



**Plan Estratégico
Mesoamericano
de Salud Materna**

Sistema mesoamericano de salud pública. Plan regional. Salud materna, neonatal y reproductiva.

La conformación de este documento fue llevada a cabo por Bernardo Hernández (INSP), Juan Díaz (REPROLATINA), Edgar Kestler (CIESAR), Sarah Lewis (INSP), María del Carmen Melo (INSP) y Elvia de la Vara (INSP). La elaboración del documento recibió comentarios e incorporó elementos de la discusión con los miembros del grupo central de salud materna, neonatal y reproductiva, integrado por Bernardo Hernández (coordinador, INSP, México), Edgar Kestler (cocoordinador, CIESAR, Guatemala), Juan Díaz (REPROLATINA), Ana Langer (Engender Health), Dilys Walker (INSP, México), Emma Iriarte (GTZ-PRAIM, Honduras), Isabela Danel (CDC-CAP), France Donnay (Fundación Gates), Denis Alemán (PROFAMILIA, Nicaragua), y de los puntos focales de todos los países de la región: Roselyn Serrano y Evelyn Morales (Costa Rica), Natalia Largaespada (Belice), Douglas Jarquín (El Salvador), Ma. del Carmen Hernández (Guatemala), Claudia Quiroz (Honduras), Geneva González y Yadira Carrera (Panamá), Clelia Valverde (Nicaragua) y Rufino Luna (México). También apreciamos los comentarios y las aportaciones de Rebecca Aced-Molina (PHI, EUA). Este documento retoma elementos del Diagnóstico Situacional y del Plan Maestro de Acción en Salud Materna, Reproductiva y Neonatal para Mesoamérica, elaborados por el grupo antes mencionado.

Índice



Resumen ejecutivo

Introducción

Diagnóstico situacional

Problema

Teoría del cambio

Metas regionales

Objetivos

Metas y objetivos específicos por países

Visión y resultados esperados para el 2015

Poblaciones blanco

Descripción del plan

Estrategias

Integración

Integración dentro del pilar de salud materna, neonatal y reproductiva

Integración a lo largo de los pilares de vacunación, nutrición y vectores

Desarrollo de capacidades humanas y de sistemas

Sostenibilidad

Fases del plan regional

Fase de planeación

Fase de implementación

Costos, asesoría técnica y otros aspectos de implementación

Monitoreo y evaluación

Referencias

Apéndices

1. Evaluación estratégica de salud materna, neonatal y reproductiva en Mesoamérica: situación actual y tendencias
2. Evidencia basada en la literatura sobre prácticas efectivas
3. Resultados, impactos y relación costo-efectividad de las prácticas efectivas relevantes
4. Descripción de practica efectivas o paquetes de PE
5. Práctica efectivas o paquetes de PE seleccionadas como prioritarias por países seleccionados
6. Indicadores de evaluación

Resumen ejecutivo

Introducción

El Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) que se impulsa en el marco del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica constituye un esfuerzo para mejorar las condiciones de salud en Mesoamérica (comprendiendo América Central y nueve estados del sur de México) como una manera de responder a los retos y necesidades comunes de salud que la región enfrenta. El SMSP, que se inscribe dentro del marco del Proyecto Mesoamérica, busca plantear una estrategia regional que permita enfrentar los problemas de salud de la región mediante acciones coordinadas entre los países, que fortalezcan su capital humano y sus sistemas de salud. En su fase inicial, el SMSP ha trabajado a partir de cuatro pilares o áreas temáticas: nutrición, inmunizaciones, enfermedades transmitidas por vector, y salud materna, reproductiva y neonatal (SMRN). En este documento presentamos el plan regional para el área de SMNR.

Este plan se ha preparado con la participación de un grupo de expertos internacionales, así como de representantes de los países de la región. En una primera etapa, se elaboró un diagnóstico de las condiciones de SMRN. Posteriormente, se definieron metas y objetivos regionales, y a partir de una revisión exhaustiva de prácticas efectivas, se elaboró una propuesta de acción con intervenciones específicas. Se presenta una descripción de las estrategias propuestas, y sus etapas de implementación. Finalmente, se discuten aspectos relacionados con la formación de recursos humanos y la evaluación de este Sistema, así como otros aspectos de su implementación.

La elaboración de un diagnóstico permitió documentar las condiciones de salud en la región, así

como la presencia de acciones para enfrentar problemas de salud materna, reproductiva y neonatal. El diagnóstico situacional indica que, si bien ha habido avances en la región en los últimos años en términos de indicadores de salud materna, reproductiva y neonatal, las razones de mortalidad materna y tasas de mortalidad neonatal son aún inaceptablemente altas, con una importante variabilidad en la región.

Asimismo, se encontró una presencia considerable de programas e intervenciones en curso en los países, si bien con información limitada sobre sus evaluaciones e impactos. El diagnóstico indica que hay una necesidad apremiante de fortalecer el componente de evaluación de los programas y de las intervenciones en todos los países. Asimismo, se identificó como un problema importante la falta de implementación efectiva de programas e intervenciones en la región, aspecto que limita en grado importante la efectividad de las acciones propuestas.

Metas y objetivos regionales

Las metas más importantes en el área son reducir la mortalidad materna en un 75%, reducir la mortalidad neonatal en un 50%, y lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar para el año 2015, en consonancia con el reporte de 2009 de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). De esta forma, las metas regionales propuestas son:

1. Para mortalidad materna, el lograr una reducción del 75% para el 2015 implica llegar a una razón de mortalidad materna de 37 por 100,000 nacidos vivos.

2. Para la mortalidad neonatal, el lograr una reducción del 30% implica llegar en el 2015 a una tasa de mortalidad neonatal de 7.6 por 1,000 nacidos vivos.
3. Para el área de salud reproductiva, la meta propuesta es lograr que al menos el 80% de las mujeres unidas utilicen algún método de planificación familiar.*

Los objetivos incluyen:

- Incrementar el acceso a la atención durante el parto proporcionada por personal calificado y competente, en especial en las zonas rurales y en las zonas urbanas marginadas.
- Incrementar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, especialmente en las zonas rurales y en las zonas urbanas marginadas.
- Reducir la brecha entre los quintiles de mayor y menor ingreso en términos de la proporción de mujeres que da a luz con personal calificado en todos los países de la región.
- Reducir la mortalidad neonatal mejorando la atención obstétrica e implementando acciones para mejorar la calidad de la atención inmediata proporcionada a los recién nacidos, en especial en las comunidades alejadas de las grandes áreas metropolitanas.
- Incrementar la calidad y el acceso a los servicios que ofrecen métodos anticonceptivos permanentes y reversibles tanto para hombres como para mujeres, así como implementar acciones para reducir las barreras comunes de acceso a estos métodos en la región, en especial en zonas rurales y en el caso de adolescentes y jóvenes.

El objetivo principal de este plan es incrementar al acceso a los servicios de alta calidad y promover la utilización equitativa de esos servicios para reducir la mortalidad materna y neonatal y contribuir, así, a alcanzar los objetivos 3, 4 y 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Sin embargo, las intervenciones no deberán enfocarse solamente en la provisión de servicios. Será necesario identificar e implementar correctamente inter-

venciones basadas en evidencia. El plan aborda también formas de promover el empoderamiento así como una mayor participación comunitaria, estrategias que han mostrado ser esenciales para la implementación efectiva de las intervenciones sustentables.

Dado que los países se encuentran en distinta situación en sus indicadores de SMRN, en este plan se definen metas específicas para cada país, de acuerdo a su contribución a la obtención de las metas a nivel regional.

Visión y resultados esperados para el 2015

Nuestra visión es que para el 2015 la población total de la región goce de acceso equitativo a los servicios de alta calidad y que toda la gente pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y momento oportuno de sus hijos, además de tener la información y los medios para hacerlo, así como el derecho a obtener el estándar de salud sexual y reproductiva más alto. También incluye su derecho a tomar decisiones con respecto a una reproducción libre de discriminación, coerción y violencia, según se expresa en los documentos sobre derechos humanos.

Poblaciones blanco

Las poblaciones blanco fundamentales del plan son las mujeres en edad reproductiva (entre 10 y 49 años) y los recién nacidos, además de que también aborda la participación de los hombres y promueve la participación comunitaria. Las acciones propuestas se dirigirán primordialmente a las poblaciones más pobres, los grupos indígenas, los adolescentes y los adultos jóvenes, y las poblaciones urbanas marginadas que están en rápido crecimiento. El plan reconoce la innegable importancia de abordar la salud adolescente como una prioridad alta.

Descripción del plan

Estrategias

Se llevó a cabo una amplia revisión bibliográfica para identificar las prácticas efectivas basadas en la evidencia, así como para documentar sus resultados, sus impactos

* De acuerdo a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud reproductiva es mucho más amplio que la utilización de métodos de planificación familiar. Reconocemos esta situación, si bien por consenso del grupo de trabajo se ha acordado dar énfasis dentro de este plan a la planificación familiar dentro de la salud reproductiva.

y su relación costo-efectividad. Estas intervenciones se discutieron dentro del grupo de trabajo y con los representantes de los países.

El grupo se ha enfocado en intervenciones dirigidas principalmente a la comunidad y al primer nivel de atención, concentrando su labor básicamente en los grupos de población pobre e indígena. El documento versa sobre la implementación de cada práctica, así como sobre los factores necesarios para alcanzar la sostenibilidad de estas prácticas. Las intervenciones principales propuestas en cada área son las siguientes:

- a) Salud materna. Implementación de atención obstétrica de emergencia (AOEm) básica e intervenciones dirigidas al mejoramiento de la atención de emergencias obstétricas relacionadas con infecciones, eclampsia, hemorragias y aborto. Intensificación de la conciencia de la comunidad, la educación y el entrenamiento para mejorar estos indicadores.
- b) Salud neonatal. Provisión de atención esencial para recién nacidos, atención para los recién nacidos de bajo peso y atención de emergencia para los recién nacidos con complicaciones.
- c) Salud reproductiva y planificación familiar.* Implementación de servicios de planificación familiar de calidad para adolescentes, asegurando el acceso a la orientación y a los servicios sobre cuando menos seis métodos anticonceptivos, el acceso a la vasectomía y a la orientación y los servicios de anticoncepción posteriores a un parto o a un aborto.

Dentro de este plan también se proponen intervenciones específicas a desarrollar en los países, con base en las prioridades identificadas por ellos y en su situación actual.

* De acuerdo a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud reproductiva es mucho más amplio que la utilización de métodos de planificación familiar. De acuerdo a la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), la salud reproductiva se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad en lo relacionado con el sistema reproductor, sus funciones y procesos, incluyendo a la salud sexual. Reconocemos esta situación, si bien por consenso del grupo de trabajo se ha acordado dar énfasis dentro de este plan a la planificación familiar dentro de la salud reproductiva.

Implementación

Numerosas intervenciones de SMNR tienen un impacto sobre otros indicadores de salud. Por lo tanto, la implementación de intervenciones, en especial el entrenamiento de personal, deberá tener en mente la integración entre países, tanto dentro del área de SMNR como con los otros pilares de este Sistema, para poder lograr el máximo beneficio a través de los programas.

Este plan contempla 2 fases para su implementación:

Fase de planeación

En esta fase, con una duración propuesta de un año, se identificarán con precisión las intervenciones a desarrollar en cada país, así como la ubicación geográfica y poblaciones a recibirlas al interior de los mismos. Se definirá el mecanismo de gobernanza del SMSP, los mecanismos de integración de los países y se definirá en detalle el plan de evaluación a partir de las intervenciones a realizarse en los países. Se levantará asimismo información basal para el monitoreo y evaluación.

Fase de implementación

En esta fase, con una duración propuesta de 4 años, se iniciará la conducción de intervenciones en una primera fase (2 años), y después de una ronda de evaluación de proceso e impacto, se implantarán intervenciones en otras zonas incluyendo las sugerencias derivadas de la evaluación.

Desarrollo de capacidades humanas y de sistemas

El plan general evalúa la capacidad humana y de sistemas existente en la región e identifica las áreas donde el desarrollo de capacidades es necesario para lograr el éxito de la implementación de las intervenciones propuestas. En general, los sistemas de salud tienen grandes limitaciones en su infraestructura, aunque esto varía considerablemente a través de los países. Además, los sistemas de entrenamiento suelen ser bastante débiles; así, el fortalecimiento de la capacidad local de entrenamiento constituye una alta prioridad de este plan.

Sostenibilidad

Dentro de este plan se contemplan estrategias que permitan su sostenibilidad. Destacan entre estas la conformación de un sistema de gobernanza del SMSP en el que participen los países y muy especialmente el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), y se constituya asimismo un grupo técnico asesor que apoye a los países en la conducción de intervenciones.

Monitoreo y evaluación

En este plan se propone una evaluación cuali-cuantitativa, siguiendo el modelo de evaluación propuesto para la Iniciativa Mesoamericana de Salud. Se han definido indicadores de evaluación, y se propone una medición basal, y mediciones de seguimiento a 2 y 4 años, captando información a nivel de localidades y de unidades hospitalarias.

Introducción

El Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) constituye un esfuerzo para mejorar las condiciones de salud en Mesoamérica (comprendiendo América Central y nueve estados del sur de México) como una manera de responder a los retos y necesidades comunes de salud que la región enfrenta. La conformación de este SMSP, que se inscribe en el marco del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, busca plantear una estrategia regional que permita enfrentar los problemas de salud de la región mediante acciones coordinadas entre los países, que fortalezcan su capital humano y sus sistemas de salud. En su fase inicial, el SMSP ha trabajado a partir de cuatro pilares o áreas temáticas: nutrición, inmunizaciones, enfermedades transmitidas por vector, y salud materna, reproductiva y neonatal (SMRN). En este documento presentamos el plan regional para el área de SMNR.

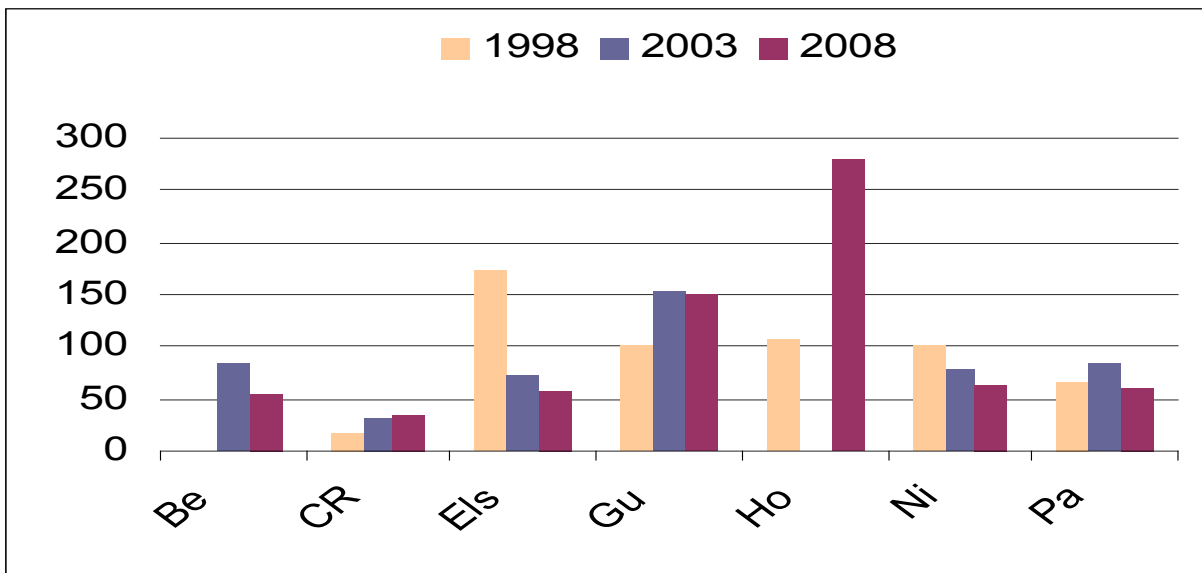
Este plan se ha preparado con la participación de un grupo de expertos internacionales, así como de representantes de los países de la región. En una primera etapa, se elaboró un diagnóstico de las condiciones de salud materna, reproductiva y neonatal. Posteriormente, se definieron metas y objetivos regionales, y a partir de una revisión exhaustiva de prácticas efectivas, se elaboró una propuesta de acción con intervenciones específicas. Se discutieron con representantes de los países los aspectos necesarios para la implantación de estas intervenciones, incluyendo la formación de recursos humanos, y su evaluación. Finalmente, se trabajó con los distintos grupos de trabajo del SMSP para identificar sinergias y áreas de colaboración entre las acciones propuestas para las distintas áreas.

Diagnóstico situacional

El documento de diagnóstico situacional en extenso se presenta en el anexo 1, y a continuación se presentan algunos de los resultados más importantes. Las razones de mortalidad materna para 1998, 2003 y 2008 en los países de la región y en los estados del sur de México se presentan en las figuras 1 y 2. Aunque las razones de mortalidad materna son en la actualidad sustancialmente menores que hace 10 años, en la mayoría de los países, la diferencia de las RMM en comparación con las de los países desarrollados es aún sustancial. Aunque la cobertura de atención antenatal y la proporción de nacimientos atendidos en instituciones con personal calificado han aumentado, aún persiste una gran brecha en cuanto al acceso a asistencia calificada durante el nacimiento entre el primer y el quinto quintiles de riqueza y entre las poblaciones rural y urbana.

Las tasas de mortalidad neonatal son considerablemente más altas en países como Guatemala, Nicaragua y Honduras que en resto de la región, y aunque han descendido, siguen siendo inaceptablemente altas en la región en su conjunto. A pesar del hecho de que hay lineamientos disponibles sobre los servicios neonatales en los tres niveles de atención en todos los países, nos fue imposible obtener información sobre la calidad real de los servicios, en especial en el nivel primario. La muy alta proporción de mortalidad neonatal temprana sugiere que las intervenciones relacionadas con la calidad de la atención obstétrica podrían tener el mayor impacto sobre la reducción de la mortalidad.

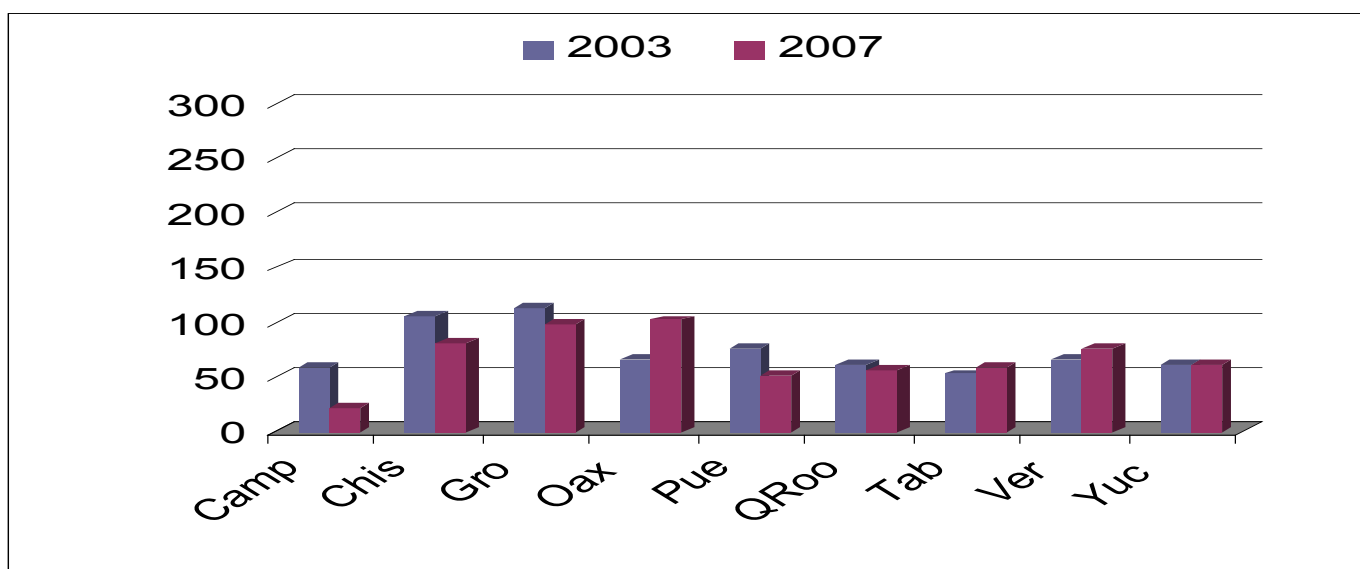
Figura 1. Razones de mortalidad materna para 1998, 2003 y 2008 en los países de Centroamérica



*La tasa para Honduras proviene de una estimación, publicada en "Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial" (OMS, 2008).

Fuentes: Gobierno de Belice. Ministerio de Salud. de Costa Rica. MSPAS, Encuesta FESAL (El Salvador), Programa Nacional sobre Maternidad Segura, y Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA. PAHO Regional Core Health Data Initiative. Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. OMS, 2008. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), Atención Ambulatoria MINSA Central, Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI), Monitoreo y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/sida. OMS/ ONUSIDA/ UNICEF Nicaragua 2010, y ENDESA. Controlaría de la Nación, REMES, Coordinación Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal (CNMMP).

Figura 2. Razones de mortalidad materna para 1998, 2003 y 2008 en los estados del sur de México



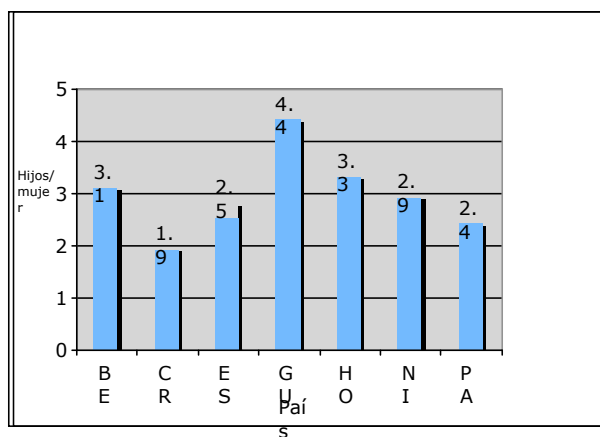
Fuente: Anuario Estadístico, Secretaría de Salud, México, SINAIS, 2007.

Los índices de fecundidad total han disminuido durante los últimos diez años y todos los países de la región y todos, salvo Belice, Guatemala y Honduras tienen índices por debajo de 3, como se muestra en la figura 3. Al mismo tiempo, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos ha aumentado. Sin embargo, los indicadores nacionales encubren las enormes diferencias entre las poblaciones rurales e indígenas en relación con otros grupos. Además, los servicios para adolescentes son insuficientes y los índices de fecundidad en este grupo de edad han disminuido más lentamente que en otros grupos etarios.

El acceso a la anticoncepción sigue siendo limitado y los métodos no se ofrecen en un contexto que aliente la elección libre e informada mediante el ofrecimiento de información completa y asesoría. Éste es el factor más importante que sesga la prevalencia de los anticonceptivos en términos de la combinación de métodos. Algunos indicadores generales de demografía y salud se muestran en el cuadro 1.

El diagnóstico también indica que hay una necesidad apremiante de mejorar la difusión de la información, la educación y la participación de las comunidades locales en las actividades de promoción. A pesar de varias iniciativas en curso en la región, la participación de la comunidad sigue siendo bastante débil.

Figura 3. Tasa de fecundidad (2008 o último año disponible)



Fuente: PAHO Regional Core Health Data Initiative.

El diagnóstico buscó identificar características potencialmente modificables de los sistemas y de los servicios de salud. Los autores están conscientes de que los servicios influyen sólo sobre un lado de la ecuación. El diseño de estrategias y programas basados en esta evaluación también deberá de tomar en cuenta las circunstancias económicas, sociales y culturales de la población blanco, así como incorporar a la comunidad desde las etapas iniciales del diseño de programas. En el caso específico de esta iniciativa, también es importante considerar las acciones en curso de distintas fundaciones u organismos internacionales para priorizar las intervenciones en el área y conformar un plan general para la región.

Este diagnóstico permite identificar una serie de retos que deben ser enfrentados en la región. La implementación de intervenciones es una cuestión fundamental. Cada país tiene políticas y normas nacionales en el área de salud materna y reproductiva y éstas suelen estar bien diseñadas y actualizadas. No obstante, no hay mecanismos efectivos para garantizar que todas las actividades incluidas en estos planes se implementen y los sistemas de monitorización, supervisión y evaluación son limitados. En consecuencia, muchas de las actividades y programas prioritarios pueden no realizarse de forma efectiva.

A pesar de que existe un consenso sobre la necesidad apremiante de contar con personal calificado, en especial en las zonas rurales, las capacidades o las inversiones de los países en términos de entrenamiento caen muy por debajo de la necesidad. Los sistemas de salud deberían de implementar estrategias sustentables de entrenamiento basadas en técnicas efectivas que fueran constantemente evaluadas y actualizadas para cumplir con la creciente demanda de personal de salud calificado. Es necesario investigar cuáles formas de entrenamiento podrían ser más efectivas en la región.

Es necesario emprender proyectos de investigación operativa o aplicada para diseñar y probar las estrategias y las intervenciones, y para entender mejor por qué los programas no han sido plenamente implementados y evaluados.

Todos los países de la región comparten una serie de necesidades y problemas comunes, pero hay diferencias importantes entre estas necesidades y entre los grupos de población. Asimismo, todos los países necesitan fortalecer sus sistemas de salud para mejorar el acceso a y la calidad de los servicios para las poblaciones pobres, indígenas, rurales, y adolescentes y jóvenes.

Cuadro 1. Indicadores de salud reproductiva y demográficos seleccionados de la región mesoamericana, 2009

	Be	CR	Es	Gu	Ho	Ni	Pa	Me	Centroamérica
Población total (1,000)	307	4,579	5,744	14,027	7,466	5,743	3,454	30,350*	41,738
Porcentaje de población urbana	52.2	63.8	61.0	49.0	48.4	57.0	74.0	77.5	55.5
Número promedio anual de nacimientos (1,000)	7.5	75.7	124.6	456.3	202.2	140.3	70	875.8 ¹	1076.6
Razón de mortalidad materna (por 100,000 nacimientos vivos) 2008 ²	56.0	33.3	57.1	148.8	280.0	64.3	60.0	71.8 ³	118.0
Razón de mortalidad neonatal (por 1,000 nacimientos vivos)	5.8	6.5	9.0	19.0	16.0	18.0	7.7	8.3 ⁴	15.4 ⁵
Índice de fecundidad	2.8	1.9	2.3	4.0	3.2	2.7	2.5	2.2	3.1
% de mujeres adultas que utilizan métodos de planificación familiar	96.0	72.0	68.0	43.0	72.0	10.0 ⁶	71.0	63.0
Porcentaje de atención por personal calificado									
Atención prenatal	99.7	91.7	78 ⁸	70.0	91.7	90.2	83.9	97.9 ⁷	77.3
Atención durante el nacimiento	94.8	98.7	84 ⁸	31.4	66.9	84.0	91.5	89.5 ⁷	55.4

* Total de población de la región Sur de México, 2009.

¹ Total de nacimientos por año de registro de la región Sur. SSA SINAIS, 2007.

² La razón de Mortalidad Materna (RMM) de los países de la región proviene de estadísticas nacionales, salvo en el caso de Honduras, que se obtuvo de una estimación "Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial" (OMS, 2008)

Estos datos presentan variaciones según la fuente, como es el caso de las RMM

que encontramos en el documento de la Situación de salud en las Américas 2009, para El Salvador de 71.2, Guatemala 148.8, Nicaragua 76.5, Panamá 83.6, México 55.6.

³ RMM del Sur de México. (Cálculos propios con base en la media ponderada de los nacimientos del 2007 de las entidades del Sur).

⁴ Tasa de Mortalidad Neonatal del Sur de México. Los datos del resto de los países provienen de

Belice: Gobierno de Belice; Costa Rica: Memorias del Ministerio de Salud de Costa Rica, 2008; El Salvador: Encuesta FESAL

(tasa para 2006-2008); Guatemala: UNICEF; Honduras: ENDESA (tasa para 2005-2006); Nicaragua: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud; Panamá: REMES.

⁵ La RMN para CA se calculó con base en total de muertes neonatales por 1000 nv y el número de nacimientos por año de los países centroamericanos.

⁶ El porcentaje de mujeres que utilizan métodos de PF en Panamá proviene de datos del sector público

⁷ Datos para la región sur con base en el promedio de las entidades. ENSANUT, 2006

En los casos que no se hace comentario para datos de México, se refiere a datos a nivel nacional.

⁸ FESAL 2008

Los datos de los que no se especifica la fuente provienen del documento: Situación de salud en las Américas, indicadores básicos, 2009. OPS, OMS

Los datos se refiere a 2009, excepto para mortalidad materna (2005-2008) uso de métodos de planificación familiar (2005-2008) y porcentaje de atención por personal capacitado (2006-2008).

Problema

A pesar de las mejorías significativas en los indicadores básicos de salud materna, neonatal, y sexual y reproductiva en la región mesoamericana durante los últimos diez años, en promedio todavía persisten proporciones de mortalidad materna e índices de mortalidad neonatal inaceptablemente altos. Si las reducciones de la mortalidad materna y neonatal continúan al mismo paso observado en años recientes, es probable que la mayoría de los países de la región no alcance los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en especial los objetivos 4 y 5.

Todos los gobiernos nacionales de la región han diseñado políticas y programas para reducir la mortalidad materna y neonatal y para mejorar los servicios de salud reproduc-

tiva con énfasis en la planificación familiar. Sin embargo, estos programas no se han implementado plenamente y las limitadas evaluaciones que existen indican que en muchos casos, los programas no han alcanzado el impacto deseado.

La falta de una implementación efectiva de los programas y de las intervenciones se debe, fundamentalmente, a las deficiencias dentro de los sistemas de provisión de servicios y de recursos, que no logran que las intervenciones sean plenamente accesibles a toda la población. Las razones principales que explican la implementación fallida incluyen la falta endémica de financiamiento para la salud prevalente en todos los países de la región, así como la falta de personal competente y calificado, en especial en aquellas zonas alejadas

de las grandes zonas urbanas metropolitanas. Aunque todos los países han implementado programas de entrenamiento para el personal de salud, estos programas cuentan con recursos limitados, su calidad es cuestionable y la demanda de entrenamiento excede con creces la capacidad del sistema. Este se agrava aún más por el alto índice de rotación del personal, muy común en todos los países mesoamericanos.

Además, la crisis económica global sigue amenazando los esfuerzos por alcanzar los ODM. Las presiones sobre los países donadores para que corten sus presupuestos de ayuda podrían limitar los recursos disponibles para los países en desarrollo, los cuales enfrentarán, a su vez, mayores dificultades para afrontar la crisis y satisfacer las necesidades de sus poblaciones.

Metas regionales

Las metas regionales más importantes en esta área son reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015, reducir la mortalidad neonatal, y lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, en consonancia con el reporte de 2009 de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Si bien las estadísticas sobre mortalidad materna y neonatal en la región pueden tener problemas de registro, es importante proponer metas numéricas a nivel regional. Teniendo en cuenta que se tiene el compromiso específico de cumplir con los compromisos de las metas del milenio a nivel de país, como parte de este plan las metas propuestas a nivel regional son:

Para mortalidad materna, el lograr una reducción del 75% para el 2015 implica llegar a una razón de mortalidad materna de 37 por 100,000 nacidos vivos. Para mortalidad neonatal, el lograr una reducción del 30% implica llegar en el 2015 a una tasa de mortalidad neonatal de 7.6 por 1,000 nacidos vivos.

Para el área de salud reproductiva, la meta propuesta es que al menos el 80% de las mujeres unidas utilicen algún método de planificación familiar.

Alcanzar estas metas podría requerir de una diversidad actividades en los países, debido a las diferencias de situación actual entre ellos. No obstante, una característica esencial de este plan es su perspectiva regional. Es importante identificar acciones en las cuales la realización a nivel regional muestre una ventaja comparativa en relación con su realización a nivel de un país de manera aislada.

Esta propuesta implica desarrollar intervenciones para mejorar la atención de emergencia tanto obstétrica como neonatal, así como para incrementar el acceso a los métodos de planificación familiar, fortaleciendo los servicios de salud y promoviendo el empoderamiento y la participación comunitaria en la región Mesoamericana.

Objetivos

Los objetivos de este plan regional son:

- Incrementar el acceso a la atención durante el parto proporcionada por personal calificado y competente, en especial en las zonas rurales y en las zonas urbanas marginadas.
- Incrementar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, especialmente en las zonas rurales y en las zonas urbanas marginadas.
- Reducir la brecha entre los quintiles de mayor y menor ingreso en términos de la proporción de mujeres que da a luz con personal calificado, en todos los países de la región.
- Reducir la mortalidad neonatal mejorando la atención obstétrica e implementando acciones para mejorar la calidad de la atención inmediata proporcionada a los recién nacidos, en especial en comunidades alejadas de las grandes áreas metropolitanas.
- Incrementar la calidad y el acceso a los servicios que ofrecen métodos anticonceptivos permanentes y reversibles tanto para hombres como para mujeres, así como implementar acciones para reducir las barreras comunes de acceso a estos métodos en la región, en especial en zonas rurales y en el caso de adolescentes y jóvenes.

Metas y objetivos específicos por países

A partir de las metas regionales descritas anteriormente, es posible estimar la reducción que cada país debe lograr para alcanzarla, e identificar áreas prioritarias para contribuir al logro de la meta regional y objetivos prioritarios por país. Esta información se presenta en el cuadro 2.

Visión y resultados esperados para el 2015

Los objetivos principales incluyen reducir significativamente la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal, así como incrementar la prevalencia del uso efectivo de anticonceptivos como medio para reducir la demanda insatisfecha y los embarazos no deseados —un factor importante, que explica la existencia de razones de mortalidad materna más altas de lo esperado en la región. Las condiciones necesarias para alcanzar estas metas incluyen las siguientes: a) mejorar el acceso a los servicios de alta calidad de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la atención prenatal, y la atención durante el trabajo de parto y el parto, el posparto y para el recién nacido;* b) promover el uso de estos servicios entre toda la población, garantizando el acceso de los pobres y marginados, incluyendo a las comunidades indígenas y a la gente que vive en zonas rurales y en zonas urbanas marginadas, y c) promover programas de educación comunitaria como medio para empoderar a la comunidad a través de la adopción de conductas sanas, de su participación activa en la atención de la salud y del ejercicio de un control social sobre los servicios de salud. Un mayor énfasis para cerrar la brecha entre el “saber” y el “hacer” constituye también una precondition necesaria. La región ya ha alcanzado el punto donde se vuelve necesario concentrar los esfuerzos de los “pensadores” o planificadores, los gobiernos y los donadores para estimular y proveer a los “hacedores” con las condiciones

* Mejorar la calidad y el acceso a la atención obstétrica son procesos cruciales, y cada uno merece plena atención por sí solo. Sin embargo, en este plan reconocemos que un incremento del acceso sin mejorar la calidad de la atención obstétrica podría no dar los resultados esperados.

requeridas para implementar y evaluar las intervenciones sustentables y, en consecuencia, dar un giro a partir de los modelos de prestación de servicios, que implican la transferencia de la riqueza, para llegar a los modelos de empoderamiento, que implican la creación de la riqueza. La evidencia muestra que la participación y el empoderamiento de la comunidad a través de la educación es imperativo para lograr cambios significativos y sustentables.

Nuestra visión es que para el 2015 toda la población de la región goce de acceso equitativo a los servicios de alta calidad y que todas las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y momento oportuno de sus hijos, además de tener la información y los medios para hacerlo, así como el derecho a obtener el estándar de salud sexual y reproductiva más alto. También incluye su derecho a tomar decisiones con respecto a una reproducción libre de discriminación, coerción y violencia, según se expresa en los documentos sobre derechos humanos. En consecuencia, las mejoras significativas en los índices de morbilidad y mortalidad materna y neonatal reflejarán estos desarrollos.

Todos los países de la región se han comprometido a alcanzar los ODM. Nuestra propuesta podría colaborar significativamente en el proceso de lograr tres de estos objetivos, y para este fin hemos identificado las “brechas” que cada país debe de cubrir para lograr las metas regionales. Con el apoyo de la OPS y otras agencias internacionales, todos los países han desarrollado estrategias y programas para mejorar la calidad de la atención prenatal, durante el parto y posparto con la meta de reducir la morbilidad y la mortalidad maternas (Objetivo 5) y de colaborar para alcanzar el Objetivo 4, reduciendo la mortalidad neonatal. Algunos países han utilizado la Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna de la OPS en el diseño de estrategias para reducir la mortalidad materna. También se han hecho compromisos para alcanzar la meta de lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva como parte del Objetivo 5, en especial el acceso universal a la planificación familiar y a la atención durante el trabajo de parto y el parto con personal calificado y competente.

Se ha reconocido que el incremento de la participación comunitaria es un factor esencial de éxito para el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva. Varios países están ya implementando iniciativas en este sentido, algunas de las cuales forman parte de la iniciativa Comunitarias Saludables de la OPS. Estas iniciativas

Cuadro 2. Situación actual y áreas prioritarias de salud de los países de la región

País	Situación actual	Áreas prioritarias de cada país para la contribución a cumplimiento de objetivos regionales	Meta de Disminución necesaria en cada país para alcanzar la meta regional	Objetivos o acciones específicas prioritarios por país
Región meso-americana en su conjunto	Mortalidad materna y neonatal inaceptablemente altas, y gran diversidad entre los países en sus indicadores de salud	No aplica	<p>Reducir mortalidad materna de 149.9 a 37 muertes por 100,000 nv.</p> <p>Reducir mortalidad neonatal de 15.1 a 7.6 muertes por 1,000 nacidos vivos</p> <p>Aumentar la proporción de mujeres unidas que usan métodos de PF de 67% a 80%</p>	No aplica
Belice	Buenos indicadores de mortalidad materna y neonatal a nivel regional, si bien su tasa de fecundidad es relativamente alta	Han identificado acciones específicas y áreas geográficas de aplicación (anexo 5)	<p>Reducir mortalidad materna de 56 a 37 muertes por 100,000 nv.</p> <p>Su mortalidad neonatal (5.8) está ya por debajo de la meta regional.</p> <p>No hay información sobre el indicador de usuarias de métodos de PF.</p>	<p>Las acciones propuestas como prioritarias por este país son: Cuidado de la emergencia obstétrica y neonatal BÁSICA y COMPLETA (CONE). Fortalecer la promoción y el uso de anticonceptivos modernos de largo plazo (DIU) a nivel nacional. En atención neonatal, en el I y II nivel de atención: Prevención del SDR (membrana hialina). Prevención de la asfixia. Prevención de los defectos de tubo neural. Prevención de transmisión vertical de sífilis y VIH. Prevención de infecciones y fortalecimiento del Sistema de referencia al hospital.</p>
Costa Rica	Tiene muy buenos indicadores de salud materna, reproductiva y neonatal a nivel regional.	Ha identificado intervenciones prioritarias al interior de este plan, en salud materna, reproductiva y neonatal (anexo 5)	<p>Se encuentra por debajo de la meta regional en el indicador de mortalidad materna (33 MM por 100,00 nacidos vivos)</p> <p>Está también por debajo de la meta regional de mortalidad neonatal, con 6.5 por 1,000 nv.</p> <p>Están también por encima de la meta en la proporción de mujeres unidas que usan métodos de PF, con 94%.</p>	Si bien están por encima de las metas regionales, han identificado como áreas prioritarias el reducir la mortalidad materna por infecciones. aumentar el acceso a métodos de PF en adolescentes y reducir la mortalidad neonatal por asfixia e hipotermia
El Salvador	Alta mortalidad neonatal a nivel regional, y un número importante de nacimientos por año. Ha logrado un descenso importante en su mortalidad materna, influida por una alta proporción de parto institucional.	Reducción de mortalidad neonatal	<p>Reducir mortalidad materna de 57.1 a 37 muertes por 100,000 nv.</p> <p>Reducir mortalidad neonatal de 9 a 7.6 muertes por 1,000 nacidos vivos</p> <p>Aumentar la proporción de mujeres unidas que usan métodos de PF de 72% a 80%</p>	Todos los objetivos de este plan regional

Guatemala	Alta mortalidad materna y neonatal, baja tasa de nacimientos con atención calificada alta tasa de fecundidad y un alto volumen de nacimientos y población en la región.	Dado el alto volumen de nacimientos en relación con la región, y la alta proporción de población indígena su contribución es clave para el cumplimiento de las metas regionales.	<p>Reducir mortalidad materna de 148.8 a 37 muertes por 100,000 nv.</p> <p>Reducir mortalidad neonatal de 19 a 7.6 muertes por 1,000 nacidos vivos</p> <p>Aumentar la proporción de mujeres unidas que usan métodos de PF de 68% a 80%</p>	Todos los objetivos de este plan regional.
Honduras	Alta mortalidad materna y neonatal, alta tasa de fecundidad y un volumen considerable de nacimientos y población en la región.	Dado el alto volumen de nacimientos en relación con la región, su contribución es clave para el cumplimiento de las metas regionales.	<p>Reducir mortalidad materna de 280 a 37 muertes por 100,000 nv.</p> <p>Reducir mortalidad neonatal de 16 a 7.6 muertes por 1,000 nacidos vivos</p> <p>Aumentar la proporción de mujeres unidas que usan métodos de PF de 43% a 80%</p>	Todos los objetivos de este plan regional.
México	Los indicadores de salud materna, reproductiva y neonatal parecen buenos a nivel nacional para la región, pero esconden grandes disparidades al interior de los estados del sur de México. Es necesario mejorar indicadores en dichos estados.	Ha identificado intervenciones prioritarias al interior de este plan, en salud materna, reproductiva y neonatal (anexo 5)	<p>Reducir mortalidad materna de 71.8 a 37 muertes por 100,000 nv.</p> <p>Reducir mortalidad neonatal de 14.9 a 7.6 muertes por 1,000 nacidos vivos</p> <p>Aumentar la proporción de mujeres unidas que usan métodos de PF de 71% a 80%</p>	Incrementar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, especialmente en las zonas rurales y en las zonas urbanas marginadas. Reducir la mortalidad neonatal implementando acciones para mejorar la calidad de la atención inmediata proporcionada a los recién nacidos. Incrementar la calidad y el acceso a los servicios que ofrecen métodos anticonceptivos permanentes y reversibles tanto para hombres como para mujeres, así como implementar acciones para reducir las barreras comunes de acceso a estos métodos en la región.
Nicaragua	Alta mortalidad neonatal, y fecundidad relativamente alta	Ha identificado intervenciones prioritarias al interior de este plan, en salud materna, reproductiva y neonatal (anexo 5), identificando incluso áreas geográficas prioritarias.	<p>Reducir mortalidad materna de 64. a 37 muertes por 100,000 nv.</p> <p>Reducir mortalidad neonatal de 18 a 7.6 muertes por 1,000 nacidos vivos</p> <p>Aumentar la proporción de mujeres unidas que usan métodos de PF de 72% a 80%</p>	Incrementar atención obstétrica y neonatal de emergencia. Aumentar acceso a métodos de PF entre adolescentes, y de largo plazo. Prevención de mortalidad neonatal.
Panamá	Buenos indicadores de mortalidad materna, reproductiva y neonatal a nivel de la región, pero con importantes disparidades al interior del país.	Posibilidad de contribuir mediante la mejora en poblaciones marginadas.	<p>Reducir mortalidad materna de 60 a 37 muertes por 100,000 nv.</p> <p>Reducir mortalidad neonatal de 7.7 a 7.6 muertes por 1,000 nacidos vivos</p> <p>Aumentar la proporción de mujeres unidas que usan métodos de PF de 10%* a 80%</p>	Todos los objetivos del plan, especialmente los relacionados con salud materna y reproductiva, con énfasis en la disminución de brechas entre distintos grupos de población.

*El dato de mujeres usuarias de métodos e PF en Panamá proviene de registros nacionales, y no de encuestas demográficas, lo que puede explicar la variación con respecto a los otros países. No obstante, es importante aumentar la proporción de usuarias de PF en dicho país.

tienen un impacto positivo en la salud al mismo tiempo que contribuyen al logro del Objetivo 3 (promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres).

Todos los países han puesto en práctica programas e intervenciones para alcanzar estos objetivos regionales, pero hasta el momento los esfuerzos de implementación han sido inadecuados para alcanzar los resultados deseados y cumplir las metas establecidas o no se han evaluado para determinar su efectividad.

Poblaciones blanco

Los objetivos del plan incluyen el mejoramiento de los servicios de atención a la salud para mujeres embarazadas y recién nacidos y el acceso incrementado a los servicios de planificación familiar de alta calidad que redunden en el aumento del uso de anticonceptivos efectivos y la disminución de los embarazos no deseados y de alto riesgo. Así, los blancos fundamentales del plan son las mujeres en edad reproductiva (entre 10 y 49 años) y los recién nacidos. Además, el plan también incluirá acciones enfocadas a incrementar la participación de los hombres y promover la participación comunitaria en general. Las

acciones propuestas se dirigirán primordialmente a las poblaciones más pobres, las mujeres y las comunidades indígenas, y los adolescentes y los adultos jóvenes. El refuerzo de los sistemas de información sobre salud, incluyendo los sistemas de información geográfica, podría ayudar a identificar la localización de los grupos blanco con menor acceso a servicios obstétricos, neonatales o de planificación familiar.

Las principales poblaciones blanco —poblaciones pobres e indígenas— están concentradas en las localidades rurales, así que son estas zonas las que constituyen el punto focal más importante del plan. No obstante, puesto que los países de la región están todos experimentando procesos más o menos rápidos de urbanización, también debemos de tomar en cuenta acciones orientadas hacia las poblaciones urbanas marginadas en rápido crecimiento, puesto que también concentran grupos de personas vulnerables. Esto cobra importancia cuando se consideran las intervenciones orientadas al mejoramiento de la atención obstétrica de emergencia, enfocada primordialmente en el entorno hospitalario de referencia.

Descripción del plan

Estrategias

Como parte del proceso de desarrollo de este plan regional, llevamos a cabo una revisión bibliográfica para identificar las prácticas efectivas (PE) en las áreas de salud materna, neonatal y reproductiva (SMNR). En el anexo 2 presentamos las principales prácticas o paquetes efectivos identificados en la revisión, incluyendo el tipo de actividades implicadas, el contexto geográfico en el cual se han aplicado, sus poblaciones blanco, la progresión de su implementación y los países donde se han implementado.

Las categorías de PE identificadas para reducir las causas principales de mortalidad y morbilidad materna en la comunidad y en el primer nivel de atención fueron la atención obstétrica de emergencia (AOEm), el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto (MATFTP), y varias prácticas para prevenir y manejar la eclampsia, las hemorragias y las infecciones posparto, y las complicaciones surgidas de un aborto. También identificamos varias prácticas que abordan cuestiones tales como la educación y la participación de la comunidad. Todas las prácticas dependen de la remisión a centros de atención de segundo y tercer nivel en caso de ser necesario.

De forma similar, existen paquetes de PE enfocados en la eliminación o reducción de las causas principales de morbilidad y mortalidad neonatal, en particular asfixia, hipotermia e infecciones, y se han agrupado en los siguientes paquetes: atención esencial para recién nacidos, atención de recién nacidos de bajo peso al nacer (BPN), y atención de recién nacidos con complicaciones. Estos paquetes consisten en una serie de intervenciones

clínicas o intervenciones basadas en los servicios y de acciones basadas en la comunidad que, como en el caso de las PE maternas, dependen de la coordinación con los servicios de alto nivel.

Finalmente, las PE en el área de salud reproductiva (específicamente planificación familiar) consisten en la implementación de servicios de planificación familiar de calidad para adolescentes, garantizando el acceso a la asesoría y los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos diferentes en centros de salud, el acceso a la vasectomía, y la implementación de asesoría y de servicios de anticonceptivos posteriores a un aborto. Como en el caso de las PE de salud materna y neonatal, estos paquetes de intervenciones se pueden implementar en escenarios comunitarios y clínicos.

Después de llevar a cabo esta identificación de prácticas de efectividad probada, identificamos los principales resultados (a corto o mediano plazo) así como los impactos a largo plazo de cada PE identificada. También identificamos información sobre la relación costo-efectividad de esas prácticas. La información detallada y aspectos metodológicos para la estimación de costo-efectividad se presentan en el anexo 3.

Los análisis de costo-efectividad muestran que, para salud materna, incrementar el número de partos atendidos por personal capacitado tendrá un impacto inmediato sobre la mortalidad materna, en especial en aquellos países con RMM más elevada. La implementación de un buen sistema de remisión, respaldado por transportación adecuada y que reduzca los retrasos en el transporte de pacientes a centros con más recursos, tendrá un gran impacto sobre la MM por causas directas.

El impacto a largo plazo sobre los indicadores dependerá de la sostenibilidad de las intervenciones, en especial en las zonas rurales.

Es claro que muchas intervenciones de salud materna y neonatal se pueden agrupar, dando lugar a una relación costo-efectividad aun más alta. Se ha documentado que los paquetes más costo-efectivos son: intervenciones de atención al recién nacido a nivel comunitario (por ej., promoción del amamantamiento), seguido de intervenciones selectas de atención antenatal (por eje. toxoide tetánico), intervenciones aplicables por un asistente capacitado durante el parto en una instalación de salud (por ej., atención normal durante el parto por un asistente capacitado), y finalmente intervenciones más complejas que requieren de remisión a una instalación de salud de mayor nivel (1).

La mortalidad infantil ha disminuido significativamente en toda la región, pero la mortalidad neonatal ha disminuido a paso más lento. Mejorar el acceso de los recién nacidos a la atención de emergencia, en especial en zonas rurales, tendrá un impacto inmediato sobre la mortalidad neonatal si se implementa una asistencia adecuado de la asfixia y del calentamiento durante la atención del parto en el primer nivel, incluyendo los partos en casa.

Un examen reciente de intervenciones basadas en la evidencia para reducir la mortalidad neonatal en los países en desarrollo muestra que, en comparación con las intervenciones únicas, los paquetes de intervenciones siempre son más costo-efectivos y gran parte del beneficio se deriva de las acciones a nivel comunitario (2). Además, los escenarios con mortalidad neonatal muy alta experimentan los mayores beneficios de la implementación de este tipo de paquetes.

La mejoría del acceso a y de la calidad de los servicios de planificación familiar tendrá importantes impactos a corto y largo plazo sobre la salud de las mujeres y de los niños, al reducir los embarazos no deseados y los abortos inseguros. Los impactos son aún mayores en los adolescentes, pues retrasar el primer embarazo tiene efectos positivos sobre las mujeres: reduce los embarazos de alto riesgo, incrementa el acceso a la educación y mejora sus medios de vida. La expansión del uso de la vasectomía en la región podría contribuir grandemente a la disminución de los índices de fecundidad.

Los cálculos de los ahorros de costos y de la relación de costo-efectividad de la anticoncepción suelen estar basados en estudios provenientes de Estados Unidos y de Europa (3,4,5). Sin embargo, los datos muestran

consistentemente que la anticoncepción es siempre costo-efectiva en comparación con la falta de anticoncepción (6). Incluso los estudios más conservadores muestran un promedio de cuatro dólares ahorrados por cada dólar gastado en anticoncepción (7). Además, los métodos de acción prolongada son los más costo-efectivos, puesto que el costo de distribuir el anticonceptivo es casi insignificante en comparación con los ahorros que evitar un embarazo implica. Los métodos más efectivos (esto es, implantes, inyectables de acción prolongada, DIU) son con mucho los más costo-efectivos (8). Por lo tanto, a pesar de la falta de datos regionales, con base en nuestra revisión bibliográfica, todas las intervenciones de planificación familiar propuestas pueden considerarse como altamente costo-efectivas.

De esta forma, se conformó un grupo de intervenciones consideradas como prioritarias para su aplicación a nivel regional en SMRN. Estas intervenciones se resumen en el cuadro 3. Para todas las intervenciones propuestas hay evidencia sólida sobre su efectividad. Las intervenciones también aprovechan las ventanas de oportunidad para la reducción de la mortalidad materna y neonatal (esto es, el periodo justo antes y justo después del nacimiento), y las ventanas de oportunidad para la promoción de la planificación familiar (esto es, el periodo después de un parto o de un aborto). El hecho de que estas intervenciones estén dirigidas hacia los segmentos más marginados de la población (los grupos pobres e indígenas) también incrementa su impacto potencial.

La región ha experimentado cierto progreso en la reducción de la mortalidad materna, pero los resultados son inadecuados. En particular, está ausente la cobertura de partos atendidos por personal competente de prestación de servicios y el acceso a la atención obstétrica de emergencia básica, en especial en las zonas rurales y en las zonas urbanas marginadas. Las cifras para este indicador presentan una variabilidad importante entre los países, desde un 31.4% (Guatemala) hasta un 98.7% (Costa Rica). Para acercarnos más al objetivo universal de cobertura, se deben hacer mayores esfuerzos para incrementar el acceso a la atención durante el parto proporcionada por personal calificado y competente y para reducir la brecha de acceso entre los segmentos más pobres y los más ricos de la población. El porcentaje de mujeres que da a luz con un proveedor capacitado es 50 o más puntos porcentuales menor entre las mujeres más pobres (quintil 1) que entre las más ricas (quintil 5) en todos los países de la región. Ante esto una intervención crucial es proporcionar acceso universal al tratamiento por emer-

gencias obstétricas en centros de salud, especialmente en zonas rurales. Las complicaciones agudas e inesperadas durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio — principalmente hemorragias, eclampsia, infecciones y complicaciones de un aborto— son responsables de la mayoría de las muertes maternas. Las complicaciones responsables de las muertes maternas son muy graves por sí mismas, pero en la mayoría de los casos se podría evitar la muerte tomando medidas terapéuticas relativamente simples de forma oportuna o transfiriendo a los pacientes a instalaciones mejor equipadas. Además, una gran proporción de las complicaciones son prevenibles: tomar precauciones para prevenir infecciones, poner en práctica el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto y evitar desgarros. La intervención más básica comprende el entrenamiento de los profesionales de la salud a cargo del parto, el tratamiento de las complicaciones más comunes y la detección de las complicaciones que deberán remitirse con urgencia a un hospital mejor equipado. El entrenamiento deberá ser tanto teórico como práctico y los proveedores recién entrenados deberán ser supervisados periódicamente, en especial durante los primeros meses posteriores al entrenamiento. También es crucial implementar un sistema para transferir los casos complicados sin demora. Un aspecto clave a considerar será la adaptación de intervenciones al contexto rural o urbano. Es importante mantener en mente que se requieren distintas estrategias para enfrentar la mortalidad materna en ámbitos rurales y urbanos, así como en el hogar y en unidades médicas.

El segundo objetivo principal del plan consiste en reducir la mortalidad neonatal y las mejoras de la atención obstétrica deberían disminuir los índices de mortalidad neonatal. Sin embargo, el mero mejoramiento de la atención obstétrica no es suficiente para reducir la mortalidad neonatal; las acciones para mejorar la calidad de la atención inmediata proporcionada a los recién nacidos también son cruciales, en especial en las comunidades alejadas de las grandes zonas metropolitanas. Las intervenciones clave en esta área deben estar dirigidas a mejorar la calidad de la atención básica, detectar signos de peligro y tratar emergencias neonatales en centros de atención primaria. Todos los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan en los centros de salud donde se atienden partos deberán estar entrenados para ofrecer atención básica a los recién nacidos, incluyendo el pinzamiento adecuado del cordón, la prevención de infecciones, el calentamiento, y el tratamiento de asfixia. Además, todo el personal deberá estar entrenado para

detectar signos de peligro o complicaciones tales como ictericia intensa, hipotermia, palidez intensa o retracción torácica grave durante la respiración. Cualquier recién nacido que experimente estos síntomas deberá ser transferido rápidamente a un centro con mayores recursos, incluyendo cuando menos un pediatra, idealmente un neonatólogo. El entrenamiento del personal no puede hacerse mediante un curso de una sola vez, sino que es necesario contar con un entrenamiento teórico y práctico utilizando modelos, además de un periodo de práctica supervisada.

La reducción de los embarazos repercutiría sobre la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas, en especial mediante la disminución de los abortos inseguros. Aunque la prevalencia de la anticoncepción ha aumentado en todos los países, aún persiste una necesidad significativa insatisfecha, en particular porque el acceso a los puntos de prestación de servicios anticonceptivos que ofrezcan por lo menos seis métodos sigue siendo insuficiente. Además, hay proporciones significativas de la población que se identifican a sí mismas como usuarios de métodos anticonceptivos naturales o tradicionales y no buscan ningún tipo de asesoría o consulta con base en los servicios de salud. El objetivo, entonces, es incrementar la calidad y el acceso a los servicios que ofrecen métodos permanentes y reversibles tanto para hombres como para mujeres, así como implementar acciones que promuevan la reducción de las barreras de acceso a los anticonceptivos, comunes entre mujeres indígenas y entre adolescentes y jóvenes. Se espera un aumento en la prevalencia del uso de anticonceptivos altamente efectivos junto con la reducción del uso de métodos naturales y tradicionales menos efectivos. Para alcanzar este objetivo será importante crear un sistema regional para la compra de provisiones y métodos anticonceptivos, que garantice tanto calidad como costos menores, con la participación de cuerpos regionales, tales como la Cumbre Presidencial o el Consejo de Ministro de Salud de Centroamérica (COMISCA).

Dentro de las intervenciones en el área de planificación familiar, destaca el incrementar el acceso a y el uso de métodos anticonceptivos modernos entre las poblaciones indígenas, los quintiles más pobres y otras poblaciones vulnerables. Es importante que países como Guatemala y Honduras prosigan con sus esfuerzos por proporcionar un conjunto garantizado de beneficios (incluyendo planificación familiar) a las poblaciones rurales e indígenas a través de los servicios descentralizados que hacen uso de terceros como proveedores. El

Salvador deberá proseguir con su modelo de prestación de servicios a comunidades rurales, el cual utiliza equipos básicos de sistemas de salud que incluyen acciones en las áreas de educación, promoción y distribución de servicios de planificación familiar. Una de las acciones principales para alcanzar esta meta es entrenar a los proveedores de servicios de planificación familiar para que entiendan la cultura de las diferentes comunidades indígenas y étnicas y para que sean capaces de trabajar utilizando las leguas locales. Es también clave implantar acciones para mejorar la calidad de atención en planificación familiar, mediante la institucionalización del uso de las guías de planificación familiar de la OMS en los países de la región.

Garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos es clave. El creciente declive de la colaboración internacional para obtener métodos anticonceptivos ha forzado a los países a implementar programas para asegurar la disponibilidad de métodos. Con el apoyo inicial de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), algunos países han logrado sostener estos esfuerzos, pero otros están enfrentando grandes dificultades para mantener la disponibilidad de los anticonceptivos. El reto principal para garantizar la provisión de anticonceptivos consiste no sólo en asegurar el financiamiento para la adquisición de métodos y provisiones, sino también en desarrollar capacidades de distribución eficiente, que garantice que los métodos estén disponibles en todos los servicios de planificación familiar.

Un tipo de intervención sería fortalecer, consolidar y coordinar el trabajo que los comités nacionales de abastecimiento de anticonceptivos ya están realizando en algunos países. Se espera que para el 2015 todos los países de la región hayan asegurado legalmente un presupuesto protegido para garantizar la adquisición de anticonceptivos y hayan implementado sistemas eficientes de distribución.

Otra intervención importante en el área de planificación familiar es la expansión de los servicios de planificación familiar, con al menos seis métodos modernos disponibles en unidades o instalaciones de la red de salud de los países. Aunque los servicios de planificación familiar suelen estar disponibles en todos los países y sus respectivas redes de atención a la salud, de hecho subsisten obstáculos para poder garantizar la disponibilidad permanente de cuando menos los siguientes métodos: un método oral, un método inyectable, un método de barrera, dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV – o en su ausencia, la habilidad para hacer la referencia a un centro que la ofrezca)

y guía sobre el uso adecuado de los métodos basados en la observación de la fecundidad, en especial el método de los días fijos (MDF) usado con o sin un collar especial de cuentas. La intervención relacionada consistiría en garantizar que todas las unidades del sistema de salud ofrezcan esta gama mínima de servicios y en exigir la planificación para el desarrollo de capacidades clínicas y de asesoría, así como la implementación de un subsistema de manejo de un ciclo logístico para reducir el problema de escasez o carencia de material, común en la región.

Asimismo, la provisión de asesoría y de servicios anticonceptivos en los periodos posteriores a un parto o a un aborto es una estrategia cuya efectividad para disminuir el índice de embarazos no deseados y para aumentar los intervalos entre nacimientos se ha comprobado. Los planes de varios países en la región incluyen la implementación de esta estrategia y la capacidad para el entrenamiento del personal ya existe.

Un elemento clave en estas estrategias es la conducción de investigación operativa para poner a prueba estrategias para la implementación de atención obstétrica de emergencia en todos los centros de salud. Es imperativo un examen de las estrategias más adecuadas para garantizar que haya personal competente y recursos para la provisión de atención obstétrica de emergencia en todos los centros de salud (segundo nivel) que proporcionan atención durante el trabajo de parto y el parto. También lo es un sistema de transporte eficiente para transferir los casos graves a hospitales de tercer nivel.

A lo largo de la conformación de este plan regional, se han llevado a cabo discusiones con el grupo de trabajo y los representantes de los países para ayudar a definir el conjunto medular de intervenciones de SMNR presentadas en la sección de Descripción de la Estrategia. Como parte de este ejercicio, pedimos a los representantes de los países que priorizaran y seleccionaran las intervenciones que podrían ser más relevantes para su contexto particular y que identificaran los factores específicos relacionados con la implementación de las intervenciones y su sostenibilidad. Las propuestas de cuatro países se presentan en el anexo 5. Estas propuestas deberán ser revisadas a la luz de las condiciones actuales de los países, su posibilidad de contribuir al cumplimiento de las metas regionales, y las acciones propuestas. Por ejemplo, en el caso de Costa Rica, se da prioridad a intervenciones dirigidas a reducir la muerte materna por infecciones post-parto, a los servicios de PF para adolescentes, y en el área de salud neonatal, a la Prevención y Manejo de Asfixia, Infecciones e Hipotermia en el

Cuadro 3. Intervenciones propuestas en salud materna, reproductiva y neonatal

Salud materna	
Intervención	Descripción
Atención obstétrica de emergencia básica (AOEm)	La intervención hace énfasis en los servicios de primer nivel para poblaciones pobres, indígenas y rurales. Su meta es que todos los centros de salud y hospitales tengan todo el personal entrenado en AOEm, incluyendo doctores (usualmente internos o practicantes generales), enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería. El entrenamiento y la supervisión son cruciales. Para implementar esta intervención, es necesario entrenar al personal para tratar las emergencias y para remitir los problemas más complejos a instalaciones de segundo y tercer nivel.
Manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto	Esta intervención implica una fase inicial de entrenamiento de todo el personal que atiende partos vaginales, incluyendo doctores, enfermeras, auxiliares de enfermería y parteras, y la implementación posterior en unidades médicas
Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por hemorragia posparto vaginal aguda	La implementación de esta intervención incluye el entrenamiento de todo el personal que atiende partos vaginales, incluyendo doctores, enfermeras y parteras, en administración y remisión. Para su operación es necesario garantizar la disponibilidad de una provisión de sangre segura y de medicamentos tales como oxitocina y otros retractores uterinos.
Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por eclampsia	Esta intervención requiere del entrenamiento de todo el personal que atiende partos, así como de aquellos que proporcionan atención prenatal, puesto que la prevención es tan importante. También requiere de disponibilidad de fármacos (sulfato de magnesio y otros).
Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por infección posparto	Su implementación requiere del entrenamiento de todo el personal para trabajo de parto y
Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por aborto séptico	La implementación de esta intervención implica dos actividades principales: el entrenamiento de los proveedores de atención de la salud para el manejo de las complicaciones surgidas de un aborto y la educación de la comunidad para la remisión de casos.
Conciencia de la comunidad, educación y entrenamiento	Esta intervención consiste en educar a las familias y a los miembros de la comunidad acerca de los signos de peligro (por ej., eclampsia) y sobre cuándo y a dónde referir. También incluye el entrenamiento de parteras tradicionales de la comunidad en las intervenciones antes mencionadas (por ej., manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto, asesoría prenatal).
Salud neonatal	
Paquete de atención esencial para el recién nacido	La intervención consiste en la implantación de acciones de atención esencial al recién nacido, incluyendo la disponibilidad de recursos, entrenamiento y fármacos.
Atención extra para bebés con BPN	Esta intervención focaliza a nacimientos con BPN, e incluye una serie de acciones específicas, disponibilidad de recursos, entrenamiento y fármacos
Paquete de atención de emergencia para el recién nacido	Dada la relevancia de la atención a emergencias neonatales, se propone esta intervención dirigida a estos casos, definiendo acciones específicas, recursos, entrenamiento y fármacos
Salud reproductiva (planificación familiar)	
Implementar servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes	La intervención consiste en la implementación de servicios exclusivos para adolescentes o reservar periodos de tiempo para ellos en instalaciones de SR cuando los servicios exclusivos no son factibles. Su implantación requiere de entrenamiento de personal para atender adolescentes, incluyendo provisión de asesoría y de servicios, la difusión de la información y participación de la comunidad. Será importante considerar también los factores socio-culturales que influyen sobre la adopción de comportamientos de riesgo en adolescentes, así como una variedad de servicios de planificación familiar, incluyendo anticoncepción de emergencia.

Garantizar el acceso a y los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en puestos de salud	Esta intervención consiste en contar con disponibilidad de personal capacitado en servicios de salud primarios y secundarios para el otorgamiento de al menos seis métodos de PF. Requiere de entrenamiento continuo, garantía de disponibilidad de métodos, apoyo para mantener la disponibilidad de métodos controversiales (esto es, anticoncepción de emergencia, vasectomía), y la difusión de información a la comunidad. Los vehículos para estas intervenciones deben incluir escuelas y otros medios de comunicación.
Garantizar el acceso a la vasectomía en hospitales y centros de salud	Esta intervención requiere, para su implantación, de la defensa al interior del sistema, la difusión de información sobre la disponibilidad del método. Requiere asimismo de entrenamiento de proveedores sobre técnicas sin bisturí (ginecólogos, urólogos y practicantes generales), y el entrenamiento de proveedores de salud sobre la promoción del método y sobre la asesoría.
Asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto y a un aborto	Esta intervención busca aumentar el acceso a métodos de PF aprovechando las ventanas de oportunidad post-parto y post-aborto. Su implantación requiere de entrenamiento del personal existente, materiales educativos, la implementación de asesoría sobre atención antenatal y la difusión intensiva de información.

Recién Nacido. Por otro lado, México, país en el cual hay importantes esfuerzos para mejorar la calidad de la atención al nacimiento y a emergencias obstétricas, da prioridad a las intervenciones dirigidas a aumentar el cuidado de emergencias obstétricas básico o integral, a los servicios de PF post-parto y post-aborto, a aumentar el acceso a métodos de PF y en el área de salud neonatal a la Prevención y manejo de asfixia: Resucitación, referencia al hospital. En el caso de Nicaragua y Belice, se da prioridad a intervenciones para aumentar el Cuidado Obstétricos y Neonatales Emergencia (CONE) Básico y completo, a la PF entre adolescentes y a fortalecer la promoción y el uso de anticonceptivos modernos de

largo plazo (DIU) a nivel nacional. De esta forma, se ha elaborado una propuesta de intervenciones específicas que los países deberán desarrollar para contribuir al logro de las metas regionales. Esta propuesta se basa tanto en la situación de los países de acuerdo al diagnóstico, como a las áreas prioritarias que ellos han identificado, y se presentan en el cuadro 4. Es muy importante mantener en mente que si bien se sugieren estas acciones para cada país (o grupo de países cuando hay necesidades similares), la implementación de las intervenciones deberá llevarse a cabo manteniendo una perspectiva regional, y no con acciones aisladas en cada país.

Cuadro 4. Intervenciones propuestas para desarrollarse en cada país para contribuir al cumplimiento de las metas regionales

País	Intervenciones en salud materna	Intervenciones en salud neonatal	Intervenciones en salud reproductiva
Belice	Cuidado de la emergencia obstétrica y neonatal BÁSICA (CONE) en los distritos de Corozal, Orange Walk, Belice, Cayo, Stann Creek y Toledo. Cuidado de emergencia obstétrica y neonatal COMPLETA en las regiones: Norte, Central, Oeste y Sur. Atención integral a la adolescencia.	En atención neonatal, en el I y II nivel de atención: Prevención del SDR (membrana hialina). Prevención de la asfixia. Prevención de los defectos de tubo neural. Prevención de transmisión vertical de sífilis y VIH. Prevención de infecciones y Sistema de referencia al hospital.	Fortalecer la promoción y el uso de anticonceptivos modernos de largo plazo (DIU) a nivel nacional.
Costa Rica	Intervenciones para reducir la mortalidad materna por infecciones.	Intervenciones para reducir la mortalidad neonatal por asfixia e hipotermia	Intervención para aumentar el acceso a métodos de PF en adolescentes y
El Salvador, Guatemala y Honduras	Todo el paquete de intervenciones en salud materna descrito en el cuadro 3.	Todo el paquete de intervenciones en salud neonatal descrito en el cuadro 3.	Todo el paquete de intervenciones en salud reproductiva descrito en el cuadro 3.
México	Incrementar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, especialmente en las zonas rurales y en las zonas urbanas marginadas.	Reducir la mortalidad neonatal implementando acciones para mejorar la calidad de la atención inmediata proporcionada a los recién nacidos.	Incrementar la calidad y el acceso a los servicios que ofrecen métodos anticonceptivos permanentes y reversibles tanto para hombres como para mujeres, así como implementar acciones para reducir las barreras comunes de acceso a estos métodos en la región.
Nicaragua	Incrementar atención de emergencias obstétricas por cualquier causa	Incrementar atención neonatal de emergencia Paquete de atención esencial para el recién nacido Atención extra para bebés con BPN	Aumentar acceso a métodos de PF entre adolescentes, y de largo plazo.
Panamá	Todo el paquete de intervenciones en salud materna descrito en el cuadro 3.	Todo el paquete de intervenciones en salud neonatal descrito en el cuadro 3, pero con un menor énfasis que los de salud materna y reproductiva	Todo el paquete de intervenciones en salud reproductiva descrito en el cuadro 3.

Puesto que los paquetes de intervenciones son más costo-efectivos que una sola acción y dada la oportunidad de unir fuerzas con otras áreas de programas basados en la comunidad y en las plataformas de atención de primer nivel, hemos identificado varias áreas potenciales de integración.

Integración dentro del pilar de salud materna, neonatal y reproductiva

Hay una serie de intervenciones de SMNR que tiene un impacto sobre otros indicadores dentro de esta área de enfoque. Un ejemplo claro es que aumentar la disponibilidad y la provisión de la planificación familiar podría afectar no sólo los indicadores de fecundidad, sino que también podría reducir los índices de mortalidad materna mediante la prevención de los embarazos no deseados.

Del mismo modo, las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención obstétrica relacionada con infecciones, trastornos de hipertensión o abortos contribuyen a la reducción global de la mortalidad materna. Asimismo, por razones prácticas muchos paquetes de intervenciones que abordan la mortalidad materna incluyen acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad neonatal. Por lo tanto, todas las prácticas propuestas para esta área de enfoque efectivamente integran paquetes que, a su vez, podrían dirigirse a los segmentos más pobres de la población.

Finalmente, el incremento del acceso a y de la utilización de los servicios de salud materna y reproductiva probablemente aumentará el acceso a y la utilización de procedimientos para detectar o prevenir enferme-

dades, tales como cáncer cervical, cáncer de mama, ITS, e incluso los hombres tendrían acceso al diagnóstico de cáncer de próstata y de enfermedades crónicas.

Integración a lo largo de los pilares de vacunación, nutrición y vectores

Las acciones propuestas en los 4 pilares de este SMS no deben considerarse de forma aislada. Por esta razón, se ha discutido entre los grupos de trabajo la identificación de áreas de colaboración. A continuación se listan algunas posibles áreas de integración entre los grupos.

Pilar de nutrición. La integración de las intervenciones de SMNR con actividades de nutrición deberá examinarse cuidadosamente para evitar la duplicación y crear sinergias positivas. El amamantamiento es un ejemplo excelente de una intervención que también se aborda dentro del grupo de nutrición, puesto que su impacto sobre la salud neonatal e infantil está bien documentado. Entre las prácticas efectivas que podrían beneficiar a ambos grupos se encuentran la provisión y disponibilidad de anticonceptivos, así como las visitas anteriores y posteriores al nacimiento por parte de los trabajadores de la salud. El grupo de nutrición también puede beneficiar a la SMNR con normas y lineamientos sobre la alimentación y el suplemento con otros nutrientes durante el embarazo para prevenir trastornos nutricionales tales como la anemia.

Pilar de vacunas. El grupo de SMNR comparte con el grupo de vacunas su interés en reducir la mortalidad

infantil, lo cual incluye la mortalidad neonatal, foco de salud de nuestro grupo. Mientras que nuestro grupo se está concentrando en la atención neonatal de emergencia (ANE) y en la disposición de la comunidad para prevenir la mortalidad neonatal, la vacunación también juega un papel importante en la reducción de las muertes de recién nacidos. Las sinergias entre ambos grupos también se pueden identificar en el mejoramiento de los registros de nacimientos, lo cual podría reforzar la atención neonatal y la implementación de las campañas de vacunación. Se debe garantizar el acceso amplio a la vacuna en contra de la rubeola y difundir lineamientos claros sobre su uso en todos los servicios que atienden a mujeres en edad reproductiva.

Pilar de vectores. La educación durante la atención prenatal deberá incluir algunas medidas básicas sobre la prevención de la malaria y el dengue, dos infecciones prevalentes en algunas zonas de nuestra región. El grupo de vectores y el de SMR podrán colaborar en el diseño de medidas prácticas y de materiales educativos para reducir la propagación de la infección durante el embarazo y prevenir las infecciones infantiles. Asimismo, será importante tomar ventaja de los contactos de las mujeres embarazadas con los servicios de salud para promover acciones destinadas a la prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.

Desarrollo de capacidades humanas y sistemas

El análisis de los recursos humanos existentes y de los sistemas de salud muestra importantes necesidades que deberán ser atendidas para la implementación de intervenciones. En el área de salud materna, se encontró una capacidad débil en lo que se refiere a recursos humanos para la atención obstétrica básica de emergencia, la existencia de bancos de sangre y medicamentos, infraestructura, entrenamiento del personal en primero y segundo nivel, si bien hay voluntad política para implementar intervenciones en esta área.

En el área de salud neonatal, también hay limitaciones importantes de personal entrenado en servicios de primer nivel y en la comunidad, así como en la coordinación entre la comunidad y los servicios de salud. Hay asimismo limitaciones en el abastecimiento de medicamentos, equipo de cadena de calentamiento para

bebés con BPN y UCIN equipadas con recursos materiales y humanos.*

En el área de salud reproductiva y planificación familiar, también hay una capacidad débil en lo que se refiere a entrenamiento de proveedores y administradores, así como trabajadores sociales para entrenar a la comunidad en cuanto al mejoramiento de su participación. Hay también limitaciones en la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación y en los sistemas administrativos.

* Hay una variabilidad importante en la infraestructura de salud entre los países de la región, así como en la distribución geográfica de unidades. El anexo 7 muestra ejercicios de mapeo de unidades que deberán desarrollarse en todos los países y considerarse para la implementación de intervenciones.

La sostenibilidad de este Sistema es un aspecto esencial, que debe considerarse desde su planeación. Un aspecto clave para lograrla será la conformación de un esquema de gobernanza claro, que incluya la participación de los países y organismos en que participan, especialmente el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA). La conformación de un grupo técnico asesor es otro mecanismo que puede contribuir a la sostenibilidad de este Sistema. A continuación se enlistan algunos aspectos que pueden apoyar también esta sostenibilidad.

Voluntad política. El SMSP, que se impulsa en el marco del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, cuenta con el apoyo explícito de todos los países de la región. Además, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) está apoyando las actividades en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras instituciones regionales. Esta colaboración internacional, incluyendo la creación del Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), es la piedra angular que facilitará y sustentará la implementación del Sistema.

Política de salud. La mayoría de los países de la región ha desarrollado ya políticas y programas nacionales progresivos, y ha puesto en acción proyectos que incorporan los conceptos más actuales sobre atención de la salud reproductiva. Esto incluye el concepto de que la salud reproductiva es un derecho de la gente y de que la comunidad organizada debe participar activamente en los programas desde las etapas de planeación en adelante.

Apoyo financiero y técnico. Se cuenta con apoyo financiero para la Iniciativa Mesoamericana de Salud, que conforma un grupo de actividades que contri-

buirá a detonar las acciones del SMSP. La Fundación Bill y Melinda Gates (FBMG) ha proporcionado fondos para la etapa de planeación y el Instituto Carso de la Salud ha empezado a apoyar varias actividades del IMSP. Estas dos organizaciones y el gobierno español han mostrado un claro interés en apoyar las actividades por lo menos durante cinco años. El apoyo técnico ha sido esencial para el desarrollo del análisis situacional y para la definición de los programas que se implementarán en los países. Esperamos que este apoyo continúe durante los primeros cinco años de la implementación y la evaluación hasta el establecimiento de mecanismos de coordinación sostenibles con base en Mesoamérica, capaces de apoyar el incremento gradual de las intervenciones.

Capacidad técnica regional existente en términos de investigación y capacitación. Varios países en la región cuentan con centros de investigación y entrenamiento que pueden jugar un papel esencial en la implementación de las iniciativas. Además, el IMSP podría asumir un papel muy importante coordinando las actividades en la región e incrementando, así, la rentabilidad de las acciones.

Apoyo político del Grupo de los Veinte (G-20). Según el Reporte sobre las Metas de Desarrollo del Milenio, los líderes del G-20 han acordado hacer asequibles cantidades adicionales de liquidez internacional a los países en crisis para combatir el proteccionismo y reformar el sistema financiero internacional. También han refrendado sus compromisos existentes de proporcionar más ayuda y alivio de la deuda a los países más pobres para salvaguardar el desarrollo en los países de bajos ingresos.

Fases del plan regional

Fase de planeación

Este plan regional identifica intervenciones efectivas y su posible contribución para lograr las metas regionales para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, así como para mejorar el acceso a métodos de PF en la región. No obstante, una fase inicial en la implementación de este plan regional consistirá en la identificación específica de las acciones a realizar en cada país, y la especificidad de cada una de ellas en cuanto a su intensidad, ubicación geográfica y recursos existentes y requeridos para su implementación.

Dentro de esta fase de planeación será muy importante desarrollar acciones de integración. Más que pensar que cada país desarrollo su propio plan de implementación, es clave pensar en un plan de implementación articulado entre todos los países. En el caso de salud materna, este plan deberá considerar especialmente desarrollar actividades de capacitación, que son comunes a muchas de las intervenciones, de manera conjunta.

Si bien este plan regional ha sido elaborado con la participación de representantes de todos los países de la región, será necesario un análisis detallado y una discusión al interior de cada país durante esta fase. Esta fase de planeación está concebida con una duración de un año, y se espera que al final de ella se cuente con:

1. Plan específico de intervenciones a realizar en cada país, considerando la perspectiva regional y la interacción con las intervenciones a realizarse en los otros países.
2. Identificación de necesidades de reforzamiento de los sistemas de salud y de formación de recursos humanos.
3. Identificación de recursos y fuentes de financiamiento para las intervenciones.

4. La definición de un diseño concreto de evaluación.
5. Levantamiento de información basal para la evaluación de las intervenciones propuestas.
6. La definición de un mecanismo de gobernanza y de coordinación de actividades del plan regional.

Durante la etapa de planeación deberá considerarse que la implementación de estas intervenciones particulares tendrá el mayor potencial para resolver el problema mencionado arriba si se hace un análisis de las diferentes razones que suelen llevar a una implementación fallida:

- a) Aunque constituyan una estrategia regional, al mismo tiempo las PE conformarán un bien público que podría generar economías de escala para todos los países. Esto ayudará a abordar la falta de financiamiento en la región, la cual ha limitado la implementación de las intervenciones hasta ahora. Es decir, se trata de intervenciones que presentan una ventaja comparativa al desarrollarse de manera regional, que al desarrollarse individualmente en cada país.
- b) Dados los recursos limitados en la región, los paquetes de prácticas e intervenciones presentados generan un gran impacto por una cantidad menor de dinero.
- c) Se considera que un componente relacionado con el desarrollo de capacidades es una parte crucial del proceso de implementación de estas intervenciones. Esto también incrementará el número de integrantes competentes y capacitados del personal, la falta de los cuales ha constituido otra razón que explica la implementación deficiente de las intervenciones.
- d) Se han tomado en cuenta las cuestiones de sostenibilidad de cada intervención para su selección e imple-

mentación. Esto también podría reducir el efecto del alto índice de rotación del personal existente en los países mesoamericanos, mismo que tiene un efecto adverso sobre la implementación exitosa de las intervenciones.

- e) La implementación de intervenciones efectivas de planificación familiar es crucial para la SMNR porque, como se aseveró en la más reciente Reunión de alto nivel sobre salud materna – Objetivo de desarrollo del milenio 5 (ODM5), priorizar la planificación familiar constituye una de las inversiones de desarrollo más costo-efectivas porque “garantizar el acceso a la anti-concepción moderna puede prevenir hasta el 40% de las muertes maternas”.

La implantación de intervenciones requerirá de recursos físicos, humanos y económicos. Para asegurar la sostenibilidad de este Sistema, será necesario desarrollar actividades coordinadas entre los países para obtener fondos que permitan la implantación de intervenciones. Adicionalmente, es muy importante contar con el compromiso de los países para mantener, y de ser posible aumentar los recursos ya asignados a acciones relacionadas con la mejora de la salud materna, reproductiva y neonatal.

Un aspecto de capital importancia a considerarse en esta fase de planeación será definir con claridad un mecanismo de gobernanza que permita la coordinación de acciones entre los países. Una coordinación fuerte entre los países podría ofrecer una perspectiva regional a las intervenciones y generar economías de escala y un uso más racional de los recursos. Por lo tanto, se propone la conformación de un grupo de coordinación regional, con la participación de COMISCA, y asesorado por un grupo regional de expertos.

Se deben considerar dos aspectos adicionales en la fase de planeación. Primero, las intervenciones deben utilizar las estructuras existentes en la región. Un ejemplo es aprovechar la presencia, estructura y proyectos de organizaciones internacionales, como la OPS u OMS, para lograr una implementación efectiva.* Otro ejemplo es utilizar los programas sanitarios o sociales existentes, que podrían ya tener acciones relaciona-

* Como un ejemplo de colaboración con acciones con organismos internacionales OMS y UNFPA ha propuesto acciones para introducir de guías de planificación familiar en algunos países. La coordinación con proyectos como este pueden potenciar las acciones a desarrollar en el SMS.

das con SMNR. Éste podría ser el caso de países como Guatemala, Honduras o México, donde la existencia de programas sociales de alcance nacional con un componente de salud puede constituir una buena plataforma para la implementación de las evaluaciones. Asimismo, se deben tomar en cuenta los posibles apoyos y participación de organizaciones de la sociedad civil para lograr los objetivos deseados.

Fase de implementación

Se ha descrito en este documento la estrategia general de intervención y las intervenciones propuestas en las áreas de salud materna, reproductiva y neonatal. Con base en este plan, y una vez terminada la fase de planeación propuesta anteriormente, será necesario iniciar la implementación de intervenciones.

Dentro de este plan se propone una fase de implementación de cuatro años, divididos en 2 periodos de dos años:

1. Durante el primer periodo de implementación, se iniciará el desarrollo de actividades de capacitación y la conducción de intervenciones específicas seleccionadas en un primer grupo de zonas seleccionadas para intervención. En el cuadro 4 se muestran las acciones propuestas para realizar en cada país con base en el diagnóstico situacional. Esta etapa terminará con una ronda de evaluación y monitoreo, que permita conocer los avances logrados y sugerir mejoras en la implementación.
2. Durante el segundo periodo de implementación, se ampliará la intervención a otras zonas seleccionadas, se continuará con las actividades de capacitación que sea de naturaleza continua, y se conducirá una segunda ronda de evaluación y monitoreo que permita documentar avances de las intervenciones.

Los productos esperados para el primer periodo de implementación son:

1. Implantación de intervenciones en los sitios identificados por los países para esta primera fase.
2. Primera ronda de monitoreo y evaluación, proporcionando retroalimentación para la segunda ronda de implementación.

Los productos esperados para el segundo periodo de implementación son:

1. Implantación de intervenciones en los sitios identificados por los países para esta segunda fase, incluyendo poblaciones y áreas geográficas no incluidas en la primera.
2. Segunda ronda de monitoreo y evaluación, documentando los impactos de la evaluación después de 4 años.

Aunque la implementación de una intervención dada debe de tomar en cuenta sus características específicas, hay varios lineamientos comunes para la implementación de PE en el área SMNR. La aplicación de las intervenciones propuestas en esta área requiere de personal capacitado para el tratamiento de diferentes complicaciones maternas y neonatales, así como para la asesoría y administración de métodos de planificación familiar. Dada la limitada capacidad actualmente existente en los países de la región, las actividades de entrenamiento constituyen una de las primeras actividades en la secuencia de implementación de las intervenciones. Algunas de las intervenciones serán ejecutadas parcial o completamente por el mismo personal. Por lo tanto, las actividades de entrenamiento tendrán generalmente una influencia positiva sobre varias intervenciones, en especial los paquetes de intervenciones maternas y neonatales que están basados en gran medida en el entrenamiento del personal médico, de las parteras tradicionales y de las personas laicas de la comunidad. También resulta crítico entrenar no sólo a los médicos y a las enfermeras, sino a todo el personal, principalmente a aquéllos a cargo de las comunidades más pobres. El entrenamiento deberá ser esencialmente práctico y deberá ir seguido de monitorización y supervisión continuas.

A pesar del hecho de que las intervenciones propuestas han demostrado ser efectivas en varios escenarios, es muy recomendable iniciar las actividades llevando a cabo una investigación operativa en algunas localidades. La investigación operativa determinará cuáles son las intervenciones realmente adecuadas para el país y permitirá refinar la intervención o el paquete de intervenciones que serán incrementados gradualmente en lo sucesivo.

Un desafío general que debe abordarse para la implementación de las intervenciones descritas en este plan general es el fortalecimiento de los sistemas de información en salud, que deberá ser consecuencia de esta iniciativa. La evaluación estratégica ha identificado limitaciones graves de información tal y como existe actualmente en la región. La disponibilidad de información confiable sobre la existencia y desempeño de los servicios

de SMNR será de gran ayuda para la planificación de intervenciones específicas en cada país.

La implementación de intervenciones debe tomar en cuenta la perspectiva de la población blanco para asegurar su viabilidad. Si bien este plan ha sido diseñado con la participación de expertos, la opinión de las comunidades debe ser considerada.

Asimismo, el sistema deberá considerar la posibilidad de situaciones emergentes que puedan afectar la implementación de intervenciones. Entre estas destacan:

Inestabilidad política: Será muy importante reforzar los comités y los acuerdos internacionales entre los países de la región. Deberá emprenderse un gran esfuerzo para reforzar la influencia del COMISCA, garantizando así la sostenibilidad de los programas, independientemente de los cambios en las autoridades de los países.

Epidemias y otras amenazas de salud. El gran incremento de la movilidad internacional de las poblaciones incrementa el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas incluyendo las ITS.

Oposición política e ideológica a la planificación familiar. A pesar de los grandes avances en años recientes, la planificación familiar todavía es problemática en la región. Todos los países incluyen la planificación familiar en sus sistemas de salud, pero el acceso sigue siendo muy limitado en algunos países de la región y las fuerzas políticas en contra de la planificación familiar siempre están alertas y activas. El aborto y la anticoncepción de emergencia son los mejores ejemplos. La mayoría de los países de la región tiene leyes restrictivas en cuanto al aborto. La COMISCA y otras instancias internacionales que apoyan la iniciativa deberán abogar activamente por la conservación de los programas de planificación familiar y garantizar el acceso al aborto en casos aceptados por casi todos los países del mundo: violación y riesgo de salud grave para la madre.

Desequilibrio entre los fondos asignados para los programas de sida y aquéllos asignados a los programas de salud reproductiva. A pesar del hecho de que la epidemia en la región está bastante concentrada, con una prevalencia general de menos de 1%, los programas para la prevención y el tratamiento del sida cuentan con presupuestos mayores en comparación con los programas de salud materna y neonatal y de planificación familiar. No tendría sentido promover la disminución del financiamiento para

la prevención del sida, pero sería importante coordinar esfuerzos e implementar campañas de apoyo para volver a ubicar la salud materna y neonatal y la planificación familiar como áreas prioritarias de importancia, con el objetivo de incrementar los fondos disponibles para la implementación de intervenciones de SMNR.

Desastres naturales ocasionados por el calentamiento global.

Aunque no podemos predecir el futuro con precisión, los cambios ocurridos en el clima durante los últimos años, muy probablemente ocasionados por el calentamiento global, sin duda terminarán en desastres naturales más frecuentes tales como inundaciones, huracanes y sequías.

Responder a estos desastres constituirá una carga adicional sobre los presupuestos de salud nacionales, de por sí limitados.

Crisis económica y financiera. Ya hemos experimentado la peor de las crisis económicas, pero la recuperación todavía no está completa. Además, es muy probable que su impacto en los países ricos ocasione que los recursos para ayuda internacional se reduzcan. Por otro lado, en respuesta a la crisis, el G-20 tomó la decisión de emprender un esfuerzo importante para mantener e incluso elevar los niveles de ayuda para los países más pobres.

Costos, asesoría técnica y otros aspectos de implementación

Todas las intervenciones propuestas tienen un costo relativamente bajo porque están orientadas hacia la atención primaria de la salud y/o hacia las comunidades. Las intervenciones propuestas en este plan se han alineado con aquéllas de otras organizaciones y fundaciones, específicamente de la Fundación Bill y Melinda Gates, que ha llevado a cabo una cantidad sustancial de trabajo en los países en desarrollo, demostrando la viabilidad de las intervenciones propuestas. A pesar de algunas limitaciones técnicas, en la mayoría de los casos las instalaciones y los recursos humanos necesarios para emprender las intervenciones ya existen en los países en cuestión.

Sin embargo, la viabilidad también depende del compromiso político de los países de la región. Es imperativo asignar recursos para entrenar al personal para proporcionar atención básica y satisfacer las necesidades primordiales, así como para promover las medidas administrativas que conserven al personal capacitado en las zonas donde viven las poblaciones más vulnerables. Además, es muy importante contar con un mínimo de equipo y de provisiones y medicamentos básicos para la atención obstétrica y neonatal, así como para la planificación familiar.

Este plan ofrece varias opciones de intervenciones en el área de SMNR y PF. Los países tendrán la oportunidad de escoger las que consideren más relevantes para su situación específica, o incluso para ciertas subregiones o municipios específicos dentro de cada país, dados los costos y recursos disponibles.

La mayoría de las intervenciones propuestas requiere de la implementación de elementos fuertes de

entrenamiento, supervisión y evaluación. La viabilidad y sostenibilidad de las intervenciones dependerá en gran medida del uso apropiado de los fondos iniciales de este sistema para crear mecanismos sustentables para el entrenamiento y la administración que garanticen la disponibilidad del equipo, los medicamentos y los métodos de planificación familiar. No puede subestimarse la importancia del componente sobre desarrollo de capacidades para la implementación y sostenibilidad de las intervenciones.

La asistencia técnica durante por lo menos cinco años es también un elemento crucial para el diseño, la implementación, la monitorización y la evaluación de las actividades. Un comité técnico, des apoyado por COMISCA, deberá garantizar que las intervenciones implementadas sean aquéllas con el mayor impacto potencial sobre las poblaciones pobres y rurales y que éstas se mantengan enfocadas en la atención primaria de la salud y la promoción de la participación comunitaria.

La investigación operativa, o investigación sobre acción participativa, también juega un papel importante para calcular la viabilidad de las intervenciones propuestas en diferentes escenarios. Es muy recomendable que en cada país se inicie la implementación de cada intervención con una investigación operativa o sobre acción participativa antes de aumentar gradualmente los programas. Este tipo de investigación permite refinar los métodos y adecuar la implementación. Además, la planificación anticipada de la cronología y la velocidad de la expansión así como del aumento gradual de las actividades resulta muy útil para la planificación del presupuesto, otro elemento clave de la viabilidad.

Monitoreo y evaluación

El componente de monitoreo y evaluación forma parte esencial de este plan regional. De acuerdo al plan de implementación, es muy importante contar con información sobre el avance de este sistema a los 2 y 4 años de su implementación.

El grupo de Sistemas de Información, Monitoreo y Evaluación (SISMEI) ha desarrollado una propuesta de evaluación para la Iniciativa Mesoamericana de Salud. Esta propuesta puede tomarse como punto de partida para el diseño de evaluación. La propuesta comprende un diseño de evaluación cuali-cuantitativo, y se ha definido un conjunto de indicadores de proceso, resultado e impacto que permitan evaluar el avance e

impacto de las intervenciones. Estos indicadores se presentan en el anexo 6.

Cabe aclarar que el diseño de evaluación comprende indicadores que podrán modificarse a mediano plazo, como son las tasas de mortalidad materna y neonatal, y otros que permitirán conocer el impacto o la evolución de las intervenciones a corto plazo. Para la recolección de información sobre los primeros indicadores será necesario reforzar los sistemas de salud de la región, permitiendo su recolección de manera rutinaria. Para los segundos, se ha propuesto un diseño de encuestas a nivel de comunidades y unidades hospitalarias.

Referencias

1. Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, Zupan J, Darmstadt GL. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* (2005); 331:1107.
2. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walke N, Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* (2005); 365: pp. 977-88
3. Trussell J. The cost of unintended pregnancy in the United States. *Contraception* (2007) Vol. 75, pp. 168-170.
4. Armstrong N and Donaldson C. The economics of sexual health (2005). Family Planning Association (UK).
5. McGuire A and Hughes D. The cost-effectiveness of family planning service provision. *Journal of Public Health Medicine* (1995) Vol. 18 (2): pp. 189-196.
6. Mavranzouli I. Health economics of contraception. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* (2009) Vol. 23, No. 2, 187-198.
7. Foster DG, Rostovtseva DP, Brindis CD, Biggs MA, Hulett D, Darney PD. Cost savings from the provision of specific methods of contraception in a publicly funded program. *American Journal of Public Health* (2009) Vol. 99(3) pp. 446-51.
7. Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health* (1995) 85: pp. 494-503
8. UNFPA. Proceedings of the High level meeting on maternal health - Millennium Development Goal 5 (MDG5). Addis Abbaba, 2009.

Anexo 1.

Evaluación estratégica de salud materna, neonatal y reproductiva en Mesoamérica: Situación actual y tendencias

Antecedentes del proyecto

El Sistema Mesoamericano de Salud tiene como meta mejorar la salud en la región mesoamericana mediante estrategias que fortalezcan la capacidad regional y los sistemas de salud. En su primera fase, este sistema incluye acciones en las áreas de nutrición, enfermedades transmitidas por vector, inmunización, y salud materna neonatal y reproductiva.* El sistema también considera el fortalecimiento de los sistemas de información sobre la salud, de la evaluación y del desarrollo de capacidades, elementos necesarios para la implementación de las estrategias propuestas en esta zona.

Después de la conformación de un grupo de trabajo en el área de salud materna, neonatal y reproductiva (SMNR), incluyendo la participación de expertos y de representantes de todos los países de la región, este documento constituye la segunda fase del trabajo del grupo. Aquí presentamos una evaluación estratégica de las condiciones del área de SMNR, tomando en cuenta por un lado las condiciones de salud y las necesidades que la región enfrenta y, por otro, la respuesta a esas necesidades.

Esta evaluación se llevó a cabo por un grupo de investigadores (a los que nos referiremos como el grupo medular) con amplia experiencia en el campo y conocimiento de la región, en colaboración con un representante de cada uno de los ocho países de la región. Estos “puntos focales” colaboraron con la recolección de datos

* En este documento, cuando hablamos de salud reproductiva, nos referimos sólo a la planificación familiar.

e interactuaron con el grupo medular en la revisión de la información y en la formulación de las conclusiones.

Esta evaluación no constituye ni un informe académico ni un listado exhaustivo de las condiciones y las intervenciones. Más bien, identifica los retos principales para la SMNR en la región; las intervenciones, ya puestas en práctica o en vías de ejecución, que han demostrado ser efectivas, y las principales necesidades o lagunas. La evaluación se diseñó y se llevó a cabo siempre con la meta final a la vista: “identificar cuáles intervenciones, implementadas a nivel nacional o regional, contribuirían efectivamente a mejorar el nivel de la salud y el bienestar de los segmentos más vulnerables de la población de la región”.

Objetivo general

Identificar los principales problemas, necesidades y lagunas en términos de la salud materna, neonatal y reproductiva en toda la región, así como las intervenciones o estrategias que se han implementado con el objetivo de abordar estas cuestiones.

Objetivos específicos

- Documentar la situación actual de la salud materna, neonatal y reproductiva y, en caso de ser posible, las tendencias a lo largo del tiempo, examinando los indicadores clave, la literatura científica y las aseveraciones de los expertos
- Documentar la implementación de las estrategias, los programas, los proyectos y otras actividades (completos y en vías de ejecución) de los últimos 10 años

- Identificar las necesidades y lagunas regionales y nacionales en las tres áreas temáticas

Metodología

Equipo. El grupo de trabajo fue coordinado por un investigador principal del Instituto Nacional de Salud Pública, un investigador principal de CIESAR-Guatemala y un coinvestigador con una maestría en ciencias en el área de población. Los dos miembros restantes del grupo medular fueron el asesor principal, un médico con amplia experiencia en el campo, y una asesora asistente con una maestría en ciencias en el área de salud pública. Cinco expertos técnicos fungieron como asesores y el grupo medular trabajó en colaboración estrecha con un grupo de representantes (puntos focales) de los ocho países nombrados por sus respectivos ministros de salud.

Proceso. El grupo medular preparó una serie de instrumentos para la recolección de los datos que se envió a todos los puntos focales. Los formularios se diseñaron para recolectar información sobre los indicadores (impacto y proceso) y su evolución a lo largo de un lapso amplio, de ser posible, y para recabar información sobre los programas, los proyectos y las intervenciones implementados durante los últimos diez años (completos y en curso). Paralelamente, el grupo medular recolectó información a partir de fuentes estadísticas nacionales oficiales, de reseñas de OPS, OMS, PRB, UNFPA y otras agencias, de literatura científica, e de la información proporcionada por investigadores, académicos y administradores de salud de excelente reputación. Durante el proceso de recolección de los datos, se llevó a cabo una reunión en San Salvador para revisar los procesos de recolección así como la información ya enviada con el fin de definir las actividades futuras. Los puntos focales se comprometieron a hacer un mayor esfuerzo para obtener la información faltante, en especial aquella relacionada con las intervenciones concluidas. Para ello, una de las principales conclusiones de la reunión fue enviar los instrumentos para la recolección de los datos en un nuevo formato para facilitar el informe. El grupo medular se mantuvo en comunicación electrónica continuamente con los puntos focales, así como a través de una reunión virtual, con objeto de mejorar la calidad de la información recibida.

Debe hacerse notar que el grupo medular reconoce que este tipo de recolección de datos suele redundar en más información de mayor calidad cuando se combina con visitas de campo a los países. Sin embargo, el trabajo

de campo no fue posible dadas las restricciones temporales y financieras.

Evaluación estratégica. Durante una reunión final de algunos miembros del grupo medular, acordamos presentar los resultados de la evaluación en seis secciones principales:

1. *Panorama general:* Características de la región (indicadores básicos de demografía y salud)
2. Hallazgos generales, desde una perspectiva sistémica
3. Salud materna, con enfoque en mortalidad materna
4. Salud neonatal, con enfoque en las condiciones obstétricas que influyen sobre la mortalidad neonatal
5. Salud reproductiva, con enfoque en el uso y el acceso a la planificación familiar
6. Comentarios finales: Conclusiones generales y conclusiones específicas por área temática

Panorama general de la región

La región mesoamericana está formada por siete países de América Central (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) y los nueve estados de la región sureste de México (Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, y Yucatán). La población estimada para 2008 fue de alrededor de 71,785,000 habitantes (AC 41,778,000 y SE México 30,007,000).

En términos generales, la región es pobre, pero existen marcadas diferencias en términos de desarrollo económico y de ingreso per cápita: este último va de “muy bajo” en Nicaragua (\$1.025 dólares americanos, clasificado en el lugar 142 de entre 182 países) a “medio bajo” en Panamá (\$6.784 dólares americanos, con el lugar 71 en la misma lista del Banco Mundial (Banco Mundial, 2009).

El porcentaje de personas que vive por debajo de la línea de pobreza extrema (indigencia), que va de 4.2% en Costa Rica y 4.4% en México* a 26.2% en Honduras y 20.8% en Nicaragua, también ilustra la heterogeneidad económica de la región. En todos los países existe una gran diferencia en el índice de pobreza extrema entre las zonas urbanas y rurales. Aunque los da-

* Esta cifra se refiere a todo el país y no sólo a los 9 estados de México incluidos en la región mesoamericana.

tos son imprecisos dado el uso de definiciones diferentes, se considera que toda la región está en proceso de urbanización, aunque con diferencias significativas entre los países. Por ejemplo, Panamá es 73.2% urbano, mientras que Honduras y Guatemala tienen las menores proporciones de población urbana (47.9% y 48.5%, respectivamente). La proporción de población indígena también varía mucho entre los países: el 40% de la población de Guatemala comprende grupos indígenas, mientras que Costa Rica y El Salvador son sólo 1.7% y 0.2% indígenas, respectivamente (Apéndice 3a).

Por otro lado, hay varios aspectos en cuanto a los cuales los países presentan características muy similares –principalmente aquéllos relacionados con las inequidades de acceso a y de calidad de los servicios disponibles para los pobres, las poblaciones rurales y los pueblos indígenas. Éstas están determinadas básicamente por la apremiante necesidad de personal de salud calificado, así como de equipo e infraestructura dedicados a los grupos más vulnerables. Los sistemas de salud carecen crónicamente de la financiación suficiente y los recursos disponibles tienden a concentrarse en las zonas urbanas metropolitanas, que es también donde se concentra la mayor parte del personal de salud calificado. Además, dados las altas tasas de urbanización, muchos grupos de población están viviendo en zonas urbanas marginadas en condiciones iguales o peores que las de las zonas rurales.

Las tendencias demográficas en cada país también presentan características similares. La Figura 1 muestra la evolución del índice total de fecundidad (ITF)

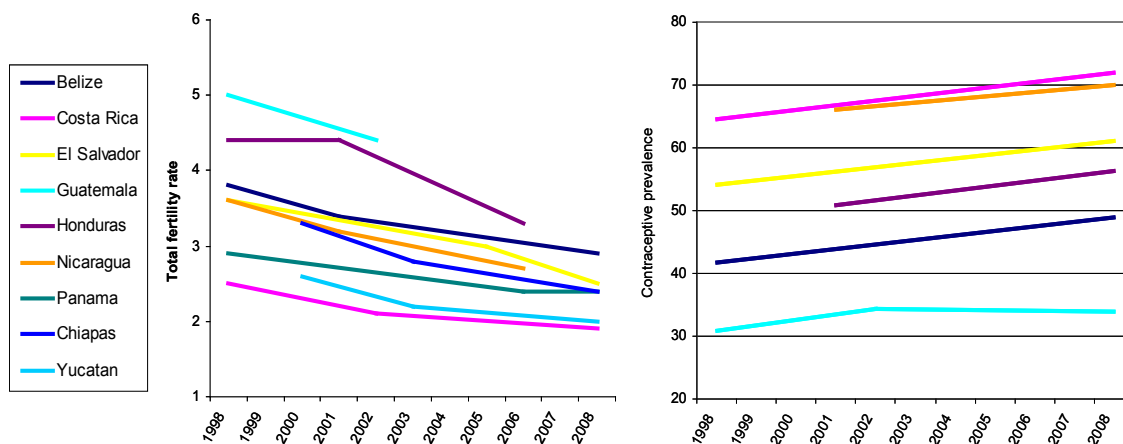
y la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en los últimos 10 años. Todos los países presentan ITF menores en 2008 en comparación con la década anterior. En la región SE de México, la disminución ha sido especialmente importante: en 2008 el ITF iba de 2.0 en Campeche, Tabasco y Yucatán a 2.4 en Chiapas y Guerrero. Guatemala es el único país con un ITF mayor de 4. Al mismo tiempo, la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos se ha incrementado en toda la región, aunque a diferentes velocidades. (Apéndice 3d). La población en todos los países es relativamente joven: el porcentaje de población menor de 15 años va de 41.8% en Guatemala y 37.9% en Nicaragua a 26.4% en Costa Rica y 29.2% en Panamá. La distribución de la población por edad explica parcialmente por qué el índice de crecimiento es tan alto a pesar de un ITF bajo (4.7% en Quintana Roo, México; 2.5 % en Guatemala, y 2.0 en Belice).

Retos

Las condiciones de salud de la región plantean retos que deben enfrentarse para mejorar la situación actual. En esta sección, describimos algunos de los hallazgos específicos en materia de SMNR, resaltando la manera en que conforman un reto a enfrentar.

Antes de describir los hallazgos específicos de SMNR, describiremos brevemente algunos descubrimientos generales concernientes a todo el sistema de salud, los cuales son críticos para el entendimiento de los resultados en las áreas temáticas específicas.

Figura 1. Índices de fecundidad total y prevalencia de métodos anticonceptivos modernos en América Central y dos estados del SE de México (1998-2008)*



1. Tomando en cuenta la gran variación entre los países, todos los indicadores muestran una mejoría durante los últimos 10 años y una disminución de las lagunas de acceso a y de la calidad de los servicios entre las poblaciones con diferentes niveles de ingreso. El análisis comparativo de los quintiles de riqueza más bajo y más alto muestra una disminución en este diferencial en todos los países. El diferencial de cobertura de inmunización en niños se ha vuelto mínimo, con casi ninguna discrepancia entre los quintiles más bajo y más alto observados, como se muestra en un estudio que compara las encuestas más recientes en cuatro países de la región (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua) (Stupp *et al.* 2007). Por otro lado, el mismo estudio muestra que el parto con un asistente de nacimiento capacitado es el más inequitativo de todos los servicios.

Una comparación de las encuestas más recientes sobre un periodo de aproximadamente 10 años muestra una mejoría en el porcentaje total de partos con asistentes de nacimiento capacitados (52.4% a 69.7% en El Salvador; 29.1% a 41.5% en Guatemala, y 46.2% a 55.7% en Honduras). Sin embargo, la brecha entre los quintiles de riqueza más bajo y más alto es de por lo menos 50 puntos porcentuales en todos los países (y de más de 70 puntos en Guatemala). Los datos no muestran una tendencia de que la brecha esté disminuyendo.

2. La gran mayoría de los retos identificados responde a deficiencias en la implementación, no a la falta de planes, programas, normas o lineamientos adecuados. Quizás los ejemplos más ilustrativos de esta situación sean las deficiencias en la detección y el tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas, que a su vez son responsables de los elevados índices de sífilis congénita en algunos países de la región. Han existido programas para la prevención de la sífilis congénita en todos los países durante por lo menos 40 años. También hay protocolos, pruebas y fármacos disponibles en cada país. No obstante, los servicios de salud no logran detectar y tratar oportunamente a las mujeres embarazadas infectadas. Esto también es así en varios otros casos en los cuales, a pesar de que las normas y los lineamientos estén bien diseñados y actualizados, los servicios de salud continúan ofreciendo atención y servicios inferiores al estándar.

Suele ser muy difícil para los administradores explicar por qué no se implementan las mejores prácticas a pesar de su inclusión en las normas y los linea-

mientos oficiales. Esto podría estar relacionado con el hecho de que no se suele responsabilizar al personal, a las unidades o a los sistemas de salud si no cumplen con las normas.

3. Hay una necesidad apremiante de mejorar los sistemas de información sobre salud. A pesar de cierto progreso observado en los años recientes, todos los países de la región presentan deficiencias en sus sistemas de información. Esto es especialmente evidente en algunas áreas tales como la mortalidad materna, donde el registro incompleto de casos puede ser sustancial. Esto explica por qué las razones de mortalidad materna calculadas por grupos científicos que utilizan sofisticados métodos correctivos suelen ser más altas que las tasas oficiales reportadas por los países individuales. Lo mismo es probablemente cierto para los índices tempranos de mortalidad neonatal.

4. Hay una gran necesidad de mejorar los mecanismos de evaluación, monitorización y supervisión de los programas y las intervenciones. Encontramos que la implementación de los programas suele estar mal monitorizada, justamente debido a la falta de información disponible sobre los resultados de los programas, tanto los esperados como los alcanzados. Los sistemas de supervisión se suelen registrar en la estructura de servicios, pero por lo general estos servicios nunca se implementan realmente. Donde sí existen servicios de supervisión, suelen ser administrativos y no contribuyen ni al mantenimiento ni a la garantía de la calidad de las intervenciones o de su sustentabilidad.

Esta falta de una cultura de evaluación explica las dificultades que el grupo de trabajo ha sufrido para obtener la información, en especial los datos sobre los resultados de los programas y las intervenciones. Se pidió a los puntos focales que buscaran información, incluyendo resultados, de la amplia lista de intervenciones y programas, pero no lograron hallarla. Es claro que los ministerios de salud gastan una cantidad significativa de tiempo y esfuerzo diseñando e implementando programas, pero la información sobre su evaluación es limitada (si es que acaso se llevó a cabo). Éste fue uno de los problemas principales enfrentado por el grupo medular y los puntos focales y ocasionó que fuera particularmente desafiante llevar a cabo nuestra evaluación como estaba previsto.

5. La falta de personal calificado es uno de los factores más frecuentes y más importantes, responsable de la falta de acceso a y de calidad de los servicios en las tres áreas temáticas.

Aunque este problema se presenta en todos los niveles, es más frecuente y relevante en el caso de los servicios primarios de salud en las zonas rurales. Tomando en cuenta que el problema es muy complejo, sólo una estrategia integral de entrenamiento multi-nivel podría contribuir efectivamente a su solución. El entrenamiento del personal existente en todos los niveles, utilizando estrategias innovadoras para ello, constituye una de las intervenciones más críticas. En otras palabras, no hay una “cura rápida”, pero una de las intervenciones más importantes consiste en un entrenamiento que debe: 1) ofrecerse a todos los niveles de proveedores (incluyendo opciones de modificación de las funciones), 2) estar concentrado en escenarios marginados de escasos recursos, y 3) ser rigurosamente evaluado y monitorizado en términos de efectividad.

6. Participación de la comunidad

La participación de la comunidad en términos de la salud no es un concepto nuevo y se ha discutido ampliamente durante los últimos 30 años, desde la Declaración de Alma Ata que resultó de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978. Esta declaración expresaba la necesidad urgente de que todos los gobiernos, los trabajadores relacionados con la salud y el desarrollo, y la comunidad global tomaran acciones para proteger y promover la salud de la gente en el mundo. La declaración resaltaba que la inequidad entre los países y dentro de ellos constituía la médula del problema y aseveraba que “la gente tiene el derecho y la obligación de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de la atención a su salud”.

La importancia de la participación de la comunidad está ampliamente reconocida hoy en día y varios países de la región han participado en la Iniciativa de Municipios Saludables durante los últimos 20 años. El movimiento surgió a partir de la necesidad de abordar efectivamente los determinantes económicos, sociales y políticos de la salud. El enfoque está puesto en el empoderamiento y la movilización del nivel local para mejorar la salud de las comunidades. El movimiento implica el apoyo del gobierno local para el establecimiento de políticas públicas saludables, la participación activa de la comunidad, la creación de ambientes de apoyo, la reorientación de los servicios de salud y la promoción de estilos de vida saludables. La importancia de la participación de la comunidad se ha enunciado en los programas de los diferentes países, aunque su aplicación pueda ser limitada. Varios

proyectos en México, Costa Rica, Panamá, Guatemala, Honduras y Nicaragua se han implementado bajo la iniciativa de comunidades saludables; también hay iniciativas encabezadas por ONG, tales como CIDEP en El Salvador, la Asociación Caminar en Guatemala, y CIDHAL en México (información obtenida de los sitios de internet de las ONG y de la Iniciativa de Municipios Saludables de la OPS).

Salud materna, neonatal y reproductiva

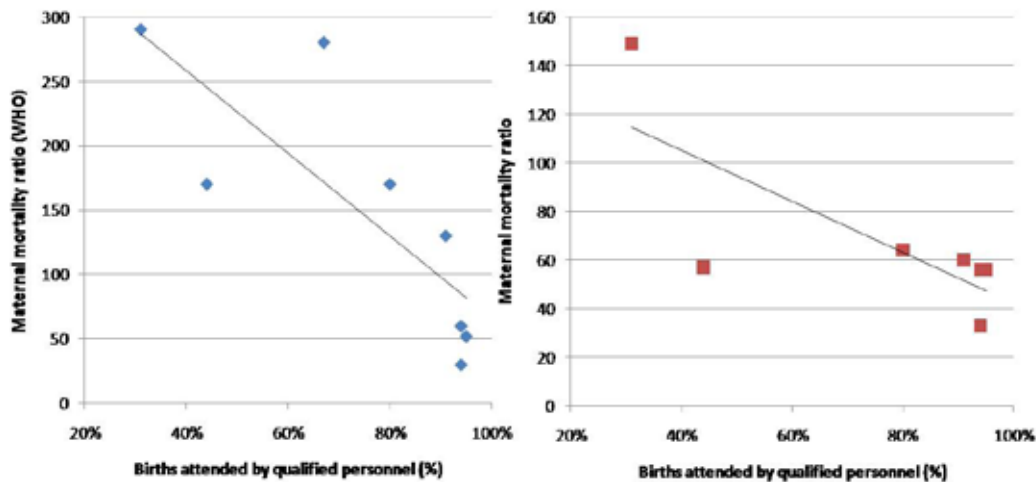
Salud materna

La disminución de la mortalidad materna es una prioridad consistente en toda la región. Los esfuerzos por disminuir la mortalidad materna en los países en desarrollo en el mundo están bien documentados y los índices de mortalidad han menguado como resultado de los esfuerzos nacionales e internacionales, pero persisten tasas inaceptablemente altas. Las razones de mortalidad materna (RMM) en Mesoamérica son varias veces más altas que los índices en los países desarrollados. Los datos sobre RMM son notoriamente poco confiables, como lo han señalado varios estudios. Por lo tanto, los esfuerzos por monitorizar las RMM son difíciles y los cálculos oficiales tienden a ser mucho más bajos que los cálculos hechos por agencias internacionales cuyos métodos intentan corregir las deficiencias de los informes.

Por ejemplo, las RMM reportadas por los países mesoamericanos van desde 33 por 100,000 nacimientos vivos en Costa Rica hasta 149 en Guatemala. Belice, El Salvador, Nicaragua y Panamá reportan RMM entre 56 y 64. Sin embargo, un esfuerzo conjunto de OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial llegó a unos cálculos de RMM mucho más altos para todos los países mesoamericanos, a excepción de Costa Rica, Belice y México. Los datos del SE de México ilustran las imprecisiones en la presentación de los promedios nacionales, puesto que las RMM varían mucho, de 21 en Campeche a 102 en Oaxaca.

La Figura 2 muestra la relación entre el porcentaje de nacimientos atendidos por personal capacitado y las RMM en Mesoamérica. La gráfica de la derecha utiliza fuentes nacionales para los datos sobre RMM, mientras que la de la izquierda utiliza los cálculos corregidos de la OMS. Ambas muestran una correlación negativa entre la proporción de nacimientos atendidos por personal

Figura 2. Razones de mortalidad materna* y porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado en los países mesoamericanos



*Las RMM en la gráfica de la izquierda corresponden a los cálculos de la publicación "Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial," Organización Mundial de la Salud, 2008. Las MMR en la gráfica de la derecha corresponden a las reportadas por las fuentes nacionales y no incluyen a Honduras.

capacitado y las RMM, pero la relación es claramente más fuerte cuando se usan los cálculos corregidos. Esto confirma que el determinante más importante de la mortalidad materna es la calidad de la atención obstétrica de emergencia proporcionada, pero la correlación tal como se muestra podría ser imprecisa ya que la definición de "calificado" o "competente" difiere de país a país.

El porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado difiere mucho entre los países. Es muy bajo en Guatemala y El Salvador (31% y 44%, respectivamente) y más de 90% en Belice, México* y Costa Rica. Varios estudios han mostrado que la mortalidad materna depende en gran medida de la calidad de la atención proporcionada durante el trabajo de parto y el parto. No sólo el porcentaje atendido por personal calificado difiere mucho, sino que también la calidad de la atención es extremadamente variable.

Los datos también confirman que la atención antenatal no predice los resultados de mortalidad materna. Por ejemplo, en El Salvador y Belice, con RMM similares de 57 y 56 respectivamente, la cobertura antenatal es de sólo 52% en el primero y de 99% en el

segundo. De la misma manera, Honduras, con la RMM más alta en la región, tiene una cobertura de atención antenatal de 92%.

Las deficiencias de los reportes también dificultan la identificación y el análisis preciso de las causas más importantes de las muertes maternas. A pesar de estas imprecisiones, es bien sabido que las causas directas son responsables de aproximadamente el 70% de las muertes maternas, y varios estudios han demostrado que las razones directas principales de las muertes maternas son las hemorragias y las condiciones de hipertensión (pre-eclampsia y eclampsia). Otras causas comunes incluyen la sepsis, el trabajo de parto obstruido y el aborto (Khan *et al.* 2003). Las infecciones y las hemorragias son las causas directas más comunes de las muertes maternas en Guatemala (Kestler y Ramírez 2000). La hipertensión y las hemorragias también son las causas principales en el SE de México, aunque su importancia relativa varía entre los estados: En Guerrero y Oaxaca, la hemorragia es con mucho la causa más común (43% y 37% de muertes maternas, respectivamente) y en Tabasco y Yucatán la hipertensión figura prominentemente, causando más del 30% de las muertes maternas en estos estados (cálculos de los autores basados en "Defunciones maternas por causas," SINAIS, 2007).

Los índices de aborto, que representan otra causa principal de mortalidad materna, han disminuido en

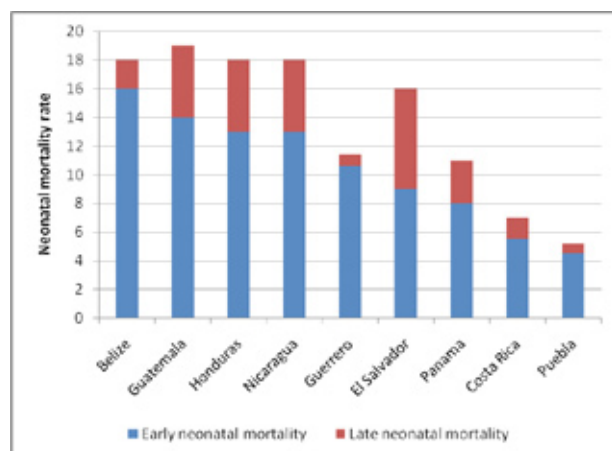
* Esta cifra se refiere a todo México. La proporción de nacimientos atendidos por personal calificado puede ser menor en los estados mexicanos incluidos en la región mesoamericana.

todo el mundo en años recientes. Los datos sobre el aborto son imprecisos y poco confiables en la región y, por lo tanto, deben interpretarse con cautela. En Mesoamérica, la tasa ha disminuido de 30 por 1.000 mujeres en 1995 a 25 por 1,000 en 2003, último año para el cual hay datos confiables (Sedgh *et al.* 2007). Esta tendencia también se refleja en la disminución de la proporción de embarazos que terminan en aborto, que fue de 21% en 1995 y de 18% en 2003. A pesar de esta disminución global de las muertes relacionadas con aborto, el acceso a la atención para un aborto seguro (ya sea inducido o espontáneo) sigue estando tanto legalmente restringido y sigue siendo una prioridad baja para muchos países, lo cual hace que el aborto continúe siendo una causa importante, casi el 10%, de las muertes en Mesoamérica.

Salud neonatal

La mortalidad infantil ha disminuido notablemente alrededor del mundo y en la región en años recientes (Apéndice 3c), aunque con notables excepciones. En Guatemala, Honduras y Nicaragua, la mortalidad infantil ha mostrado importantes disminuciones, pero la mortalidad neonatal no ha menguado en los últimos 10 años. Estos países también tienen índices que corresponden a más del doble de aquéllos del resto de los países de Mesoamérica. Aunque no hay datos actuales confiables disponibles, la revisión de la OMS de 2006 de las

Figura 3. Tasas de mortalidad neonatal y neonatal temprana en América Central y dos estados de México



Fuente: Mortalidad neonatal y perinatal: cálculos globales, regionales y por países. OMS, 2006

estadísticas de mortalidad neonatal, basada sobre todo en datos del año 2000, encontró que la tasa de mortalidad neonatal temprana representaba el 80% o más de la mortalidad neonatal total (Figura 3). Es bien sabido que la mortalidad neonatal, y especialmente la mortalidad neonatal temprana, depende mucho de la calidad de la atención durante el nacimiento, y la mortalidad neonatal tardía depende de la calidad de la atención proporcionada durante el periodo temprano de vida. Por ejemplo, un estudio que examina la calidad y los resultados perinatales en hospitales mexicanos encontró que los neonatos paridos en los hospitales correspondientes a la categoría de peor calidad tenían el doble de probabilidades de morir que aquéllos nacidos en los hospitales de la mejor calidad (Aguilera y Marrufo 2007).

Salud reproductiva y adolescente

Como se muestra en la Figura 1, los índices de fecundidad total han disminuido en toda la región, junto a un incremento importante en el uso de métodos anticonceptivos modernos. En la mayoría de los países, no hay datos confiables sobre la prevalencia actual de los métodos específicos, pero la información disponible muestra que la prevalencia de los diferentes tipos de anticonceptivos está extremadamente sesgada y la vasectomía sigue siendo relativamente rara en la región (menos del 1% en todos los países, ver Apéndice 3d). Por otro lado, la prevalencia de la ligadura de trompas es muy alta y alcanza casi el 33% en El Salvador y el 25% en Nicaragua. Una de las razones principales de la prevalencia tan alta de la ligadura de trompas es la creciente proporción de cesáreas entre todos los nacimientos en los países de la región, ya que la ligadura suele ofrecerse como un incentivo para que las mujeres accedan a la cesárea. Por ejemplo, el 32% de todos los nacimientos en Nicaragua se lleva a cabo por cesárea. En El Salvador la cifra corresponde al 25% y en el SE de México varía entre el 31 y el 42% (Apéndice 3B. Indicadores de salud materna).

Según los expertos, el único método moderno cuya prevalencia se ha incrementado en la pasada década es la inyección única de progestina aplicada cada tres meses, mientras que el uso del dispositivo intrauterino ha estado disminuyendo. Mientras que los datos no permiten la elaboración de estadísticas precisas, se estima que la necesidad insatisfecha de planificación familiar en la región alcanza el 28% en Honduras y el 17% en Nicaragua, y que la prevalencia del uso de métodos naturales sigue siendo importante en muchos países, con una va-

riación que va del 6% en El Salvador al 9% en Honduras y Costa Rica.

Se ha demostrado que el ofrecimiento de anticonceptivos después de un aborto o un parto tiene buena aceptación y es muy efectivo para incrementar su uso; casi todos los países han tenido proyectos de demostración que muestran una alta viabilidad. Sin embargo, casi todos se han cancelado gradualmente después de su compleción. Por el contrario, en Guatemala, donde el Ministerio de Salud y las ONG han colaborado para apoyar este tipo de proyectos, el programa de planificación familiar postaborto ha llevado a que alrededor del 70% de las mujeres en los hospitales reciba anticonceptivos después de un aborto.

En respuesta al déficit inminente de anticonceptivos debido al retiro progresivo de los donadores que proporcionaban anticonceptivos a la región, USAID llevó a cabo un proyecto de apoyo a los gobiernos que garantizaba la disponibilidad de métodos. Este programa, iniciado en 2003 a pesar de las barreras iniciales administrativas y políticas, creó comités por países que asumieron la responsabilidad de proporcionar los métodos anticonceptivos a través de un sistema de distribución. Entre los nueve países que participaron originalmente en este proyecto, tres eran de la región mesoamericana: El Salvador, Honduras y Nicaragua.

En El Salvador el acceso a los anticonceptivos está garantizado, ya que éstos están en la lista gubernamental de medicamentos esenciales, lo cual asegura su disponibilidad y su distribución racional a todos los usuarios y evita el agotamiento de existencias. En Nicaragua, además del apoyo proporcionado por USAID, el ministro de salud firmó un acuerdo con UNFPA para que los anticonceptivos puedan comprarse a precios bajos. Esta estrategia ha sido útil para incrementar su uso. Finalmente, en Honduras se implementó un sistema computarizado para distribuir los métodos y ahora casi el 100% de las unidades de salud pertenece a una red común, lo cual asegura la distribución racional de los anticonceptivos. El resultado final de este sistema de distribución es que con pocas barreras de implementación, el aumento del acceso a los métodos anticonceptivos ha tenido éxito (programa USAID DAIA).

Los índices de fecundidad entre mujeres de 15 a 19 años de edad han seguido la misma tendencia decreciente observada en otros grupos de edad en todos los países, pero la disminución en este grupo ha sido proporcionalmente menor. Dos países mesoamericanos, Guatemala y Nicaragua, todavía tienen índices por en-

cima de 100 nacimientos por 1,000 mujeres de 15 a 19 años (Tabla 1). Aunque no hay muchos datos confiables disponibles sobre la prevalencia del uso de anticonceptivos en este grupo de edad, toda la información identificada por los puntos focales indica que los métodos anticonceptivos no están ampliamente disponibles para este grupo porque los países no consideran que esta área de la salud reproductiva sea una realidad e incluso pueden llegar a tener políticas restrictivas en relación con la anticoncepción para los jóvenes.

Tendencias de los programas e intervenciones en la región

La información recibida de los puntos focales mostró que muchos programas e intervenciones se han implementado durante los pasados 10 años o están en curso y que cada país cuenta con políticas y planes vigentes de salud materna y reproductiva. También queda claro que hay más intervenciones en las áreas de salud materna y reproductiva y de planificación familiar que en la de salud neonatal, en la cual sólo identificamos unas cuantas. No obstante, con la excepción de las intervenciones que se publicaron en la literatura científica (por ej., Kestler *et al.* 2006) o fueron reportadas por las agencias internacionales (por ej., USAID DAIA), no hay resultados concretos disponibles provenientes de la mayoría de estas intervenciones y programas, ni tampoco informes finales de los proyectos, informes intermedios ni cualquier otro tipo de informe sobre su progreso. Por lo tanto, aunque pudimos documentar estas estrategias, contamos con poca información disponible para analizarla en términos de las mejores prácticas.

En este diagnóstico se hizo una recopilación de las intervenciones y los programas identificados en

Cuadro 1. Tendencias en los tasas específicas de fecundidad (nacimientos por 1,000 mujeres) entre mujeres de 15 a 19 años de edad, 1998-2008

País	1998	2003	2008
Belice	103.2	88.7	77
Costa Rica	85	76.3	70.2
El Salvador	93.6	85.9	80
Guatemala	120	113.8	105.5
Honduras	112.2	100.6	91.4
Nicaragua	130	118	111.5
Panamá	92.4	87.7	81.3

Referencia: Iniciativa medular regional de datos de salud, OPS

la literatura y provenientes de las bases de datos de las agencias y organizaciones internacionales en la región. Sin embargo, la variedad de las intervenciones evaluadas que se identificaron también imposibilitó el análisis para los propósitos de esta evaluación. Los programas y las intervenciones cubrían toda la gama en términos de financiamiento y tamaño, desde los programas de muchos millones de dólares financiados por USAID (Fonseca-Becker y Schenck-Yglesias 2004) hasta los estudios piloto. Los resultados podían estar basados en la población (Bouillon y Tejerina 2006) o en cambios conductuales específicos (Kinsler *et al.* 2004) y las intervenciones en sí comprendían desde programas de transferencias condicionadas en efectivo (OPS SPHS) hasta intervenciones blanco para poblaciones muy específicas (Spector *et al.* 2009).

Dadas estas limitaciones en la información, este examen preliminar de las mejores prácticas en la región se verá informado por la elaboración del plan general durante la siguiente fase del proyecto.

Conclusiones

Hay una necesidad apremiante de fortalecer el componente de evaluación de los programas y de las intervenciones en todos los países. Como consecuencia de la debilidad de los sistemas existentes, hay muy pocos programas evaluados y las estadísticas oficiales pueden ser imprecisas y poco confiables.

La implementación es una cuestión fundamental. Cada país tiene políticas y normas nacionales en el área de salud materna y reproductiva y éstas suelen estar bien diseñadas y actualizadas. No obstante, no hay mecanismos efectivos para garantizar que todas las actividades incluidas en estos planes se implementen y los sistemas de monitorización, supervisión y evaluación son limitados. En consecuencia, muchas de las actividades y programas prioritarios pueden no realizarse de forma efectiva.

A pesar del consenso sobre la necesidad apremiante de personal calificado, en especial en las zonas rurales, las capacidades o las inversiones de los países en términos de entrenamiento caen muy por debajo de la necesidad. Los sistemas de salud deberían de implementar estrategias sustentables de entrenamiento basadas en técnicas efectivas que fueran constantemente evaluadas y actualizadas para cumplir con la creciente demanda de personal de salud calificado. El entrenamiento debería considerarse como parte de una estrategia más general,

que también tomara en cuenta el fortalecimiento de los sistemas de salud para conformar un ambiente para atender, por ejemplo, emergencias obstétricas. Es necesario averiguar cuáles formas de entrenamiento podrían ser más efectivas en la región. Debería desarrollarse y acordarse un lineamiento o guía regional para la asistencia calificada durante el nacimiento de tal manera que la evaluación de seguimiento fuera significativa y consistente a nivel regional.

Empezar proyectos de investigación operativa o aplicada para diseñar y probar las estrategias y las intervenciones es necesario para entender mejor por qué los programas no están plenamente implementados y, así, poder poner a prueba estrategias con la meta de lograr que las actividades contenidas en la implementación de los programas sean más efectivas.

Todos los países de la región comparten una serie de necesidades y problemas comunes, pero hay diferencias clave entre estas necesidades y entre los grupos de población. Todos los países necesitan fortalecer sus sistemas de salud para mejorar el acceso a y la calidad de los servicios para las poblaciones pobres, indígenas, rurales, y adolescentes y jóvenes.

El análisis de los conjuntos principales de indicadores durante los últimos diez años indica que, de mantenerse las tendencias actuales, es poco probable que se alcancen los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Aunque las razones de mortalidad materna son en la actualidad sustancialmente menores que hace 10 años, en la mayoría de los países, la diferencia de las RMM en comparación con las de los países desarrollados es aún sustancial. Aunque la cobertura de atención prenatal y la proporción de nacimientos atendidos en instituciones con personal calificado han aumentado, aún persiste una gran brecha en cuanto al acceso a asistencia calificada durante el nacimiento entre el primer y el quinto quintiles de riqueza y entre las poblaciones rural y urbana.

Los índices de mortalidad neonatal son más bajos en todos salvo tres de los países, pero siguen siendo inaceptablemente altos. A pesar del hecho de que hay lineamientos disponibles sobre los servicios neonatales en los tres niveles de atención en todos los países, nos fue imposible obtener información sobre la calidad real de los servicios, en especial en el nivel primario.

La muy alta proporción de mortalidad neonatal temprana sugiere que las intervenciones relacionadas con la calidad de la atención obstétrica podrían tener el mayor impacto sobre la reducción de la mortalidad.

Los índices de fecundidad total han disminuido durante los últimos diez años y todos los países, salvo dos, tienen índices por debajo de 3. Al mismo tiempo, la prevalencia de anticonceptivos ha aumentado. Sin embargo, los indicadores nacionales disfrazan las enormes diferencias entre las poblaciones rurales e indígenas en relación con otros grupos. Además, los servicios para adolescentes son insuficientes y los índices de fecundidad en este grupo de edad han disminuido más lentamente que en otros grupos etarios.

La prevalencia de anticonceptivos por métodos está gravemente sesgada. La prevalencia de la ligadura de trompas y de las inyecciones únicas de progestina se ha incrementado drásticamente durante los últimos años. En contraste, la vasectomía es rara (menos del 1% donde se reporta) y el uso de DIU ha disminuido en todos los países.

El acceso a la anticoncepción sigue siendo limitado y los métodos no se ofrecen en un contexto que aliente la elección libre e informada mediante el ofrecimiento de información completa y asesoría. Éste es el factor más importante que sesga la prevalencia de los anticonceptivos en términos de la combinación de métodos.

Esta evaluación apoya los hallazgos de investigaciones previas sobre salud materna, neonatal y reproductiva en Mesoamérica. A través de la participación y de los esfuerzos de los representantes de cada país de la región, la evaluación capturó las lagunas de información así como las intervenciones que deberían implementarse para mejorar la SMNR vía políticas y programas nacionales. Esperamos que sea útil para el diseño y la implementación de estrategias y programas.

Hay una necesidad apremiante de mejorar la difusión de la información, la educación y la participación de las comunidades locales en las actividades de promoción. A pesar de varias iniciativas en curso en la región, la participación de la comunidad sigue siendo bastante débil.

Este ejercicio estuvo dirigido hacia la identificación de características potencialmente modificables de los sistemas y de los servicios de salud. Los autores están conscientes de que los servicios influyen sólo sobre un lado de la ecuación. El diseño de estrategias y programas basados en esta evaluación también deberá de tomar en cuenta las circunstancias económicas, sociales y culturales de la población blanco, así como incorporar a la comunidad desde las etapas iniciales del diseño de programas. En el caso específico de esta iniciativa, también

es importante considerar la solicitud de la Fundación Bill y Melinda Gates, como una forma de priorizar las intervenciones en el área y conformar un plan general para la región.

Reconocimientos

La conformación final de este documento fue llevada a cabo por Juan Díaz, Sarah Lewis y Elvia de la Vara. La elaboración del documento recibió comentarios sustanciales en términos de la recolección de los datos y de su interpretación por los miembros del grupo medular de salud materna, neonatal y reproductiva, integrado por Bernardo Hernández (coordinador, INSP-MÉXICO), Edgar Kestler (cocoordinador, CIESAR, Guatemala), Ana Langer (Engender Health), Dilys Walker (INSP, México), Emma Iriarte (GTZ-PRAIM Honduras), Isabela Danel (CDC-CAP), France Donnay (Fundación Gates) y Denis Alemán (PROFAMILIA, Nicaragua), y de los grupos focales de todos los países de la región: Rosely Serrano (Costa Rica), Natalia Largaespada (Belice), Douglas Jarquín (El Salvador), Ma. del Carmen Hernández (Guatemala), Claudia Quiroz (Honduras), Geneva González (Panamá), Clelia Valverde (Nicaragua) y Rufino Luna (México). También apreciamos los comentarios y contribuciones de Rebecca Aced-Molina (PHI, EUA).

Referencias

1. Aguilera N, Marrufo GM: Can better infrastructure and quality reduce hospital infant mortality rates in Mexico? *Health Policy* 2007, 80:239-252.
2. Bouillon CP, Tejerina L: Do we know what works? A systematic review of impact evaluations of social programs in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2006.
3. Defunciones maternas por causas según entidad federativa de residencia habitual, 2007. INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Base de Datos de defunciones
4. Fonseca-Becker, F, Schenck-Yglesias, C. Measuring the effects of behavior change and service delivery interventions in Guatemala with population-based survey results. *JHPIEGO*: Baltimore, Maryland. 2004.
5. Gross national income per capita 2008, Atlas method and PPP. *World Development Indicators database*, World Bank, 1 July 2009.

6. In: <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>
7. Kestler E and Ramirez Pregnancy-related mortality in Guatemala. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 7(1), 2000.
8. Kestler E, Valencia L, Del Valle V, Silva A. Scaling up post-abortion care in Guatemala: initial successes at national level. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):138–147.
9. Khan KS et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006, 367:1066–1074.
10. Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A: Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Educ Res* 2004, 19:730-738.
11. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. World Health Organization, 2006.
12. PAHO Regional Core Health Data Initiative, Pan American Health Organization.
13. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah I. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370: 1338–45.
14. Social protection in health schemes for mother and child population: lessons learned from the Latin American Region. Washington, DC: Pan American Health Organization. Area of Health Systems Strengthening. Health Policies and Systems Unit, 2007.
15. Spector JM, Solano Villanueva H, Brito ME, Gallardo Sosa P: Improving outcomes of transported newborns in Panama: impact of a nationwide neonatal provider education program. *J Perinatol* 2009.
16. Stupp, Paul W., Danni Daniels and Alicia Ruiz. 2007. *Reproductive, Maternal and Child Health in Central America: Health Equity Trends*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA.
17. Sustainable Development and Environmental Health. Healthy Municipalities and Urban Health. Pan American Health Organization. <http://www.paho.org/English/ad/sde/espacios.htm>
18. United States Agency for International Development: Family Planning and DAIA program.

Anexo 2. Evidencia basada en la literatura sobre prácticas efectivas

2.1.1 Salud materna

Nombre de la PE o paquete de PE	Tipo de actividad(es) (por ej., entrenamiento, prestación de servicios, materiales de promoción, campañas mediáticas)	Contexto geográfico (por ej., urbano, rural)	Población(es) blanco (por ej., indígena, pobre, otra vulnerable)	Progresión de la implementación (por ej., niveles comunitario, nacional, regional)	País (es) donde se ha implementado	Fuentes
Atención obstétrica de emergencia básica (AOEm)	<ol style="list-style-type: none"> Entrenar personal para tratar emergencias y para remitir problemas más complejos a instalaciones de segundo y tercer nivel. Garantizar que el personal entrenado permanezca en las zonas rurales y que todos los miembros de los equipos de salud reciban entrenamiento. Atender parto vaginal normal, remoción manual de la placenta, tratamiento de preeclampsia y eclampsia graves, administración de oxitocina y antibióticos. Todo el personal de los centros de salud y hospitales deberá estar entrenado en AOEm. Esto incluye médicos (usualmente internos o practicantes generales), enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería. Se ha demostrado que mejorar las habilidades del personal que atiende los partos ha reducido las razones de mortalidad materna (RMM) en varios países. El entrenamiento y la supervisión son cruciales porque la calidad actual de los servicios prestados es muy pobre en casi todos los países, principalmente en las zonas rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> - General - Las zonas rurales son de especial interés dadas las dificultades de acceso. 	Población general con énfasis en servicios de primer nivel para poblaciones pobres, indígenas y rurales.	<ul style="list-style-type: none"> - Nacional - Los métodos incluidos en el paquete pueden ser diferentes en diferentes zonas (por ej., urbana, rural). - Comunidad (entrenamiento para emergencias y remisión oportuna) 	Algunas experiencias en países en desarrollo	1 - 7
Manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto	Entrenamiento de todo el personal que atiende partos vaginales, incluyendo doctores, enfermeras, auxiliares de enfermería y parteras. El entrenamiento de las PT implicaría un reto.	<ul style="list-style-type: none"> - General - Las zonas rurales son de especial interés dadas las dificultades de acceso. 	Énfasis en hospitales públicos y clínicas que tratan a los pobres	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital - Centro de salud - Comunidad 	Casi todos los países han tenido alguna experiencia, aunque limitada.	8-15

Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por hemorragia posparto vaginal aguda	Garantizar la disponibilidad de la provisión de sangre segura y de medicamentos tales como oxitocina y otros retractoros uterinos. Entrenamiento de todo el personal que atiende partos vaginales, incluyendo doctores, enfermeras y parteras, en términos de administración y remisiones.	- General - Las zonas rurales son de especial interés dadas las dificultades de acceso.	Énfasis en hospitales públicos y clínicas que tratan a los pobres	- Estudios aislados - Hospital - Centro de salud - El componente comunitario se ha evaluado deficientemente	Casi todos los países han tenido alguna experiencia, aunque limitada.	8-10, 16-18
Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por eclampsia	Entrenamiento de todo el personal que atiende partos así como de quienes proporcionan atención prenatal ya que la prevención es tan importante. Disponibilidad de fármacos (sulfato de magnesio y otros).	- General - Las zonas rurales son de especial interés dadas las dificultades de acceso.	De los pocos estudios existentes, el enfoque ha sido en los hospitales que tratan a los pobres.	Implementación en pequeña escala sin expansión sistemática	Algunas experiencias en todos los países.	8-9, 19-26
Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por infección posparto	Entrenamiento de todo el personal que atiende trabajo de parto y partos. Prevención de infecciones intrahospitalarias.	- General - Las zonas rurales son de especial interés (centro/s de partos).	- Mujeres que dan a luz en casa - Poblaciones rurales	- Comunidad - Centros de salud	Algunas experiencias aisladas en todos los países.	8-10, 26-31
Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por aborto séptico	Entrenamiento de todos los proveedores de atención de la salud para el manejo de las posibles complicaciones de un aborto. Educación comunitaria para la remisión de casos.	Algunos intentos de mejoría en zonas metropolitanas	Enfoque en los pobres, que se ven más afectados por los abortos inseguros		Algunas experiencias aisladas en todos los países.	32-33
Conciencia de la comunidad, educación y entrenamiento	Educación de las familias y de los miembros de la comunidad sobre los signos de peligro (por ej., preeclampsia) y sobre cuándo y a dónde remitir. Preparación para el parto. Entrenamiento de las parteras tradicionales de la comunidad en cuanto a las intervenciones anteriores (por ej., MATFTP, asesoría prenatal).	Rural	- Mujeres que dan a luz en casa - Poblaciones rurales	- Comunidad - Hogar - Continuo de atención hogar/hospital	General	8, 34-36

Referencias

- UNICEF, Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New Cork. UNICEF; 1997.
- Koblinsky M, editor. Reducing maternal mortality: learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. Health, nutrition and population series, Washington (DC): World Bank, 2003.
- Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins J, Rajapaksa L, Lissner C, de Silva A, et al. Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri-Lanka. Health, nutrition and population series. Washington (DC): World Bank; 2003.
- Ronsmans C, Etard J-F, Walraven G, Hoj L, Dumont A, de Bernis L, Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa. Trop Med Int Health 2003;8:940-8.
- Miller S, Cordero M, Coleman A, Figueroa J, Brito-Anderson R, Dabagh R, et al. Quality of care in institutional deliveries: the paradox of the Dominican Republic. Int J Gynecol Obstet 2003;82:89-103.
- Ronsmans C, Vanneste A, Chakraborty J, van Ginneken J, Decline in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. Lancet 1997;350:1810-4.
- Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. The Lancet Maternal Survival Series steering group. Lancet 2006;368:1284-99.
- Graham WJ, Cairns J, Bhattacharya S, Bullough CHW, Quayyum Z, Rogo K. Maternal and Perinatal Conditions. 2006. Disease Control Priorities in De-

- veloping Countries (2nd Edition) Eds. Jamison DT et al, 499-530. New York: Oxford University Press.
9. Adam T, Lim SS, Mehta S, et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005;331:1107.
 10. Kestler E., Valencia L., Del Valle V., and Silva A. Scaling Up Post-Abortion Care in Guatemala: Initial Successes at National Level. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):1-10.
 11. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonal S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2002.* Oxford: Uptade Software Ltd.
 12. Gülmezoglu AM, Villar J, Ngoc NN, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, Abdel-Aleem H, Cheng L, Hofmeyr GJ, Lumbiganon P, Unger C, Prendiville W, Pinol A, Elbourne D, El-Refaey H, Schulz KF, for the WHO Collaborative Group To Evaluate Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour. WHO multicentre double-blind randomized controlled trial to evaluate the use of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet*, 2001;358:689-695.
 13. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. World Health Organization, Geneva, 2000 (WHO/RHR/00.7).
 14. Biblioteca de Salud Reproductiva N° 10. Información sobre las mejores prácticas en salud reproductiva. Organización Mundial de la Salud 2007. ISSN 1745-9923. Publicado por UPDATE Software. Summer-town Pavilion, Middle Way, Oxford OX27LG, United Kingdom.
 15. Instituto Biológico Argentino, Buenos Aires, Argentina.
 16. Mousa, HA, Alfirevic, Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD003249.
 17. Lu, MC, Fridman, M, Korst, LM, et al. Variation in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California. *Maternal Child Health J* 2005; 9:297.
 18. Munn, MB, Owen, J, Vicent R. et al Comparison of two oxytocin regimens to prevent uterine atony at cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;98:386.
 19. Douglas, KA., Redman, CW. Eclampsia in the United Kingdom. *BMJ* 1994;309:1395
 20. Tuffnell, Dj., Jankowicz, D., Lindow, SW, et al. Outcomes of severe pre-eclampsia/eclampsia in Yorkshire 1999/2003. *BJOG* 2005;112:875
 21. Zwart, JJ., Richters, A, Ory, F, et al. Eclampsia in the Netherlands. *Obstet Gynecol* 2008;112:820.
 22. Geographic variation in the incidence of hypertension in pregnancy. World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:80.
 23. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet* 1995;345:1455.
 24. American College of Obstetricians and Gynecologist. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG practice Bulletin #33. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002.
 25. Sibai, BM. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trials. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1520.
 26. Darstadt DL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L, for the Lancet Neonatal Survival Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005;365:977-88.
 27. Adair, FL. The American Comité of Maternal Welfare, Inc: Chairman's Ardes. *Am J Obstet Gynecol* 1935;30:868.
 28. Filker, R., Monif, G. The significance of temperature during the first 24 hours postpartum. *Obstet Gynecol* 1979;53:358.
 29. diZerega , G, Yonekura, L, Roy, S, et al. A comparison of clindamycin-gentamicin and penicillin-gentamicin in the treatment of post cesarean section endomyometritis. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:238
 30. Gibbs, RS, Blanco, JD, Castaneda, YS, St Clair, PJ. A double-blind randomized comparison of clindamycin-gentamicin versus cefamandole for treatment of post-cesarean section endomyometritis. *Am J Obstet Gynecol* 1982;144:261
 31. Frenc, LM, Samill, FM Antibiotics regimens for endometritis after delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD001067.
 32. Forma, F, Gulmezoglu, AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;CD001993
 33. Grimes, DA. Unsafe abortion: the silent scourge. *Br Med Bull* 2003;67:99.
- Household-to-Hospital Continuum of Maternal and Newborn Care, ACCESS, October 2005.
35. Home and Community-Based Health Care for Mothers and Newborns, ACCESS, September 2006.
 36. Koblinsky, Marge. Essential Obstetric Care and Subsets. Basic and Emergency Obstetric Care: What's the Difference. MotherCare Policy Brief #1. Arlington, VA: John Snow, Inc., 1999.

2.1.2 Salud neonatal

Nombre de la PE o paquete de PE	Tipo de actividad(es) (por ej., entrenamiento, prestación de servicios, materiales de promoción, campañas mediáticas)	Contexto geográfico (por ej., urbano, rural)	Población(es) blanco (por ej., indígena, pobre, otra vulnerable)	Progresión de la implementación (por ej., niveles comunitario, nacional, regional)	País (es) donde se ha implementado	Fuentes
Lineamientos para los partos en casa y para el continuo de atención entre el hogar y el hospital para prevenir y manejar la asfixia, las infecciones y la hipotermia durante el nacimiento	Actividades esenciales bajo: - Atención inmediata al recién nacido - Ayudar al recién nacido a respirar - Ayudar al recién nacido con BPN - Ayudar al recién nacido enfermo - Estabilizar en camino al sitio de remisión	General	Parto en casa con familia, PT/TSC o asistente calificado	- Hogar - Comunidad - Continuo de atención hogar/hospital	Lineamientos generales	1,2
Habilidades esenciales recomendadas para la asfixia, las infecciones y la hipotermia durante el nacimiento, en instalaciones periféricas	Pasos esenciales para atención antenatal, durante el parto y posparto para el recién nacido. Vincular a la comunidad con las instalaciones y crear un ambiente de apoyo.	General	Todas	- Hogar dentro de la comunidad - Instalaciones de nivel tipo I y II - Hospital distrital	Lineamientos generales	1,3-5
Manejo de la asfixia durante el nacimiento a través de la partera de la comunidad y del trabajador de la salud de la comunidad (TSC)	Entrenamiento de parteras comunitarias, trabajadores de la salud de los pueblos y parteras tradicionales en varios métodos de resucitación para los bebés nacidos en casa.	Zonas rurales	Población pobre	Comunidad	- Indonesia - Mali	6,7
Campaña de inmunización de tétanos utilizando vacunadoras mujeres en conjunción con el apoyo de la comunidad y de la pareja	Campaña de puerta en puerta con vacunadoras mujeres y apoyo de los padres, esposos, líderes y miembros influyentes de la comunidad. Se utilizaron resultados de investigaciones formativas para informar las estrategias sobre comunicación para el cambio conductual y la movilización social para ayudar a generar una demanda entre las mujeres en riesgo	Dos distritos seleccionados aleatoriamente	Mujeres en riesgo	Comunidad	Pakistán	8,9
Modelo basado en el hogar en el cual los TSC monitorizan, identifican, tratan y remiten recién nacidos con sepsis	Una intervención proporciona atención neonatal en el hogar e incluye entrenamiento y supervisión amplios con observación clave, visitas al hogar, diagnóstico, remisión y actividades para el Tx de sepsis llevadas a cabo por TSC y PT. Otra entrenó voluntarias de la salud de la comunidad para asesorar a las madres sobre las señales de peligro en el recién nacido, utilizar algoritmos pictóricos para identificar probables infecciones bacterianas graves, proporcionar Tx, y remitir a trabajadores de la salud periféricos para Tx.	Rural (India)	Comunidades donde los partos se llevan a cabo en casa	- Hogar - Comunidad	-India -Nepal	10,11
Parteras tradicionales (PT) a quienes se entrena y se proporciona equipos de parto seguro para reducir la mortalidad perinatal ocasionada por todas las causas, incluyendo la sepsis	Se entrenó a las PT y se les proporcionó equipos de parto; las trabajadoras sanitarias vincularon a las PT con los servicios establecidos y documentaron los procesos y los resultados; y los equipos obstétricos proporcionaron clínicas de extensión para la atención antenatal.	Siete subdistritos (3 de intervención, 4 control) de un distrito rural	Poblaciones con acceso deficiente a los servicios de salud	- Comunidad - Continuo de atención hogar/centro de salud	Pakistán	12

Manejo basado en la comunidad y manejo de atención primaria para las infecciones neonatales	Manejo de las infecciones con base en la comunidad: Tx de infecciones con antibióticos en el hogar y en instalaciones de primer nivel	Todo tipo de comunidad/hogar, pero varios estudios en zonas rurales	Familias con recién nacidos afectados por sepsis, meningitis o neumonía en escenarios de bajos recursos	- Hogar - Comunidad - Instalación de primer nivel	- Bangladesh - India - Guatemala - Nepal - Pakistán	13–15
TSC entrenados en atención piel a piel (APP) universal con base en la comunidad para reducir la mortalidad neonatal ocasionada por causas que incluyen infecciones e hipotermia	Promoción de la APP universal con base en la comunidad para todos los recién nacidos independientemente de su peso al nacer. Un estudio combinó una serie de prácticas ideales con la intervención llevada a cabo por los TSC después de siete días de entrenamiento seguidos de supervisión de apoyo. Un estudio control aleatorio promovió la AMC como parte de la atención esencial para el recién nacido enseñada por los trabajadores comunitarios de la nutrición a las madres embarazadas y en posparto.	Zonas rurales con mortalidad neonatal alta	- Personas interesadas de la comunidad - Recién nacidos - Madres embarazadas y en posparto - Hogares con prácticas potencialmente nocivas	Comunidad	- India - Bangladesh	16–18
Aplicar atención madre canguro (AMC) para bebés BPN/ prematuros para reducir la mortalidad neonatal ocasionada por complicaciones que incluyen infecciones e hipotermia	¿Cuál es la evidencia de que la APP con base en una instalación (+ amamantamiento) funcione para los recién nacidos con BPN? Seis estudios evaluaron los efectos de APP en cinco áreas—mortalidad, temperatura, amamantamiento, ganancia de peso e infecciones.	n/a	n/a	Instalación	n/a	16

Referencias

- Household-to-Hospital Continuum of Maternal and Newborn Care, ACCESS, October 2005.
- Home and Community-Based Health Care for Mothers and Newborns, ACCESS, September 2006.
- Bringing Care Closer to Mothers and Newborns: Using the GAP to Develop HH Continuum of Care, ACCESS, February 2006.
- Koblinsky, Marge. Essential Obstetric Care and Subsets. Basic and Emergency Obstetric Care: What's the Difference. MotherCare Policy Brief #1. Arlington, VA: John Snow, Inc., 1999.
- Beck D., Ganges F, Goldman S, Long P. Care of the Newborn Reference Manual. Saving Newborn Lives/ Save the Children Federation. 2004.
- Reducing Birth Asphyxia through the Bidan di Desa Program in Indonesia, Final Report to Save the Children 2006, PATH.
- Pilot study of a community-based intervention to reduce neonatal death due to birth asphyxia in the health district of Ouelessebouyou, Mali, Proposal to Save the Children, 2007, CREDOS.
- Rasmussen B, Ali N. Mobilizing demand for maternal and neonatal tetanus immunization: reaching women in Pakistan, S Crump ed. Shaping policy for maternal and newborn health: a compendium of case studies. JHPIEGO Corporation, 2003: 23-28.
- Krifi L, et al. Final program evaluation, Pakistan program. Save the Children Saving Newborn Lives Program, 2005.
- Bang A, Bang R, Reddy H. Home-based neonatal care: summary and applications of the field trial in rural Gadchiroli, India (1993 to 2003). J Perinatol 2005; 25: S108-S122.
- Sharma J. Community based management of neonatal infections in Nepal: establishing a model in one district. Morang innovative neonatal intervention program (MINI) final report. Submitted to Save the Children US. John Snow International, 2006.
- Abdul Hakeem Jokhio, Heather R. Winter, and Kar Keung Cheng. Intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. N Engl J Med 2005;352(20):2091-9.
- Bhutta ZA, Zaidi AK, Thaver D, Humayun Q, Ali S, Darmstadt GL. Management of newborn infections in primary care settings: a review of the evidence and implications for policy? Pediatr Infect Dis J. 2009 Jan;28(1 Suppl):S22-30.

14. Darmstadt GL, Batra M, Zaidi AK. Parenteral antibiotics for the treatment of serious neonatal bacterial infections in developing country settings. *Pediatr Infect Dis J.* 2009 Jan;28(1 Suppl):S37-42.
15. Community-based management of newborn infections *MotherNewborNews* Volume 3 No. 1 - 2 July 2007 – December 2008.
16. Community-Based Care for Low Birth Weight Newborns: The Role of Community Skin-to-Skin Care Meeting Report. May 27, 2008 Washington, DC.
17. Darmstadt, GL, et al. Introduction of community-based skin-to-skin care in rural Uttar Pradesh, India. *J Perinatol.* 2006 Oct;26(10):597-604. Epub 2006 Aug 17.
18. Sloan, L. Nancy et al. Community-based Kangaroo Mother Care to prevent neonatal and infant mortality: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, Volume 121, Number 5, May 2008.
19. Darmstadt GL, Batra M, Zaidi AK. Oral Antibiotics in the Management of Serious Neonatal Bacterial Infections in Developing Country Communities. *Pediatr Infect Dis J.* 2009 Jan;28(1 Suppl):S31-6.
20. Kumar V, et al. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2008 Sep 27; 372(9644): 1151-62.

2.1.3 Salud reproductiva y planificación familiar

Nombre de la PE o paquete de PE	Tipo de actividad(es) (por ej., entrenamiento, prestación de servicios, materiales de promoción, campañas mediáticas)	Contexto geográfico (por ej., urbano, rural)	Población(es) blanco (por ej., indígena, pobre, otra vulnerable)	Progresión de la implementación (por ej., niveles comunitario, nacional, regional)	País (es) donde se ha implementado	Fuentes
Implementar servicios de planificación familiar de calidad para adolescentes	<p>Los servicios exclusivos para adolescentes son mejor aceptados y usados con mayor frecuencia.</p> <p>Es esencial entrenar a los proveedores en cuanto a la asesoría sobre sexualidad y planificación familiar.</p> <p>Una amplia gama de opciones anticonceptivas es crítica.</p> <p>Los servicios deberán estar orientados hacia los derechos y necesidades sexuales y reproductivos de los adolescentes y deberán ser accesibles y fáciles de utilizar.</p>	<p>- General</p> <p>- Inicialmente urbano</p>	Toda la población adolescente	Se considera que los servicios para adolescentes son muy importantes, pero los programas no se han extendido. Se han probado varios modelos.	<p>Muchas experiencias parcialmente evaluadas en varios países.</p> <p>La mayoría de las evaluaciones se refieren a cómo implementar y tener acceso.</p> <p>No hay resultados de impacto disponibles, excepto de EUA, RU, Europa, LAC.</p>	1-8
Garantizar el acceso a y los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en puestos de salud	<p>Los sistemas de salud deben ofrecer una variedad gratuita de diferentes métodos. Cada método añadido a las opciones disponibles aumenta la prevalencia en 12%.</p> <p>Entrenar personal para dar asesoría y proporcionar por lo menos seis métodos y remitir a métodos quirúrgicos.</p> <p>Garantizar disponibilidad de métodos (seguridad anticonceptiva).</p>	General	Población general con énfasis en los servicios de primer nivel para la población pobre y para jóvenes y adolescentes	<p>Nacional. Los métodos incluidos en el paquete pueden ser diferentes en diferentes zonas (por ej., urbana, rural).</p> <p>Se debe asegurar la remisión a métodos quirúrgicos.</p>	<p>Todos los países han implementado parcialmente programas para ofrecer PF a toda la población. El acceso a los servicios es muy limitado en la región.</p>	9-12
Garantizar el acceso a la vasectomía en hospitales y centros de salud	<p>Se ha demostrado que la vasectomía es muy efectiva y está bien aceptada.</p> <p>Es con mucho el método más rentable porque es barato, muy efectivo y duradero.</p>	Ofrecido principalmente en hospitales y centros de salud urbanos	General. Se ha demostrado que la aceptación es más alta entre hombres educados de zonas urbanas. No hay datos confiables sobre la población indígena.	Aprobada oficialmente e incluida en la mayoría de los programas de PF. El acceso es limitado y la promoción del uso del método es baja en LAC. La aceptación parece ser mayor durante el periodo posparto.	Implementado parcialmente en la mayoría de los países occidentales.	13-14
Implementar asesoría y servicios sobre anticoncepción posteriores al parto y a un aborto en todos los hospitales que tratan partos y abortos	En varios estudios en países en desarrollo, se ha demostrado que la asesoría y los servicios de anticoncepción durante el periodo posterior a un parto o a un aborto son efectivos e incrementan la aceptación de métodos anticonceptivos efectivos.	<p>Deberá implementarse en todos los hospitales y centros de salud que atienden partos y complicaciones por aborto.</p> <p>Varios estudios, algunos expandidos (Guatemala y Honduras).</p> <p>Sin cobertura nacional.</p>	Población total con énfasis en adolescentes y jóvenes	<p>Varios países han implementado programas.</p> <p>El Consejo de Población ha promovido proyectos en varios países de LAC, Europa y África.</p> <p>Guatemala cuenta con un programa estructurado que cubre dos terceras partes de los hospitales, con la monitorización continua de un equipo de investigación.</p>	Varios países de todas las regiones, incluyendo Guatemala, han implementado servicios de anticoncepción posteriores al parto y a un aborto.	15-16

Referencias

1. Contraception (Issues in adolescent health and development). WHO Discussion Papers on Adolescence. World Health Organization, 2004.
2. Sabonge K; Wulf D; Remez L; Prada E; Drescher J. Early childbearing in Honduras: a continuing challenge. Issues Brief (Alan Guttmacher Inst). 2006 Sep; (4):1-23.
3. Figueroa W, Lopez F, Remez L, Prada E, Drescher J. Early childbearing in Guatemala: a continuing challenge. Issues Brief (Alan Guttmacher Inst). 2006 Sep; (5):1-20.
4. Blandón L, Carballo Palma L, Wulf D, Remez L, Prada E, Drescher J. Early childbearing in Nicaragua: a continuing challenge. Issues Brief (Alan Guttmacher Inst). 2006 Sep; (3):1-24.
5. Kirby D (2001). Emerging Answers – Research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 2001.
6. Kirby D (2001). Understanding What Works and What Doesn't in Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. Fam Plann Perspect, 33(6):276–281. 2001.
7. Kilbourne-Brook M (1998) Adolescent Reproductive Health: Making a Difference. Outlook, 16(3):1–8.
8. Family Health International Network (2000). Adolescent Reproductive Health, 20(3):1–36.
9. Sullivan TM, Bertrand JT, Rice J, Shelton JD. Skewed contraceptive method mix: why it happens, why it matters. J Biosoc Sci. 2006 Jul;38(4):501-21.
10. Kayembe PK, Fatuma AB, Mapatano MA, Mambu T. Prevalence and determinants of the use of modern contraceptive methods in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. Contraception 2006 Nov;74(5):400-6.
11. Lapham RJ and Mauldin WP. Contraceptive prevalence: the influence of organized family planning programs. Studies in Family Planning, 1985 May-Jun;16(3):117-37.
12. Jain AK. Fertility reduction and the quality of family planning services. Studies in Family Planning, 1989 Jan-Feb;20(1):1-16.
13. Frontiers in Reproductive Health (FRONTIERS), Population Council, Washington, DC. Available at: <http://www.popcouncil.org/frontiers/>
14. De Rodriguez B, Vernon R, Solorzano J. Expanding Access to Vasectomy Services in the Ministry of Health of Guatemala. Final Report. Population Council/Frontiers, November 2005.
15. Kestler E, Valencia L, Del Valle V, Silva A. Scaling up post-abortion care in Guatemala: initial successes at national level. Reproductive Health Matters 2006;14(27):138–147.
16. Postabortion Care. Population Council, Washington, DC. Available at: <http://www.popcouncil.org/rh/pac.html>.

Anexo 3. Resultados, impactos y relación costo-efectividad de las prácticas efectivas relevantes

El enfoque preferido para alcanzar costo-efectividad (Adam *et al.* 2005) es la cobertura alta de las intervenciones más rentables dependiendo del nivel de recursos de un país. Sin embargo, faltan muchos datos sobre la relación costo-efectividad para las intervenciones llevadas a cabo específicamente en América Central o en la región de Latinoamérica y El Caribe. Por lo tanto, cuando no había información disponible sobre la relación costo-efectividad para las PE propuestas, nos referimos a los cálculos de OMS-CHOICE (Choosing Interventions That Are Cost Effective –Elección de intervenciones rentables) para los países mesoamericanos. El primer grupo conocido como AMRO-D (definido como aquel que tiene mortalidad infantil y adulta altas) incluye a Guatemala y a Nicaragua. El resto de los países meso-

americanos forman parte de un segundo grupo clasificado como AMRO-B (mortalidad infantil y adulta bajas). OMS-CHOICE ha llevado a cabo el ejercicio de calcular la relación costo-efectividad de cientos de paquetes maternos y neonatales para todas las regiones, incluyendo AMRO-B Y AMRO-D, lo cual seguramente será una herramienta útil cuando los países mesoamericanos fijen sus prioridades y escojan paquetes de intervenciones. El Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades también es una buena fuente para cálculos de relación costo-efectividad de SMNR en países en desarrollo (ver Graham *et al.* 2006, Lawn *et al.* Levine *et al.* 2006 y Lule *et al.* 2006). Algunos de los hallazgos principales se ponen de relieve abajo.

2.2.1 Salud materna

Nombre de la PE o paquete de PE	Resultados inmediatos o a corto plazo	Impactos a largo plazo	Relación costo-efectividad
Atención obstétrica de emergencia básica (AOEm)	Incremento del número de servicios básicos de AOEm. Incremento del número de partos atendidos por personal capacitado. Reducción de la morbilidad materna. Mejores sistemas de remisión para resolver los casos de alta complejidad.	Reducción de las razones de mortalidad materna. Reducción de la morbilidad y de las causas directas de mortalidad. Reducción del 50% de la mortalidad secundaria ocasionada por complicaciones obstétricas (6).	Caro y altamente costo-efectivo. La efectividad se demostró ampliamente. El costo más alto está asociado con el entrenamiento del personal y un factor que incrementa el costo en la región es el alto índice de rotación del personal médico. Todos los miembros nuevos de los equipos de salud tienen que entrenarse y los antiguos, recibir supervisión periódica. Los costos también aumentarán con la implementación de los sistemas de supervisión, monitorización y evaluación. Evidencia proveniente del sur de Asia y de África subsahariana: Las mejoras en la calidad global de la atención, en especial en el primer nivel, a través de la provisión de AOEmB junto con el incremento de la cobertura global, son los paquetes de intervención más costo-efectivos—y ambos incluyen suplementos nutricionales. A continuación se sitúa el incremento de la cobertura en el primer nivel. La mejoría de la calidad de la AOEmB integral es la opción menos costo-efectiva (8). Sur de Asia - AOEmB mejorada RCEI (\$int 142 por AVAD evitado) - AOEmB mejorada + cobertura RCEI (\$int 144 por AVAD evitado) África subsahariana - AOEmB mejorada RCEI (\$int 83 por AVAD evitado) - AOEmB mejorada + cobertura RCEI (\$int 86 por AVAD evitado)
Manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto	Incremento del número de elementos del personal entrenados en el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto. Incremento del número de partos con manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto, como un porcentaje de todos los partos vaginales. Menos casos de hemorragia posparto moderada (> 500 ml). Menos casos de hemorragia posparto grave (> 1000 ml).	Reducción de la morbilidad y de las causas directas de mortalidad. Reducción del número de muertes maternas debidas a hemorragia posparto. Reducción del riesgo de hemorragia posparto > 500 ml de 0.38 (IC del 95% 0.32 – 0.46) (11).	Complementa los paquetes anteriores. El entrenamiento de personal es el componente más caro. Los fármacos no son caros, pero la disponibilidad garantizada de oxitocina requiere de un sistema de logística. El siguiente paquete en la mayor parte de Mesoamérica con 95% de cobertura, tiene RCEI (\$int 149.4 por AVAD evitado): Paquete comunitario de atención al recién nacido (apoyo para amamantamiento, apoyo para BPN) + AAN + ACMRN (atención calificada para la madre y el recién nacido) + tratamiento de PEE grave + remisión de HPP (hemorragia posparto) + neumonía con base en la comunidad + sepsis materna + atención preventiva esencial y reconocimiento de signos de peligro y remisión En Guatemala y Nicaragua el mismo paquete es aun más costo-efectivo: ACER (\$int 38 por AVAD evitado).
Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por hemorragia posparto vaginal aguda	Incremento del número de elementos del personal entrenados para manejar las complicaciones por hemorragia y que saben cuándo remitir a las pacientes a instalaciones mejor equipadas. Menos casos de hemorragia posparto moderada (> 500 ml). Menos casos de hemorragia posparto grave (> 1000 ml). Incremento del número de casos remitidos oportunamente a instalaciones de nivel más alto. Las mujeres deberán ser transferidas oportunamente y con reposición endovenosa de volumen. Incremento del número de transfusiones sanguíneas.	Reducción de la morbilidad y de las causas directas de mortalidad. Reducción del riesgo de hemorragia posparto vaginal aguda en un 80%. Reducción del número de muertes maternas debidas a hemorragia posparto.	Manejo de la hemorragia como parte del paquete, con 80% de cobertura en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú: Paquete comunitario de atención al recién nacido (promoción de calentamiento extra para bebés con BPN y apoyo para el amamantamiento) + AAN (Atención de primer nivel, atención materna calificad, manejo inicial de hemorragia posparto) ACER (\$int 11 por AVAD evitado)

<p>Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por eclampsia</p>	<p>Incremento del número de elementos del personal entrenados para detectar casos de preeclampsia tempranamente. Incremento de la disponibilidad de medicamentos. Incremento de la disponibilidad y uso de protocolos. Incremento del número de casos tratados por eclampsia. Incremento del número de casos remitidos a las instalaciones de nivel más alto y a la UCI. Reducción a la mitad del número de convulsiones a través de tratamiento con sulfato de magnesio (RR 0.44, IC del 95% 0.32-0.51) (25).</p>	<p>Reducción de la morbilidad y de las causas directas de mortalidad. Reducción del índice de mortalidad materna en una tercera parte (RR 0.62, IC del 95% 0.39-0.99) (25).</p>	<p>La atención prenatal es un componente importante de este conjunto de intervenciones, así como la detección temprana de los casos de alto riesgo es crucial para tener un impacto. Son válidas las mismas consideraciones sobre el entrenamiento y la rotación del personal.</p> <p>Dos paquetes muy similares de SMI (SMN-268 Y SMN-277) que incluyen la prevención y el manejo de la eclampsia en Mesoamérica, con 95% de cobertura, en términos de ACER equivalieron a \$int 76 por AVAD evitado e \$int 65.4 por AVAD evitado</p> <p>En Guatemala y Nicaragua, los mismos paquetes equivalen a \$int 27 por AVAD evitado e \$int 31 por AVAD evitado.</p>
<p>Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por infección posparto</p>	<p>Mayor número de hospitales con personal entrenado para prevenir y tratar las infecciones posparto. Incremento de la disponibilidad de antibióticos altamente efectivos. Incremento del número de casos tratados por infección posparto. Incremento del número de casos de infección posparto remitidos a una instalación de nivel más alto.</p>	<p>Reducción de la morbilidad y de las causas directas de mortalidad. Reducción de la morbilidad por infección posparto en un 75%.</p>	<p>El costo de estas intervenciones proviene del uso de antibióticos muy efectivos pero caros. También son válidas las consideraciones sobre el entrenamiento.</p> <p>El manejo de la infección posparto incluida en el siguiente paquete: Manejo de sepsis materna (incluyendo tratamiento con antibióticos intravenosos o intramusculares) (cobertura del 95%) Este de África: \$int 34 por AVAD evitado Región del sureste: \$int 21 por AVAD evitado</p> <p>Antibióticos para ruptura prematura de las membranas (95%) ACER (\$int 35 por AVAD evitado)</p>
<p>Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por aborto séptico</p>	<p>Mayor nivel de educación entre la población general para evitar operaciones peligrosas y disminuir el número de abortos inseguros. Incremento del número de elementos del personal entrenados para tratar las complicaciones de un aborto inseguro, en especial las infecciones. Incremento de la disponibilidad de antibióticos y equipos médicos preparados para llevar a cabo tratamientos intensivos. Incremento del número de casos tratados por aborto séptico. Incremento del número de casos de aborto séptico remitidos a instalaciones de nivel más alto.</p>	<p>Reducción de la morbilidad y de las causas directas de mortalidad. Disminución del número de abortos sépticos en un 80%.</p>	<p>Entrenar al personal para tratar las complicaciones de un aborto puede ser caro. También se debe tomar en cuenta el entrenamiento sobre todas las acciones relacionadas con la remisión.</p> <p>No hay evidencia sobre costo-efectividad.</p>
<p>Conciencia de la comunidad, educación y entrenamiento</p>	<p>Incremento del número de mujeres remitidas a instalaciones de salud de primer nivel. Incremento del número de mujeres referidas a instalaciones de más alto nivel. Parteras tradicionales mejor equipadas para prevenir y manejar complicaciones.</p>	<p>Reducción de la morbilidad y mortalidad por eclampsia, aborto séptico, hemorragia e infección.</p>	<p>Las intervenciones de baja complejidad a nivel comunitario son las más costo-efectivas.</p>

2.2.2 Salud neonatal

Nombre de la PE o paquete de PE	Resultados inmediatos o a corto plazo	Impactos a largo plazo	Relación costo-efectividad
Paquete de atención esencial para el recién nacido Resucitación neonatal La cadena limpia La cadena cálida Amamantamiento Cuidado del cordón, los ojos y la piel Inmunización Vitamina K	Incremento del número de PT y elementos del personal médico entrenados. Reducción del riesgo de infecciones, asfixia e hipotermia. Reducción de la incidencia de otros condiciones y de complicaciones surgidas de estas condiciones, tales como: defectos de coagulación, acidosis, ajuste retrasado entre la circulación fetal y la del recién nacido, enfermedad de membrana hialina y hemorragia cerebral debidas a la hipotermia, hipoglucemia, enterocolitis necrotizante, onfalitis, infecciones respiratorias graves, diarrea, septicemia, y conjuntivitis neonatal. Prevención de la transmisión perinatal y horizontal temprana del VHB.	Reducción de las defunciones y de la mortalidad relacionadas con asfixia. Reducción de las defunciones y de la mortalidad relacionadas con infección. Reducción de las defunciones y de la mortalidad relacionadas con hipotermia. Reducción de la mortalidad neonatal relacionada con hemorragia. Reducciones en el IMR y en el IMP. Reducción de los costos por hospitalización con cuidado intensivo, discapacidad, rehabilitación y terapia física. Beneficios para la salud y el desarrollo de infantes y niños. Beneficios para la salud de los adultos (disminución del riesgo de enfermedad hepática debida a la vacuna de hepatitis B, prevención de discapacidad).	\$0.25 por nacimiento cubierto, \$42 por asfixia evitada La bolsa y máscara equivalieron a \$13 por muerte evitada. La profilaxis de los ojos cuesta \$1.40 dólares americanos por caso evitado cuando el índice de infección por gonococo es mayor al 10%. La inmunización para polio cuesta \$20 dólares americanos por AVAD evitado. El costo estimado de la vacunación de rutina para hepatitis B fue de \$28 dólares americanos por AVAD evitado.
Paquete del bebé con bajo peso al nacer Identificación del bebé con BPN Atención extraclínica para el bebé BPN Apoyo adicional para la alimentación Apoyo adicional para el calentamiento Vitamina K	Incremento del número de PT/TCS/proveedores de salud entrenados para la identificación de bebés BPN. Incremento de la remisión de bebés con peso menor a 1,800 g a unidades de atención más especializadas. Mejoría en ganancia de peso y crecimiento. Tratamiento más efectivo de enfermedades con peligro de muerte relacionadas con un nacimiento prematuro (síndrome de estrés respiratorio, conducto arterioso persistente hemodinámicamente significativo y enterocolitis necrotizante). Reducción del daño por hipotermia, del síndrome de estrés respiratorio, de hipoglucemia, ictericia, diarrea, sepsis, asfixia relacionada con la alimentación y otras morbilidades. Reducción del riesgo de otitis grave, infecciones graves del tracto respiratorio inferior y dermatitis atópica, síndrome de muerte repentina y enterocolitis necrotizante, infección nosocomial, enfermedad grave y afección grave y enfermedad del tracto respiratorio inferior.	Reducción de defunciones neonatales entre bebés con BPN. Reducción del IMN como resultado de la prevención de la lesión neonatal por frío. Reducción del IMN relacionado con hemorragia. Reducción de la discapacidad debida a asfixia prematura, enfermedad hemorrágica y otras complicaciones neonatales entre recién nacidos con BPN. Reducción de los costos por hospitalización, tratamiento, discapacidad, rehabilitación y terapia física. Reducción del riesgo de asma (niños pequeños), obesidad, diabetes tipo 1 y 2 diabetes, y leucemia infantil.	La inyección de vitamina K inyección cuesta \$52 dólares americanos por AVAD evitado en zonas de incidencia alta de BPN (más de 72 por 100,000 nacimientos). La vitamina K oral se usa ampliamente en Europa y es considerablemente más barata, pero la eficacia de la administración oral requiere de mayor investigación.

<p>Atención de emergencia para recién nacidos con complicaciones</p> <p>Identificación de los signos neonatales de peligro</p> <p>Atención de emergencia de calidad para el recién nacido enfermo</p> <p>Intervenciones para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección neonatal grave • Tétanos neonatal • Asfixia neonatal • Ictericia neonatal • Defectos de nacimiento • Sangrado grave 	<p>Acogida de servicios antenatales y durante el parto, prácticas de atención en casa, y búsqueda de atención de la salud.</p> <p>Mejoramiento de las prácticas clave de atención para el recién nacido.</p> <p>Reducción de la morbilidad neonatal: sepsis, meningitis, neumonía, asfixia, hiperbilirrubinemia.</p> <p>Reducción de los niveles neonatales de bilirrubina.</p> <p>Disminución del riesgo de choque hipovolémico/hipóxico.</p> <p>Reducción de los requerimientos de oxígeno debida a anemia aguda, restitución del volumen intravascular, mejorías hemodinámicas, disminución del ritmo cardiaco y del gasto cardiaco, mejoría de los parámetros de crecimiento, disminución de los niveles de lactato, o disminución de los episodios de apnea en infantes prematuros estables.</p> <p>Reducción del tiempo de estancia en el hospital, de la hospitalización con cuidado intensivo, y de los costos de tratamiento.</p>	<p>Reducción de mortalidad neonatal.</p> <p>Reducción de mortalidad neonatal debida a sepsis, neumonía, tétanos.</p> <p>Reducción de los costos por discapacidad, rehabilitación y terapia física.</p> <p>Reducción de los problemas estéticos y funcionales tales como las dificultades ocasionadas por labio y paladar hendido (por ej., tragar).</p> <p>Mejoría en los indicadores neurológicos de infantes asfixiados.</p> <p>Reducción de las necesidades de rehabilitación por discapacidad y terapia física (13).</p> <p>Reducción del riesgo de prevalencia de hipoacusia neural sensorial.</p> <p>Reducción de la prevalencia de parálisis cerebral coreoatetoide.</p> <p>Mejoría de la supervivencia a largo plazo por mielomeningocele.</p>	<p>Ver los paquetes de intervención neonatal de OMS-CHOICE para las zonas AMRO-B y AMRO-D.</p>
--	--	--	--

2.2.3 Salud reproductiva y planificación familiar

Nombre de la PE o paquete de PE	Resultados inmediatos o a corto plazo	Impactos a largo plazo	Relación costo-efectividad
Implementar servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes	Mayor uso de servicios de salud reproductiva. Incremento del número de nuevas personas aceptadoras de anticonceptivos. Mayor participación masculina en la anticoncepción. Reducción de la inequidad de género.	Incremento del uso de anticonceptivos entre adolescentes. Reducción del número de embarazos adolescentes. Reducción del número de abortos inseguros.	Caro y muy costo-efectivo
Garantizar el acceso a asesoría y servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en puestos de salud	Incremento del número de nuevas personas aceptadoras de métodos anticonceptivos. Incremento de la satisfacción de los usuarios y de los índices de continuación. Cambio en la combinación de métodos.	Incremento de la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos y disminución de los métodos tradicionales. Disminución de la demanda insatisfecha de anticonceptivos. Mejoría en la combinación de anticonceptivos.	Muy costo-efectivo
Garantizar el acceso a la vasectomía en hospitales y centros de salud	Incremento del número de personas aceptadoras de la vasectomía. Mayor participación de los hombres en la PF.	Disminución del número de embarazos no deseados. Disminución de los índices de aborto. Reducción de la mortalidad materna y neonatal.	Muy barato, el programa más costo-efectivo
Implementar asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto y a un aborto en todos los hospitales que atienden partos y abortos	Incremento de la prevalencia de uso de anticonceptivos después de los partos y abortos.	Incremento de los intervalos intergestacionales. Incremento de la prevalencia del uso de DIU. Reducción de la mortalidad materna y neonatal.	Barato y muy costo-efectivo

Referencias

- 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines. *Pediatrics* 2006;117:e1029-e1038.
- Kumar R. Birth asphyxia in a rural community of North India. *J Trop Pediatr.* 1995;41:5-7
- Bang A, Bang R, Baitule S, Reddy M, Deshmukh M. Effect of homebased neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet.* 1999;354:1955-1961
- Kamenir S. Neonatal resuscitation and newborn outcomes in rural Kenya. *J Trop Pediatr.* 1997;43:170-173
- Saugstad O, Rootwelt T, Aalen O. Resuscitation of asphyxiated newborn infants with room air or oxygen: an international controlled trial: the Resair 2 study. *Pediatrics.* 1998;102(1).
- Deorari A, Paul V, Singh M, Vidyasagar D. The national movement of neonatal resuscitation in India. *J Trop Pediatr.* 2000;46:315-317
- Zhu X, Fang H, Zeng S, Li Y, Lin H, Shi S. The impact of the neonatal resuscitation program guidelines (NRPG) on the neonatal mortality in a hospital in Zhuhai, China. *Singapore Med J.* 1997;38:485-487
- Daga S, Daga A, Dighole R, Patil R. Anganwadi worker's participation in rural newborn care. *Indian J Pediatr.* 1993;60:627-630
- Wiswell TE. Neonatal Resuscitation. *Respir Care* 2003;48(3):288-294.
- Buttha ZA, Darmstadt GS, Hasan BS, Haws RA. Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A Review of the Evidence. *Pediatrics* 2005;115;519-617
11. Reducing Birth Asphyxia through the Bidan di Desa Program in Indonesia, Final Report to Save the Children 2006, PATH.
- Pilot study of a community-based intervention to reduce neonatal death due to birth asphyxia in the health district of Ouelessebouyou, Mali, Proposal to Save the Children, 2007, CREDOS.
- The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers. CDC/CCHI/The Health Unit CARE.

14. Tunell R. Hypothermia: epidemiology and prevention. In: Costello A, Manandhar D, eds. *Improving Newborn Health in Developing Countries*. London, United Kingdom: Imperial College Press; 2000:207–220
15. World Health Organization. *Thermal Protection of the Newborn: A Practical Guide*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997
16. Johanson R, Spencer S, Rolfe P, Jones P, Malla D. Effect of post-delivery care on neonatal body temperature. *Acta Paediatr*. 1992;81:859–863
17. King, FS. Helping Mothers to Breastfeed. Nairobi, Kenya: AMREF Publishers. 1992.
18. Huffman S, Zehner E, Victora C. Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? *Midwifery*. 2001;17:80–92
19. Kramer M. High protein supplementation in pregnancy (Cochrane Review). Oxford, United Kingdom: Update Software; 2001^a
20. Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics*. 2001;108(4).
21. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis [published correction appears in *Lancet*. 2000;355:1104]. *Lancet*. 2000;355:451–455
22. Mullany L, Darmstadt G, Tielsch J. Role of antimicrobial applications to the umbilical cord in neonates to prevent bacterial colonization and infection: a review of the evidence. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22: 996–1002
23. World Health Organization. Care of the Umbilical Cord: A review of the evidence. Available at: URL: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_98_4/MSM_98_4_abstract.en.htm
24. World Health Organization. *Care of the Umbilical Cord: A Review of the Evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998
25. World Health Organization. Maternal and Perinatal Infections. Report of a WHO consultation. WHO/MCH/91.10 Geneva: WHO. 1991.
26. Economic Evaluation of Hepatitis B Vaccination in Low Income Countries: An Application of Cost-effectiveness Affordability Curves. Technical Appendix. Available at: http://www.hsph.harvard.edu/faculty/joshua-salomon/files/KimEtAl_Bulletin2007_Technical_Appendix.pdf
27. Puckett R, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000:CD002776
28. Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, Zupan J, Darmstadt GL. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* (2005); 331:1107.
29. Bang A, Reddy MH, Deshmukh MD: Child mortality in Maharashtra. *Economic Political Weekly* 2002, 37:4947-4965
30. Sreeramareddy C, Chuni N, Patil N. Anthropometric surrogates to identify low birth weight Nepalese newborns: a hospital-based study. *BMC Pediatrics* 2008, 8:16
31. Sur D, Mondal SK, Gupta DN, Ghosh S, Manna B. Impact of breastfeeding on weight gain and incidence of diarrhea among low birth weight infants of an urban slum of Calcutta. *Indian Pediatrics*, 2001;38:381-4.
32. Stanley IP, Chung M, Raman G, Chew G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *Evidence Report/Technology Assessment* Number 153. Agency for Healthcare Research and Quality. www.ahrq.gov. U.S. Department of Health and Human Services
33. Fernandez A, Patkar S, Chawla C, Taskar T, Prabhu S. Oil application in preterm babies, a source of warmth and nutrition. *Indian Pediatrics*. 1987;24:1111–1117.
34. Daga S, Dighole R, Patil R. Managing very low birth weight babies at home in a rural area. *World Health Forum*. 1996;17:289–290.
35. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello J, Belizan J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Cochrane Review). Oxford, United Kingdom: Update Software; 2002.
36. Ramanathan K, Paul V, Deorari A, Taneja U, George G. Kangaroo mother care in very low weight infants. *Indian J Pediatr*. 2001;68:1019–1023.
37. Lincetto O, Nazir A, Cattaneo A. Kangaroo mother care with limited resources. *J Trop Pediatr*. 2000;46:293–295.
38. Awasthi S, Verma A, Agarwal M. Danger signs of neonatal illnesses: perceptions of caregivers and health workers in northern India *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84:819-826.

39. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. Members of the MIRA Makwanpur trial team. *Lancet* 2004;364:970-9.
40. Bang AT, Bang RA, Reddy MH, Baitule SB, Deshmukh MD, Paul VK, Marshal TF De C. Simple clinical criteria to identify sepsis or pneumonia in neonates in the community needing treatment or referral. *Pediatr Infect Dis J.* 2005;24(4):335-341. Available at <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16730480>
41. WHO/UNICEF Joint Statement. Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. World Health Organization 2009. Available at http://www.unicef.org/health/files/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf
42. Stoll, B. The Global Impact of Neonatal Infection. *Clin Perinatol.* 1997; 24(1):1-27.
43. Bang A, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Dashmukh MG. Effecto of Home-Based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field Trial in Rural India. *Lancet* 1999;354(9194):1955-61.
44. Sazawal S and Black RE. "Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials." *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-56.
45. Bennett J, Schooley M, Traverso H, Agha SB, Boring J. Bundling A Newly Identified Risk factor for Neonatal Tetanus: Implications for Global Control. *Int J Epidemiol.* 1999;28:263-266.
46. Evans DJ, Levene MI, Tskmakis M. Anticonvulsants for preventing mortality and morbidity in full term newborns with perinatal asphyxia. The Cochrane Library, Issue 3, 2007.
47. Jacobs S, Hunt R, Tarnow-Mordi W, Inder T, Davis . Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. The Cochrane Library, Issue 4, 2007
48. Linn S, Schoenbaum SC, Monson RR, Rosner B, Stubblefiel PG, Ryan KJ. Epidemiology of Neonatal Hyperbilirrubinemia. *Pediatrics* 1985. 75(4):770-774.
49. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline.Subcommittee on Hyperbilirubinemia Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics* 2004; 112(1):297-16.
50. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breastfeeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics.* 1990;86:171-175.
51. Olusoga B, Ogunfowora , Olusoji J, Daniel. Neonatal jaundice and its management: knowledge, attitude and practice of community health workers in Nigeria.*BMC Public Health* 2006, 6:19
52. Bowman RM, McLone DG, Grant JA, Tomita T, Ito JA. Spina bifida outcome: a 25-year prospective. *Pediatr Neurosurg* 2001;34:114-120.
53. Chakraborty A, Crimmins D, Hayward R, Thompson D. Toward reducing shunt placement rates in patients with myelomeningocele. *J Neurosurg Pediatr.* 2008 May;1(5):361-5.
54. Bowman RM, Boshnjaku V, McLone GL. The changing incidence of myelomeningocele and its impact on pediatric neurosurgery: a review from the Children's Memorial Hospital . *Child's Nervous System.* 2009;25(7):801-6.
55. Leblanc JG. New surgery for better outcomes: shaping the field of congenital heart disease. *World J Pediatr.* 2009 Aug;5(3):165-8.
56. 2005 American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2006;117:e1029-e1038
57. Hume H. Red Blood Cell Transfusions for preterm infants: The role of evidence-based medicine. *Semin Perinatol* 1997;21:9-19.

Anexo 4.

Descripción de prácticas efectivas o paquetes de prácticas efectivas

3.1 Salud materna

Prácticas efectivas (PE) o paquetes de PE	Proceso de implementación	Sustentabilidad
Atención obstétrica de emergencia básica (AOEm)	<p>Para implementar esta intervención, es necesario entrenar al personal para tratar las emergencias y para remitir los problemas más complejos a instalaciones de segundo y tercer nivel. La intervención hace énfasis en los servicios de primer nivel para poblaciones pobres, indígenas y rurales. Su meta es que todos los centros de salud y hospitales tengan todo el personal entrenado en AOEm, incluyendo doctores (usualmente internos o practicantes generales), enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería. El entrenamiento y la supervisión son cruciales.</p> <p>Fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxitocina - Antibióticos - Sulfato de magnesio - Misoprostol <p>Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de parto vaginal normal - Remoción manual de la placenta - Aspiración manual de los residuos de placenta - Tratamiento de preeclampsia y eclampsia graves - Administración de oxitocina y antibióticos <p>Recursos humanos</p> <p>En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p> <p>En el hospital: médicos, enfermeras</p>	<p>Compromiso político.</p> <p>Procesos de supervisión y monitorización con evaluaciones semanales de grupos de indicadores.</p> <p>Planes de difusión para los lineamientos y protocolos de AOEm.</p> <p>Más especialistas en ginecobstetricia.</p> <p>Infraestructura adecuada para el almacenamiento de medicamentos.</p> <p>Cooperación regional y apoyo económico de donadores.</p>
Manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto	<p>La implementación de esta intervención incluye una fase inicial de entrenamiento de todo el personal que atiende partos vaginales, incluyendo doctores, enfermeras, auxiliares de enfermería y parteras.</p> <p>Fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxitocina <p>Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento del personal - Uso de uterotónicos (oxitocina) - Pinzamiento inmediato del cordón - Asistencia para parir la placenta con tracción controlada del cordón <p>Recursos humanos</p> <p>En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p> <p>En el hospital: médicos, enfermeras</p> <p>Otros requerimientos</p> <p>En el hospital: Actualizar y difundir los lineamientos</p>	<p>Compromiso político.</p> <p>Procesos de supervisión y monitorización con evaluaciones semanales de grupos de indicadores.</p> <p>Personal entrenado.</p>

<p>Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por hemorragia posparto vaginal aguda</p>	<p>La implementación de esta intervención incluye el entrenamiento de todo el personal que atiende partos vaginales, incluyendo doctores, enfermeras y parteras, en administración y remisión. Para su operación es necesario garantizar la disponibilidad de una provisión de sangre segura y de medicamentos tales como oxitocina y otros retractores uterinos.</p> <p>Fármacos - Oxitocina</p> <p>Procedimientos Componentes de la intervención primaria: - Coordinación con otros - Masaje uterino - Administración de uterotónicos (incluyendo misoprostol) - Vía intravenosa y transfusión de sangre - Catéter</p> <p>Componentes de la intervención secundaria: - Examen del canal de parto - Histerectomía</p> <p>Recursos humanos En el hospital: médicos, enfermeras En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p> <p>Otros requerimientos En el hospital: Actualizar y difundir los lineamientos En la comunidad: Necesidad de bancos de sangre confiable</p>	<p>Compromiso político.</p> <p>Procesos de supervisión y monitorización con evaluaciones semanales de grupos de indicadores.</p> <p>Mejor monitorización de la mortalidad materna y neonatal.</p> <p>Instalación y acreditación de bancos de sangre para garantizar la provisión de sangre segura.</p> <p>Fortalecimiento del entrenamiento, la monitorización y la supervisión de las parteras tradicionales y los practicantes generales.</p> <p>Defensoría jurídica.</p>
<p>Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por eclampsia</p>	<p>Esta intervención requiere del entrenamiento de todo el personal que atiende partos, así como de aquellos que proporcionan atención prenatal, puesto que la prevención es tan importante. También requiere de disponibilidad de fármacos (sulfato de magnesio y otros).</p> <p>Fármacos - Labetalol - Hidralazina</p> <p>Procedimientos - Prevención de la hipoxia materna (máscara de oxígeno) - Manejo basado en fármacos de hipertensión arterial grave - Prevención de convulsiones recurrentes basada en fármacos - Evaluación de la evacuación del útero</p> <p>Recursos humanos En el hospital: médicos, enfermeras En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p> <p>Otros requerimientos En el hospital: Entrenamiento continuo del personal médico y de enfermería</p>	<p>Mejoramiento de la atención prenatal.</p> <p>Mejoramiento de la calidad de la atención.</p>
<p>Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por infección posparto</p>	<p>Su implementación requiere del entrenamiento de todo el personal para trabajo de parto y parto.</p> <p>Fármacos - Clindamicina - Gentamicina</p> <p>Procedimientos - Administración de fármacos incluyendo clindamicina y gentamicina - Observación clínica - Evaluación de la aspiración endouterina de los restos de placenta</p> <p>Recursos humanos En el hospital: médicos, enfermeras En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p> <p>Otros requerimientos En el hospital: Actualizar y difundir los lineamientos y normas para el posparto</p>	<p>Entrenamiento continuo para el personal de salud sobre el manejo adecuado y la importancia de los partos limpios.</p>

<p>Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por aborto séptico</p>	<p>La implementación de esta intervención implica dos actividades principales: el entrenamiento de los proveedores de atención de la salud para el manejo de las complicaciones surgidas de un aborto y la educación de la comunidad para la remisión de casos.</p> <p>Fármacos - Clindamicina - Gentamicina</p> <p>Procedimientos - Estabilización del paciente - Análisis de sangre y/o de la placenta - Administración de antibióticos - Evaluación de la aspiración endouterina de los restos de placenta - Asesoría y anticoncepción posterior al aborto</p> <p>Recursos humanos En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras En el hospital: médicos, enfermeras</p> <p>Otros requerimientos En la comunidad: Promoción sistemática de métodos anticonceptivos e investigación de abortos clandestinos</p>	<p>Desarrollo de un plan de atención postaborto.</p> <p>Asistencia técnica de organizaciones internacionales.</p> <p>DAIA, voluntad política.</p> <p>Aplicación de leyes y lineamientos.</p>
<p>Conciencia de la comunidad, educación y entrenamiento</p>	<p>Esta intervención consiste en educar a las familias y a los miembros de la comunidad acerca de los signos de peligro (por ej., eclampsia) y sobre cuándo y a dónde referir. También incluye el entrenamiento de parteras tradicionales de la comunidad en las intervenciones antes mencionadas (por ej., manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto, asesoría prenatal).</p> <p>Procedimientos Entrenamiento de las parteras tradicionales de la comunidad sobre atención obstétrica esencial.</p> <p>Componentes para la prevención de retrasos: asesoría sobre AAN, actividades comunitarias de movilización en relación con la planeación de los nacimientos, reconocimiento de los signos de peligro, primeros auxilios de emergencia, planeación de emergencia para la remisión (dinero, transportación, etc.).</p> <p>Componentes para la prevención de infecciones: limpieza del lugar para el parto, de las manos, para el corte del cordón, etc.</p>	<p>Conciencia comunitaria del problema.</p> <p>Participación de comunidades rurales e indígenas.</p>

3.2 Salud neonatal

Prácticas efectivas (PE) o paquetes de PE	Proceso de implementación	Sustentabilidad
<p>Paquete de atención esencial para el recién nacido</p>	<p>Fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vitamina K (1 mg) - Solución de tetraciclina (1%) o de eritromicina (0.5%) - Vacuna contra BCG - Vacuna contra la polio - Vacuna contra VHB <p>Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resucitación neonatal (avanzada si es necesario) - Aplicación de cadena limpia y de calentamiento - Promoción de amamantamiento/Entrenamiento de la madre - Atención para profilaxis ocular - Vacunación posterior al parto - Administración de vitamina K <p>Recursos humanos</p> <p>En el hospital: Suficientes médicos y enfermeras abocados exclusivamente a la atención del recién nacido</p> <p>En la comunidad: Un PT/TSC/proveedor de salud/médico/enfermera por parto para lograr buenos resultados aun en caso de un parto múltiple</p> <p>(Los PT/TSC/proveedores de la salud deberán buscar ayuda en este caso, si es posible.)</p> <p>Otros requerimientos</p> <p>Equipo básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tela limpia y seca - Bolsa y máscara - Aparato de succión - Guantes - Repisa donde colocar al bebé - Método para mantener al bebé caliente (focos por encima) - Provisión de oxígeno si es posible 	<p>Compromiso político.</p> <p>Procesos de supervisión y monitorización con evaluaciones semanales de grupos de indicadores.</p> <p>Planes de difusión para los lineamientos y protocolos esenciales de atención al recién nacido.</p> <p>Garantía de entrenamiento para PT/TSC/proveedores de la salud, sobre todo en resucitación neonatal.</p> <p>Establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica perinatal local para abordar la mortalidad fetal y neonatal con base en la Matriz BABIES (peso al nacimiento y edad en los ataúdes para el sistema de intervención y evaluación) (1).</p> <p>Más especialistas en pediatría y neonatología.</p> <p>Más especialistas en gineco-obstetricia.</p> <p>Infraestructura adecuada para el almacenamiento y distribución de medicamentos y para mantener la disponibilidad de fármacos.</p> <p>Cooperación regional y apoyo económico de donadores.</p>

<p>Atención extra para bebés con BPN</p>	<p>Fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxígeno - Vitamina K (0.5mg) - Solución de tetraciclina (1%) o de eritromicina (0.5%) - Solución de dextrosa (10%) - Vacuna contra BCG - Vacuna contra la polio - Vacuna contra VHB <p>Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del bebé con BPN <p>- Después de este procedimiento básico, se añaden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención extraclínica del bebé con BPN (amamantamiento/signos de peligro) - Apoyo adicional para la alimentación - Apoyo adicional para el calentamiento - Administración de vitamina K <p>Recursos humanos</p> <p>En el hospital: Suficientes médicos y enfermeras abocados exclusivamente a la atención del recién nacido</p> <p>En la comunidad: Un PT/TSC/proveedor de salud/médico/enfermera por parto para lograr buenos resultados aun en caso de un parto múltiple</p> <p>(Los PT/TSC/proveedores de la salud deberán buscar ayuda en este caso, si es posible.)</p> <p>Otros requerimientos</p> <p>Equipo básico más:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Método para identificar al bebé con BPN (báscula para bebés, cinta codificada por color para medir el pie, la pecho, el antebrazo o la circunferencia de la cabeza y/o evaluación de la edad gestacional) - Tubos para alimentación - Tubos de oxígeno - Caja de oxígeno de cabeza - Sets de solución IV - Termómetro - Método para mantener el calor del bebé (atención canguro, calentador lumínico por encima de la cama, cunas calientes, o incubadora) - Fuente de aire comprimido (si es posible) - Mezclador de oxígeno para mezclar oxígeno y aire comprimido - Oxímetro de pulso y sonda (si es posible) - Bolsas resellables de grado alimentario (tamaño de 1 galón) o envoltura de plástico 	
--	--	--

<p>Paquete de atención de emergencia para el recién nacido</p>	<p>Fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxígeno - Dextrosa al 10% para uso intravenoso - Cefalosporina inyectable tal como cefotaxima, dependiendo de la política local para el tratamiento de la sepsis neonatal - Inyección de vitamina K (1 mg) - Ampolletas de epinefrina 1:10,000 (0.1 mg/mL) — 3-mL o 10-mL - Cristaloiide isotónico (salino normal o lactato de Ringer) para expansión del volumen — 100 o 250 mL - Ampolletas de clorhidrato de naloxona de 0.4 mg/mL — 1-mL, o de 1.0 mg/mL — 2-mL - Salina normal para enjuagues - Anticonvulsivos (esto es, fenobarbital) dependiendo de la política local - Fármacos vasoactivos (dopamina) - Factor surfactante - Indometacina/ibuprofeno para CAP - Antitoxina tetánica <p>Procedimientos</p> <p>Después de los procedimientos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los signos neonatales de peligro - Provisión de servicios de calidad al recién nacido enfermo - Tratamiento de la infección neonatal grave - Tratamiento del tétanos neonatal - Manejo de la asfixia neonatal - Provisión de tratamiento para la ictericia - Provisión de atención centrada en la familia para bebés con defectos de nacimiento - Provisión de tratamiento adecuado para sangrado grave <p>Recursos humanos</p> <p>En el hospital: Suficientes médicos y enfermeras abocados exclusivamente a la atención del recién nacido</p> <p>En la comunidad: PT/TSC/proveedores de la salud y madres entrenados para la identificación de signos neonatales de peligro</p> <p>Otros requerimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sets de goteo intravenoso/Tubos de alimentación - Tubos de oxígeno/caja de oxígeno de cabeza/nasal - Ventiladores mecánicos para PPCVR neonatal - Estetoscopio - Método para mantener el calor del bebé (calentador lumínico por encima de la cama, cunas calientes, o incubadora) - Laringoscopio con palas rectas - No. 0 (prematuros) - No. 1 (a término) - Tubos endotraqueales, de 2.5-, 3.0-, 3.5-, 4.0 mm de diámetro interno (DI) - Lancetas de azúcar sanguínea para detectar niveles bajos de azúcar - Bilirrubinómetro para medir la bilirrubina "al lado de la cama" - Esterilizador para limpiar los contenedores para leche materna previamente extraída - Provisiones para la cateterización de los vasos umbilicales - Sets para proporcionar sangre, idealmente con un sistema de microgotero- Sets para transfusión de sangre- Monitor cardiaco y electrodos u oxímetro de pulso si es posible 	<p>Compromiso político.</p> <p>Procesos de supervisión y monitorización con evaluaciones semanales de grupos de indicadores.</p> <p>Planes de difusión para los lineamientos y protocolos esenciales de atención al recién nacido.</p> <p>Establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica perinatal local para abordar la mortalidad fetal y neonatal con base en la Matriz BABIES (peso al nacimiento y edad en los ataúdes para el sistema de intervención y evaluación) (1).</p> <p>Fortalecimiento del entrenamiento, la monitorización y la supervisión de las parteras tradicionales y los practicantes generales sobre la identificación de signos neonatales de peligro.</p> <p>Garantía de entrenamiento para neonatólogos/pediatras/médicos/enfermeras.</p> <p>Más especialistas en pediatría y neonatología.</p> <p>Infraestructura adecuada para el almacenamiento y distribución de medicamentos y para mantener la disponibilidad de fármacos.</p> <p>Instalación y acreditación de bancos de sangre para garantizar la provisión de sangre segura.</p> <p>Defensoría jurídica.</p> <p>Reorganización de la infraestructura de recursos humanos por habilidades.</p> <p>Desarrollo de sistemas de educación sobre recursos de salud (esto es, programas de especialización en pediatría/neonatología en hospitales regionales).</p>
--	---	--

3.3 Salud reproductiva y planificación familiar

Prácticas efectivas (PE) o paquetes de PE	Proceso de implementación	Sustentabilidad
Implementar servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes	<p>Implementar servicios exclusivos para adolescentes o reservar periodos de tiempo para ellos en instalaciones de SR cuando los servicios exclusivos no son factibles.</p> <p>Entrenamiento de personal para atender adolescentes, incluyendo provisión de asesoría y de servicios.</p> <p>Difusión de la información y participación de la comunidad.</p> <p>Promoción y defensa continuas.</p>	<p>La voluntad política es muy importante. Aunque existe consenso sobre la importancia de esta cuestión, no constituye una prioridad alta para los tomadores de decisiones y los administradores (por ej., tema políticamente sensible, los adolescentes no se consideran un grupo de prioridad importante).</p> <p>Un sistema de entrenamiento continuo es crucial para la sustentabilidad.</p> <p>La promoción de la participación de la comunidad a través de la educación es crítica.</p>
Garantizar el acceso a y los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en puestos de salud	<p>Disponibilidad de personal capacitado en servicios de salud primarios y secundarios.</p> <p>Entrenamiento continuo.</p> <p>Garantía de disponibilidad de métodos.</p> <p>Apoyo para mantener la disponibilidad de métodos controversiales (esto es, anticoncepción de emergencia, vasectomía).</p> <p>Difusión de información a la comunidad.</p>	<p>Un sistema de adquisición y distribución es crítico para mantener la disponibilidad de los productos (DAIA).</p> <p>Entrenamiento de proveedores sobre provisión de asesoría y de servicios.</p> <p>Implementación de un sistema continuo de supervisión.</p>
Garantizar el acceso a la vasectomía en hospitales y centros de salud	<p>Defensa al interior del sistema.</p> <p>Difusión de información sobre la disponibilidad del método.</p> <p>Entrenamiento de proveedores sobre técnicas sin bisturí (ginecólogos, urólogos y practicantes generales).</p> <p>Entrenamiento de proveedores de salud sobre la promoción del método y sobre la asesoría.</p> <p>Difusión de información sin prejuicios.</p> <p>Incremento del acceso a atención primaria de la salud.</p>	<p>Entrenamiento continuo.</p> <p>Se deben comprar instrumentos apropiados y distribuirse en los hospitales y puestos de salud.</p> <p>Supervisión y monitorización continuas.</p>
Asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto y a un aborto	<p>Entrenamiento del personal existente.</p> <p>Materiales educativos.</p> <p>Implementación de asesoría sobre atención antenatal.</p> <p>Difusión intensiva de información.</p>	<p>Entrenamiento de proveedores, provisión de insumos.</p> <p>Monitorización continua.</p>

Anexo 5.

Prácticas efectivas o paquetes de prácticas efectivas seleccionados como prioritarios por países

Belice

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad															
<p>SALUD MATERNA</p> <p>Cuidado Obstétricos y Neonatales Emergencia (CONE) Básico:</p> <p>Distritos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Corozal 2. Orange Walk 3. Belice 4. Cayo 5. Stann Creek 6. Toledo 	<p>Insumos necesarios:</p> <p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oxitocina Antihipertensivos (hidralazina) Antibióticos (Ceftriaxona, penicilina cristalina, cefalexina, ampicilina, gentamicina) Sulfato de magnesio Misoprostol Nifedipina Dexametasona Vitamina K. <p>Equipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tensiómetros y estetoscopios de adulto. Maleta de atención del parto (ropa). Equipo para atención de parto (instrumental). Equipos de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU). Oxímetros con sensores adulto y neonatal Maleta de atención del recién nacido. Fuentes de calor (lámparas) Mesas para reanimación neonatal. Equipo de reanimación neonatal (ambu, laringoscopio, tubos endotraqueales, oxígeno, pera de hule). Incubadora de transporte Tanque de oxígeno para traslado. Dispensadores de jabón antiséptico. Dispensadores de alcohol gel Medios de transporte 7 ambulancias terrestres). <p>Material de reposición periódica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Clorhexidina al 4 % Alcohol gel al 70 % Toallas Desechables Cintas de uroanálisis. Glucómetros Cintas para glucómetros <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención del trabajo del parto utilizando el partograma y atención inmediata del recién nacido no complicado. Reanimación neonatal. Manejo activo del tercer periodo del parto (AMTSL). Extracción de restos placentarios (AMEU). Inicio de tratamiento de Amenaza de Parto Pretérmino. Referencia con tratamiento inicial de sostén y acompañamiento de complicaciones obstétricas y neonatales. <p>Número de servicios a implementarse en donde se ofrece atención del parto:</p> <p>Hospitales comunitarios (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> HC de Corozal HC de San Ignacio HC Punta Gorda <p>Población a ser atendida:</p> <table border="1" data-bbox="418 1705 1136 1848"> <thead> <tr> <th>Región de Salud</th> <th>Hospitales</th> <th>Embarazos esperados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Norte</td> <td>1</td> <td>977</td> </tr> <tr> <td>Oeste</td> <td>1</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>Sur</td> <td>1</td> <td>531</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>3</td> <td>2008</td> </tr> </tbody> </table> <p>Necesidades de capacitación de recursos humanos en CONE Básico:</p> <p>Total de médicos: 20 Total de personal de enfermería: 35</p>	Región de Salud	Hospitales	Embarazos esperados	Norte	1	977	Oeste	1	500	Sur	1	531	Total	3	2008	<p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Convención de derechos de la niñez Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. Política de Salud Sexual y Reproductiva Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. Plan Nacional de la niñez y Adolescencia Política de mejoramiento de la calidad de servicios maternos y neonatales. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores mensuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estándares e indicadores de procesos de servicios de salud materna y neonatal <p>Planes para diseminación del CONE Básico:</p> <p>Se realizará de manera simultánea en los 3 Hospitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejora en la competencia del personal de salud para la atención del trabajo de parto, parto, puerperio y recién nacido; complicaciones obstétricas y prevención de infecciones. Fortalecimiento de la red de servicios del primer nivel de atención (equipos médicos, insumos médicos, equipos de comunicación y de transporte, reorganización de la atención materna-neonatal). Actividades de seguimiento y monitoreo mensual de cumplimiento de estándares e indicadores y protocolos por el nivel local de forma mensual y trimestral a nivel nacional.
Región de Salud	Hospitales	Embarazos esperados															
Norte	1	977															
Oeste	1	500															
Sur	1	531															
Total	3	2008															

Belice

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD MATERNA</p> <p>Cuidado Obstétricos y Neonatales Emergencia (CONE) <u>Completo</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Región Norte 2. Región Central 3. Región Oeste 4. Región Sur 	<p>Insumos necesarios:</p> <p>(a) Medicamentos:</p> <p>Oxitocina Hidralazina Labetalol IV Sulfato de magnesio Nifedipina Naloxona Gluconato de Calcio Cloruro de Sodio Cloruro de Potasio Adrenalina Dopamina Furosemida Difenilhidantoína Fenobarbital</p> <p><u>Antibióticos</u> (Ceftriaxona, penicilina cristalina, Amikacina, Gentamicina, Ampicilina, Imipenem, Metronidazol IV, Cefotaxime, Clindamicina, Cloranfenicol, Cefazolina, Cloxacilina Misoprostol</p> <p>Dexametasona Vitamina K1 Sangre y sus derivados</p> <p>Equipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensiómetros y estetoscopios de adulto. • Tensiómetros y estetoscopios Neonatales • Termómetros • Camilla para atención de parto • Maleta de atención del parto (ropa). • Equipo para atención de parto (instrumental) • Maletas quirúrgicas (Ropa) • Instrumental quirúrgico para Cesárea, laparotomía, Histerectomía) • Máquina de anestesia • Succionador mecánico • Banco de sangre • Oxímetros con sensores adulto y neonatal • Equipos de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) • Maleta de atención del recién nacido. • Fuentes de calor (Cunas térmicas) • Mesas para reanimación neonatal. • Equipo de reanimación neonatal (ambu, laringoscopio, tubos endotraqueales, pera de hule) • Equipo de reanimación adulto (ambu, laringoscopio, tubos endotraqueales, • Tanques de Oxígeno con su manómetro • Catéteres nasales de oxígeno adulto y neonatal • Equipo para cateterismo umbilical • Catéteres umbilicales, llaves de tres vías, catéteres y conectores para succión meconio, catéteres de succión, • Bránulas No. 22, 23 • Monitores de signos vitales y sus electrodos para adultos y neonatales • Incubadora de transporte • Tanque de oxígeno para traslado • Dispensadores de jabón antiséptico. 	<p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convención de derechos de la niñez • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Política de Salud Sexual y Reproductiva • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. • Plan Nacional de la niñez y Adolescencia • Política de mejoramiento de la calidad de servicios maternos y neonatales. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores mensuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estándares e indicadores de procesos de servicios de salud materna y neonatal <p>Planes para disseminación del CONE Básico:</p> <p>Se realizará de manera simultánea en los 4 Hospitales:</p>

- Dispensadores de alcohol gel
- CPAP nasales (equipos completos)

Material de reposición periódica:

- Clorhexidina al 4 %
- Alcohol gel al 70 %
- Toallas Desechables
- Bujías de laringoscopio
- Cintas de uroanálisis
- Glucómetros
- Cintas para glucómetros
- Catéteres umbilicales
- Llaves de tres vías
- Catéteres y conectores para succión, meconio
- Catéteres de succión
- Bránulas No. 22, 23
- Equipos para transfusión

Procedimientos:

- Atención del trabajo del parto, del parto eutócico y atención inmediata y rutinaria del recién nacido No complicado.
- Atención de las complicaciones obstétricas (Hemorragias, Síndrome Hipertensión Gestacional, sepsis, Atención Postaborto, Ruptura prematura de membranas, otras)
- Atención de las complicaciones neonatales (reanimación neonatal, asfixia, ictericia, síndrome de dificultad respiratoria o membrana hialina, malformaciones congénitas principalmente cardiopatías y defectos de tubo neural)
- Cesárea
- Esterilización quirúrgica
- Reanimación neonatal.
- Manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP).
- Extracción manual de placenta.
- Extracción de restos placentarios (AMEU).
- Legrado uterino instrumental (LUI)
- Tratamiento de Amenaza de Parto pre término.
- Transfusión de hemoderivados

Número de hospitales a implementarse en donde se ofrece atención del parto vía vaginal y quirúrgica: 4

Hospitales Regionales (3)
 Hospital Regional Norte
 Hospital Regional Central
 Hospital Regional Sur

Hospital Nacional (1)
 Karl Heusner Memorial Hospital

Población a ser atendida:

Región de Salud	Hospital priorizado	Partos esperados
Norte	1	1138
Central	1	2030
Oeste	1	1400
Sur	1	888
Total	5456	

Un 15% de los partos esperados puede presentar una complicación obstétrica

Necesidades de capacitación de recursos humanos en CONE Completo:

Total de médicos: 35
 Total de personal de enfermería: 60

- Mejora en la competencia del personal de salud para la atención del trabajo de parto, parto, puerperio y recién nacido; complicaciones obstétricas y prevención de infecciones.
- Fortalecimiento de la red de servicios del primer nivel de atención (equipos médicos, insumos médicos, equipos de comunicación y de transporte, reorganización de la atención materna-neonatal).
- Actividades de seguimiento y monitoreo mensual de cumplimiento de estándares e indicadores y protocolos por el nivel local de forma mensual y trimestral a nivel nacional.

Belice

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD REPRODUCTIVA</p> <p>Atención integral a la adolescencia</p>	<p>Insumos necesarios para fortalecer procesos de consejería para adolescentes que no han iniciado vida sexual activa:</p> <p>Se diseñara el programa de atención integrada del adolescente.</p> <p>Para esta intervención se requiere presupuesto para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de manual de atención integrada • Diseño de rotafolio con temas más comunes de SSR del adolescente • Reproducción de rotas folios en tamaño de uso personal y para sesión grupal • Taller de capacitación a 20 adolescentes en cada distrito seleccionado. <p>Procedimientos:</p> <p>Capacitación de personal de salud: Médicos: 100 Enfermeras: 150 Brigadistas de Salud: 200 Capacitación de adolescentes: 200</p> <p>Los beneficiarios directos serán: 75,000 adolescentes de ambos sexos.</p>	<p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convención de derechos de la niñez • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Política de Salud Sexual y Reproductiva • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. • Plan Nacional de la niñez y Adolescencia • Política de mejoramiento de la calidad de servicios maternos y neonatales. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores mensuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estándares e indicadores de procesos de servicios al adolescente

Belice

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD REPRODUCTIVA</p> <p>Fortalecer la promoción y el uso de anticonceptivos modernos de largo plazo (DIU) a nivel nacional.</p>	<p>Insumos necesarios:</p> <p>1,000 unidades de T de Cobre / año</p> <p>40 Equipos para la aplicación de T de Cobre.</p> <p>500,000 de condones/año, para promocionar la protección dual.</p> <p>Necesidades de capacitación de recursos humanos:</p> <p>Talleres de capacitación a personal de salud para aplicación de T de Cobre, se capacitarán a 10 recursos de cada distrito; en total 60. El taller de capacitación tendrá una duración de dos días.</p> <p>Para cada taller se necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación para 13 personas (refrigerios y almuerzos). • 3 marcadores permanentes. • 1 Papelógrafos. 	<p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convención de derechos de la niñez • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Política de Salud Sexual y Reproductiva • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. • Plan Nacional de la niñez y Adolescencia • Política de mejoramiento de la calidad de servicios maternos y neonatales. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores mensuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estándares e indicadores de procesos de servicios al adolescente

Belice

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad																		
<p>SALUD NEONATAL</p> <p>En el I y II Nivel de Atención</p> <p>Prevención del SDR (membrana hialina) y</p> <p>Prevención de la Asfixia</p> <p>Prevención de los defectos del Tubo Neural</p> <p>Prevención de Transmisión Vertical de Sífilis y VIH</p> <p>Prevención de infecciones</p> <p>Sistema de Referencia al Hospital</p>	<p>Insumos necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento antibiótico para IVU, infecciones buco dentales, vaginales y Ruptura prematura de membranas, sífilis materna y neonatal, quimioprofilaxis infecciones oportunistas • Antirretrovirales • Antihipertensivos: alfametildopa • Nifedipina • Multivitaminas prenatales • Hierro y Acido Fólico de 0.4 mg <p>Actualización y Reproducción de protocolos de atención prenatal Actualización y Reproducción de protocolo de atención de las Complicaciones obstétricas Manual de Intervenciones Basadas en Evidencia para Reducir Mortalidad Neonatal Tablas de Índice Masa Corporal Actualización y reproducción de manual de prevención de la transmisión vertical de VIH y Sífilis</p> <p>Equipos:</p> <p>Tensiómetro y estetoscopio de Adulto Pesas con tallímetro</p> <p>Material de reposición periódica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cintas de uroanálisis • Recolectores de orina • Glucómetros • Cintas para glucómetros • Pruebas rápidas de VIH • Western Blott • RPR <p>Procedimientos:</p> <p>Prevención del SDR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección y Tratamiento oportuno de las IVU y cervicovaginitis - Detección y manejo de factores de riesgo de Preclampsia - Detección de infecciones bucodentales - Determinación IMC para detección de riesgo de síndrome hipertensivo, diabetes, desnutrición - Uso de Dexametasona en la amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino - Manejo de la Ruptura prematura de membranas en pretérmino - Utilización e interpretación adecuada del Partograma <p>Detección de factores de riesgo para asfixia anteparto e intraparto</p> <p>Sitios seleccionado: 7 hospitales del sector publico 7 centros de salud urbano y 7 rurales</p> <p>Población a ser atendida:</p> <table border="1" data-bbox="466 1612 1153 1774"> <thead> <tr> <th>Región de Salud</th> <th>Unidades de Salud I y II nivel</th> <th>Embarazos esperados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Norte</td> <td>6</td> <td>2116</td> </tr> <tr> <td>Central</td> <td>6</td> <td>2030</td> </tr> <tr> <td>Oeste</td> <td>6</td> <td>1895</td> </tr> <tr> <td>Sur</td> <td>6</td> <td>1451</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>24</td> <td>7492</td> </tr> </tbody> </table> <p>Necesidades de capacitación de recursos humanos: Total de médicos: 60 Total de personal de enfermería: 150</p>	Región de Salud	Unidades de Salud I y II nivel	Embarazos esperados	Norte	6	2116	Central	6	2030	Oeste	6	1895	Sur	6	1451	Total	24	7492	<p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convención de derechos de la niñez • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Política de Salud Sexual y Reproductiva • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. • Plan Nacional de la niñez y Adolescencia • Política de mejoramiento de la calidad de servicios maternos y neonatales. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de monitoreo del plan nacional de reducción de la mortalidad materna, peri natal y neonatal. • Documento de estándares e indicadores de calidad de atención durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido. • Estadísticas del Ministerio de Salud. <p>Planes para diseminación Se realizará de manera simultánea en los SILAIS priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la competencia del personal de salud para la prevención del SDR (Membrana Hialina), prevención de la asfixia, prevención de los defectos del Tubo Neural, prevención infecciones, prevención de transmisión vertical de Sífilis y VIH, Lactancia materna • Fortalecimiento de la red de servicios del primero y segundo nivel de atención (equipos e insumos médicos) • Actividades de seguimiento y monitoreo mensual de cumplimiento de estándares e indicadores- protocolos- por el nivel local y de forma trimestral por el nivel nacional
Región de Salud	Unidades de Salud I y II nivel	Embarazos esperados																		
Norte	6	2116																		
Central	6	2030																		
Oeste	6	1895																		
Sur	6	1451																		
Total	24	7492																		

Costa Rica

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD MATERNA</p> <p>Buenas Prácticas para Disminuir la Muerte Materna por Infecciones Post Parto.</p>	<p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una política nacional de salud de calidad y seguridad del paciente. • Actualizar las Normas de Atención Post Parto y Post Aborto. • Fortalecer comisiones interdisciplinarias a nivel intrahospitalario de infecciones nosocomiales. • Fomentar la Directriz de la Organización Mundial de la Salud sobre higiene de manos en la atención sanitaria “Unas manos limpias son unas manos seguras”. • Asumir el reto mundial en pro de la seguridad del paciente “una atención limpia es una atención más segura”. • Extender a nivel nacional el programa “Cirugía Segura Salva Vidas”. • Sensibilizar al personal de salud sobre el manejo adecuado de desechos intrahospitalarios. <p>Insumos Necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotar a los servicios con maternidad de recursos necesarios, tales como: guantes, mascarillas, material descartable (jeringas, espéculos), desinfectantes. <p>Recurso Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar y capacitar al personal de salud (médicos y enfermeras) en técnica aséptica médica y técnica aséptica quirúrgica. <p>Número de Servicios a Implementarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 hospitales públicos con maternidad. <p>Sitio Seleccionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nivel nacional. <p>Organización Comunitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a la población para que fiscalice la calidad de los servicios de salud. 	<p>Evaluada a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso político con las Iniciativas Globales de Paciente Seguro y Cirugía Segura. • Estudio de eventos adversos en los hospitales con maternidad. • Evaluar la aplicación de las Estrategias de la Organización Mundial de la Salud. • Apoyo económico externo.

Costa Rica

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD REPRODUCTIVA</p> <p>Implementar servicios de anticoncepción para adolescentes en los centros de atención primaria y secundaria.</p>	<p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y oficializar las Normas de Planificación Familiar Diferenciada para Adolescentes. • Incluir en el Cuadro Básico de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social los anticonceptivos orales recomendados para este grupo etéreo. • Abogar por la publicación de la Ley de Salud actualizada, que incluye un capítulo de Salud Sexual y Reproductiva y de Adolescentes. • Socializar la Política Nacional de Sexualidad Saludable. <p>Recurso Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal de los EBASIS y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. • Sitios Seleccionados: • Dado que Costa Rica tiene el principio de universalidad y garantiza el acceso a los servicios de salud sin discriminación, sería aplicado a nivel nacional. <p>Número de Servicios a Implementarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1024 EBASIS. • 94 Clínicas públicas <p>Coordinación Interinstitucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el Ministerio de Educación Pública para la aplicación de las Guías de Educación Sexual para los estudiantes. <p>Organización Comunitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer al Consejo de la Persona Joven. • Fortalecer el trabajo de los líderes juveniles del Plan de Atención Integral al Adolescente (PAIA). 	<p>En Costa Rica la población costarricense en extrema pobreza es asegurada por el Estado.</p> <p>Evaluado a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso Político (Políticas Públicas). • Indicadores de cobertura a los diferentes métodos de anticoncepción en adolescentes. • Desarrollar metodología de trazadora de embarazo en adolescentes. • Monitorear periódicamente el cumplimiento de responsabilidades institucionales de las organizaciones que conforman el Consejo de Protección a la Madre Adolescente. • Contar con apoyo económico externo.

Costa Rica

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD NEONATAL</p> <p>Prevención y Manejo de Asfixia, Infecciones e Hipotermia en el Recién Nacido.</p>	<p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualizar las Normas de Atención al Recién Nacido, con evidencia científica y enfoque de derechos. • Identificar las causas principales de mortalidad infantil en el grupo neonatal temprano (recién nacido hasta 8 días de edad). • Dotar a los hospitales regionales del equipo adecuado para la atención de neonatos de alto riesgo. • Brindar atención calificada del parto. • Seguimiento por parte del personal de enfermería en el hogar a los recién nacidos. • Continuar con la capacitación de Resucitación Neonatal a todo el personal médico y de enfermería del país. <p>Recurso Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y asistentes técnicos de atención primaria (ATAP), de los 1024 EBAIS y las 94 Clínicas públicas. <p>Insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y materiales necesarios para la atención adecuada del recién nacido. 	<p>Evaluación a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso político con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. • Supervisión y monitoreo periódico del cumplimiento de las Normas de Atención al Recién Nacido. • Continuar con el Sistema de Análisis de Mortalidad Infantil y velar por que se cumplan los planes de intervención para las causas prevenibles.

México

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD MATERNA</p> <p>Cuidado de la Emergencia Obstétrica (CEmO) básico</p>	<p>Medicamentos: Asegurar en todas las unidades médicas dos tipos de stock de medicamentos: para hemorragia y para preclampsia-eclampsia</p> <p>Preclampsia-eclampsia (suficiencia para 2 pacientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiras reactivas para diagnóstico 3 parámetros (URS-3). Sangre, glucosa y albúmina 2. Ampolletas Diazepam solución inyectable Cada ampolleta contiene diazepam 10 mg. 4 Cápsulas Nifedipino cápsulas de gelatina blanda. Cada cápsula contiene nifedipino 10 mgs 2 Jeringa de plástico grado médico, con pivote tipo LUER LOCK. Capacidad de 3 ml. Escala graduada en ml con divisiones de 0.5 ml y subdivisiones de 0.1 ml, con aguja calibre 22 y 32 mm. de longitud. Estéril y desechable. 2 Equipo para venoclisis sin aguja. Estériles. Desechable. Normogotero. 2 Catéter para venoclisis, de plástico, no radiopaco, estéril y desechable. Con aguja y conector para jeringa. Longitud 25 mm calibre 18 G 2 Solución glucosada anhidra al 10% Cada 100 ml contienen solución glucosada anhidra 10 grs. 2 Solución Hartmann. Cada envase contiene sodio 3000 mgs, potasio 157 mgs, calcio 54.5 mgs, cloruro de sodio 3880, lactato 2460 mg, agua inyectable 1000 ml. 1 Alcohol en frasco de plástico irrompible en presentación gel 2 Algodón 1 Pieza Tela de acetato con adhesivo en una de sus caras. Longitud 10 mts. Ancho 5 cms. 2 Ámpulas Sulfato de Magnesio. Solución inyectable, 1 gr. / 10 ml 4 Tabletas, Labetalol. Tabletas 100 mgs 2 ampolletas Solución inyectable 40 mgs <p>Hemorragia (suficiencia para una paciente)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 Solución Hartmann. Cada envase contiene sodio 3000 mg; potasio 157 mg; calcio 54.5 mg; cloruro 3880 mg, lactato 2460 mg; agua inyectable 1000 ml 2 Hidroxietilalmidón de última generación. Solución coloidal al 6% inyectable para infusión, origen vegetal para reposición y mantenimiento de hasta 6 horas. Bolsa con 500 cc. 130/0.4/6% (Expansor plasmático) 2 Equipo para venoclisis sin aguja. Estéril. Desechable. Normogotero. 2 Catéter para venoclisis, de plástico, no radiopaco, estéril y desechable; con aguja y conector para jeringa. Longitud 25 mm. Calibre 18G. 1 Alcohol en frasco de plástico irrompible en presentación gel. 	<p>Evaluada a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso político • Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales • Planes para diseminación (scaling-up) del CEmO • Indicadores de proceso: Número de CEmO realizados, número de capacitaciones, etc.

1		Algodón
1	Pieza	Tela de acetato con adhesivo en una de sus caras. Longitud 10 mts. Ancho 5 cms.
1		Tubo para torniquete de látex con caja color ámbar, con espesor de la pared de 1.13-1.37 mm
1	Ampolleta	Ergometrina solución inyectable. Cada ampolleta contiene Maleato de Ergometrina 0.2 mgs.
1	Ampolleta	Fitomenadiona. Emulsión inyectable. Cada ampolleta contiene Fitomenadiona Vitamina K 2 mgs.
1	Ampolleta	Carbetocina. Solución inyectable. Cada ampolleta contiene Carbetocina 100µg

Procedimientos:

Atención del parto

Extracción manual de placenta

Extracción de restos placentarios (AMEU)

Sitio rural seleccionado:

Número de estados incluidos: 8

De un total de estados: 32

Número de municipios incluidos: 153

De un total de municipios: 1310

Número de servicios a implementarse en donde se ofrece atención del parto:

151 Centros de Salud

Población Indígena a ser atendida:

Población indígena localizada en 125 municipios 7,495,408 de total de población indígena en los 8 estados

Necesidades de capacitación de recursos humanos en CEmO:

Total de médicos: 202

Total de estudiantes medicina 202

Total de enfermeras profesionales: 202

Total de enfermeras auxiliares: 202

Necesidades de organización comunitaria:

125 comunidades organizadas para traslado de paciente con emergencia obstétrica

México

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD MATERNA</p> <p>Cuidado de la Emergencia Obstétrica (CEmO) Total o integral</p>	<p>Necesidades: Asegurar Quirófano Sangre Recursos humanos (equipo quirúrgico y urgenciólogo) las 24 hrs.</p> <p>Procedimientos: Atención del parto Extracción manual de placenta Extracción de restos placentarios (AMEU) Transfusión sanguínea Operación cesárea Histerectomía</p> <p>Sitio rural seleccionado: Número de estados incluidos: 8 De un total de estados: 32</p> <p>Número de servicios a implementarse en donde se ofrece atención del parto: 50 Hospitales distritales</p> <p>Población Indígena a ser atendida: Población indígena localizada en 125 municipios 7,495,408 de total de población indígena en los 8 estados</p> <p>Necesidades de recursos humanos capacitados en los hospitales: Total de médicos: Ginecólogos: 56 Anestesiólogos: 29 Pediatras: 41 Generales: 50 Total de enfermeras profesionales: 96 Total de químicos: 105</p> <p>Necesidades de organización comunitaria: 125 comunidades organizadas para referencia de paciente con emergencia obstétrica</p>	<p>Evaluada a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso político • Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales • Planes para diseminación (scaling-up) del CemO • Indicadores de proceso: Número de CemO realizados entre número esperado, turnos completos en hospitales, etc.

MÉXICO

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD REPRODUCTIVA</p> <p>Implementación de servicios de</p>	<p>Necesidades: Asegurar personal capacitado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consejería 2. Oclusión tubárica bilateral 3. Vasectomía sin bisturí <p>Procedimientos: Oclusión tubárica bilateral Vasectomía sin bisturí Implante</p> <p>Sitio rural seleccionado: Número de estados incluidos: 8 De un total de estados: 32 Número de municipios incluidos: 153 De un total de municipios: 1310</p> <p>Número de servicios a implementarse en donde se ofrece atención del parto: 50 hospitales generales e integrales</p> <p>Población Indígena a ser atendida: Población indígena localizada en 125 municipios 7,495,408 de total de población indígena en los 8 estados</p> <p>Necesidades de existencia de recursos humanos capacitados: Ginecólogos: 56 Anestesiólogos: 29 Generales: 50 Total de enfermeras profesionales: 96</p>	<p>Evaluada a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso político • Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales • Programas de promoción de la APEO

MÉXICO

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD REPRODUCTIVA</p> <p>Asegurar el acceso libre e informado a por lo menos seis métodos modernos reversibles y referencia a AQV en todos los centros de salud</p>	<p>Necesidades: Campaña de promoción y difusión de planificación familiar Métodos anticonceptivos modernos en todos los centros de salud Personal capacitado en consejería anticonceptiva</p> <p>Procedimientos: Compra y distribución de métodos anticonceptivos modernos a las unidades de salud Consejería a la población para la decisión del método correcto Aplicación de métodos modernos de anticoncepción Seguimiento de la anticoncepción Pláticas a adolescentes sobre prevención del embarazo</p> <p>Sitio rural seleccionado: Número de estados incluidos: 8 De un total de estados: 32 Número de municipios incluidos: 153 De un total de municipios: 1310</p> <p>Número de servicios a implementarse en donde se ofrece atención del parto: 151 Centros de Salud</p> <p>Población Indígena a ser atendida: Población indígena localizada en 125 municipios 7,495,408 de total de población indígena en los 8 estados</p> <p>Necesidades de capacitación de recursos humanos en orientación de anticoncepción y prevención del embarazo en adolescentes: Total de médicos: 202 Total de enfermeras profesionales: 202</p>	<p>Evaluada a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso político • Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales • Campaña de promoción y difusión de anticonceptivos modernos y planificación familiar

MÉXICO

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD NEONATAL</p> <p>Prevención y manejo de asfixia:</p>	<p>Procedimientos: Brindar herramientas para la gestión de recursos necesarios para los cursos de reanimación neonatal Actualizar y capacitar al personal en Reanimación Neonatal Unificar criterios en la impartición del curso de reanimación neonatal a través de la actualización y distribución de material avalado por Academias de Pediatría. Elaboración de un Manual de Organización y Procedimientos de Reanimación Neonatal</p> <p>Sitio rural seleccionado: Número de estados incluidos: 8 De un total de estados: 32 Número de municipios incluidos: 153 De un total de municipios: 1310</p> <p>Número de servicios a implementarse en donde se ofrece atención del parto: 151 Centros de Salud 50 hospitales generales e integrales</p> <p>Población Indígena a ser atendida: Población indígena localizada en 125 municipios 7,495,408 de total de población indígena en los 8 estados</p> <p>Necesidades de Instructores: Coordinadores del programa de reanimación neonatal en los diversos estados de la república, responsables del programa de reanimación neonatal por parte de salud reproductiva, instructores para formación Todo estudiante de medicina debe ser capacitado en reanimación neonatal antes de ir a su Internado Rotatorio de Pregrado.</p> <p>Necesidades de organización comunitaria: Capacitación a parteras tradicionales</p>	<p>Evaluada a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso político • Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales • Evaluación de Impacto en la Mortalidad Neonatal

NICARAGUA

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD MATERNA</p> <p>Cuidado Obstétricos y Neonatales Emergencia (CONE) <u>Básico</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RAAN 2. RAAS 3. RSJ 4. Jinotega 5. Matagalpa 6. Chontales 7. Managua 8. Chinandega 	<p>Insumos necesarios:</p> <p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oxitocina Antihipertensivos (hidralazina) Antibióticos (Ceftriaxona, penicilina cristalina, cefalexina, ampicilina, gentamicina) Sulfato magnesio Misoprostol Nifedipina Dexametasona Vitamina K. <p>Equipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensiómetros y estetoscopios de adulto. • Maleta de atención del parto (ropa). • Equipo para atención de parto (instrumental). • Equipos de Aspiración Manual <p>Endo Uterina (AMEU).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxímetros con sensores adulto y neonatal • Maleta de atención del recién nacido. • Fuentes de calor (lámparas) • Mesas para reanimación neonatal. • Equipo de reanimación neonatal (ambu, laringoscopio, tubos endotraqueales, oxígeno, pera de hule). • Incubadora de transporte • Tanque de oxígeno para traslado. • Dispensadores de jabón antiséptico. • Dispensadores de alcohol gel • Equipos de comunicación (telefonía celular, 1 por cada municipio priorizado). • Medios de transporte (ambulancias acuáticas para 17 municipios y 47 ambulancias terrestres). <p>Material de reposición periódica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clorhexidina al 4 % • Alcohol gel al 70 % • Toallas Desechables • Cintas de uroanálisis. • Glucómetros • Cintas para glucómetros <p>Procedimientos:</p> <p>Atención del trabajo del parto, del parto eutóxico y atención inmediata del recién nacido no complicado.</p> <p>Reanimación neonatal.</p> <p>Manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP).</p> <p>Extracción manual de placenta.</p> <p>Extracción de restos placentarios (AMEU).</p> <p>Inicio de tratamiento de Amenaza de Parto Pretérmino.</p> <p>Referencia con tratamiento inicial de sostén y acompañamiento de complicaciones obstétricas y neonatales.</p> <p>Sitio rural seleccionado:</p> <p>Número de departamentos (SILAIS) incluidos: 8 De un total: 17 SILAIS</p> <p>Numero de municipios en total: 51 de 78 municipios de los 8 SILAIS seleccionados</p> <p>Número de servicios a implementarse en donde se ofrece atención del parto:</p> <p>51 Centros de Salud de Atención Primaria</p>	<p>Evaluada a través de:</p> <p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Nicaragua. • Ley general de salud. • Plan de desarrollo humano. • Política Nacional de Salud 2007 – 2011. • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC). • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de monitoreo del plan nacional de reducción de la mortalidad materna, peri natal y neonatal. • Documento de estándares e indicadores de calidad de atención durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido. • Estadísticas del Ministerio de Salud. <p>Planes para diseminación (scaling-up) del CONE Básico:</p> <p>Se realizará de manera simultánea en los 8 SILAIS priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la competencia del personal de salud para la atención del trabajo de parto, parto, puerperio, recién nacido. • Mejora en la competencia del personal de salud del I nivel en el manejo de: <p>-Hemorragia postparto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preclampsia y Eclampsia - Complicaciones del aborto - Prevención de infecciones (parto limpio, higiene de manos, uso de soluciones antisépticas y desinfectantes) <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la red de servicios del primer nivel de atención (equipos médicos, insumos médicos, equipos de comunicación y de transporte, reorganización de la atención materna-neonatal). • Actividades de seguimiento y monitoreo mensual de cumplimiento de estándares y protocolos por el nivel local y de forma trimestral por el nivel nacional

NICARAGUA

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD MATERNA</p> <p>Cuidado Obstétricos y Neonatales Emergencia (CONE) Completo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RAAN 2. RAAS 3. RSJ 4. Jinotega 5. Matagalpa 6. Chontales 7. Managua 8. Chinandega 	<p>Insumos necesarios:</p> <p>Medicamentos: Oxitocina Hidralazina Labetalol IV Sulfato de magnesio Nifedipina Naloxona Gluconato de Calcio Cloruro de Sodio Cloruro de Potasio Adrenalina Dopamina Furosemida Difenilhidantoína Fenobarbital</p> <p>Antibióticos (Ceftriaxona, penicilina cristalina, Amikacina, Gentamicina, Ampicilina, Imipenem, Metronidazol IV, Cefotaxime, Clindamicina, Cloranfenicol, Cefazolina, Cloxacilina Misoprostol</p> <p>Dexametasona Vitamina K1 Sangre y sus derivados</p> <p>Equipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensiómetros y estetoscopios de adulto. • Tensiómetros y estetoscopios Neonatales • Camilla para atención de parto • Maleta de atención del parto (ropa). • Equipo para atención de parto (instrumental) • Maletas quirúrgicas (Ropa) • Instrumental quirúrgico para Cesárea, laparotomía, Histerectomía) • Máquina de anestesia • Succionador mecánico • Banco de sangre • Oxímetros con sensores adulto y neonatal • Equipos de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) • Maleta de atención del recién nacido. • Fuentes de calor (Cunas térmicas) • Mesas para reanimación neonatal. • Equipo de reanimación neonatal (ambu, laringoscopio, tubos endotraqueales, pera de hule) • Equipo de reanimación adulto (ambu, laringoscopio, tubos endotraqueales, • Tanques de Oxígeno con su manómetro • Catéteres nasales de oxígeno adulto y neonatal 	<p>Evaluada a través de:</p> <p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Nicaragua. • Ley general de salud. • Plan de desarrollo humano. • Política Nacional de Salud 2007 – 2011. • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC). • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de monitoreo del plan nacional de reducción de la mortalidad materna, peri natal y neonatal. • Documento de estándares e indicadores de calidad de atención durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido. • Estadísticas del Ministerio de Salud. <p>Planes para diseminación (scaling-up) del CONE Completo:</p> <p>Se realizará de manera simultánea en los 8 SILAIS priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la competencia del personal de salud para la atención del trabajo de parto, parto, puerperio, recién nacido con y sin complicaciones • Mejora en la competencia del

NICARAGUA

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD</p>	<p>Insumos necesarios para fortalecer procesos de consejería en adolescentes que no han iniciado vida sexual activa:</p> <p>Se promoverá la utilización de la Mochila Educativa Comunitaria del Adolescente a través de los Clubs de adolescentes, con el propósito de mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas en el campo de la SSR en niños/niñas y adolescentes.</p> <p>Para esta intervención se requiere presupuesto para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reproducción de la mochila educativa comunitaria. Costo estimado de cada mochila U\$ 80.00. Se deberán entregar 10 mochilas a cada municipio (510 mochilas en total). • Taller de capacitación a 10 adolescentes en cada municipio seleccionado. <p>Procedimientos:</p> <p>Para que los adolescentes utilicen la mochila educativa se les impartirá inicialmente un taller de capacitación.</p> <p>La población total de adolescentes a beneficiar con esta intervención es 476,649 (hombres y mujeres).</p> <p>Insumos necesarios para garantizar el abastecimiento de métodos anticonceptivos a adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Norigynón (inyectable mensual). Se necesita la compra de 500,000 ampollas. • Reproducción de 102 rota folios para la consejería en planificación familiar. 	<p>Evaluada a través de:</p> <p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Nicaragua. • Ley general de salud. • Plan de desarrollo humano. • Política Nacional de Salud 2007 – 2011. • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se definirían estándares e indicadores relacionados al fortalecimiento de los conocimientos así como valoración de cambios en actitudes y prácticas realizadas por adolescentes en SSR. • Se deberá valorar los indicadores establecidos por el SIGLIM para comparar el grado de abastecimiento según lo solicitado, entre otros indicadores.

NICARAGUA

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD REPRODUCTIVA</p> <p>Fortalecer la promoción y el uso de anticonceptivos modernos de largo plazo (DIU) a nivel nacional.</p>	<p>Insumos necesarios:</p> <p>10,000 unidades de T de Cobre.</p> <p>404 Equipos para la aplicación de T de Cobre.</p> <p>2,000,000 de condones, para promocionar la protección dual.</p> <p>Necesidades de capacitación de recursos humanos:</p> <p>Talleres de capacitación a personal de salud para aplicación de T de Cobre, se capacitarán a 10 recursos de cada municipio; en total 510. El taller de capacitación incluye 2 días teóricos y 2 días prácticos.</p> <p>Para cada taller se necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación para 12 personas (refrigerios y almuerzos). • 8 marcadores permanentes. • Papelógrafos. 	<p>Evaluada a través de:</p> <p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Nicaragua. • Ley general de salud. • Plan de desarrollo humano. • Política Nacional de Salud 2007 – 2011. • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo realizando uso de listas de chequeo para valorar aplicabilidad de la norma de planificación familiar según criterios de elegibilidad. • Encuestas de satisfacción a usuarias.

NICARAGUA

Prácticas Efectivas (PE) o Paquete de Prácticas Efectivas (PPE)	Proceso de Implementación	Sustentabilidad
<p>SALUD NEONATAL</p> <p>En el I y II Nivel de Atención</p> <p>Prevención del SDR (membrana hialina) y</p> <p>Prevención de la Asfixia</p> <p>Prevención de los defectos del Tubo Neural</p> <p>Prevención de Transmisión Vertical de Sífilis y VIH</p> <p>Prevención de infecciones</p> <p>Referencia al Hospital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RAAN 2. RAAS 3. RSJ 4. Jinotega 5. Matagalpa 6. Chontales 7. Managua 8. Chinandega 	<p>Insumos necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento antibiótico para IVU, infecciones buco dentales, vaginales y Ruptura prematura de membranas, sífilis materna y neonatal, quimioprofilaxis infecciones oportunistas • Antiretrovirales • Calcio oral tab • Aspirina 100 mg tab • Antihipertensivos: alfametildopa • Nifedipina • Multivitaminas prenatales • Acido Fólico de 0.4 mg y 4 mg tab • Hierro tab <p>Reproducción de protocolos de atención prenatal</p> <p>Reproducción de protocolo de atención de las Complicaciones obstétricas</p> <p>Manual de Intervenciones Basadas en Evidencia para Reducir Mortalidad Neonatal</p> <p>Tablas de Índice Masa Corporal</p> <p>Equipos:</p> <p>Tensiómetro y estetoscopio de Adulto Pesas con tallímetro</p> <p>Material de reposición periódica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cintas de uroanálisis • Recolectores de orina • Glucómetros • Cintas para glucómetros • Pruebas rápidas de VIH • Western Blott • RPR <p>Procedimientos:</p> <p>Prevención del SDR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección y Tratamiento oportuno de las IVU y cervicovaginitis - Detección y manejo de factores de riesgo de Preclampsia (incluye calcio y aspirina) - Detección de infecciones bucodentales - Determinación IMC para detección de riesgo de síndrome hipertensivo, diabetes, desnutrición - Uso de Dexametasona en la amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino - Manejo de la Ruptura prematura de membranas en pretérmino - Utilización e interpretación adecuada del Partograma 	<p>Evaluada a través de:</p> <p>Compromiso político respaldado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Nicaragua. • Ley general de salud. • Plan de desarrollo humano. • Política Nacional de Salud 2007 – 2011. • Seguimiento a metas de los ODM 4 y 5. • Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). • Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. • Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. <p>Proceso de supervisión y monitoreo con evaluación de indicadores semestrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • instrumento de monitoreo del plan nacional de reducción de la mortalidad materna, peri natal y neonatal. • Documento de estándares e indicadores de calidad de atención durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido. • Estadísticas del Ministerio de Salud. <p>Planes para diseminación (scaling-up):</p> <p>Se realizará de manera simultanea en los SILAIS priorizados:</p>

Anexo 6. Indicadores de evaluación

Salud materna

	Atención obstétrica de emergencia (AOEm)	Indicadores	Definición
IMPACTOS	Reducción de la mortalidad materna. Reducción de la brecha entre los quintiles de ingreso en la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado.	Razón de mortalidad materna. Razón de nacimientos con AOEm en los quintiles de ingreso más bajo y más alto de la población.	(Número de muertes maternas) / (100,00 nacimientos vivos) Proporción de nacimientos con AOEm en el quintil con menor ingreso sobre proporción de nacimientos con AOEm en el quintil con mayor ingreso
RESULTADOS	Aumento en el número de centros/puestos de salud que ofrecen AOEm básica. Reducción del número de mujeres con complicaciones obstétricas que no reciben servicios de AOEm.	Número de centros y puestos de salud que ofrecen AOEm básica por 500,000 habitantes. Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que no reciben servicios de AOEm.	(Número de centros y puestos de salud que ofrecen AOEm básica / (Número total de centros y puestos de salud) * 500,000 habitantes) (Número de mujeres con complicaciones obstétricas que no reciben servicios de AOEm) / (Número total de mujeres que sufre complicaciones obstétricas) * 100
PRODUCTOS	Aumento del número de elementos del personal calificado que pueden proporcionar AOEm a nivel comunitario y hospitalario.	Número de elementos del personal capacitado que pueden proporcionar AOEm a nivel comunitario y hospitalario.	(Número de elementos del personal capacitado que pueden proporcionar AOEm a nivel comunitario y hospitalario) / (Número de elementos del personal de salud en la comunidad y en el hospital)

	Manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto	Indicadores	Definición
IMPACTOS	Reducción de la mortalidad materna debida a hemorragia posparto. Reducción del número de casos con hemorragia vaginal grave.	Número anual de muertes maternas debidas a hemorragia vaginal posparto (%). Casos de hemorragia vaginal posparto moderada y grave (> 500 ml).	(Número de muertes maternas por hemorragia vaginal posparto por año) / (Número de nacimientos vivos por año) * 100,000 (Número de casos de hemorragia vaginal posparto moderada y grave (> 500 ml) por mes) / (Número de partos vaginales por mes)
RESULTADOS	Incremento del número de partos con MATFTP. Disminución del número de casos de hemorragia vaginal posparto moderada y grave.	Partos vaginales con MATFTP. Porcentaje de partos vaginales con hemorragia vaginal posparto moderada y grave.	(Número de partos vaginales con MATFTP por mes) / (Número de partos vaginales por mes) (Número de casos de hemorragia vaginal posparto moderada y grave) / (Número de partos vaginales en hospital con MATFTP por mes)
PRODUCTOS	Incremento del uso de oxitocina o <i>unijet</i> Disminución de la aplicación de transfusiones sanguíneas en el posparto. Incremento del número de elementos del personal entrenados para proporcionar MATFTP para prevenir la hemorragia posparto.	Número de unidades de oxitocina o <i>unijet</i> usadas por mes. Número de transfusiones sanguíneas posparto por mes. Personal capacitado entrenado para proporcionar MATFTP.	(Número de unidades de oxitocina o <i>unijet</i> usadas por mes) / (Número de partos vaginales por mes) (Número de transfusiones sanguíneas por mes) / (Número de partos vaginales en hospital por mes) (Número de elementos del personal entrenados para proporcionar MATFTP)

	Intervenciones para reducir la mortalidad materna por eclampsia	Indicadores	Definición
IMPACTOS	Reducción de la mortalidad materna debida a eclampsia o preeclampsia.	Razón de mortalidad materna debida a eclampsia o preeclampsia.	(Número de muertes maternas por eclampsia por año) / (Número de nacimientos vivos por año) *100,000
RESULTADOS	Incremento del número de casos de preeclampsia o eclampsia tratados con la intervención propuesta.	Casos de eclampsia que son tratados.	(Número de casos de eclampsia que son tratados según la intervención propuesta) / (Número de casos de preeclampsia o eclampsia)
	Incremento del número de casos de preeclampsia o eclampsia transferidos con éxito a una institución de nivel más alto (cuando se requiera).	Casos de eclampsia remitidos a una institución de nivel más alto.	(Número de casos de eclampsia remitidos a una institución de nivel más alto) / (Número de casos de preeclampsia o eclampsia)
PRODUCTOS	Mejoramiento del manejo de los casos de preeclampsia o eclampsia. Incremento del número de elementos del personal entrenados para el tratamiento de emergencias debidas a preeclampsia o eclampsia.	Razón de altas por preeclampsia o eclampsia grave a razón de altas por preeclampsia ligera o moderada. Personal entrenado para el tratamiento de emergencias debidas a preeclampsia o eclampsia.	(Número de casos de preeclampsia o eclampsia grave) / (Número de casos de preeclampsia ligera o moderada) Número de elementos del personal entrenados para el tratamiento de emergencias debidas a preeclampsia o eclampsia.

	Intervenciones para reducir la mortalidad materna por infección posparto	Indicadores	Definición
IMPACTOS	Reducción de las muertes maternas debidas a infección posparto.	Razón de mortalidad materna debida a infección posparto.	(Número de muertes maternas por infección posparto por año) / (Número de nacimientos vivos por año) * 100,000
RESULTADOS	Incremento del número de emergencias por infección posparto tratadas según la intervención propuesta.	Casos tratados por infección posparto.	(Número de casos tratados por infección posparto por mes según la intervención propuesta) / (Número de partos vaginales por mes)
	Incremento de la proporción de infecciones posparto graves diagnosticadas y remitidas a instituciones de nivel más alto.	Casos de infección posparto remitidos a una institución de nivel más alto.	(Número de casos de infección posparto remitidos a una institución de nivel más alto) / (Número de partos vaginales por mes)
	Incremento del número de casos de infección posparto tratados en la comunidad o en el primer nivel según la intervención propuesta.	Casos de infección posparto tratados inicialmente en centros o puestos de salud.	(Número de casos de infección posparto tratados inicialmente en centros o puestos de salud por mes según la intervención propuesta) / (Número de partos vaginales por mes)
PRODUCTOS	Incremento del personal entrenado para el tratamiento de emergencias debidas a infecciones posparto en la comunidad y en la instalación de salud.	Personal entrenado para el tratamiento de emergencias debidas a infecciones posparto en la comunidad y en la instalación de salud.	Número de personas entrenadas para el tratamiento de emergencias debidas a infecciones posparto en la comunidad y en la instalación de salud.

	Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna por aborto séptico	Indicadores	Definición
IMPACTOS	Reducción de las muertes maternas debidas a un aborto.	Razón de mortalidad materna por aborto.	(Número de muertes maternas por aborto por año) / (Número de nacimientos vivos por año) * 100,000
RESULTADOS	Incremento del número de emergencias por aborto tratadas según la intervención.	Casos de aborto séptico tratados.	(Número de casos de aborto séptico tratados por mes según la intervención propuesta) / (Número total de abortos por mes)
	Incremento del número de emergencias por aborto remitidas a una institución de nivel más alto.	Casos de aborto séptico remitidos a una institución de nivel más alto.	(Número de casos de aborto séptico remitidos a una institución de nivel más alto) / (Número total de abortos)
	Incremento del número de casos de emergencia por aborto tratados a nivel comunitario o primario según la intervención.	Casos de infección por aborto séptico inicialmente tratados en instalaciones o centros básicos de salud.	(Número de casos de infección por aborto séptico inicialmente tratados en instalaciones o centros básicos de salud) / (Número total de casos tratados por aborto séptico)
PRODUCTOS	Incremento del personal entrenado para el tratamiento de emergencias por aborto en la comunidad y en la instalación de salud.	Personal entrenado para el tratamiento de emergencias por aborto en la comunidad y en la instalación de salud.	Número de personas entrenadas para el tratamiento de emergencias por aborto en la comunidad y en la instalación de salud.

Salud neonatal

*Dada la naturaleza de la presentación de los paquetes de intervenciones de salud neonatal, este conjunto de indicadores es válido para los tres paquetes de intervenciones agrupados (atención esencial para el recién nacido, atención extra para el recién nacido con BPN, y atención de emergencia para el recién nacido). Difieren en el nivel de gravedad del estado de salud del recién nacido, pero todas comparten los mismos objetivos de impacto.

	Atención esencial para el recién nacido, atención para BPN y atención de emergencia	Indicadores	Definición
IMPACTOS	Reducción de la tasa de mortalidad fetal intraparto.	Tasa de mortalidad intraparto.	(Bebés nacidos sin latido cardiaco ni descamación de la piel sin resucitación exitosa después de 10 minutos) / (Total de nacimientos.) *1000
	Disminución de la tasa de mortalidad neonatal _g .	Tasa de mortalidad neonatal.	(Número de bebés nacidos vivos que mueren en los primeros 28 días de vida) / (Nacimientos vivos)*1000
	Reducción de la tasa de mortalidad neonatal _g por BPN.	Tasa de mortalidad neonatal por BPN.	(Número de bebés nacidos vivos que pesaron menos de 2500g al nacer y murieron en los primeros 28 días de vida) / (Nacimientos vivos)*1000
	Reducción de la tasa de mortalidad neonatal _g debida a asfisia perinatal, hipotermia, hipoglicemia, complicaciones por infecciones graves o sangrado grave.	Tasa de mortalidad neonatal por causa específica (asfisia perinatal, hipotermia, hipoglicemia, infección grave o sangrado grave).	(Número de bebés nacidos vivos que mueren por alguna causa específica en los primeros 28 días de vida) / (Nacimientos vivos)*1000
	Como resultado global, reducción de las tasas de mortalidad fetal-infantil, mortalidad infantil y mortalidad de menores de 5 años debidas a los factores antes mencionados.	Mortalidad fetal-infantil.	(Mortinatos + muertes de infantes (primer año)) / (Total de nacimientos.)*1000
		Mortalidad infantil.	(Muertes de infantes menores de un año de edad) / (Nacimientos vivos)*1000
		Mortalidad de menores de 5 años.	(Muertes de niños menores de cinco años de edad) / (Cifra de la población en riesgo durante cierto periodo de tiempo)*1000
	Reducción de la brecha entre la proporción de bebés con ANE adecuada en el nacimiento a lo largo de los quintiles de la población.	Proporción de bebés con ANE en el nacimiento en los quintiles de ingreso más bajo y más alto de la población.	Proporción de bebés con ANE en el nacimiento en el quintil de ingreso más bajo sobre proporción de bebés con ANE en el nacimiento en el quintil de ingreso más alto
	Disminución de la incidencia de asfisia perinatal.	Incidencia de asfisia perinatal.	(Casos nuevos asfisia perinatal) / (Nacimientos vivos)*100
Disminución de la incidencia de sepsis neonatal temprana.	Incidencia de sepsis neonatal temprana.	(Casos nuevos de sepsis neonatal que ocurrieron durante los tres primeros días de vida) / (Nacimientos vivos)*100	
Reducción de la incidencia de otras complicaciones neonatales específicas tempranas.	Incidencia de complicaciones neonatales específicas tempranas.	(Casos nuevos de complicaciones neonatales específicas tempranas que ocurrieron durante los siete primeros días de vida) / (Nacimientos vivos)*100	

RESULTADOS	Mejorar la identificación de las madres/PT/TSC/ proveedores de salud de los signos de peligro en el embarazo para remitir a las madres de alto riesgo a una instalación especializada para el parto.	Embarazos de alto riesgo remitidos desde las unidades de atención comunitaria/ primaria a instalaciones especializadas para el parto.	Proporción de embarazos de alto riesgo remitidos desde las unidades de atención comunitaria/ primaria a una instalación especializada para el parto.
	Mejorar la identificación de las madres/PT/TSC/ proveedores de salud de los signos de peligro neonatal para remitir a los bebés de alto riesgo a una instalación especializada para tratamiento.	Neonatos de alto riesgo remitidos desde las unidades de atención comunitaria/ primaria a instalaciones especializadas para tratamiento.	Proporción de neonatos de alto riesgo remitidos desde las unidades de atención comunitaria/ primaria a una instalación especializada para tratamiento.
	Reducción de proporción de bebés con asfixia perinatal con acceso a resucitación certera de ser necesaria.	Proporción de bebés con asfixia perinatal con resucitación certera.	(Número de bebés con asfixia perinatal) / (Número de bebés que reciben resucitación neonatal)
PRODUCTOS	Mejoramiento del número de asistentes neonatales competentes durante el nacimiento.	Proporción de asistentes neonatales competentes.	(Número de asistentes neonatales competentes) / (Total de asistentes neonatales)*100
	Incremento del número de mujeres que amamantan a su bebé durante la primera hora de vida y lo mantienen durante los primeros seis meses.	Proporción de madres que amamantan.	(Número de madres que amamantan) / (Número de partos)*100
	Incremento del número de hospitales amigables con el bebé.	Proporción de hospitales amigables.	(Número de hospitales amigables) / (Número de hospitales que atienden partos)*100
	Incremento del número de bebés que reciben profilaxis ocular y cadena limpia y de calentamiento.	Proporción de profilaxis ocular y cadena limpia y de calentamiento.	(Número de profilaxis ocular y de cadenas limpia y de calentamiento) / (Nacimientos vivos)*100

SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	Implementar servicios de planificación familiar de calidad para adolescentes	Indicadores	Definición
IMPACTOS	Disminución del número de embarazos y partos entre adolescentes. Disminución del número de ITS entre adolescentes.	Número de nuevas personas aceptadoras de PF. Prevalencia de anticonceptivos entre adolescentes (encuestas). Tasa de fertilidad en los grupos de edad 10-14 y 15-19. Porcentaje de todos los partos ocurridos entre mujeres de 10-19 años.	Nuevas personas adolescentes aceptadoras de anticoncepción por método por año (estadísticas de servicio). Porcentaje de adolescentes que usan métodos anticonceptivos (encuestas). Porcentaje de partos totales ocurridos entre mujeres de 10-19 años de edad (estadísticas de maternidad, registro nacional de partos).

RESULTADOS	<p>Incremento del acceso a y la utilización de servicios.</p> <p>Incremento del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.</p> <p>Incremento del uso de condones para la prevención de ITS.</p>	<p>Número de adolescentes registrados en centros de salud.</p> <p>Número de adolescentes que solicitan métodos anticonceptivos y condones para la prevención de ITS.</p>	<p>Número de adolescentes registrados en centros de salud.</p> <p>Número de adolescentes que solicitan planificación familiar y otros servicios de SRS (estadísticas de los servicios de salud).</p> <p>Número de adolescentes que reciben condones de los servicios de salud (estadísticas de los servicios de salud).</p>
PRODUCTOS	<p>Servicios exclusivos de SRS para adolescentes en centros de salud.</p> <p>Servicios que ofrecen PF y prevención de ITS para adolescentes.</p>	<p>Número de servicios que ofrecen servicios de SRS para adolescentes por lo menos dos veces a la semana.</p> <p>Satisfacción de los usuarios (encuestas).</p>	<p>Número de centros de salud que ofrecen servicios exclusivos para adolescentes (instalación exclusiva para adolescentes, espacio dedicado dentro del centro de salud, o periodos reservados de tiempo).</p>

	Garantizar el acceso a y los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en centros puestos de salud	Indicadores	Definición
IMPACTOS	<p>Disminución del número de embarazos no deseados y abortos.</p>	<p>Número de nuevas personas aceptadoras de PF.</p> <p>Prevalencia de anticoncepción (encuestas).</p> <p>Tasas de fertilidad por edad e ITE.</p>	<p>Nuevas personas aceptadoras por método por año.</p> <p>Proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos (detallada por método).</p> <p>Número promedio de hijos que las mujeres tendrían durante toda su vida reproductiva, si se mantuvieran los índices de fertilidad específicos por edad.</p>
RESULTADOS	<p>Incremento de la calidad de los servicios de PF.</p> <p>Incremento del número de personas que solicitan anticoncepción en los servicios de PF.</p> <p>Incremento del número de nuevas personas aceptadoras y de usuarios continuos.</p>	<p>Número de consultas de PF.</p> <p>Estudios de satisfacción de los usuarios.</p>	<p>Estadísticas de salud, número de consultas de PF.</p> <p>Satisfacción de los usuarios, cumplimiento de las instrucciones y seguimiento.</p> <p>Estadísticas de salud (número de nuevas personas aceptadoras por método y número de consultas de PF).</p>
PRODUCTOS	<p>Más servicios que ofrezcan por lo menos seis métodos.</p> <p>Incremento del acceso a métodos anticonceptivos.</p> <p>Más opciones de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Número de servicios que ofrecen por lo menos seis métodos modernos de PF.</p>	<p>Número de puestos y centros de salud que ofrecen por lo menos seis métodos de PF.</p>

	Garantizar el acceso a la vasectomía en hospitales y centros de salud	Indicadores	Definición
IMPACTOS	<p>Incremento de la aceptación del método.</p> <p>Incremento del número de hombres que se someten a una vasectomía.</p>	<p>Número de hombres que se someten a la vasectomía por año.</p> <p>Índice de fracaso del método.</p> <p>Número de hombres que solicitan reversión de la vasectomía.</p> <p>Incremento de la prevalencia del uso del método (encuestas).</p>	<p>Número de hombres operados en hospitales o centros de salud (estadísticas oficiales de los servicios de salud).</p> <p>Índice de fracaso (número de embarazos después de una vasectomía por 100 procedimientos).</p> <p>Porcentaje de hombres que se sometieron a una vasectomía y que solicitaron y se sometieron a una cirugía para reversión de la misma (estadísticas de los servicios de salud).</p> <p>Prevalencia de la vasectomía (EDS).</p>
RESULTADOS	<p>Incremento del acceso a y la utilización de la vasectomía.</p> <p>Incremento del conocimiento sobre el método y disminución de los mitos en torno a él.</p>	<p>Hombres que consideran la vasectomía.</p> <p>Hombres que utilizan la vasectomía.</p>	<p>Número de hombres que solicitan vasectomía.</p> <p>Número de hombres que se someten a una vasectomía.</p>
PRODUCTOS	<p>Hospitales y centros de salud que ofrecen la vasectomía como una opción anticonceptiva.</p> <p>Incremento del número de hombres que solicitan información sobre el método.</p>	<p>Número de servicios (hospitales y centros de salud) que efectivamente ofrecen acceso a la vasectomía.</p> <p>Número de hospitales que ofrecen el método de vasectomía sin bisturí.</p> <p>Número de hombres que solicitan información sobre la vasectomía.</p>	<p>Número de hospitales y centros de salud que ofrecen servicios de vasectomía (estadísticas oficiales de los ministerios de salud).</p> <p>Número de servicios que ofrecen la técnica sin bisturí.</p>

	Implementar asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto y a un aborto en todos los hospitales que atienden partos y abortos	Indicadores	Definición
IMPACTOS	<p>Incremento del uso de anticonceptivos después de un parto o un aborto.</p> <p>Contribución al incremento de la prevalencia de anticonceptivos.</p> <p>Incremento del periodo intergestacional.</p>	<p>Aceptación de métodos anticonceptivos después de un parto o un aborto.</p> <p>Prevalencia de anticonceptivos (encuestas).</p> <p>Periodo intergestacional.</p>	<p>Porcentaje del total de partos y abortos (estadísticas del hospital).</p> <p>Proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos (detallada por método).</p> <p>Tiempo transcurrido entre el parto y el parto o aborto previo (estadísticas de registros clínicos).</p>
RESULTADOS	<p>Incremento del acceso a y la utilización de métodos anticonceptivos en el periodo posterior a un parto o a un aborto.</p> <p>Incremento del conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Incremento de la proporción de mujeres que reciben asesoría sobre anticonceptivos durante el periodo posterior a un parto o aborto.</p> <p>Incremento de la proporción de mujeres que aceptan y reciben un método anticonceptivo después de un parto o aborto antes del alta de un hospital.</p>	<p>Proporción de mujeres que reciben asesoría sobre anticonceptivos después de un parto o un aborto por año.</p> <p>Proporción de mujeres que aceptan y reciben un método anticonceptivo antes del alta de un hospital (estadísticas del hospital).</p>
PRODUCTOS	<p>Incremento del personal que ofrece asesoría y servicios de PF posteriores a un parto o un aborto.</p> <p>Implementación de asesoría y servicios de PF en hospitales y centros de salud que atienden partos y complicaciones por aborto.</p>	<p>Número de hospitales y centros de salud que ofrecen asesoría y servicios de PF después de un parto o aborto.</p> <p>Aceptación y satisfacción de los usuarios (estudios, encuestas).</p>	<p>Número de hospitales y centros de salud que atienden partos y abortos y que efectivamente ofrecen asesoría y servicios de PF después de un parto o aborto.</p>