro 3. Mortalidad infantil comunitaria según causa básica de muerte y clasificación CIE-10
Departamento de Intibucá. 2009**

Código CIE-10	Causa Básica por Capítulo	No.	%
P00-P-96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	10	23.80
P21.9	Asfixia del nacimiento, no especificada	1	2.38
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	4	9.52
P23.9	Neumonía congénita de organismo no identificado	1	2.38
P24.0	Aspiración neonatal de meconio	1	2.38
P24.9	Síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación	2	4.76
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1	2.38
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8	19.04
Q21.3	Tetralogía de Fallot	1	2.38
Q24.9	Malformación congénita del corazón, no especificada	3	7.14
Q25.0	Conducto arterioso permeable	1	2.38
Q41.9	Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino delgado, parte no especificada	1	2.38
Q45.9	Malformación Congénita del sistema digestivo, no especificada	1	2.38
Q87.8	Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados, no clasificados en otra parte	1	2.38
J00-J99	Enfermedades del Sistema Respiratorio	7	16.66
J18.0	Bronconeumonía, no especificada	1	2.38
J18.9	Neumonía, no especificada	5	11.90
J69.0	Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito	1	2.38
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7	16.66
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7	16.66
E00-E99	Enfermedades Endocrinas, nutricionales y metabólicas	9	21.42
E42	Kwashiorkor marasmático	1	2.38
E43	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada	6	14.28
E46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	2	4.76
W74	Ahogamiento y sumersión no especificados, en lugar no especificado	1	2.38
W74.9	Ahogamiento y sumersión en lugar no especificado	1	2.38
	Total	42	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de 5 años del departamento de Intibucá. Honduras 2009-2010.

Durante el año 2009 del total de fallecidos (42) y según causa básica por capítulo, el mayor número correspondió a ciertas afecciones originadas en el período perinatal (10/42) y de estas el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido registró 4 casos y el síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación 2 casos.

El segundo lugar le correspondió a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (9), donde la desnutrición proteica calórica severa, no especificada registró 6 casos y la desnutrición proteica calórica, no especificada 2 casos.

Las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, con 8 casos y de ellas las malformaciones congénitas del corazón, no especificada fueron 3.

Las enfermedades del sistema respiratorio y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con 7 casos cada una, la neumonía y las diarreas con el mayor aporte (5 y 7) respectivamente.

Cuadro 4. Mortalidad infantil comunitaria según causa básica de muerte y clasificación CIE-10

Departamento de Intibucá. 2010

Código CIE-10	Causa Básica por Capítulo	No.	%
P00-P-96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	13	38.24
P20.9	Hipoxia intrauterina, no especificada	2	5.88
P21.0	Asfixia del nacimiento severa	1	2.94
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	4	11.76
P23.9	Neumonía congénita de organismo no identificado	1	2.94
P24.0	Aspiración neonatal de meconio	1	2.94
P24.9	Síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación	1	2.94
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	3	8.82
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3	8.82
Q05.4	Espina bífida con hidrocefalo, sin otra especificación	1	2.94
Q24.9	Malformación congénita del corazón, no especificada	1	2.94
Q33.0	Quiste pulmonar congénito	1	2.94
J00-J99	Enfermedades del Sistema Respiratorio	6	17.65
J18.9	Neumonía, no especificada	4	11.76
J21.9	Bronquiolitis aguda, no especificada	1	2.94
J69.0	Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito	1	2.94
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	5.88
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2	5.88
E00-E99	Enfermedades Endocrinas, nutricionales y metabólicas	6	17.65
E43	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada	5	14.71
E46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	1	2.94
D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1	2.94
D61.9	Anemia aplásica , sin otra especificación	1	2.94
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	1	2.94
G40.9	Epilepsia, tipo no especificada	1	2.94
S00-T98	Traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa	2	5.88
T17-9	Cuerpo extraño en las vías respiratorias, parte no especificada	2	5.88
	Total	34	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras 2009-2010.

Para el año 2010, el grupo de ciertas afecciones en el período perinatal continuó en el primer lugar (13/34), de estas el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (4), sepsis del recién nacido no especificada (3) y la hipoxia intrauterina, no especificada (2) registraron el mayor número de eventos.

Las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades endocrinas ocuparon el segundo lugar (6/34 cada una), siendo la desnutrición proteica calórica severa no especificada (5) y la neumonía (4) las que presentaron el mayor número de casos.

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y el capítulo de traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa con 2 casos cada uno. Por último las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y las enfermedades del sistema nervioso con un caso cada uno.

Cuadro 5. Mortalidad neonatal temprana comunitaria según causa básica de muerte y clasificación CIE-10. Departamento de Intibucá. 2009-2010.

Código CIE-10	Causa Básica por Capítulo	2009		2010	
		No.	%	No.	%
P00-P-96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4	57.14	8	100
P20.9	Hipoxia intrauterina, no especificada	0	0	2	25.00
P21.0	Asfixia del nacimiento, severa	0	0	1	12.50
P21.9	Asfixia del nacimiento, no especificada	1	14.28	0	0
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	1	14.28	3	37.50
P24.0	Aspiración neonatal de meconio	1	14.28	0	0
P24.9	Síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación	0	0	1	12.50
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1	14.28	1	12.50
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2	28.57	0	0
Q41.9	Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino delgado, parte no especificada	1	14.28	0	0
Q87.8	Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados, no clasificados en otra parte	1	14.28	0	0
W74	Ahogamiento y sumersión no especificados, en lugar no especificado	1	14.28	0	0
W74.9	Ahogamiento y sumersión en lugar no especificado	1	14.28	0	0
	Total	7	100	8	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras 2009-2010.

En el período neonatal temprano se registró 7 y 8 casos en cada año. En los dos períodos revisados las afecciones originada en el período perinatal con 4 y 8 casos. Para ambos años analizados el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido con 1 y 3 eventos y la sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada con 1 caso para c/u. Además 2 casos de malformaciones congénitas y un caso de ahogamiento y sumersión no

especificada. En el 2010, dos casos de hipoxia intrauterina, no especificada y 1 caso de síndrome de aspiración neonatal sin otra especificación.

Cuadro 6. Mortalidad neonatal tardía comunitaria según causa básica de muerte y clasificación CIE-10. Departamento de Intibucá. 2009-2010

Código CIE-10	Causa Básica por Capítulo	2009		2010	
		No.	%	No.	%
P00-P-96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4	80	5	71.43
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	1	20	1	14.28
P23.9	Neumonía congénita de organismo no identificado	1	20	1	14.28
P24.0	Aspiración neonatal de meconio	0	0	1	14.28
P24.9	Síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación	2	20	0	0
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	0	0	2	28.57
J00-J99	Enfermedades del Sistema Respiratorio	1	20	1	14.28
J18.9	Neumonía, no especificada	1	20	1	14.28
E00-E99	Enfermedades Endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0	1	14.28
E46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	0	0	1	14.28
	Total	5	100	7	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras 2009-2010.

La mortalidad neonatal tardía con 5 y 7 casos para cada año. En ambas etapas las afecciones originadas en el período perinatal con el mayor número de casos 4 y 5 cada una. Sobresalieron como causa de muerte el

síndrome de aspiración sin otra especificación en el 2009 y la sepsis bacteriana del recién nacido no especificada en el 2010 con dos casos c/u.

Cuadro 7. Mortalidad pos neonatal comunitaria según causa básica de muerte y clasificación CIE-10. Departamento de Intibucá. 2009-2010

Código CIE-10	Causa Básica por Capítulo	2009		2010	
		No.	%	No.	%
P00-P-96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2	6.66	0	0
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	2	6.66	0	0
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6	20.00	3	15.78
Q05.4	Espina bífida con hidrocefalo, sin otra especificación	0	0	1	5.26
Q21.3	Tetralogía de Fallot	1	3.33	0	0
Q24.9	Malformación congénita del corazón, no especificada	3	10.00	1	5.26
Q25.0	Conducto arterioso permeable	1	3.33	0	0
Q33.0	Quiste pulmonar congénito	0	0	1	5.26
Q45.9	Malformación Congénita del sistema digestivo, no especificada	1	3.33	0	0
J00-J99	Enfermedades del Sistema Respiratorio	6	20.00	5	26.32
J18.0	Bronconeumonía, no especificada	1	3.33	0	0
J21.9	Bronquiolitis aguda, no especificada	0	0	1	5.26
J18.9	Neumonía, no especificada	4	13.33	3	15.78

J69.0	Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito	1	3.33	1	5.26
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7	23.33	2	10.53
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7	23.33	2	10.53
E00-E99	Enfermedades Endocrinas, nutricionales y metabólicas	9	30.00	5	26.32
E42	Kwashiorkor marasmático	1	3.33	0	0
E43	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada	6	20.00	5	26.32
E46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	2	6.66	0	0
D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0	0	1	5.26
D61.9	Anemia aplásica , sin otra especificación	0	0	1	5.26
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	0	0	1	5.26
G40.9	Epilepsia, tipo no especificada	0	0	1	5.26
S00-T98	Traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa	0	0	2	10.53
T17-9	Cuerpo extraño en las vías respiratorias, parte no especificada	0	0	2	10.53
Total		30	100	19	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras 2009-2010.

La mortalidad pos neonatal presentó 30 casos para el 2009 y 19 casos en el 2010. Durante el 2009 se registró como primera causa las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (9/30) siendo la desnutrición

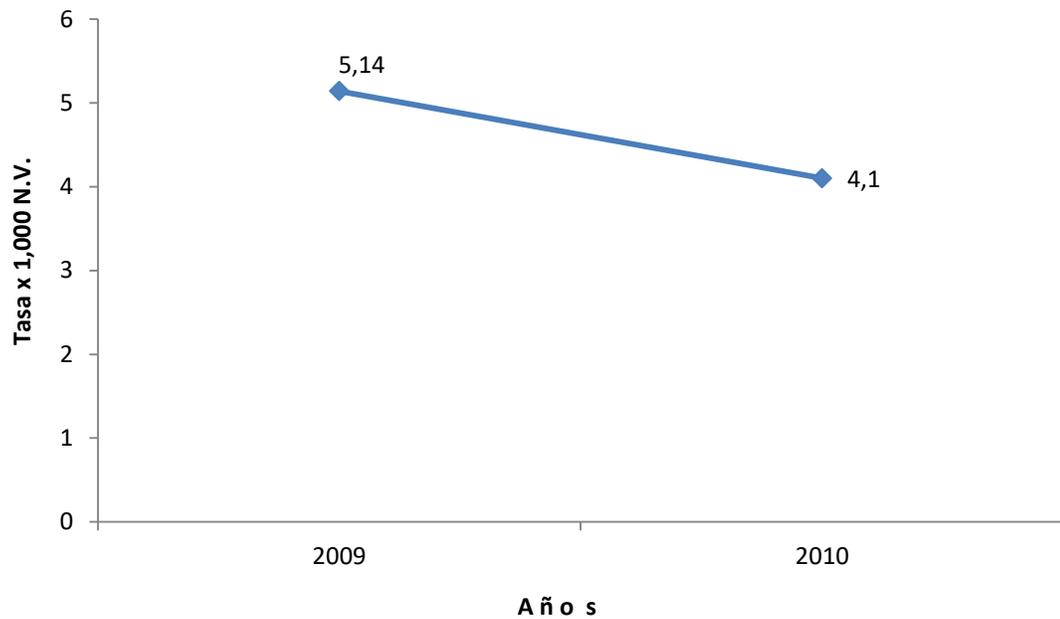
proteica calórica severa, no especificada (6) con el mayor número de casos. Como segunda causa, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (7) correspondiendo todas a diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las enfermedades del sistema respiratorio con un total de 6 eventos cada una. Para cada grupo, sobresalieron: Las malformaciones congénitas del corazón, no especificada (3) y la neumonía, no especificada (4).

Para el 2010, prevalecieron como primeras causas las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y las enfermedades del sistema respiratorio con 5 casos c/u; sobresaliendo en cada grupo, la desnutrición proteica calórica severa, no especificada (5) y la neumonía, no especificada (3). Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías macrosómicas se registraron como segunda causa con 3 casos seguida de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con 2.

Durante este año, se sumaron también casos de traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa (2 casos), enfermedades del sistema nervioso (1 caso), enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (1 caso).

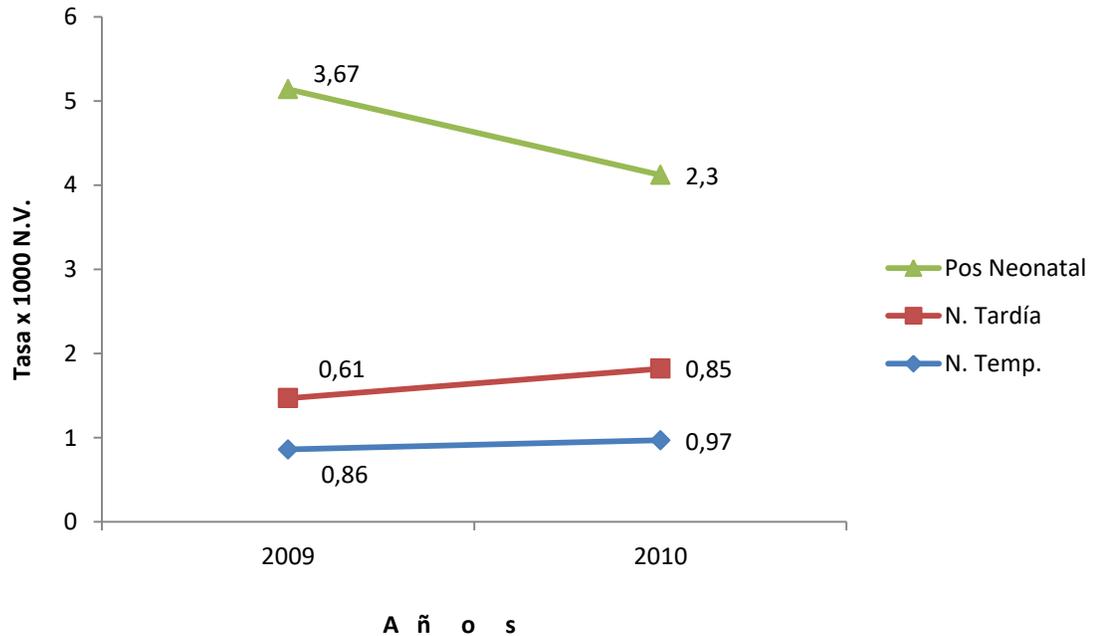
**Gráfico 16. Tasa de mortalidad infantil comunitaria
Departamento de Intibucá. 2009 - 2010.**



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Durante el año 2009 se registró una tasa de mortalidad infantil comunitaria de 5.14 x 1000 N.V. estimados y de 4.1 x 1000 N.V. estimados para el 2010.

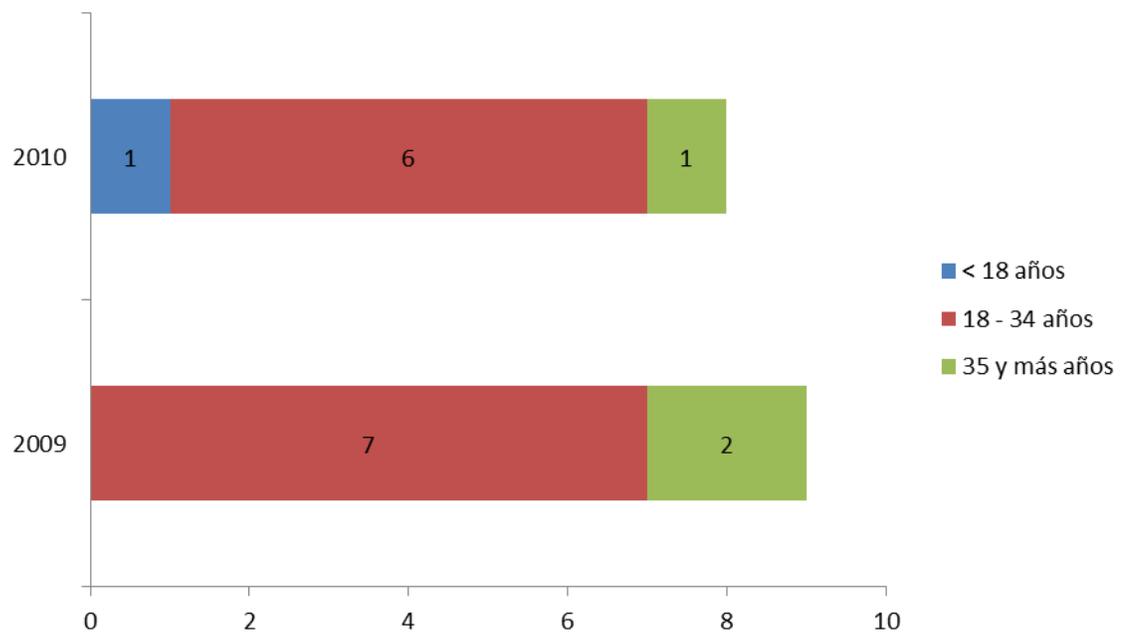
Gráfico 17. Tasa de mortalidad infantil comunitaria según clasificación Departamento de Intibucá. 2009 – 2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

La mortalidad neonatal temprana registró una tasa de 0.86 y 0.97 x 1000 N.V. estimados para los años 2009 y 2010 respectivamente. La neonatal tardía fue de 0.61 y 0.85 x 1000 N.V. estimados para cada uno de los períodos analizados y la pos neonatal con resultados de 3.67 y 2.3 x 1000 N.V. estimados individualmente.

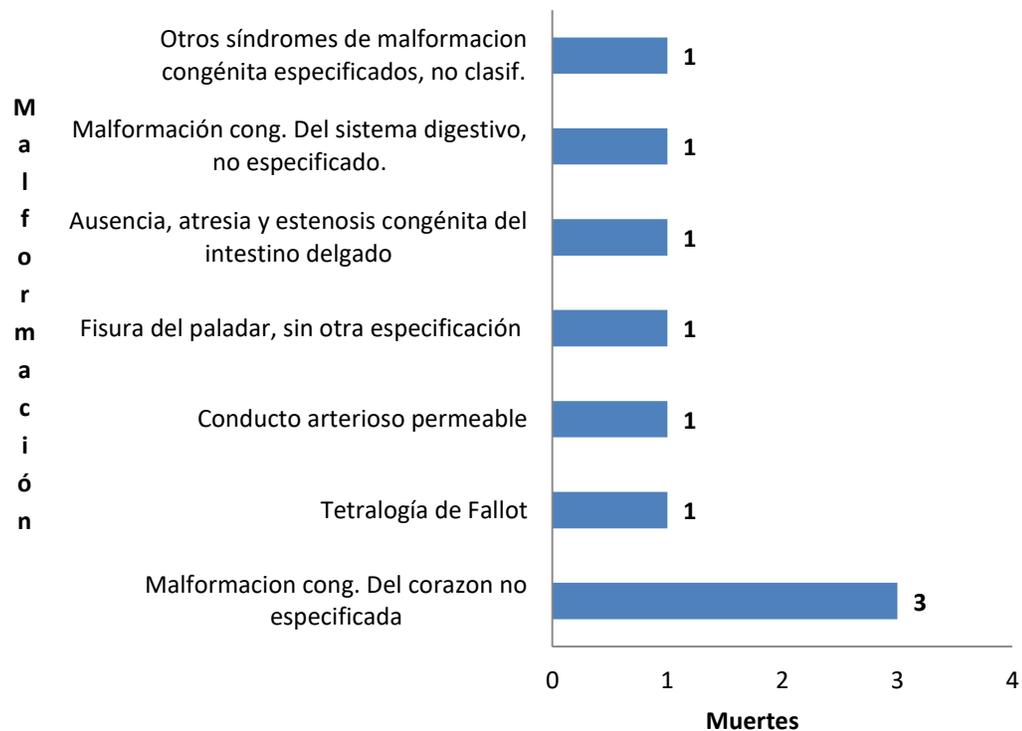
Gráfico 18. Muertes comunitarias en menores de un año según edad de la madre e identificación de malformación congénita Departamento de Intibucá. 2009 – 2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Según el total de muertes los casos que registraron malformación congénita para los dos años de estudio fue de 9 y 8 casos para cada uno. De acuerdo a la edad en el 2009, hubo 7 casos en el grupo de 18-34 años y 2 casos en el de 35 años y más. En el 2010, 6 eventos se registraron en las madres de los fallecidos de 18-34 años y 1 caso para las categorías de < 18 años y 35 años y más respectivamente.

Gráfico 19. Muertes comunitarias en menores de un año según tipo de malformación congénita. Departamento de Intibucá. 2009.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

En el año 2009 se registraron un total de 9 malformaciones congénitas de las cuales las referidas a malformaciones del corazón, no especificada observó el mayor número de eventos con tres casos y el resto de anomalías con un caso cada uno.

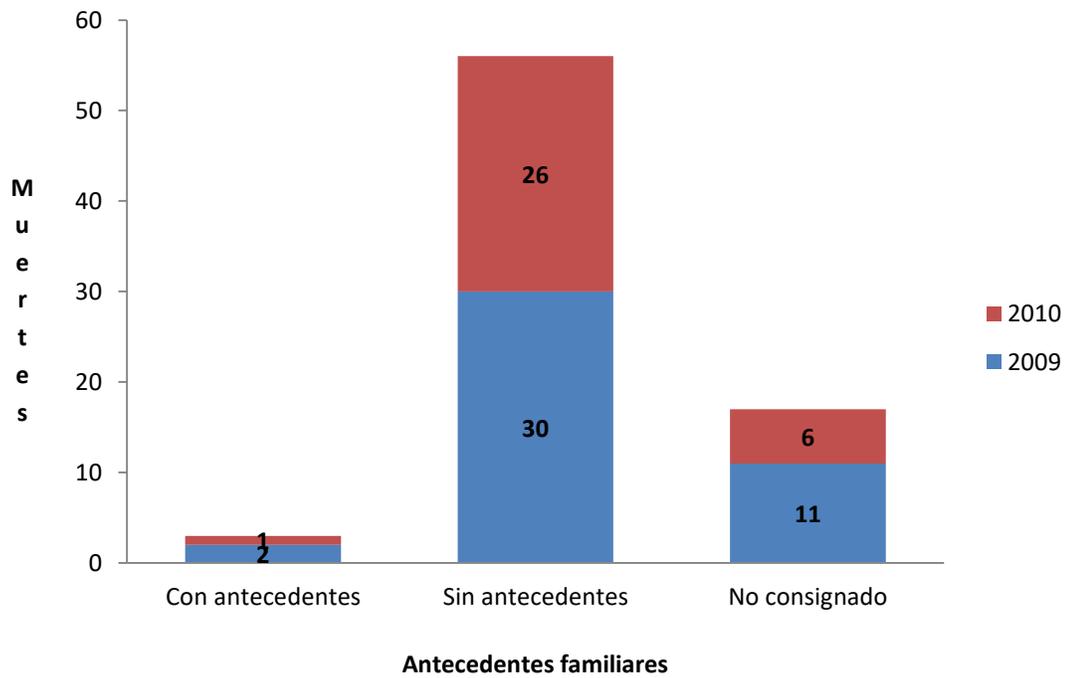
Gráfico 20. Muertes comunitarias en menores de un año según tipo de malformación congénita. Departamento de Intibucá. 2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

Para el año 2010 hubo ocho casos de malformaciones congénitas, siendo la fisura del paladar sin otra especificación la que registró más casos (2) y el resto con un evento cada una.

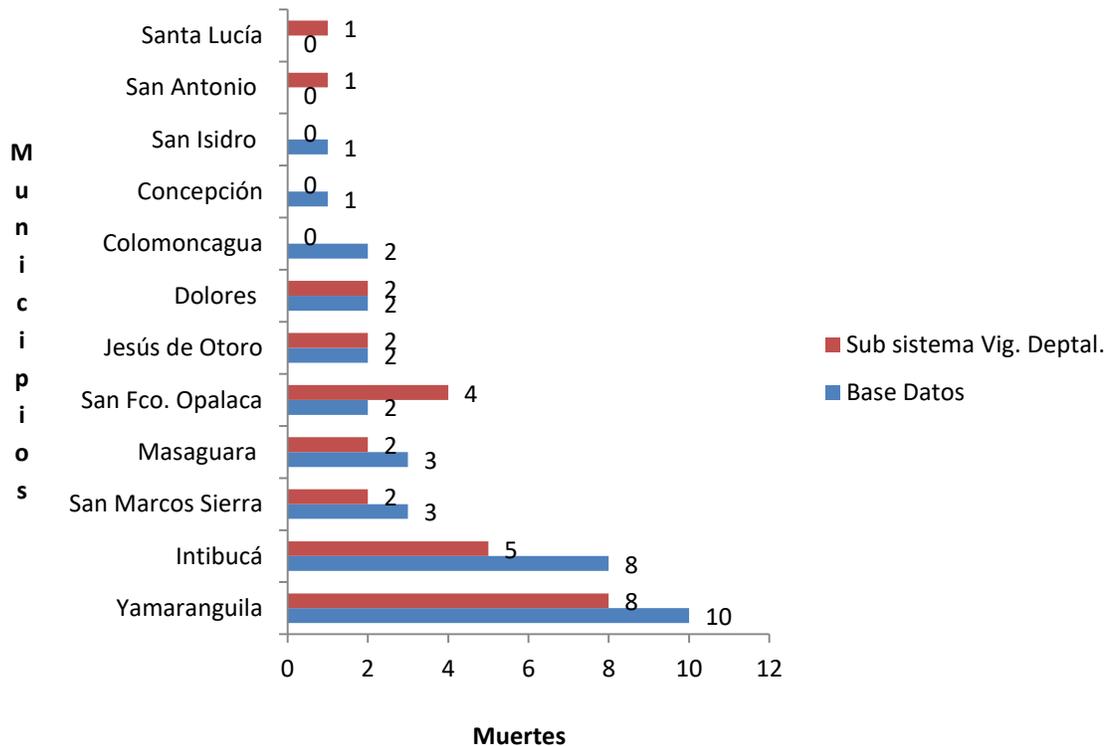
Gráfico 21. Muertes comunitarias en menores de un año según antecedentes familiares de malformación congénita. Departamento de Intibucá. 2009-2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. Honduras. 2009-2010.

En el año 2009 se registraron dos fallecidos con antecedentes familiares de malformación congénita y en el 2010 uno. Sin reporte de antecedentes 30 y 26 por cada año analizado. Ambos períodos observaron información no consignada (6 y 11) respectivamente.

Gráfico 22. Muertes comunitarias en menores de un año según registro de datos por municipios. Departamento de Intibucá. 2010.



Fuente: Caracterización de la mortalidad del menor de cinco años del departamento de Intibucá. 2009-2010.

Durante el año 2010, según base de datos y el sub sistema de vigilancia departamental, el municipio de Yamaranguila presentó 10 y 8 casos; Intibucá 8 y 5; San Marcos de la Sierra y Masaguara con 3 y 2 cada uno; San Francisco de Opalaca con 2 y 4; Jesús de Otoro y Dolores con 2 y 2 casos cada uno; Colomoncagua 2 y 0 casos; Concepción y San Isidro 1 y 0 caso; San Antonio y Lucía con 0 y 1 caso cada uno.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La mortalidad infantil es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. El primer año de vida ha sido considerado como el más crítico en la supervivencia del ser humano, por tal motivo ha sido tomado como parámetro del indicador de mortalidad infantil. Después del primer cumpleaños, las probabilidades de supervivencia aumentan considerablemente.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la proporción de la mortalidad fue mayor en el sexo masculino para ambos años, 59.5% y 64.7% respectivamente. Hubieron 1.5 casos en varones por cada caso en mujeres para el 2009; y 1.8 casos en varones por cada caso en mujeres para el año 2010. El año 2010 se registraron 8 casos menos en comparación al 2009 lo que representó un 24% de decremento.

La población masculina parece ser biológicamente más débil que la femenina. “El varón es más susceptible a las infecciones porque en las hembras influyen el cromosoma X (encargado de dar mayor apoyo inmunológico en el primer período de la vida) y algunos factores asociados con la síntesis de inmunoglobulinas, que le confieren una mayor protección, lo cual desaparece cuando alcanzan el año de edad y entonces los pacientes de los dos géneros

biológicos enferman con igual frecuencia”. (Dominguez., Erlis Mengana López. Emilio Glano Stivens. Margarita Menéndez Rodríguez. Geysa Moll, 2011).

De acuerdo al planteamiento de diversos estudios a nivel de Latinoamérica, el riesgo de morir es mucho mayor en niños menores de un año y de estos el grupo más vulnerable son los neonatos. En esta investigación durante los dos años analizados la mortalidad pos neonatal fue mayor que la neonatal, observando el 71% (30/42) para el 2009 y 56% (19/34) para el 2010 con una tendencia decreciente de 58%. En el grupo neonatal, el comportamiento fue similar en los dos años revisados, registrándose en la neonatal temprana 7 y 8 casos; y en la neonatal tardía 5 y 7 casos respectivamente, siendo la primera un tanto mayor que la segunda.

Los resultados anteriores muestran un comportamiento similar a la situación de país según datos tanto de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (ENESF-2001) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2011-2012), que reportaron un decremento significativo en la tasa de mortalidad infantil a expensas de la estabilización de la mortalidad neonatal y caída de la mortalidad pos neonatal.

Según la OMS y UNICEF se estima que en países en vías de desarrollo el índice de bajo peso al nacer es de 17% y que existen diversos factores para que ocurra el bajo peso al nacer. Así mismo, se dice que los recién nacidos son más vulnerables pero los de bajo peso sufren mayores daños. Los niños que

pesan menor de 2,500 gramos son aproximadamente 20 veces más propensos a morir y tienen mayor morbilidad que los de mayor peso. De los casos revisados y con el peso registrado, 6/14 (2009) y 6/11 (2010) casos tenían peso menor de 2,500 gramos, lo que representa el 43% y 55% cada uno; ambos duplican y triplican la estimación del índice de bajo peso al nacer para países en vías de desarrollo antes mencionado; sin dejar de considerar que el alto porcentaje de subregistro de datos podría haber afectado los resultados.

Para el año 2009, el grupo de 2,500-3,900 gramos observó casi el doble de casos en comparación al 2010. Del total de casos investigados en el 2009, el 67% (28/42) no tenían registrado el peso y en el 2010, el 62% (21/34) tampoco sin ninguna anotación, lo cual puede estar relacionado con el sitio de parto, pues casi la mitad de ellos ocurrió en el hogar.

Según procedencia de los fallecidos y durante los dos períodos analizados, cuatro municipios registraron el mayor número de casos: Intibucá (9 y 8 casos); Yamaranguila (6 y 10 casos); San Marcos de la Sierra (5 y 3 casos) y Masaguara (3 y 3 casos). Otros tres municipios con similar comportamiento 3 y 2 casos respectivamente siendo estos: Dolores, Jesús de Otoro, y Colomoncagua.

En el 2009 el 52% (22/42) de los partos fueron atendidos a nivel institucional y para el 2010 el 44% (15/34), reflejándose una tendencia decreciente con respecto a la atención del parto institucional. Ambos resultados por debajo de

los estándares nacionales tanto de la cobertura actual (83%) ENDESA (2011-2012), como de la esperada para los próximos años e incluida en las metas de la Política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) que establece que para el 2015 este valor haya sido superado a 85%.

De acuerdo a estudios (Bolivia 2001) la tasa de mortalidad infantil (MI) es menor en aquellos niños que nacen en una institución comparada con los que nacen en el hogar; de igual modo, la mortalidad infantil es menor entre aquellos niños cuyas madres contaron con atención profesional o técnica institucional de parto. Así mismo, en México (Censo 2000), se observó que la relación entre la M.I. y la atención médica al parto muestra el mismo comportamiento que Bolivia, esto es que es mayor la M.I. en niños cuyas madres no contaron con atención institucional al parto.

En cuanto a la atención de parto no institucional, se observó el 48% (20/42) para el 2009 y 56% (19/34) para el 2010. Según la literatura la mayoría de los fallecimientos antes de los siete días ocurren en los sectores rurales donde las principales causas son la falta de atención del parto seguro y los cuidados neonatales oportunos por personal calificado. No obstante, en este estudio, el promedio de muertes neonatales tempranas que se observaron durante los dos años, fue de 17% (7/42) y 24% (8/34) respectivamente.

De acuerdo a la ocurrencia de eventos por semana epidemiológica, no se registraron variaciones significativas en el número de casos, durante las primeras y últimas 12 semanas del año en los dos períodos analizados, 8 y 7 para el primer trimestre, 13 y 11 fallecidos para las últimas cuatro semanas del año. Para los períodos intermedios en el 2009 se disminuyó de 12 a 9; y en el 2010, se incrementó de 4 a 12 casos para el segundo y tercer trimestre respectivamente.

La mayor ocurrencia de muertes infantiles comunitarias se dió en el último trimestre, situación que puede estar relacionada con las temperaturas frías que imperan en el departamento y que se agudizan durante los últimos meses del año provocando infecciones respiratorias entre los menores.

Del total de fallecidos durante el año 2009, el 83% (35/42) y en el 2010, el 79% (27/34), asistió a una unidad de salud, siendo mayor la demanda en el nivel Cesamo (19) comparado con el Cesar (16) para el primer año analizado e igual número de casos (13) para ambos niveles en el 2010. Además, un caso en Hospital de área y 7 eventos no consignados en cada período.

De acuerdo al sitio donde ocurrieron las muertes para el año 2009 un total de 40/42 casos ocurrieron en el hogar lo que representó el 95%, y el 5% (2/42) ocurrieron en otro sitio. En el 2010 el 97% (33/34) de los casos sucedieron en el hogar; y un evento en otro sitio. Estos otros sitios fueron: Camino al hospital y/o Cesamo.

De acuerdo a la edad de la madre al momento del fallecimiento del niño, el grupo de 18-34 años registró el mayor número de casos para ambos períodos de estudio, 28 y 24 respectivamente. Las madres menores de 18 años registraron similar cantidad de casos (5 y 6); en el grupo de las mayores (35 años y más), en el 2010 (9 y 3) observándose una disminución de seis casos con relación al año 2009.

La edad materna menor de 18 años es un factor clave que ha sido estudiado y vinculado a la mortalidad infantil. De acuerdo a la literatura este es uno de los factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer. En esta investigación se encontró que las edades promedio de las madres de los fallecidos fueron de 26 y 22 años respectivamente; una moda de 20, 26 y 37 años para el 2009 y 17 y 20 años para el 2010. No obstante, 5 y 6 casos en cada uno de los períodos fueron menores de 18 años, lo que representó el 12% y 18% para cada uno.

En el 2009 del total de madres de los fallecidos a quienes se les consignó sus antecedentes de embarazo, el 33% (14/42) fueron primigestas y 45% (19/42) multíparas con 4 y más embarazos, representando ambos grupos el 78% del total. Durante el año 2010 el 41% (14/34) fueron primigestas y 32% (11/34) fueron multíparas con 4 y más embarazos; sumando el 73%, resultado similar al del año anterior.

De acuerdo a la edad y el número de embarazos para ambos períodos en la categoría de las primigestas, el menor grupo correspondió al de menos de 18 años (5/14 y 6/14) lo que representó el 36% y 43% cada uno; en las multíparas con 4 y más embarazos, para el 2009 las de 35 años y más con 8/18 casos lo que representó el 44%, con un rango de 10 (14-4) en dicha clasificación; para el 2010, 2/10 (20%) y un rango de 8 (10-2). La categoría de 18-34 años con 9 y 8 primigestas, 9 y 9 para 2-3 embarazos; 10 y 9 casos para 4 y más embarazos; sumados representan el 67% y 76% del total de eventos en cada período.

Dentro de los factores reproductivos de las madres, es importante considerar: La edad, paridad e intervalo intergenésico. Si disminuye la fecundidad, se reducen muchos de los factores de alto riesgo para la mortalidad infantil y en la niñez como ser: embarazos en edades avanzadas, órdenes de nacimiento altos, intervalos con el parto anterior cortos. Las brechas de la mortalidad se agrandan al estar presente estas características. En este estudio no fue incluida la edad del hijo anterior al fallecido por lo que no se estableció el tipo de intervalo intergenésico.

De acuerdo a los antecedentes maternos de los fallecidos, el 90% (36/40) y el 94% (32/34) para cada uno de los períodos analizados no registró precedentes de enfermedad alguna; no obstante 4 y 2 de ellas si observó algún tipo de

patología, siendo estos: Anemia con 2 casos, depresión, pre-eclampsia, tos y desnutrición con un caso respectivamente.

Según edad gestacional en el año 2009 del total de madres de los fallecidos a quienes se les consignó las semanas de gestación, 32/37 tuvieron embarazos con duración de 37-41 semanas lo que correspondió al 86%. Hubo 5 casos no consignados lo que significó el 12% del total de los fallecidos. En el 2010 el mayor número de casos correspondió también a embarazos entre 37-41 semanas (19/25) lo que representó el 76%. La suma de casos no consignados fue de 9, lo que representó el 26% de la totalidad, resultado que fue superior al del año 2009.

De acuerdo a la literatura existente, muestra lo importante que es que el feto cumpla con el tiempo adecuado en el útero materno para asegurar un peso apropiado al nacer, por lo que resulta prudente vigilar y estar alerta ante cualquier situación que induzca o de alguna manera comprometa la aceleración del trabajo de parto antes de las 37 semanas de embarazo. Aun cuando fue mayor el número de fallecidos con edad de 37 semanas y más; 5 y 9 casos respectivamente tenían menos de 37 semanas. Se concluye que aunque en menor proporción este factor de riesgo estuvo presente.

En el año 2009 del total de madres de los fallecidos a quienes se les consignó la asistencia o no a la atención prenatal, el 90% (35/39) asistieron al cuidado prenatal. Hubo 3 casos no consignados. Para el 2010, 31/33 madres

refirió haber recibido también su atención prenatal, lo cual representó el 94%; se registró un caso sin anotación. El último año analizado mostró una tendencia hacia el incremento.

En relación al lugar donde fueron atendidas las madres de los fallecidos para su atención prenatal, del total que respondieron si haber recibido asistencia durante este período, el 46% (16/35) acudió al cesar y Cesamo en igual cantidad cada uno lo que representó el 92%. Tres personas fueron atendidas en Clínica Materna Infantil (CMI=1), Hospital de Área (HA=1) y Hospital Regional (HR=1) y del total de los casos revisados 3 sin ninguna anotación. En el 2010 se registró similar comportamiento, disminuyendo en 1 punto porcentual el nivel cesar (14/31=45%) e incrementándose el Cesamo en 6 puntos porcentuales (16/31= 52%). Un caso no consignado.

Según la literatura la atención prenatal adecuada en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, permite la identificación de los factores de riesgo para la madre y el niño, desde el inicio de la gestación, lo que favorece al establecimiento de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno particularmente en situaciones especiales; contribuyendo al mejoramiento de la salud materna y perinatal, además de ser un componente clave de la promoción y prevención de la salud.

De acuerdo al tipo de parto durante el año 2009 del total de madres de los fallecidos 41/42 tuvieron partos vaginales lo que representó el 98%, más una cesárea y para el 2010 el 100% (32/32) fueron también vía vaginal. Según el tipo de nacimiento, ambos períodos analizados con similar comportamiento, el parto único con 93% (39/42) y 94% (32/34) respectivamente; y el parto múltiple con 3 y 2 casos en cada año. El número de nacidos vivos para cada período analizado es de 41 y 34 respectivamente con 1 evento no consignado en el 2009. Llama la atención que se registró partos múltiples (3 y 2), pero el dato de los niños no se refleja en el total de nacidos vivos.

De acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), durante el año 2009 del total de fallecidos y según causa básica por capítulo, el primer lugar correspondió a ciertas afecciones originadas en el período perinatal con el 23.8% (10/42) y de estas el mayor número fueron el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido con 4 casos y el síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación con 2 casos. El segundo lugar le correspondió a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con el 21.4% (9/42), donde la desnutrición proteico calórica, no especificada registró 6 casos.

Las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, no especificadas ocuparon el tercer lugar, aportando el 19% (8/42) de los casos y de ellas las malformaciones congénitas del corazón, no especificada con 3 eventos. Las enfermedades del sistema respiratorio y ciertas enfermedades

infecciosas y parasitarias con 7 casos cada una para un 16.6%, donde la neumonía y las diarreas con el mayor aporte (5 y 7) respectivamente.

Para el año 2010, el grupo de ciertas afecciones en el período perinatal continúa en el primer lugar con el 38.2% (13/34), donde el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (4), sepsis bacteriana del recién nacido no especificada (3) y la hipoxia intrauterina, no especificada (2) registraron el mayor número de eventos. Las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades endocrinas ocuparon el segundo lugar con el 18% c/u (6/34), siendo la desnutrición proteica calórica severa (5) y la neumonía (4) las que presentaron el mayor número de casos.

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y el capítulo de traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa con 2 casos cada uno lo que representó el 6%. Por último las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y las enfermedades del sistema nervioso con un caso cada uno.

En el período neonatal temprano se registró similar número de casos (7y 8). En el 2009 las afecciones originadas en el período perinatal con el 57.1% (4/7) de los casos, duplicándose estos para el 2010 (8). Para ambos años analizados la asfixia del nacimiento y el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido con el mayor aporte. En el 2009 se reportaron además 2 casos de

malformaciones congénitas y un caso de ahogamiento y sumersión no especificada.

La mortalidad neonatal tardía incrementó 2 casos para el 2010 (5 a 7) y en total registró 3 casos menos que los del período neonatal temprano. En ambas etapas las afecciones originadas en el período perinatal con el mayor número de casos 4 y 5 cada una lo cual representó el 80% y 71% respectivamente. Sobresalieron como causa de muerte el síndrome de aspiración neonatal sin otra especificación, la neumonía congénita de organismo no identificada, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y la sepsis bacteriana. Un caso de neumonía no especificada se registró en cada año y uno de desnutrición proteico calórica no especificada para el 2010.

La mortalidad pos neonatal presentó 11 casos menos para el 2010 lo que significó el 58% de decremento en relación al año 2009. En ambos períodos se registraron como primeras causas las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con el 30% (9/30) y 26% (5/19) respectivamente, siendo la desnutrición proteica calórica severa no especificada la que contribuyó con el mayor número de casos.

Durante el 2009 se registró como primera causa las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (9) siendo la desnutrición proteica calórica severa no especificada la que contribuyó con el mayor número de casos. Como

segunda causa, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (7) correspondiendo todas a diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las enfermedades del sistema respiratorio compartieron igual posición con un total de 6 eventos cada una. Para cada grupo, sobresalieron: Las malformaciones congénitas del corazón, no especificada (3) y la neumonía, no especificada (4).

Para el año 2010, el grupo de ciertas afecciones en el período perinatal continuó en el primer lugar (13/34), de estas el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (4), sepsis del recién nacido no especificada (3) y la hipoxia intrauterina, no especificada (2) registraron el mayor número de eventos. Las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades endocrinas ocuparon el segundo lugar (6 cada una), siendo la desnutrición proteica calórica severa (5) y la neumonía (4) las que presentaron el mayor número de casos.

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y el capítulo de traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa con 2 casos cada uno. Por último las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y las enfermedades del sistema nervioso con un caso cada uno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las principales fuentes de mortalidad infantil en el mundo son las afecciones neonatales. En este período, que va entre el nacimiento y los primeros 27 días de vida se manifiestan afecciones congénitas y otras vinculadas con la falta de atención de la madre durante el embarazo o el parto, o bien del niño durante los primeros días de vida. Estas afecciones representan el 37% de las causas de mortalidad en menores de 5 años en todo el mundo, seguidas por las neumonías (17%) y las diarreas (16%), sumadas todas ellas aportan el 70% de la mortalidad infantil mundial.

En relación a las causas de muerte comunitarias que predominaron en el departamento de Intibucá, tanto durante el período neonatal como el pos neonatal, se concluye que existe relación con la literatura existente que las describe también como causas principales de muerte infantil y de la niñez en los países en vías de desarrollo y datos de país obtenidos a través de la ENDESA 2011-2012 que reporta que las anomalías congénitas y el trauma de nacimiento/asfixia constituyen la causa primaria combinada de muertes de menores de 5 años, comportamiento que se mantiene sin variaciones significativas durante los últimos 20 años.

Para el 2009 según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) hubo una estimación de 8,164 nacimientos, de los cuales 42 fueron muertes comunitarias para una tasa de 5.14 x 1000 nacidos vivos, disminuyendo para el 2010 el

número de muertes a 34 sobre una población estimada de 8,275 y una tasa de 4.10 x 1000 nacidos vivos.

La mortalidad pos neonatal predominó sobre la mortalidad neonatal, tendencia que es diferente comparada tanto con países de Latinoamérica y el Caribe donde actualmente la tasa de mortalidad neonatal representa el 60% de las defunciones de menores de un año, como del resto de departamentos del país que alcanza alrededor del 50%. Según la literatura, la mortalidad neonatal es desproporcionadamente alta entre las comunidades pobres de las zonas rurales y urbanas, otras comunidades marginadas y poblaciones indígenas; condiciones que están presentes en el departamento de Intibucá.

La tasa de mortalidad infantil comunitaria registró tendencia hacia la disminución durante los dos años de estudio; siendo la del período pos neonatal la que aportó el mayor descenso. La tasa de mortalidad infantil general del país de acuerdo a estadísticas actuales (Endesa 2011-2012) observa también avances significativos en la disminución, pero a diferencia del departamento de Intibucá, el resultado se debe a la reducción de la mortalidad neonatal.

Las anomalías congénitas, también llamadas defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, afectan a uno de cada 33 lactantes y causan a nivel mundial 3,2 millones de discapacidades al año. Los trastornos

congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

Aunque en menor proporción los resultados de esta investigación registraron casos de anomalías congénitas como causa de muerte infantil comunitaria durante los dos períodos de estudio, con diferentes tipos de trastornos para cada uno de ellos, siendo las malformaciones congénitas del corazón y defectos del tubo neural las más frecuentes, coincidiendo con los datos existentes. De igual forma, tres de los casos con relación de consanguineidad (primos y tíos), lo cual según la literatura aumenta la prevalencia de anomalías congénitas genéticas raras y multiplica por cerca de dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y anomalías congénitas graves.

La gestación en mujeres de avanzada edad se asocia a un mayor riesgo de tener un hijo con síndrome Down u otros síndromes con trisomías autosómicas. En este estudio predominaron las mujeres con edad óptima para la gestación (18-34 años), no obstante, en el 2009, más de un tercio de las madres de los fallecidos registraron edad de 35 años y más, dos de ellas con reporte de muerte con malformación congénita. En el 2010, de las tres mujeres con edad de 35 años y más, una con reporte de muerte de malformación congénita; por lo antes expuesto no se descarta las genopatías por edad materna avanzada.

Se realizó la revisión del número de casos de muertes infantiles según procedencia para el año 2010 del subsistema de vigilancia de la departamental de Intibucá versus datos recolectados a través de la investigación. En la base de datos de la investigación 4 municipios registraron más casos, 3 municipios con eventos reportados solo en el estudio. Según los datos del sub sistema de información de la región departamental, un municipio con más casos que los investigados y 2 no reportados en la investigación. Únicamente solo en dos municipios los datos fueron concordantes entre ambas bases. El sub registro fue de 34/27 casos lo que representa un 25.9%.

“Es posible acelerar el descenso de la mortalidad en el menor de 5 años si se promueve la educación y empoderamiento de las mujeres, se eliminan las barreras económicas y sociales para acceder a servicios básicos, se aumenta la disponibilidad para los pobres de servicios cruciales y se mejora la rendición de cuentas de los sistemas de salud. Además un enfoque centrado en la equidad es rentable porque evita más muertes infantiles y casos de desnutrición y expande las acciones clave de salud y nutrición”. (PNUD, 2013).

7. CONCLUSIONES

- 7.1. Se evidenció un alto porcentaje de datos sub registrados en casi todas las variables analizadas, situación que pudo haber afectado los resultados obtenidos en esta investigación.
- 7.2. Para el segundo año, predominó la atención del parto en el hogar sobre la atención de parto en el nivel institucional, sin contar con información del tipo de recurso responsable del mismo.
- 7.3. Se encontró registro de fallecidos con peso al nacer menor de 2,500 gramos, con resultados que superan el estándar de estimación de bajo peso al nacer para países en vías de desarrollo.
- 7.4. Más de tres cuartos de los fallecidos en ambos años analizados recibieron atención a nivel institucional, correspondiendo al Cesamo el mayor número de casos para el 2009 e igual cantidad para ambos niveles durante el 2010.
- 7.5. Los principales factores de riesgo según patrón reproductivo de las madres de los fallecidos fueron las edades extremas, con resultados similares para ambos grupos; la multiparidad (4 y más embarazos); así mismo y aunque en menor proporción edad gestacional menor de 37 semanas. El intervalo intergenésico no pudo ser establecido por no tener datos.
- 7.6. Se evidenció una adecuada cobertura de atención prenatal en la que prevaleció como lugar de la asistencia los niveles Cesar y Cesamo;

pero no se dispuso de elementos para evaluar el cumplimiento de las normas en cuanto a la cantidad adecuada, calidad y oportunidad de la misma.

- 7.7. La mortalidad en el período pos neonatal fue mayor en relación a la mortalidad neonatal, registrándose como principales causas de muerte para este grupo, la desnutrición proteica calórica severa no especificada, la neumonía no especificada, diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. En la mortalidad neonatal sobresalieron las causas relacionadas al síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, síndrome de aspiración neonatal de meconio y la sepsis bacteriana.
- 7.8. Se registraron las malformaciones congénitas del corazón y defectos del tubo neural como las causas más frecuentes de anomalías congénitas, eventos que en su mayoría fueron observados en las madres de los fallecidos de 18-34 años de edad.
- 7.9. La tasa de mortalidad infantil comunitaria registró tendencia hacia la disminución a expensas de la mortalidad pos neonatal que para el año 2010 observó un decremento significativo en comparación al 2009.
- 7.10. Se encontró sub registro de información en relación al número muertes reportadas por el sub sistema de vigilancia de la departamental de Intibucá y los datos obtenidos a través de esta investigación.

- 7.11. La mayoría de los municipios registraron casos de muertes infantiles con tendencia decreciente para el segundo año analizado (2010), disminuyendo tanto la incidencia de los eventos como el número de municipios afectados, manteniéndose algunos de ellos sin ningún caso.
- 7.12. En el abordaje de este estudio se tomó en cuenta la descripción de algunas variables biológicas construidas como factor condicionante de la mortalidad infantil, no obstante existen otros determinantes socioeconómicas, ambientales y estructurales que inciden en la misma y cuyo abordaje permite identificar con mayor precisión los grupos y localidades de alto riesgo.
- 7.13. A pesar de las diferentes intervenciones y ayuda de donantes internacionales que durante los últimos años ha recibido el departamento, la tasa de mortalidad infantil (30x1000 NV) continúa por arriba de la tasa nacional (25x1000 NV).

7. RECOMENDACIONES

- 7.1. Los equipos locales de Intibucá deberán continuar fortaleciendo y mejorando el desarrollo de las estrategias con base comunitaria implementadas tanto en los planes sub sectoriales como política de reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI), entre ellas: Atención integral de la niñez en la comunidad (AIN-C), Trabajo con individuo, familia y comunidad (IFC) y Lactancia materna, con el fin de promover e incrementar la atención del parto institucional y dar seguimiento periódico al estado nutricional de los menores de un año particularmente los que presentan problemas de desnutrición.
- 7.2. El personal institucional en todos los niveles deberá promover el empoderamiento de la familia y la comunidad a través de estrategias de Información, Educación y comunicación con la finalidad de incrementar conocimientos sobre los signos de alarma (neumonía, diarrea, crecimiento inadecuado) y generar comportamientos saludables relacionados con la atención preventiva y búsqueda de atención apropiada, que disminuyan los factores que afectan la atención del niño en el hogar.
- 7.3. Los equipos municipales deberán optimizar la respuesta institucional en los niveles cesar y Cesamo de manera particular en la atención que se brinda al menor de un año, con énfasis en la identificación oportuna de factores de riesgo, atención integral, seguimiento y

análisis oportuno de casos con propuestas de intervención pertinentes que sean aplicadas según nivel de competencia y contribuyan realmente a reducir la mortalidad infantil.

- 7.4. El personal institucional de los diferentes niveles de atención y voluntarios de salud, deberán abordar a través de diversos medios y estrategias la asistencia precoz y periódica al control prenatal, de manera que permita la identificación de factores de riesgo para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, particularmente en los municipios con alta incidencia de muertes infantiles.
- 7.5. Los equipos municipales y departamental deberán promover la mejora continua de la calidad de la atención prenatal, a través del fortalecimiento de las aptitudes y capacidades del personal; atención integral y pertinente con la intención de reforzar la credibilidad de los servicios de preferencia en los primeros niveles Cesar y Cesamo.
- 7.6. El personal institucional de los diferentes niveles de atención y Voluntarios de salud, deberán concientizar a la población y empoderar a las mujeres en edad reproductiva sobre la prevención oportuna de anomalías congénitas y otras morbilidades a través de la asistencia a cuidados preconcepcionales, atención prenatal adecuada, vacunación, administración suficiente y permanente de micronutrientes y planificación familiar.

- 7.7. Los equipos locales con apoyo de los equipos municipales y departamental deberán conformar y/o fortalecer alianzas, a través de la integración de todos los sectores y sociedad civil organizada, de manera que participen activamente en la solución de sus problemas de salud de manera exclusiva la problemática de la salud infantil.
- 7.8. La Unidad de Vigilancia de la Salud departamental, a través de los equipos municipales deberá dar seguimiento para que se mejore la cobertura y la calidad de la información, mediante la búsqueda activa y oportuna de muertes, llenado completo y correcto de datos de los diferentes instrumentos utilizados en el sub sistema de vigilancia de la mortalidad del menor de 5 años y actualización de manera sostenida en tiempo y forma del procesamiento de los datos, reduciendo de esta manera la información mal registrada, inexacta e incongruente.
- 7.9. El equipo departamental deberá monitorear que la vigilancia sea continua y que esté dirigida a asegurar la sostenibilidad de la misma; de manera que no se debe continuar cumpliendo con esta actividad como simple rutina de trabajo, por el contrario se deben fortalecer todas las acciones de manera particular la vigilancia a través de los comités de mortalidad, especialmente en los niveles operativos.
- 7.10. La Dirección de Vigilancia de la Salud, deberá considerar la incorporación de variables sociales, económicas y ambientales en el instrumento de recolección de datos de mortalidad del menor de 5

años, de modo que permita identificar con mayor precisión los grupos y localidades de alto riesgo.

7.11. El Programa de atención integral a la familia (PAIF) de la Secretaría de Salud, deberá promover el fortalecimiento y/o implementación de iniciativas maternas e infantiles a través de las políticas, planes y proyectos sociales con enfoque integral, amplia cobertura, sin exclusión y con énfasis hacia los grupos más débiles.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Mie., A. O. (2000). Reevaluacion de la disminucion de la mortalidad infantil. *Bulletin op the World Health Organization*, pp 1175-1191.
2. Menjívar, G. E. (s.f.). *Mortalidad en la niñez en 16 municipios del corredor turístico centro-sur de Honduras*. Secretaria de Salud.
3. Torres Cristina, M. O. (2004). Salud, equidad y os objetivos de desarrollo del milenio. *Revista Panamericana de Salud Publica*, pp 430-43.
4. OPS. (13 de Febrero de 2003). http://www.col.ops-oms.org/site_search.asp. Recuperado el 16 de Junio de 2013, de http://www.col.ops-oms.org/site_search.asp: Bogota
5. UNFPA. (2009). *Análisis de situación de población en Honduras. Población y Salud*. . Tegucigalpa: UNFPA.
6. Arguello, J. (15 de Julio de 2004). arguellohttpbvs.per.paho.orgtexcomcd048438arguello.pdf. Recuperado el 9 de Septiembre de 2012, de arguellohttpbvs.per.paho.orgtexcomcd048438arguello.pdf: Tegucigalpa
7. *Capítulo9EncuestaProfamiliaColobiahttpwww.profamilia.org.coencuestasProfamiliaProfamiliaimagesstoriesPdf9*. (17 de Agosto de 2010). Recuperado el 7 de Octubre de 2012, de [Capítulo9EncuestaProfamiliahttpwww.profamilia.org.coencuestasProfamiliaProfamiliaimagesstoriesPdf9](http://www.profamilia.org.coencuestasProfamiliaProfamiliaimagesstoriesPdf9): Bogotá, Colombia.
8. [httpwww.cinu.mxminisitioODM8docsCapVIpdf.3pdf](http://www.cinu.mxminisitioODM8docsCapVIpdf.3pdf). (13 de 8 de 2008). Recuperado el 15 de Junio de 2013, de [httpwww.cinu.mxminisitioODM8docsCapVIpdf.3pdf](http://www.cinu.mxminisitioODM8docsCapVIpdf.3pdf):
9. OPS. (2012). Condiciones de Salud y sus Tendencias. *Salud en las Americas*, 119-216.
10. OPS. (2006). *La Salud Neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas*. Washington DC EUA: ?
11. SESAL. (2006). *Las experiencias de gestión descentralizada en el marco de la Reforma del Sector Salud en Honduras*. SESAL. Honduras.

12. SESAL. (s.f.). *Documentos Técnicos y Operativos para la reducción de la mortalidad materna y en el menor de cinco años para 2004 y 2005*. Tegucigalpa, Honduras.: SESAL.
13. SESAL. (s.f.). *Lineamientos para el desarrollo y fortalecimiento de las Unidades de Análisis (UDA) en Honduras*. Tegucigalpa, Honduras.: SESAL.
14. UNFPA. (2009). *Análisis de situación de población en Honduras. Población y Salud*. Tegucigalpa: UNFPA.
15. Yadira, D. (2003). *Documento CEDE*. Colombia.
16. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2 de Septiembre de 2006). *consejo.esphhttpwww.paho.orgspanishadfchcaconsejo.esph.pdf3*. Recuperado el Junio de 15 de 2013, de consejo.esphhttpwww.paho.orgspanishadfchcaconsejo.esph.pdf3: Tegucigalpa, Honduras.
17. Díaz, Y. (2003). *¿Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo?: El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia*. Colombia: ISSN 1657-7191.
18. Instituto Nacional de Estadística/Programa Measure DHS/Macro International. (2006). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2005-2006*. Tegucigalpa, Honduras.: Instituto Nacional de Estadística .
19. UNICEF. (2011-2015). *Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil*. UNICEF.
20. Wikipedia. (s.f.). <http://es.wikipedia.org/wiki/wilki/Intibucá>. Recuperado el 5 de Junio de 2013, de <http://es.wikipedia.org/wiki/wilki/Intibucá>.
21. Instituto Nacional de Estadística/Secretaría de Salud/ICF International/USAID/BID. (2013). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2011-2012*. Tegucigalpa, Honduras.: Instituto Nacional de Estadística.

22. Dommert, A. C. (2011). *Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú*. Perú: Lima.
23. Rachel Haws, Peter J. Winch, Jaime Castillo. (2004). *Intervenciones innovadoras para mejorar la salud del recién nacido/a en la región de Latinoamérica y el Caribe*. ? : CORE.
24. SESAL. (27 de Febrero de 2009). Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. *Marco conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud*. Tegucigalpa, Tegucigalpa, Honduras: SESAL.
25. Robles., D. A. (2007). *Los retos para medir la mortalidad infantil con registros civiles incompletos*. Washington, D.C.: Instituto Interamericano para el desarrollo social (INDES).
26. SESAL. (2010). *Objetivo de desarrollo del milenio. Tercer Informe de país. Honduras*. Tegucigalpa.: SESAL. Honduras.
27. Intibucá, R. D. (2009-2011). *Estimación de Población total por municipios y Evaluación Departamental*. Intibucá: Región Departamental de Salud.
28. CEPAL, CELADE, UNICEF, UNFPA. (25 de Mayo de 2011). http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/43921/mortalidad_niñez.pdf2. Recuperado el 4 de Junio de 2013, de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/43921/mortalidad_niñez.pdf2:
29. CIPD. (2010). *ODM4: Reducir la mortalidad infantil. Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM desde la perspectiva de la CIPD*. Tegucigalpa: CIPD.
30. SESAL. (2010). *Plan Nacional de Salud 2010-2014*. Tegucigalpa.: SESAL. Honduras.
31. SESAL, CDC, OPS, USAID. (2008). *Guía para la vigilancia de la mortalidad del menor de 5 años en Honduras*. Tegucigalpa: SESAL.
32. Consejo Consultivo de la ERP. Unidad de Apoyo Técnico (UNAT). (2009-2013). *Estrategia de Reducción de la Pobreza*. Tegucigalpa, Honduras.: CEDOH.

33. UPEG. (2009). *Plan para la reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI)*. Tegucigalpa: SESAL.

34. PNUD. (2013). *Reducir la mortalidad infantil*. Tegucigalpa.: PNUD.