



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Despacho Viceministerial de Salud Pública

**Dirección General de Intervenciones Estratégicas en
Salud Pública**

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

**PROGRAMAS PRESUPUESTALES
Diseño, Revisión y Articulación Territorial
2017**

**Anexo 02: Contenidos mínimos de un
Programa Presupuestal:**

**PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD
MATERNO NEONATAL**

Contenido

1. INFORMACIÓN GENERAL	4
1.1 Nombre del Programa Presupuestal	4
1.2 Tipo de diseño propuesto	4
1.3 Entidad Rectora del PP	4
1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal	4
1.5 Coordinador territorial.	4
1.6 Coordinador de seguimiento y evaluación.	4
2. DIAGNÓSTICO	4
2.1 Identificación del problema específico	4
2.1.1 Enunciado del Problema Específico	8
2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el problema	8
2.1.3 Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado	9
2.2 Identificación y cuantificación de la población	9
2.2.1 Población Potencial	9
2.2.2 Cuantificación de la Población Potencial	9
2.2.3 Criterios de Focalización	10
2.2.4 Población Objetivo	10
2.2.5 Atributos de la Población Objetivo	10
2.3 Causas del problema Identificado	10
3. DISEÑO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL	18
3.1 Resultado Específico	18
3.2 Análisis de los Medios	18
3.3 Análisis de Alternativas	28
3.3.1 Análisis de las alternativas de intervención	31
3.4 Transición de las Alternativas al Producto	43
3.5 Actividades, tareas e insumos	75
3.6 Actividades, tareas e insumos	86
3.7 Supuestos	133
3.8 Vinculación del Programa Presupuestal con los Objetivos de Política Nacional	135
3.9 Matriz Lógica del Programa Presupuestal	135
3.10 Inclusión de Proyectos de Inversión Pública en el PP	136
4. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	137
4.1 Seguimiento del Desempeño	137
4.2 Evaluación	140
5. PROGRAMACION FISICA Y FINANCIERA	142
5.1 Definiciones	142
5.2 Cálculos Previos	142
5.3 Programación del requerimiento de inversiones	146
5.4 Programación de producción anual	147

Índice de Tablas

Tabla 1 Competencias de la Entidad para abordar el problema	8
Tabla 2: Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado	9
Tabla 3: Cuantificación de la Población Potencial	9
Tabla 4: Población Objetivo	10
Tabla 5: Atributos de la Población Objetivo	10
Tabla 6: Causas del Problema Identificado	13
Tabla 7: Resultado Específico	18
Tabla 8a: Análisis de Alternativas	28
Tabla 9: Transición de las alternativas al producto	43
Tabla 10: Modelo Operacional del Producto	45
Tabla 11: Actividades de los Productos	75
Tabla 12: Modelo Operacional de la Actividad	80
Tabla 13: Indicadores de Desempeño	86
Tabla 14: Ficha Técnica del Indicador de Desempeño	87
Tabla 15: Ficha Técnica del Indicador de Producción Física	120
Tabla 16: Supuestos	133
Tabla 17: Vinculación del Resultado Especifico del PP con Resultados Finales	135
Tabla 18: Matriz Lógica del Programa Presupuestal	135
Tabla 19: Tipología de Proyectos	136
Tabla 20: Clasificación de Proyectos	136
Tabla 21: Seguimiento del Desempeño	137
Tabla 22: Evaluación del Programa Presupuestal	140
Tabla 23: Compromiso de mejora del desempeño del PP	140
Tabla 24: Acciones para la Generación de evidencias de productos	142
Tabla 25: Cuantificación de la población priorizada	142
Tabla 26: Valores históricos y metas proyectados de los Indicadores	145
Tabla 27: Requerimiento de Inversiones	146
Tabla 28: Programación anual -meta física y financiera de productos	147
Tabla 29: Programación Mutianual de metas físicas de productos	150
Tabla 30: Programación Multianual Financiera de Productos	150
Tabla 31: Estructura Programática	152

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Marco Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materna y Neonatal	12
Gráfico 2: Modelo del Marco Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno Neonatal adaptado	13
Gráfico 3: Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal	19
Gráfico 4: Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad materna	20
Gráfico 5: Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad materna	23
Gráfico 6: Esquema de las Intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal	28
Gráfico 7: Principales ejes de las intervenciones del Programa Materno Neonatal	30
Gráfico 8: Modelo Lógico	30

Índice de Anexos

Anexo 1: Narrativo de Evidencias	155
Anexo 2: Flujos de Procesos de Productos del PSMN – Tabla 10	215
Anexo 3: Flujos de Procesos de Productos - Tabla 12	215
Anexo 4: Insumos por Productos - Tabla 12	215

PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL

CONTENIDOS MÍNIMOS

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva
PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS

1. 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 2017

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 Modernización

2. DIAGNÓSTICO

2.1 Identificación del problema específico

Con respecto a la salud materna, la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia 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 como el nuestro, a inicios de los años 90, la mortalidad materna era 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afectaba principalmente a las mujeres pobres, y más vulnerables. Estos índices de mortalidad demostraban la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres².

Asimismo, ponían en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales era 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

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

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.³
- **Su naturaleza epidemiológica:** hay una similitud en las hemorragias, infecciones e hipertensión inducida por el embarazo: *son causas 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

³ Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

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. (1) Maternal

Situación de mortalidad materna

Es importante considerar que 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 alta⁴.

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.

En nuestro país, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES-, 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.

En el 2000, la mortalidad materna fue del orden de 185 casos por cada 100 mil nacidos vivos⁵; lo que representa aproximadamente 1,258 muertes anuales. Esta causa de mortalidad materna está considerada según los estándares internacionales como “muy alta”, ya que superaba 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% y el 2015 es de 12% en adolescentes (10-19 años).

En el 2012 las causas de muertes maternas 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%). Al 2015 fueron: Hemorragias (33%), Trastornos hipertensivos embarazo, (31%), Infecciones relacionada al embarazo (13%), Aborto (9%), Trauma (3%), otras causas directas (11%).

Cabe mencionar que 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.

⁴ 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.

⁵ Este valor corresponde a los 10 años previos a la encuesta, es decir al periodo 1990-2000.

Por otro lado, 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 2015 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 2015 la ENDES, reporta 74.6%

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, siendo que el año 2015 la ENDES reporta 6.5%.

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 7.5% (ENDES 2015) y la población del quintil inferior 8%.

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%, el 2015 es de 13.6%.

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 2000⁶, 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 ENDES 2000, 2007, 2009, 2010 y 2011 muestran 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 2015 se reporta 11 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 (10 por mil nacidos vivos para el año 2015), como en las rurales, de 31 a 13 por cada mil nacidos vivos (11 por cada mil nacidos vivos según ENDES 2015). 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.

En el año 2015 se notificaron 6776 defunciones de las cuales 52.72% (3572) corresponden a defunciones fetales y 47.28% (3204), corresponde a las muertes neonatales.

⁶Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima: 2000.

2.1.1 Enunciado del Problema Específico

El Perú presenta elevada razón de mortalidad materna y elevada 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 1 Competencias de la Entidad para abordar el problema

TABLA N°01: Competencias de la Entidad para abordar el problema		
<i>Competencias</i>	<i>Exclusivas / Compartidas</i>	<i>Si es compartida indique si tiene la rectoría</i>
El análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes. <i>Arti.3 De las competencias de rectoría Sectorial del Ministerio de Salud- Ley N° 26842, Ley General de Salud.</i>	Exclusiva	
El desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones. <i>Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.</i>	Exclusiva	
El análisis, formación y evaluación de las políticas públicas de salud. <i>Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población y modificada por la Ley N° 26530.</i>	Exclusiva	
La evaluación y control de tecnologías sanitarias <i>Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive</i>	Exclusiva	
La formulación e implementación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y disseminación de información científico-técnica. <i>Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA</i>	Exclusiva	
La definición de criterios de asignación de recursos que deben adjudicarse a organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud. <i>Ley de Presupuesto.</i>	Compartida	MEF
La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados. <i>Ley 29158 Ley orgánica del Poder Ejecutivo,</i>	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. <i>Ley N°27783 Ley de Bases de Descentralización</i>	Exclusiva	
La promoción de la cultura de salud, educación e información sanitaria a la población. <i>Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA</i>	Compartida	MINJUS, MIMP, MINEDU
La promoción de la defensa de los derechos ciudadanos en salud. <ul style="list-style-type: none"> • 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. <i>Ley 28927 Ley de Presupuesto del Sector Publico, Artículo 3°.-De las competencias de rectoría sectorial del Ministerio</i>	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 Público, 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 100,000n.v 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 aún 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 2: Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

TABLA N° 02: Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado				
Variable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	2012	2013	2014	2015
Desagregación Pertinentes				
Muerte Materna	93 x 100,000 n.v	93 x 100,000 n.v	93 x 100,000 n.v	93 x 100,000 n.v
Muerte Neonatal	13	12	12	11
Tasa Global de Fecundidad	2.6	2.4	2.5	2.5
Parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales	67.3	68.5	72	73.2
Proporción de parejas protegidas	75.5	74	78	74.6
Parto institucional	85.9	88	89.2	90.7
Necesidad insatisfecha en planificación familiar	8.2	9	8.6	6.5
Cesárea de gestantes procedentes de la zona rural	10.8	11.5	12	12.9
Gestantes que recibieron 6 o más controles prenatales	84.5	87.3	86.6	88.4
Gestante que recibió su primer control pre natal en el 1er trimestre de gestación	75	77.4	77.3	79.8
Proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas	17.5	18.5	17.2	19

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 Cuantificación de la Población Potencial

Tabla 3: Cuantificación de la Población Potencial

TABLA N° 03: Cuantificación de la Población Potencial	
Valor	Unidad de Medida
5,877,965	Mujer en edad fértil (incluye gestantes)
403,170	Recién Nacido

Fuente: INEI

2.2.3 Criterios de Focalización

Se considera 100% de la población INEI.

2.2.4 Población Objetivo

Es aquella población integrada por mujeres (10 a 49 años) en edad fértil.
A todo recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida (neonato).

Tabla 4: Población Objetivo

TABLA N° 04: Población Objetivo	
Valor	Unidad de Medida
5,877,965	Mujer en edad fértil (incluye gestantes)
403,170	Recién Nacido

Fuente: INEI

2.2.5 Atributos de la Población Objetivo

Tabla 5: Atributos de la Población Objetivo
NO APLICA

2.3 Causas del problema Identificado

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 modelo que se presenta en el *Gráfico N° 1*.

Marco conceptual de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal

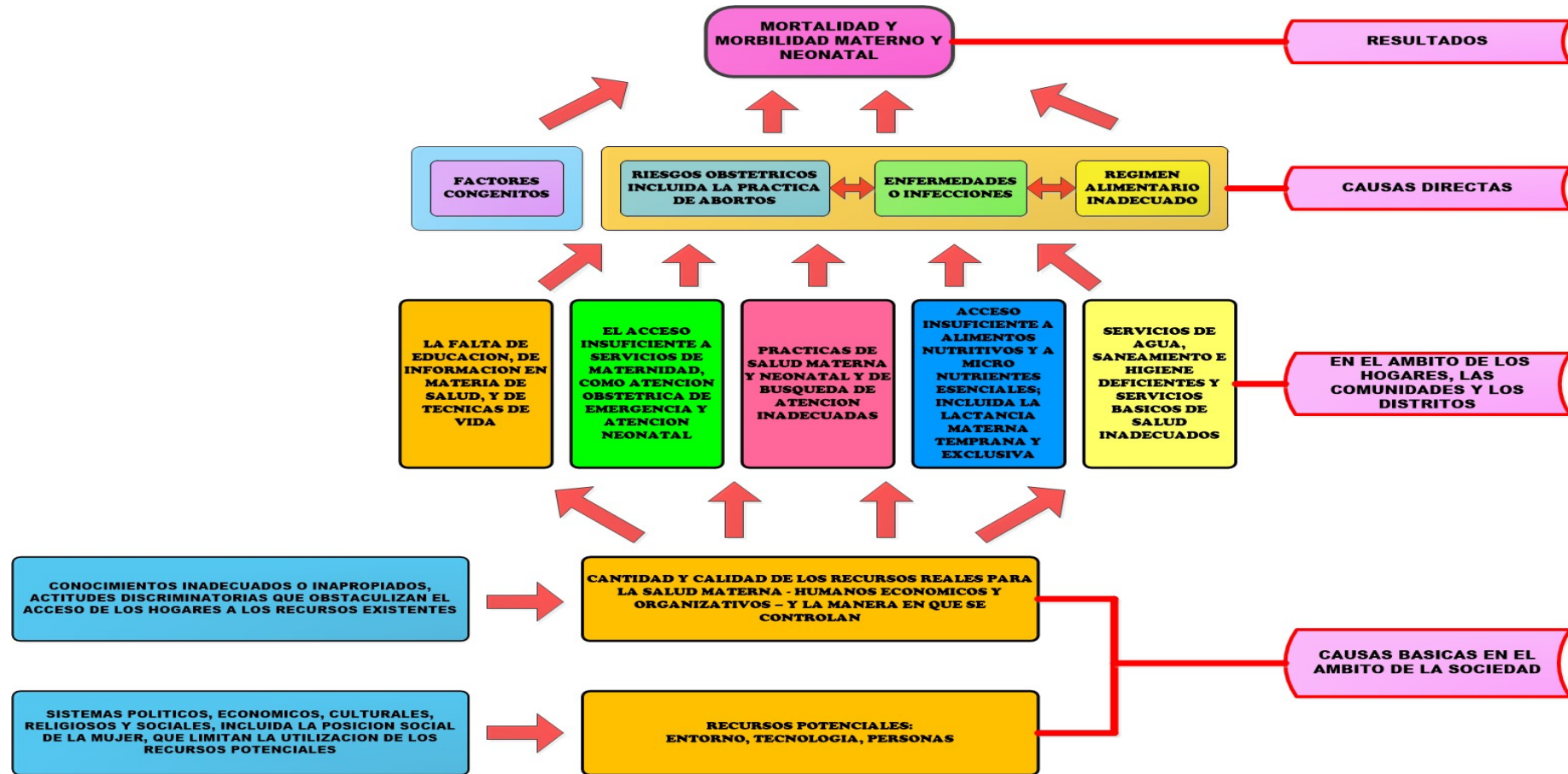
Este marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de unos hábitos saludables, y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que provienen 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 (ver *Gráfico N° 2*). Dicha adaptación se hace bajo los criterios de: condiciones geográficas, características culturales, población (cantidad y heterogeneidad), entre otros.

Gráfico 1: Marco Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno y Neonatal



Fuente: UNICEF⁷

⁷ 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

Gráfico 2: Modelo del Marco Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno Neonatal adaptado

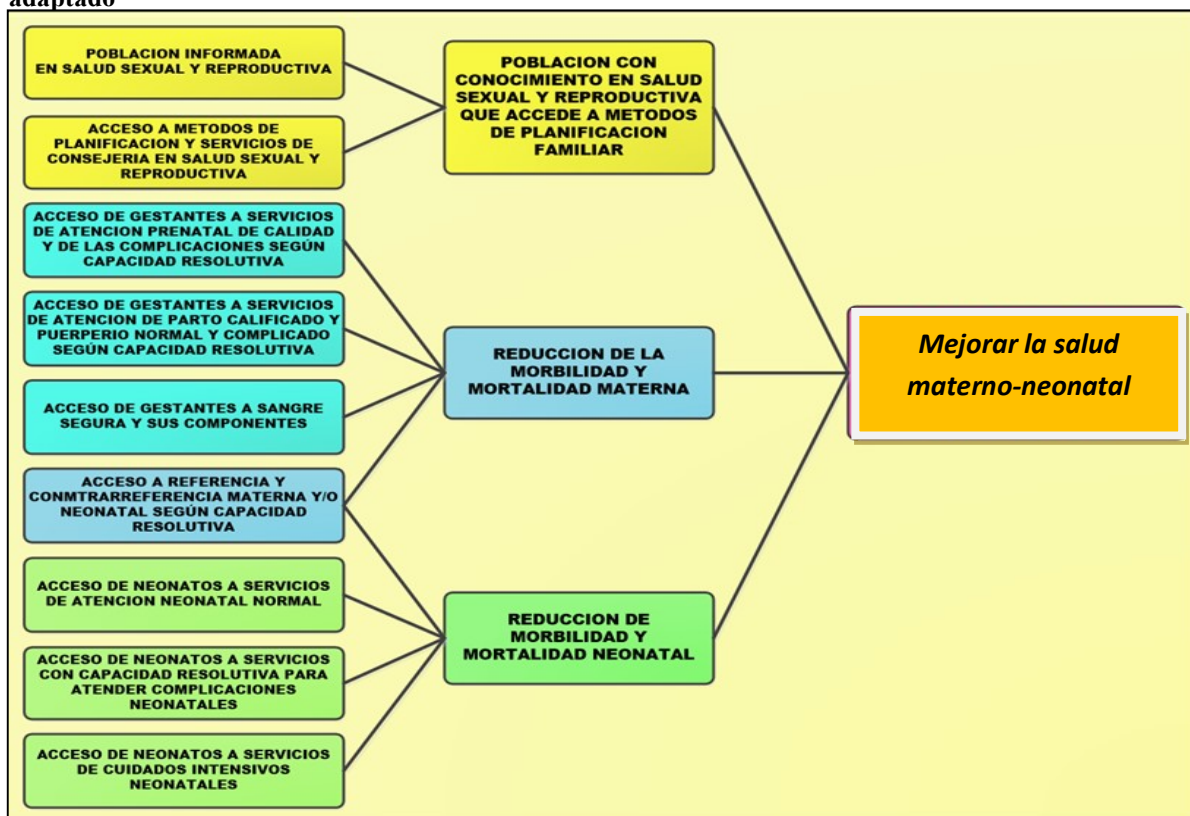


Tabla 6: Causas del Problema Identificado

TABLA N° 06: Causas del Problema Identificado

I. 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 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 morbimortalidad 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 comparado con las que no presentaron pre-eclampsia.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la	A2, C2

relación de causalidad	
------------------------	--

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

Descripción de la causa	Infecciones maternas
Describa 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
Describa 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 espontáneo 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
Describa 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 más 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 tanto de 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 adolescentes 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.
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 fue 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, quasi 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 a 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 están 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	La anemia durante el embarazo incrementa el riesgo de mortalidad materna, y está

causa directa y el problema específico	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 específico	La lactancia materna temprana es un factor protector para mortalidad relacionada a infección.
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

3. DISEÑO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL

3.1 Resultado Específico

Tabla 7: Resultado Específico

TABLA N° 07: Resultado Especifico	
Problema identificado	Resultado específico
Elevada morbilidad y mortalidad materna Elevada morbilidad y mortalidad neonatal	Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal
¿A quiénes beneficiará?	Mujeres en edad fértil Recién nacidos

3.2 Análisis de los Medios

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.

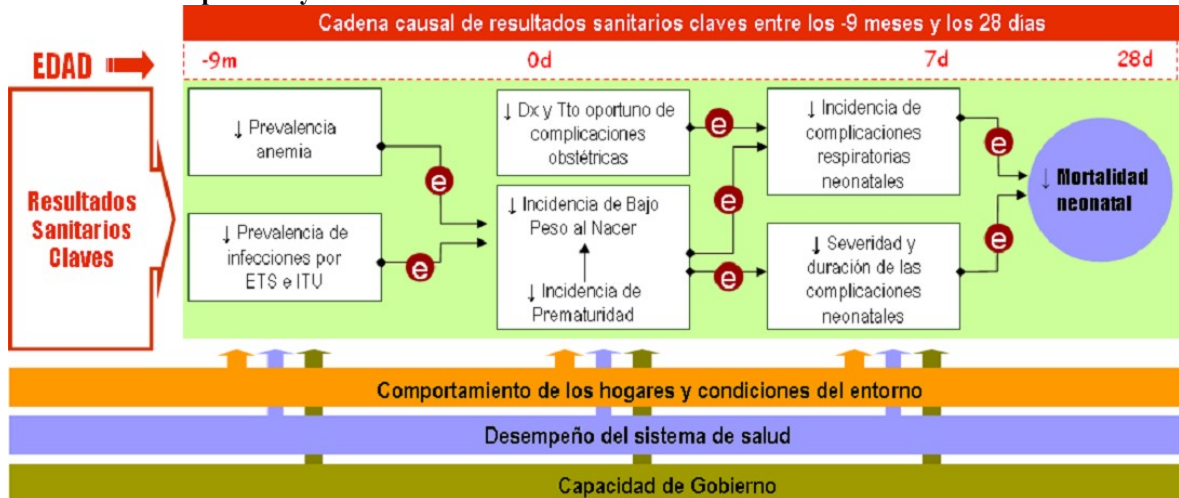
Para determinar la magnitud de la condición de interés es necesario elegir indicadores con los datos más actualizados posibles que puedan brindar dicha información. Es sumamente útil, presentar datos en torno a la tendencia y brechas (inequidades) del indicador - puede ser por ámbito, niveles de pobreza, entre otros – puesto que permiten la caracterización buscada.

Principales trayectorias de causalidad relacionadas con la morbilidad y mortalidad neonatal

En el *Gráfico N° 3* se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad neonatal. La letra -e- sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

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^{8,9,10}.

Gráfico 3: Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal



Siguiendo la lógica del diagrama del gráfico N° 3 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^{11,12}, el 85% de las **mueres 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%)**¹³. De acuerdo a los registros administrativos (certificados de defunción), las causas de muerte neonatal más frecuentes son los trastornos respiratorios específicos del periodo neonatal (en las zonas rurales el 60% de las muertes neonatales ocurre por asfixia¹⁴), el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la sepsis bacteriana del recién nacido¹⁵ 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

⁸OMS. Mother-Baby Package: An approach to Implementing Safe Motherhood. Geneva. 1994

⁹OMS. Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. Geneva.1995

¹⁰ CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido: Un manual de referencia para gerentes de programas. 1998

¹¹ Hill K, Choi Y. Neonatal mortality in the developing world. Demographic Research 2006; 14 (18): 429-452

¹² Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. Determinants of neonatal mortality in Indonesia. BMC Public Health. 2008 Jul 9;8:232.

¹³United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition.Low Brith 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

¹⁴Oficina General de Epidemiología 1999-2002.

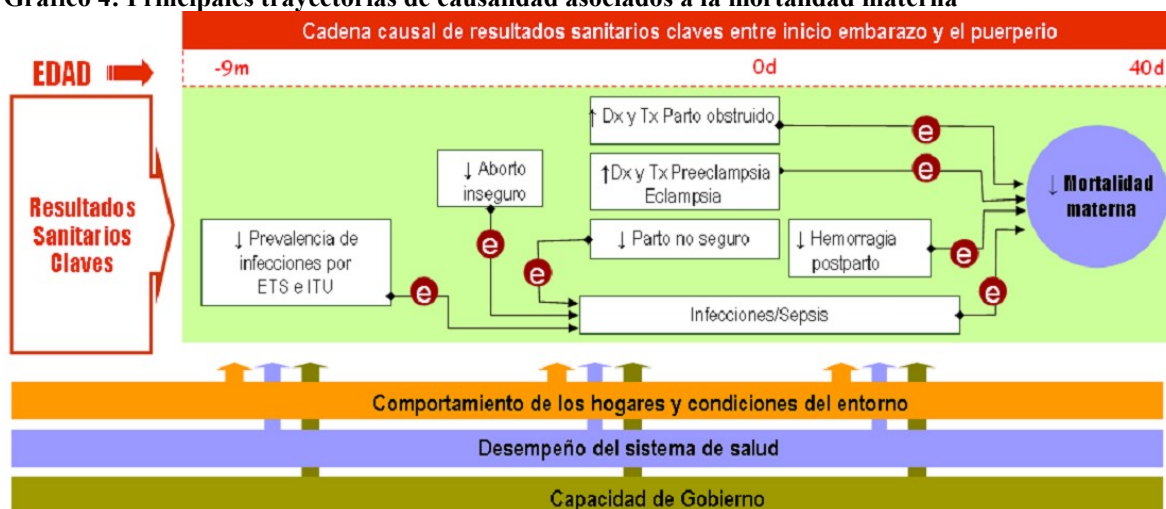
¹⁵ Tapia I JL, Reichhard T C, Saldías R MI, Abarzúa C F, Pérez A ME, González M A, Gederlini G A. Sepsis neonatal en la era de profilaxis antimicrobiana prenatal. Rev Chilena Infectol. 2007 Apr;24(2):111-6.

- 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 resolutoria 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° 4* se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad materna. La letra -e- sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Gráfico 4: 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 discapacidad (AVAD)- que las que son ocasionadas por 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° 4* y por orden de relevancia, la mortalidad materna, es resultado principalmente de las siguientes causas^{16,17, 18,19}:

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 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

¹⁶ 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.

¹⁷ Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5): 313-317

¹⁸ 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.

¹⁹ Nour NM. An introduction to maternal mortality. Rev Obstet Gynecol. 2008 Spring;1(2):77-81.

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 pre-eclampsia 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 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 obstruido**²⁰, 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 resolutive, 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.

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.

²⁰ 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.

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).

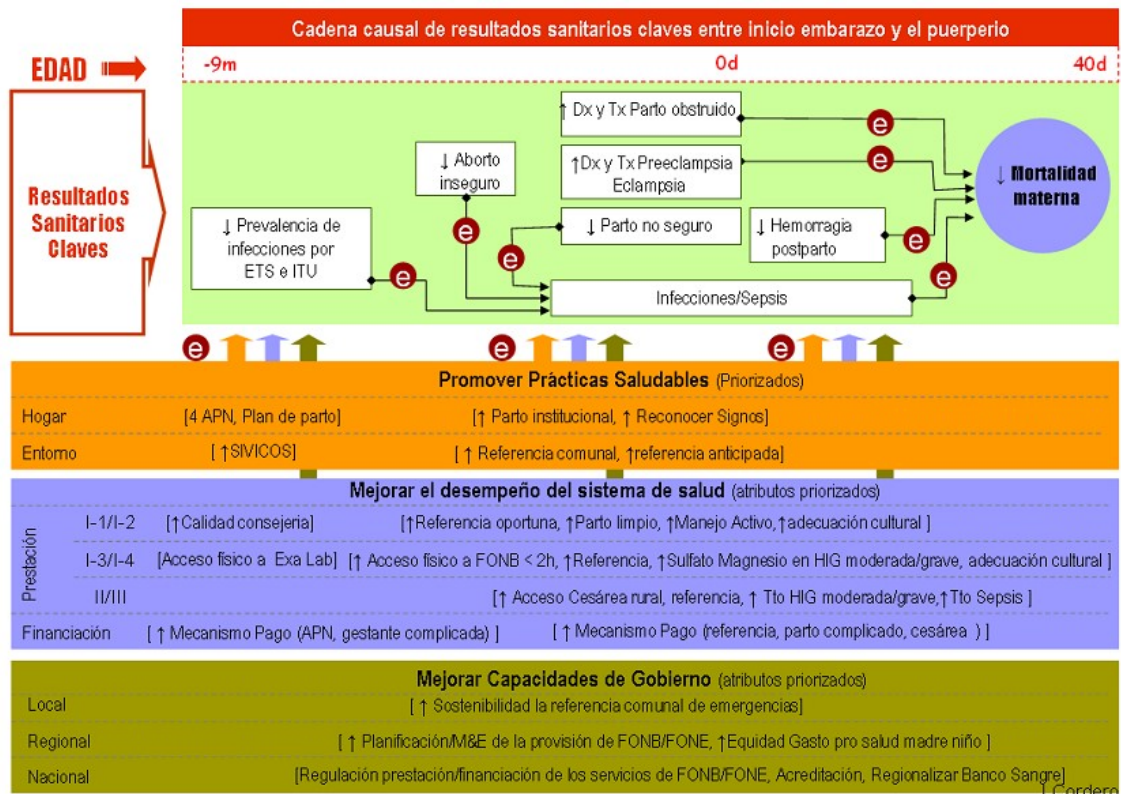
Cada uno de estos tres grupos de factores influye de manera diferente en cada etapa de vida respecto de los resultados sanitarios antes indicados. Por ejemplo, en relación a la prevalencia de anemia de gestantes, desde la perspectiva del desempeño del sistema de salud (segundo grupo de factores), es 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° 5* 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 materna²¹. 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.

Gráfico 5: Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad materna



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 múltiparas (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

²¹ 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.

para identificar tempranamente a gestantes que sufrirán de pre-eclampsia²² 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 manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia postparto^{23,24} 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 parto²⁵

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 ella²⁶. 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)²⁷. Este conjunto de intervenciones se conocen como Funciones obstétricas²⁸ para el cuidado de

²²Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. World Health Organization systematic review of screening tests for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2004;104:1367-91.

²³ McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;77(3):267-75.

²⁴Gulmezoglu 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.

²⁵Goodburn 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.

²⁶ Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled?. *Am J Public Health.* 1999;89(4):480-2.

²⁷ 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

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)²⁹, 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 eclampsia³⁰. De manera similar existen otros estudios que proveen de nuevas evidencias valiosas en el manejo de complicaciones obstétricas.

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)³¹.

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)³².

²⁸ Mavalankar DV, Rosenfield A. Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care. *Am J Public Health*. 2005 Feb;95(2):200-3.

²⁹The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet* 1995;345:1455-63.

³⁰ 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.

³¹UNICEF, WHO and UNFPA.Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York UNICEF; 1997

³²Fonseca 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.

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 método³³ (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 significativa³⁴, aunque dado el tremendo costo de una muerte materna, muchos recomiendan su uso en adición a los oxitócicos parenterales³⁵.

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 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.

Esquema para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal

En el *Gráfico N° 6* 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:**
 - Fortalecer las competencias del recurso humano que realiza atención del parto y atención inmediata del recién nacido

³³Bergström S. Appropriate obstetric technologies to deal with maternal complications. *Studies in Health Services Organisation and Policy* 2001, 17, 175-194.

³⁴Hofmeyr GJ, Ferreira S, Nikodem VC, et al. Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial [ISRCTN72263357]. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2004;4(1):16.

³⁵Potts M, Campbell M. Three meetings and fewer funerals--misoprostol in postpartum haemorrhage. *Lancet*. 2004; 364(9440):1110-1.

³⁶Chomba 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.

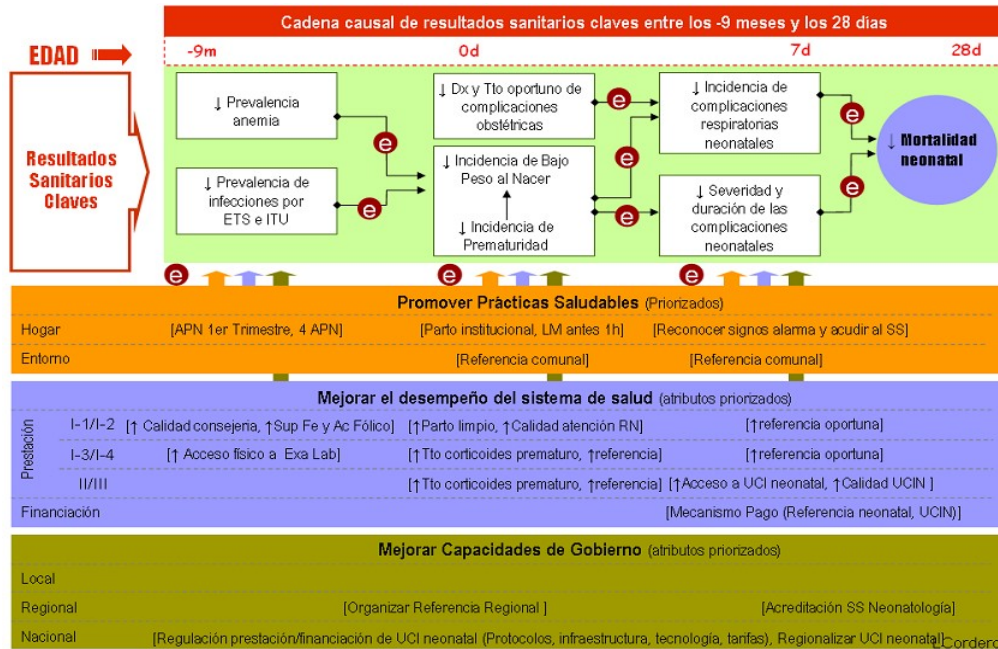
³⁷Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr*. 2004 May;93(5):643-7.

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

- 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.
 - 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 que atiende el parto y la atención del recién nacido. Específicamente en el manejo de asfixia.

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

Gráfico 6: Esquema de las Intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal



3.3 Análisis de Alternativas

Tabla 8a: Análisis de Alternativas

TABLA N° 08a. 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 calificado
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 y sulfato ferroso 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	Fortalecimiento con multi-micronutrientes
Alternativa de intervención 19	Fortalecimiento 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 a la gestante para prevenir síndrome de dificultad respiratoria 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 se presentan en los Gráficos No. 7 y 8.

Gráfico 7: Principales ejes de las intervenciones del Programa Materno Neonatal

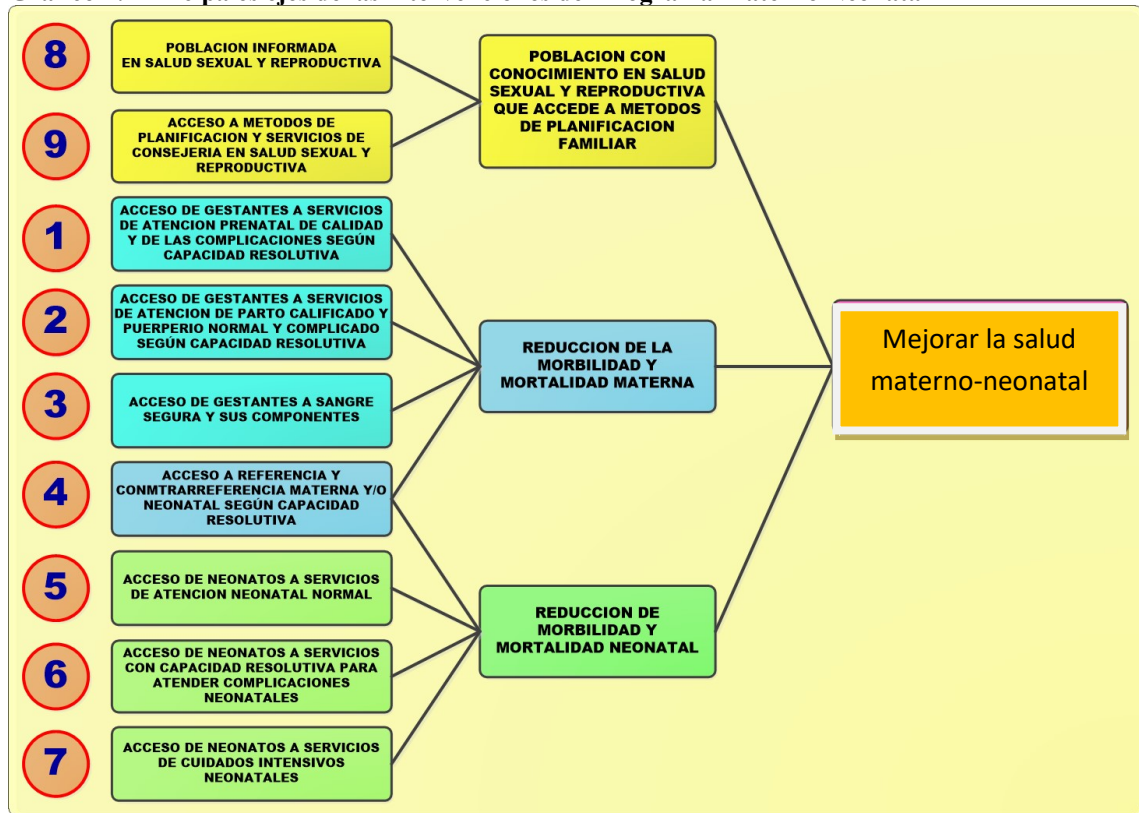
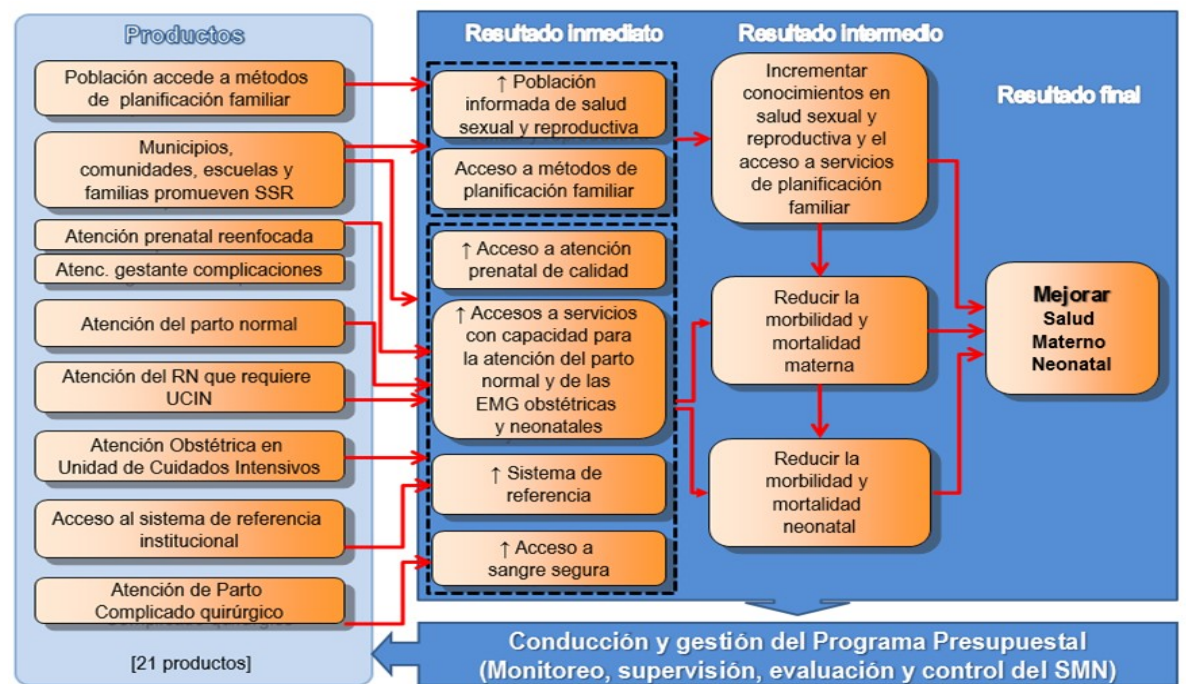


Gráfico 8: Modelo Lógico

FALTA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE



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, parto y puerperio, 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, prevención del embarazo adolescente

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.

3.3.1 Análisis de las alternativas de intervención

Tabla 8b Análisis de Alternativas de Intervención

TABLA N° 08b: Análisis de Alternativas de Intervención	
I. Intervenciones para incrementar conocimiento en salud sexual y reproductiva	
<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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
<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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	Si

está siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 en función de su propia experiencia e información sobre los efectos secundarios materno y fetal adversos.
Esta intervención ya	Si

está siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1, A2

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 efecto contrario también se documentó.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	Suplementación peri-concepcional 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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 fetal; y de presentar un mayor peso de nacimiento.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

III. Intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 cuidados 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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 incrementa algunos indicadores antropométricos, de lactancia materna, o acercamiento madre-hijo. No se encontraron diferencias significativas entre infantes MMC y controles en trastornos del neuro-desarrollo o neurosensoriales a un año de edad corregida.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

<i>Alternativa de</i>	Corticoesteroides para prevenir síndrome de dificultad respiratoria neonatal
-----------------------	---

<i>intervención identificada</i>	
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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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, 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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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	Si

está siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 retiran 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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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 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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

<i>Alternativa de intervención identificada</i>	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

Tabla 8c : Análisis de Alternativas de Intervención

TABLA N° 08c: Análisis de Alternativas de Intervención						
Descripción del medio		Describe brevemente el medio del Árbol No. 2				
ID	Alternativa	Complemen- taria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	Promoción de la Salud sexual y reproductiva en adolescentes	4	X		A1, A2	X
2	Disponibilidad y acceso a consejería en salud sexual y reproductiva	3	X		A1	X
3	Acceso a métodos de planificación familiar	2, 4	X		A2	X
4	Prevención de embarazos adolescentes	1	X		A1	X
5	Prevención de hemorragias post-parto		X		A1	X
6	Atención inmediata para hemorragia post-parto		X		A1	X
7	Suplementación materna con calcio para prevenir trastornos hipertensivos	10	X		A1	X
8	Tratamiento de pre-eclampsia con sulfato de magnesio	10	X		A1	X
9	Dosis baja de aspirina para prevenir	10			A1	

	pre-eclampsia					
10	Uso de hipertensivo para tratar hipertensión severa en gestación	7, 8, 9	X		A1	X
11	Parto limpio		X		A1	X
12	Vacunación contra tétanos		X		A1, A2	X
13	Nacimiento temprano programado para manejo de ruptura prematura de membrana a término		X		A1	X
14	Atención prenatal de calidad		X		A1, C2	X
15	Detección y tratamiento de infecciones	14,	X		A1	X
16	Atención del parto por personal capacitado		X		A2	X
17	Sistemas de referencia en cuanto a organización, operación y financiamiento	14, 16	X		A2	X
18	Tratamiento de vaginosis bacteriana	14	X		A1	X
19	Suplementación preconcepcional de ácido fólico en mujeres en edad reproductiva	20	X		A1	X
20	Suplementación con ácido fólico en gestantes	19	X		A1	X
21	Suplementación con hierro y hierro/ácido fólico en gestantes	22	X		A1	X
22	Suplementación oral con múltiples nutrientes durante gestación	21	X		A1	X
23	Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes		X		A1	X
24	Administración prenatal de progesterona				A1	
25	Suplementación preventiva con vitamina A		X		A1	X
26	Cuidado de madre canguro	28	X		A1	X
27	Corticosteroides para prevenir síndrome de dificultad respiratoria neonatal		X		A1	X
28	Promoción de la lactancia materna		X		A1	X
29	Promoción de inicio temprano de la lactancia materna	28	X		A1	X
30	Promoción y provisión de cuidado higiénico del cordón y de la piel		X		A1	X
31	Corte tardío del cordón umbilical		X		A1	X
32	Administración de vitamina K neonatal		X		A2	X
33	Manejo de casos de sepsis neonatal, meningitis y neumonía		X		A1	X
34	Uso de surfactante profiláctico y terapéutico para prevenir síndrome de dificultad respiratoria en bebés pre-término		X		A1	X
35	Presión positiva continua en la vía aérea para manejo de bebés pre-término con síndrome de dificultad respiratoria		X		A1	X
36	Intervenciones de higiene		X		C3	X
37	Intervenciones para dejar de fumar		X		A1	X

	durante la gestación					
38	Programas de incentivos financieros				A1	
39	Plataformas de base comunitaria Para promoción y educación nutricional		X		A1	X
40	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) neonatal		X		A2	X
41	Casa de espera materna		X		A1	X

3.4 Transición de las Alternativas al Producto

Tabla 9: Transición de las alternativas al producto

TABLA N° 09: Transición de las Alternativas al Producto									
Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos					
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación				
1	Intervenciones para incrementar conocimientos en salud sexual y reproductiva, y el acceso a servicios de planificación familiar	1	Promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes	3000002	Población Informada sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Métodos de Planificación Familiar				
				3033412	Familias Saludables Informadas respecto de su Salud Sexual y Reproductiva				
				3033288	Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva				
				3033289	Comunidades Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva				
				3033290	Instituciones Educativas Saludables Promueven Salud Sexual y Reproductiva				
2	Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna	2	Disponibilidad y acceso a consejería en salud sexual y reproductiva	3033292	Población Accede a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva				
				3	Acceso a métodos de planificación familiar	3033291	Población Accede a Métodos de Planificación Familiar		
						4	Prevención de embarazos en adolescentes	3000005	Adolescentes Acceden a Servicios de Salud para Prevención del Embarazo
								3033294	Atención de la Gestante con Complicaciones
2	Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna	1	Prevención de hemorragia post-parto	3033296	Atención del Parto Complicado No Quirúrgico				
				3	Suplementación materna con Calcio para prevenir trastornos hipertensivos	3033172	Atención Prenatal Reenfocada		
						3033294	Atención de la Gestante con Complicaciones		
				5	Uso de hipertensivos para tratar hipertensión severa en gestación	3033294	Atención de la Gestante con Complicaciones		
						3033295	Atención del Parto Normal		
				7	Vacunación contra tétanos	3033172	Atención Prenatal Reenfocada		

		8	Nacimiento temprano programado para manejo de ruptura prematura de membrana a término	3033295	Atención del Parto Normal
		9	Atención prenatal de calidad	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
		10	Detección de infección materna prenatal y las infecciones de transmisión sexual durante las visitas prenatales	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
		11	Atención de parto por personal capacitado	3033295	Atención del Parto Normal
		12	Sistemas de referencia en cuanto a organización, operación y financiamiento	3033304	Acceso al Sistema de Referencia Institucional
		13	Tratamiento antibiótico para infecciones durante la gestación	3033294	Atención de la Gestante con Complicaciones
		14	Suplementación preconcepcional con ácido fólico a mujeres en edad reproductiva	3033292	Población Accede a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
		15	Suplementación con ácido fólico en gestantes	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
		16	Suplementación con hierro y ácido fólico	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
		17	Suplementación con multi-micronutrientes	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
		18	Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
3	Intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal	1	Suplementación con vitamina A en neonatos	3033305	Atención del Recién Nacido Normal
		2	Cuidado de madre-canguro	3033306	Atención del Recién Nacido con Complicaciones
		3	Cortico esteroides para prevenir síndrome de dificultad respiratoria neonatal	3033306	Atención del Recién Nacido con Complicaciones
		4	Promoción de inicio temprano de lactancia materna	3033305	Atención del Recién Nacido Normal
		5	Promoción y provisión de cuidado higiénico del cordón y de la piel	3033305	Atención del Recién Nacido Normal
		6	Corte tardío del cordón umbilical	3033295	Atención del Parto Normal
		7	Administración de vitamina K neonatal	3033305	Atención del Recién Nacido Normal
		8	Manejo de casos de sepsis neonatal, meningitis y neumonía	3033307	Atención del Recién Nacido con Complicaciones que Requiere Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - UCIN
		9	Uso de surfactante profiláctico y terapéutico para prevenir síndrome de dificultad respiratoria en bebés pre-término	3033306	Atención del Recién Nacido con Complicaciones
		10	Presión positiva continua en la vía aérea para manejo de bebés pre-término con síndrome de dificultad respiratoria	3033306	Atención del Recién Nacido con Complicaciones

4	Intervenciones para causas subyacentes de mortalidad y mortalidad materno-neonatal	1	Intervenciones de Higiene	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
		2	Intervenciones para dejar de fumar durante la gestación	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
				3033289	Comunidades Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva
				3033412	Familias Saludables Informadas respecto de su Salud Sexual y Reproductiva
		3	Plataformas de base comunitaria para reducción de mortalidad materno-neonatal	3033289	Comunidades Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva
		4	AIEPI neonatal	3033306	Atención del Recién Nacido con Complicaciones
5	Casa de Espera Materna	3033288	Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva		

Tabla 10: Modelo Operacional del Producto

TABLA N° 10: Modelo Operacional del Producto						
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-DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
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	<p>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:</p> <p>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.</p>					

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><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.</p> <p>La difusión se complementa mediante la publicación en medios impresos, magnéticos, cibernéticos y reuniones de información para su conocimiento y aplicación.</p> <p>*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.</p>
2. Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>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</p>
3. Criterios de programación	<p>A nivel Nacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos informes uno semestral y uno anual. <p>A nivel Regional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos informes uno semestral y uno anual.
4. Método de agregación de actividades a producto	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

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 entrega del producto	DISA/DIRESA/GERESA/Redes/Microredes/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 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	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>La atención integral de salud para adolescentes comprende las siguientes prestaciones de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, descartar 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. <p>La Atención Integral de salud para adolescentes se considera ejecutada cuando se culmina con la entrega de las prestaciones de salud previamente mencionadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las prestaciones consignadas en el Plan de Atención Integral de salud para 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.
2. Organización para la entrega del producto	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Otras Unidades Ejecutoras: Programan el producto, establecen sus metas físicas y financieras, y en algunos casos entregan el producto a la población beneficiaria.</p> <p>Establecimientos de salud: Entregan el producto a la población beneficiaria..</p>
3. Criterios de programación	<p>Adolescentes atendidos = 20% de los adolescentes nuevos y reingresantes en los ES atendidos por todas las causas.</p> <p><i>Nota:</i> Se tendrá como referencia la cifra de adolescentes nuevos y reingresantes al establecimiento de salud en el año previo..</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	Atención Integral para la prevención del embarazo adolescente.
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN- Tabla 10

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-DSSR					
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.
3. Criterios de programación	Orientación y Consejería en PF: No. de Orientación y Consejerías en F= Incremento de 20% de atenciones realizadas el año anterior. Captación de mujeres con demanda insatisfecha de PF: No. de mujeres con demanda insatisfecha de PF captadas = MEF x % de mujeres con demanda insatisfecha (ENDES) Atención Pregestacional: No. de mujeres preparadas = MEF x 10% (o según tendencia de años anteriores).
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	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

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-DSSR					
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	Proporción de parejas protegidas					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo en un año.					
Modelo operacional del producto						
	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					

1. Definición operacional	Personal de Salud	Abstinencia Periódica	MELA	Condón masculino	Condón femenino	Implante	Píldora Combinada	Inyectable combinado	Inyectable progestágeno	Dispositivo intrauterino	AQV femenina	AQV masculina
	Médico Gineco-obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Urólogo											X
	Médico General	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(*)								
	<i>(*) Donde no haya el profesional calificado podrá entregar el insumo otro personal capacitado, La prescripción lo debe realizar el personal autorizado</i>											
2. Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p>											
3. Criterios de programación	<p>Total de parejas a proteger = MEF x % MEF que requieren PF x % de MEF que corresponde atender al MINSA (según nivel de programación)</p> <p>No. Parejas a proteger por método anticonceptivo = Total de parejas a proteger x % de cada método (según mezcla anticonceptiva)</p> <p><i>Notas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuente de información INEI - ENDES - % MEF que requieren PF= suma de: la prevalencia de uso MAC + % la necesidad insatisfecha en PF + % falla de método. <p>Considerar que en los quintiles I y II, el 100% de las MEF requieren PF.</p>											
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>Es la suma de los subproductos, con excepción complicaciones de uso de métodos AQV masculino</p> <ul style="list-style-type: none"> • AQV femenino • Dispositivos intrauterinos (Método DIU) • Anticonceptivo hormonal inyectable • Métodos de barrera • Anticonceptivo hormonal oral • Métodos de abstinencia periódica • Método de lactancia materna exclusiva(MELA) • Anticonceptivo hormonal mensual inyectable • Condón femenino • Implante 											
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10											

Denominación del producto	ATENCION PRENATAL REENFOCADA
---------------------------	------------------------------

Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR					
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 más controles prenatales.					
Indicadores de desempeño del producto	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	<p>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, Obstetra y Médico Cirujano con competencias, con la participación de todo el equipo multidisciplinario; se realiza en todo establecimiento de salud.</p> <p>La atención debe iniciarse en el primer trimestre de gestación e implica la entrega de un paquete básico compuesto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Bacteriuria asintomática (tira reactiva). • Sífilis (prueba rápida). • VIH (prueba rápida). • Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico). • Anemia (Hemoglobina con "Hemocue"). • Diabetes gestacional (Hemoglucoest). <p>En zonas endémicas además se debe considerar:</p>					

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 prueba rápida).
2. Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p>
3. Criterios de programación	<p>No. de Gestantes Controladas = 100% de gestantes programadas de acuerdo a la población ENAHO y en los quintiles I y II el 100% de población gestante</p> <p>Fuente de Información: HIS e INEI.</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	Atención de la gestante
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

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	<p>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 Obstetra con competencias en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas y equipo multidisciplinario capacitado a partir de los establecimientos FONB.</p> <p>El personal de salud debe ser capacitado con la modalidad pasantía y taller en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>En caso de aborto incompleto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva y oferta de MAC. - 1 día de hospitalización en caso de LU. - Exámenes auxiliares y de laboratorio. 					

	<p>Unidades de Sangre de acuerdo a los subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo con laparotomía (3329414): Mínimo 02 unidades de sangre. - Hemorragia de la Segunda Mitad del embarazo (3329407): Mínimo 04 unidades de sangre
2. Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud I-4): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.</p>
3. Criterios de programación	<p>No. de Gestante con complicaciones = No. Gestantes programadas x % de gestantes con complicaciones (de acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años)</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

Denominación del producto	ATENCIÓN OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR					
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 en UCI					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de gestantes en UCI					
Modelo operacional del producto						

1. Definición operacional	<p>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, Obstetra con competencias y Enfermera capacitada. Se realiza en los establecimientos FONE (que cuentan con UCI) y FONI.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 a 15 días de hospitalización. - Exámenes de laboratorio. - Vigilancia y monitoreo fetal. - Unidades de sangre según corresponda: <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.</p>
3. Criterios de programación	<p>No. de Gestantes que requieren UCI = $\frac{\text{No. Gestantes programadas} \times \% \text{ de gestantes que requirieron UCI (de acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años)}}{100}$</p> <p>Fuente de información: Reporte de egresos de UCI, de los últimos 03 años.</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR					
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	G	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	
1. Definición operacional	<p>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 con competencias, a partir de los establecimientos de salud FONP I-3 estratégico y FONB.</p> <p>Incluye Parto vertical con adecuación intercultural.</p> <p>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.</p> <p>La atención incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de Historia Clínica Obstétrica y del partograma - 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 puerpera. - 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	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p>
3. Criterios de programación	Total Partos Normales = 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	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

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-DSSR
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	<p>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 con competencias y/u Obstetra, con apoyo del equipo multidisciplinario de salud, a partir del establecimiento FONB.</p> <p>La atención se realiza de acuerdo a lo descrito en las "Guías de Práctica Clínica"</p> <p>Incluye:</p> <p>Internamiento para el manejo como puérpera inmediata.</p> <p>Exámenes auxiliares y de laboratorio que se requiera.</p>				
2. Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud I-4): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.</p>				
3. Criterios de programación	<p>No. Partos Complicados No Quirúrgicos = No. gestantes programadas x % de parto complicados no quirúrgicos (de acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años).</p> <p>Fuente de información: Reporte de egresos hospitalarios, de los últimos 03 años</p>				
4. Método de agregación de actividades a producto	<ul style="list-style-type: none"> • Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional • Hemorragias Intraparto y Postparto. 				
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10				

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO				
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes				
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR				
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	<p>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.</p> <p>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</p>
2. Organización para la entrega del producto	<p>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.</p>
3. Criterios de programación	<p>No. Partos Complicados No Quirúrgicos = No. Gestantes programadas x % de parto por cesárea (de acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años). Fuente de información: Reporte de egresos hospitalarios, de los últimos 03 años Considerar que la proporción de partos que se dan por cesárea es el 20% de las gestantes programadas.</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>Cesárea</p>
5. Flujo de procesos	<p>Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10</p>

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PUERPERIO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR					
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 Púérperas controladas					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de púérperas controladas					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la púérpera; lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Obstetra y Médico Cirujano capacitado y a partir de los establecimientos de salud nivel I.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 púérperas 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 púérpera no acuda a su control. • Toma de hemoglobina en el primer control de puerperio. 					
2. Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p>					
3. Criterios de programación	No. de atenciones de puerperio = 100% de partos normales programados + 100% de partos 100% de partos complicados no quirúrgicos programados + 100% de partos por cesárea programados.					
4. Método de agregación de actividades a producto	Atención del puerperio					
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10					

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Puérpera complicada					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR					
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	Nº de puérperas complicadas atendidas.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de puérperas complicadas atendidas.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>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.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	Personal profesional capacitado en los establecimientos a partir del, FONE, FONI					
3. Criterios de programación	No, Puérpera con complicaciones = Total de casos del año anterior (analizando tendencia de casos presentados en los últimos tres años).					
4. Método de agregación de actividades a producto	La Meta física es la suma de los subproductos de Endometritis puerperal + Mastitis+ Otras complicaciones del puerperio.					
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10					

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO NORMAL					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién Nacido					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR					
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	<p>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.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><i>Primeros 60 minutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Recepción y valoración de la condición del RN. ○ Procedimientos para prevenir pérdida de calor (cambio de campo, secado y abrigo) ○ Asegurar el contacto piel a piel con la madre e inicio de la lactancia según condición del RN. ○ Evaluación APGAR al minuto y a los 5 minutos. ○ Procedimientos para identificación del RN (Colocación del brazalete de registro de datos completos) ○ Orientación a la madre sobre lactancia materna y signos de alarma neonatal. <p><i>Posterior a los 60 minutos hasta las 2 horas de nacido</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Profilaxis ocular de la oftalmia neonatal ○ Administración de vitamina K. ○ Evaluación de la edad gestacional utilizando el Test de Capurro. ○ Valoración de las medidas antropométricas: peso, longitud y perímetro cefálico. ○ Evaluación física y neurológica. ○ Identificación de signos de alarma del recién nacido y referencia oportuna, si corresponde. ○ Registro de datos en la historia clínica (o en la base de datos, si es computarizada) ○ Traslado de recién nacido a Alojamiento Conjunto u hospitalización 				
2. Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p>				
3. Criterios de	No, de Recién Nacidos Normales = No. partos normales + No. de cesáreas				

programación	
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención inmediata del recién nacido
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién Nacido					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR					
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	<p>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 resolutive; 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.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El tiempo de hospitalización o internamiento es variable y depende la patología. 					
2.Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto al (las) los beneficiari(as)os.</p>					

3.Criterios de programación	No, de Recién Nacidos con complicaciones = (Nº. partos normales + Nº. de cesáreas) x % de recién nacidos con complicaciones (de acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años). Fuente de información: Reporte de egresos hospitalarios, de los últimos 03 años
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención de recién nacido con complicaciones
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN 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-DSSR					
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					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	<p>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.</p> <p>Se realiza únicamente en establecimientos de salud que cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> o El tiempo de internamiento es variable y depende de la patología. 					
2.Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto al (las) los beneficiari(as) os.</p>					
3.Criterios de programación	No. de Recién Nacidos con complicaciones que requieren UCIN = (No. partos normales + No. de cesáreas) x % de recién nacidos con complicaciones que requieren UCIN (de acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años). Fuente de información: Reporte de egresos hospitalarios, de los últimos 03 años..					

4.Método de agregación de actividades a producto	Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

Denominación del producto	ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante/Neonato					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSSR					
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	<p>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.</p> <p>Incluye:</p> <p>Traslado de los casos complicados en ambulancia (terrestre, fluvial y/o aérea). según corresponda.</p> <p>Comunicación con establecimiento al que se refiere utilizando medios de comunicación (radio, teléfono u otro) según disponibilidad.</p> <p>Acompañamiento de personal de salud capacitado según corresponda al caso.</p> <p>Administración de medicamentos según guía de práctica clínica.</p>					
2.Organización para la entrega del producto	<p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p> <p>DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa.</p> <p>Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa.</p> <p>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.</p>					
3.Criterios de programación	No. de referencias = Total de referencias año anterior (según tendencia de casos presentados en los últimos tres años)					
4.Método de agregación de actividades a producto	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10					

Denominación del producto	MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033288)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Para Salud: Concejo Municipal y Comité Multisectorial. Para Municipios: Gestantes y Adolescentes de los quintiles de pobreza 1 y 2 y/o municipios en los que se haya identificado la morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal y/o embarazo en adolescentes como problema prioritario.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud					
Responsable de la entrega del producto	Para Salud: 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. Para municipios: Municipios distritales/provinciales con quintil de pobreza 1 y 2 y/o con problemas de morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal y/o embarazo en adolescentes					
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 que implementa acciones para contribuir con la salud sexual y reproductiva. Para Municipios: Municipios con casa materna en funcionamiento					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Municipio provincial o distrital que cuenta con un concejo municipal y comité multisectorial (con ordenanza municipal) a quienes se les brinda asistencia técnica por parte del personal de salud para estar informados, motivados y capacitados para la implementación y funcionamiento de dos estrategias: casa materna y el centro de desarrollo juvenil que contribuirán al desarrollo de acciones hacia la maternidad y recién nacido sano, así como la prevención del embarazo en adolescentes respectivamente. Para ello se desarrollan reuniones de coordinación y abogacía con el concejo municipal, posteriormente reuniones de abogacía, talleres de capacitación y planificación y reuniones de monitoreo, seguimiento y evaluación con el comité multisectorial de las municipalidades posibilitando orientándolas para la implementación y funcionamiento de la casa materna y el centro de desarrollo juvenil u otras intervenciones para promover la salud sexual y reproductiva. Estas acciones se realizan en el local municipal o en localidades de la comunidad propuestas por el gobierno local Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades y tareas: Para Salud: Actividad 1: PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE Subfinalidad: CONCEJO MUNICIPAL CAPACITADO EN GESTIÓN LOCAL PARA ELABORAR PIP Y POLÍTICAS PÚBLICAS A FAVOR DE LA SALUD MATERNA NEONATAL, que incluye las siguientes tareas: <ul style="list-style-type: none"> • 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 (Una reunión de abogacía de 2 horas 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 nacido, así como el embarazo en adolescentes. (Una reunión de abogacía de 2 horas 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 2 horas de duración).

Subfinalidad: COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADO EN GESTIÓN LOCAL PARA PROMOVER PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD MATERNA NEONATAL, que incluye las siguientes tareas:

- Abogacía con el Comité Multisectorial, para presentar información actualizada sobre mortalidad materna, neonatal y prevención del embarazo en adolescentes, 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 (reunión de 3 horas de duración).
- Fortalecimiento de competencias para la generación de entornos saludables para Reducir la mortalidad materna neonatal y embarazo en adolescentes: implementación de la casa materna, centro de desarrollo juvenil, entre otros (taller de 3 horas de duración).
- Planificación para la implementación y/o funcionamiento de la Casa materna y centros de desarrollo juvenil (taller de 4 horas de duración).
- Monitoreo del funcionamiento de la casa materna y los centros de desarrollo juvenil. (2 reuniones, de 2 horas de duración).
- Evaluación del funcionamiento del funcionamiento de la casa materna y los centros de desarrollo juvenil (1 reunión de 3 horas de duración).

Para Gobierno Local:

Subfinalidad: MUNICIPIOS IMPLEMENTAN CASA MATERNA

Incluye las siguientes tareas:

- Conformación del equipo de trabajo para implementación de la Casa Materna entre los integrantes del Comité Multisectorial (Coordinaciones de 2 horas de duración).
- Planificación con los representantes de la municipalidad, comunidad y salud para adecuación o construcción de la casa materna, según criterios técnicos del Ministerio de Salud (Una reunión, de 3 horas de duración).
- Registro y programación de recursos para la implementación de la casa materna con participación del Comité Multisectorial y funcionarios municipales (Una reunión de 2 horas).
- Entrega e inauguración de la casa materna con participación del Comité multisectorial y población en general. (Una reunión de 2 horas).

Subfinalidad: MUNICIPIOS CON CASA MATERNA EN FUNCIONAMIENTO

Incluye las siguientes tareas:

- Elaborar el plan de trabajo para el funcionamiento de la casa materna (1 reunión de 4 horas de duración).
- Monitoreo y seguimiento del funcionamiento de la casa materna de acuerdo a los criterios técnicos del Ministerio de Salud, con los agentes comunitarios de salud, personal de salud y el representante de la municipalidad para (1 reunión de 2 horas de duración).
- Envía el reporte periódico y anual del funcionamiento de la casa materna a la DIRESA/GERESA, con copia a la Red de salud.

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación con los integrantes del comité multisectorial para ver logros de los objetivos y actividades previstos en el plan de trabajo, se realiza en el local comunal o municipalidad. (1 reunión de 3 horas de duración). • Monitorear con el comité multisectorial el avance del funcionamiento de la casa materna. (4 reuniones de 2 horas de duración). • Evaluar con el comité multisectorial. (1 reunión de 2 horas de duración). • Estas actividades son realizadas por el gerente de desarrollo social o profesional de la municipalidad designada para el tema, mediante el trabajo coordinado y articulado del Comité Multisectorial y el equipo de trabajo donde se encuentra la casa materna. <p>Subfinalidad: MUNICIPIOS IMPLEMENTAN CENTRO DE DESARROLLO JUVENIL (CDJ)</p> <p>Incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialización del Diagnóstico de Situación de Salud local de adolescentes y conformación del equipo de trabajo para la implementación del DCJ entre los integrantes del Comité. (Una reunión de 1 hora de duración). • Planificación para la implementación del DCJ, con los representantes de la Municipalidad, comunidad y salud, según criterios técnicos del Ministerio de Salud. • Registro y programación de recursos para la implementación y funcionamiento del DCJ. (Una reunión de 3 horas de duración). • Inauguración de Centro de Desarrollo Juvenil. (Una reunión de dos horas de duración). <p>Subfinalidad: MUNICIPIOS CON CENTROS DE DESARROLLO JUVENIL (CDJ) EN FUNCIONAMIENTO</p> <p>Incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programación de actividades para el funcionamiento de los CDJ en coordinación con los representantes del Comité Multisectorial. (Una reunión de 3 horas de duración). • Monitoreo y seguimiento del funcionamiento del CDJ en coordinación con el Comité Multisectorial de acuerdo a los criterios técnicos del Ministerio de Salud (Cuatro visitas de 2 horas de duración). • Análisis y toma de decisiones con el Comité Multisectorial acerca del cumplimiento de las actividades e identificando alternativas de solución a la problemática encontrada. (Una reunión de 2 horas de duración). • Evaluación con integrantes del Comité Multisectorial y equipo de salud (Una reunión de 3 horas de duración).
<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 - N° Ordenanza Municipal y CDJ-N° Ordenanza Municipal, 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	<p>Para salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% de municipalidades de los distritos quintil 1 y 2., se podrá programar municipalidades de los distritos quintil 3, 4 y 5, en los que se haya identificado como problema prioritario la morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal. <p>Para gobierno local:</p> <p>Casa materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programan 100% de municipalidades de los distritos quintil 1 y 2; se podrá programar en distritos quintil 3, 4 y 5, que tengan "bolsones de pobreza" en los que se haya identificado la morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal como problema prioritario. • 1 Casa Materna implementada por centro poblado de un distrito como mínimo. <p>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.</p> <p>Centro de Desarrollo Juvenil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programan 100% de municipalidades que han implementado Centros de Desarrollo Juvenil en años anteriores y las municipalidades que presentan problema prioritario de embarazo adolescente. • Meta es igual al 100% de Centros de Desarrollo Juvenil implementadas en años anteriores.
Fuente de información	<p>Fuente de información para la programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/institucionaldocumentos-mapapobreza) • Informe de implementación de Casas Maternas en años anteriores. • Informe de implementación de Centros de Desarrollo Juvenil en años anteriores.
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 en el cuidado de la salud sexual y reproductiva y salud materno neonatal (para el Sector Salud)
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)
Grupo poblacional que recibe el producto	<p>Para Salud: Juntas Vecinales Comunes y Agentes Comunitarios de Salud</p> <p>Para Gobierno Local: Agentes Comunitarios de Salud.</p>
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud.

Responsable de la entrega del producto	<p>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.</p> <p>Para Gobierno Local: Municipios distritales/provinciales con quintil de pobreza 1 y 2 y/o con problemas de morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal</p>					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	<p>Para Salud: Comunidades con junta vecinal capacitada que implementa acciones de vigilancia comunitaria para la salud sexual y reproductiva y salud neonatal</p> <p>Para Gobierno Local: Agentes comunitarios con kit básico para la vigilancia comunitaria en salud.</p>					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción Parto institucional en gestantes procedentes de zonas rurales					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Comunidades cuyas Juntas Vecinales Comunes y ACS están informados, sensibilizados y capacitados para promover prácticas y entornos saludables e implementar la vigilancia comunitaria; a fin de contribuir a la mejora de la salud materna y neonatal, y el ejercicio de la salud sexual y reproductiva. Estas acciones son realizadas por el personal de salud capacitado, en el establecimiento de salud, local comunal u otro que considere adecuado.</p> <p>El personal de salud realizará las siguientes actividades y tareas para el cumplimiento del producto:</p> <p><u>PARA SALUD:</u></p> <p>Actividad 1: COMUNIDAD PROMUEVE ACCIONES ADECUADAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE Y SALUD DEL NEONATO.</p> <p>Subfinalidad: JUNTA VECINAL COMUNAL CAPACITADA PARA VIGILANCIA COMUNITARIA EN SALUD DE MADRES Y NEONATOS, que incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abogacía con la Junta Vecinal Comunal para presentar información actualizada sobre el problema de la mortalidad materna y del recién nacido; y el embarazo en adolescentes, en la comunidad, 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 (1 reunión de 3 horas de duración). • Planificación participativa con la Junta Vecinal Comunal, 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 (1 taller de 4 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 (1 taller de 4 horas de duración). • Monitoreo y seguimiento con la Junta Vecinal Comunal de las acciones implementadas en 					

	<p>la promoción de prácticas y entornos saludables para la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido, y el embarazo en adolescentes (2 reuniones de 2 horas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (1 reunión de 3 horas de duración). <p>Subfinalidad: ACS CAPACITADOS PARA VIGILANCIA COMUNITARIA Y ORIENTACIÓN EN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LAS MADRES Y NEONATOS, que incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de capacidades acerca del rol del ACS 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 (1 taller de 5 horas): <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 consta de 1 Taller con 5 horas y se desagrega en 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. <p>Para la realización de estas actividades, la Red y/o Microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><u>PARA GOBIERNO LOCAL:</u></p> <p>Subfinalidad: IMPLEMENTACIÓN DEL KIT BÁSICO DE ACS PARA LA VIGILANCIA COMUNITARIA EN SALUD, incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar Kit básico de ACS para fortalecer las condiciones para el desarrollo de sus actividades en la comunidad. • Coordinar con el personal de salud y representante de Agente Comunitario de Salud de cada comunidad para programar la adquisición de los KIT básico (Chaleco, Gorro, Mochila, Polo, Cuaderno, Linterna), según la base de datos actualizada de Agentes Comunitarios de Salud. (1 reunión de 2 horas). • Realizar la entrega de los Kits a los ACS de la localidad (1 reunión de 2 horas).
<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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/DISA: 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. • RED DE SALUD /UNIDAD EJECUTORA: Garantiza la disponibilidad de los bienes y

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 entornos saludables para la mejora de la salud sexual y reproductiva. • MUNICIPIO: Los funcionarios de la municipalidad programan insumos en función a la cantidad de ACS, y destinan recursos para implementar el Kit básico del ACS. • 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.
3. Criterios de programación	<p>Para las subfinalidades de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% de las juntas vecinales comunales de los distritos de quintil 1 y 2, se podrá programar juntas vecinales de distritos quintil de pobreza 3, 4 y 5, en los que se haya identificado como problema prioritario la morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal. • 100% de ACS de los distritos de quintil 1 y 2, se podrá programar agentes comunitarios de salud de distritos de quintil 3, 4 y 5, en los que se haya identificado como problema prioritario la morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal. <p>Para la subfinalidad del gobierno local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% de ACS del ámbito de su jurisdicción.
Fuente de información	<p>Fuente de información para la programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de Juntas vecinales comunales según mapa de sectorización y/o de la Municipalidad. • Base de datos nacional de los ACS y proyección de sus necesidades, en la jurisdicción del establecimiento de salud. • Mapa de pobreza-FONCODES. • Reportes de epidemiología.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto es igual a la meta física del sub producto: "Junta Vecinal Comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos".
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033290)
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 y Gestión Territorial en 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	Instituciones educativas que incorporan 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	<p>Institución educativa del nivel inicial, primaria y secundaria que incluye 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; para ello el personal de salud realiza acciones de concertación, planificación, asistencia técnica, monitoreo y evaluación, en el local de la Institución Educativa, local comunal u otros que se considere pertinente.</p> <p>El producto incluye a Universidades que favorezcan entornos y prácticas responsables de salud sexual integral en la comunidad universitaria y en el ámbito de su influencia.</p> <p>El personal requiere capacitación de 24 horas por año como mínimo.</p> <p>El personal de salud realizará las siguientes actividades y tareas para el cumplimiento del producto:</p> <p>Actividad 1: PROMOVER DESDE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN LA MATERNIDAD SALUDABLE</p> <p>Subfinalidad: CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI) COMPROMETIDOS QUE PROMUEVE PRACTICAS EN MATERNIDAD SALUDABLES Y SALUD DEL NEONATO, que incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concertación con directivos y el Consejo Educativo Institucional para establecer acuerdos y articular acciones que promuevan salud sexual integral (1 reunión de 2 horas de duración). • Presentación del diagnóstico de salud sexual integral de los escolares a los directivos y al Consejo Educativo Institucional, a fin de promover la incorporación de temas en la programación curricular anual (1 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 (1 Reunión de 4 horas de duración)*. • Asistencia técnica y acompañamiento al cumplimiento del plan anual de trabajo (2 Visitas de 2 horas de duración). • Evaluar las intervenciones de promoción de la salud sexual integral contenidas en el plan anual de trabajo (1 reunión de 4 horas de duración). <p>* Esta tarea deberá desarrollarse durante los meses de octubre y noviembre para que las acciones puedan ser plasmadas en los documentos de gestión de la institución educativa (Plan Anual de Trabajo, Programación Curricular del Aula) e implementarse en el siguiente año.</p> <p>Subfinalidad: DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS CAPACITADOS EN MATERNIDAD SALUDABLE Y SALUD DEL NEONATO, que incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a docentes, en contenidos descritos en los siguientes módulos educativos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Módulo educativo de salud sexual integral (12 horas) ○ Habilidades para la vida y proyectos de vida (12 horas) ○ Cartillas Plan Cuido mi familia (2 horas), de acuerdo a las necesidades 					

	<p>identificadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asistencia técnica y acompañamiento para la implementación de proyectos de aprendizajes y/o sesiones de aprendizaje en salud sexual integral (2 Visitas de 2 horas de duración). <p>Subfinalidad: ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA (APAFAS) DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL INTEGRAL, que incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentación del diagnóstico de la salud sexual integral de los escolares a fin de establecer acciones que promuevan prácticas saludables, y propuestas a ser presentadas a los directivos de la institución educativa (1 Reunión de 2 horas de duración). 1 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 2 horas de duración. Monitoreo de los acuerdos establecidos (1 reunión de 2 horas de duración). <p>Subfinalidad: UNIVERSIDADES CON ENTORNOS SALUDABLES PROMUEVEN PRÁCTICAS EN FAVOR DE LA SALUD SEXUAL INTEGRAL, que incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abogacía para la conformación y/o fortalecimiento del Comité de Gestión de universidad saludable (1 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 (1 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 (1 reunión de 2 horas de duración). Asistencia técnica y monitoreo al Comité de Gestión de universidad saludable en la implementación de las acciones planificadas (1reunión de 1 hora de duración). Evaluación de la implementación de acciones de promoción de la salud sexual integral (2 reuniones anuales de 1 hora de duración). <p>*Ver: DT Orientaciones Técnicas para implementar universidades saludables.</p> <p>Esta actividad es realizada por el personal de salud de la DIRESA/GERESA/IGSS. Se realiza en el local de la universidad u otro espacio de la comunidad.</p>
<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. <p>El personal de salud capacitado, responsable de universidades saludables de la Diresa/Red del ámbito de la universidad, brinda asistencia técnica y acompañamiento al comité de gestión de la universidad saludable o quien haga sus veces para la implementación de acciones en la universidad y en el ámbito de su intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 desarrolla actividades de concertación, planificación y asistencia técnica a los directivos de la II.EE, CONEI, docentes y Apafas, a fin de incorporar e implementar acciones para promover prácticas y entornos saludables en salud sexual integral.

	<ul style="list-style-type: none"> ● INSTITUCIONES EDUCATIVAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Directivos y CONEI, con asistencia técnica, incorporan en la programación curricular anual y/o en el plan anual de trabajo, según corresponda, actividades para promover prácticas y entornos saludables en salud sexual integral. ○ Los docentes capacitados en salud sexual integral, elaboran e implementan proyectos de aprendizaje y/o sesiones de aprendizaje en el aula. ○ La APAFA capacitada vigila y articula acciones para la promoción de la salud sexual integral. ○ Los Estudiantes reciben sesiones de aprendizaje por los docentes y acceden a condiciones de servicios higiénicos con privacidad. ● UNIVERSIDAD: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comité de Gestión de la universidad, con asistencia técnica, impulsa el desarrollo de campañas, ferias, habilitación de espacios de información y consejería y provisión de medios de protección de ITS. ○ Los Estudiantes universitarios, cuentan con espacio de consejería e información en salud sexual integral y acceso a medios de protección de ITS.
3. Criterios de programación	<ul style="list-style-type: none"> ● 100% de las instituciones educativas públicas del nivel inicial, primaria y secundaria de los distritos quintil 1 y 2, se podrá programar a las Instituciones Educativas del quintil 3 a 5 que tengan "bolsones de pobreza" o que se haya identificado problemas sanitarios relacionados al programa presupuestal. ● 50% de docentes de las instituciones educativas públicas del nivel inicial, primaria y secundaria, programadas en el sub producto de CONEI. ● 100% de APAFAs de las Instituciones Educativas públicas del nivel inicial, primaria y secundaria, programadas en el sub producto de CONEI. ● 100% de las universidades adscritas a la Red de Universidades Saludables de su ámbito, se puede incluir otras.
Fuente de información	Fuente de información para la programación: <ul style="list-style-type: none"> ● Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/). ● Mapa de pobreza-FONCODES. ● Reportes de epidemiología. ● Listado de Universidades adscritas a la Red de Universidades Saludables.
4. Método de agregación de actividades a producto	Es igual a la meta física del sub producto "Concejo Educativo Institucional (CONEI) comprometido que promueve prácticas en maternidad saludables y salud del neonato".
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias con gestantes y puérperas.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud.					
Responsable de la entrega del producto	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 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	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales.					

Modelo operacional del producto	
<p>1. Definición operacional</p>	<p>Familias con gestantes y puérperas en situación de pobreza y extrema pobreza del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, con conocimientos para promover prácticas (conducta saludable, con conocimientos, actitudes y prácticas) y entornos saludables para contribuir a la mejora de la salud sexual y reproductiva (cuidados del embarazo, parto y puerperio). Estas acciones son realizados por el personal de salud capacitado, en la vivienda de alguna de las familias, local comunal u otro que la considere necesario.</p> <p>Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades y tareas:</p> <p>Subfinalidad: CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA, A FAMILIAS DE LA GESTANTE O PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341205):</p> <p>Consejería durante el periodo gestacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1° consejería: entre el 4to y 6to mes de gestación, sobre los conocimientos en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, importancia de la alimentación, actividad física, vacunas higiene, ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol, signos de alarma) continuidad educativa en la gestante adolescente, de 45 minutos de duración. ✓ 2° consejería entre el 7° y 9° mes de gestación, priorizando plan de parto que incluya los beneficios de la casa materna (en usuarias según procedencia), cuidado del recién nacido (contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, alojamiento conjunto, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, conservación y almacenamiento del consumo de leche materna, importancia de los beneficios de la lactancia materna y calostro, pinzamiento tardío e higiene del recién nacido) y atención del parto institucional que incluye la oferta del parto vertical, promoción de la salud materna (alimentación, actividad física, vacunas, suplementación, ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol, derechos sexuales y reproductivos), habilidades para la vida, alimentación saludable, importancia de la lactancia materna exclusiva, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal), cultura de paz y buen trato, de 45 minutos de duración. <p>Consejería durante el periodo de puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Primera consejería que debe realizarse en los primeros 7 días en temas de lactancia materna cuidados del recién nacido y signos de alarma en la puérpera, de 45 minutos de duración. ✓ Segunda consejería que debe realizarse entre los 28 y 30 días para reforzar los temas de alimentación saludable, planificación familiar y cuidados del recién nacido, de 45 minutos de duración.
<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de salud: El personal de salud coordina, concerta, planifica y organiza el plan de trabajo con la familia, para realizar la consejería a través de la visita domiciliaria. • Familias con mujeres gestantes y puérperas que reciben consejería 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	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de Familias con gestantes y puérperas programadas para atención prenatal.
Fuente de información	Para la programación del presente producto se tomará como referencia la programación del producto "Atención prenatal reenforcada".
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad: Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante o puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva.
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PSMN– Tabla 10

3.5 Actividades, tareas e insumos

Tabla 11: Actividades de los Productos

TABLA N° 11: Actividades de los Productos

Denominación del producto	ACCIONES COMUNES (3000001)
Actividad 1(*)	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas (3328701)
Actividad 2	Implementación de Documentos Técnicos (3328702)
Actividad 3	Monitoreo del Programa Salud Materno Neonatal (4427702)
Actividad 4	Evaluación del Programa Salud Materno Neonatal (4427703)
Actividad 5	Supervisión del Programa Salud Materno Neonatal (4427704)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO (3000005)
Actividad 1(*)	Atención integral para la prevención del embarazo adolescente (5000502)

(*) Subproductos

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033292)
Actividad 1(*)	Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva (3329201)
Actividad 2	Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar (3329202)
Actividad 3	Atención pre gestacional (3329203)

(*) Subproductos

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3033291)
Actividad 1(*)	AQV masculino (3329101)
Actividad 2	Complicación AQV masculino (3329102)
Actividad 3	AQV femenino (3329103)
Actividad 4	Complicación de AQV femenino (3329104)
Actividad 5	Dispositivos intrauterinos (Método DIU) (3329105)
Actividad 6	Anticonceptivo hormonal inyectable (3329106)
Actividad 7	Métodos de barrera (3329107)
Actividad 8	Anticonceptivo hormonal oral (3329108)
Actividad 9	Métodos de abstinencia periódica (3329110)
Actividad 10	Método de lactancia materna exclusiva (MELA) (3329111)
Actividad 11	Complicaciones por uso de DIU (3329112)
Actividad 12	Anticonceptivo hormonal mensual inyectable (3329113)
Actividad 13	Condón femenino (3329114)
Actividad 14	Implante (3329115)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCION PRENATAL REENFOCADA (3333172)
Actividad 1(*)	Atención a la gestante (3317201)
Actividad 2	Vacuna antitetánica a la gestante (3317202)
Actividad 3	Visita domiciliaria (3317203)
Actividad 4	Exámenes de laboratorio completo (3317204)
Actividad 5	Ecografía obstétrica (3317205)
Actividad 6	Atención odontológica de la gestante (3317206)
Actividad 7	Evaluación del bienestar fetal (3317209)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES (3033294)
Actividad 1(*)	Amenaza de parto prematuro (3329404)
Actividad 2	Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía (3329406)
Actividad 3	Hemorragia de la 2da mitad del embarazo (3329407)
Actividad 4	Hiperémesis gravídica (3329408)
Actividad 5	Infección del tracto urinario en el embarazo (3329409)
Actividad 6	Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas (3329413)
Actividad 7	Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía (3329414)
Actividad 8	Trastorno hipertensivos en el embarazo (3329415)
Actividad 9	Trastornos metabólicos del embarazo (3329416)
Actividad 10	Otras enfermedades del embarazo (3329417)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (3033300)
Actividad 1(*)	Shock hipovolémico (3330001)
Actividad 2	Shock séptico obstétrico (3330002)
Actividad 3	Síndrome de HELLP (3330003)
Actividad 4	Atención de gestantes complicadas en UCI (3330004)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL (3033295)
Actividad 1(*)	Atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal (3329501)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO (3033296)
Actividad 1(*)	Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional (3329601)
Actividad 2	Hemorragias Intraparto y Postparto (3329602)
Actividad 3	Atonía uterina (3329603)
Actividad 4	Retención placentaria (3329604)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO (3033297)
Actividad 1(*)	Cesárea (3329701)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PUERPERIO (3033298)
Actividad 1(*)	Atención del puerperio (3329801)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES (3033 299)
Actividad 1(*)	Endometritis puerperal (3329901)
Actividad 2	Mastitis (3329902)
Actividad 3	Otras complicaciones del puerperio (3329903)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL (3033304)
Actividad 1(*)	Referencia de FONP-Funciones Obstétricas Neonatales Primarias (3330401)
Actividad 2	Referencia de FONB-Funciones Obstétricas Neonatales Básicas (3330402)
Actividad 3	Referencia de FONE-Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales (3330403)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO NORMAL (3033305)
Actividad 1(*)	Atención inmediata del recién nacido (3330501)
Actividad 2	Control del recién nacido (3330502)
Actividad 3	Visita domiciliaria (3330503)
Actividad 4	Tamizaje neonatal / procesamiento de muestra (3330504)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES (3033306)
Actividad 1(*)	Atención de recién nacido con complicaciones (3330601)
Actividad 2	Asfixia del nacimiento (3330602)
Actividad 3	Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) (3330603)
Actividad 4	Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, dm y rpm) (3330604)
Actividad 5	Bajo peso al nacer y prematuro (3330605)
Actividad 6	Oftalmia del recién nacido (3330606)
Actividad 7	Recién nacido expuesto al VIH (3330607)
Actividad 8	Sífilis congénita (3330608)
Actividad 9	Onfalitis (3330609)
Actividad 10	Sepsis neonatal (3330610)
Actividad 11	Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica (3330611)
Actividad 12	Dificultad respiratoria del recién nacido (3330612)
Actividad 13	Convulsiones neonatales (3330613)
Actividad 14	Hipotiroidismo congénito (3330614)
Actividad 15	Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido (3330615)
Actividad 16	Hidrocefalia congénita (3330616)
Actividad 17	Paladar hendido (fisura labio palatino) (3330617)
Actividad 18	Displasia congénita de cadera (3330618)

(*) Subproductos

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN (3033307)
Actividad 1*	Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN (3330701)
Actividad 2	Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500gr) (3330702)
Actividad 3	Asfixia del nacimiento (3330703)
Actividad 4	Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) (3330704)
Actividad 5	Sepsis neonatal (3330705)
Actividad 6	Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica (3330706)
Actividad 7	Dificultad respiratoria del recién nacido (3330707)
Actividad 8	Convulsiones neonatales (3330708)

Actividad 9	Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido (3330709)
Actividad 10	Hidrocefalia congénita ((3330710)

(*) Subproductos

Denominación del producto	POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3000002)
Actividad 1(*)	Población Informada en Salud sexual y reproductiva por Medios de Comunicación Masiva (5000201)
Actividad 2	Comunicadores y Periodistas Informados en temas de Salud sexual y reproductiva (5000202)
Actividad 3	Población Informada en Salud sexual y reproductiva por medios alternativos de comunicación (5000203)

(*) 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 domiciliaria a familias con gestante o puerpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205):

(*) Subproductos

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)
Actividad 1(*)	Junta Vecinal Comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos (3328901)
Actividad 2	ACS capacitados para vigilancia comunitaria y orientación en prácticas saludables para las madres y neonatos. (3328902)

(*) Subproductos

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (30332890)
Actividad 1(*)	Concejo Educativo Institucional (CONEI) comprometidos que promueve prácticas en maternidad saludables y salud del neonato (3329004)
Actividad 2	Docentes de instituciones educativas capacitados en maternidad saludable y salud del neonato (3329005)
Actividad 3	Asociaciones de padres de familia (APAFAS) desarrollan acciones para la promoción de la salud sexual integral.
Actividad 4	Universidades con entornos saludables promueven prácticas en favor de la salud sexual y reproductiva

(*) Subproductos

Denominación del producto	MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033288)
Actividad 1(*)	Consejo Municipal capacitado en gestión local para elaborar PIP y política públicas a favor de la salud materna neonatal (3328802)
Actividad 2	Comité Multisectorial capacitado gestión local para promover practicas saludables en salud materna neonatal (3328803)
Subfinalidades del producto para Gobiernos Locales	
Actividad 1	Implementación de casa materna

Actividad 2	Implementación de centro de desarrollo juvenil
-------------	--

(*) Subproductos

Denominación del producto	MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033288)
Actividad 1(*)	Consejo Municipal capacitado en gestión local para elaborar PIP y política públicas a favor de la salud materna neonatal (3328802)
Actividad 2	Comité Multisectorial capacitado gestión local para promover practicas saludables en salud materna neonatal (3328803)
Subfinalidades del producto para Gobiernos Locales	
Actividad 1	Municipios implementan casa materna
Actividad 2	Municipios con casa materna en funcionamiento
Actividad 3	Municipios implementan centro de desarrollo juvenil (CDJ)
Actividad 4	Municipios con centros de desarrollo juvenil (CDJ) en funcionamiento

(*) Subproductos

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)
Actividad 1(*)	Junta Vecinal Comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos (3328901)
Actividad 2	ACS capacitados para vigilancia comunitaria y orientación en prácticas saludables para las madres y neonatos. (3328902)

(*) Subproductos

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (30332890)
Actividad 1(*)	Concejo Educativo Institucional (CONEI) comprometidos que promueve prácticas en maternidad saludables y salud del neonato (3329004)
Actividad 2	Docentes de instituciones educativas capacitados en maternidad saludable y salud del neonato (3329005)
Actividad 3	Asociaciones de padres de familia (APAFAS) desarrollan acciones para la promoción de la salud sexual integral (3329006)
Actividad 4	Universidades con entornos saludables promueven prácticas en favor de la salud sexual y reproductiva (3329007)

(*) Subproductos

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412)
Actividad 1(*)	Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria a familias con gestante o puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205)

(*) Subproductos

Tabla 12: Modelo Operacional de la Actividad

TABLA N° 12: Modelo Operacional de la Actividad	
Denominación de la actividad	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas (3328701)

Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL																																																				
Unidad de medida del indicador de producción física	080. Norma																																																								
Modelo operacional de la actividad																																																									
1. Definición operacional	Es el proceso de formulación o actualización de Documentos Normativos (DT) dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyen a mejorar la situación de salud en los servicios de salud, lo realiza el profesional capacitado en los niveles nacional y regional que tienen por función la elaboración, validación, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos técnicos normativos, en el marco del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal. Contempla las 04 dimensiones de la atención de la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.																																																								
2. Organización para la ejecución de la actividad	Nivel Nacional: <ul style="list-style-type: none"> Elaboración, validación, aprobación y publicación (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA). Diseño, Impresión y distribución. Evaluación Nivel Regional: <ul style="list-style-type: none"> Adecuación y aprobación si corresponde. Reproducción, distribución e Implementación hasta el nivel de establecimientos de salud. REDES y U.E. y Microrredes: Distribuyen las Normas técnicas. Hospitales Centros y Puestos de Salud: Aplican las normas. 																																																								
3. Criterios de programación	Nivel Nacional: Número de Documentos Técnico Normativos que se tiene previsto aprobar durante el año. Nivel Regional: Número de Documentos Técnico Normativos aprobados en el periodo anterior.																																																								
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12																																																								
5. Diagrama de Gantt	- Identificador de tarea / proceso / acción: Desarrollo de Normas y Guías Técnicas con Adecuación Cultural - Tarea / proceso / acción: Desarrollo de Normas y Guías Técnicas - Unidad de medida: Norma - Cantidad: 03 - Fecha de inicio: Marzo 2016 - Fecha de término: Diciembre 2016 - Responsable: Dirección de Nacional Salud Sexual y Reproductiva, Etapa de vida niño, Adolescente, Promoción de la Salud. - Diagrama de Gantt <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Actividades</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Norma Técnica de Salud Planificación Familiar, Neonato, Adolescente</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Guía del Manejo de Emergencias obstétricas por niveles de atención</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Guía de Violencia Basada en Género</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Norma Técnica de Salud Planificación Familiar, Neonato, Adolescente			X			X							Guía del Manejo de Emergencias obstétricas por niveles de atención		X										X	Guía de Violencia Basada en Género			X								X	
Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																													
Norma Técnica de Salud Planificación Familiar, Neonato, Adolescente			X			X																																																			
Guía del Manejo de Emergencias obstétricas por niveles de atención		X										X																																													
Guía de Violencia Basada en Género			X								X																																														
6. Listado de insumos	Mayor detalle en anexo 4 Insumos por Productos – Tabla 12																																																								

Denominación de la actividad	Implementación de Documentos Técnicos (3328702)																																																																																																																																							
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL																																																																																																																																			
Unidad de medida del indicador de producción física	201. Informe técnico																																																																																																																																							
Modelo operacional de la actividad																																																																																																																																								
1. Definición operacional	<p>Consiste en el proceso de difusión y presentación de documentos normativos aprobados, con adecuación cultural*, de corresponder, 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.</p> <p>*Entiéndase como adecuación cultural en salud la incorporación de la perspectiva del usuario perteneciente a otra cultura en la prestación de los servicios, articulando sus conocimientos, prácticas, hábitos y costumbres relacionadas a la salud y la nutrición con el objeto de un logro sanitario concreto.</p>																																																																																																																																							
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunión de Presentación. Difusión por diferentes medios. (Medios impresos, magnéticos, cibernéticos y reuniones de información para su conocimiento y aplicación). Capacitación a Facilitadores Nacionales para la implementación de los Documentos Técnicos Normativos. Seguimiento y Control de la aplicación de los Documentos Técnicos Normativos. <p>Nivel Regional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Difusión Regional por diferentes medios. Capacitación a Facilitadores Regionales, Personal de Salud para la implementación de los Documentos Técnicos Normativos. Seguimiento y Control de la aplicación de los documentos técnicos administrativos a nivel local. 																																																																																																																																							
3. Criterios de programación	06 Informes Técnicos (01 trimestral, 01 semestral y 01 anual) de Implementación de Documentos Técnico Normativos Aprobados en el periodo anterior.																																																																																																																																							
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12																																																																																																																																							
5. Diagrama de Gantt	<p>- Identificador de tarea / proceso / acción: Implementación de Documentos Técnicos</p> <p>- Tarea / proceso / acción: reuniones de presentación de la Norma y Capacitación a Facilitadores y personal de Salud involucrado con la Norma</p> <table border="1"> <tr> <td>- Unidad de medida: Informe</td> <td>E</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>J</td> <td>A</td> <td>S</td> <td>O</td> <td>N</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>- Cantidad: 06 (03 lanzamientos de la Norma y 03 capacitación a capacitadores)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>- Fecha de inicio: Abril 2016</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Fecha de término: Diciembre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Responsable: Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Diagrama de Gantt</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Actividades</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lanzamiento de las Normas aprobadas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Guía del Manejo de Emergencias obstétricas por niveles de atención</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Guía de Violencia Basada en Genero</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table>						- Unidad de medida: Informe	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	- Cantidad: 06 (03 lanzamientos de la Norma y 03 capacitación a capacitadores)				x			x					x	- Fecha de inicio: Abril 2016													- Fecha de término: Diciembre													- Responsable: Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva													- Diagrama de Gantt													Actividades													Lanzamiento de las Normas aprobadas				x			x					x	Guía del Manejo de Emergencias obstétricas por niveles de atención			x									x	Guía de Violencia Basada en Genero				x								x
- Unidad de medida: Informe	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																																																																																												
- Cantidad: 06 (03 lanzamientos de la Norma y 03 capacitación a capacitadores)				x			x					x																																																																																																																												
- Fecha de inicio: Abril 2016																																																																																																																																								
- Fecha de término: Diciembre																																																																																																																																								
- Responsable: Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva																																																																																																																																								
- Diagrama de Gantt																																																																																																																																								
Actividades																																																																																																																																								
Lanzamiento de las Normas aprobadas				x			x					x																																																																																																																												
Guía del Manejo de Emergencias obstétricas por niveles de atención			x									x																																																																																																																												
Guía de Violencia Basada en Genero				x								x																																																																																																																												
6. Listado de insumos	Mayor detalle en anexo 4 Insumos por Productos – Tabla 12																																																																																																																																							

Denominación de la actividad	Monitoreo del Programa Salud Materno Neonatal (4427702)																									
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL																					
Unidad de medida del indicador de producción física	201. Informe técnico																									
Modelo operacional de la actividad																										
1. Definición operacional	<p>Es una actividad de control gerencial, que implica un proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento al progreso del programa presupuestal en la consecución de sus resultados para guiar las decisiones de gestión. Las acciones están dirigidas a monitorear especialmente los indicadores de resultados inmediatos, intermedios, de producción física y ejecución presupuestal.</p> <p>Es de responsabilidad de los coordinadores técnicos del programa presupuestal en cada nivel (Nacional y Regional), se realiza de manera conjunta, integrada y articulada con los actores e instancias según su competencia (Estadística, Epidemiología, Administración, planeamiento y presupuesto, entre otros).</p> <p>Los informes que se generan de las acciones de monitoreo son alcanzadas a los directivos y tomadores de decisión en cada nivel así como al coordinador de seguimiento y evaluación del programa presupuestal.</p> <p>El informe debe contener como mínimo, los resultados del proceso de monitoreo, expresado en indicadores con el correspondiente análisis, las acciones implementadas y los resultados obtenidos.</p>																									
2. Organización para la ejecución de la actividad	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD</th> <th>FRECUENCIA</th> <th>FACTOR DE CONCENTRACIÓN</th> <th>NIVEL DE PROGRAMACIÓN (*)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Generación y difusión de reportes e informes estadísticos</td> <td>Mensual/Semestral/Anual</td> <td>12/2/1</td> <td>MINSA-OGEI INS//DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS</td> </tr> <tr> <td>Investigación epidemiológica de casos. Reporte y difusión de informes epidemiológicos</td> <td>Mensual/Semestral/Anual</td> <td>12/2/1</td> <td>MINSA-DGE DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS</td> </tr> <tr> <td>Análisis de Situación de Salud</td> <td>Anual</td> <td>1</td> <td>MINSA-DGE DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS</td> </tr> <tr> <td>Monitoreo de la calidad de información Estadística.</td> <td>Mensual</td> <td>12</td> <td>OGEI en MINSA- /DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS</td> </tr> </tbody> </table>						ACTIVIDAD	FRECUENCIA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	NIVEL DE PROGRAMACIÓN (*)	Generación y difusión de reportes e informes estadísticos	Mensual/Semestral/Anual	12/2/1	MINSA-OGEI INS//DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS	Investigación epidemiológica de casos. Reporte y difusión de informes epidemiológicos	Mensual/Semestral/Anual	12/2/1	MINSA-DGE DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS	Análisis de Situación de Salud	Anual	1	MINSA-DGE DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS	Monitoreo de la calidad de información Estadística.	Mensual	12	OGEI en MINSA- /DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS
ACTIVIDAD	FRECUENCIA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	NIVEL DE PROGRAMACIÓN (*)																							
Generación y difusión de reportes e informes estadísticos	Mensual/Semestral/Anual	12/2/1	MINSA-OGEI INS//DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS																							
Investigación epidemiológica de casos. Reporte y difusión de informes epidemiológicos	Mensual/Semestral/Anual	12/2/1	MINSA-DGE DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS																							
Análisis de Situación de Salud	Anual	1	MINSA-DGE DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS																							
Monitoreo de la calidad de información Estadística.	Mensual	12	OGEI en MINSA- /DISA/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS																							
3. Criterios de programación	Un informe trimestral																									
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12																									
5. Diagrama de Gantt	<p>Identificador de tarea / proceso / acción: Generación de datos (registro y codificación) de diferentes fuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarea / proceso / acción: Monitoreo y Análisis de la Información. - Unidad de medida: Informe - Cantidad: 4 - Fecha de inicio: Enero 2016 - Fecha de término: Diciembre 2016 																									

	<p>- Responsable: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Etapa de Vida niño, Promoción de la Salud.</p> <p>- Diagrama de Gantt</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividades</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Informes de Monitoreo y Análisis de Información</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Informes de Monitoreo y Análisis de Información			X			X			X			X
Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D															
Informes de Monitoreo y Análisis de Información			X			X			X			X															
6. Listado de insumos	Mayor detalle en anexo 4 Insumos por Productos – Tabla 12																										

Denominación de la actividad	Evaluación del Programa Salud Materno Neonatal 4427703					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	201. Informe técnico.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>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. Es de responsabilidad de los coordinadores técnicos del programa presupuestal en cada nivel (Nacional y Regional), se realiza de manera conjunta, integrada y articulada con los actores e instancias según su competencia (Estadística, Epidemiología, Administración, planeamiento y presupuesto, entre otros). De acuerdo a sus competencias, el INS, Epidemiología, Institutos especializados, comunicaciones, Administración, participan en el proceso de evaluación brindando información, evidencia científica, opiniones técnica especializada en coordinación con el responsable del Programa. Los informes que se generan de las acciones de evaluación son alcanzados a los directivos y tomadores de decisión en cada nivel, así como al responsable técnico del programa, coordinador de seguimiento y evaluación y coordinador regional. Estos informes deben ser publicados y difundidos según corresponda. El informe de evaluación debe contener como mínimo, los resultados de la evaluación de indicadores de desempeño (finales, intermedios, inmediatos y de producción física) así como el correspondiente análisis, conclusiones y recomendaciones.</p> <p>Para la evaluación se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de intervenciones: Es una actividad para medir la eficacia y efectividad de las intervenciones, a través de diseños cualitativos, encuestas, observacionales, transversales, prospectivos, experimentales, revisiones sistemáticas, estudios de vigilancia centinela, investigaciones operativas, análisis de bases de datos secundarios entre otras. De acuerdo a su competencia puede ser realizado por el INS, Dirección General de Epidemiología (DGE), Institutos Especializados entre otros. • Evaluaciones económicas: Consiste en analizar de manera explícita las distintas alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para resolver o prevenir daños, cuantificando los costos y beneficios de cada una de estas alternativas y comparándolas entre sí. De acuerdo a su competencia puede ser realizado por el INS, Institutos Especializados entre otros. • Evaluación Externa de la Calidad: Es una evaluación comparativa, retrospectiva periódica y objetiva de los resultados de diferentes laboratorios y bancos de sangre por medio del envío de paneles caracterizados por parte de los Laboratorios de Referencia 					

	Nacional. De acuerdo a su competencia lo realiza el Instituto Nacional de Salud (INS).																																																																																																								
2. Organización para la ejecución de la actividad	•Nivel Nacional: Evaluación de intervenciones, Evaluaciones económicas: Evaluación Externa de la Calidad Nivel Regional: •Nivel regional: Evaluación de intervenciones, Evaluaciones económicas.																																																																																																								
3. Criterios de programación	Dos informes (01 semestral y 01 anual).																																																																																																								
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12																																																																																																								
5. Diagrama de Gantt	<p>Identificador de tarea / proceso / acción: Evaluación del Programa Salud Materno Neonatal Tarea / proceso / acción: : Evaluación de intervenciones, Evaluaciones económicas: Evaluación Externa de la Calidad Nivel Regional, Unidad de medida: Informe Cantidad: 2 Fecha de inicio: Enero 2016 Fecha de término: Diciembre 2016 Responsable: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Etapa de Vida niño, Promoción de la Salud. Diagrama de Gantt Las evaluaciones se realizan a inicios del año posterior</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividades</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evaluación de Intervenciones</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Económicas</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación Externa (se hace indistintamente en el año)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividades</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evaluación de Intervenciones</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Económicas</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación Externa (se hace indistintamente en el año)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Evaluación de Intervenciones		x											Económicas		x											Evaluación Externa (se hace indistintamente en el año)												x	Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Evaluación de Intervenciones		x											Económicas		x											Evaluación Externa (se hace indistintamente en el año)												x
Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																																																													
Evaluación de Intervenciones		x																																																																																																							
Económicas		x																																																																																																							
Evaluación Externa (se hace indistintamente en el año)												x																																																																																													
Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																																																													
Evaluación de Intervenciones		x																																																																																																							
Económicas		x																																																																																																							
Evaluación Externa (se hace indistintamente en el año)												x																																																																																													
6. Listado de insumos	Mayor detalle en anexo 4 Insumos por Productos – Tabla 12																																																																																																								

Denominación de la actividad	Supervisión del Programa Salud Materno Neonatal (4427704)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	201. Informe técnico.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>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. Esta actividad es realizada por el equipo técnico del Nivel Nacional (Ministerio de Salud (DGSP, DGE, OGPP, OGEI, etc.), INS, INEN, entre otros) y del Nivel Regional (DIRESA, DISA, GERESA o Redes), según su competencia, utilizando herramientas o instrumentos estandarizados. Los informes que se generan de las acciones de supervisión son alcanzados al responsable</p>					

	técnico del programa, coordinador de seguimiento y evaluación y coordinador regional. El informe de supervisión debe contener como mínimo, principales hallazgos, análisis, conclusiones y recomendaciones.																										
2. Organización para la ejecución de la actividad	MINSA, supervisa a las regiones DIRESAS, GERESAS, IGSS, Supervisa las REDES, U.E. microredes, hospitales.																										
3. Criterios de programación	Nivel Nacional: Una o dos supervisiones a las regiones prioritarias o las que solicitan la supervisión, para mejorar sus procesos. Nivel Regional: Una o dos supervisiones a las REDES prioritarias o las que solicitan la supervisión, para mejorar los procesos. Informe trimestral.																										
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12																										
5. Diagrama de Gantt	<p>- Identificador de tarea / proceso / acción: Supervisión - Tarea / proceso / acción: Asistencia Técnica Especializada - Unidad de medida: Informe - Cantidad: 04 - Fecha de inicio: Febrero 2016 - Fecha de término: Diciembre 2016 - Responsable: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva - Diagrama de Gantt</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividades</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asistencia técnica Especializada</td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Asistencia técnica Especializada		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D															
Asistencia técnica Especializada		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
6. Listado de insumos	Mayor detalle en anexo 4 Insumos por Productos – Tabla 12.																										

3.6 Actividades, tareas e insumos

3.6.1 Indicadores de Desempeño

Tabla 13: Indicadores de Desempeño

TABLA N° 13: Indicadores de Desempeño	
Nivel de Objetivo	Enunciado o nombre del indicador
Resultado Final: <i>Mejorar la Salud Materno-neonatal</i>	<ul style="list-style-type: none"> Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos Tasa de mortalidad neonatal
Resultados: <ul style="list-style-type: none"> <i>Disminuir la morbimortalidad materna-neonatal</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa global de fecundidad Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar

Productos a. Acciones comunes (gestión del programa)	Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos Proporción de establecimientos calificados como FONE I en establecimientos estratégicos Proporción de establecimientos calificados como FONE II en establecimientos estratégicos Proporción de establecimientos calificados como FONI en establecimientos estratégicos
b. Acceso a métodos de planificación y servicios de consejería en SSR	Proporción de parejas protegidas
c. Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive	Proporción de gestantes con 6 o más controles prenatales Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre de gestación
d. Acceso de gestantes a servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicaciones según capacidad resolutive	Cobertura de parto institucional Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales Proporción de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales

Tabla 14: Ficha Técnica del Indicador de Desempeño

PROGRAMA					
SALUD MATERNO NEONATAL					
<i>Nombre del indicador</i>					
Mortalidad Materna					
Ámbito de control					
Mortalidad Materna					
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL					
Ministerio de Salud, Seguro 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					
Razón de Mortalidad Materna por 100 mil Nacidos vivos.					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO					
Impacto					
VALOR DEL INDICADOR					
	Año	2000	2005	2010	2015
	Razón	185	164	93	93
Fuente: INDES					
JUSTIFICACIÓN					
<p>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.</p> <p>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</p>					

en países en desarrollo 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.

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)¹.

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 fallecer¹.

Este es el método que se utiliza en el Perú para el cálculo de mortalidad materna¹

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 vivo¹.

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 periodo y multiplicando el resultado por 100.000.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Quinquenal

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

En proceso de construcción

¹OMS (2004).International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).10th revision.

PROGRAMA

SALUD MATERNO NEONATAL

Nombre del indicador

Tasa de Mortalidad Neonatal

Ámbito de control

Mortalidad Neonatal

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Ministerio de Salud, Seguro 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 número de nacidos vivos que fallece antes de cumplir el primer mes de vida por cada mil nacidos vivos.

En este caso, la tasa tiene como período de referencia las defunciones de menores de un mes ocurridos en los últimos diez años, teniendo como denominador el total de nacidos vivos en ese mismo período.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Impacto

VALOR DEL INDICADOR

Año	2011	2012	2013	2014	2015

Total	10	13	12	11	11
Área de residencia					
Urbana	8	11	11	11	10
Rural	13	15	13	12	12

Fuente: INDES

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 vivo⁴⁰.

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

Semestral y 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

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ENDES-INEI

SINTAXIS

En proceso de construcción

PROGRAMA
SALUD MATERNO NEONATAL
Nombre del indicador
Proporción de gestantes con 6 o más controles prenatales
Ámbito de control
Atención Prenatal Reenfocada
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Ministerio de Salud, Seguro 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

⁴⁰OMS (2004).International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).10th revision.

Eficacia y Calidad

VALOR DEL INDICADOR

Año	2011	2012	2013	2014	2015
Total	83.5	84.5	87.3	86.6	88.4
Área de residencia					
Urbana	87	86.7	89.5	89.1	84.5
Rural	76.3	80.3	82.1	80.3	89.8

Fuente: 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

Se trabaja con información poblacional general, no se cuenta con datos actualizados de registros administrativos que permitiría visualizar comportamiento de la población objetivo MINSA.

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					
MATERNO NEONATAL					
Nombre del indicador					
Gestante con primer control pre natal en el 1er trimestre de gestación					
Ámbito de control					
Atención Prenatal Reenfocada					
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL					
Ministerio de Salud, IGSS, Seguro 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.					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO					
<i>Eficacia</i>					
VALOR DEL INDICADOR					
Año	2011	2012	2013	2014	2015
Total	74.9	75.0	77.4	77.3	80.2
Área de residencia					
Urbana	78.7	77.9	80.5	80.2	82.5
Rural	67.1	69.0	70.3	70.1	72.1
<i>Fuente: ENDES_INEI</i>					
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					
las Gestantes que llegan por primera vez al consultorio obstétrico no siempre es en el primer trimestre de gestación, generalmente ya están cursando el tercer trimestre, lo que limita la medición de este indicador. Supuestos: Se asume que aún falta mayor información sobre la importancia del CPN en el primer trimestre por parte de los proveedores de salud.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
$CPN_{1trim} = \frac{CPN_{1trim}}{TMG} * 100$					
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

Semestral y 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

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ENDES

SINTAXIS

```
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' .
```

PROGRAMA

SALUD MATERNO NEONATAL

Nombre del indicador

Proporción de Parejas Protegidas

Ámbito de control

Población Accede a métodos Anticonceptivos

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Ministerio de Salud, Seguro 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

VALOR DEL INDICADOR

Año	2011	2012	2013	2014	2015 P/
Total	75.4	75.5	74.0	74.6	74.6
Área de residencia					
Urbana	75.9	75.8	73.9	74.6	74.8
Rural	74.2	74.8	74.1	74.8	74.1

Fuente: INEI-ENDES

JUSTIFICACIÓN
<p>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.</p> <p>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.)</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>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 sexual⁴¹.</p> <p>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</p>
PRECISIONES TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Numerador: Mujeres unidas entrevistadas que usan algún método de planificación familiar Denominador: Total de mujeres unidas entrevistadas</p>
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. if unidas=1 & Usametodo=1 MU_usompf=1. var lab MU_usompf 'Mujeres Unidas que usan MPF'.

PROGRAMA																														
SALUD MATERNO NEONATAL																														
Nombre del indicador																														
Tasa Global de Fecundidad																														
Ámbito de control.																														
Tasa Global de fecundidad																														
Ministerio de Salud, Seguro 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																														
Número promedio de nacimientos esperados por mujer a lo largo de su vida reproductiva.																														
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO																														
Eficacia																														
VALOR DEL INDICADOR																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>2.6</td> <td>2.6</td> <td>2.4</td> <td>2.5</td> <td>2.4</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Área de residencia</td> </tr> <tr> <td>Urbana</td> <td>2.3</td> <td>2.3</td> <td>2.1</td> <td>2.3</td> <td>2.2</td> </tr> <tr> <td>Rural</td> <td>3.5</td> <td>3.5</td> <td>3.4</td> <td>3.3</td> <td>3.2</td> </tr> </tbody> </table>	Año	2011	2012	2013	2014	2015	Total	2.6	2.6	2.4	2.5	2.4	Área de residencia						Urbana	2.3	2.3	2.1	2.3	2.2	Rural	3.5	3.5	3.4	3.3	3.2
Año	2011	2012	2013	2014	2015																									
Total	2.6	2.6	2.4	2.5	2.4																									
Área de residencia																														
Urbana	2.3	2.3	2.1	2.3	2.2																									
Rural	3.5	3.5	3.4	3.3	3.2																									
Fuente: ENDES																														
JUSTIFICACIÓN																														
<p>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.</p> <p>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</p>																														

hipotética de la fertilidad y que en situaciones de rápido cambio en los patrones de fertilidad su validez es fundamentalmente ilustrativo⁴².

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)⁴³.

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: 1000

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

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

Disponible en web site:

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

PROGRAMA

SALUD MATERNO NEONATAL

Nombre del indicador

Proporción mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar

Ámbito de control

Proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar.

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Ministerio de Salud, Seguro 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 porcentaje de mujeres en unión que desean limitar o espaciar su familia y no están usando método anticonceptivo alguno.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2011	2012	2013	2014	2015
Total	6.1	8.2	9.0	8.6	7.1
Área de residencia					
Urbana	5.5	7.6	8.6	8.1	6.7
Rural	7.5	9.6	10.1	10.1	8.2

Fuente: ENDES

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La información es limitada, por ahora solamente a través de las encuestas

PRECISIONES TÉCNICAS

Del total de Mujeres en Unión, existe un porcentaje que no tiene acceso a los métodos anticonceptivos por diferentes motivos, puede ser por falta de información por falta de acceso a los servicios o por problemas económicos, a esta población se le conoce como necesidad insatisfecha en planificación familiar. Información que se obtiene a través de las encuestas.

MÉTODO DE CÁLCULO

$$NecesIns = \frac{neces_ins}{TMG} * 100$$

Necesidad insatisfecha = Mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familiar

TMG: Total de mujeres unidas

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.
recode v626 (1,2=1)(0,3,4,5,6,7,8,9=0) into neces_Ins.
Select fi unidas=1.
var label neces_Ins 'necesidad insatisfecha'.

PROGRAMA					
SALUD MATERNO NEONATAL					
Nombre del indicador					
Cobertura de Parto Institucional					
Ámbito de control					
Parto Normal					
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL					
Ministerio de Salud, Seguro 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					
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.					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO					
Eficacia					
VALOR DEL INDICADOR					
Año	2011	2012	2013	2014	2015
Total	83.8	85.9	88.0	89.2	91.8
Área de residencia					
Urbana	94.2	95.2	96.4	96.0	96.8
Rural	62.5	67.3	68.5	72.0	74.6
Fuente: ENDES					
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					
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 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 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 niños nacidos vivos < 5 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 M15 (21,22,23,24,25,26,31,32,41=1)(ELSE=2) into parto_establ.
```

```
if (m3n=0 | m3n=1 ) Parto_Pers=2.
```

```
if (M3A=1 | M3B=1 | M3C=1 ) Parto_pers=1.
```

```
recode parto_establ (2,1=0) into parto_institucional.
```

```
if (parto_establ=1 & parto_pers=1) parto_institucional=1.
```

```
select if midx=1 .
```

```
var label parto_institucional 'Parto en Establecimiento y atendido por profesional de salud'.
```

PROGRAMA

SALUD MATERNO NEONATAL

Nombre del indicador

Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales

Ámbito de control

Parto Normal

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Ministerio de Salud , Seguro 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 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

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR					
Año	2011	2012	2013	2014	2015
Total	62.5	67.3	68.5	72.0	75
Área de residencia					
Urbana	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Rural	62.5	67.3	68.5	72.0	75
Fuente: 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					
Un 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 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					
parto_pers = Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud					
TMG : Total de mujeres del área rural con ultimo 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					
if (m3n=0 m3n=1) Parto_Pers=0. if (M3A=1 M3B=1 M3C=1) Parto_pers=1. select if midx=1 & v025=2.					

var label parto_Persr 'Parto atendido por prof salud'.

PROGRAMA					
SALUD MATERNO NEONATAL					
Nombre del indicador					
Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación					
Ámbito de control					
Recién nacido con complicaciones					
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL					
Ministerio de Salud, Seguro 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 porcentaje de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas, nacidos en los 5 años antes de la encuesta.					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO					
Eficacia					
VALOR DEL INDICADOR					
Año	2011	2012	2013	2014	2015
Total	15.8	17.5	18.5	17.2	19.6
Área de residencia					
Urbana	19.0	20.7	21.9	19.8	22.4
Rural	9.9	11.2	11.2	10.8	10.5
Fuente: ENDES					
JUSTIFICACIÓN					
<p>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 las 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, respectivamente⁴⁴.</p> <p>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.</p>					
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,					

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 vivo ⁴⁵ .
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación. Denominador: Total de nacidos vivos.
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
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROGRAMA
SALUD MATERNO NEONATAL
Nombre del indicador
Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos.
Ámbito de control.
Acciones Comunes (Gestión del programa presupuestal)
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Ministerio de Salud, Seguro 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 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 90% de capacidad resolutive.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2013	2015
Total FONB	619	619
De 70% a 89%	5 (0.8%).	6 (1%)

Fuente: ENESA

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

La medición de la capacidad resolutive lo realiza a través de la autoevaluación en cada uno de los FONB cada 6 meses pero no siempre el resultado es real.

La ENESA, encuesta Nacional de establecimientos de salud lo realiza siempre y cuando haya disponibilidad presupuestal y no al 100% de establecimientos del país.

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 90% 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/items de las secciones que comprenden el Capítulo VI. "Capacidad Resolutive 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 "Si"**, siempre que:

i. Todos los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tengan circulados la respuesta 1 "Si", porque las tenencias de todos ellos son necesarias 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... <input checked="" type="radio"/> 1	No...2	No operativo.....0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Sí... <input checked="" type="radio"/> 1	No...2	No operativo.....0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Sí... <input checked="" type="radio"/> 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 "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.. <input checked="" type="radio"/> 2	No operativo.....0
		602287620020	Tensiómetro de mercurio	Sí... <input checked="" type="radio"/> 1	No...2	No operativo.....0
		602287620032	Tensiómetro aneroide para	Sí.....1	No.. <input checked="" type="radio"/> 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**.

b. Validación de las Preguntas de Recursos Humanos.

Para asignar una respuesta 1 “Sí” ó 2 “No”, de las 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.	¿Médicos Anestesiólogos para el servicio obstétrico y neonatal disponibles las 24 horas?	Sí..... 1 No..... 2
3.	¿Enfermeros(as) para atenciones en recuperación de adultos disponibles las 24 horas?	Sí..... 1 No..... 2
4.	¿Enfermeros(as) para atenciones neonatales disponibles las 24 horas?	Sí..... 1 No..... 2
5.	¿Médicos Gineco obstetras para atenciones en Gineco-Obstetricia disponibles las 24 horas?	Sí..... 1 No..... 2
6.	¿Médicos Peditras para atenciones en neonatología disponibles las 24 horas?	Sí..... 1 No..... 2
7.	¿Médicos Cirujanos Generales disponibles las 24 horas?	Sí..... 1 No..... 2
8.	¿Médicos Internistas disponibles las 24 horas?	Sí..... 1 No..... 2
9.	¿Obstetras para atención de gestantes o puérperas disponibles las 24 horas?	Sí..... 1 No..... 2
12.	¿Personal de Laboratorio 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 resolutiva 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 resolutiva, 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 N° 1
N° de Ítems agrupados o asignados por tipo de FON para evaluar
la Capacidad Resolutiva en Establecimientos de Salud designados como FONB

N°	Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas	Total
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 todos los ítems con respuesta 1 "Si". Para el resultado "No tiene" se sumó todos los ítems con respuesta 2 "No" y para "No Operativo" se sumó todos los 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.	RECIEN 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 $\geq 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud **Califica** como FONB
- b. Si el promedio $< 90\%$ 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 90% 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
Cada dos años
FUENTE DE DATOS
Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud, ENESA. 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
ENESA-INEI
SINTAXIS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROGRAMA
SALUD MATERNO NEONATAL
Nombre del indicador
Proporción de establecimientos calificados como FONE I en establecimientos estratégicos
Ámbito de control
Acciones Comunes (Gestión del programa presupuestal)
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTA
Ministerio de Salud, Seguro 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 la proporción de Establecimientos de Salud designado por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I y que al ser evaluados obtienen más del 90% de capacidad resolutive.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2013	2015
Total FONEI	136	136
De 70% a 89%	3(2.2%).	4(2.9%).

Fuente: ENESA (Se realiza cada dos años)

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

La medición de la capacidad resolutive lo realiza el personal de salud a través de la autoevaluación en cada uno de los FONEI cada 6 meses, pero no siempre el resultado es real.

La ENESA, encuesta Nacional de establecimientos de salud lo realiza siempre y cuando haya disponibilidad presupuestal y no al 100% de establecimientos del país.

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 FONEI, 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 FONEI (umbral del 90% o más).

MÉTODO DE CÁLCULO

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

Para obtener esta capacidad resolutive, se trabajó con las preguntas/items 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 FONEI 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 las tenencias de todos ellos son necesarias 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	Si... <input checked="" type="radio"/> 1	No ... 2	No operativo 0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Si... <input checked="" type="radio"/> 1	No ... 2	No operativo 0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Si... <input checked="" type="radio"/> 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	Si.... 1	No. <input checked="" type="radio"/> 2	No operativo..... 0
		602287620020	Tensiómetro de mercurio	Si... <input checked="" type="radio"/> 1	No.... 2	No operativo..... 0
		602287620032	Tensiómetro anerode para	Si.... 1	No. <input checked="" type="radio"/> 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 pregunta 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 I, se utilizó el cuestionario ENESA.02B “Recursos Humanos”.

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

1. 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**.

e. Validación de las Preguntas de Recursos Humanos

Para asignar una respuesta 1 “Si” ó 2 “No”, de las 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 púérperas 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 FONEI.

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 resolutive, 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 complicaciones	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 todos los ítems con respuesta 1 “Si”. Para el resultado “No tiene” se sumó todos los ítems con respuesta 2 “No” y para “No Operativo” se sumó todos los 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 resolutive del Establecimiento de Salud FONEI, 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).

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

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 FONEI, 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:

- Si el promedio $\geq 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud **Califica** como FONEI
- Si el promedio $< 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud **No califica** como FONEI

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 I 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 I.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Cada dos años

FUENTE DE DATOS

Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud, ENESA. 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
ENESA-INEI
SINTAXIS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROGRAMA												
SALUD MATERNO NEONATAL												
Nombre del indicador												
Proporción de establecimientos calificados como FONI en establecimientos estratégicos												
Ámbito de control												
Acciones Comunes (Gestión del programa presupuestal)												
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL												
Ministerio de Salud, Seguro 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 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.												
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO												
Eficacia												
VALOR DEL INDICADOR												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>2013</th> <th>2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total FONI</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>De 50% a 60%</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>De 70% a 89%</td> <td></td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Año	2013	2015	Total FONI	1	1	De 50% a 60%	1		De 70% a 89%		1
Año	2013	2015										
Total FONI	1	1										
De 50% a 60%	1											
De 70% a 89%		1										
Fuente: ENESA												
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												
La medición de la capacidad resolutive lo realiza a través de la autoevaluación en cada el FONI cada 6 meses, pero no siempre el resultado es real. La ENESA, encuesta Nacional de establecimientos de salud lo realiza siempre y cuando haya disponibilidad presupuestal y no al 100% de establecimientos del país.												
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 Obstetricias 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

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:

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	Si... <input checked="" type="radio"/> 1	No...2	No operativo.....0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Si... <input checked="" type="radio"/> 1	No...2	No operativo.....0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Si... <input checked="" type="radio"/> 1	No...2	No operativo.....0

v. 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	Si...1	No... <input checked="" type="radio"/> 2	No operativo.....0
		602287620020	Tensiómetro de mercurio	Si... <input checked="" type="radio"/> 1	No...2	No operativo.....0
		602287620032	Tensiómetro aneroide para	Si...1	No... <input checked="" type="radio"/> 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**.

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 puerperas 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 hipovolémico	115
6.	Atención en UCI de sepsis	167
7.	Cesárea de gestantes con CPI	221
8.	Laparotomía complicada	213
9.	Histerectomía abdominal complicada	210
10.	Patología quirúrgica neonatal complicada que requiere UCI	162
11.	Anticoncepción postparto (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:

- 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.
- j.

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:

- c. Si el promedio $\geq 90\%$ entonces el Establecimiento de Salud **Califica** como FONI
- d. 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

Cada dos años

FUENTE DE DATOS

Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud, ENESA. 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
ENESA-INEI
SINTAXIS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROGRAMA								
Programa Presupuestal Salud materno neonatal								
NOMBRE DEL INDICADOR								
Porcentaje de embarazo en adolescentes.								
AMBITO DE CONTROL								
Indicador de desempeño resultado específico								
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL								
Pliego 011 (Ministerio de Salud), IGSS, 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 mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya estuvo alguna vez embarazada (se considera las que ya son madres y las que están gestando por primera vez) respecto al total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.								
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO								
Eficacia								
VALOR DEL INDICADOR								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">LINEA BASAL (2014)</th> <th style="width: 25%;">2015</th> <th style="width: 25%;">2016</th> <th style="width: 25%;">2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">14.6</td> <td style="text-align: center;">13.6</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	LINEA BASAL (2014)	2015	2016	2017	14.6	13.6		
LINEA BASAL (2014)	2015	2016	2017					
14.6	13.6							
JUSTIFICACIÓN								
En la medida en que la Comunidad educativa recibe efectivamente un conjunto de actividades que promuevan la educación sexual integral en los niños y adolescente, contribuirá a mantener o mejorar la salud frente a los riesgos a los que pudieran estar expuestos este grupo poblacional, dentro de ellos el embarazo en adolescentes.								
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS								
La ENDES recoge información de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, no considerando a las menores de 15 años que podrían sumarse al indicador.								
PRECISIONES TÉCNICAS								
La información es recogida anualmente a través de la ENDES.								
MÉTODO DE CÁLCULO								
Unidad de medida: mujer adolescente de 15 a 19 años que estuvo alguna vez embarazada								
Numerador: Número de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya estuvo alguna vez embarazada (se considera las que ya son madres y las que están gestando por primera vez).								

Denominador: total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años entrevistadas.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
ENDES
BASE DE DATOS
ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Cuestionario ENDES

3.6.2 Indicadores de Producción Física

Tabla 15: Ficha Técnica del Indicador de Producción Física

TABLA No.15 Ficha Técnica del Indicador de Desempeño	
Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	ACCIONES COMUNES
Código de producto / actividad	3000001
Unidad de medida	Informe
Código de la unidad de medida	060
Método de medición	<p>Conjunto de acciones orientados a gerenciar el programa presupuestal para el logro de los objetivos y resultados; incluye procesos de planificación, programación, monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal.</p> <p>Es de responsabilidad de los coordinadores técnicos del programa presupuestal en cada nivel (Nacional y Regional), se realiza de manera conjunta, integrada y articulada con los actores e instancias según su competencia (estadística, epidemiología, administración, planeamiento y presupuesto, entre otros).</p> <p>Los informes que se generan contienen como mínimo resultados de ejecución de metas físicas y financieras y evaluación de indicadores de desempeño contenidas en anexo N° 2, estos informes son alcanzados al responsable técnico de Programa Presupuestal.</p> <p>Desarrollo de normas y guías técnicas con adecuación cultural (3328701)</p> <p>Nivel Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración, validación, aprobación y publicación (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSAs). • Diseño, Impresión y distribución. • Evaluación <p>Nivel Regional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación y aprobación si corresponde. • Reproducción, distribución e Implementación hasta el nivel de establecimientos de salud. <p>Implementación de documentos técnicos con adecuación cultural (3328702)</p> <p>Nivel Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunión de Presentación. • Difusión por diferentes medios. (medios impresos, magnéticos, cibernéticos y reuniones de información para su conocimiento y aplicación).

	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Facilitadores Nacionales para la implementación de los Documentos Técnicos Normativos. • Seguimiento y Control de la aplicación de los Documentos Técnicos Normativos. <p>Nivel Regional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difusión regional por diferentes medios. • Capacitación a facilitadores regionales, personal de salud para la implementación de los Documentos Técnicos Normativos. • Seguimiento y Control de la aplicación de los documentos técnicos administrativos a nivel local. <p>06 Informes Técnicos (01 trimestral, 01 semestral y 01 anual) de Implementación de Documentos Técnico Normativos aprobados en el periodo anterior.</p> <p>Monitoreo del programa salud materno neonatal (4427702) Es una actividad de control gerencial, que implica un proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento al progreso del programa presupuestal en la consecución de sus resultados para guiar las decisiones de gestión.</p> <p>Evaluación del programa salud materno neonatal (4427703) 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</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD</th> <th>FRECUENCIA</th> <th>FACTOR DE CONCENTRACIÓN</th> <th>NIVEL DE PROGRAMACIÓN (*)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evaluación de intervenciones</td> <td>Anual</td> <td>1</td> <td>MINSA/ INS/Institutos Especializados/DGE</td> </tr> <tr> <td>Evaluaciones económicas</td> <td>Anual</td> <td>1</td> <td>MINSA /INS/Institutos Especializados</td> </tr> <tr> <td>Evaluación Externa de la Calidad</td> <td>Anual</td> <td>1</td> <td>INS</td> </tr> </tbody> </table> <p>Supervisión del programa salud materno neonatal (4427704) 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. Esta actividad es realizada por el equipo técnico del Nivel Nacional (Ministerio de Salud (DGSP, DGE, OGPP, OGEI, etc.), INS, INEN, entre otros) y del Nivel Regional (DIRESA, DISA, GERESA o Redes), según su competencia, utilizando herramientas o instrumentos estandarizados. Criterio de programación: 01 informe trimestral</p>	ACTIVIDAD	FRECUENCIA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	NIVEL DE PROGRAMACIÓN (*)	Evaluación de intervenciones	Anual	1	MINSA/ INS/Institutos Especializados/DGE	Evaluaciones económicas	Anual	1	MINSA /INS/Institutos Especializados	Evaluación Externa de la Calidad	Anual	1	INS
ACTIVIDAD	FRECUENCIA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	NIVEL DE PROGRAMACIÓN (*)														
Evaluación de intervenciones	Anual	1	MINSA/ INS/Institutos Especializados/DGE														
Evaluaciones económicas	Anual	1	MINSA /INS/Institutos Especializados														
Evaluación Externa de la Calidad	Anual	1	INS														
Fuente de información de la programación	Informes de Gestión Anual del Responsable Técnico del Programa (DGSP)																
Fuente de información para la ejecución	Recolección de Meta física: <ul style="list-style-type: none"> - HIS - Reporte Anual (HIS) 																
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes de Gestión																
Responsable de medición	Coordinadores de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva																

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ADOLESCENTES ACEDEN A SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
Código de producto / actividad	3000005
Unidad de medida	ADOLESCENTE ATENDIDO (Adolescente con plan de Atención Integral de Salud Ejecutado)
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Número de adolescentes atendidos con plan de atención integral ejecutado.
Fuente de información de la programación	- Programación de adolescentes según los criterios establecidos por la Etapa de Vida Adolescente del MINSA - Sistema de información: HIS
Fuente de información para la ejecución	Sistema de información: HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Consultorios externos de los EESS a través de la Ficha-HIS
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCION PRENATAL REENFOCADA
Código de producto / actividad	3033172
Unidad de medida	Gestante controlada
Código de la unidad de medida	058
Método de medición	Gestantes controladas que recibieron 6 o más controles prenatales
Fuente de información de la programación	Numero de gestantes según ENAHO
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Consultorios externos de los EESS a través de la Ficha-HIS
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: POBLACIÓN ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Código de producto / actividad	3033291
Unidad de medida	Pareja protegida
Código de la unidad de medida	206
Método de medición	Parejas protegidas con los siguiente métodos anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> - AQV masculino - AQV femenino - Dispositivos intrauterinos (Método DIU) - Anticonceptivo hormonal trimestral inyectable - Métodos de barrera - Anticonceptivo hormonal oral - Métodos de abstinencia periódica - Método de lactancia materna exclusiva(MELA) - Anticonceptivo hormonal mensual inyectable - Condón femenino - Implante
Fuente de información de la programación	Mujeres en Edad Fértil según INEI, Reporte HIS año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Reporte Anual (HIS)
Forma de recolección de información para la ejecución	Consultorios externos de los EESS a través de la Ficha-HIS
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática,

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Código de producto / actividad	3033292
Unidad de medida	Atención
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva: <ul style="list-style-type: none"> • 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).
Fuente de información de la programación	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres en Edad Fértil según INEI
Fuente de información para la ejecución	Reporte Anual (HIS)
Forma de recolección de información para la ejecución	Consultorios externos de los EESS a través de la Ficha-HIS SIASIS
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES
Código de producto / actividad	3033294
Unidad de medida	Gestante Atendida
Código de la unidad de medida	207
Método de medición	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. Meta física del producto: Igual a la sumatoria de todas las subfinalidades Solo lo reportan los EESS que tienen hospitalización.
Fuente de información de la programación	Reporte Anual (HIS), Egresos Hospitalarios
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS Reporte de egresos hospitalarios o de internamiento
Forma de recolección de información para la ejecución	En consultorios externos Salas de Hospitalización
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de y Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL
Código de producto / actividad	3033295
Unidad de medida	Parto Normal
Código de la unidad de medida	006.
Método de medición	La meta física del producto es igual a la meta física de la subfinalidad "Atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal"
Fuente de información de la programación	Programación de gestantes para APN.

	Reporte de egresos hospitalarios de los últimos 03 años.
Fuente de información para la ejecución	Programación de gestantes para APN
Forma de recolección de información para la ejecución	Egresos hospitalarios
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO
Código de producto / actividad	3033296
Unidad de medida	Parto Complicado
Código de la unidad de medida	209
Método de medición	La meta física del producto es igual a la sumatoria de las metas físicas de las Subfinalidades "Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional" y "Hemorragias Intraparto y Postparto"
Fuente de información de la programación	Según tendencia de casos presentados y atendidos en los últimos 3 años.
Fuente de información para la ejecución	Reporte de egresos hospitalarios de los últimos 03 años.
Forma de recolección de información para la ejecución	Egresos hospitalarios
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO
Código de producto / actividad	3033297
Unidad de medida	Cesárea
Código de la unidad de medida	210
Método de medición	La meta física del producto es igual a metas física de la Subfinalidad. 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.
Fuente de información de la programación	Reporte de egresos hospitalarios de los últimos 03 años.
Fuente de información para la ejecución	Reporte de egresos hospitalarios de los últimos 03 años.
Forma de recolección de información para la ejecución	Reporte de Egresos hospitalarios: sumatoria de todos los casos atendidos y registrados con el código O82.0, (Cesárea electiva) O82.1 (para cesárea de emergencia).
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DEL PUERPERIO
Código de producto / actividad	3033298
Unidad de medida	Atención Puerperal
Código de la unidad de medida	211
Método de medición	La meta física del producto es igual a meta física de la Subfinalidad.
Fuente de información de la programación	Sumatoria de las púerperas con 02 atenciones, registradas con el código Z59430 Control de Púerpera
Fuente de información para la ejecución	Reporte Anual (HIS)
Forma de recolección de información para la ejecución	HIS
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES
Código de producto / actividad	3033299
Unidad de medida	Egreso
Código de la unidad de medida	212
Método de medición	La meta física del producto es igual a la sumatoria de las metas físicas de todas las Subfinalidades
Fuente de información de la programación	Reporte HIS 3 años anteriores Reporte de Egresos Hospitalarios 3 años anteriores
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS Reporte de Egresos Hospitalarios

Forma de recolección de información para la ejecución	Consultorios Externos de EESS – Ficha HIS Salas de Hospitalización - Egresos hospitalarios
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTOS: ATENCIÓN OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Código de producto / actividad	3033300
Unidad de medida	Egreso
Código de la unidad de medida	212
Método de medición	La meta física del producto es igual a la sumatoria de las metas físicas de toda la Subfinalidad
Fuente de información de la programación	Reporte de egresos de UCI, de los últimos 03 años.
Fuente de información para la ejecución	Reporte de egresos de UCI
Forma de recolección de información para la ejecución	Salas de UCI – UCEO de Hospitales
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL
Código de producto / actividad	3033304
Unidad de medida	Gestante y/o Neonato referido.
Código de la unidad de medida	214
Método de medición	La meta física del producto es igual a la sumatoria de las metas físicas de todas las Subfinalidades
Fuente de información de la programación	Reporte de referencias de los establecimientos de salud FONP, FONB FONE, de los últimos 03 años.
Fuente de información para la ejecución	Reporte de referencias
Forma de recolección de información para la ejecución	Reporte de referencias
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO NORMAL
Código de producto / actividad	3033305

Unidad de medida	RN Atendido
Código de la unidad de medida	239.
Método de medición	La meta física del producto es igual a la sumatoria de las metas físicas de todas las Subfinalidades. Atención inmediata del recién nacido Atención del recién nacido en alojamiento conjunto Control del recién nacido Antes: 3330502 Control del recién nacido (7° y 15) Visita domiciliaria Tamizaje neonatal / procesamiento de muestra
Fuente de información de la programación	Reporte de egresos hospitalarios.
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Salas de hospitalización, atención inmediata del recién nacido
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Etapa de vida niño

Ficha técnica del indicador de producción física			
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO; ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES		
Código de producto / actividad	3033306		
Unidad de medida	Egreso		
Código de la unidad de medida	212		
Método de medición	<p>La meta física del producto es igual a la sumatoria de la meta física de la Subfinalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de recién nacido con complicaciones - Asfixia del nacimiento - Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) - Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, dm y rpm) - Bajo peso al nacer y prematuro - Oftalmia del recién nacido - Sífilis congénita - Onfalitis - Sepsis neonatal - Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica - Dificultad respiratoria del recién nacido - Convulsiones neonatales - Hipotiroidismo congénito - Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido - Hidrocefalia congénita - Paladar hendido (fisura labio palatino) - Displasia congénita de cadera 		
Fuente de información de la programación	Reporte de egresos hospitalarios de los últimos 03 años		
	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN VERIFICABLE	CATEGORÍAS
	Porcentaje de Recién nacidos con complicaciones atendidos	Reporte de egresos hospitalarios o internamiento.	Establecimientos de salud a partir de la categoría I-4
Fuente de información para la ejecución	Reporte de egresos hospitalarios.		

Forma de recolección de información para la ejecución	Sala de Hospitalización – Historias Clínicas
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Etapa de Vida Niño

Ficha técnica del indicador de producción física							
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN						
Código de producto / actividad	3033307						
Unidad de medida	Egreso						
Código de la unidad de medida	212						
Método de medición	La meta física del producto es igual a la sumatoria de la meta física de la subfinalidad “Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN”						
Fuente de información de la programación	Reporte de egresos hospitalarios de los últimos 03 años <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>FUENTE DE INFORMACIÓN VERIFICABLE</th> <th>CATEGORÍAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porcentaje de Recién nacidos con complicaciones atendidos en UCIN.</td> <td>Egresos de UCIN</td> <td>Establecimientos que cuenten con unidad de Cuidados Intensivos neonatales</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN VERIFICABLE	CATEGORÍAS	Porcentaje de Recién nacidos con complicaciones atendidos en UCIN.	Egresos de UCIN	Establecimientos que cuenten con unidad de Cuidados Intensivos neonatales
INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN VERIFICABLE	CATEGORÍAS					
Porcentaje de Recién nacidos con complicaciones atendidos en UCIN.	Egresos de UCIN	Establecimientos que cuenten con unidad de Cuidados Intensivos neonatales					
Fuente de información para la ejecución	Reporte de egresos hospitalarios.						
Forma de recolección de información para la ejecución	Sala de Hospitalización – Historias Clínicas						
Responsable de medición	Oficina de Estadística e Informática, Etapa de vida Niño						

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: MUNICIPIOS PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Código de producto / actividad	3033288
Unidad de medida	COMITÉ MULTISECTORIAL
Código de la unidad de medida	524
Método de medición	<p>El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS y en el FAC, según manual de registro y código de promoción de la salud.</p> <p>Unidad de medida: Comité Multisectorial Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Comité multisectorial capacitado para promover prácticas saludables en el cuidado de la salud sexual y reproductiva y salud materno neonatal.</p> <p>Numerador: Número de Comité Multisectorial que participaron en 01 reunión de evaluación (última tarea de la actividad trazadora). Denominador: Total de municipios programados.</p>

Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: <ul style="list-style-type: none"> 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-doumentos/institucionaldocumentos-mapapobreza)
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Reportes del Formato de Actividades Colectivas (FAC) del SIS 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 y en el FAC.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión y Gestión Territorial en Salud/Dirección de Atención Primaria de Salud y Gestión Territorial en Salud - Oficina General de Tecnologías de información – Oficina del Seguro Integral de Salud.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN 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, registra y codifica dichas actividades en el HIS y en el FAC, 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: “Junta Vecinal Comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos”. Numerador: Número de Juntas vecinales comunales que participaron en 01 Reunión de evaluación (última tarea de la actividad trazadora) Denominador: Total de comunidades programadas.
Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: <ul style="list-style-type: none"> Registro de Juntas vecinales comunales según mapa de sectorización y/o de la Municipalidad. Mapa de pobreza-FONCODES. Reportes de epidemiología.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Registro en el Formato de Actividades Colectivas (FAC), del SIS. Fuente alternativa: registros administrativos.
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del establecimiento registra y codifica las actividades en el HIS. Personal de salud del establecimiento registra las actividades en el Formato de Actividades Colectivas (FAC), del SIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud/Dirección de Educación y Participación para la Salud - Oficina General de Tecnologías de Información – Oficina del Seguro Integral de Salud.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROMUEVEN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33290)
Código de producto / actividad	3033290
Unidad de medida	236. INSTITUCION EDUCATIVA
Código de la unidad de medida	236
Método de medición	<p>El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS y en el FAC, según manual de registro y código de promoción de la salud.</p> <p>Unidad de medida: Institución educativa Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: "Concejo Educativo Institucional (CONEI) comprometido que promueve prácticas en maternidad saludables y salud del neonato".</p> <p>Numerador: Número de Instituciones educativas que incorporan en su plan anual de trabajo acciones para la promoción de prácticas y entornos saludables en salud sexual integral. Denominador: Total de instituciones educativas programadas.</p>
Fuente de información de la programación	<p>Fuente de información para la programación: Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/). Mapa de pobreza-FONCODES. Reportes de epidemiología.</p>
Fuente de información para la ejecución	<p>Registro HIS Registro en el Formato de Actividades Colectivas (FAC), del SIS. Fuente alternativa: registros administrativos</p>
Forma de recolección de información para la ejecución	<p>El Personal de salud del establecimiento registra y codifica las actividades en el HIS. El Personal de salud del establecimiento registra las actividades en el Formato de Actividades Colectivas (FAC), del SIS.</p>
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud/Dirección de Educación y Participación para la Salud - Oficina General de Tecnologías de Información – Oficina del Seguro Integral de Salud.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Código de producto / actividad	3033412
Unidad de medida	056. FAMILIA
Código de la unidad de medida	056
Método de medición	<p>El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS y en el FAC, según manual de registro y código de Promoción de la Salud.</p> <p>Unidad de medida: Familia Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante o púerpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva.</p> <p>Numerador: Número de Familias con gestantes y púerperas que recibieron 2da consejería en el hogar sobre prácticas saludables en el cuidado de la salud sexual y reproductiva y salud materna neonatal. Denominador: Total de familias programadas.</p>

Fuente de información de la programación	Para la programación del presente producto se tomará como referencia la programación del producto "Atención prenatal reenforcada".
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS Reportes del Formato de Actividades Colectivas (FAC) del SIS Fuente alternativa: registros administrativos
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento que registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS y en el FAC.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión y Gestión Territorial en Salud/Dirección de Atención Primaria de Salud y Gestión Territorial en Salud - Oficina General de Tecnologías de información – Oficina del Seguro Integral de Salud.

3.7 Supuestos

Tabla 16: Supuestos

TABLA No.16: SUPUESTOS	
Supuestos	
Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Materno Neonatal
Resultado Específico	Población con conocimiento en salud sexual y reproductiva que accede a métodos de planificación familiar
Producto	<p>POBLACIÓN ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3033291)</p> <p>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 sexual .</p> <p>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.</p>
Actividad (*)	3329101 AQV masculino 3329102 Complicación AQV masculino 3329103 AQV femenino 3329104 Complicación de AQV femenino 3329105 Dispositivos intrauterinos (Método DIU) 3329106 Anticonceptivo hormonal inyectable 3329107 Métodos de barrera 3329108 Anticonceptivo hormonal oral 3329109 Anticoncepción oral de emergencia (AOE) 3329110 Métodos de abstinencia periódica 3329111 Método de lactancia materna exclusiva(MELA) 3329112 Complicaciones por uso de DIU 3329113 Anticonceptivo hormonal mensual inyectable

(*) subproducto

Supuestos	
Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Materno Neonatal
Resultado Específico	Reducción de la Morbimortalidad materna
Producto	<p>ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA (3033172)</p> <p>El informe de ENDES para el indicador de gestantes con 06 o más controles prenatales, no señala si los controles son adecuados, generalmente las muertes maternas son en gestantes con más de 6 controles prenatales.</p>
Actividad (*)	3317201 Atención a la gestante 3317202 Vacuna antitetánica a la gestante

	3317203 Visita domiciliaria 3317204 Exámenes de laboratorio completo 3317205 Ecografía obstétrica 3317206 Atención odontológica de la gestante 3317209 Evaluación del bienestar fetal
--	---

(*) subproducto

Supuestos	
Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorarla Salud Materno Neonatal
Resultado Específico	Reducción de la Morbimortalidad materna
Producto	<p>ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL (3033295)</p> <p>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 periodo 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.</p> <p>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.</p>
Actividad (*)	3329501 Atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal

(*) subproducto

Supuestos	
Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorarla Salud Materno Neonatal
Resultado Específico	Reducción de la Morbimortalidad Neonatal
Producto	<p>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES (3033306)</p> <p>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, 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.</p>
Actividad (*)	<p>3330601 Atención de recién nacido con complicaciones</p> <p>3330602 Asfisia del nacimiento</p> <p>3330603 Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico)</p> <p>3330604 Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, DM y RPM)</p> <p>3330605 Bajo peso al nacer y prematuro</p> <p>3330606 Oftalmia del recién nacido</p> <p>3330608 Sífilis congénita</p> <p>3330609 Onfalitis</p> <p>3330610 Sepsis neonatal</p> <p>3330611 Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica</p> <p>3330612 Dificultad respiratoria del recién nacido</p> <p>3330613 Convulsiones neonatales</p> <p>3330614 Hipotiroidismo congénito</p> <p>3330615 Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido</p>

	3330616 Hidrocefalia congénita 3330617 Paladar hendido (fisura labio palatino) 3330618 Displasia congénita de cadera
--	--

(*) subproducto

3.8 Vinculación del Programa Presupuestal con los Objetivos de Política Nacional

Tabla 17: Vinculación del Resultado Específico del PP con Resultados Finales

TABLA No. 17 Vinculación del Resultado Específico del PP con Resultados Finales	
Resultado Final	Eje Estratégico 2: Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad. Objetivo Nacional Objetivo específico 2: Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad R.F. Mejorar la Salud Materna Neonatal
Resultado Específico	Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal
Sustento de la Relación RF-RE	Se adjunta información con evidencia.en <i>anexo 1</i>

3.9 Matriz Lógica del Programa Presupuestal

Tabla 18: Matriz Lógica del Programa Presupuestal

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado final			
Mejorar la salud materno neonatal	.Razón de mortalidad materna. .Tasa de mortalidad neonatal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.	
Resultados			
Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal	-Tasa global de fecundidad - Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar - Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación	Sistema de Información HIS,SIASIS Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES	
Productos			
1. <i>Acciones comunes (gestión del programa)</i>	.Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos .Proporción de establecimientos calificados como FONE I en establecimientos estratégicos .Proporción de establecimientos calificados como FONE II en establecimientos estratégicos .Proporción de establecimientos calificados como FONI en establecimientos estratégicos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud, ENESA.	
2. <i>Acceso a métodos de planificación y servicios de consejería en SSR</i>	Proporción de parejas protegidas		

3. Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive	Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre de gestación		
4. Acceso de gestantes a servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicaciones según capacidad resolutive	Cobertura de parto institucional Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales Proporción de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales		

3.10 Inclusión de Proyectos de Inversión Pública en el PP

Tabla 19: Tipología de Proyectos
NO APLICA

Tabla 20: Clasificación de Proyectos
NO APLICA

4. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

4.1 Seguimiento del Desempeño

Tabla 21: Seguimiento del Desempeño

Nivel de objetivo	Enunciado de resultado / producto	Nombre del indicador (desempeño)	U.M.	Fuente de datos	Responsable de definición	Responsable de medición	Método de cálculo	Disponible		
								Base de datos	Sintaxis	LdB
Resultado final	Reducción de mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna		ENDES	MINSA	INEI	Dividir muertes maternas estimadas por el total de nacidos vivos y multiplicar el resultado por 100.000	SI	No	
	Reducción de mortalidad neonatal	Tasa de Mortalidad Neonatal		ENDES	MINSA	INEI	Dividir número de niños nacidos vivos que fallecen antes de cumplir un mes de edad entre número de niños nacidos vivos en mismo período	SI	No	
Resultados específicos	Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal	Tasa Global de Fecundidad		ENDES	MINSA	INEI	Suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5, resultado dividirlo por 1000.	SI	SI	
		Proporción mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar		ENDES	MINSA	INEI	Dividir mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familiar por el total de mujeres unidas	SI	SI	
		Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación		ENDES	MINSA	INEI	Dividir número de nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación por total de nacidos vivos	SI	SI	

Producto	Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive	Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales		ENDES	MINSA	INEI	Dividir mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 ó más CPN por el total de mujeres con último nacido vivo en los últimos 5 años	SI	SI	
		Gestante con primer control pre natal en el 1er trimestre de gestación		ENDES	MINSA	INEI	Dividir mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta tuvieron su 1er. CPN en el 1er. trimestre de gestación por el total de mujeres con último nacido vivo en los últimos 5 años	SI	SI	
	Acceso a métodos de planificación y servicios de consejería en SSR	Proporción de Parejas Protegidas		ENDES	MINSA	INEI	Dividir mujeres entrevistadas que usan algún método de planificación familiar por el total de mujeres entrevistadas	SI	SI	
	Acceso de gestantes a servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicaciones según capacidad resolutive	Cobertura de Parto Institucional		ENDES	MINSA	INEI	Dividir número de 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 entre número de niños nacidos vivos < 5 años	SI	SI	
		Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales		ENDES	MINSA	INEI	Dividir mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud por el total de mujeres del área rural con ultimo nacido vivo en los últimos cinco años	SI	SI	
	Acciones comunes (gestión del programa)	Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos		ENESA	MINSA	INEI	Dividir número de EESS designados por la DIRESA para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas que al ser evaluados obtienen más del 90% de capacidad resolutive por número de EESS designados por la DIRESA para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas	SI	SI	

		Proporción de establecimientos calificados como FONE I en establecimientos estratégicos		ENESA	MINSA	INEI	Dividir número de EESS designados por la DIRESA para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I que al ser evaluados obtienen más del 90% de capacidad resolutive por número de EESS designados por la DIRESA para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I	SI	SI	
		Proporción de establecimientos calificados como FONI en establecimientos estratégicos		ENESA	MINSA	INEI	Dividir número de EESS designados por la DIRESA para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas que al ser evaluados obtienen más del 90% de capacidad resolutive por número de EESS designados por la DIRESA para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas	SI	SI	

I. INFORMACIÓN DEL DESEMPEÑO

4.2 Evaluación

Tabla 22: Evaluación del Programa Presupuestal

TABLA No. 22 Evaluación del PP		
Criterio	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente	X	
i. Evaluación de diseño	X	
Indique la metodología de dicha evaluación (diseño):		
ii. Evaluación de procesos		
iii. Evaluación de impacto		
iv. Otro tipo de evaluación	X	
Explique:		
Indique:		
Año de término	2015	
Persona y/o institución que realizó la evaluación.	Ministerio de Economía y Finanzas	
Evaluaciones PpR	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR	X	
Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño	X	
En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 25 (mencione los compromisos a diciembre de 2014).		

Tabla 23: Compromiso de mejora del desempeño del PP

Tabla #° 23

Compromiso	Medio de verificación	Plazo	Nivel de cumplimiento (sí cumplió, cumplimiento parcial y no cumplió)
Aprobación de Definiciones Operacionales del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, durante el primer trimestre del año.	Resolución Ministerial que aprueba las definiciones operacionales del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal en el diario Oficial El Peruano.	Hasta Marzo 2015	La Dirección de Salud Sexual Y Reproductiva, cumplió con la entrega de las definiciones operacionales 2015 del PPMN a la Dirección de Gestión Sanitaria PENDIENTE LA RM DE APROBACION

Lineamientos sobre estimación de la población de gestantes por parte de las Diresas para cada EESS considerando principalmente la metodología INEI. Definir y comunicar la población proyectada de gestantes por departamento a cada pliego Gobierno Regional y por establecimiento de salud como fuente de programación.	Documento Normativo aprobado sobre la estimación de la población de gestantes y publicación en el portal institucional del Ministerio de Salud (máximo enero de cada año).	Hasta Marzo 2015	Cumplido
Revisar los indicadores de desempeño y homogenizar las fichas técnicas del INEI con el Anexo 2 del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.	Fichas técnicas estandarizadas de indicadores de desempeño del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal y homogenizada con las fichas técnicas del INEI.	Agosto 2015	Cumplido
Incorporar en el Anexo 2 y Definiciones Operacionales la estrategia de Casa Materna (Nacional, Regional y Local).	Actualización del Anexo 2. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 002 Salud Materno Neonatal 2016	Enero 2015	Cumplido
Elaborar e implementar el Plan de Articulación Territorial Nacional, Regional y Local 2015, que incluya las metas físicas e indicadores de desempeño revisadas y consensuadas por región. Elaborar e implementar un Plan de Asistencia Técnica del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal a las regiones que incluya al SIS, IGSS y Gobiernos Regionales.	Elaborar e implementar el Plan de Articulación Territorial Nacional, Regional y Local 2015, que incluya las metas físicas e indicadores de desempeño revisadas y consensuadas por región. Elaborar e implementar un Plan de Asistencia Técnica del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal a las regiones que incluya al SIS, IGSS y Gobiernos Regionales.	Marzo 2015, marzo 2016	Cumplido
Utilizar el aplicativo FON última versión en todos los EESS de salud semestralmente para la estimación de brechas de equipamiento y otros. Estimación del requerimiento óptimo de profesionales (Médico, Obstetra, enfermera) según meta física y categoría FON por punto de atención	Presentación de Plan de Equipamiento Anual durante el primer trimestre de cada año. Informe con la estimación de brechas de profesionales de salud (médico, obstetra, enfermera).	Mayo 2015 Noviembre 2015 Diciembre 2015	Cumplido
Elaboración de la Norma Técnica para la atención del Parto Vertical en el marco de los derechos con enfoque de interculturalidad.	Elaboración de la Norma Técnica para la atención del Parto Vertical Publicación de Norma Técnica para la atención de Parto Vertical Difusión de la Norma Técnica en el ámbito regional.	Marzo 2015 Junio - Diciembre 2015. Junio - Diciembre 2015	Cumplido

Fortalecer la fuente de datos el HIS para las actividades de gestantes y complementarlo con la base de Egresos, y SIS para obtener información de partos institucionales.	Manual de Registro HIS actualizado. Informe de asistencia técnica para el adecuado registro de egresos hospitalarios y HIS a Diresas Reporte de Evaluación de Calidad de la Información de egresos hospitalarios y HIS (semestral) El SIS en coordinación con OGEI presentará trimestralmente la información referente a gestantes y partos.	Julio 2015. Marzo 2015	Cumplido
Elaborar la estructura de costos unitarios en base al listado de insumos del SIGA PpR.	Informe con la estructura de costos unitarios ajustados a realidades diferentes: costa urbana, costa rural, sierra urbana, sierra rural, selva urbana y selva rural.	Agosto 2015	Cumplido

Tabla 24: Acciones para la Generación de evidencias de productos
NO APLICA

5. PROGRAMACION FISICA Y FINANCIERA

5.1 Definiciones

5.2 Cálculos Previos

5.2.1 Cuantificación de los grupos poblacionales que reciben los productos

Tabla 25: Cuantificación de la población priorizada

TABLA No. 25 CUANTIFICACION DE LA POBLACION PRIORIZADA: Mujeres en Edad fértil (10 a 49 años)							
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PERU	8,039,280	8,131,387	8,221,718	8,310,107	8,397,093	8,482,778	8,566,369
AMAZONAS	102,771	103,066	103,337	103,566	103,753	103,917	104,048
ANCASH	286,402	288,147	289,767	291,204	292,453	293,554	294,511
APURIMAC	110,029	110,725	111,403	112,052	112,680	113,292	113,878
AREQUIPA	346,440	349,574	352,607	355,524	358,318	361,007	363,590
AYACUCHO	161,500	164,446	167,299	170,028	172,618	175,096	177,475
CAJAMARCA	391,986	394,485	396,748	398,712	400,444	401,987	403,237
CALLAO	269,190	272,055	274,910	277,837	280,858	283,916	286,982
CUSCO	332,037	334,659	337,168	339,541	341,787	343,917	345,925
HUANCAVELICA	114,503	116,242	117,902	119,463	120,910	122,252	123,516
HUANUCO	212,116	213,701	215,263	216,779	218,289	219,812	221,280
ICA	203,675	205,591	207,426	209,203	210,935	212,605	214,198

JUNIN	335,213	338,647	341,888	344,903	347,670	350,213	352,565
LA LIBERTAD	480,853	486,954	492,979	499,021	505,106	511,172	517,178
LAMBAYEQUE	339,773	342,319	344,733	347,001	349,134	351,141	353,003
LIMA	2,678,994	2,714,683	2,750,354	2,786,324	2,822,817	2,859,592	2,896,353
LORETO	246,058	250,047	254,025	257,913	261,768	265,648	269,458
MADRE DE DIOS	30,388	31,247	32,118	32,992	33,882	34,794	35,709
MOQUEGUA	45,322	45,704	46,062	46,391	46,685	46,953	47,196
PASCO	72,713	73,516	74,268	74,972	75,636	76,258	76,828
PIURA	468,795	473,201	477,410	481,384	485,154	488,746	492,113
PUNO	348,892	354,291	359,698	364,991	370,238	375,520	380,735
SAN MARTIN	196,965	199,916	202,804	205,581	208,241	210,821	213,324
TACNA	90,440	91,378	92,271	93,121	93,909	94,634	95,329
TUMBES	59,528	60,230	60,898	61,532	62,129	62,684	63,211
UCAYALI	114,697	116,563	118,380	120,072	121,679	123,247	124,727

Fuente: Boletines Especiales de Estimaciones y Proyecciones de Población N°17 Al 20-INEI-Dirección Técnica de Demografía MINSA-Oficina General de Estadística e Informática

TABLA No. 25 CUANTIFICACION DE LA POBLACION PRIORIZADA: Gestantes							
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL	730,308	725,174	720,624	716,391	782,582	778,370	782,620
AMAZONAS	12,076	11,823	11,659	11,452	12,154	12,088	12,154
ANCASH	28,886	28,597	28,418	28,121	30,643	30,478	30,644
APURIMAC	13,279	13,063	12,902	12,719	13,897	13,822	13,897
AREQUIPA	26,126	26,206	26,343	26,372	28,792	28,636	28,792
AYACUCHO	20,270	19,937	19,692	19,504	21,310	21,195	21,311
CAJAMARCA	40,705	39,839	39,039	38,240	41,785	41,561	41,788
CALLAO	19,250	19,126	19,004	18,946	20,709	20,598	20,710
CUSCO	32,610	32,027	31,479	30,990	33,877	33,694	33,878
HUANCAVELICA	17,562	17,484	17,431	17,292	18,885	18,783	18,886
HUANUCO	24,374	24,071	23,789	23,502	25,695	25,556	25,696
ICA	16,979	16,833	16,756	16,675	18,228	18,130	18,229
JUNIN	36,897	36,964	37,054	36,992	40,444	40,227	40,447
LA LIBERTAD	43,010	42,572	42,207	41,936	45,842	45,596	45,845
LAMBAYEQUE	27,707	27,388	27,073	26,792	29,289	29,131	29,290
LIMA	195,694	196,885	198,111	199,084	217,627	216,456	217,638
LORETO	29,775	29,017	28,258	27,643	30,214	30,052	30,216
MADRE DE DIOS	3,265	3,267	3,274	3,265	3,572	3,553	3,572
MOQUEGUA	3,392	3,383	3,394	3,402	3,722	3,702	3,722
PASCO	8,037	8,028	8,019	8,021	8,769	8,720	8,768
PIURA	47,533	47,137	46,624	46,165	50,465	50,192	50,466
PUNO	38,119	37,548	36,936	36,629	40,045	39,830	40,047
SAN MARTIN	20,945	20,555	20,129	19,872	21,719	21,602	21,720
TACNA	7,166	7,055	6,960	6,910	7,555	7,515	7,556
TUMBES	5,050	5,009	4,961	4,924	5,383	5,355	5,384
UCAYALI	11,601	11,360	11,112	10,943	11,961	11,898	11,963

Fuente: Boletines Especiales de Estimaciones y Proyecciones de Población N°17 Al 20-INEI-Dirección Técnica de Demografía MINSA-Oficina General de Estadística e Informática

TABLA No. 25 CUANTIFICACION DE LA POBLACION PRIORIZADA: NEONATOS							
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL	588,813	584,988	581,450	578,130	574,957	571,863	574,957
AMAZONAS	9,493	9,304	9,174	8,979	8,929	8,881	8,929
ANCASH	23,231	23,012	22,878	22,637	22,513	22,392	22,513
APURIMAC	10,704	10,541	10,413	10,266	10,210	10,155	10,210
AREQUIPA	21,060	21,132	21,248	21,270	21,153	21,039	21,153
AYACUCHO	16,345	16,079	15,891	15,742	15,656	15,572	15,656
CAJAMARCA	32,829	32,155	31,518	30,868	30,699	30,534	30,699
CALLAO	15,533	15,440	15,344	15,299	15,215	15,133	15,215
CUSCO	26,306	25,845	25,417	25,026	24,889	24,755	24,889
HUANCAVELICA	14,153	14,104	14,062	13,952	13,875	13,800	13,875
HUANUCO	19,658	19,420	19,195	18,982	18,878	18,776	18,878
ICA	13,695	13,578	13,509	13,466	13,392	13,320	13,392
JUNIN	29,769	29,845	29,912	29,878	29,714	29,554	29,714
LA LIBERTAD	34,700	34,360	34,081	33,866	33,680	33,499	33,680
LAMBAYEQUE	22,353	22,106	21,859	21,637	21,518	21,402	21,518
LIMA	157,892	158,932	159,957	160,771	159,889	159,029	159,889
LORETO	24,020	23,423	22,815	22,321	22,198	22,079	22,198
MADRE DE DIOS	2,636	2,639	2,643	2,638	2,624	2,610	2,624
MOQUEGUA	2,738	2,730	2,742	2,750	2,735	2,720	2,735
PASCO	6,484	6,482	6,474	6,478	6,442	6,407	6,442
PIURA	38,348	38,049	37,641	37,281	37,076	36,876	37,076
PUNO	30,749	30,314	29,826	29,583	29,421	29,263	29,421
SAN MARTIN	16,904	16,592	16,253	16,045	15,957	15,871	15,957
TACNA	5,782	5,693	5,620	5,582	5,551	5,521	5,551
TUMBES	4,074	4,044	4,007	3,977	3,955	3,934	3,955
UCAYALI	9,357	9,169	8,971	8,836	8,788	8,741	8,788

Fuente: Boletines Especiales de Estimaciones y Proyecciones de Población N°17 Al 20-INEI-Dirección Técnica de Demografía
MINSA-Oficina General de Estadística e Informática

5.2.2 Estimación de la meta proyectada para los indicadores de desempeño del PP

Tabla 26: Valores históricos y metas proyectados de los Indicadores

TABLA No. 26 Valores Históricos y metas proyectadas de los indicadores							
Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Valores históricos			Metas proyectadas		
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Resultado específico	Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos	93 x 100 mil n.v.	93 x 100 mil n.v.	93x 100 mil n.v.	68x 100 mil n.v.	68x 100 mil n.v.	68x 100 mil n.v.
Mejorar la salud materno y neonatal	Tasa de mortalidad neonatal	12	11	9	8	7	6 x 1000 REVISAR
	Tasa global de fecundidad	2.4	2.5	2.4	2.4	2.4	2.3
	Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar	9.2	8.6	7.6	6.6	5.6	5
Producto							
Población accede a métodos de planificación familiar	Proporción de parejas protegidas	74	74.6	74.6	75.5	80	85
Atención del Parto Normal	Cobertura de parto institucional	88	89.2	92	92.1	92.5	93
	Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales	68.5	72	75	75.5	75.6	76
Atención del Parto Complicado Quirúrgico	Proporción de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales	11.5	12	12.2	12.3	12.4	12.5
Atención del Recién Nacido Con Complicaciones (3033306)	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación	18.5	17.2	17.8	17.5	17	16
Atención Prenatal Reenfocada (3033172)	Proporción de gestantes con 6 o más controles prenatales	87.2	86.6	88.4	89.5	89.9	90
	Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre de gestación	77.4	77.3	80.6	81	82	85
Acceso al Sistema de Referencia Institucional (3033304):	Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos	52.6		60	70	80	90

Proporción de establecimientos calificados como FONE I en establecimientos estratégicos	70.8		70.9	80	80.5	90
Proporción de establecimientos calificados como FONE II en establecimientos estratégicos	70.8		70.9	80	80.5	90
Proporción de establecimientos calificados como FONI en establecimientos estratégicos	74.6		74.7	74.5	80	90

5.3 Programación del requerimiento de inversiones

5.3.1 Brechas de inversiones

5.3.2 Programación de los proyectos de Inversión

Tabla 27: Requerimiento de Inversiones
NO APLICA

5.4 Programación de producción anual

Tabla 28: Programación anual -meta física y financiera de productos: 2016

Producto/Proyecto/Actividad	Unidad de producción física (unidad de medida)	Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
ACCIONES COMUNES (3000001)			6,827,250
Desarrollo de Normas y Guías Técnicas (3328701)	norma	1	
Implementación de Documentos Técnicos (3328702)	informe técnico		
Monitoreo del Programa Salud Materno Neonatal (4427702)	informe técnico	216	
Evaluación del Programa Salud Materno Neonatal (4427703)	informe técnico	4	
Supervisión del Programa Salud Materno Neonatal (4427704)	informe técnico	6	
MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033288)			632,414
Consejo municipal capacitado en gestión local para elaborar PIP y política públicas a favor de la salud materna neonatal (3328802)	municipio	102	
Comité multisectorial capacitado en gestión local para promover prácticas saludables en salud materna neonatal (3328803)		360	
Implementación de casa materna		16	
Implementación de centro de desarrollo juvenil (xxxxx)	municipio	30	
COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033289)			1,271,412
Junta Vecinal Comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos (3328901)	comunidad	1,455	
ACS capacitados para vigilancia comunitaria y orientación en prácticas saludables para las madres y neonatos. (3328902)	persona capacitada	16,330	
FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33412)			1,649,457
Consejería en el hogar durante la visita domiciliar a familias con gestante o puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205):	familia		
INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (30332890)			1,101,028
Concejo Educativo Institucional (CONEI) comprometidos que promueve prácticas en maternidad saludables y salud del neonato (3329004)	institución educativa	634	
Docentes de instituciones educativas capacitados en maternidad saludable y salud del neonato (3329005)	docente	15900	
Asociaciones de padres de familia (APAFAS) desarrollan acciones para la promoción de la salud sexual integral.	APAFA	530	
Universidades con entornos saludables promueven prácticas en favor de la salud sexual y reproductiva		7	
POBLACIÓN INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3000002)			1,273,146
Población Informada en Salud sexual y reproductiva por Medios de Comunicación Masiva (5000201)	persona informada	95,059	
Comunicadores y Periodistas Informados en temas de Salud sexual y reproductiva (5000202)	persona informada	4,978	
Población Informada en Salud sexual y reproductiva por medios alternativos de comunicación (5000203)	persona informada	12,279	
ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO			3,219,542
Atención integral para la prevención del embarazo adolescente ((5000502)	adolescente	31,107	
POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033292)			3632169
Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva (3329201)	persona informada	95,059	
Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar (3329202)	mujer captada	4,978	
Atención pre gestacional (3329203)	mujer preparada	12,279	

POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3033291)			6,692,115
AQV masculino (3329101)	pareja protegida	17	
Complicación AQV masculino (3329102)	paciente atendido	6	
AQV femenino (3329103)	pareja protegida	220	
Complicación de AQV femenino (3329104)	paciente atendido	13	
Dispositivos intrauterinos (Método DIU) (3329105)	pareja protegida	691	
Anticonceptivo hormonal inyectable (3329106)	pareja protegida	21,623	
Métodos de barrera (3329107)	pareja protegida	9,189	
Anticonceptivo hormonal oral (3329108)	pareja protegida	6,339	
Anticoncepción de emergencia (AE) (3329109)		500	
Métodos de abstinencia periódica (3329110)	pareja protegida	1,711	
Método de lactancia materna exclusiva(MELA) (3329111)	pareja protegida	7,169	
Complicaciones por uso de DIU (3329112)	paciente atendido	24	
Anticonceptivo hormonal mensual inyectable (3329113)	pareja protegida	1,442	
Condón femenino (3329114)	pareja protegida	563	
Implante (3329115)	pareja protegida	1,181	
ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA (3033172)			32,254,816
Atención a la gestante (3317201)	gestante controlada	21,224	
Vacuna antitetánica a la gestante (3317202)	gestante controlada	12,780	
Visita domiciliaria (3317203)	gestante controlada	21,224	
Exámenes de laboratorio completo (3317204)	gestante controlada	21,224	
Ecografía obstétrica (3317205)	gestante controlada	21,224	
Atención odontológica de la gestante (3317206)	gestante controlada	12,780	
Evaluación del bienestar fetal (3317209)	gestante examinada	15,500	
ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES (3033294)			10,935,983
Amenaza de parto prematuro (2329404)	gestante atendida	243	
Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía (2329406)	gestante atendida	127	
Hemorragia de la 2da mitad del embarazo (2329407)	gestante atendida	238	
Hiperémesis gravídica (2329408)	gestante atendida	406	
Infección del tracto urinario en el embarazo (2329409)	gestante atendida	3,950	
Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas (2329413)	gestante atendida	221	
Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía (2329414)	gestante atendida	127	
Trastorno hipertensivos en el embarazo (2329415)	gestante atendida	485	
Trastornos metabólicos del embarazo (2329416)	gestante atendida	54	
Otras enfermedades del embarazo (2329417)	gestante atendida	345	
ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL (3033295)			28,247,429
Atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal (3329501)	parto vaginal	16,971	
ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO (3033296)			5,012,142
Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional (3329601)	parto complicado	1,063	
Hemorragias Intraparto y Postparto (2329602)	parto complicado	548	
ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO (3033297)			17,597,368
Cesárea (3329701)	cesárea	2,365	
ATENCIÓN DEL PUERPERIO (3033298)			4,408,530
Atención del puerperio (3329801)	puérpera controlada	17,648	
ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES (3033299)			3,620,098
Endometritis puerperal (3329901)	egreso	86	
Mastitis (3329902)	egreso	93	
Otras complicaciones del puerperio (3329903)	egreso	77	
ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL (3033304):			5,716,624
Referencia de FONP-Funciones Obstétricas Neonatales Primarias (3330401)	gestante y/o neonato referido	8,331	

Referencia de FONB-Funciones Obstétricas Neonatales Básicas (3330402)	gestante y/o neonato referido	1,854	
Referencia de FONE-Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales (3330403)	gestante y/o neonato referido	986	
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL (3033305)			8,060,487
Atención inmediata del recién nacido (3330501)	RN normal atendido	21,224	
Atención del recién nacido en alojamiento conjunto	RN normal atendido	21,224	
Control del recién nacido (3330502)	RN normal atendido		
Antes: 3330502 Control del recién nacido (7° y 15)		21,224	
Visita domiciliaria (3330503)	RN normal atendido	21,224	
Tamizaje neonatal / procesamiento de muestra (3330504)	RN normal atendido	12,000	
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES (3033306)			7,498,867
Atención de recién nacido con complicaciones (3330601)	RN complicado atendido	1,622	
Asfixia del nacimiento (3330602)	RN complicado atendido	83	
Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) (3330603)	RN complicado atendido	86	
Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, dm y rpm) (3330604)	RN complicado atendido	91	
Bajo peso al nacer y prematuro (3330605)	RN complicado atendido	682	
Oftalmia del recién nacido (3330606)	RN complicado atendido	7	
Sífilis congénita (3330608)	RN complicado atendido	12	
Onfalitis (3330609)	RN complicado atendido	46	
Sepsis neonatal (3330610)	RN complicado atendido	299	
Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica (3330611)	RN complicado atendido	65	
Dificultad respiratoria del recién nacido (3330612)	RN complicado atendido	102	
Convulsiones neonatales (3330613)	RN complicado atendido	56	
Hipotiroidismo congénito (3330614)	RN complicado atendido	5	
Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido (3330615)	RN complicado atendido	16	
Hidrocefalia congénita (3330616)	RN complicado atendido	5	
Paladar hendido (fisura labio palatino) (3330617)	RN complicado atendido	17	
Displasia Congénita de Cadera (3330618)	RN complicado atendido	50	
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN (3033307)			4,976,852
Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN (3330701)	egreso	886	
Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500gr) (3330702)	egreso	585	
Asfixia del nacimiento (3330703)	egreso	38	
Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) (3330704)	egreso	35	
Sepsis neonatal (3330705)	egreso	126	
Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica (3330706)	egreso	18	
Dificultad respiratoria del recién nacido (3330707)	egreso	42	
Convulsiones neonatales (3330708)	egreso	30	
Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido (3330709)	egreso	10	
Hidrocefalia congénita ((3330710)	egreso	2	

Tabla 29: Programación Mutianual de metas físicas de productos

METAS FISICAS MULTIANUAL PROGRAMA PRESUPUESTAL SMN	2014	2015	2016	2017 (*)	2018 (*)
3000002. Población Informada Sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Métodos de P. Familiar	11,960,560	7,038,080	7,933,496	8,488,841	8,998,171
3000005. Adolescentes Acceden a Servicios de Salud para Prevención del Embarazo	1,045,334	1,215,148	1,269,480	1,358,344	1,439,844
3033172. Atención Prenatal Reenfocada	2,920,975	1,000,099	1,057,807	1,131,853	1,199,765
3033287. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Salud Materno Neonatal	0	0	0	0	0
3033288. Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva	2,892	3,022	3,052	3,266	3,462
3033289. Comunidades Saludables que Promueven Salud Sexual Y Reproductiva	54,494	66,812	67,896	72,649	77,008
3033290. Instituciones Educativas Saludables Promueven Salud Sexual Y Reproductiva	38,254	49,898	51,088	54,664	57,944
3033291. Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	4,662,520	2,566,098	2,690,130	2,878,439	3,051,145
3033292. Población Accede a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	3,372,388	7,352,020	3,307,216	3,538,721	3,751,044
3033294. Atención de la Gestante con Complicaciones	1,071,438	505,920	521,369	557,865	591,337
3033295. Atención del Parto Normal	1,423,410	671,633	702,167	751,319	796,398
3033296. Atención del Parto Complicado No Quirúrgico	136,921	74,873	78,458	83,950	88,987
3033297. Atención del Parto Complicado Quirúrgico	319,233	133,881	139,980	149,779	158,765
3033298. Atención del Puerperio	1,651,016	744,195	771,657	825,673	875,213
3033299. Atención del Puerperio con Complicaciones	30,818	25,732	116,838	125,017	132,518
3033300. Atención Obstétrica en Unidad de Cuidados Intensivos	7,118	5,436	6,004	6,424	6,810
3033301. Pre Inversión de la Implementación de la Red de Centros de Hemoterapia Tipo I y Tipo II	0	0	0	0	0
3033304. Acceso al Sistema de Referencia Institucional	307,220	253,165	266,765	285,439	302,565
3033305. Atención del Recién Nacido Normal	1,738,073	879,170	909,375	973,031	1,031,413
3033306. Atención del Recién Nacido con Complicaciones	217,208	111,446	112,838	120,737	127,981
3033307. Atención del Recién Nacido con Complicaciones que Requiere Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales – UCIN	38,218	25,134	446,966	478,254	506,949
3033412. Familias Saludables Informadas Respecto de su Salud Sexual y Reproductiva	1,137,496	763,294	786,864	841,944	892,461
3044277. Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control de la Salud Materno Neonatal	0	0	0	0	0

(*) Para cálculo de años 2017 y 2018 se considera tasa crecimiento población según estimaciones de proyecciones poblacional del INEI

Tabla 30: Programación Multianual Financiera de Productos

PRESUPUESTO MULTIANUAL PROGRAMA PRESUPUESTAL SMN	2014	2015	2016	2017 (*)	2018 (*)
PRODUCTOS					
3000001. Acciones Comunes	28,397,990	56,063,188	59,042,823	63,175,821	66,966,370
3000002. Población Informada Sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Métodos de Planificación Familiar	10,859,933	26,678,385	27,033,311	28,925,643	30,661,181
3000005. Adolescentes Acceden a Servicios de Salud para Prevención del Embarazo	7,199,286	22,198,037	22,521,427	24,097,927	25,543,803
3033172. Atención Prenatal Reenfocada	118,608,525	257,831,405	310,454,022	332,185,804	352,116,952
3033288. Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva	5,414,716	10,603,066	10,752,370	11,505,036	12,195,338
3033289. Comunidades Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva	5,556,982	15,434,846	16,202,876	17,337,077	18,377,302
3033290. Instituciones Educativas Saludables Promueven Salud	6,229,494	12,024,970	12,364,925	13,230,470	14,024,298

Sexual y Reproductiva					
3033291. Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	45,071,215	103,878,094	106,766,013	114,239,634	121,094,012
3033292. Población Accede a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	18,996,367	35,611,851	36,022,405	38,543,973	40,856,612
3033294. Atención de la Gestante con Complicaciones	67,062,503	125,627,535	133,758,346	143,121,430	151,708,716
3033295. Atención del Parto Normal	192,509,322	256,369,233	274,858,794	294,098,910	311,744,844
3033296. Atención del Parto Complicado No Quirúrgico	38,005,192	69,783,828	77,669,900	83,106,793	88,093,201
3033297. Atención del Parto Complicado Quirúrgico	117,193,768	195,258,982	206,859,957	221,340,154	234,620,563
3033298. Atención del Puerperio	33,136,445	56,514,194	57,477,037	61,500,430	65,190,455
3033299. Atención del Puerperio con Complicaciones	30,539,229	47,996,159	50,254,507	53,772,322	56,998,662
3033300. Atención Obstétrica en Unidad de Cuidados Intensivos	20,410,620	41,697,307	43,578,646	46,629,151	49,426,900
3033304. Acceso al Sistema de Referencia Institucional	34,218,271	68,693,728	71,482,864	76,486,664	81,075,864
3033305. Atención del Recién Nacido Normal	56,744,065	116,706,215	121,855,808	130,385,715	138,208,857
3033306. Atención del Recién Nacido con Complicaciones	58,503,786	147,008,739	160,710,994	171,960,764	182,278,409
3033307. Atención del Recién Nacido con Complicaciones que Requiere Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales – UCIN	37,786,911	109,585,334	115,685,599	123,783,591	131,210,606
3033412. Familias Saludables Informadas Respecto de su Salud Sexual y Reproductiva	9,239,739	15,684,333	15,269,312	16,338,164	17,318,454
Total general	941,684,359	1,791,249,429	1,930,621,936	2,065,765,472	2,189,711,400

(*) Para cálculo de años 2017 y 2018 se considera tasa crecimiento población según estimaciones de proyecciones poblacional del INEI

Tabla 31: Estructura Programática

Código y Programa Presupuestal	Código Producto	Producto	Código medida Producto	Unidad medida producto	Código Actividad	Actividad	Código medida actividad	Unidad medida actividad	Código función	Función	Código División	División funcional	Código grupo	Grupo funcional	Código finalidad	Finalidad
0002 SALUD MATERNO NEONATAL	3000001	Acciones Comunes			5004389	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en SMN	080	norma	20	Salud	043	Salud Colectiva	0093	Regulación y control sanitario	33287	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en SMN
					5004430	Monitoreo, supervisión evaluación y control de la SMN	060	informe	20	Salud	004	Planeamiento gubernamental	0005	Planeamiento institucional	44277	Monitoreo, supervisión evaluación y control de SMN
	3000002	Población Informada sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Métodos de Planificación Familiar	259	persona informada	5000059	Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar	259	persona informada	20	Salud	043	Salud Colectiva	0295	Control de riesgos y daños para la salud	53847	Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar
	3000005	Adolescentes Acceden a Servicios de Salud para Prevención del Embarazo	006	atención	5000058	Brindar servicios de salud para prevención de embarazos a adolescentes	006	atención	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	53220	Adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo.
	3033172	Atención Prenatal Reenfocada	058	gestante controlada	5000037	Brindar atención prenatal reenfocada	058	gestante controlada	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	33172	Atención pre-natal reenfocada
	3033288	Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva	215	municipio	5000039	Promover la salud sexual y reproductiva con énfasis en maternidad saludable	215	municipio	20	Salud	043	Salud Colectiva	0295	Control de riesgos y daños para la salud	33288	Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva
	3033289	Comunidades Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva	019	comunidad	5000040	Comunidad promueve acciones adecuadas en salud sexual y reproductiva con énfasis en maternidad saludable y salud del neonato	019	comunidad	20	Salud	043	Salud Colectiva	0295	Control de riesgos y daños para la salud	33289	Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva
	3033290	Instituciones Educativas Saludables Promueven Salud Sexual y Reproductiva	236	institución educativa	5000041	Promover desde las instituciones educativas la salud sexual y reproductiva con énfasis en maternidad saludable	236	institución educativa	20	Salud	043	Salud Colectiva	0295	Control de riesgos y daños para la salud	33290	Instituciones Educativas saludables que promueven salud sexual y reproductiva
	3033291	Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	206	pareja protegida	5000042	Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar	206	pareja protegida	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	33291	Población accede a métodos de planificación familiar
3033292	Población Accede a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	006	atención	5000043	Mejoramiento del acceso de la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	006	atención	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	33292	Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	

3033294	Atención de la Gestante con Complicaciones	207	gestante atendida	5000044	Brindar atención a la gestante con complicaciones	207	gestante atendida	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33294	Atención de la gestante con complicaciones
3033295	Atención del Parto Normal	208	parto normal	5000045	Brindar atención del parto normal	208	parto normal	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	33295	Atención del parto normal
3033296	Atención del Parto Complicado No Quirúrgico	209	parto complicado	5000046	Brindar atención del parto complicado no quirúrgico	209	parto complicado	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33296	Atención del parto complicado no quirúrgico
3033297	Atención del Parto Complicado Quirúrgico	210	cesárea	5000047	Brindar atención del parto complicado quirúrgico	210	cesárea	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33297	Atención del parto complicado quirúrgico
3033298	Atención del Puerperio	211	atención puerperal	5000048	Atender el puerperio	211	atención puerperal	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	33298	Atención del puerperio
3033299	Atención del Puerperio con Complicaciones	212	egreso	5000049	Atender el puerperio con complicaciones	212	egreso	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33299	Atención del puerperio con complicaciones
3033300	Atención Obstétrica en Unidad de Cuidados Intensivos	212	egreso	5000050	Atender complicaciones obstétricas en la unidad de cuidados intensivos	212	egreso	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33300	Atención obstétrica en la unidad de cuidados intensivos
3033304	Acceso al Sistema de Referencia Institucional	214	Gestante y/o neonato referido	5000052	Mejoramiento del acceso del sistema de referencia institucional	214	gestante y/o neonato referido	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	33304	Acceso al sistema de referencia institucional
3033305	Atención del Recién Nacido Normal	239	recién nacido atendido	5000053	Atender al recién nacido normal	239	recién nacido atendido	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	33305	Atención del recién nacido normal
3033306	Atención del Recién Nacido con Complicaciones	212	egreso	5000054	Atender al recién nacido con complicaciones	212	egreso	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33306	Atención del recién nacido con complicaciones
3033307	Atención del Recién Nacido con Complicaciones que Requiere Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - UCIN	212	egreso	5000055	Atender al recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales - UCIN	212	egreso	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33307	Atención del recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales - UCIN
3033412	Familias Saludables Informadas respecto de su Salud Sexual y Reproductiva	056	familia	5000056	Informar a familiar saludables respecto a su salud sexual y reproductiva con énfasis en la maternidad saludable	056	familia	20	Salud	043	Salud Colectiva	0295	Control de riesgos y daños para la salud	33312	Familias saludables informadas sobre su salud sexual y reproductiva

ANEXOS

Anexo 1: Narrativo de Evidencias

INTERVENCIONES PARA INCREMENTAR CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EL ACCESO A SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Comprehensive adolescent health programs that include sexual and reproductive health services: a systematic review.	Kågesten A, Parekh J, Tunçalp O, Turke S, Blum RW.	Am J Public Health. 2014	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue describir las características y evidencia de programas integrales de salud de los adolescentes que incluyen servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios de salud, así como educación y apoyo social.	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.	A2
	An economic model of school-based behavioral interventions to prevent sexually transmitted infections.	Cooper K, Shepherd J, Picot J, Jones J, Kavanagh J, Harden A, Barnett-Page E, Clegg A, Hartwell D, Frampton G,	Int J Technol Assess Health Care. 2012	Modelo económico basado en revisiones sistemáticas, datos epidemiológicos de infecciones de	El objetivo del estudio fue evaluar la costo-efectividad de intervenciones conductuales (conductas sexuales) en jóvenes en escuelas.	Los costos de desarrollar intervenciones conductuales dirigidas por docentes y por compañeros de aula fueron de 5.16 \$ y 18 \$ por estudiante, respectivamente. Para un cohorte de 1000 niños y 1000 niñas de 15 años de edad, el modelo estimó que las intervenciones conductuales podrían evitar dos casos de ITS y ganar 0.35 años de vida ajustados por calidad (QALYs). En comparación con la educación regular, el	A2

		Price A.		transmisión sexual (ITS) y análisis de costos.		incremento de la costo-efectividad de las intervenciones dirigidas por pares y dirigida por el docente fueron de $\square 24.268$ y $\square 96.938$ por QALY ganado, respectivamente.	
	Interactive computer-based interventions for sexual health promotion.	Bailey JV1, Murray E, Rait G, Mercer CH, Morris RW, Peacock R, Cassell J, Nazareth I.	Cochrane Database Syst Rev. 2010	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue determinar los efectos de las intervenciones interactivas basadas en computación (ICBI) para promoción de salud sexual, considerando resultados cognitivos, conductuales, biológicos y económicos.	Al comparar las las ICBI con intervenciones mínimas como práctica regular, el meta-análisis mostró efectos significativos: efecto moderado en conocimiento de salud sexual (DMS 0.72, IC 95% 0.27-1.18), efectos pequeños en autoeficacia en sexo seguro (DMS 0.17, IC 95% 0.05-0.29), efectos pequeños en intención de sexo seguro (DMS 0.16, IC 95% 0.02-0.30), efecto en conductas sexuales (OR 1.75, IC 95% 1.18-2.59). En relación al conocimiento en salud sexual, ICBI fue más efectivo que las intervenciones de salud sexual cara a cara (DMS 0.36, IC 95% 0.13-0.58).	A1
Disponibilidad y acceso a consejería en salud sexual y reproductiva							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia

<p>Education for contraceptive use by women after childbirth.</p>	<p>Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Chen M.</p>	<p>Cochrane Database Syst Rev. 2015</p>	<p>Revisión sistemática y meta-análisis</p>	<p>El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de intervenciones educativas para mujeres puérperas en uso de anticonceptivos.</p> <p>Tipos de intervenciones en general: sesión en hospital antes del alta, consejería anticonceptiva estructurada y consejería informal.</p> <p>Tipos de intervenciones en adolescentes: visitas domiciliarias, servicios en consultorios y consejería personalizada con seguimiento por teléfono.</p>	<p>De cinco estudios de una sola intervención dirigido a adolescentes, solo en uno con asesoría domiciliaria, tuvo menor posibilidad de un segundo embarazo dentro de los dos años comparados con el grupo control (OR 0.41, IC 95% 0.17-1.00).</p> <p>En Nepal, las mujeres con una sesión educativa inmediata al post-parto tuvieron mayor probabilidad de usar anticonceptivos a los seis meses que aquellas con una sesión posterior o sin sesión (OR 1.62, IC 95% 1.06-2.50). En Australia, las adolescentes que recibieron un programa de visitas domiciliarias tuvieron mayor probabilidad de utilizar anticoncepción efectiva a los seis meses que aquellas con visitas domiciliarias estándar (OR 3.24, IC 95% 1.35-7.79).</p>	<p>A1</p>
<p>Strategies for communicating contraceptive effectiveness.</p>	<p>Lopez LM, Steiner M, Grimes DA, Hilgenberg D, Schulz KF.</p>	<p>Cochrane Database Syst Rev. 2013</p>	<p>Revisión sistemática y meta-análisis</p>	<p>El objetivo de la revisión fue evaluar todos los estudios controlados aleatorizados que comparan estrategias para comunicar a los consumidores la efectividad de los anticonceptivos para prevenir embarazos.</p>	<p>Las mujeres en el programa ampliado (múltiples sesiones educativas) tuvieron mayor probabilidad de escoger esterilización (OR 4.26, IC 95% 2.46-7.37) o usar un método moderno de anticoncepción como esterilización, píldoras, inyectables, dispositivo intrauterino o método de barrera (OR 2.35, IC 95% 1.82-3.03). Sin embargo, no presentaron diferencias significativas a los seis meses en el uso consistente de anticoncepción efectiva.</p> <p>En estudios que brindaron una sesión y se enfocaron en pruebas de material educativo</p>	<p>A1</p>

						o de medios de comunicación: En un estudio, el aumento de los conocimientos fue mayor con una presentación con diapositivas y sonidas, en comparación con la presentación oral de un médico (DM -19.00, IC 95% -27.52 a -10.48). En otro estudio, una tabla con categorías de efectividad de anticonceptivos dio lugar a respuestas más correctas que una tabla con cifras de embarazo o una tabla con categorías de efectividad y cifras de embarazo.	
Acceso a métodos de planificación familiar							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of contraceptive service interventions for young people, delivered in health care settings.	Blank L, Baxter SK, Payne N, Guillaume LR, Squires H.	Health Educ Res. 2012	Revisión sistemática	<p>El objetivo de la revisión fue determinar la efectividad de las intervenciones de servicios de anticoncepción para personas jóvenes entregados en servicios de salud, en países desarrollados.</p> <p>Las intervenciones fueron: nuevos servicios para adolescentes, acceso a servicios existentes, entrega de anticoncepción de emergencia, entrega de preservativos y consejería, entrega de anticonceptivos en general, y prevención de repetición del</p>	<p>La evidencia sugiere que los programas que estimulan a los jóvenes a asistir a los servicios de salud sexual pueden ser eficaces en aumentar el uso de los servicios, pero el efecto en la reducción de las tasas de embarazo adolescente no está claro.</p> <p>Existe fuerte evidencia que apoya la entrega de anticoncepción de emergencia (ACE) a adolescentes para incrementar el uso de ACE. En muchos casos, el uso incrementado no fue a expensas del uso de otros métodos anticonceptivos, y no promovió conductas sexuales de riesgo.</p> <p>Existe moderada evidencia que apoya la</p>	A2

					embarazo.	combinación de educación y demostración del uso de preservativos para estimular el uso del preservativo en adolescentes	
Prevención de embarazos en adolescentes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents.	Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE.	Cochrane Database Syst Rev. 2009	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar los efectos de las intervenciones de prevención primaria (basada en escuela, basada en casa/comunidad, basada en hospitales y religiosos) en embarazos no planificados entre adolescentes.	El riesgo de embarazos adolescentes no planificados fue menor (RR 0.49, IC 95% 0.33-0.74) entre participantes que recibieron intervenciones múltiples (educación, desarrollo de habilidades y promoción de anticonceptivos). Existe poca evidencia acerca del efecto de cada una de estas intervenciones por separado.	A1

INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

PREVENCION DE RIESGOS OBSTETRICOS							
Prevención de hemorragia post-parto							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage.	Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE.	Cochrane Database Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue determinar la efectividad de la oxitocina profiláctica a cualquier dosis para prevenir la hemorragia post-parto (HPP) y otros	Oxitocina profiláctica vs placebo redujo el riesgo de HPP mayor de 500 ml (RR 0.53, IC 95% 0.38-0.74), y la necesidad de uterotónicos terapéuticos (RR 0.56, IC 95%	A1

					resultados adversos maternos relacionados con al tercer periodo del trabajo de parto.	0.36-0.87). Oxitocina profiláctica fue superior que la ergotamina en prevenir HPP mayor de 500 ml (RR 0.76, IC 95% 0.61-0.94) y estuvo asociado con menores efectos secundarios, como reducción de nauseas entre el parto y el alta de la sala de parto (RR 0.18, IC 95% 0.06-0.53) y vómitos en el mismo periodo (RR 0.07, IC 95% 0.02-0.25).	
Atención inmediata para hemorragia post-parto							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Active versus expectant management for women in the third stage of labour.	Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue comparar la efectividad del manejo activo vs expectante del tercer periodo del trabajo de parto.	La evidencia sugiere que para las mujeres con distintos niveles de riesgo de sangrado, el manejo activo mostró una reducción en el riesgo de hemorragia primaria materna al momento del parto (más de 1000 ml) (RR:0.34, IC 95% 0.14-0.87), y en la hemoglobina materna menor de 9 g/dl después del parto (RR:0.50, IC 95% 0.30-0.83). 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,	A1

						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.	
Suplementación materna con Calcio para prevenir trastornos hipertensivos							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems.	Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L, Torloni MR.	Cochrane Database Syst Rev. 2014	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de la suplementación con calcio durante el embarazo sobre los trastornos hipertensivos del embarazo y los resultados materno-infantiles relacionados.	<p>Suplementación con dosis alta de calcio (≥ 1 g/día):</p> <p>El riesgo promedio de presión arterial alta se redujo con la administración de suplementos de calcio en comparación con placebo (RR 0.65, IC 95% 0.53-0.81). También se observó una reducción significativa en el riesgo de pre-eclampsia asociada con la suplementación con calcio (RR 0.45, IC 95% 0.31-0.65). El efecto fue mayor en mujer con ingestas bajas de calcio (RR 0.36, IC 95% 0.20-0.65) y en mujeres con riesgo alto de pre-eclampsia (RR 0.22, IC 95% 0.12-0.42). El riesgo promedio de nacimiento pre-término se redujo en el grupo con calcio (RR 0.76, IC 95% 0.60-0.97) y entre las mujeres con alto riesgo de desarrollar pre-eclampsia (RR 0.45, IC 95% 0.24-0.83).</p> <p>Suplementación con dosis baja de calcio (<1g/día):</p>	A1

						Se redujo significativamente el riesgo de pre-eclampsia (RR 0.38, IC 95% 0.28-0.52).	
Tratamiento de pre-eclampsia con sulfato de magnesio							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia.	Duley L, Gülmezoglu AM, Henderson-Smart DJ, Chou D.	Cochrane Database Syst Rev. 2010	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos del sulfato de magnesio y otros anticonvulsivantes, para la prevención de la eclampsia.	Sulfato de magnesio vs placebo o no anticonvulsivante: El sulfato de magnesio redujo a la mitad el riesgo de eclampsia (RR 0.41, IC 95% 0.29-0.58), con una reducción no significativa en muerte materna. Asimismo, redujo el riesgo de desprendimiento de placenta (RR 0.64, IC 95% 0.50-0.83) e incrementó en 5% la posibilidad de cesárea (RR 1.05, IC 95% 1.01-1.10). Efectos secundarios, principalmente flushing, fueron más comunes con el sulfato de magnesio (24% vs 5%, RR 5.26, IC 95% 4.59-6.03). El sulfato de magnesio redujo la eclampsia comparado con fenitoína (RR 0.08, IC 95% 0.01-0.60) y nimodipino (RR 0.33, IC 95% 0.14-0.77).	A1
Dosis baja de aspirina para prevenir pre-eclampsia							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and	Duley L, Henderson-	Cochrane Database	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad y seguridad	Se observó una reducción de 17% en el riesgo de pre-eclampsia asociada con el uso de	A1

	its complications.	Smart DJ, Meher S, King JF.	Syst Rev. 2007	y meta- análisis	de los antiagregantes plaquetarios (dosis bajas de aspirina o dipyridamol) para mujeres en riesgo de desarrollar pre-eclampsia.	antiagregantes plaquetarios (RR 0.83, IC 95% 0.77-0.89). Los antiagregantes plaquetarios estuvieron asociados con una reducción de 8% en el riesgo relativo de nacimiento pre- término (RR 0.92, IC 95% 0.88-0.97), una reducción de 14% en muerte fetal o neonatal (RR 0.86, IC 95% 0.76-0.98), y una reducción de 10% en bebés pequeños para edad gestacional (RR 0.90, IC 95% 0.83-0.98).	
Uso de antihipertensivo para tratar hipertensión severa en gestación							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy.	Duley L, Meher S, Jones L.	Cochrane Database Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta- análisis	El objetivo de la revisión fue comparar diferentes medicamentos antihipertensivos para la hipertensión severa en la gestación.	Las gestantes asignadas a los bloqueantes del canal de calcio tuvieron menor probabilidad de tener hipertensión severa persistente comparado con aquellas asignadas a hidralazina (8% vs 22%, RR 0.37, IC 95% 0.21- 0.66). La ketanzerina estuvo asociada con hipertensión severa más persistente que la hidralazina (27% vs 6%, RR 4.79, IC 95% 1.95- 11.73), pero con menores efectos secundarios (RR 0.32, IC 95% 0.19-0.53) y con menor riesgo de síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo conteo de plaquetas) (RR 0.20, IC 95% 0.05-0.81). Tanto nimodipino y sulfato de magnesio estuvieron asociados con una alta incidencia de hipertensión severa persistente, pero el riesgo fue menor para nimodipino comparado	A1

						<p>con el sulfato de magnesio. Nimodipino estuvo asociado con un menor riesgo de dificultades respiratorias, fiebre, y menor hemorragia post-parto que el sulfato de magnesio.</p> <p>Existe información insuficiente para obtener conclusiones confiables.</p>	
Parto limpio							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Are birth kits a good idea? A systematic review of the evidence.	Hundley VA, Avan BI, Braunholtz D, Graham WJ.	Midwifery. 2012	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue identificar el estado actual del conocimiento sobre la efectividad de los kits de nacimientos sobre las prácticas de nacimiento limpio y sobre resultados del recién nacido y la madre.	La calidad de la evidencia para inferir causalidad fue débil, con solo un ensayo controlado aleatorizado. En dos estudios, el uso de kit de nacimiento junto con co-intervenciones resultó en un incremento significativo en la probabilidad que el asistente del parto tenga las manos limpias. El impacto en otros aspectos de la limpieza fueron menos claros. Paquetes de intervención que incluyen kits de nacimientos se asociaron con la reducción de la mortalidad neonatal, onfalitis, y sepsis puerperal.	A1
	Clean birth and postnatal care practices to reduce neonatal deaths from sepsis and tetanus: a systematic review and Delphi estimation	Blencowe H, Cousens S, Mullany LC, Lee AC, Kerber K, Wall S,	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue describir la evidencia para parto limpio y prácticas de cuidado post-natal y estimar el efecto de la mortalidad neonatal por sepsis	La evidencia de baja calidad indica que existe una asociación: Una reducción en mortalidad por todas las causas (19%, IC 95% 1-34), infección del	A1

	of mortality effect.	Darmstadt GL, Lawn JE.			y tétanos. Parto limpio y prácticas de cuidado postnatal: Lavado de manos del asistente de parto antes del nacimiento, nacimiento en superficie limpia, el perineo limpio, corte del cordón umbilical utilizando un instrumento limpio, lazo del cordón limpio, paño limpio para secado	cordón (30%, IC 95% 20-39) y tétanos neonatal (49%, IC 95% 35-62) con el lavado de manos de personal que atiende el parto. 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 con la aplicación de clorhexidina en cordón umbilical en las primeras 24 horas de vida (34% IC 95% 5-5.4) y la aplicación antimicrobiana del cordón (63%, IC 95% 41-86) No se encontró relación entre lugar de nacimiento e infecciones del cordón umbilical o mortalidad por sepsis.	
Vacunación contra Tétanos							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Vaccines for women for preventing neonatal tetanus.	Demicheli V, Barale A, Rivetti A.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad del toxoide tetánico, administrado a mujeres en edad reproductiva o gestantes, para prevenir casos de, o muertes por, tétanos neonatal.	Un estudio evaluó la efectividad del toxoide tetánico en comparación con la vacuna de la gripe en la prevención de muertes por tétanos neonatal. Una sola dosis no brindó protección significativa contra las muertes de tétanos neonatal, sin embargo, dos o tres dosis brindó protección contra la mortalidad neonatal (RR 0.02, IC 95% 0.00-0.30). La	A1

						administración de dos o tres dosis resultó en una protección significativa cuando todas las causas de muerte fueron consideradas como resultado. Los casos de tétanos neonatal después de al menos una dosis de toxoide tetánico se redujeron en el grupo de toxoide tetánico (RR 0.20, IC 95% 0.10-0.40).	
	Interventions to reduce neonatal mortality from neonatal tetanus in low and middle income countries--a systematic review.	Khan AA, Zahidie A, Rabbani F.	BMC Public Health. 2013	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue identificar las intervenciones que han tenido efectos importantes en reducir la tasa de mortalidad neonatal debida a tétanos neonatal en países de medianos y bajos ingresos.	Las intervenciones identificadas para reducir la mortalidad neonatal fueron: a) vacunación de mujeres en edad reproductiva con toxoide tetánico; b) intervenciones de base comunitaria como vacunación con toxoide tetánicos para todas las gestantes, atención del parto limpio y seguro con personal calificado, reanimación del recién nacido, lactancia materna exclusiva, cuidado del cordón umbilical y manejo de las infecciones en recién nacidos; c) vacunación complementaria (además del programa regular del PAI), d) prácticas seguras en el parto.	A2
Nacimiento temprano programado para manejo de ruptura prematura de membrana a término							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37	Buchanan SL, Crowther CA, Levett KM, Middleton P,	Cochrane Database Syst Rev. 2010	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar el efecto del nacimiento temprano programado comparado con el manejo expectante para gestantes	No se identificaron diferencias significativas en los resultados primarios de sepsis neonatal o dificultad respiratoria. El nacimiento temprano incrementó la incidencia de cesáreas (RR 1.51, IC 95% 1.08-2.10). No hubo	A1

	weeks' gestation for improving pregnancy outcome.	Morris J.			complicadas con ruptura prematura de membranas antes de las 37 semanas de gestación.	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 (RR 2.32, IC 95% 1.33-4.07). Hubo una reducción significativa en el nacimiento temprano en la duración de la estancia materna hospitalaria (DM -1.13 días, IC 95% -1.75 a -0.51 días).	
Atención prenatal de calidad, la detección de infección materna prenatal y las infecciones de transmisión sexual durante las visitas prenatales							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes.	Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de intervenciones del sistema de salud y comunitarias para mejorar la cobertura de control pre-natal (CPN) y otros resultados de salud perinatal. Intervenciones dirigidas al sistema de salud: cambios de	Comparación de una intervención vs no intervención: Se encontró mejoras marginales en cobertura de CPN de al menos cuatro visitas (OR 1.11, IC 95% 1.01-1.22); en el número de mujeres que dieron a luz en establecimientos de salud (OR 1.08, IC 95% 1.02-1.15); y en la proporción de mujeres que tuvieron al menos una visita de CPN (OR 1.68, IC 95% 1.02-2.79). No se encontró efecto en muertes maternas, mortalidad perinatal o bajo peso al nacer,	A1

				<p>políticas, capacitación de trabajadores de salud, reorganización de servicios de salud.</p> <p>Intervenciones dirigidas a la comunidad: campañas de medios de comunicación, movilización social, Información-Educación-Comunicación, incentivos financieros, intervenciones de cambio de comportamiento.</p>	<p>tampoco en la proporción de mujeres que recibieron vacunas de tétanos.</p> <p>Comparación entre dos o más intervenciones vs no intervención:</p> <p>Se encontró mejoras en la cobertura de CPN de al menos una visitas (OR 1.79, IC 95% 1.47-2.17), mortalidad perinatal (OR 0.74, IC 95% 0.57-0.95) y de bajo peso al nacer (OR 0.61, IC 95% 0.46-0.80). No se encontraron mejoras en CPN de al menos cuatro visitas o muertes maternas.</p>	
Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy.	Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue comparar los efectos de los programas de control pre-natal con visitas reducidas en mujeres de bajo riesgo comparado con la atención estándar.	<p>La mortalidad perinatal estuvo incrementada para aquellos aleatorizados a visitas reducidas en lugar de la atención estándar, y esta diferencia estuvo en el límite de la significancia estadística (RR 1.14, IC 95% 1.00-1.31). En los países de altos ingresos no hubo diferencia entre grupos, pero en los países de medianos y bajos ingresos la mortalidad perinatal fue significativamente mayor en el grupo de visitas reducidas (RR 1.15, IC 95% 1.01-1.32).</p> <p>En escenarios con recursos limitados donde el número de visitas es bajo, los programas de visitas reducidas de atención pre-natal están asociados con un incremento en mortalidad perinatal comparado con la atención regular.</p>	A1

	Do antenatal care interventions improve neonatal survival in India?	Singh A, Pallikadavath S, Ram F, Alagarajan M.	Health Policy Plan. 2014	Análisis multivariado	<p>El objetivo del estudio fue investigar la asociación entre las intervenciones de Control Prenatal (CPN) y la mortalidad neonatal en India.</p> <p>El CNP incluyó: al menos cuatro visitas prenatales, consumo de 90 o más tabletas de ácido fólico(AF), y la aplicación de inyecciones de dos o más toxoides tetánico (TT).</p>	El riesgo de mortalidad fue significativamente menor en infantes de madres que recibieron cuatro o más visitas prenatales (OR 0.69, IC 95% 0.60-0.81), consumieron 90 o más tabletas de ácido fólico (OR 0.85, IC 95% 0.73-0.99), recibieron dos o más inyecciones de TT (OR 0.73, IC 95% 0.63-0.83). Cuando se analizaron diferentes combinaciones que incluían visitas prenatales, suplementación con AF e inyecciones de TT, las inyecciones TT brindaron el mayor efecto protector: El riesgo de mortalidad neonatal fue significativamente menor en los recién nacidos de mujeres que recibieron dos o más inyecciones de TT, pero que no consumieron 90 o más tabletas de FA (OR 0.69, IC 95% 0.60-0.78) o que recibieron dos o más inyecciones de TT pero no realizaron cuatro o más visitas prenatales (OR 0.75, IC 95% 0.66-0.86).	C2
	Effectiveness of interventions to screen and manage infections during pregnancy on reducing stillbirths: a review.	Ishaque S, Yakoob MY, Imdad A, Goldenberg RL, Eisele TP, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	Esta revisión presenta el impacto de las intervenciones dirigidas a tratar infecciones importantes durante la gestación en la mortalidad fetal o perinatal.	La detección y tratamiento de sífilis durante la gestación mostró una reducción de 80% en muerte fetal (RR 0.20, IC 95% 0.12-0.34). Para la infección por virus de inmunodeficiencia humana, el análisis no mostró una reducción en muerte fetal con el uso de tratamiento antiretroviral en gestantes comparado con placebo (RR 0.93, IC 95% 0.45-1.92).	A1
Atención del parto por personal capacitados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la	Nivel de

				estudio		evidencia	evidencia
	The effect of providing skilled birth attendance and emergency obstetric care in preventing stillbirths.	Yakoob MY, Ali MA, Ali MU, Imdad A, Lawn JE, Van Den Broek N, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática	Esta revisión analiza el impacto de asistencia calificada en el parto y la entrega de la atención obstétrica de emergencia en mortalidad fetal y perinatal.	La asistencia calificada en el parto basada en comunidad mostró una reducción significativa de 23% en la muerte fetal (RR 0.77, IC 95% 0.69-0.85).	A2
Sistemas de referencia en cuanto a organización, operación y financiamiento							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: a systematic review	Hussein J, Kanguru L, Astin M, Munjanja S.	PLoS Med. 2012	Revisión sistemática	El objetivo del estudio fue evaluar los efectos de las intervenciones de referencia que permiten a las gestantes acudir a establecimientos de salud durante una emergencia, después de haber decidido buscar atención médica	En Sur-Asia, se encontró que intervenciones organizacionales comunales que generaron fondos para transporte redujeron las muertes neonatales, con el mayor efecto observado en India (OR: 0.48, IC 95% 0.34-0.68). En África Sub-Sahariana, se reportaron reducciones en muerte fetal asociada a intervenciones de casa de espera materna, con un resultado estadísticamente significativo (OR 0.56, IC 95% 0.32-0.96). Los efectos de las intervenciones en mortalidad materna fueron inciertos. Las intervenciones de referencia por lo general mejoran la utilización de servicios de salud, pero el efecto contrario también se documentó.	A2
INFECCIONES EN GESTACION							

Tratamiento antibiótico para infecciones durante la gestación							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy.	Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ.	Cochrane Database Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos del tratamiento antibiótico para la vaginosis bacteriana durante la gestación.	La terapia antibiótica fue efectiva en eliminar la vaginosis bacteriana durante la gestación (RR 0.42, IC 95% 0.31-0.56) y reducción del riesgo de aborto espontáneo tardío (RR 0.20, IC 95% 0.05-0.76). El tratamiento no redujo el riesgo de nacimiento pre-término antes de 37 semanas, o el riesgo de ruptura prematura de membranas.	A1
	Effectiveness of interventions to screen and manage infections during pregnancy on reducing stillbirths: a review.	Ishaque S, Yakoob MY, Imdad A, Goldenberg RL, Eisele TP, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue presentar el impacto de las intervenciones dirigidas a diversas infecciones importantes durante la gestación sobre la mortalidad fetal y perinatal.	La detección y tratamiento de sífilis durante la gestación mostró una reducción significativa de 80% en mortalidad fetal (RR 0.20, IC 95% 0.12-0.34). 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.	A1
REGIMEN ALIMENTARIO NUTRICIONAL PARA GESTANTE							
Suplementación con ácido fólico							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia

1	Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects.	De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo del estudio fue examinar si la suplementación de folato peri-concepcional reduce el riesgo de defectos del tubo neural (DTN) u otras anomalías sin causar efectos adversos en madres o bebés.	Efectos significativos: DTN (RR 0.31, IC 95% 0.17 – 0.58); recurrencia de DTN (0.34, IC 95% 0.18- 0.64). Efectos no significativos: otras anomalías congénitas, abortos espontáneos	A1
2	Effectiveness of folic acid supplementation in pregnancy on reducing the risk of small-for-gestational age neonates: a population study, systematic review and meta-analysis.	Hodgetts VA, Morris RK, Francis A, Gardosi J, Ismail KM.	BJOG. 2015	Estudio poblacional, Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo del artículo fue evaluar el efecto del momento de la suplementación con ácido fólico durante la gestación sobre el riesgo de recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG).	El inicio de la suplementación con ácido fólico pre-concepcional se asoció con un riesgo reducido de PEG < 10mo percentil (OR 0.80, IC 95% 0.71-0.90, p<0.01) y PEG <5to percentil (OR: 0.78, IC 95% 0.66-0.91, p<0.01). Al contrario, el folato post-concepcional no tuvo efecto significativo en las tasas de PEG.	A1
3	Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes	Lassi ZS, Salam RA, Haider BA, Bhutta ZA.	Cochrane Database Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	Evaluar la efectividad de suplementación oral con ácido fólico solo o con otros micronutrientes versus no ácido fólico durante el embarazo en parámetros hematológicos y bioquímicos durante gestación y productos de gestación.	Efectos significativos: peso nacimiento (dif promedio 135.75, IC 95% 47.85 – 223.68); incidencia de anemia megaloblástica (RR 0.21, IC 95% 0.11-0.38). Efectos no significativos: nacimiento pre-término, muerte fetal, hemoglobina pre-parto promedio, folato sérico, folato en glóbulo rojo.	A1

Suplementación con hierro y hierro-ácido fólico

N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Daily oral iron supplementation during	Peña-Rosas JP, De-Regil LM,	Cochrane Database	Revisión Sistemática	El estudio buscó evaluar los efectos de la suplementación de	Efectos significativos: anemia materna a término (RR 0.30, IC 95% 0.19-0.46), anemia	A1

	pregnancy.	Garcia-Casal MN, Dowswell T.	Syst Rev. 2015	a y meta-análisis	hierro oral diaria para mujeres gestantes, tanto solo o con ácido fólico, u otras vitaminas y minerales.	materna por deficiencia de hierro a término (RR 0.33, IC 95% 0.16-0.69) y deficiencia de hierro materna (RR 0.43, IC 95% 0.27-0.66). Efectos no significativos: bajo peso al nacer, peso al nacer, parto pre-término, muerte neonatal, anomalías congénitas. Anemia materna severa, infecciones maternas, muerte materna.	
2	Intermittent oral iron supplementation during pregnancy.	Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión Sistemática y meta-análisis	El objetivo del estudio fue evaluar los beneficios y daños de la suplementación intermitente de hierro solo o en combinación con ácido fólico u otras vitaminas y minerales para gestantes en resultados neonatal y de embarazo	Esta revisión encontró que el régimen intermitente produce similares resultados maternos y neonatales que la suplementación diaria pero estuvieron asociados con menores efectos secundarios y un menor riesgo de elevados niveles de Hb en embarazo, a pesar que el riesgo de anemia moderada se incrementó.	A1
Suplementación con multimicronutrientes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy.	Haider BA, Bhutta ZA.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El estudio buscó evaluar los beneficios de la suplementación oral de multimicronutrientes durante gestación en resultados de salud materna, fetal e infantil	Efectos significativos: bajo peso al nacer (RR: 0.88, IC 95% 0.85-0.91), pequeño para edad gestacional (RR 0.90, IC 95% 0.83-0.97), tasa reducida de muerte fetal (RR 0.91, IC 95% 0.85-0.98). Efectos no significativos: nacimientos pre-término, anemia materna al tercer trimestre, aborto espontáneo, mortalidad materna,	A1

						mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, riesgo de parto por cesárea.	
2	Multiple micronutrient powders for home (point-of-use) fortification of foods in pregnant women.	Suchdev PS, Peña-Rosas JP, De-Regil LM.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de la fortificación de alimentos en casa prenatal con multimicronutrientes en polvo en la salud materna y neonatal.	MMP vs suplemento de hierro y ácido fólico: La adherencia a MMP fue menor que la adherencia a suplementos de hierro y ácido fólico (RR 0.76, IC 95% 0.66-0.87). MMP vs suplementos de múltiples micronutrientes: Efectos no significativos: anemia materna Los autores indican que es necesaria mayor evidencia para poder brindar conclusiones.	A1
3	Effect of multiple micronutrient supplementation on pregnancy and infant outcomes: a systematic review.	Ramakrishnan U1 Grant FK, Goldenberg T, Bui V, Imdad A, Bhutta ZA.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar los efectos de la suplementación prenatal con MMN en resultados neonatales.	La suplementación con MMN resultó en una reducción significativa en la incidencia de bajo peso al nacer (RR 0.86, IC 95% 0.81-0.91) y de recién nacido pequeño para la edad gestacional (RR 0.83, IC 95% 0.73-0.95) y un incremento en el peso de nacimiento (diferencia media ponderada 52.6 g, IC 95% 1.05-1.81).	A2
Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	The effect of balanced protein energy supplementation in	Stevens B, Buettner P, Watt K,	Matern Child Nutr.	Revisión sistemática y meta-	La revisión busco identificar el efecto de la suplementación proteico-energética balanceada	Efectos significativos: peso de nacimiento (diferencia promedio estandarizada: 0.20, IC	A1

	undernourished pregnant women and child physical growth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.	Clough A, Brimblecombe J, Judd J.	2015	análisis	durante la gestación, en mujeres desnutridas, en el crecimiento infantil en países de medianos y bajos ingresos, e identificar la importancia de orientar las intervenciones específicas a distintos contextos económicos.	95% 0.03-0.33, p=0.02). Efectos no significativos: talla de nacimiento, perímetro cefálico del nacimiento.	
2	Maternal nutrition and birth outcomes: effect of balanced protein-energy supplementation.	Imdad A, Bhutta ZA.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión resume la evidencia sobre la asociación entre la nutrición materna con los resultados del nacimiento, junto con la revisión de los efectos de la suplementación proteico-energética balanceada durante el embarazo.	Efectos significativos: menor riesgo de pequeño para edad gestacional (RR 0.66, IC 95% 0.49-0.89), menor riesgo de muerte fetal (RR 0.62, IC 95% 0.40-0.98), mayor peso de nacimiento (diferencia promedio 73 g, IC 95% 30-117). Estos efectos fueron mayores en mujeres desnutridas. Efectos no significativos: nacimiento pretérmino, puntajes mentales Bayley a 1 año.	A1

INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL

Intervenciones de Prevención de parto pre-término y muerte fetal							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Global report on preterm birth and stillbirth	Barros FC, Bhutta ZA, Batra M,	BMC Pregnancy Childbirth.	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue evaluar intervenciones para prevenir parto pretérmino y muerte fetal, en países	Dos intervenciones previenen los partos pre-término: Dejar de fumar y progesterona. Ocho intervenciones previenen muerte fetal:	A2

	(3 of 7): evidence for effectiveness of interventions	Hansen TN, Victora CG, Rubens CE; GAPPs Review Group.	2010		de medianos y bajos ingresos.	Suplementación calórico-proteica equilibrada, diagnóstico y tratamiento de sífilis, tratamiento profiláctico intermitente para malaria durante gestación, redes tratadas con insecticidas para mosquitos, preparación para el nacimiento, atención de emergencia obstétrica, cesárea para parto en presentación podálica, inducción electiva en el parto prolongado. Once intervenciones mejoran la supervivencia de recién nacidos pre-término: Esteroides profilácticos en trabajo de parto pre-término, antibióticos para ruptura prematura de membrana, suplementación con vitamina K en el parto, manejo de casos de sepsis neonatal y neumonía, corte tardío de cordón umbilical, aire ambiental (vs oxígeno al 100%) para reanimación, Cuidado madre canguro basado en hospital, inicio temprano de lactancia materna, control término, terapia con surfactante y aplicación de presión de distensión continua para el síndrome de dificultad respiratoria pulmonar.	
Intervenciones para incrementar la supervivencia infantil							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Interventions to Improve Neonatal Health and Later Survival: An Overview of	Lassi ZS, Middleton PF, Crowther C,	EBioMedicine. 2015	Revisión sistemática	El objetivo de este estudio fue tener una visión general de las revisiones sistemáticas que se enfocan en la implementación de las maneras más	Se identificaron como intervenciones efectivas para reducir la mortalidad neonatal y infantil fueron: Corticosteroides prenatales para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria	A2

	Systematic Reviews.	Bhutta ZA.			específicas para aumentar la supervivencia infantil.	<p>neonatal en infantes pre-término, inicio temprano de lactancia materna, cuidado higiénico del cordón umbilical, cuidado de madre canguro para infantes pre-término, entrega y promoción del uso de redes tratadas con insecticida para niños, suplementación con vitamina A para niños de 6 meses de edad.</p> <p>Se identificaron como intervenciones promisorias para reducir la mortalidad neonatal, infantil y perinatal: Control pre-natal, vacunación para tétanos en gestación, medicamentos antipaludismo profiláctico durante la gestación, inducción a trabajo de parto en embarazo prolongado, manejo de casos de sepsis neonatal, meningitis y neumonía, uso terapéutico y profiláctico del surfactante, aplicación de presión de distensión continua para reanimación neonatal, manejo de casos de malaria y neumonía infantil, vitamina A como parte del tratamiento para sarampión asociado a neumonía para niños mayores de 6 meses de edad, y visitas domiciliarias de seguimiento de atención.</p>	
--	---------------------	------------	--	--	--	---	--

Adminstración prenatal de Progesterona

N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Prenatal administration of progesterone for preventing preterm	Dodd JM, Jones L, Flenady V,	Cochrane Database Syst Rev.	Revisión sistamética y	La revisión buscó evaluar los beneficios y daños de la progesterona para la prevencion de	Progesterona estuvo asociado con una reducción significativa en el riesgo de mortalidad perinatal (RR 0.50, IC 95% 0.33-	A1

	birth in women considered to be at risk of preterm birth.	Cincotta R, Crowther CA.	2013	meta-análisis	nacimiento pre-término en mujeres consideradas en riesgo de tener recién nacidos pre-término.	0.75), nacimiento pre-término menor de 34 semanas (RR 0.31, IC 95% 0.14-0.69), peso al nacer menores de 2500 g (RR 0.58, IC 95% 0.42-0.79), uso de ventilación asistida (RR 0.40, IC 95% 0.18-0.90), enterocolitis necrotizante (RR 0.30, IC 95% 0.10-0.89), muerte neonatal (RR 0.45, IC 95% 0.27-0.76), admisión en unidad de cuidado intensivos neonatales (RR 0.24, IC 95% 0.14-0.40), nacimiento pre-término menor de 37 semanas (RR 0.55, IC 95% 0.42-0.74), así como un incremento significativo en prolongación de embarazo en semanas (DM 4.47, IC 95% 2.15-6.79).	
Suplementación con vitamina A a neonatos							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Neonatal vitamin A supplementation for the prevention of mortality and morbidity in term neonates in developing countries	Haider BA, Bhutta ZA	Cochrane Database of Sys Rev 2011	Revisión Sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar el rol de la suplementación con vitamina A en neonatos a término en países en desarrollo con respecto a la prevención de mortalidad y morbilidad	Efectos significativos: reducción en mortalidad infantil a los 6 meses (RR 0.86, IC 95% 0.77-0.97). Efectos no significativos: mortalidad infantil a los 12 meses	A1
2	Vitamin A supplementation to prevent mortality and short- and long-term morbidity in very low birthweight infants.	Darlow BA, Graham PJ.	Cochrane Database Syst Rev. 2011	Revisión Sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la suplementación con vitamina A en la incidencia de muerte y/o enfermedad pulmonar crónica neonatal y discapacidad en el desarrollo neurológico a largo plazo en infantes con muy bajo peso al	Efectos significativos: número reducido de muertes y requerimiento de oxígeno a 1 mes de edad (RR 0.93, IC 95% 0-88-0.99); menor requerimiento de oxígeno a las 36 semanas postmenstruales de edad (RR 0.87, IC 95% 0.77-0.98).	A1

					nacer; y considerar el efecto de la vía, dosis y tiempo de suplementación	Efectos no significativos: evaluación del neurodesarrollo a los 18 – 22 meses de edad, corregida por prematuridad	
Cuidado de madre-canguro							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review)	Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL	Cochrane Database Syst Rev. 2014	Revisión Sistemática y meta-análisis	La revisión tuvo como objetivo determinar si existe evidencia que apoye el uso del método de madre-canguro en infantes de muy bajo peso de nacimiento como una alternativa al cuidado neonatal convencional.	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 (RR 0.60, IC 95% 0.39-0.92), reducción en infección nosocomial y sepsis (RR 0.45, IC 95% 0.28-0.73), reducción en hipotermia (RR 0.34, IC 95% 0.17-0.67), reducción de duración de estadía hospitalaria (diferencia media 2.2 días, IC 95% 0.6 – 3.7). Al último control médico, el MMC estuvo asociado con una disminución del riesgo de mortalidad (RR 0.67, IC 95% 0.48-0.95) e infecciones severas/sepsis (RR 0.56, IC 95% 0.40-0.78). Sin embargo, no se encontró que el MMC incrementa 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.	A1

2	Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants	Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T	Cochrane Database Syst Rev. 2012	Revisión Sistemática y meta-análisis	Esta revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de contacto temprano piel con piel en lactancia materna, adaptación fisiológica, y conductas en un saludable binomio madre-niño.	Efectos significativos: incremento en lactancia materna de 1 a 4 meses de edad (RR 1.27, IC 95% 1.06-1.53), incremento de duración de lactancia materna (diferencia promedio 42.55 días, IC 95% 1.69-86.79).	A1
Corticosteroides para prevenir síndrome de dificultad respiratoria neonatal							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth	Roberts D, Dalziel S.	Cochrane Database Syst Rev. 2006	Revisión Sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos en morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, en morbilidad y mortalidad materna, y en la salud futura del niño, la administración de corticosteroides a la madre antes de parto prematuro previsto.	El tratamiento con corticosteroides prenatales no aumenta el riesgo de muerte de la madre, corioamnionitis o sepsis puerperal. El tratamiento con corticosteroides prenatales se asocia con una reducción global de muerte neonatal (RR 0.69, IC 95% 0.58-0.81), RDS (RR 0.66, IC 95% 0.59-0.73), hemorragia cerebroventricular (RR 0.54, IC 95% 0.43-0.69), enterocolitis necrotizante (RR 0.46, IC 95% 0.29-0.74), soporte respiratorio, admisiones de cuidados intensivos (RR 0.80, IC 95% 0.65-0.99), e infecciones sistémicas en las primeras 48 horas de vida (RR 0.56, IC 95% 0.38-0.85).	
Promoción de inicio temprano de lactancia materna							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Interventions to improve breastfeeding outcomes:	Sinha B, Chowdhury R,	Acta Paediatr	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue brindar evidencia integral de los efectos de	Mayores tasas de Inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y lactancia	A1

	a systematic review and meta-analysis.	Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N.	Suppl. 2015	ca y meta-análisis	intervenciones en tasas de inicio temprano de lactancia, lactancia exclusiva, lactancia continuada, cuando se entrega en cinco escenarios: servicios y sistemas de salud, entorno familiar y del hogar, ambiente comunitario, entorno laboral, entorno político, o una combinación de cualquiera de las anteriores.	continuada, se observaron cuando se brindó consejería o educación tanto en casa como en la comunidad (RR 1.85, IC 95% 1.08-3.17), sistemas de salud y comunidad (RR 2.52, IC 95% 1.39-4.59), en todos los escenarios (RR 1.97, IC 95% 1.74-2.24), respectivamente. La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño, fue la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia (RR 1.66, IC 95% 1.34-2.07).	
2	Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review	Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA	BMC Public Health 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de la educación sobre lactancia materna exclusiva (LME) e intervenciones de apoyo en lactancia materna exclusiva y parcial.	Efectos significativos: intervenciones de educación y consejería incrementan la LME en 43% (IC 95% 9-87) en el día 1, en 30% (19-42) hasta 1 mes, y en 90% (54-134) desde 1 a 6 meses. Reducciones significativas en las tasas de no lactancia también se notaron; 32% (13-46) en día 1, 30% (20-38) hasta 1 mes y 18% (11-23) de 1 a 6 meses. Efectos no significativos: lactancia predominante y parcial	A1
Promoción y provisión de cuidado higiénico del cordón y de la piel							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates.	Sinha A1, Sazawal S, Pradhan A, Ramji S, Opiyo	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-	El objetivo de la revisión fue evaluar la eficacia del cuidado higiénico del cordón y de la piel del neonato versus atención habitual o ningún tratamiento para prevención de	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 (RR 0.48, IC 95%	A1

		N.		análisis	infecciones en recién nacidos prematuros o a término en el ámbito hospitalario y comunitario.	0.28-0.84). Limpieza del cordón y de la piel del neonato con clorhexidina versus cuidado del cordón en seco en comunidad, reduce la mortalidad neonatal (RR 0.81, IC 95% 0.71-0.92) y onfalitis/infecciones (RR 0.48, IC 95% 0.40-0.57). 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 (RR 0.69, IC 95% 0.49-0.95).	
--	--	----	--	----------	---	--	--

Corte tardío del cordón umbilical

N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes.	McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS.	Evid Based Child Health. 2014	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue determinar los efectos del corte temprano del cordón umbilical comparado con el corte tardío del cordón umbilical después del nacimiento en resultados maternos y neonatales.	Efectos significativos: mayor concentración de hemoglobina en neonatos (diferencia promedio -1.49g/dl, IC 95% -1.78 a -1.21) Efectos no significativos: hemorragia post-parto, hemorragia post-parto severa, 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	A1

						fototerapia para la ictericia.	
2	Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes.	Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T.	Cochrane Database Syst Rev. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar los efectos a corto y largo plazo de retrasar el corte u ordeño del cordón umbilical en recién nacidos con menos de 37 semanas de gestación y sus madres.	<p>Efectos significativos: riesgo reducido de transfusiones por anemia (RR 0.61, IC 95% 0.46-0.81), menor hemorragia intraventricular (RR 0.59, IC 95% 0.41-0.85), menor riesgo de enterocolitis necrotizante (RR 0.62, IC 95% 0.43 – 0.90).</p> <p>Efectos no significativos: hemorragia intraventricular severa y leucomalacia periventricular.</p> <p>La concentración máxima de bilirrubina fue mayor en niños para el grupo de corte tardío de cordón umbilical (diferencia promedio 15.01 mmol/L, IC 95% 5.62 – 24.40)</p>	A1
Administración de vitamina K neonatal							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding of the newborn.	Martín-López JE, Carlos-Gil AM, Rodríguez-López R, Villegas-Portero R, Luque-Romero L, Flores-	Farm Hosp. 2011	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue determinar la efectividad de la administración oral de vitamina K comparada con la administración intramuscular en la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido	Efectos significativos con vitamina K profiláctica intramuscular vs placebo: Menor sangrado durante la primera semana (RR: 0.73, IC 95% 0.56-0.96), sangrado después de una circuncisión durante los tres primeros días de vida (RR: 0.18, IC 95% 0.08-0.42).	A2

		Moreno S.					
Manejo de casos de sepsis neonatal, meningitis y neumonía							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Effect of case management on neonatal mortality due to sepsis and pneumonia	Zaidi AK, Ganatra HA, Syed S, Cousens S, Lee AC, Black R, Bhutta ZA, Lawn JE.	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue estimar el efecto de la administración de antibióticos vía oral o inyectable, en el hogar o en el primer nivel de atención, y la atención hospitalaria en la mortalidad neonatal por neumonía y sepsis.	El meta-análisis sugiere que la administración oral de antibióticos reduce mortalidad neonatal por todas las causas (RR 0.75, IC 95% 0.64-0.89) y mortalidad específica por neumonía neonatal (RR 0.58, IC 95% 0.41-0.82). Dos estudios evaluaron un paquete de atención neonatal basada en comunidad, incluyendo antibióticos inyectables y reportaron reducciones de mortalidad de 44% (RR 0.56, IC 95% 0.41-0.77) y 34% (RR 0.66, IC 95% 0.47-0.93), 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.	A1
Uso de surfactante profiláctico y terapéutico para prevenir síndrome de dificultad respiratoria en bebés pre-término							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Prophylactic versus selective use of surfactant in preventing morbidity and mortality	Rojas-Reyes MX, Morley CJ, Soll R	Cochrane Database Syst Rev. 2012	Revisión sistemática y meta-	El objetivo de la revisión fue comparar el efecto de la administración profiláctica del surfactant con el tratamiento con surfactant para estabilizar syndrome	El meta-análisis de estudios realizados con anterioridad a la aplicación rutinaria de CPAP demostró una disminución en el riesgo de fuga de aire y la mortalidad neonatal asociada con la administración profiláctica de surfactante. Sin	A1

in preterm infants.			análisis	de dificultad respiratoria (SDR) en prematuros en riesgo de SDR.	embargo, el análisis de los estudios que permitieron para la estabilización de rutina en CPAP demostró una disminución en el riesgo de enfermedad pulmonar crónica o muerte en recién nacidos estabilizado en CPAP. Cuando se evaluaron conjuntamente todos los estudios, los beneficios de surfactante profiláctico ya no se pudo demostrar.	
---------------------	--	--	----------	--	---	--

presión positiva continua en la vía aérea para manejo de bebés pre-término con síndrome de dificultad respiratoria

N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Continuous distending pressure for respiratory distress in preterm infants.	Ho JJ, Subramaniam P, Davis PG.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue determinar el efecto de la presión de distensión continua en la necesidad de presión positiva continua en la vía aérea y la morbilidad asociada en respiración espontánea de recién nacidos prematuros con dificultad respiratoria.	Presión de distensión continua (CDP) se asocia con un menor riesgo de fracaso del tratamiento (muerte o el uso de ventilación asistida) (RR 0,65; IC 95% 0,52 a 0,81); la mortalidad global más baja (RR 0,52; IC del 95%: 0,32 a 0,87) y una menor mortalidad en recién nacidos con peso al nacer por encima de 1.500 g (RR 0,24, 95 IC%: 0,07 a 0,84). El uso de CDP se asocia con un mayor riesgo de neumotórax (RR 2,64; IC 95%: 1,39 a 5,04).	A1

INTERVENCIONES PARA CAUSAS SUBYACENTES DE MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL

Intervenciones de Agua, Saneamiento e Higiene							
N	Título	Autores	Revista.	Tipo de	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la	Nivel de

			año	estudio		evidencia	evidencia
	Evaluation of the impact of a simple hand-washing and water-treatment intervention in rural health facilities on hygiene knowledge and reported behaviours of health workers and their clients, Nyanza Province, Kenya, 2008.	Sreenivasan N, Gotestrand SA, Ombeki S, Oluoch G, Fischer TK, Quick R.	Epidemiol Infect. 2015	Diferencia simple (antes y después)	El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de un programa de instalación de estaciones de agua para lavado de manos y bebederos de agua en 109 establecimientos de salud, capacitación de personal de salud en tratamiento de agua e higiene, y motivación de usuarios para adoptar estas prácticas.	Se seleccionaron aleatoriamente 30 establecimientos de salud. El 97% de ellos tenía sus estaciones de agua en uso. Se detectó residuos de cloro en al menos un recipiente de 59% de las instalaciones. El 79% de los entrevistados conocía el procedimiento de tratamiento de agua recomendada. El 45% de los usuarios había recibido información sobre el tratamiento de agua en un establecimiento de salud; de éstos, el 68% conocía el procedimiento de tratamiento de agua recomendada. El uso de las estaciones de agua, tratamiento de agua y la capacitación a usuarios se mantuvo en algunos establecimientos de salud hasta por tres años.	C3
	Water treatment and handwashing behaviors among non-pregnant friends and relatives of participants in an antenatal hygiene promotion program in Malawi.	Russo ET, Sheth A, Menon M, Wannemuehle r K, Weinger M, Kudzala AC, Tauzie B, Masuku HD, Msowoya TE, Quick R.	Am J Trop Med Hyg. 2012	Diferencia simple (antes y después)	El objetivo del estudio fue evaluar los efectos en amigos y familiares no gestantes de mujeres gestantes que participaron en un programa piloto para mejorar conocimientos y prácticas y de tratamiento de agua.	Los amigos y familiares que no recibieron los kits o educación incrementaron el uso de soluciones de tratamiento de agua (25% vs 1%, $p < 0.0001$) y demostraron prácticas correctas de lavado de manos (60% vs 18%, $p < 0.0001$).	C3
	Impact of the integration of water treatment and handwashing incentives	Sheth AN, Russo ET, Menon M,	Am J Trop Med Hyg. 2010	Diferencia simple (antes y después)	El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de un programa de piloto donde 15000 gestantes recibirían un	Las participantes del programa tuvieron mayor conocimiento de los procedimientos de tratamiento de agua (62% vs 27%, $p < 0.0001$),	C3

with antenatal services on hygiene practices of pregnant women in Malawi.	Wannemuehle r K, Weinger M, Kudzala AC, Tauzie B, Masuku HD, Msowoya TE, Quick R.		después)	kit de higiene gratis (recipiente para almacenar agua con una tapa, solución de hipoclorito de sodio, una barra de jabón, y dos sachets de sales de rehidratación oral) junto con mensajes educativos, durante el primer control prenatal después de la implementación del programa.	clorar el agua de consumo (61% vs 1%, p< 0.0001), demostrar prácticas correctas de lavado de manos (68% vs 22%, p < 0.0001) y adquirir soluciones de tratamiento de agua después de la distribución gratuita (32% vs 1%, p < 0.0001). Entre las participantes, el 72% tuvieron al menos tres controles prenatales, el 76% dieron a luz en establecimientos de salud y el 54% tuvieron un control post-natal.	
---	---	--	----------	--	--	--

ADECUADAS PRACTICAS DE SALUD MATERNA

Intervenciones para dejar de fumar durante la gestación

N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy.	Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, Thomas J.	Cochrane Database Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de las intervenciones para dejar de fumar durante la gestación en hábitos de fumar y resultados de salud perinatal.	<p>Las intervenciones de consejería demostraron un efecto significativo comparado con la atención usual (RR 1.44, IC 95% 1.19-1.75).</p> <p>Las intervenciones basadas en incentivos tuvieron el mayor tamaño del efecto comparado con intervenciones menos intensivas (RR 3.64, IC 95% 1.84-7.23) y con intervenciones alternativas (RR 4.05, IC 95% 1.48-11.11).</p> <p>Las intervenciones de apoyo social parecen ser efectivas cuando se brindan por pares (RR 1.49, IC 95% 1.01-2.19).</p> <p>Los efectos fueron mayores cuando las</p>	A1

						<p>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.</p> <p>Las mujeres que recibieron intervenciones psico-sociales tuvieron una reducción de 18% de nacimiento pre-término (RR 0.82, IC 95% 0.70-0.96), y de niños nacidos con bajo peso (RR 0.82, IC 95% 0.71-0.94).</p>	
Programas de incentivos financieros para promoción de prácticas saludables							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis.	Bassani DG, Arora P, Wazny K, Gaffey MF, Lenters L, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue brindar estimados de los efectos de seis tipos de programas de incentivos financieros (transferencias de efectivo no condicionadas, transferencias de efectivo condicionadas, microcrédito, microcrédito condicionado, sistema de cupones, eliminación de cuota de usuario) en la aceptación y la cobertura de las intervenciones de salud dirigidas a los niños menores de cinco años.	<p>Los incentivos financieros tuvieron poco impacto para mejorar las prácticas de lactancia materna pero pueden tener impacto en brindar el calostro, inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y duración media de la lactancia materna exclusiva. No se observan efectos de incentivos financieros en coberturas de inmunización.</p> <p>El mayor efecto parece alcanzarse con los programas que directamente retirar la cuota de usuario para acceso a servicios de salud.</p>	A1
Plataformas de base comunitaria para reducción de mortalidad materno-neonatal							

N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes.	Lassi ZS, Bhutta ZA.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	<p>El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de paquetes de intervenciones de base comunitaria en reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y en mejorar los resultados en neonatos.</p> <p>Las intervenciones de base comunitaria incluyen la capacitación adicional de promotores (residentes de la comunidad que son entrenados y supervisados para realizar intervenciones de atención materno-neonatal a su población asignada): agentes comunitarias femeninas de salud, parteras comunitarias, agentes comunitarios de salud, facilitadores de cuidado materno durante el embarazo, parto y puerperio, y de cuidado del recién nacido.</p>	<p>Efectos significativos:</p> <p>Reducción de mortalidad materna (RR 0.80; IC 95% 0.64-1,00), morbilidad materna (RR 0.75, IC 95% 0.61-0.92), mortalidad neonatal (RR 0.75, IC 95% 0.67-0.83), muerte fetal (RR 0.81, IC 95% 0.73-0.91), mortalidad perinatal (RR 0.78, IC 95% 0,70-0,86).</p> <p>Los paquetes de intervenciones basadas en comunidad también incrementaron el uso de kits de parto esterilizado en 82% (RR 1.82, IC 95% 1.10-3.02), las tasas de parto institucional en 20% (RR 1.20, IC 95% 1.04-1.39), las tasas de lactancia materna temprana en 93% (RR 1.93, IC 95% 1.55-2.39) y la búsqueda de atención en salud para morbilidad neonatal en 42% (RR 1.42, IC 95% 1.14-1.77).</p> <p>Efectos no significativos:</p> <p>Referencias por morbilidad materna, búsqueda de atención en salud por morbilidad materna, suplementación de hierro/ácido fólico, asistencia de personal especializado en el parto.</p>	A1
2	Lay health workers in primary and community health care for	Lewin S, Munabi-Babigumira S,	Cochrane Database Syst Rev.	Revisión sistemática y	La revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de las intervenciones con personal de salud	<p>Efectos significativos:</p> <p>Incremento en promover la captación de vacunación infantil RR 1,22; IC del 95%: 1,10 a</p>	A1

	maternal and child health and the management of infectious diseases	Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB	2010	meta-análisis	comunitario en la atención primaria y comunitaria de salud en salud materna e infantil y el manejo de las enfermedades infecciosas.	1,37; P = 0,0004), promover la iniciación de la lactancia materna (RR = 1,36; IC del 95%: 1,14 a 1,61; p <0,00001), cualquier tipo de lactancia (RR 1,24; IC del 95%: 1,10 a 1,39; P = 0,0004), lactancia exclusiva (RR 2,78; IC del 95%: 1,74 a 4,44; P <0,0001), mejorar las tasas de curación de tuberculosis pulmonar (RR 1,22 (IC del 95%: 1,13 a 1,31) P <0,0001), en comparación con la atención habitual. Efectos no significativos: Completar el tratamiento preventivo de tuberculosis, morbilidad infantil y neonatal, búsqueda de atención para enfermedades de la infancia.	
AIEPI NEONATAL							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Effect of implementation of integrated management of neonatal and childhood illness programme on treatment seeking practices for morbidities in infants: cluster randomised trial.	Mazumder S, Taneja S, Bahl R, Mohan P, Strand TA, Sommerfelt H, Kirkwood BR, Goyal N, Van Den Hombergh H, Martines J, Bhandari N;	BMJ. 2014	Ensayo controlado aleatorizado	El objetivo del estudio fue determinar el efecto de la implementación de la estrategia AIEPI neonatal e infantil en las prácticas de búsqueda de tratamiento y en morbilidad neonatal e infantil.	La implementación del AIEPI neonatal e infantil se asoció con búsqueda de tratamiento oportuno de proveedores apropiados de salud, y reducciones de morbilidad, una probable explicación para la reducción de la mortalidad observada después de la implementación del programa en la India.	A3

		Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness Evaluation Study Group.					
CASAS DE ESPERA MATERNA							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries.	van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J.	Cochrane Database Syst Rev. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de la casa de espera materna en la salud materna y perinatal.	Existe insuficiente evidencia para determinar la efectividad de las casas de espera materna para la mejora de los indicadores de salud materna y neonatal.	A1

**NARRATIVO DE EVIDENCIAS
CAUSAS DIRECTAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA - NEONATAL**

A. CAUSAS DIRECTAS DE MORTALIDAD MATERNA							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis	Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, A Gülmezoglu M, Temmerman M, Alkema L	Lancet Global Health 2014	Revisión sistemática (2003-2012) y reportes de muerte materna de 2003-2009	La revisión buscó desarrollar y analizar estimaciones globales, regionales y subregionales de las causas de muerte materna durante 2003-2009	Aproximadamente el 73% de todas las muertes maternas entre 2003 y 2009 se debieron a causas obstétricas directas, y el 27.5% a causas indirectas, del total de muertes de causas conocidas. La hemorragia representó el 27.1%, enfermedades hipertensivas el 14.0% y sepsis el 10.7% de las muertes maternas. El resto se debió a aborto 7.9%, embolismo 3.2% y otras causas directas de muerte fue de 9.6%.	A2
	Indirect causes of severe adverse maternal outcomes: a secondary analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health.	Lumbiganon P, Laopaiboon M, Intarut N, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM, Mori R; WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research	BJOG. 2014	Análisis multivariado	El objetivo de este análisis secundario de datos fue evaluar en profundidad, las causas indirectas de mujer con SMO (muerte materna o near miss materna) y evaluar los resultados maternos y perinatales de la mujer con problemas de salud pre-existentes o recién desarrollados no relacionados con la gestación (causas indirectas subyacentes)	La causas indirectas más comunes de muerte materna o near miss materna fueron anemia (50%), malaria/dengue (17%), enfermedad pulmonar (11%), enfermedad cardíaca (9%), y enfermedad hepática (8%). Las mujeres con causas indirectas subyacentes mostraron riesgos significativamente más altos de complicaciones obstétricas (ORa 7.0, IC 95% 6.6-7.4), resultados maternos severos (ORa 27.9, IC 95% 24.7-31.6), mortalidad perinatal (ORa 3.8, IC 95% 3.5-4.1), y nacimiento pretérmino (ORa 2.8, IC 95% 2.7-3.0).	C2

		Network.					
RIESGOS OBSTETRICOS							
Hemorragia							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review	Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM.	Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue evaluar la magnitud de hemorragia post-parto (PPH) tanto global como en diferentes regiones y escenarios,	La prevalencia encontrada de PPH fue aproximadamente de 6% de todos los partos. El manejo expectante del trabajo de parto muestra tasas más altas de PPH, en comparación con el manejo activo o el uso de uterotónicos, tanto antes como después de la expulsión de la placenta.	A2
Pre-eclampsia y Eclampsia							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Pre-eclampsia causes adverse maternal outcomes across the gestational spectrum.	Pettit F, Mangos G, Davis G, Henry A, Brown MA.	Pregnancy Hypertens. 2015	Estudio de cohorte	El objetivo del estudio fue determinar si las mujeres con pre-eclampsia a término tuvieron mejores resultados que sus contrapartes con inicio temprano o tardío.	La preeclampsia afecta significativamente los órganos maternos independientemente de su inicio. Los resultados para bebés de mujeres con inicio temprano de pre-eclampsia son significativamente más adversos (tasa de mortalidad perinatal, admisiones en UCIN, menor peso de nacimiento) que para las que lo presentan más tardíamente. En general, las mujeres con pre-eclampsia después de 34 semanas tienen en general buenos resultados maternos y fetales en una unidad equipada	B3

						para manejar estos casos.	
	Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health.	Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Qureshi Z, Widmer M, Vogel JP, Souza JP; WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network.	BJOG. 2014	Análisis multivariado	El objetivo del estudio fue evaluar la incidencia de enfermedades hipertensivas de la gestación y complicaciones severas relacionadas, identificar otros factores asociados y comparar los resultados maternos y perinatales en mujeres con o sin estas condiciones.	La hipertensión crónica estuvo fuertemente asociada con pre-eclampsia (OR 8.32, IC 95% 7.13-9.72) y con eclampsia (OR 12.06, IC 95% 8.40-17.31). Pre-eclampsia y eclampsia estuvieron también significativamente asociados a enfermedades renal y hepática, anemia y sepsis, así como otras condiciones materna como nuliparidad, multiparidad y falta de educación formal. El riesgo de morir fue casi cuatro veces mayor para las mujeres con pre-eclampsia comparadas con las que no presentaron pre-eclampsia (OR 42.38, IC 95% 25.14-71.44). El riesgo de muerte fetal y neonatal estuvo, en general, incrementado en ambas condiciones.	C2
Sepsis							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Maternal sepsis incidence, aetiology and outcome for mother and fetus: a prospective study.	Knowles SJ, O'Sullivan NP, Meenan AM, Hanniffy R, Robson M.	BJOG. 2015	Sistematización de registros administrativos con estadística descriptiva	El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de bacteriemia materna durante el embarazo y durante 6 semanas después del parto, describir la fase de la gestación en que se produce la septicemia, los microorganismos causantes,	La tasa de sepsis fue de 1.81 por 1000 gestantes. Sepsis fue más frecuente entre las mujeres nulíparas (OR 1.39, IC 95% 1.07-1.79) y gestaciones múltiples (OR 2.04, IC 95% 0.98-4.08). 17% de los episodios de sepsis ocurrió antes del parto, 36% durante el parto y 47% post-parto. La fuente de infección fue el tracto genital en 61% (IC 95% 55.1-66.6) de	C4

					resistencia a los antibióticos, y revisar los resultados maternos, fetales y neonatales.	las pacientes y el tracto urinario en 25% (IC 95% 20.2-30.5). La sepsis estuvo asociada con parto prematuro (OR 2.81, IC 95% 1.99-3.96) y una mayor tasa de mortalidad perinatal (OR 5.78, IC 95% 2.89-11.21).	
Práctica insegura de abortos							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis.	Dragoman M, Sheldon WR, Qureshi Z, Blum J, Winikoff B, Ganatra B; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network.	BJOG. 2014	Sistematización de registros administrativos con estadística descriptiva	El objetivo del estudio fue describir las características de las mujeres con resultados maternos adversos relacionados a aborto que buscaron atención médica en los centros de salud participantes, y de los establecimientos de salud que las atendieron, así como de las intervenciones que recibieron y sus condiciones de salud y resultados.	La mayoría de mujeres con resultados maternos graves relacionados con el aborto tuvieron entre 20-34 años de edad (65.2%), casadas o unidas (92.3%), multíparas (84.2%) y se presentaron con abortos de embarazos con menos de 14 semanas de gestación (67.1%). Las mujeres que murieron eran más jóvenes, con mayor frecuencia sin pareja, y tenían abortos de más de 14 semanas de gestación, en comparación con mujeres con Near Miss. El curetaje fue el modo más común de evacuación uterina. El suministro de productos sanguíneos y antibióticos terapéuticos fueron las otras intervenciones comunes registradas para todas las mujeres con resultados maternos graves relacionados a aborto; las que murieron tuvieron mayor frecuencia antibióticos, laparotomía e histerectomía, en comparación con las mujeres Near Miss. Aunque la hemorragia fue la causa más común de resultados maternos	C4

						adversos relacionados a aborto, la infección (sola y en combinación con hemorragia) fue la causa más común de muerte.	
	Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women.	Shah IH, Ahman E.	Reprod Health Matters. 2012	Sistematización de registros administrativos empleando algún análisis estadístico	El objetivo del estudio fue estimar la incidencia y tasas de aborto inseguro para cinco grupos de edad entre mujeres de 15 – 44 años en países en desarrollo en 2008.	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 abortan entre 15-19 años, casi el 50% son de África.	C4

INFECCIONES DURANTE LA GESTACION

N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Prevalence of early-onset neonatal infection among newborns of mothers with bacterial infection or colonization: a systematic review and meta-analysis.	Chan GJ, Lee AC, Baqui AH, Tan J, Black RE.	BMC Infect Dis. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue describir la prevalencia de transmisión vertical, es decir, el porcentaje de recién nacidos con infección neonatal entre los recién nacidos expuestos a infección materna.	La prevalencia de infección neonatal de aparición temprana confirmada por laboratorio entre los recién nacidos de madres con infección confirmada por laboratorio fue del 17.2% (IC 95% 6.5-27.9). La prevalencia de infección neonatal confirmada por laboratorio en recién nacidos de madres colonizadas fue del 0% (IC 95% 0-0). La prevalencia de colonización superficial neonatal entre recién nacidos de madres colonizadas estuvo en el rango de 30.9-45.5% dependiendo del microorganismo. La prevalencia de infección neonatal confirmada por laboratorio entre los recién	A1

						nacidos de madres con factores de riesgo (ruptura prematura de membranas, ruptura prematura de membrana pre-término, ruptura prolongada de membranas) estuvo en el rango de 2.9-19.2% dependiendo del factor de riesgo.	
Maternal infections during pregnancy and cerebral palsy: a population-based cohort study.	Miller JE, Pedersen LH, Streja E, Bech BH, Yeargin-Allsopp M, Van Naarden Braun K, Schendel DE, Christensen D, Uldall P, Olsen J.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2013	Estudio de cohorte	El objetivo del estudio fue examinar la asociación entre las infecciones maternas durante la gestación y el riesgo de parálisis cerebral (PC) congénita en su hijo.	Las infecciones maternas del tracto genito-urinario (HR 2.1, IC 95% 1.4-3.2) estuvieron asociadas con PC en todos los nacimientos, en nacimientos a término (HR 1.9, IC 95% 1.1-3.2), en niños con PC espástica (HR 2.1, IC 95% 1.4-3.3), y entre los niños de primer parto (HR 1.9, IC 95% 1.4-3.3).	B3	
Maternal genitourinary infection and small for gestational age.	Mann JR, McDermott S, Gregg A, Gill TJ.	Am J Perinatol. 2009	Análisis multivariable	El objetivo del estudio fue explorar la posible asociación entre la infección genito-urinaria materna durante la gestación y recién nacido pequeño para edad gestacional (PEG).	Controlando por covariables demográficas y condiciones médicas maternas, la infección genito-urinaria no estuvo significativamente asociada con PEG (OR:1.03, p=0.143). Cuando se categorizó a las infecciones genito-urinarias por trimestre, la infección del segundo trimestre tuvo una asociación estadísticamente significativa aunque débil (OR: 1.08, p = 0.005). La edad materna muy joven o muy mayor, el sexo femenino, consumo materno de alcohol y tabaco, preeclampsia/eclampsia, e hipertensión estuvieron significativamente asociados con	C2	

						un riesgo incrementado de PEG. La raza blanca, educación materna, diabetes mellitus y año de nacimiento más reciente estuvieron asociados con un menor riesgo.	
--	--	--	--	--	--	--	--

REGIMEN ALIMENTARIA INADECUADO

N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses.	Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD; Knowledge Synthesis Group.	Int J Epidemiol. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue determinar la relación entre la desnutrición materna y parto pre-término (PPT) y bajo peso al nacer (BPN) en gestantes de países desarrollados y en desarrollo.	El riesgo de Parto pre-término es 29% mayor en las mujeres desnutridas comparados con las mujeres no desnutridas (RR 1.29, IC 95% 1.15-1.46), así como el riesgo de PPT espontaneo (RR 1.32, IC 95% 1.10-1.57) y PPT inducido (RR 1.21, IC 95% 1.07-1.36). las mujeres desnutridas tuvieron un 64% mayor riesgo de tener recién nacidos con Bajo Peso de Nacimiento comparados con las mujeres no desnutridas (RR 1.64, IC 95% 1.38-1.94).	A1

B. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL

N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an	Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, Cousens S,	Lancet. 2015	Análisis multivariable	El objetivo del estudio fue estimar las distribuciones de las causas de mortalidad infantil separadamente para neonatos e infantes entre 1 – 59 meses de	El 51% de los niños murieron por causas infecciosas. Las tres primeras causas infecciosas fueron: Neumonía 14,9% (13-16.8), diarrea 9.2% (7.1-11.9) y malaria 7.3% (5.6-8.7).	C2

	updated systematic analysis.	Mathers C, Black RE.			edad.	El 44% murió en el periodo neonatal. Las principales causas de muerte neonatal fueron: Complicaciones de nacimiento pre-término 15.4% (9.8-24.5), complicaciones relacionadas a parto como asfixia perinatal 10.5% (6.7-16.8), sepsis neonatal 6.7% (4.3-11.0), lesiones en niños de 1-59 meses 5.2% (4.1-6.2), anomalías congénitas 4.4% (2.7-7.0).	
INFECCIONES EN PERIODO NEONATAL							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Estimates of possible severe bacterial infection in neonates in sub-Saharan Africa, south Asia, and Latin America for 2012: a systematic review and meta-analysis.	Seale AC, Blencowe H, Manu AA, Nair H, Bahl R, Qazi SA, Zaidi AK, Berkley JA, Cousens SN, Lawn JE; pSBI Investigator Group.	Lancet Infect Dis. 2014	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue estimar la carga de infección bacteriana severa (SBI) en neonatos y su asociación con mortalidad, en sur Asia, Africa Sub-Sahariana y America Latina en 2012.	El riesgo de la incidencia de SBI en neonatos fue de 7.6% (IC 95% 6.1-9.2) y el riesgo de mortalidad asociado con SBI fue de 9.8% (7.4-12.2). El riesgo de SBI fue mayor en niños (RR 1.12, IC 95% 1.06-1.18) que en niñas.	A1
ASFIXIA (FALTA DE OXIGENO AL NACER)							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Perinatal Factors Leading to Birth Asphyxia among	Nauman Kiyani A,	Iran J Pediatr.	Sistematización de	El objetivo del estudio fue determinar los factores	De los 196 casos, 125 (64%) fueron varones y 71 mujeres (36%). La edad materna promedio	C4

	Term Newborns in a Tertiary Care Hospital.	Khushdil A, Ehsan A.	2014	registros administrativos con estadística descriptiva	perinatales que conducen a la asfixia al nacer entre los recién nacidos en un hospital de tercer nivel.	fue de 27.04+- 4.97 años y la edad gestacional de los bebés fue de 29.86+- 1.24 semanas. La modalidad de parto como factor que conduce a la asfixia al nacer, se encontró en 32.14% de cesáreas, 44.39% de parto de vertice espontáneo, y parto instrumental en 23.47%. El segundo estadio prolongado de labor de parto fue reportado en 72%, la ruptura prematura de membranas en 29.08%, restos de meconio en 7.65%, partos múltiples en 5.61%, 21.94% tuvo fiebre materna, y 58.84% presentaron anemia al momento del parto.	
	Influence of maternal, obstetric and fetal risk factors on the prevalence of birth asphyxia at term in a Swedish urban population.	Milsom I, Ladfors L, Thiringer K, Niklasson A, Odeback A, Thornberg E.	Acta Obstet Gynecol Scand. 2002	Estudio caso-control retrospectivo	El objetivo del estudio fue investigar los factores de riesgo de asfixia al nacer definida por el puntaje Apgar, asfixia al nacer con encefalopatía hipóxica, y muerte/discapacidad relacionada con asfixia al nacer.	La asfixia estuvo asociada con estado civil soltera (OR 7.1, IC 95% 2.0-27.6), liberación de meconio intrauterino (OR 4.1, IC 95% 1.8-9.8), parto instrumentado (OR 8.7, IC 95% 3.4-24.6), parto de nalgas (OR 20.3, IC 95% 3.0-416.5), estimulación con oxitocina (OR 2.9, IC 95% 1.4-6.3), complicaciones del cordón umbilical (OR 15.8, IC 95% 2.1-341.5), compresión externa para ayudar al parto (OR 6.2, IC 95% 1.3-45.7), puntajes cardiotocográficos (OR 0.5, IC 95% 0.4-0.6). El parto instrumentado fue más común en los tres grupos de asfixia comparados con los controles. La delgadez fue un factor de riesgo para asfixia y para encefalopatía hipóxica isquémica. La edad materna, el fumar y presentar una enfermedad, momento del parto (dia/noche, estación) y una cesárea previa no estuvieron asociados con asfixia al	

						nacer.	
COMPLICACIONES DE NACIMIENTO PREMATURO Y BAJO PESO AL NACER							
	Perinatal Outcome in Pregnancies with Extreme Preterm Premature Rupture of Membranes (Mid-Trimester PROM).	Al-Riyami N, Al-Shezawi F, Al-Ruheili I, Al-Dughaishi T, Al-Khabori M.	Sultan Qaboos Univ Med J. 2013	Estudio de cohorte	El objetivo del estudio fue determinar los resultados perinatales adversos de madres con ruptura prematura de membranas extremas (la que ocurre antes de 26 semanas de gestación).	De los 44 infantes pre-término admitidos en la Unidad de Cuidado Intensivos, el 55% sobrevivieron, 16% murió dentro de las 24 horas de nacido, 20% fue abortado y el 9% presentaron muerte fetal. La sepsis neonatal y la hipoplasia pulmonar fue la mayor causa de muertes. Las complicaciones neonatales entre los niños sobrevivientes incluyeron prematuridad (46%), síndrome de dificultad respiratoria (79%), sepsis (50%) y bajo peso de nacimiento (46%). La tasa de sobrevivencia neonatal estuvo significativamente asociada con la edad gestacional al momento del parto pero no con la edad gestacional en caso de rotura de membrana.	B3
	Subtypes of preterm birth and the risk of postneonatal death.	Kamath-Rayne BD, DeFranco EA, Chung E, Chen A.	J Pediatr. 2013	Estudio de cohorte	El objetivo del estudio fue analizar las diferencias en el riesgo de muerte post-neonatal entre 3 subtipos clínicos de nacimiento prematuro: ruptura de membrana prematura pretérmino (PROM), pretérmino indicado, y pretérmino espontáneo.	Del total de 1,895,350 nacimientos prematuros que sobrevivieron el periodo neonatal, la tasa de mortalidad post-neonatal fue de 1.11% para pretérminos PROM, 0.78% para nacimiento pretérmino indicado, y 0.53% para nacimiento pretérmino espontáneo. Los pretérminos PROM estuvieron asociados con un incremento significativo de riesgo de muerte postneonatal (HR 2.25, IC 95% 2.12-2.38) comparado con nacimiento pretérmino espontáneo en infantes a las 27 semanas de	B3

						gestación o más. Similarmente, los nacimientos pretérminos indicados estuvieron asociados con un riesgo significativamente incrementado de muerte postneonatal (HR 1.61, IC 95% 1.55-1.67) que los nacimientos pretérmino espontáneos en infantes nacidos a las 25 semanas de gestación o más. Los pretérminos PROM y los pretérminos indicados estuvieron asociados con mayor riesgo de muerte en el periodo post.neonatal comparado con pretérmino espontáneos, independientemente de la causa de muerte,	
	Neonatal respiratory morbidity in the early term delivery.	Ghartey K, Coletta J, Lizarraga L, Murphy E, Ananth CV, Gyamfi-Bannerman C.	Am J Obstet Gynecol. 2012	Estudios de cohorte retrospectivo	El objetivo del estudio fue evaluar el riesgo de morbilidad respiratoria en neonatos nacidos "tempranamente" (37-38 semanas) comparados con aquellos que nacieron a las 39 semanas.	Los niños que nacieron a las 37-38 semanas tuvieron un riesgo 2 veces mayor de síndrome de dificultad respiratoria (RR 2.9, IC 95% 1.0-7.9), uso de oxígeno (RR 2.0, IC 95% 1.4-2.9), uso de presión positiva continua en la vía aérea (RR 1.9, IC 95% 1.1-3.2), y morbilidad respiratoria compuesta (RR 2.0, IC 95% 1.4-2.8).	B3
FACTORES CAUSALES DE NACIMIENTO PREMATURO Y BAJO PESO AL NACER							
Embarazo precoz							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies:	Althabe F, Moore JL, Gibbons L,	Reprod Health. 2015	Estudio de cohorte	El objetivo del estudio fue determinar si las madres adolescentes tiene mayor riesgo	Comparados con las mujeres adultas, las adolescentes no presentaron mayor riesgo de	B3

	The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study.	Berrueta M, Goudar SS, Chomba E, Derman RJ, Patel A, Saleem S, Pasha O, Esamai F, Garces A, Liechty EA, Hambidge K, Krebs NF, Hibberd PL, Goldenberg RL, Koso-Thomas M, Carlo WA, Cafferata ML, Buekens P, McClure EM.			de resultados adversos maternos o perinatales comparados con madres de 20 a 24 años de edad en un estudio observacional poblacional prospectivo de resultados de recién nacidos en países de bajos ingresos. Gestante en adolescencia temprana < 15 años de edad. Gestante en adolescencia tardía 15 – 19 años de edad.	resultados adversos maternos. El riesgo de recién nacido pre-término y con bajo peso de nacimiento fue significativamente mayor tanto en gestantes en adolescencia temprana y tardía, con el mayor riesgo observado en el grupo de gestantes menores de 15 años de edad . Adolescentes menores de 15 años presentaron un mayor riesgo comparadas con adolescentes mayores y adultas de parto pre-término (RR 2.07, IC 95% 1.59-2.70) y de bajo peso de nacimiento (RR 1.81, IC 95% 1.40-2.34).	
Intervalos intergenésicos							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Exploring the association between short/long preceding birth intervals and child mortality: using reference birth interval children of the same	Kozuki N, Walker N.	BMC Public Health. 2013	Análisis multivariado	El objetivo del estudio fue analizar el impacto de intervalos intergenésicos cortos o largos en mortalidad neonatal y menores de 5 años de edad	Los niños con intervalos intergenésicos cortos (< 18 meses) tuvieron un riesgo incrementado de tanto mortalidad neonatal (OR 1.82, IC 95% 1.55-1.79) e infantil (OR 1.66, IC 95% 1.55-1.79). Los intervalos intergenésicos más largos (>= 60 meses) presentaron un menor	C2

	mother as comparison.					<p>riesgo de mortalidad de niños menores de 5 años comparado con los intervalos de referencia (OR 0.59, IC 95% 0.52-0.67).</p> <p>Cuando las asociaciones fueron estratificadas según la fertilidad de la madre, el impacto de los intervalos cortos se redujo o desapareció para las madres menos fértiles. Por el contrario, las asociaciones de mortalidad se volvieron mas fuertes para niños de madres más fértiles. Sin embargo, cuando los nacimientos de las madres más fértiles fueron limitados a nacimientos de 2-4, las asociaciones fueron comparables con aquellas madres menos fértiles.</p>	
Edad materna							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health.	Gibbs CM, Wendt A, Peters S, Hogue CJ.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	<p>El objetivo de la revisión fue evaluar si la edad temprana al primer parto está asociada con un incremento en el riesgo de resultados reproductivos adversos.</p> <p>Edad materna temprana es definida como edad ginecológicamente baja (≤ 2 años desde la menarquia) o como una edad cronológica ≤ 16 años</p>	<p>El riesgo de anemia fue mayor entre las gestantes adolescentes $<$ de 17 años de edad (OR 1.36, IC 95% 1.24-1.49).</p> <p>El riesgo de recién nacido con bajo peso de nacimiento fue mayor conforme la edad de gestante fue menor: Gestantes adolescentes menores (OR 1.82, IC 95% 1.60-2.07), Gestante adolescentes de edad intermedia (OR 1.56, IC 95% 1.31-1.87) y Gestantes adolescente mayores (OR 1.42, IC 95% 1.06-1.89). Existe una asociación entre el parto</p>	A1

					a la concepción o parto.	pre-término y una gestante de edad temprana (OR 1.68, IC 95% 1.34-2.11). No se encontró asociación de gestante de edad temprana con mortalidad neonatal.	
	Nonbiological maternal risk factor for low birth weight on Latin America: a systematic review of literature with meta-analysis.	da Silva TR.	Einstein (Sao Paulo). 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue identificar los factores de riesgo maternos no biológicos para bajo peso de nacimiento en América Latina	La edad materna menor de 20 años (OR 0.11, IC 95% 0.09-0.12) y mayor de 35 años de edad (OR 0.02, IC 95% 0.01-0.02) estuvo asociada con riesgo de bajo peso de nacimiento. La edad gestacional, la modalidad de parto, la paridad, la inserción o no de la mujer en el mercado laboral, el estado marital, el ingreso familiar y la ganancia de peso durante la gestación fueron factores de riesgo no biológicos que no han probado tener influencia en bajo peso de nacimiento en esta revisión.	A1
Enfermedad Periodontal							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes--systematic review.	Ide M, Papapanou PN.	J Periodontol. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue sintetizar la evidencia epidemiológica disponible de la asociación la periodontitis materna durante la gestación y los resultados adversos durante la gestación.	La periodontitis materna está asociada modesta pero significativamente con bajo peso de nacimiento y parto prematuro, pero el uso de la definición de exposición a periodontitis de categórica o continua parece afectar el impacto de los resultados: A pesar que se observan asociaciones significativas de	A1

						los estudios caso-control (Bajo peso al nacer: OR 1.35, IC 95% 1.08-1.68; Parto prematuro: OR 2.47, IC 95% 2.19-2.77) y transversales (Parto prematuro OR 1.15, IC 95% 0.89-1.49) usando la periodontitis como "definiciones de caso", éstas se ven atenuadas considerablemente en los estudios que evalúan la periodontitis como una variable continua. La periodontitis materna se asoció significativamente con pre-eclampsia (OR 1.61, IC 95% 1.36-1.92).	
Anormalidades de implantación placentaria							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Placental implantation abnormalities and risk of preterm delivery: a systematic review and metaanalysis.	Vahanian SA, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos A.	Am J Obstet Gynecol. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la asociación entre las anomalías de implantación placentarias (AIP) y el parto prematuro en gestaciones únicas.	Se encontró un mayor riesgo de parto prematuro en pacientes con placenta previa (RR 5.32, IC 95% 4.39-6.45), vasa previa (RR 3.36, IC 95% 2.76-4.09), e inserción velamentosa del cordón (RR 1.95, IC 95% 1.67-2.28). El riesgo de admisiones en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (RR 4.09, IC 95% 2.80-5.97), muerte neonatal (RR 5.44, IC 95% 3.03-9.78) y muerte perinatal (RR 3.01, IC 95% 1.41-6.43) fue mayor con placenta previa. Los riesgos perinatales fue también mayores en pacientes con vasa previa (Tasa de muerte perinatal: RR 4.52, IC 95% 2.77-7.39) e inserción velamentosa del cordón	A1

						(admisiones UCIN: RR 1.76, IC 95% 1.68-1.84), pequeño para edad gestacional: RR 1.69, IC 95% 1.56-1.82) y muerte perinatal: RR 2.15, IC 95% 1.84-2.52). En embarazos únicos, hay una fuerte asociación entre AIP con parto prematuro resultando en significativa mortalidad y morbilidad perinatal.	
FACTORES CONGENITOS							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Survival of children born with congenital anomalies.	Dastgiri S, Gilmour WH, Stone DH.	Arch Dis Child. 2003	Estudio de cohorte retrospectivo	El objetivo del estudio fue describir el patrón de supervivencia niños nacidos con anomalías congénitas.	La proporción de niños nacidos vivos con anomalías congénitas que sobrevivieron toda la primera semana, al primer cumpleaños y al quinto cumpleaños fue 94%, 89% y 88%, respectivamente. La supervivencia a los 5 años de edad, fue significativamente más baja en los niños con anomalías cromosómicas (48%) comparados con los defectos de tubo neural (72%), anomalías del sistema respiratorio (74%), enfermedad coronaria congénita (75%), anomalías del sistema nervioso (77%) y síndrome de Down (84%).	B3

C. CAUSAS SUBYACENTES ASOCIADOS A MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO - NEONATAL

INADECUADO SANEAMIENTO E INADECUADO ABASTECIMIENTO DE AGUA							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Systematic review and meta-analysis: association between water and sanitation environment and maternal mortality	Benova L, Cumming O, Campbell OM.	Trop Med Int Health. 2014	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar si la falta de instalaciones de agua o saneamiento tanto en casa como en establecimientos de salud está asociada con un incremento en la mortalidad materna, y cuantificar el tamaño del efecto.	Las mujeres en hogares con pobre saneamiento tuvieron 3.07 (IC 95% 1.72-5.49) mayor riesgo de mortalidad materna, mientras que las mujeres con escaso acceso a agua segura tuvieron 1.75 (IC 95% 1.21-2.54) mayor riesgo de mortalidad materna.	A1
BAJO NIVEL EDUCATIVO							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Education and severe maternal outcomes in developing countries: a multicountry cross-sectional survey.	Tunçalp Ö, Souza JP, Hindin MJ, Santos CA, Oliveira TH, Vogel JP, Togoobaatar G, Ha DQ, Say L, Gülmezoglu AM; WHO Multicountry Survey on	BJOG. 2014	Análisis multivariado	El objetivo del estudio fue realizar un análisis secundario para evaluar la asociación entre los niveles de educación y el acceso a servicios de salud y resultados maternos adversos entre mujeres que dieron a luz en establecimientos de salud de 29 países.	Se encontró una fuerte asociación entre un bajo nivel educativo y resultados maternos adversos (ORa 2.07, IC 95% 1.46-2.95), quasi muerte materna (ORa 1.80, IC 95% 1.25-2.57) y muerte materna (ORa 5.62, IC 95% 3.45-9.16). Esta relación persistió en países con IDH medio (ORa 2.36, IC 95% 1.33-4.17) y IDH bajo (ORa 2.65, IC 95% 1.54-2.57). 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	C2

		Maternal and Newborn Health Research Network.				<p>las 24 horas: ORa 2.06, IC 95% 1.36-3.10). 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 (ORa 5.43, IC 95% 2.59-11.39, $p < 0.001$).</p> <p>La probabilidad que una mujer reciba sulfato de magnesio para eclampsia o le practicaran una cesárea se incrementó significativamente conforme el nivel educativo era mayor ($p < 0.05$).</p>	
--	--	---	--	--	--	---	--

ACCESO INSUFICIENTE A SERVICIOS DE MATERNIDAD, COMO ATENCION OBSTETRICA DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN NEONATAL

Inadecuado acceso a servicios de salud de calidad

N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Need to Focus Beyond the Medical Causes: a Systematic Review of the Social Factors Affecting Neonatal Deaths	Upadhyay RP, Krishnan A, Rai SK, Chinnakali P, Odukoya O.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2014	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue cuantificar el rol de factores sociales alrededor de las muertes neonatales, en la mortalidad neonatal.	La demora nivel 3, es decir, demora en recibir un tratamiento adecuado y oportuno al llegar al centro de salud (38.7%, IC 95% 21.7-57.3%) y demora nivel 1, demora en decidir buscar atención profesional (28%, IC 95% 16-43%) fueron los principales contribuyentes con la mortalidad neonatal. La demora nivel 2, es decir, demora en identificar y acceder a un servicio de salud (18.3%, IC 95% 2.6-43.8%) contribuyó en menor medida con las muertes neonatales.	A2

<p>Determinantes que influem no acesso e uso dos serviços reprodutivos em populações rurais na comunidade andina da América do Sul: uma revisão sistemática</p>	<p>Carmona Clavijo. G.</p>	<p>Tesis de Magister 2012</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>El objetivo de la revisión fue identificar los factores determinantes que afectan el acceso y el uso de servicios de salud reproductiva en la Comunidad Andina de América del Sur</p>	<p>La educación es el determinante social más importante en la decisión de hacer uso de la atención prenatal, y facilitador de acceso a los servicios modernos y el mejor predictor de cuidado. Las dificultades socioeconómicas, que es producto de la educación, los ingresos y las características demográficas fueron los principales determinantes en uso. Resultaron ser determinantes importantes el lugar de residencia, el idioma, lo que constituye una barrera de comunicación, el efecto de la medicina tradicional que muestra el miedo o rechazo de los insumos farmacológicos occidentales, el impacto positivo del seguro de salud, aunque la cobertura no llega al total de las poblaciones más pobres.</p>	<p>A1</p>
<p>Proximity to health services and child survival in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.</p>	<p>Okwaraji YB, Edmond KM.</p>	<p>BMJ Open. 2012</p>	<p>Revisión sistemática y meta-análisis</p>	<p>El objetivo de la revisión fue estimar el efecto de la proximidad a los establecimientos de salud en la supervivencia infantil en países de medianos y bajos ingresos. El objetivo secundario fue comparar los efectos en diferentes categorías de edad: mortalidad perinatal (28 semanas de gestación a 1 semana de edad), mortalidad neonatal (0 – 27 días), mortalidad en infante (0-11 meses) mortalidad en niño (0-</p>	<p>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 (OR 1.32, IC 95% 1.19-1.47). El efecto parece ser mayor durante el periodo perinatal (OR 2.76, IC 95% 1.80-4.24) y neonatal (OR 1.98, IC 95% 1.43-2.72), comparados con los infantes (OR 1.18, IC 95% 1.0-1.38) y niños menores de 5 años (OR 1.20, IC 95% 1.04-1.39).</p>	<p>A1</p>

					59 meses)		
PRACTICAS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL, Y BUSQUEDA DE ATENCIÓN INADECUADAS							
Fumar durante la gestación							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis.	Marufu TC, Ahankari A, Coleman T, Lewis S.	BMC Public Health. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue brindar estimaciones actuales de la asociación entre mujeres que fuman durante la gestación y el riesgo de muerte fetal.	El fumar durante el embarazo estuvo asociado significativamente con un incremento de 47% de riesgo de muerte fetal (OR 1.47, IC 95% 1.37-1.57, p < 0.0001). 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.	A1
Altas tasas de cesárea no indicada							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Higher cesarean delivery rates are associated with higher infant mortality rates in industrialized countries.	Xie RH, Gaudet L, Krewski D, Graham ID, Walker MC, Wen SW.	Birth. 2015	Análisis multivariado	El objetivo del estudio fue examinar la correlación entre la tasa de nacimiento por cesárea y la tasa de mortalidad infantil, y examinar el efecto independiente del parto por cesárea en mortalidad infantil.	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).	C2

	Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data.	Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP.	BJOG. 2015	Sistematización de registros administrativos con estadística descriptiva	El objetivo de la revisión fue recopilar todas las tasas de cesárea disponibles en el mundo a nivel de país, e identificar las tasas de cesáreas apropiada a nivel de población asociada a la mortalidad materna y neonatal mínima.	La mayoría de países han experimentado aumentos en la tasa de cesárea durante el periodo de estudio. En el análisis no ajustado, hubo una asociación negativa entre las tasas de cesáreas y los resultados de mortalidad para las tasas de cesárea bajas, especialmente en los países en desarrollo. No se observó asociación importante entre la tasa de cesáreas y la mortalidad materna y neonatal cuando la tasa de cesárea superó el 10%.	C4
ACCESO INSUFICIENTE A ALIMENTOS NUTRITIVOS Y MICRONUTRIENTES ESENCIALES, INCLUIDA LA LACTANCIA MATERNA TEMPRANA Y EXCLUSIVA							
Deficiencia de ácido fólico en gestantes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effect of folate intake on health outcomes in pregnancy: a systematic review and meta-analysis on birth weight, placental weight and length of gestation.	Fekete K, Berti C, Trovato M, Lohner S, Dullemeijer C, Souverein OW, Cetin I, Decsi T.	Nutr J. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó revisar sistemáticamente ensayos controlados aleatorizados que investiguen los efectos de la suplementación con ácido fólico en el peso de nacimiento, peso de placenta y duración de la gestación.	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). Esta relación indicó un 2% de incremento en peso al nacer por cada incremento de dos veces en la ingesta de folato. 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. No se encontraron efectos en peso de la	A1

						placenta o duración de la gestación.	
Anemia y Deficiencia de hierro en gestantes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis.	Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW; Nutrition Impact Model Study Group (anaemia).	BMJ. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó resumir la evidencia sobre la asociación entre anemia materna y uso prenatal de hierro con resultados adversos de gestación y hematológicos en la madre.	Análisis de estudios de cohorte mostró un significativo incremento de riesgo de bajo peso al nacer (OR ajustado 1.29; 1.9-1.53) y de nacimiento pre-término (1.21, 1.13-1.30) con anemia en el primer y segundo trimestre de gestación.	A1
Deficiencia de yodo en gestantes e infantes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy.	Zimmerman MB.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2012	Revisión sistemática	El estudio analizó los efectos de la deficiencia de yodo en gestantes e infantes	La deficiencia de yodo durante la gestación puede causar hipotiroidismo materno y fetal y afectar el desarrollo neurológico del feto. La manifestación más severa es el cretinismo.	A2
Niño que no recibe lactancia materna							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia

1	Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis.	Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, Bahl R.	Acta Paediatr Suppl. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo del estudio fue sintetizar la evidencia de los efectos de la lactancia óptima en tasas de mortalidad por infección y por todas las causas en infantes y niños de 0 a 23 meses	El riesgo de mortalidad por todas las causas fue 1,5 mayor en infantes amamantados predominantemente (RR 1.48 IC 95% 1.13-1.92), 2,9 veces mayor en infantes parcialmente amamantados (RR 2.84, IC 95% 1.63-4.97) y 14,4 veces mayor riesgo en infantes no amamantados (RR 14.4, IC 95% 6.13-33.9) comparado con los infantes exclusivamente amamantados de 0 a 5 meses de edad. Los niños de 6-11 y 12-23 meses de edad que no fueron amamantados, tuvieron 1.8 y 2.0 veces mayor riesgo de mortalidad, respectivamente, comparado con los niños amamantados. El riesgo de mortalidad relacionada a infección en 0-5 meses fue 1,7 veces mayor en infantes amamantados predominantemente (RR 1.7, IC 95% 1.18-2.45), 4,5 veces mayor en infantes parcialmente amamantados (RR 4.56, IC 95% 2.93-7.11) y 8,7 veces mayor en infantes no amamantados (RR 8.66, IC 95% 3.19-23.5) comparado con los infantes amamantados exclusivamente.	A1
	Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis	Lamberti LM, Zakarija-Grković I, Fischer Walker CL, Theodoratu E, Nair H, Campbell H,	BMC Public Health. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar el riesgo de morbilidad por neumonía y mortalidad ante distintos niveles de lactancia materna de infantes y niños pequeños menores de 24 meses de edad.	La lactancia sub-óptima eleva el riesgo de morbilidad por neumonía y mortalidad por grupo de edad. En particular, la mortalidad por neumonía fue 15 veces mayor entre los infantes 0-5 meses no amamantados comparados con los amamantados exclusivamente (RR:14.97, IC 95% 0.67-332.74) y entre los niños de 6-23 meses de edad no amamantados comparados con los	A1

		Black RE.				amamantados (RR:1.92, IC 95% 0.79-4.68).	
	Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review.	Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC.	BMC Public Health. 2013	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue analizar la evidencia de las prácticas de inicio temprano de lactancia materna y estimar la asociación entre el tiempo y los resultados en el neonato.	El inicio temprano de la lactancia materna demostró un menor riesgo de mortalidad por todas las causas entre todos los nacidos vivos (RR: 0.56, IC 95% 0.40-0.79) y entre los bebés de bajo peso de nacimiento (RR: 0.58, IC 95% 0.43-0.78). Asimismo, se encontró menor riesgo de mortalidad neonatal relacionada a infecciones (RR:0.55, IC 95% 0.36-0.84). Entre los lactantes amamantados exclusivamente, el riesgo de mortalidad por todas las causas no fue distinto entre los que iniciaron lactancia temprana o tardía (RR:0.69, IC 95% 0.27-1.75).	A2
	Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality.	Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE.	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis: 18 estudios	El objetivo de la revisión fue evaluar los niveles de lactancia materna sub-óptima como factor de riesgo en incidencia de diarrea, prevalencia de diarrea, mortalidad por diarrea, mortalidad por todas las causas, y hospitalización por enfermedad diarreica.	Los infantes de 0 a 5 meses de edad que no recibieron lactancia materna presentaron un mayor riesgo de mortalidad por diarrea en comparación con aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva (RR: 10.52, IC 95% 2.79-39.6). Los infantes de 6 – 23 meses de edad que no recibieron lactancia materna presentaron un mayor riesgo de mortalidad por diarrea comparados con aquellos que recibieron cualquier tipo de lactancia materna (RR: 2.18, IC 95% 1.14-4.16).	A1

Anexo 2: Flujos de Procesos de Productos del PSMN – Tabla 10

Anexo 3: Flujos de Procesos de Productos - Tabla 12

Anexo 4: Insumos por Productos - Tabla 12.

