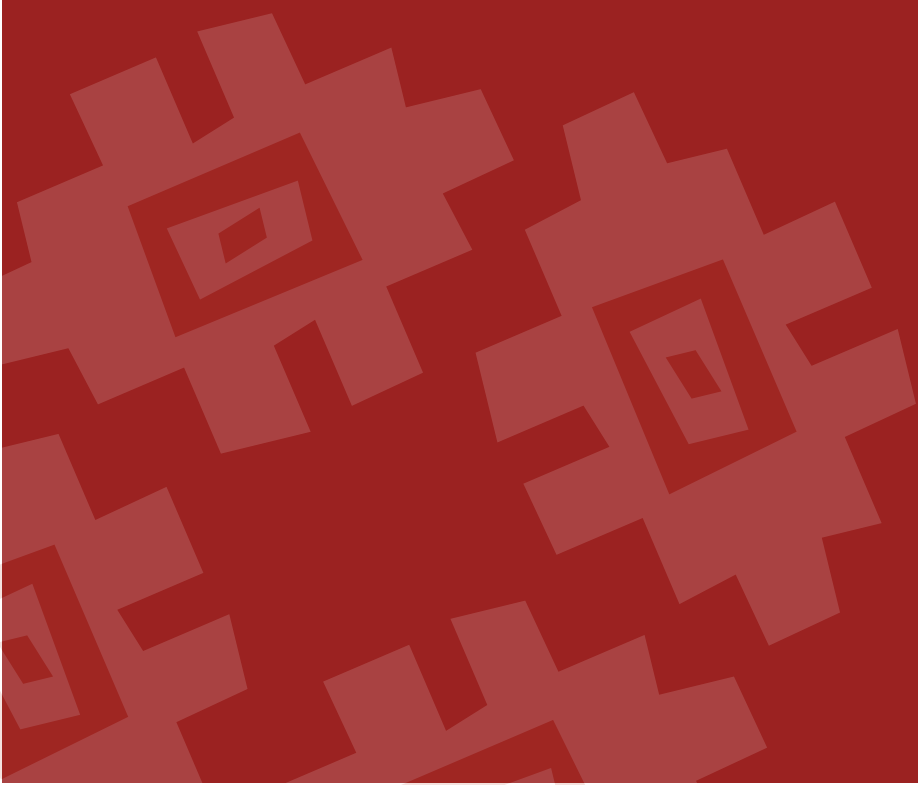


PROGRAMA ESTRATÉGICO SALUD MATERNO NEONATAL





1. Antecedentes

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

En países subdesarrollados como el nuestro, la mortalidad materna es 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afecta principalmente a las mujeres pobres, y más vulnerables. Estos índices de mortalidad demuestran la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres². Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existente entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

A principio de los años 80, se comenzó a prestar atención a la situación de morbilidad y mortalidad materna en los países de menor desarrollo. La Conferencia de Nairobi en 1987 produjo la primera movilización mundial a favor de una maternidad segura. La estrategia adoptada incluyó 15 acciones, de las cuales sólo las cuatro últimas estuvieron vinculadas a salud.

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



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

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 Factbook, World Health Organization, Geneva, 1991



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

Su magnitud	La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año, en el mundo, fallecen 585 000 mujeres debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Una de las características cruciales de la muerte materna es el que la mujer corre riesgo de muerte en cada embarazo, y este es un riesgo que la acompaña durante buena parte de su vida.
Su naturaleza epidemiológica	Hay similitud en las hemorragias, infecciones e hipertensión inducida por el embarazo; Causan que provocan la moratalidad materna tanto en países desarrollados como en países en desarrollo La diferencia radica en que en países desarrolla- dos 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 planifi- cación 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.

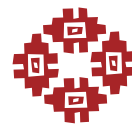
Uno de los principales problemas para conocer la real magnitud de la mortalidad neonatal, para definir y priorizar el problema, y decidir intervenciones, es la falta de datos y mala calidad de los que están disponibles.



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.

1.1 Situación de la mortalidad materna

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



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

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

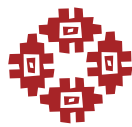


En el 2000, la mortalidad materna fue del orden de 185 casos por cada 100 mil nacidos vivos³; lo que representa aproximadamente 1258 muertes anuales. Esta causa de mortalidad materna está considerada según los estándares internacionales como “muy alta”, ya que supera los 150 por cada 100 mil nacidos vivos.



La Oficina General de Epidemiología del MINSA realizó estimaciones para el año 2001 a nivel nacional y por departamentos, combinando tres fuentes de datos. De acuerdo con el documento que se publicó a partir de ellas, la razón de mortalidad materna a nivel nacional ascendía a 168 por cada 100 mil nacidos vivos, mostrando amplias variaciones entre departamentos. Por ejemplo, en Puno, el riesgo de morir de una mujer durante el momento del parto es siete veces mayor que en Ica. (Ver tabla siguiente)

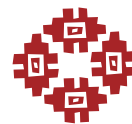
³ Este valor corresponde a los 10 años previos a la encuesta, es decir al periodo 1990-2000.



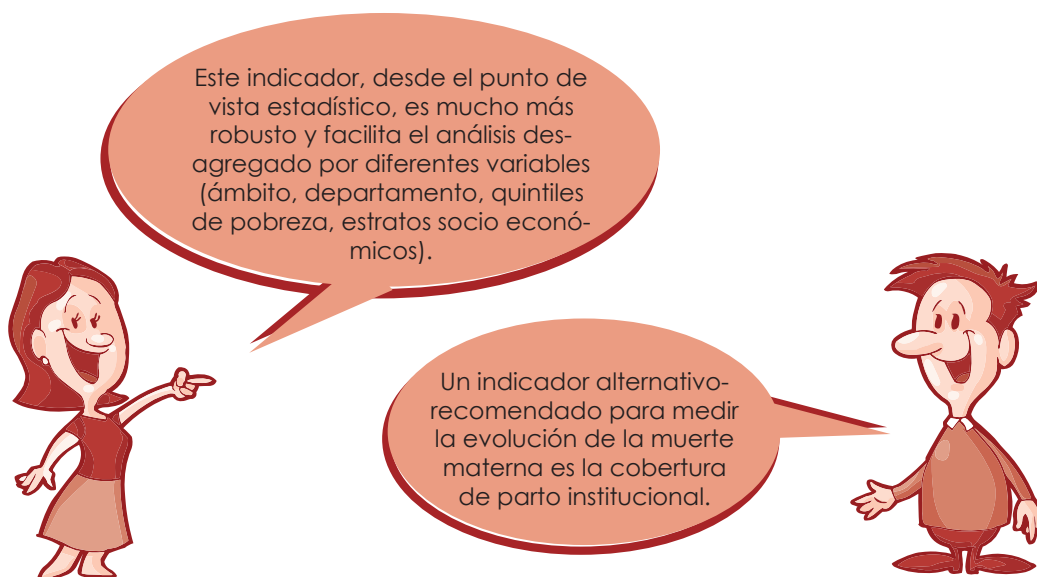
Cuadro 1. Estimaciones de la Razón de Mortalidad Materna al 2001. Perú

Orden	Departamento	Razón de mortalidad materna (por cien mil nacimientos vivos)	Veces respecto ICA	Mujeres en edad fértil	% Acumulado de MEF	% Acumulado de muertes maternas	Pobreza extrema 2003-2004
1	Puno	332,5	7	300 460	4	11	47,1
2	Ayacucho	299,7	6	120 225	6	15	34,8
3	Cajamarca	285,9	6	336 312	11	27	41,2
4	Huanuco	281,0	6	189 006	14	33	56,0
5	Cusco	274,8	6	283 896	18	42	21,7
6	Amazonas	255,9	5	92 699	19	45	35,8
7	Apurímac	246,3	5	95 371	21	48	33,0
8	Huancavelica	229,0	5	94 877	22	51	73,6
9	Madre de Dios	211,1	4	23 468	23	52	7,2
10	Pasco	206,5	4	62 746	23	53	24,4
11	Loreto	188,8	4	201 946	26	58	40,3
12	La Libertad	181,8	4	387 391	32	64	18,4
13	Piura	181,8	4	401 375	38	71	21,8
14	Ancash	180,7	4	259 732	42	76	28,8
15	San Martín	162,8	3	172 967	44	79	24,4
16	Junín	162,7	3	307 720	49	84	22,1
17	Moquegua	151,3	3	42 281	50	84	6,6
18	Lambayeque	143,6	3	294 579	54	88	9,9
19	Ucayali	121,4	3	109 938	55	89	41,4
20	Tumbes	88,0	2	52 262	56	90	2,4
21	Tacna	71,1	1	82 929	57	91	8,1
22	Arequipa	71,0	1	291 375	62	92	10,5
23	Callao	64,1	1	221 816	65	99	4,0
24	Lima	53,1	1	2 199 971	97	100	4,4
25	Ica	48,5	1	179 898	100		2,7
	Perú	168,3		6 805 040			

Fuente: Oficina General de Epidemiología.

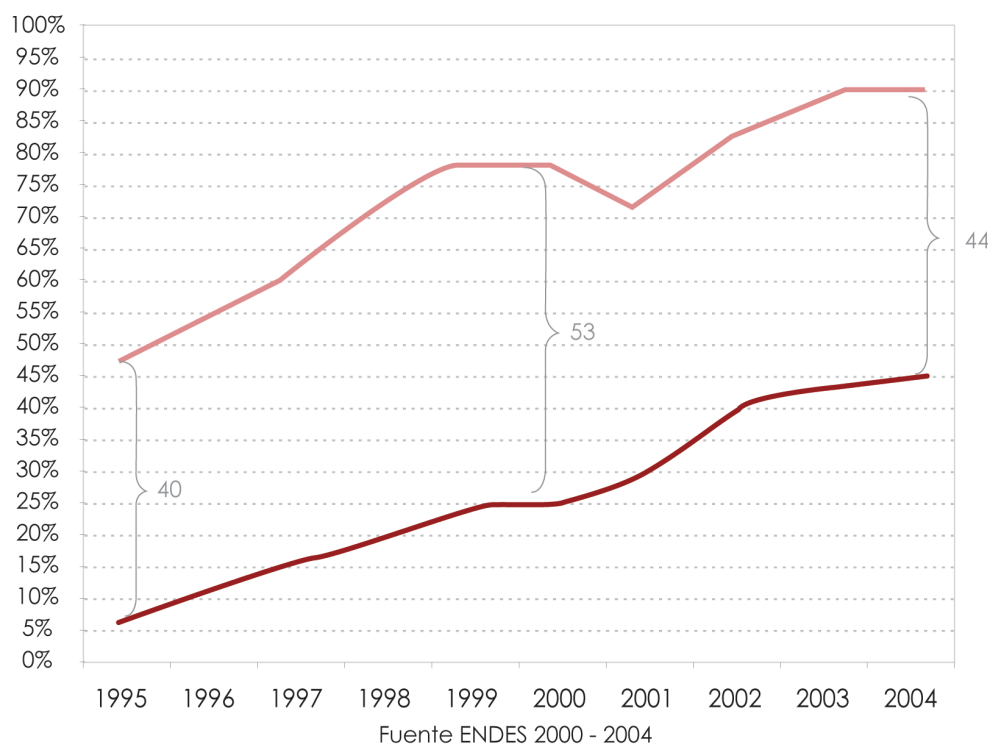


La razón de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos, es el mejor indicador para medir el riesgo de morir que experimenta una mujer cuando se expone al embarazo y al parto. Sin embargo, es un indicador que tiene serias limitaciones de tipo estadístico para hacer un monitoreo anual, así como análisis desagregados por ámbito, nivel socioeconómico y departamentos.

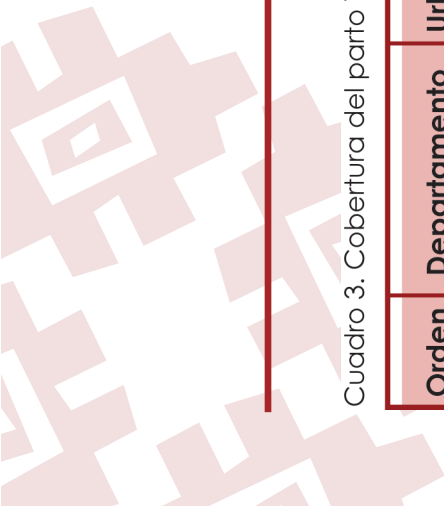


En el gráfico siguiente, se muestra la tendencia en la cobertura del parto institucional, según ámbito urbano (línea superior) y rural (línea inferior). En ambos casos, la tendencia es creciente, siendo lo más resaltante la evolución que presenta la brecha urbano-rural. En 1995, la brecha fue de 40 puntos, se amplió en el 2000 a 53; y se redujo en el 2004 a 44 debido al mayor incremento de la cobertura en la zona rural.

Cuadro 2. Evolución de la cobertura del parto institucional⁴ 1995-2004.



⁴ Parto institucional: se ha considerado a todos los partos que fueron atendidos en establecimientos de salud sean privados o públicos. La encuesta ENDES pregunta por la atención de partos en los cinco años previos a la encuesta, eso permite reconstruir la tendencia desde el año 1995 hasta el 2004.

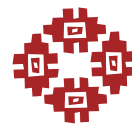


Cuadro 3. Cobertura del parto institucional por departamentos en el año 2004, en el Perú

Orden	Departamento	Urbano	Rural	Brecha	Pobreza extrema (%)	Ruralidad (%)	Gestantes rurales	(%) Acumulado gestantes rurales
1	Huancavelica	64,6	17,0	47,6	73,6	75,3	11 226	4,3
2	Cajamarca	90,0	25,8	64,3	41,2	74,7	37 958	18,9
3	Huánuco	83,3	33,2	50,2	56	63,1	17 265	25,6
4	Amazonas	72,6	38,7	33,9	35,8	63,0	10 269	29,5
5	Apurímac	100,0	90,9	9,1	33	62,9	10 585	33,6
6	Puno	77,0	17,3	59,7	47,1	62,1	23 328	42,5
7	Cusco	93,3	59,2	34,0	21,7	56,4	21 130	50,7
8	Ayacucho	87,3	60,1	27,3	34,8	54,3	9 730	54,4
9	Pasco	81,2	44,8	36,5	24,4	50,9	4 141	56,0
10	Ancash	100,0	45,3	54,7	28,8	44,9	14 419	64,6
11	Junín	89,2	39,3	49,9	22,1	38,5	13 668	66,8
12	Loreto	65,9	17,1	48,8	40,3	37,6	14 068	72,2
13	Madre de Dios	83,7	62,8	20,9	7,2	37,5	1 366	72,7
14	San Martín	88,0	37,5	50,6	24,4	36,0	9 717	76,5
15	Ucayali	94,0	21,0	72,9	41,4	34,0	5 752	78,7
16	Piura	88,0	25,8	62,2	21,8	33,9	17 405	85,4
17	La Libertad	89,5	13,3	76,2	18,4	30,1	13 399	90,5
18	Lambayeque	98,5	33,3	65,1	9,9	24,9	8 081	93,6
19	Moquegua	100,0	49,3	50,7	6,6	23,1	845	94,0
20	Ica	98,8	93,8	5,0	2,7	18,3	3 403	95,3
21	Arequipa	88,2	61,9	26,3	10,5	17,0	4 568	97,0
22	Tumbes	95,3	83,9	11,4	2,4	16,0	939	97,4
23	Tacna	91,9	83,4	8,5	8,1	11,9	925	97,8
24	Lima	95,9	80,0	15,9	4,4	3,1	5 838	100,0

Fuente: ENAHO 2004, Proyecciones de población OEI MINSA

La tabla siguiente muestra la distribución del parto institucional por ámbito urbano-rural y por departamentos. Se puede observar que el 54,4% del total de gestantes rurales del país se concentra en Huancavelica, Huánuco, Amazonas, Apurímac, Puno, Cusco y Ayacucho.



En los últimos siete años, las principales causas de mortalidad materna casi no se han modificado. Así, los datos reportados por las Direcciones de Salud (DISAs) para el año 2003 indican que el mayor número de muertes ocurrió en los departamentos de Cusco, Huancavelica, Lima ciudad y Puno; y éstas se debieron a:

- ❖ Las hemorragias son la primera causa de muerte materna, del año 1997 al 2003 ha variado el porcentaje del 48% al 43%, respectivamente.
- ❖ La hipertensión, inducida por el embarazo, es la segunda causa de muerte materna; en 1997 fue responsable del 16 % de muertes y en el 2003 del 14%.
- ❖ Las infecciones constituyen la causa que mayor descenso ha experimentado; en 1997 causaron 13 % de las muertes maternas, para el 2003 representó el 8 % de la mortalidad materna.
- ❖ Abortos, los porcentajes han permanecido casi inalterables entre 1997 y el 2003, siendo el 7 y 8 % respectivamente.

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.

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
- Malnutrición
- Vías de comunicación en mal estado
- 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.



Planificación familiar, es una de las estrategias que permiten disminuir tanto la mortalidad materna como la fetal, en la medida que evitan embarazos no deseados, y reducen el porcentaje de abortos en condiciones de riesgo.



La ENDES 2000 señala que en nuestro país:

- ✚ Casi todas las mujeres conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo, siendo los más conocidos, la píldora (95 %) y la inyección (96 %).
- ✚ Los menores porcentajes de usuarias de métodos anticonceptivos se encuentran en el área rural, en los departamentos de Huancavelica y Ayacucho, donde apenas la mitad de mujeres usa algún método anticonceptivo.
- ✚ Una de cada diez mujeres en unión conyugal tiene necesidad no atendida de planificación familiar. La mayor parte de la necesidad es para limitar el tamaño de la familia, la misma que es más frecuente en mujeres del área rural (15 %) y en los departamentos de Ayacucho (19 %) y Huancavelica (22 %). En Lima Metropolitana, la necesidad asciende al 7 %.
- ✚ El 88 % de la demanda total de planificación familiar puede considerarse como demanda satisfecha, dado el alto porcentaje de uso de los métodos. Este porcentaje es mayor entre las mujeres que residen en Lima Metropolitana y los departamentos de Arequipa, Ica, Tacna, Tumbes, Junín, Moquegua, donde más del 91 % de la demanda puede considerarse satisfecha.

1.2 Situación de la mortalidad fetal y neonatal

La tasa de mortalidad perinatal en el Perú, según ENDES 2000, es de 23.1 por 1000 nacidos vivos, lo cual significa que por cada muerte materna ocurren 12 muertes perinatales⁵; y se estima que por cada recién nacido que muere, existe un mortinato (muerte neonatal).

Algunos datos del año 2001:

- ✚ El 50,76 % (3260) de las muertes perinatales registradas correspondieron al periodo fetal, y 49,24 % (3984) al neonatal precoz.
- ✚ El 74,54 % (2430) de muertes fetales se produjeron en el anteparto y el 47,6 % (1554) en fetos que pesaron 2500 o más gramos.
- ✚ Del total de fetos muertos, el 15,30 % (499) pesaron menos de 1000 gramos.
- ✚ El 79,36 % (3162) fueron muertes precoces; es decir, ocurrieron en la primera semana de vida.
- ✚ El 58,4 % (1874) de la mortalidad neonatal precoz se produjo dentro de las primeras 24 horas de vida, así mismo representó el 47 % del total de muertes neonatales.
- ✚ El 44,3 % (1766) del total recién nacidos pesaron 2500 gramos o más; y el 10,26 % (409) de muertes neonatales ocurrieron en neonatos que pesaron al nacer menos de 1000 gramos.

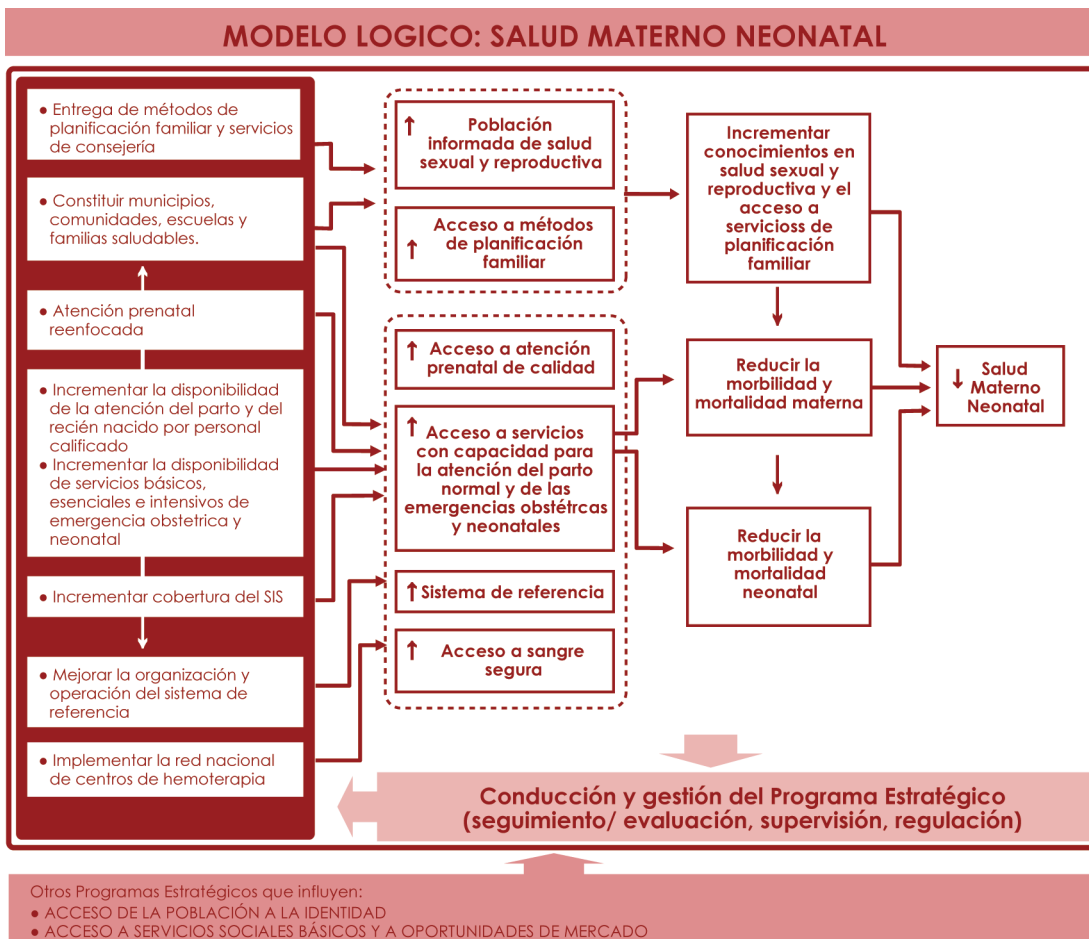
⁵ La muerte perinatal contempla la muerte del neonato y del mortinato (muerte fetal).



Con relación a las causas de mortalidad neonatal, la asfixia constituyó la primera causa de muerte neonatal en el año 2001, representando el 30,5 % (1216) de todas las muertes, los síndromes de dificultad respiratoria contribuyeron con el 27,45 % (1094), las infecciones con 19,8 % (788), y las malformaciones congénitas ocuparon el cuarto lugar con 11,89 % (474).

Causas de mortalidad neonatal	
Primera Asfixia	30,5 % (1216)
Segunda Síndromes de dificultad respiratoria	27,45 % (1094)
Tercera Infecciones	19,8 % (788)
Cuarta Malformaciones congénitas	11,89 % (474)

2. Modelo Lógico del Programa





2.1 Causas de la mortalidad neonatal:

La OMS estima que en los países en desarrollo el 85% de las muertes recién nacidos se debe a infecciones que incluyen:

la sepsis (7%)
la neumonía (19%)
el tétanos (14%)

Otras causas de mortalidad neonatal son:

asfixia al nacer (21%)
traumas del parto (11%)
la prematuridad (10%)⁶.

De acuerdo a los registros administrativos (certificados de defunción), las causas de muerte neonatal más frecuentes son los trastornos respiratorios específicos del periodo neonatal (en las zonas rurales el 60% de las muertes neonatales ocurre por asfixia⁷), el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la sepsis bacteriana del recién nacido y las malformaciones congénitas.

Las complicaciones respiratorias, principalmente la asfixia, tienen dos principales factores causales:

- ✚ **el primero** (el más relevante) está directamente relacionado con la atención del parto, el parto y las complicaciones obstétricas. La duración de las complicaciones depende, principalmente, de la capacidad resolutoria de los servicios de salud, una larga duración incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Aquí tienen relevancia las infecciones intrahospitalarias.
- ✚ **el segundo** se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad, que son las patologías de fondo que incrementan el riesgo de las otras patologías que se presentan durante la etapa neonatal. Si bien, la prematuridad tiene su origen en el primer trimestre, el uso de corticoides puede disminuirla.

2.2 Causas de la mortalidad materna:

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

⁶ United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. Low Birth Weight. Report of a meeting. Dhaka, Bangladesh, 14-17 June 1999. Pojda J, Kelley L, editors. Nutrition policy paper N° 18. Geneva: ACC/SNC in collaboration with ICDDR. 2000

⁷ Oficina General de Epidemiología 1999-2002.



La hemorragia	¿Cómo se resuelve?
Específicamente la que se presenta en el postparto inmediato (24 horas postparto) Es la primera causa de muerte materna. El sangrado es muy rápido, no es posible predecirla y es de presentación súbita. En las poblaciones indígenas, aproximadamente el 25% de todas las muertes se deben a esta causa.	Debe brindarse atención inmediata, es decir, en menos de dos horas, incluyendo la administración de medicamentos para el control del sangrado, el masaje uterino para estimular la contracción y la transfusión de sangre. Ante la ausencia de atención, la probabilidad de fallecimiento de la gestante es del 100%.
La eclampsia ⁷	¿Cómo se resuelve?
Puede ser resultado de déficit de calcio o por exposición a infecciones durante el embarazo. Su aparición en el último trimestre del embarazo, conlleva al desarrollo de la complicación obstétrica de mayor letalidad para la madre. Se ubica entre la segunda o tercera causa de muerte materna.	La muerte por preeclampsia⁸ puede ser prevenida con un cuidadoso monitoreo durante el embarazo y por tratamiento con sulfato de magnesio. En caso avance a un grado de preeclampsia severa, cuando no responde a este tratamiento, la única opción para aliviar el cuadro de eclampsia es adelantar el parto, con lo cual se incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer.
Las infecciones	¿Cómo se resuelve?
Específicamente la sepsis, la cual es frecuentemente consecuencia de la inadecuada higiene durante el parto o de enfermedades de transmisión sexual no tratadas durante el embarazo. 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.	Es indispensable el uso de al menos una combinación de tres antibióticos. Se previenen de manera efectiva mediante la atención de un parto limpio o el tratamiento antibiótico de las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) durante el embarazo.
El parto obstruido	¿Cómo se resuelve?
Es difícil de predecir y requiere de la atención especializada. Cualquier gestante tiene una probabilidad de 15% de desarrollar complicaciones y al menos 5% de padecer de partos obstruidos. En promedio, esta complicación explica alrededor del 8% de muertes maternas.	Requiere de servicios de mayor capacidad resolutive. Ante la inaccesibilidad física y económica, incrementa el riesgo de mortalidad materna y también del feto.



Las principales intervenciones contenidas en este Programa Estratégico se focalizan en tres momentos del ciclo de vida:

I) Antes del embarazo se propone:

Incrementar población con conocimientos en salud sexual y reproductiva, que accede a métodos de planificación familiar a través de :

- Constituir municipios, comunidades escuelas y familias saludables que promuevan, la salud sexual y reproductiva.
- Incrementar la disponibilidad y acceso a consejerías en salud sexual y reproductiva, y a métodos de planificación familiar.

II) Durante el embarazo y el parto se propone:

Reducir la morbilidad y mortalidad materna a través de:

- 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 es 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.
- Fortalecer el sistema de referencia en cuanto a su organización, operación y financiamiento.

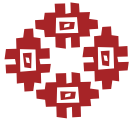
III) Durante el periodo neonatal (primeros 28 días del recién nacido) se propone:

Reducir la morbilidad y mortalidad neonatal a través de :

- 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.

PROGRAMA ESTRATÉGICO SALUD MATERNO NEONATAL ESTRUCTURA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA

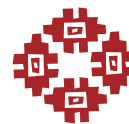
Programa Estratégico	Función	Programa	Superprograma	Actividad	Componente	Meta
2 Salud materno neonatal	14 Salud y Saneamiento	069 Salud materno neonatal	0198 Salud materno neonatal	1.043486 Conducciones de gestión de la estrategia	3.120143 Gestión de la estrategia	3.3243 Monitoreo, supervisión, evaluación y control
					3.120144 Regulación de la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal	3.3287 Desarrollo de normas y guías técnicas en salud materno neonatal
				1.043487 Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar	3.120145 Población informada en salud sexual y reproductiva	3.3288 Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva
						3.3289 Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva
						3.3290 Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva
						3.3412 Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva





Programa Estratégico	Función	Programa	Superprograma	Actividad	Componente	Meta
					3.120146 Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	3.3291 Población accede a métodos de planificación familiar
						3.3292 Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva
				1.043488 Reducción de la morbilidad y mortalidad materna	3.120147 Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidades reproductiva	3.3172 Atención prenatal reenfocada
						3.3294 Atención de la gestante con complicaciones
						3.3295 Atención del parto normal
					3.120148 Acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio, normal y complicado según capacidad reproductiva	3.3296 Atención del parto complicado no quirúrgico
						3.3297 Atención del parto complicado quirúrgico
						3.3298 Atención del puerperio
						3.3299 Atención del puerperio con complicaciones

					3.3300 Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos
				3.120149 Acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes	3.3301 Preinversión de la implementación de la red de centros de hemoterapia tipo I y tipo II
				3.120150 Acceso de gestantes a referencia y contrarreferencia materna y/o neonatal según capacidad resolutoria	3.3304 Acceso al sistema de referencia institucional
			1.043768 Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	3.120151 Acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal	3.3305 Atención del recién nacido normal
				3.120189 Acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutoria para atender complicaciones	3.3306 Atención del recién nacido con complicaciones
				3.120190 Acceso de neonatos a servicios de cuidados intensivos neonatales	3.3307 Atención del recién nacido con complicaciones que requieren unidad de cuidados intensivos neonatales - UCIN





3. Indicadores de seguimiento

Ámbito	Propósito: Mejorar la salud materno neonatal		Ob. Esp 1: Conducción de la gestión de la estrategia			Ob. Esp 2: Población con conocimiento en salud sexual	
	Razón de mortabilidad materna por 100 mil nacidos vivos	Tasa de mortabilidad neonatal por mil nacidos vivos	Proporción establecimientos acreditados como FONB (1)	Proporción establecimientos acreditados como FONE (2)	Proporción establecimientos acreditados como FONI (3)	Tasa global de fecundidad	Número de parejas protegidas
Periodo	2002	2000	2007	2007	2007	2004-2006	2006

Fuente Elaboración	Pub Minsa DGE	ENDES INEI	Reg Adm MINSA/DGSP	Reg Adm MINSA/DGSP	Reg Adm MINSA/DGSP	ENDES INEI
Nacional	163,9	23	6,1	1,1	0	2,6
Urbano		15				2,1
Rural		31				3,7
to						
Amazonas	253,7	25			0	3,9
Ancash	173,6	22	2,0	1,2	0	2,8
Apurímac	251,7	41			0	3,2
Arequipa	61,7	22			0	1,6
Ayacucho	304,7	29	2,0	1,4	0	3,6
Cajamarca	281,8	25			0	2,8
Callao	55,3				0	
Cusco	271,2	48	18,4	1,8	0	3,2
Huancavelica	238,5	43	4,5	0,3	0	4,8
Huanuco	284,3	36	21,6	0,8	0	3,4
Ica	41,7	11			0	2,6
Junín	164,7	20	1,8	1,6	0	3,0
La Libertad	186,6	27			0	2,8
Lambayeque	146,7	15			0	2,4
Lima	43,2	12	1,2	1,2	0	2,0
Loreto	180,1	23			0	4,2
Madre de Dios	203,9	12			0	2,9
Moquegua	148,3	13			0	2,0
Pasco	215,7	32	5,8	1,2	0	2,9
Piura	183,1	18	7,3	1,0	0	2,5
Puno	323,1	29			0	3,0
San Martín	140,3	23	5,0	0,6	0	2,8
Tacna	68,2	9			0	1,4
Tumbes	87,1	26			0	2,4
Ucayali	103,6	26	7,5	1,1	0	3,3



Ob. Esp 3: Reducción de la morbilidad y mortalidad materna				Ob. Esp 4: Reducción de la morbilidad y mortalidad materna		
Cobertura de parto Institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales		Cobertura de cesáreas gestantes procedentes de las zonas rurales		Proporción de neonatos complicados atendidos en EESS	Proporción de recién nacidos vivos atendidos en EESS	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas
2006	2004-2006	2006	2004-2006	2006	2004	2004

Reg Adm OGI	Reg Adm SIS	ENDES INEI	Reg Adm SIS	ENDES INEI	Reg Egresos OGEI	Cert Nacimiento OGEI	Cert Nacimiento OGEI
1.295.482	57,2	44,8	7,7	6,0	54,3	80,0	8,7
		N.A.	N.A.	N.A.			
		44,8	7,7	6,0			
26 448	51,5	40,6	7,9	3,7	92,1	60,2	14,6
50 640	73,6	37,9	7,2	6,2	34,5	69,0	7,0
22 069	74,5	79,8	7,0	4,2	84,0	90,9	5,7
53 202	65,0	40,6	17,4	1,9	19,7	93,8	5,0
49 441	69,2	58,0	5,2	5,5	69,4	80,5	3,7
86 149	57,7	35,2	6,7	4,1	78,5	50,5	3,8
37 630					65,0	97,8	5,7
58 841	62,1	51,5	6,1	3,7	62,9	87,8	30,5
20 547	57,0	42,8	4,7	3,9	81,1	57,6	7,1
61 198	59,1	36,9	4,4	2,5		67,1	30,0
32 885	58,3	88,9	25,8	27,1	39,0	88,4	3,8
60 355	55,1	49,1	10,9	3,0	67,8	65,8	6,4
62 591	53,6	22,5	8,6	5,4	82,4	75,6	4,3
43 163	43,4	55,6	14,9	16,2	35,9	75,4	27,6
273 050	50,4	73,8	22,5	10,9	55,2	96,2	4,5
48 543	36,7	13,8	8,4	0,4	62,8	77,4	6,6
7641	71,6	67,5	8,5	6,2	40,5	89,0	4,2
7541	68,1	71,0	10,9	23,3	44,6	93,2	5,4
18 067	50,4	53,2	12,4	4,4	95,7	82,3	6,4
110 547	40,0	54,0	10,7	13,5	81,2	63,5	12,9
40 146	70,6	27,2	5,2	5,7	53,1	43,7	6,1
54 660	61,7	56,4	7,1	7,4	58,0	75,4	4,9
18 114	67,0	82,8	22,6	35,5	22,2	92,0	3,8
14 799	58,6	88,7	52,2	30,8	64,3	88,7	4,5
37 187	35,1	36,6	9,5	4,7	64,5	79,9	5,7



Ámbito	Prod. 1.1: Gestión de la estrategia	Prod. 1.2: Regulación de la provisión de financiación de la atención materno neonatal	Prod. 2.1: Población informada en salud sexual y reproductiva	Prod. 2.2: Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Prod. 3.1: Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutiva	
	Proporción de establecimientos supervisados que proveen servicios de salud materna y neonatal	Número de normas sobre salud materna y neonatal promulgadas	Proporción de mujeres en edad fértil con conocimiento de algún método de planificación familiar	Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos	Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales	Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I trimestre
Periodo	2006	2006	2004-2006	2004-2006	2004-2006	2006

Fuente Elaboración	Sin fuente	Reg Adm DGSP	ENDES INEI	ENDES INEI	ENDES INEI	Reg Adm SIS	Reg Adm SIS
Nacional		11	99.7	8.1	73.3	15.6	96.8
Urbano			100	4.0	82.2		
Rural			99.2	7.2	60.6		
to							
Amazonas			100.0	5.5	63.7	21.0	85.5
Ancash			98.6	6.2	66.8	12.6	92.8
Apurímac			99.5	5.7	82.1	28.9	97.4
Arequipa			100.0	3.4	73.3	19.2	99.9
Ayacucho			99.6	5.2	66.4	18.0	95.1
Cajamarca			99.4	3.8	60.1	18.3	88.8
Callao						14.0	100.0
Cusco			99.0	6.1	78.0	24.5	98.9
Huancavelica			99.1	9.7	64.0	18.3	91.2
Huanuco			98.8	11.7	66.1	21.9	97.8
Ica			100.0	2.5	74.4	11.5	100.0
Junín			100.0	5.4	58.8	10.3	94.6
La Libertad			100.0	7.1	62.5	15.2	99.7
Lambayeque			100.0	4.5	71.8	17.0	99.7
Lima			99.9	4.2	86.8	10.9	100.0
Loreto			99.6	9.7	60.3	19.2	91.2
Madre de Dios			99.9	7.8	71.3	6.3	97.9
Moquegua			100.0	2.9	78.3	10.1	99.9
Pasco			100.0	3.6	65.1	7.8	89.2
Piura			100.0	4.3	74.5	17.5	97.4
Puno			99.0	4.9	57.9	8.4	96.6
San Martín			100.0	4.8	84.6	15.4	92.6
Tacna			100.0	3.8	84.3	21.5	100.0
Tumbes			100.0	2.6	82.3	20.2	100.0
Ucayali			100.0	6.2	72.9	8.2	95.9



Prod. 3.2: Acceso de gestantes a servicios del parto calificado y puerperio, normal y complicado según capacidad resolutive		Prod. 3.3: Acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes		Prod. 3.4: Acceso de gestantes a referencia y contra-referencia materna y/o neonatal según capacidad resolutive		Prod. 4.1: Acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal	Prod. 4.2: Acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutive para atender complicaciones neonatales	Prod. 4.2: Acceso de neonatos a servicios de ciudadanos intensivos neonatales
Proporción de partos atendidos en EESS que cumplen funciones obstétricas y neonatales	Proporción de partos complicados atendidos en EESS que cumplen funciones obstétricas y neonatales	Número de perfiles de inversión viables	Proporción de gestantes con diagnóstico de hemorragia que reciben transfusión de sangre segura	Proporción de gestantes con complicaciones referidas que fueron atendidas en EESS FONB, FONE, FONI	Proporción de neonatos complicados referidos que fueron atendidos en FONB, FONE, FONI	Porcentaje de atención institucional del RN	Proporción de neonatos complicados atendidos FONB, FONE, FONI	Proporción de neonatos complicados atendidos UCI
2006	2006	2007		2006	OGEI/SIS	OGEI/SIS	OGEI/SIS	2006

Reg Adm SIS	Reg Adm OGP	S/DGSP/OGE	SIS SIS	SIS			
92,0	0		35,9	92,0		8,0	2,51
	0						
	0						
	0						
97,8	0		16,9	97,8		9,4	0,00
95,7	0		34,0	95,7		8,5	2,87
97,7	0		47,8	97,7		9,8	0,00
99,8	0		58,6	99,8		8,7	0,02
93,0	0		34,1	93,0		7,0	5,92
99,7	0		24,0	99,7		5,7	0,00
100,0	0		49,4	100,0		6,2	0,52
99,9	0		27,4	99,9		8,1	10,17
94,2	0		22,0	94,2		5,3	0,00
98,5	0		34,2	98,5		7,8	0,00
100,0	0		27,1	100,0		5,7	5,27
95,6	0		40,8	95,6		8,4	0,68
99,0	0		30,8	99,0		8,8	4,73
100,0	0		44,9	100,0		10,8	0,00
76,3	0		49,3	76,3		7,1	5,70
96,9	0		21,9	96,9		10,2	0,46
100,0	0		44,5	100,0		9,5	0,00
100,0	0		44,7	100,0		15,3	0,00
99,2	0		35,9	99,2		25,2	0,00
99,9	0		12,9	99,9		7,9	0,00
98,6	0		50,4	98,6		7,3	0,00
98,7	0		20,5	98,7		5,6	3,26
99,7	0		34,9	99,7		12,7	3,36
100,0	0		8,3	100,0		5,3	0,00
95,8	0		39,8	95,8		7,6	0,00



4. Instituciones Que Ejecutan El Programa Y Presupuesto.

En el Programa Estratégico Salud Materno Neonatal se han previsto recursos por la suma de 343,9 millones de nuevos soles como fuente de financiamiento a nivel nacional, los que serán ejecutados por los Pliegos: Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud y Regiones.

4.1 Ministerio de Salud

Se han previsto 135,1 millones de nuevos soles para el Ministerio de Salud en el proyecto de presupuesto, con los que se espera:

- Dar el acceso a gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y atender las complicaciones de los mismos, mediante la atención de 69 675 partos normales, 14 257 partos complicados, entre otros.
- Tener una población informada en salud sexual y reproductiva para lo cual se trabajará con 81 Municipios, 125 Comunidades, 529 instituciones educativas y 5,084 familias.
- Lograr el acceso a sangre segura y sus componentes. En el Perú, el porcentaje de sangre almacenada es solo de 3,9%, cifra muy baja en relación a los estándares internacionales que sugieren mantenerla por encima del 50%. Como ya se mencionó anteriormente, en nuestro país la principal causa de muerte en la mujer gestante son los eventos hemorrágicos que causan el 40% de los decesos.
- Elaborar 16 guías técnicas en salud materno neonatal para mejorar la atención y efectuar el monitoreo, supervisión, evaluación y control de la nueva estrategia del presupuesto por resultados.

4.2 Seguro Integral de Salud

Se han previsto 82,9 millones de nuevos soles para brindar atención a nivel nacional a 191 799 madres gestantes, mediante la atención prenatal reenfocada y de casos con complicaciones, atenciones obstétricas en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y acceso al sistema de referencia institucional. Asimismo se espera atender a 277 969 recién nacidos con complicaciones y en UCI neonatales.

4.3 Regiones

Se han previsto 41 millones de nuevos soles para la construcción y equipamiento de:

Tres Centros Hemodadores Macrorregionales de la Red Nacional de Hemoterapia en Lima, La Libertad y Arequipa.

Dies Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre en los departamentos de Loreto Andahuaylas, Madre de Dios, Ucayali, San Martín, Amazonas, Cusco, Ayacucho, Junín y Ancash, con los cuales habrá mayor disponibilidad de sangre segura para la atención de partos a nivel nacional, reduciendo de este modo el riesgo de la primera causa de muerte materna (hemorragia).