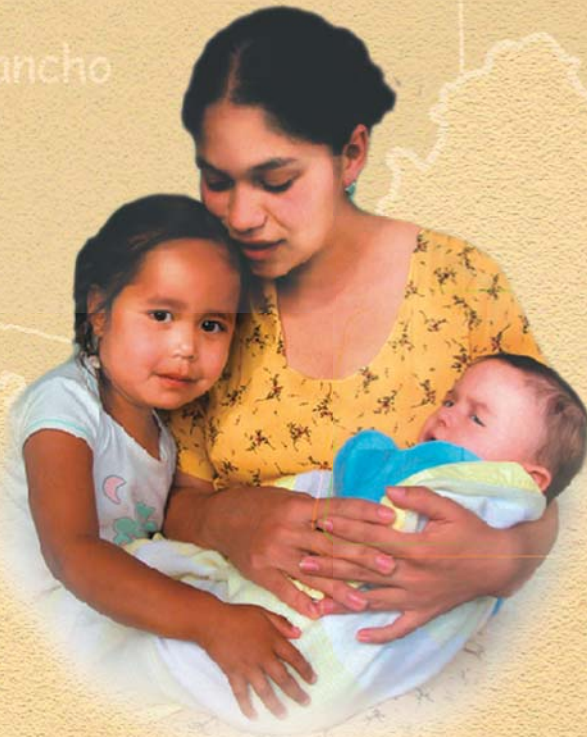




República de Honduras  
Gabinete Social  
Secretaría de Salud

# POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL





*República de Honduras*  
Gabinete Social  
Secretaría de Salud

# **POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL**

# CONTENIDO

	PÁGINA
I. Introducción .....	3
II. Antecedentes .....	5
III. Situación de la Salud Materno Infantil .....	7
IV. Objetivos .....	16
V. Lineamientos de Política .....	16
VI. Ejes Transversales .....	19
VII. Líneas Estratégicas .....	21

# I. INTRODUCCION

---

Honduras ha alcanzado importantes logros en cuanto al mejoramiento de las tasas sanitarias con relación a la década de los 70. Entre los indicadores más sensibles se encuentra la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil siendo uno de los cinco países en Latinoamérica que cumplió las metas de reducción planteadas en la Cumbre Mundial de la Infancia.

A pesar de los logros alcanzados, la tasa de mortalidad sigue siendo una de las más altas en América. Es necesario continuar enfocando esfuerzos para atender sistémicamente los diversos aspectos que ya han sido considerados en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y en la Política Nacional de la Mujer, que tienen injerencia directa e indirecta en los eventos que afectan la salud.

Se requiere unificar y coordinar esfuerzos entre todos los actores involucrados en la realización de acciones concretas, así como focalizar los recursos disponibles en las áreas prioritarias y en los grupos más vulnerables de la sociedad, dado que las intervenciones en salud no son efectivas si no se considera la multicausalidad.

El Gobierno de la República conjuntamente con diferentes sectores de la sociedad, en un proceso de amplia participación, ha formulado las directrices para continuar impulsando las medidas pertinentes dirigidas a la salud materna e infantil, prioritariamente a reducir la morbilidad y mortalidad en este grupo de población, retomando aquellas estrategias que han probado ser exitosas e incluyendo nuevas propuestas.

La Política de Salud Materno Infantil es por tanto, una política de Estado que trasciende a la Secretaría de Salud e involucra a los otros sectores que tienen participación en el mejoramiento del autocuidado y el entorno de los individuos, define el marco referencial, declara las bases conceptuales, dicta las pautas para el abordaje, determina las prioridades y define las líneas estratégicas de trabajo con una amplia visión multicausal desde abordajes multidisciplinarios y multiculturales. A partir de la política deben desarrollarse planes de acción con enfoque sectorial que permitan visualizar las necesidades y recursos disponibles para dar vida a la misma.

## II. ANTECEDENTES

---

En 2002 el Gobierno de la República orienta la gestión gubernamental en función de programas de largo plazo bajo un enfoque sectorial y no de proyectos. El marco de actuación se encuentra descrito en varios documentos: Políticas del Sector Salud 2002-2006; Plan de Gobierno 2002-2006; Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP) y el Plan Estratégico del Sector Salud de Honduras a 2021, en congruencia con las Metas del Milenio (MDG).

La Política Nacional de la Mujer constituye a su vez un instrumento de soporte para la definición de las líneas de acción de la Política de Salud Materno Infantil. La participación de la sociedad y los procesos de descentralización y departamentalización<sup>1</sup> en los que el país está inmerso, constituyen elementos críticos de éxito que garantizan la efectividad de las intervenciones planteadas para lograr los objetivos propuestos.

Cabe resaltar que Honduras es signataria de compromisos internacionales en los que se ha definido el derecho de las personas al acceso universal de los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual. Estos compromisos han sido ratificados al interior del país a través de acuerdos legislativos, mediante la definición de políticas gubernamentales y normas técnicas dictadas por la Secretaría de Salud.

---

<sup>1</sup> Entiéndase departamentalización como el proceso de organización de las regiones sanitarias de los departamentos del país.

Honduras es uno de los 179 países que firmaron el programa de acción que surgió de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo, en septiembre de 1994. La finalidad esencial del programa está orientada a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos, promoviendo el desarrollo humano y el crecimiento económico sostenido en el contexto del desarrollo sostenible.

En junio de 1999, los líderes mundiales reunidos en la sede de las Naciones Unidas, renovaron los acuerdos anteriores y se comprometieron a cumplir con acciones clave para avanzar en el programa y además formularon nuevas metas para verificar el cumplimiento del mismo. El marco jurídico nacional de salud para esta área tiene como base:<sup>2</sup>

- Constitución de la República, Código de la niñez y la adolescencia, Código de la familia, Código del trabajo, Ley del IHSS, Ley especial contra la violencia doméstica, Ley del registro nacional de las personas, Ley de igualdad de oportunidades para la mujer, Ley especial del VIH/SIDA.
- Convenciones Internacionales ratificadas por el país (carácter vinculante y rango constitucional): Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación para la mujer; Convención para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer.

---

<sup>2</sup> OPS. Marco Jurídico de la Maternidad en 10 países de América Latina y el Caribe. Washington, 2002. Citado por Villanueva, Mirna Y. y Fonseca Regina. Informe final sobre disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia. Honduras, 2003. Secretaría de Salud, OPS/OMS, IHSS, Columbia University, UNFPA.

### III. SITUACIÓN DE LA SALUD MATERNO INFANTIL<sup>3</sup>

---

Históricamente las mujeres hondureñas han aportado significativamente a los procesos de producción y reproducción de la sociedad, sin embargo sus aportes no se han valorizado y permanecen aún alejadas de la toma de decisiones sobre aspectos propios de su salud que tienen trascendencia de vida o muerte, así como de los aspectos relevantes de la dinámica familiar y social. Se requiere la sensibilización de la población y de los prestadores de servicios de salud a fin de lograr que hombres y mujeres tengan responsabilidades compartidas en el autocuidado de su salud. Los conceptos son ampliamente desarrollados en la Política Nacional de la Mujer.

A partir de la evolución de nuestra sociedad y ante el empoderamiento progresivo del rol que le corresponde a la mujer ante ella misma, la familia y su entorno social, es necesario dentro de estos mismos cambios, el facilitar el papel al hombre y a la mujer en este nuevo engranaje social y personal dentro de los procesos que se desarrollan incluyendo el de la toma de decisiones en la salud sexual y reproductiva de la pareja.

---

<sup>3</sup> En referencia a las estadísticas vitales nacionales hay serios problemas de subregistro y retraso en su procesamiento, por lo cual su utilidad es limitada. El país ha venido compensando esta debilidad a través de estudios de cohorte como las "Encuestas Nacionales de Epidemiología y Salud Familiar ENESF", realizadas en 1987, 91/92, 96, 2001 y la "Investigación sobre mortalidad de mujeres en edad reproductiva con énfasis en mortalidad materna" publicada en 1997. Las tasas de mortalidad materna e infantil han experimentado curvas descendentes en los últimos 10 años. La esperanza de vida al nacer era de 70.72 años (2001).



La violencia doméstica tiene diversas expresiones especialmente contra la mujer, siendo de carácter físico o de carácter sexual, psicológico, moral y otras (sometimiento, falta de soberanía, negación y sexualidad erróneamente entendida como parte del dominio masculino, la violación, el acoso, la explotación y tráfico sexual), el 72% de los actos de violencia ocurren dentro del hogar. Esta trasgresión de los derechos básicos humanos dolorosamente no excluye a las embarazadas y los niños, por lo tanto debe considerarse con prioridad, el acceso y atención directa a estos grupos.

Existen serios problemas ambientales debido a la calidad del agua, a la contaminación, la inadecuada disposición de basuras y excretas, la deforestación y la degradación de recursos marinos. El 80,9% de la población cuenta con servicio de agua potable y el 70,2% con alcantarillado sanitario, aunque el servicio de agua no siempre es permanente y su calidad no siempre es adecuada<sup>4</sup>.

En cuanto a seguridad alimentaria, el concepto va mas allá de la persona que puede sostenerse de los recursos de la tierra y abarca una gama amplia de temas: el crecimiento, control, movilidad de la población, distribución de recursos alimentarios, patrones de consumo, cambios climáticos, producción agrícola, deterioro ambiental, situación socio económica, desarrollo, relaciones comerciales, propiedad de la tierra, acceso a servicios de salud y a micro financiamiento; en todos es indudable el valor y el rol fundamental que la mujer desempeña. En los eslabones de la cadena alimentaria se requiere la integración entre todos los entes responsables incluyendo a las instituciones del Sector Salud para asegurar que los alimentos necesarios sean consumidos

---

4 Ibidem

adecuadamente no sólo por las madres, niños y niñas sino por las mujeres en edad fértil que potencialmente serán madres y que deben estar física, psicológica y nutricionalmente preparadas para cumplir su rol de mujeres y madres.

Si bien se han considerado los aspectos culturales y étnicos en el abordaje y acceso a los servicios, existe aún una amplia brecha que salvar en los campos de la salud, educación, político, laboral etc., sin embargo es necesario desarrollar programas de salud integral para población afrohondureña e indígena respetando y promoviendo su entorno cultural y las formas de participación comunitaria, además desarrollar mecanismos de formación y sensibilización de los proveedores de servicios en torno a la diversidad cultural y derechos de las mujeres y los niños y niñas.

El ochenta y dos por ciento de la población tiene acceso a los servicios de salud, 60% a través de la Secretaría de Salud, 12% a través del Instituto Hondureño de Seguridad Social y 10% a través del sector privado. Los servicios de salud son provistos mayormente por la Secretaría de Salud, responsable por los servicios públicos de salud.

### ***Morbilidad y mortalidad enfocadas desde su multicausalidad e interrelación***

Aun cuando la tasa de fecundidad global (TFG) ha venido descendiendo de 6,5 hijos por mujer en 1981 a 4,4 en 2001, Honduras es el segundo país de Centro América con más alta tasa de fecundidad después de Guatemala. La tasa general de fecundidad (TGF) en 2001 es de 4,4 hijos con una notable diferencia entre el área rural (5,6) y el área urbana (3,5) y entre las

mujeres de menor nivel educativo (6,5) y las que tienen mayor nivel de educación (2,7)<sup>5</sup>.

Esta fecundidad está altamente relacionada con la edad de la primera relación sexual y la edad en que se tiene el primer hijo. El 42,1% de las mujeres entre 15 y 29 años tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años y el 24,3% tuvo su primer hijo antes de cumplir esa edad. Estos hechos estuvieron altamente relacionados con el nivel educativo pues fueron más frecuentes en las mujeres de menor nivel educativo.

Según la ENESF – 2001, un 25,5% de los nacimientos ocurridos en los últimos tres años anteriores a la misma fueron no deseados. Las mujeres con mayor proporción de hijos no deseados se concentraron entre los 40 a 49 años al momento del nacimiento, en aquellas en que este nacimiento era al menos el sexto y en las que no tenían ninguna educación formal.

La mortalidad materna ha pasado de 182 por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 108 por 100,000 nacidos vivos en 1997. En este mismo periodo se encontró que la muerte materna paso de representar el 21.5% del total de muertes en mujeres en edad reproductiva en 1990 a sólo un 8.5% en 1997, siendo desplazada del primer a un quinto lugar, como causa de muerte, sin embargo y a pesar de esta significativa reducción, Honduras se ubica como uno de los países en Latino América con las tasas más elevadas.

El 40,6% de las muertes maternas sucedió en el puerperio y el 34,9% en el parto, las causas determinantes son la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis. El 100% de las muertes por

---

5 Ibidem

hemorragia y sepsis son evitables si se dispone de los requerimientos para brindar cuidados obstétricos esenciales. Se ha estimado que el 50% de las muertes causadas por trastornos hipertensivos es prevenible. Si bien las coberturas de atención han mejorado en los últimos años, esta alta mortalidad por causas prevenibles se debe en parte a la aún baja cobertura del parto institucional (61% en 2001)<sup>6</sup> y a la deficiente calidad de los servicios provistos.

Una proporción importante de muertes acontece en la comunidad, en donde intervienen desde factores socioeconómicos, culturales, género y violencia hasta factores directamente involucrados al acceso a los servicios de salud.

El 15% de las mujeres no embarazadas presentan anemia sin que exista diferencia de este porcentaje en las mujeres que viven en zona urbana o rural. La suplementación con ácido fólico, hierro y vitamínicos prenatales fue del 83% en las mujeres con educación superior y entre 11 y 52% en aquellas sin educación formal<sup>7</sup>.

La problemática de la adolescencia es de gran magnitud y trasciende el ámbito social, económico y familiar, desencadenando problemas de salud y muerte. En el país existe un incremento de adolescentes con inicio temprano de la vida sexual y embarazos en mujeres adolescentes que no disponen de información adecuada para prevenirlos. Se observa asimismo, un aumento en las infecciones de transmisión sexual.

---

6 Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, ENESF, 2001

7 Ibidem

Existe un marcado incremento de madres adolescentes y solteras, cuyos efectos psicosociales se manifiestan en la maternidad temprana y/o no deseada, los nacimientos de niños de bajo peso, la entrada al círculo de la pobreza caracterizada por la interrupción o término de la escolaridad y la dificultad de acceso al mercado laboral, entre otros. De acuerdo a datos de la ENESF-96 aproximadamente 27 de cada 100 mujeres menores de 18 años, ya había tenido un hijo nacido vivo. La tasa de fecundidad en adolescentes es la más alta de Centro América. Según la ENESF-1996 se estimó en 205 x 1000 n.v. y la mortalidad materna en este grupo es cuatro veces mayor que la nacional.

El uso de métodos anticonceptivos es considerado una estrategia relevante que influye positivamente en el comportamiento de la fecundidad, la prevención de embarazos no deseados y embarazos de alto riesgo, por lo tanto es un factor importante en la reducción de la mortalidad materna. Honduras es el segundo país de la región en uso de métodos anticonceptivos. La prevalencia de uso de métodos es de 61,8%, que si bien marca un incremento significativo en los últimos 20 años, es aún insuficiente para producir impacto en la fecundidad, hay que considerar también que existe un número significativo de mujeres que no acceden a los métodos aunque deseen utilizarlos ya sea por deficiencias en el sistema de provisión o por barreras socioeconómicas, de edad, género, credo religioso o culturales. La prevalencia es menor en mujeres pobres, con bajo nivel educativo, en zona rural y que presentan uno o más factores de riesgo reproductivo.

La infección por VIH/SIDA aparece como la primera causa de muerte en mujeres en edad reproductiva, representando el 17% de todas las causas. Ello se explica por la magnitud de la epidemia en Honduras y por las deficiencias de los programas de salud pública, lo que incrementa el riesgo de mortalidad materna y

neonatal, así como de la transmisión del VIH/SIDA de la madre al hijo(a). La transmisión de VIH-SIDA en Honduras es fundamentalmente heterosexual y ha venido en aumento. La relación hombre/mujer es de 1,6 a 1 y la tasa en mujeres en edad reproductiva aumentó cinco veces entre 1990 y 1997 (de 0,05 por 1000 a 0,25 por 1000 mujeres en edad reproductiva)<sup>8</sup>.

La atención prenatal del último nacido vivo tuvo una cobertura de 82.6% (estable en los últimos 14 años), el 62,6% de las mujeres tuvo al menos una atención prenatal, 25.4% de las mujeres tuvo por lo menos cinco atenciones y el 56,4% inició la atención durante el primer trimestre<sup>9</sup>.

El porcentaje de parto institucional, determinado a través del último nacido vivo en mujeres de 15 a 49 años, ha aumentado sistemáticamente desde un 53.8% en 1996 a un 62% en 2001 en consecuencia ha disminuido el parto domiciliario. Este crecimiento ha ocurrido en todas las áreas de residencia sobre todo en el área rural. Sin embargo es necesario enfatizar en las medidas para aumentar el parto por atención calificada ya que un porcentaje importante de muertes maternas y problemas en el recién nacido ocurren alrededor de este periodo.

En las mujeres de 15 a 49 años, se observa en la atención post parto determinada a través del último nacido vivo, un incremento de la atención puerperal de 34.3% en 1996 a 38% en 2001, siendo mayor en Tegucigalpa y San Pedro Sula. El 12.7% de ellos se realizó la atención en los primeros 10 días. Es importante mencionar que el periodo post parto es sumamente crítico ya que

---

<sup>8</sup> Meléndez Jorge Humberto, Ochoa José C. y Villanueva, Mirna Y. op.cit. p. 21.

<sup>9</sup> Ibidem

las estadísticas de muertes indican que una proporción significativa de las muertes maternas ocurren en el posparto inmediato.

El estudio realizado por la Universidad John Hopkins en dos hospitales de Honduras encontró que siete de cada diez muertes maternas hospitalarias eran prevenibles por factores atribuibles al proveedor, lo cual sugiere que la calidad de manejo de los casos que llevan a la muerte debe ser mejorada.

### ***La salud de los niños***

Las infecciones respiratorias agudas y la diarrea aguda con deshidratación, son las principales causas de muerte en los menores de cinco años.

Hay una importante asociación de la mortalidad infantil con la residencia en área rural y con el bajo nivel educativo de las madres. La mortalidad infantil urbana es de 29 y la rural de 38 por mil nacidos vivos. Igualmente la de los niños de madres con 7 ó más años de educación es de 18 y la de aquellos con madres sin educación es de 63 por mil nacidos vivos. En los últimos 20 años se dio una reducción importante en la mortalidad infantil. Esta ha descendido de 127 por mil nacidos vivos en el período 1967-68 a 34 por mil nacidos vivos en 2001-2004.

El mayor peso de la mortalidad infantil corresponde a causas perinatales (las de más difícil abordaje) que ya para 2001-2004 representan el 55,8% de las muertes de menores de 1 año. Entre el período 1986-90 y 1991-95 la mortalidad neonatal (45%) superó a la postneonatal la cual ha continuado descendiendo lentamente mientras la neonatal se ha estacionado. El 52% de las

muertes ocurre en el primer mes de vida y de ellos el 36% ocurren entre los 0 y 7 días. El 60% de las muertes ocurrió en los hospitales y el 40% en la comunidad.

Aun cuando los niveles de desnutrición crónica (talla/edad) han venido disminuyendo, todavía son muy altas las cifras existentes (32%) y existen grandes diferenciales entre los niños de mujeres sin educación y los de madres con 7 ó más años de educación. Por otra parte casi una tercera parte de los niños de 12 a 59 meses presentaron anemia sin que se observaran diferencias importantes por el nivel educativo de las madres<sup>10</sup>.

En el área rural hay cerca de 37.5% de niños que no tienen acceso a ningún servicio de salud. Hubo un 34% de niños que después de haber sido atendidos en un hospital fueron dados de alta y murieron en la comunidad. La tasa de mortalidad de uno a cuatro años fue de 11 por 1,000 y varió de 8 x 1,000 en zonas urbanas a 13 x 1,000 en zonas rurales. En este grupo de edad las principales causas de muerte fueron la diarrea (39,3%) y las infecciones respiratorias agudas (22,5%)<sup>11</sup>.

El país erradicó la poliomielitis desde 1989. La cobertura de vacunación contra esta enfermedad, registrada en menores de dos años entre 1998 y 2000 ha sido superior al 90%. El último caso de sarampión fue reportado en 1996. En el caso de difteria, el país no ha registrado casos desde 1981. Se han presentado varios brotes de tos ferina en los últimos años, con más de 648 casos y 28 muertes entre 1996 y 2000. En el 2000, no se había registrado ningún caso de tétanos neonatal.

---

10 ENESF 2001, p. 33

11 ENESF 2001 p. 28



La tasa de cobertura de vacunación a menores de dos años durante 1998 a 2000 fue de un 98%. Las coberturas con vacuna DPT en población menor de dos años han sido superiores o iguales al 94% desde 1997. La cobertura con vacuna BCG, se ha mantenido superior al 97%. La rubéola ha sido controlada a través del uso de la vacuna pentavalente (MMR, más anti Haemophilus Influenzae y anti Hepatitis B) desde el año 2000.

## **IV. OBJETIVOS**

---

1. Alcanzar niveles de bienestar físico, mental y social en la población materna e infantil.
2. Reducir la morbilidad y mortalidad en la población materna e infantil.

## **V. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA**

---

La salud es un producto social y exige la acción coordinada de todos los actores involucrados: gobiernos, sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas y cooperantes, sector privado y, comunidad. Para alcanzar niveles óptimos de salud en la población materna e infantil, el trabajo debe ser consistente con los lineamientos siguientes:

1. Mejorar las prácticas familiares y comunitarias del autocuidado y atención a la niñez especialmente del recién nacido, promoviendo la adopción de prácticas saludables incluyendo la participación masculina en el cuidado de los niños y niñas y la generación de condiciones sociales, económicas y culturales para estimular lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.
2. Promover activamente los esfuerzos inter e intra sectoriales para mejorar la calidad de vida y el entorno de los individuos, familias y comunidades, aplicando los principios de participación social y el enfoque de género<sup>12</sup>.
3. Armonizar acciones con la cooperación nacional e internacional, con la finalidad de gestionar y asignar los recursos en función de las prioridades nacionales.
4. Promover la libre decisión bien informada de la pareja sobre el número de hijos y espaciamiento de los embarazos, garantizando la disponibilidad de métodos anticonceptivos y acceso a los servicios integrales de salud, incluyendo formas de prevención del VIH/SIDA, considerando la prevención de transmisión perinatal (madre-hijo).

---

<sup>12</sup> El enfoque de género es el cuerpo teórico que permite analizar los símbolos, prácticas, significados, representaciones, instituciones y normas que las sociedades, las comunidades y las personas elaboran a partir de las diferencias biológicas. Este enfoque puso de manifiesto las jerarquías de género expresadas en desigual valoración de lo masculino y lo femenino, una desigual distribución de poder, recursos y oportunidades entre hombres y mujeres y sus consecuencias en materia de vulnerabilidad, exclusión o discriminación de las mujeres y niñas.

5. Aumentar la prevención y tratamiento de las enfermedades de la niñez a través de las estrategias de Atención Integral al Niño en la Comunidad (AIN-C) y Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), partiendo de los derechos humanos de la población, su diversidad económica, étnica, religiosa y cultural.
6. Implementar una efectiva vigilancia epidemiológica; proactiva, participativa y anticipatoria, para reducir la incidencia de enfermedades prevenibles y la mortalidad, enfatizando en la vigilancia de las muertes de mujeres en edad reproductiva y de la mortalidad infantil.
7. Desarrollar un sistema de información, monitoreo y evaluación que sirva de soporte a la vigilancia de la morbilidad y mortalidad y garantice la integralidad de las acciones y la medición de impactos, con enfoque de género.
8. Asegurar el acceso a los servicios de salud y proporcionar atención integral materna e infantil con enfoque de género, considerando la diversidad socioeconómica, étnica, religiosa y cultural de la población, sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.
9. Garantizar la atención institucional calificada, prenatal, del parto y post parto, mediante el cumplimiento de normas y protocolos y fomentar su utilización a través del desarrollo de las estrategias de trabajo con individuos, familias y comunidades.

## VI. EJES TRANSVERSALES

La política identifica cinco ejes transversales orientados a lograr la máxima efectividad de las acciones planteadas, en el menor plazo posible:

1. **Focalización** en las personas y en la solución de los problemas que contribuyen en mayor porcentaje a la morbilidad y mortalidad, con el fin de aumentar el impacto obtenible en el corto plazo<sup>13</sup>.
2. **Equidad de Género** manifestada en el acceso a los servicios de salud por parte de niños, niñas, hombres y mujeres, quienes en muchas ocasiones ven limitado su acceso a los servicios por sus diferenciales de inserción social y laboral<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Las acciones se centrarán en aquellas causas prevenibles que concentran la mayor proporción de muertes neonatales tempranas, tardías, postneonatales y de los niños y niñas de 1 a 4 años así como las muertes maternas. De la misma manera se orientarán prioritariamente a los grupos poblacionales que presentan las mayores tasas de morbimortalidad materno infantil (población rural, de bajos ingresos y bajo nivel educativo).

<sup>14</sup> La Equidad de Género en Salud se manifiesta en: a) el estado de salud y sus determinantes, la eliminación de diferencias injustas evitables entre hombres y mujeres, las oportunidades de disfrutar de salud y la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles; b) el acceso y la utilización de servicios de salud de acuerdo con las necesidades. Estas necesidades se derivan de distintas causas: distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, hasta desigualdades en el acceso a servicios básicos; c) el financiamiento de la atención de acuerdo con la capacidad económica y no con relación a necesidades o riesgos: involucra especialmente acciones afirmativas que impliquen que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, mayor morbilidad y mayor esperanza de vida; d) el balance de la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud: que se reconozca, facilite y valore apropiadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea este gratuito o remunerado y que, mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisiones dentro de las esferas micro y macro del ámbito de salud.

3. ***Intersectorialidad*** actuando en conjunto con otros sectores a nivel de los servicios de salud, el entorno y las personas, para disminuir la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del sistema de salud en general y construir la salud individual y comunitaria.
4. ***Descentralización*** en las intervenciones hacia las regiones departamentales y los municipios, bajo nuevos modelos de planificación, organización y operación del sistema de salud, con participación de proveedores no gubernamentales, rescatando el sentido de equidad, eficiencia y eficacia.
5. ***Transparencia*** que asegure el control social en la gestión de los recursos y la rendición de cuentas, que trascienda a la ejecución de actividades y procedimientos administrativos y que permita determinar pautas básicas que conduzcan a la prestación de servicios en condiciones de equidad, igualdad, universalidad, continuidad y calidad.

## VII. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

---

En correspondencia con los objetivos y lineamientos de política se han definido las líneas estratégicas siguientes:

### **1. EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS, DE LOS CONTENIDOS Y ACCIONES DE PREVENCIÓN, CUIDADO Y AUTOCUIDADO, CON ENFOQUE DE GÉNERO**

- a) Desarrollar el Plan de Salud Integral.
- b) Implementar la Estrategia de Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades (Estrategia de intervención integral propuesta por la OMS –2002).
- c) Promover cambios curriculares en las profesiones de Ciencias de la Salud.
- d) Realizar actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) tendentes a cambiar comportamientos que afectan la salud.
- e) Desarrollar y fortalecer las organizaciones sociales con una alta participación de las instancias educativas locales.

## **2. FORTALECIMIENTO DE LA INTRA E INTERSECTORIALIDAD**

- a) Coordinar con los diferentes entes: agencias de Cooperación, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) e instituciones relacionadas que realizan actividades en salud.
- b) Promover la incorporación de los Planes de Salud dentro de los planes de desarrollo integral tanto en el nivel nacional como en el departamental y local.
- c) Promover la amplia participación social que involucre activamente a las distintas organizaciones sociales en el trabajo activo por la salud de mujeres y niños.
- d) Fortalecer la estrategia de Municipios Saludables como mecanismo para lograr el desarrollo de políticas saludables en los niveles locales.
- e) Promover el fortalecimiento de las organizaciones locales para su participación activa, la conciencia social y solidaria.
- f) Estimular la creación de fondos comunitarios para emergencias de salud.

### **3. VIGILANCIA DE LA SALUD Y DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL CON ENFOQUE DE GÉNERO**

- a) Implementar sistemas de información que permitan hacer un seguimiento oportuno de los eventos sobre los cuales se actúa.
- b) Fortalecer sistemas de monitoreo y control que permitan la detección temprana de problemas para la consecuente toma de decisiones informada y oportuna.
- c) Incorporar a las Unidades de Análisis de la Secretaría de Salud en el sistema de información y vigilancia de la mortalidad materna e infantil y retroalimentar a las redes sociales y a las instancias educativas participantes en la estrategia.
- d) Detectar en forma temprana e investigar las muertes de mujeres en edad reproductiva y las muertes infantiles, como los problemas neoplásicos que inciden en la mortalidad materna (cáncer de mama y cérvico uterino).



#### **4. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD CON EQUIDAD DE GÉNERO**

- a) Fortalecer las clínicas materno infantiles y hogares maternos existentes y ubicar nuevos.
- b) Entregar prestaciones de servicios básicos de salud con la participación de proveedores no gubernamentales, a la población que no logra acceder a las Unidades de Salud.
- c) Extender la Estrategia de AIN-C.
- d) Poner en funcionamiento salas de terapia de rehidratación oral en el 100% de los establecimientos de salud.
- e) Promover y facilitar la suplementación y fortificación de la mujer y el niño.
- f) Brindar servicios para el espaciamiento de embarazos.
- g) Efectuar financiamientos focalizados para traslado, atención del parto, estadía pre y post parto y atención del niño enfermo.
- h) Implementar un plan de incentivos para que las parteras se trasladen con las mujeres parturientas a las clínicas materno infantiles u hospitales para la atención calificada del parto, de acuerdo con su nuevo rol.

## **5. ATENCIÓN INSTITUCIONAL CON CALIDAD**

- a) Incrementar la disponibilidad de establecimientos con Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.
- b) Mejorar el equipamiento, disponibilidad de insumos y capacitación para Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) priorizando en los hospitales.
- c) Licenciar y acreditar los establecimientos de salud para la atención de niños y madres.
- d) Mejorar los procesos de prestación de servicios.