



ANEXO 2: CONTENIDOS MINIMOS

PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL

CONTENIDOS MÍNIMOS

Directiva N° 003-2015-EF/50.01

Resolución Directoral N° 021-2015-EF/50.01

SALUD MATERNO NEONATAL

PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS

I. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Nombre del Programa Presupuestal

Programa Presupuestario Salud Materno Neonatal

1.2 Tipo de diseño propuesto

Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2014

1.3 Entidad Rectora del PP

Ministerio de Salud

1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

1.5 Coordinador territorial.

Oficina General de Articulación y Coordinación

1.6 Coordinador de seguimiento y evaluación.

Oficina General de Planeamiento , Presupuesto y Modernización

II. DIAGNÓSTICO

2.1 Identificación del problema específico

Con respecto a Salud materno, la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales¹.

En países subdesarrollados como el nuestro, la mortalidad materna es 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afecta principalmente a las mujeres pobres, y más vulnerables. Estos índices de mortalidad demuestran la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres².

¹World Population, 1992.United Nations, Department of Economics and Social Development, Population Division, New York, 1992.

²AbouZahr C, and Royston E. Maternal Mortality: A Global Fact book, World Health Organization, Geneva, 1991

Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas. A principio de los años 80, se comenzó a prestar atención a la situación de morbilidad y mortalidad materna en los países de menor desarrollo. La Conferencia de Nairobi en 1987 produjo la primera movilización mundial a favor de una maternidad segura. La estrategia adoptada incluyó 15 acciones, de las cuales sólo las cuatro últimas estuvieron vinculadas a salud.

En su documento preliminar, el Banco Mundial recomendó acciones que se traducen en cuatro objetivos estratégicos a los que les otorgan la misma importancia:

- Dar atención universal a los niños y adolescentes y poner a disposición servicios de planificación familiar.
- Ofrecer atención prenatal de calidad, identificando factores de riesgo.
- Asegurar la atención de los partos y del recién nacido por personal calificado.
- Fortalecer los servicios de atención obstétrica básica.

Hay tres elementos que hacen especial a la mortalidad materna: su magnitud, su naturaleza epidemiológica, sus requerimientos programáticos.

- Su magnitud: la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año, en el mundo, fallecen 585 000 mujeres debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Una de las características cruciales de la muerte materna en cada embarazo, y este es un riesgo que la acompaña durante buena parte de su vida.
- Su naturaleza epidemiológica: hay similitud en las hemorragias, infecciones e hipertensión inducida por el embarazo; causan que provocan la mortalidad materna tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La diferencia radica en que países desarrollados los establecimientos están preparados para dar respuesta oportuna y adecuada a estas emergencias.
- Sus requerimientos programáticos: los requerimientos programáticos constituyen elementos importantes para la reducción de la mortalidad materna. Así, una mujer que no está embarazada no puede morir por causa materna, de tal manera que facilitar el acceso a la planificación familiar puede contribuir a reducir las muertes maternas evitando los embarazos no deseados. De otro lado, son también importantes las acciones destinadas a prevenir o a manejar adecuadamente las complicaciones que pueden derivar de los embarazos.

Con respecto a la salud neonatal, podemos decir que ésta ha sido postergada durante mucho tiempo. Es necesario tener en consideración que la atención que se dedique a un problema de salud guarda relación con el status social, del grupo afectado. En muchos lugares con elevada mortalidad materna, fetal y

neonatal, el status de la mujer es bajo, y el del recién nacido es aún menor que el de la mujer y los niños de mayor edad.

No obstante, la mortalidad infantil se ha reducido a nivel mundial, la mortalidad neonatal y fetal, particularmente en países en desarrollo, permanecen casi inalterables. Así tenemos que cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos; de los cuales el 99% pertenecen a países del tercer mundo.

La reducción de la mortalidad infantil ha permitido visualizar la mortalidad neonatal, sin embargo, las intervenciones aún priorizan solo el periodo post neonatal (ej. reducción de diarreas y problemas respiratorios). Estas intervenciones no deben decaer, pero hay que enfatizar también otras que permitan resolver los principales problemas neonatales como la asfixia, las infecciones y los síndromes de dificultad respiratoria.

Uno de los principales problemas para conocer la real magnitud de la mortalidad neonatal, para ir y priorizar el problema, y decidir intervenciones, es la falta de datos y mala calidad de los que están disponibles.

Para reducir los niveles de mortalidad infantil y materna, se requiere contar con servicios de salud de calidad, donde los equipos de profesionales trabajen por la mejora continua de las inversiones de salud para así cubrir las necesidades médicas de las mujeres y niños usuarios. En este sentido, es necesario definir un conjunto de intervenciones que demanden de consenso, de políticas nacionales, y estrategias que incorporen de manera decidida a la comunidad y a otros sectores, además del sector Salud.

Situación de mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. La disparidad que existe entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor en cuanto a la mortalidad materna, en contraste a cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Mientras que los niveles de mortalidad infantil en los países en desarrollo son, en promedio, 10 veces mayores a los de en los países desarrollados, la mortalidad materna es, a su vez, 100 veces más alta³.

La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el embarazo. Estas representan una pérdida equivalente a más del doble de “años de vida ajustados en función a la discapacidad” (AVAD) que las que son ocasionadas por enfermedades transmisibles, SIDA o tuberculosis. En el caso de los varones, no existe ninguna causa de muerte que se acerque en magnitud a la de la mortalidad y morbilidad materna.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, en 1996 la mortalidad materna fue de 265 casos por cada 100 mil nacidos vivos. Para entonces, el Perú se ubicaba en el tercer lugar, justo después de Haití y Bolivia, y su razón de muerte materna era 1,5 veces más alta que el promedio de América Latina.

³ Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M, Suzuki E; Maternal Mortality Working Group. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet. 2007 Oct 13;370(9595):1311-9.

En el 2000, la mortalidad materna fue del orden de 185 casos por cada 100 mil nacidos vivos⁴; lo que representa aproximadamente 1258 muertes anuales. Esta causa de mortalidad materna está considerada según los estándares internacionales como “muy alta”, ya que supera los 150 por cada 100 mil nacidos vivos y según la ENDES 2010 refiere que la cifra es de 93 x 100,000nv lo que representa un importante descenso.

En el año 2003, la mortalidad en adolescentes representó el 16,34 % (85) del total de muertes maternas, produciéndose el 35 % de ellas por hemorragia, y el 12 % como consecuencia de abortos complicados. Así mismo, según reportes de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud para el año 2012, la proporción de muertes maternas notificadas en adolescentes (12 a 17 años) es 9.6%.

En el 2012 las causas de muerte directas, registradas por el Ministerio de Salud fueron: Hemorragias (40.2%), Trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio (32%), Aborto (17.5%) e Infecciones relacionada al embarazo (4.1%).

El problema de la mortalidad materna y perinatal se hace bastante complejo en países subdesarrollados, que se caracterizan por presentar:

- Altos índice de pobreza y analfabetismo
- Bajo estatus de la mujer
- Barreras culturales
- Malnutrición
- Vías de comunicación en mal estado
- Inaccessibilidad geográfica
- Sistemas de salud con problemas en su organización y con escasa capacidad de atención
- Incipiente involucramiento de la familia y comunidad en el cuidado de la gestante y el recién nacido.
- Planificación familiar, es una de las estrategias que permiten disminuir tanto la mortalidad materna como la fetal y neonatal en la medida que evitan embarazos no deseados, y reducen el porcentaje de abortos en condiciones de riesgo.

En la última década la tasa global de fecundidad (TGF) de Perú ha disminuido de 3,5 nacimientos por mujer a principios de la década del 90 a 2.6 en el año 2012, para el año 2014 es de 2.5 nacimientos por mujer.

En cuanto a la demanda de atenciones de PF, el Perú presentó un crecimiento entre 1992 al 2012, el uso de anticonceptivos (todos los métodos,) aumentó al 75.5 % (mujeres en unión). La prevalencia de métodos modernos, entre las mujeres unidas en edad fértil (MUEF) de 41.3% en 1992 a 51.8% en el 2012 (3 de cada 4 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo). El año 2014 la ENDES (P), reporta 52.2%

La demanda insatisfecha de planificación familiar de 10.2 en el 2000 (ENDES 2000) a 6.1 en el 2011 (ENDES 2011). Ha disminuido poco en los últimos años, sin embargo para el 2014 se incrementó a 8.6%.

Aunque en general, la demanda insatisfecha o necesidad no satisfecha métodos anticonceptivos y el uso correcto de los mismos, subsisten brechas en la población rural y la población del quintil más pobre.

⁴ Este valor corresponde a los 10 años previos a la encuesta, es decir al periodo 1990-2000.

En el Perú el porcentaje de adolescentes quienes son madres o están embarazadas es 12.5 (ENDES 2011), de éstas el 10,7 % son madres y el 2,3% están gestando por primera vez. Los departamentos de la selva son los que evidencian mayores porcentajes de embarazo en adolescentes, como Loreto en un 30.0%, Madre de Dios en un 27.9%, Ucayali en un 24.9%, Amazonas en un 21.4% y San Martín con un 21.2% (Según ENDES 2011). Asimismo, según reportes de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, la proporción de muertes maternas notificadas en adolescentes (12 a 17 años) para el año 2012 es 9.6%.

Situación de mortalidad fetal y neonatal

La muerte neonatal es el resultado de una serie de eventos que se suceden en la interacción entre el comportamiento de los hogares, los entornos que rodean a los hogares (la comunidad), los sistemas de salud disponibles (Tradicional y el Sistema Médico) y las políticas del Estado.

La tasa de mortalidad perinatal en el Perú, según ENDES 2000⁵, era de 23.1 por 1000 nacidos vivos, lo cual significa que por cada muerte materna ocurrían 12 muertes perinatales; y se estima que por cada recién nacido que muere, existe un mortinato.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2007, 2009, 2010 y 2011. Muestra la tendencia de la mortalidad neonatal de 5 y 10 años anteriores a la encuesta la misma que pasa de 18 el 2000 a 8 por mil nacidos vivos el 2011 y de 23 a 10 por mil nacidos vivos respectivamente, para el 2014 se mantiene en 10 por mil nacidos vivos; estos datos evidencian la reducción de la mortalidad neonatal en los últimos 11 años, esta disminución ha sido importante tanto en las áreas urbanas, de 15 a 8 (11 por mil nacidos vivos para el año 2014), como en las rurales, de 31 a 13 por cada mil nacidos vivos (12 por cada mil nacidos vivos según ENDES 2014). La notable caída en el área rural explica la reducción de la brecha existente entre ambas áreas de residencia. Sin embargo, aún alrededor de 4, 500 recién nacidos mueren durante el primer mes de vida y el riesgo de morir en el primer mes de vida es el doble en las áreas rurales que en las urbanas, así mismo entre los recién nacidos con madres no tenían educación frente a las que cuentan con educación superior y entre los niños que nacieron en la sierra y en la selva, frente a los que nacieron en Lima metropolitana.

Las principales causas de la mortalidad neonatal son la asfixia, la prematuridad y las infecciones (UNICEF/INEI 2011). El Ministerio de salud, a través del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal, ha notificado para el año 2012, 2,657 muertes neonatales y 2,935 muertes fetales.

2.1.1. Enunciado del Problema Específico

El Perú presenta elevada razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal, superiores a la de países desarrollados y se evidencia un mayor riesgo de las madres y neonatos de zonas rurales y de bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud.

2.1.2. Competencias de la Entidad para abordar el problema

TABLA N°1

⁵Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima: 2000.

Competencias de la Entidad para abordar el problema		
Competencias	Exclusivas/ Compartidas	Si es compartida indique si tiene la rectoría
El análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes. Arti.3 De las competencias de rectoría Sectorial del Ministerio de Salud- Ley N° 26842, Ley General de Salud.	Exclusiva	
El desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.	Exclusiva	
El análisis, formación y evaluación de las políticas públicas de salud. Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población y modificada por la Ley N° 26530.	Exclusiva	
La articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud	Compartida	Rectoría MINSA
La evaluación de mecanismos nacionales de monitoreo y evaluación de procesos, productos e impacto de las intervenciones sectoriales.	Compartida	Rectoría MINSA
La evaluación y control de tecnologías sanitarias Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive	Exclusiva	
La formulación e implementación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y disseminación de información científico-técnica. Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA	Exclusiva	
La definición de criterios de asignación de recursos que deben adjudicarse a organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud. Ley de Presupuesto.	Compartida	MEF
La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados. Ley 29158 Ley orgánica del Poder Ejecutivo,	Exclusiva	
La definición de contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado.	Exclusiva	
La cooperación técnica a entes descentralizados o desconcentrados para el desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud. Ley N°27783 Ley de Bases de Descentralización	Exclusiva	
La promoción de la cultura de salud, educación e información sanitaria a la población. Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA	Compartida	MINJUS, MIMP, MINEDU

Competencias de la Entidad para abordar el problema		
La promoción de la defensa de los derechos ciudadanos en salud. • Ley N° 26260, Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar. • Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA. Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. • Resolución Ministerial 598 -2005, que aprobó la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.	Compartida	MINJUS, MIMP, MINEDU
El Aseguramiento financiero para la atención de la salud individual y colectiva. Ley 28927 Ley de Presupuesto del Sector Publico, Artículo 3°.-De las competencias de rectoría sectorial del Ministerio	Exclusivo	
La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicio de salud a través de sus establecimientos de salud. Ley 28927 Ley de Presupuesto del Sector Publico, Artículo 3°.-De las competencias de rectoría sectorial del Ministerio	Exclusiva	

2.1.3 Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

En el Perú la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere que la razón fue de 185 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (n.v), la ENDES 2010 refiere que la cifra es de 93 x 100,000nv lo que representa un importante descenso. Sin embargo al realizar el análisis a través de la Fuente de Información de la Dirección General de Epidemiología del MINSA se observa que aun tenemos regiones con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, Cajamarca, Piura La Libertad Loreto Puno, Ancash, Cusco, Arequipa, Amazonas, San Martín, Apurímac y Lambayeque.

TABLA N°2

Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado			
Variable	Año 1	Año 2	Año 3
	2012	2013	2014
Desagregación Pertinentes			
Muerte Materna	93 x 100,000 n.v	93 x 100,000 n.v	93 x 100,000 n.v
Muerte Neonatal	13	12	11
Tasa Global de Fecundidad	2.6	2.4	2.5
Parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales	67.3	68.5	72
Proporción de parejas protegidas	75.5	74	78
Parto institucional	85.9	88	89.2
Necesidad insatisfecha en planificación familiar	8.2	9	8.6

Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado			
Cesárea de gestantes procedentes de la zona rural	10.8	11.5	12
Gestantes que recibieron 6 o más controles prenatales	84.5	87.3	86.6
Gestante que recibió su primer control pre natal en el 1er trimestre de gestación	75	77.4	77.3
Proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas	17.5	18.5	17.2

Fuente: ENDES-INEI

2.2 Identificación y cuantificación de la población

2.2.1 Población Potencial.

Población INEI: Mujeres en Edad fértil, gestantes y los Recién Nacidos.

2.2.2 Criterios de Focalización

Quintiles I y II, población pobre y extremadamente pobre, se considera 100% de la población INEI.

2.2.3 Población Objetivo

Es aquella población integrada por mujeres (10 a 49) en edad fértil.

A todo recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida (neonato).

Tabla N° 4: Población Objetivo

Población Objetivo	
Valor	Unidad de Medida
Mujer en Edad Fértil	5,877,965
Recién nacido	403,170

Fuente: INEI-....

2.3 Causas del problema Identificado

Descripción de la causas

Tabla N° 6: Causas Directas de la Mortalidad y Morbilidad Materna

Descripción de la causa	Hemorragia Post-Parto
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La principal causa de hemorragia post-parto es la atonía uterina. Una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas.
Magnitud de la causa	La hemorragia es la principal causa obstétrica directa de muerte materna y representó el

Descripción de la causa	Hemorragia Post-Parto
	27.1% de las causas directas de muerte materna, según la reciente revisión Lancet 2014, que analizó las estimaciones globales, regionales y subregionales de causas de muerte materna durante 2003-2009.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A2

Descripción de la causa	Pre-eclampsia y Eclampsia
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Los trastornos hipertensivos del embarazo (por ejemplo, la preeclampsia y la eclampsia) son factores importantes que contribuyen a la morbilidad materna y perinatal. La eclampsia es la fase grave de la pre-eclampsia. Se caracteriza por la presencia de convulsiones y estados de coma, complicaciones muy graves para la vida de la madre y del feto.
Magnitud de la causa	Las enfermedades hipertensivas representan el 14% de las causas directas de muerte materna, según la reciente revisión Lancet 2014. El riesgo de morir fue casi cuatro veces mayor para las mujeres con pre-eclampsia comparadas con las que no presentaron pre-eclampsia.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A2, C2

Descripción de la causa	Sepsis
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La sepsis es una condición clínica frecuente y mortal. Junto con el choque séptico representa la complicación más grave de los procesos infecciosos. La sepsis en las mujeres embarazadas, principalmente, es el resultado de infecciones pélvicas, como corioamnionitis, endometritis, infección en la herida quirúrgica, aborto séptico o infecciones del tracto urinario.
Magnitud de la causa	Gestantes
Atributos de la causa	La sepsis representa el 10.7% de las causas directas de muerte materna, según la reciente revisión Lancet 2014
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C4
Descripción de la causa	Práctica Insegura de abortos
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Entre las mujeres que se realizaron un aborto y buscaron atención médica posterior, la hemorragia fue la causa más común de resultados maternos adverso, y la infección (sola y en combinación con hemorragia) fue la causa más común de muerte.
Magnitud de la causa	El 41% de los abortos inseguros se da en mujeres jóvenes entre 15-24 años, el 15% entre aquellas de 15-19 años y 26% entre aquellas de 20-24 años. Entre las mujeres que

Descripción de la causa	Sepsis
	abortan entre 15-19 años, casi el 50% son de Africa.
Atributos de la causa	Gestantes adolescentes, gestantes adultas
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C4

Descripción de la causa	Infecciones maternas
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La infección genito-urinaria del segundo trimestre tiene una asociación con recién nacidos pequeños para edad gestacional y parto pre-término.
Magnitud de la causa	Al menos el 40% de los partos pre-término están asociados con infecciones intrauterinas.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C2

Descripción de la causa	Régimen Alimentario Inadecuado
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La desnutrición materna está asociada a un incremento en el riesgo de parto pre-término y de recién nacido con bajo peso de nacimiento.
Magnitud de la causa	El riesgo de Parto pre-término (PPT) es 29% mayor en las mujeres desnutridas comparados con las mujeres no desnutridas, así como el riesgo de PPT espontaneo y PPT inducido. Las mujeres desnutridas tuvieron un 64% mayor riesgo de tener recién nacidos con Bajo Peso de Nacimiento comparados con las mujeres no desnutridas.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

II. Causas directas de mortalidad y morbilidad neonatal

Descripción de la causa	Infecciones en periodo neonatal
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La mitad de las muertes neonatales se deben a causas infecciosas. Las tres primeras causas infecciosas son: neumonía, diarrea y malaria.
Magnitud de la causa	El riesgo de la incidencia de infección bacteriana severa (SBI) en neonatos fue de 7.6% y el riesgo de mortalidad asociado con SBI fue de 9.8%. El riesgo de SBI fue mayor en niños que en niñas.
Atributos de la causa	Neonatos
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Asfixia
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. Es en el Sistema Nervioso Central donde se produce la injuria mas relevante por sus consecuencias en cuanto a mortalidad y secuelas.
Magnitud de la causa	Las complicaciones relacionadas al parto como asfixia, representa el 10.5% del total de las muertes neonatales.
Atributos de la causa	Neonatos
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C2

Descripción de la causa	Ruptura prematura de membrana
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La ruptura de membrana pre término (PROM) está asociados con un incremento significativo de riesgo de muerte pos neonatal
Magnitud de la causa	Los pre términos PROM estuvieron asociados con un incremento significativo de riesgo de muerte pos neonatal comparado con nacimiento pre término espontáneo en infantes a las 27 semanas de gestación o más. Similarmente, los nacimientos pre términos indicados estuvieron asociados con un riesgo significativamente incrementado de muerte pos neonatal que los nacimientos pre término espontáneos en infantes nacidos a las 25 semanas de gestación o más. Los pre términos PROM y los pre términos indicados estuvieron asociados con mayor riesgo de muerte en el periodo post neonatal comparado con pre término espontáneos, independientemente de la causa de muerte,
Atributos de la causa	Recién nacidos pre término
Evidencia que justifique la relación de causalidad	B3

Descripción de la causa	Síndrome de dificultad respiratorio
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Es una afección pulmonar potencialmente mortal que impide la llegada de suficiente oxígeno a los pulmones y a la sangre.
Magnitud de la causa	Los niños que nacieron a las 37-38 semanas tuvieron un riesgo 2 veces mayor de síndrome de dificultad respiratoria, uso de oxígeno, uso de presión positiva continua en la vía aérea y morbilidad respiratoria compuesta.
Atributos de la causa	neonatos

Evidencia que justifique la relación de causalidad	B3
--	----

Descripción de la causa	Embarazo precoz
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El embarazo adolescente está asociado con un incremento de riesgo de muerte fetal y neonatal, y un incremento en el riesgo de parto pre-término, bajo peso al nacer y asfixia.
Magnitud de la causa	La edad materna muy temprana es un factor de riesgo 1,82 veces mayor para tener recién nacidos con Bajo peso de nacimiento (OR 1.82, IC 95% 1.60 – 2.07), 1,68 veces mayor riesgo para Parto pre-término (OR 1.68, IC 95% 1.34 – 2.11) y 1,36 veces mayor riesgo de presentar anemia materna (OR 1.36, IC 95% 1.24 - 1.49).
Atributos de la causa	Gestantes adolescentes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1, B3

Descripción de la causa	Intervalos intergenésicos
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Los niños con intervalos intergenésicos cortos tienen un mayor riesgo de tanto mortalidad neonatal e infantil.
Magnitud de la causa	Los niños con intervalos intergenésicos cortos (< 18 meses) tuvieron un 82% y 66% mayor riesgo de tanto mortalidad neonatal e infantil, respectivamente. Los intervalos intergenésicos más largos (>= 60 meses) presentaron un menor riesgo de mortalidad de niños menores de 5 años comparado con los intervalos de referencia.
Atributos de la causa	Infantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C2

Descripción de la causa	Edad materna
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La edad materna es un factor de riesgo de recién nacido con bajo peso de nacimiento.
Magnitud de la causa	El riesgo de anemia fue 36% mayor entre las gestantes adolescentes < de 17 años de edad. El riesgo de recién nacido con bajo peso de nacimiento fue mayor conforme la edad de gestante fue menor: 82% en Gestantes adolescentes menores, 56% en Gestante adolescentes de edad intermedia y 42% en Gestantes adolescente mayores. Existe una asociación entre el parto pre-término y una gestante de edad temprana. La edad materna menor de 20 años y mayor de 35 años de edad estuvo asociada con riesgo de bajo peso de nacimiento, 11% y 2%, respectivamente.

Descripción de la causa	Edad materna
Atributos de la causa	Gestante
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Anormalidades de implantación placentaria
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Se encontró un mayor riesgo de parto prematuro en pacientes con anomalía de implantación placentaria.
Magnitud de la causa	Se encontró un mayor riesgo de parto prematuro en pacientes con placenta previa, vasa previa, e inserción velamentosa del cordón. El riesgo de admisiones en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, muerte neonatal y muerte perinatal fue mayor con placenta previa. Los riesgos perinatales fueron también mayores en pacientes con vasa previa e inserción velamentosa del cordón, pequeño para edad gestacional y muerte perinatal.
Atributos de la causa	Gestantes, neonatos
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

III. Causas Subyacentes asociadas a morbilidad y mortalidad materno-neonatal

Descripción de la causa	Inadecuado saneamiento y abastecimiento de agua
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El inadecuado saneamiento y abastecimiento de agua está asociado con mayor mortalidad materna.
Magnitud de la causa	Las mujeres en hogares con pobre saneamiento tuvieron 3.07 mayor riesgo de mortalidad materna, mientras que las mujeres con escaso acceso a agua segura tuvieron 1.75 mayor riesgo de mortalidad materna.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Bajo nivel educativo
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El nivel educativo es un importante determinante social asociado a la mortalidad materno-infantil.
Magnitud de la causa	Se encontró una fuerte asociación entre un bajo nivel educativo y resultados maternos adversos, casi muerte materna y muerte materna. Esta relación persistió en países con IDH medio y IDH bajo. Las mujeres menos educadas tuvieron el doble de probabilidad de presentarse en el hospital con una condición severa (como disfunción

	orgánica a la llegada o dentro de las 24 horas. Asimismo, las mujeres menos educadas tuvieron cinco veces mayor riesgo de morir a su llegada o dentro de las primeras 24 horas de su llegada, en un hospital, comparado con las mujeres más educadas.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C2

Descripción de la causa	Inadecuado acceso a servicios de salud de calidad
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El acceso inadecuado a servicios de salud de calidad es un importante determinante social de la mortalidad materno-infantil.
Magnitud de la causa	Los niños que viven más alejados de los establecimientos de salud tuvieron 1.3 veces mayor probabilidad de morir en comparación con aquellos que viven más cerca. El efecto parece ser mayor durante el periodo perinatal y neonatal, comparados con los infantes y niños menores de 5 años.
Atributos de la causa	Gestantes, infantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1, A2

Descripción de la causa	Fumar durante la gestación
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El fumar durante el embarazo está asociado con la mortalidad fetal.
Magnitud de la causa	El fumar durante el embarazo estuvo asociado significativamente con un incremento de 47% de riesgo de muerte fetal. Fumar entre 1-9 cigarros/día y ≥ 10 cigarros/día estuvo asociado con un incremento de 9% y 52% de riesgo de muerte fetal, respectivamente.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Altas tasas de cesárea no indicada
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Existe una correlación entre las tasas altas de cesáreas y la tasa de mortalidad infantil, en países de ingresos altos.
Magnitud de la causa	Una tasa alta de parto por cesáreas esta asociada con mayores tasas de mortalidad

	infantil (Coeficiente de correlación de Pearson: 0.41, $p < 0.05$). La asociación se mantuvo después de ajustar por edad materna, sexo del infante, ingreso per cápita, y el índice de Gini ($p < 0.03$), pero desapareció después de ajustar por nacimiento pre-término ($p = 0.07$).
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C2

Descripción de la causa	Deficiencia de ácido fólico en gestantes
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La deficiencia de ácido fólico en la gestante está asociada con mayor riesgo de defectos del tubo neural y puede estar asociada a menor peso de nacimiento.
Magnitud de la causa	Se encontró una relación dosis-respuesta significativa entre la ingesta de folato y el peso de nacimiento (β 0.03, IC 95% 0.01-0.05). Es decir, un recién nacido cuya madre tiene un consumo de ácido fólico de 500 microgramos por día se prevé contar con un peso al nacer que es 2% superior a un recién nacido cuya madre tiene un consumo de ácido fólico de 250 microgramos por día.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Deficiencia de hierro en gestantes
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La anemia durante el embarazo incrementa el riesgo de mortalidad materna, y está relacionada con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal
Magnitud de la causa	La anemia en el primer y segundo trimestres de gestación es un factor de riesgo 1,29 veces mayor de bajo peso al nacer y de riesgo 1,21 veces mayor de nacimiento Pre-término.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Inicio tardío de la lactancia materna/ Lactancia parcial
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema	La lactancia materna temprana es un factor protector para mortalidad relacionada a infección.

específico	
Magnitud de la causa	El inicio temprano de la lactancia materna demostró un menor riesgo de mortalidad por todas las causas entre todos los nacidos vivos y entre los bebés de bajo peso de nacimiento. Asimismo, se encontró menor riesgo de mortalidad neonatal relacionada a infecciones. Entre los lactantes amamantados exclusivamente, el riesgo de mortalidad por todas las causas no fue distinto entre los que iniciaron lactancia temprana o tardía
Atributos de la causa	Lactantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1, A2

2.4 Diseño del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

Tabla N° 7

Resultado Especifico

Problema identificado	Resultado específico
Elevada mortalidad materna, morbilidad materna y morbi-mortalidad neonatal	Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal
¿A quiénes beneficiará?	Mujeres en edad fértil Recién nacidos

Modelo conceptual

El modelo conceptual es un conjunto de conceptos y relaciones entre ellos, vinculados a una condición de interés (o problema identificado).

Un modelo conceptual es un esquema estructurado que representa un conjunto de relaciones entre conceptos. Dichos conceptos responden a una o más de las siguientes propiedades

Modelo Conceptual General: El primer paso para el diagnóstico es realizar la búsqueda de modelos conceptuales sobre mortalidad materno-neonatal que nos permita relacionar conceptos que la expliquen. Para ello, se debe de realizar una búsqueda en la literatura

Problema

“Modelos conceptuales de mortalidad materno-neonatal”

Metodología

Se realizó una búsqueda de las siguientes bases de datos:

Medline	BMJ Point-of-Care	National Guideline
EMBASE	Clinical Evidence	Clearinghouse
Web of Science	Cochrane Database	Healthcare Research and
Scopus	Health Technology Assessment	Quality
Google Scholar	NHS Economic Evaluation	National Institute for Health and
	Database	Clinical Excellence
		TRI

Estrategia de búsqueda

Se consideró la pirámide propuesta por Haynes et al para la búsqueda sistemática en Internet desde la perspectiva de Medicina Basada en evidencia. Partiendo de Sistemas, para luego evaluar Resúmenes, Sinopsis, Síntesis (Revisiones Sistemáticas) y Artículos Originales (investigaciones primarias).

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda, teniendo de referencia los descriptores en ciencias de la salud, combinados de acuerdo a la base a utilizar:

“Modelo conceptual”

1. *conceptual model*
2. *framework*

“Mujer embarazada”

3. *Pregnant Women*

“Neonato o recién nacido”

4. *Infant, Newborn*

“Mortalidad materna”

5. *Maternal Mortality*

“Mortalidad neonatal”

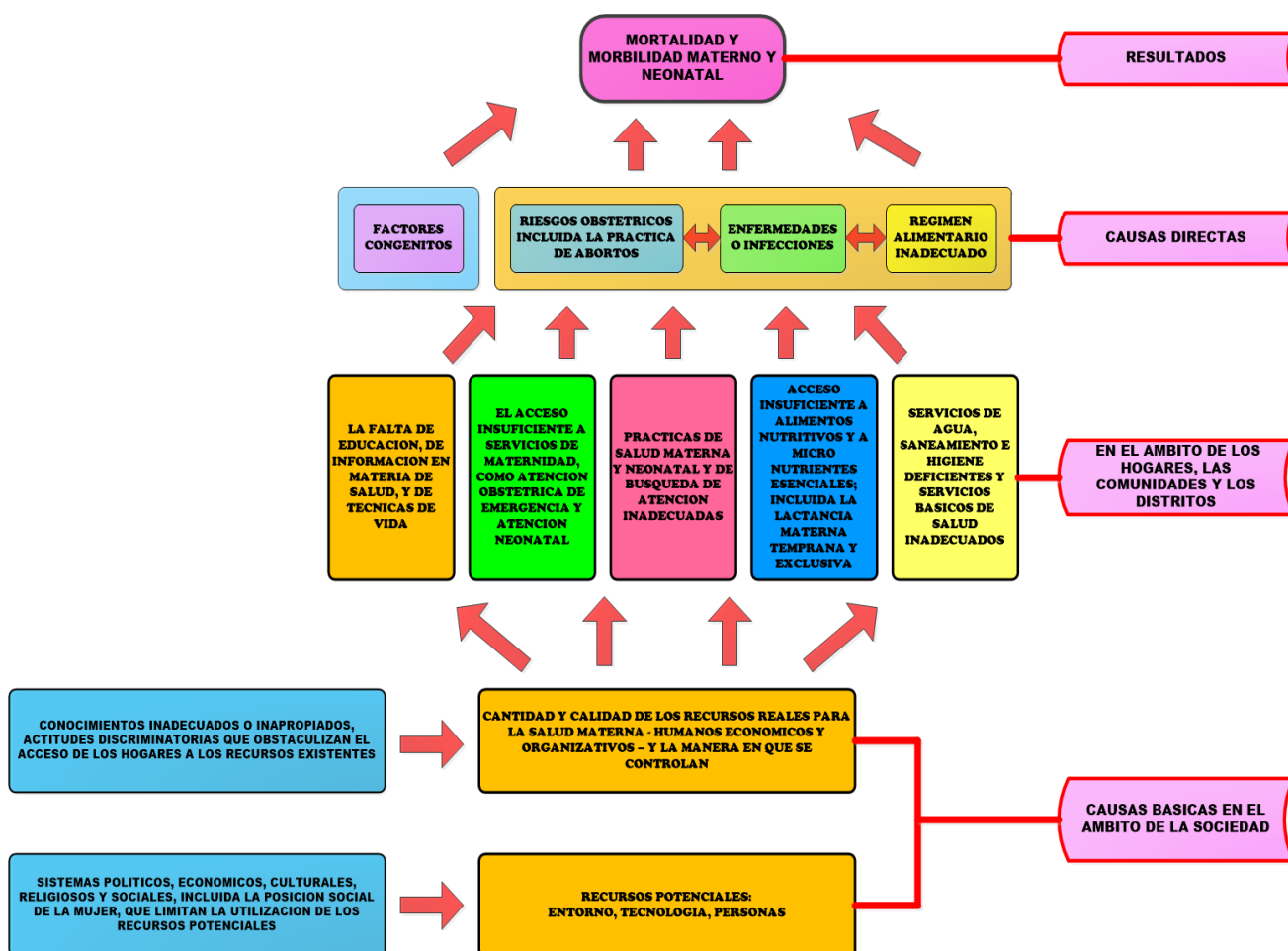
6. *Infant Mortality*

7. (Conceptual model o framework) & (Pregnant Women) & (Infant, Newborn) & (Maternal Mortality) & (Infant Mortality)

Los mismos términos de búsqueda se realizaron para el caso de buscadores en español (Scielo)

Para la condición de interés “Mortalidad materno-neonatal” se ha realizado una revisión de los modelos conceptuales y se ha seleccionado el siguiente modelo:

Marco conceptual de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal



Fuente: UNICEF⁶

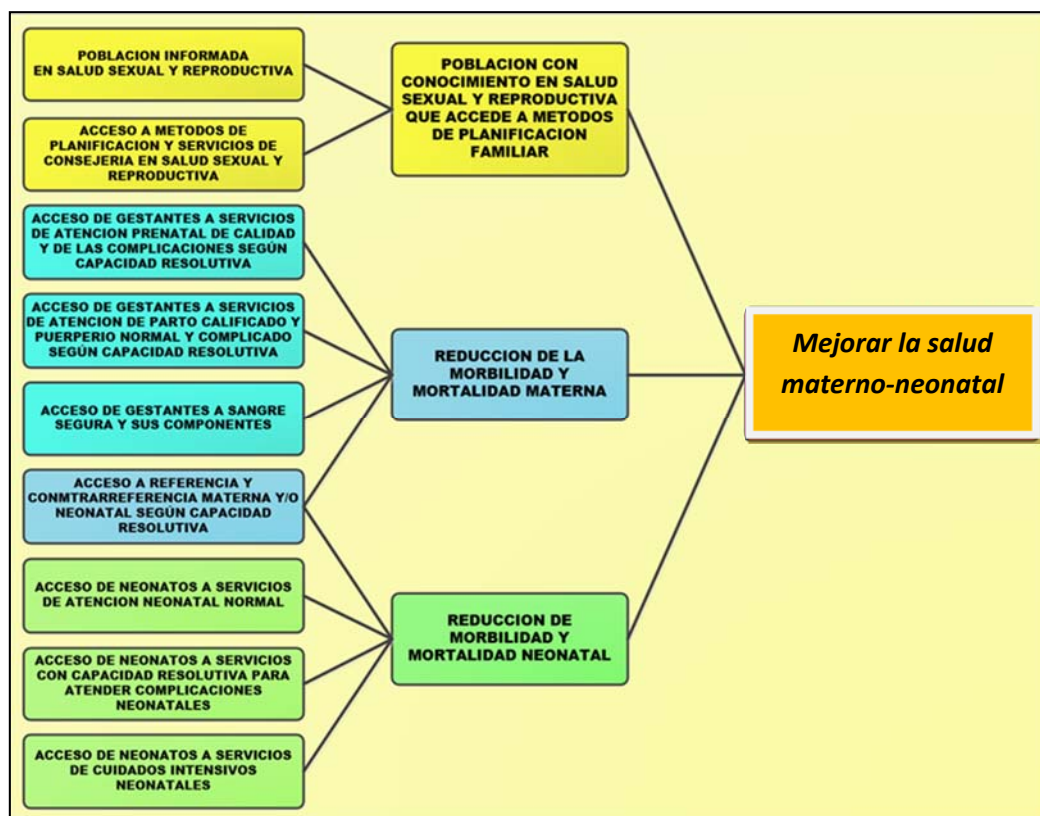
Este marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de unos hábitos saludables, y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que

⁶ UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF; 2008. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/index_47127.html

proviene del individuo), subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (que provienen de la sociedad).

Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes. Este marco se ha concebido para que resulte de utilidad a la hora de valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así como en la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal.

Modelo conceptual adaptado



Al adaptarse el modelo conceptual seleccionado, mediante la inclusión de características particulares del país, región, o localidad; se genera lo que se conoce como modelo conceptual específico. Dicha adaptación se hace bajo los criterios de: condiciones geográficas, características culturales, población (cantidad y heterogeneidad), entre otros.

Modelo explicativo

Consiste en la caracterización del problema y de sus factores causales. Así como, la identificación de caminos causales críticos (cadena de relaciones entre factores causales) y la jerarquización de los mismos.

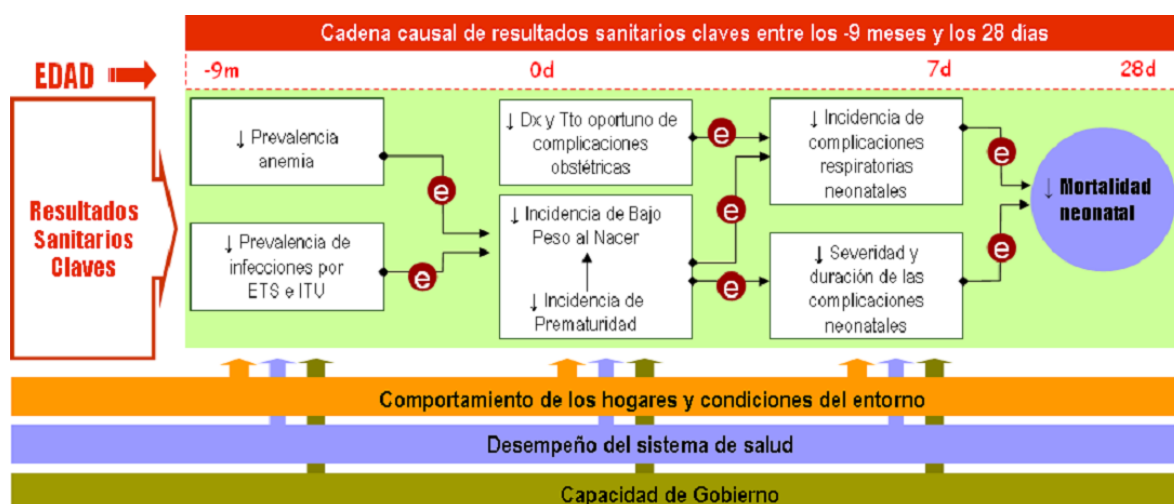
Para determinar la magnitud de la condición de interés es necesario elegir indicadores con los datos más actualizados posibles que puedan brindar dicha información. Es sumamente útil, presentar datos en torno a la

tendencia y brechas (inequidades) del indicador - puede ser por ámbito, niveles de pobreza, entre otros – puesto que permiten la caracterización buscada.

Principales trayectorias de causalidad relacionadas con la morbilidad y mortalidad neonatal

En el gráfico N° 13 se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad neonatal. La letra -e-ll sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Gráfico N° 13. Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal.



La mayoría de las muertes peri-neonatales está asociada a problemas que sobrevienen durante la gestación, el parto y período pos-parto. Más de dos tercios de las muertes en recién nacidos ocurre entre niños normales y aparentemente bien dotados para la vida: Estas muertes podrían evitarse si se adoptaran medidas de prevención básicas y de atención oportuna del recién nacido^{7,8,9}.

Siguiendo la lógica del diagrama del gráfico 13 y por orden de relevancia, la mortalidad neonatal, es resultado principalmente de las siguientes causas:

1. La OMS estima que, en los países en desarrollo^{10,11}, el 85% de las muertes en recién nacidos se debe a infecciones que incluyen la sepsis (7%), la neumonía (19%) y el tétanos (14%), asfixia al nacer (21%), traumas del parto (11%) y la prematuridad (10%)¹². De acuerdo a los registros administrativos (certificados de defunción), las causas de muerte neonatal más frecuentes son los trastornos respiratorios específicos del período neonatal (en las zonas rurales el 60% de las muertes

⁷OMS. Mother-Baby Package: An approach to Implementing Safe Motherhood. Geneva. 1994

⁸OMS. Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. Geneva.1995

⁹CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido: Un manual de referencia para gerentes de programas. 1998

¹⁰Hill K, Choi Y. Neonatal mortality in the developing world. Demographic Research 2006; 14 (18): 429-452

¹¹Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. Determinants of neonatal mortality in Indonesia. BMC Public Health. 2008 Jul 9;8:232.

¹²United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. Low Birth Weight. Report of a meeting. Dhaka, Bangladesh, 14-17 June 1999. Pojda J, Kelley L, editors. Nutrition policy paper N° 18. Geneva: ACC/SNC in collaboration with ICDDR. 2000

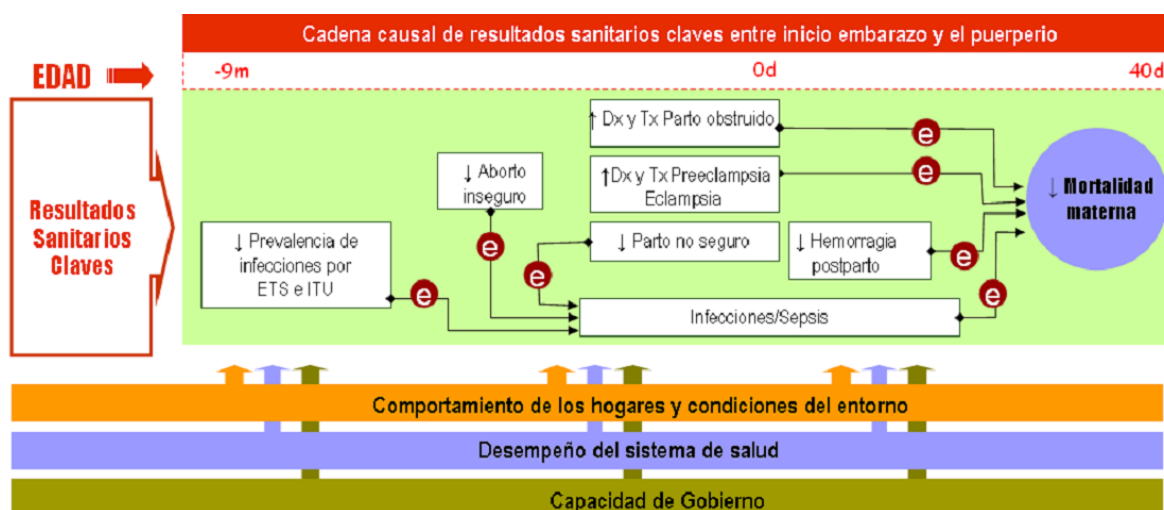
neonatales ocurre por asfixia¹³), el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la sepsis bacteriana del recién nacido¹⁴ y las malformaciones congénitas.

2. Las complicaciones respiratorias (principalmente la asfixia) tiene dos principales factores causales, el primero (el más relevante) está directamente relacionado con la atención de la labor de parto, el parto y de las complicaciones obstétricas; y el segundo, se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad. Si bien, la prematuridad tiene su origen en el primer trimestre, el uso de corticoides puede disminuirla.
3. La duración de las complicaciones, resultado principalmente de la capacidad resolutive de los servicios de salud, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Aquí tiene relevancia las infecciones intrahospitalarias.
4. Como se indicó en el ítem (2), el bajo peso al nacer y la prematuridad son las patologías de fondo que incrementan el riesgo de las otras patologías que se presentan durante la etapa neonatal. Ver lista de evidencias.
5. El fundamento de la relación de causalidad entre anemia e infección durante el embarazo con bajo peso al nacer y prematuridad fueron señalados anteriormente.

Principales trayectorias de causalidad relacionadas con la mortalidad materna

En el gráfico N° 14 se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad materna. La letra -e-ll sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Gráfica N° 14. Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad materna



Las complicaciones relacionadas con el embarazo son la primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. Representan una pérdida equivalente a más del doble de —años de vida ajustados en función a la discapacidadII (AVAD) que las que son ocasionadas por

¹³Oficina General de Epidemiología 1999-2002.

¹⁴ Tapia I JL, Reichhard T C, Saldías R MI, Abarzúa C F, Pérez A ME, González M A, Gederlini G A. Sepsis neonatal en la era de profilaxis antimicrobiana prenatal. Rev Chilena Infectol. 2007 Apr;24(2):111-6.

enfermedades transmisibles, SIDA o tuberculosis. No existe ninguna causa para los hombres que se acerque a la magnitud de la mortalidad y morbilidad materna.

Siguiendo la lógica del diagrama del gráfico N° 14 y por orden de relevancia, la mortalidad materna, es resultado principalmente de las siguientes causas^{15,16, 17,18}:

1. La hemorragia, específicamente la que se presente en el posparto inmediato (24 horas posparto) y que es la primera causa de muerte materna. Esta complicación no es posible predecir y es de presentación súbita. El sangrado es muy rápido, y ante la ausencia de una inmediata atención (menor a dos horas), la cual incluye la administración de medicamentos para el control del sangrado, el masaje uterino para estimular la contracción y la transfusión de sangre, la probabilidad de fallecimiento de la gestante es de 100%. En las poblaciones con altas tasas de mortalidad materna, como las indígenas, aproximadamente el 25% de todas las muertes es debido a este tipo de hemorragia.
2. La eclampsia, que puede ser resultado de déficit de calcio o por exposición a infecciones durante el embarazo. Su aparición en último trimestre del embarazo, conlleva al desarrollo de la complicación obstétrica de mayor letalidad para la madre. Las muertes por pre-eclampsia pueden ser prevenidas por un cuidadoso monitoreo durante el embarazo y por tratamiento con sulfato de magnesio en caso avance a un grado de preeclampsia severa, cuando no responde a este tratamiento, la única opción para aliviar el cuadro de eclampsia es adelantar el parto, con lo cual se incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer. Se ubica entre la segunda o tercera causa de muerte materna.
3. Las infecciones, específicamente la sepsis, la cual es frecuentemente consecuencia de la pobre higiene durante el parto o de enfermedades de transmisión sexual no tratadas durante el embarazo. Estas infecciones pueden ser prevenidas de manera efectiva mediante la atención de un parto limpio o el tratamiento antibiótico de las ETS durante el embarazo. Para la resolución de esta complicación, tal como está demostrado en la literatura y en la experiencia acumulada de los países que han reducido la mortalidad materna, es indispensable el uso de al menos una combinación de tres antibióticos. En promedio el 15% de las muertes son debidas a esta causa, cuando se junta con las infecciones resultado del aborto, esta causa se ubica inmediatamente después de la hemorragia.
4. El parto obstruido¹⁹, que requiere de la atención especializada, y que independientemente de las condiciones socioeconómicas, cualquier gestante tiene una probabilidad de 15% de desarrollar complicaciones y al menos 5% padecer de partos obstruidos. Este evento es difícil de predecir, sin embargo su resolución al requerir de servicios de mayor capacidad resolutoria, y ante la inaccesibilidad física y económica, incrementa el riesgo de mortalidad materna y también del feto. En promedio esta complicación explica alrededor del 8% de muertes maternas.

Hasta aquí, por cada uno de los cuatro principales problemas de salud que configuran la salud materno-infantil, se ha desagregado en un primer nivel de priorización de causas. Estas causas a su vez son resultado de otros factores que a continuación serán presentados a lo largo del ciclo de vida de una generación.

¹⁵ Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr 1;367(9516):1066-74.

¹⁶ Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(5): 313-317

¹⁷ Ronsmans C, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1189-200.

¹⁸ Nour NM. An introduction to maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol*. 2008 Spring;1(2):77-81.

¹⁹ Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *BJOG*. 2005 Sep;112(9):1221-8.

Esquema para reducir la mortalidad materna

En la primera etapa de vida (-9 a 0 meses), dos son los resultados claves, la anemia y las infecciones durante el primer trimestre del embarazo; durante el parto (0 meses), en la gestante el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, mientras en el neonato el bajo peso al nacer y la prematuridad; en la etapa neonatal (0-28 días), las complicaciones respiratorias y una mayor eficacia en el tratamiento de las mismas; y, finalmente entre los 6 y 18 meses, la carga de morbilidad por infecciones y las deficiencias por micronutrientes

De manera general, los factores causales que influyen en cada uno de los resultados sanitarios señalados en el párrafo previo, se pueden agrupar en tres grupos, tal como se muestran en los gráficos precedentes:

- i) Aquellos que son intrínsecos a los individuos, familias y comunidades: comportamientos y características del entorno;
- ii) Los relacionados con la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y otros sistemas (el sistema institucional de salud, sistema tradicional de salud y otros sistemas no vinculados directamente con salud como transportes y educación) ; y,
- iii) Los relacionados con la capacidad de gobierno.

En el primer grupo de factores están los referidos a los comportamientos de las personas y factores intrínsecos de los individuos (edad, sexo, lactancia, estilo de vida, alimentación, etc.), las características de los hogares (condiciones de vida, acceso a servicios, condiciones de la vivienda, etc.) y el entorno donde reside como factores contextuales (medio ambiente, dispersión, ruralidad, etnicidad, entre otros). En este grupo ubicamos el factor cultural.

En el segundo grupo están aquellos factores referidos a la capacidad de respuesta de los sistemas de salud disponibles en la comunidad, tanto el sistema tradicional de salud como el que desarrolla el Estado. Dentro de estos factores, podríamos sub agrupar en tres:

- i. En aquellos servicios mediante el cual directamente los usuarios se relacionan con el sistema de salud, tales como el acceso físico al establecimiento de mayor o menor capacidad resolutive, es decir la distribución geográfica de establecimientos que el sistema de salud ofrece a los usuarios. Otros factores, que están en relación directa con el usuario, son la calidad técnica que el servicio ofrece y las adecuaciones interculturales que la oferta realiza para establecer una mejor relación con los usuarios. También incluye los servicios de información, educación y comunicación que el servicio realiza con los usuarios. Finalmente, la continuidad de atención, que es la forma como los sistemas de salud se organizan para ofrecer a los usuarios desde los servicios de baja complejidad hasta los de la más alta complejidad. Estas vendrían ser las variables agregadas del sistema de salud; y que a su vez, incluye otras variables que son insumos o procesos.
- ii. Cuatro son los grandes grupos de insumos para ofrecer los servicios salud. Equipamiento, infraestructura, recursos humanos y medicamentos. La combinación apropiada de estos cuatro insumos determina mayor o menor calidad técnica en la atención. La competencia técnica para la atención de la complicación obstétrica, depende del número de veces por año que realice el profesional, pero a su vez esta variable depende del volumen de la demanda del servicio.
- iii. Los insumos antes indicados, son muy dependientes de altos montos de inversión (infraestructura y equipos), y en el caso de los medicamentos no siempre es fácil lograr un eficiente sistema de suministros, con lo cual el costo de oportunidad y el riesgo de pérdidas por medicamentos vencidos son muy altos. El alto costo de inversión, y la complejidad para gestionar estos insumos tiene un

impacto directo en los servicios finales. Desde ese punto de vista, tres variables que operan como determinantes de la disponibilidad de los insumos hemos considerado. El costo unitario de la prestación, la capacidad de gestión y de organización de los servicios de salud a nivel del establecimiento y finalmente, la capacidad de financiar el servicio que es dependiente, de una parte de los mecanismos que el Estado adopta para cubrir los gastos de salud y de la capacidad de pago de los usuarios.

En el tercer grupo, están aquellos factores referidos a la capacidad que el gobierno y sus instituciones tienen para: i) establecer y poner en práctica un marco regulatorio centrado en la protección del usuario; ii) adoptar instrumentos que contribuyan a la equidad y superen la exclusión (ejemplo: descentralización, focalización del gasto, subsidio de seguros de salud); iii) constituir estructuras organizacionales eficientes (modernización).

Cada uno de estos tres grupos de factores influye de manera diferente en cada etapa de vida respecto de los resultados sanitarios antes indicados. Por ejemplo, en relación a la prevalencia de anemia de gestantes, desde la perspectiva del desempeño del sistema de salud (segundo grupo de factores), es relevante realizar la prueba de hemoglobina en el primer trimestre de embarazo mas no así en los siguientes trimestres. Otro ejemplo que ilustra como el factor gobierno (tercer grupo de factores) afecta de manera diferente en cada etapa de vida, es la norma que establece el listado de medicamentos esenciales (conocido como petitorio de medicamentos), específicamente en el caso de salud de la madre (al momento del parto) tal listado no incluía sulfato de magnesio que es un medicamento de elección para la pre eclampsia.

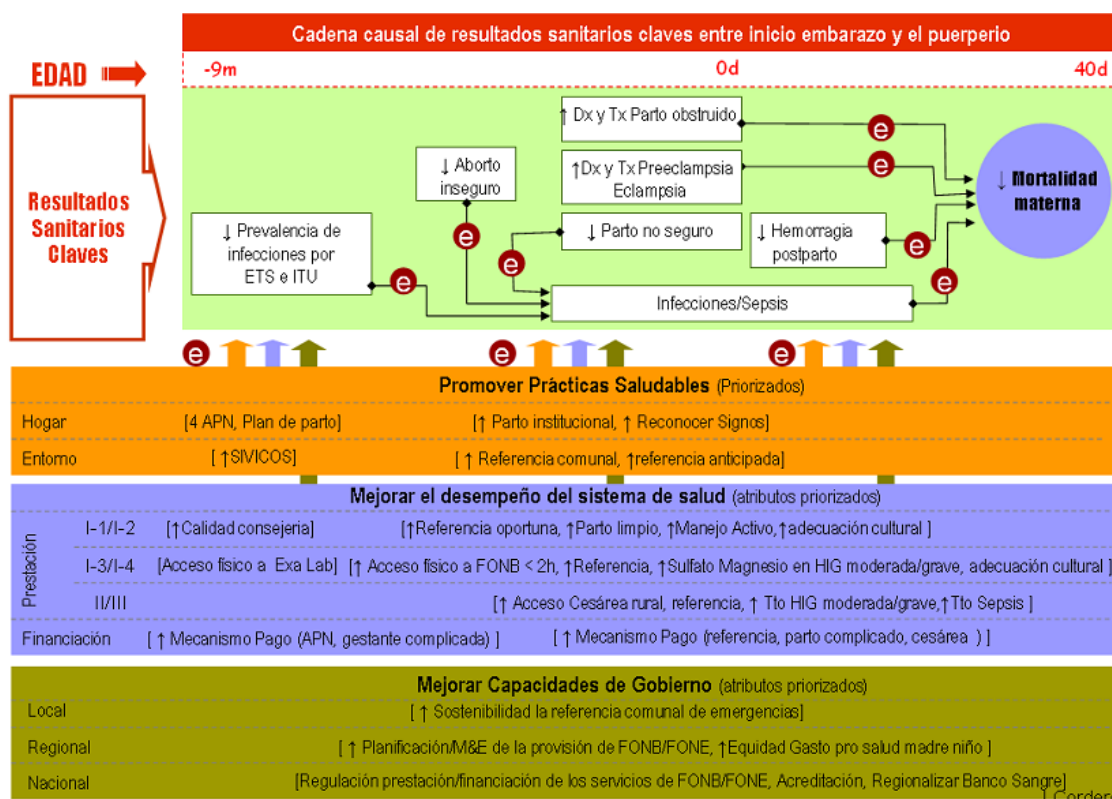
En el gráfico N° 15 se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones priorizadas para modificar los resultados sanitarios claves vinculados con la reducción la mortalidad materna²⁰. El proyecto se focaliza en dos momentos de ciclo de vida y en siete resultados claves, de cuales, uno ya fue comentado en el primer esquema anterior (prevalencia de infecciones por ETS e ITU, Bajo peso al nacer) y los restantes a continuación son explicados.

El primer enfoque estaría básicamente orientado a evitar los embarazos no deseados, o no programados, mediante la planificación familiar. Al haber menos embarazos, habrían menos mujeres en riesgo de sufrir complicaciones obstétricas y por lo tanto menos muertes maternas. La lógica de este enfoque es clara, y de hecho funciona; sin embargo solo cubriría una parte del problema, puesto que seguirían habiendo embarazos y seguirían habiendo mujeres en riesgo de muerte materna, ya que el objetivo de esta intervención no es evitar todos los embarazos.

El segundo enfoque para reducir la mortalidad materna, la idea sería emplear alguna tecnología para: i) Identificar a las gestantes en mayor riesgo de sufrir complicaciones; y, ii) Realizar intervenciones dirigidas a prevenir dichas complicaciones.

Gráfica N° 15. Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad materna

²⁰ Hu D, Bertozzi SM, Gakidou E, Sweet S, Goldie SJ. The Costs, Benefits, and Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Maternal Morbidity and Mortality in Mexico. PLoS ONE 2007; 2(8): e750.



Con respecto a lo primero; es cierto que determinados grupos de gestantes, con algunos antecedentes médicos u obstétricos están en mayor riesgo de sufrir complicaciones (por ejemplo, las mujeres de edad avanzada, con ciertas condiciones médicas, o la paridad: las multiparas (mayor riesgo de atonía uterina) o las nulíparas (mayor riesgo de pre-eclampsia)). Sin embargo estos factores de riesgo, exceptuando algunos pocos casos, tienen muy poco valor predictivo para identificar a las gestantes que sufrirán complicaciones. Ello ocurre por ejemplo para identificar qué mujeres sufrirán hemorragia postparto por retención placentaria, o complicaciones debidas a distocias por mala presentación fetal. En una revisión sistemática reciente de la OMS acerca de pruebas de tamizaje para identificar tempranamente a gestantes que sufrirán de pre-eclampsia²¹ se concluyó que estas pruebas tienen muy bajo valor predictivo y que están lejos de ser clínicamente útiles.

En el mejor de los casos los factores de riesgo identificarían el 30% de gestantes que sufrirán alguna complicación. La gran mayoría de las complicaciones (y las muertes) –más del 70%– ocurren de manera inesperada y en gestantes sin factores de riesgo. En varias otras publicaciones se reconoce ampliamente la pobre sensibilidad de los factores de riesgo para predecir quienes sufrirán complicaciones en el embarazo parto o puerperio. Excepciones notables a lo recién comentado ocurren con la mortalidad debida a abortos inducidos en las cuales el factor de riesgo (maniobras abortivas) resulta evidente. Otros factores que también debieran tenerse en cuenta, pero desde el punto de vista de acciones preventivas de complicaciones son el

²¹Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. World Health Organization systematic review of screening tests for preeclampsia. Obstet Gynecol 2004;104:1367-91.

manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia postparto^{22,23} y la reducción de la sepsis puerperal con el uso de medidas higiénicas preventivas. En particular el evitar tactos vaginales frecuentes en la evaluación obstétrica durante la labor de parto²⁴

Con respecto a las estrategias/intervenciones para prevenir las complicaciones, exceptuando los casos mencionados arriba, existe aún escasa evidencia de que esto pueda hacerse de manera efectiva. Por ejemplo, se han realizado varios estudios, incluyendo ensayos clínicos grandes, con el objeto de estudiar el efecto de ciertas intervenciones preventivas de la preeclampsia. A priori los resultados más prometedores se esperaban con el suministro de calcio por vía oral (en mujeres con pobre ingesta de Calcio) o con dosis bajas de Aspirina, también por vía oral. Los resultados de los estudios sobre estas intervenciones sin embargo solo resultaron en reducciones marginales en reducción de la pre-eclampsia, no habiendo aún una recomendación para su uso como medida de salud pública.

Como consecuencia del escaso valor predictivo de los factores de riesgo y de la escasa posibilidad de prevenir las complicaciones, resulta conveniente, a nivel poblacional, considerar que cada gestante está en riesgo de sufrir alguna complicación del embarazo y de fallecer como consecuencia de ella²⁵.

Dada la dificultad prevenir y de predecir qué mujeres sufrirán complicaciones, entonces, solamente resulta posible diagnosticar y tratar las emergencias obstétricas cada vez que estas se presentan (tercer enfoque). Las intervenciones necesarias para el manejo de las complicaciones obstétricas ya existen desde hace más de 6 décadas. Una evidencia de que cierto grupo de medidas terapéuticas reducen la mortalidad materna es la gran reducción, en un periodo corto, de la mortalidad materna que comenzó en los países desarrollados entre los años 1930-1940, coincidente con la aparición de los antibióticos; las transfusiones sanguíneas y los bancos de sangre; y el empleo de técnicas quirúrgicas y anestésicas seguras. Previamente las cifras de mortalidad materna habían estado estables en valores alrededor de 500 muertes x 100000 nacimientos por más de 100 años.

Actualmente, el conocimiento requerido para el manejo de la gran mayoría de emergencias obstétricas está disponible, con evidencias claramente establecidas en ensayos clínicos, estudios de observación, meta-análisis y revisiones sistemáticas. Aunque en algunos muy pocos casos aún existe controversia y relativa falta de información sobre medidas terapéuticas puntuales.

UNICEF, la OMS y UNFPA han identificado un paquete de intervenciones clave en el manejo de las siete complicaciones obstétricas más importantes listadas previamente (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997)²⁶. Este

²² McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;77(3):267-75.

²³ Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, et al. WHO multicenter randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;358:689-95.

²⁴ Goodburn E, Chowdhury M, Gazi R, Marshall T, Graham W. Training traditional birth attendants in clean delivery does not prevent postpartum infection. *Health Policy Plan* 2000;15:394—9.

²⁵ Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled?. *Am J Public Health.* 1999;89(4):480-2.

²⁶ Maine D, Wardlaw T, Ward V, McCarthy J, Birnbaum A, et al. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF, WHO. UNFPA. 1997

conjunto de intervenciones se conocen como Funciones obstétricas²⁷ para el cuidado de emergencia. Se definen dos niveles de funciones obstétricas a nivel de los establecimientos con capacidad de resolver emergencias obstétricas:

Las funciones clave que deben proveer los Establecimientos que cumplen funciones obstétricas básicas (FONB) son:

- 1) Administración de Oxitócicos parenterales.
- 2) Administración de Antibióticos parenterales.
- 3) Administración de Anticonvulsivantes parenterales.
- 4) Extracción manual de la placenta.
- 5) Remoción de productos retenidos (ejemplo: Aspiración manual endouterina).
- 6) Parto vaginal asistido (ejemplo Vacuum extractor).

Las funciones clave que deben proveer los Establecimientos que cumplen funciones obstétricas esenciales (FONE) son:

- 1-6) Las mismas 6 funciones de los establecimientos FONB más otras dos:
- 7) Efectuar cirugías (ejemplo Cesárea).
- 8) Realizar transfusiones de sangre.

A continuación se resumen brevemente las evidencias que soportan estas funciones:

Los Oxitócicos parenterales son medicamentos clave para la prevención de la hemorragia postparto. Se estima que sin intervención alguna la hemorragia > 500 cc ocurriría en el 10% o más de los partos. Sin embargo, utilizando Oxitocina en el manejo asistido del alumbramiento, se estima que esta proporción se reduzca a 5% o menos, sin incrementar la incidencia de retención placentaria u otras complicaciones serias.

Adicionalmente los oxitócicos son drogas de primera línea para el manejo de la hemorragia postparto establecida.

El manejo de la sepsis puerperal, los abortos sépticos u otras complicaciones infecciosas severas relativamente frecuentes en el embarazo y el puerperio (ejm. pielonefritis) sería impensable sin el uso apropiado y racional de antibióticos parenterales.

El Sulfato de Magnesio es la droga anticonvulsivante de elección para el manejo de la Eclampsia (The Eclampsia Trial Collaborative Group, 1995)²⁸, siendo superior a otros anticonvulsivantes. Incluso un ensayo clínico más reciente favorece el uso de esta droga en la prevención de convulsiones en mujeres con pre-eclampsia consideradas en alto riesgo de sufrir eclampsia²⁹. De manera similar existen otros estudios que proveen de nuevas evidencias valiosas en el manejo de complicaciones obstétricas.

²⁷ Mavalankar DV, Rosenfield A. Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care. Am J Public Health. 2005 Feb;95(2):200-3.

²⁸ The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. Lancet 1995;345:1455-63.

²⁹ Altman D, Carroli G, Duley L, et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002;359:1877-90.

La extracción manual de placenta en caso de retención y la remoción de productos retenidos (ej., aborto incompleto) son medidas efectivas claramente establecidas desde hace muchos años (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997)³⁰.

Respecto al método para efectuar la remoción de productos retenidos, la evidencia sugiere que el empleo de la aspiración manual endouterina (AMEU) es más segura, y con menor costo que el curetaje (legrado uterino)³¹.

En relación al parto obstruido, el vacuum extractor, bien indicado y correctamente empleado puede usarse sin dañar a la madre y sin interferir con el mecanismo normal del parto. A diferencia del Forceps, este instrumento no ocupa el espacio entre la cabeza del feto y el canal de parto. Aunque su facilidad de uso podría conducir a ser empleado inapropiadamente, resultando en fracaso y en algunos casos produciendo lesiones, desacreditando con ello al método³² (Bergström S. 2001). El uso del vacuum tiene indicaciones precisas, que incluyen la falta de acceso a cirugía.

Estas intervenciones no son las únicas, pero son las más importantes y críticas para el manejo de las complicaciones más frecuentes. En varios casos estas intervenciones involucran otras funciones; por ejemplo el efectuar cirugías deja implícito la capacidad de proveer anestesia.

La efectividad de estas (y otras) intervenciones en la reducción de la mortalidad materna está fuera de discusión; aunque como se comentó inicialmente, aún existe espacio para el —afinamiento— de algunas de estas funciones. Por ejemplo el uso de Misoprostol en el manejo de la hemorragia postparto aún es controversial, básicamente por la falta de ensayos clínicos de suficiente magnitud para evidenciar una ventaja clínica significativa³³, aunque dado el tremendo costo de una muerte materna, muchos recomiendan su uso en adición a los oxitócicos parenterales³⁴.

A pesar de la demostrada efectividad individual de cada una de las intervenciones para resolver las complicaciones obstétricas, una situación que aún ha estado poco clara es el modo de entrega más eficiente y efectivo. Posiblemente esto sea la mayor dificultad y el reto actualmente existente en el camino hacia la reducción de la mortalidad materna.

Esta dificultad se debe en parte a la imposibilidad de asegurar la infraestructura, el equipamiento, y el personal entrenado para proveer servicios de atención obstétrica con capacidad de resolver las emergencias obstétricas a una población que no está concentrada en urbes o poblaciones grandes con recursos limitados

³⁰UNICEF, WHO and UNFPA.Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York UNICEF; 1997

³¹Fonseca W, Misago C, Fernandes L, Correia L, Silveira D. Use of manual vacuum aspiration in reducing cost and duration of hospitalisation due to incomplete abortion in an urban area of north-eastern Brazil. *Revista de SaudePublica* 1997;31(5):472–8.

³²Bergström S. Appropriate obstetric technologies to deal with maternal complications. *Studies in Health Services Organisation and Policy* 2001, 17, 175-194.

³³Hofmeyr GJ, Ferreira S, Nikodem VC, et al. Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial [ISRCTN72263357]. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2004;4(1):16.

³⁴Potts M, Campbell M.Three meetings and fewer funerals--misoprostol in postpartum haemorrhage.*Lancet*. 2004; 364(9440):1110-1.

de la mayoría de los países en vías de desarrollo. Cuando la población está dispersa en poblados pequeños el llegar a ellos con este paquete de servicios se hace bastante costoso y poco conveniente.

Koblinsky y Col³⁵ (1999) ha identificado 4 modelos de atención obstétrica a nivel poblacional basado en dos parámetros: Quién atiende el parto y a dónde se refiere la paciente luego de que esta se complica. Estos modelos surgen del estudio de casos de las experiencias (exitosas) de algunos países como ejemplos característicos de estos modelos.

Esquema para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal

En el gráfico N° 16 se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones priorizadas para modificar los resultados sanitarios claves vinculados con la reducción la morbilidad y mortalidad neonatal³⁶. El proyecto se focaliza en tres momentos de ciclo de vida y en seis resultados claves, de cuales, tres ya fueron comentados en el esquema anterior (prevalencia de anemia en gestantes, prevalencia de infecciones por ETS e ITU, Bajo peso al nacer) y los tres restantes a continuación son explicados:

- i. Reducir la incidencia de las complicaciones respiratorias neonatales^{37,38}, con énfasis en los 7 primeros días después del parto, a través de prioritariamente:
 - Incrementar el conocimiento de las madres para reconocer signos de alarma de complicaciones respiratorias del neonato y ante tal situación acudir al servicio de salud.
 - Promover la participación de la comunidad en la organización de sistemas de referencia comunal
 - Mejorar la oportunidad de las referencias, específicamente las que se dan entre los establecimientos I-1, I-2 hacia el nivel I-3, I-4, y de estos establecimientos hacia el segundo nivel.
 - Incrementar el acceso a Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y mejorar la capacidad resolutoria de las mismas.
 - Resolver los aspectos de financiamiento de los servicios de cuidados intensivos. El alto costo que tienen las prestaciones de cuidados intensivos rápidamente se constituyen en barrera de acceso, y al no tener los mecanismos de pago apropiado, el prestador tiende a trasladar costos a los usuarios.
 - Desarrollar una propuesta de regionalización nacional de los servicios de cuidado intensiva neonatales debido al muy alto costo fijo de operación y al nivel de especialización de la tecnología.
- ii. Reducir la severidad y duración de las complicaciones neonatales³⁹, a través de prioritariamente:
 - Activamente realizar el proceso de acreditación de las unidades intermedias y de las intensivas de cuidados neonatales, de tal manera de continuamente mejorar los procesos organizacionales y clínicos para la atención del neonato. Atención especial constituyen las infecciones intrahospitalarias.

³⁵Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? Bull World Health Organ 1999;77:399-406

³⁶ Chomba E, McClure EM, Wright LL, Carlo WA, Chakraborty H, Harris H. Effect of WHO newborn care training on neonatal mortality by education. Ambul Pediatr. 2008 Sep-Oct;8(5):300-4.

³⁷ Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. Acta Paediatr. 2004 May;93(5):643-7.

³⁸ Miller JD, Carlo WA. Pulmonary complications of mechanical ventilation in neonates. Clin Perinatol. 2008 Mar;35(1):273-81

³⁹ Askin DF. Complications in the transition from fetal to neonatal life. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 May-Jun;31(3):318-27.

- Revisar y actualizar el estado de la normatividad vigente respecto de la infraestructura de las Unidades de Cuidados Intensivos en base al estado de conocimiento actual de los elementos de bioseguridad. Aspectos vinculados a los acabados, ambientes multicama vs unicama, flujos, etc.
 - Revisar y actualizar el estado de la normatividad en relación a la categorización de establecimientos. En la literatura se diferencia hasta en cuatro los niveles de las unidades de cuidados intensivos neonatales.
 - Revisar y actualizar los protocolos y guías de tratamiento de los servicios neonatales y de cuidados intensivos en base una revisión exhaustiva de las evidencias.
 - Como parte de la acreditación de las Unidades de Cuidados Intensivos, se promoverá la certificación del personal de las Unidades de Cuidados Intensivos.
- iii. Incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, el cual incluye promover la atención del parto seguro, a través de prioritariamente:
- Promover el parto institucional y el inicio antes de la hora de la lactancia materna.
 - Incrementar el parto limpio en establecimientos I-1, I-2 y mejorar las competencias del personal Técnico de Salud en la atención del recién nacido. Específicamente en el manejo de asfixia.

Gráfica N° 16. Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal



Tabla 8a.

Análisis de las Alternativas:

Descripción del medio	Intervenciones para incrementar conocimientos en salud sexual y reproductiva, y el acceso a servicios de planificación familiar
Alternativa de intervención 1	Promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes
Alternativa de intervención 2	Disponibilidad y acceso a consejería en salud sexual y reproductiva
Alternativa de intervención 3	Acceso a métodos de planificación familiar
Alternativa de intervención 4	Prevención de embarazos en adolescentes

Descripción del medio	Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna
Alternativa de intervención 1	Prevención de hemorragia post-parto
Alternativa de intervención 2	Atención inmediata en hemorragia post-parto
Alternativa de intervención 3	Suplementación materna con Calcio para prevenir trastornos hipertensivos
Alternativa de intervención 4	Tratamiento de pre-eclampsia con sulfato de magnesio
Alternativa de intervención 5	Dosis bajas de aspirina para prevenir la pre-eclampsia
Alternativa de intervención 6	Uso de hipertensivos para tratar hipertensión severa en gestación
Alternativa de intervención 7	Parto limpio
Alternativa de intervención 8	Vacunación contra tétanos
Alternativa de intervención 9	Nacimiento temprano programado para manejo de ruptura prematura de membrana a término
Alternativa de intervención 10	Atención prenatal de calidad
Alternativa de intervención 11	Detección de infección materna prenatal y las infecciones de transmisión sexual durante las visitas prenatales
Alternativa de intervención 12	Atención de parto por personal capacitado
Alternativa de intervención 13	Sistemas de referencia en cuanto a organización, operación y financiamiento
Alternativa de intervención 14	Tratamiento antibiótico para infecciones durante la gestación
Alternativa de intervención 15	Suplementación preconcepcional con ácido fólico a mujeres en edad reproductiva
Alternativa de intervención 16	Suplementación con ácido fólico en gestantes
Alternativa de intervención 17	Suplementación con hierro y ácido fólico
Alternativa de intervención 18	Suplementación con multimicronutrientes
Alternativa de intervención 19	Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes

Descripción del medio	Intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal
Alternativa de intervención 1	Administración prenatal de progesterona
Alternativa de intervención 2	Suplementación con vitamina A en neonatos
Alternativa de intervención 3	Cuidado de madre-canguro
Alternativa de intervención 4	Cortico esteroides para prevenir síndrome de dificultad respiratoria neonatal

Descripción del medio	Intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal
Alternativa de intervención 5	Promoción de inicio temprano de lactancia materna
Alternativa de intervención 6	Promoción y provisión de cuidado higiénico del cordón y de la piel
Alternativa de intervención 7	Corte tardío del cordón umbilical
Alternativa de intervención 8	Administración de vitamina K neonatal
Alternativa de intervención 9	Manejo de casos de sepsis neonatal, meningitis y neumonía
Alternativa de intervención 10	Uso de surfactante profiláctico y terapéutico para prevenir síndrome de dificultad respiratoria en bebés pre-término
Alternativa de intervención 11	Presión positiva continua en la vía aérea para manejo de bebés pre-término con síndrome de dificultad respiratoria

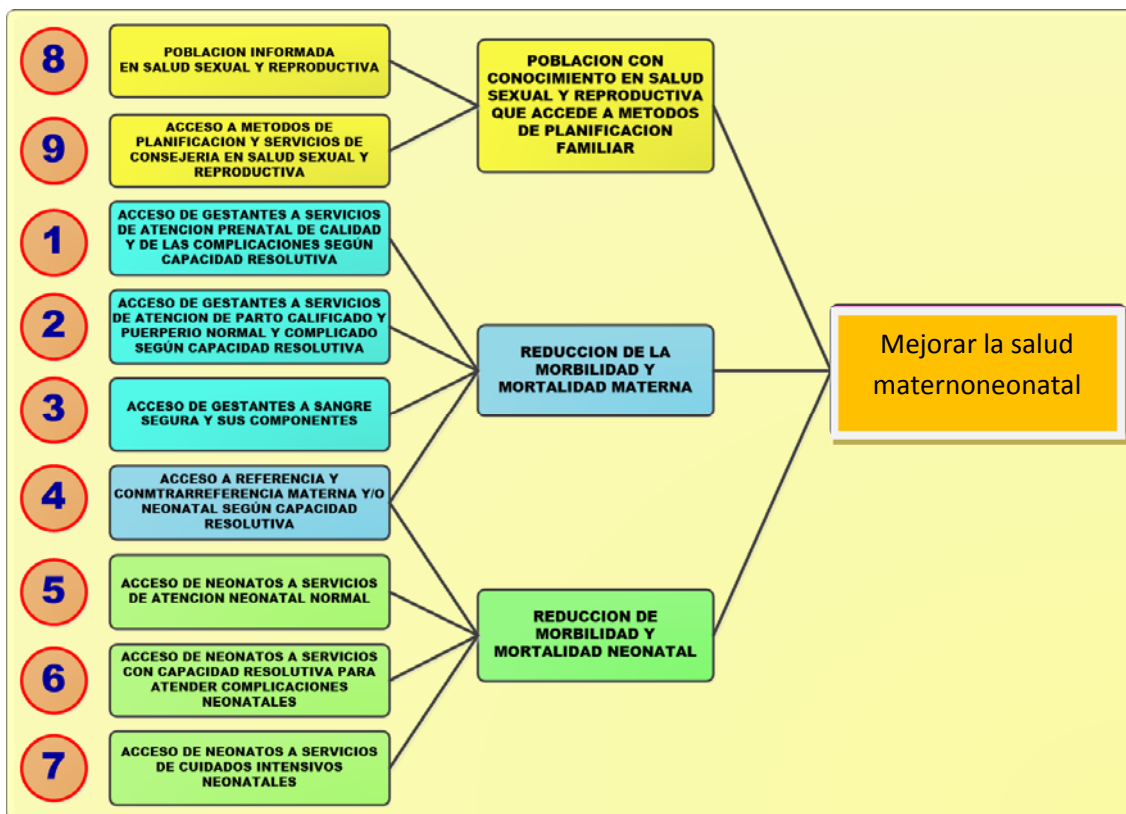
Descripción del medio	Intervenciones para causas subyacentes de mortalidad y mortalidad materno-neonatal
Alternativa de intervención 1	Intervenciones de Higiene
Alternativa de intervención 2	Intervenciones para dejar de fumar durante la gestación
Alternativa de intervención 3	Programas de incentivos financieros para promoción de prácticas saludables
Alternativa de intervención 4	Plataformas de base comunitaria para reducción de mortalidad materno-neonatal
Alternativa de intervención 5	AIEPI neonatal
Alternativa de intervención 6	Casa de Espera Materna

Modelo prescriptivo

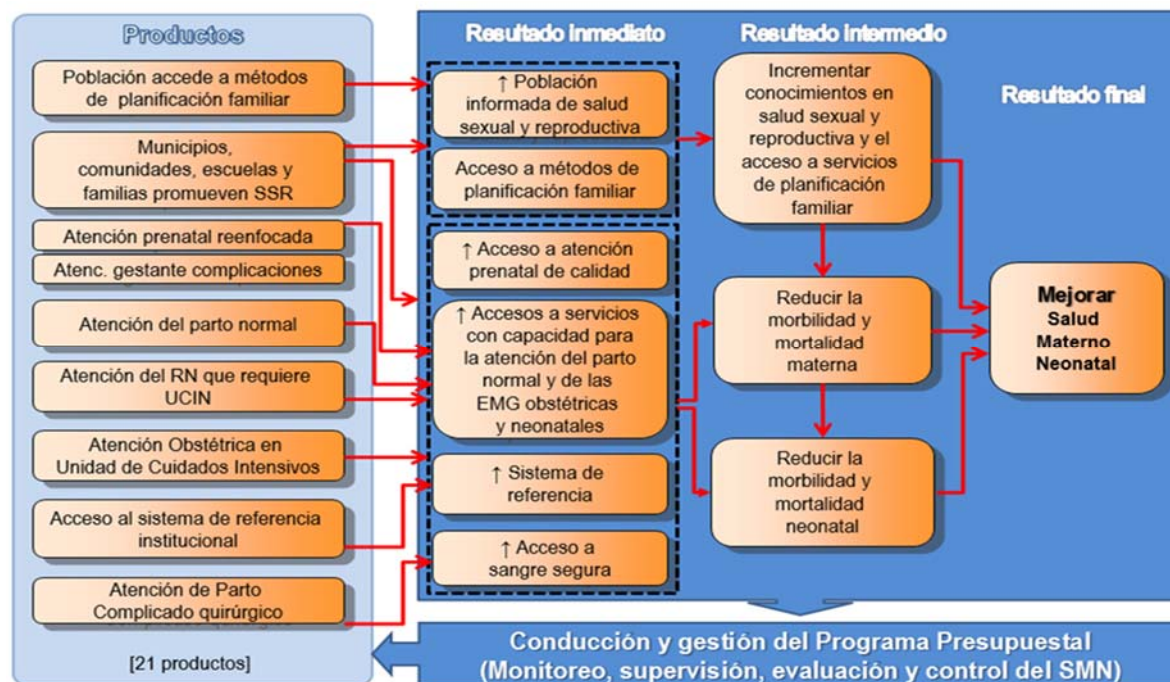
Consiste en la identificación de intervenciones y en la priorización de las mismas, que afectan o modifican los caminos causales, identificados en el modelo explicativo.

Principales intervenciones del Programa Presupuestal Salud Materno neonatal

Considerando las principales trayectorias de causalidad del problema de la Salud materna y Neonatal, se ha trazado los principales ejes de las intervenciones, los que a continuación se detallan: El Programa se focaliza en los momentos:



Modelo logico



Las intervenciones del Programa Presupuestal Salud Materno-Neonatal, identificadas por el Sector Salud, se focalizan en tres momentos del ciclo de vida: Antes del embarazo, durante el embarazo y el parto, y durante el periodo neonatal.

Antes del embarazo se propone: Incrementar población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar a través de Constituir municipios, comunidades, escuelas y familias saludables que promuevan la sexual y reproductiva e Incrementar la disponibilidad y acceso a consejerías en salud sexual y reproductiva y a métodos de planificación familiar.

Durante el embarazo y el parto se propone: Incrementar el acceso de las gestantes a servicios de atención prenatal de calidad el cual incluye también el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones que se presentan durante el embarazo como la anemia, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones urinarias; Incrementar la atención del parto por profesional de salud calificado, Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias obstétricas básicas, esenciales y las intensivas, Incrementar el acceso a la red de centros de hemoterapia, y Fortalecer el sistema de referencia en cuanto a su organización, operación y financiamiento.

Durante el periodo neonatal se propone: Incrementar el acceso a del parto por profesional de salud calificado, Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias neonatales básicas, esenciales y las intensivas.

Análisis de Alternativas de Intervención

Tabla N° 8.b

I. Intervenciones para incrementar conocimiento en salud sexual y reproductiva

Alternativa de intervención identificada	Promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes
Descripción breve de la alternativa	Los programas con evaluaciones rigurosas o fuertes tuvieron efectos directos o indirectos en salud sexual y reproductiva de adolescentes. Efectos directos: incremento en uso de métodos anticonceptivos, reducción de probabilidad de embarazo entre las chicas. Efectos indirectos: incremento en retención escolar y graduación. Los elementos comunes a todos los programas fueron: compromiso a largo plazo de adolescentes, conexiones interpersonales, movilización social y el desarrollo de habilidades.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1, A2

Alternativa de intervención identificada	Disponibilidad y acceso a consejería en salud sexual y reproductiva
Descripción breve de la alternativa	Las mujeres que reciben un programa ampliado de múltiples sesiones educativas tuvieron 4.3 veces mayor probabilidad de escoger esterilización o 2.4 veces mayor probabilidad de usar un método moderno de anticoncepción como esterilización, píldoras, inyectables, dispositivo intrauterino o método de barrera. Sin embargo, no presentaron diferencias significativas a los seis meses en el uso consistente de anticoncepción efectiva.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Acceso a métodos de planificación familiar
Descripción breve de la alternativa	Existe fuerte evidencia que apoya la entrega de anticoncepción de emergencia (AOE) a adolescentes para incrementar el uso de AOE. En muchos casos, el uso incrementado no fue a expensas del uso de otros métodos anticonceptivos, y no promovió conductas sexuales de riesgo. Existe moderada evidencia que apoya la combinación de educación y demostración del uso de preservativos para estimular el uso del preservativo en adolescentes.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	SI
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Prevención de embarazos adolescentes
Descripción breve de la alternativa	El riesgo de embarazos adolescentes no planificados es menor entre participantes que recibieron intervenciones múltiples (educación, desarrollo de habilidades y promoción de anticonceptivos). La evidencia que respalda las intervenciones en salud reproductiva y planificación familiar en adolescentes, sugiere que sería posible reducir los embarazos no deseados y optimizar la edad del primer embarazo, que a su vez podrían ser muy importantes para reducir el riesgo de nacimiento pequeños para la edad gestacional (PEG) en poblaciones donde las tasas de embarazo adolescente son

Alternativa de intervención identificada	Prevención de embarazos adolescentes
	altas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

II. Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna

Alternativa de intervención identificada	Prevención de Hemorragia post-parto
Descripción breve de la alternativa	La evidencia actual sugiere que la oxitocina profiláctica durante el parto reduce el riesgo de hemorragia post-parto mayor de 500 ml y la necesidad de uterotónicos terapéuticos, en comparación con placebo y con ergotamina.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Atención inmediata para hemorragia post-parto
Descripción breve de la alternativa	La evidencia actual sugiere que para las mujeres con distintos niveles de riesgo de sangrado, el manejo activo muestra una reducción en el riesgo de hemorragia primaria materna al momento del parto (> de 1000 mL), y de hemoglobina materna menor de 9 mg/dl después del parto. El manejo activo también mostró una disminución significativa en la pérdida de sangre primaria mayor de 500 ml, y en el promedio de pérdida sanguínea materna en el parto, transfusión sanguínea materna y uterotónicos terapéuticos durante el tercer periodo o dentro de las primeras 24 horas, o en ambos; e incrementos significativos en presión sanguíneas diastólica materna, vómitos después del parto, dolor posterior al parto, uso de analgésicos desde el parto hasta el alta de sala de partos y mayor retorno de mujeres al hospital por sangrado.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación materna con Calcio para prevenir trastornos hipertensivos
Descripción breve de la alternativa	El riesgo promedio de presión arterial alta se redujo con la administración de suplementos de calcio en comparación con placebo. También se observó una reducción significativa en el riesgo de pre-eclampsia asociada con la suplementación con calcio. El efecto fue mayor en mujer con ingestas bajas de calcio y en mujeres con riesgo alto de pre-eclampsia. El riesgo promedio de nacimiento pre-término se redujo en el grupo con calcio y entre las mujeres con alto riesgo de desarrollar pre-eclampsia.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento de pre-eclampsia con sulfato de magnesio
Descripción breve de la alternativa	El sulfato de magnesio comparado con placebo, redujo a la mitad el riesgo de eclampsia. Asimismo, redujo el riesgo de desprendimiento de placenta e incrementó en 5% la posibilidad de cesárea. Efectos secundarios, principalmente flushing, fueron más comunes con el sulfato de magnesio. El sulfato de magnesio redujo la eclampsia comparado con fenitoína y nimodipino.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Dosis baja de aspirina para prevenir pre-eclampsia
Descripción breve de la alternativa	Se observó una reducción de 17% en el riesgo de pre-eclampsia asociada con el uso de antiagregantes plaquetarios. Los antiagregantes plaquetarios estuvieron asociados con una reducción de 8% en el riesgo relativo de nacimiento pre-término, una reducción de 14% en muerte fetal o neonatal, y una reducción de 10% en bebés pequeños para edad gestacional.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Uso de antihipertensivo para tratar hipertensión severa en gestación
Descripción breve de la alternativa	Existe información insuficiente para obtener conclusiones confiables. Para el tratamiento de la hipertensión severa en el embarazo, los médicos deberían optar por cualquier fármaco antihipertensivo materno y fetal adversos.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Parto Limpio
Descripción breve de la alternativa	La evidencia de baja calidad indica que existe una asociación entre Parto Limpio y un 19% de reducción en mortalidad por todas las causas, 30% en infección del cordón y 49% en tétanos neonatal con el lavado de manos de personal que atiende el parto. Una reducción 68% de tétanos neonatal con nacimiento en establecimiento de salud. Una reducción de tétanos neonatal con nacimiento en establecimiento de salud (68% IC 95% 47-88). Para las prácticas limpias post-natales, la mortalidad por todas las causas está reducida en 34% con la aplicación de clorhexidina en cordón umbilical en las primeras 24 horas de vida y en 63% con la aplicación antimicrobiana del cordón. No se encontró relación entre lugar de nacimiento e infecciones del cordón umbilical o mortalidad por sepsis.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Vacunación contra Tétanos
Descripción breve de la alternativa	La vacuna antitetánica en dosis múltiples (2 ó 3) es hasta 98% efectiva para prevenir tétanos neonatal y las muertes por tétanos neonatal en los lugares de escasos recursos. Una dosis única de la vacuna antitetánica no es suficiente para prevenir las muertes por tétanos neonatal. Además de la administración de la vacuna antitetánica, se deben realizar esfuerzos para garantizar que las mujeres reciban cuidados obstétricos y así asegurar un parto higiénico.

Alternativa de intervención identificada	Vacunación contra Tétanos
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1, A2

Alternativa de intervención identificada	Nacimiento temprano programado para manejo de ruptura prematura de membrana a término
Descripción breve de la alternativa	No se identificaron diferencias significativas en los resultados primarios de sepsis neonatal o dificultad respiratoria. El nacimiento temprano incrementó la incidencia de cesáreas. No hubo diferencias en mortalidad perinatal, muertes intrauterinas o muertes neonatales, cuando se comparó el nacimiento temprano programado con el manejo expectante. No hubo diferencia significativa en morbilidad neonatal, incluyendo hemorragia cerebro ventricular, enterocolitis necrotizante o duración de la hospitalización neonatal. Al evaluar los resultados maternos, se encontró que el nacimiento temprano incrementa la endometritis. Hubo una reducción significativa en el nacimiento temprano en la duración de la estancia materna hospitalaria.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Atención prenatal de calidad
Descripción breve de la alternativa	Se encontró mejoras marginales en cobertura de CPN de al menos cuatro visitas en el número de mujeres que dieron a luz en establecimientos de salud y en la proporción de mujeres que tuvieron al menos una visitas de CPN. No se encontró efecto en muertes maternas, mortalidad perinatal o bajo peso al nacer, tampoco en la proporción de mujeres que recibieron vacunas de tétanos. El riesgo de mortalidad fue significativamente menor en infantes de madres que recibieron cuatro o más visitas prenatales, consumieron 90 o más tabletas de

Alternativa de intervención identificada	Atención prenatal de calidad
	ácido fólico y recibieron dos o más inyecciones de Toxoide tetánico.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1, C2

Alternativa de intervención identificada	Detección y tratamiento de infecciones
Descripción breve de la alternativa	La detección y tratamiento de sífilis durante la gestación mostró una reducción significativa de 80% en mortalidad fetal. Las intervenciones de prevención de malaria (tratamiento preventivo intermitente y mosquiteros tratados con insecticida) pueden reducir la mortalidad fetal en 22%, sin embargo los resultados no fueron estadísticamente significativos.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Atención del parto por personal capacitado
Descripción breve de la alternativa	La asistencia por personal calificada en el parto basada en comunidad mostró una reducción significativa de 23% en la muerte fetal.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	SI
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Sistemas de referencia en cuanto a organización, operación y financiamiento
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones de movilización de la comunidad pueden reducir la mortalidad neonatal, pero la contribución de los componentes de referencia no pueden determinarse. La reducción de las tasas de mortalidad fetal intrauterina resultantes de casas de espera materna necesita más estudio. Las intervenciones de referencia por lo general mejoran la utilización de servicios de salud, pero el

Alternativa de intervención identificada	Sistemas de referencia en cuanto a organización, operación y financiamiento
	efecto contrario también se documentó.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento de vaginosis bacteriana
Descripción breve de la alternativa	La terapia antibiótica fue efectiva en eliminar la vaginosis bacteriana durante la gestación y en reducir el riesgo de aborto espontáneo tardío. El tratamiento no redujo el riesgo de nacimiento pre-término antes de 37 semanas, o el riesgo de ruptura prematura de membranas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación periconcepcional de ácido fólico en mujeres en edad reproductiva
Descripción breve de la alternativa	Los defectos del tubo neural pueden prevenirse efectivamente con suplementos periconcepcionales de ácido fólico. La evidencia indica que en mujeres que recibieron una suplementación periconcepcional de ácido fólico se encontró efectos significativos en prevención de defectos del tubo neural (DTN) y recurrencia de DTN.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación con ácido fólico en gestantes
Descripción breve de la alternativa	La evidencia indica que mujeres gestantes que recibieron ácido fólico mostraron un menor riesgo de recién nacido pequeño para edad gestacional (PEG) , mayor peso de nacimiento y menor incidencia de anemia megalobástica
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si

Alternativa de intervención identificada	Suplementación con ácido fólico en gestantes
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación con hierro y hierro/ácido fólico en gestantes
Descripción breve de la alternativa	La anemia durante el embarazo incrementa el riesgo de mortalidad materna, y está relacionada con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal. La evidencia actual ha mostrado que en gestantes, la suplementación diaria con hierro (solo o con ácido fólico u otras vitaminas y minerales) tiene efecto significativo en reducir el riesgo de anemia; mientras que la suplementación intermitente de hierro (solo o en combinación), encontró similares resultados maternos y neonatales que la suplementación diaria, pero estuvieron asociados con menores efectos secundarios.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación oral con múltiples micronutrientes durante gestación
Descripción breve de la alternativa	La suplementación oral con múltiples micronutrientes durante la gestación tiene efectos significativos en reducir el riesgo de bajo peso de nacimiento, recién nacido PEG y tasa reducida de muerte fetal
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes
Descripción breve de la alternativa	La desnutrición materna es un factor de riesgo para la restricción de crecimiento intrauterino y resultados perinatales adversos. La evidencia actual señala que la suplementación proteico-energética balanceada es una intervención importante para prevenir el riesgo de recién nacido pequeño para edad gestacional y muerte

Alternativa de intervención identificada	Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes
	fetal; y de presentar un mayor peso de nacimiento .
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

III. Intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal

Alternativa de intervención identificada	Administración prenatal de Progesterona
Descripción breve de la alternativa	Progesterona estuvo asociado con una reducción significativa en el riesgo de mortalidad perinatal, nacimiento pre-término menor de 34 semanas, peso al nacer menores de 2500 g, uso de ventilación asistida, enterocolitis necrotizante, muerte neonatal, admisión en unidad de cuidado intensivos neonatales, nacimiento pre-término menor de 37 semanas, así como un incremento significativo en prolongación de embarazo en semanas
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación preventiva con vitamina A
Descripción breve de la alternativa	La suplementación preventiva con vitamina A en niños reduce el número muertes y requerimiento de oxígeno a 1 mes de edad; menor requerimiento de oxígeno a las 36 semanas postmenstruales de edad.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Cuidado de madre canguro
Descripción breve de la alternativa	Al alta o a las 40-41 semanas de amenorrea se observó que el método de madre canguro –MMC estuvo asociado con una reducción en riesgo de mortalidad, reducción en infección nosocomial y sepsis, reducción en hipotermia, reducción de duración de estadía hospitalaria. Al último control médico, el MMC estuvo asociado con una disminución del riesgo de mortalidad e infecciones severas/sepsis. Sin embargo, no se encontró que el MMC incremente algunos indicadores antropométricos, de lactancia materna, o acercamiento madre-hijo. No se encontraron diferencias significativas entre infantes MMC y controles en trastornos del neurodesarrollo o neurosensoriales a una año de edad corregida.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Corticoesteroides para prevenir síndrome de dificultad respiratoria neonatal
Descripción breve de la alternativa	El tratamiento con corticoesteroides prenatales no aumenta el riesgo de muerte de la madre, corioamnionitis o sepsis puerperal. El tratamiento con corticoesteroides prenatales se asocia con una reducción global de muerte neonatal, hemorragia cerebroventricular, enterocolitis necrotizante, soporte respiratorio, admisiones de cuidados intensivos, e infecciones sistémicas en las primeras 48 horas de vida.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Promoción de Lactancia materna
Descripción breve de la alternativa	La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño es la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia. La educación y consejería sobre la lactancia materna, tiene impactos positivos en el tiempo de duración de lactancia, y reducciones significativas en las tasas de no lactancia.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si

Alternativa de intervención identificada	Promoción de Lactancia materna
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Promoción de inicio temprano de lactancia materna
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones de educación y consejería incrementan la LME en 43% en el día 1, en 30% hasta 1 mes, y en 90% desde 1 a 6 meses. Reducciones significativas en las tasas de no lactancia también se notaron; 32% en día 1, 30% hasta 1 mes y 18% de 1 a 6 meses.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Promoción y provisión de cuidado higiénico del cordón y de la piel
Descripción breve de la alternativa	Limpieza del cordón y de la piel del neonato con clorhexidina versus cuidado del cordón en seco en hospitales, probablemente reduce el riesgo de onfalitis/infecciones. Limpieza del cordón y de la piel del neonato con clorhexidina versus cuidado del cordón en seco en comunidad, reduce la mortalidad neonatal y onfalitis/infecciones. La clorhexidina vaginal materna además de la limpieza corporal total vs ninguna intervención (solución salina estéril) no mostró diferencias en el riesgo de infecciones, cuando se realizó en hospitales, pero probablemente reduce el riesgo de infecciones en comunidad.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	SI
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Corte tardío del cordón umbilical
Descripción breve de la alternativa	El corte tardío de cordón umbilical está asociado con una mayor concentración de hemoglobina en neonatos. Efectos no significativos: hemorragia post-parto, hemorragia post-parto severa,

Alternativa de intervención identificada	Corte tardío del cordón umbilical
	hemoglobina materna después del nacimiento. Mortalidad neonatal, escala Apgar menor de 7 a los 5 minutos. Corte tardío de cordón umbilical estuvo asociado con un incremento de la necesidad de fototerapia para la ictericia.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Administración de vitamina K neonatal
Descripción breve de la alternativa	Efectos significativos con vitamina K profiláctica intramuscular vs placebo: Menor sangrado durante la primera semana, sangrado después de una circuncisión durante los tres primeros días de vida.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Manejo de casos de sepsis neonatal, meningitis y neumonía
Descripción breve de la alternativa	El meta-análisis sugiere que la administración oral de antibióticos reduce mortalidad neonatal por todas las causas y mortalidad específica por neumonía neonatal. Dos estudios evaluaron un paquete de atención neonatal basada en comunidad, incluyendo antibióticos inyectables y reportaron reducciones de mortalidad de 44% y 34%, pero la interpretación de estos resultados es complicada por co-intervenciones. Un tercer estudio reportó un tasa de letalidad de 3.3% entre los neonatos tratados con antibióticos inyectables como pacientes ambulatorios
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Uso de surfactante profiláctico y terapéutico para prevenir síndrome de dificultad respiratoria en bebés pre-término
Descripción breve de la alternativa	En neonatos prematuros, en comparación con placebo o nada, sin tener en cuenta el momento, la administración de surfactante reduce significativamente la mortalidad a causa del síndrome de dificultad respiratoria. Si bien la administración temprana de surfactante debe preferirse en todos los tipos de lugares, en aquellos en los que su uso dentro de las dos horas de vida no sea posible, debe alentarse el uso de surfactante en el síndrome de dificultad respiratoria que requiere ventilación mecánica independientemente del momento.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Presión positiva continua en la vía aérea para manejo de bebés pre-término con síndrome de dificultad respiratoria
Descripción breve de la alternativa	En neonatos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria, el uso de presión de distensión continua se asocia con menor necesidad de intubación y menor mortalidad
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

IV. Intervenciones para las causas subyacentes de la mortalidad materno - neonatal

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones de Higiene
Descripción breve de la alternativa	Los programas de entrega a gestantes de kits de higiene junto con educación durante el primer control prenatal, incrementan los procedimientos de tratamiento de agua, cloración de agua para consumo, prácticas correctas de lavado de manos. Asimismo, incrementa el número de controles prenatales, la probabilidad de dar a luz en establecimientos de salud y de tener un control post-natal.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	SI
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	C3

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones para dejar de fumar durante la gestación
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones de consejería para dejar de fumar demostraron un efecto significativo comparado con la atención usual. Las intervenciones basadas en incentivos tuvieron el mayor tamaño del efecto comparado con intervenciones menos intensivas y con intervenciones alternativas. Las intervenciones de apoyo social parecen ser efectivas cuando se brindan por pares. Los efectos fueron mayores cuando las intervenciones para dejar de fumar fueron brindadas como parte de intervenciones más amplias para mejorar la salud materna, comparadas con las intervenciones enfocadas en dejar de fumar. Las mujeres que recibieron intervenciones psico-sociales tuvieron una reducción de 18% de nacimiento pre-término y de niños nacidos con bajo peso.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Programas de incentivos financieros
Descripción breve de la alternativa	La evidencia actual sobre incentivos financieros sobre intervenciones sanitarias, señala que pueden tener impacto en brindar el calostro, inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y duración media de la lactancia materna exclusiva; sin embargo, no se observan efectos de incentivos financieros en coberturas de inmunización. El mayor efecto parece alcanzarse con los programas que directamente retirar la cuota de usuario para acceso a servicios de salud.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Plataformas de base comunitaria para promoción y educación nutricional
Descripción breve de la alternativa	El paquete de intervenciones de base comunitaria es efectivo para reducir la morbilidad y mortalidad materna, muerte fetal y mortalidad perinatal, a la vez que fueron efectivos en incrementar el uso de kits de parto esterilizado, las tasas de lactancia materna temprana y la búsqueda de atención de salud para morbilidad

Alternativa de intervención identificada	Plataformas de base comunitaria para promoción y educación nutricional
	neonatal. Las intervenciones con personal comunitario, tienen efectos significativos en promover la captación de vacunación infantil, promover la iniciación de la lactancia materna y todo tipo de lactancia, y mejores tasas de curación de tuberculosis pulmonar, en comparación con la atención habitual.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) neonatal
Descripción breve de la alternativa	La implementación del AIEPI neonatal e infantil se asoció con búsqueda de tratamiento oportuno de proveedores apropiados de salud, y reducciones de morbilidad
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Casas de Espera Materna
Descripción breve de la alternativa	Existe insuficiente evidencia para determinar la efectividad de las casas de espera materna para la mejora de los indicadores de salud materna y neonatal.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

3.4 Transición de las alternativas al producto

INDICADOR DE DESEMPEÑO DE PRODUCTO INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL
PROGRAMA
Programa Presupuestal Salud materno neonatal
NOMBRE DEL INDICADOR
Proporción de Instituciones Educativas con CONEI, docentes y APAFAs que participan en reuniones técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual integral.
AMBITO DE CONTROL
Indicador de desempeño de producto
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)
DEFINICIÓN
Es el porcentaje de Instituciones educativas con CONEI, docentes y APAFAs que participaron en reuniones técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva con respecto al total de Instituciones educativas con CONEI, docentes y APAFAs que necesitaron participar en dichas reuniones (Población optimo según criterios de programación). Se considera que las Instituciones educativas con CONEI, docentes y APAFAs han participado participaron en un conjunto de reuniones técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual integral, cuando participaron en: • 01 Reunión de concertación, 01 Reunión para la elaboración de un plan de trabajo, 02 Visitas para asistencia técnica y acompañamiento, 01 Reunión para evaluar el plan de trabajo con el CONEI de la Institución educativa (*) • 01 Taller de capacitación, 02 Visitas de asistencia técnica y acompañamiento con los docentes • 01 reunión de incidencia con la APAFA, 01 sesión educativa con la APAFA y representantes del Comité de Aula, y 01 reunión de monitoreo de los acuerdos con la APAFA En la Evaluación Conjunta de IE debe registrar el NIVEL DE LOGRO obtenido: • IA = En Inicio (01-40%) • CA = En Proceso (41-70%) • LP = Logro Previsto (71-90%) • TA = Logro Destacado (91-100%) (*) Actividad trazadora. Los criterios de programación para definir las Instituciones educativas con CONEI, docentes y APAFAs que necesitan participar en reuniones técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual integral (Población optimo según criterios de programación), son los siguientes: • 100% de las instituciones educativas estatales (integradas o del nivel inicial, primario y secundario) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención.; y 100% de las instituciones educativas estatales (integradas o del nivel inicial, primario y secundario) caracterizadas por la afluencia significativa de población escolar procedente de distritos de quintil 3, 4 y 5 con “bolsones de pobreza”. • 50% de docentes de las Instituciones Educativas estatales programadas • 100% de las APAFAs de las instituciones educativas programadas.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL			
LINEA BASAL (2014)	2015	2016	2017
-			
JUSTIFICACIÓN			
Reflejan la medida en que la Comunidad educativa necesita y recibe efectivamente un conjunto de actividades en promoción de la salud sexual integral, para mantener o mejorar su salud frente a los riesgos a los que pudieran estar expuestos.			
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS			
Existe un sub-registro de las actividades de promoción de la salud a través en el HIS. Se viene utilizando otros formatos administrativos para el registro de dichas actividades, los cuales podrán brindar una estimación de las actividades que efectivamente se realizan.			
PRECISIONES TÉCNICAS			
El personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el HIS.			
MÉTODO DE CÁLCULO			
Unidad de medida: Institución educativa Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Instituciones educativas con CONEI que participaron en 01 Reunión para evaluar el plan de trabajo (última tarea de la actividad trazadora). Debe registrar el nivel de logro obtenido. Denominador: Número de Instituciones educativas estatales (integradas o del nivel inicial, primario y secundario) de los distritos priorizados (Población optimo según criterios de programación). $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$			
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES			
Trimestral/Anual			
FUENTE DE DATOS			
Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos			
BASE DE DATOS			
Sistema de Información HIS			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			
Registro y codificación de actividades de Promoción de la Salud en el HIS, según Manual de registro y codificación de Promoción de la Salud.			

INDICADOR DE PRODUCCION FISICA COMUNIDADES SALUDABLES

Denominación de producto / actividad	COMUNIDADES PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Código de producto / actividad	3033289
Unidad de medida	JUNTA VECINAL
Código de la unidad de medida	557
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud con las Familias, registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Junta vecinal comunal Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Juntas vecinales comunales que participaron en 01 Reunión de evaluación (última tarea de la actividad trazadora)
Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: Registro de Juntas vecinales comunales y organizaciones sociales según mapa de sectorización Registro de juntas vecinales y organizaciones sociales de la municipalidad distrital y/o provincial.

	Directorio de ACS y proyección de necesidades de número de ACS del establecimiento de salud. Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Participación Comunitaria - Oficina General de Estadística e Informática

INDICADOR DE DESEMPEÑO DE PRODUCTO COMUNIDADES SALUDABLES

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL
PROGRAMA
Programa Presupuestal Salud materno neonatal
NOMBRE DEL INDICADOR
Proporción de Comunidades que participan en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva y salud neonatal
AMBITO DE CONTROL
Indicador de desempeño de producto
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)
DEFINICIÓN
Es el porcentaje de Comunidades con Juntas vecinales comunales y Agentes comunitarios de salud que participaron en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva y salud neonatal con respecto al total de Comunidades que necesitaron participar en dichas reuniones (Población óptimo según criterios de programación).
Se considera que las Comunidades con Juntas vecinales comunales y Agentes comunitarios de salud participaron en un conjunto de reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva, cuando participaron en:
• 01 reunión de abogacía, 01 taller de planificación, 01 taller de capacitación, 02 reuniones de monitoreo y 01 reunión de evaluación con la Junta Vecinal Comunal (*) • 04 Talleres de capacitación con los Agentes comunitarios de salud.
(*) Actividad trazadora.
Los criterios de programación para definir las Comunidades con Juntas vecinales comunales y Agentes comunitarios de salud que necesitan participar en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en salud sexual y reproductiva y salud neonatal (Población óptimo según criterios de programación), son los siguientes:
• 100% de las juntas vecinales comunales y organizaciones locales (comunidades) de los sectores prioritarios (mapa de

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL			
sectorización) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a las juntas vecinales comunales y organizaciones locales (comunidades) de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la morbilidad y/o mortalidad materna neonatal como problema prioritario. 100% de los agentes comunitarios de salud de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a los agentes comunitarios de salud de los otros distritos (quintil 3 a 5) que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la morbilidad y/o mortalidad materna neonatal como problema prioritario.			
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO			
Eficacia			
VALOR DEL INDICADOR			
LINEA BASAL (2014)	2015	2016	2017
-			
JUSTIFICACIÓN			
Reflejan la medida en que las Comunidades que lo necesitan reciben un conjunto de actividades en promoción de la salud sexual y reproductiva, para mantener o mejorar su salud frente a los riesgos a los que pudieran estar expuestos.			
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS			
Existe un sub-registro de las actividades de promoción de la salud a través en el HIS. Se viene utilizando otros formatos administrativos para el registro de dichas actividades, los cuales podrán brindar una estimación de las actividades que efectivamente se realizan.			
PRECISIONES TÉCNICAS			
El personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el HIS.			
MÉTODO DE CÁLCULO			
Unidad de medida: Junta vecinal comunal Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Juntas vecinales comunales que participaron en 01 Reunión de evaluación (última tarea de la actividad trazadora) Denominador: Número de Juntas vecinales comunales de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de los distritos de quintil de pobreza 1 y 2, y de distritos de quintil de pobreza 3 a 5 con "bolsones de pobreza" (Población optimo según criterios de programación) x 100			
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES			
Trimestral/Anual			
FUENTE DE DATOS			
Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos			
BASE DE DATOS			
Sistema de Información HIS			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			
Registro y codificación de actividades de Promoción de la Salud en el HIS, según Manual de registro y codificación de Promoción de la Salud.			

INDICADOR DE PRODUCCION FISICA MUNICIPIOS SALUDABLES

Denominación de producto / actividad	MUNICIPIOS PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Código de producto / actividad	3033288
Unidad de medida	COMITÉ
Código de la unidad de medida	524
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS, según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Comité Multisectorial Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Comité Multisectorial que participaron en 01 reunión de evaluación (última tarea de la actividad trazadora)
Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html) Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe) Análisis de Situación de Salud distrital y/o provincial
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Participación Comunitaria - Oficina General de Estadística e Informática

INDICADOR DE DESEMPEÑO DE PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL
PROGRAMA
Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal
NOMBRE DEL INDICADOR
Proporción de Municipios que participan en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de salud sexual y reproductiva y salud neonatal
AMBITO DE CONTROL
Indicador de desempeño de producto
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huanavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)
DEFINICIÓN

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL			
Es el porcentaje de Municipios que participaron en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva y salud neonatal con respecto al total de Municipios que necesitaron participar en dichas reuniones (Población óptimo según criterios de programación). Se considera que el Municipio con Concejo Municipal y Comité Multisectorial participaron en un conjunto de reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva y salud neonatal, cuando participaron en: • 01 visita de coordinación, 01 reunión de abogacía y 01 reunión técnica con el Concejo Municipal • 01 reunión de abogacía, 01 taller de planificación, 01 taller de capacitación, 02 reuniones de monitoreo y 01 reunión de evaluación con el Comité Multisectorial Los criterios de programación para definir las Municipios con Concejo Municipal y Comité Multisectorial que necesitan participar en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva y salud neonatal (Población óptimo según criterios de programación), son los siguientes: • 100% de los Concejos Municipales de los distritos más pobres quintil 1 y 2 de pobreza. Se podrá programar a los Concejos municipales de los otros distritos (quintil 3 a 5 de pobreza), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal como problema prioritario. • 100% de los Comités multisectoriales de los distritos más pobres quintil 1 y 2. Se podrá programar a los Comités multisectoriales de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal como problema prioritario.			
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO			
Eficacia			
VALOR DEL INDICADOR			
LINEA BASAL (2014)	2015	2016	2017
-			
JUSTIFICACIÓN			
Reflejan la medida en que los Municipios necesitan y participan efectivamente un conjunto de actividades en promoción de la salud sexual y reproductiva, para mantener o mejorar la salud frente a los riesgos a los que pudieran estar expuestos.			
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS			
Existe un sub-registro de las actividades de promoción de la salud a través en el HIS. Se viene utilizando otros formatos administrativos para el registro de dichas actividades, los cuales podrán brindar una estimación de las actividades que efectivamente se realizan.			
PRECISIONES TÉCNICAS			
El personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el HIS.			
MÉTODO DE CÁLCULO			
Unidad de medida: Comité Multisectorial Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Comité Multisectorial que participaron en 01 reunión de evaluación (última tarea de la actividad trazadora) Denominador: Número de Comités Multisectoriales de los distritos de quintil de pobreza 1 y 2, y de distritos de quintil de pobreza 3 a 5 con "bolsones de pobreza" (Población óptimo según criterios de programación) X 100			
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES			
Trimestral/Anual			
FUENTE DE DATOS			
Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos			
BASE DE DATOS			

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL
Registro HIS
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registro y codificación de actividades de Promoción de la Salud en el HIS, según Manual de registro y codificación de Promoción de la Salud.

2.5 Definición de productos e indicadores

Definición de productos (modelos operacionales)

Indicadores (fichas del indicador)

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100 MIL NACIDOS VIVOS
RESULTADO FINAL ESPERADO Mejorar la salud materno neonatal
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.
DEFINICIÓN
El ratio de mortalidad materna es el número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.
VALOR DEL INDICADOR
Para el cálculo de este indicador se trabaja con data agregada de varios periodos de la ENDES. Dado que se requiere acumular al menos entre 7 años u 8 años de los resultados de dicha encuesta, el valor de este indicador estará disponible en 2010. Como alternativa, se recomienda evaluar la evolución de los indicadores de resultados intermedios asociados al ratio de mortalidad materna: la cobertura de parto institucional y de cesáreas en zonas rurales.
JUSTIFICACIÓN
El ratio de mortalidad materna es un indicador que refleja una compleja interacción de diversos factores condicionantes, los cuales trascienden el espacio de actuación del sector salud. Su utilidad estriba en que es utilizado para determinar el impacto de intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la mujer. En los países en desarrollo como el Perú son poco frecuentes los sistemas de registro de estadísticas vitales de calidad aceptable. Uno de los principales problemas es que las zonas rurales las mujeres no tienen acceso a servicios salud, a través de los cuales se recolectan dichas estadísticas. Por ello, la alternativa más frecuente en países en desarrollado es el calcular la mortalidad materna utilizando datos de encuestas demográficas y de salud, tal como se hace en el Perú sobre la base de la encuesta ENDES.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100 MIL NACIDOS VIVOS

Un problema recurrente para el cálculo de la mortalidad materna sobre la base de encuestas demográficas y de salud es la necesidad de contar con una muestra muy numerosa. Ello se debe al hecho de que el evento de muertes maternas se da con relativa baja frecuencia en periodos cortos de tiempo (1 o 2 años)⁴⁰.

Esto puede corregirse utilizando métodos de hermandad femenina. El método de hermandad femenina consiste en formular a las personas encuestadas cuatro preguntas sencillas sobre cuántas de sus hermanas llegaron a la edad adulta, cuántas han fallecido y si las que fallecieron estaban embarazadas en el momento de fallecer⁴¹.

Este es el método que se utiliza en el Perú para el cálculo de mortalidad materna⁴².

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Si bien el método de la hermandad femenina reduce el tamaño de la muestra necesaria, da lugar a estimaciones que abarcan entre 6 y 12 años antes de la encuesta, lo que hace que los datos sean problemáticos para supervisar el progreso u observar los efectos de las intervenciones. Otro problema asociado al uso del método de hermandad femenina es el de la recordación. Si ya es bastante complicado para una mujer recordar el momento de la muerte de una hermana, dato necesario para identificar la muerte materna (véanse las Precisiones Técnicas), el recordar además su edad al momento de morir, las razones de su muerte o si ella se encontraba o no embarazada puede producir sesgos adicionales en las estimaciones de la mortalidad materna a partir de dicho método.

Otro supuesto asociado al problema de recordación es que las muertes reportadas de las madres mientras estuvieron embarazadas y hasta 42 días después del parto se deben a alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (Ver Precisiones Técnicas), y que por tanto excluyen las muertes ocasionadas por eventos accidentales o incidentales durante dicho espacio de tiempo. Evidentemente, el problema radica en la dificultad de la entrevistada para distinguir entre dichos eventos, y representa una limitación general en el cálculo de la mortalidad materna sobre la base de encuestas de hogares.

PRECISIONES TÉCNICAS

Dada la necesidad de contar con una muestra grande de nacimientos para el cálculo de la mortalidad materna, el dato reportado para el Perú se llevará a cabo sobre la base de información agregada de la encuesta ENDES para 7 años (de 2004 a 2010). Nuevamente, por las limitaciones en el tamaño de la muestra, no es posible presentar desagregaciones de este indicador, por lo que el análisis del mismo debe ser complementado con la información proveniente del indicador de parto institucional.

Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo⁴³.

⁴⁰UNICEF/WHO/UNFPA (1997). "Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services".

⁴¹United Nations (2006). "Indicadores para el Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio".

⁴²Ministerio de Salud – Oficina General de Epidemiología (2001). "Mortalidad Materna en el Perú 1997 – 2002".

⁴³OMS (2004). International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). 10th revision.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100 MIL NACIDOS VIVOS
Para la identificación de un muerte materna se considera a aquellas mujeres que fallecieron por alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o antes de transcurridos 42 días de la terminación del embarazo, cualquiera que sea la duración y lugar del mismo, por cada 100.000 nacidos vivos. (United Nations, 2006)
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de muertes maternas dadas en el periodo de referencia. Denominador: Número de nacidos vivos en el periodo de referencia. La tasa de mortalidad materna puede calcularse dividiendo las muertes maternas estimadas por el total de nacidos vivos estimados en el mismo período y multiplicando el resultado por 100.000.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Cada 7 años. El estimado nacional de este indicador estará disponible hacia el primer trimestre de 2011, cuando se tendrán disponibles los datos completos de las ENDES 2004 a 2010.
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR MIL NACIDOS VIVOS					
RESULTADO FINAL ESPERADO					
Mejorar la salud materno neonatal					
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)					
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.					
DEFINICIÓN					
Número de niños que mueren antes de cumplir un mes de nacido por cada 1.000 nacidos vivos.					
VALOR DEL INDICADOR					
Perú: Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos					
Estimados Nacionales					
	Línea de Base: 2007				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Total	15.2	11.0	19.4	14.0	6399
Área de residencia					
Urbana	11.1	5.4	16.9	25.9	3740
Rural	20.7	14.4	26.9	15.1	2659
Región natural					
Lima Metropolitana	3.0	-3.1	9.1	101.4	605
Resto Costa	10.3	3.5	17.2	33.2	1624
Sierra	23.8	15.9	31.6	16.5	2721
Selva	13.5	5.2	21.7	30.5	1449
Quintiles de Riqueza					
Quintil inferior	25.8	9.8	41.9	31.0	541
Segundo quintil	21.8	14.3	29.4	17.3	1624
Quintil intermedio	11.2	4.9	17.5	28.0	1529
Cuarto Quintil	13.5	3.1	23.9	38.5	1186
Quintil superior	5.7	-1.6	13.1	63.7	1519
FUENTE: INEI - ENDES 2007.					

**Perú: Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos
Estimados Regionales**

Departamento	Año: Junio 2007 1/				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Amazonas	14.7	6.3	23.1	28.6	1101
Áncash	18.7	8.9	28.4	26.1	1155
Apurímac	18.4	9.4	27.4	24.4	1022
Arequipa	11.4	5.2	17.7	27.3	1699
Ayacucho	17.5	7.9	27.1	27.5	1130
Cajamarca	17.4	9.4	25.5	23.1	1115
Cusco	12.7	5.5	19.8	28.2	861
Huancavelica	21.8	14.8	28.8	16.0	1001
Huánuco	19.9	9.2	30.5	26.8	977
Ica	8.9	2.1	15.6	38.0	1425
Junín	19.8	8.9	30.8	27.7	980
La Libertad	13.7	6.3	21.0	26.9	1223
Lambayeque	7.1	1.3	12.8	40.6	1422
Lima	5.6	1.1	10.0	39.9	2493
Loreto	24.1	12.8	35.3	23.3	1149
Madre de Dios	12.5	6.7	18.4	23.3	1673
Moquegua	16.1	8.4	23.9	23.9	1314
Pasco	19.9	10.7	29.2	23.2	1275
Piura	16.1	7.2	24.9	27.4	1273
Puno	19.8	8.6	31.0	28.3	1145
San Martín	25.9	16.2	35.6	18.6	1416
Tacna	2.7	-1.2	6.5	71.4	1261
Tumbes	14.1	6.1	22.1	28.4	1493
Ucayali	10.1	3.4	16.8	33.3	1352

1/ Referida a la Mediana de las Entrevistas realizadas en el Periodo de Recolección de Datos de la ENDES: 2005, 2006, 2007 y 1er. Trimestre 2008, mas ampliación muestral.

FUENTE: INEI-Encuesta Demografica y de Salud Familiar: ENDES 2000 y 2007.

JUSTIFICACIÓN

Existen un número de formas distintas para la recolección de información y el cálculo de la mortalidad neonatal. En el Perú, dicho indicador se calcula utilizando el historial de nacimientos recogido en la ENDES. Sobre la base de un conjunto de preguntas realizadas a las mujeres en edad reproductiva se determina el día de nacimiento de cada uno de sus hijos nacidos vivos que hayan tenido. Luego se les preguntas si dichos niños se encuentran aún vivos, y si no es así, se recaba información sobre la edad a la que murieron. Dicha información es luego ajustada sobre la base de las llamadas “tablas de vida” o “tablas actuariales”, las que incorporan el riesgo relativo de muerte para distintos grupos etarios.

Una alternativa a las encuestas de hogares para el cálculo de la mortalidad neonatal se basa en el uso de los registros de estadísticas vitales, administrados en el Perú por Ministerio de Salud. Sin embargo, así como ocurre en la mayoría de los países en desarrollo, el principal problema de dichos registros es que su información no es completa, tanto en el registro de los neonatos que fallecen antes de cumplir un mes de nacimientos como en el total de nacimientos, ni se procesa de manera oportuna. En esa medida, el uso dicha fuente generaría sesgos en las estimaciones de la mortalidad neonatal.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Los datos de las encuestas están expuestos a errores de memoria; además, las encuestas que estiman la mortalidad neonatal requieren muestras muy numerosas, ya que estas incidencias son poco frecuentes y normalmente no es posible identificar hogares representativos para la muestra. El problema es incluso más grave cuando se presentan estimados con distintos niveles de desagregación, los cuales tienden a ser poco eficientes (es decir, generan intervalos de confianza relativamente amplios).

Las estimaciones indirectas se basan en las tablas actuariales (“de mortalidad”) que quizá no sean las más indicadas para la población en cuestión. Asimismo, en la medida que dichas tablas incorporan el riesgo relativo de muerte de distintas cohortes de edad, existe discusión sobre si se debe o no utilizar las mismas tablas para distintos grupos poblacionales (por ejemplo, para Lima Metropolitana vs. el resto de regiones, para zonas urbanas y rurales, etc.). (United Nations, 2006)

Existe evidencia internacional que sugiere que calidad de la información que se obtiene a través de las encuestas de hogares para la estimación de la mortalidad neonatal es muy sensible a la calidad del proceso de capacitación de los encuestadores y al proceso de levantamiento de la información en campo (Curtis, 1995). Afortunadamente, en el Perú el INEI cuenta ya con varios años de experiencia aplicando la ENDES y recolectando información para el cálculo de dicho indicador.

Un problema asociado al monitoreo de la mortalidad neonatal es el hecho de que la misma se calcula agregando data de varios años, lo que los datos sean problemáticos para supervisar el progreso u observar los efectos de las intervenciones, ya que se analizan a la vez distintas cohortes de nacimientos, las cuales pueden haber sido sujetos de distintos mecanismos de intervención.

PRECISIONES TÉCNICAS

Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo⁴⁴.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de niños nacidos vivos que fallecen antes de cumplir un mes de edad en el periodo de referencia.

Denominador: Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

BASE DE DATOS

Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

SINTAXIS

Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

⁴⁴OMS (2004). International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). 10th revision.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD					
RESULTADO INTERMEDIO ESPERADO					
Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que acceden a métodos de planificación familiar					
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)					
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.					
DEFINICIÓN					
Número promedio de nacimientos esperados por mujer a lo largo de su vida reproductiva.					
VALOR DEL INDICADOR					
Perú: Tasa global de fecundidad Estimados Nacionales					
	Línea de Base: 2007				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Total	2.4	2.2	2.6	4.5	6399
Área de residencia					
Urbana	1.9	1.7	2.1	5.6	3740
Rural	3.7	3.4	4.0	4.5	2659
Región natural					
Lima Metropolitana	1.6	1.3	2.0	10.7	605
Resto Costa	2.4	2.0	2.8	8.5	1624
Sierra	2.9	2.5	3.2	6.8	2721
Selva	3.4	2.8	4.0	8.9	1449
Quintiles de Riqueza					
Quintil inferior	5.3	4.5	6.1	7.3	413.0
Segundo quintil	3.6	3.2	4.0	5.3	2073.0
Quintil intermedio	2.9	2.5	3.3	6.8	1610.0
Cuarto Quintil	2.0	1.6	2.3	8.7	1337.0
Quintil superior	1.3	1.1	1.6	10.0	966.0
FUENTE: INEI - ENDES 2007.					

**Perú: Tasa global de fecundidad
Estimados Regionales**

	Año: Junio 2007 1/				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Amazonas	3.3	2.8	3.9	8.8	1105
Áncash	2.8	2.3	3.2	8.1	1155
Apurímac	3.6	3.1	4.1	6.8	1022
Arequipa	1.9	1.6	2.2	7.1	1699
Ayacucho	3.5	3.0	4.0	7.2	1130
Cajamarca	3.0	2.6	3.4	7.1	1115
Cusco	2.9	2.3	3.4	9.4	861
Huancavelica	4.4	3.7	5.0	7.6	1001
Huánuco	3.3	2.7	3.8	8.6	975
Ica	2.4	2.1	2.7	6.6	1421
Junín	2.8	2.3	3.3	8.4	980
La Libertad	2.8	2.3	3.2	8.0	1221
Lambayeque	2.5	2.2	2.7	5.9	1423
Lima	1.9	1.7	2.1	5.1	2744
Loreto	4.6	3.9	5.3	7.6	1149
Madre de Dios	3.1	2.8	3.4	4.6	1673
Moquegua	1.8	1.6	2.0	6.3	1317
Pasco	3.1	2.7	3.6	6.9	1275
Piura	2.8	2.4	3.2	7.1	1272
Puno	2.8	2.4	3.1	7.0	1145
San Martín	2.8	2.4	3.2	7.7	1416
Tacna	2.0	1.7	2.3	7.9	1261
Tumbes	2.3	2.1	2.5	4.8	1494
Ucayali	3.5	3.1	3.8	4.8	1352

Fuente: INEI-ENDES 2007

JUSTIFICACIÓN

La fecundidad es una de las variables más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. Este indicador guarda relación directa con la fertilidad y con la edad al casarse o cohabitar, la disponibilidad y empleo de métodos anticonceptivos, el desarrollo económico, el estado social de la mujer y la estructura por edad y sexo. La tasa global de fecundidad relaciona los nacimientos con el grupo de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) y su capacidad reproductiva, siendo así un indicador más preciso que la tasa bruta de natalidad, que básicamente mide el número de nacimientos como porcentaje del total de la población.

La principal fortaleza de este indicador es que representa una medida independiente de la estructura de edad de la población. En ese sentido, la tasa global de fecundidad es considerado un buen indicador para el monitoreo y la comparación internacional. No obstante, cabe enfatizar que el indicador constituye una medida

hipotética de la fertilidad y que en situaciones de rápido cambio en los patrones de fertilidad su validez es fundamentalmente ilustrativo⁴⁵.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Un problema en relación a este indicador viene dado por la recolección de información en la enumeración de los hijos que ha tenido la mujer entrevistada. El error más frecuente es el de la omisión u olvido de los hijos, especialmente cuando éstos no viven en el hogar o han muerto. Este problema crece con el aumento de la edad de la madre. (INEI, 2000a).

PRECISIONES TÉCNICAS

Las tasas específicas se calculan haciendo el cociente entre el total de hijos tenidos por las mujeres de un grupo quinquenal y el total de mujeres de ese grupo de edades. A partir del censo, se calcula con las preguntas sobre el total de hijos tenidos y los hijos tenidos el último año, según edad de las mujeres, y aplicando un método desarrollado por Brass (United Nations, 1983). El mismo relaciona las estimaciones de la fecundidad actual (obtenida a través de la pregunta de si la mujer ha tenido o no un hijo nacido vivo en un periodo anterior y cercano a la entrevista) y la fecundidad retrospectiva (que se basa en la pregunta del número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres)⁴⁶.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5.

Denominador: 1.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

SINTAXIS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

⁴⁵OMS (2006). "Reproductive Health Indicators. Guidelines for their generation, interpretation and global monitoring"

⁴⁶ United Nations (1983), "Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation"

**NÚMERO DE PAREJAS PROTEGIDAS
(PORCENTAJE DE MUJERES EN UNIÓN EN EDAD FÉRTIL QUE USA ACTUALMENTE ALGÚN
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)**

RESULTADO INTERMEDIO ESPERADO

Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva
y que acceden a métodos de planificación familiar

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)

- Ministerio de Salud
- Sistema Integral de Salud
- Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.

DEFINICIÓN

Porcentaje de mujeres en unión en edad fértil que usa actualmente algún método de planificación familiar.

VALOR DEL INDICADOR

Perú: Número de parejas protegidas (Porcentaje de mujeres en unión en edad fértil que usa actualmente algún método de planificación familiar)
Estimados Nacionales

	Año: 2007				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Total	73.1	71.3	74.9	1.3	3866
Área de residencia					
Urbana	73.8	71.3	76.2	1.7	2052
Rural	71.8	69.3	74.1	1.7	1814
Región natural					
Lima Metropolitana	70.5	65.2	75.3	3.6	295
Resto Costa	79.3	76.3	82.0	1.8	926
Sierra	73.3	70.9	75.6	1.6	1689
Selva	66.7	63.0	70.2	2.7	956
Quintiles de Riqueza					
Quintil inferior	65.0	59.7	70.0	4.0	390
Segundo quintil	73.5	70.2	76.5	2.2	1101
Quintil intermedio	77.0	73.2	80.4	2.4	970
Cuarto Quintil	75.1	71.0	78.9	2.7	676
Quintil superior	70.4	65.9	74.4	3.1	729

FUENTE: INEI - ENDES 2007

Perú: Número de parejas protegidas (Porcentaje de mujeres en unión en edad fértil que usa actualmente algún método de planificación familiar)
Estimados Regionales

	Año: Junio 2007 1/				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Amazonas	75.3	71.4	78.9	2.5	727
Áncash	71.3	68.1	74.3	2.2	668
Apurímac	71.8	67.9	75.5	2.7	663
Arequipa	77.7	74.7	80.4	1.9	838
Ayacucho	71.8	68.5	74.9	2.3	685
Cajamarca	72.5	68.5	76.2	2.7	693
Cusco	72.5	68.6	76.2	2.7	530
Huancavelica	64.7	58.4	70.5	4.8	681
Huánuco	68.9	64.4	73.0	3.2	617
Ica	75.1	71.9	77.9	2.0	797
Junín	71.3	67.6	74.7	2.5	537
La Libertad	72.3	67.9	76.3	3.0	708
Lambayeque	73.1	69.7	76.3	2.3	761
Lima	72.2	69.8	74.5	1.7	1346
Loreto	60.5	56.1	64.8	3.7	736
Madre de Dios	72.4	69.8	74.9	1.8	1084
Moquegua	75.8	72.6	78.8	2.1	773
Pasco	74.1	70.3	77.5	2.5	740
Piura	74.0	70.4	77.4	2.4	739
Puno	72.0	68.8	75.0	2.2	732
San Martín	73.5	70.7	76.1	1.9	987
Tacna	80.6	76.8	83.9	2.2	690
Tumbes	76.5	73.2	79.4	2.1	917
Ucayali	67.4	64.1	70.6	2.4	851

Fuente: INEI-ENDES 2007

JUSTIFICACIÓN

Este indicador, también conocido como “prevalencia anticonceptiva”, proporciona una medida de cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro y todos los métodos anticonceptivos, de esterilización, así como los llamados métodos tradicionales o folklóricos (ver Precisiones Técnicas). Es la medida más difundida para la evaluación de los programas de planificación familiar.

Si bien este indicador puede obtenerse teóricamente de los registros administrativos de los centros de salud, la práctica actual es depender de encuestas por muestreo como la ENDES, a fin de reducir al mínimo los problemas asociados con el mantenimiento de un recuento continuo de usuarias actuales y con la obtención de estimaciones exactas de la población. (Entre los problemas figuran datos incompletos, recuento doble de usuarias que entran en el sistema de provisión de servicios en más de un punto, etc.)

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Mientras algunos métodos anticonceptivos como la esterilización, la píldora, el DIU o los implantes proveen protección continua para sus usuarias, otros métodos tales como el condón, el método del ritmo o el del retiro son métodos de uso en relaciones sexuales específicas. El uso actual de estos últimos métodos constituye un concepto confuso, en la medida que ello puede hacer referencia a la última relación sexual – la que pudo haber ocurrido mucho tiempo antes de la entrevista – o a la intención de uso en la próxima relación sexual⁴⁷.

En la práctica la prevalencia anticonceptiva se calcula en las mujeres en unión. En los países en que las mujeres tienen una actividad sexual fuera de matrimonio relativamente escasa, al fundamentar las estimaciones en las mujeres en unión se capta a la población sometida a riesgo de embarazo. Sin embargo, en los países con frecuente actividad sexual fuera de uniones estables, una estimación de la prevalencia basada solamente en las mujeres en unión ignoraría a una proporción considerable de las usuarias actuales. Así, los investigadores siguen estudiando la idoneidad de fundamentar la prevalencia anticonceptiva en todas las mujeres frente a las que se hallan en unión estable.

PRECISIONES TÉCNICAS

- Se define “mujeres en unión” como aquellas mujeres que declaran encontrarse casadas o convivir con su pareja. Asimismo, se define mujeres en “edad fértil” a aquellas que al momento de la encuesta tienen entre 15 y 49 años.
- Se considera que una mujer utiliza un método anticonceptivo ya sea que declare utilizar un método moderno, tradicional o folklórico.
- Los métodos modernos incluyen: Esterilización femenina, esterilización masculina, píldora, DIU, condón masculino y femenino, métodos vaginales (espuma, jalea, óvulos), inyecciones anticonceptivas (de solo progestágeno de tres meses y combinadas de un mes), Implantes o Norplant, método amenorrea por lactancia (MELA), y anticoncepción de emergencia.
- Los métodos tradicionales y folklóricos incluyen el método del ritmo, Billings del retiro y el método de collar de ciclo.
- A las mujeres que al momento de la entrevista se encuentran embarazadas se les codifica como no usuarias de métodos anticonceptivos.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de mujeres en unión entre 15 y 49 años que utiliza algún método de planificación familiar.

Denominador: Número de mujeres en unión entre 15 y 49 años.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

SINTAXIS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

⁴⁷Rutstein, Shea Oscar & Guillermo Rojas (2003). “Guide to DHS Statistics”. Calverton, Maryland: Demographic and Health Surveys, ORC Macro.

PROPORCIÓN MUJERES EN UNIÓN QUE USA ALGÚN MÉTODO MODERNO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
RESULTADO INTERMEDIO
Proporción mujeres en unión que usa algún método moderno de planificación familiar
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.
DEFINICIÓN
Es el porcentaje de mujeres en unión que usa actualmente algún método moderno de planificación familiar. Los métodos modernos son aquellos métodos capaces de evitar un embarazo y son altamente efectivos cuando se usan de manera correcta.
VALOR DEL INDICADOR
JUSTIFICACIÓN
Determinar la proporción de mujeres en unión que usa actualmente algún método moderno de planificación familiar.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Información no disponible
PRECISIONES TÉCNICAS
Población objetivo: Mujeres en unión de 15 a 49 años
MÉTODO DE CÁLCULO
$Usa = \frac{MU_Modpf}{TM} * 100$
MU_Modpf= Mujeres unidas que usan algún método moderno de planificación familiar TM: Total de mujeres unidas
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Semestral y anual

FUENTE DE DATOS

ENDES

BASE DE DATOS

Información no disponible

SINTAXIS

```
RECODE V501 (1,2=1)(0,3,4,5=2) INTO UNIDAS.  
VAL LABEL UNIDAS 1'SI' 2'NO'.  
RECODE V313 (3=1) (1,2,0=0) INTO UsaMetMod.  
val label UsaMetMod 1 'Uso Método moderno de PF' 0 'No usa'.  
if unidas=1 MU_Modpf=0.  
if unidas=1 & UsaMetMod=1 MU_Modpf=1.  
var lab MU_Modpf 'Mujeres Unidas que usan Met Mod PF'.
```

PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL DE GESTANTES PROCEDENTES DE LAS ZONAS RURALES

RESULTADO INTERMEDIO ESPERADO
Reducción de la morbilidad y mortalidad materna

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)

- Ministerio de Salud
- Sistema Integral de Salud
- Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.

DEFINICIÓN

Porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un nacimiento vivo en los últimos 5 años de la encuesta, cuyo último nacimiento vivo fue atendido por personal de salud capacitado y se llevó a cabo en un establecimiento de salud.

VALOR DEL INDICADOR

Perú: Cobertura de parto institucional en gestantes procedentes de las zonas rurales
Estimados Nacionales

	Línea de Base: 2007				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Total	49.4	41.4	57.3	8.3	1122
Área de residencia					
Urbana	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.
Rural	49.4	41.4	57.3	8.3	1122
Región natural					
Lima Metropolitana	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.
Resto Costa	80.1	57.2	92.3	11.2	104
Sierra	46.0	37.4	54.9	9.8	711
Selva	43.2	29.2	58.4	17.7	307

* No se incluye la desagregación por quintiles de riqueza dado que la definición de dicha variable se hizo utilizando la muestra total de hogares, y no solo a los hogares rurales

FUENTE: INEI - ENDES 2007.

**Perú: Cobertura de parto institucional en
gestantes procedentes de las zonas rurales
Estimados Regionales**

	Año: Junio 2007 1/				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Amazonas	36.2	26.9	46.6	14.0	343
Áncash	53.0	43.3	62.5	9.3	234
Apurímac	83.3	76.2	88.6	3.8	293
Arequipa	69.4	38.0	89.4	20.4	72
Ayacucho	58.3	46.9	68.9	9.7	312
Cajamarca	36.4	26.6	47.5	14.8	313
Cusco	65.8	50.6	78.3	11.0	193
Huancavelica	51.6	42.7	60.5	8.9	403
Huánuco	52.4	41.4	63.2	10.7	267
Ica	93.1	80.5	97.8	4.1	87
Junín	55.7	41.1	69.4	13.3	183
La Libertad	29.5	18.1	44.2	22.9	183
Lambayeque	59.7	47.0	71.2	10.5	124
Lima	79.2	51.7	93.2	13.4	53
Loreto	11.9	7.2	18.9	24.5	227
Madre de Dios	74.6	65.1	82.1	5.8	224
Moquegua	66.7	41.1	85.2	17.9	48
Pasco	56.8	44.9	68.0	10.5	190
Piura	44.0	27.3	62.2	21.1	150
Puno	27.8	21.2	35.5	13.1	248
San Martín	61.1	49.9	71.2	9.0	275
Tacna	61.2	36.5	81.3	20.0	80
Tumbes	90.1	77.0	96.1	5.0	71
Ucayali	31.7	19.6	46.9	22.4	164

Fuente: INEI-ENDES 2007

JUSTIFICACIÓN

Este indicador es una medida del potencial del sistema de salud para proveer una cobertura adecuada para los partos y da información sobre la cobertura de los partos asistidos, ya sean normales o complejos. A diferencia de otros indicadores complementarios como la proporción de nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud, este indicador recoge las condiciones en términos de la infraestructura donde se llevan a cabo los partos, sino también las características de los recursos humanos encargados de llevar a cabo dichas tareas.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La OMS define el personal de salud capacitado como personas que han completado con éxito cursos recomendados de obstetricia y que son capaces de dar la supervisión, atención y consejo necesarios a las mujeres durante el período de embarazo, parto y post-parto, para conducir partos y cuidar al recién nacido y al niño. No obstante, la identificación por parte de la entrevistada de dichas características puede ser complicada, lo que ocasionaría algunos sesgos en las estimaciones de este indicador.

Otro problema con el uso de este indicador, es que el mismo supone que la atención en un establecimiento de salud está asociada a adecuadas condiciones para el tratamiento de complicaciones durante el parto. Sin embargo, la realidad en el Perú es que un gran número de postas y puestos de salud, así como algunos centros de salud, en particular en el área rural, no cuentan con el equipamiento adecuado para el manejo de dichas situaciones.

PRECISIONES TÉCNICAS

- Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.
- Para la identificación del personal de salud capacitado se incluyen los médicos, enfermeras y obstetras.
- Entre los establecimientos de salud se incluyen hospitales, puestos y centros de salud del MINSA, policlínicos, centros o postas de ESSALUD, clínicas particulares y consultorios de médicos particulares. Se excluyen aquellos partos dados en el domicilio de la entrevistada o de una partera.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través en un establecimiento de salud y que fueron atendidos por un personal de salud capacitado.

Denominador: Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

BASE DE DATOS

Disponible en web site:
http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

SINTAXIS

Disponible en web site:
http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROPORCION DE PARTO INSTITUCIONAL

RESULTADO INTERMEDIO ESPERADO Reducción de la morbilidad y mortalidad materna

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)

- Ministerio de Salud
- Sistema Integral de Salud
- Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.

DEFINICIÓN

Porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un nacimiento vivo en los últimos 5 años de la encuesta, cuyo último nacimiento vivo fue atendido por personal de salud capacitado y se llevó a cabo en un establecimiento de salud.

VALOR DEL INDICADOR

Perú: Cobertura de parto institucional en
gestantes procedentes de las zonas rurales
Estimados Nacionales

	Línea de Base: 2007				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Total	49.4	41.4	57.3	8.3	1122
Área de residencia					
Urbana	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.
Rural	49.4	41.4	57.3	8.3	1122
Región natural					
Lima Metropolitana	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.
Resto Costa	80.1	57.2	92.3	11.2	104
Sierra	46.0	37.4	54.9	9.8	711
Selva	43.2	29.2	58.4	17.7	307

* No se incluye la desagregación por quintiles de riqueza dado que la definición de dicha variable se hizo utilizando la muestra total de hogares, y no solo a los hogares rurales

FUENTE: INEI - ENDES 2007.

**Perú: Cobertura de parto institucional en
gestantes procedentes de las zonas rurales
Estimados Regionales**

	Año: Junio 2007 1/				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Amazonas	36.2	26.9	46.6	14.0	343
Áncash	53.0	43.3	62.5	9.3	234
Apurímac	83.3	76.2	88.6	3.8	293
Arequipa	69.4	38.0	89.4	20.4	72
Ayacucho	58.3	46.9	68.9	9.7	312
Cajamarca	36.4	26.6	47.5	14.8	313
Cusco	65.8	50.6	78.3	11.0	193
Huancavelica	51.6	42.7	60.5	8.9	403
Huánuco	52.4	41.4	63.2	10.7	267
Ica	93.1	80.5	97.8	4.1	87
Junín	55.7	41.1	69.4	13.3	183
La Libertad	29.5	18.1	44.2	22.9	183
Lambayeque	59.7	47.0	71.2	10.5	124
Lima	79.2	51.7	93.2	13.4	53
Loreto	11.9	7.2	18.9	24.5	227
Madre de Dios	74.6	65.1	82.1	5.8	224
Moquegua	66.7	41.1	85.2	17.9	48
Pasco	56.8	44.9	68.0	10.5	190
Piura	44.0	27.3	62.2	21.1	150
Puno	27.8	21.2	35.5	13.1	248
San Martín	61.1	49.9	71.2	9.0	275
Tacna	61.2	36.5	81.3	20.0	80
Tumbes	90.1	77.0	96.1	5.0	71
Ucayali	31.7	19.6	46.9	22.4	164

Fuente: INEI-ENDES 2007

JUSTIFICACIÓN

Este indicador es una medida del potencial del sistema de salud para proveer una cobertura adecuada para los partos y da información sobre la cobertura de los partos asistidos, ya sean normales o complejos. A diferencia de otros indicadores complementarios como la proporción de nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud, este indicador recoge las condiciones en términos de la infraestructura donde se llevan a cabo los partos, sino también las características de los recursos humanos encargados de llevar a cabo dichas tareas.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La OMS define el personal de salud capacitado como personas que han completado con éxito cursos recomendados de obstetricia y que son capaces de dar la supervisión, atención y consejo necesarios a las mujeres durante el período de embarazo, parto y post-parto, para conducir partos y cuidar al recién nacido y al niño. No obstante, la identificación por parte de la entrevistada de dichas características puede ser complicada, lo que ocasionaría algunos sesgos en las estimaciones de este indicador.

Otro problema con el uso de este indicador, es que el mismo supone que la atención en un establecimiento de salud está asociada a adecuadas condiciones para el tratamiento de complicaciones durante el parto. Sin embargo, la realidad en el Perú es que un gran número de postas y puestos de salud, así como algunos centros de salud, en particular en el área rural, no cuentan con el equipamiento adecuado para el manejo de dichas situaciones.

PRECISIONES TÉCNICAS

- Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.
- Para la identificación del personal de salud capacitado se incluyen los médicos, enfermeras y obstetras.
- Entre los establecimientos de salud se incluyen hospitales, puestos y centros de salud del MINSA, policlínicos, centros o postas de ESSALUD, clínicas particulares y consultorios de médicos particulares. Se excluyen aquellos partos dados en el domicilio de la entrevistada o de una partera.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través en un establecimiento de salud y que fueron atendidos por un personal de salud capacitado.

Denominador: Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

SINTAXIS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROPORCION DE CESÁREAS EN GESTANTES PROCEDENTES DE LAS ZONAS RURALES																																																																								
RESULTADO INTERMEDIO ESPERADO																																																																								
Reducción de la morbilidad y mortalidad materna																																																																								
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)																																																																								
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.																																																																								
DEFINICIÓN																																																																								
Porcentaje de nacidos vivos en las zonas rurales en los últimos 5 años que ocurrieron por cesárea.																																																																								
VALOR DEL INDICADOR																																																																								
Perú: Cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales Estimados Nacionales <table> <tr> <th rowspan="3"></th><th colspan="5">Línea de Base: 2007</th></tr> <tr> <th rowspan="2">Valor estimado</th><th colspan="2">Intervalo de confianza al 95%</th><th rowspan="2">Coeficiente de Variación</th><th rowspan="2">Número de Casos</th></tr> <tr> <th>Inferior</th><th>Superior</th></tr> <tr> <td>Total</td><td>7.0</td><td>5.2</td><td>9.4</td><td>15.1</td><td>1481</td></tr> <tr> <td>Área de residencia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Urbana</td><td>N.C.</td><td>N.C.</td><td>N.C.</td><td>N.C.</td><td>N.C.</td></tr> <tr> <td>Rural</td><td>7.0</td><td>5.2</td><td>9.4</td><td>15.1</td><td>1481</td></tr> <tr> <td>Región natural</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Lima Metropolitana</td><td>N.C.</td><td>N.C.</td><td>N.C.</td><td>N.C.</td><td>N.C.</td></tr> <tr> <td>Resto Costa</td><td>18.5</td><td>14.5</td><td>23.3</td><td>12.1</td><td>133</td></tr> <tr> <td>Sierra</td><td>6.0</td><td>4.1</td><td>8.7</td><td>18.9</td><td>932</td></tr> <tr> <td>Selva</td><td>3.7</td><td>2.0</td><td>6.5</td><td>29.8</td><td>416</td></tr> </table> * No se incluye la desagregación por quintiles de riqueza dado que la definición de dicha variable se hizo utilizando la muestra total de hogares, y no solo a los hogares rurales FUENTE: INEI - ENDES 2007.							Línea de Base: 2007					Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos	Inferior	Superior	Total	7.0	5.2	9.4	15.1	1481	Área de residencia						Urbana	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	Rural	7.0	5.2	9.4	15.1	1481	Región natural						Lima Metropolitana	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	Resto Costa	18.5	14.5	23.3	12.1	133	Sierra	6.0	4.1	8.7	18.9	932	Selva	3.7	2.0	6.5	29.8	416
	Línea de Base: 2007																																																																							
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos																																																																			
		Inferior	Superior																																																																					
Total	7.0	5.2	9.4	15.1	1481																																																																			
Área de residencia																																																																								
Urbana	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.																																																																			
Rural	7.0	5.2	9.4	15.1	1481																																																																			
Región natural																																																																								
Lima Metropolitana	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.																																																																			
Resto Costa	18.5	14.5	23.3	12.1	133																																																																			
Sierra	6.0	4.1	8.7	18.9	932																																																																			
Selva	3.7	2.0	6.5	29.8	416																																																																			

**Perú: Cobertura de cesáreas en
gestantes procedentes de las zonas rurales
Estimados Regionales**

	Año: Junio 2007 1/				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Amazonas	3.3	2.0	5.5	25.2	449
Áncash	8.9	5.8	13.4	21.6	304
Apurímac	8.0	5.9	11.0	16.0	373
Arequipa	12.2	5.6	24.5	37.9	90
Ayacucho	5.4	3.5	8.3	22.2	426
Cajamarca	4.0	2.1	7.3	31.1	402
Cusco	6.1	3.3	11.0	31.0	263
Huancavelica	5.4	3.6	8.0	20.2	554
Huánuco	2.7	1.5	4.8	29.7	374
Ica	22.9	14.7	33.9	21.4	109
Junín	4.0	2.3	6.9	28.0	226
La Libertad	5.2	2.1	12.3	44.8	248
Lambayeque	12.0	6.9	20.0	27.1	158
Lima	13.4	7.5	22.8	28.4	67
Loreto	1.2	0.4	3.6	57.6	342
Madre de Dios	6.6	4.3	10.2	22.4	286
Moquegua	25.5	11.9	46.4	35.3	55
Pasco	5.7	2.8	11.1	34.9	247
Piura	10.6	6.2	17.7	26.9	207
Puno	4.3	2.7	6.7	23.4	327
San Martín	6.9	4.7	10.2	20.0	346
Tacna	23.9	13.5	38.7	27.0	92
Tumbes	32.1	24.1	41.3	13.7	81
Ucayali	3.9	1.8	8.5	39.9	229

Fuente: INEI-ENDES 2007

JUSTIFICACIÓN

Este indicador se dirige a medir progreso hacia la reducción de la mortalidad materna, de manera complementaria al indicador de cobertura de partos institucionales. El mismo recoge una variedad de factores que condicionan la mortalidad materna, incluyendo calidad, accesibilidad, disponibilidad y la utilización de los servicios de cuidado materno. La medición de este indicador en las zonas rurales es de particular importancia, en la medida en que es en ellas donde se concentran los mayores problemas de baja cobertura de servicios obstétricos de calidad.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Una limitación importante de este indicador es que contabiliza no sólo aquellos partos por cesárea que se justifican por un motivo médico de aquellos que no. Debido a este problema, la OMS establece porcentajes máximos y mínimos para este indicador. Así, si se considera que un valor menor al 5% indica que una proporción substancial de mujeres no tiene acceso al cuidado obstétrico quirúrgico requerido. En contraste, si más del 15% de los nacimientos vivos se lleva a cabo a través de una intervención de cesárea, constituye un indicio de una sobre utilización del procedimiento⁴⁸.

⁴⁸UNICEF/WHO/UNFPA (1997). "Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services".

PRECISIONES TÉCNICAS
• Para el cálculo de este indicador se trabaja con todos los hijos nacidos vivos menores de 5 años que viven con la entrevistada. • Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través de una cesárea.
Denominador: Número de niños nacidos vivos < 5 años.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.
BASE DE DATOS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php
SINTAXIS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROPORCIÓN DE PARTO ATENDIDO POR PERSONAL DE SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
RESULTADO INTERMEDIO ESPERADO				
Reducción de la morbilidad y mortalidad materna				
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)				
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.				
DEFINICIÓN				
Es el porcentaje de mujeres procedentes del área rural cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta fue atendido por profesional de la salud.				
VALOR DEL INDICADOR				
2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
57.2	63.7	67.3	67.4	70.0
Fuente: INEI-ENDES				
JUSTIFICACIÓN				
Determinar la proporción de parto de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta atendido por profesional de la salud.				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS				
NINGUNO				
PRECISIONES TÉCNICAS				
$PartoPers = \frac{\text{parto_persr}}{TMG} * 100$ parto_persr= Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud en establecimiento de salud. TMG: Total de mujeres del área rural con ultimo nacido vivo en los últimos cinco años				
MÉTODO DE CÁLCULO				
Numerador: Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud				
Denominador: Total de mujeres del área rural con ultimo nacido vivo en los últimos cinco años				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES				
anual y semestral				
FUENTE DE DATOS				
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.				
Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.				
BASE DE DATOS				
Disponible en web site:				
http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php				
SINTAXIS				
<pre> if (m3n=0 m3n=1) Parto_Persr=0. if (M3A=1 M3B=1 M3C=1) Parto_persr=1. select if midx=1 & v025=2. var label parto_Persr 'Parto atendido por prof salud'.</pre>				

**PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS VIVOS
MENORES DE 37 SEMANAS DE GESTACIÓN**

RESULTADO INTERMEDIO ESPERADO

Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)

- Ministerio de Salud
- Sistema Integral de Salud
- Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.

DEFINICIÓN

Porcentaje de recién nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación

VALOR DEL INDICADOR

**Perú: Porcentaje de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación
Estimados Nacionales**

	Línea de Base: 2007				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Total	14.7	11.1	18.3	12.4	1902
Área de residencia					
Urbana	19.1	13.5	24.6	14.5	866
Rural	9.0	6.3	11.6	14.7	1036
Región natural					
Lima Metropolitana	20.4	12.9	27.9	18.3	98
Resto Costa	16.5	11.7	21.4	14.6	374
Sierra	13.1	6.2	19.9	26.2	895
Selva	9.5	6.2	12.7	17.2	535
Quintiles de Riqueza					
Quintil inferior	6.5	3.7	9.3	21.7	321
Segundo quintil	12.0	4.5	19.4	31.2	636
Quintil intermedio	16.2	10.0	22.4	19.1	468
Cuarto Quintil	17.2	10.5	24.0	19.6	256
Quintil superior	20.4	13.6	27.2	16.7	221

FUENTE: INEI - ENDES 2007.

**Perú: Porcentaje de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación
Estimados Regionales**

	Año: Junio 2007 1/				
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de Variación	Número de Casos
		Inferior	Superior		
Amazonas	5.7	3.2	8.2	22.2	365
Áncash	8.7	5.5	12.0	18.5	294
Apurímac	11.6	8.1	15.2	15.1	360
Arequipa	11.6	7.6	15.6	17.3	310
Ayacucho	9.5	7.1	11.9	12.5	407
Cajamarca	6.4	2.7	10.2	29.2	315
Cusco	11.5	7.3	15.6	18.2	254
Huancavelica	8.3	5.9	10.8	14.7	413
Huánuco	6.7	3.4	10.0	24.6	333
Ica	9.5	6.5	12.6	16.2	331
Junín	10.4	6.5	14.4	18.9	257
La Libertad	8.0	4.7	11.2	20.6	342
Lambayeque	11.6	8.2	15.0	14.7	339
Lima	13.4	10.4	16.4	11.2	506
Loreto	4.8	2.7	6.9	22.0	521
Madre de Dios	10.8	8.3	13.3	11.5	539
Moquegua	14.0	9.1	19.0	17.7	242
Pasco	14.7	10.8	18.5	13.1	389
Piura	12.5	8.3	16.6	16.6	368
Puno	5.5	3.2	7.7	20.8	332
San Martín	7.2	4.5	9.9	18.8	429
Tacna	11.3	7.0	15.6	19.1	251
Tumbes	10.9	7.1	14.7	17.3	337
Ucayali	8.3	5.9	10.7	14.4	470

Fuente: INEI-ENDES

JUSTIFICACIÓN

Pese a que los nacimientos prematuros, es decir, aquellos que se dan en periodos de gestación menores a las 37 semanas, solo constituyen alrededor del 10% de todos los nacimientos, más del 80% de las muertes neonatales ocurren entre los niños nacidos prematuramente. Asimismo, existe evidencia que demuestra como los ratios de mortalidad neonatal crecen de manera drástica con la reducción de la edad gestacional. Así, comparado con los bebés nacidos luego de 36 semanas de gestación, aquellos nacidos con 24, 28 y 32 semanas de edad gestacional tienen ratios de mortalidad neonatal que son alrededor de 180, 45 y 7 veces más altos, respectivamente⁴⁹.

Todo lo anterior constituye evidencia importante que sustenta el seguimiento y monitoreo de este indicador como una medida intermedia de la reducción de la mortalidad neonatal.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

El principal inconveniente asociado al cálculo de este indicador sobre la base de la encuesta ENDES es que el mismo se basa en las respuestas de las mujeres entre 15 y 49 años respecto a su historia de embarazos,

⁴⁹ Health Canada (2000) "Perinatal Health Indicators for Canada: A Resource Manual". Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

nacimientos, uso de métodos anticonceptivos, discontinuidad en su uso, fuentes de anticoncepción y matrimonios o uniones de pareja. Cada una de estas preguntas es susceptible a diversos tipos de error, siendo los más importantes aquellos asociados a problemas de recordación y omisión por parte de las entrevistadas.

PRECISIONES TÉCNICAS

Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo⁵⁰.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación.

Denominador: Total de nacidos vivos.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

SINTAXIS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

⁵⁰OMS (2004).International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).10th revision.

PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF) QUE CONOCE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR														
RESULTADO INMEDIATO														
Población informada en salud sexual y reproductiva														
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)														
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.														
DEFINICIÓN														
Es el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que conoce algún método de planificación familiar; ya sea un método moderno o un método tradicional.														
VALOR DEL INDICADOR														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>2007</th><th>2009</th><th>2010</th><th>2011</th><th>2012 - I SEM.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>99.2</td><td>99.3</td><td>99.6</td><td>99.5</td><td>99.6</td></tr> </tbody> </table>					2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.	99.2	99.3	99.6	99.5	99.6
2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.										
99.2	99.3	99.6	99.5	99.6										
Fuente: INEI-ENDES														
JUSTIFICACIÓN														
Determinar la proporción de mujeres en edad fértil que conoce algún método de planificación familiar														
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS														
NINGUNO														
PRECISIONES TÉCNICAS														
$Conoce = \frac{ConoceMPF}{TM} * 100$														
Conoce MPF= Mujeres entrevistadas que conocen algún método de planificación familiar														
TM: Total de mujeres entrevistadas														
MÉTODO DE CÁLCULO														
Numerador: Mujeres entrevistadas que conocen algún método de planificación familiar														
Denominador: Total de mujeres entrevistadas														
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES														
Anual y semestral														
FUENTE DE DATOS														
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.														
Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.														
BASE DE DATOS														
Disponible en web site:														
http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php														
SINTAXIS														
Recode v301 (0=0) (1,2,3=1) into conoceMPF.														
var label conoceMPF 'conoce cualquier metodo de PF'.														

PROPORCIÓN MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				
RESULTADO INMEDIATO				
Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva				
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)				
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.				
DEFINICIÓN				
Es el porcentaje de mujeres en unión que desean limitar o espaciar su familia y no están usando método anticonceptivo alguno.				
VALOR DEL INDICADOR				
2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
7.8	7.2	6.9	6.1	6.3
Fuente: INEI-ENDES				
JUSTIFICACIÓN				
Determinar la proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS				
NINGUNO				
PRECISIONES TÉCNICAS				
$NecesIns = \frac{neces_ins}{TMG} * 100$				
Necesidad insatisfecha = Mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familiar				
TMG: Total de mujeres unidas.				
MÉTODO DE CÁLCULO				
Numerador: Mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familiar				
Denominador: Total de mujeres unidas				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES				
Anual y semestral				
FUENTE DE DATOS				
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.				
Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.				
BASE DE DATOS				
Disponible en web site:				
http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php				
SINTAXIS				
RECODE V501 (1,2=1)(0,3,4,5=2) INTO UNIDAS.				
recode v626 (1,2=1)(0,3,4,5,6,7,8,9=0) into neces_ins.				
Select fi unidades=1.				
var label neces_ins 'necesidad insatisfecha'.				

PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE EL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA RECIBIÓ SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN EL 1ER TRIMESTRE DE GESTACIÓN				
RESULTADO INMEDIATO				
Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive				
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)				
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.				
DEFINICIÓN				
Es el porcentaje de mujeres que el último nacimiento ocurrido en los 5 años antes de encuesta tuvo su primer control prenatal en el 1er trimestre de la gestación.				
VALOR DEL INDICADOR				
2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
71.3	72.4	73.0	74.9	74.0
Fuente: INEI-ENDES				
JUSTIFICACIÓN				
Determinar la proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre de gestación.				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS				
NINGUNO				
PRECISIONES TÉCNICAS				
$CPN1trim = \frac{CPN_1trim}{TMG} * 100$ CPN_1trim= Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de encuesta tuvo su primer control prenatal en el 1er trimestre de la gestación. TMG: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años.				
MÉTODO DE CÁLCULO				
Numerador: Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de encuesta tuvo su primer control prenatal en el 1er trimestre de la gestación.				
Denominador: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años.				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES				
Anual y semestral				
FUENTE DE DATOS				
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.				
Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.				
BASE DE DATOS				
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php				
SINTAXIS				
<pre> recode m13 (0,1,2,3=1)(4 thru 9=2) into CPN_1trim. if (m14=0) CPN_1trim =3. if (m13=98 (missing(m13) & not(sysmis(m13)))) CPN_1trim=8. recode CPN_1trim (2,3,8=0) (1=1) . var label CPN_1trim 'CPN en el 1er trimestre' . </pre>				

PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE EN EL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA RECIBIERON 6 O MÁS CONTROLES PRENATALES				
RESULTADO INMEDIATO				
Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive				
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008)				
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.				
DEFINICIÓN				
Determinar la proporción de gestante que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales. Según Norma Técnica del MINSA, para considerar una gestante “controlada” tendrá que tener seis o más controles.				
VALOR DEL INDICADOR				
2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
76.4	80.8	81.0	83.5	84.1
Fuente: INEI-ENDES				
JUSTIFICACIÓN				
Determinar la proporción de gestante que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales.				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS				
NINGUNO				
PRECISIONES TÉCNICAS				
$NCPN = \frac{N_CPN}{TMG} * 100$ N_CPN= Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 ó más controles prenatales TMG: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años.				
MÉTODO DE CÁLCULO				
Numerador: Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 ó más controles prenatales Denominador: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES				
Anual y semestral				
FUENTE DE DATOS				
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.				
BASE DE DATOS				

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

SINTAXIS

```
recode m14 (0 thru 5=2)( 6 thru 50=1) into N_CPN.  
if (m14=98 | (missing(m14) & not(sysmis(m14))) ) N_CPN=8.  
if (m14=0) N_CPN =3.  
recode N_CPN (2,3,8=0).  
val label N_CPN 'CPN: 6 ó mas veces'.
```

PROPORCIÓN DE RECIEN NACIDOS VIVOS ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
RESULTADO INTERMEDIO ESPERADO Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2008) - Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.
DEFINICIÓN
Porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un nacimiento vivo en los últimos 5 años de la encuesta, cuyo último nacimiento vivo fue atendido en un establecimiento de salud (público o privado).
VALOR DEL INDICADOR
JUSTIFICACIÓN
Cuando las mujeres tienen emergencias obstétricas o desarrollan complicaciones durante el parto o inmediatamente después del mismo, es de vital importancia contar con asistentes calificados capaces de manejar el problema con rapidez y eficacia y con los equipos necesarios para facilitar su labor. Este indicador constituye pues un indicador intermedio que complementa la información asociada al ratio de mortalidad materna.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El mayor problema asociado a este indicador, es que el mismo supone que la atención en un establecimiento de salud está asociada a adecuadas condiciones para el tratamiento de complicaciones durante el parto. No obstante, la realidad en el Perú es que un gran número de postas y puestos de salud, así como algunos centros de salud, en particular en el área rural, no cuentan con el equipamiento adecuado o el personal especializado para el manejo de dichas situaciones. Así por ejemplo, se encuentran casos en que la persona encargada de la atención del parto no es una enfermera o un médico, sino un técnico en salud, el que no necesariamente cuenta con los conocimientos y experiencia necesaria para desarrollar dichas tareas.
PRECISIONES TÉCNICAS
Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción

voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo⁵¹.

Entre los establecimientos de salud se incluyen hospitales, puestos y centros de salud del MINSA, policlínicos, centros o postas de ESSALUD, clínicas particulares y consultorios de médicos particulares. Se excluyen aquellos partos dados en el domicilio de la entrevistada o de una partera.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través en un establecimiento de salud.

Denominador: Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

SINTAXIS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES BÁSICAS

Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB

RESULTADO INMEDIATO

Regulación de la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
(con recursos asignados en el presupuesto 2010)

- Ministerio de Salud (MINSA)
- Gobiernos Regionales

DEFINICIÓN

Es la proporción de Establecimientos de Salud designado por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas y que al ser evaluados obtienen más del 80% de capacidad resolutive.

⁵¹OMS (2004).International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).10th revision.

VALOR DEL INDICADOR

JUSTIFICACIÓN

El Programa Presupuestal Materno Neonatal requiere investigar la existencia y operatividad de recursos disponibles para la atención de la emergencia obstétrica y neonatal.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

PRECISIONES TÉCNICAS

Se considera como parámetro de capacidad resolutive el que relaciona las variables “recursos” y “funciones” (estructura).

La variable “recursos” está referida a lo que son equipos, instrumental, material fungible, ropa, soluciones, medicamentos e insumos, sets específicos de atención, exámenes auxiliares de diagnóstico, equipos para transporte y comunicaciones y equipos de esterilización. Se identifica el estado de funcionamiento y la ubicación de los mismos en las diferentes áreas del establecimiento.

La variable “funciones” comprende las siguientes funciones obstétricas y neonatales que no puede dejar de realizar el establecimiento de salud FONB, siendo las siguientes:

1. Consulta prenatal básica
2. Parto eutócico y atención básica del recién nacido normal y con problemas menores
3. Trabajo de parto distócico o complicado (der)
4. Recién nacido con complicaciones (der)
5. Atención de retención de placenta no complicada
6. Retención de placenta complicada (der)
7. Atención de la hipertensión inducida por el embarazo (leve)
8. Hemorragia moderada/severa (der)
9. Atención de la hemorragia leve
10. Hemorragia severa y shock hipovolémico (der)
11. Sepsis (der)
12. Aborto incompleto (der)
13. Atención del desgarro vaginal I, II
14. Desgarro vaginal III, IV (der)
15. Reparación de desgarro de cuello uterino
16. Cirugía obstétrica (der)
17. Anticoncepción post parto (oral, inyectable, DIU y consejería)

En relación al recurso humano del establecimiento, se verifica que el personal de acuerdo a su profesión asistencial, esté disponible durante las 24 horas (esto implica que pueda estar de retén pero bajo un rol de turno establecido por el establecimiento de salud) .

Se elaboró un algoritmo para el cálculo del nivel de capacidad resolutive, con esta información se determinó la calificación del establecimiento como FONB (umbral del 80% o más).

MÉTODO DE CÁLCULO

Para la obtención de este indicador es imprescindible calcular la capacidad resolutive del Establecimiento de Salud FONB.

Para obtener esta capacidad resolutive, se trabajó con las preguntas/ítems de las secciones que comprenden el Capítulo VI. “Capacidad Resolutiva para Funciones Obstetricas y Neonatales” del cuestionario ENESA.01 “Guía de Verificación”, siendo estas las siguientes:

- Sección “A”: Recursos Humanos
- Sección “B”: Consultorio Prenatal/Obstétrico/De la Mujer
- Sección “C”: Farmacia General o Central
- Sección “D”: Centro Obstétrico/Sala de partos
- Sección “E”: Área de Atención Inmediata del Recién nacido
- Sección “F”: Emergencia Obstétrica
- Sección “G”: Hospitalización Obstétrica
- Sección “H”: Hospitalización Neonatal o Área de Observación Neonatal
- Sección “I”: Exámenes Auxiliares Disponibles
- Sección “J”: Transporte y Comunicaciones disponibles
- Sección “K”: Esterilización.

Los ítems utilizados de estas secciones corresponden a aquellos que investigan todo lo relacionado con equipos, instrumentales, materiales fungibles, ropas, medicamentos e insumos, soluciones, set para episiotomía, set de partos, set de revisión de cuello uterino o vagina, transporte y comunicaciones disponibles y servicio de esterilización, etc.

Para obtener la proporción de establecimientos de salud calificados como FONB se ejecutaron los pasos siguientes:

Paso 1: Tratamiento de los Ítems con más de un código SIGA y validación de las preguntas de Recursos Humanos

a. Tratamiento de los Ítems con más de un código SIGA

1. Para los ítems con más de un código SIGA se debe considerar sola una respuesta. Para ello, se debe cumplir las condiciones siguientes:
 - Para el ítem investigado (equipo, insumo, material, medicamento, etc.) se consideró como respuesta el código 1 “Sí”, siempre que:
 - i. Todos los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tengan circulados la respuesta 1 “Sí”, porque la tenencia de todos ellos son necesarios para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.
Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con “Espéculos vaginales de Graves” se debe verificar que cuente con espéculos chico, grande “y” mediano.

20.	¿Espéculos vaginales de Graves?	495100050030	Espéculo Graves chico	Sí... ①	No ... 2	No operativo 0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Sí... ①	No ... 2	No operativo 0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Sí... ①	No ... 2	No operativo 0

- ii. Al menos uno de los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tiene circulado la respuesta 1 “Sí”, porque la tenencia de al menos de uno de ellos es necesario para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.

Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con “1 Tensiómetro” se debe verificar que cuenten con al menos uno de los que se presentan: con estetoscopio incorporado, de mercurio “o” aneroide para adulto.

24.	¿1 Tensiómetro?	602287620014	Tensiómetro con estetoscopio	Sí.....1	No... <u>2</u>	No operativo.....0
		602287620020	Tensiómetro de mercurio	Sí... <u>1</u>	No.....2	No operativo.....0
		602287620032	Tensiómetro aneroide para	Sí.....1	No... <u>2</u>	No operativo.....0

2. La descripción de las condiciones a considerar para las respuestas: Sí, No y No operativo de los ítems con más de un código SIGA, se presentan en el Anexo 1.

b. Validación de las Preguntas de Recursos Humanos.

Para asignar una respuesta 1 “Sí” ó 2 “No”, de la preguntas de la 1 a la 4 de la Sección A “Recursos Humanos” del Capítulo VI. “Capacidad Resolutiva para Funciones Obstetricias y Neonatales” del cuestionario ENESA.01 “Guía de Verificación”, que es un componente en la evaluación de la capacidad resolutiva del Establecimiento de Salud FONB, se utilizó el cuestionario ENESA.01B “Recursos Humanos”.

Las preguntas a las que se les debe asignar una respuesta (código 1 “Sí” ó 2 “No”) de la Sección A “Recursos Humanos” del Capítulo VI. del cuestionario ENESA.01 “Guía de Verificación”, son las siguientes:

1. El Establecimiento de Salud tiene el personal siguiente:		
1.	¿Enfermeros(as) para atenciones neonatales, disponibles las 24 horas?	Sí 1 No 2
2.	¿Médicos Generales, Pediatras o Internistas para atenciones neonatales, disponibles las 24 horas?	Sí 1 No 2
3.	¿Médicos Generales, Gineco obstetras, Internistas o Cirujanos para atenciones obstétricas, disponibles las 24 horas?	Sí 1 No 2
4.	¿Obstetras para atención de gestantes o púerperas, disponibles las 24 horas?	Sí 1 No 2

Se asignará el código 1 “Sí”, para estas preguntas de la Sección “A”, si para cada tipo de profesional asistencial, en el cuestionario ENESA.01B “Recursos Humanos”, se verificó que para cada día de la semana de referencia, se hayan cubierto los turnos de mañana, tarde y noche con una o más personas en los servicios materno y neonatal .

Paso 2: Determinación de la Capacidad Resolutiva

Para determinar la capacidad resolutive hay que tener en cuenta las 17 funciones obstétricas y neonatales básicas que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud categorizados como FONB.

En tal sentido y habiendo definido con una sola respuesta los ítems de las 12 secciones (De la “A” a la “K”), que son utilizados para la determinación de la capacidad resolutive, es necesario que estos ítems sean agrupados o incluidos en cada uno de los tipos de funciones obstétricas y neonatales básicas, según lo que establece la norma FON.

Cabe señalar que una misma pregunta, puede ser incluida en más de un tipo de función obstétrica y neonatal, como resultado de este agrupamiento se obtiene el siguiente cuadro:

Cuadro Nº 1
Nº de ítems agrupados o asignados por tipo de FON para evaluar
la Capacidad Resolutiva en Establecimientos de Salud designados como FONB

<u>Nº</u>	<u>Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas</u>	<u>Total</u>
TOTAL		1476
1.	Consulta prenatal básica	72
2.	Parto eutócico y atención básica del recién nacido normal y con problemas menores	220
3.	Trabajo de parto distócico o complicado (der)	97
4.	Recién nacido con complicaciones (der)	109
5.	Atención de retención de placenta no complicada	64
6.	Retención de placenta complicada (der)	63
7.	Atención de la hipertensión inducida por el embarazo (leve)	63
8.	HIE moderada/severa (der)	69
9.	Atención de la hemorragia leve	101
10.	Hemorragia severa y shock hipovolémico (der)	60
11.	Sepsis (der)	134
12.	Aborto incompleto (der)	61
13.	Atención del desgarro vaginal I, II	82
14.	Desgarro vaginal III, IV (der)	87
15.	Reparación de desgarro de cuello uterino	66
16.	Cirugía obstétrica (der)	84
17.	Anticoncepción post parto (oral, inyectable, DIU y consejería)	44

Por ejemplo la función “Consulta Prenatal Básica” está conformada por 72 ítems de algunas de las 12 secciones (De la “A” a la “K”), del Capítulo VI, del Cuestionario ENESA.01.

Paso 3: Funciones Obstétricas y Neonatales con sus respectivos puntajes.

El siguiente paso fue obtener para cada tipo de función, el resultado obtenido para cada uno de los ítems del Capítulo VI, que la conforman. Para ello se siguió el mismo procedimiento:

- Para cada tipo de función se clasificaron tres tipos de resultados "Tiene", "No Tiene" y "No Operativo".
- Se obtuvo el valor del resultado "Tiene", sumando todas las ítems con respuesta 1 "Si". Para el resultado "No tiene" se sumó todas los ítems con respuesta 2 "No" y para "No Operativo" se sumó todas las ítems con respuesta 3 "No operativo"
- Para obtener el porcentaje de los resultados "Tiene", "No tiene" y "No Operativo", se dividió cada uno de los valores absolutos obtenidos para cada uno de ellos entre el total de ítems que conforman dicha función.

Paso 4: Obtención de la Capacidad Resolutiva

Para obtener la capacidad resolutiva del Establecimiento de Salud FONB, se debe obtener el promedio de los porcentajes obtenidos para el resultado "Tiene", de cada función, es decir, se sumó del valor de los resultados "Tiene" de las funciones entre el total de funciones Obstétricas y Neonatales (17).

$$\text{Promedio} = \frac{\sum \text{Porcentaje "Tiene"} i}{17} \quad i=1 \text{ a } 17$$

Ejemplo:

N°	Función Obstétrica y Neonatal	Total		Tiene		No Tiene		No Operativo	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
	TOTAL	1476	100	729	49.4	669	45.3	78	5.3
1.	CONSULTA PRENATAL BASICA	72	100	40	55.6	27	37.5	5	6.9
2.	PARTO EUTOCICO Y ATENCION BASICA DEL RN NORMAL Y CON PROBLEMAS MENORES	220	100	82	37.3	136	61.8	2	0.9
3.	TRABAJO DE PARTO DISTOCICO O COMPLICADO (DER)	97	100	44	45.4	47	48.5	6	6.2
4.	RECIENTE NACIDO CON COMPLICACIONES (DER)	109	100	30	27.5	74	67.9	5	4.6
5.	ATENCION DE RETENCION DE PLACENTA NO COMPLICADA	64	100	44	68.8	17	26.6	3	4.7
6.	RETENCION DE PLACENTA COMPLICADA (DER)	63	100	35	55.6	23	36.5	5	7.9
7.	ATENCION DE LA HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO (LEVE)	63	100	30	47.6	30	47.6	3	4.8
8.	HIE MODERADA/SEVERA (DER)	69	100	37	53.6	27	39.1	5	7.2
9.	ATENCION DE LA HEMORRAGIA LEVE	101	100	51	50.5	44	43.6	6	5.9
10.	HEMORRAGIA SEVERA Y SHOCK HIPOVOLEMICO (DER)	60	100	27	45.0	28	46.7	5	8.3
11.	SEPSIS (DER)	134	100	45	33.6	82	61.2	7	5.2
12.	ABORTO INCOMPLETO (DER)	61	100	34	55.7	22	36.1	5	8.2
13.	ATENCION DEL DESGARRO VAGINAL I, II	82	100	58	70.7	21	25.6	3	3.7
14.	DESGARRO VAGINAL III, IV (DER)	87	100	58	66.7	25	28.7	4	4.6
15.	REPARACION DE DESGARRO DE CUELLO UTERINO	66	100	44	66.7	19	28.8	3	4.5
16.	CIRUGIA OBSTETRICA (DER)	84	100	41	48.8	34	40.5	9	10.7
17.	ANTICONCEPCION POST PARTO (ORAL, INYECT, DIU Y CONSEJERIA)	44	100	29	65.9	13	29.5	2	4.5
Sumatoria del promedio del resultado "Tiene"				895.0					
Capacidad Resolutiva:		895.0 / 17 = 52.6		52.6					

Paso 5: Número de Establecimientos de Salud que califican como FONB

Para determinar el número de establecimientos que califican como FONB, se compara el valor hallado en el Paso 4, es decir el promedio de la proporción del resultado “Tiene” con el valor del umbral del 80%, y de esta manera obtenemos el resultado siguiente:

- a. Si el promedio $\geq 80\%$ entonces el Establecimiento de Salud Califica como FONB
- b. Si el promedio $< 80\%$ entonces el Establecimiento de Salud No califica como FONB

Paso 6: Proporción de Establecimientos de Salud calificados como FONB.

Numerador: Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud, para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas que han alcanzado el 80% o más en su capacidad resolutive.

Denominador: Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales (ENESA)

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SINTAXIS

Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE

RESULTADO INMEDIATO

Regulación de la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal

**PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
(con recursos asignados en el presupuesto 2010)**

- Ministerio de Salud (MINSA)
- Gobiernos Regionales

DEFINICIÓN

Es la proporción de Establecimientos de Salud designado por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales y que al ser evaluados obtienen más del 90% de capacidad resolutive.

VALOR DEL INDICADOR

JUSTIFICACIÓN

El Programa Presupuestal Materno Neonatal requiere investigar la existencia y operatividad de recursos disponibles para la atención de la emergencia obstétrica y neonatal.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

PRECISIONES TÉCNICAS

Se considera como parámetro de capacidad resolutive el que relaciona las variables “recursos” y “funciones” (estructura).

La variable “recursos” está referida a lo que son equipos, instrumental, material fungible, ropa, soluciones, medicamentos e insumos, sets específicos de atención, exámenes auxiliares de diagnóstico, equipos para transporte y comunicaciones y equipos de esterilización. Se identifica el estado de funcionamiento y la ubicación de los mismos en las diferentes áreas del establecimiento.

La variable “funciones” comprende las siguientes funciones obstétricas y neonatales que no puede dejar de realizar el establecimiento de salud FONE, siendo las siguientes:

1. Consulta prenatal esencial
2. Atención de parto distócico o complicado y recién nacido con complicaciones
3. Extracción manual de placenta complicada
4. Atención aborto incompleto

5. Atención de la hemorragia moderada-severa y eclampsia
6. Atención de la hemorragia severa y shock hipovolémico
7. Atención de sepsis
8. Atención del desgarro vaginal III, IV
9. Cesárea
10. Laparotomía
11. Histerectomía abdominal
12. Patología quirúrgica neonatal no complicada
13. Anticoncepción post parto (Oral, Inyectable, DIU, AQV y Consejería)

En relación al recurso humano del establecimiento, se verifica que el personal de acuerdo a su profesión asistencial, esté disponible durante las 24 horas (esto implica que pueda estar de retén pero bajo un rol de turno establecido por el establecimiento de salud) .

Se elaboró un algoritmo para el cálculo del nivel de capacidad resolutive, con esta información se determinó la calificación del establecimiento como FONE (umbral del 90% o más).

MÉTODO DE CÁLCULO

Para la obtención de este indicador es imprescindible calcular la capacidad resolutive del Establecimiento de Salud FONE.

Para obtener esta capacidad resolutive, se trabajó con las preguntas/ítems de las secciones que comprenden el Capítulo VI. "Capacidad Resolutiva para Funciones Obstetricias y Neonatales" del cuestionario ENESA.02 "Guía de Verificación", siendo estas las siguientes:

- Sección "A": Recursos Humanos
- Sección "B": Consultorio Prenatal/Obstétrico/De la Mujer
- Sección "C": Ecografía y Radiología
- Sección "D": Farmacia General o Central
- Sección "E": Sangre seguro y derivados
- Sección "F": Centro Obstétrico
- Sección "G": Área de Atención Inmediata del Recién nacido
- Sección "H": Emergencia Obstétrica
- Sección "I": Hospitalización Obstétrica
- Sección "J": Hospitalización Neonatal
- Sección "K": Sala de Legrado Uterino
- Sección "L": Centro Quirúrgico
- Sección "M": Exámenes Auxiliares disponibles
- Sección "N": Transporte y Comunicaciones disponibles
- Sección "O": Equipos para Hemoterapias disponibles
- Sección "P": Esterilización central

Los ítems utilizados de estas secciones corresponden a aquellos que investigan todo lo relacionado con equipos, instrumentales, materiales fungibles, medicamentos e insumos, soluciones, set para partos, legrados, puerperal, laparotomía, cesárea, revisión de cuello uterino o vagina, episiotomía, transporte, comunicaciones disponibles y servicio de esterilización, etc.

Para obtener la proporción de establecimientos de salud calificados como FONE se ejecutaron los pasos siguientes:

Paso 1: Tratamiento de los Ítems con más de un código SIGA y validación de las preguntas de Recursos Humanos

c. Tratamiento de los Ítems con más de un código SIGA

1. Para los ítems con más de un código SIGA se debe considerar sola una respuesta. Para ello, se debe cumplir las condiciones siguientes:

- Para el ítem investigado (equipo, insumo, material, medicamento, etc.) se consideró como respuesta el código 1 “Si”, siempre que:

iii. Todos los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tengan circulados la respuesta 1 “Si”, porque la tenencia de todos ellos son necesarios para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.

Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con “Espéculos vaginales de Graves” se debe verificar que cuente con espéculos chico, grande “y” mediano.

20.	¿Espéculos vaginales de Graves?	495100050030	Espéculo Graves chico	Sí... ☒ 1	No ... 2	No operativo.....0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Sí... ☒ 1	No ... 2	No operativo.....0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Sí... ☒ 1	No ... 2	No operativo.....0

iv. Al menos uno de los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tiene circulado la respuesta 1 “Si”, porque la tenencia de al menos de uno de ellos es necesario para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.

Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con “1 Tensiómetro” se debe verificar que cuenten con al menos uno de los que se presentan: con estetoscopio incorporado, de mercurio “o” anerode para adulto.

24.	¿1 Tensiómetro?	602287620014	Tensiómetro con estetoscopio	Sí.....1	No.. ☒ 2	No operativo.....0
		602287620020	Tensiómetro de mercurio	Sí.. ☒ 1	No....2	No operativo.....0
		602287620032	Tensiómetro anerode para	Sí.....1	No.. ☒ 2	No operativo.....0

2. La descripción de las condiciones a considerar para las respuestas: Si, No y No operativo de los ítems con más de un código SIGA, se presentan en el Anexo 1.

d. Validación de las Preguntas de Recursos Humanos

Para asignar una respuesta 1 “Si” ó 2 “No”, de la preguntas de la 1 a la 4 de la Sección A “Recursos Humanos” del Capítulo VI. “Capacidad Resolutiva para Funciones Obstetricias y Neonatales” del cuestionario ENESA.02 “Guía de Verificación”, que es un componente en la evaluación de la capacidad resolutiva del Establecimiento de Salud FONE, se utilizó el cuestionario ENESA.02B “Recursos Humanos”.

Las preguntas a las que se les debe asignar una respuesta (código 1 “Si” ó 2 “No”) de la Sección A “Recursos Humanos” del Capítulo VI. del cuestionario ENESA.02 “Guía de Verificación”, son las siguientes:

1.	El Establecimiento de Salud tiene el personal siguiente:		
1.	¿Médicos Anestesiólogos para el servicio obstétrico y neonatal disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2
3.	¿Enfermeros(as) para atenciones en recuperación de adultos disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2
4.	¿Enfermeros(as) para atenciones neonatales disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2
5.	¿Médicos Gineco obstetras para atenciones en Gineco-Obstetricia disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2
6.	¿Médicos Pediatras para atenciones en neonatología disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2
7.	¿Médicos Cirujanos Generales disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2
8.	¿Médicos Internistas disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2
9.	¿Obstetras para atención de gestantes o púerperas disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2
12.	¿Personal de Laboratorio disponibles las 24 horas?	<i>Si</i> 1	<i>No</i> 2

Se asignará el código 1 “Si”, para estas preguntas de la Sección “A”, si para cada tipo de profesional asistencial, en el cuestionario ENESA.02B “Recursos Humanos”, se verificó que para cada día de la semana de referencia, se hayan cubierto los turnos de mañana, tarde y noche con una o más personas en los servicios materno y neonatal.

Paso 2: Determinación de la Capacidad Resolutiva

Para determinar la capacidad resolutiva hay que tener en cuenta las 13 funciones obstétricas y neonatales esenciales que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud categorizados como FONE.

En tal sentido y habiendo definido con una sola respuesta los ítems de las 16 secciones (De la “A” a la “P”), que son utilizados para la determinación de la capacidad resolutiva, es necesario que estos ítems sean agrupados o incluidos en cada uno de los tipos de funciones obstétricas y neonatales esenciales, según lo que establece la norma FON.

Cabe señalar que una misma pregunta, puede ser incluida en más de un tipo de función obstétrica y neonatal, como resultado de este agrupamiento se obtiene el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1
N° de Ítems agrupados o asignados por Tipo de FON I para evaluar
la Capacidad Resolutiva en Establecimientos de Salud designados como FONE

N°	Funciones Obstétricas y Neonatales	Total
TOTAL		2342
1.	Consulta prenatal esencial	109
2.	Atención de parto distócico o complicado y recién nacido con	354
3.	Extracción manual de placenta, complicada	101
4.	Atención del aborto incompleto	88
5.	Atención de HIE moderada-severa y eclampsia	210
6.	Atención de la hemorragia severa y shock hipovolémico	217
7.	Atención de sepsis	215
8.	Atención del desgarro vaginal III y IV	98
9.	Cesárea	229
10.	Laparotomía	158
11.	Histerectomía abdominal	157
12.	Patología quirúrgica neonatal no complicada	246
13.	Anticoncepción post parto (oral, inyectable, DIU, AQV y consejería)	160

Paso 3: Funciones Obstétricas y Neonatales con sus respectivos puntajes.

El siguiente paso fue obtener para cada tipo de función, el resultado obtenido para cada uno de los ítems del Capítulo VI, que la conforman. Para ello se siguió el mismo procedimiento:

- d. Para cada tipo de función se clasificaron tres tipos de resultados “Tiene”, “No Tiene” y “No Operativo”.
- e. Se obtuvo el valor del resultado “Tiene”, sumando todas las ítems con respuesta 1 “Si”. Para el resultado “No tiene” se sumó todas los ítems con respuesta 2 “No” y para “No Operativo” se sumó todas las ítems con respuesta 3 “No operativo”
- f. Para obtener el porcentaje de los resultados “Tiene”, “No tiene” y “No Operativo”, se dividió cada uno de los valores absolutos obtenidos para cada uno de ellos entre el total de ítems que conforman dicha función.

Paso 4: Obtención de la Capacidad Resolutiva

Para obtener la capacidad resolutiva del Establecimiento de Salud FONE, se debe obtener el promedio de los porcentajes obtenidos para el resultado “Tiene”, de cada función, es decir, se sumó del valor de los resultados “Tiene” de las funciones entre el total de funciones Obstétricas y Neonatales (13).

$$\text{Promedio} = \frac{\sum \text{Porcentaje "Tiene"} i}{13} \quad i=1 \text{ a } 13$$

Ejemplo:

N°	Función Obstétrica y Neonatal	Total		Tiene		No Tiene		No Operativo	
		Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
	TOTAL	2342	100	1670	71.3	578	24.7	94	4.0
1.	CONSULTA PRENATAL ESENCIAL	109	100	84	77.1	22	20.2	3	2.8
2.	ATENCION DE PARTO DISTOCICO O COMPLICADO Y RN CON COMPLICACIONES	354	100	257	72.6	91	25.7	6	1.7
3.	EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA, COMPLICADA	101	100	78	77.2	18	17.8	5	5.0
4.	ATENCION ABORTO INCOMPLETO	88	100	41	46.6	42	47.7	5	5.7
5.	ATENCION DE HIE MODERADA-SEVERA Y ECLAMPSIA	210	100	157	74.8	50	23.8	3	1.4
6.	ATENCION DE LA HEMORRAGIA SEVERA Y SHOCK HIPOVOLEMICO	217	100	166	76.5	48	22.1	3	1.4
7.	ATENCION DE SEPSIS	215	100	156	72.6	52	24.2	7	3.3
8.	ATENCION DEL DESGARRO VAGINAL III, IV	98	100	76	77.6	17	17.3	5	5.1
9.	CESAREA	229	100	160	69.9	53	23.1	16	7.0
10.	LAPAROTOMIA	158	100	105	66.5	39	24.7	14	8.9
11.	HISTERECTOMIA ABDOMINAL	157	100	104	66.2	39	24.8	14	8.9
12.	PATOLOGIA QUIRURGICA NEONATAL NO COMPLICADA	246	100	166	67.5	72	29.3	8	3.3
13.	ANTICONCEPCION POST PARTO (ORAL, INYECT, DIU, AQV Y CONSEJERIA)	160	100	120	75.0	35	21.9	5	3.1
Sumatoria del promedio del resultado "Tiene"		920.1							
Capacidad Resolutiva:		920.1 /13 =		70.8					

Paso 5: Número de Establecimientos de Salud que califican como FONE I

Para determinar el número de establecimientos que califican como FONE, se compara el valor hallado en el Paso 4, es decir el promedio de la proporción del resultado "Tiene" con el valor del umbral del 90%, y de esta manera obtenemos el resultado siguiente:

- c. Si el promedio $\geq 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud Califica como FONE
- d. Si el promedio $< 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud No califica como FONE

Paso 6: Proporción de Establecimientos de Salud calificados como FONE I.

Numerador: Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud, para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales que han alcanzado el 90% o más en su capacidad resolutiva.

Denominador: Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales (ENESA)

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SINTAXIS

Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales – FONE II

RESULTADO INMEDIATO

Regulación de la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
(con recursos asignados en el presupuesto 2010)

- Ministerio de Salud (MINSA)
- Gobiernos Regionales

DEFINICIÓN

Es la proporción de Establecimientos de Salud designado por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II y que al ser evaluados obtienen más del 90% de capacidad resolutive.

VALOR DEL INDICADOR

JUSTIFICACIÓN

El Programa Presupuestal Materno Neonatal requiere investigar la existencia y operatividad de recursos disponibles para la atención de la emergencia obstétrica y neonatal.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

PRECISIONES TÉCNICAS

Se considera como parámetro de capacidad resolutive el que relaciona las variables “recursos” y “funciones” (estructura).

La variable “recursos” está referida a lo que son equipos, instrumental, material fungible, ropa, soluciones, medicamentos e insumos, sets específicos de atención, exámenes auxiliares de diagnóstico, equipos para transporte y comunicaciones y equipos de esterilización. Se identifica el estado de funcionamiento y la ubicación de los mismos en las diferentes áreas del establecimiento.

La variable “funciones” comprende las siguientes funciones obstétricas y neonatales que no puede dejar de realizar el establecimiento de salud FONE, siendo las siguientes:

1. Consulta prenatal esencial
2. Atención de parto distócico o complicado y recién nacido con complicaciones
3. Extracción manual de placenta complicada
4. Atención aborto incompleto
5. Atención de la hemorragia moderada-severa y eclampsia
6. Atención de la hemorragia severa y shock hipovolémico
7. Atención de sepsis
8. Atención del desgarro vaginal III, IV
9. Cesárea
10. Laparotomía
11. Histerectomía abdominal
12. Patología quirúrgica neonatal no complicada
13. Anticoncepción post parto (Oral, Inyectable, DIU, AQV y Consejería)

En relación al recurso humano del establecimiento, se verifica que el personal de acuerdo a su profesión asistencial, esté disponible durante las 24 horas (esto implica que pueda estar de retén pero bajo un rol de turno establecido por el establecimiento de salud) .

Se elaboró un algoritmo para el cálculo del nivel de capacidad resolutive, con esta información se determinó la calificación del establecimiento como FONE (umbral del 90% o más).

MÉTODO DE CÁLCULO

Para la obtención de este indicador es imprescindible calcular la capacidad resolutive del Establecimiento de Salud FONE.

Para obtener esta capacidad resolutive, se trabajó con las preguntas/ítems de las secciones que comprenden el Capítulo VI. “Capacidad Resolutive para Funciones Obstetricas y Neonatales” del cuestionario ENESA.02 “Guía de Verificación”, siendo estas las siguientes:

- Sección “A”: Recursos Humanos
- Sección “B”: Consultorio Prenatal/Obstétrico/De la Mujer
- Sección “C”: Ecografía y Radiología
- Sección “D”: Farmacia General o Central
- Sección “E”: Sangre seguro y derivados
- Sección “F”: Centro Obstétrico
- Sección “G”: Área de Atención Inmediata del Recién nacido
- Sección “H”: Emergencia Obstétrica
- Sección “I”: Hospitalización Obstétrica
- Sección “J”: Hospitalización Neonatal
- Sección “K”: Sala de Legrado Uterino
- Sección “L”: Centro Quirúrgico
- Sección “M”: Exámenes Auxiliares disponibles

- Sección “N”: Transporte y Comunicaciones disponibles
- Sección “O”: Equipos para Hemoterapias disponibles
- Sección “P”: Esterilización central

Los ítems utilizados de estas secciones corresponden a aquellos que investigan todo lo relacionado con equipos, instrumentales, materiales fungibles, medicamentos e insumos, soluciones, set para partos, legrados, puerperal, laparotomía, cesárea, revisión de cuello uterino o vagina, episiotomía, transporte, comunicaciones disponibles y servicio de esterilización, etc.

Para obtener la proporción de establecimientos de salud calificados como FONE se ejecutaron los pasos siguientes:

Paso 1: Tratamiento de los Ítems con más de un código SIGA y validación de las preguntas de Recursos Humanos

e. Tratamiento de los Ítems con más de un código SIGA

1. Para los ítems con más de un código SIGA se debe considerar sola una respuesta. Para ello, se debe cumplir las condiciones siguientes:

- Para el ítem investigado (equipo, insumo, material, medicamento, etc.) se consideró como respuesta el código 1 “Si”, siempre que:

v. Todos los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tengan circulados la respuesta 1 “Si”, porque la tenencia de todos ellos son necesarios para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.

Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con “Espéculos vaginales de Graves” se debe verificar que cuente con espéculos chico, grande “y” mediano.

20.	¿Espéculos vaginales de Graves?	495100050030	Espéculo Graves chico	Sí... <u>1</u>	No ... 2	No operativo 0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Sí... <u>1</u>	No ... 2	No operativo 0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Sí... <u>1</u>	No ... 2	No operativo 0

vi. Al menos uno de los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tiene circulado la respuesta 1 “Si”, porque la tenencia de al menos de uno de ellos es necesario para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.

Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con “1 Tensiómetro” se debe verificar que cuenten con al menos uno de los que se presentan: con estetoscopio incorporado, de mercurio “o” anerode para adulto.

24.	¿1 Tensiómetro?	602287620014	Tensiómetro con estetoscopio	Sí 1	No... <u>2</u>	No operativo 0
		602287620020	Tensiómetro de mercurio	Sí... <u>1</u>	No... 2	No operativo 0
		602287620032	Tensiómetro anerode para	Sí 1	No... <u>2</u>	No operativo 0

2. La descripción de las condiciones a considerar para las respuestas: Si, No y No operativo de los ítems con más de un código SIGA, se presentan en el Anexo 1.

f. Validación de las Preguntas de Recursos Humanos

Para asignar una respuesta 1 “Si” ó 2 “No”, de la preguntas de la 1 a la 4 de la Sección A “Recursos Humanos” del Capítulo VI. “Capacidad Resolutiva para Funciones Obstetricias y Neonatales” del cuestionario ENESA.02 “Guía de Verificación”, que es un componente en la evaluación de la capacidad resolutiva del Establecimiento de Salud FONE, se utilizó el cuestionario ENESA.02B “Recursos Humanos”.

Las preguntas a las que se les debe asignar una respuesta (código 1 “Si” ó 2 “No”) de la Sección A “Recursos Humanos” del Capítulo VI. del cuestionario ENESA.02 “Guía de Verificación”, son las siguientes:

1.	El Establecimiento de Salud tiene el personal siguiente:		
1.	¿Médicos Anestesiólogos para el servicio obstétrico y neonatal disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2
3.	¿Enfermeros(as) para atenciones en recuperación de adultos disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2
4.	¿Enfermeros(as) para atenciones neonatales disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2
5.	¿Médicos Gineco obstetras para atenciones en Gineco-Obstetricia disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2
6.	¿Médicos Pediatras para atenciones en neonatología disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2
7.	¿Médicos Cirujanos Generales disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2
8.	¿Médicos Internistas disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2
9.	¿Obstetras para atención de gestantes o púerperas disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2
12.	¿Personal de Laboratorio disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No..... 2

Se asignará el código 1 “Si”, para estas preguntas de la Sección “A”, si para cada tipo de profesional asistencial, en el cuestionario ENESA.02B “Recursos Humanos”, se verificó que para cada día de la semana de referencia, se hayan cubierto los turnos de mañana, tarde y noche con una o más personas en los servicios materno y neonatal.

Paso 2: Determinación de la Capacidad Resolutiva

Para determinar la capacidad resolutiva hay que tener en cuenta las 13 funciones obstétricas y neonatales esenciales que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud categorizados como FONE.

En tal sentido y habiendo definido con una sola respuesta los ítems de las 16 secciones (De la “A” a la “P”), que son utilizados para la determinación de la capacidad resolutiva, es necesario que estos ítems sean agrupados o incluidos en cada uno de los tipos de funciones obstétricas y neonatales esenciales, según lo que establece la norma FON.

Cabe señalar que una misma pregunta, puede ser incluida en más de un tipo de función obstétrica y neonatal, como resultado de este agrupamiento se obtiene el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1
N° de Ítems agrupados o asignados por Tipo de FON I para evaluar
la Capacidad Resolutiva en Establecimientos de Salud designados como FONE

N°	Funciones Obstétricas y Neonatales	Total
TOTAL		2342
1.	Consulta prenatal esencial	109
2.	Atención de parto distócico o complicado y recién nacido con	354
3.	Extracción manual de placenta, complicada	101
4.	Atención del aborto incompleto	88
5.	Atención de HIE moderada-severa y eclampsia	210
6.	Atención de la hemorragia severa y shock hipovolémico	217
7.	Atención de sepsis	215
8.	Atención del desgarro vaginal III y IV	98
9.	Cesárea	229
10.	Laparotomía	158
11.	Histerectomía abdominal	157
12.	Patología quirúrgica neonatal no complicada	246
13.	Anticoncepción post parto (oral, inyectable, DIU, AQV y consejería)	160

Paso 3: Funciones Obstétricas y Neonatales con sus respectivos puntajes.

El siguiente paso fue obtener para cada tipo de función, el resultado obtenido para cada uno de los ítems del Capítulo VI, que la conforman. Para ello se siguió el mismo procedimiento:

- g. Para cada tipo de función se clasificaron tres tipos de resultados “Tiene”, “No Tiene” y “No Operativo”.
- h. Se obtuvo el valor del resultado “Tiene”, sumando todas las ítems con respuesta 1 “Si”. Para el resultado “No tiene” se sumó todas los ítems con respuesta 2 “No” y para “No Operativo” se sumó todas las ítems con respuesta 3 “No operativo”
- i. Para obtener el porcentaje de los resultados “Tiene”, “No tiene” y “No Operativo”, se dividió cada uno de los valores absolutos obtenidos para cada uno de ellos entre el total de ítems que conforman dicha función.

Paso 4: Obtención de la Capacidad Resolutiva

Para obtener la capacidad resolutiva del Establecimiento de Salud FONE, se debe obtener el promedio de los porcentajes obtenidos para el resultado “Tiene”, de cada función, es decir, se sumó del valor de los resultados “Tiene” de las funciones entre el total de funciones Obstétricas y Neonatales (13).

$$\text{Promedio} = \frac{\sum \text{Porcentaje "Tiene"} i}{13} \quad i=1 \text{ a } 13$$

Ejemplo:

N°	Función Obstétrica y Neonatal	Total		Tiene		No Tiene		No Operativo	
		Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
TOTAL		2342	100	1670	71.3	578	24.7	94	4.0
1.	CONSULTA PRENATAL ESENCIAL	109	100	84	77.1	22	20.2	3	2.8
2.	ATENCION DE PARTO DISTOCICO O COMPLICADO Y RN CON COMPLICACIONES	354	100	257	72.6	91	25.7	6	1.7
3.	EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA, COMPLICADA	101	100	78	77.2	18	17.8	5	5.0
4.	ATENCION ABORTO INCOMPLETO	88	100	41	46.6	42	47.7	5	5.7
5.	ATENCION DE HIE MODERADA-SEVERA Y ECLAMPSIA	210	100	157	74.8	50	23.8	3	1.4
6.	ATENCION DE LA HEMORRAGIA SEVERA Y SHOCK HIPOVOLEMICO	217	100	166	76.5	48	22.1	3	1.4
7.	ATENCION DE SEPSIS	215	100	156	72.6	52	24.2	7	3.3
8.	ATENCION DEL DESGARRO VAGINAL III, IV	98	100	76	77.6	17	17.3	5	5.1
9.	CESAREA	229	100	160	69.9	53	23.1	16	7.0
10.	LAPAROTOMIA	158	100	105	66.5	39	24.7	14	8.9
11.	HISTERECTOMIA ABDOMINAL	157	100	104	66.2	39	24.8	14	8.9
12.	PATOLOGIA QUIRURGICA NEONATAL NO COMPLICADA	246	100	166	67.5	72	29.3	8	3.3
13.	ANTICONCEPCION POST PARTO (ORAL, INYECT, DIU, AQV Y CONSEJERIA)	160	100	120	75.0	35	21.9	5	3.1
Sumatoria del promedio del resultado "Tiene"				920.1					
Capacidad Resolutiva:		920.1 /13 =				70.8			

Paso 5: Número de Establecimientos de Salud que califican como FONE II

Para determinar el número de establecimientos que califican como FONE, se compara el valor hallado en el Paso 4, es decir el promedio de la proporción del resultado "Tiene" con el valor del umbral del 90%, y de esta manera obtenemos el resultado siguiente:

- e. Si el promedio $\geq 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud Califica como FONE II
- f. Si el promedio $< 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud No califica como FONE II

Paso 6: Proporción de Establecimientos de Salud calificados como FONE II.

Numerador: Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud, para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales que han alcanzado el 90% o más en su capacidad resolutiva.

Denominador: Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales (ENESA)

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SINTAXIS

Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas - FONI

RESULTADO INMEDIATO

Regulación de la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
(con recursos asignados en el presupuesto 2010)

- Ministerio de Salud (MINSA)
- Gobiernos Regionales

DEFINICIÓN

Es la proporción de Establecimientos de Salud designado por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas y que al ser evaluados obtienen más del 90% de capacidad resolutive.

VALOR DEL INDICADOR

JUSTIFICACIÓN

El Programa Presupuestal Materno Neonatal requiere investigar la existencia y operatividad de recursos disponibles para la atención de la emergencia obstétrica y neonatal.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

PRECISIONES TÉCNICAS

Se considera como parámetro de capacidad resolutive el que relaciona las variables “recursos” y “funciones” (estructura).

La variable “recursos” está referida a lo que son equipos, instrumental, material fungible, ropa, soluciones, medicamentos e insumos, sets específicos de atención, exámenes auxiliares de diagnóstico, equipos para transporte y comunicaciones y equipos de esterilización. Se identifica el estado de funcionamiento y la ubicación de los mismos en las diferentes áreas del establecimiento.

La variable “funciones” comprende las siguientes funciones obstétricas y neonatales que no puede dejar de realizar el establecimiento de salud FONI, siendo las siguientes:

1. Consulta prenatal intensiva (CPI)
2. Atención de parto de gestantes con CPI y recién nacido complicado que requiere UCI
3. Atención aborto incompleto complicado
4. Atención en UCI de HIE con síndrome de HELLP
5. Atención en UCI de la hemorragia severa y shock hipovolémico
6. Atención en UCI de sepsis
7. Cesárea de gestantes con CPI
8. Laparotomía complicada
9. Histerectomía abdominal complicada
10. Patología quirúrgica neonatal complicada que requiere UCI
11. Anticoncepción post parto (Oral, Inyectable, DIU, AQV y Consejería) según condición de la paciente

En relación al recurso humano del establecimiento, se verifica que el personal de acuerdo a su profesión asistencial, esté disponible durante las 24 horas (esto implica que pueda estar de retén pero bajo un rol de turno establecido por el establecimiento de salud) .

Se elaboró un algoritmo para el cálculo del nivel de capacidad resolutive, con esta información se determinó la calificación del establecimiento como FONI (umbral del 90% o más).

MÉTODO DE CÁLCULO

Para la obtención de este indicador es imprescindible calcular la capacidad resolutive del Establecimiento de Salud FONI.

Para obtener esta capacidad resolutive, se trabajó con las preguntas/ítems de las secciones que comprenden el Capítulo VI. “Capacidad Resolutive para Funciones Obstetricas y Neonatales” del cuestionario ENESA.03 “Guía de Verificación”, siendo estas las siguientes:

- Sección “A”: Recursos Humanos
- Sección “B”: Consultorio Prenatal/Obstétrico/De la Mujer
- Sección “C”: Ecografía y Radiología
- Sección “D”: Farmacia General o Central
- Sección “E”: Sangre seguro y derivados
- Sección “F”: Centro Obstétrico
- Sección “G”: Área de Atención Inmediata del Recién nacido
- Sección “H”: Emergencia Obstétrica
- Sección “I”: Hospitalización Obstétrica
- Sección “J”: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
- Sección “K”: Sala de Legrado Uterino
- Sección “L”: Centro Quirúrgico
- Sección “M”: Exámenes Auxiliares disponibles
- Sección “N”: Transporte y Comunicaciones disponibles

- Sección “O”: Equipos para Hemoterapias disponibles
- Sección “P”: Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos
- Sección “Q”: Esterilización central

Los ítems utilizados de estas secciones corresponden a aquellos que investigan todo lo relacionado con equipos, instrumentales, materiales fungibles, medicamentos e insumos, soluciones, set para partos, legrados, puerperal, laparotomía, cesárea, revisión de cuello uterino o vagina, episiotomía, transporte, comunicaciones disponibles y servicio de esterilización, etc.

Para obtener la proporción de establecimientos de salud calificados como FONI se ejecutaron los pasos siguientes:

Paso 1: Tratamiento de los ítems con más de un código SIGA y validación de las preguntas de Recursos Humanos

g. Tratamiento de los ítems con más de un código SIGA

1. Para los ítems con más de un código SIGA se debe considerar sola una respuesta. Para ello, se debe cumplir las condiciones siguientes:

- Para el ítem investigado (equipo, insumo, material, medicamento, etc.) se consideró como respuesta el código 1 “Si”, siempre que:

vii. Todos los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tengan circulados la respuesta 1 “Si”, porque la tenencia de todos ellos son necesarios para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.

Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con “Espéculos vaginales de Graves” se debe verificar que cuente con espéculos chico, grande “y” mediano.

20.	¿Espéculos vaginales de Graves?	495100050030	Espéculo Graves chico	Sí... ☒ 1	No ... 2	No operativo..... 0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Sí... ☒ 1	No ... 2	No operativo..... 0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Sí... ☒ 1	No ... 2	No operativo..... 0

viii. Al menos uno de los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tiene circulado la respuesta 1 “Si”, porque la tenencia de al menos de uno de ellos es necesario para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.

Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con “1 Tensiómetro” se debe verificar que cuenten con al menos uno de los que se presentan: con estetoscopio incorporado, de mercurio “o” aneroide para adulto.

24.	¿1 Tensiómetro?	602287620014	Tensiómetro con estetoscopio	Sí..... 1	No... ☒ 2	No operativo.....0
		602287620020	Tensiómetro de mercurio	Sí... ☒ 1	No....2	No operativo.....0
		602287620032	Tensiómetro aneroide para	Sí..... 1	No... ☒ 2	No operativo.....0

2. La descripción de las condiciones a considerar para las respuestas: Si, No y No operativo de los ítems con más de un código SIGA, se presentan en el Anexo 1.

h. Validación de las Preguntas de Recursos Humanos

Para asignar una respuesta 1 “Si” ó 2 “No”, de la preguntas de la 1 a la 4 de la Sección A “Recursos Humanos” del Capítulo VI. “Capacidad Resolutiva para Funciones Obstetricias y Neonatales” del cuestionario ENESA.03 “Guía de Verificación”, que es un componente en la evaluación de la capacidad resolutiva del Establecimiento de Salud FONI, se utilizó el cuestionario ENESA.03B “Recursos Humanos”.

Las preguntas a las que se les debe asignar una respuesta (código 1 “Si” ó 2 “No”) de la Sección A “Recursos Humanos” del Capítulo VI. del cuestionario ENESA.03 “Guía de Verificación”, son las siguientes:

1. El Establecimiento de Salud tiene el personal siguiente:		
1. ¿Médicos Anestesiólogos para el servicio obstétrico y neonatal disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2
3. ¿Enfermeros(as) para atenciones en UCI neonatal y recuperación pediátrica disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2
4. ¿Enfermeros(as) para atenciones en UCI y recuperación de adultos disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2
5. ¿Médicos Gineco obstetras para atenciones en cuidados intensivos disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2
6. ¿Médicos Intensivistas para atenciones obstétricas disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2
7. ¿Médicos Cirujanos Generales disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2
8. ¿Obstetras para atención de gestantes o púérperas disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2
9. ¿Médicos Pediatras para atenciones en neonatología disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2
11. ¿Personal de Laboratorio disponibles las 24 horas?	Si..... 1	No 2

Se asignará el código 1 “Si”, para estas preguntas de la Sección “A”, si para cada tipo de profesional asistencial, en el cuestionario ENESA.03B “Recursos Humanos”, se verificó que para cada día de la semana de referencia, se hayan cubierto los turnos de mañana, tarde y noche con una o más personas en los servicios materno y neonatal.

Paso 2: Determinación de la Capacidad Resolutiva

Para determinar la capacidad resolutiva hay que tener en cuenta las 11 funciones obstétricas y neonatales intensivas que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud categorizados como FONI.

En tal sentido y habiendo definido con una sola respuesta los ítems de las 17 secciones (De la “A” a la “Q”), que son utilizados para la determinación de la capacidad resolutiva, es necesario que estos ítems sean agrupados o incluidos en cada uno de los tipos de funciones obstétricas y neonatales intensivas, según lo que establece la norma FON.

Cabe señalar que una misma pregunta, puede ser incluida en más de un tipo de función obstétrica y neonatal, como resultado de este agrupamiento se obtiene el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1
N° de Ítems agrupados o asignados por Tipo de FON para evaluar
la Capacidad Resolutiva en Establecimientos de Salud designados como FONI

<u>N°</u>	<u>Funciones Obstétricas y Neonatales</u>	<u>Total</u>
TOTAL		1933
1.	Consulta prenatal intensiva (CPI)	106
2.	Atención de parto de gestantes con CPI y recién nacido complicado que requiere UCI	369
3.	Atención del aborto incompleto complicado	98
4.	Atención en UCI de HIE con síndrome de HELLP	123
5.	Atención en UCI de la hemorragia severa y shock <u>hipovolémico</u>	115
6.	Atención en UCI de <u>sepsis</u>	167
7.	Cesárea de gestantes con CPI	221
8.	Laparotomía complicada	213
9.	Histerectomía abdominal complicada	210
10.	<u>Patología quirúrgica neonatal complicada que requiere UCI</u>	162
11.	Anticoncepción post parto (oral, inyectable, DIU, AQV y consejería) según condición de la paciente	149

Paso 3: Funciones Obstétricas y Neonatales con sus respectivos puntajes.

El siguiente paso fue obtener para cada tipo de función, el resultado obtenido para cada uno de los ítems del Capítulo VI, que la conforman. Para ello se siguió el mismo procedimiento:

- j. Para cada tipo de función se clasificaron tres tipos de resultados “Tiene”, “No Tiene” y “No Operativo”.
- k. Se obtuvo el valor del resultado “Tiene”, sumando todas las ítems con respuesta 1 “Si”. Para el resultado “No tiene” se sumó todas los ítems con respuesta 2 “No” y para “No Operativo” se sumó todas las ítems con respuesta 3 “No operativo”
- l. Para obtener el porcentaje de los resultados “Tiene”, “No tiene” y “No Operativo”, se dividió cada uno de los valores absolutos obtenidos para cada uno de ellos entre el total de ítems que conforman dicha función.

Paso 4: Obtención de la Capacidad Resolutiva

Para obtener la capacidad resolutiva del Establecimiento de Salud FONE, se debe obtener el promedio de los porcentajes obtenidos para el resultado “Tiene”, de cada función, es decir, se sumó del valor de los resultados “Tiene” de las funciones entre el total de funciones Obstétricas y Neonatales (13).

$$\text{Promedio} = \frac{\sum \text{Porcentaje "Tiene"} i}{11} \quad i=1 \text{ a } 11$$

Ejemplo:

N°	Función Obstétrica y Neonatal	Total		Tiene		No Tiene		No Operativo	
		Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
TOTAL		1933	100	1456	75.3	409	21.2	68	3.5
1.	CONSULTA PRENATAL INTENSIVA (CPI)	106	100	89	84.0	15	14.2	2	1.9
2.	ATENCION DE PARTO DE GESTANTES CON CPI Y RN COMPLICADO QUE REQUIERE UCI	369	100	262	71.0	100	27.1	7	1.9
3.	ATENCION ABORTO INCOMPLETO COMPLICADO	98	100	50	51.0	44	44.9	4	4.1
4.	ATENCION UCI DE HIE CON SINDROME DE HELLP	123	100	88	71.5	32	26.0	3	2.4
5.	ATENCION UCI DE LA HEMORRAGIA SEVERA Y SHOCK HIPOVOLEMICO	115	100	83	72.2	29	25.2	3	2.6
6.	ATENCION UCI DE SEPSIS	167	100	123	73.7	38	22.8	6	3.6
7.	CESAREA DE GESTANTES CON CPI	221	100	176	79.6	37	16.7	8	3.6
8.	LAPAROTOMIA COMPLICADA	213	100	173	81.2	29	13.6	11	5.2
9.	HISTERECTOMIA ABDOMINAL COMPLICADA	210	100	171	81.4	27	12.9	12	5.7
10.	PATOLOGIA QUIRURGICA NEONATAL COMPLICADA QUE REQUIERE UCI	162	100	116	71.6	41	25.3	5	3.1
11.	ANTICONCEPCION POST PARTO (ORAL, INYECT, DIU, AQV Y CONSEJERIA) SEGUN CONDICION DE LA PACIENTE	149	100	125	83.9	17	11.4	7	4.7
Sumatoria del promedio del resultado "Tiene"				821.1					
Capacidad Resolutiva:		821.1 / 11 =		74.6					

Paso 5: Número de Establecimientos de Salud que califican como FONI

Para determinar el número de establecimientos que califican como FONI, se compara el valor hallado en el Paso 4, es decir el promedio de la proporción del resultado "Tiene" con el valor del umbral del 90%, y de esta manera obtenemos el resultado siguiente:

- g. Si el promedio $\geq 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud Califica como FONI
- h. Si el promedio $< 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud No califica como FONI

Paso 6: Proporción de Establecimientos de Salud calificados como FONI.

Numerador: Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud, para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas que han alcanzado el 90% o más en su capacidad resolutiva.

Denominador: Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales (ENESA)

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SINTAXIS

Tabla N° 10

Denominación del producto	ACCIONES COMUNES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Equipos Técnicos de Gestión y tomadores de decisión en el Programa Salud Materno Neonatal.					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESTRATEGIA SANITARIA SSR					
Responsable de la entrega del producto	MINSA/IGSS /DIRESA/GERESA/DISA/UNIDADES EJECUTORAS/REDES/MICROREDES/EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de informes de la gestión del Programa.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Monitoreo Supervisión Evaluación y Control del Programa de Salud Materno Neonatal: Es el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores del Programa Presupuestal, usando información de insumos, procesos y resultados, obtenidos a través de la recolección sistemática y oportuna de datos, su procesamiento, control de calidad, análisis, retroalimentación, difusión y seguimiento de cumplimiento de actividades. Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal. Comprende: Monitoreo: Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local. Supervisión: Es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión. Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. Lo realiza el personal de salud capacitado y/o especializado (Incluye epidemiología y/o estadística) de los establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Salud Materno Neonatal: <u>Elaboración de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural</u> Consiste en el proceso a seguir para la formulación culturalmente adecuada* de documentos normativos dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar la situación de salud en los servicios de salud, cuya duración en promedio no excede del ejercicio presupuestal, ésta es desarrollada por profesionales capacitados en los niveles nacional y regional que tienen por función la elaboración, validación, aprobación, difusión, implementación, y evaluación de los documentos técnico normativos, en el marco del Programa Presupuestal.					

Denominación del producto	ACCIONES COMUNES
	Contempla las 04 dimensiones de la atención de la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando además el proceso de investigación y confirmación diagnóstica de las enfermedades. <u>Implementación de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural:</u> Consiste en el proceso de difusión y presentación de documentos normativos aprobados, con el objeto de poner a disposición el Documento Normativo aprobado a todas las unidades orgánicas, dependencias, entidades, instituciones, y sociedad civil priorizando aquellas que están directamente involucradas en su aplicación. La difusión se complementa mediante la publicación en medios impresos, magnéticos, cibernéticos y reuniones de información para su conocimiento y aplicación. *Entiéndase como adecuación cultural la inclusión de las prácticas, hábitos y costumbres relacionadas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud materna neonatal de los pueblos culturalmente diversos.
2. Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro, Puestos de Salud y AISPED: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria
3. Criterios de programación	A nivel Nacional. Dos informes uno semestral y uno anual. A nivel Regional Dos informes uno semestral y uno anual.
4. Método de agregación de actividades a producto	• Desarrollo de Normas y Guías Técnicas • Implementación de Documentos Técnicos • Monitoreo del Programa Salud Materno Neonatal • Evaluación del Programa Salud Materno Neonatal • Supervisión del Programa Salud Materno Neonatal
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en General					
Responsable del diseño del producto	MINSA/Dirección General de Comunicaciones					
Responsable de la entrega del producto	MINSA/IGSS /DIRESA/GERESA/DISA/UNIDADES EJECUTORAS/REDES					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	

Denominación del producto	POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Indicador de producción física de producto	N° de personas informadas en temas de Salud Sexual y Reproductiva
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas informadas en temas de Salud Sexual y Reproductiva
Modelo operacional del producto	
1.Definición operacional	Conjunto de intervenciones comunicacionales que buscan informar, sensibilizar y orientar a la población objetivo (adolescente mujer, gestante en todas sus etapas: prenatal, parto y puerperio, familia y responsables del cuidado del recién nacido.), medidas para promover hábitos y entornos saludables para preservar la salud materna neonatal, disminuir la morbilidad y mortalidad materno neonatal Lo realizan los profesionales responsables de las Oficinas de Comunicaciones de la IGSS, DIRESAS/GERESAS y DISAs. Incluye: • Difusión en Medios masivos: Radio, TV, Prensa, Suplementos, pág. Web, Redes Sociales, entre otros. • Difusión en Medios alternativos: Vallas, Buses, Mototaxis, Paneletas Carreteras, Murales, Paneles, publicidad en cine y entre otros. • Actividades de movilización social: Ferias, Campañas, Marchas, Activaciones, Teatro popular, cine foro itinerante, entre otros. • Reuniones y Talleres de sensibilización y de Fortalecimiento de capacidades.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred y entrega el producto a los beneficiarios.
3.Criterios de programación	30% de la población nacional, regional o local que accede a medios de comunicación masivos
4.Método de agregación de actividades a producto	Población Informada en Salud sexual y reproductiva por Medios de Comunicación Masiva
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
Grupo poblacional que recibe el producto	Población entre las edades de 12 a 17 años, del sexo masculino y femenino.
Responsable del diseño del producto	MINSA (Etapa de Vida Adolescente en coordinación con SSR)
Responsable de la	DISA/DIRESA/GERESA/Redes/Microredes/Establecimientos de salud

Denominación del producto	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO					
entrega del producto						
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de adolescentes con plan de atención integral ejecutado					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de adolescentes con plan de atención integral ejecutado.					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Conjunto de intervenciones normadas por el Ministerio de Salud que contribuyen a la prevención de riesgos en adolescentes, en especial a la prevención del embarazo, y se brindan a través del Plan de Atención Integral de Salud. Atención integral para la prevención del embarazo adolescente: Comprende la provisión diferenciada, continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud de las y los adolescentes. El plan de Atención Integral de Adolescentes es elaborado y ejecutado en todos los establecimientos de salud, pero prioritariamente en aquellos con servicios diferenciados para adolescentes. (Ambientes exclusivos, horarios diferenciados, espacios en Instituciones Educativas, Centros de Desarrollo juvenil y servicios especializados). La Atención Integral de salud es realizada por el equipo multidisciplinario de salud (Médico, obstetra, psicólogo, enfermera, nutricionista, odontólogo y trabajador social) según normatividad vigente. El personal de salud que realiza la atención requiere de capacitación anual mínima de 20 horas académicas en temas relacionados con la Atención Integral en la Etapa de Vida Adolescente. La atención integral de salud para adolescentes comprende las siguientes prestaciones de salud: • Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC) y talla para la edad • Evaluación de riesgo cardiovascular con Perímetro Abdominal (PAB) • Evaluación de la agudeza visual y auditiva • Evaluación del desarrollo sexual según Tanner • Evaluación odontológica • Evaluación físico – postural. • Evaluación clínica orientada a búsqueda de patologías comunes de esta edad. • Tamizaje para la identificación de problemas relacionados con la Salud Mental • Aplicación del cuestionario de habilidades sociales. • Aplicación del esquema de vacunación DT. • Consejería integral (Salud sexual, Salud Mental y Salud física y nutricional) • Visita domiciliaria para captación y en caso de deserción. • Exámenes de laboratorio: Hemoglobina, glucosa, colesterol, orina, triglicéridos, descarte de embarazo (si el caso precisa), y frotis de Papanicolaou o IVAA-Inspección visual con ácido acético) en adolescentes que han iniciado actividad sexual. • Administración de sulfato ferroso preventivo de acuerdo a lo establecido en el documento Orientaciones para la Atención Integral de Adolescentes en el primer nivel de atención. La Atención Integral de salud para adolescentes se considera ejecutada cuando se culmina con la entrega de las prestaciones de salud previamente mencionadas. Las prestaciones consignadas en el Plan de Atención Integral de salud para adolescentes deben					

Denominación del producto	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
	realizarse en un mínimo de 3 atenciones al año de 45 minutos cada una y 02 Visitas de seguimiento para los adolescentes en situación de riesgo y/o desiertos.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Diseña el producto, establece el marco normativo, las definiciones operacionales y los criterios de programación del producto. Brinda asistencia técnica, y monitorea y evalúa a nivel nacional y regional. IGSS/GERESA/DIRESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica a las Redes/Microredes y demás unidades ejecutoras, y coordina, monitorea y evalúa la programación y calidad del gasto del producto. Redes y Microredes: Brinda asistencia técnica al personal de los EESS, garantiza la programación del producto para su implementación en todos los establecimientos de salud de su jurisdicción y monitorea la calidad de la entrega del producto. Otras Unidades Ejecutoras: Programan el producto, establecen sus metas físicas y financieras, y en algunos casos entregan el producto a la población beneficiaria. Establecimientos de salud: Entregan el producto a la población beneficiaria.
3.Criterios de programación	Como mínimo el 20 % de los adolescentes nuevos y reingresantes en los establecimientos de salud atendidos por todas las causas. Se tendrá como referencia la cifra de adolescentes nuevos y reingresantes al establecimiento de salud en el año previo.
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención Integral para la prevención del embarazo adolescente.
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033248)
Grupo poblacional que recibe el producto	Para Salud: Concejo Municipal y Comité Multisectorial. Para Municipios: Familias de municipios priorizando los quintiles de pobreza 1 y 2 y/o municipios con bolsones de pobreza.

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033248)					
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Para Salud: Personal de salud capacitado en promoción de la salud, de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de categoría I-2, I-3 o I-4 que tenga el mayor nivel de complejidad (guarda relación estrecha con la categoría) en el distrito y/o se encuentre más cercano a la Municipalidad. En el caso que exista más de un Establecimiento de Salud con estas características se debe utilizar las 2 condiciones (categorización y cercanía). Personal de salud capacitado en promoción de la salud, de los Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada. Para municipios: Personal capacitado en promoción de la salud, de Municipalidades de quintil de pobreza 1 y 2 y/o distritos con bolsones de pobreza.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Para Salud: - Comité Multisectorial capacitado Para Gobierno Local: - Número de municipios con casas maternas en funcionamiento - Número de municipios con Centros de Desarrollo Juvenil en funcionamiento.					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Es el Municipio provincial o distrital con un Concejo Municipal y Comité Multisectorial (con Ordenanza Municipal) informado, motivado y capacitado por el personal de salud, para implementar políticas públicas, programas y proyectos de inversión, en el marco de la gestión territorial y los determinantes sociales de la salud, orientado a promover prácticas y entornos saludables para la mejora de la salud sexual y reproductiva, enfatizando acciones hacia la maternidad y recién nacido sano, así como la prevención del embarazo en adolescentes, que implementa Casas Maternas y/o Centros de Desarrollo Juvenil. Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades: Para Salud: - MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Concejo municipal capacitado en gestión local para elaborar PIP y políticas públicas a favor de la salud materna neonatal: - Coordinación con el alcalde o gerente de desarrollo social para programar reuniones con el concejo municipal distrital o provincial para informar, motivar y despertar interés frente a la mortalidad materna, neonatal y prevención del embarazo en adolescentes, de 02 horas de duración (Una reunión de abogacía de 4hrs de duración). - Abogacía con el Concejo Municipal provincial y distrital, para exponer el diagnóstico de la situación local actualizada sobre el problema mortalidad materna y del recién					

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033248)
	nacido, así como el embarazo en adolescentes. (Una reunión de abogacía de 2hrs de duración). - Abogacía con representantes de instituciones públicas, privadas y organizaciones de la localidad, convocados por el municipio para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial. (Una reunión técnica de 4hrs de duración). Comité multisectorial capacitado en gestión local para promover practicas saludables en salud materna neonatal - Abogacía con el Comité Multisectorial, conducido por el jefe del establecimiento de salud, para presentar información actualizada sobre el problema de mortalidad materna, neonatal y prevención del embarazo en adolescentes del distrito o provincia, la importancia del funcionamiento de las casas maternas y centros de desarrollo juvenil; se identificarán las causas y efectos del problema y se propondrá intervenciones efectivas de salud pública, orientadas a promover prácticas y entornos saludables para contribuir en la mejora del cuidado durante el embarazo, parto y puerperio, y finalmente establecer acuerdos y compromisos. (Una Reunión de 03 horas de duración). - Fortalecimiento de competencias para la generación de entornos saludables en la implementación de la casa materna, centro de desarrollo juvenil, entre otros para reducir la mortalidad materna y del recién nacido, así como el embarazo en adolescentes. (Un Taller de 03 horas de duración). - Planificación participativa para planificar la implementación y/o funcionamiento de la Casa materna y los centros de desarrollo juvenil para contribuir mortalidad materna, neonatal y prevención del embarazo en adolescentes. (Un taller de 4hrs de duración). - Monitoreo del funcionamiento de la casa materna y los centros de desarrollo juvenil. (Dos reuniones, de 2hrs de duración). - Evaluación del funcionamiento del funcionamiento de la casa materna y los centros de desarrollo juvenil. (Una reunión, de 3hrs de duración). Para Gobierno Local: A. FUNCIONAMIENTO DE LA CASA MATERNA DE ESPERA (XXXXXX) Implementación de la Casa materna. - Programación de recursos para la implementación de la casa materna, con participación del Comité Multisectorial y Funcionarios municipales (Una reunión de 2 horas). - Organización para la gestión local de la casa materna, con participación del Comité multisectorial y otros actores (Una reunión de 2 horas). - Inauguración de la casa materna con participación del Comité multisectorial y población en general. (Una reunión de 2 horas). Funcionamiento de la Casa materna. - Elaboración del Plan de trabajo para el funcionamiento de la casa materna, donde programaran el desarrollo de actividades de educación y comunicación para la salud, dirigidas a las gestantes, sus parejas y familiares. (Una reunión de 4 horas de duración).

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033248)
	• Monitoreo con los integrantes del comité multisectorial para verificar los avances del funcionamiento de la casa materna. (Cuatro reuniones de 2 horas de duración). • Evaluación con los integrantes del comité multisectorial. (Una reunión de 2 horas de duración). Estas actividades son realizadas por el Gerente de Desarrollo Social en coordinación con el Comité Multisectorial para desarrollar estrategias para la sostenibilidad de la casa materna. B. IMPLEMENTACIÓN DE CENTRO DE DESARROLLO JUVENIL (CDJ) Implementación de Centros de Desarrollo Juvenil: • Socialización del Diagnóstico de Situación de Salud local de adolescentes, con participación de Red Local Multisectorial o Comité Multisectorial. (Una reunión de 1 hora de duración). • Elaboración del Plan de trabajo para la implementación del DCJ y el Plan de adquisiciones y recursos para la implementación del CDJ, para el equipamiento de los CDJ, según criterios técnicos. (Una reunión de 3 horas de duración) • Coordinación con el equipo de salud para entrega de los recursos e insumos, en función al plan de trabajo aprobado, básicamente para el soporte técnico para los talleres formativos y trabajo con Educadores Pares ,atención integral de adolescentes y jóvenes, según los criterios técnicos del MINSA (Una reunión de 02 horas). • Inauguración de Centro de Desarrollo Juvenil implementado, donde el alcalde con participación de los integrantes de la Red Local Multisectorial o Comité Multisectorial entrega a la autoridad comunal, en presencia de la población en general. (Una reunión de dos horas de duración). Funcionamiento del o los Centros de Desarrollo Juvenil: • Programación de actividades con la Red Local Multisectorial o Comité Multisectorial, como Talleres formativos, actividades artísticas, culturales, recreativas y deportivas, Participación ciudadana juvenil y Educación de pares a cargo de los representantes del CDJ así como la identificación de jóvenes voluntarios. (Una reunión de 3 horas de duración). • Análisis 02 reuniones de análisis y toma de decisiones con la Red Local Multisectorial o Comité Multisectorial, jóvenes voluntarios referentes, padres , adolescentes, agentes comunitarios de salud, personal de salud y el representante de la municipalidad, quién se informa acerca del cumplimiento de las actividades y motivando su asistencia (Una reunión de 2 horas). • Monitoreo y supervisión al Centro de Desarrollo Juvenil, acompañado del personal de salud y la Red Local Multisectorial o Comité Multisectorial (Cuatro visitas de 2 horas). • Evaluación con Red Local Multisectorial o Comité Multisectorial, representante del CDJ (adolescente), personal de salud. (Una reunión de 03 horas). • Programación de recursos para el 2017 en el Programa Presupuestal (PP) 0002 "Programa Materno Neonatal" (PMN) de la implementación y funcionamiento del o los CDJ en la jurisdicción de la municipalidad. (Reunión de 4 horas de duración).

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033248)
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), así como brinda la asistencia técnica, monitorea y supervisa el funcionamiento de la Casa Materna y el Centro de Desarrollo Juvenil. • GERESA/DIRESA/DISA/IGSS/: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, brinda capacitación para la implementación y funcionamiento Casa Materna y el Centro de Desarrollo Juvenil, uso de la información para el análisis y promover la orientación de recursos, y reporta al Ministerio de Salud. • RED DE SALUD/UNIDAD EJECUTORA: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de microrredes establecimientos de salud, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORED DE SALUD: Garantiza en coordinación con la Red de Salud o Unidad Ejecutora la asistencia técnica a los establecimientos de salud con Casa materna y/o Centro de Desarrollo juvenil • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado promueve el funcionamiento de la casa materna y centro de desarrollo juvenil, coordina con las autoridades locales, participa en la identificación de las gestantes y adolescentes para que acudan a la casa materna y CDJ respectivamente, coordina con el Comité Multisectorial. Consolida el reporte de actividades de la Casa materna y CDJ. • MUNICIPIOS: Representante designado por el Alcalde capacitado para coordinar e implementar la casa materna y CDJ. Destina recursos en la implementación y/o funcionamiento de la casa materna y CDJ, así como en la difusión, monitoreo y evaluación. También Coordina con el Comité Multisectorial y los diferentes actores para tomar acciones para la sostenibilidad.
3. Criterios de programación	Para salud: • 100% de municipalidades de los distritos más pobres quintil 1 y 2. Se podrá programar municipalidades de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la desnutrición crónica como problema prioritario Para gobierno local: Casa materna: • 100% de municipalidades que cuenten en su jurisdicción con Establecimientos de Salud I-4 y/o FONB. En casos excepcionales se programará otras municipalidades previo sustento técnico, que justifique que el establecimiento de salud está autorizado para atender partos. Para la programación se tendrá en el reporte de EE.SS considerados I-4 y/o FONB, así como la Base de datos de Casa materna, según reporte de la DGPS. Centro de Desarrollo Juvenil • 100% de municipalidades con CDJ o en caso de no existir priorizar aquellas con alta prevalencia de embarazos en adolescentes.

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033248)
	Para la programación se tendrá en cuenta el reporte HIS de los Establecimientos de salud de partos en adolescentes.
	Fuente de información para la programación: • Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html) • Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) • Base de datos de Casas Maternas implementadas y en funcionamiento. DGPS- MINSA. • Base de datos de centros poblados. OEI-MINSA. • Consolidado de los CDJ. Etapa de Vida adolescente/MINSA. 2013.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad trazadora: COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES (para el Sector Salud)
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Para Salud: Juntas Vecinales Comunes y Agentes Comunitarios de Salud Para Gobierno Local: Familias de comunidades con distritos de quintil de pobreza 1 y 2 y/o distritos con bolsones de pobreza.					
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Para Salud: Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 al I-4 Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada. Para Gobierno Local: Municipios distritales/provinciales con quintil de pobreza 1 y 2 y/o con bolsones de pobreza.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Para Salud: • Número de Juntas Vecinales Comunes capacitados para promover salud sexual y reproductiva. • Número de Agentes Comunitarios de Salud capacitados para para promover salud sexual y reproductiva. Para Gobierno Local: Número de ACS que cuentan con KIT básico					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales					
Modelo operacional del producto						

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)
1. Definición operacional	Se refiere a aquella Comunidad representada por la Juntas Vecinales Comunes y Agentes Comunitarios que en el marco de la gestión comunal están informados, sensibilizados y capacitados por el personal de salud, mediante reuniones y talleres, para promover prácticas y entornos saludables e implementar la vigilancia comunitaria; para contribuir a la mejora de la salud materna y neonatal, y el ejercicio de la sexual y reproductiva. Se realizan las siguientes actividades: <u>Para salud:</u> <u>Junta vecinal comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos, que incluye las siguientes tareas:</u> • Abogacía con la Junta Vecinal Comunal conducido por el Jefe del Establecimiento de Salud, para presentar información actualizada sobre el problema de la mortalidad materna y del recién nacido ; y el embarazo en adolescentes, en la comunidad, la misma que será elaborada con la información disponible, y luego, de manera participativa, se identificarán las causas y efectos del problema y se propondrá la implementación de la Vigilancia Comunitaria y otras intervenciones efectivas de salud pública orientadas a promover prácticas y entornos saludables para contribuir en la mejora del cuidado de la salud materna y del recién nacido, y finalmente establecer acuerdos y compromisos en el marco de su rol en la gestión Comunal. (Una reunión de 03 horas de duración). • Planificación participativa con la JVC, ACS, Organizaciones comunales y actores sociales de la comunidad para planificar la vigilancia comunitaria (visión de comunidad saludable, diagnóstico situacional, mapeo comunal, plan comunal, organización para emergencias), y otras actividades efectivas priorizadas para contribuir en la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido, y el embarazo en adolescente. (Un taller de 04 horas de duración). • Fortalecimiento de competencias en prácticas y entornos saludables para promover e implementar acciones en la adopción de las prácticas saludables y contribuir en la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido, y el embarazo en adolescentes, de (Un taller de 04 horas de duración). • Monitoreo y seguimiento con la Junta Vecinal Comunal de las acciones implementadas en la promoción de prácticas y entornos saludables para la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido, y el embarazo en adolescentes, de (Dos reuniones de 02 horas). • Evaluación de las acciones implementadas para la promoción de prácticas y entornos saludables en la mortalidad materna y del recién nacido, y el embarazo en adolescentes, (Una reunión de 03 horas de duración). <u>ACS capacitados para vigilancia comunitaria y orientación en prácticas saludables para las madres y neonatos, que incluye las siguientes tareas:</u> • Fortalecimiento de capacidades acerca del rol del Agente Comunitario de Salud para la implementación de la vigilancia comunitaria y otras acciones relacionadas a promover la salud materna y neonatal, y la salud sexual y reproductiva en general (Un Taller de 05 horas): Sesión 1: Rol del Agente Comunitario de Salud. (3 horas) Sesión 2: Técnicas educativas para las actividades que el ACS (2 horas) • Fortalecimiento de capacidades como Educador Sanitario (Módulo 1, 2 y 3), que

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)
	consta de tres sesiones educativas: i) Plan de parto y signos de alarma), de 3 horas duración, ii) Sexualidad y autoestima, de 3 horas de duración, iii) Paternidad responsable, de 2 horas de duración. Las actividades de este producto son realizadas por el personal de salud capacitado, en el establecimiento de salud, local comunal u otros que se considere pertinente. Para la realización de estas actividades, la Red y/o Microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes temas: • Fortalecimiento de la Organización de los Servicios de Salud para el Trabajo con la Comunidad (plan de trabajo anual, sectorización, mapeo comunal, mapeo de actores sociales, censo comunal, visita domiciliaria, plan anual de trabajo con el ACS). • Fortalecimiento de la Organización de la Comunidad: para la implementación de la vigilancia comunitaria y entornos saludables a favor de la salud sexual y salud reproductiva con énfasis en la Maternidad saludable y salud del neonato. • Roles del ACS, Uso del Módulo de Educador Sanitario, “El Manual del Agente Comunitario de salud”, Incluye Metodología de Educación para Adultos en sesiones educativas para los ACS y familias. Para Gobierno Local: • Implementación del Kit básico de Agentes Comunitarios para fortalecer las condiciones para el desarrollo de sus actividades • Reunión de coordinación con el personal de salud y 1 representante de ACS de cada comunidad para programar la adquisición de los KIT básico (Chaleco, Gorro, Mochila, Polo, Cuaderno, Linterna), según la base de datos actualizada de ACS. (Una reunión de 2 horas). • Reunión de entrega de los KITs a los ACS de la localidad. (Una reunión de 2 horas).
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/IGSS/DISAS LIMA METROPOLITANA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • DISA/RED DE SALUD /UNIDAD EJECUTORA: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Microredes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica al personal de salud, capacita a los Agentes Comunitarios de Salud en coordinación con el Establecimiento de Salud, monitorea y evalúa la entrega del producto. • ESTABLECIMIENTO DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Juntas Vecinales Comunitarias y Agentes Comunitarios de Salud así como monitorea las actividades de los ACS, para promover prácticas y

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)
	entornos saludables para la mejora de la salud sexual y reproductiva. • COMUNIDAD: Juntas Vecinales Comunes y Agentes Comunitarios de Salud implementan acciones de gestión comunal y vigilancia comunitaria para promover prácticas y entornos saludables orientados a la mejora de la salud sexual y reproductiva. • MUNICIPIO: Los funcionarios de la municipalidad actualizan la programan insumos en función a la cantidad de ACS, y destina recursos para su implementación.
3. Criterios de programación	• 100% de las juntas vecinales comunales y organizaciones locales (comunidades) de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a las juntas vecinales comunales y organizaciones locales (comunidades) de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la morbilidad y/o mortalidad materna neonatal como problema prioritario. • 100% de los agentes comunitarios de salud de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a los agentes comunitarios de salud de los otros distritos (quintil 3 a 5) que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la morbilidad y/o mortalidad materna neonatal como problema prioritario. Nota: Se considera bolsón de pobreza a población de la jurisdicción del establecimiento de salud que no cuente o tenga una baja Proporción de servicios básicos (servicio eléctrico, agua y desagüe) Para Salud: • 100% de las Juntas Vecinales Comunes de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a las Juntas Vecinales Comunes y organizaciones locales (comunidades) de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la mortalidad materna, neonatal y el embarazo en adolescentes como problema prioritario. • 100% de los Agentes Comunitarios de Salud de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a los Agentes Comunitarios de Salud de los otros distritos (quintil 3 a 5) que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la desnutrición crónica como problema prioritario. Se considera bolsón de pobreza a población de la jurisdicción del establecimiento de salud que no cuente o tenga una baja proporción de servicios básicos (servicio eléctrico, agua y desagüe). Para gobierno local: 100 % comunidades de los municipios con distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a los municipios de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la mortalidad materna, neonatal y el embarazo en adolescentes como problema prioritario. Nota: Se debe programar en correspondencia con la programación del producto Municipios Saludables (Distrito de riesgo deben ser los mismos distritos que los programados para el producto Municipios Saludables)
	Fuente de información para la programación: • Registro de Juntas vecinales comunales y organizaciones sociales según mapa de

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)
	sectorización • Registro de juntas vecinales y organizaciones sociales de la municipalidad distrital y/o provincial. • Directorio de ACS y proyección de necesidades de número de ACS del establecimiento de salud. • Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza)
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la actividad: Junta vecinal comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos.
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33290)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Directivos, consejo educativo institucional, docentes y Apafas de instituciones educativas de educación básica. Comité de Gestión de la Universidad.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 a I-4 Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada. IGSS/DIRESAS/GERESA/DISA					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Instituciones educativas que incorpora en su plan anual de trabajo acciones para la promoción de prácticas y entornos saludables en salud sexual integral					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de embarazo en adolescentes.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Institución educativa cuyos miembros de la comunidad educativa: directivos, docentes y padres de familia organizados incluyen: en la programación curricular anual temas de salud sexual integral, y en el plan anual de trabajo actividades para promover prácticas saludables en salud sexual integral en los escolares; así mismo implementan proyectos de aprendizaje y/o sesiones de aprendizaje en el aula. Universidades que favorezcan entornos y prácticas responsables de salud sexual integral en la comunidad universitaria y en el ámbito de su influencia. Se considera una institución educativa a los centros de educación básica regular estatal, que está registrada en el Padrón del Ministerio de Educación con un código modular que la identifica y un código del local escolar donde funciona; esta puede ser del Nivel Inicial, Primaria y Secundaria. Actividad 1: PROMOVER DESDE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN LA MATERNIDAD SALUDABLE Subfinalidad: CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI) COMPROMETIDOS QUE PROMUEVE PRACTICAS EN MATERNIDAD SALUDABLES Y SALUD DEL					

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33290)
	NEONATO, que incluye las siguientes tareas: • Concertación con directivos y el Consejo Educativo Institucional para establecer acuerdos y articular acciones que promuevan salud sexual integral (01 Reunión de 2 horas de duración). • Presentar el diagnóstico de la salud sexual integral de los y las estudiantes de la institución educativa a los directivos y al Consejo Educativo Institucional, a fin de promover la incorporación de temas en la programación curricular anual (01 reunión de 1 hora de duración). • Incorporación en el plan anual de trabajo de la institución educativa actividades de promoción de la salud sexual integral (01 Reunión de 04 horas de duración). • Asistencia técnica y acompañamiento al cumplimiento del plan anual de trabajo en la cual se utilizan las herramientas de monitoreo disponibles (02 Visitas de 2 horas de duración) • Evaluar las intervenciones de promoción de la salud sexual integral contenidas en el plan anual de trabajo (01 Reunión de 04 horas de duración). Subfinalidad: DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS CAPACITADOS EN MATERNIDAD SALUDABLE Y SALUD DEL NEONATO, que incluye las siguientes tareas: • Capacitación a docentes por cada nivel educativo (inicial, primaria y secundaria), 02 Taller de 12 horas de duración cada uno en: - o Módulo educativo de salud sexual integral (12 horas) - o Habilidades para la vida y proyectos de vida (12 horas) Los contenidos de la capacitación deben tener coherencia con los módulos educativos y lineamientos de salud sexual integral del Ministerio de Educación vigentes. • De acuerdo a las necesidades identificadas se programará capacitación sobre el Plan Cuido mi familia, de 02 horas de duración. • Asistencia técnica y acompañamiento para la implementación de proyectos de aprendizajes y/o sesiones de aprendizaje en salud sexual integral (02 Visitas de 02 horas de duración). Subfinalidad: ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA (APAFAS) DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL, que incluye las siguientes tareas: • Incidencia y consenso con el Consejo Directivo de la APAFA, presentando el diagnóstico de la salud sexual integral de los y las estudiantes de la institución educativa, para establecer acuerdos y propuestas para ser presentados a los directivos de la institución educativa, así como articular acciones que promuevan prácticas saludables en salud sexual integral (01 Reunión de 02 horas de duración). • 01 Sesión educativa en promoción de la salud sexual integral dirigida al Consejo Directivo de la APAFA y a los representantes del Comité de Aula, de 02 horas de duración. • Monitoreo de los acuerdos establecidos utilizando las herramientas disponibles (01 reunión de 02 horas de duración). Subfinalidad: UNIVERSIDADES CON ENTORNOS SALUDABLES PROMUEVEN PRÁCTICAS EN FAVOR DE LA SALUD SEXUAL INTEGRAL, que incluye las siguientes tareas:

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33290)
	• Asesoría para la conformación y/o fortalecimiento del Comité de Gestión de universidad saludable (01 reunión de 1 hora de duración). • Asistencia técnica al Comité de Gestión de universidad saludable, para la elaboración de la aproximación diagnóstica que contenga información sobre la salud y prácticas en salud sexual y reproductiva de la comunidad universitaria (01 reunión de 2 horas de duración). • Asistencia técnica al Comité de Gestión de universidad saludable, para la elaboración de un Plan de Trabajo con acciones dirigidas a la comunidad universitaria y al ámbito de influencia de la universidad que promuevan el desarrollo de las condiciones y prácticas saludables descritas anteriormente (01 reunión de 2 horas de duración). • Asistencia técnica y monitoreo al comité de gestión de la universidad saludable en la implementación de las acciones planificadas (01 reunión de 1 hora de duración). • Evaluación de la implementación de acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva (02 reuniones anuales de 1 hora de duración). Las actividades de este producto son realizadas por el personal de salud, en el local de la Institución Educativa, Universidad, local comunal u otros que se considere pertinente. Para la realización de estas actividades la DIRESA/GERESA/DISA/IGSS, la Red y/o microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes temas: • Guía Técnica para la Gestión de la Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible. • Documento técnico orientaciones para promover universidades saludables. • Módulo de Educación en Salud Sexual Integral, módulo de habilidades para la vida y proyecto de vida, en la Institución Educativa. • Plan Cuido a mi familia en la Institución Educativa. • Acciones educativas orientadas a la Importancia de la Planificación Familiar, Paternidad responsable, Cuidados de la salud materna y salud del neonato.
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/DISA/IGSS: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD /UNIDAD EJECUTORAS: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea y evalúa la entrega del producto. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto para lo cual desarrolla actividades de concertación, planificación y asistencia técnica a los directivos de la II.EE y el CONEI; fortalecimiento de

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33290)
	capacidades a docentes y Apafas a fin de implementar acciones para promover prácticas saludables en salud sexual integral. • INSTITUCIONES EDUCATIVAS: Directivos y CONEI planifican y gestionan la promoción de la salud sexual integral en la institución educativa. Los docentes capacitados elaboran e implementan proyectos de aprendizaje y/o sesiones de aprendizaje en el aula, la APAFA vigila y articula acciones para la promoción de la salud sexual integral. • UNIVERSIDAD: Comité de Gestión de la universidad planifica y gestiona la promoción de la salud sexual integral en la institución educativa.
3. Criterios de programación	• 100% de las instituciones educativas estatales (de los niveles de educación inicial, primaria y secundaria) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención, y 100% de las instituciones educativas estatales (integradas o del nivel inicial, primaria y secundaria) caracterizadas por la afluencia significativa de población escolar procedente de distritos de quintil 3, 4 y 5 con "bolsones de pobreza". Se considera bolsón de pobreza a población de la jurisdicción del establecimiento de salud que no cuente o tenga una baja cobertura de servicios básicos (servicio eléctrico, agua y desagüe) • 50% de docentes de las Instituciones educativas programadas. • 100% de las APAFAs de las instituciones educativas programadas. • 100% de las universidades adscritas a la Red de Universidades Saludables. Se puede agregar las universidades de la región no adscritas a la Red de Universidades Saludables que estén sensibilizadas para la implementación de acciones en salud sexual integral.
Fuente de información	Fuente de información para la programación: • Registro actualizado de Instituciones Educativas: • Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) • Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza).
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad trazadora: Institución educativa con Directivos y Consejo Educativo Institucional (CONEI) que gestionan la promoción de la salud sexual integral.
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33412)
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias con mujeres en edad fértil, gestantes y púerperas de los distritos de quintil de pobreza 1 y 2 y "bolsones de pobreza" o que se haya identificado problemas sanitarios del quintil 3 a 5.

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33412)					
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud-Dirección General de Promoción de la Salud.					
Responsable de la entrega del producto	Personal capacitado en promoción de la salud de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 al I-4 y Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Familias con mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas que recibieron consejerías en el hogar sobre prácticas saludables en el cuidado de la salud sexual y reproductiva y salud materna neonatal.					
Indicadores de desempeño del producto	Tasa global de fecundidad					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Este producto se entrega a las familias con mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas quienes reciben consejerías, sesiones educativas y sesiones demostrativas, actividades que podrán desarrollarse en el hogar, organizaciones sociales de base o centros de promoción de vigilancia comunal-CPVC. Las actividades del producto de consejerías son personalizadas a través de la visita domiciliaria y las sesiones educativas y demostrativas se desarrollaran a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración cada uno. Previamente a la entrega del producto el personal de salud capacitado, seguirá los siguientes pasos: 1° explicación de la situación encontrada, 2° análisis de factores causales, 3° búsqueda de alternativas de solución de mutuo acuerdo; 4° registro de acuerdos, 4° seguimiento de acuerdos, referencia documento técnico RM° 870-2009/MINSA consejería nutricional en el marco del atención materno infantil. 1.- SUBFINALIDAD: CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA, A FAMILIAS CON GESTANTE O PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341205): A.- Consejería: ✓ 1° consejería: entre el 4to y 6to mes de gestación, en alimentación saludable, higiene, cuidado y autocuidado de la gestante, importancia del control prenatal, preparación para la lactancia materna e identificación de signos de alarma en el embarazo. ✓ 2° consejería entre el 7° y 9° mes de gestación, en alimentación saludable, cuidado del recién nacido, importancia de lactancia materna, contacto piel a piel, higiene, cuidado y autocuidado de la puérpera y parto institucional promoviendo el uso de las casas maternas. B. Sesiones Educativas: ✓ 1° sesión educativa: entre el 4to y 6to mes de gestación, se brindara orientación en nutrición y alimentación para el control y manejo de la ganancia de peso, suplementación del hierro y ácido fólico, importancia del parto institucional, preparación de las mamas y técnicas para la lactancia materna y beneficios de la lactancia materna, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración cada uno.					

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33412)
	✓ 2° sesión educativa: entre el 7° y 9° mes de gestación, se brindara orientación en la importancia de la lactancia materna exclusiva y complementaria, preparación para el parto y valoración del parto institucional con adecuación cultural, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración cada uno. C. Sesión demostrativa: ✓ 1° sesión demostrativa: Entre el 4to y 6to mes de gestación, se realizará una sesión demostrativa, en nutrición y alimentación, sobre preparación de las mamas para la lactancia y técnicas de amamantamiento para una lactancia materna exitosa. ✓ 2° sesión demostrativa: Entre el 7° y 9° mes de gestación se realizará, en nutrición y alimentación, incidiendo en la atención del parto institucional y técnicas de la higiene y cuidado de la madre y del recién nacido. Familias con puérperas: A.- Consejería: ✓ 1° consejería: En los primeros 7 días de puerperio, en temas: lactancia materna exclusiva, identificación de signos de alarma en la puérpera y recién nacido, alimentación e higiene. ✓ 2° consejería: Entre los 28 y 30 días de puerperio, en alimentación saludable, nutrición de la puérpera y el recién nacido (lactancia materna exclusiva y prolongada - RAI) – promoviendo los 10 pasos de la lactancia materna exitosa (establecimientos de salud amigos de la madre, la niña(o), cuidado de los signos de alarma. Familias con mujeres en edad fértil A.- Consejería: ✓ 1° consejería: Adolescente 15-19 años, en salud sexual y reproductiva en identidad, derechos, género, nutrición y alimentación, proyecto de vida, prevención del embarazo e importancia del uso del tiempo libre en actividades físicas y recreativas. ✓ 2° consejería: Reforzamiento de la primera consejería y promover los centros de atención del adolescente (CDJ) ✓ 1° consejería: Joven 20-29 años, en temas de salud sexual y reproductiva y salud materna neonatal, en derechos, género, nutrición y alimentación, prevención del embarazo. ✓ 2° consejería: Reforzamiento de la primera consejería los centros de atención del adolescente (CDJ)
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así mismo brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación, GERESA/DIRESA/DISA/IGSS: Adecua el marco normativo y materiales educativos, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados • Redes de Salud /Unidad Ejecutoras: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados. • Establecimientos de salud: El personal de salud coordina, concerta, planifica y

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33412)
	organiza el plan de trabajo con la familia, para realizar la consejería a través de la visita domiciliaria. Familias con mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas que reciben consejería, sesión educativa y sesión demostrativa, en el hogar, organizaciones sociales de base o centros de promoción de vigilancia comunal-CPVC, sobre las prácticas y entornos saludables a favor de la salud sexual y reproductiva y salud materna neonatal.
3. Criterios de programación	100% de Familias con gestantes y puérperas programadas para atención prenatal y población de mujeres en edad fértil. 5% de mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años. Nota: Para estimar el número de familias se divide la población total de mujeres en edad fértil entre 4.5 (taza global de fecundidad), luego sacar el 5% , que será igual a la meta de programado. En Gestantes y puérpera: Número de familias es igual al número de gestantes programadas para atención prenatal.
	Fuente de información para la programación: Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza)
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la suma de las segundas consejerías en gestantes, puérperas y mujeres en edad fértil.
5. Flujo de procesos	Adjunto en Excel.
6. Diagrama de Gantt	

Denominación del producto	ATENCION PRENATAL REENFOCADA					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de gestantes controladas con 06 a mas controles.					

Denominación del producto	del	ATENCION PRENATAL REENFOCADA
Indicadores de desempeño del producto	de del	Porcentaje de gestantes con 06 a más controles prenatales. Porcentaje de gestantes con primer control en el primer trimestre.
Modelo operacional del producto		
1.Definición operacional		Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Lo realiza el Médico Gineco-Obstetra, Médico Cirujano con competencias y Obstetra, con la participación de todo el equipo multidisciplinario; se realiza en todo establecimiento de salud. La atención debe iniciarse en el primer trimestre de gestación e implica la entrega de un paquete básico compuesto por: • Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno y su registro en la Historia clínica Materno Perinatal. • Evaluación física, incluye: examen de mamas, • Papanicolaou y/o IVAA. • Educación para el auto examen de mamas. • Orientación/consejería y evaluación nutricional. (Incluye talla y peso). • Detección e intervención oportuna de signos de alarma. • Examen Gineco obstétrico. • Plan de parto. • Examen odontológico. • Psicoprofilaxis /estimulación prenatal.(cada programa tendrá sus 06 sesiones por separado). • Tamizaje de Violencia. • Exámenes completos de laboratorio. • Ecografía en el primer trimestre y en el tercer trimestre. • Monitoreo materno fetal en el tercer trimestre. • Visitas Domiciliarias. • Inmunización antitetánica (ESNI). • Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas en zonas endémicas. (ESNI). • Inmunización contra la Influenza Adulto (0.5cc v. im. dosis única) debido a que las gestantes son consideradas como población de riesgo para influenza. A partir del segundo trimestre de gestación (a partir de las 20 semanas de gestación) y se programará al 60% del total de gestantes. (ESNI). • Suplemento de ácido fólico (500 mcg) durante el primer trimestre, hasta las 13 semanas. • Suplemento de hierro (60 mg) y ácido fólico (400 mcg), desde las 14 semanas. (PAN) • Suplemento de calcio. 2 gramos v.o diarios, desde las 20 semanas hasta el parto. • Tamizaje de: • Bacteriuria asintomática (tira reactiva). • Sífilis (prueba rápida). • VIH (prueba rápida). • Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico). • Anemia (Hemoglobina con "Hemocue"). • Diabetes gestacional (Hemoglucofast). En zonas endémicas además se debe considerar: • Tratamiento antiparasitario. • Protección contra la malaria, dengue, bartonellosis, chagas; usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con gota gruesa, frotis, u otro según corresponda. • En zonas de alta prevalencia a hepatitis "B" incluir tamizaje (antígeno de superficie para hepatitis o

Denominación del producto	ATENCION PRENATAL REENFOCADA
	prueba rápida).
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro, Puestos de Salud y AISPED: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
3.Criterios de programación	100% de gestantes programadas de acuerdo a la población ENAHO y en los quintiles I y II el 100% de población gestante según INEI. Fuente de Información: HIS.
4.Método de agregación de actividades a producto	Se considerará la sumatoria de las metas físicas de las actividades.
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
Grupo poblacional que recibe el producto	Mujeres en edad fértil					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESN SSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de parejas protegidas					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo en un año.					
Modelo operacional del producto						

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR											
1.Definición operacional	Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja por personal de salud calificado, en todos los establecimientos de salud, según capacidad resolutive. De acuerdo al método anticonceptivo la provisión es brindada por el siguiente personal:											
	Personal de salud	Abstinencia Periódica	MELA	Condón masculino	Condón femenino	Implante	Píldora combinada	Injectable combinado	Injectable progestágeno	Dispositivo intrauterino	AQV femenino	AQV
	Médico Gineco-Obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Óbologo											X
	Médico Cirujano	X	X	X	X	X(*)	X	X	X	X	X(*)	
	Obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Enfermera entrenada	X	X	X	X(*)		X(*)	X(*)	X (*)			
	Técnico de enfermería capacitado	X(*)	X (*)	X (*)								
*Donde no haya el profesional calificado podrá entregar el insumo otro personal capacitado, La prescripción lo debe realizar el personal autorizado.												
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro, Puestos de Salud y AISPED: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.											
3.Criterios de programación	Considerar a la MEF que requiere Planificación familiar y estas son: Sumar la prevalencia de uso de anticonceptivos, más la necesidad insatisfecha en planificación familiar de la región (informe que da la ENDES) más la falla de método de la región, a esta suma se deduce el porcentaje que corresponde atender de cada uno de los Gobiernos Regionales y de la IGSS. No olvidar que los quintiles I y II son al 100% de las MEF que requieren planificación familiar, a este total se le aplica los porcentajes de la mezcla anticonceptiva para determinar la pareja protegida por cada uno de los métodos incluyendo los métodos tradicionales.											
4.Método de agregación de actividades a producto	• AQV masculino Complicación AQV masculino • AQV femenino Complicación de AQV femenino • Dispositivos intrauterinos (Método DIU) • Anticonceptivo hormonal inyectable • Métodos de barrera • Anticonceptivo hormonal oral Anticoncepción oral de emergencia (AOE) • Métodos de abstinencia periódica • Método de lactancia materna exclusiva(MELA) Complicaciones por uso de DIU • Anticonceptivo hormonal mensual inyectable											

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
	• Condón femenino • Implante
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
Grupo poblacional que recibe el producto	Mujeres en edad fértil					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de MEF que reciben orientación/Consejería en Planificación Familiar					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de mujeres que reciben orientación/Consejería en Planificación Familiar					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Atenciones que se brinda a la persona o pareja para que logren tomar decisiones voluntarias, informadas y responsables acerca de su fecundidad y vida reproductiva basada en información veraz y actualizada. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano, Obstetra u otro profesional capacitado (entrenados en orientación/consejería en SSR y en provisión de anticonceptivos) a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye: • 2 atenciones x 30 minutos en el año (en Orientación y Consejería general). • Atenciones x 30 minutos en el año (en Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina y Masculina: 1era atención: orientación y consejería general; 2da atención: consejería especial en AQV; 3ra atención a las 72 horas para la firma del consentimiento informado, post periodo de reflexión. • Materiales audiovisuales de orientación y consejería en planificación familiar.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro, Puestos de Salud y AISPED: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
3.Criterios de programación	Considerar a la MEF que requiere Planificación familiar y estas son: Sumar la prevalencia de uso de anticonceptivos, más la necesidad insatisfecha en planificación familiar de la región (informe que da la ENDES) más la falla de método de la región, a esta suma ,se deduce el porcentaje que corresponde atender de cada uno de los Gobiernos Regionales y de la IGSS. No olvidar que los quintiles I y II son al 100% de las MEF que requieren planificación familiar, a este total se le aplica los porcentajes de la mezcla anticonceptiva para determinar la pareja protegida por cada uno de los métodos incluyendo los métodos tradicionales.
4.Método de agregación de actividades a producto	• Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva • Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar • Atención pre gestacional
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Numero de gestantes con complicaciones.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de gestantes que presentan complicaciones.					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Es la atención por consulta externa o emergencia que se brinda a la gestante que acude con patologías. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra con participación del equipo multidisciplinario capacitado en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas a partir de los establecimientos FONB. El personal de salud debe ser capacitado con la modalidad pasantía y taller en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas. Incluye: • La atención por consulta externa (30 minutos) e incluye según el caso la interconsulta con otros especialistas. • La atención ambulatoria u hospitalización de acuerdo al caso (en promedio de 5 días de hospitalización en UCEO). En caso de aborto incompleto: • Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva y oferta de MAC. • 1 día de hospitalización en caso de LU. • Exámenes auxiliares y de laboratorio. • Unidades de Sangre de acuerdo a los subproductos: • Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo con laparotomía (3329414): Mínimo 02 unidades					

Denominación del producto	ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES
	de sangre. Hemorragia de la Segunda Mitad del embarazo (3329407): Mínimo 04 unidades de sangre
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud I-4): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
3.Criterios de programación	De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años
4.Método de agregación de actividades a producto	• Amenaza de parto prematuro • Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía • Hemorragia de la 2da mitad del embarazo • Hiperémesis gravídica • Infección del tracto urinario en el embarazo • Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas • Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía • Trastorno hipertensivos en el embarazo • Trastornos metabólicos del embarazo • Otras enfermedades del embarazo
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de partos Institucionales					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de partos institucionales					
Modelo operacional del producto						

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL
1.Definición operacional	Es la atención que se brinda a la gestante y al recién nacido durante el proceso del parto vaginal, la duración de este proceso varía de una mujer nulípara a una múltipara; lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Obstetra, Médico Cirujano capacitado, a partir de los establecimientos de salud FONP I-3 estratégico y FONB. Incluye Parto vertical con adecuación intercultural. En caso de emergencia y ausencia del profesional calificado, el parto inminente puede ser asistido por otro personal de salud, en los establecimientos de salud Nivel I-1, I-2, I-3. Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año bajo la modalidad de pasantías en atención de parto vertical y talleres de interculturalidad. La atención incluye: Elaboración de Historia Clínica Obstétrica y del partograma 2 días de internamiento u hospitalización (48 horas o 2880 minutos: atención del parto y puerperio): Atención en el periodo de dilatación. Atención del periodo expulsivo, hasta la entrega del recién nacido luego de la ligadura y sección del cordón umbilical, garantizando contacto piel a piel e inicio de la lactancia dentro de la primera hora. Atención del alumbramiento dirigido. Atención del puerperio inmediato y mediato. Puerperio inmediato (2 horas), garantizar alojamiento conjunto. Orientación/Consejería en lactancia materna, signos de alarma del puerperio, planificación familiar y provisión del método anticonceptivo elegido por la puérpera. Exámenes auxiliares y de laboratorio que incluya pruebas rápidas de tamizaje para VIH/Sífilis, si es que no se hubiera realizado durante la atención prenatal. Identificación de la madre y recién nacido/a antes de salir de sala de partos. Elaboración y entrega del certificado de nacimiento.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud I-4 y I-3 estratégico): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
3.Criterios de programación	80% de las gestantes programadas.
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESN SSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de complicaciones durante el parto					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de complicaciones durante el parto					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Conjunto de intervenciones orientadas a atender las complicaciones que se presenta durante las fases del parto, independientemente si se trata de un parto eutócico o distócico y que puede o no terminar en cirugía. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y/u Obstetra, con apoyo del equipo multidisciplinario de salud, a partir del establecimiento FONB. La atención se realiza de acuerdo a lo descrito en las “Guías de Práctica Clínica” Incluye: • Internamiento para el manejo como puerpera inmediata. • Exámenes auxiliares y de laboratorio que se requiera.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud I-4): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					
3.Criterios de programación	Sumatoria de todas las subfinalidades.					
4.Método de agregación de actividades a producto	• Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional • Hemorragias Intraparto y Postparto.					
5. Flujo de procesos						

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESN SSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Hospitales					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de cesáreas realizadas					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de cesáreas realizadas					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Es la atención del Parto que por complicación propia del embarazo y trabajo de parto, culmina en cesárea o histerectomía, lo realiza un equipo de profesionales: Médico Gineco-Obstetra, Médico Anestesiólogo, Neonatólogo, Obstetra, Enfermera capacitada, a partir del establecimiento FONE. Se considera: 90 minutos de intervención quirúrgica de Cesárea y 3 días de hospitalización en puerperio con la participación de la/el Obstetra y el equipo multidisciplinario. Intervención quirúrgica según el caso: Laparotomía o laparotomía más histerectomía. Exámenes auxiliares y de laboratorio. Mínimo 4 unidades de sangre de acuerdo al caso					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microred Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					
3.Criterios de programación	Los establecimientos de salud con la capacidad resolutive correspondiente programan de acuerdo a tendencia de los últimos 3 años. Considerar que la proporción de partos que se dan por cesárea es el 20% de las gestantes programadas.					
4.Método de agregación de actividades a producto	Cesárea					
5. Flujo de procesos						

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PUERPERIO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Puérperas controladas					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de puérperas controladas					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y Obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye: • 02 atenciones x 20 minutos cada una. • Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos. • Vitamina A: al 100% de puérperas en provincias priorizadas (01 tableta de 200,000UI). • 30 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico (Programa Presupuestal Articulado Nutricional). • 1 visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su control. • Toma de hemoglobina en el primer control de puerperio.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud y Puesto de salud): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					
3.Criterios de programación	100% de partos y Cesáreas ocurridos en al jurisdicción.					
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención del puerperio					
5. Flujo de procesos						

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Puérperas con complicaciones					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de puérperas con complicaciones					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Es toda complicación que se presenta durante el periodo del puerperio. Debe ser realizada por profesional Médico Gineco-obstetra en los establecimientos a partir del FONE. El manejo puede ser ambulatorio y será de acuerdo a guías de atención vigentes. Existen complicaciones menores que en el primer nivel pueden ser atendidas por el médico cirujano capacitado y la vigilancia u observación por la obstetra con apoyo del equipo multidisciplinario. Incluye: Dos atenciones de 30 minutos para consulta externa y 3 días de hospitalización (4,350 minutos) Dos Exámenes auxiliares y de laboratorio.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					
3.Criterios de programación	De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años. Fuente de Información: Egresos hospitalarios					
4.Método de agregación de actividades a producto	• Endometritis puerperal • Mastitis • Otras complicaciones del puerperio					
5. Flujo de procesos						

Denominación del producto	ATENCIÓN OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud

Denominación del producto	ATENCIÓN OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de gestantes en UCI					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de gestantes en UCI					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Atención clínica que se desarrolla en aquellas gestantes en la que existe o puede existir de manera inminente un compromiso severo de las funciones vitales, lo realiza un equipo de profesionales de la salud: Médico GinecoObstetra, Médico Uciólogo o Intensivista, Enfermera capacitada y participación de obstetra capacitada. Se realiza en los establecimientos FONE (que cuentan con UCI) y FONI. Incluye: • 10 a 15 días de hospitalización. • Exámenes de laboratorio. • Vigilancia y monitoreo fetal. • Unidades de sangre según corresponda: - o Shock hipovolémico: mínimo 04 unidades de sangre y 4 unidades de hemoderivados. - o Shock séptico: mínimo 05 unidades de sangre. - o Síndrome de HELLP: Mínimo 4 unidades de paquete globular y hemoderivados. - o Complicación con Cardiopatía Severa, diabetes severa, renal severa, etc.: 01 unidad de sangre. • Atención de otras patologías según corresponda.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					
3.Criterios de programación	De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años. Reporte de egresos de UCI, de los últimos 03 años.					
4.Método de agregación de actividades a producto	• Shock hipovolémico • Shock séptico obstétrico • Síndrome de HELLP • Atención de gestantes complicadas en UCI (cardiopatía severa, diabética severa, renal severa etc.)					
5. Flujo de procesos						

Denominación del producto	ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante/Neonato					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESN SSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de gestantes y/o Neonatos referidos					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de gestantes y/o Neonatos referidos					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Procedimientos asistenciales y administrativos que aseguren la continuidad de la atención oportuna, eficaz y eficiente de la gestante, puérpera o neonato en un establecimiento de mayor complejidad, el traslado se realizará acompañado por profesional médico, obstetra, enfermera o personal técnico de enfermería, dependiendo de la complejidad del caso. Incluye: • Traslado de los casos complicados en ambulancia (terrestre, fluvial y/o aérea). según corresponda. • Comunicación con establecimiento al que se refiere utilizando medios de comunicación (radio, teléfono u otro) según disponibilidad. • Acompañamiento de personal de salud capacitado según corresponda al caso. • Administración de medicamentos según guía de práctica clínica.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, centro y Puestos de Salud): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a l (as)os beneficiari(as)os.					
3.Criterios de programación	De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años					
4.Método de agregación de actividades a producto	• Referencia de FONP-Funciones Obstétricas Neonatales Primarias • Referencia de FONB-Funciones Obstétricas Neonatales Básicas • Referencia de FONE-Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales					
5. Flujo de procesos						

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIÉN NÁCIDO NORMAL					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién Nacido					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de recién nacidos Atendidos					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de recién Nacidos Atendidos					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Es la atención cuidados y procedimientos dirigidas al recién nacido de parto vaginal o por cesárea, realizadas en establecimientos de salud con la capacidad resolutive correspondiente y estará a cargo del médico Neonatólogo, médico pediatra, médico general y profesional de enfermería con competencias para la atención del recién nacido, en su ausencia por otro profesional con competencias para la atención del recién nacido, la atención se realiza durante las dos primeras horas después del nacimiento. Incluye: • Evaluación del riesgo de la niña o niño del nacimiento y elaboración de la Historia Clínica Perinatal, el tiempo promedio utilizado 20 minutos. • Preparación y verificación del material, equipo y ambiente para la atención del recién nacido tiempo promedio utilizados 5 minutos. • Recepción y atención del recién nacido en sala de parto de acuerdo a Norma Técnica, tiempo promedio utilizado 80 minutos. Primeros 60 minutos - o Recepción y valoración de la condición del RN. - o Procedimientos para prevenir pérdida de calor (cambio de campo, secado y abrigo) - o Asegurar el contacto piel a piel con la madre e inicio de la lactancia según condición del RN. - o Evaluación APGAR al minuto y a los 5 minutos. - o Procedimientos para identificación del RN (Colocación del brazalete de registro de datos completos) - o Orientación a la madre sobre lactancia materna y signos de alarma neonatal. Posterior a los 60 minutos hasta las 2 horas de nacido - o Profilaxis ocular de la oftalmia neonatal - o Administración de vitamina K. - o Evaluación de la edad gestacional utilizando el Test de Capurro. - o Valoración de las medidas antropométricas: peso, longitud y perímetro cefálico. - o Evaluación física y neurológica. - o Identificación de signos de alarma del recién nacido y referencia oportuna, si corresponde. - o Registro de datos en la historia clínica (o en la base de datos, si es					

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO NORMAL
	computarizada) o Traslado de recién nacido a Alojamiento Conjunto u hospitalización
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centros y Puestos de Salud): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a l (as)os beneficiari(as)os.
3.Criterios de programación	De acuerdo a la tendencia de los últimos 03 año, mínimo lo atendido el año anterior. Para el cálculo de la meta física tomar como referencia la meta de atención de parto
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención inmediata del recién nacido
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién Nacido					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESN SSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de recién nacidos con complicaciones					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de recién Nacidos con complicaciones					
Modelo operacional del producto						

1.Definición operacional	Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento y que se detectan durante el periodo neonatal. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutoria; bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (Neonatólogo, pediatra o médico cirujano con entrenamiento; enfermera con entrenamiento o especialización en pediatría o neonatología o cuidados intensivos neonatales), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. La intervención incluye la evaluación del riesgo antes del nacimiento, atención inmediata, atención de emergencia y transporte si el nacimiento es en otro establecimiento o domicilio, internamiento de recién nacidos que requieren monitoreo continuo, cuidados médicos y de enfermería especializados y seguimiento post alta con controles por consulta externa. o El tiempo de hospitalización o internamiento es variable y depende la patología.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto al (las) los beneficiari(as)os.
3.Criterios de programación	Sólo programan establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales e IGSS con capacidad resolutoria correspondiente. Estimar la meta de acuerdo a la tendencia de los últimos 03 años, programar como mínimo lo atendido el año anterior.
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención de recién nacido con complicaciones
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién Nacido					
Responsable del diseño del producto	MINSA-ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS/DIRESA/GERESA-DISA REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de recién nacidos en UCIN					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de recién Nacidos en UCIN					

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIÉN NÁCIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN
Modelo operacional del producto	
1.Definición operacional	Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento detectados durante el periodo neonatal. Se realiza únicamente en establecimientos de salud que cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN. La intervención está orientada a la atención del recién nacidos médicamente inestables o críticamente enfermos que requieren cuidado constante, soporte respiratorio continuado, procedimientos quirúrgicos complicados u otras intervenciones especializadas. o El tiempo de internamiento es variable y depende de la patología.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto al (las) los beneficiari(as)os.
3.Criterios de programación	Sólo programan establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales e IGSSS que cuentan con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de los Gobiernos Regionales e IGSS, la meta es igual al 100% de recién nacidos con complicaciones que requieren atención en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales –UCIN esperados en la jurisdicción. Para estimar la meta tomar en consideración la tendencia de los últimos 3 años.
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN
5. Flujo de procesos	

Tabla N° 11

Denominación del producto	ACCIONES COMUNES
Actividad 1*	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas
Actividad 2	Implementación de Documentos Técnicos
Actividad 3	Monitoreo del Programa Salud Materno Neonatal
Actividad4	Evaluación del Programa Salud Materno Neonatal
Actividad 5	Supervisión del Programa Salud Materno Neonatal

*Subproductos

Denominación del producto	POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
---------------------------	--

Actividad 1*	Población Informada en Salud sexual y reproductiva por Medios de Comunicación Masiva
Actividad 2	Comunicadores y Periodistas Informados en temas de Salud sexual y reproductiva
Actividad 3	Población Informada en Salud sexual y reproductiva por medios alternativos de comunicación

*Subproductos

Denominación del producto	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
Actividad 1*	Atención integral para la prevención del embarazo adolescente

*Subproductos

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33412)
Actividad 1*	INFORMAR A FAMILIAS SOBRE LAS PRÁCTICAS SALUDABLES RESPECTO AL CUIDADO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD MATERNO NEONATAL.
	Consejería en el hogar durante la visita domiciliar a familias con gestante o puerpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205):

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCION PRENATAL REENFOCADA
Actividad 1*	Atención a la gestante
Actividad 2	Vacuna antitetánica a la gestante
Actividad 3	Visita domiciliaria
Actividad 4	Exámenes de laboratorio completo
Actividad 5	Ecografía obstétrica
Actividad 6	Atención odontológica de la gestante
Actividad 7	Evaluación del bienestar fetal

*Subproductos

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Actividad 1*	AQV masculino
Actividad 2	Complicación AQV masculino
Actividad 3	AQV femenino
Actividad 4	Complicación de AQV femenino
Actividad 5	Dispositivos intrauterinos (Método DIU)
Actividad 6	Anticonceptivo hormonal inyectable
Actividad 7	Métodos de barrera
Actividad 8	Anticonceptivo hormonal oral
Actividad 9	Anticoncepción oral de emergencia (AOE)
Actividad 10	Métodos de abstinencia periódica

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Actividad 11	Método de lactancia materna exclusiva(MELA)
Actividad 12	Complicaciones por uso de DIU
Actividad 13	Anticonceptivo hormonal mensual inyectable
Actividad 14	Condón femenino
Actividad 4	Complicación de AQV femenino
Actividad 15	Implante

*Subproductos

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Actividad 1*	Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva
Actividad 2	Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar
Actividad3	Atención pre gestacional

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES
Actividad 1*	Amenaza de parto prematuro
Actividad 2	Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía
Actividad 3	Hemorragia de la 2da mitad del embarazo
Actividad4	Hiperémesis gravídica
Actividad 5	Infección del tracto urinario en el embarazo
Actividad 6	Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas
Actividad 7	Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía
Actividad 8	Trastorno hipertensivos en el embarazo
Actividad 9	Trastornos metabólicos del embarazo
Actividad 10	Amenaza de parto prematuro

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL
Actividad 1*	Atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO
---------------------------	--

Actividad 1*	Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional
Actividad 2	Hemorragias Intraparto y Postparto

*Subproductos

Denominación del producto	del	ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO
Actividad 1*		Cesárea

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PUERPERIO
Actividad 1*	Atención del puerperio

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES
Actividad 1*	Endometritis puerperal
Actividad 2	Mastitis
Actividad 3	Otras complicaciones del puerperio

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Actividad 1*	Shock hipovolémico
Actividad 2	Shock séptico obstétrico
Actividad 3	Síndrome de HELLP
Actividad 4	Shock hipovolémico

*Subproductos

Denominación del producto	ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL
---------------------------	---

Actividad 1*	Referencia de FONP-Funciones Obstétricas Neonatales Primarias
Actividad 2	Referencia de FONB-Funciones Obstétricas Neonatales Básicas
Actividad 2	Referencia de FONE-Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO NORMAL
Actividad 1*	Atención inmediata del recién nacido
Actividad 2	Atención del recién nacido en alojamiento conjunto
Actividad 3	Control del recién nacido
Actividad 4	Visita domiciliaria
Actividad 5	Tamizaje neonatal / procesamiento de muestra

*Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES
Actividad 1*	Atención de recién nacido con complicaciones
Actividad 2	Asfixia del nacimiento
Actividad 3	Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico)
Actividad 4	Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, dm y rpm)
Actividad 5	Bajo peso al nacer y prematuro
Actividad 6	Oftalmia del recién nacido
Actividad 7	Sífilis congénita
Actividad 8	Onfalitis
Actividad 9	Sepsis neonatal
Actividad 10	Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica
Actividad 11	Dificultad respiratoria del recién nacido

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES
Actividad 12	Convulsiones neonatales
Actividad 13	Hipotiroidismo congénito
Actividad 14	Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido
Actividad 15	Hidrocefalia congénita
Actividad 16	Paladar hendido (fisura labio palatino)
Actividad 17	Atención de recién nacido con complicaciones

*Subproductos

I. INFORMACIÓN DEL DESEMPEÑO

Tabla 13 Matriz de seguimiento de indicadores de desempeño

INDICADOR DESEMPEÑO ANEXO 2	INDICADOR DE DESEMPEÑO - SISTEMA RESULTA		Comentario	Iniciación del Indicador o propuesta	MÉTODO DE CÁLCULO		FUENTE DATOS	UNIDAD MEDIDA	VALOR HISTÓRICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR			PERIODO DE LA MEDICIÓN DEL INDICADOR	OBSERVACIONES O ALICIAS
	NIVEL DEL INDICADOR	INDICADOR DESEMPEÑO RESULTA			VARIABLE NUMERADOR	VARIABLE DENOMINADOR			2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Número de niños nacidos vivos que fallecen antes de cumplir un mes de edad en el periodo de referencia.	Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia.	ENDES	Madres fallecidas por 100 mil nacidos vivos	93 x 100 mil n.v.					66 x 100 mil n.v.	Cada 5 años	
Tasa de mortalidad neonatal	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Número de niños nacidos vivos que fallecen antes de cumplir un mes de edad en el periodo de referencia	Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia	ENDES	Número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un mes por mil nacidos vivos	12	11	9	8	7	6 x 1000	Anual	
Proporción de parejas protegidas	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Número de mujeres en unión entre 15 y 49 años que utiliza algún método de planificación familiar.	Número de mujeres en unión entre 15 y 49 años.	ENDES	Porcentaje	74	74.6	75	75.5	80	85	Anual	
Tasa global de fecundidad	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5	1	ENDES	Porcentaje	2.4	2.5	2.5	2.4	2.4	2.3	Anual	
Cobertura de parto institucional	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Mujeres cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud	Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años	ENDES	Porcentaje	88	89.2	92	92.1	92.5	93	Anual	
Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Mujeres cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud	Total de mujeres del área rural con último nacido vivo en los últimos cinco años	ENDES	Porcentaje	68.5	72	74.3	74.5	74.6	75	Anual	
Proporción de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Mujeres de 15 a 49 años del área rural que dieron parto por cesárea en los 5 años antes de la encuesta	Mujeres del área rural de 15 a 49 años que tuvieron un nacimiento en los 5 años antes de la encuesta	ENDES	Porcentaje	11.5	12	12.2	12.3	12.4	12.5	Anual	
Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Número de nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación	Total de nacidos vivos.	ENDES	Porcentaje	18.5	17.2	17.8	17.5	17	16	Anual	
Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familiar	Total de mujeres unidas	ENDES	Porcentaje	9.2	8.6	7.6	6.6	5.6	5	Anual	
Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales	Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años	ENDES	Porcentaje	87.2	86.6	89.2	89.5	89.9	90	Anual	
Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre de gestación	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta tuvo su primer control prenatal en el 1er trimestre de la gestación.	Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años	ENDES	Porcentaje	77.4	77.3	80.6	81	82	85	Anual	
Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud, para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas que han alcanzado el 90% o más en su capacidad resolutive.	Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas.	ENDES	Porcentaje	52.6		60	70	80	90	Anual	
Proporción de establecimientos calificados como FONE I en establecimientos estratégicos	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud, para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I que han alcanzado el 90% o más en su capacidad resolutive.	Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I.	ENDES	Porcentaje	70.8		70.9	80	80.5	90	Anual	
Proporción de establecimientos calificados como FONE II en establecimientos estratégicos	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud, para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II que han alcanzado el 90% o más en su capacidad resolutive.	Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II.	ENDES	Porcentaje	70.8		70.9	80	80.5	90	Anual	
Proporción de establecimientos calificados como FONI en establecimientos estratégicos	Activo	Existe	Ninguno	No hay propuesta nueva	Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud, para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas que han alcanzado el 90% o más en su capacidad resolutive.	Número de establecimientos designados por la Dirección Regional de Salud para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas	ENDES	Porcentaje	74.6		74.7	74.5	80	90	Anual	

Tabla N° 14

PROGRAMA
MATERNAL NEONATAL
Nombre del indicador
ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
Ámbito de control (Nivel de objetivo de la matriz lógica) Resultado esperado del marco lógico del programa, indicando si es un resultado final, específico o producto.
Mejorar el acceso de adolescentes al Plan de Atención Integral de Salud para la prevención de riesgos, en especial para la prevención del embarazo. Resultado inmediato de producto
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el presupuesto 2016)
- Lista de pliegos
- Ministerio de Salud - IGSS Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.
DEFINICIÓN
Conjunto de intervenciones normadas por el Ministerio de Salud que contribuyen a la prevención de riesgos en adolescentes, en especial a la prevención del embarazo, y se brindan a través del Plan de Atención Integral de Salud.
El plan de Atención Integral de Adolescentes es elaborado y ejecutado en todos los establecimientos de salud, pero prioritariamente en aquellos con servicios diferenciados para adolescentes. (Ambientes exclusivos, horarios diferenciados, espacios en Instituciones Educativas, Centros de Desarrollo juvenil y servicios especializados).
La Atención Integral de salud es realizada por el equipo multidisciplinario de salud (Médico, obstetra, psicólogo, enfermera, nutricionista, odontólogo y trabajador social) según normatividad vigente.
El Plan de Atención Integral de Salud para adolescentes comprende las siguientes prestaciones de salud:
• Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC) y talla para la edad • Evaluación de riesgo cardiovascular con Perímetro Abdominal (PAB) • Evaluación de la agudeza visual y auditiva • Evaluación del desarrollo sexual según Tanner • Evaluación odontológica • Evaluación físico – postural. • Evaluación clínica orientada a búsqueda de patologías comunes de esta edad. • Tamizaje para la identificación de problemas relacionados con la Salud Mental • Aplicación del cuestionario de habilidades sociales. • Aplicación del esquema de vacunación DT. • Consejería integral (Salud sexual, Salud Mental y Salud física y nutricional)

- Visita domiciliaria en caso de deserción.
- Exámenes de laboratorio: Hemoglobina, glucosa, colesterol, triglicéridos, orina, descarte de embarazo (si el caso precisa), frotis de Papanicolaou o IVAA (Inspección visual con ácido acético), en adolescentes que han iniciado actividad sexual.
- Administración de sulfato ferroso preventivo de acuerdo a lo establecido en el documento Orientaciones para la Atención Integral de Adolescentes en el primer nivel de atención.

La Atención Integral de salud en adolescentes se considera ejecutada cuando se culmina con la entrega de las prestaciones de salud previamente mencionadas.

Las prestaciones consignadas en el Plan de Atención Integral de salud en adolescentes deben realizarse en un mínimo de 3 atenciones al año de 45 minutos cada una y 02 Visitas de seguimiento para los adolescentes en situación de riesgo y/o desertores.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

2011 2012 2013 2014 2015 (Enero-Nov)
9.8 % 11.3% 16.0 % 17.7 % 15.1%

Por región:

ADOLESCENTES CON PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL EJECUTADO EN RELACIÓN A LOS NUEVOS Y REINGRESANTES A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
DIRESA	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Avance a Noviembre 2015
AMAZONAS	1.6	5.2	5.7	5.6
ANCASH	6.7	20.5	28.1	28.1
APURIMAC	33.4	39.3	41.6	35.8
AREQUIPA	22.2	23.8	22.7	12.7
AYACUCHO	4.2	18.8	28.5	22.5
CAJAMARCA	3.3	7.2	9.1	8.4
CALLAO	0.4	0.2	2.5	1.9
CUSCO	6.7	13.7	18.7	13.8
HUANCAVELICA	57.3	40.7	43.6	29.1
HUANUCO	16.8	24.4	23.9	22.5
ICA	0.3	0.8	3.5	2.3
JUNIN	1.9	4.5	8.6	9.1
LA LIBERTAD	32.6	54.1	41.1	35.1
LAMBAYEQUE	0.2	1.8	3.0	3.5
LIMA CIUDAD	4.7	6.6	8.5	3.2
LIMA ESTE	4.0	5.7	5.6	4.9
LIMA	28.7	35.9	44.3	39.7

LIMA SUR	1.3	2.6	2.6	6.3
LORETO	0.0	0.2	1.8	1.9
MADRE DE DIOS	0.4	0.2	0.2	0.6
MOQUEGUA	34.9	33.9	38.0	34.8
PASCO	0.5	7.4	10.1	11.6
PIURA	1.0	7.8	10.5	12.0
PUNO	27.1	33.1	35.8	25.3
SAN MARTIN	1.8	3.4	1.2	2.1
TACNA	24.4	24.1	21.2	21.7
TUMBES	0.0	6.3	8.3	8.8
UCAYALI	0.0	0.0	0.2	0.1
NACIONAL	11.3	16.0	17.6	15.1
JUSTIFICACIÓN				
<i>Determinar la proporción de adolescentes usuarios de los establecimientos de salud que recibieron el plan de atención integral de salud completo para la prevención de riesgos, en especial para la prevención del embarazo.</i>				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS				
<i>El porcentaje de adolescentes que acceden al plan de atención integral ejecutado tiene una tendencia ascendente desde el año 2011 al 2015, no obstante, aún no se llega al porcentaje mínimo esperado.</i>				
<i>Limitaciones: Unidades ejecutoras que aún no programan el producto, y mala calidad del gasto por parte de algunas unidades ejecutoras.</i>				
<i>Supuestos:</i>				
<i>Se asume que aún existen limitaciones en el registro de la actividad por parte de algunos proveedores de salud.</i>				
PRECISIONES TÉCNICAS				
<i>Ninguna</i>				
MÉTODO DE CÁLCULO				
NUMERADOR: Adolescentes con Plan de Atención Integral de Salud Ejecutado DENOMINADOR Total de adolescentes nuevos y/o reingresantes a los establecimientos de salud				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES				
<i>Trimestral-semestral y anual</i>				
FUENTE DE DATOS				
<i>HIS</i>				
BASE DE DATOS				
<i>Reporteador de la Etapa de Vida Adolescente- Oficina de Estadística e Informática.</i>				
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN				
<i>HIS</i>				

SINTAXIS
U169/C8002 + LAB=TA

PROGRAMA
SALUD MATERNO NEONATAL
<i>Nombre del indicador</i>
Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales
<i>Ámbito de control (Nivel de objetivo de la matriz lógica)</i> <i>Resultado esperado del marco lógico del programa, indicando si es un resultado final, específico o producto.</i>
Mejorar la Salud Materno Neonatal. Mejorar el acceso a la atención prenatal de calidad. Resultado específico de producto
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el presupuesto 2016)
- <i>Lista de pliegos</i>
Ministerio de Salud Sistema Integral de Salud IGSS Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.
DEFINICIÓN
Son todas las intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra; a partir de los establecimientos de salud del I nivel. Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año. Se considera 6 atenciones como mínimo. La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos, y las consultas de seguimiento deben durar no menos de 25 minutos.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia y Calidad
VALOR DEL INDICADOR

PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE EN ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA RECIBIERON 6 O MÁS CONTROLES PRENATALES						
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	80.8	81.0	83.5	84.5	87.3	86.6
Amazonas	73.5	75.0	70.9	71.4	78.9	79.7
Áncash	84.1	83.3	85.8	89.5	90.6	88.8
Apurímac	87.5	86.5	80.0	89.3	90.1	91.7
Arequipa	76.4	77.9	83.6	87.9	88.7	88.7
Ayacucho	81.5	76.5	82.6	80.2	84.5	80.6
Cajamarca	79.1	78.5	87.1	85.7	80.6	84.9
Prov. Const. del Callao	-	-	-	-	-	89.9
Cusco	88.3	82.8	85.0	88.4	87.5	90.6
Huancavelica	80.9	83.1	82.4	88.1	91.5	83.2
Huánuco	85.8	88.8	83.4	87.6	88.4	85.5
Ica	79.1	83.9	84.1	86.5	86.4	84.4
Junín	74.7	76.4	82.2	83.4	86.3	84.1
La Libertad	77.1	80.9	79.0	83.5	87.4	84.2
Lambayeque	80.1	78.6	83.2	80.4	86.6	85.6
Lima 1/	-	-	-	-	-	91.3
Loreto	65.6	60.8	65.5	71.2	76.6	75.2
Madre de Dios	81.8	80.5	75.0	83.8	79.0	78.8
Moquegua	88.2	89.9	93.4	85.0	89.6	91.0
Pasco	74.9	80.9	85.4	86.4	83.6	86.9
Piura	77.4	84.3	80.3	86.0	89.4	86.3
Puno	67.2	78.6	71.0	75.2	77.0	77.3
San Martín	78.3	79.5	76.9	89.5	90.0	90.1
Tacna	87.2	91.2	84.3	86.9	93.5	88.1
Tumbes	88.2	85.2	82.3	81.2	85.0	88.4
Ucayali	59.7	67.5	67.1	71.5	71.0	70.9
Lima y Callao	88.2	84.9	91.1	87.1	91.5	91.2
Provincia de Lima 3/	-	-	-	-	-	91.9
Lima provincias 4/	-	-	-	-	-	87.4

1/ A partir del año 2014 se presenta el departamento de Lima de manera independiente de la Provincia Constitucional del Callao.
2/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.
3/ Compre las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI-ENDES

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de gestante que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales.

Según Norma Técnica del MINSA, para considerar una gestante “controlada” tendrá que tener seis o más controles.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Ninguno.

PRECISIONES TÉCNICAS

$$NCPN = \frac{N_CPN}{TMG} * 100$$

N_CPN= Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 ó más controles prenatales

TMG: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 ó más controles prenatales

Denominador: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y Anualmente

FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.
BASE DE DATOS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
ENDES-INEI
SINTAXIS
recode m14 (0 thru 5=2)(6 thru 50=1) into N_CPN. if (m14=98 (missing(m14) & not(sysmis(m14)))) N_CPN=8. if (m14=0) N_CPN =3. recode N_CPN (2,3,8=0). val label N_CPN 'CPN: 6 ó mas veces'.

PROGRAMA
SALUD MATERNO NEONATAL
<i>Nombre del indicador</i>
Proporción de Parejas Protegidas
<i>Ámbito de control (Nivel de objetivo de la matriz lógica)Resultado esperado del marco lógico del programa, indicando si es un resultado final, específico o producto.</i>
Mejorar la Salud Materno Neonatal. Acceso a métodos de Planificación Familiar Resultado específico de producto
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el presupuesto 2016)
<i>- Lista de pliegos</i>
Ministerio de Salud Sistema Integral de Salud IGSS Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.
DEFINICIÓN
Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja por personal de salud calificado, en todos los establecimientos de salud, según capacidad resolutive.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia y Calidad
VALOR DEL INDICADOR

PROPORCIÓN DE MUJERES EN UNIÓN QUE USA ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	73.2	74.4	75.4	75.5	74.0	74.6
Amazonas	77.3	77.9	72.7	75.5	72.4	72.8
Áncash	78.6	80.1	75.3	74.3	74.7	72.4
Apurímac	77.5	76.5	79.2	77.1	79.9	75.7
Arequipa	75.7	71.3	75.3	79.0	76.6	74.8
Ayacucho	69.0	69.7	72.6	72.4	71.2	69.0
Cajamarca	69.6	79.4	78.2	76.6	78.6	76.6
Prov. Const. del Callao	-	-	-	-	-	71.0
Cusco	71.9	70.5	76.7	78.3	75.0	79.1
Huancavelica	71.5	70.6	69.7	73.5	65.4	73.7
Huánuco	68.2	71.9	75.5	74.4	71.1	77.4
Ica	75.8	79.0	78.7	79.4	78.5	77.7
Junín	69.0	74.8	76.0	73.8	71.9	73.0
La Libertad	66.7	72.9	72.0	75.5	72.3	73.0
Lambayeque	74.7	72.8	78.4	76.4	74.1	71.9
Lima 1/	-	-	-	-	-	76.5
Loreto	67.1	64.3	63.3	68.0	66.5	62.8
Madre de Dios	70.9	76.4	71.6	71.8	68.8	71.5
Moquegua	73.3	78.7	76.5	74.4	72.8	73.3
Pasco	73.3	75.1	76.7	75.5	73.2	70.4
Piura	73.8	73.6	71.7	75.3	73.7	78.9
Puno	68.5	72.5	75.1	73.9	75.8	69.7
San Martín	75.1	70.6	77.5	74.0	74.9	77.6
Tacna	82.0	74.4	78.9	77.9	73.8	73.1
Tumbes	76.8	78.2	76.1	75.8	74.5	74.6
Ucayali	64.4	66.9	67.9	70.6	68.5	68.4
Lima y Callao	76.2	76.5	77.2	76.5	74.7	76.0
Provincia de Lima 3/	-	-	-	-	-	75.9
Lima provincias 4/	-	-	-	-	-	80.8

1/ A partir del año 2014 se presenta el departamento de Lima de manera independiente de la Provincia Constitucional del Callao.

2/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

3/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI-ENDES

JUSTIFICACIÓN

Este indicador, también conocido como “prevalencia anticonceptiva”, proporciona una medida de cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro y todos los métodos anticonceptivos, de esterilización, así como los llamados métodos tradicionales. Es la medida más difundida para la evaluación de los de los programas de planificación familiar.

Si bien este indicador puede obtenerse teóricamente de los registros administrativos de los centros de salud, la práctica actual es depender de encuestas por muestreo como la ENDES, a fin de reducir al mínimo los problemas asociados con el mantenimiento de un recuento continuo de usuarias actuales y con la obtención de estimaciones exactas de la población. (Entre los problemas figuran datos incompletos, recuento doble de usuarias que entran en el sistema de provisión de

servicios en más de un punto, etc.)

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Mientras algunos métodos anticonceptivos como la esterilización, la píldora, el DIU o los implantes proveen protección continua para sus usuarias, otros métodos tales como el condón, el método del ritmo o el del retiro son métodos de uso en relaciones sexuales específicas. El uso actual de estos últimos métodos constituye un concepto confuso, en la medida que ello puede hacer referencia a la última relación sexual – la que pudo haber ocurrido mucho tiempo antes de la entrevista – o a la intención de uso en la próxima relación sexual⁵².

En la práctica la prevalencia anticonceptiva se calcula en las mujeres en unión. En los países en que las mujeres tienen una actividad sexual fuera de matrimonio relativamente escasa, al fundamentar las estimaciones en las mujeres en unión se capta a la población sometida a riesgo de embarazo. Sin embargo, en los países con frecuente actividad sexual fuera de uniones estables, una estimación de la prevalencia basada solamente en las mujeres en unión ignoraría a una proporción considerable de las usuarias actuales. Así, los investigadores siguen estudiando la idoneidad de fundamentar la prevalencia anticonceptiva en todas las mujeres frente a las que se hallan en unión estable

PRECISIONES TÉCNICAS

- Se define “mujeres en unión” como aquellas mujeres que declaran encontrarse casadas o convivir con su pareja. Asimismo, se define mujeres en “edad fértil” a aquellas que al momento de la encuesta tienen entre 15 y 49 años.
- Se considera que una mujer utiliza un método anticonceptivo ya sea que declare utilizar un método moderno o tradicional
- Los métodos modernos incluyen: Esterilización femenina, esterilización masculina, píldora, DIU, condón masculino y femenino, métodos vaginales (espuma, jalea, óvulos), inyecciones anticonceptivas (de solo progestágeno de tres meses y combinadas de un mes), Implantes, método amenorrea por lactancia (MELA), y anticoncepción de emergencia.
- Los métodos tradicionales y folklóricos incluyen el método del ritmo, Billings del retiro y el método de collar de ciclo.
- A las mujeres que al momento de la entrevista se encuentran embarazadas se les codifica como no usuarias de métodos anticonceptivos.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Mujeres unidas entrevistadas que usan algún método de planificación familiar

Denominador: Total de mujeres unidas entrevistadas

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y Anualmente

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

BASE DE DATOS

Disponible en web site:

http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ENDES-INEI

SINTAXIS

RECODE V501 (1,2=1)(0,3,4,5=2) INTO UNIDAS.

VAL LABEL UNIDAS 1'SI' 2'NO'.

⁵²Rutstein, Shea Oscar & Guillermo Rojas (2003). “Guide to DHS Statistics”. Calverton, Maryland: Demographic and Health Surveys, ORC Macro.

```

RECODE V313 (1,2,3=1) (0=0) INTO UsaMetodo.
val label Usametodo 1 'Uso MPF' 0 'No usa'.
if unidas=1 MU_usompf=0.
if unidas=1 & Usametodo=1 MU_usompf=1.
var lab MU_usompf 'Mujeres Unidas que usan MPF'.

```

PROGRAMA			
SALUD MATERNO NEONATAL			
<i>Nombre del indicador</i>			
Proporción de mujeres en edad fértil que acceden a servicios de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva			
<i>Ámbito de control (Nivel de objetivo de la matriz lógica)</i> <i>Resultado esperado del marco lógico del programa, indicando si es un resultado final, específico o producto.</i>			
Mejorar la Salud Materno Neonatal. Acceso a métodos de Planificación Familiar Resultado específico de producto			
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el presupuesto 2016)			
- <i>Lista de pliegos</i>			
Ministerio de Salud Sistema Integral de Salud IGSS Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.			
DEFINICIÓN			
Es el proceso de comunicación interpersonal en que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas. La orientación/consejería en Planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria			
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO			
Eficacia y Calidad			
VALOR DEL INDICADOR			
REGIONES	GENERAL		
2014	12 a 17 años	18 a 29 años	> 30 años
Amazonas	5,366	15,080	10,568
Ancash	17,780	38,687	41,808
Apurímac I	8,888	14,107	14,726
Apurímac II	3,504	8,015	5,655

Arequipa	4,593	33,578	26,165
Ayacucho	56,152	63,163	71,099
Cajamarca I	6,873	21,186	14,491
Cajamarca II	8,583	8,617	8,163
Cajamarca III	1,990	3,777	3,117
Cajamarca IV Jaén	13,722	16,279	16,561
Callao	3,922	23,905	18,498
Cusco	7,879	26,601	26,017
Huancavelica	39,869	40,027	53,057
Huánuco	28,016	36,495	36,567
Ica	4,465	27,806	18,335
Junín	10,976	39,857	31,579
La Libertad	24,222	60,472	43,741
Lambayeque	4,267	27,432	20,524
Lima Ciudad	12,237	109,121	85,377
Lima Este	6,850	60,134	36,867
Lima Norte	13,882	41,151	32,558
Lima Sur	6,728	46,372	32,089
Loreto	11,920	37,782	29,120
Madre de Dios	871	6,474	3,214
Moquegua	2,553	6,783	6,080
Pasco	2,066	8,877	6,444
Piura I	18,626	38,699	31,114
Piura II	12,692	35,706	27,810
Puno	10,313	36,694	32,139
San Martín	15,397	34,406	28,663
Tacna	4,346	31,663	32,882
Tumbes	880	6,407	4,457
Ucayali	3,919	18,554	12,609
MINSA	374,347	1,023,907	862,094

JUSTIFICACIÓN

Este indicador, también conocido como “prevalencia anticonceptiva”, proporciona una medida de cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro y todos los métodos anticonceptivos, de esterilización, así como los llamados métodos tradicionales. Es la medida más difundida para la evaluación de los programas de planificación familiar.

Si bien este indicador puede obtenerse teóricamente de los registros administrativos de los centros de salud, la práctica actual es depender de encuestas por muestreo como la ENDES, a fin de reducir al mínimo los problemas asociados con el mantenimiento de un recuento continuo de usuarias actuales y con la obtención de estimaciones exactas de la población. (Entre los problemas figuran datos incompletos, recuento doble de usuarias que entran en el sistema de provisión de servicios en más de un punto, etc.)

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Mientras algunos métodos anticonceptivos como la esterilización, la píldora, el DIU o los implantes proveen protección continua para sus usuarias, otros métodos tales como el condón, el método del ritmo o el del retiro son métodos de uso en relaciones sexuales específicas. El uso actual de estos últimos métodos constituye un concepto confuso, en la medida que ello puede hacer referencia a la última relación sexual – la que pudo haber ocurrido mucho tiempo antes de la entrevista – o a la intención de uso en la próxima relación sexual⁵³. En la práctica la prevalencia anticonceptiva se calcula en las mujeres en unión. En los países en que las mujeres tienen una actividad sexual fuera de matrimonio relativamente escasa, al fundamentar las estimaciones en las mujeres en unión se capta a la población sometida a riesgo de embarazo. Sin embargo, en los países con frecuente actividad sexual fuera de uniones estables, una estimación de la prevalencia basada solamente en las mujeres en unión ignoraría a una proporción considerable de las usuarias actuales. Así, los investigadores siguen estudiando la idoneidad de fundamentar la prevalencia anticonceptiva en todas las mujeres frente a las que se hallan en unión estable
PRECISIONES TÉCNICAS
• Se define “mujeres en unión” como aquellas mujeres que declaran encontrarse casadas o convivir con su pareja. Asimismo, se define mujeres en “edad fértil” a aquellas que al momento de la encuesta tienen entre 15 y 49 años. • Se considera que una mujer utiliza un método anticonceptivo ya sea que declare utilizar un método moderno o tradicional • Los métodos modernos incluyen: Esterilización femenina, esterilización masculina, píldora, DIU, condón masculino y femenino, métodos vaginales (espuma, jalea, óvulos), inyecciones anticonceptivas (de solo progestágeno de tres meses y combinadas de un mes), Implantes, método amenorrea por lactancia (MELA), y anticoncepción de emergencia. • Los métodos tradicionales y folklóricos incluyen el método del ritmo, Billings del retiro y el método de collar de ciclo. • A las mujeres que al momento de la entrevista se encuentran embarazadas se les codifica como no usuarias de métodos anticonceptivos.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Mujeres unidas entrevistadas que usan algún método de planificación familiar
Denominador: Total de mujeres unidas entrevistadas
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Semestral y Anualmente
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.
BASE DE DATOS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
ENDES-INEI
SINTAXIS
RECODE V501 (1,2=1)(0,3,4,5=2) INTO UNIDAS. VAL LABEL UNIDAS 1'SI' 2'NO'. RECODE V313 (1,2,3=1) (0=0) INTO UsaMetodo. val label Usametodo 1 'Uso MPF' 0 'No usa'. if unidas=1 MU_usompf=0.

⁵³Rutstein, Shea Oscar & Guillermo Rojas (2003). “Guide to DHS Statistics”. Calverton, Maryland: Demographic and Health Surveys, ORC Macro.

```
if unidas=1 & Usametodo=1 MU_usompf=1.  
var lab MU_usompf 'Mujeres Unidas que usan MPF'.
```

Nota: La meta física programada (meta formulada) con respecto a la población objetivo (meta óptima) deberá considerar los siguientes aspectos:

- Asignación presupuestal total al producto municipios considerando el costo por unidad de producto
- Meta física ejecutada en el producto municipios en los años anteriores
- Metas proyectadas para los siguientes años en respuesta a objetivos institucionales y/o planes específicos en respuesta a un problema sanitario.

PRESUPUESTO MULTIANUAL PROGRAMA PRESUPUESTAL SMN			
PRODUCTOS	2014	2015	2016
3000001. ACCIONES COMUNES	28,397,990	56063188	59042823
3000002. POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	10,859,933	26678385	27033311
3000005. ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	7,199,286	22198037	22521427
3033172. ATENCION PRENATAL REENFOCADA	118,608,525	257831405	310454022
3033288. MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5,414,716	10603066	10752370
3033289. COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5,556,982	15434846	16202876
3033290. INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	6,229,494	12024970	12364925
3033291. POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	45,071,215	103878094	106766013
3033292. POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	18,996,367	35611851	36022405
3033294. ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	67,062,503	125627535	133758346
3033295. ATENCION DEL PARTO NORMAL	192,509,322	256369233	274858794
3033296. ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	38,005,192	69783828	77669900
3033297. ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	117,193,768	195258982	206859957
3033298. ATENCION DEL PUERPERIO	33,136,445	56514194	57477037
3033299. ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	30,539,229	47996159	50254507
3033300. ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	20,410,620	41697307	43578646
3033304. ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	34,218,271	68693728	71482864
3033305. ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	56,744,065	116706215	121855808
3033306. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	58,503,786	147008739	160710994
3033307. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	37,786,911	109585334	115685599
3033412. FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	9,239,739	15684333	15269312
Total general	941,684,359	1,791,249,429	1,930,621,936

METAS FISICAS MULTIANUAL PROGRAMA PRESUPUESTAL SMN	2014	2015	2016
3000002. POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	11960560	7038080	7933496
3000005. ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	1045334	1215148	1269480
3033172. ATENCION PRENATAL REENFOCADA	2920975	1000099	1057807
3033287. DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL	0	0	0
3033288. MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	2892	3022	3052
3033289. COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	54494	66812	67896
3033290. INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	38254	49898	51088
3033291. POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	4662520	2566098	2690130
3033292. POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	3372388	7352020	3307216
3033294. ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	1071438	505920	521369
3033295. ATENCION DEL PARTO NORMAL	1423410	671633	702167
3033296. ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	136921	74873	78458
3033297. ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	319233	133881	139980
3033298. ATENCION DEL PUERPERIO	1651016	744195	771657
3033299. ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	30818	25732	116838
3033300. ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	7118	5436	6004
3033301. PRE INVERSION DE LA IMPLEMENTACION DE LA RED DE CENTROS DE HEMOTERAPIA TIPO I Y TIPO II	0	0	0
3033304. ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	307220	253165	266765
3033305. ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	1738073	879170	909375
3033306. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	217208	111446	112838

METAS FISICAS MULTIANUAL PROGRAMA PRESUPUESTAL SMN	2014	2015	2016
3033307. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	38218	25134	446966
3033412. FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	1137496	763294	786864
3044277. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL	0	0	0

MEF/DGPP

18/03/2015

09:35:05

PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO

COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2016

GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES

MAR39C1

PAGINA: 1

CATEGORIA PRESUPUESTAL	PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO / PROYECTO	ACTIVIDAD / OBRA	FUNCION	DIVISION FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD	UNIDAD MEDIDA
PROGRAMA PRESUPUESTARIO								
0002	SALUD MATERNO NEONATAL	3000001 ACCIONES COMUNES	5004389 DESARROLLO DE NORMAS Y GUAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL	20 SALUD	043 SALUD COLECTIVA	0003 REGULACION Y CONTROL SANITARIO	0033287 DESARROLLO DE NORMAS Y GUAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL	080 NORMA
			5004430 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL	20 SALUD	004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL	0005 PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	0044277 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL	080 INFORME
		3000002 POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	5000059 BRINDAR INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	20 SALUD	043 SALUD COLECTIVA	0005 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD	0033847 POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	250 PERSONA INFORMADA
		250 PERSONA INFORMADA						
		3000005 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	5000058 BRINDAR SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO A ADOLESCENTES	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0006 ATENCION MEDICA BASICA	0033230 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	006 ATENCION
		006 ATENCION						
		3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA	5000037 BRINDAR ATENCION PRENATAL REENFOCADA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0006 ATENCION MEDICA BASICA	0033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA	058 GESTANTE CONTROLADA
		058 GESTANTE CONTROLADA						
		3033288 MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000039 PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE	20 SALUD	043 SALUD COLECTIVA	0005 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD	0033288 MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	215 MUNICIPIO
		215 MUNICIPIO						
		3033289 COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000040 COMUNIDAD PROMUEVE ACCIONES ADECUADAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE Y SALUD DEL NEONATO	20 SALUD	043 SALUD COLECTIVA	0005 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD	0033289 COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	019 COMUNIDAD
		019 COMUNIDAD						
		3033290 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000041 PROMOVER DESDE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN LA MATERNIDAD SALUDABLE	20 SALUD	043 SALUD COLECTIVA	0005 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD	0033290 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	236 INSTITUCION EDUCATIVA
		236 INSTITUCION EDUCATIVA						
		3033291 POBLACION ACCDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	5000042 MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0006 ATENCION MEDICA BASICA	0033291 POBLACION ACCDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	206 PAREJA PROTEGIDA
		206 PAREJA PROTEGIDA						
		3033292 POBLACION ACCDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000043 MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0006 ATENCION MEDICA BASICA	0033292 POBLACION ACCDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	006 ATENCION
		006 ATENCION						
		3033294 ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	5000044 BRINDAR ATENCION A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0007 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0033294 ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	207 GESTANTE ATENDIDA
		207 GESTANTE ATENDIDA						

MEF/DGPP	PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO	MAR39C1
18/03/2015	COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2016	PAGINA: 2
09:35:05	GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES	

CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO / PROYECTO	ACTIVIDAD / OBRA	FUNCION	DIVISION FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD	UNIDAD MEDIDA
PROGRAMA PRESUPUESTARIO							
0002 SALUD MATERNO NEONATAL	3033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL 208 PARTO NORMAL	5000045 BRINDAR ATENCION DE PARTO NORMAL	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0095 ATENCION MEDICA BASICA	0033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL	208 PARTO NORMAL
	3033296 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO 209 PARTO COMPLICADO	5000046 BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0033296 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	209 PARTO COMPLICADO
	3033297 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO 210 CESAREA	5000047 BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0033297 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	210 CESAREA
	3033298 ATENCION DEL PUERPERIO 211 ATENCION PUERPERAL	5000048 ATENDER EL PUERPERIO	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0095 ATENCION MEDICA BASICA	0033298 ATENCION DEL PUERPERIO	211 ATENCION PUERPERAL
	3033299 ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES 212 EGRESO	5000049 ATENDER EL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0033299 ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	212 EGRESO
	3033300 ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 212 EGRESO	5000050 ATENDER COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0033300 ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	212 EGRESO
	3033304 ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL 214 GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO	5000052 MEJORAMIENTO DEL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0095 ATENCION MEDICA BASICA	0033304 ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	214 GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO
	3033305 ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL 239 RECIEN NACIDO ATENDIDO	5000053 ATENDER AL RECIEN NACIDO NORMAL	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0095 ATENCION MEDICA BASICA	0033305 ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	239 RECIEN NACIDO ATENDIDO
	3033306 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES 212 EGRESO	5000054 ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0033306 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	212 EGRESO
	3033307 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN 212 EGRESO	5000055 ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0033307 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	212 EGRESO
	3033412 FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 056 FAMILIA	5000058 INFORMAR A FAMILIAS SALUDABLES RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFASIS EN LA MATERNIDAD SALUDABLES	20 SALUD	043 SALUD COLECTIVA	0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD	0033412 FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	056 FAMILIA