ANEXO N° 2

Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002
SALUD MATERNO NEONATAL

Ministerio de Salud

Directiva Nº 002-2016-EF/50.01
Resolución Directoral N° 024–2016-EF/50.01

2021

Contenido

1. INFORMACIÓN GENERAL 4
.1 Nombre del Programa Presupuestal 4
.2 Tipo de diseño propuesto 4
.3 Entidad Rectora del PP 4
.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal 4
.5 Coordinador territorial. 4
.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 9
2.1.3 Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado 9
2.2 Identificación y cuantificación de la población 10
2.2.1 Población Potencial 10
2.2.2 Cuantificación de la Población Potencial 10
2.2.3 Criterios de Focalización 11
2.2.4 Población Objetivo 11
2.2.5 Atributos de la Población Objetivo 11
2.3 Causas del problema Identificado 11

3. DISEÑO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL 19
3.1 Resultado Específico 19
3.2 Análisis de los Medios 19
3.3 Análisis de Alternativas 29
3.3.1 Análisis de las alternativas de intervención 32
3.4 Transición de las Alternativas al Producto 46
3.5 Actividades, tareas e insumos 85
3.6 Supuestos 191
3.7 Vinculación del Programa Presupuestal con los Objetivos de Política Nacional 193
3.8 Matriz Lógica del Programa Presupuestal 193
3.9 Inclusión de Proyectos de Inversión Pública en el PP 196

4. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 197
4.1 Seguimiento del Desempeño 197
4.2 Evaluación 202

5. PROGRAMACION FISICA Y FINANCIERA 205
5.1 Definiciones 205
5.2 Cálculos Previos 205
5.3 Programación del requerimiento de inversiones 209
5.4 Programación de producción anual 210

Índice de Tablas

Tabla 1 Competencias de la Entidad para abordar el problema 9
Tabla 2: Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado 10
Tabla 3: Cuantificación de la Población Potencial 10
Tabla 4: Población Objetivo 11
Tabla 5: Atributos de la Población Objetivo 11
Tabla 6: Causas del Problema Identificado 14
Tabla 7: Resultado Específico 19
Tabla 8a: Análisis de Alternativas 29
Tabla 9: Transición de las alternativas al producto 46
Tabla 10: Modelo Operacional del Producto 49

Tabla 11: Actividades de los Productos 85
Tabla 12: Modelo Operacional de la Actividad 88
Tabla 13: Indicadores de Desempeño 140
Tabla 14: Ficha Técnica del Indicador de Desempeño 140
Tabla 15: Ficha Técnica del Indicador de Producción Física 181
Tabla 16: Supuestos 191
Tabla 17: Vinculación del Resultado Específico del PP con Resultados Finales 193
Tabla 18: Matriz Lógica del Programa Presupuestal 194
Tabla 19: Tipología de Proyectos 196
Tabla 20: Clasificación de Proyectos 196
Tabla 21: Seguimiento del Desempeño 197
Tabla 22: Evaluación del Programa Presupuestal 202
Tabla 23: Compromiso de mejora del desempeño del PP 202
Tabla 24: Acciones para la Generación de evidencias de productos 204
Tabla 25: Cuantificación de la población priorizada 205
Tabla 26: Valores históricos y metas proyectados de los Indicadores 208
Tabla 27: Requerimiento de Inversiones 209
Tabla 28: Programación anual -meta física y financiera de productos: 2021 210
Tabla 29: Programación Multianual de metas físicas de productos 213
Tabla 30: Programación Multianual Financiera de Productos 214
Tabla 31: Estructura Programática 216

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Marco Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materna y Neonatal 13
Gráfico 2: Modelo del Marco Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno Neonatal adaptado 14
Gráfico 3: Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal 20
Gráfico 4: Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad materna 21
Gráfico 5: Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad materna 24
Gráfico 6: Esquema de las Intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal 29
Gráfico 7: Principales ejes de las intervenciones del Programa Materno Neonatal 31
Gráfico 8: Modelo Lógico 31

***Índice de* Anexos**

Anexo 1: Narrativo de Evidencias 220
Anexo 2: Flujos de Procesos de Productos del PSMN – Tabla 10 281
Anexo 3: Flujos de Procesos de Productos - Tabla 12 281
Anexo 4: Insumos por Productos - Tabla 12 281

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 Nombre del Programa Presupuestal

Programa Presupuestario Salud Materno Neonatal

.2 Tipo de diseño propuesto

Revisión del Diseño de PP

.3 Entidad Rectora del PP

Ministerio de Salud

.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud publica

.5 Coordinador territorial.

Director General de la Oficina General de Gestión Descentralizada

.6 Coordinador de seguimiento y evaluación.

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y 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 sociales[1].

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 mujeres[2].

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 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:

[1]World Population, 1992.United Nations, Department of Economics and Social Development, Population Division, New York, 1992.
[2]AbouZahr C, and Royston E. Maternal Mortality: A Global Fact book, World Health Organization, Geneva, 1991

- 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.
- **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 definir un conjunto de intervenciones que demanden de consenso, de políticas nacionales, y estrategias que incorporen de manera decidida a la comunidad y a otros sectores, además del sector Salud.

Situación de mortalidad materna

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 alta[3].

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 vivos[4]; 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 América Latina la razón de mortalidad materna es de 67 x 100,000 n.v. (WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank en el 2015) y en el Perú la razón de mortalidad materna ha disminuido.

Según la Organización Mundial de la Salud, el Perú ha logrado alcanzar una razón de muerte materna de 68 por 100,000 nacidos vivos. El Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna, habiendo reducido su mortalidad materna en relación al año 1990 en 72% de acuerdo a lo establecido en la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio

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 Epidemiologia del Ministerio de Salud para el año 2012, la proporción de muertes maternas notificadas en adolescentes (12 a 17 años) es 9.6%, el 2015 de 12.14% y el año 2016 es 13.19% (10-19 años).

En el 2012 las causas de muerte directas, registradas por el Ministerio de Salud fueron: Hemorragias (40.2%), Trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio (32%), Aborto (17.5%) e Infecciones relacionada al embarazo (4.1%). El 2015 fueron: Hemorragias (33%), Trastornos hipertensivos embarazo, (31%), Infecciones relacionada al embarazo (13%), Aborto (9%), Trauma (3%), otras causas directas (11%), 2016 hemorragias (48.7%), Trastornos hipertensivos embarazo, (33.6%), sepsis (6.7%), Aborto complicado con hemorragia (3.4%), aborto complicado con sepsis (7.6%).
El 2017, se incrementaron los casos de mortalidad materna, 14% más en comparación al año anterior, cerrando el número de muertes maternas en 377 casos.
Para el 2018, se han notificado 266 muertes maternas. Estas cifras en comparación con el 2017, significa una reducción de 11 casos menos y una disminución de 2.9% de acuerdo a los datos proporcionados por la Dirección Nacional de Epidemiología.

En el 2019 a la semana epidemiológica 52, se ha reportado 309 MM, 57 muertes, menos, que el año 2016, (15,6%).

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

[3] Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M, Suzuki E; Maternal Mortality Working Group. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet. 2007 Oct 13; 370(9595):1311-9.
[4] Este valor corresponde a los 10 años previos a la encuesta, es decir al periodo 1990-2000.

- Inaccesibilidad 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.

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 y de 2.5 para el año 2016.
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 (P), reporta 52.1%, para el 2016 es de 54.3%

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 (P) reporta 6.5%. Y el 2016 es de 6%.

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

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).
En el año 2016, las regiones como Loreto con 30.6%, Ucayali 26.7%, San Martin 23.5%, Amazonas 19.9%, tumbes 18.4%, Madre de Dios 17.9%, Ica 17.4% y Lima 17.3%.

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 2000[5], era de 2
3.1 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 reportó 2,657 muertes neonatales y 2,935 muertes fetales; para el año 2015 el 52% de las defunciones notificadas al Subsistema Nacional de

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

Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal corresponde a muertes fetales, siendo tan frecuente como la mortalidad neonatal..

2.1.1 Enunciado del Problema Específico

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

2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el problema

Tabla 1 Competencias de la Entidad para abordar el problema

TABLA Nº01: Competencias de la Entidad para abordar el problema		
Competencias	*Exclusivas / Compartidas*	*Si es compartida indique si tiene la rectoría*
El análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes. *Arti.3 De las competencias de rectoría Sectorial del Ministerio de Salud*- Ley Nº 26842, Ley General de Salud.	Exclusiva	
El desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones. Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud.	Exclusiva	
El análisis, formación y evaluación de las políticas públicas de salud. Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población y modificada por la Ley Nº 26530.	Exclusiva	
La evaluación y control de tecnologías sanitarias Resolución Ministerial Nº 695-2006/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva	Exclusiva	
La formulación e implementación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y diseminación de información científico-técnica. Resolución Ministerial Nº 456-2006/MINSA	Exclusiva	
La definición de criterios de asignación de recursos que deben adjudicarse a organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud. Ley de Presupuesto.	Compartida	MEF
La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados. Ley 29158 Ley orgánica del Poder Ejecutivo,	Exclusiva	
La definición de contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado.	Exclusiva	
La cooperación técnica a entes descentralizados o desconcentrados para el desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud. Ley Nº27783 Ley de Bases de Descentralización	Exclusiva	
La promoción de la cultura de salud, educación e información sanitaria a la población. Resolución Ministerial Nº 598-2005/MINSA	Compartida	MINJUS, MIMP, MINEDU
La promoción de la defensa de los derechos ciudadanos en salud. • Ley Nº 26260, Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar. • Resolución Ministerial Nº 290-2006/MINSA. Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. • Resolución Ministerial 598 -2005, que aprobó la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.	Compartida	MINJUS, MIMP, MINEDU
El Aseguramiento financiero para la atención de la salud individual y colectiva. Ley 28927 Ley de Presupuesto del Sector Publico, Artículo 3º.-De las competencias de rectoría sectorial del Ministerio	Exclusivo	
La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicio de salud a través de sus establecimientos de salud. Ley 28927 Ley de Presupuesto del Sector Publico, Artículo 3º.-De las competencias de rectoría sectorial del Ministerio	Exclusiva	

2.1.3 Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

En el Perú la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere que la razón fue de 185 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (n.v), la ENDES 2010 refiere que la cifra es de 93 x 100,000nv lo que representa un importante descenso. Sin embargo, al realizar el análisis a través de la Fuente de Información de la Dirección General de

Epidemiología del MINSA se observa que 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 Nº 02: Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado					
Variable	**Año 1**	**Año 2**	**Año 3**	**Año 4**	**Año 5**	**Año 6**
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Desagregación Pertinentes						
Muerte Materna	93 x 100,000 n.v	93 x 100,000 n.v	**68** x 100,000 n.v 2015 BID/OMS*	**68** x 100,000 n.v 2015 BID/OMS*	**68** x 100,000 n.v 2015 BID/OMS*	**68** x 100,000 n.v 2015 BID/OMS*
Muerte Neonatal	12	11	11	10	10	10
Tasa Global de Fecundidad	2.5	2.5	2.5	2.4	2.2	2.2
Parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales	72	73.2	76	79.1	78.8	80.8
Proporción de parejas protegidas	78	74.6	76.2	75.4	76.3	75.9
Parto institucional	89.2	90.7	91.9	93.0	92.7	92.4
Necesidad insatisfecha en planificación familiar	8.6	6.5	6.7	6.5	6.3	6.1
Cesárea de gestantes procedentes de la zona rural	12	12.9	13.2	15.7	15.7	17.1
Gestantes que recibieron 6 o más atenciones prenatales	86.6	88.4	88.9	88.9	89.5	89,7
Gestante que recibió su primera atención prenatal en el 1er trimestre de gestación	77.3	79.8	80.3	81.5	81.5	81.1
Proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas	17.2	19	21.1	22.8	22.6	22.3

Fuente: ENDES-INEI
* Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2015

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 Nº 03: Cuantificación de la Población Potencial	
Valor	**Unidad de Medida**
10,751,657	Mujer en edad fértil (incluye gestantes)
775,351	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 Nº 04: Población Objetivo	
Valor	**Unidad de Medida**
10,751,657	Mujer en edad fértil (incluye gestantes)
775,351	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 EMBASE Web of Science Scopus Google Scholar	BMJ Point-of-Care Clinical Evidence Cochrane Database Health Technology Assessment NHS Economic Evaluation Database	National Guideline Clearinghouse Healthcare Research and Quality National Institute for Health and 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 Nº 1.*

Marco conceptual de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal

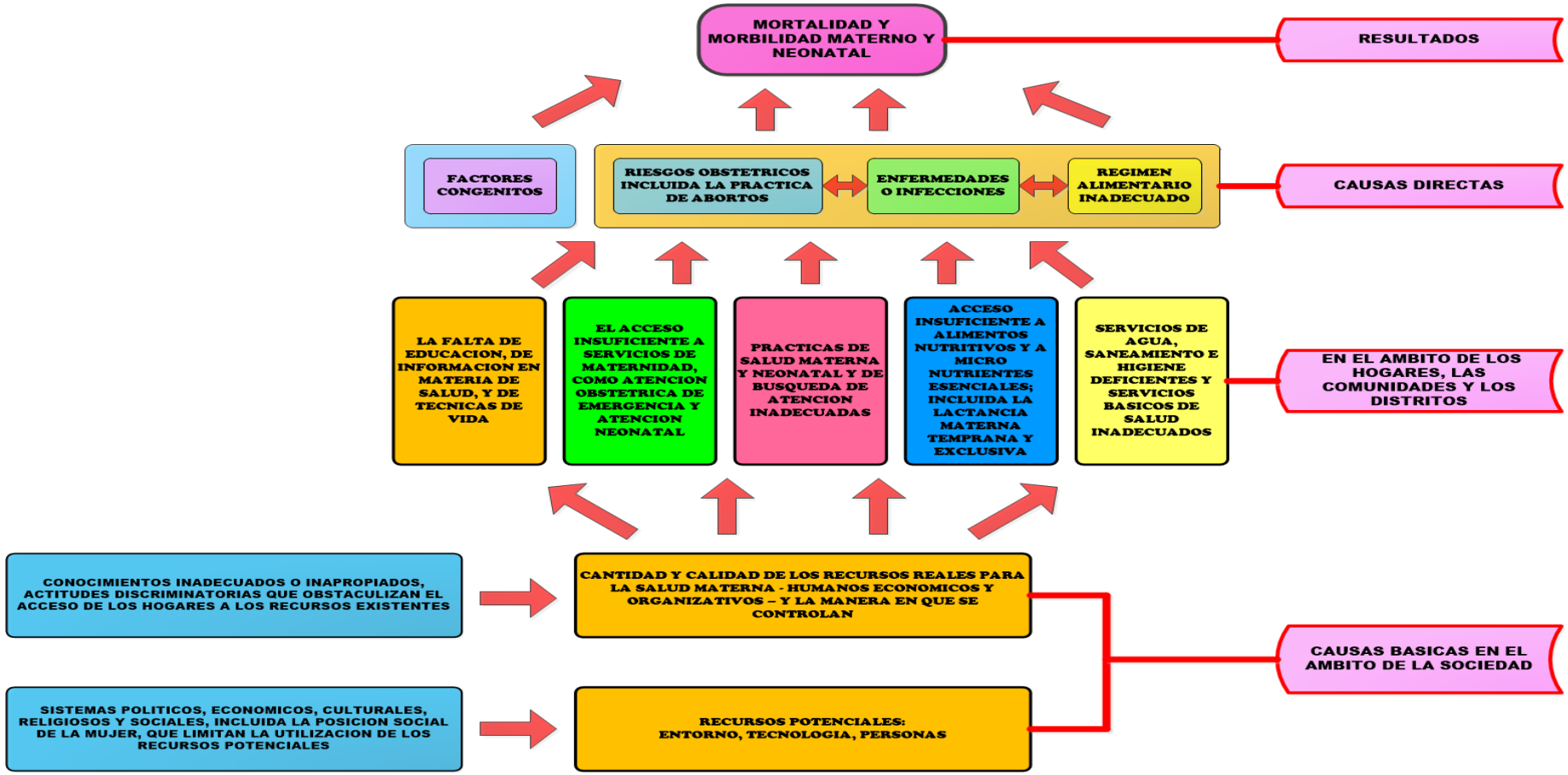
Este marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria 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 Nº 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 Materna y Neonatal



Fuente: UNICEF[6]

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

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

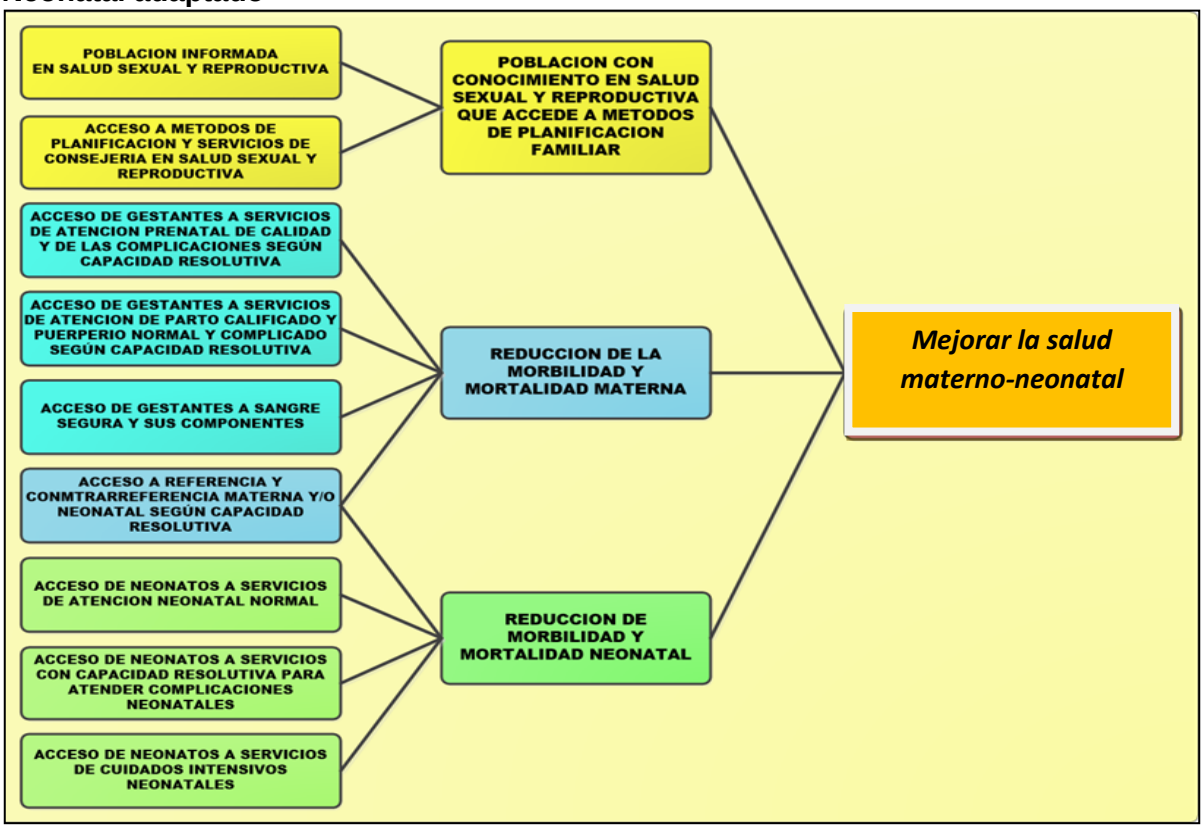


Tabla 6: Causas del Problema Identificado

TABLA N° 06: Causas del Problema Identificado	
I. Causas Directas de la Mortalidad y Morbilidad Materna	
Descripción de la causa	**Hemorragia Post-Parto**
Describa 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**
Describa 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 relación de causalidad	A2, C2

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 Africa.
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 espontaneo y PPT inducido. Las mujeres desnutridas tuvieron un 64% mayor riesgo de tener recién nacidos con Bajo Peso de Nacimiento comparados con las mujeres no desnutridas.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

II. Causas directas de mortalidad y morbilidad neonatal

Descripción de la causa	**Infecciones en periodo neonatal**
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 anormalidad 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. El riesgo perinatal fue también mayor 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 estás 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	Unas tasas altas de parto por cesáreas están asociadas 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 pércapita, y el índice de Gini ($p < 0.03$), pero desapareció después de ajustar por nacimiento pre-término ($p= 0.07$).
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C2

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

Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

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

Descripción de la causa	**Inicio tardío de la lactancia materna/ Lactancia parcial**
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema 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 Nº 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

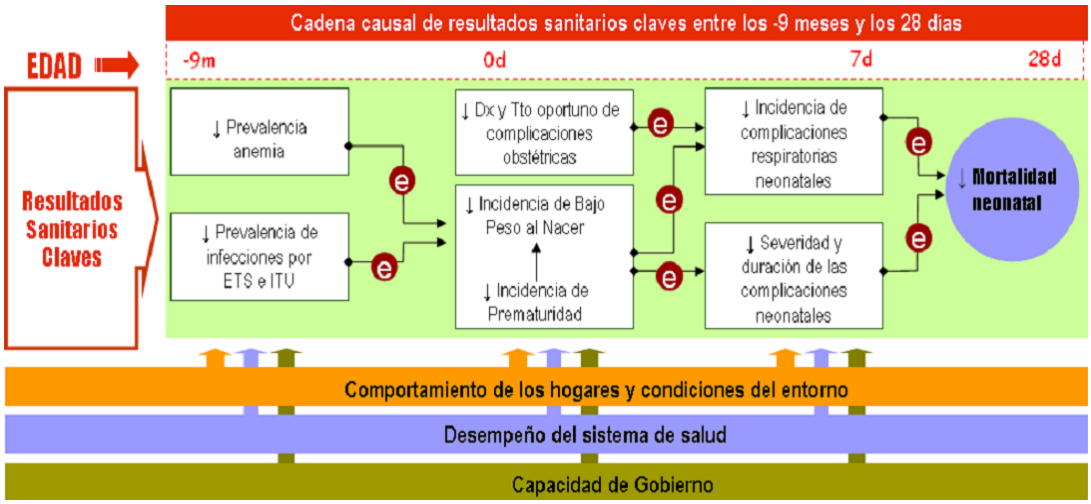
Consiste en la caracterización del problema y de sus factores causales. Así como, la identificación de caminos causales críticos (cadena de relaciones entre factores causales) y la jerarquización de los mismos.
Para determinar la magnitud de la condición de interés es necesario elegir indicadores con 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 Nº 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[7,8,9].

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



Siguiendo la lógica del diagrama del gráfico Nº 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[10,11], el 85% de las **muertes en recién nacidos se debe a infecciones que incluyen la sepsis (7%), la neumonía (19%) y el tétanos (14%), asfixia al nacer (21%), traumas del parto (11%) y la prematuridad (10%)**[12]. De acuerdo a los registros administrativos (certificados de defunción), las causas de muerte neonatal más frecuentes son los trastornos respiratorios específicos del periodo neonatal (en las zonas rurales el 60% de las

[7]OMS. Mother-Baby Package: An approach to Implementing Safe Motherhood. Geneva. 1994
[8]OMS. Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. Geneva.1995
[9] CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido: Un manual de referencia para gerentes de programas. 1998
[10] Hill K, Choi Y. Neonatal mortality in the developing world. Demographic Research 2006; 14 (18): 429-452
[11] Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. Determinants of neonatal mortality in Indonesia. BMC Public Health. 2008 Jul 9;8:232.
[12]United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcomittee on Nutrition.Low Brith Weight.Report of a meeting. Dhaka, Bangladesh, 14-17 June 1999. Pojda J, Kelley L, editors. Nutrition policy paper Nº 18. Geneva: ACC/SNC in collaboration with ICDDRB. 2000

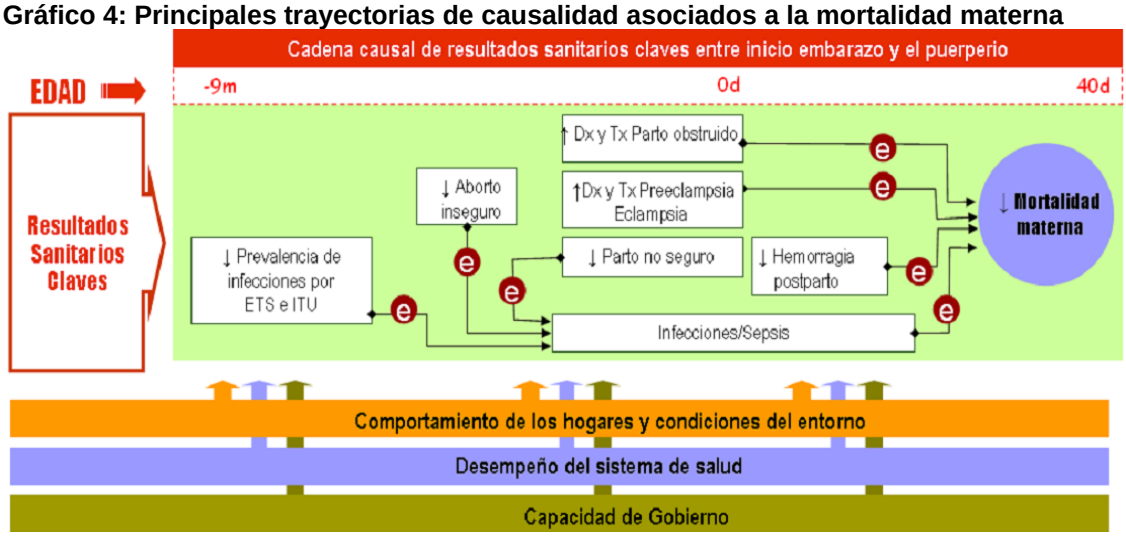
muertes neonatales ocurre por asfixia[13]), el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la sepsis bacteriana del recién nacido[14] y las malformaciones congénitas.

2. Las complicaciones respiratorias (principalmente la asfixia) tiene dos principales factores causales, el primero (el más relevante) está directamente relacionado con la atención de la labor de parto, el parto y de las complicaciones obstétricas; y el segundo, se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad. Si bien, la prematuridad tiene su origen en el primer trimestre, el uso de corticoides puede disminuirla.
3. La duración de las complicaciones, resultado principalmente de la capacidad resolutiva 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 fundamente 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.

[13]Oficina General de Epidemiología 1999-2002.

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

Siguiendo la lógica del diagrama del *Gráfico N° 4* y por orden de relevancia, la mortalidad materna, es resultado principalmente de las siguientes causas[15,16, 17,18]:

1. **La hemorragia**, específicamente la que se presente en el posparto inmediato (24 horas posparto) y que es la primera causa de muerte materna. Esta complicación no es posible predecir y es de presentación súbita. El sangrado es muy rápido, y ante la ausencia de una inmediata atención (menor a dos horas), la cual incluye la administración medicamentos para el control del sangrado, el masaje uterino para estimular la contracción y la transfusión de sangre, la probabilidad de fallecimiento de la gestante es de 100%. En las poblaciones con altas tasas de mortalidad materna, como las indígenas, aproximadamente el 25% de todas las muertes es debido a este tipo de hemorragia.
2. **La eclampsia**, que puede ser resultado de déficit de calcio o por exposición a infecciones durante el embarazo. Su aparición en último trimestre del embarazo, conlleva al desarrollo de la complicación obstétrica de mayor letalidad para la madre. Las muerte por pre-eclampsia pueden ser prevenidos 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 puede ser prevenidas de manera efectivo 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**[19], 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 resolutiva, 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,

[15] Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006 Apr 1;367(9516):1066-74.
[16] Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5): 313-317
[17] Ronsmans C, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet. 2006 Sep 30;368(9542):1189-200.
[18] Nour NM. An introduction to maternal mortality. Rev Obstet Gynecol. 2008 Spring;1(2):77-81.
[19] Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. BJOG. 2005 Sep;112(9):1221-8.

finalmente entre los **6 y 18 meses**, la carga de morbilidad por infecciones y las deficiencias por micronutrientes

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

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

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

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

i. En aquellos servicios mediante el cual directamente los usuarios se relacionan con el sistema de salud, tales como el acceso físico al establecimiento de mayor o menor capacidad resolutiva, 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

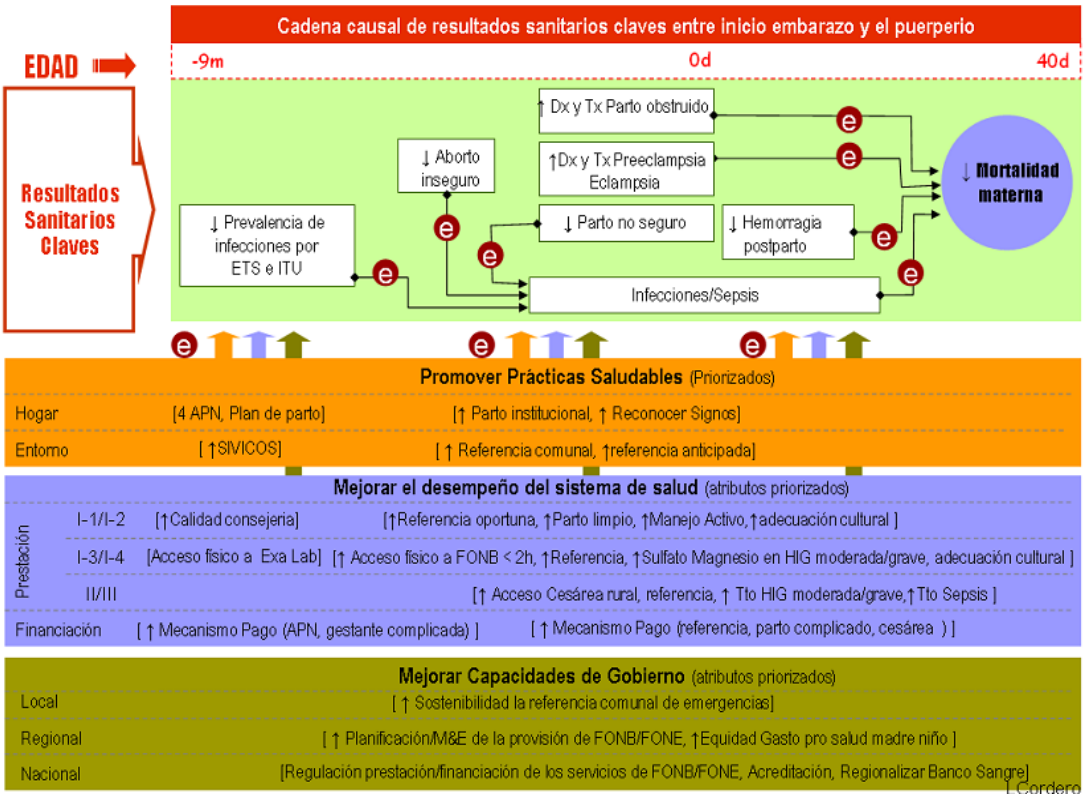
prevalencia de anemia de gestantes, desde la perspectiva del desempeño del sistema de salud (segundo grupo de factores), es relevante realizar la prueba de hemoglobina en el primer trimestre de embarazo mas no así en los siguientes trimestres. Otro ejemplo que ilustra como el factor gobierno (tercer 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 materna[20]. 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, habría 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 seguiría habiendo embarazos y seguiría 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



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

Con respecto a lo primero; es cierto que determinados grupos de gestantes, con algunos antecedentes médicos u obstétricos están en mayor riesgo de sufrir complicaciones (por ejemplo, las mujeres de edad avanzada, con ciertas condiciones médicas, o la paridad: las multíparas (mayor riesgo de atonía uterina) o las nulíparas (mayor riesgo de pre-eclampsia)). Sin embargo estos factores de riesgo, exceptuando algunos pocos casos, tienen muy poco valor predictivo para identificar a las gestantes que sufrirán complicaciones. Ello ocurre por ejemplo para identificar qué mujeres sufrirán hemorragia postparto por retención placentaria, o complicaciones debidas a distocias por mala presentación fetal. En una revisión sistemática reciente de la OMS acerca de pruebas de tamizaje para identificar tempranamente a gestantes que sufrirán de pre-eclampsia[21] 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[22,23] y la reducción de la sepsis puerperal con el uso de medidas higiénicas preventivas. En particular el evitar tactos vaginales frecuentes en la evaluación obstétrica durante la labor de parto[24]

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 ella[25].
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

[21]Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. World Health Organization systematic review of screening tests for preeclampsia. Obstet Gynecol 2004;104:1367-91.
[22] McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. Int J Gynaecol Obstet. 2002;77(3):267-75.
[23]Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, et al. WHO multicenter randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. Lancet 2001;358:689-95.
[24]Goodburn E, Chowdhury M, Gazi R, Marshall T, Graham W. Training traditional birth attendants in clean delivery does not prevent postpartum infection. Health Policy Plan 2000;15:394—9.
[25] Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled?.Am J Public Health. 1999;89(4):480-2.

pocos casos aún existe controversia y relativa falta de información sobre medidas terapéuticas puntuales.
UNICEF, la OMS y UNFPA han identificado un paquete de intervenciones clave en el manejo de las siete complicaciones obstétricas más importantes listadas previamente (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997)[26]. Estos conjuntos de intervenciones se conocen como Funciones obstétricas[27] para el cuidado de emergencia. Se definen dos niveles de funciones obstétricas a nivel de los establecimientos con capacidad de resolver emergencias obstétricas:

Las funciones clave que deben proveer los Establecimientos que cumplen funciones obstétricas básicas (FONB) son:
1) Administración de Oxitócicos parenterales.
2) Administración de Antibióticos parenterales.
3) Administración de Anticonvulsivantes parenterales.
4) Extracción manual de la placenta.
5) Remoción de productos retenidos (ejemplo: Aspiración manual endouterina).
6) Parto vaginal asistido (ejemplo Vacuum extractor).

Las funciones clave que deben proveer los Establecimientos que cumplen funciones obstétricas esenciales (FONE) son:
1-6) Las mismas 6 funciones de los establecimientos FONB más otras dos:
7) Efectuar cirugías (ejemplo Cesárea).
8) Realizar transfusiones de sangre.

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

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

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

El Sulfato de Magnesio es la droga anticonvulsivante de elección para el manejo de la Eclampsia (The Eclampsia Trial Collaborative Group, 1995)[28], siendo superior a otros anticonvulsivantes. Incluso un ensayo clínico más reciente favorece el uso de esta droga en la prevención de convulsiones en mujeres con pre-eclampsia consideradas en alto riesgo de sufrir eclampsia[29]. 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)[30].

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

---

[26] Maine D, Wardlaw T, Ward V, McCarthy J, Birnbaum A, et al. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF, WHO. UNFPA. 1997
[27] Mavalankar DV, Rosenfield A. Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care. Am J Public Health. 2005 Feb;95(2):200-3.
[28]The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. Lancet 1995;345:1455-63.
[29] Altman D, Carroli G, Duley L, et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002;359:1877-90.
[30]UNICEF, WHO and UNFPA.Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York UNICEF; 1997
[31]Fonseca 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 método[32] (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 significativa[33], aunque dado el tremendo costo de una muerte materna, muchos recomiendan su uso en adición a los oxitócicos parenterales[34].

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 neonatal[35]. 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[36],[37], con énfasis en los 7 primeros días después del parto, a través de prioritariamente:

- Incrementar el conocimiento de las madres para reconocer signos de alarma de complicaciones respiratorias del neonato y ante tal situación acudir al servicio de salud.
- Promover la participación de la comunidad en la organización de sistemas de referencia comunal
- Mejorar la oportunidad de las referencias, específicamente las que se dan entre los establecimientos I-1, I-2 hacia el nivel I-3, I-4, y de estos establecimientos hacia el segundo nivel.

[32]Bergström S. Appropriate obstetric technologies to deal with maternal complications. Studies in Health Services Organisation and Policy 2001, 17, 175-194.
[33]Hofmeyr GJ, Ferreira S, Nikodem VC, et al. Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial [ISRCTN72263357]. BMC Pregnancy Childbirth. 2004;4(1):16.
[34]Potts M, Campbell M.Three meetings and fewer funerals--misoprostol in postpartum haemorrhage.Lancet. 2004; 364(9440):1110-1.
[35] Chomba E, McClure EM, Wright LL, Carlo WA, Chakraborty H, Harris H. Effect of WHO newborn care training on neonatal mortality by education. Ambul Pediatr. 2008 Sep-Oct;8(5):300-4.
[36] Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. Acta Paediatr. 2004 May;93(5):643-7.
[37] Miller JD, Carlo WA. Pulmonary complications of mechanical ventilation in neonates. Clin Perinatol. 2008 Mar;35(1):273-81

- Incrementar el acceso a Unidades de Cuidados Intensivas Neonatales y mejorar la capacidad resolutiva 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 neonatales[38], a través de prioritariamente:

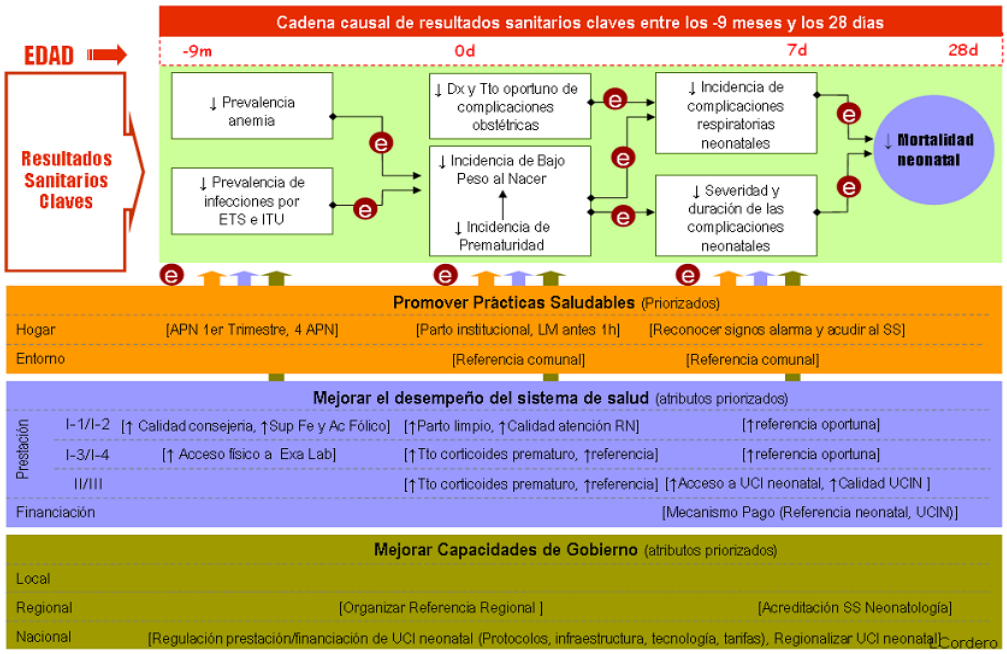
- Activamente realizar el proceso de acreditación de las unidades intermedias y de las intensivas de cuidados neonatales, de tal manera de continuamente mejorar los procesos organizacionales y clínicos para la atención del neonato. Atención especial constituyen las infecciones intrahospitalarias.
- Revisar 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 unicasa, 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 intensivas neonatales.
- Revisar y actualizar los protocolos y guías de tratamiento de los servicios neonatales y de cuidados intensivas en base una revisión exhaustiva de las evidencias.
- Como parte de la acreditación de las Unidades de Cuidados Intensivos, se promoverá la certificación del personal de las Unidades de Cuidados Intensivos.

iii. Incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, el cual incluye promover la atención del parto seguro, a través de prioritariamente:

- Promover el parto institucional y el inicio antes de la hora de la lactancia materna.
- Incrementar el parto limpio en establecimientos I-1, I-2 y mejorar las competencias del personal Técnico de Salud en la atención del recién nacido. Específicamente en el manejo de asfixia.

[38] 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 Nº 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 capacitado
Alternativa de intervención 13	Sistemas de referencia en cuanto a organización, operación y financiamiento

Alternativa de intervención 14	Tratamiento antibiótico para infecciones durante la gestación
Alternativa de intervención 15	Suplementación preconcepcional con ácido fólico a mujeres en edad reproductiva
Alternativa de intervención 16	Suplementación con ácido fólico en gestantes
Alternativa de intervención 17	Suplementación con hierro y ácido fólico
Alternativa de intervención 18	Suplementación con multi-micronutrientes
Alternativa de intervención 19	Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes

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

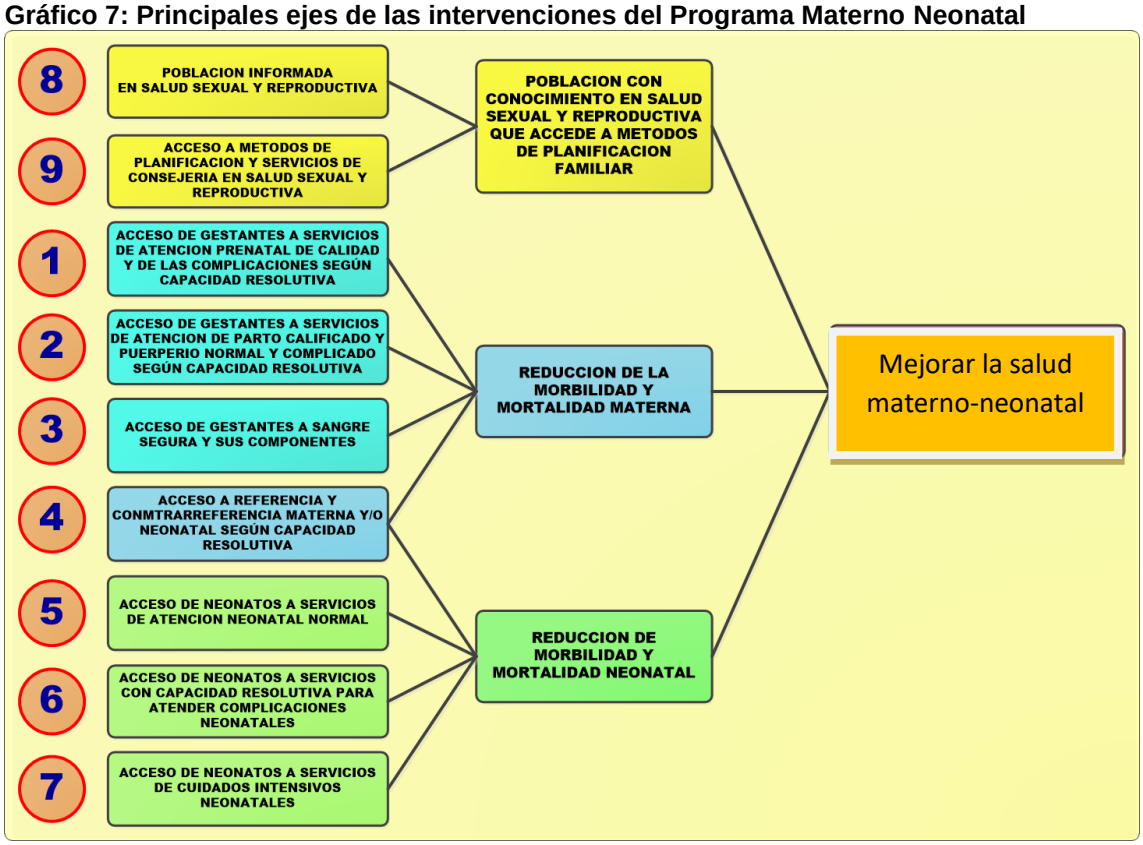
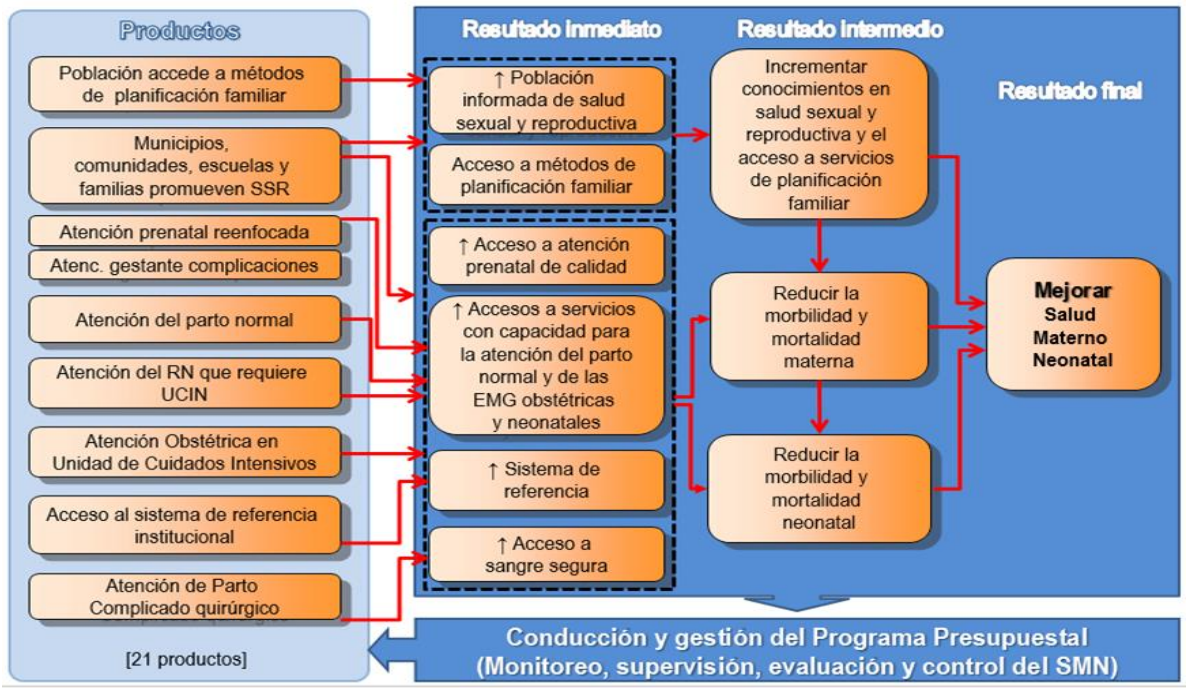


Gráfico 8: Modelo Lógico



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

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

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

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

3.3.1 Análisis de las alternativas de intervención

Tabla 8b 1Análisis de Alternativas de Intervención

TABLA Nº 08b: Análisis de Alternativas de Intervención	
I. Intervenciones para incrementar conocimiento en salud sexual y reproductiva	
Alternativa de intervención identificada	**Promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes**
Descripción breve de la alternativa	Los programas con evaluaciones rigurosas o fuertes tuvieron efectos directos o indirectos en salud sexual y reproductiva de adolescentes. Efectos directos: incremento en uso de métodos anticonceptivos, reducción de probabilidad de embarazo entre las chicas. Efectos indirectos: incremento en retención escolar y graduación. Los elementos comunes a todos los programas fueron: compromiso a largo plazo de adolescentes, conexiones interpersonales, movilización social y el desarrollo de habilidades.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1, A2

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

Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

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

Alternativa de intervención identificada	**Prevención de embarazos adolescentes**
Descripción breve de la alternativa	El riesgo de embarazos adolescentes no planificados es menor entre participantes que recibieron intervenciones múltiples (educación, desarrollo de habilidades y promoción de anticonceptivos). La evidencia que respalda las intervenciones en salud reproductiva y planificación familiar en adolescentes, sugiere que sería posible reducir los embarazos no deseados y optimizar la edad del primer embarazo, que a su vez podrían ser muy importantes para reducir el riesgo de nacimiento pequeños para la edad gestacional (PEG) en poblaciones donde las tasas de embarazo adolescente son altas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

II. Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna

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

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

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

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

Alternativa de intervención identificada	**Dosis baja de aspirina para prevenir pre-eclampsia**
Descripción breve de la alternativa	Se observó una reducción de 17% en el riesgo de pre-eclampsia asociada con el uso de antiagregantes plaquetarios. Los antiagregantes plaquetarios estuvieron asociados con una reducción de 8% en el riesgo relativo de nacimiento pre-término, una reducción de 14% en muerte fetal o neonatal, y una reducción de 10% en bebés pequeños para edad gestacional.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

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

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

Alternativa de intervención identificada	**Vacunación contra Tétanos**

Descripción breve de la alternativa	La vacuna antitetánica en dosis múltiples (2 ó 3) es hasta 98% efectiva para prevenir tétanos neonatal y las muertes por tétanos neonatal en los lugares de escasos recursos. Una dosis única de la vacuna antitetánica no es suficiente para prevenir las muertes por tétanos neonatal. Además de la administración de la vacuna antitetánica, se deben realizar esfuerzos para garantizar que las mujeres reciban cuidados obstétricos y así asegurar un parto higiénico.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1, A2

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

Alternativa de intervención identificada	**Atención prenatal de calidad**
Descripción breve de la alternativa	Se encontró mejoras marginales en cobertura de CPN de al menos cuatro visitas en el número de mujeres que dieron a luz en establecimientos de salud y en la proporción de mujeres que tuvieron al menos una visita 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

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

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

Alternativa de intervención identificada	**Sistemas de referencia en cuanto a organización, operación y financiamiento**
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones de movilización de la comunidad pueden reducir la mortalidad neonatal, pero las contribuciones 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

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

efectividad de la alternativa	

Alternativa de intervención identificada	**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

Alternativa de intervención identificada	**Suplementación con ácido fólico en gestantes**
Descripción breve de la alternativa	La evidencia indica que mujeres gestantes que recibieron ácido fólico mostraron un menor riesgo de recién nacido pequeño para edad gestacional (PEG) , mayor peso de nacimiento y menor incidencia de anemia megalobástica
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

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

Alternativa de intervención identificada	**Suplementación oral con múltiples micronutrientes durante gestación**

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

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

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

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

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

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

Alternativa de intervención identificada	**Promoción de Lactancia materna**
Descripción breve de la alternativa	La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño es la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia. La educación y consejería sobre la lactancia materna, tiene impactos positivos en el tiempo de duración de lactancia, y reducciones significativas en las tasas de no lactancia
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	**Promoción de inicio temprano de lactancia materna**
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones de educación y consejería incrementan la LME en 43% en el día 1, en 30% hasta 1 mes, y en 90% desde 1 a 6 meses.

	Reducciones significativas en las tasas de no lactancia también se notaron; 32% en día 1, 30% hasta 1 mes y 18% de 1 a 6 meses.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

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

Alternativa de intervención identificada	**Corte tardío del cordón umbilical**
Descripción breve de la alternativa	El corte tardío de cordón umbilical está asociado con una mayor concentración de hemoglobina en neonatos. Efectos no significativos: hemorragia post-parto, hemorragia post-parto severa, hemoglobina materna después del nacimiento. Mortalidad neonatal, escala Apgar menor de 7 a los 5 minutos. Corte tardío de cordón umbilical estuvo asociado con un incremento de la necesidad de fototerapia para la ictericia.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

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

efectividad de la alternativa	

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

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

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

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

Alternativa de intervención identificada	**Intervenciones de Higiene**

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

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

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

Alternativa de intervención identificada	**Plataformas de base comunitaria para promoción y educación nutricional**
Descripción breve de la alternativa	El paquete de intervenciones de base comunitaria es efectivo para reducir la morbilidad y mortalidad materna, muerte fetal y mortalidad perinatal, a

	la vez que fueron efectivos en incrementar el uso de kits de parto esterilizado, las tasas de lactancia materna temprana y la búsqueda de atención de salud para morbilidad neonatal. Las intervenciones con personal comunitario, tienen efectos significativos en promover la captación de vacunación infantil, promover la iniciación de la lactancia materna y todo tipo de lactancia, y mejores tasas de curación de tuberculosis pulmonar, en comparación con la atención habitual.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

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

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

Tabla 8c 1: Análisis de Alternativas de Intervención

TABLA Nº 08c: Análisis de Alternativas de Intervención						
Descripción del medio		Describa brevemente el medio del Árbol No. 2				
ID	Alternativa	Complementaria 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

TABLA Nº 08c: Análisis de Alternativas de Intervención						
Descripción del medio		Describa brevemente el medio del Árbol No. 2				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
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 pre-eclampsia	10			A1	
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

TABLA Nº 08c: Análisis de Alternativas de Intervención						
Descripción del medio		Describa brevemente el medio del Árbol No. 2				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
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 durante la gestación		X		A1	X
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

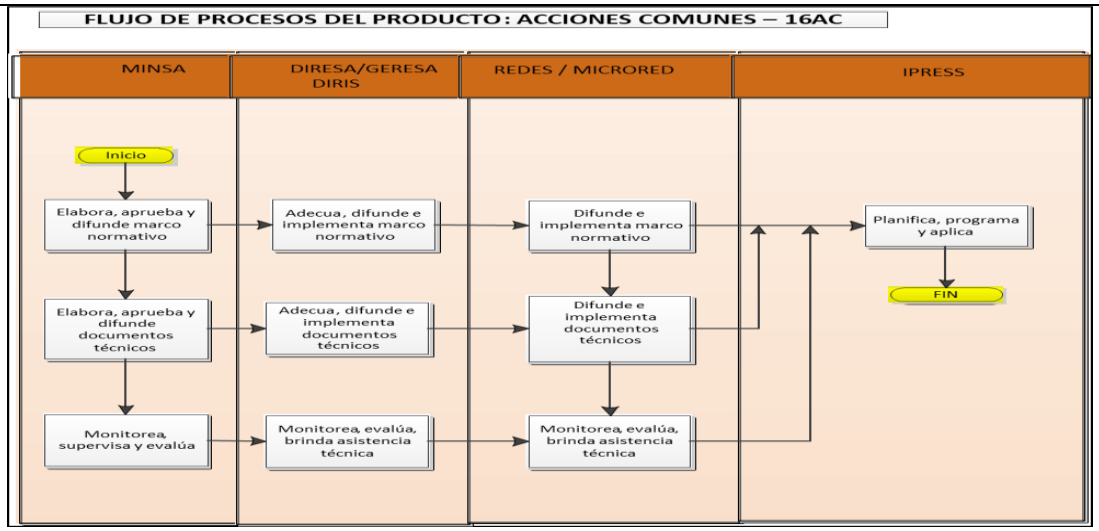
TABLA Nº 09: Transición de las Alternativas al Producto					
Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
1	Intervenciones para incrementar conocimientos en salud sexual y reproductiva, y el acceso a servicios de planificación familiar	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	Disponibilidad y acceso a consejería en salud sexual y reproductiva	3033292	Población Accede a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

TABLA Nº 09: Transición de las Alternativas al Producto					
Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
		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
2	Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna	1	Prevención de hemorragia post-parto	3033294	Atención de la Gestante con Complicaciones
		2	Atención inmediata en hemorragia post-parto	3033296	Atención del Parto Complicado No Quirúrgico
		3	Suplementación materna con Calcio para prevenir trastornos hipertensivos	3033172	Atención Prenatal Reenfocada
		4	Tratamiento de pre-eclampsia con sulfato de magnesio	3033294	Atención de la Gestante con Complicaciones
		5	Uso de hipertensivos para tratar hipertensión severa en gestación	3033294	Atención de la Gestante con Complicaciones
		6	Parto limpio	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

TABLA Nº 09: Transición de las Alternativas al Producto					
Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
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	Corticos 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 bebes 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 Nª 10: Modelo Operacional del Producto						
Denominación del producto	**ACCIONES COMUNES**					
Unidad de medida	060 Informe					
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/DIRIS/GERESA/DISA/REDES.					
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	N° de Normas elaboradas N° de supervisiones, monitoreo y evaluación realizadas					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	**Monitoreo Supervisión Evaluación y Control del Programa de Salud Materno Neonatal**: Es el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores del Programa Presupuestal, usando información de insumos, procesos y resultados, obtenidos a través de la recolección sistemática y oportuna de datos, su procesamiento, control de calidad, análisis, retroalimentación, difusión y seguimiento de cumplimiento de actividades. Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal. Comprende: **Monitoreo:** Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal, así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local. **Supervisión:** Es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión. **Evaluación:** Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo.					

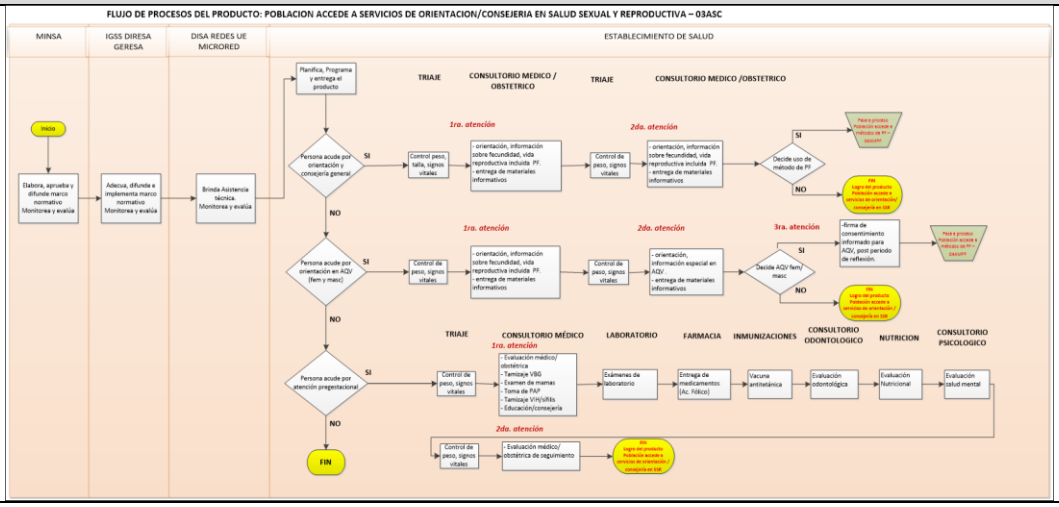
TABLA Nª 10: Modelo Operacional del Producto	
Denominación del producto	**ACCIONES COMUNES**
	Lo realiza el personal de salud capacitado y/o especializado (Incluye epidemiología y/o estadística) de los establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención. **Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Salud Materno Neonatal:** Elaboración de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural 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. 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. Implementación de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural: Consiste en el proceso de difusión y presentación de documentos normativos aprobados, con el objeto de poner a disposición el Documento Normativo aprobado a todas las unidades orgánicas, dependencias, entidades, instituciones, y sociedad civil priorizando aquellas que están directamente involucradas en su aplicación. La difusión se complementa mediante la publicación en medios impresos, magnéticos, cibernéticos, Telesalud a través de los TIC y reuniones de información para su conocimiento y aplicación. *Entiéndase como adecuación cultural la inclusión de las prácticas, hábitos y costumbres relacionadas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación dela salud materna neonatal de los pueblos culturalmente diversos.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE. SS, monitorea y evalúa.
3.Criterios de programación	Dos informes uno semestral y uno anual.
4.Método de agregación de actividades a producto	• Desarrollo de Normas y Guías Técnicas • Monitoreo, Evaluación y Supervisión del Programa Salud Materno Neonatal
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	**ADOLESCENTE CON ATENCIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.**					
Unidad de medida	Adolescente Suplementada					
Grupo poblacional que recibe el producto	Adolescentes entre las edades de 12 a 17 años con 11 meses y 29 días del sexo femenino.					
Responsable del diseño del producto	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DIRESA/GERESA/DIRIS/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 Adolescentes mujeres suplementadas con hierro más ácido fólico.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de adolescentes mujeres suplementadas con hierro más ácido fólico.					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Conjunto de acciones orientadas a suplementar con hierro más ácido fólico a adolescentes de sexo femenino comprendidas entre los 12 y 17 años con 11 meses 29 días, para mantener niveles adecuados de micronutrientes en su organismo y prevenir la anemia por deficiencia de hierro. Los bienes y servicios que se brindan en este producto incluyen: • Dosaje de hemoglobina en el primer contacto con el servicio de salud (intramural) o con el personal de salud durante actividades extramurales, para determinar el flujo de atención (manejo preventivo “suplementación con hierro más ácido fólico” o terapéutico “derivación al médico para su tratamiento”) • Prescripción/indicación y entrega de suplemento: tabletas compuestas de sulfato ferroso (60 mg de hierro elemental) más ácido fólico (400 mcg) dos veces por semana durante tres meses continuos cada año, a toda adolescente mujer sin anemia. • Orientación y consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales, forma de conservar las tabletas y entrega de material informativo impreso. • Registro de la atención según corresponda (Historia clínica, tarjeta de atención integral del adolescente, formato único de atención del Seguro Integral de Salud, HIS, registro de seguimiento y citas). La modalidad de entrega es a través de oferta fija, móvil y telemedicina, en establecimientos de salud u otro servicio o espacio adecuado para tal efecto. Las acciones son realizadas por personal de salud capacitado, que realiza la atención del adolescente, el tiempo requerido es de 20 minutos. El personal de salud que realiza la atención requiere de capacitación anual mínima de 20 horas académicas.					

Denominación del producto	**ADOLESCENTE CON ATENCIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.**
2.Organización para la entrega del producto	**MINSA:** • Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, monitorea y evalúa. **CENARES:** • Adquiere y distribuye el producto farmacéutico (tabletas compuestas de sulfato ferroso (60 mg de hierro elemental) más ácido fólico (400 mcg). **DIRIS, GERESA/DIRESA:** • Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras, monitorea y evalúa la disponibilidad de productos farmacéuticos e insumos médicos y de laboratorio. • A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. **Unidades Ejecutoras:** Adquieren y distribuyen los insumos de laboratorio (lancetas y micro cubetas) y otros insumos según kit. **Establecimientos de salud:** Entregan el producto a la población beneficiaria.
3.Criterios de programación	Programar como mínimo el 20% de adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses 29 días, del total de adolescentes mujeres atendidas por todas las causas y/o patologías el año anterior. Fuente: Reporte HIS de adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses 29 días atendidos por todas las causas y/o patologías el año anterior.
4.Método de agregación de actividades a producto	Igual a “Administrar Suplemento de hierro y ácido fólico a Adolescentes”
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**					
Unidad de Medida	087 persona Atendida					
Grupo poblacional que recibe el producto	Mujeres en edad fértil					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS 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**	

Denominación del producto	**POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**
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	Son sesiones de Orientación/Consejería que se brinda en el consultorio de Salud Sexual y reproductiva usando materiales audiovisuales de orientación y consejería en planificación familiar 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 en talleres de actualización en metodología anticonceptiva) a partir de los establecimientos de salud nivel I. El proceso para la entrega del producto es: 2 atenciones x 30 minutos en el año para todos los MAC (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.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: 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: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
3.Criterios de programación	**Orientación y Consejerías en PF=** Incremento de 20% de atenciones realizadas el año anterior. **Captación de mujeres con demanda insatisfecha de PF:** A través de charlas extramurales. 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). **FUENTE:** Necesidad Insatisfecha: ENDES. Mujeres en edad fértil**:** INEI
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

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
Unidad de Medida	206 pareja protegida					
Grupo poblacional que recibe el producto	Mujeres en edad fértil					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS 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

1. Definición operacional

Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja por personal de salud calificado, en todos los establecimientos de salud, según capacidad resolutiva.
De acuerdo al método anticonceptivo la provisión es brindada por el siguiente personal

Personal de Salud	Abstinencia	MELA	Condón masculino	Condón femenino	Implante	Píldora Combinada	Inyectable combinado	Inyectable progestágen	Dispositivo intrauterino	AQV femenina	AQV masculina
Médico Gineco-obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico General	X	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(*)							

Técnico de enfermería capacitado	X(*)	X(*)	X(*)								

(*)*Donde no haya el profesional calificado podrá entregar el insumo otro personal capacitado, La prescripción lo debe realizar el personal autorizado*

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos, los métodos son:

AQV Masculino:

Método anticonceptivo permanente. La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre. Lo realiza el medico urólogo o ginecólogo capacitado a partir de los establecimientos II.1.

Incluye:

- ✓ 01 intervención quirúrgica de 30 minutos.
- ✓ 03 atenciones de 20 minutos cada una (1 de evaluación previa y 2 de control post procedimiento).
- ✓ Análisis de laboratorio (preoperatorio) que incluye pruebas de VIH y Sífilis.
- ✓ 30 condones masculinos post procedimiento.
- ✓ Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para su control.

AQV Femenino:

Método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia implica el bloqueo tubario bilateral. Lo realiza el Medico gineco Obstetra a partir de los Establecimientos de Salud II.1.

Incluye:

- ✓ 1 intervención quirúrgica de 60 minutos.
- ✓ 03 atenciones de 20 minutos cada una (1 de evaluación previa y 2 de control post procedimiento).
- ✓ 1 análisis de laboratorio (preoperatorio).
- ✓ 1 examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, Mujeres de 30 a 49 años).
- ✓ Examen de mamas.
- ✓ Tamizaje de VBG.
- ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- ✓ visitas de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para su control.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. El Ministerio de Salud dispone de la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 12 años. Lo realiza el profesional de salud medico Gineco Obstetra, medico, Obstetra y calificado para la inserción y retiro de DIU a partir de los establecimientos de salud nivel I.

Incluye:

- ✓ Atenciones de 30 minutos cada una.
- ✓ Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años).
- ✓ Examen de mamas.
- ✓ Tamizaje de VBG.
- ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- ✓ 1 visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para su control.

Anticonceptivo hormonal inyectable:

Anticonceptivo que sólo poseen progestágeno de depósito trimestral. Lo aplica el profesional de salud calificado, a partir de los Establecimientos de Salud Nivel I.

Incluye:

- ✓ 04 atenciones (01 atención cada 03 meses), de 20 minutos para la administración de acetato de medroxiprogesterona.
- ✓ Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años).
- ✓ Examen de mamas.
- ✓ Tamizaje de VBG.
- ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- ✓ Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método.

Métodos de barrera

Condón masculino es una funda delgada de caucho (látex) lubricada, sin nonoxinol, Su uso correcto, evita el embarazo y reduce la transmisión de las ITS, VIH-SIDA y del HTVL1. Lo entrega el profesional de salud calificado a partir de los establecimientos de salud nivel I.

Incluye:

- ✓ 4 atenciones de planificación familiar, de 20 minutos por atención, cada tres meses en un año.
- ✓ Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años).
- ✓ Examen de mamas.
- ✓ Tamizaje de VBG.
- ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- ✓ 1 visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método.

Anticonceptivo hormonal oral

Anticonceptivos Orales Combinados (AOC), son los que contienen estrógeno y progestágeno. El Ministerio de Salud distribuye un producto. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado a partir de los establecimientos de salud nivel I.

Incluye:

- ✓ 04 atenciones en planificación familiar (20 minutos por atención, cada tres meses en un año, con entrega de 13 ciclos de anticonceptivo oral combinado (28 píldoras mensuales: 21 píldoras contienen 30 ug (microgramos) de etinilestradiol y 150 ug de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso).
- ✓ Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años).
- ✓ Examen de mamas.
- ✓ Tamizaje de VBG.
- ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- ✓ Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método.

Anticoncepción Oral de Emergencia

Son todos los métodos hormonales orales que se usan como método de emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no planificado. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I.

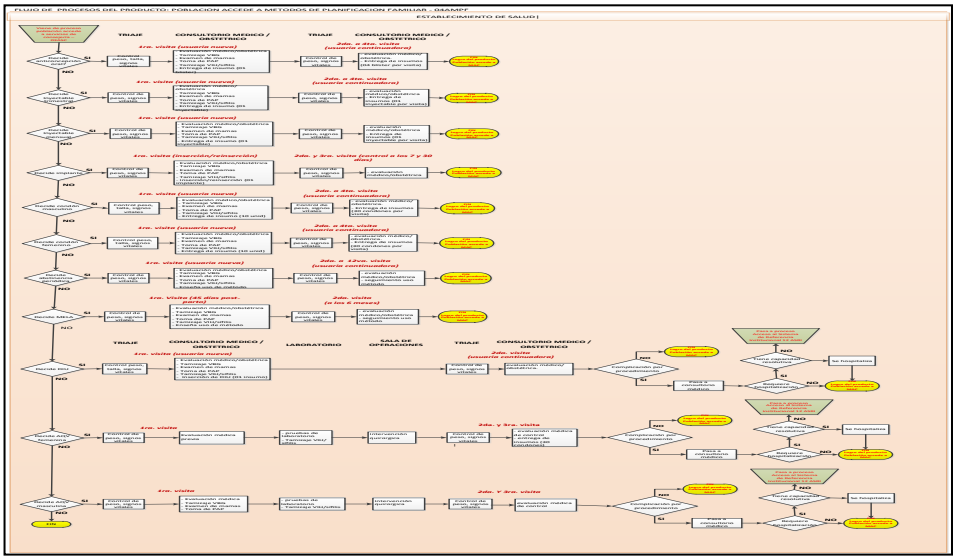
La anticoncepción oral de emergencia (AOE), es un método de emergencia para prevenir un embarazo; **no reemplaza el uso continuado de otros métodos Anticonceptivos.**

En qué casos usar la AOE:

- ✓ Mujeres que han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación)
- ✓ Si el condón se ha roto.
- ✓ Si el DIU ha sido expulsado
- ✓ Si la mujer ha olvidado de tomar más de 2 días la AOC, o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir un inyectable anticonceptivo (Acetato de Medroxiprogesterona) y ha tenido una relación sexual sin usar otro método de planificación familiar.

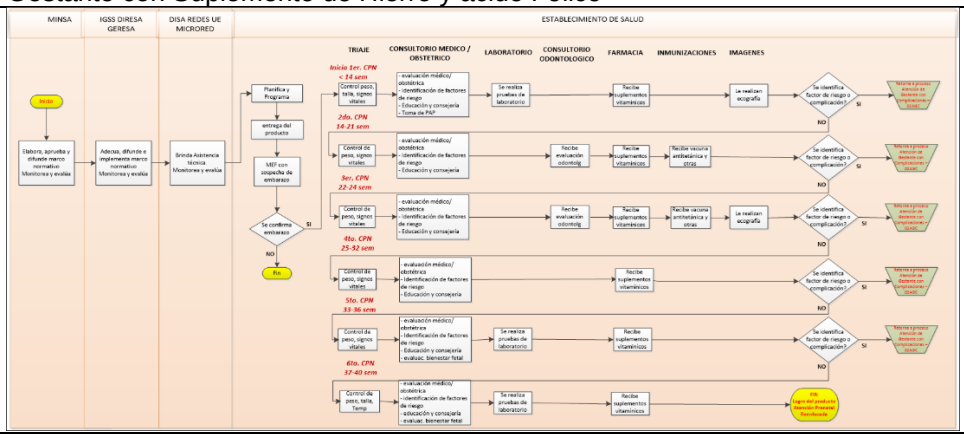
	✓ Si la relación sexual tuvo lugar sin protección anticonceptiva y la mujer no desea quedar embarazada. Existen 2 esquemas: a) Levonorgestrel 0,75 mg, blister de dos tabletas, (Píldoras de solo progestágeno),01 dosis inicial dentro de las 72 horas de ocurrido el evento, la otra dosis, después de 12 horas de haber tomado la primera dosis. b) Método Yuzpe: Se entrega el anticonceptivo oral combinado que contiene 30 ug de Etinilestradiol y 150 ug de Levonorgestrel: de 2 a 4 píldoras dentro de las 72 horas de ocurrido el evento y luego de 2 a 4 tabletas a las 12 horas de la primera dosis. 1 atención en planificación familiar de 20 minutos. **Métodos de abstinencia periódica** Abstención de relaciones sexuales en el período fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo (Método del ritmo, Método del moco cervical – Billings y Método de los días fijos o del Collar). Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye. ✓ 06 atenciones de planificación familiar de 20 minutos por atención, cada dos meses en un año. ✓ Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ✓ Examen de mamas. ✓ Tamizaje de VBG. ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH. ✓ Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método **Método de Lactancia Materna Exclusiva (MELA)** Es el único método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la Lactancia. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye: ✓ 02 atenciones en planificación familiar de 20 minutos cada una (la primera atención a los 45 días postparto y la segunda los 06 meses en un año). ✓ Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ✓ Examen de mamas. ✓ Tamizaje de VBG. ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH. ✓ Considerar 2 atenciones de 20 minutos. **Anticonceptivo hormonal mensual inyectable** Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno de depósito mensual. Lo aplica el profesional de salud calificado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye: ✓ 12 atenciones en planificación familiar de 20 minutos cada atención, en forma mensual en un año. ✓ Examen de Papanicolaou. (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ✓ Examen de mamas. ✓ Tamizaje de VBG. ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH. ✓ Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método **Condón femenino** Es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual. Lo entrega el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye:

	✓ 04 atenciones de planificación familiar de 20 minutos de duración por atención, cada tres meses en un año. ✓ Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ✓ Examen de mamas. ✓ Tamizaje de VBG. ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH. ✓ Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método. **Implante** Consisten en una capsula delgada, flexible no biodegradable, que contienen progestágeno (etonogestrel), que es insertada por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Tiene una duración de 3 años. Lo realiza personal Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra capacitados, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye: ✓ 02 atenciones de planificación familiar (1ra atención: procedimiento de inserción de 30 minutos; 2da atención de 20 minutos, al mes post inserción en un año). ✓ Examen de Papanicolaou. (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ✓ Examen de mamas. ✓ Tamizaje de VBG. ✓ Tamizaje con prueba rápida para VIH. ✓ Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud de los EE. SS, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro, Puestos de Salud: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria. El proceso para la entrega del producto se organiza de la siguiente manera: 1. Planificacion y preparación del servicio con la programación de actividades de acuerdo a los criterios de programación, disponibilidad de MAC, RRHH y equipamiento de los EESS. 2. Capacitación del personal en actualización en metodología anticonceptiva. 3. Visita domiciliaria a las usuarias que no acuden por sus MAC.
3.Criterios de programación	**Total, de parejas a proteger =** MEF x **(%** MEF que requieren PF) x % de MEF que corresponde atender al MINSA (según nivel de programación) **No. Parejas a proteger por método anticonceptivo =** Total de parejas a proteger x % de cada método (según mezcla anticonceptiva) *Notas:* - Fuente de información INEI - ENDES - (% MEF que requieren PF) = suma de: la prevalencia de uso MAC + % la necesidad insatisfecha en PF + % falla de método. Considerar que en los quintiles I y II, el 100% de las MEF requieren PF.
4.Método de agregación de actividades a producto	Es la suma de los subproductos, con excepción de las complicaciones de uso de métodos y AOE: • AQV masculino • 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	

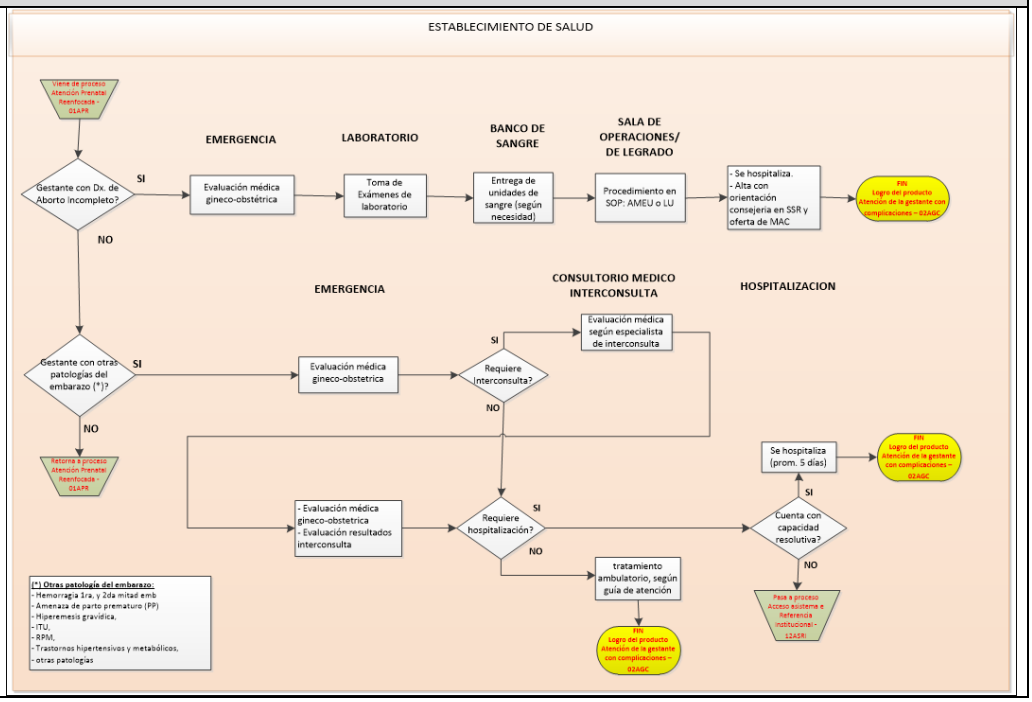
Denominación del producto	**ATENCION PRENATAL REENFOCADA**					
Unid de Medida	058 Gestante controlada					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS, REDES/EESS					
Identifique 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 atenciones prenatales.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de gestantes con 06 a más atenciones prenatales. Porcentaje de gestantes con primer control en el primer trimestre.					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. La atención debe iniciarse en el primer trimestre de gestación hasta completar mínimamente 06 APN en los 09 meses de embarazo de acuerdo a los trimestres de gestación, (Recomendable cumplir con las atenciones prenatales periódicas de acuerdo a la normatividad, mensual hasta los 07 meses, 8vo mes quincenal y 9no. mes semanal) implica la entrega de un paquete básico compuesto por: • Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno y su registro en la Historia clínica Materno Perinatal. • Evaluación física, incluye: examen de mamas, • Papanicolaou • 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. • 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), vacuna dTpa (Tos Ferina): Desde las 27 a las 36 semanas de gestación, una dosis • Inmunizaciones contra la hepatitis "B" incluir tamizaje (antígeno de superficie para hepatitis o prueba rápida). • 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 de acuerdo al esquema de vacunación de inmunizaciones y según el histórico. (ESNI). • Suplemento de ácido fólico (500 mcg) durante el primer trimestre, hasta las 13 semanas. • Suplemento de hierro (60 mg) más ácido fólico (400 mcg), desde las 14 semanas. (PAN) • Suplemento de calcio. 2 gramos v.o, diarios, desde las 20 semanas hasta el parto. Tamizaje de: • Bacteriuria asintomática (tira reactiva). • Sífilis (prueba rápida). • VIH (prueba rápida). • Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico). • Anemia (Hemoglobina con "Hemoglobinometro"). • Diabetes gestacional (Hemoglucotest). **En zonas endémicas además se debe considerar:** • Tratamiento antiparasitario. • Protección contra la malaria, dengue, bartonelosis, Chagas; usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con gota gruesa, frotis, u otro según corresponda. Lo realiza el Médico Gineco-Obstetra, Médico Cirujano con competencias, Obstetra con la participación de todo el equipo multidisciplinario; se realiza en todo establecimiento de salud a parir del I nivel de atención. El proceso general para la entrega del producto consiste en: Programación de actividades, (total de gestantes a controlar en la jurisdicción del EESS). Fortalecimiento de las capacidades técnicas al personal profesional, técnico de laboratorio etc. en APN. Evaluación de la capacidad resolutiva de los EESS para mejorarla. Visitas domiciliarias (coordinaciones con gobiernos locales etc.)
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud de 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	**No. de Gestantes Controladas =** 100% de gestantes según padrón nominal de gestantes, padrón nominal de niños de 1 año, (coordinación con ESNI), en los quintiles I y II el 100% de población gestante. Hospitales programan de acuerdo al histórico de 03 años anteriores. Fuente de Información: HIS, padrón nominal de gestantes, niños de 1 año.
4. Método de agregación de actividades a producto	Atención de la gestante Vacuna antitetánica a la gestante Visita domiciliaria Exámenes de laboratorio completo Ecografía obstétrica Atención odontológica de la gestante Evaluación del bienestar fetal Gestante con Suplemento de Hierro y ácido Fólico
5. Flujo de procesos	

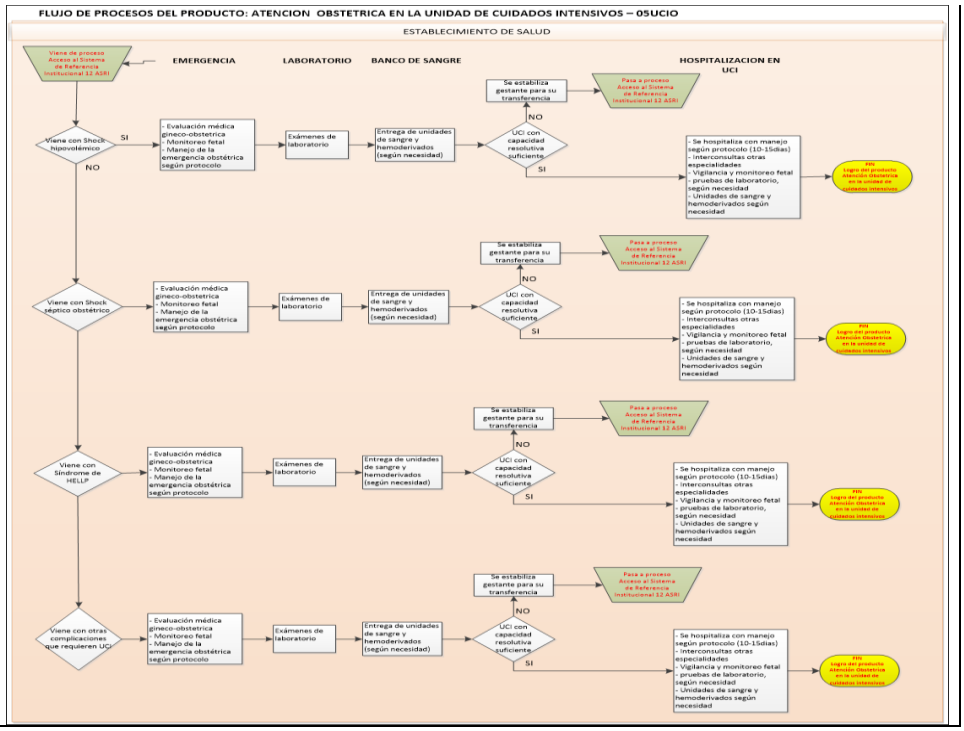
Denominación del producto	**ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES**					
Unidad de Medida	016 Caso Tratado					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/EESS					
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						

Denominación del producto	**ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES**
1.Definición operacional	Es la atención por consulta externa o emergencia que se brinda a la gestante que acude con patologías. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra con participación del equipo multidisciplinario capacitado en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas a partir de los establecimientos FONB. El personal de salud debe ser capacitado con la modalidad pasantía y taller en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas. Incluye: • La atención por consulta externa (30 minutos) e incluye según el caso la interconsulta con otros especialistas. • La atención ambulatoria u hospitalización de acuerdo al caso (en promedio de 5 días de hospitalización en UCEO). En caso de aborto incompleto: • Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva y oferta de MAC. • 1 día de hospitalización en caso de LU. • Exámenes auxiliares y de laboratorio. • Unidades de Sangre de acuerdo a los subproductos: • Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo con laparotomía (3329414): Mínimo 02 unidades de sangre. • Hemorragia de la Segunda Mitad del embarazo (3329407): Mínimo 04 unidades de sangre.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud I-4): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
3.Criterios de programación	**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)
4.Método de agregación de actividades a producto	• Amenaza de parto prematuro • Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía • Hemorragia de la 2da mitad del embarazo • Hiperémesis gravídica • Infección del tracto urinario en el embarazo • Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas • Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía • Trastornos hipertensivos en el embarazo • Trastornos metabólicos del embarazo • Otras enfermedades del embarazo

Denominación del producto	ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES
5. Flujo de procesos	

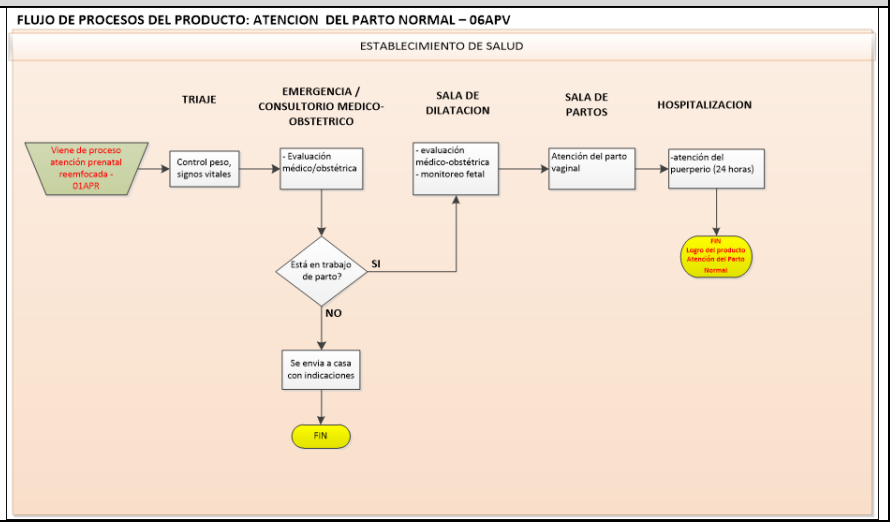
Denominación del producto	ATENCIÓN OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					
Unidad de Medida	016 Caso Tratado					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/ Establecimientos 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	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 Gineco Obstetra, Médico Uciólogo o Intensivista, Enfermera capacitada y participación de obstetra capacitada. Se realiza en los establecimientos FONE (que cuentan con UCI) y FONI. Incluye: - 10 a 15 días de hospitalización. - Exámenes de laboratorio. - Vigilancia y monitoreo fetal. - Unidades de sangre según corresponda:					

	✓ Shock hipovolémico: mínimo 04 unidades de sangre y 4 unidades de hemoderivados. ✓ Shock séptico: mínimo 05 unidades de sangre. ✓ Síndrome de HELLP: Mínimo 4 unidades de paquete globular y hemoderivados. ✓ Complicación con Cardiopatía Severa, diabetes severa, renal severa, etc.: 01 unidad de sangre. - Atención de otras patologías según corresponda. Lo realiza un equipo de profesionales de la salud: Médico Gineco Obstetra, Médico Uciólogo o Intensivista, Enfermera capacitada y participación de obstetra capacitada en emergencias obstétricas. Se realiza en los establecimientos de salud, Hospitales FONE (que cuentan con UCI) e Instituto FONI. El Proceso general para la entrega del producto: Los hospitales a partir del II-1, planifican, programan los casos a atender en un año. Fortalecen la capacidad resolutiva de los EESS través de la autoevaluación semestral (renuevan sus equipos, contratan personal, adquieren los medicamentos y capacitan a su personal). Realizan las coordinaciones con la familia y comunidad para el seguimiento de las pacientes.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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: Brinda asistencia técnica al personal de salud/EE. SS, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Instituto): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
3.Criterios de programación	**No. de Gestantes que requieren UCI =** No. Gestantes programadas x % de gestantes que requirieron UCI (de acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años). Fuente de información: Reporte de egresos de UCI, de los últimos 03 años.
4.Método de agregación de actividades a producto	• Shock hipovolémico • Shock séptico obstétrico • Síndrome de HELLP • Atención de gestantes complicadas en UCI (cardiopatía severa, diabética severa, renal severa etc.)

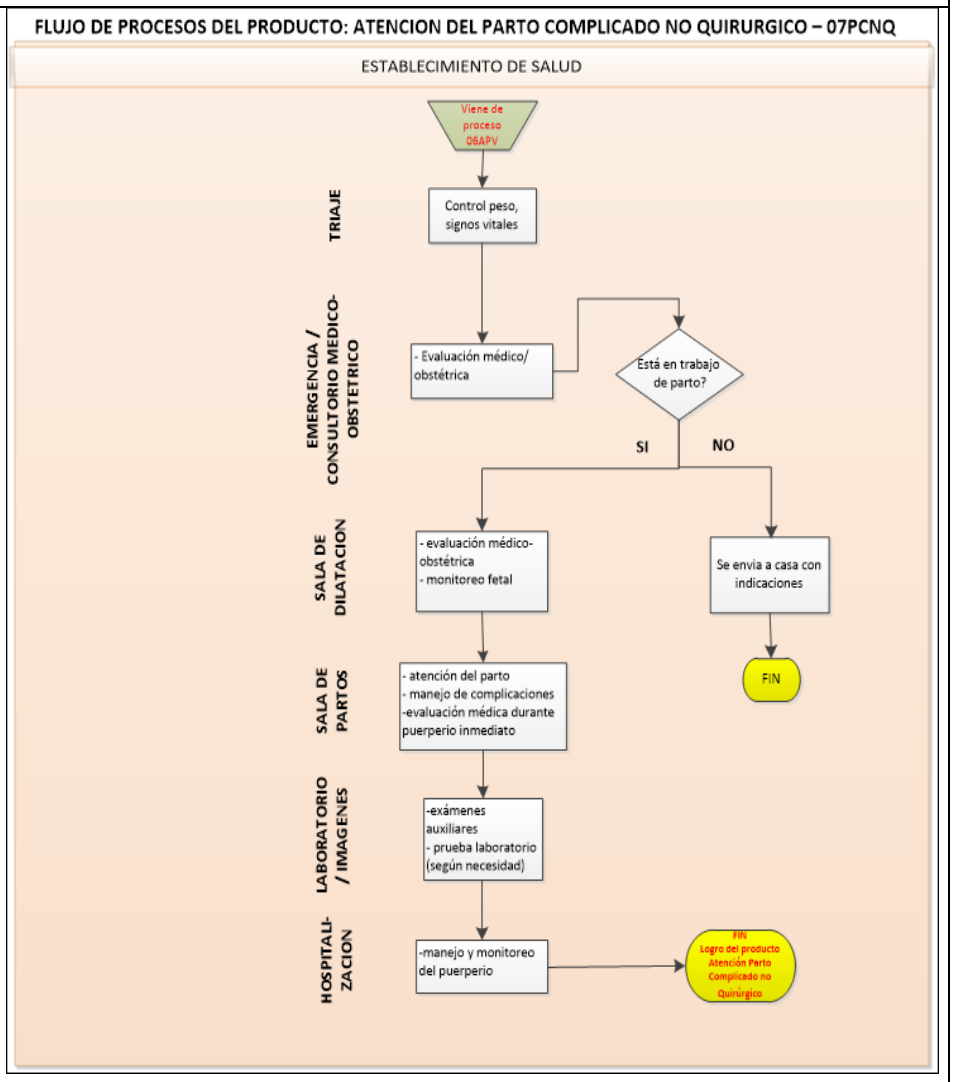
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL**					
Unidad de Medida	208 Parto normal					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS 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	Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas). 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 multípara; lo realiza el médico Gineco obstetra, obstetra, médico cirujano capacitado, a partir de los establecimientos de salud FONB, también considera los EESS 1-3 “Estratégico” Incluye el Parto vertical con adecuación intercultural. En caso de emergencia y ausencia de los profesionales antes mencionados, el parto inminente puede ser asistido por otro personal de salud. 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.					

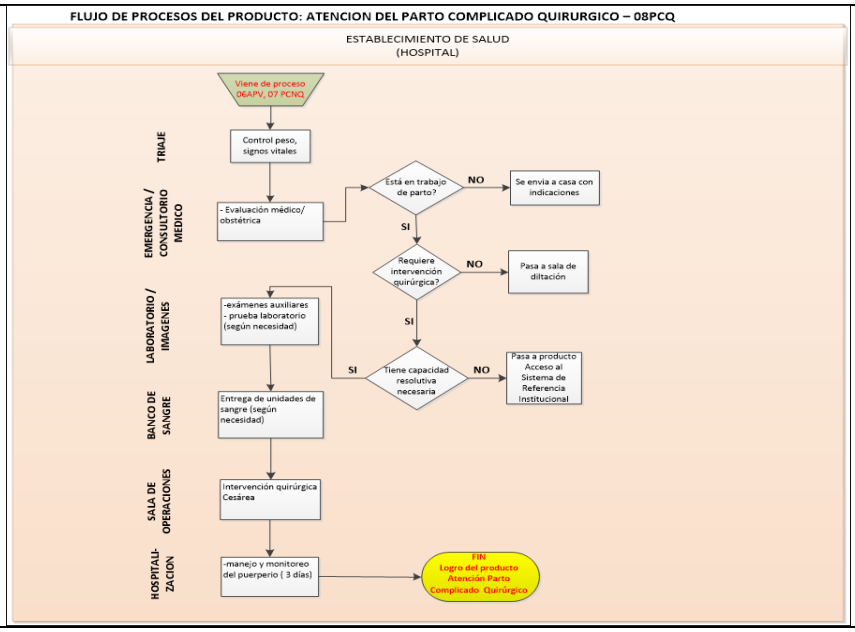
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL
	La atención incluye: - Elaboración de Historia Clínica Obstétrica y del partograma - Días de internamiento u hospitalización (48 horas o 2880 minutos: atención del parto y puerperio): - Atención en el periodo de dilatación. - Atención del periodo expulsivo, 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 puérpera. - Exámenes auxiliares y de laboratorio que incluya pruebas rápidas de tamizaje para VIH/Sífilis, si es que no se hubiera realizado durante la atención prenatal. - Identificación de la madre y recién nacido/a antes de salir de sala de partos. - Elaboración y entrega del certificado de nacimiento. 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. EL proceso general para la entrega del producto: A través de la planificación y organización de los EESS que atienden partos, se hace la programación anual de acuerdo a la población de gestantes programadas (considerar el 80%). El fortalecimiento de la capacidad resolutiva de estos EESS (fortalecimiento de la adecuación cultural, compra de equipamiento y materiales para el parto vaginal y vertical) Visitas domiciliarias y a la comunidad para las coordinaciones del traslado de las gestantes a las casas maternas en los lugares alejados a un EESS.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES/ Brinda asistencia técnica al personal de salud de los /EE. SS, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud I-4 y I-3 estratégico): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
3.Criterios de programación	**Total, Partos Normales** = 80% de las gestantes programadas. Gestantes programadas= Gestantes programadas en APN. Fuente: gestantes de Responsabilidad MINSA y Gobiernos regionales.
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención del Parto Normal

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL
5. Flujo de procesos	

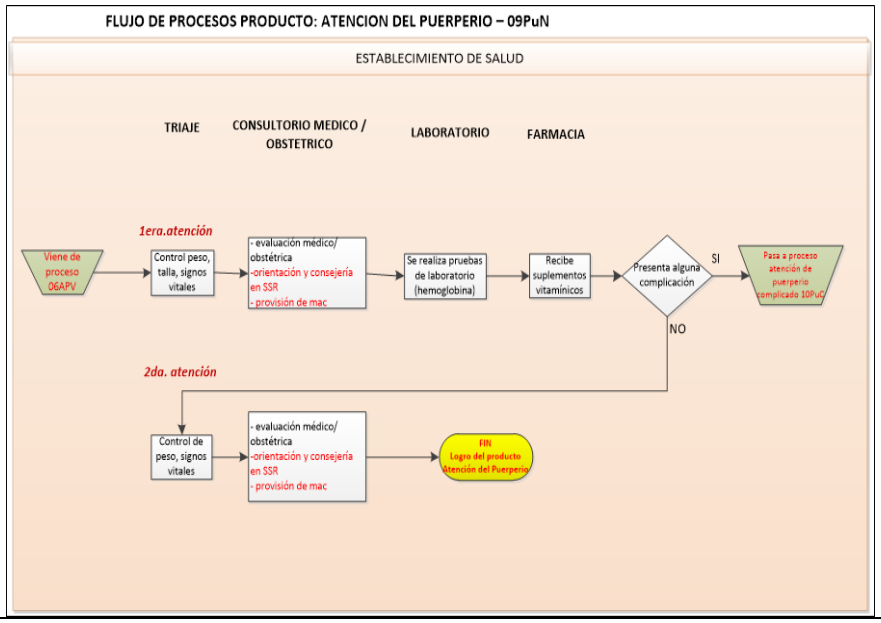
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO					
Unidad de Medida	209 Parto complicado					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de complicaciones durante el parto					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de complicaciones durante el parto					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Conjunto de intervenciones orientadas a atender las complicaciones que se presenta durante las fases del parto, independientemente si se trata de un parto eutócico o distócico y que no termina en cirugía. El servicio consiste en: Internamiento para el manejo como puérpera inmediata. Exámenes auxiliares y de laboratorio que se requiera. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y/u Obstetra, con apoyo del equipo multidisciplinario de salud, a partir del establecimiento FONB. La atención se realiza de acuerdo a lo descrito en las “Guías de Práctica Clínica” El proceso general para la entrega del producto: A través de la planificación y organización de los EESS a partir del FONB, se hace la programación anual de acuerdo a los casos presentados en los últimos 03 años. El fortalecimiento de la capacidad resolutiva de estos EESS (renovación de equipamiento, adquisición de medicamentos y laboratorio) Capacitación al personal en atención de emergencias obstétricas.					

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO**
	Visitas domiciliarias para el seguimiento a estas gestantes.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud a EE. SS, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud I-4): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
3.Criterios de programación	**No. Partos Complicados No Quirúrgicos** = Según tendencia de casos presentados y atendidos en los últimos 3 años. (Complicaciones presentadas en el parto vaginal). Fuente de información: Reporte de egresos hospitalarios, de los últimos 03 años
4.Método de agregación de actividades a producto	• Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional • Hemorragias Intraparto y Postparto.
5. Flujo de procesos	

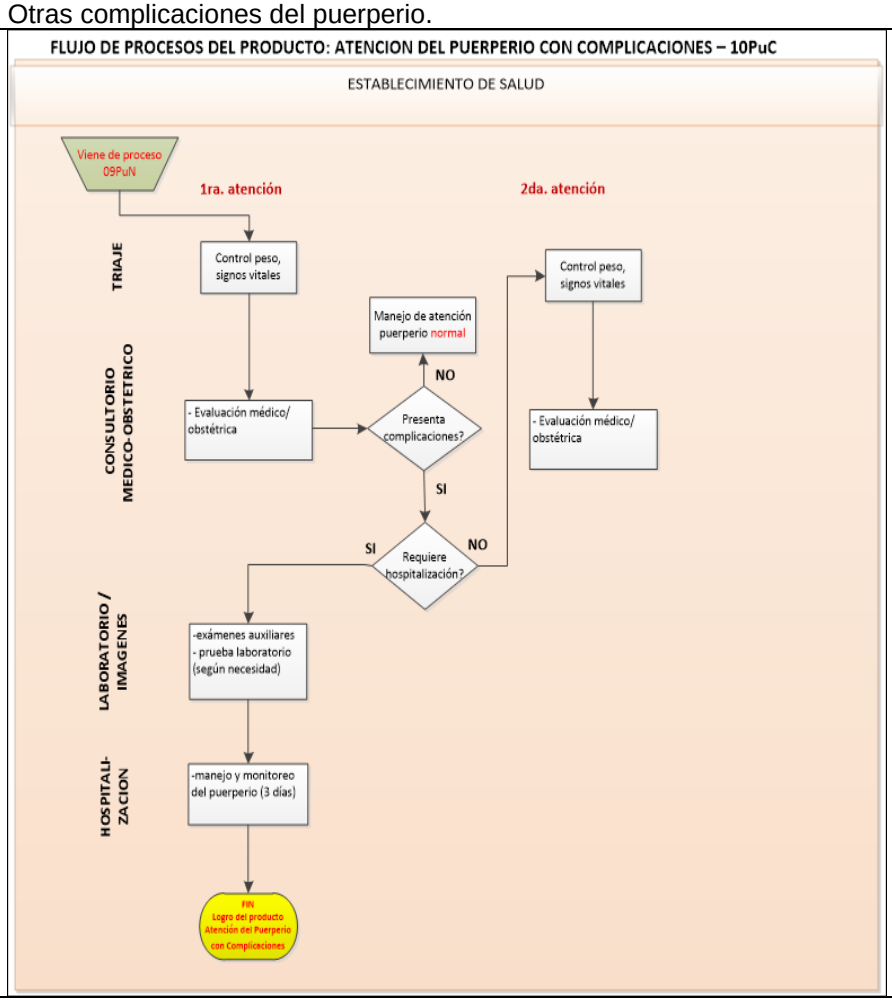
Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO**					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes					
Unidad de Medida	210 Cesárea					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Hospitales					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	**GN**	**X**	**GR**	**X**	**GL**	
Indicador de producción física de producto	Número de cesáreas realizadas					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de cesáreas realizadas					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Es la atención del Parto que, por complicación propia del embarazo y trabajo de parto, culmina en cesárea o histerectomía, lo realiza un equipo de profesionales: Médico Gineco-Obstetra, Médico Anestesiólogo, Neonatólogo, Enfermera y/u Obstetra capacitada, a partir del establecimiento FONE. El servicio consiste en: 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. lo realiza un equipo de profesionales: Médico Gineco-Obstetra, Médico Anestesiólogo, Neonatólogo, Obstetra, Enfermera capacitada, a partir del establecimiento FONE. EL proceso general para la entrega del producto: A través de la planificación y organización de los EESS a partir del FONE, se hace la programación anual de acuerdo al histórico de los tres últimos años. El fortalecimiento de la capacidad resolutiva de estos EESS a través de la autoevaluación semestral del FON, (renovación del equipamiento, adquisición de medicamentos e insumos de laboratorio), Capacitación al personal en actualización en emergencias obstétricas. Visitas domiciliarias y a la comunidad para el seguimiento a las gestantes.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud Establecimientos de Salud (Hospitales): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					
3.Criterios de programación	**No. Partos Complicados 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.					

4.Método de agregación de actividades a producto	Cesárea
5. Flujo de procesos	

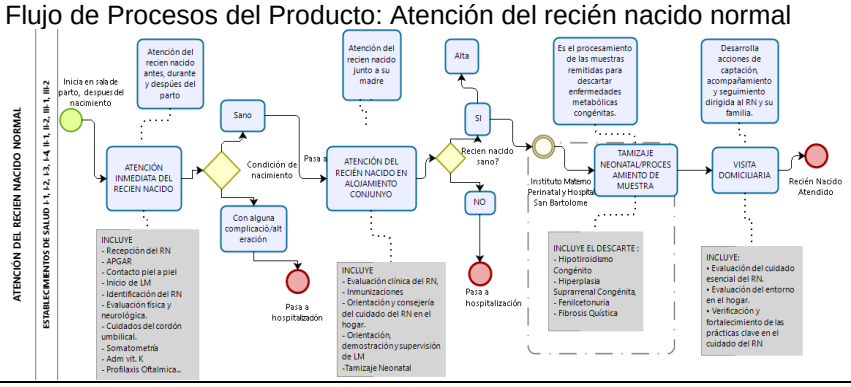
Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PUERPERIO**					
Unidad de Medida	628 Puérpera Atendida					
Grupo poblacional que recibe el producto.	Gestante					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	**GN**	**X**	**GR**	**X**	**GL**	
Indicador de producción física de producto	Número de Puérperas controladas					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de puérperas controladas					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días. Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y Obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I. El Servicio consiste: • 02 atenciones ambulatorias x 20 minutos cada una. • Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos. • Vitamina A: al 100% de puérperas en provincias priorizadas (01 tableta de 200,000UI). • 30 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico (Programa Presupuestal Articulado Nutricional). • 1 visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su control. • Toma de hemoglobina en el primer control de puerperio. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y Obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I. EL proceso general para la entrega del producto: A través de la planificación y organización de los EESS a partir del I-1, se hace la programación considerando el total de partos (No de partos= No de puérperas a controlar). El fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los EESS a través de la autoevaluación semestral del FON, (renovación del equipamiento, adquisición de medicamentos e insumos de laboratorio), Capacitación al personal de salud en atención integral de la gestante el parto y puerperio. Visitas domiciliarias y a la comunidad para el seguimiento a la puérpera.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud de los EE.SS, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud y Puesto de salud): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					
3.Criterios de programación	**No. de atenciones de puerperio** = 100% de partos normales programados + 100% de partos por cesárea programados.					
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención del puerperio					

5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	**ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES**					
Unidad de Medida	016 Caso Tratado					
Grupo poblacional que recibe el producto	Puérpera complicada					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS 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	Es toda complicación que se presenta durante el periodo del puerperio. El servicio consiste en: • Dos atenciones de 30 minutos para consulta externa y 3 días de hospitalización (4,350 minutos) • Dos Exámenes auxiliares y de laboratorio. 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. EL proceso general para la entrega del producto: A través de la planificación y organización de los EESS a partir del II-1, se hace la programación considerando el histórico de los 03 últimos años					

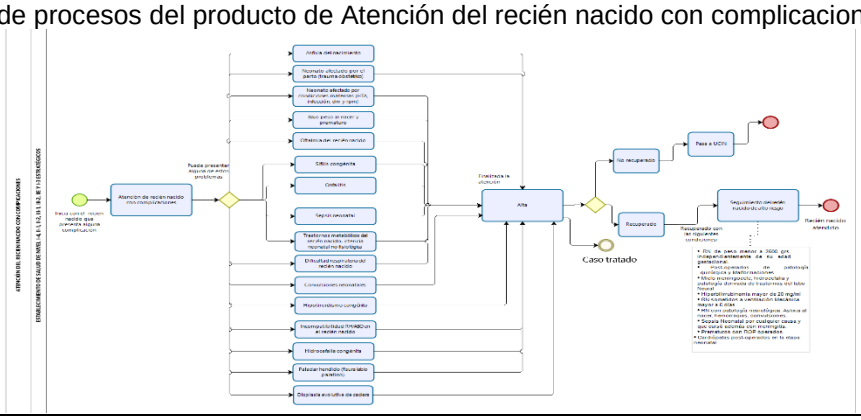
Denominación del producto	**ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES**
	El fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los EESS a través de la autoevaluación semestral del FON, (renovación del equipamiento, adquisición de medicamentos e insumos de laboratorio), Capacitación al personal de salud en emergencias obstétricas. Visitas domiciliarias y a la comunidad para el seguimiento a la puérpera complicada.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud de los EE. SS, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro de salud): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.
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	Endometritis puerperal Mastitis Otras complicaciones del puerperio.
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO NORMAL**					
Unidad de medida	239 Recién Nacido Atendido					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién Nacido					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DVICI					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	**GN**	**X**	**GR**	**X**	**GL**	
Indicador de producción física de producto	Número de recién nacidos Atendidos					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de recién Nacidos Atendidos					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos desarrollados en los establecimientos de salud, enfocados en la atención del Recién Nacido Normal o Vigoroso(a), producto del parto vaginal o cesárea, el mismo que para ser considerado como tal debe tener una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, pero no mayor de 42 semanas, es decir, nacido a término, con examen físico normal; la atención va desde el nacimiento hasta el término del periodo neonatal.(desde el nacimiento hasta los 28 días de vida) La atención incluye: • Evaluación del riesgo de la niña o niño del nacimiento y elaboración de la Historia Clínica Perinatal. • Preparación y verificación del material, equipo y ambiente para la atención del recién nacido. • Recepción y atención del recién nacido en sala de parto de acuerdo a Norma Técnica. ***Primeros 60 minutos*** • Recepción y valoración de la condición del RN. • Procedimientos para prevenir pérdida de calor (cambio de campo, secado y abrigo) • Realizar 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. ***Posterior a los 60 minutos hasta las 2 horas de nacido*** • Profilaxis ocular de la oftalmia neonatal • Administración de vitamina K. • Cuidados del cordón umbilical y clampaje definitivo. • Evaluación de la edad gestacional utilizando el Test de Capurro. • Somatometría: peso, longitud y perímetro cefálico. • Evaluación física y neurológica.					

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO NORMAL**
	• 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: CNV). • Traslado de recién nacido a Alojamiento conjunto u hospitalización La atención es realizada por el medico neonatólogo, médico pediatra, médico de familia, médico general y profesional de enfermería.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centros y Puestos de Salud): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a l (as) os beneficiari(as) os.
3.Criterios de programación	**N° de Recién Nacidos Normales =** N° Partos normales + N° de partos por cesáreas **Fuente de información**: CNV
4.Método de agregación de actividades a producto	Atención inmediata del recién nacido Atención del recién nacido en Alojamiento Conjunto Visita domiciliaria Tamizaje neonatal / procesamiento de muestra
5. Flujo de procesos	Flujo de Procesos del Producto: Atención del recién nacido normal 

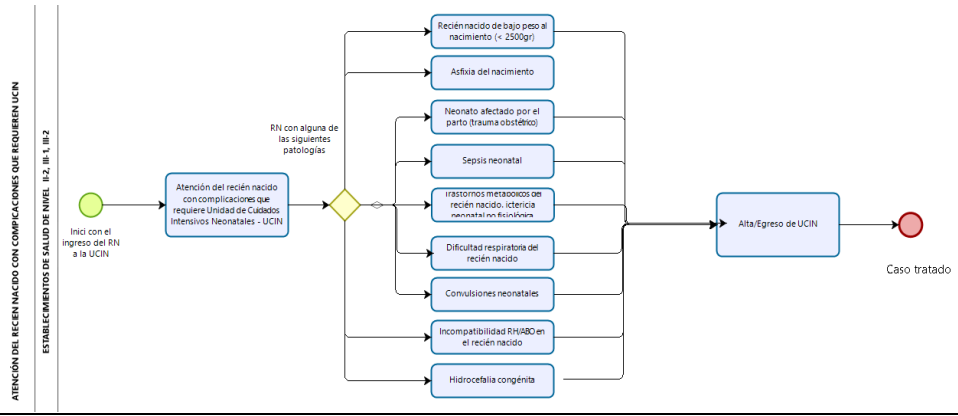
Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES**					
Unidad de medida	016 Caso Tratado					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién Nacido					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DVICI					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS, REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	**GN**	**X**	**GR**	**X**	**GL**	

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES**					
(Marque con un aspa)						
Indicador de producción física de producto	Número de recién nacidos con complicaciones					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de recién Nacidos con complicaciones					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento y que se detectan durante el periodo neonatal. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutiva; bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (Neonatólogo, pediatra o médico cirujano con entrenamiento; enfermera con entrenamiento o especialización en pediatría o neonatología o cuidados intensivos neonatales), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. La intervención incluye la evaluación del riesgo antes del nacimiento, atención inmediata, atención de emergencia y transporte si el nacimiento es en otro establecimiento o domicilio, internamiento de recién nacidos que requieren monitoreo continuo, cuidados médicos y de enfermería especializados. ○ El tiempo de hospitalización o internamiento es variable y depende la patología.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. DIRESA/GERESA/DIRIS: Adecua, difunde, implementa y supervisa el marco normativo, brinda asistencia técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa su aplicación, así mismo, organizan e implementan los servicios de Telemonitoreo y Teleorientación en las IPRESS bajo su jurisdicción, en el marco de su competencia. . DIRIS/REDES/UE: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto, de manera presencial y/o remota a través de las aplicaciones de telesalud (Telemonitoreo y Teleorientación). Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea, supervisa y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centros y Puestos de Salud): realizan la identificación y priorización de las necesidades de salud, mapeo de riesgos y daños y gestión de recursos humanos, financieros y tecnológicos del ámbito jurisdiccional, así mismo: - Los establecimientos del primer nivel de atención: brindaran los cuidados primarios y cuidados básicos como las medidas generales según necesidad identificada y coordinar la referencia de ser el caso, en el marco de su competencia, así mismo puede hacer uso de los aplicativos de la telemedicina a fin de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población. - Los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención: brindan los cuidados especializados, según la necesidad identificada del recién nacido, así mismo y según la situación lo requiera, se puede hacer uso del aplicativo de la telemedicina.					
3.Criterios de programación	**N° de Recién Nacidos con complicaciones =** La programación se realizará de acuerdo al número de casos presentados en los últimos tres años, para lo cual considerar el año con el mayor número de casos. **Fuente de información**: Egresos hospitalarios y/o HIS de los últimos 03 años					
4.Método de agregación de	- Atención de recién nacido con complicaciones - Seguimiento del recién nacido de alto riesgo					

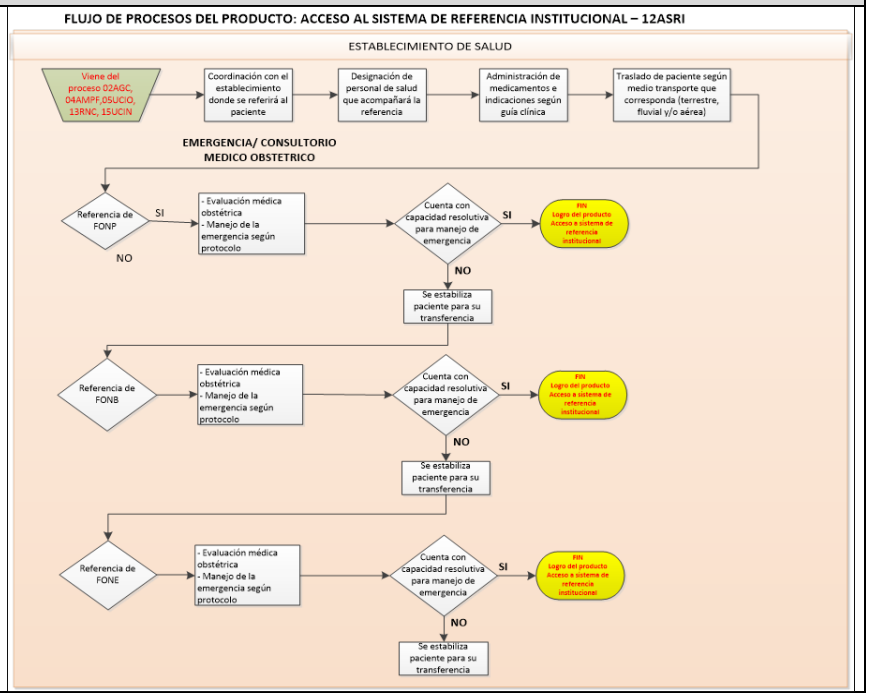
Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES**
actividades a producto	- Asfixia del nacimiento - Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) - Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, dm y rpm) - Bajo peso al nacer y prematuro - Oftalmia del recién 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 evolutiva de cadera
5. Flujo de procesos	Flujo de procesos del producto de Atención del recién nacido con complicaciones 

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN**					
Unidad de Medida	016 Caso Tratado					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién Nacido					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DVICI					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS 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	Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido con trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento detectados durante el periodo neonatal.					

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN**
	La intervención está orientada a la atención del recién nacidos médicamente inestables o críticamente enfermos que requieren cuidado constante, soporte respiratorio continuado, procedimientos quirúrgicos complicados u otras intervenciones especializadas, siendo consideradas como criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales las siguientes condiciones: - RN con Síndrome de Dificultad Respiratoria agudo que requiere oxígenoterapia con FiO2 ≥ 0,35 y/o SDR severo o moderado. - RN que requiere apoyo ventilatorio invasivo o no invasivo. - RN con inestabilidad hemodinámica y/o soporte inotrópico. - RN con apneas severas y repetidas de cualquier origen. - RN que requiere monitorización invasiva. - RN con síndrome convulsivo en etapa aguda. - RN prematuro menor de 1,500 gramos hasta su estabilización. - RN en su post-operatorio inmediato hasta la estabilización o recuperación postanestésica. - RN que requiere procedimientos invasivos especializados. - RN con síndrome post paro cardiorrespiratorio. - Otras condiciones que requieran monitorización y estabilización hemodinámica y/o respiratorias La atención se realiza únicamente en establecimientos de salud que cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN. o El tiempo de internamiento es variable y depende de la patología.
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. **DIRESA/GERESA/DIRIS**: Adecua, difunde, implementa y supervisa el marco normativo; brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa su aplicación, así mismo, organizan e implementan los servicios de Telemonitoreo y Teleorientación en las IPRESS bajo su jurisdicción, en el marco de su competencia. **DISA/REDES/UE**: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto de manera directa y de manera remota a través del aplicativo de la telemedicina. **Microrredes**: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. **Establecimientos de Salud** (Hospitales): realizan la identificación y priorización de las necesidades de salud, mapeo de riesgos y daños y gestión de recursos humanos, financieros y tecnológicos en el marco de su competencia, así mismo: - Los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que cuenten con la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: brindan los cuidados esenciales e intensivos según la necesidad identificada del recién nacido en estado crítico, de manera directa y de ser necesario y de acuerdo a la capacidad resolutiva correspondiente y la disponibilidad de recursos hará uso de la telemedicina a través del Telemonitoreo y Teleorientación según corresponda.
3.Criterios de programación	Programar el 3% de lo programado en el producto Atención del recién nacido con complicaciones **Fuente de información**: Programación del producto Atención del recién nacidos con complicaciones (3033306).
4.Método de agregación de actividades a producto	- Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN - Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500gr) - Asfixia del nacimiento - Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) - Sepsis neonatal - Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica - Dificultad respiratoria del recién nacido

Denominación del producto	ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN
	- Convulsiones neonatales - Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido - Hidrocefalia congénita
5. Flujo de procesos	Flujo de procesos del productos Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN 

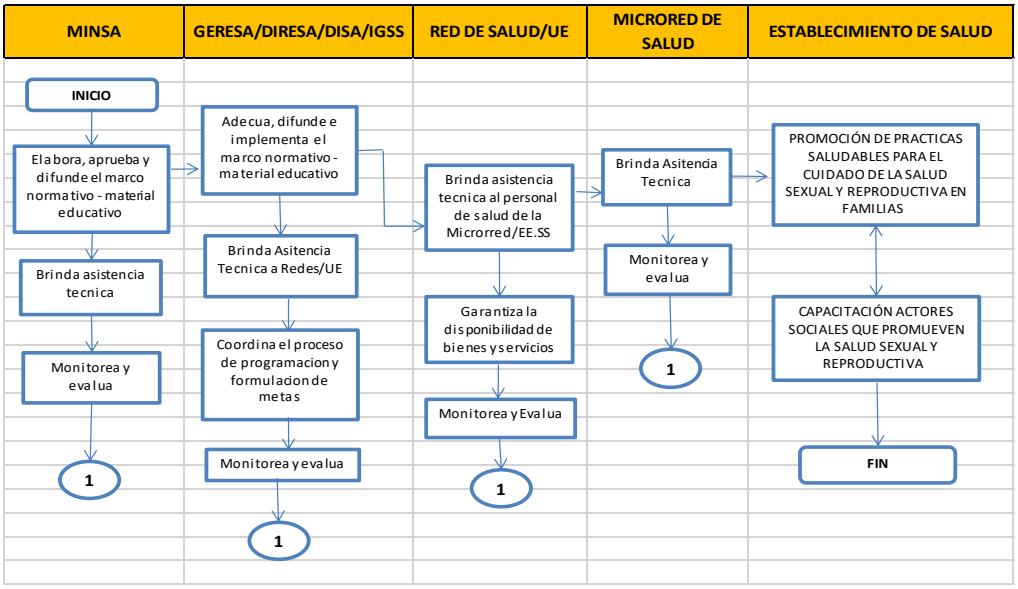
Denominación del producto	**ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL**					
Unidad de medida	214 Gestante y/o neonato referido					
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestante/Neonato					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DSARE					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	**GN**	**X**	**GR**	**X**	**GL**	
Indicador de producción física de producto	Número de gestantes y/o Neonatos referidos					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de gestantes y/o Neonatos referidos					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Procedimientos asistenciales y administrativos que aseguren la continuidad de la atención oportuna, eficaz y eficiente de la gestante, puérpera o neonato en un establecimiento de mayor complejidad, el traslado se realizará acompañado por profesional médico, obstetra, enfermera o personal técnico de enfermería, dependiendo de la complejidad del caso. El servicio consiste: Traslado de los casos complicados en ambulancia (terrestre, fluvial y/o aérea). Según corresponda. Comunicación con establecimiento al que se refiere utilizando medios de comunicación (radio, teléfono u otro) según disponibilidad. Acompañamiento de personal de salud capacitado según corresponda al caso. Administración de medicamentos según guía de práctica clínica. El proceso para la entrega del producto se organiza de la siguiente manera: 1. Planificación y organización del sistema de referencia institucional obstétrica y neonatal, programación de casos de acuerdo al histórico de tres años anteriores. 2. Capacitación al personal profesional sobre emergencias obstétricas y neonatales. 3. Visita de seguimiento en la contra referencia.					
2.Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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: Brinda asistencia técnica al personal de los EE. SS, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, centros y Puestos de Salud): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a l (as)os beneficiari(as)os.					
3.Criterios de programación	**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	• Referencia de FONP-Funciones Obstétricas Neonatales Primarias • Referencia de FONB-Funciones Obstétricas Neonatales Básicas • Referencia de FONE-Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales					

Denominación del producto	**ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL**
5. Flujo de procesos	

***Denominación* del producto**	**FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412)**					
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias con gestantes, puérperas y adolescentes.					
Responsable del diseño del producto	Dirección de Promoción de la Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.					
Responsable de la entrega del producto	**Para Salud:** 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. **Para municipios:** Municipios distritales/provinciales de quintil de pobreza 1 y 2. Se podrá incluir Municipios de quintiles 3, 4 y 5 con bolsones de pobreza y/o con problemas de morbilidad y/o mortalidad materna, 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:** Número de Familias con gestantes y puérperas que recibieron consejería en el hogar sobre prácticas saludables en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Número de familias de adolescentes que recibieron sesiones educativas en salud sexual integral. **Para Municipios:** Municipios con casa materna en funcionamiento					

***Den*ominación del producto**	**FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412)**
	Municipios con CDJ en funcionamiento.
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de familias de gestantes, puérperas y adolescentes con conocimiento en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.
Modelo operacional del producto	
1. **Definición operacional**	Conjunto de actividades dirigidas a familias con gestantes, puérperas y adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, quienes reciben educación para la salud a fin de promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, a través de consejerías, sesiones educativas y orientación. Estas acciones son realizadas por el personal de salud capacitado y participa el agente comunitario de salud capacitado, las autoridades municipales y los docentes de instituciones educativas quienes propician espacios y actividades educativas en salud sexual y reproductiva. Se realizará en la vivienda de las familias, local comunal u otro que la considere necesario, así como, a través de la Telesalud: Teleorientación/Telecapacitación/TeleIEC/Telegestión. El personal de salud requiere una capacitación de 32 horas al año como mínimo. Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades y subproductos: **ACTIVIDAD 1: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984)**. <u>Subproducto 1</u>: Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341201). <u>Subproducto 2</u>: Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientación a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341202). <u>Subproducto 3</u>: Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral (3341203). **ACTIVIDAD 2: CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985)** <u>Subproducto 1</u>: Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa (3341204). <u>Subproducto 2</u>: Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva (3341205).
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así mismo brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/DISA: 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.

***Den*ominación del producto**	**FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412)**
	• MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud realiza la consejería y sesiones educativas a familias, según corresponda; así mismo fortalece capacidades a agentes comunitarios, docentes y funcionarios municipales para la implementación de actividades educativas o espacios educativos según sea el caso. • Familias con gestantes y puérperas reciben consejería en el hogar, familias de adolescentes reciben sesiones educativas, docentes de instituciones educativas reciben sesiones educativas y funcionarios municipales reciben asesoramiento para la promoción de prácticas saludables en salud sexual y reproductiva y salud neonatal.
3. Criterios de programación	• 80 % de lo programado en el sub producto (3317201)"Atención a la gestante" perteneciente producto 3033172 Atención Prenatal Reenfocada del PP002 • 15% de familias con adolescentes de 12 a 17 años programadas en el sub producto (5000058) "Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes" perteneciente producto 3000005 Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo del PP002.
Fuente de información	Para la programación del presente producto se tomará como referencia: • La programación del producto "Atención prenatal reenfocada" (información proporcionada por la Oficina de Estadística e informática y la Dirección de SSyR de la Región). • Población de adolescentes de 12 a 17 años (información proporcionada por la Oficina de Estadística e informática de la Región).
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la **Actividad**: Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias, en la que se **suma los siguientes subproductos**: Consejería durante la visita domiciliaria y/o Telesalud, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205); **mas** Sesiones educativas, a familias de adolescentes, en salud sexual integral (3341203).
5. Flujo de procesos	Ver anexo 2 flujograma de procesos de productos del PPSMN– Tabla 10



Denominación del producto	**POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DEPLANIFICACION FAMILIAR (3000002)**					
Unidad de medida	259 persona Informada					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en general					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Comunicaciones					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud de MINSA, DIRESA, GERESA, DIRIS, REDES EESS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de personas informadas en salud sexual y reproductiva					
Indicadores de desempeño del producto	% Personas informadas en temas de Salud sexual y reproductiva.					
Modelo operacional del producto						
1. **Definición operacional**	Conjunto de intervenciones comunicacionales que buscan informar, sensibilizar y orientar a la población objetivo (adolescente mujer, gestante en todas sus etapas: prenatal, parto y puerperio, familia y responsables del cuidad del recién nacido.), medidas para promover hábitos y entornos saludables para preservar la salud materna neonatal, disminuir la morbilidad y mortalidad materno neonatal La entrega del servicio es: ✓ Difusión en medios masivos: radio, TV, prensa, suplementos, pág. Web, redes sociales, entre otros. ✓ Difusión en medios alternativos: vallas, buses, moto taxis, paneletas carreteras, murales, paneles, publicidad en cine y entre otros. ✓ Actividades de movilización social: ferias, campañas, marchas, activaciones, teatro popular, cine foro itinerante, entre otros. ✓ Reuniones y talleres de sensibilización y de fortalecimiento de capacidades. Lo realizan los profesionales responsables de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESAS/GERESAS y DIRIS. El proceso general que se requiere para la entrega del producto: Planificación y programación de las actividades de acuerdo l criterio de programación. Capacitación al personal responsable de la entrega del producto.					
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así mismo brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación, GERESA/DIRESA/DIRIS: Adecua el marco normativo y materiales educativos, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • Redes de Salud /Unidad Ejecutoras: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados. • Establecimientos de salud: El personal de salud coordina, concerta, planifica y organiza el plan de trabajo.					

3. Criterios de programación	40% de población según el último censo (INEI), que participan en las campañas informativas programadas en Lima y regiones.
Fuente de información	Reporte de actividades y lista de asistencia a los eventos desarrollados anteriormente (Lima Metropolitana y regiones).
4. Método de agregación de actividades a producto	• Población informada en salud sexual y reproductiva por medios de difusión masiva • Comunicadores y periodistas informados en temas de salud sexual y reproductiva • Población informada en salud sexual y reproductiva por medios alternativos de comunicación
5. Flujo de procesos	

3.5 Actividades, tareas e insumos

Tabla 11: Actividades de los Productos

TABLA Nª 11: Actividades de los Productos	
Denominación del producto	**ACCIONES COMUNES (3000001)**
Actividad 1	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas (5004389)
Actividad 2	Monitoreo Supervisión, Evaluación y Control de Salud Materno Neonatal (5004430)

Denominación del producto	**ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO (3000005)**
Actividad 1	Brindar Servicios de Salud para prevención del Embarazo en Adolescentes (5000058)

Denominación del producto	**ADOLESCENTE CON ATENCIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES. (3000879)**
Actividad 1	Administrar Suplemento de Hierro y Acido Folico a Adolescente. (5006271)

Denominación del producto	**POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR (3000002)**
Actividad 1	Brindar Información sobre Salud Sexual y Reproductiva y Métodos de Planificación Familiar (5000059)

Denominación del producto	**POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033292)**
Actividad 1	Mejoramiento del Acceso de la Población Servicios de Consejería en Salud Sexual y reproductiva (5000043)

Denominación del producto	**POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3033291)**
Actividad 1	Mejoramiento del Acceso de la Población a métodos de Planificación Familiar (5000042)

Denominación del producto	**ATENCION PRENATAL REENFOCADA (3333172)**
Actividad 1	Brindar Atención Prenatal Reenfocada (5000037)

Denominación del producto	**ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES (3033294)**
Actividad 1	Brindar Atención a la gestante con Complicaciones (5000044)

Denominación del producto	**ATENCIÓN OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (3033300)**
Actividad 1	Atender Complicaciones Obstétricas en unidad de Cuidados Intensivos (5000050)

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL (3033295)**
Actividad 1	Brindar Atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal (5000044)

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO (3033296)**
Actividad 1	Brindar Atención del parto complicado no quirúrgico (5000046)

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO (3033297)**
Actividad 1	Brindar atención del parto complicado quirúrgico (5000047)

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PUERPERIO (3033298)**
Actividad 1	Atender el puerperio (5000048)

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES (3033 299)**
Actividad 1	Atender el puerperio con complicaciones (5000049)

Denominación del producto	**ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL (3033304)**
Actividad 1	Mejoramiento del Acceso al Sistema de referencia Institucional (5000052)

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO NORMAL (3033305)**
Actividad 1	Atender al Recién nacido Normal (5000053)

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES (3033306)**
Actividad 1	Atender al recién nacido con complicaciones (5000054)

Denominación del producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN (3033307)**
Actividad 1*	Atender al recién nacido con Complicaciones que requiere Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales-UCIN (5000055)

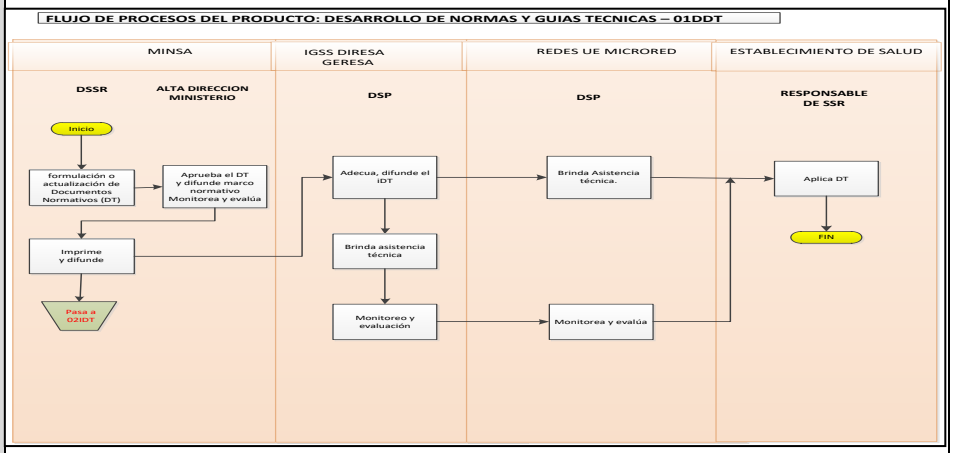
Denominación del producto	**FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412)**
Actividad 1	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).**
Subproducto 1	Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341201)
Subproducto 2	Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientación a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341202)
Subproducto 3	Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral (3341203)
Actividad 2	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985)**
Subproducto 4	Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa (3341204)
Subproducto 5	Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva (3341205)

Tabla 12: Modelo Operacional de la Actividad

TABLA Nª 12: Modelo Operacional de la Actividad						
Denominación de la actividad	**Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Salud materno Neonatal (5004389)**					
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**: • Elaboración, validación, aprobación y publicación (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA). • Diseño, Impresión y distribución. • Evaluación **Nivel Regional:** • Adecuación y aprobación si corresponde. • Reproducción, distribución e Implementación hasta el nivel de establecimientos de salud. DIRIS, REDES: 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**: Enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Etapa de vida niño, Adolescente, Promoción de la Salud. - **Diagrama de Gantt**					

Actividades

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Norma Técnica de Salud Planificación Familiar, Neonato, Prevención del Embarazo en Adolescente.			x			x						
Guía del Manejo de Emergencias obstétricas por niveles de atención						x		x		x		X

TABLA Nª 12: Modelo Operacional de la Actividad													
	Guía de Violencia contra la mujer											X	
6. Listado de insumos													

Denominación de la actividad	**Monitoreo, Supervisión, evaluación y Control de la Salud Materno Neonatal (5004430)**					
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	**Monitoreo**: 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. 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). Los informes que se generan de las acciones de monitoreo son alcanzados a los directivos y tomadores de decisión en cada nivel, así como al coordinador de seguimiento y evaluación del programa presupuestal. 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. **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. 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). 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. Para la evaluación se requiere: **Supervisión:** 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 (DGIESP, DGE, OGPPM, OGEI, etc.), 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 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					

<table>
<tr><td>2. Organización para la ejecución de la actividad</td><td>
NIVEL NACIONAL

Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos).
Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN.

NIVEL REGIONAL
GERESA/DIRESA/DIRIS

Implementa los DTN.
Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras
Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención.
Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo.
Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad.

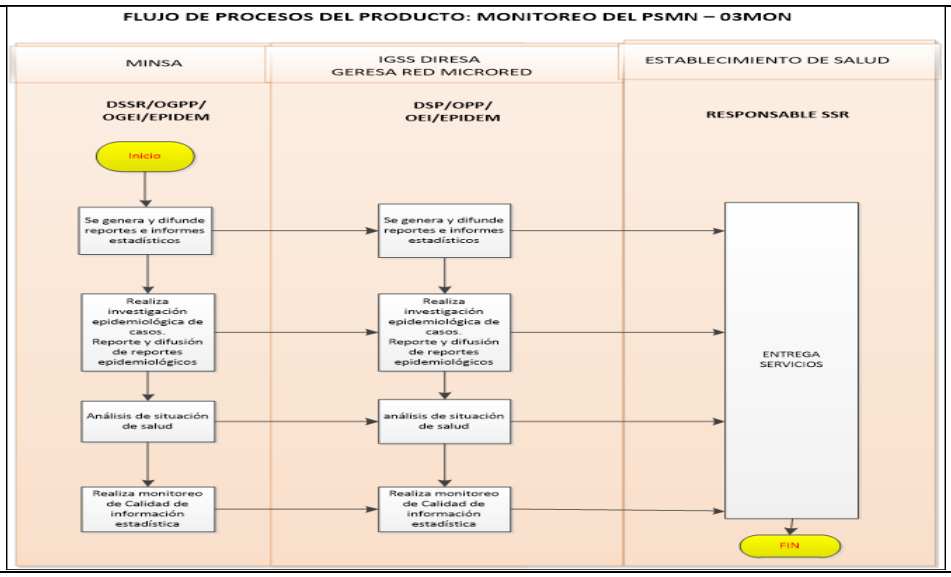
REDES:

Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF.
Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención.
Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad.
Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud.
Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud.
Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo.

Establecimientos de Salud: Punto de atención

Programación de metas físicas según los criterios establecidos.
Organiza el servicio para dar la atención
Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención
Registro adecuado de los instrumentos de información.

Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
</td></tr>
<tr><td>3. Criterios de programación</td><td>Un informe semestral y 01 anual.</td></tr>
<tr><td>4. Flujo de procesos</td><td>Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12</td></tr>
<tr><td>5. Diagrama de Gantt</td><td>
Identificador de tarea / proceso / acción: Generación de datos (registro y codificación) de diferentes fuentes
- Tarea / proceso / acción: Monitoreo y Análisis de la Información.
- Unidad de medida: Informe
- Cantidad: 2
- Fecha de inicio: enero del año vigente
- Fecha de término: diciembre del año vigente
- Responsable: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Etapa de Vida niño (neonato), Promoción de la Salud.
- Diagrama de Gantt
<table>
<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>
<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>
</table>
</td></tr>
<tr><td>6. Listado de insumos</td><td></td></tr>
</table>


FLUJO DE PROCESOS DEL PRODUCTO: MONITOREO DEL PSMN – 03MON
MINSA
IGSS DIRESA
GERESA RED MICRORED
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
DSSR/OGPP/
OGEI/EPIDEM
DSP/OPP/
OEI/EPIDEM
RESPONSABLE SSR
Inicio
Se genera y difunde reportes e informes estadísticos
Se genera y difunde reportes e informes estadísticos
Realiza investigación epidemiológica de casos. Reporte y difusión de reportes epidemiológicos
Realiza investigación epidemiológica de casos. Reporte y difusión de reportes epidemiológicos
Análisis de situación de salud
análisis de situación de salud
Realiza monitoreo de Calidad de información estadística
Realiza monitoreo de Calidad de información estadística
ENTREGA SERVICIOS
FIN

Denominación de la actividad	**BRINDAR INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR (5000059)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	259 persona informada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades realizadas durante un periodo determinado para informar, sensibilizar y orientar a la población objetivo (adolescente mujer, gestante en todas sus etapas: prenatal, parto y puerperio, familia y responsables del cuidad del recién nacido.), medidas para promover hábitos y entornos saludables para preservar la salud materna neonatal, disminuir la morbilidad y mortalidad materno neonatal. Esta actividad se realiza a través de medios escritos, radiales, televisivos, páginas web y Redes Sociales, y se encuentra a cargo de los profesionales responsables de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESAS/GERESAS e IGSS. La información que se incluirá en los mensajes publicitarios será elaborada por el MINSA y adecuada culturalmente al contexto regional y local por las oficinas de comunicaciones de la DIRESA/GERESA y Redes que son unidades ejecutoras, teniendo en cuenta el público objetivo, la realidad geográfica, idiosincrasia e interculturalidad. Incluye: □ Spot radial y televisivo, los mismos que son difundidos en emisoras y canales de alcance nacional y regional y local y en programas y horarios de más alto rating. □ Columna informativa quincenal y de página contratada en un medio impreso de alta cobertura nacional y regional, dirigida a la población en general, con énfasis a adolescente mujer, gestante en todas sus etapas: prenatal, parto y puerperio, familia y responsables del cuidad del recién nacido. □ Impresión de suplementos informativos. □ Producción de especial WEB con mensajes y diagramas dirigidos a la población en general (con énfasis a adolescente mujer, gestante en todas sus etapas: prenatal, parto y puerperio, familia y responsables del cuidad del recién nacido). **COMUNICADORES Y PERIODISTAS INFORMADOS EN TEMAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA** Son aquellos comunicadores, líderes de opinión, periodistas y voceros, que reciben información, capacitación y son sensibilizados en temas de prevención del embarazo adolescente, el uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar, signos de alarma en la gestante puérpera y recién nacido y cuidados en el hogar de la madre y el recién nacido; con la finalidad de difundir estos mensajes entre el público población objetivo (adolescente mujer, gestante en todas sus etapas: prenatal, parto y puerperio, familia y responsables del cuidad del recién nacido.), por intermedio de medios de comunicación, redes sociales, pág. Web, entre otros. La coordinación de estas actividades es realizada por los profesionales a cargo de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESA/GERESA e IGSS. Incluye: □ Talleres de sensibilización a periodistas nacionales y/o regionales 02 durante el año, con una duración de 2 horas cada uno. □ Talleres de sensibilización y abogacía para autoridades, actores sociales, personajes públicos y otros, 02 durante el año, con una duración de 4 horas cada uno, en temas relacionados con los temas del Programa Materno Neonatal, para lograr el apoyo en las actividades programadas. □ Capacitación en vocería para el personal de salud responsable del EESS y Coordinadores regionales y Nacionales, como mínimo de 2 veces al año con una duración de 4 horas en cada uno de los temas. □ Capacitación en vocería para comunicadores, como mínimo de 2 veces al año con una duración de 12 horas en cada uno de los temas.					

	La capacitación estará a cargo de la Oficina de Comunicaciones y los responsables de los productos del programa presupuestal. **POBLACIÓN INFORMADA EN SALUD REPRODUCTIVA POR MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN** Es una estrategia de comunicación interpersonal que orienta e informa a la población en edad fértil sobre la prevención del embarazo adolescente, el uso de métodos anticonceptivos de planificación familiar, los cuidados en el embarazo y en la etapa de puerperio con apoyo de material informativo, de merchandising, etc., utilizando recursos de animación socio-cultural, instalados en lugares públicos como mercados, club de madres, vaso de leche, torneos deportivos, ferias, festividades, concentraciones masivas, etc., donde se pueda realizar la entrega de material comunicacional. La estrategia comunicacional incluye el diseño, impresión y distribución de materiales comunicacionales: Con adecuación cultural, previa validación técnica con los responsables técnicos de los productos del programa presupuestal. Los materiales son: afiches, dípticos, cartillas, volantes, banderolas, banners, gigantografías, rotafolios, material didáctico, stickers, entre otros. La publicidad alternativa incluye: Paneles publicitarios, pintado de murales con mensajes preventivos, sistema perifoneo (uso de altoparlantes) y merchandising (polos, gorros, globos, lapiceros, entre otros); animación sociocultural, movilización social y campañas.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES /Unidades Ejecutoras:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes

<table>
<tr><td>3. Criterios de programación</td><td>30% de la población nacional, regional o local que accede a medios de comunicación masivos</td></tr>
<tr><td>4. Flujo de procesos</td><td>Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12</td></tr>
<tr><td>5. Diagrama de Gantt</td><td>Identificador de tarea / proceso / acción: Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar
- Tarea / proceso / acción: Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar
- Unidad de medida: Persona informada
- Cantidad: 30% de la población nacional, regional o local que accede a medios de comunicación masivos
- Fecha de inicio: Enero del año vigente
- Fecha de término: Diciembre del año vigente
- Responsable: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Oficina General de Comunicaciones- Diagrama de Gantt
<table>
<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>
<tr><td>Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar</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><td>X</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td>Mayor detalle en anexo 4 Insumos por Productos – Tabla 12</td></tr>
</table>

Denominación de la actividad	**BRINDAR SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (5000058)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad *(Marque con un aspa)*	**GN**	0002: SALUD M	**GR**	TAL	**GL**	
		X		**X**		
Unidad de medida del indicador de producción física	150. Adolescente Atendido					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Es el conjunto de actividades periódicas desarrolladas por el profesional médico, obstetra u otro profesional calificado en salud sexual y reproductiva. Los bienes y servicios que se brindan en la atención de salud sexual y reproductiva en adolescentes incluyen: • Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva en adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años. • Atención en planificación familiar (si el caso lo requiere). • Evaluación del desarrollo sexual según Tanner. • Evaluación clínica orientada a la búsqueda de patologías sexuales y reproductivas (amenorrea, problemas del ciclo menstrual, dismenorreas, ITU, infecciones, migrañas, cefaleas), evaluación clínica especializada en caso de diagnosticar alguna patología en salud sexual y reproductiva. • Visita domiciliaria en caso de identificar factores de riesgo y/o deserción, seguimiento. • Exámenes de laboratorio: descarte de embarazo (en caso la adolescente lo requiera) y otros exámenes de laboratorio según su necesidad. • Una sesión educativa en salud sexual y reproductiva para adolescentes de forma trimestral en los niveles I-3, I-4, hospitales e institutos de salud, en los temas de acuerdo a los hallazgos: – Adolescentes de 12 a 14 años: Prevención de embarazo no deseado, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad humana, afectividad, desarrollo sexual en la adolescencia, salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH-Sida, Diversidad sexual e identidad de género y masculinidades. – Adolescentes de 15 a 17 años: Prevención de embarazo no deseado, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad humana y afectividad, anticoncepción y paternidad responsable, prevención del embarazo no deseado, relaciones sexuales, sexo seguro, infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida; Hepatitis B, diversidad sexual e identidad de género, masculinidades. • Registro de la atención según corresponda (Historia clínica, tarjeta de atención integral del adolescente, formato único de atención del Seguro Integral de Salud, HIS, registro de seguimiento y citas) La modalidad de entrega es a través de oferta fija, móvil y telemedicina, en establecimientos de salud u otro servicio o espacio adecuado para tal efecto. El tiempo requerido para la atención es de 20 minutos, para el desarrollo de la sesión educativa se considerará 40 minutos y por visita domiciliaria 60 minutos en promedio. 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 dimensión de salud sexual y reproductiva.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	**MINSA - Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral - Etapa de Vida Adolescente – Dirección de Salud Sexual y Reproductiva** • Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, • Brinda asistencia técnica • Monitorea, supervisa y evalúa. **GERESA/DIRESA/DIRIS/RED DE SALUD** • Adecua, difunde e implementa el marco normativo • Brinda asistencia técnica.					

<table>
<tr><td></td><td>

- Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras.
- Monitorea y evalúa.

Establecimientos de Salud:
Entrega el producto a la población beneficiaria.
</td></tr>
<tr><td>**3. Criterios de programación**</td><td>Programar como mínimo el 30% de adolescentes de 12 a 17 años 11 meses 29 días, del total de adolescentes atendidos por todas las causas y/o patologías el año anterior.

Fuente: Reporte HIS de adolescentes de 12 a 17 años 11 meses 29 días atendidos por todas las causas y/o patologías el año anterior.</td></tr>
<tr><td>**4. Flujo de procesos**</td><td>Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12</td></tr>
<tr><td>**5. Diagrama de Gantt**</td><td>

Identificador de tarea / proceso / acción: Brindar servicios de salud para la prevención del embarazo en adolescente
- **Tarea / proceso / acción:** Brindar servicios de salud para la prevención del embarazo en adolescente
- **Unidad de medida**: Atención
- **Cantidad:** Programar como mínimo el 30% de adolescentes de 12 a 17 años 11 meses 29 días, del total de adolescentes atendidos por todas las causas y/o patologías el año anterior.
- **Fecha de inicio**: Enero del año vigente
- **Fecha de término**: Diciembre del año vigente
- **Responsable**: Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral –Etapa de Vida Adolescente Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
- **Diagrama de Gantt**

<table>
<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>
<tr><td>Brindar servicios de salud para la prevención del embarazo en adolescente</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><td>X</td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>**6. Listado de insumos**</td><td>Mayor detalle en **anexo 4** Insumos por Productos – Tabla 12</td></tr>
</table>

Denominación de la actividad	**ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO MÁS ÁCIDO FÓLICO A ADOLESCENTES (5006271)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	**GN**	**Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad**	**GN**	**Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad**	**GN**	**Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad**
Unidad de medida del indicador de producción física	Adolescente Suplementada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Conjunto de acciones orientadas a suplementar con hierro más ácido fólico a adolescentes de sexo femenino comprendidas entre los 12 y 17 años con 11 meses 29 días, para mantener niveles adecuados de micronutrientes en su organismo y prevenir la anemia por deficiencia de hierro. Los bienes y servicios que se brindan en este producto incluyen: • Dosaje de hemoglobina en el primer contacto con el servicio de salud (intramural) o con el personal de salud durante actividades extramurales, para determinar el flujo de atención (manejo preventivo "suplementación con hierro más ácido fólico" o terapéutico "derivación al médico para su tratamiento") • Prescripción/indicación y entrega de suplemento: tabletas compuestas de sulfato ferroso (60 mg de hierro elemental) más ácido fólico (400 mcg) dos veces por semana durante tres meses continuos cada año, a toda adolescente mujer sin anemia. • Orientación y consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales, forma de conservar las tabletas y entrega de material informativo impreso. • Registro de la atención según corresponda (Historia clínica, tarjeta de atención integral del adolescente, formato único de atención del Seguro Integral de Salud, HIS, registro de seguimiento y citas). La modalidad de entrega es a través de oferta fija, móvil y telemedicina, en establecimientos de salud u otro servicio o espacio adecuado para tal efecto. Las acciones son realizadas por personal de salud capacitado, que realiza la atención del adolescente, el tiempo requerido es de 20 minutos. El personal de salud que realiza la atención requiere de capacitación anual mínima de 20 horas académicas.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	**MINSA:** Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, monitorea y evalúa. **CENARES:** • Adquiere y distribuye el producto farmacéutico (tabletas compuestas de sulfato ferroso (60 mg de hierro elemental) más ácido fólico (400 mcg). **DIRIS, GERESA/DIRESA:** • Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras, monitorea y evalúa la disponibilidad de productos farmacéuticos e insumos médicos y de laboratorio. • A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. **Unidades Ejecutoras:** Adquieren y distribuyen los insumos de laboratorio (lancetas y micro cubetas) y otros insumos según kit. **Establecimientos de salud:** Entregan el producto a la población beneficiaria.					

3. Criterios de programación	Programar como mínimo el 20% de adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses 29 días, del total de adolescentes mujeres atendidas por todas las causas y/o patologías el año anterior. Fuente: Reporte HIS de adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses 29 días atendidos por todas las causas y/o patologías el año anterior.
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**Identificador de tarea / proceso / acción**: Adolescente con atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales. - **Tarea / proceso / acción:** Adolescentes con atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales. - **Unidad de medida**: Adolescente Suplementada - **Cantidad:** Programar de la siguiente manera: **Programar como mínimo el 20% de adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses 29 días, del total de adolescentes mujeres atendidas por todas las causas y/o patologías el año anterior.** - **Fecha de inicio**: Enero del año vigente -**Fecha de término**: Diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva Direccion de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral - **Diagrama de Gantt**

Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Adolescente con atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales.	x	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

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION PRENATAL REENFOCADA (5000037)**					
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	058 Gestante controlada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	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. La atención debe iniciarse en el primer trimestre de gestación e implica la entrega de un paquete básico compuesto por: □ Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno y su registro en la Historia clínica Materno Perinatal. □ Evaluación física, incluye: examen de mamas, □ Papanicolaou. □ 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. (DIT) (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, Gestante con vacuna dTpa (Tos Ferina): Desde las 27 a las 36 semanas de gestación, una dosis (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). Hepatitis "B" incluir tamizaje (antígeno de superficie para hepatitis o prueba rápida). Inmunización para hepatitis "B" incluir tamizaje (antígeno de superficie para hepatitis o prueba rápida). 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 control del. Tamizaje de: Bacteriuria asintomática (tira reactiva). Sífilis (prueba rápida). VIH (prueba rápida). Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico). Anemia (Hemoglobina con "Hemocue"). Diabetes gestacional (Hemoglucotest). En zonas endémicas además se debe considerar: Tratamiento antiparasitario. Protección contra la malaria, dengue, bartonelosis, Chagas; usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con gota gruesa, frotis, u otro según corresponda. El producto se ejecutará a través de los siguientes sub productos: • Atención a la Gestante • Vacunación a la Gestante • Visita domiciliaria • Exámenes de laboratorio completo • Ecografía Obstétrica • Evaluación Odontológica a la gestante. • Exámenes del bienestar fetal • Gestante con suplemento de hierro y ácido Folico
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras

	• Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención Registro adecuado de los instrumentos de información.
3. Criterios de programación	**No. de Gestantes Controladas =** 100% de gestantes según padrón nominal de gestantes, padrón nominal de niños de 1 año, (coordinación con ESNI), en los quintiles I y II el 100% de población gestante. Hospitales programan de acuerdo al histórico de 03 años anteriores. Fuente de Información: HIS, padrón nominal de gestantes, niños de 1 año. Sumatoria del número de gestantes que han recibido 06 APN, considerar lo registrado en HIS con código Z3493 y 6 en LAB
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Brindar atención prenatal reenfocada **- Denominación de la Tarea:** Brindar atención prenatal reenfocada - **Unidad de medida**: gestante controlada - **Cantidad**: Nº de gestantes según padrón nominal de niños de 1 año a diciembre del año anterior, hospitales de acuerdo a la atención histórica de 3 años. - **Fecha de inicio**: Enero del año vigente - **Fecha de término**: Diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud sexual y reproductiva DSARE.

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Brindar atención prenatal reenfocada	x	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

Denominación de la actividad	**MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR (5000042)**					
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	206 Pareja Protegida					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos, los métodos son: **AQV Masculino:** Método anticonceptivo permanente. La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre. Lo realiza el medico urólogo o ginecólogo capacitado a partir de los establecimientos II.1. **AQV Femenino:** Método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia implica el bloqueo tubario bilateral. Lo realiza el Medico gineco Obstetra a partir de los Establecimientos de Salud II.1. **Dispositivos intrauterinos (DIU)** Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. El Ministerio de Salud dispone de la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 12 años. Lo realiza el profesional de salud medico Gineco Obstetra, medico, Obstetra y calificado para la inserción y retiro de DIU a partir de los establecimientos de salud nivel I. **Anticonceptivo hormonal inyectable:** Anticonceptivo que sólo poseen progestágeno de depósito trimestral. Lo aplica el profesional de salud calificado, a partir de los Establecimientos de Salud Nivel I. **Métodos de barrera** **Condón masculino** es una funda delgada de caucho (látex) lubricada, sin nonoxinol, Su uso correcto, evita el embarazo y reduce la transmisión de las ITS, VIH-SIDA y del HTVL1. Lo entrega el profesional de salud calificado a partir de los establecimientos de salud nivel I. **Anticonceptivo hormonal oral** Anticonceptivos Orales Combinados (AOC), son los que contienen estrógeno y progestágeno. El Ministerio de Salud distribuye un producto. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado a partir de los establecimientos de salud nivel I. **Anticoncepción Oral de Emergencia** Son todos los métodos hormonales orales que se usan como método de emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no planificado. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye: **Métodos de abstinencia periódica** Abstención de relaciones sexuales en el período fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo (Método del ritmo, Método del moco cervical – Billings y Método de los días fijos o del Collar). Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I.					

	Método de Lactancia Materna Exclusiva (MELA) Es el único método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la Lactancia. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. **Anticonceptivo hormonal mensual inyectable** Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno de depósito mensual. Lo aplica el profesional de salud calificado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye: **Condón femenino** Es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual. Lo entrega el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. **Implante** Consisten en una capsula delgada, flexible no biodegradable, que contienen progestágeno (etonogestrel), que es insertada por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Tiene una duración de 3 años. Lo realiza personal Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra capacitados, a partir de los establecimientos de salud nivel I. **Complicación AQV Masculino:** Es la atención que se brinda al varón que ha sido sometido a una vasectomía y presenta inflamación excesiva, equimosis, hematoma (escroto), infección de la herida, granuloma a nivel de la herida. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra y/o Médico Urólogo. Se realiza a partir de los establecimientos de salud II.1, utilizando un tiempo que puede oscilar de 30 minutos a 5 días de hospitalización (varía de acuerdo a la complicación) **Complicación de AQV femenino**: Es la atención que se brinda a la mujer sometida a bloqueo tubario bilateral y presenta: Lesiones de la vejiga o del intestino (raras), sangrado superficial en los bordes de la piel o a nivel subcutáneo, dolor en la incisión, hematoma (subcutáneo), infección de la herida, fiebre postoperatoria. Es realizado por el médico Gineco-Obstetra en EESS a partir de la categoría II.1 calificados como PES. **Complicaciones por uso de DIU:** Es la atención que se brinda a la mujer por alguna complicación derivada del uso del DIU, tales como perforación uterina, o hilos ausentes. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra o Médico Cirujano capacitado a partir de los establecimientos de salud II.1. Se considera: 30 minutos y 3 días de hospitalización. (Varía de acuerdo a la complicación).
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES /Unidades Ejecutoras:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención.

	• Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención. • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
3. Criterios de programación	Informe operacional del programa de Planificación familiar. Reporte HIS Consumo de MAC sobre el factor de conversión para cada método anticonceptivo.
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Mejoramiento del Acceso de la Población a métodos de planificación familiar. **- Denominación de la Tarea:** Mejoramiento del Acceso de la Población a métodos de planificación familiar. - **Unidad de medida**: Pareja Protegida - **Cantidad**: Consumo de los métodos anticonceptivos sobre el factor de conversión para cada método. - **Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud sexual y reproductiva DSARE.

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Mejoramiento del Acceso de la Población a métodos de planificación familiar.	x	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

Denominación de la actividad	**MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5000043)**					
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	087 Persona Atendida					
Modelo operacional de la actividad						
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).					

Denominación de la actividad	MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5000043)
	• 3 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. **CAPTACIÓN DE MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR** Es la identificación de las mujeres que desde hace un año no optan por un método anticonceptivo; esta identificación puede hacerse a través de actividades extra e intra murales. Se realiza a partir de los establecimientos de salud categoría I-1. Se considera mujer captada; cuando luego de realizada la identificación a través de las actividades extra e intramurales, la mujer accede voluntariamente a los servicios de Planificación Familiar y opta por un método anticonceptivo. **ATENCIÓN PRE GESTACIONAL** Es la atención integral dirigida a la mujer en edad fértil, a fin de promover los cuidados más adecuados durante el período preconcepcional y lograr un embarazo, parto, puerperio y un recién nacido/a en buen estado de bienestar tanto biológico, psicológico y social. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Obstetra, Médico Cirujano capacitado y la participación del equipo multidisciplinario. Se realiza a partir de los establecimientos de salud nivel I.1
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención. • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes

Denominación de la actividad	**MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5000043)**
3. Criterios de programación	20% más de lo realizado el año anterior. (Por cada pareja protegida se debería tener 02 atenciones en Orientación/Consejería en Planificación Familiar.
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Mejoramiento del Acceso de la Población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva. **- Denominación de la Tarea:** Mejoramiento del Acceso de la Población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva. - **Unidad de medida**: Atención. - **Cantidad**: 20% más de lo realizado el año anterior. - **Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva - DSARE.

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Mejoramiento del Acceso de la Población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	x	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

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES (5000044)**					
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	016. Caso Tratado					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Es la atención por consulta externa o emergencia que se brinda a la gestante que acude con patologías. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra con participación del equipo multidisciplinario capacitado en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas a partir de los establecimientos FONB. El personal de salud debe ser capacitado con la modalidad pasantía y taller en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas. Incluye: □ La atención por consulta externa (30 minutos) e incluye según el caso la interconsulta con otros especialistas. □ La atención ambulatoria u hospitalización de acuerdo al caso (en promedio de 5 días de hospitalización en UCEO). **Amenaza de parto prematuro:** La amenaza de parto pre término (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semana de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical > a 2 cm y borramiento >80%. **Hemorragias de la primera mitad del embarazo sin laparotomía**: Terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o con un feto que pesa <500 g. **Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:** Terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o con un feto que pesa <500 g.					

Denominación de la actividad	BRINDAR ATENCION A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES (5000044)
	Hiperémesis gravídica: Es la presencia de vómitos y náuseas intensas y persistentes durante el embarazo. Pueden llevar a la deshidratación, pérdida de peso y desequilibrios electrolíticos. **Infección del tracto urinario en el embarazo:** La ITU se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario capaces de producir alteraciones funcionales y/o morfológicas. Mediante el análisis de orina, se prueba la presencia de bacteriuria significativa (> 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml de un único uro patógeno recogida por micción espontánea en 2 muestras consecutivas, > 1.000 UFC/ml si se recoge por sondaje vesical, o cualquier cantidad si la muestra se obtiene por punción supra púbica). **Ruptura Prematura de Membranas:** La ruptura prematura de membranas (RPM) es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. **Hemorragias de la primera mitad del embarazo con laparotomía:** Para el caso de Embarazo ectópico Es aquel en el que la anidación y el desarrollo del huevo se producen fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente es la trompa, sobre todo la parte externa (zona ampular o ampolla), aunque puede asentar en el ovario, el cérvix o la cavidad abdominal. La cirugía es el tratamiento de elección para el embarazo ectópico **Trastorno hipertensivo en el embarazo:** Los trastornos hipertensivos del embarazo son problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La pre eclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia **Trastornos metabólicos del embarazo:** El síndrome metabólico (SM) es un factor de riesgo para múltiples enfermedades cardiovasculares y metabólicas. La patogénesis del SM es compleja e intervienen tanto factores genéticos como ambientales, que van a influir sobre el tejido adiposo y sobre la inmunidad innata. El reconocimiento de este síndrome durante el embarazo podría ayudar a identificar a un subgrupo de mujeres quienes no solamente pueden desarrollar complicaciones durante el embarazo, sino que potencialmente tienen un riesgo incrementado de condiciones metabólicas y cardiovasculares a lo largo de su vida. **Otras enfermedades del embarazo:** Algunas enfermedades son particularmente peligrosas durante el embarazo. Conviene tenerlas en cuenta, tanto para prevenirlas como para tratarlas y evitar con ello sus efectos negativos. **Gestante con Anemia:** La anemia es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo (la sufren hasta en el 95% de las mujeres embarazadas) y es causada por un descenso del hierro por debajo de los valores normales
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES:**

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES (5000044)**
	• Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención. • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
3. Criterios de programación	De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años.
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Brindar atención a la gestante con complicaciones **- Denominación de la Tarea:** Brindar atención a la gestante con complicaciones - **Unidad de medida**: Caso Tratado - **Cantidad**: De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años. **-Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva - DSARE.

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Brindar atención a la gestante con complicaciones	x	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					

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION DE PARTO NORMAL (5000045)**					
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	208. Parto Normal					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Es la atención que se brinda a la gestante y al recién nacido durante el proceso del parto vaginal, la duración de este proceso varía de una mujer nulípara a una multípara; lo realiza el médico gineco obstetra, obstetra, médico cirujano capacitado,					

Denominación de la actividad	BRINDAR ATENCION DE PARTO NORMAL (5000045)
	a partir de los establecimientos de salud FONB. Incluye el Parto vertical con adecuación intercultural. En caso de emergencia y ausencia de los profesionales antes mencionados, el parto inminente puede ser asistido por otro personal de salud. Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año bajo la modalidad de pasantías en atención de parto vertical y talleres de interculturalidad. La atención incluye: • Elaboración de Historia Clínica Obstétrica y del partograma • 2 días de internamiento u hospitalización (48 horas o 2880 minutos: atención del parto y puerperio): • Atención en el periodo de dilatación. • Atención del periodo expulsivo, hasta la entrega del recién nacido luego de la ligadura y sección del cordón umbilical, garantizando contacto piel a piel e inicio de la lactancia dentro de la primera hora. • Atención del alumbramiento dirigido. • Atención del puerperio inmediato y mediato. • Puerperio inmediato (2 horas), garantizar alojamiento conjunto. • Orientación/Consejería en lactancia materna, signos de alarma del puerperio, planificación familiar y provisión del método anticonceptivo elegido por la puérpera. • Exámenes auxiliares y de laboratorio que incluya pruebas rápidas de tamizaje para VIH/Sífilis, si es que no se hubiera realizado durante la atención prenatal. • Identificación de la madre y recién nacido/a antes de salir de sala de partos. • Elaboración y entrega del certificado de nacimiento
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos.

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION DE PARTO NORMAL (5000045)**
	• Organiza el servicio para dar la atención • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
3. Criterios de programación	80% de las gestantes programadas para atención prenatal. (20% corresponde a cesárea)
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Brindar Atención de Parto Normal **- Denominación de la Tarea:** Brindar Atención del parto normal - **Unidad de medida**: Parto Normal - **Cantidad**: 80% de las gestantes programadas para atención prenatal. (20% corresponde a cesárea) **-Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva- DSARE.

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Brindar Atención del parto normal	x	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

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO (5000046).**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	209 Parto Complicado					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Conjunto de intervenciones orientadas a atender las complicaciones que se presenta durante las fases del parto, independientemente si se trata de un parto eutócico o distócico y que puede o no terminar en cirugía. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y/u Obstetra, con apoyo del equipo multidisciplinario de salud, a partir del establecimiento FONB. La atención se realiza de acuerdo a lo descrito en las “Guías de Práctica Clínica” Incluye: □ Internamiento para el manejo como puérpera inmediata. □ Exámenes auxiliares y de laboratorio que se requiera. Se consideran los siguientes: • Trabajo de parto disfuncional • Hemorragias intraparto y postparto					
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL**					

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO (5000046).**
	GERESA/DIRESA/DIRIS • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES /Unidades Ejecutoras:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención. • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
3. Criterios de programación	Según tendencia de casos presentados y atendidos en los últimos 3 años
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Brindar atención del parto complicado no quirúrgico **- Denominación de la Tarea:** Brindar atención del parto complicado no quirúrgico - **Unidad de medida**: Parto Complicado - **Cantidad**: Según tendencia de casos presentados y atendidos en los últimos 3 años **-Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva- DSARE.

-Diagrama de Gantt Actividades	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Brindar atención del parto complicado no quirúrgico	x	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

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO (5000046)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO (5000046)**					
actividad *(Marque con un aspa)*						
Unidad de medida del indicador de producción física	210 Cesárea.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Es la atención del parto que, por complicación propia del embarazo y trabajo de parto, culmina en cesárea o histerectomía, lo realiza un equipo de profesionales: médico gineco-obstetra, médico anestesiólogo, neonatólogo, enfermera capacitada, a partir del establecimiento FONE. Se considera: □ 90 minutos de intervención quirúrgica de Cesárea y 3 días de hospitalización en puerperio con la participación de la/el Obstetra y el equipo multidisciplinario □ Intervención quirúrgica según el caso: Laparotomía o laparotomía más histerectomía. □ Exámenes auxiliares y de laboratorio. □ Mínimo 4 unidades de sangre de acuerdo al caso Intervención quirúrgica según el caso: Laparotomía o laparotomía más histerectomía. □ Exámenes auxiliares y de laboratorio. □ Mínimo 4 unidades de sangre de acuerdo al caso					
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información.					

Denominación de la actividad	**BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO (5000046)**
	• Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
3. Criterios de programación	Los establecimientos de salud con la capacidad resolutiva 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 la gestante programada para APN.
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Brindar atención del parto complicado quirúrgico **- Denominación de la Tarea:** Brindar atención del parto complicado quirúrgico - **Unidad de medida**: Cesárea - **Cantidad**: Los establecimientos de salud con la capacidad resolutiva correspondiente programan de acuerdo a tendencia de los últimos 3 años. **-Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva- DSARE.

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Brindar atención del parto complicado quirúrgico	x	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

Denominación de la actividad	**ATENDER EL PUERPERIO (5000048)**					
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	628 Puérpera Atendida.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el médico gineco obstetra, médico cirujano capacitado y obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye: □ 02 atenciones x 20 minutos cada una. □ Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos. □ Vitamina A: al 100% de puérperas en provincias priorizadas (01 tableta de 200,000UI). □ 30 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico (Programa Presupuestal Articulado Nutricional). □ 1 visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su control. □ Toma de hemoglobina en el primer control de puerperio.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL**					

Denominación de la actividad	**ATENDER EL PUERPERIO (5000048)**
	GERESA/DIRESA/DIRIS • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
3. Criterios de programación	100% de las gestantes programadas para APN.
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Atender el puerperio **- Denominación de la Tarea:** Atender el puerperio - **Unidad de medida**: Puérpera Atendida - **Cantidad**: 100% de las gestantes programadas para APN. **-Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva- DSARE.

- Diagrama de Gantt Actividades	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Atender el puerperio	x	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

Denominación de la actividad	**ATENDER EL PUERPERIO CON COMPLICACIONES (5000049)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	016 Caso Tratado					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Es toda complicación que se presenta durante el periodo del puerperio. Debe ser realizada por profesional Médico Gineco-obstetra en los establecimientos a partir del FONE. El manejo puede ser ambulatorio y será de acuerdo a guías de atención vigentes. Existen complicaciones menores que en el primer nivel pueden ser atendidas por el médico cirujano capacitado y la vigilancia u observación por la obstetra con apoyo del equipo multidisciplinario. Incluye: □ Dos atenciones de 30 minutos para consulta externa y 3 días de hospitalización (4,350 minutos) □ Dos Exámenes auxiliares y de laboratorio					
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES /Unidades Ejecutoras:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes					
3. Criterios de programación						

Denominación de la actividad	**ATENDER EL PUERPERIO CON COMPLICACIONES (5000049)**
	De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años:
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Atender el puerperio con complicaciones **- Denominación de la Tarea:** Atender el puerperio con complicaciones. - **Unidad de medida**: Caso Tratado - **Cantidad**: De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años **-Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud sexual y reproductiva DSARE.

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**
Atender el puerperio con complicaciones	x	x	x	x	x	x	x	x	x

6. Listado de insumos	Mayor detalle en **anexo 4** Insumos por Productos – Tabla 12

Denominación de la actividad	**ATENDER COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (5000050)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	016 Caso Tratado.					

Modelo operacional de la actividad	
1. Definición operacional	Atención clínica que se desarrolla en aquellas gestantes en la que existe o puede existir de manera inminente un compromiso severo de las funciones vitales, lo realiza un equipo de profesionales de la salud: Médico Gineco Obstetra, Médico Uciólogo o Intensivista, Enfermera capacitada y participación de obstetra capacitada. Se realiza en los establecimientos FONE (que cuentan con UCI) y FONI. Incluye: 10 a 15 días de hospitalización. Exámenes de laboratorio. Vigilancia y monitoreo fetal. Unidades de sangre según corresponda: • Shock hipovolémico: mínimo 04 unidades de sangre y 4 unidades de hemoderivados. • Shock séptico Obstétrico: mínimo 05 unidades de sangre. • Síndrome de HELLP: Mínimo 4 unidades de paquete globular y hemoderivados. • Atención de gestante complicada en UCI, (Cardiopatía Severa, diabetes severa, renal severa, etc.) • Eclampsia 01 unidad de sangre. Atención de otras patologías según corresponda.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN.

Denominación de la actividad	ATENDER EL PUERPERIO CON COMPLICACIONES (5000049)
	• Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención. • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención • Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
3. Criterios de programación	De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años:
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Atender complicaciones obstétricas en unidad de cuidados intensivos **- Denominación de la Tarea:** Atender complicaciones obstétricas en unidad de cuidados intensivos - **Unidad de medida**: Caso Tratado - **Cantidad**: De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años **-Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva DSARE.
6. Listado de insumos	Mayor detalle en **anexo 4** Insumos por Productos – Tabla 12

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**
Atender complicaciones obstétricas en unidad de cuidados intensivos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

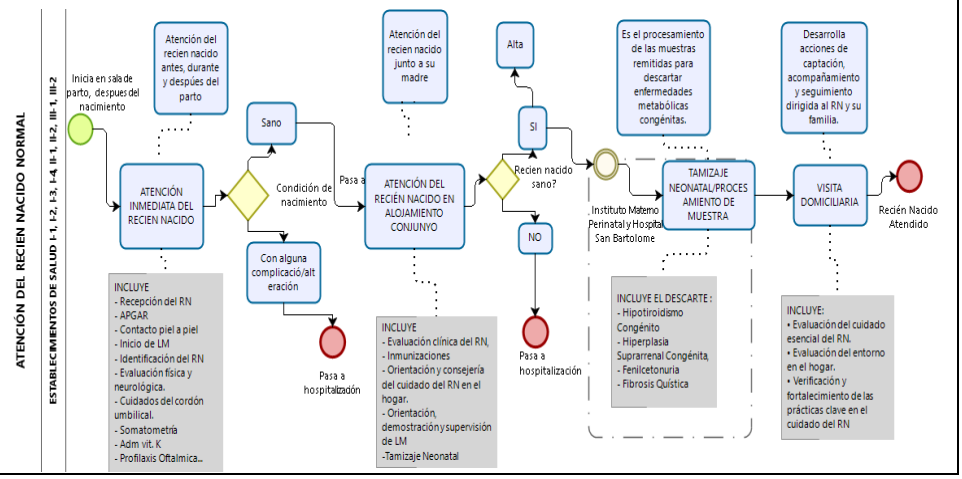
Denominación de la actividad	**MEJORAMIENTO DEL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL (5000052)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	214 Gestante, y/o Neonato referido					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Procedimientos asistenciales y administrativos que aseguren la continuidad de la atención oportuna, eficaz y eficiente de la gestante, puérpera o neonato en un establecimiento de mayor complejidad, el traslado se realizará acompañado por profesional médico, obstetra, enfermera o personal técnico de enfermería, dependiendo de la complejidad del caso. Incluye: □ Traslado de los casos complicados en ambulancia (terrestre, fluvial y/o aérea). Según corresponda. □ Comunicación con establecimiento al que se refiere utilizando medios de comunicación (radio, teléfono u otro) según disponibilidad. □ Acompañamiento de personal de salud capacitado según corresponda al caso. □ Administración de medicamentos según guía de práctica clínica. Referencia de FONP – Funciones Obstétricas Neonatales Primarias Referencia de FONB – Funciones Obstétricas Neonatales Básicas Referencia de FONE – Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales					
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DIRIS** • Implementa los DTN. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. **REDES /Unidades Ejecutoras:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención					

Denominación de la actividad	**MEJORAMIENTO DEL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL (5000052)**
	• Registro adecuado de los instrumentos de información. • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes
3. Criterios de programación	De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años:
4. Flujo de procesos	Ver anexo 3 flujograma de procesos por productos – Tabla 12
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea**: Mejoramiento del acceso al sistema de referencia institucional **- Denominación de la Tarea:** Mejoramiento del acceso al sistema de referencia institucional - **Unidad de medida**: Gestante, y/o Neonato referido - **Cantidad**: Numero de Gestante, y/o neonatos referidos de los tres últimos años. **-Fecha de inicio**: enero del año vigente - **Fecha de término**: diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva DSARE.

- **Diagrama de Gantt Actividades**	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**
joramiento del acceso al tema de referencia titucional	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

Denominación de la actividad	**ATENDER AL RECIÉN NACIDO NORMAL (5000053)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	239. Recién Nacido Atendido					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos desarrollados en los establecimientos de salud, enfocados en la atención del Recién Nacido Normal o Vigoroso(a), producto del parto vaginal o cesárea, el mismo que para ser considerado como tal debe tener una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, pero no mayor de 42 semanas, es decir, nacido a término, con examen físico normal; la atención va desde el nacimiento hasta el término del periodo neonatal. La atención es realizada por el medico neonatólogo, médico pediatra, médico de familia, médico general y profesional de enfermería. Incluye: • Evaluación del riesgo de la niña o niño del nacimiento y elaboración de la Historia Clínica Perinatal, el tiempo promedio utilizado 20 minutos. • Preparación y verificación del material, equipo y ambiente para la atención del recién nacido tiempo 5 minutos. • Recepción y atención del recién nacido en sala de parto de acuerdo a Norma Técnica, tiempo promedio utilizado 80 minutos. ***Primeros 60 minutos*** • Recepción y valoración de la condición del RN. • Procedimientos para prevenir pérdida de calor (cambio de campo, secado y abrigo) • Realizar el contacto piel a piel con la madre e inicio de la lactancia según condición del RN.					

Denominación de la actividad	**ATENDER AL RECIÉN NACIDO NORMAL (5000053)**
	• 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. ***Posterior a los 60 minutos hasta las 2 horas de nacido*** • Profilaxis ocular de la oftalmia neonatal • Administración de vitamina K. • Cuidados del cordón umbilical y clampaje definitivo. • Evaluación de la edad gestacional utilizando el Test de Capurro. • Somatometría: 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: CNV). • Traslado de recién nacido a Alojamiento conjunto u hospitalización
2. Organización para la ejecución de la actividad	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. 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. DIRIS/REDES: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred /EE.SS, monitorea y evalúa. Microrredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centros y Puestos de Salud): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a l (as) os beneficiari(as) os.
3. Criterios de programación	**N° de Recién Nacidos Normales =** N° Partos normales + N° de partos por cesáreas **Fuente de información**: CNV
4. Flujo de procesos	flujograma de procesos 

Denominación de la actividad	**ATENDER AL RECIÉN NACIDO NORMAL (5000053)**
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea:** Atender al recién nacido normal **- Denominación de la Tarea:** Atender al recién nacido normal - **Unidad de medida**: Recién Nacido Atendido - **Cantidad**: Sumatoria de los RN atendidos en establecimientos de salud. - **Fecha de inicio**: Enero del año vigente - **Fecha de término**: Diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.

- Diagrama de Gantt Actividades	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Atender al recién nacido normal	x	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

Denominación de la actividad	**ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES (5000054)**					
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	016 Caso Tratado					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento y que se detectan durante el periodo neonatal. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutiva; bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (neonatólogo, pediatra, médico de familia, o médico cirujano con entrenamiento; enfermera con especialización o entrenamiento 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, teniendo como finalidad restablecer la salud del recién nacido. 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. El tiempo de hospitalización o internamiento es variable y depende la patología. El producto se ejecutará a través de los siguientes sub productos: • 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					

Denominación de la actividad	ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES (5000054)
	• Paladar hendido (fisura labio palatino) • Displasia evolutiva de cadera • Seguimiento del recién nacido de alto riesgo
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba guía de práctica clínica, norma técnica, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DISA** • Implementa los documentos normativos. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud, micro redes y Establecimientos de salud para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • organizan e implementan los servicios de Telemonitoreo y Teleorientación en las IPRESS bajo su jurisdicción, en el marco de su competencia. **REDES:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad, según la modalidad de entrega. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud: Hospitales y Centros de Salud que brindan atención al recién nacido. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para la atención del recién nacido en riesgo de asfixia con personal que tenga competencias en reanimación neonatal. • Preparación del ambiente: Temperatura (> 26ºC). • Preparar material y equipo de reanimación. • Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención de recién nacido con asfixia. • Registro adecuado de los instrumentos de información, control de calidad de la data. • De no haber mejoría en recién nacido refiere a Establecimiento con UCIN. • Hace uso del aplicativo de la telemedicina de ser necesario.

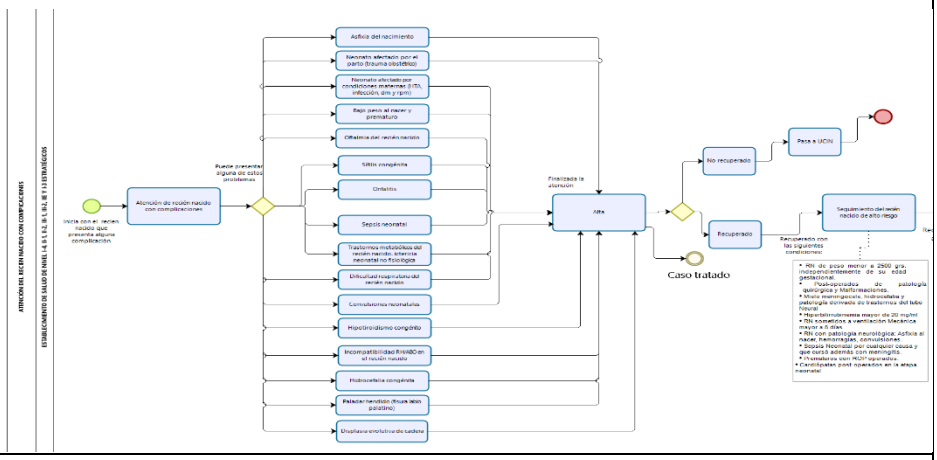
Denominación de la actividad	**ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES (5000054)**
3. Criterios de programación	Estimar la meta de acuerdo a: La programación se realizará de acuerdo al número de casos presentados en los últimos tres años, para lo cual considerar el año con el mayor número de casos. Sólo programan establecimientos de salud con capacidad resolutiva correspondiente **Fuente**: Reporte de consulta externa (HIS) para los casos atendidos por consulta externa y egresos hospitalarios para los casos que requirieron hospitalización
4. Flujo de procesos	Flujograma de procesos 
5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea / proceso / acción:** Atender al recién nacido con complicaciones **- tarea / proceso / acción:** atender al recién nacido con complicaciones - **Unidad de medida**: Caso Tratado - **Cantidad**: Sumatoria de egresos registrados con los Códigos CIE 10 **Fecha de inicio**: Enero del año vigente - **Fecha de término**: Diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida- Etapa de Vida Niño.

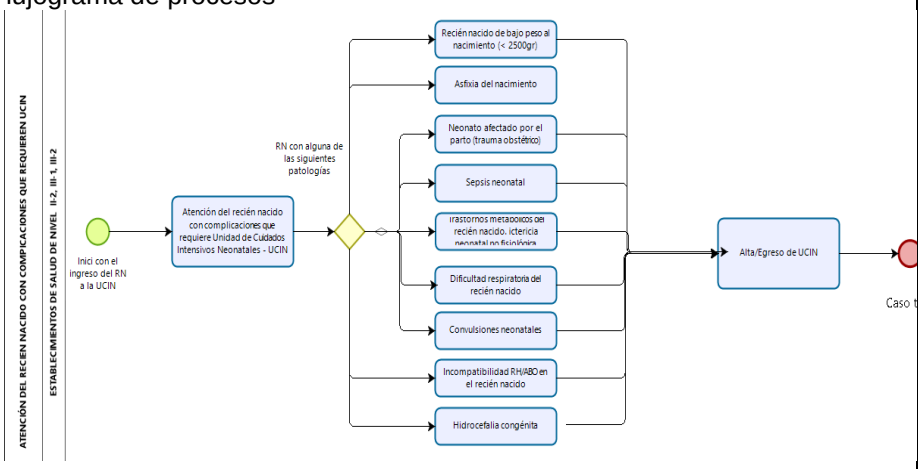
Diagrama de Gantt	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
ctividades												
tender al recién acido con omplicaciones	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x

6. Listado de insumos	Mayor detalle en **anexo 4** Insumos por Productos – Tabla 12

Denominación de la actividad	**ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES -UCIN (5000055)**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida	016 Caso Tratado					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo Recién Nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento detectados durante el periodo neonatal.					

Denominación de la actividad	**ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES -UCIN (5000055)**
	Se realiza únicamente en establecimientos de salud que cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN. La intervención está orientada a la atención del recién nacido médicamente inestables o críticamente enfermos que requieren cuidado constante, soporte respiratorio continuado, procedimientos quirúrgicos complicados u otras intervenciones especializadas. El tiempo de internamiento es variable y depende de la patología. El producto se ejecutará a través de los siguientes sub productos: • Atención del Recién Nacido con complicaciones que requieren Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales / UCIN • Atención del Recién Nacido con Complicaciones que requiere UCIN • Recién Nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500gr) • Asfixia del nacimiento • Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) • Sepsis neonatal • Trastornos metabólicos del Recién Nacido. ictericia neonatal no fisiológica • Dificultad respiratoria del Recién Nacido • Convulsiones neonatales • Incompatibilidad RH/ABO en el Recién Nacido • Hidrocefalia congénita
2. Organización para la ejecución de la actividad	**NIVEL NACIONAL** • Formula y aprueba documento normativo norma técnica, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. **NIVEL REGIONAL** **GERESA/DIRESA/DISA** • Implementa los documentos normativos. • Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Organiza los establecimientos de salud para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica. • Organizan e implementan los servicios de Telemonitoreo y Teleorientación en las IPRESS bajo su jurisdicción, en el marco de su competencia **REDES /Unidades Ejecutoras:** • Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. **Establecimientos de Salud: Punto de atención** • Programación de metas físicas según los criterios establecidos.

Denominación de la actividad	**ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES -UCIN (5000055)**
	• Preparar material y equipo de reanimación, insumos y medicamentos necesario para la atención del recién nacido con complicaciones en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales • Coordinar la atención del recién nacido complicado en establecimientos de salud que cuentan con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. • Hacen uso del aplicativo de telemedicina en el caso de ser necesario.
3. Criterios de programación	Programar el 3% de lo programado en el producto Atención del recién nacido con complicaciones **Fuente de información**: Programación del producto Atención del recién nacidos con complicaciones (3033306).
4. Flujo de procesos	Flujograma de procesos



5. Diagrama de Gantt	**- Identificador de tarea / proceso / acción:** Atender al recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales -UCIN **-Tarea / proceso / acción:** Atender al recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales -UCIN - **Unidad de medida**: Caso Tratado - **Cantidad**: Sumatoria de egresos de UCIN registrados con Códigos CIE 10 - **Fecha de inicio**: Enero del año vigente - **Fecha de término**: Diciembre del año vigente - **Responsable**: Dirección de Intervenciones por curso de vida y cuidado integral – Componente Neonatal.

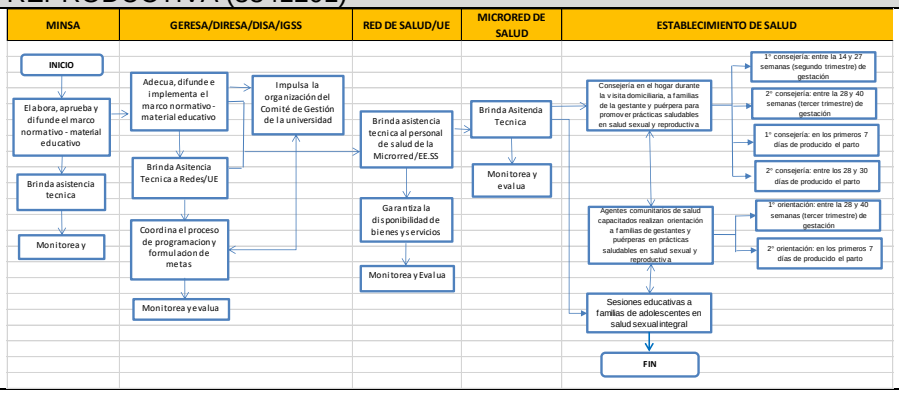
- Diagrama de Gantt Actividades	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Atender al recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales -UCIN	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido en el Módulo de Gestión de Productos

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA, A FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341201)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	056 FAMILIA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas en la vivienda de la familia, durante la visita domiciliaria, así como, a través de la teleorientación/Telecapacitación. Estas acciones son realizadas por el personal de salud capacitado, según el siguiente detalle: <u>Consejería durante el periodo gestacional</u>: ✓ 1° consejería: entre la 14 y 27 semanas (segundo trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas: o Cuidados del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol. o Signos de alarma del embarazo. o Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto. o Fortalecer los pensamientos positivos respecto al embarazo y el rol de padres. ✓ 2° consejería: entre la 28 y 42 semanas (tercer trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas: o Reforzar cuidados del embarazo. o Reforzar signos de alarma del embarazo. o Incidir en la Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto. o Planificación familiar. o Cuidados del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo). Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el agente comunitario. <u>Consejería durante el periodo de puerperio</u>: ✓ 1° consejería: en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas: o Cuidados del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol. o Signos de alarma del puerperio. o Signos de alarma en el RN. o Cuidados del RN: lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, conservación y almacenamiento del consumo de leche materna, higiene y ambiente					

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA, A FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341201)
	(lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido). ○ Planificación familiar. Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el agente comunitario. ✓ 2° consejería: entre los 28 y 30 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas: ○ Reforzar cuidados del puerperio. ○ Reforzar signos de alarma del puerperio. ○ Reforzar signos de alarma del RN. ○ Reforzar cuidados del RN. ○ Incidir en planificación familiar. El personal de salud requiere una capacitación de 8 horas al año como mínimo.
2. Organización para la ejecución de la actividad	• 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: Adecua el marco normativo y materiales educativos, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD /UNIDAD EJECUTORAS: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado realiza la consejería a familias en la vivienda, durante la visita domiciliaria. Hace uso de estrategias como el radar o tarjetero de gestantes. • Familias con gestantes y puérperas reciben consejería en el hogar por parte del personal de salud capacitado.
3. Criterios de programación	80 % de lo programado en el sub producto (3317201)"Atención a la gestante" perteneciente producto 3033172 Atención Prenatal Reenfocada del PP002
	Fuente de información para la programación: Se tomará como referencia la programación del producto “Atención prenatal reenfocada” (información proporcionada por la Oficina de Estadística e informática y la Dirección de SSyR de la Región).
4. Flujo de procesos	FLUJO DE LA ACTIVIDAD

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA, A FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341201)



5. Diagrama de Gantt

CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA, A FAMILIAS DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				AÑO EJECUCIÓN											
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC
Capacitación al personal de salud para que realice consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva	Taller	2	Personal de salud	X					X						
Sectorización e identificación de viviendas de gestantes	Sectorización	4	Personal de salud	X			X			X			X		
Consejería en visita domiciliaria a gestantes y puerperas	Gestante/puerpera	100%	Personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido en el Módulo de Gestión de Productos.

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341202)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	FAMILIA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar orientación en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva por parte del agente comunitario de salud capacitado por el personal de salud. Se realiza en la vivienda de las familias, durante la visita domiciliaria, o en un					

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341202)
	local comunal u otro que la considere necesario, así como a través de la Teleorientación/Telecapacitación, según el siguiente detalle: ✓ 1° orientación: entre la 28 y 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas: ○ Pautas generales para el cuidado del embarazo: alimentación saludable, suplementación, actividad física, vacunas, higiene, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol. ○ Signos de alarma del embarazo. ○ Importancia del parto institucional, casa materna, plan de parto. ○ Pautas generales de planificación familiar. ○ Pautas para el cuidado del RN: pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido, importancia del calostro, alojamiento conjunto, vínculo afectivo (apego seguro de madre e hijo). Durante el desarrollo de la actividad, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita domiciliaria proporcionada por el personal de salud. Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud deberá notificar al EE.SS los hallazgos de la actividad realizada. De identificarse algún signo de alarma, el ACS deberá realizar la referencia de la gestante al EE.SS correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso. ✓ 2° orientación: en los primeros 7 días de producido el parto, de 45 minutos de duración, se realizará en los siguientes temas: ○ Pautas generales para el cuidado del puerperio: higiene, alimentación saludable, suplementación, actividad física, consecuencias de ingesta de productos nocivos: tabaco, drogas y alcohol. ○ Signos de alarma del puerperio. ○ Signos de alarma en el RN. ○ Pautas generales para el cuidado del RN: importancia de la lactancia materna exclusiva, higiene y ambiente (lavado de manos y cuidado e higiene bucal, higiene del recién nacido). ○ Pautas generales de planificación familiar. Durante el desarrollo de la actividad, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita domiciliaria proporcionada por el personal de salud. Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud (identificado con fotocheck y su indumentaria) deberá notificar al EE.SS los hallazgos de la actividad realizada. De identificarse algún signo de alarma, el ACS deberá realizar la referencia de la puérpera y/o RN al EE.SS correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso. El Agente Comunitario de Salud requiere una Capacitación de 16 horas al año como mínimo.

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341202)
2. Organización para la ejecución de la actividad	• 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: Adecua el marco normativo y materiales educativos, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD /UNIDAD EJECUTORAS: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud fortalece capacidades a agentes comunitarios y juntas vecinales en su rol educador y de vigilancia comunitaria, así mismo implementa estrategias de sectorización, mapeo y plan comunal de salud. • Familias con gestantes y puérperas reciben orientación en el hogar, por parte del agente comunitario capacitado por el personal de salud.
3. Criterios de programación	10% de familias programadas en subproducto "Consejería en el hogar durante visita domiciliaria a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva" reciben orientación por agente comunitario de salud capacitado.
	Fuente de información para la programación: Se tomará como referencia la programación del producto “Atención prenatal reenfocada” (información proporcionada por la Oficina de Estadística e informática y la Dirección de SSyR de la Región).
4. Flujo de procesos	
5. Diagrama de Gantt	

AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				AÑO EJECUCIÓN											
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC
Capacitación al Agente Comunitario de Salud (ACS) para que realice orientación en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva	Taller	2	Personal de salud	X					X						
Sectorización e identificación de viviendas de gestantes (padrón nominal de gestantes)	Sectorización	4	Personal de salud	X			X			X			X		
Priorización de gestantes según riesgo, a ser visitadas por el ACS	Gestante/puerpera	20%	Personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientación en visita domiciliaria a gestantes y puerperas por el ACS	Taller	20%	ACS/personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS REALIZAN ORIENTACIÓN A FAMILIAS DE GESTANTES Y PUÉRPERAS EN PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341202)
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido en el Módulo de Gestión de Productos.

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: SESIONES EDUCATIVAS A FAMILIAS DE ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL INTEGRAL (3341203):					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	FAMILIA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Actividad dirigida a familias con adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de sesiones educativas para promover la salud sexual integral, estas acciones son realizadas por personal de salud capacitado, en un local comunal y/o a través de la TeleIEC /Telecapacitación u otro que la considere necesario. La metodología a usar es la cartilla educativa para padres de familia sobre adolescencia y salud sexual integral, que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 1 hora de duración, una de ellas siempre será la 7ma. Los ejes temáticos a desarrollar en las sesiones educativas son los siguientes: 1er eje temático: Sexualidad, 2doeje temático: Identidad, 3ereje temático: Cambios en la Pubertad y Adolescencia, 4toeje temático: Igualdad de género, 5toeje temático: Relaciones afectivas y libres de violencia, 6toeje temático: Previniendo el abuso sexual y maltrato, 7toeje temático: Planificando el futuro.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	• 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: 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.					

Denominación de la actividad - Subproducto	**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984).** SUBPRODUCTO: SESIONES EDUCATIVAS A FAMILIAS DE ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL INTEGRAL (3341203):
	• MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud realiza sesiones educativas a familias de adolescentes, haciendo uso de la metodología de educación para adultos. • Familias con adolescentes reciben sesiones educativas por parte del personal de salud capacitado.
3. Criterios de programación	15% de familias con adolescentes de 12 a 17 años programadas en el sub producto (5000058) "Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes" perteneciente producto 3000005 Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo del PP002.
	Fuente de información para la programación: Se tomará como referencia la población de adolescentes de 12 a 17 años (información proporcionada por la Oficina de Estadística e informática de la Región).
4. Flujo de procesos	
5. Diagrama de Gantt	

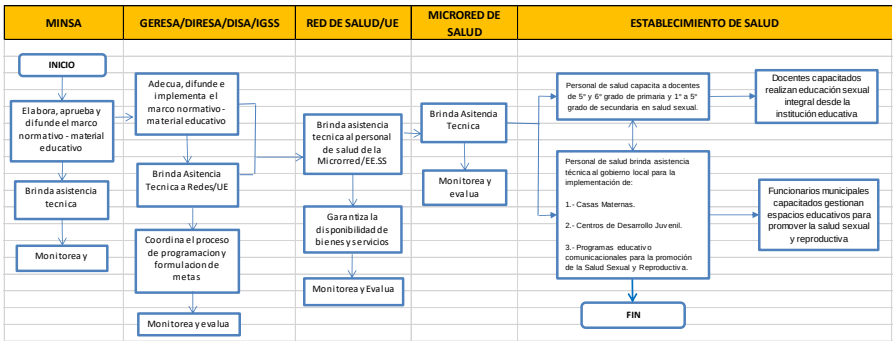
SESIONES EDUCATIVAS A FAMILIAS DE ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL INTEGRAL				AÑO EJECUCIÓN											
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC
Capacitación al personal de salud para que realice sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral	Taller	2	Personal de salud		X				X						
Identificación de población cautiva de padres de adolescentes para capacitarlos en salud sexual	Grupo de padres de adol.	5	Personal de salud		X		X		X		X		X		
Elaboración de padron nominal de familias de adolescentes a capacitar	Padrón	20%	Personal de salud			X		X		X		X		X	
Capacitación a padres de familia de adolescentes en salud sexual integral	Taller	20%	ACS/personal de salud			X		X		X		X		X	

6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido en el Módulo de Gestión de Productos.

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: DOCENTES CAPACITADOS REALIZAN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (3341204):					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	DOCENTE					
Modelo operacional de la actividad						

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: DOCENTES CAPACITADOS REALIZAN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (3341204):
1. **Definición operacional**	Actividad dirigida a Docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, del 5° y 6° grado del Nivel de Educación Primaria y del 1° al 5° grado del Nivel de Educación Secundaria, que consiste en brindar sesiones educativas, por parte del personal de salud capacitado, en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula. Se realizará la capacitación en el local de la institución educativa y/o Telecapacitación y/o Telegestión y/0 TeleIEC, u otro que se considere pertinente. Luego de concluidas las sesiones educativas, el personal de salud medirá el resultado de la capacitación (subproducto), a corto plazo, a través del desarrollo de sesiones de aprendizaje realizadas por el docente en el aula. La metodología a usar es la del Módulo educativo de salud sexual integral dirigido al personal de salud para el trabajo en las instituciones educativas, cuenta con 7 ejes temáticos: 1er eje temático: Sexualidad, 2doeje temático: Identidad, 3ereje temático: Cambios en la Pubertad y Adolescencia, 4toeje temático: Igualdad de género, 5toeje temático: Relaciones afectivas y libres de violencia, 6toeje temático: Previniendo el abuso sexual y maltrato, 7toeje temático: Planificando el futuro. De los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas (6 horas de duración, repartido en 4 sesiones educativas) una de ellas siempre será la 6ta para el caso de primaria y la 7ma para el caso de secundaria. Se realizará en el local de la institución educativa y/o Telesalud u otro que se considere pertinente. El personal de salud requiere una capacitación de 16 horas al año como mínimo.
2. **Organización para la ejecución de la actividad**	• 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: Adecua el marco normativo y materiales educativos, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD /UNIDAD EJECUTORAS: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud realiza sesiones educativas a docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, Nivel de Educación Secundaria y 5° y 6° de primaria, haciendo uso de la metodología de educación para adultos.

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: DOCENTES CAPACITADOS REALIZAN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (3341204):
	• Docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, del 5° y 6° grado del Nivel de Educación Primaria y del 1° al 5° grado del Nivel de Educación Secundaria, reciben sesiones educativas por parte del personal de salud capacitado, en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula.
3. **Criterios de programación**	20% (10% (Docentes de IE de Educación Básica Regular del 5to y 6to grado nivel primaria MAS 10% Docentes de nivel secundaria de distrito con problemas de embarazo en adolescente), de distritos con problemas embarazo en adolescentes.
	Fuente de información para la programación: • Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/). • Reportes de epidemiología.
4. **Flujo de procesos**	FLUJO DE LA ACTIVIDAD



5. **Diagrama de Gantt**

DOCENTES CAPACITADOS REALIZAN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA				AÑO EJECUCIÓN											
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC
Capacitación al personal de salud para que realice sesiones educativas a Docentes de 5°y 6°de primaria y 1°a 5°grado de secundaria en salud sexual.	Taller	2	Personal de salud		X					X					
Coordinación con los Directivos de las DRE, UGEL para el desarrollo de la capacitación a Docentes de 5°y 6°de primaria y 1°a 5°grado de secundaria en salud sexual.	Reunión	1	Personal de salud		X										
Priorización de IIEE donde e capacitará a Docentes de 5°y 6° de primaria y 1°a 5°grado de secundaria en salud sexual.	Listado de IIEE	1	Personal de salud		X										
Coordinación con los Directivos de las IIEE para el desarrollo de la capacitación a Docentes de 5°y 6°de primaria y 1°a 5° grado de secundaria en salud sexual.	Reunión	2	Personal de salud			X								X	
Capacitación a Docentes de 5°y 6°de primaria y 1°a 5°grado de secundaria en salud sexual.	Reunión	Según Meta	Personal de salud			X	X	X	X	X	X	X	X	X	

6. **Listado de insumos**	Según listado de insumos establecido en el Módulo de Gestión de Productos.

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341205):					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	MUNICIPIO					
Modelo operacional de la actividad						
Definición operacional	Actividad dirigida al consejo municipal, funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial y/o Comité de Gestión Local de asa Materna, de os Distritos priorizados, que consiste en brindar asesoramiento/reuniones de abogacía/Telegestión, planificación, capacitación/Telecapacitación, monitoreo y evaluación por parte de personal de salud para la orientación de recursos en acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la salud sexual y reproductiva en gestantes y adolescentes; los espacios a gestionar serán los siguientes: - <u>Implementación y funcionamiento de la Casa Materna</u>: Las acciones de incidencia y asesoramiento, realizadas por el personal de salud, también son dirigidas al Consejo Municipal y comité multisectorial (Comité de Gestión Local de Casa Materna), liderado por la municipalidad con el asesoramiento del personal de salud (4 reuniones de 01 hora de duración, cada una, en promedio) y se realizan en el local de la municipalidad, y/o a través de la telegestión y Telecapacitación, u otro que se considere pertinente. Este subproducto será medido por el personal de salud a través de recursos financieros asignados por el municipio a una o más de las actividades y/o acciones desarrolladas por el Municipio, según el siguiente detalle: o Capacitación/Telecapacitación a funcionarios municipales o Conformación del Comité Multisectorial, en el cual se integre un representante de salud, quien será el asesor técnico para la implementación y funcionamiento de la Casa Materna (Coordinaciones de 2 horas de duración) y/o a través deTelegestión. o El representante de salud de la Municipalidad en coordinación con el personal de salud socializará el diagnóstico situacional de la salud materna entre los integrantes del Comité Multisectorial, previo a la implementación de la Casa Materna una (reunión de 1 hora de duración) y/o a través de la Telecapacitación. o Planificación de la adecuación, y/o construcción y/o equipamiento de la casa materna, con representantes de la comunidad y el comité multisectorial, según criterios técnicos del Ministerio de Salud (Una reunión, de 2 horas de duración) y/o a través de la Telegestión. o Registro y programación de recursos en el programa presupuestal 002 Salud Materno Neonatal del municipio, para la implementación de la casa materna, con participación de funcionarios municipales y el Comité Multisectorial (Una reunión de 2 horas de duración) y/o a través de la Telecapacitación. o Coordinación para la entrega e inauguración de la casa materna con participación del Comité multisectorial y población en general. (Una reunión de 1 hora de duración), y/o a través de la Telegestión.					

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341205):
	○ Elaborar el plan de trabajo para el funcionamiento de la casa materna, con el Comité Multisectorial (1 reunión de 3 horas de duración), ○ Monitoreo y seguimiento trimestral del funcionamiento de la casa materna, con los agentes comunitarios de salud y el Comité Multisectorial, de acuerdo a los criterios técnicos del Ministerio de Salud. (cuatro reuniones de 1 hora de duración cada una). ○ Capacitación/Telecapacitación/TeleIEC a los Agentes Comunitarios de Salud y Comité multisectorial y/o Comité de Gestión de Casa Materna. ○ Enviar el reporte trimestral, semestral y anual del funcionamiento de la casa materna Microred/RED/DIRESA/GERESA/MINSA, con copia al establecimiento de salud de su jurisdicción, y/o a través de la Telegestión. ○ Evaluación anual del funcionamiento de la casa materna, con el comité multisectorial, se evalúa el logro de los objetivos del plan de trabajo (una reunión de 2 horas de duración). Estas actividades son realizadas por el Gerente de Desarrollo Social o profesional de la municipalidad designado para el tema, en coordinación con el personal de salud, mediante el trabajo coordinado y articulado con el Comité Multisectorial y la comunidad donde se encuentra la Casa Materna. Se considera Casa materna implementada si la municipalidad envía el reporte semestral y anual del funcionamiento a la DIRESA/ GERESA con copia al establecimiento de salud de su jurisdicción, y evidencia ejecución presupuestal en la cadena presupuestal “Acciones de municipios que promueven la salud sexual y reproductiva” (verificado en SIAF). El Consejo Municipal requiere una capacitación de 16 horas al año como mínimo. El personal de salud requiere una capacitación de 8 horas al año como mínimo. - <u>Implementación y funcionamiento de Centros de Desarrollo Juvenil</u>: Conjunto de acciones que desarrolla un municipio provincial o distrital en coordinación con el personal de salud, con la finalidad de adecuar y/o construir y/o equipar, así como mantener en funcionamiento uno o más locales destinados a ser Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ); se realizan de acuerdo a los criterios técnicos establecidos por el Ministerio de Salud. El presupuesto para financiar las acciones corresponden a la cadena presupuestal “Acciones de municipios que promueven la salud sexual y reproductiva”. Incluye las siguientes acciones desarrolladas por el Municipio en coordinación con el personal de salud, según el siguiente detalle: ○ Capacitación/Telegestión a Funcionarios municipales, Consejo municipal ○ Conformación del Comité Multisectorial, en el cual se integre un representante de salud, quien será el asesor técnico para la implementación y funcionamiento del CDJ (Coordinaciones de 2 horas de duración), y/o a través de la Telegestión ○ El representante de salud socializará el diagnóstico situacional de salud del adolescente entre los integrantes del Comité

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341205):
	Multisectorial, previo a la implementación del CDJ (una reunión de 1 hora de duración), y/o a través de la Telecapacitación ○ Planificación de la adecuación y/o construcción y/o equipamiento del CDJ, con representantes de la comunidad y el comité multisectorial; según criterios técnicos del Ministerio de Salud, y/o a través de la Telegestión ○ Registro y programación de recursos, en el programa presupuestal 002 Salud Materno Neonatal del municipio, para la implementación del CDJ (una reunión de 2 horas de duración), y/o a través de la Telegestión ○ Inauguración del CDJ con participación del Comité multisectorial y población en general (una reunión de 1 hora de duración), y/o a través de la Telegestión ○ Elaborar el plan de trabajo para el funcionamiento del CDJ, con el Comité Multisectorial (una reunión de 3 horas de duración), y/o a través de la Telegestión ○ Monitoreo y seguimiento trimestral del funcionamiento del CDJ con el Comité Multisectorial, de acuerdo a los criterios técnicos del Ministerio de Salud (4 visitas de 1 hora de duración cada una) y/o a través de la Telegestión ○ Enviar el reporte semestral y anual del funcionamiento del CDJ de la RED/DIRESA/GERESA/MINSA, con copia al establecimiento de salud de su jurisdicción y/o a través de la Telegestión ○ Evaluación anual del funcionamiento del CDJ, con el comité multisectorial, se evalúa el logro de los objetivos del plan de trabajo (una reunión de 2 horas de duración), y/o a través de la Telegestión 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 con el Comité Multisectorial y la comunidad donde se encuentra el Centro de Desarrollo Juvenil y en coordinación con el personal de salud. El Consejo municipal y/o Funcionario requiere una capacitación/Telecapacitación de 8 horas al año como mínimo. Se considera CDJ en funcionamiento, si la municipalidad envía el reporte semestral y anual del funcionamiento a la DIRESA/GERESA, con copia al establecimiento de salud de su jurisdicción, y evidencia programación y gasto en la cadena presupuestal “Acciones de municipios que promueven la salud sexual y reproductiva” (verificado en SIAF). - <u>Programas educativos comunicacionales</u>: Conjunto de acciones que desarrolla un municipio provincial o distrital a fin de difundir mensajes educativos a la población, principalmente dirigidos a familias de gestantes y adolescentes, con la finalidad de contribuir a la generación de prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, los mensajes educativos serán brindados por el personal de salud del establecimiento de salud de su jurisdicción.

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341205):
	El presupuesto para financiar las acciones corresponden a la cadena presupuestal "Acciones de municipios que promueven la salud sexual y reproductiva", incluye las siguientes acciones: ○ El representante de salud socializará y capacitará/Telecapacitación el diagnóstico situacional de salud de las madres y adolescente entre los integrantes del Comité Multisectorial (una reunión de 1 hora de duración). ○ Elaboración de un plan educativo comunicacional, con participación del personal de salud (una reunión de 2 horas de duración), y/o a través de la Telegestión. ○ Registro y programación de recursos, en el programa presupuestal 002 Salud Materno Neonatal del municipio, para la implementación del plan educativo comunicacional (una reunión de 2 horas de duración), y/o a través de la Telegestión ○ Validación de mensajes educativos brindados por el personal de salud, de ser necesario (una reunión de 2 horas de duración), y/o a través de la Teleorientación. ○ Reproducción de material con mensajes educativos validados. ○ Monitoreo y seguimiento del plan educativo comunicacional (una reunión de 1 hora de duración), y/o a través de la Telegestión ○ Evaluación del plan educativo comunicacional (1 reunión de 2 horas de duración), y/o a través de la Telegestión ○ Enviar el reporte del plan educativo comunicacional implementado, que incluya población beneficiaria, a la RED/DIRESA/GERESA y/o al establecimiento de salud de su jurisdicción. Estas actividades son realizadas por el Gerente de Desarrollo Social o profesional de la municipalidad designado para el tema, el personal de salud, mediante el trabajo coordinado y articulado con el Comité Multisectorial y la comunidad y con participación activa del personal de salud. Se considera un programa educativo comunicacional implementado, si la municipalidad envía un reporte que incluya población beneficiaria del programa educativo, a la DIRESA/GERESA y/o al establecimiento de salud de su jurisdicción, y evidencia programación y gasto en la cadena presupuestal "Acciones de municipios que promueven la salud sexual y reproductiva" (verificado en SIAF).
2. **Organización para la ejecución de la actividad**	• 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: 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.

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341205):
	• REDES DE SALUD /UNIDAD EJECUTORAS: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud fortalece capacidades en los funcionarios municipales para la implementación de espacios educativos donde se promueva la salud sexual y reproductiva. • Funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial reciben asesoramiento por parte del personal de salud capacitado para la implementación de espacios educativos donde se promueva la salud sexual y reproductiva.
3. **Criterios de programación**	100% de distritos donde se haya implementado Casas Maternas más 100% de distritos donde se haya implementado Centro de Desarrollo Juvenil, en los que haya identificado como problema prioritario la morbilidad y/o mortalidad materna y neonatal. En el caso de casas maternas, se programará siempre y cuando exista un establecimiento de salud categorizado como FONB en el distrito, cercano a la casa materna.
	Fuente de información para la programación: • Directorio nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html) • Reportes de epidemiología. • Informe de implementación de Casas Maternas en años anteriores. • Informe de implementación de Centros de Desarrollo Juvenil en años anteriores.
4. **Flujo de procesos**	
5. **Diagrama de Gantt**	

FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				AÑO EJECUCIÓN											
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC
Capacitación al personal de salud en incidencia con gobiernos locales para la implementación de Casas Maternas y Centros de Desarrollo Juvenil.	Taller	2	Personal de salud		X					X					
Priorizacion de Distritos con Riesgo de mortalidad materna y embarazo en adolescentes	Listado de Distritos	1	Personal de salud		X										
Asistencia técnica al gobierno local para la implementación de: Casas Maternas, Centros de Desarrollo Juvenil y Programas educativo comunicacionales para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.	Reunión	11	Personal de salud		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Denominación de la actividad - Subproducto	**CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985).** SUBPRODUCTO: FUNCIONARIOS MUNICIPALES CAPACITADOS GESTIONAN ESPACIOS EDUCATIVOS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3341205):
6. **Listado de insumos**	Según listado de insumos establecido en el Módulo de Gestión de Productos.

3.6.1 Indicadores de Desempeño

Tabla 13: Indicadores de Desempeño

TABLA Nº 13: Indicadores de Desempeño	
Nivel de Objetivo	**Enunciado o nombre del indicador**
Resultado Final: *Mejorar la Salud Materno-neonatal*	Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos Tasa de mortalidad neonatal
Resultados: • *Disminuir la morbimortalidad materna-neonatal*	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 b. 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
c. Acceso a métodos de planificación y servicios de consejería en SSR	Proporción de parejas protegidas Proporción de Orientación/consejería en SSR Proporción de embarazo en adolescentes
d. Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutiva	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. Proporción de gestantes con complicaciones Proporción de RN Atendidos Proporción de RN complicados atendido Proporción de RN en UCI
e. Acceso de gestantes a servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicaciones según capacidad resolutiva	Cobertura de parto institucional Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales Proporción de cesárea. Proporción de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales Proporción de Puérperas controladas. Porcentaje de Puérperas con complicaciones Proporción de complicaciones durante el parto. Proporción de complicaciones obstétricas atendidas en UCI. Proporción de pacientes obstétricos y neonatos referidos.

Tabla 14: Ficha Técnica del Indicador de Desempeño

PROGRAMA
SALUD MATERNO NEONATAL
Nombre del indicador
Mortalidad Materna

Ámbito de control

Mortalidad Materna

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Ministerio de Salud, 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

Razón de Mortalidad Materna por 100 mil Nacidos vivos.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Impacto

VALOR DEL INDICADOR

Año	2000	2005	2015	2016	2017	2018	2019
Total	185	164	93	73*	69*	66.5*	64*

Fuente: CDC

*Proyección de razón de mortalidad materna (RMM) calculada de acuerdo a ASSA 2030 (antes del COVID19) tomando como base la RMM del 2016 de 73 por 100,000 nacidos vivos de Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

JUSTIFICACIÓN

La ratio de mortalidad materna es un indicador que refleja una compleja interacción de diversos factores condicionantes, los cuales trascienden el espacio de actuación del sector salud. Su utilidad estriba en que es utilizado para determinar el impacto de intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la mujer.

En los países en desarrollo como el Perú son poco frecuentes los sistemas de registro de estadísticas vitales de calidad aceptable. Uno de los principales problemas es que las zonas rurales las mujeres no tienen acceso a servicios salud, a través de los cuales se recolectan dichas estadísticas. Por ello, la alternativa más frecuente en países en desarrollado es el calcular la mortalidad materna utilizando datos de encuestas demográficas y de salud, tal como se hace en el Perú sobre la base de la encuesta ENDES.

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).

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 fallecer.

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

Al no tener el dato desde el año 2010 (93 x100, 000 n.v) la DSARE en coordinación con el CDC, han calculado las cifras que figuran en el recuadro.

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 vivo.

Para la identificación de un muerte materna se considera a aquellas mujeres que fallecieron por alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o antes de transcurridos 42 días de la terminación del embarazo, cualquiera que sea la duración y lugar del mismo, por cada 100.000 nacidos vivos. (United Nations, 2006)

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de muertes maternas dadas en el periodo de referencia.

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

La tasa de mortalidad materna puede calcularse dividiendo las muertes maternas estimadas por el total de nacidos vivos estimados en el mismo período y multiplicando el resultado por 100.000.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

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

OMS (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, 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	2016	2017	2018	2019
Total	10	13	12	11	11	11	10	10	10
Área de residencia									
Urbana	8	11	11	11	10	10	8	9	9
Rural	13	15	13	12	12	12	13	14	14

Fuente: ENDES

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.). (UnitedNations, 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 vivo[39].
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

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

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, 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 Región.

DEFINICIÓN

Son todas las intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra; a partir de los establecimientos de salud del I nivel.

Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año.

Se considera 6 atenciones como mínimo. La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos, y las consultas de seguimiento deben durar no menos de 25 minutos.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia y Calidad

VALOR DEL INDICADOR

Año	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Total	83.5	84.5	87.3	86.6	88.4	88.9	88.9	89.5	89.7
Área de residencia									
Urbana	87	86.7	89.5	89.1	84.5	90.5	90.5	90.7	90.5
Rural	76.3	80.3	82.1	80.3	89.8	84.3	84	85.7	87.2

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

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

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 más veces'.
```

PROGRAMA

MATERNO NEONATAL

Nombre del indicador

Gestante con primera atención 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, 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 Region.

DEFINICIÓN

Es el porcentaje de mujeres que el último nacimiento ocurrido en los 5 años antes de encuesta tuvo su primera atención prenatal en el 1er trimestre de la gestación.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	74.9	75.0	77.4	77.3	80.2	80.3	81.5	81.5	81.1
Área de residencia									
Urbana	78.7	77.9	80.5	80.2	82.5	82.7	84	84.1	83.5
Rural	67.1	69.0	70.3	70.1	72.1	73.1	74.2	73.6	74

Fuente: ENDES_INEI

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primera atención 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 de la APN en el primer trimestre por parte de los proveedores de salud.

PRECISIONES TÉCNICAS

$$APN1trim = \frac{\text{APN_1trim}}{TMG} * 100$$

APN_1trim= Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de encuesta tuvo su primera atención 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 primera atención 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 APN_1trim.
if  (m14=0) APN_1trim =3.
if (m13=98 | (missing(m13) &  not(sysmis(m13)) ) ) APN_1trim=8.
recode CPN_1trim (2,3,8=0) (1=1) .
var label APN_1trim  'APN en el 1er trimestre' .
```

PROGRAMA
SALUD MATERNO NEONATAL
Nombre del indicador
Número de Parejas Protegidas (Prevalencia de uso de MAC)
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, 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 resolutiva.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR

Año	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Total	75.4	75.5	74.0	74.6	74.6	76,2	75.4	76.3	75.9
Área de residencia									
Urbana	75.9	75.8	73.9	74.6	74.8	76.4	75.2	76.1	75.8
Rural	74.2	74.8	74.1	74.8	74.1	75.5	76	76.9	76.1

Fuente: INEI-ENDES

JUSTIFICACIÓN

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

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

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Mientras algunos métodos anticonceptivos como la esterilización, la píldora, el DIU o los implantes proveen protección continua para sus usuarias, otros métodos tales como el condón, el método del ritmo o el del retiro son métodos de uso en relaciones sexuales específicas. El uso actual de estos últimos métodos constituye un concepto confuso, en la medida que ello puede hacer referencia a la última relación sexual – la que pudo haber ocurrido mucho tiempo antes de la entrevista – o a la intención de uso en la próxima relación sexual[40].

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

PRECISIONES TÉCNICAS

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

MÉTODO DE CÁLCULO

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

Denominador: Total de mujeres unidas entrevistadas

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y Anualmente

FUENTE DE DATOS

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

BASE DE DATOS

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

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ENDES-INEI

SINTAXIS

```
RECODE V501 (1,2=1)(0,3,4,5=2) INTO UNIDAS.
VAL LABEL UNIDAS  1'SI'  2 'NO'.
RECODE  V313 (1,2,3=1) (0=0) INTO UsaMetodo.
val label Usametodo 1 'Uso MPF' 0 'No usa'.
if unidas=1  MU_usompf=0.
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, 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

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	2.6	2.6	2.4	2.5	2.4	2.5	2.4	2.2	2.2
Área de residencia									
Urbana	2.3	2.3	2.1	2.3	2.2	2.3	2.2	2	2
Rural	3.5	3.5	3.4	3.3	3.2	3.3	3.2	3	3

Fuente: ENDES

JUSTIFICACIÓN

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

La principal fortaleza de este indicador es que representa una medida independiente de la estructura de edad de la población. En ese sentido, la tasa global de fecundidad es considerado un buen indicador para el monitoreo y la comparación internacional. No obstante, cabe enfatizar que el indicador constituye una medida hipotética de la fertilidad y que en situaciones de rápido cambio en los patrones de fertilidad su validez es fundamentalmente ilustrativo[41].

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 (UnitedNations, 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)[42].

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, 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	2016	2017	2018	2019
Total	6.1	8.2	9.0	8.6	7.1	6	6.5	6.3	6.1

Área de residencia

Urbana	5.5	7.6	8.6	8.1	6.7	5.7	6.4	6.3	5.8
Rural	7.5	9.6	10.1	10.1	8.2	6.8	6.7	6.1	6.9

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

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

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, 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	2016	2017	2018	2019
Total	83.8	85.9	88.0	89.2	91.8	91.9	93.0	92.7	92.4
Área de residencia									
Urbana	94.2	95.2	96.4	96.0	96.8	7.3	97.7	97.4	96.3
Rural	62.5	67.3	68.5	72.0	74.6	76	79.1	78.8	80.8

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, 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	2016	2017	2018	2019
Total	62.5	67.3	68.5	72.0	75	76	79.1	78.8	80.8

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_persr= 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_Persr=0.
if (M3A=1 | M3B=1 | M3C=1) Parto_persr=1.
select if midx=1 & v025=2.

var label parto_Persr  'Parto atendido por prof salud'.
```

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, 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	2016	2017	2018	2019
Total	15.8	17.5	18.5	17.2	19.6	21.1	22.8	22.6	6.4*
Área de Residencia									
Urbana	19.0	20.7	21.9	19.8	22.4	24.4	26	25.7	
Rural	9.9	11.2	11.2	10.8	10.5	12.1	14	13.8	

Fuente: ENDES, 2019 CNV

JUSTIFICACIÓN

Pese a que los nacimientos prematuros, es decir, aquellos que se dan en periodos de gestación menores a las 37 semanas, solo constituyen alrededor del 10% de todos los nacimientos, más del 80% de las muertes neonatales ocurren entre los niños nacidos prematuramente. Asimismo, existe evidencia que demuestra como las ratios de mortalidad neonatal crecen de manera drástica con la reducción de la edad gestacional. Así, comparado con los bebes 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, respectivamente .

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

Lo reportaba ENDES, hasta el 2018 y 2019 no ha reportado, se ha calculado desde el Certificado de Nacido Vivo. (es la fuente más fidedigna de calcular, la DSARE va a calcular a partir de la fecha desde el CNV)

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[43].

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación. (CNV)
Denominador: Total de nacidos vivos.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y Anualmente

FUENTE DE DATOS

Certificado de Nacido Vivo (CNV)

BASE DE DATOS

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

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Plataforma web CNV
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, 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 resolutiva.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR

Año	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Total, FONB	619	619	619	S/D	S/D	S/D
De 70% a 89%	5 (0.8%).	6 (1%)	n/a	S/D	S/D	S/D

Fuente: ENESA (No hace las encuesta hace 5 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 resolutiva 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 resolutiva 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 resolutiva, 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 resolutiva del Establecimiento de Salud FONB.

Para obtener esta capacidad resolutiva, se trabajó con las preguntas/ítems de las secciones que comprenden el Capítulo VI. "Capacidad Resolutiva para Funciones Obstetricias 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:

<u>Paso 1</u>: 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.** Ttodos 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....(1) No ... 2 No operativo 0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Sí....(1) No ... 2 No operativo 0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Sí....(1) No ... 2 No operativo 0

ii. Al menos uno de los códigos SIGA, que se establecen para este ítem, tiene circulado la respuesta 1 "Si", porque la tenencia de al menos de uno de ellos es necesario para considerar que el establecimiento de salud cuenta con este recurso.
Ejemplo: Para considerar que el establecimiento de salud cuenta con "1 Tensiómetro" se debe verificar que cuenten con al menos uno de los que se presentan: con estetoscopio incorporado, de mercurio **"o"** aneroide para adulto.

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

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

b. 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.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 "Si" 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 Gíneco obstetras para atenciones en Gíneco-Obstetricia disponibles las 24 horas?	Sí..... 1	No..... 2
6.	¿Médicos Pediatras 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 "Si", 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.

<u>Paso 2</u>: 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 Nº 1
Nº de Ítems agrupados o asignados por tipo de FON para evaluar la Capacidad Resolutiva en Establecimientos de Salud designados como FONB

Nº	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	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	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:

a. Para cada tipo de función se clasificaron tres tipos de resultados "Tiene", "No Tiene" y "No Operativo".
b. 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"
c. 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 >=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 resolutiva.

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, 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 resolutiva.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Total, FONEI	136	136	136	S/D	S/D	S/D
De 70% a 89%	3(2.2%).	4(2.9%).	n/a	S/D	S/D	S/D

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 resolutiva 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 resolutiva 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 resolutiva, 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 resolutiva del Establecimiento de Salud FONEI.

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

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

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

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

<u>Paso 1</u>: 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. Ttodos 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....(1) No ... 2 No operativo..... 0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Sí....(1) No ... 2 No operativo..... 0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Sí....(1) No ... 2 No operativo..... 0

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

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

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

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

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?	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 Gíneco obstetras para atenciones en Gíneco-Obstetricia disponibles las 24 horas?	Sí..... 1	No..... 2
	6.	¿Médicos Pediatras 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 "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 resolutiva, es necesario que estos ítems sean agrupados o incluidos en cada uno de los tipos de funciones obstétricas y neonatales esenciales, según lo que establece la norma FON.

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

Cuadro Nº 1
Nº de Items agrupados o asignados por Tipo de FON I para evaluar la Capacidad Resolutiva en Establecimientos de Salud designados como FONE

Nº	Funciones Obstétricas y Neonatales	Total
	TOTAL	**2342**
1.	Consulta prenatal esencial	109
2.	Atención de parto distócico o complicado y recién nacido con	354
3.	Extracción manual de placenta, complicada	101
4.	Atención del aborto incompleto	88
5.	Atención de HIE moderada-severa y eclampsia	210
6.	Atención de la hemorragia severa y shock hipovolémico	217
7.	Atención de sepsis	215
8.	Atención del desgarro vaginal III y IV	98
9.	Cesárea	229
10.	Laparotomía	158
11.	Histerectomía abdominal	157
12.	Patologia 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 resolutiva 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).

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

Ejemplo:

Nº	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:

a. Si el promedio >=90% entonces el Establecimiento de Salud **Califica** como FONEI
b. 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, 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 resolutiva.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total, FONI	1	1	1	S/D	S/D	S/D	S/D
De 50% a 60%	1		N/A	S/D	S/D	S/D	S/D
De 70% a 89%		1	N/A	S/D	S/D	S/D	S/D

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 resolutiva 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 resolutiva 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 resolutiva, 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 resolutiva del Establecimiento de Salud FONI.
Para obtener esta capacidad resolutiva, se trabajó con las preguntas/ítems de las secciones que comprenden el Capítulo VI. "Capacidad Resolutiva 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:

<u>Paso 1</u>: 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:
  Ttodos 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...(1)	No ... 2	No operativo..... 0
		495100050031	Espéculo Graves grande	Sí...(1)	No ... 2	No operativo..... 0
		495100050032	Espéculo Graves mediano	Sí...(1)	No ... 2	No operativo..... 0

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	Sí.....1	No..(2)	No operativo.....0
		602287620020	Tensiómetro de mercurio	Sí...(1)	No....2	No operativo.....0
		602287620032	Tensiómetro aneroide para	Sí.....1	No..(2)	No operativo.....0

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

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.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?	Sí.....1	No.....2
	3. ¿Enfermeros(as) para atenciones en UCI neonatal y recuperación pediátrica disponibles las 24 horas?	Sí.....1	No.....2
	4. ¿Enfermeros(as) para atenciones en UCI y recuperación de adultos disponibles las 24 horas?	Sí.....1	No.....2
	5. ¿Médicos Gineco obstetras para atenciones en cuidados intensivos disponibles las 24 horas?	Sí.....1	No.....2
	6. ¿Médicos Intensivistas para atenciones obstétricas disponibles las 24 horas?	Sí.....1	No.....2
	7. ¿Médicos Cirujanos Generales disponibles las 24 horas?	Sí.....1	No.....2
	8. ¿Obstetras para atención de gestantes o puérperas disponibles las 24 horas?	Sí.....1	No.....2
	9. ¿Médicos Pediatras para atenciones en neonatología disponibles las 24 horas?	Sí.....1	No.....2
	11. ¿Personal de Laboratorio disponibles las 24 horas?	Sí.....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 Nº 1
Nº de Items agrupados o asignados por Tipo de FON para evaluar la Capacidad Resolutiva en Establecimientos de Salud designados como FONI

Nº	Funciones Obstétricas y Neonatales	Total
	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 post parto (oral, inyectable, DIU, AQV y consejería) según condición de la paciente	149

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

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

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 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”
i. Para obtener el porcentaje de los resultados “Tiene”, “No tiene” y “No Operativo”, se dividió cada uno de los valores absolutos obtenidos para cada uno de ellos entre el total de ítems que conforman dicha función.

Paso 4: Obtención de la Capacidad Resolutiva

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

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

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 >=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), 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						
LINEA BASAL (2014)	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	
14.6	13.6	12.7	13.4	12.4	12.6	
JUSTIFICACION						
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						

PROGRAMA

Programa Presupuestal Salud materno neonatal

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de mujeres que reciben consejería en salud sexual y Reproductiva

AMBITO DE CONTROL

Indicador de desempeño resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)

DEFINICIÓN

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).
- 3 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.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	30%	37%	41%	45%	31%	35%

JUSTIFICACIÓN

El acceso a la información y a los servicios de anticoncepción permitirá efectuar una planificación familiar más adecuada y mejorar la salud.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros HIS (consultorio externo). Se asume que para cada pareja usuaria de algún método anticonceptivo debe tener como mínimo dos sesiones de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por el HIS

MÉTODO DE CÁLCULO

Unidad de medida: Persona informada

Numerador: Número de orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva

Denominador: Total de mujeres que demandan planificacion familiar

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

HIS

BASE DE DATOS

HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Producción de servicios HIS.

PROGRAMA

Programa Presupuestal Salud materno neonatal

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de Puérperas Controlada

AMBITO DE CONTROL

Indicador de desempeño resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)

DEFINICIÓN

Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el médico gineco obstetra, médico cirujano capacitado y obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I.
Incluye:

- 02 atenciones x 20 minutos cada una.
- Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos.
- Vitamina A: al 100% de puérperas en provincias priorizadas (01 tableta de 200,000UI).
- 30 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico (Programa Presupuestal Articulado Nutricional).
- 1 visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su control.
- Toma de hemoglobina en el primer control de puerperio.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	62%	48	44	46	67	32

JUSTIFICACIÓN

La atención en el puerperio es necesario para una adecuada evolución, detectar factores de riesgo para complicaciones y ejecutar las medidas profilácticas necesarias y si aparecen las mismas diagnosticarlas precozmente para un adecuado tratamiento.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros HIS (consultorio externo) y el sistema información HIS siempre está retrasada hasta en 3 meses.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por el HIS

MÉTODO DE CÁLCULO

Unidad de medida: Persona controlada.
Numerador: Puérperas con dos controles
Denominador: Número de partos + cesáreas ocurridas.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

HIS

BASE DE DATOS

HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Producción de servicios HIS.

PROGRAMA

Programa Presupuestal Salud materno neonatal

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de puérpera complicada atendida

AMBITO DE CONTROL

Indicador de desempeño resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)

DEFINICIÓN

Es toda complicación que se presenta durante el periodo del puerperio. Debe ser realizada por profesional Médico Gineco-obstetra en los establecimientos a partir del FONE. El manejo puede ser ambulatorio y será de acuerdo a guías de atención vigentes.
Existen complicaciones menores que en el primer nivel pueden ser atendidas por el médico cirujano capacitado y la vigilancia u observación por la obstetra con apoyo del equipo multidisciplinario.
Incluye:

- Dos atenciones de 30 minutos para consulta externa y 3 días de hospitalización (4,350 minutos)
- Dos Exámenes auxiliares y de laboratorio

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	7,462	8,144	8,456	8,100	18654	7,685

JUSTIFICACIÓN

El puerperio es una etapa en la que pueden suceder diversas complicaciones derivadas de las condiciones en las que se encuentra el organismo femenino muy especialmente el aparato genital. Estas complicaciones son más frecuentes si el embarazo o el parto han sido problemáticos.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros de egreso hospitalario, se tiene que revisar los libros de la emergencia o de los egresos hospitalarios.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por estadística a través de los egresos hospitalarios.

MÉTODO DE CÁLCULO

Unidad de medida: Egreso
Numerador: Número de puérperas con complicaciones
Denominador: total de puérperas

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Egreso hospitalario

BASE DE DATOS

Egresos Hospitalarios

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Caso Tratado

PROGRAMA

Programa Presupuestal Salud materno neonatal

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de gestantes con complicaciones

AMBITO DE CONTROL

Indicador de desempeño resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)

DEFINICIÓN

Es la atención por consulta externa o emergencia que se brinda a la gestante que acude con patologías. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra con participación del equipo multidisciplinario capacitado en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas a partir de los establecimientos FONB.

El personal de salud debe ser capacitado con la modalidad pasantía y taller en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas.

Incluye:

- La atención por consulta externa (30 minutos) e incluye según el caso la interconsulta con otros especialistas.
- La atención ambulatoria u hospitalización de acuerdo al caso (en promedio de 5 días de hospitalización en UCEO).

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	117,984	126,614	140,765	150,028		165,476

JUSTIFICACIÓN

El hecho de identificar un embarazo como de alto riesgo, antes o durante su transcurso, asegura que la mujer ha de llevar un seguimiento más completo y de seguimiento, con un mayor número de visitas con el Ginecólogo, para controlar la evolución y realizar un diagnóstico precoz de las complicaciones.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros de egreso hospitalario, se tiene que revisar los libros de la emergencia o de los egresos hospitalarios.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por estadística a través de los egresos hospitalarios.

MÉTODO DE CÁLCULO

Unidad de medida: Gestante atendida

Numerador: Número de gestantes con complicaciones

Denominador: Total de gestantes

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Reporte de atención por emergencia y egresos hospitalarios de los últimos 03 años.

BASE DE DATOS

Atención por emergencia y egresos hospitalarios

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Caso tratado

PROGRAMA

Programa Presupuestal Salud materno neonatal

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de partos con complicaciones

AMBITO DE CONTROL

Indicador de desempeño resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Provincias, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)

DEFINICIÓN

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 no terminan en cirugía. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y/u Obstetra, con apoyo del equipo multidisciplinario de salud, a partir del establecimiento FONB.
La atención se realiza de acuerdo a lo descrito en las “Guías de Práctica Clínica”.
Incluye:

- Internamiento para el manejo como puérpera inmediata.
- Exámenes auxiliares y de laboratorio que se requiera.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	305	288	308	428		326

JUSTIFICACIÓN

Los partos transcurren sin problemas. En ocasiones, sin embargo, pueden presentarse algunas complicaciones que obligan al personal del hospital a seguir un procedimiento especial. Las posibles complicaciones del parto son de diversa índole y no siempre es posible prevenirlas ni preverlas.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros de egreso hospitalario.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por estadística a través de los egresos hospitalarios.

MÉTODO DE CÁLCULO

Unidad de medida: Parto complicado
Numerador: Número de partos con complicaciones (No cesárea)
Denominador: Total de partos

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Reporte de atención por emergencia y egresos hospitalarios de los últimos 03 años.

BASE DE DATOS

Atención por emergencia y egresos hospitalarios

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Egresos hospitalarios

PROGRAMA

Programa Presupuestal Salud materno neonatal

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de complicaciones obstétricas atendidas en UCI

AMBITO DE CONTROL

Indicador de desempeño resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Provincias, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)

DEFINICIÓN

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 Gineco Obstetra, Médico Uciólogo o Intensivista, Enfermera capacitada y participación de obstetra capacitada.

Se realiza en los establecimientos FONE (que cuentan con UCI) y FONI.

Incluye:

- 10 a 15 días de hospitalización.
- Exámenes de laboratorio.
- Vigilancia y monitoreo fetal.
- Unidades de sangre según corresponda:

o Shock hipovolémico: mínimo 04 unidades de sangre y 4 unidades de hemoderivados.

o Shock séptico: mínimo 05 unidades de sangre.

o Síndrome de HELLP: Mínimo 4 unidades de paquete globular y hemoderivados.

o Complicación con Cardiopatía Severa, diabetes severa, renal severa, etc.: 01 unidad de sangre.

 Atención de otras patologías según corresponda.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	2,065	1,803	2,216	2,530		1153

JUSTIFICACIÓN

El hecho de que el tema de la mortalidad materna continúe en la agenda mundial denota que el fallecimiento de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio es un problema no resuelto. Podemos concluir que la propuesta concreta para disminuir la mortalidad materna en nuestros hospitales, es reorientar la atención del evento obstétrico en forma resolutiva y con enfoque multidisciplinario, como «urgencia-médico-quirúrgica».

La Unidad de Cuidados Intensivos es un espacio para la atención de los pacientes en estado de salud muy grave. Se diferencia de la Unidad de Cuidados Especiales porque en la UCI el paciente necesita de ventilación mecánica asistida etc.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros de egreso hospitalario.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por estadística a través de los egresos hospitalarios.

MÉTODO DE CÁLCULO

Unidad de medida: Egreso

Numerador: Número de pacientes Obstétricas en UCI

Denominador: Total de pacientes obstétricas complicadas.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Reporte de atención por emergencia y egresos hospitalarios de los últimos 03 años.
BASE DE DATOS
Atención por emergencia y egresos hospitalarios
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Caso Tratado

PROGRAMA
Programa Presupuestal Salud materno neonatal
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de gestante y neonatos referidos
AMBITO DE CONTROL
Indicador de desempeño resultado específico
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Provincias, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)
DEFINICIÓN
Sistema de Referencia Institucional: Procedimientos asistenciales y administrativos que aseguren la continuidad de la atención oportuna, eficaz y eficiente de la gestante, puérpera o neonato en un establecimiento de mayor complejidad, el traslado se realizará acompañado por profesional médico, obstetra, enfermera o personal técnico de enfermería, dependiendo de la complejidad del caso. Incluye: • Traslado de los casos complicados en ambulancia (terrestre, fluvial y/o aérea). según corresponda. • Comunicación con establecimiento al que se refiere utilizando medios de comunicación (radio, teléfono u otro) según disponibilidad. • Acompañamiento de personal de salud capacitado según corresponda al caso. • Administración de medicamentos según guía de práctica clínica.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	7,540	11,950	14,347	15,268	15726	7361

JUSTIFICACIÓN
La continuidad de la atención, es la garantía de disponibilidad de servicios y el acceso de atención sanitaria de calidad sin interrupción entre el hogar, la comunidad, el establecimiento de salud de I nivel de atención y el Hospital de II ó III nivel de atención. Es decir tienen acceso a la atención sin limitaciones o interrupciones por factores atribuibles a la limitada capacidad resolutiva del establecimiento de salud, seguida y completada mediante la red de servicios de salud que conforman los establecimientos de salud en los respectivos ámbitos. Por lo tanto, con la continuidad de la atención, se busca que el usuario sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud, que integre la atención promocional, preventiva y recuperativa, además de organizarla y articularla por niveles de resolución que aseguran adecuados procedimientos de relación entre ellos. Para el caso de las Emergencias Obstétricas y Neonatales se aplica el Diagnóstico, la Estabilización y la Referencia respectiva, DER.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros de referencia y contra referencia.
PRECISIONES TÉCNICAS
La información es recogida mensualmente por estadística a través de los egresos hospitalarios.
MÉTODO DE CÁLCULO

Unidad de medida: Gestante, puérpera y/o Neonato referido Numerador: Número de pacientes Obstétricas y neonatos referido Denominador: Total de pacientes obstétricas neonatos complicadas.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Reporte de referencias obstétricas y neonatas de los últimos 03 años.
BASE DE DATOS
Atención por emergencia y egresos hospitalarios
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Gestante y Neonato referido

PROGRAMA
Programa Presupuestal Salud materno neonatal
NOMBRE DEL INDICADOR
Proporción de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales
AMBITO DE CONTROL
Indicador de desempeño resultado específico
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Provincias, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)
DEFINICIÓN
Porcentaje de nacidos vivos en las zonas rurales en los últimos 5 años que ocurrieron por cesárea.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR

Año	2016	2017	2018	2019
Total	13.2	15.7	15.7	17.1

JUSTIFICACIÓN
Este indicador se dirige a medir progreso hacia la reducción de la mortalidad maternal, de manera complementaria al indicador de cobertura de partos institucionales. El mismo recoge una variedad de factores que condicionan la mortalidad materna, incluyendo calidad, accesibilidad, disponibilidad y la utilización de los servicios de cuidado materno. La medición de este indicador en las zonas rurales es de particular importancia, en la medida en que es en ellas donde se concentran los mayores problemas de baja cobertura de servicios obstétricos de calidad.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Una limitación importante de este indicador es que contabiliza no sólo aquellos partos por cesárea que se justifican por un motivo medico de aquellos que no. Debido a este problema, la OMS establece porcentajes máximos y mínimos para este indicador. Así, si se considera que un valor menor al 5% indica que una proporción substancial de mujeres no tiene acceso al cuidado obstétrico quirúrgico requerido. En contraste, si más del 15% de los nacimientos vivos se lleva a cabo a través de una intervención de cesárea, constituye un indicio de una sobre utilización del procedimiento[44].
PRECISIONES TÉCNICAS
Para el cálculo de este indicador se trabaja con todos los hijos nacidos vivos menores de 5 años que viven con la entrevistada. Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones

[44]UNICEF/WHO/UNFPA (1997).“Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Sevices”.

del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través de una cesárea. **Denominador:** Número de niños nacidos vivos < 5 años.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.
BASE DE DATOS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

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	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. 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). 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. **Desarrollo de normas y guías técnicas con adecuación cultural (3328701)** **Nivel Nacional:** • Elaboración, validación, aprobación y publicación (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA). • Diseño, Impresión y distribución. • Evaluación **Nivel Regional:** • Adecuación y aprobación si corresponde. • Reproducción, distribución e Implementación hasta el nivel de establecimientos de salud.

	Implementación de documentos técnicos con adecuación cultural (3328702) **Nivel Nacional:** • 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. **Nivel Regional:** • 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. 02 informes Técnicos (01 semestral y 01 anual) de Implementación de Documentos Técnico Normativos aprobados en el periodo anterior. **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. **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. Criterio de programación: 01 informe semestral 01 anual
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: - Reporte SIAF
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	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
Código de producto / actividad	3000005
Unidad de medida	ADOLESCENTE ATENDIDO
Código de la unidad de medida	150

Método de medición	Número de adolescentes atendidos en Orientación/Consejería en salud sexual y reproductiva
Fuente de información de la programación	20% de adolescentes de 12 a 17 años atendidos el año anterior - HIS
Fuente de información para la ejecución	Sistema de información: HIS Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva
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	ADOLESCENTE CON ATENCION PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES
Código de producto / actividad	3000879
Unidad de medida	ADOLESCENTE SUPLEMENTADA
Código de la unidad de medida	086
Método de medición	Número de adolescentes mujeres de 12 a 17 años suplementadas con hiero y ácido fólico
Fuente de información de la programación	20% de adolescentes mujeres de 12 a 17 años atendidas el año anterior - HIS
Fuente de información para la ejecución	Sistema de información: HIS Adolescente suplementada con ácido fólico y sulfato ferroso
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 atenciones prenatales
Fuente de información de la programación	Padrón nominal de niños de 1 año
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 siguientes métodos anticonceptivos: - 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	PERSONA ATENDIDA
Código de la unidad de medida	628
Método de medición	Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva: • 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	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	CASO TRATADO
Código de la unidad de medida	628
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 hipertensivo en el embarazo Trastornos metabólicos del embarazo Otras enfermedades del embarazo. Gestante con Anemia **Meta física del producto:** Igual a la sumatoria de todas las subfinalidades (menos Gestante con Anemia) 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, CNV
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 resolutiva 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	Puérpera Atendida
Código de la unidad de medida	628
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 puérperas con 02 atenciones, registradas con el código Z59430 Control de Puérpera
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	Caso Tratado
Código de la unidad de medida	016
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	Caso Tratado
Código de la unidad de medida	016
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 a ejecución	Reporte de referencias
Forma de recolección de nformación 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 • Visita domiciliaria • Tamizaje neonatal / procesamiento de muestra
Fuente de información de la programación	Reporte de egresos hospitalarios y CNV
Fuente de información para la ejecución	De acuerdo a la tendencia de los últimos 03 años, mínimo lo atendido el año anterior.
Forma de recolección de información para la ejecución	Salas de hospitalización, atención inmediata del recién nacido, CNV
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	Caso Tratado
Código de la unidad de medida	016
Método de medición	La meta física del producto es igual a la sumatoria de la meta física de la Subfinalidad: - 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 - Seguimiento del recién nacido de alto riesgo.
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 par 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 NÁCIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN
Código de producto / actividad	3033307
Unidad de medida	Caso Tratado
Código de la unidad de medida	016

<table>
<tr><td>Método de medición</td><td>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”</td></tr>
<tr><td>Fuente de información de la programación</td><td>Reporte de egresos hospitalarios de los últimos 03 años
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>FUENTE DE INFORMACIÓN VERIFICABLE</th><th>CATEGORÍAS</th></tr>
<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>
</table></td></tr>
<tr><td>Fuente de información para la ejecución</td><td>Reporte de egresos hospitalarios.</td></tr>
<tr><td>Forma de recolección de información para la ejecución</td><td>Sala de Hospitalización – Historias Clínicas</td></tr>
<tr><td>Responsable de medición</td><td>Oficina de Estadística e Informática, Etapa de vida Niño</td></tr>
</table>

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	FAMILIA
Código de la unidad de medida	056
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: 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 puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva. Numerador: Número de Familias con gestantes y puérperas 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.
Fuente de información de la programación	Para la programación del presente producto se tomará como referencia la programación del producto “Atención prenatal reenfocada”.
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.

3.6 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	**POBLACIÓN ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3033291)** 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. 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.
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 3329114 Condón femenino 3329115 Implante 3329116 Efectos secundarios del Implante 3329117 Extracción o remoción del Implante

Supuestos	
Nivel de Objetivo	**Supuestos**
Resultado Final	Mejorarla Salud Mateno Neonatal
Resultado Específico	Reducción de la Morbimortalidad materna
Producto	**ATENCION PRENATAL REENFOCADA (3033172)** El informe de ENDES para el indicador de gestantes con 06 o más atenciones prenatales, no señala si las atenciones son adecuadas, generalmente las muertes maternas son en gestantes con más de 6 atenciones prenatales.
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 3317210 Gestante con Suplemento de Hierro y ácido Fólico

Supuestos	
Nivel de Objetivo	**Supuestos**
Resultado Final	Mejorar la Salud Mateno Neonatal
Resultado Específico	Reducción de la Morbimortalidad materna
Producto	**ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL (3033295)** La OMS define el personal de salud capacitado como personas que han completado con éxito cursos recomendados de obstetricia y que son capaces de dar la supervisión, atención y consejo necesarios a las mujeres durante el período de embarazo, parto y post-parto, para conducir partos y cuidar al recién nacido y al niño. No obstante, la identificación por parte de la entrevistada de dichas características puede ser complicada, lo que ocasionaría algunos sesgos en las estimaciones de este indicador. Otro problema con el uso de este indicador, es que el mismo supone que la atención en un establecimiento de salud está asociada a adecuadas condiciones para el tratamiento de complicaciones durante el parto. Sin embargo, la realidad en el Perú es que un gran número de postas y puestos de salud, así como algunos centros de salud, en particular en el área rural, no cuentan con el equipamiento adecuado para el manejo de dichas situaciones.
Actividad	3329501 atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal

Supuestos	
Nivel de Objetivo	**Supuestos**
Resultado Final	Mejorar la Salud Materno Neonatal
Resultado Específico	Reducción de la Morbimortalidad Neonatal
Producto	**ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES (3033306)** 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.
Actividad	3330601 atención de recién nacido con complicaciones 3330602 asfixia del nacimiento 3330603 neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) 3330604 Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, DM y RPM) 3330605 Bajo peso al nacer y prematuro 3330606 Oftalmia del recién nacido 3330608 Sífilis congénita 3330609 Onfalitis 3330610 Sepsis neonatal 3330611 Trastornos metabólicos del recién nacido. Ictericia neonatal no fisiológica 3330612 Dificultad respiratoria del recién nacido 3330613 Convulsiones neonatales 3330614 Hipotiroidismo congénito 3330615 incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido 3330616 Hidrocefalia congénita 3330617 Paladar hendido (fisura labio palatino) 3330618 Displasia congénita de cadera

3.7 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	Objetivo específico: Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad. Objetivo Nacional “Igualdad de Oportunidades y acceso Universal a Servicios básicos” (Plan Bicentenario Perú al 2021) 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 *anexo 1*

3.8 Matriz Lógica del Programa Presupuestal

Tabla 18: Matriz Lógica del Programa Presupuestal

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado final			
Disminuir la mortalidad materna y neonatal	Razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos Tasa de mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.	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.
Resultados Intermedios			
Conducción de la gestión de la estrategia	Proporción de establecimientos calificados como EESS con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB) ▶ Proporción de establecimientos calificados como EESS con funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE) ▶ Proporción de establecimientos calificados como EESS con funciones obstétricas y neonatales intensivas (FONI)	ENESA – INEI	Que el INEI ya no realice las encuestas a los establecimientos
Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar	Tasa global de fecundidad. Proporción de MEF en unión que usa algún método de planificación familiar Proporción de mujeres en unión que usa algún método moderno de planificación familiar	ENDES - INEI	Que el INEI ya no realice las encuestas a los establecimientos.
Reducción de la morbilidad y mortalidad materna	Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales. Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural.	ENDES - INEI	

	Proporción de partos complicados atendidos en establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales. Proporción de neonatas complicados referidos de EESS que cumplan FONP o básicas y que son atendidos en EESS FONE. Proporción de neonatos complicados atendidos en Unidad de Cuidados Intensivos de EESS que cumplen funciones obstétricas y neonatales intensivas. Proporción de parto atendió por profesional de la salud	.	
Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas		
Resultados Inmediato			
Población informada en salud sexual y reproductiva	Proporción de mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar	ENDES-INEI	Que la información no se reporte.
Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar	ENDES_INEI	
Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutiva	Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal Proporción de gestantes con seis o más atenciones prenatales	ENDES_INEI	
Descripción	**Indicadores**	**Medios de verificación**	**Supuestos**
Productos			
Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar.	Porcentaje de personas que acceden a medios de comunicación masiva y alternativa.	Dirección General de Comunicaciones.	
Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo	Porcentaje de adolescentes que recibe atención integral.	Sistema de información HIS, SIS.	
Adolescente con atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales	Porcentaje de adolescentes suplementadas	Sistema de información HIS, SIS.	

Atención prenatal reenfocada	Porcentaje de gestantes con más de seis controles prenatales.	ENDES, HIS, SIS	
Población accede a métodos de planificación familiar	Porcentaje de parejas protegidas.	ENDES, HIS, SIS	
Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Número de orientaciones y consejerías realizadas	HIS, SIS	
Atención de la gestante con complicaciones	Porcentaje de gestantes con complicaciones atendidas.	Egresos hospitalarios	
Atención del parto normal	Porcentaje de partos vaginales atendidos.	ENDES, Egresos hospitalarios	
Atención del parto complicado no quirúrgico	Porcentaje de partos complicados atendidos.	Egresos hospitalarios	
Atención del parto complicado quirúrgico	Porcentaje de cesáreas atendidas.	ENDES, Egresos hospitalarios	
Atención del puerperio	Porcentaje de puérperas controladas.	HIS, SIS	
Atención del puerperio con complicaciones.	Porcentaje de puérperas con complicaciones atendidas.	Egresos hospitalarios	
Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos.	Porcentaje de gestantes en UCI atendidas.	Egresos hospitalarios	
Acceso al sistema de referencia institucional.	Porcentaje de Referencias obstétricas y neonatales realizadas	HIS, SIS	
Atención del recién nacido normal.	Porcentaje de RN normales atendidos	Egresos hospitalarios	
Atención del recién nacido con complicaciones.	Porcentaje de RN con complicaciones atendidos	Egresos hospitalarios	
Atención del recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales – UCIN	Porcentaje de RN en UCIN atendidos	Egresos hospitalarios	
Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva.	Porcentaje de familias saludable informadas	HIS	

3.9 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 resolutiva	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	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	

	capacidad resolutiva	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 resolutiva 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 resolutiva 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 resolutiva por número de EESS designados por la DIRESA para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas	SI	SI	

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, se encuentra comprendida en las definiciones operacionales 2016 aprobada con RM 907-2016/MINSA
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	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

departamento a cada pliego Gobierno Regional y por establecimiento de salud como fuente de programación.			
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 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 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	Se aprobó en Julio 2016 con RM 518-2016/MINSA la “Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con pertinencias Intercultural”, la

			difusión de la nueva NT se ha realizado en las visitas de asistencias técnicas a nivel de todo el país, en el año 2017.
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 OGETI 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**	**2019**	**2020**	**2021**
PERU	8,039,280	8,131,387	8,221,718	8,310,107	8,397,093	8,482,778	8,566,369	8,613,046	8,613,046	8,613,046
AMAZONAS	102,771	103,066	103,337	103,566	103,753	103,917	104,048	104,138	104,138	104,138
ANCASH	286,402	288,147	289,767	291,204	292,453	293,554	294,511	295,337	295,337	295,337
APURIMAC	110,029	110,725	111,403	112,052	112,680	113,292	113,878	114,429	114,429	114,429
AREQUIPA	346,440	349,574	352,607	355,524	358,318	361,007	363,590	366,076	366,076	366,076
AYACUCHO	161,500	164,446	167,299	170,028	172,618	175,096	177,475	179,775	179,775	179,775
CAJAMARCA	391,986	394,485	396,748	398,712	400,444	401,987	403,237	404,098	404,098	404,098
CALLAO	269,190	272,055	274,910	277,837	280,858	283,916	286,982	289,627	289,627	289,627
CUSCO	332,037	334,659	337,168	339,541	341,787	343,917	345,925	347,795	347,795	347,795
HUANCAVELICA	114,503	116,242	117,902	119,463	120,910	122,252	123,516	124,726	124,726	124,726
HUANUCO	212,116	213,701	215,263	216,779	218,289	219,812	221,280	189,025	189,025	189,025
ICA	203,675	205,591	207,426	209,203	210,935	212,605	214,198	215,686	215,686	215,686
JUNIN	335,213	338,647	341,888	344,903	347,670	350,213	352,565	354,753	354,753	354,753
LA LIBERTAD	480,853	486,954	492,979	499,021	505,106	511,172	517,178	523,084	523,084	523,084
LAMBAYEQUE	339,773	342,319	344,733	347,001	349,134	351,141	353,003	354,710	354,710	354,710
LIMA	2,678,994	2,714,683	2,750,354	2,786,324	2,822,817	2,859,592	2,896,353	2,932,765	2,932,765	2,932,765
LORETO	246,058	250,047	254,025	257,913	261,768	265,648	269,458	273,111	273,111	273,111
MADRE DE DIOS	30,388	31,247	32,118	32,992	33,882	34,794	35,709	36,612	36,612	36,612
MOQUEGUA	45,322	45,704	46,062	46,391	46,685	46,953	47,196	47,421	47,421	47,421
PASCO	72,713	73,516	74,268	74,972	75,636	76,258	76,828	77,330	77,330	77,330
PIURA	468,795	473,201	477,410	481,384	485,154	488,746	492,113	495,215	495,215	495,215
PUNO	348,892	354,291	359,698	364,991	370,238	375,520	380,735	385,783	385,783	385,783
SAN MARTIN	196,965	199,916	202,804	205,581	208,241	210,821	213,324	215,762	215,762	215,762
TACNA	90,440	91,378	92,271	93,121	93,909	94,634	95,329	96,016	96,016	96,016
TUMBES	59,528	60,230	60,898	61,532	62,129	62,684	63,211	63,717	63,717	63,717
UCAYALI	114,697	116,563	118,380	120,072	121,679	123,247	124,727	126,055	126,055	126,055

Fuente: Boletines Especiales de Estimaciones y Proyecciones de Población N°17 Al 20-INEI-Direccion 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**	**2019**	**2020**	**2021**
TOTAL	**730,308**	**725,174**	**720,624**	**716,391**	**782,582**	**778,370**	**774,312**	**715,436**	**715,436**	**715,436**
AMAZONAS	12,076	11,823	11,659	11,452	12,154	12,088	12,026	11,110	11,110	11,110
ANCASH	28,886	28,597	28,418	28,121	30,643	30,478	30,319	28,013	28,013	28,013
APURIMAC	13,279	13,063	12,902	12,719	13,897	13,822	13,750	12,705	12,705	12,705
AREQUIPA	26,126	26,206	26,343	26,372	28,792	28,636	28,487	26,321	26,321	26,321
AYACUCHO	20,270	19,937	19,692	19,504	21,310	21,195	21,085	19,482	19,482	19,482
CAJAMARCA	40,705	39,839	39,039	38,240	41,785	41,561	41,344	38,200	38,200	38,200
CALLAO	19,250	19,126	19,004	18,946	20,709	20,598	20,491	18,932	18,932	18,932
CUSCO	32,610	32,027	31,479	30,990	33,877	33,694	33,519	30,970	30,970	30,970
HUANCAVELICA	17,562	17,484	17,431	17,292	18,885	18,783	18,685	17,265	17,265	17,265
HUANUCO	24,374	24,071	23,789	23,502	25,695	25,556	25,423	23,490	23,490	23,490
ICA	16,979	16,833	16,756	16,675	18,228	18,130	18,036	16,665	16,665	16,665
JUNIN	36,897	36,964	37,054	36,992	40,444	40,227	40,017	36,974	36,974	36,974
LA LIBERTAD	43,010	42,572	42,207	41,936	45,842	45,596	45,358	41,909	41,909	41,909
LAMBAYEQUE	27,707	27,388	27,073	26,792	29,289	29,131	28,978	26,774	26,774	26,774
LIMA	195,694	196,885	198,111	199,084	217,627	216,456	215,328	198,955	198,955	198,955
LORETO	29,775	29,017	28,258	27,643	30,214	30,052	29,895	27,622	27,622	27,622
MADRE DE DIOS	3,265	3,267	3,274	3,265	3,572	3,553	3,533	3,264	3,264	3,264
MOQUEGUA	3,392	3,383	3,394	3,402	3,722	3,702	3,684	3,404	3,404	3,404
PASCO	8,037	8,028	8,019	8,021	8,769	8,720	8,676	8,016	8,016	8,016
PIURA	47,533	47,137	46,624	46,165	50,465	50,192	49,931	46,135	46,135	46,135
PUNO	38,119	37,548	36,936	36,629	40,045	39,830	39,622	36,610	36,610	36,610
SAN MARTIN	20,945	20,555	20,129	19,872	21,719	21,602	21,489	19,856	19,856	19,856
TACNA	7,166	7,055	6,960	6,910	7,555	7,515	7,475	6,907	6,907	6,907
TUMBES	5,050	5,009	4,961	4,924	5,383	5,355	5,326	4,922	4,922	4,922
UCAYALI	11,601	11,360	11,112	10,943	11,961	11,898	11,835	10,935	10,935	10,935

Fuente: Boletines Especiales de Estimaciones y Proyecciones de Población N°17 Al 20-INEI-Direccion 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**	**2019**	**2020**	**2021**
TOTAL	**588,813**	**584,988**	**581,450**	**578,130**	**574,957**	**571,863**	**568,882**	**566,059**	**566,059**	**566,059**
AMAZONAS	9,493	9,304	9,174	8,979	8,929	8,881	8,837	8,793	8,793	8,793
ANCASH	23,231	23,012	22,878	22,637	22,513	22,392	22,275	22,164	22,164	22,164
APURIMAC	10,704	10,541	10,413	10,266	10,210	10,155	10,102	10,052	10,052	10,052
AREQUIPA	21,060	21,132	21,248	21,270	21,153	21,039	20,929	20,825	20,825	20,825
AYACUCHO	16,345	16,079	15,891	15,742	15,656	15,572	15,491	15,414	15,414	15,414
CAJAMARCA	32,829	32,155	31,518	30,868	30,699	30,534	30,375	30,224	30,224	30,224
CALLAO	15,533	15,440	15,344	15,299	15,215	15,133	15,054	14,979	14,979	14,979
CUSCO	26,306	25,845	25,417	25,026	24,889	24,755	24,626	24,504	24,504	24,504
HUANCAVELICA	14,153	14,104	14,062	13,952	13,875	13,800	13,728	13,660	13,660	13,660
HUANUCO	19,658	19,420	19,195	18,982	18,878	18,776	18,678	18,585	18,585	18,585
ICA	13,695	13,578	13,509	13,466	13,392	13,320	13,251	13,185	13,185	13,185
JUNIN	29,769	29,845	29,912	29,878	29,714	29,554	29,400	29,254	29,254	29,254

TABLA No. 25 CUANTIFICACION DE LA POBLACION PRIORIZADA: NEONATOS										
Región	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
LA LIBERTAD	34,700	34,360	34,081	33,866	33,680	33,499	33,324	33,159	33,159	33,159
LAMBAYEQUE	22,353	22,106	21,859	21,637	21,518	21,402	21,290	21,184	21,184	21,184
LIMA	157,892	158,932	159,957	160,771	159,889	159,029	158,200	157,415	157,415	157,415
LORETO	24,020	23,423	22,815	22,321	22,198	22,079	21,964	21,855	21,855	21,855
MADRE DE DIOS	2,636	2,639	2,643	2,638	2,624	2,610	2,596	2,583	2,583	2,583
MOQUEGUA	2,738	2,730	2,742	2,750	2,735	2,720	2,706	2,693	2,693	2,693
PASCO	6,484	6,482	6,474	6,478	6,442	6,407	6,374	6,342	6,342	6,342
PIURA	38,348	38,049	37,641	37,281	37,076	36,876	36,684	36,502	36,502	36,502
PUNO	30,749	30,314	29,826	29,583	29,421	29,263	29,110	28,966	28,966	28,966
SAN MARTIN	16,904	16,592	16,253	16,045	15,957	15,871	15,788	15,710	15,710	15,710
TACNA	5,782	5,693	5,620	5,582	5,551	5,521	5,492	5,465	5,465	5,465
TUMBES	4,074	4,044	4,007	3,977	3,955	3,934	3,913	3,894	3,894	3,894
UCAYALI	9,357	9,169	8,971	8,836	8,788	8,741	8,695	8,652	8,652	8,652

Fuente: Boletines Especiales de Estimaciones y Proyecciones de Población N°17 Al 20-INEI-Direccion 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**	**2019**	**2020**
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.	68x 100 mil n.v.	68x 100 mil n.v.
Mejorar la salud materno y neonatal	Tasa de mortalidad neonatal	12	11	11	11	11	11	10	10
	Tasa global de fecundidad	2.4	2.5	2.5	2.5	2.5	2.4	2.4	2.4
	Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar	9.2	8.6	6.5	6.0	6.7	6	6	6
Producto									
Población accede a métodos de planificación familiar	Proporción de parejas protegidas	74	74.6	74.6	76.2	74.2	76	76.2	76.2
Atención del Parto Normal	Cobertura de parto institucional	88	89.2	90.5	91.9	92.6	93	94	94
	Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales	68.5	72	73.2	75	77.5	78	80	80
Atención del Parto Complicado Quirúrgico	Proporción de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales	11.5	12	12.9	13.2	15.2	15.5	16	16
Atención del Recién Nacido Con Complicaciones (3033306)	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación	18.5	17.2	19	21.1	24	19	16	16
Atención Prenatal Reenfocada (3033172)	Proporción de gestantes con 6 o más atenciones prenatales	87.3	86.6	88.4	89.9	88.8	90	91	91
	Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre de gestación	77.4	77.3	79.8	80.3	81.2	83	83.5	83.5

Acceso al Sistema de Referencia Institucional (3033304):	Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos	52.6		60	70	50	50	50	50
	Proporción de establecimientos calificados como FONE I en establecimientos estratégicos	70.8		70.9	80	50	50	50	N/A
	Proporción de establecimientos calificados como FONE II en establecimientos estratégicos	70.8		70.9	80	50	50	50	N/A
	Proporción de establecimientos calificados como FONI en establecimientos estratégicos	74.6		74.7	74.5	80	90	90	N/A

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: 2021

Producto/Proyecto/Actividad		Unidad de producción física (unidad de medida	Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
ACCIONES COMUNES (3000001)	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas (3328701)	Informe	1	169,219,786
	Monitoreo Evaluación y Supervisión del Programa Salud Materno Neonatal (4427702)			
FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (33412)	Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria a familias con gestante o puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205):	Familia	429,262	64,076,534
POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3000002)	Población Informada en Salud sexual y reproductiva por Medios de Comunicación Masiva (5000201)	persona informada	2,623,603	17,752,298
	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	152,279	
ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO	Brindar Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (5000058)	Adolescente atendido	228,717	36,602,487
ADOLESCENTE CON ATENCION PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.	Administrar Suplemento de Hierro y Acido Folico a Adolescente. (5006271)	Adolescente Suplementada	152,478	5,845,012
ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO	Atención integral para la prevención del embarazo adolescente ((5000502)	adolescente	189,487	36,602,487
POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033292) Atención integral para la prevención del embarazo adolescente ((5000502)	Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva (3329201)	persona informada	2,623,603	189,487
	Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar (3329202)	mujer captada	225,629	
	Atención pre gestacional (3329203)	mujer preparada	262,360	
POBLACIÓN ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3033291)	AQV masculino (3329101)	pareja protegida	17	186,715,316
	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 oral de emergencia (AOE) (3329109)		500	
	Métodos de abstinencia periódica (3329110)	pareja protegida	1,711	

Producto/Proyecto/Actividad		Unidad de producción física (unidad de medida	Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
	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	
ATENCION PRENATAL REENFOCADA (3033172)	Atención a la gestante (3317201)	gestante controlada	429,262	224,513,656
	Vacuna antitetánica a la gestante (3317202)	gestante controlada	429,262	
	Visita domiciliaria (3317203)	gestante controlada	429,262	
	Exámenes de laboratorio completo (3317204)	gestante controlada	429,262	
	Ecografía obstétrica (3317205)	gestante controlada	429,262	
	Atención odontológica de la gestante (3317206)	gestante controlada	12,780	
	Evaluación del bienestar fetal (3317209)	gestante examinada	15,500	
	Gestante Suplementada de hierro y ácido fólico(3317210)	Gestante suplementada		
ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES (3033294)	Amenaza de parto prematuro (2329404)	Caso Tratado	243	96,474,862
	Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía (2329406)	Caso Tratado	320	
	Hemorragia de la 2da mitad del embarazo (2329407)	Caso Tratado	238	
	Hiperémesis gravídica (2329408)	Caso Tratado	560	
	Infección del tracto urinario en el embarazo (2329409)	Caso Tratado	3,950	
	Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas (2329413)	Caso Tratado	540	
	Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía (2329414)	Caso Tratado	127	
	Trastorno hipertensivo en el embarazo (2329415)	Caso Tratado	485	
	Trastornos metabólicos del embarazo (2329416)	Caso Tratado	334	
	Otras enfermedades del embarazo (2329417)	Caso Tratado	450	
	Shock Hipovolémico (3330001)	Caso Tratado	250	
	Shock Séptico Obstétrico (3330002)	Caso Tratado	240	
	Síndrome de Hellp (3330003)	Caso Tratado	95	
	Atención de gestantes complicadas en UCI (cardiopatía severa, diabética severa, renal severa etc.) (3330004)	Caso Tratado	55	
ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL (3033295)	Atención del Parto Normal/ Atención del Parto Vaginal (3329501)	parto vaginal	339,635	179,496,110
ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO / ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO (3033296)	Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional (3329601)	parto complicado	1,063	233,024,409
	Hemorragias Intraparto y Postparto (2329602)	parto complicado	548	

Producto/Proyecto/Actividad		Unidad de producción física (unidad de medida	Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO (3033297)	Cesárea (3329701)	cesárea	33,964	108,399,687
ATENCIÓN DEL PUERPERIO (3033298)	Atención del puerperio (3329801)	puérpera controlada	339,635	52,599,241
ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES (3033299)	Endometritis puerperal (3329901)	Caso Tratado	86	40,161,499
	Mastitis (3329902)	Caso Tratado	93	
	Otras complicaciones del puerperio (3329903)	Caso Tratado	77	
ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL (3033304):	Referencia de FONP-Funciones Obstétricas Neonatales Primarias (3330401)	gestante y/o neonato referido	8,331	35,048,252
	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 RECIEN NÁCIDO NORMAL (3033305)	Atención inmediata del recién nacido (3330501)	RN normal atendido	33,964	122,135,299
	Atención del recién nacido en alojamiento conjunto	RN normal atendido	33,964	
	Control del recién nacido (3330502)	RN normal atendido	33,964	
	Antes: 3330502 Control del recién nacido (7° y 15)		33,964	
	Visita domiciliaria (3330503)	RN normal atendido	33,964	
	Tamizaje neonatal / procesamiento de muestra (3330504)	RN normal atendido	33,964	
ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES (3033306)	Atención de recién nacido con complicaciones (3330601)	Caso Tratado	1,622	107,640,062
	Asfixia del nacimiento (3330602)	Caso Tratado	83	
	Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) (3330603)	Caso Tratado	86	
	Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, dm y rpm) (3330604)	Caso Tratado	91	
	Bajo peso al nacer y prematuro (3330605)	Caso Tratado	682	
	Oftalmia del recién nacido (3330606)	Caso Tratado	7	
	Sífilis congénita (3330608)	Caso Tratado	12	
	Onfalitis (3330609)	Caso Tratado	46	
	Sepsis neonatal (3330610)	Caso Tratado	299	
	Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica (3330611)	Caso Tratado	65	
	Dificultad respiratoria del recién nacido (3330612)	Caso Tratado	102	
	Convulsiones neonatales (3330613)	Caso Tratado	56	
	Hipotiroidismo congénito (3330614)	Caso Tratado	5	
	Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido (3330615)	Caso Tratado	16	
	Hidrocefalia congénita (3330616)	Caso Tratado	5	
	Paladar hendido (fisura labio palatino) (3330617)	Caso Tratado	17	
	Displasia Congénita de Cadera (3330618)	Caso Tratado	50	

Producto/Proyecto/Actividad		Unidad de producción física (unidad de medida	Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
ATENCIÓN DEL RECIEN NÁCIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / UCIN (3033307)	Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN (3330701)	Caso Tratado	886	92,050,267
	Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500gr) (3330702)	Caso Tratado	585	
	Asfixia del nacimiento (3330703)	Caso Tratado	38	
	Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) (3330704)	Caso Tratado	35	
	Sepsis neonatal (3330705)	Caso Tratado	126	
	Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica (3330706)	Caso Tratado	18	
	Dificultad respiratoria del recién nacido (3330707)	Caso Tratado	42	
	Convulsiones neonatales (3330708)	Caso Tratado	30	
	Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido (3330709)	Caso Tratado	10	
	Hidrocefalia congénita ((3330710)	Caso Tratado	2	

Tabla 29: Programación Multianual de metas físicas de productos

METAS FISICAS MULTIANUAL PROGRAMA PRESUPUESTAL SMN	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
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	2,623,603	2,623,603	2,623,603
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	189,487	189,487	228,717
3000879. Adolescente con Atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales.								152,478
3033172. Atención Prenatal Reenfocada	2,920,975	1,000,099	1,057,807	1,131,853	1,199,765	429,262	429,262	429,262
3033291. Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	4,662,520	2,566,098	2,690,130	2,878,439	3,051,145	2,623,603	2,623,603	2,623,603
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	2,623,603	2,623,603	2,623,603
3033294. Atención de la Gestante con Complicaciones	1,071,438	505,920	521,369	557,865	591,337	42,926	42,926	42,926
3033295. Atención del Parto Normal	1,423,410	671,633	702,167	751,319	796,398	339,635	339,635	339,635
3033296. Atención del Parto Complicado No Quirúrgico	136,921	74,873	78,458	83,950	88,987	16,982	16,982	16,982
3033297. Atención del Parto Complicado Quirúrgico	319,233	133,881	139,980	149,779	158,765	33,964	33,964	33,964
3033298. Atención del Puerperio	1,651,016	744,195	771,657	825,673	875,213	16,982	16,982	16,982
3033299. Atención del Puerperio con Complicaciones	30,818	25,732	116,838	125,017	132,518	1,698	1,698	1,698
3033300. Atención Obstétrica en Unidad de Cuidados Intensivos	7,118	5,436	6,004	6,424	6,810	600	600	600
3033304. Acceso al Sistema de Referencia Institucional	307,220	253,165	266,765	285,439	302,565	280,434	280,434	280,434

METAS FISICAS MULTIANUAL PROGRAMA PRESUPUESTAL SMN	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
3033305. Atención del Recién Nacido Normal	1,738,073	879,170	909,375	973,031	1,031,413	774,312	774,312	774,312
3033306. Atención del Recién Nacido con Complicaciones	217,208	111,446	112,838	120,737	127,981	77,431	77,431	77,431
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	774	774	774
3033412. Familias Saludables Informadas Respecto de su Salud Sexual y Reproductiva	1,137,496	763,294	786,864	841,944	892,461	774,312	774,312	774,312

(*) 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				1.07	1.06			
PRODUCTOS	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
3000001. Acciones Comunes	28,397,990	56,063,188	27,015,846	883,438,08	122,268,231	169,219,786	169,219,786	169,219,786
3000002. Población Informada Sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Métodos de Planificación Familiar	10,859,933	26,678,385	37,929,283	27,888,698	22,250,584	17,752,298	17,752,298	17,752,298
3000005. Adolescentes Acceden a Servicios de Salud para Prevención del Embarazo	7,199,286	22,198,037	13,470,234	16,522,609	23,209,441	36,602,487	36,602,487	36,602,487
3000879. Adolescente con Atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales.								5,845,012
3033172. Atención Prenatal Reenfocada	118,608,525	257,831,405	195,160,775	188,996,016	205,990,744	224,513,656	224,513,656	224,513,656
3033288. Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva	5,414,716	10,603,066	10752370	11505036	0	0	0	0
3033289. Comunidades Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva	5,556,982	15,434,846	16,202,876	17,337,077	0	0	0	0
3033290. Instituciones Educativas Saludables Promueven Salud Sexual y Reproductiva	6,229,494	12,024,970	12,364,925	13,230,470	0	0	0	0
3033291. Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	45,071,215	103,878,094	64,556,567	68,003,160	112,681,993	186,715,316	186,715,316	186,715,316
3033292. Población Accede a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	18,996,367	35,611,851	20,800,947	19,382,588	21,421,685	23,675,300	23,675,300	23,675,300
3033294. Atención de la Gestante con Complicaciones	67,062,503	125,627,535	110,460,589	100,051,026	96,474,862	96,474,862	96,474,862	96,474,862
3033295. Atención del Parto Normal	192,509,322	256,369,233	259,655,193	210,991,352	179,496,110	179,496,110	179,496,110	179,496,110
3033296. Atención del Parto Complicado No Quirúrgico	38,005,192	69,783,828	62,458,776	60,888,391	119,115,412	233,024,409	233,024,409	233,024,409
3033297. Atención del Parto Complicado Quirúrgico	117,193,768	195,258,982	163,327,886	125,622,855	108,399,787	108,399,687	108,399,687	108,399,687
3033298. Atención del Puerperio	33,136,445	56,514,194	53,446,319	51,295,319	51,943,189	52,599,241	52,599,241	52,599,241
3033299. Atención del Puerperio con Complicaciones	30,539,229	47,996,159	39,074,294	42,018,093	40,161,449	40,161,499	40,161,499	40,161,499
3033300. Atención Obstétrica en Unidad de Cuidados Intensivos	20,410,620	41,697,307	32,094,662	30,178,813	25,940,296	32,094,662	32,094,662	32,094,662
3033304. Acceso al Sistema de Referencia Institucional	34,218,271	68,693,728	27,706,064	29,563,903	32,189,488	35,048,252	35,048,252	35,048,252

PRESUPUESTO MULTIANUAL PROGRAMA PRESUPUESTAL SMN				1.07	1.06			
PRODUCTOS	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
3033305. Atención del Recién Nacido Normal	56,744,065	116,706,215	95,040,561	97,038,822	108,866,274	122,135,299	122,135,299	122,135,299
3033306. Atención del Recién Nacido con Complicaciones	58,503,786	147,008,739	97,368,963	87,862,888	97,250,022	107,640,062	107,640,062	107,640,062
3033307. Atención del Recién Nacido con Complicaciones que Requiere Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales – UCIN	37,786,911	109,585,334	58,284,532	53,752,209	70,341,348	92,050,267	92,050,267	92,050,267
3033412. Familias Saludables Informadas Respecto de su Salud Sexual y Reproductiva	9,239,739	15,684,333	12,797,698	14,311,204	30,282,212	64,076,534	64,076,534	64,076,534
Total general	**941,684,359**	**1,791,249,429**	**1,393,146,399**	**1,485,311,396**	**1,468,283,072**	**1,821,679,727**	**1,821,679,727**	**1,821,679,727**

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	Adolescente	5000058	Brindar servicios de salud para prevención de embarazos a adolescentes	150	Adolescente Atendido	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	53220	Adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo.
	3000879	Adolescente con atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales.	150	Adolescente	5006271	Administrar Suplemento de Hierro y Acido Folico a Adolescente	086	Adolescente Suplementada	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	0289982	Administrar suplemento de hierro y ácido fólico a adolescente

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
	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
	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	087	Persona Atendida	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	016	Caso Tratado	5000044	Brindar atención a la gestante con complicaciones	016	Caso Tratado	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

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
	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	628	Puérpera Atendida	20	Salud	044	Salud Individual	0296	Atención médica básica	33298	Atención del puerperio
	3033299	Atención del Puerperio con Complicaciones	016	Caso Tratado	5000049	Atender el puerperio con complicaciones	016	Caso Tratado	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33299	Atención del puerperio con complicaciones
	3033300	Atención Obstétrica en Unidad de Cuidados Intensivos	016	Caso Tratado	5000050	Atender complicaciones obstétricas en la unidad de cuidados intensivos	016	Caso Tratado	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	016	Caso Tratado	5000054	Atender al recién nacido con complicaciones	016	Caso Tratado	20	Salud	044	Salud Individual	0297	Atención médica especializada	33306	Atención del recién nacido con complicaciones

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
	3033307	Atención del Recién Nacido con Complicaciones que Requiere Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - UCIN	016	Caso Tratado	5000055	Atender al recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales - UCIN	016	Caso Tratado	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, asi 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, mobilización 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, Price A.	Int J Technol Assess Health Care. 2012	Modelo económico basado en revisiones sistemática s, datos epidemioló gicos de infecciones de transmisió n sexual	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 incremento de la costo-efectividad de las	A2

				(ITS) y análisis de costos.		intervenciones dirigidas por pares y dirigida por el docente fueron de □24.268 y □ 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

	Education for contraceptive use by women after childbirth.	Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Chen M.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de intervenciones educativas para mujeres puérperas en uso de anticonceptivos. Tipos de intervenciones en general: sesión en hospital antes del alta, consejería anticonceptiva estructurada y consejería informal. Tipos de intervenciones en adolescentes: visitas domiciliarias, servicios en consultorios y consejería personalizada con seguimiento por teléfono.	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). 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).	A1
	Strategies for communicating contraceptive effectiveness.	Lopez LM, Steiner M, Grimes DA, Hilgenberg D, Schulz KF.	Cochrane Database Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	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.	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. En estudios que brindaron una sesión y se enfocaron en pruebas de material educativo o de medios de comunicación: En un estudio, el aumento de los conocimientos fue mayor con una presentación con diapositivas y sonidas,	A1

						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	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. 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 embarazo.	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. 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. Existe moderada evidencia que apoya la combinación de educación y demostración del uso de preservativos para estimular el uso del preservativo en adolescentes	A2
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 oxitoxina profiláctica a cualquier dosis para prevenir la hemorragia post-parto (HPP) y otros resultados adversos maternos relacionados con al tercer periodo del trabajo de parto.	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% 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).	A1
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, 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.	A1
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.	Suplementación con dosis alta de calcio (>= 1 g/día): 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-	A1

						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). Suplementación con dosis baja de calcio (<1g/día): 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%	A1

						0.01-0.60) y nimodipino (RR 0.33, IC 95% 0.14-0.77).	
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 its complications.	Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF.	Cochrane Database Syst Rev. 2007	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad y seguridad de los antiagregantes plaquetarios (dosis bajas de aspirina o dipiridamol) para mujeres en riesgo de desarrollar pre-eclampsia.	Se observó una reducción de 17% en el riesgo de pre-eclampsia asociada con el uso de 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).	A1
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 sindrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo conteo de plaquetas) (RR 0.20, IC 95% 0.05-	A1

						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 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. Existe información insuficiente para obtener conclusiones confiables.	
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 asociaciaron 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 of mortality effect.	Blencowe H, Cousens S, Mullany LC, Lee AC, Kerber K, Wall S, Darmstadt GL, Lawn JE.	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 y tétanos.	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 cordón (30%, IC 95% 20-39) y tétanos	A1

					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	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 práticas 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 signficativa 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 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	A1

						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 weeks' gestation for improving pregnancy outcome.	Buchanan SL, Crowther CA, Levett KM, Middleton P, Morris J.	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 complicadas con ruptura prematura de memebranas antes de las 37 semanas de gestación.	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 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).	A1

						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 políticas, capacitación de trabajadores de salud, reorganización de servicios de salud. Intervenciones dirigidas a la comunidad: campañas de medios de comunicación, mobilización social, Información-Educación-Comunicación, incentivos financieros, intervenciones de cambio de comportamiento.	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 visitas 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, tampoco en la proporción de mujeres que recibieron vacunas de tétanos. Comparación entre dos o más intervenciones vs no intervención: 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.	A1

	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.	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). 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.	A1
	Do antenatal care interventions improve neonatal survival in India?	Singh A, Pallikadavath S, Ram F, Alagarajan M.	Health Policy Plan. 2014	Análisis multivariado	El objetivo del estudio fue investigar la asociación entre las intervenciones de Control Pre Natal (CPN) y la mortalidad neonatal en India. El CNP incluyó: al menos cuatro visitas prenatales, consumo de 90 o más tabletas de ácifo fólico(AF), y la aplicación de inyecciones de dos o más toxoides tetánico (TT).	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 lso 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 sifilis 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 estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de 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	A2

						lo general mejoran la utilización de servicios de salud, pero el efecto contrario también se documentó.	
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-conceptional 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 pregnancy.	Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión Sistemática y meta-análisis	El estudio buscó evaluar los efectos de la suplementación de hierro oral diaria para mujeres gestantes, tanto solo o con ácido fólico, u otras vitaminas y minerales.	Efectos significativos: anemia materna a término (RR 0.30, IC 95% 0.19-0.46), anemia 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.	A1
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, mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, riesgo de parto por cesárea.	A1

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 balanceda 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 undernourished pregnant women and child physical growth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.	Stevens B, Buettner P, Watt K, Clough A, Brimblecombe J, Judd J.	Matern Child Nutr. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión busco identificar el efecto de la suplementación proteico-energética balanceada durante la gestación, en mujeres desnutridas, en el crecimiento infantil en países de medianos y bajos ingresos, e identificar la importancia de orientar las	Efectos significativos: peso de nacimiento (diferencia promedio estandarizada: 0.20, IC 95% 0.03-0.33, p=0.02). Efectos no significativos: talla de nacimiento, perímetro cefálico del nacimiento.	A1

					intervenciones específicas a distintos contextos económicos.		
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 pre-término, 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 (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions	Barros FC, Bhutta ZA, Batra M, Hansen TN, Victora CG, Rubens CE; GAPPS Review Group.	BMC Pregnancy Childbirth. 2010	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue evaluar intervenciones para prevenir parto pretérmino y muerte fetal, en países de medianos y bajos ingresos.	Dos intervenciones previenen los partos pre-término: Dejar de fumar y progesterona. Ocho intervenciones previenen muerte fetal: Suplementación calórico-proteica equilibrada, diagnóstico y tratamiento de sífilis, tratamiento profiláctico intermitente para malaria durante gestación, redes tratadas con insecticidas para mosquitos,	A2

						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 Systematic Reviews.	Lassi ZS, Middleton PF, Crowther C, Bhutta ZA.	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 específicas para aumentar la supervivencia infantil.	Se identificaron como intervenciones efectivas para reducir la mortalidad neonatal y infantil fueron: Corticosteroides prenatales para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria neonatal en infantes pre-término, inicio temprano de lactancia materna, cuidado higiénico del cordón	A2

						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 meces de edad. 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.	
Administración 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	Revisión sistamética y	La revisión buscó evaluar los beneficios y daños de la progesterona para la prevencion de nacimiento pre-término en	Progesterona estuvo asociado con una reducción significativa en el riesgo de mortalidad perinatal (RR 0.50, IC 95% 0.33-0.75), nacimiento pre-término menor de 34	A1

	birth in women considered to be at risk of preterm birth.	Cincotta R, Crowther CA.	Syst Rev. 2013	meta-análisis	mujeres consideradas en riesgo de tener recién nacidos pre-término.	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	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	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	A1

	morbidity in very low birthweight infants.				largo plazo en infantes con muy bajo peso al nacer; y considerar el efecto de la vía, dosis y tiempo de suplementación	semanas postmenstruales de edad (RR 0.87, IC 95% 0.77-0.98). 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 incremente algunos indicadores antropométricos, de lactancia materna, o acercamiento madre-hijo. No se encontraron diferencias significativas entre infantes MMC y controles en	A1

						trastornos del neurodesarrollo o neurosensoriales a una año de edad corregida.	
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 corticoesteroides a la madre antes de parto prematuro previsto.	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 (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: a systematic review and meta-analysis.	Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N.	Acta Paediatr Suppl. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue brindar evidencia integral de los efectos de 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.	Mayores tasas de Inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y lactancia 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).	A1
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 N.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	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 infecciones en recién nacidos prematuros o a término en el ámbito hospitalario y comunitario.	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% 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).	A1
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 fototerapia para la ictericia.	A1
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.	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). Efectos no significativos: hemorragia intraventricular severa y leucomalacia periventricular. 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)	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-Moreno S.	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
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	A1

						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.	
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 in preterm infants.	Rojas-Reyes MX, Morley CJ, Soll R	Cochrane Database Syst Rev. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue comparar el efecto de la administración profiláctica del surfactant con el tratamiento con surfactant para estabilizar syndrome de dificultad respiratoria (SDR) en permaturos en riesgo de SDR.	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 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.	A1
presión positiva continua en la vía aérea para manejo de bebes 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	Ho JJ, Subramania	Cochrane Database	Revisión sistemát	El objetivo de la revision fue determiner el efecto de la presión	Presión de distensión continua (CDP) se asocia con un menor riesgo de fracaso del	A1

	respiratory distress in preterm infants.	m P, Davis PG.	Syst Rev. 2015	ica y meta-análisis	de distension 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.	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).	

INTERVENCIONES PARA CAUSAS SUBYACENTES DE MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL

Intervenciones de Agua, Saneamiento e Higiene							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de 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	C3

						a usuarios se mantuvo en algunos establecimientos de salud hasta por tres años.	
	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, Wannemuehler 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 with antenatal services on hygiene practices of pregnant women in Malawi.	Sheth AN, Russo ET, Menon M, Wannemuehler K, Weinger M, Kudzala AC, Tauzie B, Masuku HD, Msowoya TE, Quick R.	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 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 la primera atención prenatal después de la implementación del programa.	Las participantes del programa tuvieron mayor conocimiento de los procedimientos de tratamiento de agua (62% vs 27%, p< 0.0001), 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 atenciones prenatales, el 76% dieron a luz en establecimientos de salud y el 54% tuvieron un control post-natal.	C3
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.	Las intervenciones de consejería demostraron un efecto significativo comparado con la atención usual (RR 1.44, IC 95% 1.19-1.75). 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). Las intervenciones de apoyo social parecen ser efectivas cuando se brindan por pares (RR 1.49, IC 95% 1.01-2.19). 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 (RR 0.82, IC 95% 0.70-0.96), y de	A1

						niños nacidos con bajo peso (RR 0.82, IC 95% 0.71-0.94).	
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.	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. El mayor efecto parece alcanzarse con los programas que directamente retirar la cuota de usuario para acceso a servicios de salud.	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	Lassi ZS, Bhutta ZA.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de paquetes de intervenciones de base comunitaria en reducir la morbilidad y mortalidad materna y	Efectos significativos: Reducción de mortalidad materna (RR 0.80; IC 95% 0.64-1,00), morbilidad materna (RR 0.75, IC 95% 0.61-0.92),	A1

	improving neonatal outcomes.			meta-análisis	neonatal, y en mejorar los resultados en neonatos. 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.	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). 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). Efectos no significativos: Referencias por morbilidad materna, búsqueda de atención en salud por morbilidad materna, suplementación de hierro/ácido fólico, asistencia de personal especializado en el parto.	
2	Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious	Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE,	Cochrane Database Syst Rev. 2010	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de las intervenciones con personal de salud comunitario en la atención primaria y comunitaria de salud en salud materna e infantil y el manejo de las enfermedades infecciosas.	Efectos significativos: Incremento en promover la captación de vacunación infantil RR 1,22; IC del 95%: 1,10 a 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	A1

	diseases	Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB				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; Integrated Management of Neonatal and	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

		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**
	Gllobal 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	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 cardiaca (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%	C2

		Health Research Network.				3.5-4.1), y nacimiento pretérmino (ORa 2.8, IC 95% 2.7-3.0).	
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	B3

						para las que lo presentan más tardiamente. En general, las mujeres con pre-eclampsia después de 34 semanas tienen en general buenos resultados maternos y fetales en una unidad equipada 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	Knowles SJ, O'Sullivan	BJOG. 2015	Sistematización de	El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de	La tasa de sepsis fue de 1.81 por 1000 gestantes. Sepsis fue más frecuente entre	C4

	outcome for mother and fetus: a prospective study.	NP, Meenan AM, Hanniffy R, Robson M.		registros administrativos con estadística descriptiva	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, resistencia a los antibióticos, y revisar los resultados maternos, fetales y neonatales.	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 parte, 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 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	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 gestacion (67.1%). Las mujeres que murieron eran más jóvenes, con mayor frecuencia sin pareja, y tenína 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	C4

		Research Network.				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 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 Africa.	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	Chan GJ, Lee AC, Baqui AH,	BMC Infect Dis. 2015	Revisión sistemátic	El objetivo de la revisión fue describir la prevalencia de transmisión vertical, es decir,	La prevalencia de infección neonatal de aparición temprana confirmada por laboratorio entre los recién nacidos de	A1

	mothers with bacterial infection or colonization: a systematic review and meta-analysis.	Tan J, Black RE.		a y meta-análisis	el porcentaje de recién nacidos con infección neonatal entre los recién nacidos expuestos a infección materna.	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 confirmadapor laboratorio entre los recién 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 multivariado	El objetivo del estudio fue explorar la posible asociación entre la infección genito-urinaria materna durante la gestacion 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 estadisticamente 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 un riesgo incrementado de PEG. La raza blanca, educación materna, diabetes mellitus y año de nacimiento más reciente estuvieron asociados con un menor riesgo.	C2
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	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%	A1

		Synthesis Group.				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).	
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 updated systematic analysis.	Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, Cousens S, Mathers C, Black RE.	Lancet. 2015	Análisis multivariado	El objetivo del estudio fue estimar las distribuciones de las causas de mortalidad infantil separadamente para neonatos e infantes entre 1 – 59 meses de edad.	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). 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).	C2
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 Term Newborns in a Tertiary Care Hospital.	Nauman Kiyani A, Khushdil A, Ehsan A.	Iran J Pediatr. 2014	Sistematización de registros administrativos con estadística descriptiva	El objetivo del estudio fue determinar los factores perinatales que conducen a la asfixia al nacer entre los recién nacidos en un hospital de tercer nivel.	De los 196 casos, 125 (64%) fueron varones y 71 mujeres (36%). La edad materna promedio 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 estadío 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	C4

						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 (OR8.7, 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	Al-Riyami N, Al-Shezawi F, Al-Ruheili I, Al-Dughaishi T,	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	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	B3

	Membranes (Mid-Trimester PROM).	Al-Khabori M.			que ocurre antes de 26 semanas de gestación).	fue la mayor causa de muertes. Las complicaciones neonatales entre los niños sobrevivientes incluyeron prematuridad (46%), sindrome 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.	
	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 gestación o más. Similarmente, los nacimientos pretérminos indicados estuvierons 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	B3

						indicados estuvierons 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 sindrome 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: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study.	Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E, Derman RJ, Patel A, Saleem S, Pasha O,	Reprod Health. 2015	Estudio de cohorte	El objetivo del estudio fue determinar si las madres adolescentes tiene mayor riesgo de resultados adversos maternos o perinatales comparados con madres de 20 a 24 años de edad en un estudios observacional poblacional prospectivo de	Comparados con las mujeres adultas, las adolescentes no presentaron mayor riesgo de 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	B3

		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.			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.	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 mother as comparison.	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 riesgo de mortalidad de niños menores de 5 años comparado con los intervalos de referencia (OR 0.59, IC 95% 0.52-0.67). Cuando las asociaciones fueron estratificadas según la fertilidad de la	C2

						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.	
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	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. Edad materna temprana es definida como edad ginecológicamente baja (<= 2 años desde la menarquia) o como una edad cronológica <= 16 años a la concepción o parto.	El riesgo de anemia fue mayor entre las gestantes adolescentes < de 17 años de edad (OR 1.36, IC 95% 1.24-1.49). 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 pre-término y una gestante de edad temprana (OR 1.68, IC 95% 1.34-2.11).	A1

						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 insersión 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 epidemiolígica 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 significtivas de los estudios caso-control (Bajo peso al nacer: OR 1.35, IC 95% 1.08-1.68; Parto prematuro:	A1

						OR 2.47, IC 95% 2.19-2.77) y transversales (Parto permaturo 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 (admisiones UCIN: RR 1.76, IC 95% 1.68-1.84),	A1

						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 asociacoón 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 retrospectio	El objetivo del estudio fue describir el patrón de supervivencia niños nacidos con anomalías congenitas.	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 sobrevivencia a los 5 años de edad, fue significativamente más baja en los niños con anomalías cromosómicas (48%) comparados con los defectos de tuvo 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	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	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).	C2

		Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network.			establecimientos de salud de 29 países.	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: 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). 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).	
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	A2

						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.	
	Determinantes que influem no acesso e uso dos serviços reprodutivos em populações rurais na comunidade andina da América do Sul: uma revisão sistemática	Carmona Clavijo. G.	Tesis de Magister 2012	Revisión sistemática	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	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.	A1
	Proximity to health services and child survival in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.	Okwaraji YB, Edmond KM.	BMJ Open. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	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	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	A1

					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 (0-59 meses)	1.18, IC 95% 1.0-1.38) y niños menores de 5 años (OR 1.20, IC 95% 1.04-1.39).	
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 pércapita, 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 tase 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 placenta o duración de la gestación.	A1
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	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

		Group (anaemia).					
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.	Zimmermann 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 severe 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	A1

						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.	
	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, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, Black RE.	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 amamantados (RR:1.92, IC 95% 0.79-4.68).	A1
	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	A2

						todas las causas no fue distinto entre los que iniciaron lactancia temprana o tardía (RR:0.69, IC 95% 0.27-1.75).	
	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