

DOCUMENTO TÉCNICO:

**PLAN PARA LA REDUCCIÓN DE LA
MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL EN EL
PERÚ**

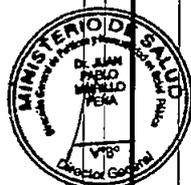
2016-2020

**(PROGRAMA PRESUPUESTAL 002 SALUD
MATERNO PERINATAL)**

2016

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
I. FINALIDAD	4
II. OBJETIVO	4
II.1 Objetivo General	4
II.2 Objetivos Específicos	4
III. BASE LEGAL	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
V. CONTENIDO	7
V.1 Definiciones Operacionales	7
V.2 Diagnóstico Situacional	8
V.2.1 Situación de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal	8
V.2.1.1 Contexto Internacional	8
V.2.1.2 Contexto Nacional	10
V.2.1.3 Determinantes de la Mortalidad Neonatal	14
V.3 Análisis de la Respuesta Nacional	19
V.3.1 Respuesta del Estado	19
V.3.2 La Sociedad Civil y las Organizaciones No Gubernamentales ...	20
V.3.3 Inversión del Sector Público	21
V.4 Principales Problemas y Brechas Identificadas	23
VI. ACTIVIDADES EN BASE A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN	34
VIII. PRESUPUESTO	40
IX. RESPONSABILIDADES	40
X. ANEXOS	46
XI. BIBLIOGRAFÍA	48



LISTA DE ABREVIATURAS O ACRÓNIMOS

ABR	Ayudando a los bebés a respirar
AVD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVISA	Años de vida saludables perdidos
AVP	Años de vida perdidos por muerte prematura
CDC	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
DGIESP	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DGPGT	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial de la Salud
DGPN	Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública
DINEV	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida
DSSR	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
EAMN	Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FON	Funciones obstétricas y neonatales
FONB	Funciones obstétricas y neonatales básicas
FONE	Funciones obstétricas y neonatales esenciales
FONI	Funciones obstétricas y neonatales intensivas
IIH	Infecciones intrahospitalarias
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
LB	Línea de base
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
NTS	Norma Técnica de Salud
NV	Nacidos vivos
OGTI	Oficina General de Tecnologías de la Información
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PARSALUD	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PI	Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PpR	Presupuesto por Resultados
R-CR	Referencia y Contrarreferencia
RN	Recién nacido
SSNVEPN	Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal
SMN	Salud Materno Neonatal
TIC	Tecnologías de la comunicación e información
TMN	Tasa de mortalidad neonatal
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos



INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un recién nacido sano es resultado de procesos que se inician antes de la concepción. Posteriormente, el cuidado del embarazo, el parto seguro y el cuidado en la etapa neonatal son de extrema importancia para su supervivencia y calidad de vida.

La muerte neonatal es un evento centinela de la asistencia materno-neonatal. Revela deficiencias en la atención a la madre y al recién nacido. Además, se encuentra muy influenciada por el acceso a los servicios de salud ofrecidos a la población y por la calidad de los mismos, así como por los determinantes sociales y estructurales que acrecientan las brechas que deben cerrarse para dar una solución integral, libre de inequidades.

El aumento de las inversiones en la atención de salud para la mujer y el niño en el último decenio, ha contribuido al progreso de la supervivencia de las madres (2,3% anual) y de los menores de 5 años (2,1% anual), pero en menor proporción a la de los neonatos (1,7% anual)¹.

El 82% de las muertes neonatales en el mundo son el resultado directo de tres causas principales: complicaciones del parto pre-término, infecciones graves (sepsis/neumonía, diarrea y tétanos) y eventos relacionados al intraparto. Los nacimientos prematuros y sus complicaciones son causas directas del 34,09% de las muertes neonatales².

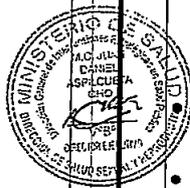
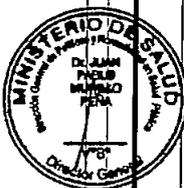
Según los estudios, el 75% de las muertes neonatales se puede prevenir sin necesidad del uso de alta tecnología³, sólo mejorando los procesos de las actividades que ya se realizan, en lo referente al cuidado materno-infantil e intervenciones basadas en la vigilancia y empoderamiento de la comunidad.

En nuestro país la tasa de mortalidad neonatal se mantiene alta (12 por mil NV según la ENDES 2014) constituyendo un problema de salud pública que, por la variabilidad de sus determinantes, se debe enfrentar desde una perspectiva nacional, regional y multisectorial. La problemática que permite la persistencia de los índices de mortalidad y morbilidad neonatal se puede atribuir a las siguientes causas:

- En el ámbito comunitario, la insuficiente promoción de estilos de vida saludable en mujeres en edad fértil, la falta de acciones integradas entre los servicios de salud y la comunidad, la reducida participación de los padres, la familia y la comunidad en el seguimiento y cuidados de las y los recién nacidos/as, el déficit en el reconocimiento de complicaciones y en el uso oportuno de los servicios de salud.
- En la entrega de servicios por parte de los establecimientos de salud:
 - Las brechas todavía existentes en la atención preconcepcional y en la cobertura de intervenciones prenatales que no alcanzan la universalidad (INEI 2014) y cuya calidad no ha sido adecuadamente ponderada.
 - Las brechas que existen en la capacidad resolutive (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, competencias, sistema de referencia) en los establecimientos donde se atiende a la gestante, a la niña y al niño, que no permiten aún brindar una atención de calidad a la mujer, a la niña y al niño que acceden a los servicios de salud, según los estudios específicos sobre mortalidad neonatal (PARSALUD II en Huánuco y Ucayali) y las evaluaciones realizadas por el INEI en las Encuestas Nacionales de Salud 2009/2012.

La falta de enfoque perinatólogo, con la finalidad de promover el crecimiento fetal óptimo y reducir la morbilidad y mortalidad neonatal.

- La falta de información útil para la gestión, una barrera importante que no permite la toma de decisiones oportuna y adecuada por las autoridades locales y nacionales, debido a los altos niveles de sub-registro, el poco interés por la calidad de los datos y la poca interacción de los sistemas de información de salud con otros sectores.



El presente Plan requiere que todos los actores, decisores e involucrados participen en la implementación y desarrollo de las estrategias, a fin de contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal.

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de las y los recién nacidos/as, en atribución a sus derechos, con enfoque de género, interculturalidad e inclusión social.

II. OBJETIVO

II.1 Objetivo General

Establecer las acciones y estrategias dirigidas a la reducción de la morbilidad neonatal y a la disminución de la mortalidad neonatal en el país a una tasa de 7 por mil nacidos vivos, con énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, en el periodo 2016-2020.

II.2 Objetivos Específicos

- **Objetivo específico 1:** Mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, la familia y la comunidad para el cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y el cuidado de las y los recién nacidos/as.
- **Objetivo específico 2:** Reducir las brechas en las coberturas y mejorar la calidad de las intervenciones preconcepcionales y prenatales costo efectivas relacionadas con la morbilidad y la mortalidad neonatal.
- **Objetivo específico 3:** Fortalecer la atención con calidad de los cuidados a la y al recién nacido/a normal; detectando y brindando atención oportuna a las complicaciones en el trabajo de parto, el parto y el periodo neonatal.
- **Objetivo específico 4:** Potenciar la capacidad resolutoria para el manejo de la y del recién nacido/a prematuro/a, de bajo peso o con complicaciones, en los servicios de salud.
- **Objetivo específico 5:** Optimizar los procesos de toma de decisiones para la salud de la y del recién nacido/a, basadas en información que integre el sistema de salud con datos provenientes del sector y de otros sectores, que respondan a la diferencia de los escenarios de intervención.



III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 29896, Ley que establece la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado promoviendo la lactancia materna.
- Ley N° 30372, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016.
- Decreto Legislativo N° 1156, que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones.
- Decreto Legislativo N° 1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público.



- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1164, que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.
- Decreto Legislativo N° 1166, que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su implementación.
- Decreto Supremo N° 012-2013-SA, que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 001-2016-MIMP, que desarrolla la Ley N° 29896, Ley que establece la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado promoviendo la lactancia materna.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 010-MINSA/INS-V.01: “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprueba el documento: Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que Establecen las Estrategias Sanitarias Nacionales del ministerio y sus respectivos órganos responsables.
- Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 032-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica de Planificación Familiar”.
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, que aprueba el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional Concertado en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 063-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 277-2008/MINSA, que amplía el listado priorizado de Intervenciones Sanitarias del Anexo N° 1 del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.
- Resolución Ministerial N° 278-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”.



- Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y comunidad".
- Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 078-MINSA/DGE-V.01: "Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal".
- Resolución Ministerial N° 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil".
- Resolución Ministerial N° 707-2010/MINSA, que aprueba la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con riesgo de Retinopatía del Prematuro".
- Resolución Ministerial N° 990-2010/MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA-DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años".
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021".
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 528-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil.
- Resolución Ministerial N° 131-2012/MIDIS, que aprueba la Directiva N° 004-2012-MIDIS: "Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social".
- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 773-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 048-MINSA/DGPS-V.01: "Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como Práctica Saludable en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02: "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 510-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 080-MINSA/DGSP-V.03: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación"
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna".
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, período 2014 - 2016.
- Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna.



- Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 619-2014/MINSA, que aprueba la NTS N° 108-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis".
- Resolución Ministerial N° 997-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico : Plan Nacional "Bienvenidos a la Vida" en el marco de las acciones de fortalecimiento para la reducción de la morbimortalidad neonatal en el Perú 2015 – 2016
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 068-MINSA-DGSP-V.01: "Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad".

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación del presente Plan son todas las Unidades Orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, Direcciones de Salud (DISA), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) y podrá ser de uso referencial para las demás organizaciones del Sector Salud.

V. CONTENIDO

V.1 Definiciones Operacionales.

- **Capacidad Resolutiva:** La suficiencia que tiene el establecimiento de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a una demanda de atención, que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado y oportuno.
- **Mortalidad evitable:** Muertes prematuras que debido a ciertas condiciones deberían ser raras e idealmente no deberían ocurrir si se realizan intervenciones de atención de salud o de salud pública efectivas y oportunas.
- **Muerte neonatal:** Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta los 28 días de vida.
- **Muerte neonatal precoz:** La que ocurre en los primeros 7 días de vida.
- **Muerte neonatal tardía:** La que ocurre entre el octavo y el vigésimo octavo día después del nacimiento.
- **Neonato:** Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad.
- **Nacido vivo:** Se considera nacido vivo cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, respira o da 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 esté o no desprendida la placenta.
- **Recién nacido a término:** Recién nacido cuya edad gestacional es 37 semanas o más y menor de 42 semanas.
- **Recién nacido de bajo peso:** Recién nacido con peso menor de 2 500 g al nacer.
- **Recién nacido de muy bajo peso:** Recién nacido con peso inferior a 1 500 g al nacer.
- **Recién nacido de extremo bajo peso:** Recién nacido con peso menor a 1 000 g al nacer.

- **Recién nacido normal:** Todo recién nacido, único o múltiple, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, cuyo peso es adecuado para la edad gestacional y que no presenta patología.
- **Recién nacido pre término:** Recién nacido de menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.
- **Tasa de mortalidad neonatal:** Es el número de muertes producidas entre el nacimiento y los 28 días de vida por cada mil nacidos vivos en un año.

V.2 Diagnóstico Situacional

V.2.1 Situación de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal

V.2.1.1 Contexto Internacional

Desde 1990 la tasa mundial de mortalidad en menores de cinco años se ha reducido un 53%, de 91 a 43 por mil NV en el 2015⁴.

En el mismo lapso, la tasa mundial de mortalidad neonatal se redujo 47%, de 36 a 19 por mil NV. A pesar de esta disminución, la proporción de muertes de niños menores de cinco años que se produce dentro del primer mes de vida (periodo neonatal) se ha incrementado de 37% en 1990 a 45% en el 2015, debido a que la disminución de la tasa de mortalidad neonatal es más lenta que la de la tasa de mortalidad para los niños mayores⁴.

La mayoría de muertes neonatales se produce en países de ingresos bajos y medianos. Dos terceras partes de ellas se concentran en 12 países, 6 de los cuales están en el África Subsahariana^a. Muchos de los países con alta mortalidad neonatal han tenido recientemente conflictos o situaciones de emergencia. Otros tienen sistemas de salud débiles con infraestructura limitada y baja densidad de profesionales sanitarios calificados; además, el gasto directo es alto. En ellos no se garantiza el acceso de las mujeres y los niños a servicios de calidad, lo que da lugar a una marcada disparidad en la cobertura de las intervenciones, tanto entre países como dentro de ellos. Sin embargo, en el último decenio, al menos 77 países, entre ellos 13 de bajos ingresos^b, han demostrado que es posible avanzar con rapidez, ya que redujeron su tasa de mortalidad neonatal en más de 25%⁵.

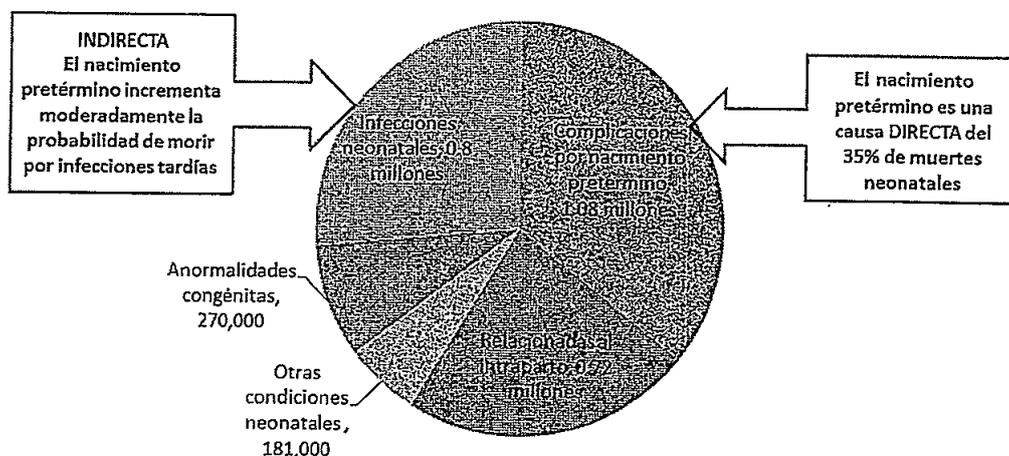
Las tres principales causas que ocasionan más del 80% de muertes en el periodo neonatal son: complicaciones de la prematuridad, muertes neonatales relacionadas con el parto (incluyendo la asfixia al nacer) e infecciones².

Se estima que cada año en el mundo nacen 15 millones de recién nacidos prematuros (menores de 37 semanas de gestación) y 1,08 millones mueren por complicaciones del parto pre término. El 2,7% (345 000) de los recién nacidos prematuros sufre una discapacidad moderada o severa y 4,4% (567 000) tiene un deterioro leve⁶, en ellos también se incrementa el riesgo de desarrollar una enfermedad no transmisible. El nacimiento pre término oscila entre el 5 y 18% del total de nacimientos en 184 países del mundo. Más del 80% de los partos pre término ocurre entre las 32 y las 37 semanas de gestación, la mayoría podría sobrevivir con cuidados esenciales en unidades neonatales. Las complicaciones del parto pre término constituyen la mayor causa directa de muerte neonatal, son responsables del 35% de los 3,1 millones de muertes anuales en el mundo y la segunda causa de muerte de menores de 5 años después de la neumonía. Finalmente, más del 75% de muertes por prematuridad, pueden prevenirse sin necesidad de cuidados intensivos⁷ (Gráfico 1).

^a India, Nigeria, Pakistán, China, República Democrática del Congo, Etiopía, Bangladesh, Indonesia, Angola, Kenia, República Unida de Tanzania, Afganistán (por orden decreciente del número de muertes neonatales)

^b Bangladesh, Estado Plurinacional de Bolivia, Eritrea, Guatemala, Indonesia, Madagascar, Malawi, Marruecos, Nepal, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal y Viet Nam

GRÁFICO 1. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y SU RELACIÓN CON PREMATURIDAD.



Fuente: Born too soon, the global action report on preterm birth. World Health Organization 2012

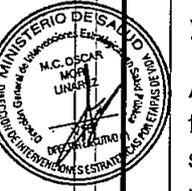
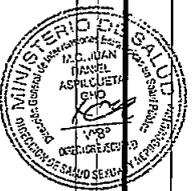
El bajo peso al nacer constituye otro importante factor de riesgo para la mortalidad en la etapa neonatal. A nivel mundial se calcula que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso. Es importante recordar que el bajo peso no sólo es un indicador sanitario, sino también un indicador de nivel de vida y expresión de la calidad de la atención prenatal. Según las estimaciones internacionales que abarcan el periodo comprendido entre el 2000 y el 2007, el 15% de todos los recién nacidos nace con peso menor a 2 500 gramos, lo que representa 18 millones de niños cada año y entre ellos se produce del 60 al 80% de las muertes neonatales^{8, 9}. La salud deficiente y la desnutrición materna están estrechamente vinculadas a una incidencia más elevada de recién nacidos con peso inferior al normal. El retardo del crecimiento intrauterino es uno de los principales factores de muerte perinatal¹⁰.

La asfixia origina 25% de las muertes neonatales², sobre todo en el periodo neonatal temprano. La OMS señala que más de un millón de recién nacidos que sobreviven a la asfixia desarrollan parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y otros problemas del desarrollo^{11, 12}. Más aún, se estima que el número de años de vida ajustados por discapacidad (AVD) asociados a asfixia excede a las condiciones que pueden prevenirse con inmunizaciones, por lo que se debe dar más atención a este grave problema de salud pública¹⁴.

Las infecciones originan el 23% de muertes neonatales², pueden transmitirse de la madre al feto (por vía transplacentaria o ascendente) y el recién nacido puede infectarse durante el parto y después del nacimiento.

Además de las causas directas de la mortalidad y morbilidad neonatal, existen una serie de factores subyacentes en el ámbito comunitario y en el hogar, que pueden afectar la salud y la supervivencia de los recién nacidos. Entre ellos figuran el bajo nivel educativo de la madre, malos hábitos de higiene, desconocimiento de los signos de alarma, incapacidad para buscar atención médica oportuna, acceso limitado a alimentos nutritivos y a micronutrientes esenciales, servicios de atención sanitaria básica inadecuados y dificultad para acceder a servicios de maternidad, en especial para atención obstétrica y neonatal de emergencia.

Existen también factores básicos, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género, que exacerbaban tanto las causas directas como las causas subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal¹⁵.



Por lo tanto, para reducir las muertes en la primera semana de vida, se requiere atención de calidad en la secuencia: etapa pre concepcional, embarazo, parto y periodo postnatal inmediato, debiendo tener especial cuidado en el parto y el período neonatal temprano, en los que mujeres y niños tienen más probabilidades de presentar complicaciones, quedar con secuelas y/o morir. La salud neonatal constituye en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, ya que las iniciativas para proteger a los neonatos y la inversión correspondiente han sido muy escasas, aparte de que las intervenciones se han limitado a los establecimientos de salud y particularmente al desarrollo de intervenciones complejas circunscritas a las salas de neonatología. Hasta hace muy poco la salud de los recién nacidos estaba casi ausente en las políticas, programas e investigación de los países en desarrollo. Actualmente, las intervenciones para reducir las muertes neonatales se realizan en el programa de salud materna, que incluye etapa pre concepcional, embarazo, parto y atención neonatal temprana, y en los programas de salud infantil que abarcan desde la infancia hasta la niñez.

Aproximadamente el 75% de las muertes neonatales que ocurren cada año en el mundo, se producen debido a que las intervenciones que son eficaces pero sencillas no llegan a quienes más las necesitan. La cobertura es baja, el progreso en el aumento de las mismas es lento y la desigualdad es elevada, en especial en el caso de intervenciones clínicas especializadas. Las situaciones varían entre un país y otro y dentro de un mismo país, no existiendo una solución única para salvar la vida de los recién nacidos. Para aumentar la cobertura de la atención neonatal se requieren tres procesos interrelacionados: un proceso sistemático de toma de decisiones basado en datos, un proceso participativo de políticas fundamentadas en derechos y la adecuada gestión de los recursos.

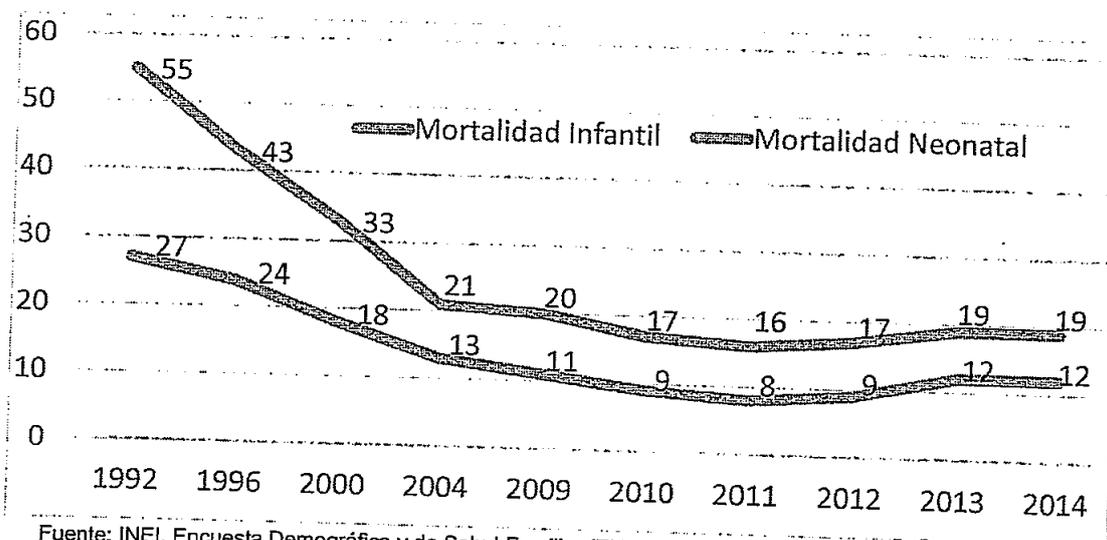
V.2.1.2 Contexto Nacional

En el Perú el indicador de mortalidad en la niñez ha tenido un descenso significativo de 73% a nivel nacional entre 1991 y 2012, para llegar a 21 por mil nacidos vivos. El descenso medio anual hasta el año 2000 fue de 3,4 puntos porcentuales, comparado con 2,8 de reducción anual entre los años 2000 y 2007/8 y 1,5 puntos de reducción anual en el período 2007/8 – 2011¹⁶.

En los años 2013-2014, la mortalidad infantil reportada por la ENDES¹⁷ fue 19 por mil nacidos vivos y la mortalidad neonatal (para los 10 años anteriores a la encuesta) fue 12 por mil nacidos vivos. No obstante haberse reducido la tasa de mortalidad neonatal, desde el año 1992, su porcentaje con relación a la mortalidad infantil ha aumentado de 49% a 63%, en virtud del importante descenso de la mortalidad infantil (Gráfico 2).



GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL EN PERÚ, SEGÚN LA ENDES 1992-2014.



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Para los 5 años anteriores a la Encuesta antes del 2013 y para los 10 años anteriores a la Encuesta en 2013 y 2014.

Según el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal del MINSA, en el año 2012¹⁸ la tasa de mortalidad neonatal en el Perú fue 12,9 por mil nacidos vivos, con un intervalo de confianza del 95%. Esta tasa variaba por departamentos, siendo la mayor en Ucayali con el 26,1 por mil nacidos vivos y la menor en Arequipa con 7,9 por mil nacidos vivos (Tabla 1).

En números absolutos, el mayor número de muertes neonatales ocurrió en departamentos de la costa, siendo Lima y Piura los que registraron más muertes (2,571 y 1,173 recién nacidos, respectivamente), seguidos por los departamentos de la Sierra Cusco, Puno y Junín. En estos 5 departamentos ocurrió el 45% de las muertes neonatales reportadas. El menor número de muertes ocurrió en Moquegua (103).

TABLA 1. TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL POR DEPARTAMENTOS, 2011-2012.

Departamentos	2011-2012		2011		2012	
	Tasa	IC 95%	Tasa	IC 95%	Tasa	IC 95%
Amazonas	14,8	13,1-16,5	16,0	13,5-18,5	13,6	11,3-15,9
Ancash	9,7	8,8-10,6	9,6	8,4-10,9	9,8	8,6-11,1
Apurímac	10,3	8,9-11,6	10,2	8,3-11,1	10,4	8,5-12,3
Arequipa	7,8	7,0-8,7	7,8	6,6-8,9	7,9	6,7-9,1
Ayacucho	14,9	13,6-16,2	14,7	12,9-16,6	15,0	13,2-16,9
Cajamarca	11,3	10,5-12,1	11,2	10,1-12,3	11,4	10,3-12,6
Callao	9,6	8,5-10,7	9,5	8,0-11,0	9,7	8,1-11,2
Cusco	20,0	18,8-21,2	19,7	18,1-21,4	20,2	18,5-21,9
Huancavelica	12,1	10,8-13,3	11,9	10,1-13,7	12,2	10,4-14,0
Huánuco	18,9	17,5-20,3	18,7	16,8-20,6	19,1	17,2-21,0
Ica	11,2	10,0-11,5	11,1	9,4-12,9	11,4	9,6-13,1
Junín	15,7	14,7-16,7	15,5	14,1-16,9	15,8	14,4-17,3
La Libertad	11,5	10,7-12,3	11,4	10,3-12,5	11,6	10,5-12,8
Lambayeque	15,3	14,1-16,4	15,1	13,5-16,7	15,4	13,8-17,0

Departamentos	2011-2012		2011		2012	
	Tasa	IC 95%	Tasa	IC 95%	Tasa	IC 95%
Lima	8,2	7,9-8,5	8,1	7,7-8,6	8,3	7,8-8,8
Loreto	14,4	13,3-15,4	14,2	12,7-15,7	14,5	13,0-16,1
Madre de Dios	20,5	16,7-24,4	19,4	14,0-24,7	21,7	16,1-27,4
Moquegua	18,8	15,2-22,5	18,6	13,5-23,7	19,0	13,9-24,2
Pasco	20,3	17,9-22,8	20,1	16,7-23,5	20,5	17,1-24,0
Piura	15,2	14,4-16,1	15,1	13,8-16,3	15,4	14,2-16,6
Puno	15,8	14,8-16,8	15,7	14,3-17,0	16,0	14,6-17,4
San Martín	19,0	17,6-20,5	18,8	16,8-20,9	19,2	17,1-21,3
Tacna	13,2	11,1-15,2	13,0	10,1-15,9	13,3	10,3-16,3
Tumbes	21,0	17,8-24,1	20,7	16,3-25,1	21,2	16,7-25,7
Ucayali	25,8	23,5-28,1	25,5	22,3-28,7	26,1	22,8-29,3
PERÚ	12,8	12,3-13,2	12,6	12,4-12,9	12,9	12,2-13,5

Fuente: Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 -2012, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2013.

Las principales causas de mortalidad neonatal en los años 2011-2012, a nivel nacional, fueron prematuridad (25,1%), infecciones (23,5%), asfixia (14,1%) y malformaciones congénitas (11,0%), lo que ha cambiado en el reporte del 2014¹⁹, en que prematuridad e infecciones siguen siendo las primeras causas (con 26,83 y 21,38%, respectivamente), pero las malformaciones congénitas han pasado a ser la tercera causa y asfixia la cuarta (con 14,97 y 11,83%, respectivamente).

Al comparar las regiones, se aprecia que en Amazonas, Ancash, Arequipa, Callao, Huancavelica, Lambayeque, Lima y Ucayali, todavía la principal causa de mortalidad neonatal es la infección. Esta información es importante para plantear estrategias para reducir la mortalidad neonatal, según características específicas (Tabla 2).

TABLA 2. CAUSAS DE MUERTE NEONATAL SEGÚN DEPARTAMENTOS, PERÚ 2014.

DIRESA/DISA	Numero de Defunciones	Prematuridad %	Infecciones %	Asfixia %	Malformaciones letales %	Otras causas %
Amazonas	71	16,90	22,54	14,08	8,45	38,03
Ancash	97	16,49	22,68	21,65	6,19	32,99
Apurímac	30	23,33	10,00	6,67	23,33	36,67
Arequipa	88	23,85	36,36	10,23	17,05	12,50
Ayacucho	90	31,11	23,33	10,00	15,56	20,00
Cajamarca	100	29,00	17,00	31,00	13,00	10,00
Callao	173	26,59	26,59	5,20	28,32	13,29
Chanka	16	37,50	18,75	0,00	18,75	25,00
Chota	13	30,77	15,38	23,08	7,69	23,08
Cusco	211	32,23	14,22	7,11	16,59	29,86
Cutervo	23	34,78	8,70	21,74	13,04	21,74
Huancavelica	57	15,79	21,05	17,54	10,53	35,09
Huánuco	100	22,00	19,00	15,00	7,00	37,00
Ica	43	37,21	23,26	13,95	13,95	11,63
Jaén	35	5,71	20,00	17,14	8,57	48,57
Junín	199	24,12	21,11	13,07	12,06	29,65
La Libertad	200	27,50	18,50	15,00	14,50	24,50

DIRESA/DISA	Número de Defunciones	Prematuridad %	Infecciones %	Asfixia %	Malformaciones letales %	Otras causas %
Lambayeque	159	28,93	28,93	9,43	14,47	18,24
Lima Este	83	26,51	30,12	3,61	25,30	14,46
Región Lima	39	15,38	28,21	10,26	10,26	35,9
Lima Sur	471	25,69	20,81	6,79	25,27	21,44
Loreto	115	29,57	21,74	20,87	10,43	17,39
Luciano Castillo	53	30,19	32,08	3,77	5,68	28,30
Madre de Dios	29	37,93	17,24	10,34	10,34	24,14
Moquegua	3	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33
Pasco	50	26,00	18,00	20,00	4,00	32,00
Piura	165	32,12	20,00	9,70	15,76	22,42
Puno	206	33,50	12,14	14,56	8,25	31,55
San Martín	116	24,14	15,52	8,62	12,07	39,66
Tacna	19	10,53	21,05	36,84	21,05	10,53
Tumbes	37	45,95	18,92	16,22	8,11	10,81
Ucayali	122	21,31	35,25	9,02	1,64	32,79
PERÚ	3213	26,83	21,38	11,83	14,97	24,99

Fuente: DGE. Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, 2014.

Según el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal del MINSA, en el año 2014¹⁹, 33,7% de la mortalidad neonatal correspondió a recién nacidos a término y 32,5% a recién nacidos con peso igual o mayor de 2 500 g.

El 80% de muertes neonatales ocurrió en la primera semana de vida, 39% se produjo dentro de las primeras 24 horas, teniendo como principal causa la asfixia, y 41,11% ocurrió entre los días 1 y 7.

En el estudio de análisis de la mortalidad neonatal realizado en las regiones de Ucayali y Huánuco²⁰, mediante la revisión de las historias clínicas de los neonatos fallecidos durante el año 2011, se encontró que el 87% de recién nacidos falleció dentro de los primeros 7 días, el 73,9% correspondió a prematuros y el 67% a recién nacidos de bajo peso. Como causa de muerte estuvieron: la infección en 31,4%, malformaciones en 22,2% y prematuridad en 18,9%. Este estudio además permite establecer la interrelación de la causalidad de la muerte neonatal observándose que alrededor del 70% de las infecciones y el 50% de las asfixias ocurren en neonatos prematuros.

No es suficiente analizar la magnitud de la mortalidad, sino que también hay que considerar la carga de enfermedad, que aumenta los años potenciales de vida perdidos por muerte prematura y por discapacidad, que alguno de los daños de este grupo puede producir. En el Perú, durante el año 2012 se perdieron aproximadamente 5'800,949 años de vida saludable (AVISA)²¹. Las condiciones perinatales fueron causa de 585,679 AVISA (10,1% de los AVISA; 19,4 AVISA por mil), de las cuales el 55,6% se debieron a años perdidos por muerte prematura (AVP) y 44,4% a los años vividos con discapacidad (AVD).

Las condiciones perinatales determinaron que se perdieran 200,3 AVISA por mil niños menores de 5 años, constituyéndose en la primera causa de carga de enfermedad a esa edad. Según el análisis por subcategorías de enfermedad, la primera causa de AVISA en los menores de 5 años fueron las patologías relacionadas al bajo peso/prematuridad, con una razón de 72,8 por mil. Como segunda causa se encontraron la anoxia, la asfixia y el trauma al nacimiento con una razón de 71,9 AVISA por mil. La sepsis neonatal y las anomalías congénitas ocuparon el quinto y sexto lugar, respectivamente (Tabla 3).

TABLA 3. NÚMERO DE AÑOS PERDIDOS POR CONDICIONES PERINATALES Y SUBCATEGORÍAS POR COMPONENTE AVP/AVD EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL PERÚ EN EL 2012.

Categoría - Subcategoría de Enfermedad	AVP	AVD	Total
Condiciones perinatales	325 433	260 245	585 678
- Bajo peso/prematuridad	89 299	123 556	212 855
- Anoxia, asfixia, trauma al nacimiento	132 721	77 480	210 201
- Sepsis neonatal	67 192	0	67 192
- Otras perinatales	36 220	59 208	95 428

Fuente: Valdez H., W y Miranda M., J. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2012. USAID/Políticas en Salud, 2014.

En los reportes de carga de enfermedad del año 2007 se aprecia que mientras en Lima la prematuridad y la asfixia ocupan el 9° y 12° lugar en daños, respectivamente; en Apurímac, Huancavelica y Ayacucho la prematuridad y el bajo peso ocupan la primera causa de los AVISA en todas las edades y la asfixia la tercera causa²², constituyéndose en un importante problema de salud pública en estas regiones, reflejando además la menor capacidad resolutive de los servicios de Neonatología.

Otro concepto importante que mide el impacto de la morbilidad y la mortalidad neonatal en el país es el de la "mortalidad evitable", que se refiere a todas aquellas muertes que, dado el conocimiento actual y la tecnología médica, podría evitarlas el sistema de salud a través de la prevención o el tratamiento²³. El análisis de la mortalidad neonatal evitable constituye uno de los recursos disponibles de mayor importancia para la evaluación de intervenciones individuales y colectivas al alcance social, tecnológico y financiero. Un alto porcentaje de muertes de recién nacidos se consideran evitables con medidas que mejoren la calidad de atención, como el control oportuno y adecuado del embarazo y del parto, así como una atención oportuna y eficiente al neonato²⁴.

Según el reporte de la Dirección General de Epidemiología, en el año 2014¹⁹ la proporción de mortalidad neonatal evitable, es decir, aquella conformada por recién nacidos a término con peso mayor de 2500 g y sin malformación congénita letal fue 25,8% a nivel nacional. El 46,82% de la mortalidad evitable ocurre en distritos de la sierra y 29% se registra principalmente en distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza¹⁹.

Las muertes evitables que se presentan en nuestro país guardan estrecha relación con la calidad de atención preconcepcional, del embarazo, del parto, de la atención inmediata del recién nacido, inadecuados cuidados básicos en el hogar, falta de reconocimiento oportuno de signos de alarma o déficit en la calidad de atención en el establecimiento de salud, incluyendo el transporte inadecuado para la referencia, cuando requiere atención en establecimientos de mayor capacidad resolutive.

V 2.1.3 Determinantes de la mortalidad y morbilidad neonatal

En el Perú, a pesar del desarrollo económico logrado en los últimos años, aún persiste inequidad en lo que respecta a la mortalidad infantil. Esta inequidad se remite a profundas desigualdades económicas, sociales y culturales que coexisten en el interior del país, las mismas que se presentan diferenciadas por áreas urbanas, rurales y regiones naturales, por nivel social (educación de la madre) y por características individuales (edad de la madre, orden al nacimiento, intervalo intergenésico y sexo). La falta de educación y de conocimientos, los hábitos inadecuados de salud materna y neonatal, la incapacidad para buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, las

deficientes condiciones sanitarias del medio ambiente, los inadecuados servicios de atención sanitaria básica y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y a la atención neonatal, son condiciones que contribuyen a mantener la inequidad. Existen también otros factores básicos vinculados, tales como la pobreza, la exclusión social, factores culturales y la discriminación por razones de género, que exacerbaban tanto las causas directas como las causas subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal²⁵.

Según la ENDES 2014¹⁷, la mortalidad neonatal se presenta con mayor frecuencia en el área rural que en la urbana (13 vs 11 por mil NV), las tasas encontradas en la selva son 40% mayores que las de Lima Metropolitana (10 vs 14 por mil NV), cuando la madre es analfabeta (19 por mil NV), cuando es más pobre (15 por mil NV en el quintil 1) y si tiene más de 40 años (19 por mil NV) (Tabla 4).

TABLA 4. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS SEGÚN ENDES 2014.

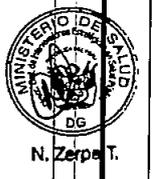
Característica	ENDES*
Área de Residencia	
Rural	13
Urbana	11
Región Natural	
Costa	10
Sierra	14
Selva	14
Quintil de bienestar	
Primer quintil (más pobre)	15
Segundo quintil	14
Tercer quintil	9
Cuarto quintil	11
Quinto quintil (mayor riqueza)	8

Fuentes: *INEI Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014

De acuerdo a la información de la ENDES 2014 y de la DGE, la muerte neonatal es más frecuente dentro de la primera semana de vida y dentro de esta, en las primeras 24 horas, lo que se relaciona directamente con las condiciones de atención durante el trabajo de parto, el parto y la atención inmediata del recién nacido.

Según la DGE el 20% de la mortalidad neonatal se produce en mayores de 8 días de vida y puede atribuirse a las condiciones del cuidado de los recién nacidos en el hogar, particularmente en hogares con condiciones deficientes de saneamiento básico, condiciones ambientales extremas y viviendas muy precarias (con exposición al humo de leña y al frío). Asimismo, las prácticas inadecuadas en el cuidado del niño o niña, tales como la falta de lavado de manos antes de amamantar y atender al bebé y el uso de biberón y envases en escasas condiciones de higiene para administrar líquidos distintos a la leche materna, pueden elevar el riesgo de contraer infecciones en la etapa neonatal²⁶. Si consideramos que, en el país, 35% de los habitantes en condición de pobreza carece de agua potable y 65,9% de servicios higiénicos y en los extremadamente pobres la carencia es 48 y 90%, respectivamente, se explica por qué el riesgo de infecciones neonatales es mayor en las regiones de mayor pobreza²⁷. En resumen las principales causas de muerte neonatal en la comunidad podrían atribuirse a los siguientes factores²⁸:

- Condiciones de la vivienda: falta de acceso de agua y saneamiento, hacinamiento, falta de espacios protegidos para el recién nacido y bajas temperaturas en zonas alto andinas.
- Limitada educación sanitaria de las familias, lo que incluye la falta de medidas de protección para el recién nacido y la falta de reconocimiento de las complicaciones.



- Limitadas actividades extramurales (visitas domiciliarias) del personal de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, que no prioriza el seguimiento del niño y de la niña, especialmente de los que tienen factores de riesgo.

Según la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP)²⁹, en el Reporte del Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno-Neonatal, se han identificado algunos factores que obstaculizan el avance en el indicador de muerte neonatal, como son: debilidad de la rectoría en regiones, poca calidad y eficacia del presupuesto en aquellas regiones donde no se reduce la mortalidad neonatal, débiles competencias técnicas del personal de la salud, dificultades en el traslado oportuno de los recién nacidos con complicaciones a los establecimientos de salud, capacidad instalada en los establecimientos de salud (UCI neonatales), entre otros que aparecen en el Reporte 2012-2013.

Asimismo, la MCLCP refiere que en las metas concertadas para la reducción de la tasa de mortalidad neonatal en el marco de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad del año 2010, se identifica lo siguiente:

- Cinco regiones alcanzaron ya la meta propuesta para el periodo 2011-2014 (Tabla 5)

TABLA 5. METAS CONCERTADAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL Y RESULTADOS AL 2013.

Región	Meta 2014 (por mil NV)	Resultado 2013 (por mil NV)
Arequipa	8,5	5
Lambayeque	9,0	8
Moquegua	9,1	7
La Libertad	10,6	10
Puno	17,9	17

Fuente: Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza.

- Llama la atención que La Libertad, a pesar de que alcanzó la meta propuesta, tiene un incremento de la mortalidad neonatal en los últimos tres años.
- Ica estaría por alcanzar la meta que se concertó.
- Dieciséis gobiernos regionales no alcanzarían la meta propuesta.

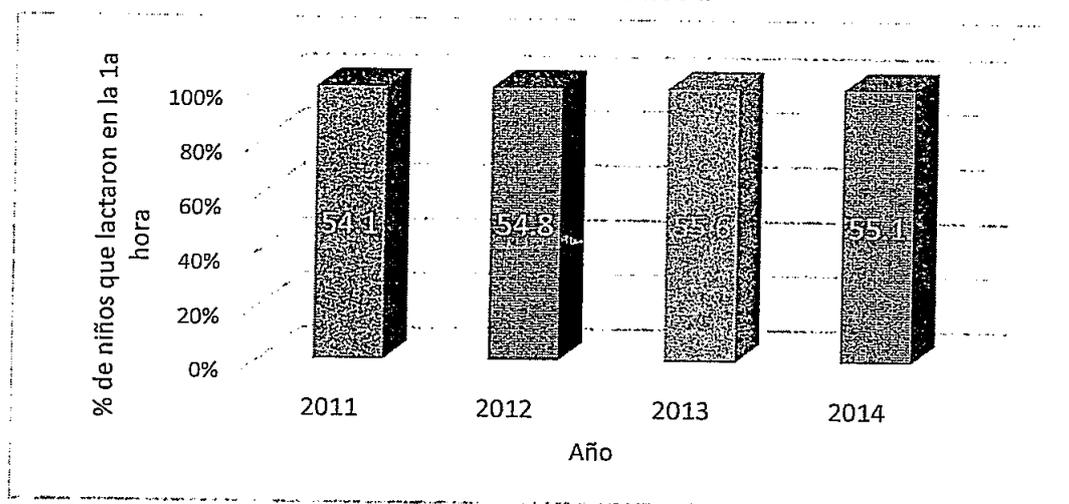
Es importante mencionar que estas conclusiones son sólo referenciales a nivel departamental, ya que para evaluar el avance se usó la información del INEI 2013 para los 10 años anteriores a la encuesta y según esta fuente los datos departamentales poseen un coeficiente de variación superior a 15,07²⁷.

No obstante, se observa en base a la misma fuente que Arequipa, Moquegua, Lambayeque, Lima y Callao, registraban tasas de mortalidad neonatal menores a 10 por mil nacidos vivos para los 10 años anteriores a la encuesta, mientras Puno, Cusco y Loreto registran tasas superiores a 16 por mil nacidos vivos. Asimismo, llama la atención la reducción significativa de la mortalidad neonatal en Arequipa, Moquegua y Tumbes, y por otro lado, el incremento de la mortalidad neonatal en Amazonas, Apurímac, Cajamarca, Junín, Piura, Tacna y La Libertad¹⁵.

Otro problema relacionado con la entrega de servicio y la prevención de morbilidad neonatal es la lactancia materna precoz, las evidencias han señalado la importancia que tiene la lactancia materna durante la primera hora del nacimiento para prevenir la mortalidad neonatal sobre todo por los beneficios del calostro en el sistema inmunológico del recién nacido. En el Perú, el porcentaje de recién nacidos que reciben lactancia materna durante la primera hora de vida llega solo al 55,1%, alcanzando al 53,6% en el caso de los recién nacidos en establecimientos de salud (ENDES 2014) (Gráfico 3).



GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE NEONATOS QUE INICIÓ LA LACTANCIA MATERNA DENTRO DE LA PRIMERA HORA DE NACIDO. 2011-2014.



Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

En lo que respecta a lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, el porcentaje de niñas y niños que la reciben ha disminuido de 72,3% en el año 2013 a 68,4% en el 2014 (ENDES). La duración mediana de la lactancia materna exclusiva fue 4,6 meses; pero existe gran variación entre las regiones respecto al indicador (Huancavelica 5,9 meses e Ica, Moquegua y Callao 0,5 meses)³⁰.

La salud del recién nacido está íntimamente relacionada con la salud materna y, aunque las causas médicas inmediatas de las muertes maternas y neonatales son diferentes, las causas básicas y los factores subyacentes son muy similares. En consecuencia, las intervenciones destinadas a reducir la mortalidad materna, contribuyen a la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatales.

Según muestran las cifras nacionales de la ENDES 2014, en el Perú el 14,6% de las adolescentes (entre 15 y 19 años) ya son madres o están gestando su primer hijo. Esta cifra ha aumentado desde el año 2000 en que era 13,0%¹⁷.

Según el INEI, en el año 2014 el 6,3% de las adolescentes inicia relaciones sexuales antes de los 15 años de edad y solo el 14,1% de las adolescentes sexualmente activas usa algún método de anticoncepción. Son muchos los factores que llevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes y por ende a los embarazos precoces. Estos factores incluyen los cambios socioeconómicos, nuevos estilos de vida e insuficiente educación sexual. También tiene mucho impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, el sexo por dinero, y la falta de orientación ofrecida por los padres y las madres³².

El INEI considera grupos de riesgo para mortalidad materna y neonatal cuando:

- La madre tiene menos de 18 años al momento del nacimiento de la niña o del niño.
- La madre tiene más de 34 años al momento del nacimiento de la niña o del niño.
- El intervalo intergenésico es menor de 24 meses.
- El orden del nacimiento es mayor de 3.

Considerándose de muy alto riesgo:

- Las gestantes menores de 18 años que además tengan un periodo intergenésico menor de 24 meses.
- Las gestantes de cualquier edad con periodo intergenésico menor de 24 meses y múltiparas, así como las gestantes mayores de 34 años y a su vez múltiparas.

Según la calificación anterior, el 27,9% de los nacimientos se encuentra en alguna categoría de riesgo evitable; mientras que el 33,4 % en ninguna categoría de riesgo. La razón de riesgo más

alto (5,1 veces el riesgo normal) se presenta para los nacimientos de madres de edad menor de 18 años, intervalo intergenésico menor de 24 meses y orden de nacimiento mayor de 3, el siguiente riesgo más alto (4,3 veces el riesgo normal) es en los nacimientos con un intervalo intergenésico menor de 24 meses y un orden de nacimiento mayor de 3 (Tabla 6).

TABLA 6. CATEGORÍAS DE RIESGO OBSTÉTRICO Y RAZÓN DE RIESGO DE MORTALIDAD NEONATAL. ENDES 2014.

Categorías de Riesgo	Nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta	
	Porcentaje de nacimientos	Razón de riesgo
En ninguna categoría de riesgo	33,4	1,0
Categorías de riesgo inevitable		
- Nacimientos de orden 1 entre las edades 18 a 34	27,4	1,2
En una categoría de riesgo evitable	27,9	1,9
- Madre menor de 18 años	6,3	1,9
- Madre mayor de 34 años	8,3	2,0
- Intervalo de nacimientos menor de 24 meses	4,3	1,6
- Orden de nacimiento mayor de 3	9,0	2,0
En varias categorías de riesgo elevado	11,2	3,1
- Edad <18, intervalo de nacimiento <24 meses y orden de nacimiento >3	0,3	5,1
- Edad >34 e intervalo <24 meses	0,4	1,6
- Edad >34 y orden de nacimiento >3	8,2	2,8
- Edad >34 e intervalo <24 meses y orden de nacimiento >3	0,6	3,3
- Intervalo <24 meses y orden de nacimiento >3	1,7	4,3
En alguna categoría de riesgo evitable	39,2	2,3

Nota: La tasa de riesgo es la razón de la proporción de muertes de nacimientos que están en categoría de riesgo entre la proporción de muertes de nacimientos que no están en ninguna categoría de riesgo.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

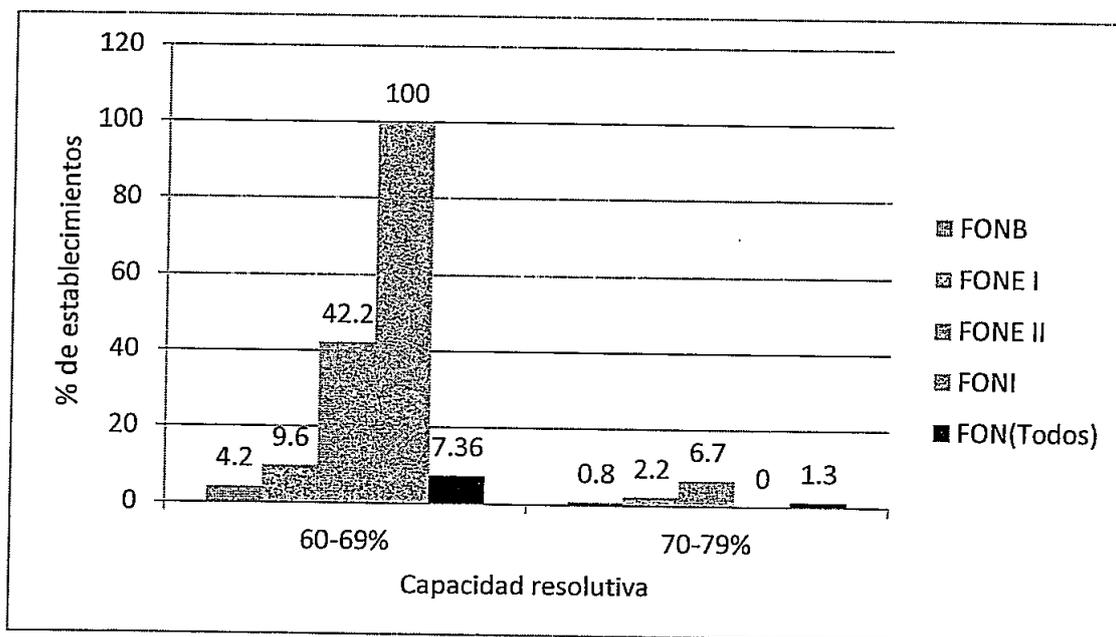
Según la ENDES 2014, los principales indicadores de atención relacionados a la salud sexual y reproductiva de la mujer, a pesar de la mejora en los últimos años, no han logrado las metas deseadas, los índices tanto en uso de métodos anticonceptivos (51,2%), atención prenatal antes de cumplir 4 meses de embarazo (77,3%) y el cumplimiento de un mínimo 6 atenciones durante el embarazo (86,6%), podrían estar relacionadas a la oportunidad perdida de prevención de la morbilidad y mortalidad neonatal.

Asimismo continúan presentándose inequidades en la entrega o acceso a los servicios de salud, por ejemplo, si bien la cobertura del parto institucional en zonas rurales se ha incrementado de 19,2% en el 2000 a 72% en el 2014, aún es baja frente al 96% observado en el área urbana.

En el año 2013, el Instituto Nacional de Estadística e Informática evaluó 801 establecimientos de salud²⁹ estratégicos priorizados por el Ministerio de Salud, de los cuales 619 cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas, 136 cumplen Funciones Esenciales I, 45 Funciones Esenciales II y 1 Funciones Intensivas. Los resultados evidenciaron que ningún establecimiento tuvo una capacidad resolutoria de 80% a más. El 7,36% del total de establecimientos demostró una capacidad resolutoria de 60 a 69% y el 1,3% una capacidad resolutoria de 70 a 79% (Gráfico 4).



GRÁFICO 4. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES (FON) CON CAPACIDAD RESOLUTIVA DE 60 A 69% Y DE 70 A 79%. PERÚ 2013.



Fuente: Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales 2013. INEI, 2014

Respecto a los recursos humanos, si bien no se cuenta con información actualizada sobre la brecha de recursos humanos de salud, persisten tres problemas fundamentales: i) el déficit de especialistas en las regiones, ii) la precariedad laboral que genera alta rotación del personal y iii) el déficit de capacidades³⁴.

Esto se confirma con estudios específicos donde se aplica la metodología del análisis causa raíz, como el realizado por PARSALUD II, en las regiones de Huánuco y Ucayali, donde la mayor frecuencia de fallas se produce por no disponer del equipamiento necesario, por no contar con la cantidad de recursos humanos requerida y por no estar estos adecuadamente capacitados. Sólo se ha capacitado 37 a 60% del personal, y el equipamiento alcanza alrededor del 30%. Cabe destacar que en el mismo estudio, a nivel institucional el equipamiento se encuentra en alrededor del 15 a 20%²⁰.

V.3 Análisis de la Respuesta Nacional

V.3.1 Respuesta del Estado

En el MINSA, las intervenciones para reducir la mortalidad neonatal se realizan a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que incluye la etapa pre concepcional, el embarazo, el parto y la atención neonatal temprana, los primeros 7 días de vida, y la Etapa de Vida Niño, que abarca desde la infancia hasta la niñez, empezando desde los 8 días de vida. El abordaje de la mortalidad neonatal requiere de la interrelación y continuidad entre estas dos instancias y de otorgar mayor importancia a la atención de la y el recién nacido/a en ambos programas. La mayor brecha en la atención se encuentra en la crítica primera semana de vida, cuando ocurre la mayoría de muertes neonatales y maternas, casi siempre en el hogar y sin contacto con el sistema de salud.

Para abordar este problema, el MINSA ha emitido normas técnicas, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 y el Plan Nacional "Bienvenidos a la Vida", periodo 2015-2016.

Los determinantes sociales de salud de la mujer y de la mortalidad neonatal están relacionados a situaciones de inequidad que el Estado intenta solucionar. En este contexto, se requiere que las políticas de inclusión social confieran una especial atención a estos grupos vulnerables. La Estrategia Nacional Incluir para Crecer, del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social ha priorizado estas poblaciones como parte de sus políticas y dentro de su eje 1 “Nutrición Infantil”, ha priorizado la salud de la adolescente, la nutrición preconcepcional, y la prevención del embarazo adolescente, como intervenciones específicas para reducir la incidencia del bajo peso al nacer, que también tiene que ver con el bienestar y supervivencia de la y del recién nacido/a³⁵.

Otras medidas que apuntan principalmente a fortalecer la articulación intersectorial e intergubernamental en la respuesta a las necesidades de la primera infancia son: el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021) y la reciente aprobación y puesta en marcha del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021³⁶ que incluye entre sus estrategias la atención integral de la salud de la adolescente con énfasis en la salud sexual y reproductiva y la prevención y reducción del embarazo adolescente, lo que contribuirá a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

La adecuación cultural de los servicios de salud es otra de las medidas destinadas a disminuir las barreras culturales para el acceso de la gestante al parto institucional. Actualmente existen aproximadamente 504 casas maternas en el país (Casa construida o acondicionada por los gobiernos regionales o locales y la comunidad para alojar temporalmente a las gestantes o puerperas con dificultad de acceso a los servicios de salud).

En el mes de diciembre del 2013, en el marco de la Reforma del Sector Salud, se aprobó el Decreto Legislativo N° 1164 que establece la incorporación al Seguro Integral de Salud (SIS), de la población de gestantes, así como niñas y niños de 0 a 5 años, que no cuenten con otro seguro de salud; bajo el enfoque de población vulnerable y con el objetivo de garantizar el acceso de la población materno infantil a las intervenciones de atención integral para reducir los riesgos de mortalidad y morbilidad materna, neonatal e infantil.

El financiamiento se encuentra a cargo del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal, el cual está orientado a la protección de la infancia y busca contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad materno-neonatal. Por su orientación y el volumen de recursos asignados, resulta ser una de las principales medidas de la política pública en temas de salud. La importancia de este Programa ha ido en aumento, lo que se refleja en el incremento del Presupuesto Institucional Modificado (PIM), en más de tres veces, entre el año 2009 y abril del 2014 (de S/. 359 millones a S/. 1 272 millones de nuevos soles)^{37,38}

V. 3.2 La Sociedad Civil y las Organizaciones no Gubernamentales

La contribución de la Sociedad Civil organizada, ha sido muy importante en los últimos años, su participación en la vigilancia del cumplimiento de normas o directivas a favor de la salud de la comunidad, el seguimiento a la equidad y calidad de ejecución del presupuesto y la alianza con las autoridades sanitarias para incidir en las agendas regionales y hacer visibles los problemas de salud pública, ha permitido avances y logros en las políticas sanitarias en el país.

En este contexto, es importante destacar la contribución de instancias como el Colectivo para la Salud Neonatal, que reúne un conjunto de instituciones no gubernamentales, organizaciones científicas, profesionales, académicos y expertos en neonatología, en un trabajo articulado con el MINSA impulsando importantes medidas dirigidas a cautelar y mejorar la salud perinatal y neonatal. Así mismo, destaca el trabajo de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza – MCLCP, que viene realizando el seguimiento concertado al Programa Presupuestal Estratégico desde su implementación en el año 2008.



V. 3.3 Inversión del Sector Público

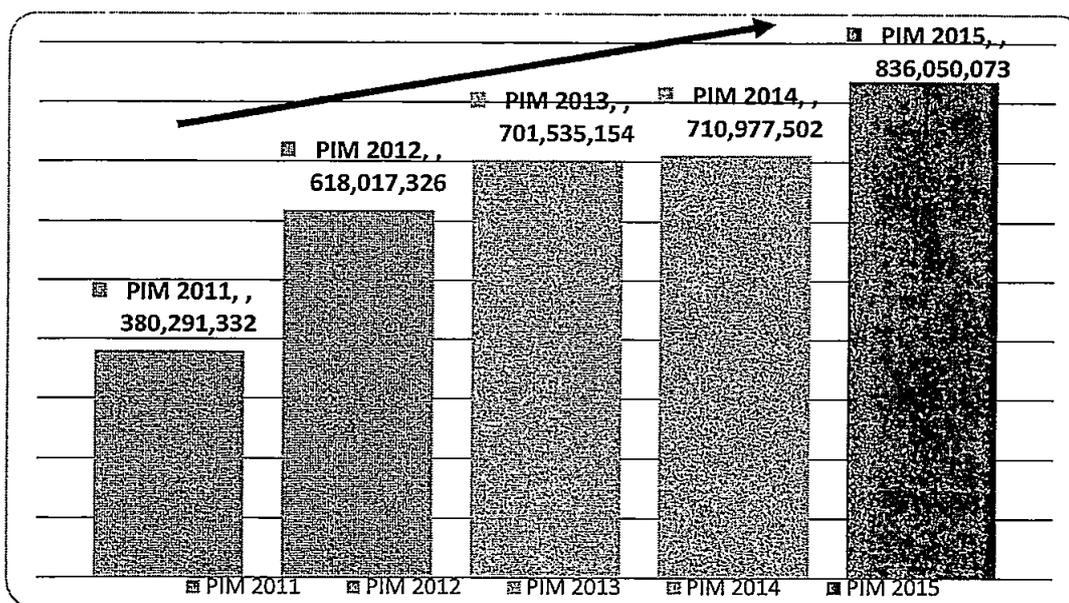
El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal fue uno de los primeros bajo el enfoque por resultados (2008-en adelante), y comprende 23 intervenciones (servicios) de eficacia comprobada para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

La reducción de la mortalidad neonatal comprende tres intervenciones: atención de la y del recién nacido/a normal, atención de la y del recién nacido/a con complicaciones y atención de la y del recién nacido/a con complicaciones que requiere cuidados intensivos. Están a cargo de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Dirección de Atención Integral de la Salud-Etapa de Vida Niño.

Es importante precisar que además de estas intervenciones el programa presupuestal ha priorizado el parto institucional y la atención prenatal reenfocada por ser claves para asegurar la supervivencia de la madre y de la y del recién nacido/a.

En relación a éstas intervenciones el presupuesto se ha ido incrementando sustantivamente en los últimos años (Gráfico 5).

GRÁFICO 5. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM) DEL TOTAL DE PRODUCTOS RELACIONADOS CON LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL 2011 – 2015.



Fuente: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2015.

Según el informe del Grupo de Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, a pesar del incremento en general, se observa que no ha sido proporcional en cada una de las intervenciones relacionadas a disminuir la mortalidad neonatal, sino que en el 2013 hubo una ligera baja en el presupuesto asignado a la atención de la y del recién nacido/a con complicaciones y a la atención del recién nacido que requiere UCI, mientras que en la atención prenatal reenfocada el incremento ha sido persistente (Gráfico 6).

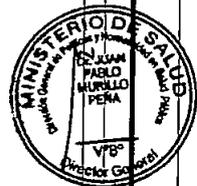
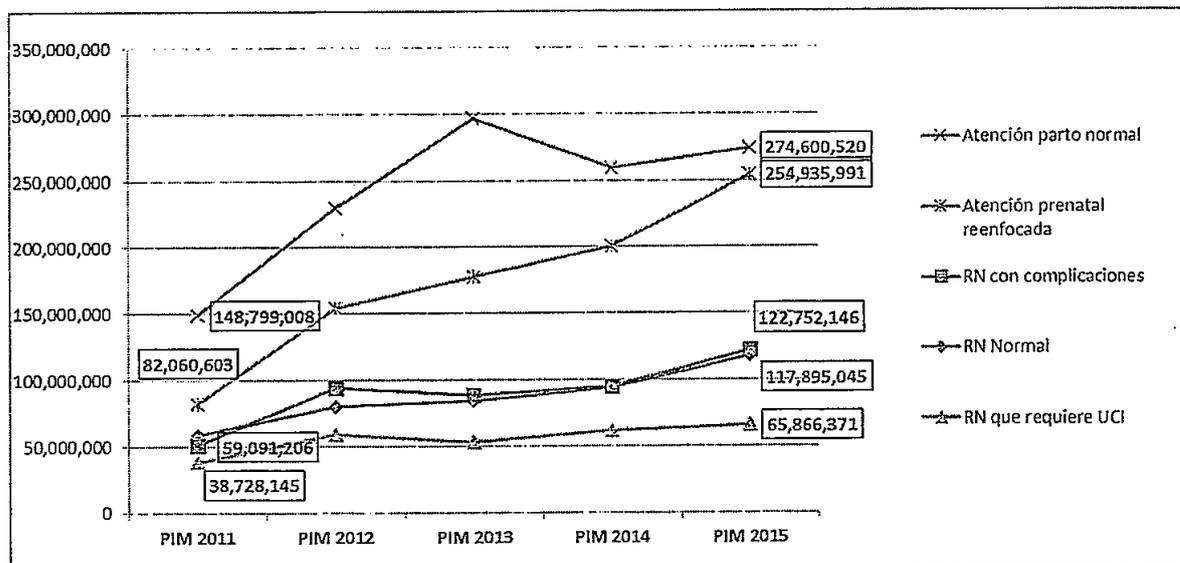


GRÁFICO 6. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM) DE LOS PRODUCTOS RELACIONADOS CON LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL 2011 - 2015. PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL.



Fuente: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2015

En los gobiernos locales se ha incorporado el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) como un instrumento del Presupuesto por Resultados (PpR). Consiste en un sistema de transferencias de recursos a las municipalidades en función del cumplimiento de metas en un período determinado. Las metas relacionadas a la salud del niño y la niña están dirigidas a las municipalidades con ciudades principales Tipo A y B, ciudades no principales con un número mayor y menor de 500 viviendas urbanas, las que en el año 2015 debían invertir para ese fin, el 15% del presupuesto asignado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (Tabla 7).

TABLA 7. PLAN DE INCENTIVOS A LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y MODERNIZACIÓN MUNICIPAL: METAS RELACIONADAS A LA SALUD DEL NIÑO.

Metas	Indicador	Verificación
Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño.	Presentación del informe final	Reporte MINSA
Padrón Nominal Distrital de Niñas y Niños menores de 6 años homologado y actualizado.	Remisión de las actas y actualización de los registros en el aplicativo informático	Reporte MINSA

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2014.

En cuanto a la equidad en la distribución del financiamiento del programa entre departamentos, existen algunos avances y desafíos, como son:

- Avances importantes en el incremento de la inversión en recién nacidos en departamentos con alta tasa de mortalidad neonatal como: Madre de Dios (PI per cápita: S/. 1076 nuevos soles por nacimiento esperado) y Ucayali (PI per cápita: S/. 600 nuevos soles por nacimiento esperado).
- Algunos departamentos se mantienen rezagados tales como: Puno (PI per cápita: S/.131 nuevos soles por nacimiento esperado) y Piura (PI per cápita: S/.158 nuevos soles por nacimiento esperado).

Aun es necesario evaluar la correlación entre el incremento del presupuesto y la eficacia del programa para el logro de los resultados esperados, en especial en aquellas regiones donde se mantiene alta la mortalidad neonatal³⁵.

Según el MEF, en el año 2013 gracias a este incentivo, se logró que 90% de las municipalidades implementen un Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño, más de 1 millón de afiliaciones (el doble de la meta programada) al SIS de menores de 5 años, más de 1.5 millones de niños registrados y casi 230,000 casos al año de control de crecimiento y desarrollo (CRED) oportuno.

V.4 Principales Problemas y Brechas identificadas

Basados en el análisis de la situación de la mortalidad neonatal en el país se ha logrado identificar como problema principal la persistencia de las altas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal (Gráfico 7).

V.4.1 Problema Principal: Persisten altas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal en el país.

• **Causas:**

1. Insuficientes conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, la familia y la comunidad para el cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las púerperas y el cuidado de las y los recién nacidos/as:
 - Insuficiente promoción de estilos de vida saludable en mujeres en edad fértil y sus familias.
 - Desconocimiento de la importancia de la atención preconcepcional.
 - Insuficiente acceso a los métodos de planificación familiar.
 - Insuficientes medidas de prevención del embarazo no deseado en adolescentes.
 - Pocos conocimientos de los cuidados de la y del recién nacido/a (lactancia materna exclusiva de inicio precoz, abrigo, co-lecho, higiene, afecto, reconocimiento de signos de alarma y uso oportuno de servicios de salud).
 - Insuficiente participación del padre, la familia y la comunidad en el seguimiento al estado de salud de la madre y de la y del recién nacido/a.
 - Insuficiente acción integrada entre los servicios y la comunidad organizada.
2. Brechas en las coberturas de las intervenciones preconcepcionales y prenatales costo efectivas relacionadas con la mortalidad neonatal.
 - Baja cobertura y baja calidad de atención preconcepcional y de atención prenatal de inicio temprano, completa, integral y oportuna.
 - Inapropiado diagnóstico y manejo del alto riesgo y de las complicaciones de la salud materna o fetal, incluyendo anemia y pre eclampsia.
 - Existencia de partos prematuros prevenibles.
 - Inadecuada indicación de cesáreas
 - Escaso nivel de competencias del personal de la salud.
 - Inadecuada información y preparación sobre cuidados de la y del recién nacido/a.
3. Insuficiente personal y/o con pocas competencias para la atención de la y del recién nacido/a normal, en el parto y el periodo neonatal.
 - Recursos humanos insuficientes, con escasas competencias para la atención adecuada de la y del recién nacido/a normal o con problemas, en el parto y en el periodo neonatal.
 - Alta rotación del personal que atiende a la madre y a la y al recién nacido/a.

4. Limitada capacidad resolutoria para el manejo del neonato prematuro, de bajo peso o con complicaciones, en los servicios de salud.

- Insuficiente oferta de servicios para la atención de patología de mediana y alta complejidad.
- Infraestructura inadecuada.
- Equipos materiales e insumos insuficientes.
- Recursos humanos insuficientes, poco entrenados y con alta rotación.
- Incipiente implementación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Limitado manejo de la y del recién nacido/a prematuro/a, incluyendo el uso del Cuidado "Madre Canguro".
- Escaso número de Servicios de Neonatología que dispongan de un programa de seguimiento y rehabilitación de recién nacidos de alto riesgo

5. Insuficiente información confiable para la toma de decisiones.

- Sub registro y mal registro de los datos.
- Insuficientes espacios de análisis de la información para tomas de decisiones.
- Incipiente cultura de toma de decisiones basada en el análisis de la información.
- No se percibe la necesidad de contar con data confiable.
- Poca interacción de los sistemas de información de salud entre ellos y con otros sectores.

• **Efectos:**

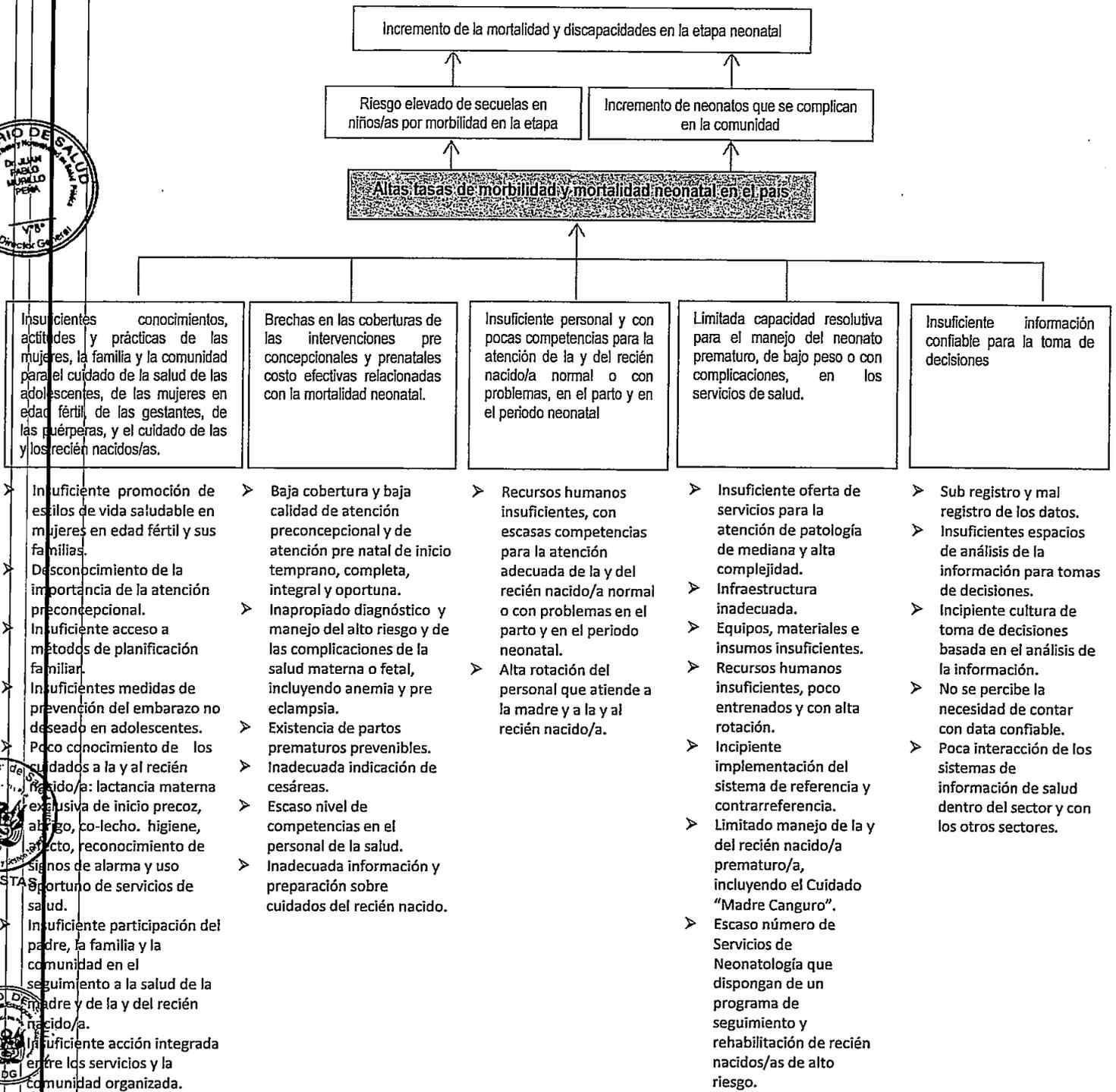
1. Altas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal en el país.
2. Riesgo elevado de secuelas en niños por morbilidad en la etapa neonatal.
3. Incremento de neonatos que se complican en la comunidad.

• **Efecto final:** Incremento de la mortalidad y de discapacidades en la etapa neonatal

La problemática encontrada en el país no difiere de la de otros países, esto ha llevado a que expertos internacionales en el tema, encabezados por la OMS y UNICEF, elaboren un plan para la reducción de las muertes prevenibles en las y los recién nacidos/as, centrado en cinco objetivos estratégicos cuyos resultados se basan en la evidencia existente, estos son: fortalecer mediante inversiones, la atención durante el parto, el nacimiento, el primer día y la primera semana de vida; mejorar la calidad de la atención materna y neonatal; llegar a todas las mujeres y todas las y los recién nacidos/as para reducir las desigualdades; aprovechar la influencia de los padres, las familias y las comunidades; y contabilizar a todas las y los recién nacidos/as mediante mediciones, seguimiento de los programas y rendición de cuentas³⁹. Este enfoque integral adaptado a la realidad del sistema de salud y de la sociedad peruana se encuentra considerado en el presente Plan para solucionar el impacto que tiene la morbilidad y mortalidad neonatal en nuestro país.



GRÁFICO 7. ÁRBOL DE PROBLEMAS. MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL.



VI. ACTIVIDADES EN BASE A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

VI.1 Objetivos específicos, acciones y actividades.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, la familia y la comunidad para el cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y el cuidado de las y los recién nacidos/as.

Acciones:

- 1.1 Hacer abogacía para involucrar a las autoridades nacionales, regionales y locales y a todos los sectores en la implementación y coordinación de estrategias/actividades destinadas a mejorar la salud neonatal y difundir lo dispuesto en la normatividad.

Actividades

- 1.1.1 Realizar reuniones de incidencia con autoridades nacionales, regionales y locales, de todos los sectores para la implementación de intervenciones destinadas a mejorar la salud neonatal y difundir lo dispuesto en la normatividad, considerando acuerdos de gestión intergubernamentales.

Producto: Actas de compromiso y acuerdos de gestión intergubernamentales firmadas por gobiernos locales y/o regionales.

- 1.1.2 Promover la incorporación de intervenciones (Casas maternas, Centros de Desarrollo Juvenil-CDJ, Centros de Promoción y Vigilancia Comunitaria para el Cuidado Integral de la Madre y el Niño-CPVC) para la mejora de la salud neonatal en la agenda de los diferentes sectores, según sus competencias, así como en la agenda de los gobiernos regionales y locales, incluyendo el Plan de Incentivos Municipales.

Producto: Plan multisectorial para la mejora de la salud neonatal en los niveles locales y regionales.

- 1.2 Comprometer a la comunidad organizada, sus autoridades y líderes en la adopción de prácticas saludables para el cuidado de la y del recién nacido/a, con enfoque de riesgo, en el marco de sus derechos.

Actividades

- 1.2.1 Conformación y capacitación de juntas vecinales (o las que hagan sus veces a nivel de la comunidad) en prácticas saludables para el cuidado de la y del recién nacido/a, con enfoque de riesgo, en el marco de sus derechos.

Producto: Juntas vecinales conformadas y capacitadas.

- 1.2.2 Implementación y funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal de la Madre y el Niño (CPVC), como parte de la vigilancia comunitaria para la adopción de prácticas saludables para el cuidado de la y del recién nacido/a en el marco de sus derechos.

Producto: CPVC implementados y en funcionamiento.

- 1.3 Promover la elaboración del diagnóstico local de los determinantes de la morbilidad y mortalidad neonatal realizando investigaciones socio-culturales y territoriales relacionadas al cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y de las y los recién nacidos/as.



Actividades

- 1.3.1 Ejecución de proyectos de investigación socio-cultural y territorial relacionados a la salud de la mujer y la y el recién nacido/a.
Producto: Proyectos ejecutados.
- 1.3.2 Elaboración del diagnóstico local de los determinantes de la morbilidad y mortalidad neonatal
Producto: Diagnóstico situacional local elaborado
- 1.3.3 Foros locales y regionales de discusión y análisis de los resultados de los proyectos de investigación para la elaboración de material comunicacional y de promoción de la salud.
Producto: Foros locales y regionales realizados.

- 1.4 Fortalecer el rol de los agentes comunitarios de salud relacionado a la promoción de la promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y de las y los recién nacidos/as.

Actividades

- 1.4.1 Talleres de capacitación continua de agentes comunitarios de salud en el cuidado de la salud de las adolescentes, las mujeres en edad fértil, las gestantes, las puérperas y las y los recién nacidos/as.
Producto: Agentes comunitarios capacitados.
- 1.4.2 Monitorización de las actividades de agentes comunitarios de salud en el cuidado de la salud de las mujeres en edad fértil, gestantes, puérperas y de las y los recién nacidos/as, incluyendo el reporte de las referencias comunales.
Producto: Informes de monitoreo.

- 1.5 Promover la participación de la familia y la comunidad para el apoyo y vigilancia de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes y de la y del recién nacido/a.

Actividades

- 1.5.1 Promover la formación y participación de grupos de apoyo y soporte familiar y comunitario, incluyendo grupos de apoyo a la lactancia y para el cuidado domiciliario de la gestante y de la y del recién nacido/a.
Producto: Grupos de apoyo conformados y capacitados.
- 1.5.2 Promoción y apoyo del uso del radar de gestantes, radar de recién nacidos/as y el plan de parto.
Producto: Comunidades y establecimientos de salud que cuentan con radar de gestantes y de recién nacidos/as.

- 1.6 Mejorar las condiciones de cuidado de la y del recién nacido/a en el hogar.

Actividades

- 1.6.1. Provisión de un paquete de insumos para proteger a la y al recién nacido/a de la hipotermia, para su higiene y un espacio seguro (Plan Nacional Bienvenidos).
Producto: Familias pobres beneficiadas con paquete de insumos para la y el recién nacido/a.
- 1.6.2. Promoción de adecuadas prácticas de cuidado de la y del recién nacido/a en el hogar, incluyendo la participación del padre.



Producto: Familias que mejoran prácticas en el cuidado de la y del recién nacido/a, con mayor participación del padre.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Reducir las brechas en las coberturas y mejorar la calidad de las intervenciones preconceptionales y prenatales costo efectivas relacionadas con la morbilidad y a la mortalidad neonatal.

Acciones:

- 2.1. Establecer un sistema de capacitación continua, que incluya el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), para el equipo multidisciplinario responsable de la atención de la gestante según niveles de capacidad resolutiva.



Actividades

- 2.1.1 Elaboración de plan de capacitación continua que incluya uso de TIC (cursos virtuales, telemedicina) dirigido al equipo multidisciplinario encargado de la atención preconceptional, prenatal y del parto.

Producto: Plan de Capacitación Continua elaborado y aprobado.

- 2.1.2 Monitoreo del plan de actividades de capacitación continua.

Producto: Profesionales capacitados aplican sus conocimientos.



- 2.2. Mejorar la capacidad resolutiva (recursos humanos, equipamiento, insumos, servicios e infraestructura) en los diferentes establecimientos con funciones obstétricas y neonatales, para la atención integral de la gestante y el neonato dentro de un ámbito territorial.

Actividades

- 2.2.1. Fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud para la atención eficiente y oportuna del parto y de la y del recién nacido/a, según nivel complejidad.

Producto: N° de establecimientos con capacidad resolutiva para la atención materno-neonatal.



- 2.3. Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia de la gestante y el neonato en adecuadas condiciones.

Actividades

- 2.3.1. Categorizar los establecimientos de salud de las microrredes y redes para la referencia y contrarreferencia de gestantes y recién nacidos/as.

Producto: Establecimiento con sistema de referencia y contrarreferencia funcionando.

- 2.3.2. Proveer un sistema de transporte bien equipado.

Producto: Establecimientos con sistema de transporte equipado según nivel de atención.

- 2.3.3. Actualizar guías de procedimientos de referencia de gestantes según nivel de atención y verificar el cumplimiento de las mismas.

Producto: Guías de procedimientos de referencia actualizadas e informes de verificación de su uso.



- 2.4. Implementar la gestión y atención de salud materno-neonatal por escenarios epidemiológicos (Anexo 1).



Actividades

- 2.4.1. Mapeo de escenarios según región de intervención.
Producto: Regiones cuentan con mapa con escenarios para intervenciones.
- 2.4.2. Elaboración e implementación de directivas para la gestión de la atención por escenarios epidemiológicos.
Producto: Establecimientos de salud cuentan con directivas para la gestión de la atención por escenarios epidemiológicos.
- 2.4.3. Actualización e implementación de guías nacionales sobre atención de complicaciones en las gestantes, relacionadas al riesgo de mortalidad neonatal.
Producto: Guías de atención de complicaciones en gestantes relacionados con la muerte neonatal actualizadas e implementadas.

- 2.5. Supervisar y monitorizar el cumplimiento de las normas así como de las guías y protocolos relacionados a la salud materna y neonatal.

Actividades

- 2.5.1. Acciones de control del cumplimiento de normas de salud materna y neonatal.
Producto: Informes de supervisión de cumplimiento de las normas de atención de la gestante y el neonato.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Fortalecer la atención con calidad de los cuidados a la y al recién nacido/a normal; detectar y brindar atención oportuna a las complicaciones en el trabajo de parto, el parto y el periodo neonatal.

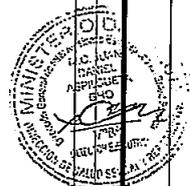
Acciones:

- 3.1. Establecer un sistema de capacitación continua, que incluya el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), para el equipo multidisciplinario responsable de la atención neonatal según niveles de capacidad resolutive.

Actividades

- 3.1.1. Elaboración del plan de capacitación bianual en la atención de la y del recién nacido/a normal y con problemas.
Producto: Plan de capacitación elaborado y aprobado.
- 3.1.2. Incorporación de maquetas y/o simuladores para la capacitación de personal de la salud en la atención neonatal.
Producto: Informes de capacitación con maquetas y/o simuladores.
- 3.1.3. Implementación de talleres de capacitación (Ayudando a los Bebés a Respirar, Reanimación Neonatal Avanzada, Cuidados Esenciales del Recién Nacido, etc.)
Producto: Personal de la salud capacitado con competencias para la atención de la y del recién nacido/a.

- 3.2. Mejorar la capacidad resolutive (recursos humanos, equipamiento, insumos, servicios e infraestructura) de los establecimientos de salud para la atención del embarazo, el parto y de la y del recién nacido/a según nivel de complejidad.



Actividades

- 3.2.1. Fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos donde se atienden partos, según nivel de complejidad.
Producto: Establecimientos de salud que cuentan con equipamiento para la atención del parto y para la atención neonatal, según nivel de atención.
- 3.2.2. Plan de monitoreo y supervisión de la capacidad resolutive de los establecimientos para la atención del parto seguro.
Producto: Informes de monitoreo y supervisión.
- 3.2.3. Formulación de un plan nacional de implementación de transporte neonatal según niveles de complejidad y redes de atención neonatal.
Producto: Plan nacional de transporte neonatal normado e implementado.



- 3.3. Fortalecer la atención del parto con adecuación cultural, de acuerdo a la realidad local.

Actividades

- 3.3.1. Adecuación de los ambientes en los establecimientos de salud para el parto vertical según nivel de atención de acuerdo a norma técnica.
Producto: Establecimientos de salud adecuados para la atención del parto vertical.
- 3.3.2. Evaluar los establecimientos de salud adecuados para la atención del parto con adecuación cultural: recursos humanos capacitados y camas adecuadas para el parto y recursos humanos y equipamiento adecuado para la atención de la y del recién nacido/a.
Producto: Establecimientos de salud adecuados para la atención del parto y de la y del recién nacido/a con adecuación cultural.
- 3.3.3. Realizar el seguimiento según norma de atención integral en salud neonatal.
Producto: Recién nacido/a controlado/a.



- 3.4. Establecer un programa de IEC (información, educación y comunicación) hospitalario para los padres, en el cuidado de la niña y el niño antes del alta.

Actividades

- 3.4.1. Elaboración de material educativo para padres de niños/as hospitalizados/as.
Producto: Material elaborado y validado.
- 3.4.2. Implementación de programas de IEC para los padres según nivel de atención.
Producto: Establecimientos de salud cuentan con programa implementado.



- 3.5. Implementar la visita domiciliaria integral a las familias con gestantes, púerperas y recién nacidos/as según la normatividad, con enfoque de riesgo.

Actividades

- 3.5.1. Elaboración de Plan de Visita Domiciliaria Integral por establecimiento de salud.
Producto: Establecimientos de salud cuentan con Plan de Visita Domiciliaria Integral.
- 3.5.2. Realización de Visitas Domiciliares Integrales por los establecimientos de salud.

Producto: Visitas Domiciliarias Integrales realizadas.

- 3.6 Implementar la Certificación de Establecimientos Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, que promueven y protegen la lactancia materna.

Actividades

- 3.6.1. Implementación de la Directiva Administrativa para la Certificación de los Establecimientos Amigos de la Madre, la Niña y el Niño (EAMN).
Producto: Número de establecimientos de salud que implementan la Directiva Administrativa para la Certificación de EAMN.
- 3.6.2. Promover la Certificación y Reconocimiento de los EAMN.
Producto: Número de establecimientos de salud certificados.
- 3.6.3. Monitoreo y seguimiento para la recertificación periódica de los EAMN.
Producto: Numero de EAMN recertificados.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Potenciar la capacidad resolutive para el manejo de la y del recién nacido/a prematuro/a, de bajo peso o con complicaciones, en los servicios de salud.

Acciones:

- 4.1. Elaborar e implementar un programa de capacitación para el equipo multidisciplinario que tiene a su cargo la atención de la gestante y de la y del recién nacido/a, que comprenda la prevención, la detección precoz y el tratamiento oportuno y adecuado de las 4 causas más frecuentes de la mortalidad neonatal (prematuridad, infecciones, malformaciones congénitas y asfixia) así como el empleo de la tecnología necesaria para su atención según niveles de complejidad.

Actividades

- 4.1.1. Elaboración e implementación del plan de capacitación continua que incluya uso de TIC (cursos virtuales, telemedicina) dirigido al equipo multidisciplinario encargado de la atención de la gestante y de la y del recién nacido/a con o sin problemas.
Producto: Plan de capacitación continua elaborado y aprobado.
- 4.1.2. Monitoreo del plan de actividades de capacitación continua.
Producto: Profesionales capacitados mediante el plan aplican sus conocimientos y competencias en los servicios de atención neonatal.

- 4.2. Mejorar la capacidad resolutive (recursos humanos, equipamiento con tecnología apropiada, insumos, servicios e infraestructura) para el manejo de la y del recién nacido/a complicado/a.

Actividades

- 4.2.1. Determinar la brecha de las unidades de neonatología basada en estándares internacionales y nivel de complejidad (recursos humanos, equipamiento, insumos, servicios e infraestructura) a nivel nacional.
Producto: Diagnóstico situacional.
- 4.2.2. Implementar los establecimientos de atención neonatal, según el diagnóstico.
Producto: Establecimientos de atención neonatal implementados.
- 4.2.3. Implementar una política de incentivos para la contratación y permanencia de recursos humanos motivados, capacitados y estables.
Producto: Política de incentivos para recursos humanos implementada.

- 4.2.4. Organizar la red de atención neonatal a nivel nacional.
Producto: Redes neonatales regionales y macro regionales implementadas

- 4.3. Actualizar y/o elaborar e implementar las guías de práctica clínica nacionales para la atención neonatal que incluyan prioritariamente las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal (prematuridad, infección, malformaciones congénitas y asfixia) y monitorear su implementación y uso.

Actividades

- 4.3.1. Actualización y/o elaboración de guías nacionales para la atención neonatal según niveles de complejidad.

Producto: Guías actualizadas y/o elaboradas e implementadas.

- 4.3.2. Monitorización de la adherencia a las guías de atención neonatal.

Producto: Profesionales aplican las guías de atención neonatal.

- 4.4. Diseñar, validar, implementar y monitorear programas de seguimiento a la y al prematuro/a y a la y al recién nacido/a de alto riesgo o con complicaciones.

Actividades

- 4.4.1. Diseñar e implementar un programa de seguimiento a recién nacidos/as de alto riesgo o con complicaciones en los establecimientos de referencia.

Producto: Establecimientos de referencia cuentan con plan de seguimiento de recién nacidos/as con complicaciones.

- 4.4.2. Implementar un sistema de monitoreo del Programa de Seguimiento a las y los recién nacidos/as con complicaciones.

Producto: Recién nacidos/as con complicaciones que cumplen con controles según norma.

- 4.5. Implementar programas de IEC (Información, educación y comunicación) para los padres, en el cuidado de la y del niño/a antes del alta.

Actividades

- 4.5.1. Elaboración de material educativo para padres de niños/as hospitalizados.

Producto: Material elaborado y validado.

- 4.5.2. Implementación de programas de IEC para los padres según nivel de atención.

Producto: Establecimientos de salud cuentan con programa implementado.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Optimizar los procesos de toma de decisiones para la salud de la y del recién nacido/a, basadas en información que integre el sistema de salud con datos provenientes del sector y de otros sectores, que respondan a la diferencia de los escenarios de intervención.

Acciones

- 5.1. Fortalecer el Subsistema Nacional de Vigilancia Perinatal y Neonatal.

Actividades

- 5.1.1. Revisión y actualización de la Norma 078 que establece la vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal.





- Producto: Norma actualizada.
- 5.1.2. Implementación de la vigilancia universal de defunciones fetales-neonatales y la vigilancia centinela de la morbilidad neonatal.
Producto: Informe de implementación del SSNVEPN.
- 5.1.3. Incorporar al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses al subsistema de vigilancia perinatal-neonatal.
Producto: Notificación regular del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- 5.1.4. Mejorar la cobertura de la notificación de la defunción fetal-neonatal.
Producto: Informes de cobertura de notificación.
- 5.1.5. Fortalecimiento de las capacidades del personal a cargo del registro de causas de muerte fetal-neonatal y de la implementación del SSNVEPN en los hospitales (Epidemiología, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Estadística, Calidad y Anatomía Patológica), redes y microrredes.
Producto: Personal capacitado en el registro de causas de muerte y en la implementación del SSNVEPN.
- 5.1.6. Implementación y desarrollo de los Comités de Vigilancia Perinatal y Neonatal en hospitales, redes y microrredes de salud.
Producto: Comités de Vigilancia implementados.
- 5.1.7. Articular los subsistemas de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (servicios de Neonatología y Obstetricia) y el SSNVEPN.
Producto: Subsistemas articulados.
- 5.1.8. Monitorear y supervisar los procesos del SSNVEPN.
Producto: Informes de monitoreo y supervisión.
- 5.1.9. Identificar y difundir las buenas prácticas de gestión de los gobiernos regionales y locales que contribuyan al éxito del Plan.
Producto: Buenas prácticas de gestión identificadas y difundidas.
- 5.1.10. Desarrollo de Alianzas Estratégicas con medios de comunicación social.
Producto: Alianzas Estratégicas con medios de comunicación social establecidas y en actividad.

- 5.2. Reforzar y/o implementar el sistema de seguimiento de indicadores de salud materno-fetal y neonatal, Sistema Informático Perinatal (SIP).

Actividades

- 5.2.1. Estandarización de los registros de recolección de datos del SIP en los establecimientos de salud.
Producto: Registros de recolección del SIP estandarizados.
- 5.2.2. Difusión de los documentos normativos y capacitación para su implementación.
Producto: Documentos normativos difundidos y capacitación realizada.

- 5.3. Desarrollar una agenda de investigación sobre la salud fetal y neonatal.

Actividades

- 5.3.1. Definir prioridades de investigación sobre la salud perinatal y neonatal.
Producto: Investigaciones priorizadas.
- 5.3.2. Establecer convenios/acuerdos con las universidades y agencias de cooperación para la ejecución de investigaciones.
Producto: Convenios establecidos.
- 5.3.3. Fortalecer las capacidades del personal de salud para el manejo de metodología de investigación científica.

Producto: Personal capacitado en investigación científica relacionado a salud neonatal.



VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El sistema de monitoreo y evaluación del Plan se basará en el seguimiento a las actividades programadas para cumplir con los indicadores y alcanzar las metas o resultados y el ulterior impacto. Este sistema liderado por el Ministerio de Salud, tiene la finalidad de proveer información para la toma de decisiones y evaluación de la gestión, así mismo, permitirá generar lecciones para el logro de los objetivos.



El monitoreo y evaluación basarán su estructura en el marco lógico y la matriz de indicadores la cual contiene su definición y estructura, las fuentes de recolección de datos, reportes, cronogramas y responsables.



El sistema se alimentará con información proveniente de los establecimientos de salud, redes integradas de salud, Direcciones Regionales de Salud, gobiernos locales y regionales, además de los estudios de investigación específicos programados, para lo cual se desarrollarán los mecanismos y se elaborarán las herramientas pertinentes para la medición de los indicadores y de los informes técnicos de los resultados del cumplimiento de los objetivos y metas del Plan.



Los procesos de monitoreo se harán de manera descentralizada, la supervisión será descentralizada y por niveles de complejidad, considerando el avance en los indicadores, de acuerdo al periodo programado.



El proceso de evaluación se realizará en dos niveles, regional y local el cual se llevará a cabo en forma semestral y anual, y otro nacional el cual se realizará anualmente. La evaluación considerará el avance en los resultados propuestos y hará los ajustes correspondientes al Plan con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos. Las Direcciones Regionales de Salud podrán definir resultados intermedios que permitan una evaluación más objetiva.

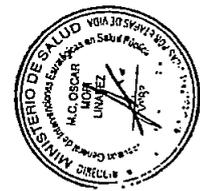
TABLA 8. MARCO LÓGICO

Objetivo General	Objetivos específicos para el 2019
<p>Establecer las acciones y estrategias dirigidas a la reducción de la morbilidad neonatal y a la disminución de la mortalidad neonatal en el país a una tasa de 7 por mil nacidos vivos, con énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, en el periodo 2016-2021.</p> <p>Meta: Tasa de mortalidad neonatal a 7 por mil NV.</p>	<p>OE1: Mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, la familia y la comunidad para el cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y el cuidado de las y los recién nacidos/as.</p> <p>Meta: - 80% de personas mayores de 15 años encuestadas (hombres y mujeres) conocen los cuidados básicos de la y del recién nacido/a. - 80% de familias del quintil 1, mejoran las condiciones para el cuidado de la y del recién nacido/a.</p> <p>OE2: Reducir las brechas en las coberturas y mejorar la calidad de las intervenciones preconceptionales y prenatales costo efectivas relacionadas con la morbilidad y la mortalidad neonatal.</p> <p>Meta: - 85% de gestantes inician la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo y cumplen como mínimo con 6 atenciones durante el embarazo. - 70% de los integrantes del equipo interdisciplinario ha recibido capacitación relacionada a la atención de la etapa preconceptional, prenatal y de la y del recién nacido/a, en los 12 meses anteriores a la evaluación. - 100% de establecimientos con FONB con capacidad resolutive para la atención materno-neonatal.</p> <p>OE3: Fortalecer la atención con calidad de los cuidados a la y el recién nacido/a normal; detectar y brindar atención oportuna a las complicaciones en el trabajo de parto, el parto y el periodo neonatal.</p> <p>Meta: - Menos de 10% de recién nacidos/as fallecidos/as por asfixia a nivel nacional. OE4: Potenciar la capacidad resolutive para el manejo de la y del recién nacido/a prematuro/a, de bajo peso o con complicaciones, en los servicios de salud.</p> <p>Meta: - 100% de los FONI con capacidad resolutive para el manejo de neonatos prematuros y con complicaciones.</p>
	<p>OE5: Optimizar los procesos de toma de decisiones para la salud de la y del recién nacido/a, basadas en información que integre el sistema de salud con datos provenientes del sector y de otros sectores, que respondan a la diferencia de los escenarios de intervención.</p> <p>Meta: - 20% de sub-registro de morbilidad y mortalidad neonatal.</p>



TABLA 9. MATRIZ DE INDICADORES

Objetivo	Acción estratégica	Indicador	Fuente de verificación	Meta año 1	Meta año 2	Meta año 3	Meta año 4	Meta año 5
OG: Establecer las acciones y estrategias dirigidas a: la reducción de la morbilidad neonatal y a la disminución de la mortalidad neonatal en el país a una tasa de 7 por mil nacidos vivos, con énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, en el período 2016-2021.		Tasa de mortalidad neonatal por mil NV.	CDC (Subsistema de vigilancia de morbilidad y mortalidad neonatal)	11 por mil NV	10 por mil NV	9 por mil NV	8 por mil NV	7 por mil NV
1. Mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, la familia y la comunidad para el cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y el cuidado de las y los recién nacidos/as.		% de personas mayores de 15 años encuestadas (hombres y mujeres) que conocen los cuidados básicos de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y de las y los recién nacidos/as.	INEI - Encuesta a hogares		LB	40%	60%	80%
1.1 Hacer abogacía para involucrar a las autoridades nacionales, regionales y locales y a todos los sectores en la implementación y coordinación de estrategias/actividades destinadas a mejorar la salud neonatal y difundir lo dispuesto en la normatividad		% de gobiernos locales y regionales priorizados que firman actas de compromiso de apoyo a acciones para mejorar la salud neonatal.	DIRESAS, GERESAS, IGSS DGPGT- MINSa	LB	10%	40%	60%	80%
1.2 Comprometer a la comunidad organizada, sus autoridades y líderes en la adopción de prácticas saludables para el cuidado de la y del recién nacido/a, con enfoque de riesgo, en el marco de sus derechos		% de juntas vecinales capacitadas en prácticas saludables para el cuidado de la y del recién nacido/a en el marco de sus derechos.	DIRESAS, GERESAS, IGSS DGPGT - MINSa	LB	10%	40%	60%	80%
1.4 Fortalecer el programa de educación para agentes comunitarios de la salud relacionado al cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y de las y los recién nacidos/as.		% de agentes comunitarios con conocimientos relacionados al cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puérperas y de las y los recién nacidos/as.	DIRESAS, GERESAS, IGSS DGPGT - MINSa	LB	10%	40%	60%	80%
1.5 Promover la participación de la familia y la comunidad para el apoyo y vigilancia de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes y de la y del recién nacido/a.		% de establecimientos de salud que cuentan con mapa geo sanitario, sectorización, radar de gestantes y radar de recién nacidos/as.	DIRESAS, GERESAS, IGSS DGPGT - MINSa	LB	10%	40%	60%	80%



N. Zerpa T.

1.6 Mejorar las condiciones de cuidado de la y del recién nacido/a en el hogar	% de familias del quintil de menores ingresos que realizan buenos cuidados de la y del recién nacido/a en el hogar, con participación del padre.	DGPGT - MINSA DIRESAS, GERESAS, IGSS	60%	70%	80%	90%	100%
2. Reducir las brechas en las coberturas y mejorar la calidad de las intervenciones preconceptionales y prenatales costo efectivas relacionadas con la morbilidad y la mortalidad neonatal.	% de gestantes que inician la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo y cumplen como mínimo con 6 atenciones durante el embarazo. Desagregado por quintiles.	OGTI ENDES	LB	70%	75%	80%	85%
2.2. Mejorar la capacidad resolutive (recursos humanos, equipamiento, insumos, servicios e infraestructura) en los diferentes establecimientos con funciones obstétricas y neonatales, para la atención integral de la gestante y el neonato dentro de un ámbito territorial.	% de establecimientos con FONB con capacidad resolutive para la atención materno-neonatal.	INEI - Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales	LB	80%	95%	100%	100%
2.3 Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia de la gestante y el neonato en adecuadas condiciones.	% de establecimientos con FONE con capacidad resolutive para la atención materno-neonatal.	INEI - Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales	LB	80%	95%	100%	100%
2.4 Implementar la gestión y atención de salud materno-neonatal por escenarios epidemiológicos.	% de establecimientos que aplica el sistema de referencia y contrarreferencia adecuadamente.	DIRESAS, GERESAS, IGSS	LB	50%	70%	80%	100%
2.5 Supervisar y monitorizar el cumplimiento de la norma, así como de las guías y protocolos relacionados a la salud materna	% de localidades de regiones priorizadas que implementan la atención materno-neonatal por escenarios.	DIRESAS, GERESAS, IGSS MINSA	10%	20%	30%	50%	70%
3. Fortalecer la atención con calidad de los cuidados a la y al recién nacido/a normal, detectar y brindar atención oportuna a las complicaciones en el trabajo de parto, el parto y el periodo neonatal.	% de gestantes que tienen todos los exámenes auxiliares en el primer trimestre de la atención prenatal.	OGTI SIS	LB	75%	85%	90%	95%
3.1 Establecer un sistema de capacitación continua, que incluya el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), para el equipo multidisciplinario responsable de la atención neonatal según niveles de capacidad resolutive.	% de recién nacidos/as fallecidos/as por asfisia a nivel nacional.	CDC (Subsistema de vigilancia de morbilidad y mortalidad neonatal)	12%	11%	9%	7%	< 7%
	% de personal de la salud que ha recibido capacitación en atención neonatal en un año/total de personal de la salud programado para capacitación en el mismo periodo.	DIRESAS, GERESAS, IGSS		50%	80%	80%	100%



3.2	Mejorar la capacidad resolutive (recursos humanos, equipamiento, insumos, servicios e infraestructura) de los establecimientos de salud para la atención del embarazo, el parto y de la y del recién nacido/a según nivel de complejidad.	% de Establecimientos de salud que cuenten con equipamiento para la atención del parto y para la atención neonatal, según nivel de atención.	DIRESAS, GERESAS, IGSS	LB	50%	80%
3.3	Fortalecer la atención del parto con adecuación cultural, de acuerdo a la realidad local.	% de establecimientos con equipamiento y personal capacitado para la atención del parto con adecuación cultural.	DIRESAS, GERESAS, IGSS	50%	70%	90%
3.4	Establecer un programa de IEC (información, educación y comunicación) hospitalario para los padres, en el cuidado de la y del niño/a antes del alta.	% de establecimientos de atención neonatal que implementan programa de IEC para los padres en el cuidado de la y del niño/a.	Estudio de evaluación específico	LB	70%	100%
3.5	Implementar la visita domiciliaria integral a las familias con gestantes, puérperas y recién nacidos/as según la normatividad, con enfoque de riesgo.	% de familias con gestantes, puérperas y recién nacidos/as que reciben por lo menos dos visitas domiciliarias en el primer mes de vida.	DIRESAS, GERESAS, IGSS	10%	40%	80%
3.6	Implementar la Certificación de Establecimientos Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, que promueven y protegen la lactancia materna.	% de establecimientos de salud acreditados como amigos de la madre y el niño.	DIRESAS, GERESAS, IGSS	LB	20%	60%
4.	Potenciar la capacidad resolutive para el manejo de la y del recién nacido/a prematuro/a, de bajo peso o con complicaciones, en los servicios de salud.	% de establecimientos con FONI con capacidad resolutive para el manejo de la y del recién nacido/a prematuro/a, de bajo peso y recién nacidos/as con complicaciones.	INEI - Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales	50%	60%	70%
4.1	Elaborar e implementar un programa de capacitación para el equipo multidisciplinario que tiene a su cargo la atención de la gestante y de la y del recién nacido/a, que comprende la prevención, la detección precoz y el tratamiento oportuno y adecuado de las 4 causas más frecuentes de mortalidad neonatal (prematuridad, infecciones, malformaciones congénitas y asfíxia) así como el empleo de la tecnología necesaria para su atención según niveles de complejidad.	% de personal capacitado con desempeño adecuado.	DIRESAS, GERESAS, IGSS MINSAL - INMP		50%	80%



C. AYESTAS



N. Zampa T.

	<p>4.2 Mejorar la capacidad resolutive (recursos humanos, equipamiento con tecnología apropiada, insumos, servicios e infraestructura) para el manejo de la y del recién nacido/a complicado/a.</p>	<p>% de establecimientos con FONE y FONI que cuentan con equipamiento e insumos según norma nacional.</p>	DIRESAS, GERESAS, IGSS MINSAs - INMMP	LB		50%		80%
	<p>4.3 Actualizar y/o elaborar e implementar las guías de práctica clínica nacionales para la atención neonatal que incluyan prioritariamente las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal (prematurnidad, infección, malformaciones congénitas y asfíxia) y monitorear su implementación y uso.</p>	<p>% de establecimientos que usan guías para la atención neonatal que incluyen prioritariamente las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal (prematurnidad, infección, malformaciones congénitas y asfíxia)</p>	DIRESAS, GERESAS, IGSS MINSAs	LB		80%		100%
	<p>4.4 Diseñar, validar, implementar y monitorear programas de seguimiento a la y al prematuro/a y a la y al recién nacido/a de alto riesgo o con complicaciones</p>	<p>Documento normativo aprobado y difundido en el nivel nacional. % de establecimientos que atienden neonatos que cuentan con programas de seguimiento a la y al prematuro/a y a la y al recién nacido/a de alto riesgo/total de establecimientos de salud seleccionados.</p>	DIRESAS, GERESAS, IGSS, hospitales	LB		70%		100%
	<p>5. Optimizar los procesos de toma de decisiones para la salud de la y del recién nacido/a, basadas en información que integre el sistema de salud con datos provenientes del sector y de otros sectores que respondan a la diferencia de los escenarios de intervención.</p>	<p>% de nivel de sub-registro de morbilidad y mortalidad neonatal.</p>	OGTI, CDC	50%		40%	30%	20%
	<p>5.1 Fortalecer el Subsistema Nacional de Vigilancia Perinatal y Neonatal</p>	<p>% de hospitales incorporados al Subsistema Nacional de Vigilancia Centinela</p>	CDC	30%		60%	100%	
	<p>5.2 Reforzar y/o implementar el sistema de seguimiento de indicadores de salud materno-fetal y neonatal Sistema Informático Perinatal (SIP)</p>	<p>% de Diresas que usan el SIP (Sistema Informático Perinatal)</p>	DIRESAS, GERESAS, IGSS Sistema de monitoreo del Plan MINSAs	40%		50%	70%	100%
	<p>5.3 Desarrollar una agenda de investigación sobre la salud fetal y neonatal</p>	<p>N° de investigaciones sobre la salud fetal y neonatal</p>	INS, Sistema de monitoreo del Plan MINSAs	2		4	6	8
								10



C. AYESTAS



N. Zorpa T.

VIII. PRESUPUESTO

El presente Plan estará financiado principalmente con presupuesto asignado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (actividades, las acciones de equipamiento requiere de proyectos de inversión que no está considerado en el presente plan), y podrá ser reforzado con la participación de otras entidades como agencias de cooperación, que se sumen al objetivo de lograr disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal en el Perú (Tablas 10 y 11).

TABLA 10. PRESUPUESTO POR OBJETIVOS (EN NUEVOS SOLES)

Objetivo Específico	Año Base 2015	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
OE1:	209,648,505	4,630,250	5,790,500	4,653,500	4,686,500	2,976,500	22,737,250
OE2:	286,825,525	24,765,250	28,101,500	28,741,250	27,941,000	27,941,000	137,490,000
OE3:	654,701,370	10,806,000	7,843,420	6,206,920	4,195,000	3,625,000	32,676,340
OE4:	216,992,040	9,481,750	56,374,000	22,290,750	21,124,000	19,764,000	129,034,500
OE5:	6,380,042	3,174,500	1,573,000	1,856,500	1,573,000	1,323,000	9,500,000
Total	1,374,547,482	52,857,750	99,682,420	63,748,920	59,519,500	55,629,500	331,438,090



IX. RESPONSABILIDADES

Son responsables de la conducción, implementación y monitoreo del presente Plan, además de coordinar la participación de otras instituciones, sectores y niveles de gobierno, de manera concertada y articulada, cada uno en el ámbito de sus competencias:

1. Ministerio de Salud

- Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud.
- Oficina General de Comunicaciones.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- Oficina General de Tecnologías de la Información.
- Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública.

2. Gobiernos Regionales

- Gerencias Regionales de Salud.
- Direcciones Regionales de Salud.

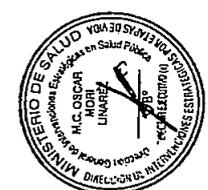
3. Instituto de Gestión de Servicios de Salud

- Instituto Nacional Materno Perinatal



TABLA 11. PRESUPUESTO POR ACCIONES

Objetivos Específicos	Acciones	Asignación presupuestaria por Acciones Estratégicas (en Nuevos Soles)						Responsables	Alineamiento con la EFP	
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total		Producto	Actividad
OBJETIVO 1 Mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, la familia y la comunidad para el cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puerperas y el cuidado de las niñas y los recién nacidos/as.	1.1. Hacer abogada para involucrar a las autoridades nacionales, regionales y locales y a todos los sectores en la implementación y coordinación de estrategias/actividades destinadas a mejorar la salud neonatal y difundir lo dispuesto en la normativa.	1,481,750	350,000	175,000	1,347,000	1,347,000	2,006,750	DGP-GT-OGC	300001: ACCIONES COMUNES	500438: DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL
	1.2. Comprometer a la comunidad organizada, sus autoridades, líderes y la adopción de prácticas saludables para el cuidado de la vida del recién nacido/a, con enfoque de riesgo, en el marco de sus derechos.	1,362,000	1,347,000	1,347,000	1,347,000	1,347,000	6,750,000	DGP-GT-OGC	303288: COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	500040: COMUNIDAD PROMUEVE ACCIONES ADECUADAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERIDAD SALUDABLE Y SALUD DEL NEONATO
	1.3. Promover la elaboración del diagnóstico local de los determinantes de la morbilidad y mortalidad neonatal, realizando investigaciones socio-culturales y territoriales relacionadas al cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puerperas y de las niñas y los recién nacidos/as.	194,000	1,654,000	1,335,000	900,000	900,000	4,983,000	DGP-GT-OGC	300001: ACCIONES COMUNES	500438: MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL
	1.4. Fortalecer el rol de los agentes comunitarios de salud, relacionado al cuidado de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, de las puerperas y de las niñas y los recién nacidos/as.	792,750	525,500	792,250	525,500	525,500	3,161,000	DGP-GT-OGC	303288: COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	500040: COMUNIDAD PROMUEVE ACCIONES ADECUADAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERIDAD SALUDABLE Y SALUD DEL NEONATO
	1.5. Promover la participación de la familia y la comunidad para el apoyo y vigilancia de la salud de las adolescentes, de las mujeres en edad fértil, de las gestantes y de la vida del recién nacido/a.	1,800,250	1,914,000	1,004,250	1,914,000	204,000	7,588,650	DGP-GT	303288: COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	500040: COMUNIDAD PROMUEVE ACCIONES ADECUADAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERIDAD SALUDABLE Y SALUD DEL NEONATO
	1.6. Mejorar las condiciones de cuidado de la vida del recién nacido/a en el hogar.	Financiado con recursos del Plan Nacional Bienestar					0			



N. Zerpa T.

C. AYSTAS

PLAN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL EN EL PERÚ 2016-2020

Objetivos Específicos	Acciones	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total	Responsables	Producto	Actividad	
OBJETIVO 2 Reducir las brechas en las coberturas y mejorar la calidad de las intervenciones preconcepcionales y prenatales costo efectivas relacionadas con la morbilidad y la mortalidad neonatal.	2.1. Establecer un sistema de capacitación continua, que incluya el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), para el equipo multidisciplinario responsable de la atención de la gestante según niveles de capacidad resolutiva.	470,000	518,000	518,000	518,000	518,000	2,542,000	DSSR	3000001: ACCIONES COMUNES	5004385: DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL	
	2.2. Mejorar la capacidad resolutiva (recursos humanos, equipamiento, insumos, servicios e infraestructura) en los diferentes establecimientos con funciones obstétricas y neonatales para la atención integral de la gestante y el neonato dentro de un ámbito territorial.	6,479,025	7,764,000	7,844,025	7,764,000	7,764,000	7,764,000	37,615,050	DSSR	3033297: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO	5000047: BRINDAR ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO
	2.3. Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia de la gestante y el neonato en adecuadas condiciones.	6,479,025	7,764,000	7,844,025	7,764,000	7,764,000	7,764,000	37,615,050	DSSR	3033305: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL	5000053: ATENDER AL RECIÉN NACIDO NORMAL
	2.4. Implementar la gestión y atención de salud materno-neonatal por escenarios epidemiológicos	8,638,700	10,352,000	10,458,700	10,352,000	10,352,000	10,352,000	50,153,400	DSSR	3033306: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES	5000054: ATENDER AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES
	2.5. Supervisar y monitorizar el cumplimiento de las normas así como de las guías y protocolos relacionados a la salud materna y neonatal.	981,750	410,500	516,750	250,000	250,000	250,000	2,409,000	DSSR	3033304: ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	5000052: MEJORAMIENTO DEL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL
		700,000					700,000	DSSR	3000001: ACCIONES COMUNES	5004430: MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL	
		1,016,750	1,293,000	1,559,750	1,293,000	1,293,000	6,455,500	DSSR	3000001: ACCIONES COMUNES	5004430: MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL	



Objetivos Específicos	Acciones	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total	Responsables	Producto	Actividad
OBJETIVO 3 Fortalecer la atención con calidad de los cuidados al recién nacido normal, detectar y brindar atención oportuna a las complicaciones en el trabajo de parto, el parto y el periodo neonatal.	3.1. Establecer un sistema de capacitación continua que incluya el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) para el equipo multidisciplinario responsable de la atención neonatal según niveles de capacidad resolutiva. 3.2. Mejorar la capacidad resolutiva (recursos humanos, equipamiento, insumos, servicios e infraestructura) de los establecimientos de salud para la atención del embarazo, el parto y de la salud del recién nacido/a según nivel de complejidad. 3.3. Fortalecer la atención del parto con adecuación cultural, de acuerdo a la realidad local. 3.4. Establecer un programa de EC (información, educación y comunicación) hospitalario para los padres en el cuidado de la niña y el niño antes del alta. 3.5. Implementar la visita domiciliaria integral a las familias con gestantes, puérperas y recién nacidos/as según normativa, con enfoque de respo. 3.6. Implementar la Certificación de Establecimientos Amigos de la Madre, la Mila y el Niño que promueven y protegen la lactancia materna.	678,500	625,000	1,158,500	625,000	625,000	3,712,000	DINEV-DGIESP	3000000 ACCIONES COMUNES	5004389 DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL
		282,000	14,526	14,526			311,052	DINEV-DGIESP	3003395 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL	5000063 ATENDER AL RECIÉN NACIDO NORMAL
		282,000	14,526	14,526			311,052		3003398 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES	5000064 ATENDER AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES
		537,600	3,019,368	2,019,368			10,414,736		3003977 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	5000065 ATENDER AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN
		547,500					547,500	DINEV-DGIESP	3003285 ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	5000045 BRINDAR ATENCIÓN DE PARTO NORMAL
		620,000	1,170,000		570,000		2,360,000	DINEV-DGIESP	3003992 EDUCACIÓN INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	5000099 BRINDAR INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
		756,000	750,000	750,000	750,000	750,000	3,756,000	DINEV-DGIESP	3003172 ATENCIÓN PRENATAL REPRODUCIDA	5000037 BRINDAR ATENCIÓN PRENATAL REPRODUCIDA
		756,000	750,000	750,000	750,000	750,000	3,756,000		3003286 ATENCIÓN DEL PUERPERIO	5000048 ATENDER EL PUERPERIO
		1,008,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	5,008,000		3003306 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL	5000063 ATENDER AL RECIÉN NACIDO NORMAL
		2,500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	2,500,000	DINEV-DGIESP	3000000 ACCIONES COMUNES	5004389 DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL



N. Zepa T.

PLAN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL EN EL PERÚ 2016-2020

Objetivos Específicos	Acciones	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total	Responsables	Producto	Actividad
OBJETIVO 4 Potenciar la capacidad resolutive para el manejo de la y del recién nacido/a prematuro/a, de bajo peso o con complicaciones, en los servicios de salud.	4.1. Elaborar e implementar un programa de capacitación para el equipo multidisciplinario que tiene a su cargo la atención de la gestante y de la y del recién nacido/a, que comprenda: la prevención, la detección precoz y el tratamiento oportuno y adecuado de las 4 causas más frecuentes de la mortalidad neonatal (prematuridad, infecciones, malformaciones congénitas y asfixia) así como el empleo de la tecnología necesaria para su atención según niveles de complejidad.	986,750	1,018,000	1,034,750	768,000	768,000	4,575,500	DINEV- DGIESP	3000001: ACCIONES COMUNES	5004389: DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL
	4.2. Mejorar la capacidad resolutive (recursos humanos, equipamiento con tecnología apropiada, insumos, servicios e infraestructura) para el manejo de la y del recién nacido/a complicado/a.	5,760,000	19,210,000	9,960,000	2,960,000	1,280,000	33,170,000	DINEV- DGIESP	3033306: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES	5000265: ATENDER AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES
	4.3. Actualizar y/o elaborar e implementar las guías de práctica clínica nacionales para la atención neonatal que incluyan prioritariamente las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal (prematuridad, infección, malformaciones congénitas y asfixia) y monitorear su implementación y uso.	750,000	19,210,000	9,960,000	960,000	1,280,000	23,170,000		3033307: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	5000265: ATENDER AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN
	4.4. Diseñar, validar, implementar y monitorear programas de seguimiento a la y al prematuro/a y a la y al recién nacido/a de alto riesgo o con complicaciones.	550,000	518,000	518,000	518,000	518,000	2,622,000	DINEV- DGIESP	3000001: ACCIONES COMUNES	5004389: DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL
		1,425,000	16,418,000	15,818,000	15,918,000	15,918,000	65,497,000	DINEV- DGIESP	3000001: ACCIONES COMUNES	5004430: MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL



Objetivos Específicos	Acciones	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total	Responsables	Producto	Actividad
OBJETIVO 5 Optimizar los procesos de toma de decisiones para la salud de la y de recién nacidos, basadas en información que integre el sistema de salud con datos provenientes del sector y de otros sectores, que respondan a la diferencia de los escenarios de intervención.	5.1. Fortalecer el Subistema Nacional de Vigilancia Perinatal y Neonatal. 5.2. Reforzar y/o implementar el sistema de seguimiento de indicadores de salud materno-fetal y neonatal (Sistema Informativo Perinatal (SIP)). 5.3. Desarrollar una agenda de investigación sobre la salud fetal y neonatal.	1,615,000	548,000	548,000	548,000	548,000	3,807,000	CDC	3000001 ACCIONES COMUNES	5004430: MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL
		669,750	250,000	516,750	250,000	250,000	1,936,500	OGTI	3000001 ACCIONES COMUNES	5004430: MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL
		889,750	775,000	791,750	775,000	525,000	3,756,500	CDC-INS	3000001 ACCIONES COMUNES	5004430: MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL
MONTO TOTAL GENERAL		52,857,750	99,682,420	63,748,920	59,519,500	55,629,500	331,438,090			

INEV: Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida, DGIESP: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, DSSR: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, DPGPT: Dirección General de Promoción y Gestión Territorial en Salud, CDC: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, OGC: Oficina General de Comunicaciones



C. AYESTAS



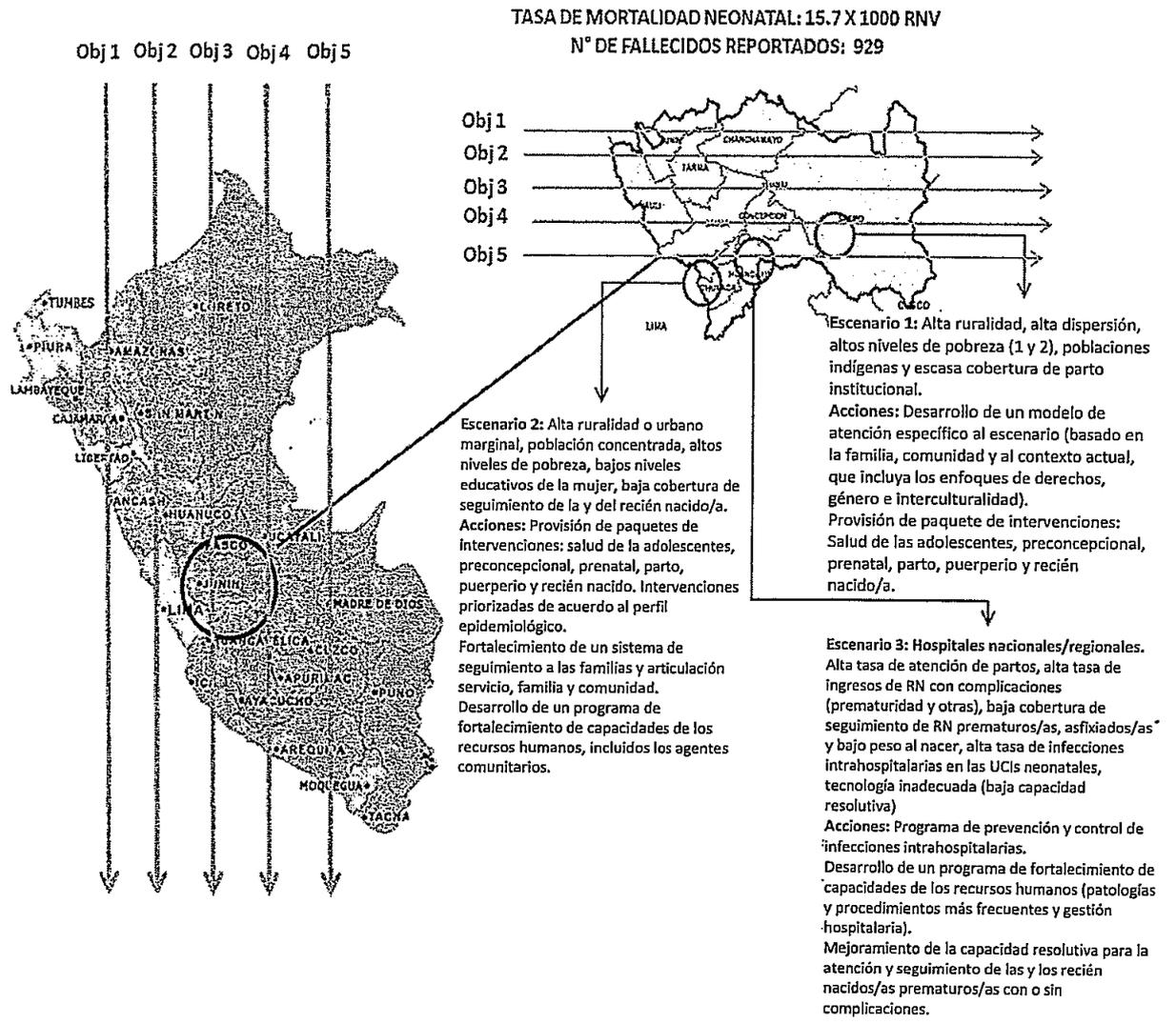
N. Zepa T.

X. ANEXOS

ANEXO 1

GRAFICO 8. LÓGICA DE INTERVENCIÓN DEL PLAN

Ejemplo de la lógica de intervención del Plan con la interrelación entre objetivos planteados y escenarios epidemiológicos para la gestión territorial de recursos.



Escenario epidemiológico: Es un espacio geo-social (territorio) o un entorno con presencia de determinantes sociales de la salud específicos para la ocurrencia de problemas de salud o mortalidad neonatal.

Escenario 1: Caracterizado por alta ruralidad, alta dispersión, altos niveles de pobreza (I y II), poblaciones indígenas y escasa cobertura de parto institucional.

• Acciones:

- Desarrollo de un modelo de atención específico al escenario (basado en la familia y comunidad) y al contexto actual, que incluya los enfoques de interculturalidad.
- Provisión de paquete intervenciones costo-efectivas (NTS N° 074 actualizada): salud del adolescente, preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a.

Escenario 2: Caracterizado por alta ruralidad, población concentrada, altos niveles de pobreza, bajos niveles educativos de la mujer (sin escolaridad hasta primaria completa vs secundaria a más), baja cobertura de seguimiento de la y del recién nacido/a.

• Acciones:

- Provisión de paquete intervenciones costo-efectivas (NTS N° 074 actualizada): salud de la adolescente, preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a; intervenciones priorizadas de acuerdo a valores de coberturas.
- Fortalecimiento de un sistema de seguimiento de las familias, articulación servicio-familia y comunidad.
- Desarrollo de un programa de fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos.

Escenario 3: Hospitales nacionales/regionales. Caracterizado por una alta tasa de atención de partos, alta tasa de ingresos de recién nacidos/as con complicaciones (prematuridad), baja cobertura de seguimiento de recién nacidos/as prematuros/as, alta tasa de IIH en las UCI neonatales, baja capacidad resolutive.

• Acciones:

- Programa de prevención y control de IIH.
- Desarrollo de un programa de fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos con énfasis en la gestión hospitalaria.
- Mejoramiento de la capacidad resolutive para la atención y seguimiento de las y los recién nacidos/as con o sin complicaciones (prematuros/as).



XI. BIBLIOGRAFIA

1. Mikkel Zahle Oestergaard et al. Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities. PLOS Medicine Vol. 8 N° 8, 2011.
2. Liu et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet 2015; 385: 430–40.
3. Surviving the first day. State of the World's 2013. Save the Children, May 2013.
4. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children's Fund, 2015.
5. Lawn JE, Kinney MV, Black RE, et al. Newborn survival: a multi country analysis of a decade of change. Health policy and planning. July 2012;27 Suppl 3:iii6-28
6. Lawn JE, Blencowe H, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Beyond newborn survival: the world you are born into determines your risk of disability-free survival. Pediatric Research, 2013.
7. Born too soon. The global action report on preterm birth. World Health Organization, 2012
8. Katz J, Lee AC, Kozuki N, et al. Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis. Lancet. Aug 3 2013; 382(9890):417-425.
9. UNICEF. AECID. Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido en un área rural andina y amazónica del Perú. Capítulo I: Componente Estadístico. Setiembre 2010.
10. Black, Robert E., et al. Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences, The Lancet, vol. 371, no. 9608, 2008, 243–2.
11. Best practices: detecting and treating newborn asphyxia. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2004: <http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>
12. Lawn JE, Cousen S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Acceso en. <http://www.activemag.co.uk/lancet.htm>
13. World Health Organization. The World Health Report. Shaping the Future. Geneva: World Health Organization 2003. disponible en: <http://www.who/int/whr/en/>
14. Intiaz Jehan et al. Mortalidad neonatal, factores de riesgo y causas: estudio de cohortes prospectivo basado en la población en el Pakistán urbano. Bull World Health Organ vol.87 n.2 Ginebra Feb. 2009
15. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. UNICEF, 2008.
16. Perú: Tercer Informe Nacional del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Presidencia de Consejo de Ministros. Sistema de Naciones Unidas en Perú, 2013.
17. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. INEI, 2014.
18. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud 2013.
19. Ávila J. Vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal. Perú, año 2014 (a la SE 13). 2014; 23 (13): 247 – 249.



20. Velásquez Hurtado JE, Kusunoki Fiero L, Paredes Quiliche TG, Hurtado La Rosa R, Rosas Aguirre AM, Vigo Valdez WE. Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas neonatales del año 2011 en Huánuco y Ucayali, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014; 31(2):228-36.
21. Valdez H., W y Miranda M., J. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2012. USAID/Políticas en Salud. Mirza Editores e Impresores SAC, 2014.
22. Reporte AVISA Regiones Lima, Huancavelica, Ayacucho y Apurímac 2007.
23. Castelli, A. y Nizalova, O. (2011). Avoidable mortality: what it means and how it is measured. Disponible en: http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP63_avoidable_mortality_what_it_means_and_how_it_is_measured.pdf.
24. Fariña, D. Root Cause Analysis of factors related to the death of newborns hospitalized in public maternities in Argentina. Rev. Argent Salud Pública, 1(3):13-17, 2011.
25. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2010. Derechos del Niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2009.
26. Programa Presupuestal. Salud Materno-Neonatal. Reporte de Balance 2012.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Encuesta Nacional de Hogares 2012.
28. Salud Materno-Neonatal: Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan. Inversión en la Infancia Perú. Equipo Técnico del Grupo Impulsor Iniciativa Ciudadana Inversión en la Infancia Marzo del 2013.
29. Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. Reporte del Seguimiento al Programa Presupuestal Estratégico "Salud Materna Neonatal" 2012-2013.
30. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres. Pág. 275 – 313
31. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Salud Materna. Pág. 212 – 240.
32. Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, N° 4/Nueva York: UNICEF y CEPAL, 2007.
33. Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales 2013. INEI, 2014.
34. Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal. Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN) Reporte de Balance del año 2012.
35. Grupo de Seguimiento Concertado al programa presupuestal salud materno neonatal-reporte N° 01-2014-SC/PSMN.
36. Decreto Supremo N° 012-2013-SA que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional.
37. Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta Amigable 2009.
38. Ministerio de Economía y Finanzas. Reporte de Seguimiento de Ejecución Financiera a Programas Presupuestales 2014.
39. OMS, UNICEF. 2014. Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/about/governance/partnersforum/enap_exesummary_es.pdf





Resolución Ministerial



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MINAYA



E. SANCHEZ



C. AYESTAS



N. Zerpa T.



J. Gavaia S.



C. KUROIWA P.



C. CAVAGNARO P

Lima, 13 de Julio del 2016

Visto, el Expediente N° 16-025691-002 que contiene el Informe N° 004-2016-DA-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1), del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la norma antes referida, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la precitada Ley, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el artículo 71 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, establece que

la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, responsable de dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública, en materia de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas; Salud Mental; Prevención y Control de la Discapacidad; Salud de los Pueblos Indígenas; Salud Sexual y Reproductiva; así como las correspondientes por Etapas de Vida;

Que, asimismo los literales a) y b) del artículo 72 del Reglamento precitado, disponen que son funciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, el proponer las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de los riesgos y daños en materia de: Salud por Etapas de Vida; Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas; Salud Mental, Discapacidad; Pueblos Indígenas; Salud Sexual y Reproductiva; Salud Ocupacional; considerando los determinantes sociales de la salud y los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos, en el ámbito de su competencia; así como Proponer políticas, normas y lineamientos y otros documentos en materia de intervenciones de prevención, control y reducción de los riesgos y daños en el ámbito de sus competencias;

Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias ha elaborado el "Plan para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal en el Perú 2016 – 2020", con la finalidad de contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de los recién nacidos, en el marco del enfoque de derecho, género, interculturalidad e inclusión social;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Que, mediante el Informe N° 668-2016-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, del Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud, del Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información, del Director General de la Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: "Plan para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal en el Perú 2016 – 2020", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MIRAYA



E. SANCHEZ



C. AVESITAS



H. Zepeda



J. Zavaleta



C. KUROIWA P.



C. CAVAGNARO P.



Resolución Ministerial

Lima, 13 de Julio del 2016



P. GRILLO



P. MINAYA

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, la difusión, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento del presente Documento Técnico.



Artículo 3.- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional son responsables de la difusión, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación del presente Documento Técnico, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.



SANCHEZ

Artículo 4.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>, del Portal Institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese



C. AYESTAS

Anibal Velásquez Valdivia

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



N. Zerpa T.



J. Zavaleta S.



C. KUROIWA P.



C. CAVAGNARO P