



PROMOVIENDO EL DERECHO A LA SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS Y LAS MUJERES EN LAS POBLACIONES INDIGENAS Y AFRODESCENDIENTES DE HONDURAS

Honduras es el cuarto país con menor Índice de Desarrollo Humano y el de mayor porcentaje de personas en situación de pobreza en América Latina, lo que se traduce en altos niveles de vulnerabilidad socioeconómica en la población en general y los niños y niñas en particular. La distribución territorial de la mortalidad infantil, como indicador trazador del desarrollo socioeconómico, muestra las inequidades existentes en el país y refleja de manera directa e indirecta las pronunciadas brechas existentes en la provisión de servicios de salud, bienestar y oportunidades de vida que continúan dividiendo a la sociedad hondureña. Las mayores tasas de mortalidad de los menores de 5 años en Honduras están concentrada en seis departamentos: Islas de la Bahía, Gracias a Dios, Comayagua, La Paz, Lempira e Intibucá. Oscilan entre 63 y 30 por 1000 nacidos vivos. El objetivo de este proyecto es contribuir a mejorar la salud materna e infantil en estos departamentos, con predominio de población indígena y afro descendiente, apoyando un grupo de estrategias e intervenciones de reconocida eficacia para la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna en el escenario de servicios y comunitario. Como resultado final se espera reducir la tasa de mortalidad infantil y materna en un 15% en el conjunto de territorios seleccionados y en consecuencia obtener un incremento en las condiciones de salud de estos grupos vulnerables y sus familias. En su conjunto, el proyecto contempla beneficiar de manera directa en las áreas de intervención previstas a 91.995 < de 5 años y 161.062 mujeres en edad fértil. El Proyecto se desarrollará en alianza directa con la Secretaría de Salud (Sede central y Direcciones Regionales de Salud), la Asociación de Municipios de Honduras y Gobiernos Locales, ONG Nacionales e Internacionales, así como con mancomunidades y organizaciones de base comunitaria, iglesias incluidas, operando en los territorios destino. . Contempla un presupuesto de US\$ 270.000,00 (dólares americanos) para su ejecución en un periodo de tres años. El objetivo y la cadena de resultados propuesta están en línea con las prioridades nacionales expresadas en la Visión de País 2010-2038, el Plan de Nación 2010-2022, el Plan Nacional de Salud 2010 – 2014 y las diversas estrategias que la nación promueve para acelerar la reducción de la mortalidad infantil. También contribuyen a fortalecer los esfuerzos nacionales hacia la consecución de los Objetivos del Milenio de reducir la Mortalidad Infantil, Mejorar la Salud Materna, Combatir el VIH / SIDA y a hacer efectivo el compromiso del país con “Una promesa renovada en las Américas: reduciendo las inequidades en la salud reproductiva, maternal y de los niños”.

INDICE

1. Análisis de situación
2. Problema y localización territorial
3. Objetivo, beneficiarios y ruta crítica
4. Impacto, resultados esperados e indicadores
5. Asociados
6. Presupuesto
7. Interrelación con prioridades y estrategias nacionales e internacionales
8. Ejemplos de intervenciones esenciales.

Superando las inequidades, mejorando la calidad de la atención y el ejercicio del derecho a la salud de las poblaciones indígenas y afrodescendientes

1. ANALISIS DE SITUACIÓN

Honduras es el cuarto país con menor Índice de Desarrollo Humano y el de mayor porcentaje de personas en situación de pobreza en América Latina¹, lo que se traduce en altos niveles de vulnerabilidad socioeconómica en la población en general y los niños y niñas en particular.

Ilustración 1: Mortalidad infantil en Honduras, 2012



La distribución territorial de la mortalidad infantil, según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2012, como indicador trazador del desarrollo socioeconómico, muestra las inequidades existentes en el país y refleja de manera directa e indirecta las pronunciadas brechas existentes en la provisión de servicios de salud, bienestar y oportunidades de vida que continúan dividiendo a la sociedad hondureña. Otros datos disponibles (Ver nota al final del documento)ⁱⁱ de la misma fuente confirman este escenario con relación al embarazo y fecundidad en adolescentes, uso de anticonceptivos, preferencias en materia de fecundidad, atención prenatal y del parto, lactancia y desnutrición, anemia, prueba de Vih en mujeres gestantes, violencia física y conyugal, vacunación e infecciones respiratorias. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)^{1,iii} según territorios, preparado por el Programa de las Naciones para el Desarrollo (PNUD, 2009)² ratifica esta situación. Un estudio³ reciente (UNICEF, 2012) también devela las inequidades existentes en la vida y la salud de las

poblaciones indígenas. Algunos de los hallazgos más relevantes: principales causas de muerte y enfermedad en la población indígena menor de 5 años, pueden apreciarse a continuación.

Tabla 1: Principales causas de muerte y enfermedad en la población indígena y afro descendientes en Honduras, 2012.

Causas de muerte	Causas de muerte de la población infantil en pueblos indígenas de la zona geográfica de referencia % de Cnetros de salud que citan la causa)	Pueblos indígenas	Porcentaje Población de 0 – 5 años con algún tipo de enfermedad durante los seis meses previos a la encuesta	Porcentaje de la población de < de 5 años con infección respiratoria aguda	Porcentaje de la población de < de 5 años con diarrea	Porcentaje de la población de < de 5 años con desnutrición crónica
Honduras	---	Nacional	53.8	54	16	30
Neumonía	63.6	PIA	58.7	37.9	10.1	38
Parasitismo	63.6	Miskito	53.7	24	7.2	---
Desnutrición	36.4	Garífuna	46.2	37.9	2.8	---
Malaria	27.3	Tawanka	46.3	5.8	29.6	---
Infecciones	9.1	Maya Chorti	44.3	32.8	9.0	>55
Anemia	9.1	Nahua	57.1	44.7	4.7	---
Dengue	9.1	Negro ingles	86.9	36.8	1.1	---

1 Información acerca de este índice: explicación de su relevancia e indicadores y dimensiones que mide; puede encontrarse en la nota de referencia la final del documento.

2 PNUD. Informe sobre desarrollo humano / Honduras 2001.

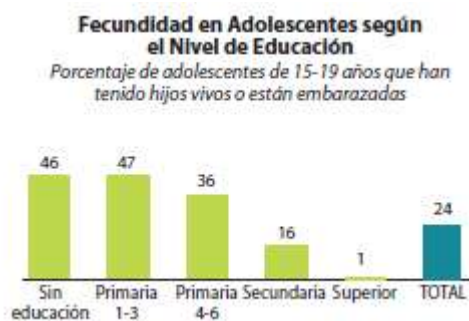
3 UNICEF. Niñez indígena y afro hondureña en la República de Honduras / Observatorio de los Derechos de la Niñez, Tegucigalpa, 2012, p: 203.

El Gobierno, la sociedad hondureña y la cooperación internacional en salud, bilateral y multilateral, han respondido ante este escenario de inequidad en salud a través de un proceso de reforma y modernización del sector público de provisión de servicios de salud. Este proceso de reforma y modernización tiene como eje conductor un nuevo modelo conceptual de desarrollo para el sector basado en la estrategia renovada de atención primaria en salud y la desconcentración de funciones de la Secretaría de Salud (SESAL). Tres herramientas representan los proyectos estratégicos de cambio: (a) un nuevo modelo de desarrollo organizacional para el nivel central y las regiones sanitarias de la Secretaría de Salud, que redefine visión, misión, estructura organizativa y roles, (b) la figura de los “gestores”: administradores externos contratados por la SESAL; que trabajan bajo convenio y con un enfoque basado en resultados. Están a cargo de la conducción operativa de redes desconcentradas de servicios de salud que proveen servicios primarios de promoción, prevención, atención y rehabilitación, dirigidos a la población en general, adolescentes, niños y madres gestantes y (c) la organización de redes desconcentradas de unidades de atención primaria de diferentes grados de resolución que incluyen centros, puestos de salud, clínicas materno infantiles y hogares maternos, con un área de influencia territorial que varía entre uno o más municipios.

La cooperación internacional en salud, contribuye dentro de este marco con recursos de asistencia técnica, financiamiento, préstamos y donaciones para la puesta en práctica del proceso de reforma y modernización y el nuevo modelo de salud. Estos recursos están destinados a la operación de proyectos en el terreno orientados a la extensión de cobertura de los servicios básicos a las poblaciones más vulnerables y al fortalecimiento de las capacidades de rectoría y operación de la Secretaría de Salud. Como parte de esta respuesta, el Gobierno de Honduras ha aprobado en el año 2012 la Política Pública para el Desarrollo de la Primera Infancia y se ha sumado a la iniciativa mundial de renovar la promesa con la supervivencia infantil lanzada por UNICEF, USAID y los Gobiernos de Etiopía y la India en el año 2012, formado parte de la fase inicial de construcción para Latinoamérica y el Caribe de la propuesta “Una promesa renovada en las Américas para reducir las inequidades en salud reproductiva, materna y del niño”, 2013.

2. PROBLEMA Y LOCALIZACION TERRITORIAL

Las mayores tasas de mortalidad de los menores de 5 años en Honduras están concentrada en seis departamentos: Islas de la Bahía (63%) , Gracias a Dios (51%), Comayagua (35%), La Paz (32%), Lempira (31%) e Intibucá (30%). Estas tasas de mortalidad responden al mismo patrón nacional de causas inmediatas y causas contribuyentes. Las causas inmediatas están asociadas a (a) afecciones originadas en el período neonata (46.25%), (b) malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (21.33%), (c) enfermedades del sistema respiratorio (9.51%), dentro de las cuales destacan la laringitis, influenza y neumonía; (c) enfermedades infecciosas y parasitarias (8.05%), incluido el VIH / SIDA, (d) enfermedades nutricionales y metabólicas (5.23%), dentro de las cuales destaca la desnutrición. Otras causas inmediatas agrupadas en 9 diferentes capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, representan el 10% de las causas



Fte: ENDESA 2011 -

inmediatas. Dentro de las causas contribuyentes destacan (a) la maternidad temprana: el 19% de las adolescentes entre 15-19 años ya son madres, (b) la educación de las madres: el 46% de las adolescentes entre 15 – 19 años que ya han tenido hijos o están embarazadas no tienen educación, (c) la limitada disponibilidad de agua potable, servicios de saneamiento y el ejercicio de prácticas de higiene: el 14% de los hogares no tiene acceso a agua potable, dos tercios de la población no tiene acceso al servicio sanitario con alcantarillado y el 10% de hombres y mujeres no tiene nivel alguno de educación, (d) la razón de mortalidad materna fue de 73 por 100.000 nacidos vivos en el año 2010, con una distribución según el momento obstétrico en que ocurrió la muerte con predominio del puerperio (65.4%), seguidos por el embarazo (21.4%) y el parto (13.2%). Las principales causas de muerte fueron: hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio (37%), edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (25%), embolia obstétrica (5%), sepsis puerperal (4%) y causas indirectas (29%).

3. OBJETIVO, BENEFICIARIOS Y RUTA CRÍTICA

El objetivo de este proyecto es contribuir a mejorar la salud materna e infantil en los departamentos que integran el bloque territorial con mayores tasas de prevalencia de mortalidad en los menores de 5 años en el país: Islas de la Bahía, Gracias a Dios, Comayagua, La Paz, Intibuca, Lempira; promoviendo un grupo de estrategias e intervenciones de reconocida eficacia para la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna en el escenario de servicios y comunitario. Un detalle de las intervenciones puede ser apreciada en el Anexo. Para alcanzar este objetivo, se pondrán en práctica un grupo de iniciativas operacionales destinadas a (a) la actuación en red y el desarrollo de alianzas con los principales protagonistas locales, basados en los principios de armonización, alineación y convergencia de las intervenciones; (b) el análisis continuo de la situación de la mortalidad infantil (causas directas y factores contribuyentes) y el seguimiento de las respuestas institucionales, sectoriales y sociales, así como al desempeño de las acciones prioritarias de prevención de los riesgos de las poblaciones vulnerables, incluyendo la provisión de servicios.

Un alto porcentaje de los beneficiarios son de origen indígena y afrodescendiente. Tres de los departamentos seleccionados: La Paz, Intibuca y Lempira; concentran el 78% de los indígenas Lencas, los cuales ocupan el primer lugar en la estructura de población de Honduras. El 91% de los indígenas Miskitos se concentran en el Departamento de Gracias a Dios. Los miskitos ocupan el segundo lugar en la estructura de población de Honduras y los indígenas Tawahka están concentrados en el Dpto. de Gracias a Dios (57%) y en Lempira (12%) (Fte: XI Censo Nacional y V de Vivienda, año 2001). El pueblo negro de habla inglesa habita principalmente en el Dpto. de Islas de la Bahía. Más del 75% de estas poblaciones indígenas y afrodescendientes viven en las zonas rurales. En su conjunto, el proyecto contempla beneficiar de manera directa en las áreas de intervención previstas a 91.995 < de 4 5 años y 161.062 mujeres en edad fértil.

La ruta crítica para obtener este objetivo se presenta a continuación.

Nro	Actividad	Año	Nro	Actividad	Año
1	Elaboración y aprobación interna de la nota conceptual	2013	8	Arreglos gerenciales, administrativos y de seguimiento y evaluación	2014
2	Presentación al donante	2013	9	Inicio de trabajo en campo	2014
3	Periodo de aclaraciones.	2013 - 2014	10	Desarrollo de actividades de seguimiento	2014 - 16
4	Modificación de la nota conceptual de acuerdo al formato y los requerimientos del donante.	2014	11	Evaluación intermedia (I) y evaluación final (F)	I (2015) F (2016)
5	Aprobación por parte del donante	2014	12	Elaboración de informes regulares e informe final	2014 - 16
6	Presentación a las autoridades nacionales y socios estratégicos	2014	13	Presentación del informe final al donante	2016 - 17
7	Firma de acuerdos, convenios y notas de entendimiento	2014		Reinicio del ciclo de negociación	2016 - 17

Nb: Los períodos temporales son indicativos, en su conjunto la ruta crítica estará sujeta a ajustes de acuerdo a las circunstancias

4. IMPACTO, RESULTADOS ESPÉRADOS E INDICADORES

Como resultado final se espera reducir la tasa de mortalidad infantil y materna en un 15% en el conjunto de territorios seleccionados y en consecuencia obtener un incremento de las condiciones de salud de estos grupo poblacional y sus familias, promoviendo en el escenario de servicios y comunitarios intervenciones y estrategias esenciales en salud y nutrición. Los resultados esperados previstos para salud y nutrición se enuncian a continuación.

4.1. Salud

- Se mejorará el acceso y la equidad para el uso de intervenciones probadas, ver ejemplos en el Anexo 01, y el apoyo a la implementación de estrategias nacionales⁴ para incrementar la sobrevivencia de las madres y los recién nacidos durante el parto y el periodo neonatal, y se promoverá el derecho de los niños y niñas a tener una vida libre de enfermedades y discapacidades.
 - Trasferir conocimientos a las familias, madre y otros cuidadores de niños acerca de los servicios disponibles para cuidados prenatales, atención del parto y puerperio y la sobrevivencia de los niños pequeños.
 - Mejorar las capacidades locales para asegurar la disponibilidad y acceso a intervenciones basadas en evidencia, productos, equipos, recurso humano capacitado y sistemas de provisión de servicios para el cuidado de la salud de las mujeres y los niños.
- Se incrementará el acceso y la equidad para el uso de intervenciones probadas para proteger a los niños de la infección por VIH, desarrollo del SIDA y sífilis congénita.
 - Apoyar el desarrollo de capacidades para realizar pruebas rápidas de VIH y sífilis congénita en unidades de salud que no cuentan con laboratorio.
 - Realizar talleres de actualización del programa nacional de interrupción de la transmisión vertical del VIH.
 - Mejorar las capacidades locales para producir indicadores de calidad y su utilización para conducir la respuesta local.
- Se mejorará el acceso a hogares maternos de calidad a través de la disponibilidad de agua potable, medidas apropiadas de saneamiento y buenas prácticas de higiene, y se promoverán entornos saludables en la escuela, la familia y la comunidad.
 - Apoyar el desarrollo de la infraestructura sanitaria a través de la construcción de letrinas y sistemas de agua a través de abogacía y acuerdos con las instituciones ejecutoras de agua y saneamiento para que inviertan en esas áreas geográficas.
 - Realizar campañas para incrementar las buenas prácticas de higiene: lavado de manos, aseo de la vivienda, la desinfección del agua y el uso adecuado de las letrinas y los sistemas de agua.
 - Organizar comités comunitarios para apoyar las escuelas y las comunidades de referencia como entornos saludables, con énfasis en el uso de agua potable, medidas de saneamiento y buenas prácticas de higiene.

4.2. Nutrición

1. Se incrementará el acceso y la equidad para utilizar el apoyo nutricional disponible y proteger a los niños de la desnutrición para que alcancen un óptimo grado de crecimiento y desarrollo.
 - a. Incrementar el apoyo para los niños, niñas, cuidadores y comunidades para aplicar prácticas de cuidado y nutrición óptimas, y acudir a los servicios de nutrición preventivos, curativos y de apoyo.
 - b. Desarrollar las capacidades locales para entregar suministros esenciales, tener recursos humanos capacitados y proveer intervenciones nutricionales de comprobada eficacia.

⁴ Individuo, familia y comunidad (IFC), atención integral al niño en la comunidad (AIN-C), hogares maternos, atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AEIPI)

4.3. Indicadores

- Cinco redes regionales a favor de la sobrevivencia infantil y la salud materna; integradas, funcionando y movilizando recursos recursos para la inversion en salud comom parte del desarrollo local.⁵
- Dos alianzas implementadas: (1) con ONGs internacionales⁶ para promover un programa holisitico de seguridad alimetaria nutricional, nutricion, educacion sanitaria y provision de servicios basicos de salud, en el escenariom comunitario y (2) con el con el FNUAP para promover la salud sexual y reproductiva con enfasis en adolescentes.
- Cinco instancias de inteligencia sanitaria identificando los nudos criticos de las redes causales que explican en estos escenarios la mortalidad infantil y materna; organizadas, funcionando y conduciendo la respuesta institucional, sectorial y social, privilegiando la puesta en practica de la estrategia nacional de reducciona acelerada de la mortalidad materna e infantil.
- Diez Foros regionales acerca de la sobrevivencia infantil y la salud materna, realizados.
- Veinticinco Gobiernos Locales promoviendo entornos y estilos de vida saludables para los niños y mujeres en al menos 50 aldeas.
- Cinco espacios de dialogo intercultural entre los servicios tradicionales y los servicios insatitucionales en el ambito de la sobrevivencia infantil y salud materna; organizados, funcionando e implementando acciones de adecuacion cultural en los servicios institucionales y educacion sanitaria en las poblaciones vulnerables.
- Diez hogares maternos asociados a las clinicas materno infantiles y otras unidades de salud, habran mejorado su organizaci3n y funcion, incorporando dentro de sus parametros de operaci3n estandares de calidad basados en la satisfaccion del usuario y el cliente interno.
- Veinticinco redes descentralizadas de servicios de salud estaran implementando de manera continua estrategias e intervenciones esenciales para la supervivencia infantil y la salud materna. Amanera de ejemplo, la estrategia de atenci3n integral a las enfermedades prevalentes de loa infancia, el programa de interrupcion vertical del VIH y educando a los usuarios sobre alimentacion y estilos de vida saludables, entre otras.
- Cinco bancos de leche funcionando y utilizando al 90% su capacidad de produccion, con una red de puntos de acopio comunitarios proveyendo leche humana de manera sistematica, fomentando el aprendizaje, autocuido, apoyo y solidaridad entre las participantes, parejas y familias.
- Cinco estrategias de Comunicaci3n acerca de la lactancia materna implementadas.
- Cinco hospitales departamentales y 10 Clinicas Materno Infantiles certificadas como hospitales y unidades amigas de los niños.
- Cinco redes departamentales de voluntarios en salud estaran organizadas y funcionando en interaccion con las redes integradas de servicios de salud.
- Cinco investigaciones operacionales realizadas acerca de aspectos relevantes atingentes a la sobrevivencia infantil y salud materna.
- Cinco programas de educacion continua en servicio sobre temas relevantes asociados a la sobrevivencia infantil y la salud materna dirigidos a los operadores de servicios publicos de salud, funcionando.

⁵ Esta redes incluyen en su modelo operacional mesas de cooperantes y autoridades locales , personalidades y líderes comunitarios que abordan problemas específicos de salud pública y sus condicionantes y determinantes. A manera de ejemplo: mesas de mortalidad neonatal e infantil, de mortalidad materna.

⁶ Negociaciones preliminares ya se han realizado con la ONG ACCESO y existen interesantes perspectivas de trabajo con World Vision.

5. ASOCIADOS

El Proyecto se desarrollará en alianza directa con la Secretaría de Salud (Sede central y Direcciones Regionales de Salud), la Asociación de Municipios de Honduras y Gobiernos Locales, ONG Nacionales e Internacionales, así como con mancomunidades y organizaciones de base comunitaria, iglesias incluidas, operando en los territorios destino del proyecto. Dentro de la cartera de asociados se contempla tener también a personalidades y medios de comunicación locales, tanto como otros líderes comunitarios creadores de opinión pública, jugando el rol de embajadores de buena voluntad y promotores de esta buena causa. El proyecto contempla también realizar un efecto de sinergia con otros cooperantes internacionales y agencias del sistema de NNUU, instituciones del Gobierno y otros componentes del programa de cooperación de UNICEF en Honduras.

6. PRESUPUESTO

Rubros	2 Year Budget (US\$)
1. Asistencia técnica y soporte de programa	50,000
2. Seguimiento y evaluación	10.000
3. Abogacía y generación de alianzas	10.000
4. Capacitación, educación continua y supervisión capacitante	50.000
5. Estrategias de comunicación	50.000
6. Cooperación técnica entre países e intercambios nacionales	10.000
7. Investigación operacional, sistematización, socialización y publicación de experiencias nacionales	15.000
8. Materiales y suministros	75.000
Total	270,000

7. INTERRELACION CON PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS NACIONALES E INTERNACIONALES

El objetivo y la cadena de resultados propuesta en esta nota conceptual, están en línea con las prioridades nacionales expresadas en la Visión de País 2010-2038, el Plan de Nación 2010-2022, el Plan Nacional de Salud 2010 – 2014 y las diversas estrategias⁷ que el país promueve para acelerar la reducción de la mortalidad infantil. También contribuyen a fortalecer los esfuerzos del país en rumbo a la consecución de los Objetivos del Milenio de reducir la Mortalidad Infantil, Mejorar la Salud Materna, Combatir el VIH / SID y el compromiso con la iniciativa “Una promesa renovada para las Américas: reduciendo las inequidades en salud reproductiva, maternal e infantil”.

⁷ Individuo, familia y comunidad (IFC), Abordaje Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia (AIEPI), Atención Integral del Niño en la Comunidad (AIN – C), Ayudando a los BBs a Respirar (ABR), Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna de la Niñez 2008 – 2015 (RAMNI), entre otras.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES ESENCIALES

INTERVENCIONES ESENCIALES BASADAS EN DATOS DE INVESTIGACIÓN PARA REDUCIR

PROCESO CONTINUO DE ATENCIÓN	ADOLESCENCIA Y ANTES DEL EMBARAZO	EMBARAZO (PRENATAL)	PARTO
<p>TODOS LOS NIVELES</p> <p>COMUNIDAD PRIMARIO REFERENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planificación familiar (orientación, métodos hormonales y de barrera) Prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual, incluida la causada por el VIH Fortificación o suplementos de ácido fólico para evitar defectos del tubo neural 	<ul style="list-style-type: none"> Suplementos de hierro y ácido fólico Vacuna antitetánica Prevención y tratamiento del paludismo con mosquiteros tratados con insecticida y medicamentos antipalúdicos Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluida la causada por el VIH, incluso con antirretrovíricos Suplementos de calcio para prevenir la hipertensión arterial Intervenciones para dejar de fumar 	<ul style="list-style-type: none"> Uterotónicos profilácticos para prevenir la hemorragia puerperal (sangrado excesivo después del parto) Tratar la hemorragia puerperal con masaje uterino y uterotónicos Apoyo social durante el parto
<p>PRIMARIO Y DE REFERENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planificación familiar (métodos hormonales, de barrera y algunos quirúrgicos) 	<ul style="list-style-type: none"> Tamizaje y tratamiento de la sífilis Dosis bajas de ácido acetilsalicílico para prevenir la preeclampsia Medicamentos antihipertensivos Sulfato de magnesio para tratar la eclampsia Antibióticos para tratar la rotura prematura de membranas Corticosteroides para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria en los bebés prematuros Aborto sin riesgos Asistencia posterior al aborto 	<ul style="list-style-type: none"> Atención activa del alumbramiento (expulsión de la placenta) para prevenir la hemorragia puerperal (las medidas antes descritas más tracción controlada del cordón uterino) Tratamiento de la hemorragia puerperal (como se indica antes más extracción manual de la placenta) Tamizaje y tratamiento de la infección por el VIH (si no se ha hecho antes la prueba)
<p>REFERENCIA*</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planificación familiar (métodos quirúrgicos) 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir la presentación fetal anómala mediante la versión cefálica externa Inducción del parto para tratar la rotura de membranas en el embarazo a término (iniciar el parto) 	<ul style="list-style-type: none"> Cesárea por indicaciones maternas o fetales (para salvar la vida de la madre o el bebé) Antibióticos profilácticos para la cesárea Inducción del parto en el embarazo prolongado (iniciar el parto) Tratamiento de la hemorragia puerperal (como se indica antes más intervención quirúrgica)
<p>ESTRATEGIAS COMUNITARIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Visitas domiciliarias para atender a las mujeres y los niños a lo largo del proceso continuo de atención Grupos de mujeres 		

LA MORTALIDAD REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL Y EN LA NIÑEZ

PUERPERIO	POSNATAL (RECIÉN NACIDO)	PRIMER AÑO Y DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD
<ul style="list-style-type: none"> Planificación familiar: orientación y anticonceptivos Orientación nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados térmicos inmediatos (para mantener caliente al bebé) Inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora) Cuidados higiénicos del cordón umbilical y la piel 	<ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna exclusiva durante 6 meses A partir de los 6 meses, alimentación complementaria y continuación de la lactancia materna Prevención y tratamiento de los casos de paludismo infantil Desde los 6 meses de edad, suplementos de vitamina A Inmunización ordinaria más vacunas contra Haemophilus influenzae, meningococo, neumococo y rotavirus Tratamiento de la malnutrición aguda grave Tratamiento de los casos de neumonía infantil Tratamiento de las enfermedades diarreicas
<ul style="list-style-type: none"> Tamizaje de la infección por el VIH e inicio o continuación del tratamiento con antirretrovíricos Tratar la anemia materna 	<ul style="list-style-type: none"> Reanimación del recién nacido con ambú (por personal profesional) cuando el bebé no respira al nacer Método de madre canguro para los bebés prematuros y los que pesan menos de 2000 g Apoyo adicional para alimentar a los bebés pequeños y prematuros Tratamiento de los recién nacidos con ictericia Iniciar la administración profiláctica de antirretrovíricos a los bebés expuestos al VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento integral de los niños infectados por o expuestos al VIH
<ul style="list-style-type: none"> Detectar y tratar la septicemia puerperal (infecciones graves después del parto) 	<ul style="list-style-type: none"> Antibióticoterapia presuntiva para recién nacidos con riesgo de infección bacteriana Uso de surfactante pulmonar (medicamento respiratorio) para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria en los bebés prematuros Presión positiva continua de las vías respiratorias para tratar a los bebés con síndrome de dificultad respiratoria Tratamiento de la septicemia, meningitis y neumonía del recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de los casos de meningitis
<p>* Las intervenciones de planificación familiar en el nivel de referencia incluyen las que se realizan en el nivel primario</p>		

i PNUD (2013). El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso (Informe sobre Desarrollo Humano 2013). New York, EUA: PNUD // CEPAL (2013). Panorama Social de América Latina 2012. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

ii ENDESA 2012. El 24% de las adolescentes de 15 – 29 años ya habían iniciado su vida reproductiva: el 19% ya son madres y el 5% están actualmente embarazadas, la fecundidad precoz es muy elevada entre las adolescentes sin educación (46%) o con primaria 1 – 3 (47%) en comparación con solamente el 1% de las mujeres jóvenes con educación superior; el 36% de las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos modernos; más de la mitad de las mujeres (55%) declararon que no querían tener más hijos o estaban esterilizadas; el 22% de las madres no recibieron una primera consulta durante los primeros cuatro meses del embarazo; los partos de las mujeres pertenecientes a los hogares con escasos recursos y quienes no tienen instrucción, fueron con frecuencia menos atendidos por un personal calificado (58 y 55%, respectivamente); solamente el 31% de los niños menores de seis meses recibieron lactancia materna exclusiva; el 23% de los niños menores de cinco años sufren de desnutrición crónica, es decir, son pequeños para la edad. El retraso en el crecimiento es más común entre los niños con madres sin educación (48%) y aquellas en los hogares mas pobres (42%), el 29% de los niños de 6 – 59 meses resultaron ser anémicos y entre las mujeres de 15 – 49 años, el 15% son anémicas; menos de la mitad de las mujeres embarazadas (46%) recibieron asesoramiento sobre el Vih antes de la prueba, se han hecho la prueba de Vih y han recibido el resultado en el transcurso de una consulta prenatal; la cuarta parte de las mujeres (27%) informaron haber sufrido violencia física en algún momento de sus vidas desde los 15 años y en el grupo de edad de 15 – 49 años, el 22% declararon haber experimentado algún tipo de violencia conyugal; el 15% de los niños de 12 – 23 meses no recibieron todas las vacunas recomendadas por la OMS y el 13% de los niños menores de cinco años tenían síntomas de enfermedades respiratorias agudas.

iii El IPM evalúa la naturaleza y la intensidad de la pobreza a nivel individual, identificando como pobres a aquellos que padecen múltiples carencias. En consecuencia, la amplitud de su pobreza se mide por la amplitud de sus carencias. En este sentido, el IPM presenta una fotografía más clara de las condiciones de pobreza en que viven las personas. Se trata de la primera medición internacional de su tipo y puede ser utilizada como una herramienta analítica para identificar a los más vulnerables, mostrar las dimensiones en los que padecen carencias y ayudar a revelar las interconexiones entre las mismas. Esta medición es un valioso instrumento para que los tomadores de decisión se orienten en la priorización de los recursos públicos y en el diseño de políticas más eficientes. Este índice mide tres dimensiones: salud, educación y niveles de vida utilizando diez indicadores de referencia: bienes, piso, electricidad, agua, saneamiento, combustible para cocinar (Nivel de vida), matrícula escolar y años de instrucción (Educación), mortalidad infantil y nutrición (Salud).