

LA ATENCION DE LA SALUD MATERNO
INFANTIL EN EL PERU *

Por

Dr. Jorge Castello Castello

(Segunda Edición)

Jorge Castello Castello



LA ATENCION DE LA SALUD MATERNO
INFANTIL EN EL PERU

(Segunda Edición)

1987

PUBLICADO POR LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD



830090

Esta nueva edición de la "ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN EL PERU", es un interesante trabajo de investigación que el doctor Jorge Castello Castello, publicara con fines docentes en 1985 y que ahora estamos reproduciendo en todas sus partes.

El propósito es fomentar en los estudiantes de las ciencias de la salud su análisis y mejor utilización de la información referida a la problemática de la salud materno infantil, motivada en el interés que demuestran los numerosos lectores que acuden a nuestra Biblioteca y a su deseo de contarla como obra de consultas para sus trabajos de investigación.

La situación de salud en cualquier parte del mundo fluctúa constantemente y por lo tanto su información sobre las circunstancias en que se desarrolla son de gravitante importancia en los objetivos comunes de tratar de mejorar las condiciones de salud en especial de la madre y del niño.

LA ATENCION DE SALUD MATERNO INFANTIL EN EL PERU

INTRODUCCION

La salud de la población es un fenómeno de efecto, resultante fundamental de la interacción de factores socio-políticos, económicos y culturales. La salud no sólo es un fenómeno biológico sino, también, es un fenómeno social, que alcanza una determinada situación de acuerdo con la posición relativa que alcancen los factores condicionantes del ambiente natural y social y, en donde la decisión política tiene gran significación por ser la variable que en última instancia interviene en la asignación de recursos para mejorar la organización, funcionamiento y producción de los sistemas de salud que no vienen a ser sino los sistemas sociales mirados desde la perspectiva de salud.

El buen estado de salud de la población dependerá de la interacción positiva de los factores físicos, económicos, políticos y sociales. De allí que la salud sea el principal componente del bienestar del hombre y por lo tanto un fin; asimismo, la salud es un medio porque constituye un componente fundamental del desarrollo. (Figura N° 1)

En el Perú la situación de salud de la madre gestante, parturienta y puerpéra, así como del niño recién nacido, lactante, pre-escolar y escolar, es insatisfactoria. Esta situación se expresa a través de altas tasas de morbi-mortalidad de la madre y del niño, principalmente del niño menor de un año, morbi-mortalidad que es consecuencia de factores físicos, demográficos, socio-económicos y culturales desfavorables y de una política de salud inadecuada, con escasez de recursos, desigualmente distribuidos y mal utilizados.

La mortalidad de la madre y del niño es mucho más elevada en las zonas rurales y urbano-marginales, en donde las condiciones socio-económicas de las familias son precarias y la escasez e inexistencia de servicios de salud materno infantil constituyen la mejor expresión.

El problema de los altos índices de morbimortalidad materna e infantil prevalece en nuestro país porque el grupo de madres gestantes y de niños de 0 a 14 años es muy numeroso ya que representa alrededor del 43% de la población; y, si se incluye la población de mujeres en edad fértil el porcentaje sube a más del 60% de la población total.

De otro lado, los servicios de salud de atención materno infantil han alcanzado coberturas muy bajas con una producción y productividad que están muy por debajo de las normas establecidas.

La política de salud no está debidamente orientada para lograr coberturas útiles de atención a la madre y al niño peruanos, sobre todo, en -- las zonas rurales, urbano-marginales, de emergencia y de asentamientos poblacionales, porque no existen programas nacionales, regionales y locales de atención a la madre y al niño, con objetivos bien definidos -- que se materialicen en programas operativos que alcancen a una buena -- parte de la población materno infantil de las diferentes áreas geográficas del país. A ello se agrega, que los Lineamientos de Política de Población no se cumplen en la medida que fueron diseñados para lograr objetivos en cuanto a la distribución de la población, a la disminución -- de la morbi-mortalidad materno infantil y a la disminución de los índices de crecimiento poblacional.

Esta situación por la que atraviesa el país, incidirá negativamente en su desarrollo económico y social, lo que debe alertarnos, para tratar -- de lograr una atención integral materno infantil, muy en especial, en -- el niño, que permita asegurarle un buen crecimiento y desarrollo físico y mental, en esa forma, prepararlo para que en el futuro intervenga activamente en el proceso de producción y productividad.

Esto significará que la atención integral de salud de la madre y del niño, así como la atención de la mujer en edad fértil, incorporen acciones de planificación familiar, en coordinación con otros sectores económicos y sociales, fundamentalmente, con el Sector Educación.

Finalmente, la situación de salud existente exige que debe modificarse la política de salud, para que ésta, permita formular planes operativos de salud y programas específicos de atención materno infantil que incluyan acciones dirigidas a cumplir con los Lineamientos de Política de Población establecidos.

Es necesario, por lo tanto, que se precisen objetivos dirigidos al campo materno infantil con el fin de lograr ampliar las coberturas de atención en estos grupos etarios dando prioridad a las zonas rurales, urbano-marginales, de emergencia y de asentamientos poblacionales del país, dotándolos de servicios y recursos que permita evitar la concentración de los mismos en las grandes ciudades y fomentar, al mismo tiempo, la investigación aplicada en relación con los problemas de salud materno infantil, en los que se incluya la correspondiente a disminuir la explosión demográfica, en coordinación con los sectores, especialmente con el Sector Educación.

Jorge Castello Castello

I. LA SALUD EN EL CONTEXTO ECONOMICO Y SOCIAL

La salud de la población es parte importante de la Realidad Nacional y, por lo tanto, no puede ser considerada como ente independiente, sino dentro del contexto económico y social en donde se consideran una serie de factores que están influyendo positiva o negativamente en la salud de la población.

Entre estos factores se consideran los siguientes :

A. FACTOR SOCIAL

Influye en la salud a través de :

1. La población en cuanto a su estructura, distribución y dinámica.
2. La educación en cuanto a sus sistemas organizativos, de funcionamiento, producción y oferta en los Servicios de Salud, de acuerdo con la demanda requerida para satisfacer necesidades prioritarias.
3. La vivienda en cuanto a la organización del sistema y disponibilidad de recursos para solucionar el déficit habitacional existente de acuerdo con la demanda y capacidad de compra de la población.
4. La ocupación de la población económicamente activa (PEA) para superar la situación de subocupación y desempleo.
5. La Seguridad Social para incrementar la cobertura de asegurados en los diferentes sistemas de prestación.
6. Los medios de comunicación social para una mejor orientación de los medios de difusión.
7. La estratificación social en cuanto a niveles de vida y marginalidad.

B. FACTOR POLITICO

Influye a través de los sistemas políticos, jurídicos, administrativos, la política general del Estado, el sistema legal vigente, las estructuras públicas y privadas, los grupos de poder, de presión y de interés, las ideologías políticas y los partidos políticos.

C. FACTOR ECONOMICO

Influye a través de los bienes y servicios producidos, los sistemas de producción, de consumo y de distribución fundamentalmente.

De acuerdo con estas consideraciones la salud resulta ser un fenómeno de efecto de la interacción de múltiples factores. Es producto del comportamiento del contexto económico y social y en donde el factor político juega el rol fundamental. (Figura - N° 2)

Ahora bien si la política de población está dirigida a lograr un auténtico desarrollo y seguridad integral dando prioridad a la búsqueda de objetivos cualitativos a través de acciones multisectoriales y si consideramos a la salud como un fenómeno de efecto de esta multisectorialidad, el dimensionamiento de las familias, la disminución de los altos índices de morbilidad materno infantil y la mejor distribución de la población en el territorio nacional sólo será posible si hay una participación efectiva, eficiente y eficaz de todos los sectores de la socio-economía y en los que Educación y Salud tienen que jugar un rol importante y trascendental. (Figura N° 3)

II. LA REALIDAD Y LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

A. REALIDAD DE SALUD

La Realidad de Salud es parte importante de la Realidad Nacional y puede ser analizada utilizando diferentes enfoque metodológicos.

El estudio diagnóstico de la Realidad de Salud Materno Infantil y su referente : La Situación de Salud, permitirá contar con los Elementos de Juicio suficientes, de los que se desprenderán las necesidades de salud materno infantil y las aspiraciones de la población que, contrastadas con los recursos existentes y potenciales, permitirá establecer el Proyecto Nacional y formular los Proyectos Políticos con sus objetivos, políticas y estrategias que se desconsolidarán en Planes de Salud Integral y de Salud Materno Infantil a Largo, Mediano y Corto Plazo. (Figura N° 4)

B. LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

La situación de salud materno infantil, es la posición relativa que asumen los diferentes condicionantes de la salud de la madre y del niño, considerada como fenómeno de efecto de la interrelación de factores socio-políticos, económicos y culturales que conforman el ambiente físico, biológico y social.

Esta posición relativa y conjunta de los factores condicionantes deben darse en un tiempo y espacio determinados, de tal manera que la situación de salud de la madre y del niño sea la situación social mirada desde la perspectiva de salud de estos grupos etarios.

La mejor expresión de la situación de salud materno infantil se da a través del estado de salud y del sistema de servicios de salud, condicionados a su vez independientemente y en conjunto por factores socio-políticos, económicos y culturales - que son componentes de la Realidad Nacional. (Figura N° 5)

Metodológicamente el análisis de la situación de salud materno infantil puede considerar dos grandes componentes: el estado de salud y el sistema de servicios de salud, incluyendo en este análisis los factores condicionantes que pueden actuar favorablemente o desfavorablemente en dicha situación, para luego precisar los elementos de juicio que permitirán determinar las áreas o problemas críticos con el fin de detectar los elementos impulsores y retardadores en el proceso de mejorar la situación actual desfavorablemente en una situación futura mejor utilizando los instrumentos políticos y operativos que sean -- los más adecuados.

1. Estado de Salud

El estado de salud, es la salud de la población en un momento dado, como resultante de las interrelaciones de la población con su ambiente físico, biológico y social. El estado de salud se expresa a través del nivel de salud y su estructura; considera indicadores positivos (natalidad, expectativa de vida, ingesta calórico-protéica) e indicadores negativos (morbilidad y mortalidad).

El estado de salud siendo un atributo propio de la población, no incluye todas sus variables. Considera aquellas que tienen relación con la susceptibilidad individual y colectiva y con los desequilibrios resultantes de la interacción con el medio ambiente.

El estado de salud materno infantil es variable. Generalmente es insatisfactorio, salvo en el caso de los países considerados como desarrollados. Esta insatisfactoriedad que puede llegar al deterioro, se expresa fundamentalmente por los altos índices de morbilidad y mortalidad sobre todo en los grupos menores de un año y en especial en aquellos que viven en áreas rurales y urbano-marginales.

2. El Sistema de Servicios de Salud

El sistema de servicios de salud materno infantil, es el conjunto de elementos de estructura, recursos humanos, materiales y financieros, funciones y relaciones, que la sociedad asigna para la prestación de servicios integrales de salud, - dirigidos al grupo de madres gestantes, parturientas y puérperas, así como a niños de 0 a 14 años y, al control del medio ambiente.

Este conjunto de elementos y relaciones definen la modalidad por la cual una comunidad demanda y recibe servicios de salud integral dirigidos a la atención de la madre y del niño dentro del contexto de la atención de la población total.

La bondad del sistema depende de la VOLUNTAD POLITICA para - viabilizar y factibilizar el funcionamiento de las organizaciones y de los recursos con que cuente, para producir actividades que respondan a las reales necesidades de salud del - grupo de madres y niños y, de las acciones que faciliten el control del ambiente cuando éste, sea desfavorable para la - población.

3. Factores Condicionantes

Los factores condicionantes de la situación de salud materno infantil se encuentran en el medio ambiente natural y cultural. Los primeros por ser estables pueden ser susceptibles de ser controlables si es que se cuenta con recursos económicos suficientes; los segundos, entrañan dimensiones tecnológicas, sociales e ideopolíticas por lo que son muy difícilmente controlables.

III. LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO EN EL PERU

La situación de salud de la madre y del niño en general es muy desfavorable. Su estado de salud insatisfactorio y los servicios de salud de atención materno infantil deficientes e insuficientes.

A. EL ESTADO DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

1. Indicadores Positivos

a. Natalidad, Crecimiento Demográfico y Fecundidad Global

(1) Situación

La información de los años 1960, 1965, 1970, 1975, 1980 y 1981 según una fuente y la correspondiente a los años 1967, 1976 y 1981 según otra fuente, -- muestran que estos índices a excepción de las tasas de natalidad en este período, no han descendido significativamente (Tablas N° s 1 y 2); y, si se compara los índices encontrados en el Perú en el año 1980, con los que presentan algunos países del mundo (Tabla N° 3), se ve la diferencia significativa que existe entre países subdesarrollados y desarrollados.

(2) Causas

Son muchas. Las más importantes son :

- Niveles de vida muy bajos.
- Hacinamiento, principalmente, en aquellas poblaciones deprimidas económica y socialmente (zonas rurales y urbano-marginales).
- Bajos niveles educativos con altos índices de al f a b e t i s m o e i n a d e c u a d o s s i s t e m a s e d u c a c i o n a l e s .
- Servicios de salud que no responden a problemas y necesidades prioritarias y a la realidad de salud rural y urbano-marginal de la población en general y del grupo materno infantil en es p e c i a l .

31 AGO 1989



Actividades de planificación familiar limitadas en cuanto a contenidos y extensión de cobertura y circunscritas a las grandes ciudades fundamentalmente.

(3) Tendencia

La población peruana y por tanto la correspondiente al grupo de madres gestantes y niños menores de 15 años seguirá incrementándose a un ritmo ligeramente menor al existente. Esta tendencia podrá variar en la medida que se modifiquen las causas señaladas a través de políticas globales de desarrollo, de población y de salud, bien orientadas y que sean viables y factibles en su operativización.

b. Expectativa de Vida al Nacer e Ingreso Percápita

(1) Situación

En el Perú la expectativa de vida al nacer se ha incrementado de 48.4 años en 1960 a 59.1 años en 1981; siendo el ingreso per cápita de 740 dólares en 1980. Al comparar estos indicadores con los que presentan en 1980 algunos países del mundo - se ve claramente la diferencia entre países desarrollados y subdesarrollados. (Tablas N° s. 4 y 5)

(2) Causas

Entre otras :

- Altas tasas de natalidad
- Mortalidad materna e infantil elevada
- Niveles de vida muy bajos, sobre todo en las zonas rurales y urbano-marginales.

(3) Tendencia

La expectativa de vida al nacer va a mejorar en forma lenta y gradual. Esta tendencia puede acelerarse si fundamentalmente mejoran las condiciones de vida de la población.

c. Ingesta Calórico-Protéica

(1) Situación

Déficit calórico-protéico en el Perú y en todos los países subdesarrollados. En nuestro país existe un déficit calórico promedial de un 30% a proximadamente y un déficit protéico de un 35%. Las regiones de la Costa y Sierra son las más afectadas sobre todo en las zonas rurales y urbano-marginales. Las madres y niños peruanos en un porcentaje apreciable están subalimentados y mal nutridos, situación que se agrava en los niños con la disminución de la lactancia materna.

(2) Causas

Entre otras :

- Baja producción y escasez de alimentos.
- Distribución irregular.
- Bajo poder adquisitivo de la población generado por el desempleo y subempleo.
- Hábitos alimentarios inadecuados.
- Incremento de la lactancia artificial.

(3) Tendencia

El déficit calórico-protéico en los próximos años se va a incrementar creando una situación altamente caótica para los países subdesarrollados. En el Perú esta situación crítica puede agravarse --

aún más, sí es que no se reestructuran los sistemas agropecuarios actualmente existentes, si no se incorporan nuevas áreas de cultivo, si no se incrementa la pesca de consumo humano y si no se establece una política bien definida de alimentación y nutrición para el grupo de madres y niños, sobre todo para los niños lactantes y pre-escolares.

2. Indicadores Negativos

a. Mortalidad Materna

(1) Situación

Según el contenido del documento "Realidad Nacional de Salud" publicado en 1977 en la Escuela de Salud Pública y las últimas estimaciones hechas, la tasa de mortalidad materna ha disminuído de - 1960 a 1981 de 40 defunciones maternas por 10000 nacidos vivos a la cifra de 31.0 por 10000 nacidos vivos (Tabla N° 6)

Comparando la tasa de Mortalidad Materna del Perú en 1978 con la correspondiente a la de otros países, se encuentra que la mortalidad materna - en nuestro país es muy elevada, siendo 50 veces más alta que la de Suecia. (Tabla N° 7)

Las defunciones maternas en el Perú en 1978, en relación con las defunciones de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), representaron el 15% de - dichas defunciones cifra muy superior a la correspondiente a otros países tales como Suecia, que sólo representó el 0.5%. (Tabla N° 8)

Al estudiar en el Perú las tasas de Mortalidad Materna según la situación de las madres (condición civil, edad, paridad, etc.) se observó que la tasa de mortalidad materna en las solteras (60 x 10000 nacidos vivos) excedió a la tasa de mortalidad materna en las casadas (25 x 10000 N.V.) en 140%; que la tasa de mortalidad materna de las menores de 20 años (25 x 10000 N.V.) excedió a la tasa de mortalidad materna de las de 20 a 29 años (15 x 10000 N.V.) en -- 66%, la tasa de mortalidad materna de las mujeres de 35 y más años (50 x 10000 N.V.) excedió a las de 20 a 29 años (15 x 10000 N.V.) en --- 233%; que la tasa de mortalidad materna de las primíparas (30 x 10000 N.V.) excedió a las tasas de mortalidad materna de mujeres que tuvieron de 2 a 4 partos (10 x 10000 N.V.) en 200%, la mortalidad materna de las grandes multiparas de 7 y más partos (70 x 10000 N.V.) excedió a la tasa de mortalidad materna de las mujeres que tuvieron de 2 a 4 partos en 600% (Tablas N° s 9 y 10). Esto está demostrando fehacientemente el mayor riesgo de morir que tienen las madres solteras, las madres jóvenes y muy añosas, así como las primíparas y grandes multiparas.

(2) Causas (Figura N° 6)

(a) Factores condicionantes biológicos

- Talla. Un porcentaje apreciable de madres que viven en zonas rurales y urbano-marginales tiene una talla inferior de 1.50 Mt.

- Edad. Las madres muy jóvenes así como las madres añosas y muy añosas están sometidas al riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y parto. En el Perú el 15% de los partos corresponden a mujeres menores de 20 años y el 20% a mujeres de 35 y más años; porcentajes demasiado altos, que es conveniente disminuir para contribuir a bajar las tasas de mortalidad materna.
- Paridad. En las mujeres primíparas y so--bre todo en las grandes multíparas el ries--go de hacer complicaciones obstétricas y --por lo tanto el riesgo de morir es demasiado alto. Urge considerar las medidas de --control que sean más convenientes.

(b) Factores condicionantes extra sectoriales

- Bajos ingresos y mala distribución de los mismos, caracterizados fundamentalmente --por el subempleo y desempleo que lleva in--dudablemente a alcanzar niveles de vida --muy bajos, con el efecto consecuente del --estado de salud desfavorable de la embara--zada.
- Ingesta calórico-protéica deficiente. No se tiene una información exacta a nivel na--cional; sin embargo, es notorio que un ---buen porcentaje de embarazadas y puérperas no reciben una alimentación balanceada de acuerdo con las normas establecidas, tra--yendo como consecuencia sobre todo, que el producto de la concepción sufra el impacto desfavorable.

- Analfabetismo. Más del 50% de nuestras madres peruanas son analfabetas, trayendo como consecuencia que no tomen conciencia de su estado de embarazo y por tanto del cuidado que necesita el producto de la concepción.
 - Creencias, actitudes y prácticas. Existen patrones culturales que hacen que las madres tengan una actitud de irresponsabilidad frente a su situación.
 - Maternidad no deseada. Según encuestas -- realizadas se sabe que un porcentaje apreciable de las mujeres peruanas no desean - tener más hijos, recurriendo al aborto en muchos casos con consecuencias catastróficas.
 - Ilegitimidad. Más del 60% de las madres -- que viven en zonas rurales y urbano-marginales son madres solteras, convivientes o abandonadas, existiendo en muchos casos, - que la madre tiene hijos de diferentes padres, hijos que además tiene que sostenerlos por lo tanto se ve obligada a trabajar estando embarazada.
- En otros casos la condición de soltería en mujeres de clase media o alta, genera situaciones emocionales que se traducen en - situaciones desfavorables tanto para ellas como para el producto de la concepción.

(c) Factores condicionantes intra sectoriales

- Poca viabilidad política. En la práctica la prioridad que se da a la madre y al niño sobre todo a madres y niños que viven en las zonas rurales y urbano-marginales del país no se refleja en la asignación de recursos para el cumplimiento de las políticas de salud de protección a la madre y al niño.
- Organización, funcionamiento y producción de los servicios de salud. La organización, -- funcionamiento y producción de los servicios de salud materna es inadecuada, poco racional y con un rendimiento muy bajo, con el agravante de que el acceso de las madres a -- los servicios es desigual, existiendo zonas del país en que las madres no tienen acceso a ningún servicio de salud.
- Bajas coberturas de atención. La atención a madres gestantes en el momento actual (año 1984) en el país considerando a los cuatro componentes del Sistema Nacional de Servicios de Salud, sólo está alrededor del -- 35%, en atención del parto institucionalizado está alrededor del 40% y la cobertura de atención a puerperas no llega al 15%. Este problema de cobertura de salud a las -- madres tiene que influir desfavorablemente en el estado de salud de las mismas, convirtiéndose por tanto en un área crítica, cuya solución debe traducirse en una política de acción que tenga el carácter de PERMANENTE.

- Recursos deficientes e insuficientes. Tanto los recursos de personal como los recursos materiales son escasos y están irregularmente distribuidos y mal utilizados, agravándose esta situación por una actitud sicosocial de los trabajadores de salud desfavorable ya que se está perdiendo cada vez los sentimientos de identificación y solidaridad con los problemas de salud de la población y en el caso particular de las madres peruanas los servicios de salud no tienen conocimiento de que somos uno de los países con las más bajas coberturas de atención a las madres durante los períodos de gestación, parto y puerperio.

(d) Causas específicas

- Altas tasas de mortalidad materna por hemorragias y abortos, sobre todo en las zonas rurales y urbano-marginales. Las hemorragias y abortos alcanzan el 50% de las muertes maternas ocupando el primer lugar.
- Elevada mortalidad materna por sepsis. El 20% de las muertes maternas se producen por esta causa ocupando el segundo lugar a nivel nacional.
- La toxemia es la tercera causa de mortalidad materna con efectos desfavorables tanto para la madre como para el producto de la concepción.

(3) Tendencia

La mortalidad materna seguirá bajando lentamente sin ser significativa ya que comparativamente con otros países con niveles de vida casi similares a los nuestros, hay diferencia muy amplia en favor de aquellos.

Sin embargo, tenemos que ser tenaces para que la política de "Ampliación de la Cobertura de Salud con las Estrategias de Extensión de Servicios de Salud y de Apoyo y Fortalecimiento a la Atención Primaria ..." se cumpla satisfactoriamente tratando de lograr, que esta política se convierta en PERMANENTE.

b. Mortalidad Infantil

(1) Situación

De acuerdo con algunas fuentes de información, la Mortalidad Infantil en el Perú ha disminuido según quinquenios desde 1940 hasta 1975, de 234.4 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos a 144, siendo la tasa de mortalidad infantil en 1978 de 101.0 y se estima que para el quinquenio 1980-1984 será de 86 defunciones de niños menores de un año por 1000 nacidos vivos. (Tabla N° 11)

Según otras fuentes de información se considera que la Tasa de Mortalidad Infantil ha disminuido del año 1960 al año 1981 de 152 a 89 por 1000 N.V. (Tabla N° 12)

Según la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística sobre Prevalencia de Anticonceptivos, para los años 1967, 1976 y 1981 se presentan tasas de mortalidad infantil de 126, 108 y 105 defunciones de niños menores de un año por cada 1000 nacidos vivos respectivamente. (Tabla N° 13)

La Escuela de Salud Pública del Perú estima para el año 1981 una tasa de Mortalidad Infantil de 95 defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos (Tabla N° 16). Los criterios utilizados por la Escuela se basan en estudios realizados anteriormente, en las tasas brutas de natalidad y mortalidad general y, en el porcentaje de defunciones de niños menores de un año en relación con las defunciones generales.

En todo caso, no obstante la disminución producida en estos índices, la situación presentada muestra una tasa de Mortalidad Infantil muy alta que al ser comparada por algunos países del mundo, expresa claramente la diferencia entre países desarrollados y subdesarrollados (Tabla N° 14).

(2) Causas (Figura N° 7)

(a) Factores condicionantes biológicos

- Natalidad. Existen altas tasas de natalidad sobre todo en las zonas rurales y urbano-marginales y bien se sabe que a mayor natalidad mayor mortalidad infantil.
- Sexo. La mortalidad infantil en general y la mortalidad neonatal e infantil tardía es mucho más alta en el sexo masculino que en sexo femenino.
- Edad. Mientras menor edad tiene el lactante el riesgo de morir es mucho mayor; la mortalidad del niño menor de 28 días representa alrededor de la tercera parte de las muertes de menores de un año y la mortalidad del niño menor de una semana representa alrededor del 40% del niño menor de 28 días.
- Madurez y peso. En los niños prematuros la mortalidad neonatal es de 4 a 10 veces mayor que la que presentan los niños maduros y de peso normal.

(b) Factores condicionantes extra sectoriales

- Bajos niveles de vida expresados a través del subempleo, subalimentación y desnutrición, saneamiento básico defectuoso e insuficiente, viviendas escasas y hacinamiento, incremento significativo de la lactancia artificial con el inconveniente de ser deficiente e insuficiente.

- Ingesta calórico-protéica deficitaria. Existe mal nutrición y desnutrición sobre todo en los niños menores de 4 años y muy en especial en los niños menores de un año. No se tienen cifras oficiales; sin embargo, se estima que más del 30% de nuestros niños menores de 4 años -- presentan algún grado de desnutrición.
- Analfabetismo. Sin lugar a dudas la ignorancia así como la pobreza, son factores condicionantes de la mortalidad infantil. Alrededor del 16% de la población mayor de 15 años en nuestro país es analfabeta. Este porcentaje sube notablemente en las zonas rurales del país sobre todo en las mujeres en edad fértil.
- Ubicación geográfica. La tasa de mortalidad en zonas rurales excedió a la tasa de mortalidad en zonas urbanas en 1969 en un 96.5% y en 1981 un 68.7%. La tasa de mortalidad infantil rural en el período 1969 - 1981 fué significativamente superior a la tasa de mortalidad infantil ur
bana. (Tabla N° 15)
- Ilegitimidad. De hecho la condición civil del niño ilegítimo pone en evidencia una serie de variables sociales desfavorables que van a elevar el riesgo de enfermar y morir del niño. En un trabajo realizado el año 1969 se encontró -- que la mortalidad infantil en los niños ilegíti
mos excedió en 150% a la mortalidad infantil de los niños legítimos.
- Creencias, actitudes y prácticas desfavorables.

Es muy difícil cambiar los patrones culturales existentes sobre todo en las poblaciones de -- condiciones socio-económicas bajas, especial-- mente, en las zonas rurales y urbano-margina-- les.

(c) Factores condicionantes intrasectoriales

- Doctrina sanitaria dirigida fundamentalmente a una atención de tipo recuperativo.
- Políticas de salud poco operativas por falta - de implementación.
- Organización, funcionamiento y producción insu ficiente y deficiente e inexistente en algunas zonas del país.

(d) Causas específicas

- Altas tasas de morbilidad infantil por procesos infecciosos y malnutrición, sobre todo en zonas rurales y urbano-marginales.
- Elevada mortalidad infantil por enfermedades -- respiratorias (35%). Constituye la primera cau- sa de mortalidad infantil.
- Elevada mortalidad infantil por enfermedades -- diarréicas (23.9%). Constituye la segunda causa de mortalidad infantil.
- Elevada mortalidad por enfermedades perinatales (16.5%).

(3) Tendencia

La mortalidad infantil está bajando en nuestro país y es posible que esta baja continúe, produciéndose sin - ser significat² debido a que no se vislumbra, que - las múltiples causas de tipo político, económico y so- cial tiendan a modificarse sustancialmente.

890090

MINISTERIO DE SALUD - CENDOC

Sin embargo, tenemos que pensar y esperar con mucho optimismo que esta "ATENCIÓN DE SALUD PARA POCOS NIÑOS" se convierta en "SALUD PARA MUCHOS NIÑOS" y culmine -- con la Imagen Objetivo de "SALUD PARA TODOS LOS NIÑOS DEL PERU". Dependerá de la firme VOLUNTAD POLITICA de los gobiernos de turno y del respaldo de todas las instituciones políticas, científicas y sociales y, de la población en general.

B. EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

El Sistema de Servicios de Salud será analizado en sus diferentes componentes :

1. Doctrina Sanitaria

a. Situación

La Doctrina Sanitaria de atención a la madre y al niño está orientada a los grupos de mejores condiciones económicas y sociales. Es preferentemente recuperativa, sin considerar las acciones de protección y fomento de la salud. Asimismo, es sofisticada con tendencia a la tecnología importada, sin considerar la realidad de salud de la madre y del niño peruanos y, sobre todo, de madres y niños de las zonas rurales y urbano-marginales que son los más vulnerables.

b. Causas

- Inexistencia de un proceso de conceptualización.
- Ineficacia de la doctrina de salud materno infantil.
- Poco interés de las dependencias técnico-normativas de -- los servicios de salud y de las instituciones académicas de las ciencias de la salud para hacer estudios de la realidad de los servicios de salud frente a la atención materno-infantil.

c. Tendencia

La doctrina sanitaria estará dirigida fundamentalmente a la atención recuperativa de la madre y del niño. Sin embargo, esta tendencia puede variar en tanto y en cuanto se da a la atención materno infantil, la prioridad efectiva que necesita, comprometiendo a las instituciones académicas para realizar investigaciones adecuadas que permitan establecer una doctrina que garantice la atención integral de salud.

2. Políticas de Salud

a. Situación

Las políticas de salud vigentes en los países subdesarrollados permiten una atención privilegiante, marginante, dependiente y preferentemente recuperativa, con descuido manifiesto de la atención integral de la madre y del niño, incluyendo las actividades de planificación familiar en las zonas rurales y urbano-marginales. En el Perú actualmente se observa todavía que los servicios de atención materno infantil se concentran en la capital de la República y en las grandes ciudades con gran descuido de las zonas rurales y urbano-marginales.

b. Causas

- Escasa prioridad otorgada al Sector Salud en lo referente a asignación de recursos y en relación con los demás sectores.
- Inexistencia de una POLITICA DE SALUD DE ATENCION INTEGRAL MATERNO INFANTIL Y DE PLANIFICACION FAMILIAR, que realmente sea prioritaria dentro del contexto de la atención de salud de la población y que esté dirigida a los grupos más vulnerables.
- Inexistencia de planes y programas operativos que permitan extender las estructuras de atención integral materno infantil, dando prioridad a las zonas rural y urbano-marginales.

- Actitud poco favorable de la población hacia la salud de la madre y del niño.
- Poca o nula participación de la población.
- Escasez manifiesta de recursos humanos, materiales y financieros para la atención de la madre y del niño.

c. Tendencia

Escasas posibilidades futuras para que el Sector Salud sea prioritario y dentro del Sector, se impulse significativamente, la atención integral de la madre y del niño, no obstante, que la salud es un fin para alcanzar el bienestar y un medio para lograr el desarrollo económico y social. Sin embargo, es posible que esta tendencia pueda ser modificada favorablemente si se tiene en cuenta que existe el compromiso formal de los países para alcanzar la meta de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", mediante la estrategia del Desarrollo y Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.

3. Organización Estructural y Funcional

a. Situación

Existen múltiples instituciones prestadoras de servicios de salud de atención a madres y niños con superposición de funciones, duplicación de servicios, encarecimiento de gastos administrativos, así como de las prestaciones. Las estructuras de salud para la atención integral materno infantil y de planificación/familiar están centralizadas y son cada vez más débiles en la medida que los servicios son más periféricos, con ausencia en la mayoría de los casos de una atención integral de la madre y del niño. La situación se agrava, porque la vinculación entre los servicios de salud y la comunidad es muy incipiente, no existiendo estructuras de salud a nivel de servicios periféricos lo suficientemente implementados para la atención de la madre y del niño;

tampoco existen los recursos necesarios para apoyar a la comunidad en la atención de su población materno infantil.

b. Causas

Inexistencia de una organización que responda a la realidad de salud de la madre y del niño dentro del contexto geográfico, económico y social, que se expresa por :

- Incoherencia y desarticulación intra e intersectorial.
- Existencia de grupos de poder que buscan privilegios para pequeños grupos sin considerar las necesidades prioritarias de las grandes mayorías nacionales.

c. Tendencia

Posibilidades que todavía en el futuro no se de una organización que permita el cumplimiento de actividades integrales de atención de la madre y del niño en todo el país. Sin embargo, es posible que esta tendencia pueda ser modificada radicalmente en función de la gran Estrategia Mundial de "SALUD PARA TODOS" y que el Perú la ha hecho suya.

4. Recursos y Producción

a. Situación

Escasez de recursos de salud, mal distribuidos e insuficientemente utilizados. Baja producción y productividad. Hay escasez de recursos de personal, de materiales y equipos y, de recursos financieros asignados para la atención de la madre y del niño. Asimismo, la producción casi eminentemente recuperativa es demasiado baja y el per cápita de atención a la madre y al niño es muy inferior al per cápita de atención del adulto. Esta situación se hace más crítica en el de zonas rurales y urbano-marginales.

b. Causas

- Recursos financieros insuficientes y desigualmente distribuidos a las instituciones del sector.
- Falta de coordinación entre las instituciones educativas y los servicios de salud para establecer las necesidades reales de recursos de personal.
- Demanda muy desigual de recursos de personal entre las instituciones de salud. Se da el fenómeno de concentración marginación y, además, el fenómeno simultáneo de falta de recursos en zonas rurales y exceso en zonas urbanas, con altas tasas de desempleo y subempleo.
- Producción centralizada de la atención de salud de la madre y del niño en establecimientos de alta complejidad y demanda orientada a dichos establecimientos.

c. Tendencia

Los recursos de personal, de bienes y servicios y financieros, continuarán por algún tiempo centralizados y su distribución y utilización interinstitucional será desigual lo mismo que la producción de servicios. Sin embargo, con la estrategia de "SALUD PARA TODOS", será posible variar las tendencias, siempre y cuando se formulen políticas, planes y programas operativos que permitan la ampliación de la Cobertura de Salud de la madre y del niño con la estrategia de Extensión de Servicios Periféricos y la Estrategia del desarrollo y fortalecimiento del Apoyo a la Atención Primaria de Salud.

5. Formación y Capacitación de Personal

a. Situación

Existe una inadecuada formación y capacitación de personal. El personal formado para la atención de salud de la madre y del niño no está preparado para cumplir funciones y prestar servicios de salud de acuerdo con las necesidades reales de la población de madres y niños en general, especialmente de aquellos que viven en las zonas rurales y urbano-marginales del país.

b. Causas

- Poco o escaso conocimiento de las necesidades reales del tipo de personal que permita un adecuado funcionamiento de los servicios de atención integral materno infantil.
- Falta de programas de estudios racionalmente estructurados para satisfacer las necesidades de personal de los servicios de salud en sus diferentes niveles de complejidad.
- Falta de coordinación manifiesta entre los servicios de salud y las instituciones formadoras de personal. La oferta de recursos de personal de las instituciones formadoras no está de acuerdo con la demanda de las instituciones de salud.

c. Tendencia

La formación y capacitación de personal de salud en el campo materno infantil se intensificará. Sin embargo, se requerirá de una mejor orientación que esté dirigida al cumplimiento de las dos estrategias: la Extensión de los Servicios de Salud periféricos y, el desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria.

IV. SINTESIS DIAGNOSTICA DE LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

A. EN RELACION CON EL ESTADO DE SALUD (Figura N° 8)

1. Situación

- Elevados índices demográficos y altas tasas de natalidad, así como baja expectativa de vida.
- Déficit calórico-protéico.
- Altas tasas de mortalidad materna, infantil, neonatal, infantil tardía y pre-escolar.
- Altos porcentajes de hemorragias y abortos.
- Elevados índices de morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias.

2. Causas

- Bajos niveles de vida.
- Sub-alimentación y malnutrición.
- Desocupación y subocupación.
- Saneamiento básico deficiente y defectuoso.
- Servicios de salud materno infantil y de planificación familiar deficientes e insuficientes. Bajas coberturas de atención.
- Marginación económica y social.

3. Tendencia

- Disminución de los índices de crecimiento demográfico y de natalidad poco significativos.
- Disminución poco significativa de la mortalidad materna e infantil.
- Disminución poco significativa de la incidencia de enfermedades infecciosas.
- Incremento de hemorragias y abortos.
- Incremento del déficit calórico-protéico.

B. EN RELACION CON LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO
(Figura N° 9)

1. Situación

- Doctrina de salud preferentemente recuperativa.
- Atención de salud privilegiante y marginante.
- Organización de los servicios de salud de la madre y del niño y, de planificación familiar poco satisfactorios.
- Recursos escasos, mal distribuidos y mal utilizados.

2. Causas

- Ineficacia de la doctrina de salud materno infantil.
- Poca prioridad otorgada a la política de población y a la atención materno infantil.
- Inexistencia de una política efectiva de recursos reales y financieros.
- Falta de coordinación de los Sectores Educación y Salud.
- Centralización de la producción de actividades de atención materno infantil y de planificación familiar en -- las grandes ciudades.

3. Tendencia

- La organización, asignación de recursos y producción de los servicios para la atención de la madre y del niño, incluyendo la planificación familiar, variará de acuerdo a la estrategia de "SALUD DE LA MUJER EN EL AÑO 2000".
- La formación y capacitación de personal en el campo de salud materno infantil y de planificación familiar, se intensificará; sin embargo, se necesitará de una mejor orientación y conducción.

C. INDICADORES DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO
AÑO 1981

Las cifras de los indicadores se encuentran en las Tablas N° s 16, 17, 18 y 19 del Anexo.

V. DETERMINACION DE PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

Del análisis y de la síntesis diagnóstica en la que se han señalado los elementos de juicio más significativos en relación con el estado de salud de la madre y del niño y a su sistema prestador de servicios, se puede determinar una serie de áreas críticas que es necesario tomar acción cuanto antes para que éstas sean resueltas.

Entre las áreas críticas más significativas se pueden señalar las siguientes :

- Crecimiento exagerado de la población peruana.
- Altas tasas de natalidad fundamentalmente en las áreas rurales y urbano-marginales.
- Subalimentación y malnutrición, siendo los grupos de madres y de niños lactantes y pre-escolares los más vulnerables con el agravante del incremento de la lactancia artificial.
- Altas tasas de mortalidad materna e infantil con diferencias muy significativas, sobre todo en lo referente a la mortalidad infantil entre las zonas rurales, urbano-marginales y las zonas urbanas propiamente dichas (Tabla N° 15). Estas altas tasas de mortalidad son efecto indiscutible de los bajos niveles de vida de la población peruana, en la que la subalimentación y la desocupación son la mejor expresión.
- Inexistencia de una doctrina de salud que en su contenido considere prioritarias las funciones de protección y fomento de salud de la madre y del niño que les garantice un estado de salud satisfactorio.
- Inexistencia de una POLITICA PERMANENTE DE SALUD que garantice y permita brindar una atención integral de salud de la madre y del niño sobre todo a los que viven en las zonas rurales y urbano-marginales.

- Inadecuada organización estructural y funcional de los servicios de salud para la atención de salud de la población total en general y de la madre y del niño en particular. La situación se torna más crítica por la insuficiencia y la inexistencia de servicios de salud en las zonas periféricas rurales y urbano-marginales. (Figura N° 10).
- Escasez de recursos de personal, materiales y financieros para atender la salud de la madre y del niño, situación que se agrava por la mala distribución, insuficiente utilización y baja producción y productividad. El acceso a los servicios de salud materno infantil de las madres gestantes y parturientas sólo alcanza al 35 y 40% respectivamente y de los niños de 0 a 14 años, escasamente al 20%.
- Sistemas de formación y capacitación de personal de salud anacrónicos. No existe una relación entre la oferta y la demanda y, lo que es más grave, los recursos de personal son formados para las grandes ciudades y zonas urbanas, dándose la contradicción de la concentración, subocupación y desempleo de dichos recursos.

VI. ELEMENTOS IMPULSORES Y RETARDADORES EN LA ATENCIÓN DE LA MADRE Y DEL NIÑO EN EL PERÚ

A. ELEMENTOS IMPULSORES

Entre los factores impulsores para la atención de la madre y del niño en el Perú se consideran los siguientes :

1. La creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud - (D.L. N° 22363) que considera como acciones importantes, ampliar significativa y progresivamente la cobertura de salud dando prioridad al binomio madre-niño.
2. Conceptualización de la Atención Primaria de Salud incorporada en el Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud 1983 y formalizada por R.M. N° 0151-83-SA/DVM del 30 de Julio de 1983. (Figura N° 11)

3. Los objetivos del Sector Salud que están orientados a disminuir la morbilidad infantil y a brindar atención integral de salud a la madre y al niño en concordancia con la Política de Población.
4. Los Lineamientos de Política del Plan Operativo 1984 - 1985 consideran :
 - Desarrollar, intensificar y fortalecer la atención integral de la salud materno infantil, con prioridad a las zonas rurales, urbano-marginales, de frontera y de emergencia.
 - Desarrollar, intensificar y fortalecer el cumplimiento de la política de población.
 - Ampliar la cobertura de salud con las estrategias de Extensión de Servicios de Salud y de desarrollo y -- fortalecimiento de la Atención Primaria bajo responsabilidad de la organización de la comunidad, dando prioridad a las zonas rurales, urbano-marginales, -- nuevos asentamientos poblacionales, de frontera y de emergencia.
 - Desarrollar, intensificar y fortalecer la Atención Integral de Salud de la población en general.
 - Desarrollar y fortalecer la alfabetización sanitaria utilizando los medios de comunicación social y coordinar con los sectores comprometidos en acciones educativas de salud.
5. La decisión política de señalar a la Atención Primaria como estrategia para lograr "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", lo que indudablemente favorecerá a la atención - del grupo de madres y niños en el Perú, sobre todo a --

los que viven en zonas rurales y urbano-marginales del país, utilizando como instrumento la planificación del Apoyo a la Atención Primaria. (Figura N° 12)

6. Existencia en la comunidad de recursos potenciales para el Desarrollo y Fortalecimiento de la Atención Primaria y de Salud de la madre y del niño.
7. Intencionalidad de descentralizar los servicios de salud materno infantil, dando prioridad a los servicios periféricos y considerando a los centros de salud como centros de operación del Apoyo a la Atención Primaria. (Figura N° 13)
8. Tradición histórica de participación comunitaria en el país, situación que debe aprovecharse para el desarrollo y fortalecimiento de la atención materno infantil en nuestro país.
9. Movimiento favorable a la Atención Primaria y su reconocimiento explicitado como una salida fundamental para poner al alcance de todos los individuos y familias la asistencia sanitaria esencial.

B. ELEMENTOS RETARDADORES

1. Falta de correspondencia entre la decisión política del Sector Salud y la asignación de recursos presupuestarios.
2. Reducción de la incorporación de las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud a crear un movimiento positivo y efectivo en favor de la madre y del niño peruano.
3. Concentración de los recursos en las grandes ciudades y dirigidos a grupos poblacionales con menores ingresos de enfermar y morir.

4. Funcionamiento de los servicios de salud con énfasis en aspectos recuperativos de atención a la madre y al niño, descuidando el concepto de la atención integral de la - salud.
5. Formación de personal para la atención materno infantil al margen de sus necesidades reales y prioritarias de - salud y descuidándose la capacitación para el trabajo - con la comunidad.
6. Adopción de tecnología foránea sin tomar en cuenta la - realidad sanitaria, la tecnología nativa, ni su aceptación y accesibilidad económica y cultural.

VII. PROPUESTA DE UN PLAN DE SALUD MATERNO INFANTIL

Del análisis de la situación encontrada, de las causas que la están motivando y de la tendencia de dicha situación se desprenden los problemas de salud más prioritarios que afectan al grupo de madres y niños, que permitirá establecer "ELEMENTOS DE JUICIO" - para determinar las necesidades y aspiraciones de la población y de los servicios de salud, con el fin de impulsar en el largo, - mediano y corto plazo las actividades de salud materno infantil y de planificación familiar y lograr "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" y "SALUD PARA MUCHOS EN EL AÑO 1990".

Indudablemente que para alcanzar salud para "TODOS" y para "MUCHOS", es necesario que se formulen políticas y estrategias de - salud materno infantil que tengan el carácter de PERMANENTES y - que permitan a su vez tomar las previsiones correspondientes en cuanto a organización, funcionamiento y producción de los servicios de salud materno infantil a nivel nacional, regional y local, así como las previsiones en cuanto a recursos humanos, materiales y financieros y, establecer un sistema de capacitación en

el campo de la atención integral de salud en general y de la sa lud materno infantil en especial, que garanticen que el proceso se desarrolle utilizando al máximo todos los factores impulso-- res y neutralizando aquellos factores considerados como retarda dores.

En el presente capítulo solo se va a considerar las Imágenes Ob jetivo a Largo y Mediano Plazo, las que se traducirán en metas referidas al estado de salud y al sistema de servicios de salud. Asimismo, se propondrá un proyecto de un plan de salud materno infantil a corto plazo y que podría ser formulado por una o más instituciones del Sistema de Servicios de Salud.

A. OBJETIVOS DE SALUD A LARGO Y MEDIANO PLAZO

1.- Imagen Objetivo a Largo Plazo

Esta Imagen Objetivo estaría dirigida a lograr "SALUD - PARA TODAS LAS MADRES Y NIÑOS EN EL AÑO 2000" y conside raña :

- a. Lograr un estado de salud para todos los peruanos - en general y, muy en especial, en el grupo de ma--- dres y niños, que posibiliten el desarrollo pleno - de sus potencialidades.
- b. Contar con un sistema de servicios de salud institu cionalizado y no institucionalizado con acceso a to da la población y con prioridad al grupo de madres y niños.

Esta Imagen Objetivo expresa en su contenido en última instancia, que la población en general y el grupo de ma dres y niños en particular alcance un buen nivel de sa- lud que les permita actuar como elementos impulsores -- del desarrollo económico y social del país.

Asimismo, significa que el sistema de servicios de salud institucionalizado y no institucionalizado conquie cuente el país en el año 2000, permita que todos los peruanos - en general y el grupo de madres y niños en especial, tengan acceso a la atención brindada por el sistema.

2. Imagen Objetivo a Mediano Plazo (Figura N° 14)

La Imagen Objetivo para alcanzar una situación de salud para muchos peruanos en general y con prioridad al grupo de madres y niños en particular, significará que en el año 1990 se debe lograr lo siguiente :

- a. Mejorar significativamente los niveles de salud en - general de la población y del grupo de madres y ni--ños en particular y, asegurar una coherente política de población.
- b. Utilizar eficaz y eficientemente la infraestructura de salud existente.
- c. Incrementar la cobertura de salud de la población en general y de madres y niños en particular, con prio--ridad a las zonas rurales, urbano marginales y de --frontera.
- d. Mejorar los sistemas de conducción y de gestión admi--nistrativa de los servicios de salud en general, muy en especial de los servicios de salud materno infan--til.
- e. Incrementar significativamente la producción y pro--ductividad.

B. METAS DE SALUD MATERNO INFANTIL

1. En relación con el estado de salud

a. Natalidad

Lograr disminuir la tasa de natalidad de 37 x 1000 habitantes (año 1983) a 27 x 1000 habitantes en el año 1990 y a 18 x 1000 habitantes en el año 2000.

b. Crecimiento Demográfico

Disminuir el crecimiento demográfico de 26 x 1000 habitantes (año 1984) a 20 x 1000 habitantes en el año 1990 y a 13 x 1000 habitantes en el año 2000.

c. Mortalidad General

Disminuir la tasa de mortalidad general de 10 x 1000 habitantes (año 1984) a 7 x 1000 habitantes en el año 1990 y a 5 x 1000 habitantes en el año 2000.

d. Mortalidad Materna

Disminuir la mortalidad materna de 30 x 10000 nacidos vivos (año 1984) a 20 x 10000 nacidos vivos en el año 1990 y a 10 x 10000 nacidos vivos en el año 2000.

e. Mortalidad Infantil

Disminuir la mortalidad infantil de 95 x 1000 nacidos vivos (año 1984) a 50 x 1000 nacidos vivos en el año 1990 y a 30 x 1000 nacidos vivos en el año 2000.

2. En relación con la atención de salud materno infantil y de planificación familiar (Figura N° 15)

Las metas de cobertura de atención serán las siguientes :

a. Gestantes

Se logrará una cobertura de gestantes atendidas por los servicios de salud institucionalizados de 50 x 100 (en el año 1990) y de 90 x 100 en el año 2000.

b. Partos

Se considera lograr una cobertura de partos atendidos en servicios de salud institucionalizados del 60% en el año 1990 y de 90% en el año 2000.

c. Control de la Natalidad

Se considera una meta de mujeres en edad fértil atendidas del 20% en el año 1990 y de un 50% en el año 2000.

d. Lactantes (niños menores de un año)

Se incrementará la cobertura de atendidos a un 90% en el año 1990 y a un 100% en el año 2000.

e. Pre-escolares

Se considera un incremento de pre-escolares atendidos para lograr una cobertura de 60% en el año 1990 y de 90% en el año 2000.

f. Vacunaciones (en menores de un año)

Se considera alcanzar una cobertura de 100% de protegidos en niños menores de un año.

B. PLAN DE SALUD MATERNO INFANTIL A CORTO PLAZO

El Plan de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar a Corto Plazo debe considerar las previsiones necesarias en cuanto a las actividades de atención a ser ejecutadas en un año, los recursos humanos, materiales y financieros que se requiera y la organización de las dependencias del organismo central, regional y local, así como las facilidades en la ejecución que puedan proporcionar los diferentes niveles de atención de los servicios de salud materno infantil.

El Plan a Corto Plazo en su estructura, debe contar con 2 componentes : el Componente Político y el Componente Operativo.

1. Componente Político

En dicho componente se considerarán los objetivos, políticas y estrategias del Plan que, en el caso del presente documento, están referidos a los aprobados por la Alta Dirección del Ministerio de Salud, para el año 1985.

a. Objetivos

Están dirigidos a :

- Mejorar el estado de salud de la población, en especial al grupo de madres y niños.
- Brindar atención integral a la madre y al niño y dar cumplimiento a la política de población.
- Incrementar la cobertura de salud con prioridad a las zonas rurales y urbano-marginales y al grupo de madres y niños.

b. Políticas

- Intensificar la prevención y control de enfermedades transmisibles de mayor prevalencia en el grupo materno infantil con prioridad en las zonas rurales, urbano-marginales, de frontera y de emergencia.
- Intensificar y fortalecer los programas de saneamiento ambiental, principalmente, de saneamiento básico.
- Desarrollar y fortalecer los programas de alimentación-nutrición con prioridad al grupo de madres y niños de las zonas rurales, urbano-mar

ginales, de frontera y de emergencia, así como de desarrollar los mecanismos de control de calidad de alimentos.

- Desarrollar, intensificar y fortalecer la atención integral de salud materno infantil con prioridad en las zonas rurales, urbano-marginales, de frontera y de emergencia.
- Desarrollar, intensificar y fortalecer el cumplimiento de la política de población.
- Ampliar la cobertura de salud con las estrategias de extensión de servicios de salud y, de desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria bajo responsabilidad de las organizaciones de la comunidad, dando prioridad a las zonas rurales, urbano-marginales, nuevos asentamientos poblacionales, de frontera y de emergencia.

c. Estrategias

Para dar cumplimiento a las políticas de atención de salud materno infantil y de política de población se considerarán las estrategias que a continuación se indican :

- Incrementando y fortaleciendo el Programa Ampliado de Inmunizaciones, logrando niveles útiles de protección en niños menores de un año.
- Ampliando e intensificando las acciones de rehidratación oral en el control de la enfermedad diarreica aguda.
- Intensificando la atención y el control de enfermedades respiratorias agudas.
- Intensificando el tratamiento de la parasitosis y el control de otras enfermedades transmisibles.

- Extendiendo e incrementando los programas de agua potable rural en poblaciones de 400 a 2000 habitantes.
- Extendiendo e incrementando los programas de instalación de alcantarillado rural.
- Conteniendo y fortaleciendo la preservación y mantenimiento de sistemas instalados de agua potable y de alcantarillado rural.
- Dando énfasis a las acciones de saneamiento básico rural en centros poblados de menores de 400 habitantes, mediante la utilización de tecnologías de bajo costo, la participación de la comunidad y la utilización de sus recursos, con apoyo de otros sectores y otras fuentes.
- Supervisando el desarrollo de actividades de control de basura y de insectos y roedores.
- Asesorando y apoyando a las comunidades en el control de fuentes de agua para el consumo humano y ampliando la cobertura de instalación de letrinas como parte del desarrollo de la Atención Primaria de la Salud.
- Desarrollando y ampliando las actividades de educación alimentaria a nivel de la familia y comunidad.
- Fomentando e intensificando la lactancia materna, mediante actividades educativas bien orientadas.
- Impulsando la programación multisectorial con la participación activa de la comunidad para mejorar el nivel nutricional como apoyo al desarrollo de la atención primaria.

- Intensificando el apoyo alimentario al grupo de madres y niños y a las poblaciones en situación de emergencia, en función de la utilización de productos fundamentalmente de origen local y regional.
- Intensificando el apoyo del desarrollo de los huertos y granjas familiares, escolares y comunales.
- Ampliando la cobertura de atención a la madre y al niño, dando prioridad a las zonas rurales, urbano-marginales, de asentamientos poblacionales y de emergencia.
- Fomentando, protegiendo y reparando la salud de la madre durante la gestación y puerperio.
- Fomentando e incrementando la atención del parto por personal profesional a nivel de hospital y centro de salud.
- Impulsando la cobertura de atención del parto por auxiliares sanitarios y por parteras tradicionales debidamente administrados.
- Refiriendo los casos complicados de madres y niños desde la comunidad y puestos sanitarios hasta los servicios de salud de mayor complejidad.
- Fomentando, protegiendo y recuperando la salud del niño menor de un año, de 1-4 y de 5-14 años, para garantizar su atención integral y contribuir a su normal crecimiento y desarrollo.
- Desarrollando actividades educativas con grupos de madres y miembros de la comunidad contribuyendo a la estabilidad familiar.

- Brindando la información necesaria a grupos familiares sobre salud, vida familiar, sexual y paternidad responsable.
- Intensificando las actividades de la regulación de la fecundidad y riesgo reproductivo como parte de los programas integrales de salud materno infantil.
- Promoviendo y coordinando los esfuerzos de los componentes del Sistema Nacional de Salud para impulsar la política de población.
- Coordinando esfuerzos con el Sector Educación y otros sectores para viabilizar y factibilizar la política de población.
- Difundiendo la definición oficial de Atención -- Primaria de Salud aprobada por R.M. 0151-83-SA/DVM del 30-06-83 a los directivos y funcionarios del nivel central, regional y local, así como a los trabajadores de salud de los diferentes niveles de atención.
- Difundiendo la política de ampliación de cobertura de salud a los trabajadores de salud de los diferentes niveles de complejidad y a la población, en general.
- Extendiendo los servicios de salud, implementando los centros de salud y puestos sanitarios existentes y creando nuevos establecimientos de salud, fundamentalmente, en las zonas rurales, urbano-marginales y de emergencia.
- Coordinando esfuerzos con los demás componentes del Sistema de Servicios de Salud para dinamizar la extensión de servicios de salud en las zonas rurales, urbano-marginales y de emergencia, dando prioridad al grupo de madres y niños.

- Desarrollando y fortaleciendo la Atención Primaria de la Salud bajo la responsabilidad de las organizaciones de la comunidad y con el apoyo del Estado y de otras fuentes.
- Promoviendo, desarrollando e incrementando la vinculación de los servicios de salud y de otros sectores con la comunidad para fomentar su desarrollo, apoyándola con medicamentos, semillas, reproductores y otros materiales.
- Apoyando las actividades de promotores de salud y parteras tradicionales a través de organizaciones de la comunidad.
- Motivando y promoviendo la coordinación multisectorial para contribuir al desarrollo comunitario.

2. Componente Operativo

Este componente constituye el programa operacional de salud materno infantil que debe ser desarrollado por cada una de las instituciones que conforman el Sector Salud en sus diferentes niveles de organización y de atención de salud, con el propósito de que todos cumplan con las funciones que les corresponde y, en esa forma, impulsar el proceso de programación de salud materno infantil y de planificación familiar. El Programa Operativo debe obedecer a una apertura programática aprobada por la institución de salud a nivel nacional y considerar todas las acciones que desarrollan los sistemas de salud institucionalizados y no institucionalizados (Atención Primaria).

Existirá un programa nacional que integre a todos los programas regionales de atención de salud materno infantil; programas regionales que integren los programas de las áreas hospitalarias de su jurisdicción; programas a nivel

de áreas hospitalarias que integren los programas de los establecimientos de salud de su jurisdicción; y, programas de salud materno infantil a nivel de establecimientos de salud y de comunidad, a cargo de sus propias organizaciones.

En el Programa Operacional se debe considerar necesariamente lo siguiente :

a. Ambito de Acción

(1) Circunscripción Geográfica

Se refiere a las áreas geográficas que son de responsabilidad de cada uno de los componentes de salud que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud, tanto a nivel nacional, regional y local. En el caso del Perú, el Sistema está conformado por 4 componentes, uno de ellos es el Ministerio de Salud, Institución que cuenta con una organización bien definida con 4 niveles de atención y con circunscripciones geográficas en donde existen servicios de salud materno infantil, distribuidos en todos los departamentos de la República.

(2) Población

Se refiere al total de la población de madres y niños que son de responsabilidad de la institución, precisando la ubicación de esta población en zonas urbanas, urbano-marginales y rurales, así como el número de madres y niños que se va a considerar en el año de la programación tanto a nivel nacional como a nivel de regiones de salud y de áreas hospitalarias.

(3) Niveles de Organización

El Programa de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar debe considerar las diferentes dependencias comprometidas con la atención materno infantil a nivel nacional, regional y local. Esto significa que en el Programa de Atención de Salud Materno Infantil a nivel del organismo central, se precise - cual es la Dirección General encargada de la formulación, gestión y conducción para factibilizar el proceso de programación a nivel nacional, regional y local. Para ello es conveniente que la dependencia -- responsable cuente con un manual de organización y - funciones bien definido que le permita cumplir satisfactoriamente con el proceso de gestión a nivel institucional y a nivel de organismos internacionales - de cooperación técnica y financiera, para apoyar satisfactoriamente a las regiones de salud.

A nivel de regiones de salud, la dependencia responsable se organizará en tal forma que le permita cumplir con su responsabilidad de formular, dirigir, -- coordinar, supervisar, evaluar y controlar el Programa de Salud Materno Infantil a nivel del ámbito de - su jurisdicción.

A nivel de áreas hospitalarias, la dependencia responsable del Programa se organizará en la misma forma que a nivel regional, con la finalidad de que el Programa se ejecute satisfactoriamente en los diferentes establecimientos de salud de su jurisdicción, así como el de lograr su vinculación con las organizaciones de la comunidad para apoyar el desarrollo - de la Atención Primaria.

(4) Niveles de Atención de Salud

El ámbito del Programa de Atención de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar, de acuerdo -- con los niveles de Atención de Salud, permitirá que los programas se formulen en los establecimientos - de salud (hospitales especializados, hospitales ge- nerales, centros de salud y puestos sanitarios); a- sí mismo, que se formule el programa de apoyo a la a- tención primaria para lograr a nivel de las organiza- ciones de la comunidad que éstas programen sus acti- vidades de atención materno infantil en su nivel.

b. Objetivos operacionales

Los objetivos operacionales a nivel nacional, regional y local incluyendo los establecimientos de salud que por - su grado de complejidad pueden estar comprendidos en cual- quiera de los 4 niveles de atención, incluyendo a la comu- nidad, estarán dirigidos sin lugar a duda a:

- Disminuir la morbilidad y mortalidad de la madre durante la -- gestación, parto y puerperio y del niño lactante, pre- escolar y escolar.
- Desarrollar, impulsar, fortalecer e incrementar las ac- ciones de producción, fomento, recuperación y rehabili- tación de la salud de la madre y del niño.
- Incrementar la infraestructura de salud materno infan- til y mejorar la existente con prioridad en las zonas rurales y urbano-marginales.
- Desarrollar e impulsar el proceso de vinculación de -- los servicios de salud en la comunidad.
- Desarrollar y fortalecer el proceso de apoyo a la Aten- ción Primaria con prioridad al grupo de madres y niños.

c. Normas Programáticas

Es importante que previamente a la etapa correspondiente al programa de actividades se hagan algunos alcances, en relación con las normas programáticas en función de sus atributos o características.

Atributos : Concepto y Características

El atributo es una característica propia del instrumento, de la actividad y de la población.

(1) <u>Atributos de Instrumentos</u>	(2) <u>Atributos de Actividades</u>
--------------------------------------	-------------------------------------

Nombre	Nombre
Cantidad	Cantidad
Composición	Composición
Grado de Utilización	Costo Unitario
Rendimiento	Concentración
Costo Unitario	Duración Media

- Nombre

Denominación del instrumento o de la actividad. Se adopta el nombre del recurso nuclear para el instrumento y - el nombre del producto para la actividad.

- Cantidad

Número total de instrumentos y de actividades

- Composición

Es la determinación cuantitativa de la participación de los recursos que conforman un instrumento o han intervenido, ya sea en forma directa o indirecta.

- Concentración

Es el número de veces que se repite una actividad en un mismo sujeto

$$\text{Concentración} = \frac{\text{Atenciones}}{\text{Atendidos}}$$

- Costo Unitario

Es el valor en términos monetarios de un instrumento o de una actividad.

$$\text{Costo Unitario del Instru} = \frac{\text{Costo Total del Departamento}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Instrumentos}}$$

$$\text{Costo Unitario de la Acti} = \frac{\text{Costo Total del Departamento}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Actividades}}$$

- Grado de Utilización

La relación porcentual entre el número de instrumentos u utilizados y el número de instrumentos disponibles (totales). Se utiliza principalmente en relación con hospitalización en cuyo caso el instrumento cama-año es expresado en cama-día.

$$\text{Grado de Utilización} = \frac{\text{Cama-día utilizadas}}{\text{Cama-día disponible}} \times 100$$

$$\text{Camas-día disponible} = \text{N}^{\circ} \text{ de camas} \times 365 \text{ días}$$

$$\text{Camas-día utilizadas} = \text{Estancias}$$

- Duración Media

Es el tiempo que se emplea en la producción de una actividad

$$\text{Duración Media} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de instrumentos} \times 60'}{\text{N}^{\circ} \text{ de Actividades}}$$

$$\text{Duración Media} = \frac{60'}{\text{Rendimiento}}$$

En el caso de hospitalización la duración media está expresada por el promedio de permanencia que es el número promedio de días que está hospitalizado un paciente.

$$\text{P.P.} = \frac{\text{Estancias}}{\text{Egresos}}$$

- Rendimiento

Número de actividades producidas por unidad de instrumen
to

$$\text{Rendimiento} = \frac{\text{Actividades (atenciones)}}{\text{Instrumentos}}$$

(3) Atributos de la Población

- Cobertura

Es la relación porcentual entre la población beneficiaria de un servicio y la población total (relación de la parte con el todo expresada porcentualmente).

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{Población atendida}}{\text{Población total}} \times 100$$

La cobertura puede ser referida a la población total, a la población sujeta de programación.

d. Programa de Actividades

El Programa de Actividades de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar, considera 3 elementos importantes :

- Población de madres y niños
- Atenciones; e,
- Instrumentos

Estos 3 elementos son infaltables en un programa de actividades. Su uso puede ser muy simple y sencillo o muy complicado; depende del nivel de desagregación de cada uno de los elementos que se consideren en la programación de actividades.

En el presente trabajo su utilización va a ser sencilla, recomendándose un esquema que considera 3 bloques :

- Diagnóstico (situación observada)
- Normatización (situación ideal); y,
- Programa a realizarse (situación propuesta)

Además se incluye en el esquema la ejecución y la evaluación. Esta última constituye el diagnóstico del programa a realizarse. (Figura N° 16)

A los elementos considerados en el programa de actividades que van a ser el motivo de la programación, se les designa con los nombres de :

- Atendidos
- Atenciones, e
- Instrumentos

La información correspondiente a dichos elementos comprometerá a los niveles de organización y de atención de salud, tanto en el diagnóstico como en la programación.

(1) Niveles de Organización

(a) Organismo Central

El organismo central debe recoger la información programada de atendidos, atenciones e instrumentos de todas las regiones de salud, con la finalidad de poder evaluar el grado de avance de cada una de las regiones y en base a lo ejecutado el año anterior. La dependencia respectiva del organismo central hará la consolidación correspondiente, lo que facilitará el análisis pertinente para contar con "Elementos de Juicio" necesarios que le permitan el cumplimiento de las funciones que son de su competencia en cuanto a la gestión y conducción del Programa.

Asimismo, dispondrá de elementos de juicio que le permita hacer proposiciones a la Alta Dirección de políticas de salud materno infantil.

(b) Regiones de Salud

Las regiones de salud, previa coordinación y formulación del programa de actividades de salud materno infantil con las áreas hospitalarias y hospitales que dependen directamente de ellas, realizaron la consolidación de los programas para ser elevados al organismo central.

El responsable del programa a nivel regional realizará las gestiones correspondientes ante el director de la región de salud para que el programa de actividades en su ejecución, cuente con -- los recursos necesarios y el apoyo indispensable que le permita en su nivel, la conducción, supervisión, evaluación y control de los programas a nivel de las áreas hospitalarias.

(c) Áreas Hospitalarias

Las áreas hospitalarias a través de la dependencia correspondiente formularán el programa de actividades de los establecimientos de su jurisdicción de salud con los funcionarios responsables de la ejecución del programa de dichos establecimientos. Incluirán la formulación del programa de atención primaria a cargo de las organizaciones de la comunidad.

El responsable del programa a nivel de área hospitalaria, coordinará su formulación con el responsable a nivel regional; además, elevará el proyecto de programa formulado al director del área hospitalaria para que a su vez lo eleve al director regional de salud correspondiente, con el fin de que gestione los recursos que requiera el programa para su ejecución, supervisión, evaluación y control a nivel de establecimientos de salud.

(2) Niveles de Atención

El Ministerio de Salud considera 4 niveles de atención

(a) Primer Nivel de Atención

- Hogar-Comunidad : Atención Primaria
- Puestos Sanitarios
- Centros de Salud

(b) Segundo Nivel de Atención

- Hospitales Locales

(c) Tercer Nivel de Atención

- Hospitales Regionales

(d) Cuarto Nivel de Atención

- Hospitales Especializados
- Instituciones Especializadas

Estos cuatro Niveles de Atención conforman 2 subsistemas :

El sub-sistema no institucionalizado conformado por el hogar y la comunidad (Atención Primaria) y, el sub-sistema institucionalizado conformado por todos los establecimientos de salud desde el puesto sanitario hasta el hospital e instituto altamente especializados.

El programa de actividades a nivel hospital, estará a cargo de un funcionario, quién será el responsable fundamentalmente de la formulación, conducción y ejecución del programa y, de acuerdo con las circunstancias, de la supervisión, evaluación y control. La formulación del programa a nivel de centro de salud se hará en coordinación con el responsable del programa a nivel de área hospitalaria o de hospital; a nivel de puesto sanitario, el programa se formulará en coordinación con el jefe del centro de salud o, simplemente,

el puesto sanitario sólo ejecutará las acciones que se programen a nivel de centro de salud.

El Programa a nivel de hogar-comunidad, será -- formulado por personal que la organización de -- la comunidad designe y, en coordinación y aseso ría con el personal de los servicios de salud -- (Sub-sistema institucionalizado).

La formulación del programa de salud materno in fantil a nivel de establecimientos de salud y -- de la comunidad adquiere jerarquía y mucha impor tancia en virtud de que son los establecimientos de salud y la comunidad los que ejecutan las acciones de salud. Lo importante es que el proceso de programación sea coordinado, reciba aseso ría y el apoyo necesario que facilite su ejecu ción.

La consolidación de los programas a nivel de comunidad se hará a nivel de centro de salud.

La consolidación de los programas de actividades de los establecimientos de salud se hará a nivel de area hospitalaria o de región de salud, de acuerdo con el nivel de complejidad del estableci miento.

Lo importante en este proceso de programación es que intervengan todos los niveles de organiza--- ción y de atención de salud materno infantil, -- que exista una coordinación permanente, que exis ta flujo de información adecuada; que se asigne los recursos disponibles y, que la gestión y con ducción sea permanente.

A nivel de los establecimientos de salud en general, los programas de actividades de salud materno infantil serán desarrollados por las diferentes estructuras que estén comprometidas en las diferentes acciones programadas. Es por eso, que no se puede asignar recursos de personal y otros, directamente a un programa, ya que dichos recursos son parte de las diferentes estructuras del establecimiento de salud.

En el documento se presentan formularios para el diagnóstico del programa de actividades de salud materno infantil a nivel de hospitales, centros de salud, puestos sanitarios y comunidad, incluyendo los atributos normatizados. Asimismo, se presentan formularios que consolidan las actividades de los establecimientos de salud a nivel de área hospitalaria, región de salud y nivel nacional.

En cada formulario se consideran las actividades observadas (evaluación correspondiente al año anterior), los atributos normatizados y las actividades programadas en el año de la ejecución del programa correspondiente a madres y niños y a nivel de hospitales, centros de salud, puestos sanitarios y comunidad. Asimismo, se presentan formularios que consolidan las actividades de los establecimientos de salud y de la comunidad a nivel de área hospitalaria, región de salud y nivel nacional.

Las actividades consideradas en los formularios se presentan en función de los 3 elementos infaltables en un programa : Atendidos, Atenciones e Instrumentos considerando sus respectivos atributos.

Es conveniente señalar que en los formularios, en el rubro correspondiente a "Atributos Normatizados" los porcentajes que figuran en la columna cobertura están referidos al porcentaje de la población total de madres gestantes y de niños lactantes, pre-escolares y escolares. No se tiene normas de cobertura para el período internatal, como de lo referente a emergencias. Esta última, en lo concerniente a otros atributos, está supeditada a la demanda. (Formularios N° s 1, 2, 3, 4, 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 y 16)

Recursos

(1) Personal

(a) Organismo Central

La estructura responsable de la conducción y gestión del Programa de Salud Materno Infantil a nivel del organismo central, contará con sus propios recursos de personal profesional y no profesional para cumplir con las funciones que le son de su competencia. Dichos recursos estarán a cargo de un directivo, quién tendrá a su cargo la conducción y gestión del programa a nivel nacional y brindará el apoyo que sea necesario a las regiones de salud y áreas hospitalarias de salud del país que desarrollen actividades en el campo de la salud materno infantil y planificación familiar.

(b) Regiones de Salud y Areas Hospitalarias

Las regiones de salud y áreas hospitalarias contarán con personal propio para la programación, gestión y conducción del programa de salud materno infantil en los diferentes establecimientos de sus respectivas jurisdicciones.

Los responsables de los programas de salud materno infantil aparte de las funciones de programación, gestión y conducción se encargarán de consolidar las actividades desarrolladas en el ámbito de su jurisdicción, así como de apoyar con -- los recursos que sean necesarios para el cumplimiento de dichos programas.

(c) Establecimientos de Salud

A nivel de hospitales el Programa de Salud Materno Infantil contará con recursos propios para el desarrollo de las actividades de hospitalización y consulta; asimismo, contarán con recursos de personal que intervienen en otras actividades -- del programa, pero que sin embargo, pertenecen a otras dependencias del hospital, ya que la labor de este personal es la de servir a las diferentes estructuras del establecimiento.

A nivel de centros de salud, salvo excepciones -- las actividades de salud materno infantil serán realizadas por personal profesional que cumple -- actividades que benefician a otros grupos de población de modo tal que su labor va a ser polivalente.

A nivel de puestos sanitarios contará con uno o dos auxiliares sanitarios los que de hecho realizarán labor polivalente, tanto en el campo materno infantil como en otros campos.

Cabe destacar que los recursos de personal que -- se utilicen en los diferentes niveles organizacionales y de atención de salud de la institución --

que tenga a cargo el programa de salud materno infantil deben tener bien delimitadas sus funciones y sus responsabilidades para facilitar con ello - el desarrollo del programa, tanto en la conduc---ción y gestión, como en su ejecución, supervisión evaluación y control.

(2) Recursos Materiales

Los equipos e insumos para el desarrollo de las actividades de salud materno infantil serán distribuidos de acuerdo con los niveles de organización y niveles de atención de salud y en función fundamentalmente de los requerimientos que permitan facilitar la conducción, - gestión, ejecución, coordinación, supervisión, évalua-ción y control.

Cada una de las estructuras en estos diferentes nive--les requerirá de equipos y materiales necesarios para poder cumplir sus funciones a cabalidad en el desarro--llo del programa.

El funcionario a nivel regional que tenga a su cargo - la responsabilidad del programa hará las previsiones - necesarias en cuanto a recursos materiales, para que - las diferentes dependencias de las áreas de salud y establecimientos de salud del ámbito regional de salud, reciban oportunamente los recursos materiales que re--quieran y que estos sean utilizados adecuadamente en - el desarrollo de los programas integrales de salud ma--terno infantil y de planificación familiar.

Se dará especial importancia a los servicios básicos - de salud tipo centros de salud y puestos sanitarios, a sí como al apoyo que deba brindarse en recursos mate--riales a la comunidad, con la finalidad de que sus ---

organizaciones, puedan desarrollar sus programas de Atención Primaria dando prioridad al grupo materno infantil.

(3) Financieros

Los recursos financieros para el desarrollo del programa de salud de atención materno infantil y planificación familiar provienen de dos fuentes : Tesoro Público y Organismos Internacionales. Estos recursos financieros deben ser utilizados rigurosamente de acuerdo a las necesidades de los diferentes niveles organizacionales y de atención de salud de la Institución que está desarrollando programas integrales de salud materno infantil.

Es importante que la estructura a nivel del organismo central que tiene bajo su responsabilidad la gestión y conducción del programa tome las previsiones correspondientes para contar con los recursos necesarios del Tesoro Público y distribuirlos racionalmente y, de acuerdo con las necesidades de los servicios a nivel de regiones de salud, áreas y poblaciones, establecimientos de salud y comunidades. Asimismo, los recursos provenientes de organismos internacionales deben ser en igual forma utilizados en los diferentes niveles para poder cumplir con los objetivos y actividades del programa a nivel nacional, regional y local incluyendo el apoyo que se brinde a las comunidades.

Es importante destacar la necesidad de que los proyectos de ayuda internacional se incorporen a los programas de salud materno infantil y que no se produzca la aberración de que cada Proyecto Internacio

//.

nal tenga sus propios programas que no guarden armonía con el programa de salud materno infantil de la institución correspondiente que conforma el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

f. Adecuación Administrativa

(1) Organización

La organización actual del Ministerio en sus niveles central, regional y local debe adecuarse satisfactoriamente con el fin de facilitar el cumplimiento de las actividades integrales de salud materno infantil y de planificación familiar y, en esa forma, lograr que las políticas de salud materno infantil y planificación familiar se cumplan satisfactoriamente, permitiendo que las dependencias encargadas de los aspectos normativos, así como de la conducción y ejecución de los programas se vayan fortaleciendo cada vez más.

La organización de la Institución debe estar comprometida en sus tres niveles :

(a) Organismo Central

El organismo central del Ministerio de Salud en lo referente a la atención de salud materno infantil y de planificación familiar se adecuará en tal forma, que los órganos de normación, de apoyo y de línea coordinen sus acciones posibilitando el cumplimiento de sus funciones en la conducción de los programas de salud materno infantil con el fin de que las regiones de salud reciban la asesoría y apoyo necesarios en cuanto a la programación de salud materno infantil.

Los órganos técnico normativos del nivel central propondrán a la Alta Dirección alternativas de políticas de salud materno infantil para la decisión correspondiente.

(b) Regiones de Salud

Las regiones de salud contarán con un órgano que tenga la responsabilidad de formular y conducir el programa en las diferentes áreas hospitalarias que conforman la región de salud.

La organización en este nivel se adecuará en forma tal que permita que las áreas hospitalarias puedan formular y ejecutar sus programas de salud materno infantil y de planificación familiar satisfactoriamente, siendo el órgano regional en cargo de la responsabilidad de la conducción del programa a nivel regional, así como de la coordinación programática a nivel de áreas hospitalarias.

(c) Áreas Hospitalarias

Cada área hospitalaria debe contar con un órgano que sea el responsable de la formulación, coordinación, supervisión y evaluación y control de los programas de salud materno infantil y de planificación familiar que desarrollan los diferentes establecimientos de salud que están a su cargo. Los establecimientos de salud deben estar organizados en forma tal, que les permita la formulación, ejecución, evaluación y control de los programas de salud materno infantil en su nivel.

En esta forma se contará con una organización adecuada que permita la formulación, conducción, apoyo y ejecución de los programas de salud materno infantil y en donde estén comprometidos los niveles de decisión política, técnico-normativa y operacional.

(2) Dirección y Gestión

Para el desarrollo de los programas de salud materno infantil y de planificación familiar es conveniente no sólo contar con una organización que sea adecuada sino que el proceso de dirección y gestión se cumpla satisfactoriamente en el nivel político, técnico-normativo y operacional.

- (a) El nivel político toma decisiones y conduce. Al conducir dirige políticamente los planes y programas de salud integral, así como los programas de salud materno infantil y de planificación familiar, en particular.

El nivel de decisión realizará gestiones de tipo político intersectorialmente y a nivel del más alto poder de decisión. Es la única forma de lograr sustentamiento político para el desarrollo de los planes y programas de salud materno infantil considerando los recursos financieros que se requieran en el cumplimiento de las políticas de salud materno infantil.

La decisión política en este proceso de dirección y gestión debe ser consecuencia de proposiciones alternativas hechas por los organismos técnico-normativos del nivel central.

De otro lado las decisiones tomadas por el nivel político deben ser viables y factibles de manera que las políticas de salud de protección a la madre y al niño tengan el sustentamiento necesario que les permita lograr el carácter de PERMANENTES para lo cual se debe lograr, asimismo, el sustentamiento intersectorial y global.

- (b) El nivel técnico normativo realizará todas las --gestiones que sean necesarias para el cumplimiento de las funciones que le estén encomendadas en relación con la conducción de las actividades de salud materno infantil y de acuerdo con los dispositivos vigentes. Dirigirá internamente su es---trutura para facilitar su funcionamiento, apoyará y asesorará a las regiones de salud en las actividades de salud materno infantil con el fin de dar cumplimiento a las políticas y estrategias --respectivas y, por lo tanto de los programas que se deriven de ellas.

En este proceso de dirección y gestión la estructura encargada de la responsabilidad de conducir el programa de salud materno infantil debe formular el programa a nivel nacional en base a grandes lineamientos que le permitan precisar objetivos y actividades a ser cumplidas por las diferentes regiones de salud del país, así como la gestión necesaria para lograr la asignación de recursos que se requiera en la ejecución de los programas.

Asimismo, la estructura responsable del programa recogerá la información correspondiente de todas las regiones de salud haciendo el análisis res--

pectivo para orientar mejor sus actividades de gestión y conducción y, de apoyo a las regiones de salud.

(c) A nivel Operacional

A nivel regional y local, las funciones de dirección y gestión se facilitan tremendamente, si existe una organización estructural y funcional bien definida y, si los programas están debidamente formulados a nivel de regiones, areas hospitalarias y establecimientos de salud y, si la asignación de funciones, deberes y responsabilidades están debidamente normadas y reglamentadas a través del Manual de Organización y Funciones.

La gestión a nivel de regiones de salud y areas hospitalarias se hace fundamentalmente con el fin de conseguir los recursos de personal, material y financiero suficientes para la ejecución de los programas de salud materno infantil, los cuales estarán debidamente administrados y conducidos, si cuentan con el apoyo de los servicios de presupuesto y contabilidad, personal, abastecimientos y estadística, así como con la asesoría, supervisión, evaluación y control suficientes -- que permitan el cumplimiento de las métas programadas.

Sólo así se puede conducir un sistema de dirección y gestión en cualquiera de los niveles de atención.

VIII. ANEXOS

- Figuras
- Tablas
- Formularios

Figura N° 1

LA SALUD : MEDIO Y FIN

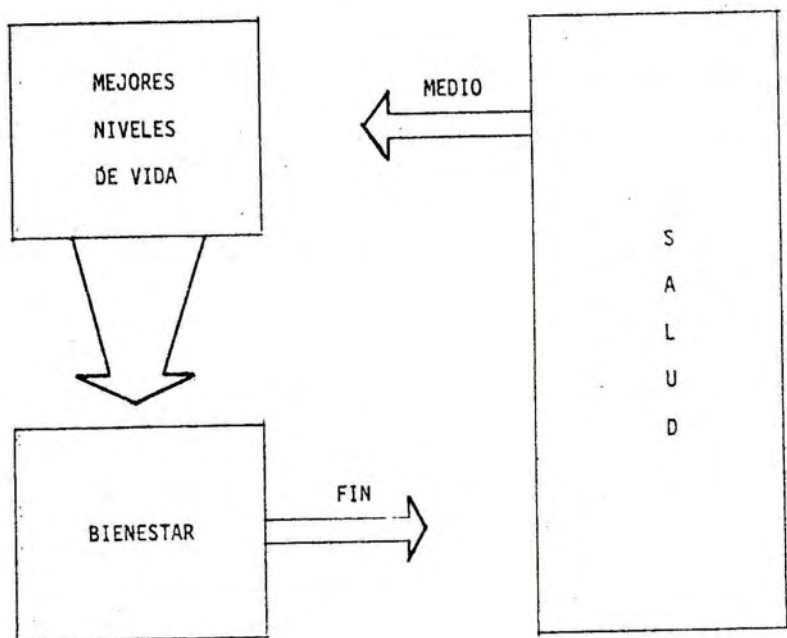


Figura N° 2

LA SALUD EN EL CONTEXTO ECONOMICO Y SOCIAL

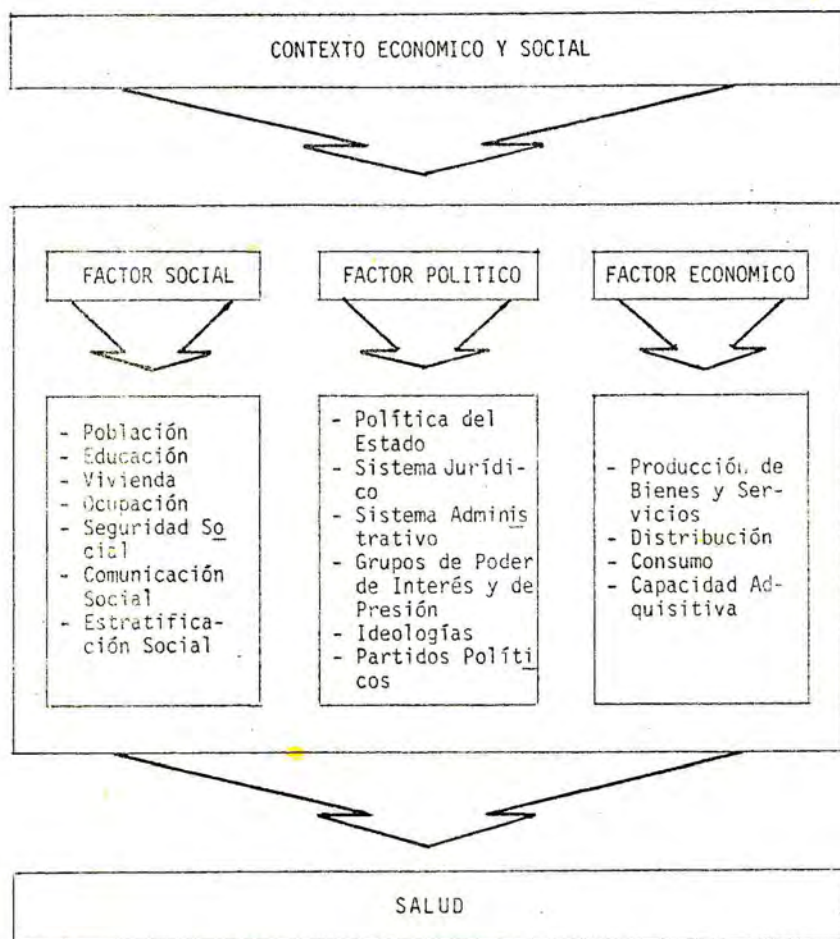
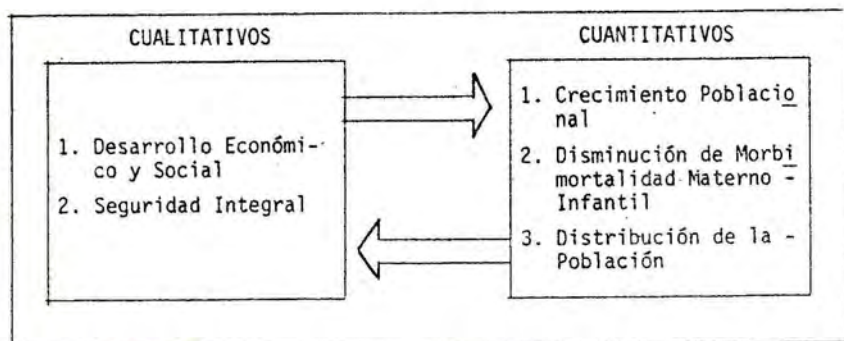


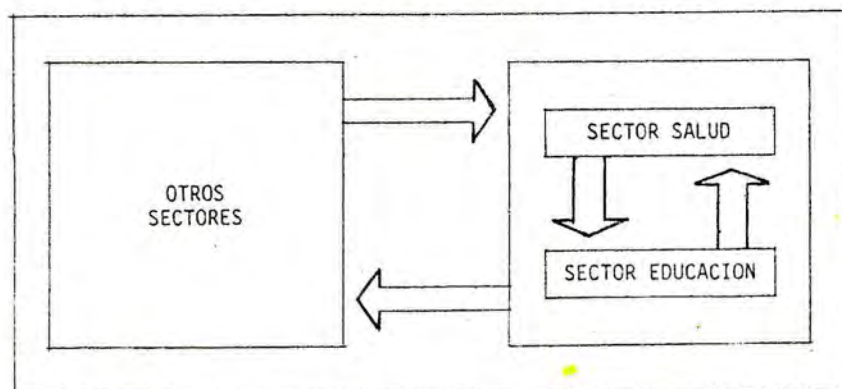
Figura N° 3

POLITICA DE POBLACION

OBJETIVOS



POLITICAS



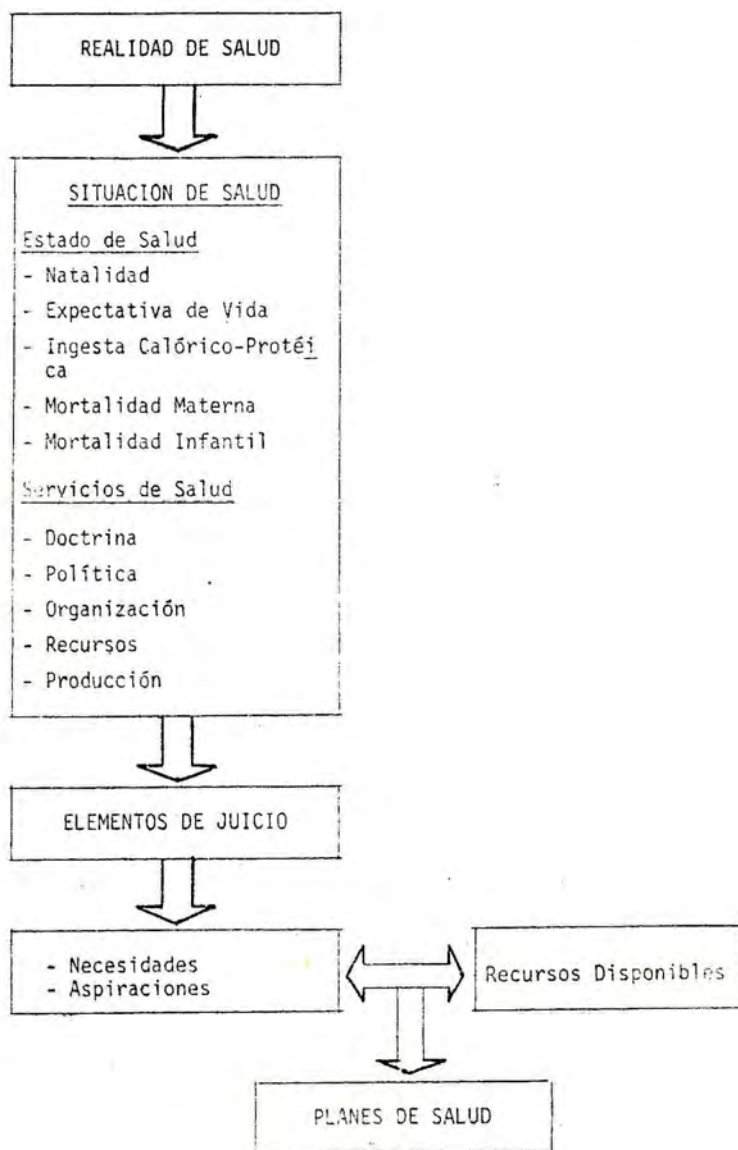
ESTRATEGIAS

CUMPLIMIENTO DE ACCIONES EN LOS CAMPOS :

- | | |
|---------------|------------------|
| - Legal | - De Salud |
| - Demográfico | - Económico |
| - Educativo | - Socio-Cultural |

Figura N° 4

REALIDAD, SITUACION Y PLANES DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO



DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD
DE LA MADRE Y DEL NIÑO

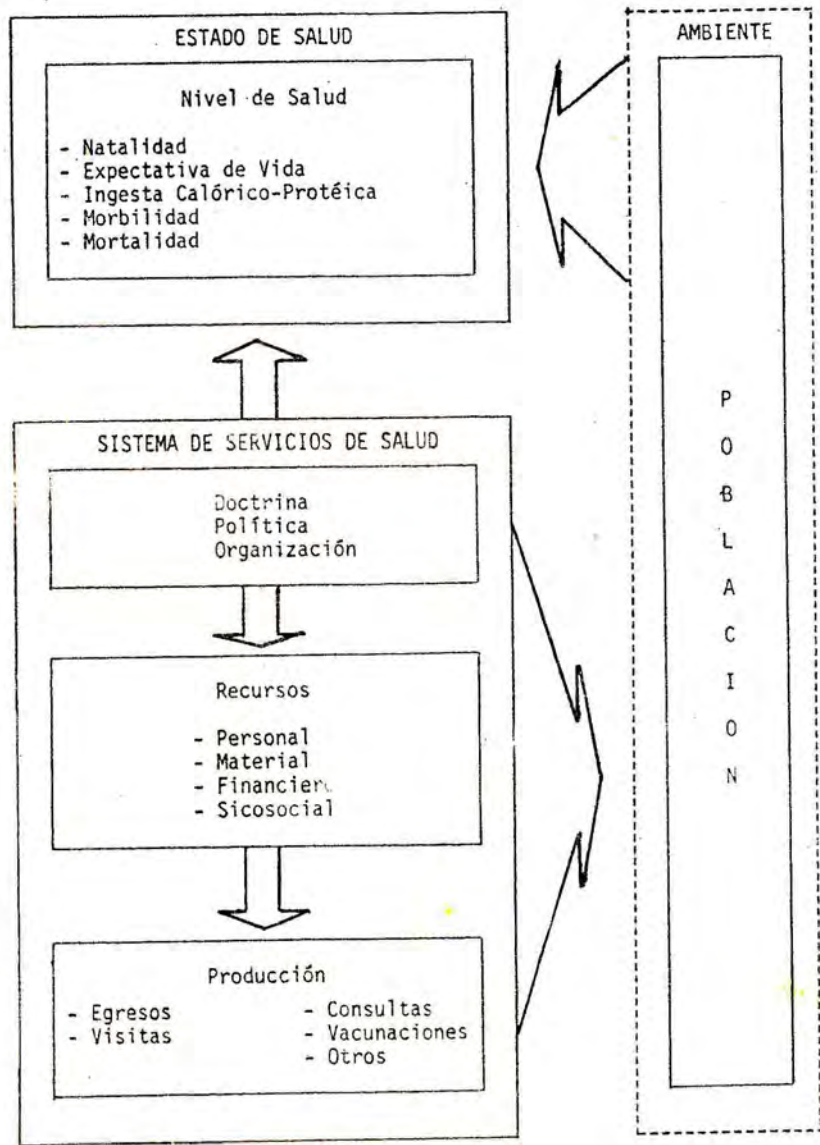


Figura N° 6

FACTORES Y CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU, AÑO 1981

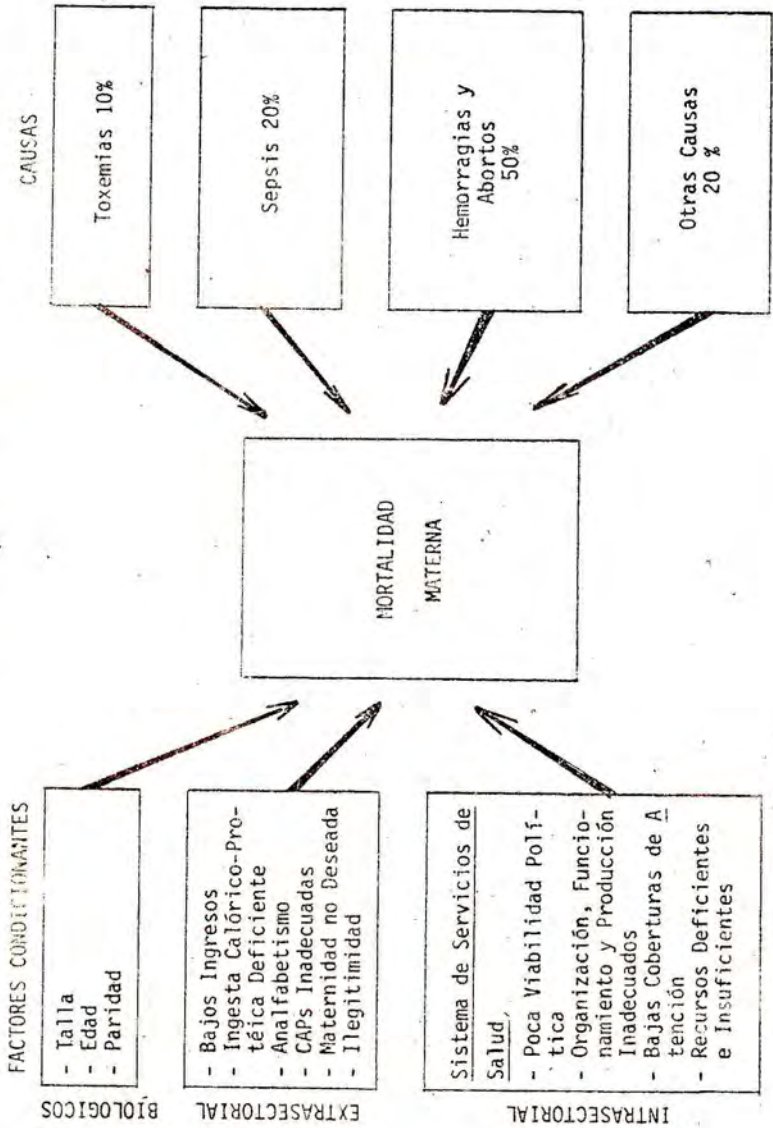
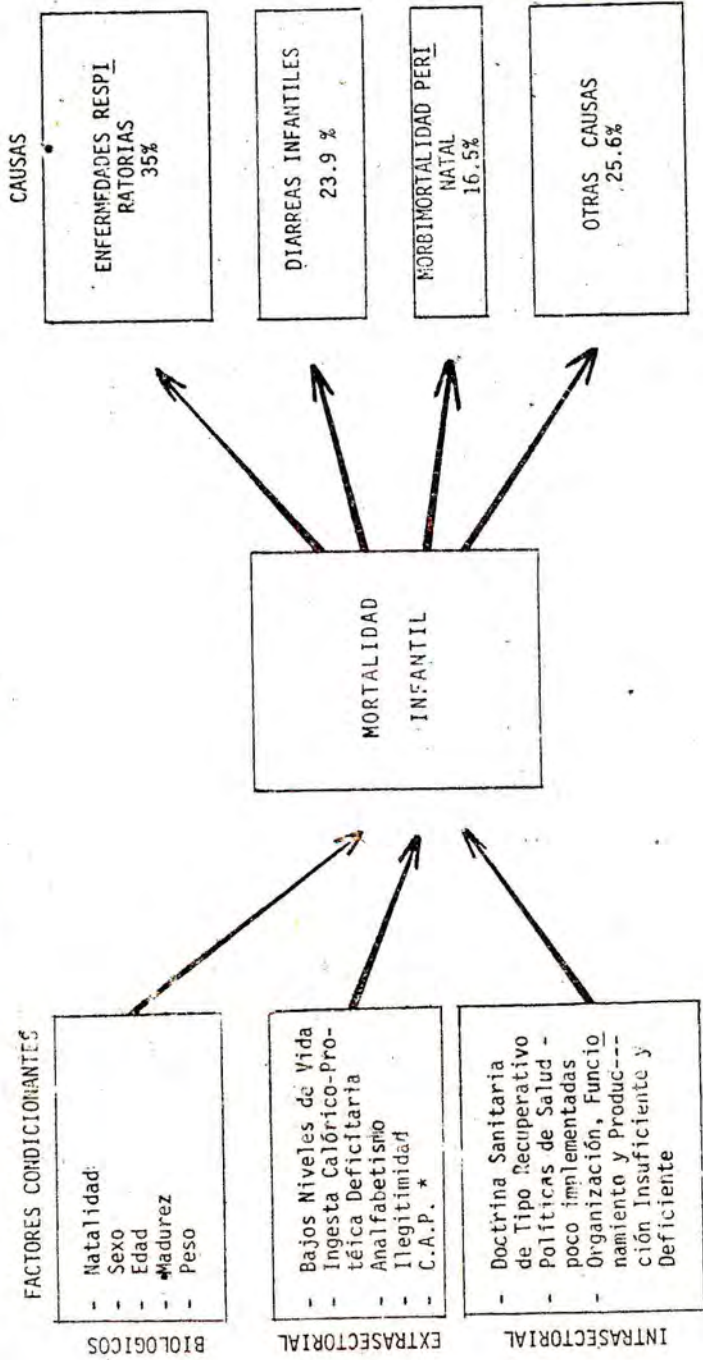


Figura N° 7

FACTORES Y CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERU - AÑO 1981



(*) Creencias, actitudes, prácticas

Figura Nº 8

SINTESIS DIAGNOSTICA DE LA SALUD DE LA MADRE Y DEL NINO

PERU - 1981

A. En relación con el Estado de Salud

CAUSAS

1. Bajos Niveles de Vida
2. Sub-Alimentación y Mal Nutrición
3. Desocupación y Subocupación
4. Saneamiento Básico Deficiente y Defectuosos
5. Servicios de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar deficientes e insuficientes. Bajas Coberturas de Atención
6. Marginación Económica y Social

SITUACION

1. Elevados Indices Demográficos y Altas Tasas de Natalidad
2. Baja expectativa de Vida
3. Déficit Calórico-Proteico
4. Altas Tasas de Mortalidad Materna, Neonatal, Infantil Tardía y Pre-Escolar
5. Elevado Porcentaje de Hemorragias y Abortos
6. Elevados Indices de Mortalidad por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias

TENDENCIA

1. Disminución de los Indices de Crecimiento Demográfico y de Natalidad poco significativos
2. Disminución poco significativa de las Tasas de Mortalidad Materna e Infantil
3. Disminución discreta de la Incidencia de Enfermedades Infecciosas
4. Incremento del Aborto
5. Incremento del Déficit Calórico-Proteico

Figura N° 9

SINTESIS DIAGNOSTICA DE LA SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

PERU - 1981

B. En relación con los Servicios de Salud de la Madre y del Niño

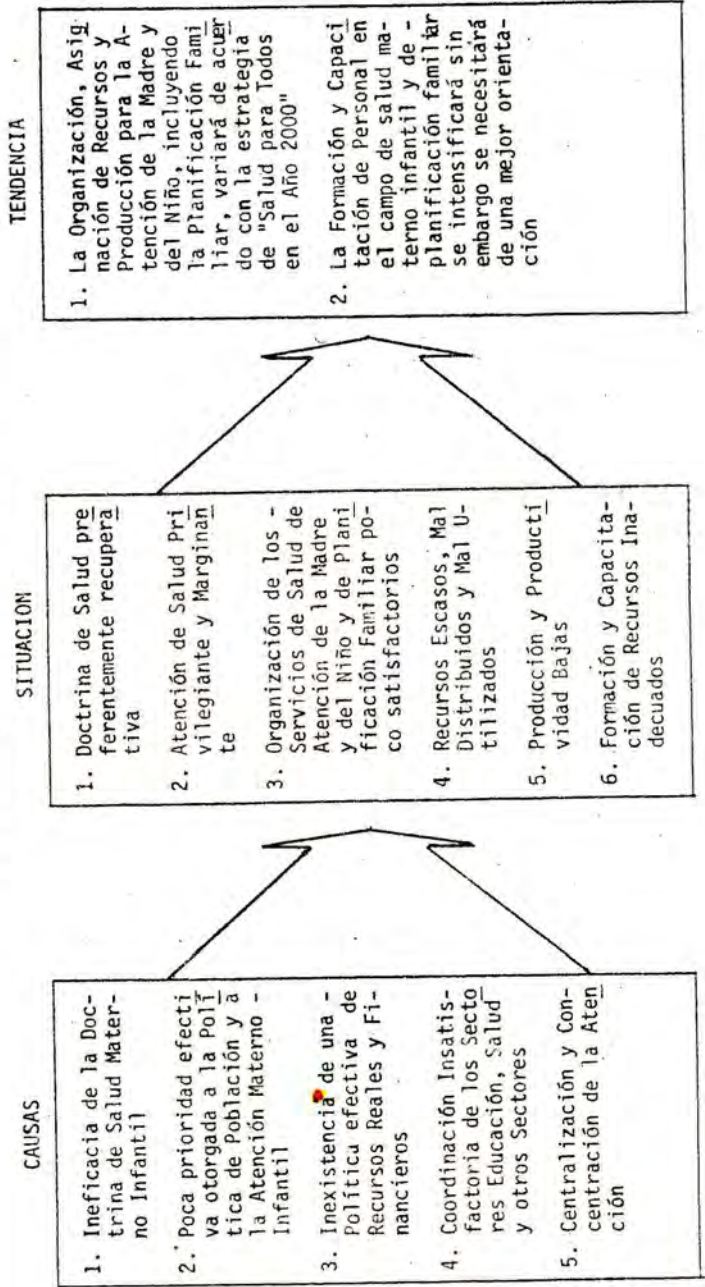


Figura N° 10

SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO DE LAS
ZONAS RURAL Y URBANO-MARGINAL DEL PAIS - 1981

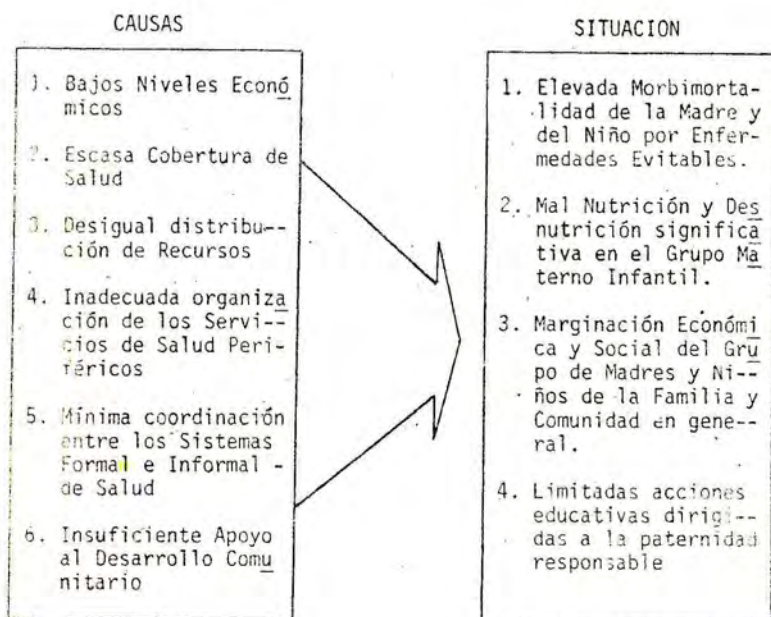


Figura N° 11

CONCEPTO DE ATENCION PRIMARIA Y SALUD
DE LA MADRE Y DEL NIÑO

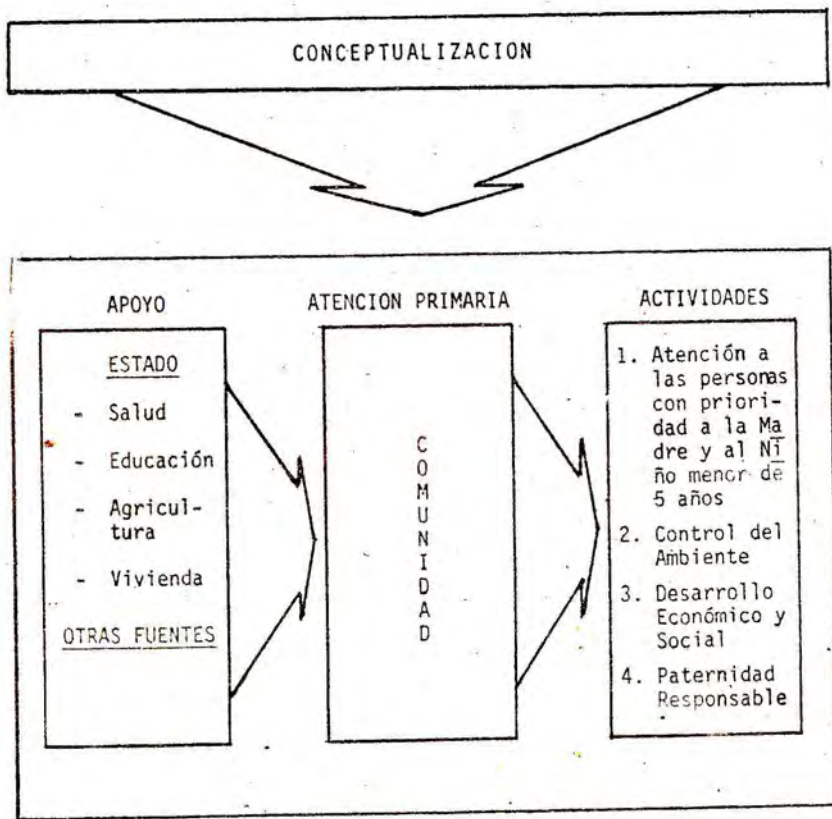


Figura N° 12

PLANIFICACION DEL APOYO A LA ATENCION PRIMARIA
Y LA SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

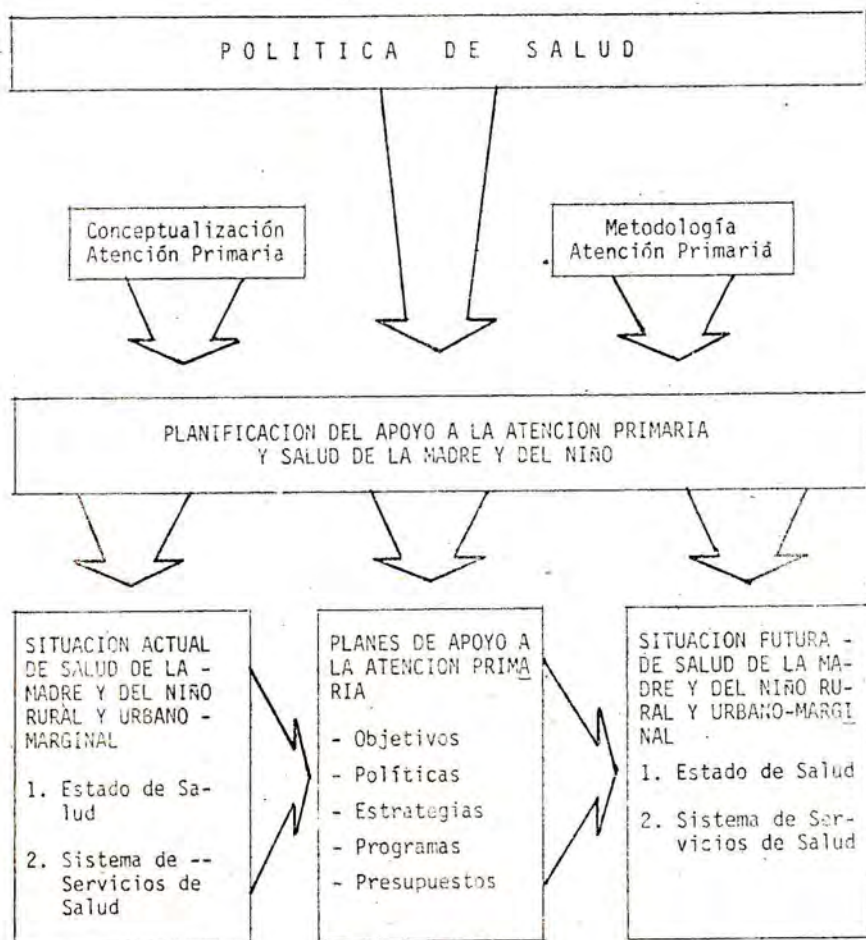


Figura N° 13

CENTRO DE OPERACION DEL APOYO A LA ATENCION PRIMARIA
Y SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

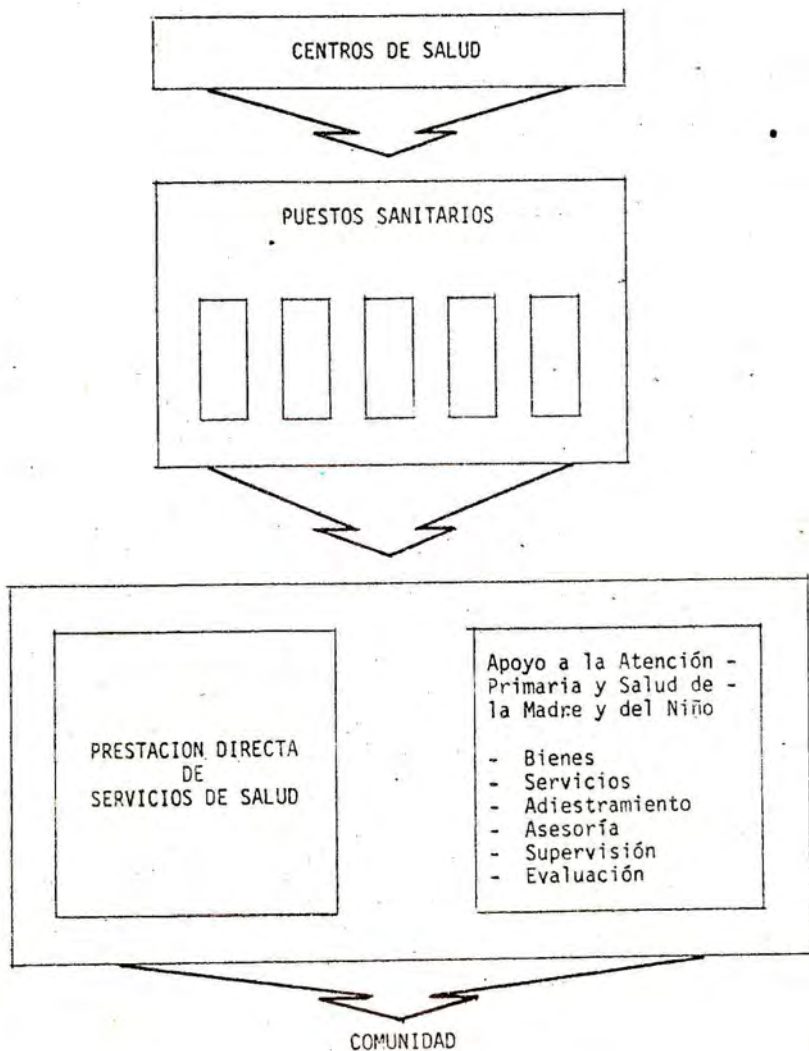


Figura N° 14

OBJETIVOS DE SALUD MATERNO INFANTIL A

MEDIANO Y LARGO PLAZO

IMAGEN OBJETIVO A
MEDIANO PLAZO (1990)

- Mejorar los niveles de salud significativamente y asegurar una coherente Política de Población.
- Utilizar eficaz y eficientemente la infraestructura de salud existente.
- Incrementar las coberturas de salud con --- Prioridad a las zonas rurales, urbano-marginales y de frontera.
- Mejorar los sistemas de conducción y gestión administrativa.
- Incrementar significativamente la producción y productividad.

IMAGEN OBJETIVO A MUY LARGO PLAZO
("SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000)

- Lograr un estado de salud que posibilite a todos los peruanos un desarrollo pleno de sus potencialidades.
- Contar con un sistema de servicios de salud institucionalizado y no institucionalizado con acceso a toda la población.

MINISTERIO DE SALUD — CENDOC

Figura N° 15

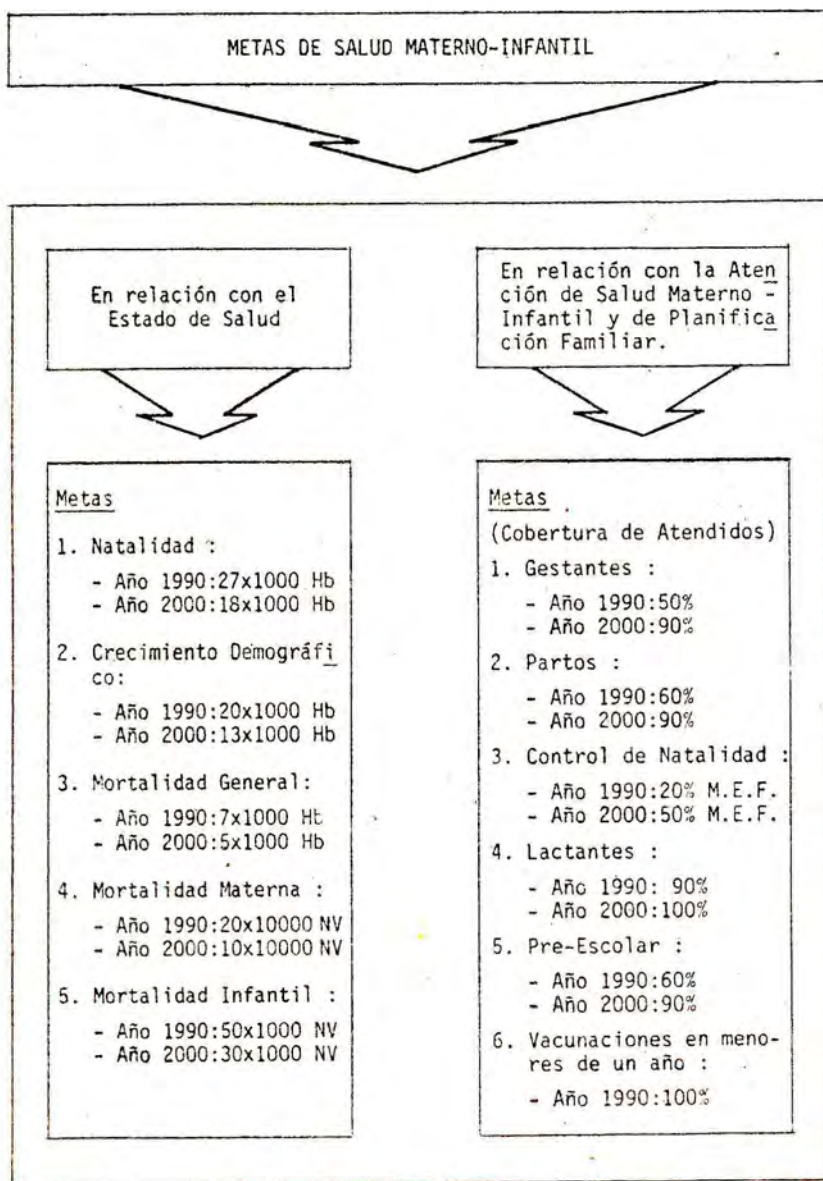


Figura N° 16

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE SALUD MATERNO INFANTIL

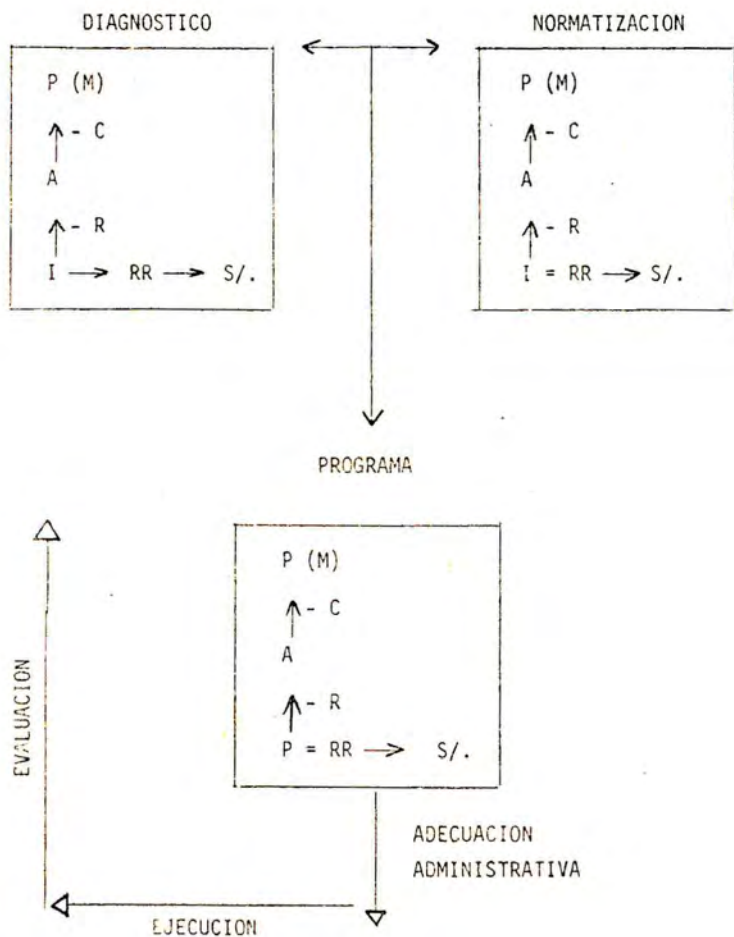


Tabla N° 1

NATALIDAD, CRECIMIENTO DEMOGRAFICO Y

FECUNDIDAD GLOBAL EN EL PERU

Años : 1960, 1965, 1970, 1975, 1980 y 1981

AÑOS :	TASA DE NATALIDAD (Por 1000 Hb)	CRECIMIENTO DE- MOGRAFICO (Por 1000 Hb)	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
1960	48.0	29.4	6.9
1965	45.9	29.4	6.8
1970	42.8	28.6	6.3
1975	40.1	27.9	5.8
1980	38.3	27.6	5.2
1981	38.0	27.6	5.2

Fuentes : - INE : ANALISIS DEMOGRAFICO N° 16 (1960-1969)
ANALISIS DEMOGRAFICO N° 19 (1970-2000)

- Oficina General de Presupuesto y Planificación de
Salud, MS

Tabla N° 2

NATALIDAD, CRECIMIENTO DEMOGRAFICO Y

FECUNDIDAD GLOBAL EN EL PERU

Años : 1967, 1976 y 1981

AÑOS	TASA DE NATALIDAD (Por 1000 Hb)	CRECIMIENTO DE- MOGRAFICO (Por 1000 Hb)	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
1967	45.0	31.0	6.9
1976	38.2	25.2	5.8
1981	36.0	24.0	5.2

FUENTE : INE, ENPA, 1982

Tabla N° 3

NATALIDAD, CRECIMIENTO DEMOGRAFICO Y FECUNDIDAD

GLOBAL EN ALGUNOS PAISES DEL MUNDO

AÑO 1980

PAISES	TASA DE NATALIDAD (Por 1000 Hb)	CRECIMIENTO DEMOGRAFICO (%)	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
MUNDO	28	1.7	3.8
Afganistán	48	2.7	6.9
China	18	1.2	2.3
Japón	15	0.9	1.8
Suecia	11	0.3	1.7
Nicaragua	47	3.4	5.2
Bolivia	44	2.5	6.8
Perú	40	2.8	5.3
Chile	21	1.4	3.0
Cuba	20	1.2	2.5
Estados Unidos	16	0.7	1.3
Unión Soviética	18	0.8	2.4
Australia	18	0.8	2.1

Tabla N° 4

EXPECTATIVA DE VIDA AÑOS 1960, 1965, 1970, 1975, 1980 y
1981 E INGRESO PER CAPITA AÑO 1980

PERU

AÑOS	EXPECTATIVA DE VIDA (1)	INGRESO PER CAPITA \$ (2)
1960	48.4	-
1965	50.9	-
1970	53.7	-
1975	56.2	-
1980	58.6	740
1981	59.1	-

FUENTE : (1) INE, Análisis Demográfico N° 16 (1960-1969)
Análisis Demográfico N° 19 (1970-2000)

(2) Reference Population Bureau

Tabla N° 5

EXPECTATIVA DE VIDA E INGRESO PER CAPITA EN ALGUNOS

PAISES DEL MUNDO

1980

PAISES	EXPECTATIVA DE VIDA (AÑOS)	INGRESO PER CA PITA \$
MUNDO	61	2040
Afganistán	37	240
China	64	460
Japón	75	7330
Suecia	75	10210
Nicaragua	65	840
Bolivia	47	510
Perú	59.1*	740
Chile	66	1410
Cuba	64	810
Estados Unidos	73	9700
Unión Soviética	70	3700
Australia	73	7920

INE (año 1981)

FUENTE : Population Reference Bureau

Tabla N° 6

MORTALIDAD MATERNA

Perú : 1960, 1965, 1970, 1975, 1980 y 1982

AÑOS	TASA DE MORTALIDAD MATERNA x 10000 NACIDOS VIVOS
1960	40.0
1965	39.8
1970	39.0
1975	35.0
1980*	31.8
1981*	31.0

(*) Cifras estimadas

FUENTE : Escuela de Salud Pública del Perú
Realidad Nacional de Salud, 1977

Tabla N° 7

MORTALIDAD MATERNA EN ALGUNOS PAISES DEL MUNDO

Año - 1978

PAISES	TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10000 NACIDOS VIVOS
Suecia	0.64
Estados Unidos	0.96
Inglaterra y Gales	1.14
Hungría	2.20
Japón	2.21
Chile	9.47
Venezuela (1)	6.25
México (1)	11.88
Thailandia (1)	12.15
Perú (2)	33.50

(1) Registros Incompletos

(2) Cifras Estimadas

FUENTES : - World Health Statistics Annual 1980-1981

- Escuela de Salud Pública del Perú

Tabla N° 8

PORCENTAJE DE MUERTES MATERNAS EN RELACION CON EL

TOTAL DE MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL

ALGUNOS PAISES DEL MUNDO, AÑO 1978

PAISES	MORTALIDAD MATERNA PROPORCIONAL (%)
Suecia	0.5
Estados Unidos	0.7
Inglaterra y Gales	0.9
Hungría	1.5
Japón	2.0
Chile	6.7
Venezuela	7.9
México	10.0
Thailandia	6.8
Perú	15.0

FUENTE : World Health Statistics Annual 1980-1981

Tabla N° 9

MORTALIDAD MATERNA Y SITUACION DE LAS MADRES

(Tasas Estimadas)

Perú 1976

SITUACION	MORTALIDAD MATERNA
1. <u>Condición Civil</u>	
- Solteras	60x10000 N.V.
- Casadas	25x10000 N.V.
2. <u>Edad</u>	
- Menos de 20 años	25x10000 N.V.
- 20 a 29 años	10x10000 N.V.
- 35 y más años	50x10000 N.V.
3. <u>Paridad</u>	
- Primíparas	30x10000 N.V.
- 2 a 4 partos	10x10000 N.V.
- 7 y más partos	70x10000 N.V.

FUENTE : Escuela de Salud Pública del Perú, 1977

Tabla N° 10

DIFERENCIAS PORCENTUALES DE LAS TASAS DE
MORTALIDAD MATERNA SEGUN SITUACION DE LAS MADRES

Perú 1976

SITUACION	DIFERENCIA PORCENTUAL
1. <u>Condición Civil</u>	
- Madres Solteras exceden a Madres Casadas en :	140.0%
2. <u>Edad</u>	
- Menores de 20 años exceden a Madres de 20 a 29 años en :	66.6%
- Madres de 35 y mas años exceden a Madres de 20 a 29 años en :	233.0%
3. <u>Paridad</u>	
- Primíparas exceden a Madres de 2 a 4 Partos en :	200.0%
- Grandes Multíparas exceden a Madres de 2 a 4 Partos en	600.0%

FUENTE : Escuela de Salud Pública del Perú

Tabla N° 11

MORTALIDAD INFANTIL POR PERIODOS QUINCENALE

PERU 1940-1984

QUINQUENIOS	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (Por 1000 N.V.)
1940-1944	234.4
1945-1949	216.5
1950-1954	193.1
1955-1959	151.5
1960-1964	121.0
1965-1969 (1)	135.0
1970-1975 (2)	114.0
1978 (3)	101.0
1980-1984 (3)	86.0

FUENTES : Oficina General de Presupuesto y Planificación de Salud, MS

(1) La Mortalidad en los Primeros Años de Vida :
1967-1968, INE

(2) EDEN La Mortalidad en el Perú 1970-1975 INE

(3) Situación Demográfica del Perú : 1970-2000 INE

Tabla N° 12

LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERU

Años : 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1981

AÑOS	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (Por 1000 N.V.)
1960	152
1965	137
1970	122
1975	107
1980	92
1981	89

FUENTES : - Análisis Demográfico N° 19, INE

- Oficina General de Presupuesto y Planificación de Salud

Tabla N° 13

MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERU

Años : 1967m 1976.y 1981

AÑOS	TASA DE MORTALIDAD INFAN TIL (Por 1000 N.V.)
1967	126.0
1976	108.0
1981	105.0

FUENTE : INE, ENPA, 1982

Tabla N° 14

MORTALIDAD INFANTIL EN ALGUNOS PAISES DEL MUNDO

AÑO 1980

PAISES	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (Por 1000 N.V.)
MUNDO	97.0
Afganistán	226.0
China	56.0
Japón	8.0
Suecia	8.0
Nicaragua	122.0
Bolivia	168.0
Perú	92.0
Chile	40.0
Cuba	20.0
Estados Unidos	13.0
Unión Soviética	31.0
Australia	12.0

FUENTE : Population Reference Bureau

Tabla N° 15

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN ZONAS

URBANAS Y RURALES

PERU : Período 1969 - 1976

AÑOS	TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL (Por 1000 N.V.)	
	URBANA	RURAL
1969	82.0	160.0
1970	81.5	158.0
1971	81.4	160.0
1972	81.5	156.0
1973	78.0	154.0
1974	72.0	152.0
1975	70.0	148.0
1976	64.0	144.0
1981 (1)	80.0	135.0

FUENTES : - Escuela de Salud Pública del Perú

- (1) INE. ENPA. 1982

Tabla N° 16

INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD

DE LA MADRE Y DEL NIÑO

PERU 1981

ESTADO DE SALUD : NIVEL DE SALUD

INDICADORES	CIFRAS
<u>A. Positivos</u>	
- Natalidad	38x1000 Hb
- Crecimiento Demográfico	26x1000 Hb
- Tasa Global de Fecundidad	5.2
- Expectativa de Vida	59.1 años
- Ingesta Calórica (Normal 100%)	70%
- Ingesta Protéica (Normal 100%)	65%
<u>B. Negativos</u>	
- Mortalidad Materna	31x10000 N.V.
- Mortalidad por Hemorragias y Abortos	50%
- Mortalidad Infantil	95x1000 N.V.
- Mortalidad Neonatal	28.6x1000 N.V.
- Mortalidad Infantil Tardía	66.4x1000 N.V.
- Mortalidad Pre-Escolar	14.1x1000 P.E.
- Mortalidad Escolar	1.7x1000 E.
- Mortalidad de Menores de 5 años	48.9%
- Mortalidad de Menores de 15 años	52.3%

FUENTE : Escuela de Salud Pública del Perú

Tabla N° 17

INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD

DE LA MADRE Y DEL NIÑO

PERU 1981

SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

INDICADORES	CIFRAS ESTIMADAS
<u>A. Recursos de Personal</u>	
- Horas Médico Obstetra (600000)	723x1000 gestantes (1)
- Horas Obstetriz (300000)	361x1000 gestantes
- Horas Auxiliar Sanitario (450000)	1355x1000 gestantes y partos
- Horas Médico-Pediátrica (862000)	111x1000 de 0 a 14 años(2)
- Horas Enfermera (1'674000)	216x1000 de 0 a 14 A.
- Horas Auxiliar de Enfermería (4'500000)	581x1000 de 0 a 14 A.
- Horas Auxiliar Sanitario (450000)	132x1000 de 0 a 14 A.
<u>B. Recursos Físicos</u>	
- Camas Obstétricas (3500)	4.2x1000 gestantes
- Camas Pediátricas (5000)	0.64x1000 de 0 a 14 A.
- Centros de Salud (Zona Urbana) : 630	0.6x10000 Hb
- Puestos Sanitarios (Zona Rural) : 1538	2x10000 Hb

FUENTE : Escuela de Salud Pública del Perú

(1) Gestantes estimados 830,000

(2) Niños de 0 a 14 años, 7'748,000

Tabla N° 18

INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD

DE LA MADRE Y DEL NIÑO

PERU 1981

SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

INDICADORES	CIFRAS ESTIMADAS
C. <u>Producción</u>	
1. <u>A Madres</u>	
a. Atención Externa	
- Consultas Médicas Obstétricas : 622500	0.74 Per Cápita
- Consultas Obstétricas : 300000	0.35 Per Cápita
- Atenciones Sanitarias Zona Rural : 270000	0.81 Per Cápita
b. Egresos Obstétricos Zona Urbana : 233000	46.8x100 gestantes
c. Atención de Partos por Auxiliares Sanitarios : 15000	4.5x1000 gestantes

FUENTE : Escuela de Salud Pública del Perú

Tabla N° 19

INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD

DE LA MADRE Y DEL NIÑO

PERU 1981

SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

INDICADORES	CIFRAS ESTIMADAS
C. <u>Producción</u> (Continuación)	
2. <u>A Niños</u>	
a. Consulta Médica	<u>0.34 Per Cápita</u>
- Lactantes (975000)	1.45 Per Cápita
- Pre-Escolares (1'414000)	0.50 Per Cápita
- Escolares (283000)	0.06 Per Cápita
b. Egresos Pediátricos	<u>1.35x100 niños</u>
- Lactantes (22500)	3.4x100 Lactantes
- Pre-Escolares (45000)	1.6x100 Pre-Escolares
- Escolares (37500)	0.9x100 Escolares
c. Vacunaciones -	
- Lactantes (134000)	20% Protegidos
d. Visitas Domiciliarias	<u>0.09 Per Cápita</u>
- Lactantes (160000)	0.24 Per Cápita
- Pre-Escolares (141500)	0.05 Per Cápita
e. Atención por Sanitario	<u>0.18 Per Cápita</u>

FUENTE : Escuela de Salud Pública del Perú

ACTIVIDADES DE SALUD MATERNA. OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADOS AÑO 1

NIVEL HOSPITAL

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0				ATRIBUTOS NORMALIZADOS					PROGRAMADO AÑO 1			
	ATENCIÓN- DOS		INSTRUMENTOS		Cob. %	Rend. %	G.U. %	Conc.	D.M.	INSTRUMENTOS	ATENCIÓN- NES	N°	Rend.
	N°	Cob.	N°	Conc.									
1. Período Prenatal													
- Consulta Médica					60	4	100	5	15'				
- Hospitalización					7	73	80	1	4 d.				
- Atención Odontostomatológica					60	12*	100	7**	5'				
- Visita domiciliar de Enfermería					60	1	100	2	60'				
- Visita de Servicio Social					60	1	100	1	60'				
- Vacunación (antitetánica)					60	8	100	2	7.5'				
- Alimentación Complementaria					18	20	100	6	3'				
2. Período Intranatal													
- Partos					60	73	80	1	4 d.				
3. Período Post-Natal													
- Consulta Médica					60	4	100	1	15'				
- Visita domiciliar de Enfermería					60	1	100	1	60'				
- Visita de Servicio Social					30	1	100	1	60'				
- Alimentación Complementaria					18	20	100	6	3'				
4. Período-Internatal													
a. Regulación de la Fecundidad													
- Dispositivos Intrauterinos						4	100	4	15'				
- Hormonales						4	100	4	15'				
- Espermicidas						4	100	4	15'				
- Condones						4	100	4	15'				
- Ovulos						4	100	3	15'				
b. Consultas Médicas Ginecología						37	80	1	8 d.				
c. Hospitalización Ginecología													
5. Todos los Períodos													
- Atención de Urgencia													

* UT0 (Unidad de trabajo odontológico), 1 examen odontológico=1 UT0, 1 extracción=2 UTOS, 1 obturación=4 UTOS

** Equivalente a 1 examen, 1 extracción y 1 obturación

Formulario N° 2

ACTIVIDADES DE SALUD MATERNA. OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADOS AÑO 1

NIVEL CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE INTERNAMIENTO

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0				ATRIBUTOS NORMALIZADOS					PROGRAMADO AÑO 1		
	ATENCIÓN - ATENDIDOS		INSTRUMENTOS		Coher.	Rend.	G.U.	Conc.	D.M.	INSTRUMENTOS		ATENCIÓN - ATENDIDOS
	N°	Cob.	N°	Conc.						N°	Cob.	N°
1. Período Prenatal												
- Consulta Médica					60	4	100	5	15'			
- Hospitalización					7	73	80	1	4 d.			
- Atención Odontostomatológica					60	12*	100	7**	5'			
- Visita domiciliar de Enfermería					60	1	100	2	60'			
- Visita de Servicio Social					60	1	100	1	60'			
- Vacunación (antitetánica)					60	8	100	2	7.5'			
- Alimentación Complementaria					18	20	100	6	3'			
2. Período Intranatal												
- Partos					60	73	80	1	4 d.			
3. Período Post-Natal												
- Consulta Médica					60	4	100	1	15'			
- Visita domiciliar de Enfermería					60	1	100	1	60'			
- Visita de Servicio Social					30	1	100	1	60'			
- Alimentación Complementaria					18	20	100	6	3'			
4. Período Internatal												
a. Regulación de la Fecundidad												
- Dispositivos Intrauterinos						4	100	4	15'			
- Hormonales						4	100	4	15'			
- Espermicidas						4	100	4	15'			
- Condones						4	100	4	15'			
- Ovulos						4	100	4	15'			
b. Consultas Médicas Ginecología						4	100	3	15'			

* UTO (Unidad de trabajo odontológico), 1 examen odontológico = 1 UTO, 1 extracción = 2 UTOs; 1 obturación = 4 UTOs
 ** Equivalente a 1 examen, 1 extracción y 1 obturación

Formulario N° 3

ACTIVIDADES DE SALUD MATERNA, OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMATIZADOS Y PROGRAMADOS AÑO 1
NIVEL CENTROS DE SALUD SIN CAMAS DE INTERNAMIENTO

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0					ATRIBUTOS NORMATIZADOS					PROGRAMADO AÑO 1			
	ATENCIÓN		INSTRUMENTOS		Rend.	Cob. %	Rend.	G.U. %	Conc.	D.H.	INSTRUMENTOS		ATENCIÓN	
	N°	Cob.	N°	Conc.							N°	Cob.	N°	Conc.
1. <u>Periodo Prenatal</u>														
- Consulta Médica						60	4	100	5	15'				
- Atención Odontostomatológica						60	12 ^h	100	7 ^h	5'				
- Visita domiciliaria de Enfermería						60	1	100	2	60'				
- Visita de Servicio Social						60	1	100	1	60'				
- Vacunación (antitetánica)						60	8	100	2	7.5'				
- Alimentación Complementaria						18	20	100	6	3'				
2. <u>Periodo Post-Natal</u>														
- Consulta Médica						60	4	100	1	15'				
- Visita domiciliaria de Enfermería						60	1	100	1	60'				
- Visita de Servicio Social						30	1	100	1	60'				
- Alimentación Complementaria						18	20	100	6	3'				
3. <u>Periodo Internatal</u>														
a. <u>Regulación de la Fecundidad</u>														
- Dispositivos intrauterinos							4	100	4	15'				
- Hormonales							4	100	4	15'				
- Espermicidas							4	100	4	15'				
- IUD's							4	100	4	15'				
- Ovulos							4	100	4	15'				
- Consultas Médicas Ginecología							4	100	3	15'				

UTO (Unidad de trabajo odontológico), 1 examen odontológico = 1 UTO; 1 extracción = 2 UTOS, 1 obturación = 4 UTOS
Equivalente a 1 examen, 1 extracción y 1 obturación

ACTIVIDADES DE SALUD MATERNA. OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADOS AÑO 1

NIVEL PUESTO SANITARIO

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0					ATRIBUTOS NORMALIZADOS					PROGRAMADO AÑO 1			
	ATENDIDOS		ATENCIÓN		INSTRUMENTOS	Cober. %	Rend. %	G.U. %	Conc.	D.M.	INSTRUMENTOS		ATENCIÓN	
	N°	Cob.	N°	Cob.							N°	Cob.	N°	Cob.
1. <u>Periodo Prenatal</u>														
- Atención por Sanitario						20	4	100	5	15'				
- Visita domiciliaria						20	1	100	1	60'				
- Vacunación (antitetánica)						20	8	100	2	7.5'				
- Alimentación Complementaria						10	20	100	6	3'				
2. <u>Periodo Intranatal</u>														
- Atención del parto por Sanitario						5				12 h.				
3. <u>Periodo Post-Natal</u>														
- Atención por Sanitario						20	4	100	1	15'				
- Visita Domiciliaria						5	1	100	1	60'				
- Alimentación Complementaria						10	20	100	6	3'				

Formulario N° 5

ACTIVIDADES DE SALUD MATERNA

OBSERVADO AÑO 0 Y PROGRAMADO AÑO 1

NIVEL COMUNIDAD

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
1. <u>Período Prenatal</u> - Atención por Partera Tradicional - Alimentación Complementaria		
2. <u>Período Intranatal</u> - Atención del Parto - por Partera Tradicional		
3. <u>Período Post-Natal</u> - Atención por Partera Tradicional - Alimentación Complementaria		

Formulario N° 6:

ACTIVIDADES DE SALUD MATERNA
OBSERVADO AÑO 0 Y PROGRAMADO AÑO 1

NIVEL AREA HOSPITALARIA
(Consolidado de establecimientos y comunidad)

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
A. Actividades Consolidadas de Establecimientos 1. Período Prenatal - Consulta Médica - Atención por Auxiliar Sanitario - Hospitalización - Atención Odontostomatológica - Visita domiciliaria de Servicio Social - Vacunación antitetánica - Alimentación Complementaria 2. Período Intranatal - Atención Partos en Hospital - Atención partos en comunidad - Atención partos por Sanitarios 3. Período Post-Natal - Consulta Médica - Atención por Auxiliar Sanitario - Visita domiciliaria de Enfermería - Visita de Servicio Social - Alimentación Complementaria 4. Período Internatal - Regulación de Fecundidad - DIU - Hormonales - Espermicidas - Condones - Óvulos 5. Todos los Períodos - Atención de Urgencia		

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
B. <u>Actividades Consolidadas de la Comunidad (Atención Primaria)</u> 1. <u>Periodo Prenatal</u> - Atención por Partera Tradicional - Alimentación Complementaria 2. <u>Periodo Internatal</u> - Atención del parto por Partera Tradicional 3. <u>Periodo Post-Natal</u> - Atención por Partera Tradicional - Alimentación Complementaria		

Formulario N°

ACTIVIDADES DE SALUD MATERNA

OBSERVADO AÑO 0 Y PROGRAMADO AÑO 1

NIVEL REGION DE SALUD

(Consolidado de Areas Hospitalarias y Comunidad)

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
A. <u>Actividades Consolidadas de Areas Hospitalarias</u>		
1. <u>Período Prenatal</u>		
- Consulta Médica		
- Atención por Auxiliar Sanitario		
- Hospitalización		
- Atención Odontostomatológica		
- Visita domiciliaria de Servicio Social		
- Vacunación antitetánica		
- Alimentación Complementaria		
2. <u>Período Intranatal</u>		
- Atención Partos en Hospital		
- Atención Partos en Comunidad		
- Atención Partos por Sanitarios		
3. <u>Período Post-Natal</u>		
- Consulta Médica		
- Atención por Auxiliar Sanitario		
- Visita domiciliaria de Enfermería		
- Visita de Servicio Social		
- Alimentación Complementaria		
4. <u>Período Internatal</u>		
- Regulación de Fecundidad		
- DIU		
- Hormonales		
- Espermicidas		
- Condones		
- Ovulos		
5. <u>Todos los Periodos</u>		
- Atención de Urgencia		

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
B. <u>Actividades Consolidadas de la Comunidad</u> 1. <u>Período Prenatal</u> - Atención por Partera Tradicional - Alimentación Complementaria 2. <u>Período Internatal</u> - Atención del parto por Partera Tradicional 3. <u>Período Post-Natal</u> - Atención por Partera Tradicional - Alimentación Complementaria		

Formulario N° 2

ACTIVIDADES DE SALUD MATERNA

OBSERVADO AÑO 0 Y PROGRAMADO AÑO 1

NIVEL NACIONAL

(Consolidado de las Regiones de Salud y de la Comunidad)

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
<u>A. Actividades Consolidadas de - las Regiones de Salud</u> <u>1. Período Prenatal</u> - Consulta Médica - Atención por Auxiliar Sanitario - Hospitalización - Atención Odontostomatológica - Visita domiciliaria de Servicio Social - Vacunación antitetánica - Alimentación Complementaria <u>2. Período Intranatal</u> - Atención Partos en Hospital - Atención Partos en Comunidad - Atención Partos por Sanitarios <u>3. Período Post-Natal</u> - Consulta Médica - Atención por Auxiliar Sanitario - Visita domiciliaria de - Enfermería - Visita de Servicio Social - Alimentación Complementaria <u>4. Período Internatal</u> - Regulación de Fecundidad - DIU - Hormonales - Espermicidas - Condones - Ovulos <u>5. Todos los Períodos</u> - Atención de Urgencia		

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
8. <u>Actividades Consolidadas de la Comunidad</u> 1. <u>Período Prenatal</u> - Atención por Partera Tradicional - Alimentación Complementaria 2. <u>Período Internatal</u> - Atención del parto por Partera Tradicional 3. <u>Período Post-Natal</u> - Atención por Partera Tradicional - Alimentación Complementaria		

ACTIVIDADES DE SALUD DEL NIÑO. OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADO AÑO 1

NIVEL HOSPITAL

GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0				ATRIBUTOS NORMALIZADOS				PROGRAMADO AÑO 1			
	ATENCIÓN - DOS		INSTRUMENTOS		Coher.	Rend.	G.U. %	Conc.	D.M.	INTRUMENTOS		ATENCIÓN - DOS
	N°	Cob.	N°	Conc.						N°	Cob.	N°
1. Lactantes (menores de un año)												
- Consulta Médica					100	5	100	6	12'			
- Hospitalización					10	16.2	80		18d.			
- Visita domiciliaria Enfermería					100	1	100	2	60'			
- Visita de Servicio Social					50	1	100	2	60'			
- Vacunaciones					100	8	100	8	7.5'			
• BCG					100	8	100	1	7.5'			
• Antipolio					100	8	100	3	7.5'			
• DPT					100	8	100	3	7.5'			
• Antisier mión					100	8	100	1	7.5'			
• Otras vacunas					30	20	100	24	3'			
- Alimentación Complementaria					100	4	100	3	15'			
- Atención niño sano por Enfermera												
2. Pre-Escolares (1 a 4 años)												
- Consulta Médica					80	5	100	4	12'			
- Atención Odontológica					25	12*	100	5	5'			
- Hospitalización					4	20.8	80	1	14d.			
- Visita domiciliaria Enfermería					50	1	100	1	60'			
- Visita de Servicio Social					50	1	100	1	60'			
- Alimentación Complementaria					24	20	100	12	3'			
- Atención niño sano por Enfermera					80	4	100	1	15'			
3. Escolares (5 a 14 años)												
- Consulta Médica					40	5	100	2	12'			
- Atención Odontológica					20	12*	100	7	5'			
- Hospitalización					2	29	80	1	10d.			
- Vacunación BCG					10	8	100	1	7.5'			
- Alimentación Escolar						DEMANDA						
4. Todos los Grupos (0 a 14 años)						DEMANDA						
- Atención de Urgencia						DEMANDA						
- Rehidratación Oral						DEMANDA						

(*) UT0 (unidad de trabajo odontológico) 1 examen odontológico = 1 UT0, 1 extracción = 2 UT0S, 1 obturación = 4 UT0S.

ACTIVIDADES DE SALUD DEL NIÑO. OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADO AÑO 1

NIVEL CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE INTERNAMIENTO

GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0				ATRIBUTOS NORMALIZADOS				PROGRAMADO AÑO 1			
	ATENCIÓN		INSTRUMENTOS		Cob. %	Rend. %	G.U. %	Conc.	D.M.	INSTRUMENTOS		ATENCIÓN
	N°	Cob.	N°	Rend.						N°	Cob.	N°
1. Lactantes (menores de un año)												
- Consulta Médica					100	5	100	6	12'			
- Internamiento					10	16.2	80	1	18d.			
- Visita domiciliaria Enfermería					100	1	100	2	60'			
- Visita de Servicio Social					50	1	100	2	60'			
- Vacunaciones					100	8	100	8	7.5'			
• BCG					100	8	100	1	7.5'			
• Antipolio					100	8	100	3	7.5'			
• DPT					100	8	100	3	7.5'			
• Antisarampión					100	8	100	1	7.5'			
• Otras vacunas												
- Alimentación Complementaria					30	20	100	24	3'			
+ Atención niño sano por Enfermera					100	4	100	3	15'			
2. Pre-Escolares (1 a 4 años)												
- Consulta Médica					80	5	100	4	12'			
- Atención Odontológica					25	12*	100	5	5'			
- Internamiento					4	20.8	80	1	14d.			
- Visita domiciliaria Enfermería					50	1	100	1	60'			
- Visita de Servicio Social					50	1	100	1	60'			
- Alimentación Complementaria					24	20	100	12	3'			
- Atención niño sano por Enfermera					80	4	100	1	15'			
3. Escolares (5 a 14 años)												
- Consulta Médica					40	5	100	2	12'			
- Atención Odontológica					20	12*	100	7	5'			
- Internamiento					2	29	80	1	10d.			
- Vacunación BCG					10	8	100	1	7.5'			
- Alimentación Escolar						D E M A N D A						
4. Todos los Grupos (0 a 14 años)						D E M A N D A						
- Rehidratación Oral												

(*) UTO (unidad de trabajo odontológico) 1 examen odontológico = 1 UTO, 1 extracción = 2 UTOs, 1 obturación = 4 UTOs

ACTIVIDADES DE SALUD DEL NIÑO. OBSERVACIÓN AÑO 0. ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADO AÑO 1

NIVEL CENTRO DE SALUD SIN CAMAS DE INTERNAMIENTO

GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0				ATRIBUTOS NORMALIZADOS				PROGRAMADO AÑO 1								
	ATEN- DIDOS		ATENCIÓN		INSTRU- MEN- TOS	Rend.	G.U. %	Conc.	D.M.	INSTRU- MEN- TOS	Nº	Cob.	Nº	Conc.	Nº	Ren.	
	Nº	Cob.	Nº	Conc.													Nº
1. <u>Lactantes</u> (menores de un año)																	
- Consulta Médica						100	5	100	6	12'							
- Visita domiciliaria Enferme- ría						100	1	100	2	60'							
- Visita de Servicio Social						50	1	100	2	60'							
- Vacunaciones						100	8	100	8	7.5'							
• BCG						100	8	100	1	7.5'							
• Antipolio						100	8	100	3	7.5'							
• DPT						100	8	100	3	7.5'							
• Antisarampión						100	8	100	1	7.5'							
• Otras vacunas						30	20	100	24	3'							
- Alimentación Complementaria						100	4	100	3	15'							
- Atención niño sano por Enfer- mería																	
2. <u>Pre-Escolar</u> (1 a 4 años)																	
- Consulta Médica						80	5	100	4	12'							
- Atención Odontológica						25	12*	100	5	5'							
- Visita domiciliaria Enferme- ría						50	1	100	1	60'							
- Visita de Servicio Social						50	1	100	1	60'							
- Alimentación Complementaria						24	20	100	12	3'							
- Atención niño sano por Enferme- ría						80	4	100	1	15'							
3. <u>Escolares</u> (5 a 14 años)																	
- Consulta Médica						40	5	100	2	12'							
- Atención Odontológica						20	12*	100	7	5'							
- Vacunación BCG						10	8	100	1	7.5'							
- Alimentación Escolar									0 A								
4. <u>Todos los Grupos</u> (0 a 14 años)																	
- Rehidratación Oral									D E M A N D A								
									D E M A N D A								

(*) UT0 (unidad de trabajo odontológico) 1 examen odontológico = 1 UT0, 1 extracción = 2 UT0S, 1 obturación = 4 UT0S

NIVEL PUESTO SANITARIO

[illegible]

Formulario N° 13

ACTIVIDADES DE SALUD DEL NIÑO

OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMATIZADOS Y PROGRAMADOS AÑO 1

NIVEL COMUNIDAD

GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
1. <u>Lactantes</u> (menores de un año) - Atención por Promotor de Salud - Alimentación Complementaria - Visitas		
2. <u>Pre-Escolares</u> (1 a 4 años) - Atención por Promotor de Salud - Alimentación Complementaria - Visitas		
3. <u>Escolares</u> (5 a 14 años) - Atención por Promotor de Salud - Alimentación Escolar		

Formulario N° 14

ACTIVIDADES DE SALUD DEL NIÑO

OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADOS AÑO 1

NIVEL AREA HOSPITALARIA

(Consolidado de Establecimientos y Comunidad)

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
A. ACTIVIDADES CONSOLIDADAS DE ESTABLECIMIENTOS		
<u>GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD</u>		
1. <u>Lactantes</u>		
- Consulta Médica - Control de niño sano por Enfermera - Atención por Sanitario - Hospitalización - Visita domiciliaria de Enfermería - Visita de Servicio Social - Vacunaciones . BCG . Antipolío . DPT . Antisarampión . Otras - Alimentación Complementaria		
2. <u>Pre-Escolares</u>		
- Consulta Médica - Control de niño sano por Enfermera - Atención por Sanitario - Consulta Odontostomatológica - Hospitalización - Visitas domiciliarias de Enfermería - Visita de Servicio Social - Alimentación Complementaria		
3. <u>Escolares</u>		
- Consulta Médica - Atención por Sanitario - Consulta Odontostomatológica - Hospitalización - Vacunación BCG - Alimentación Escolar		

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
4. <u>Todos los Grupos</u> (0 a 14 años) - Atención de Urgencia - Rehidratación Oral		
8. <u>ACTIVIDADES CONSOLIDADAS DE LA COMUNIDAD</u> GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD 1. <u>Lactantes</u> - Atención por Promotor de Salud - Alimentación Complementaria - Visitas 2. <u>Pre-Escolar</u> - Atención por Promotor de Salud - Alimentación Complementaria - Visitas 3. <u>Escolares</u> - Atención por Promotores - Alimentación Escolar		

Formulario N° 15

ACTIVIDADES DE SALUD DEL NIÑO

OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADOS AÑO 1

NIVEL REGION DE SALUD

(Consolidado de Areas Hospitalarias y Comunidad)

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
A. ACTIVIDADES CONSOLIDADAS DE AREAS HOSPITALARIAS <u>GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD</u> 1. <u>Lactantes</u> - Consulta Médica - Control de niño sano por Enfermera - Atención por Sanitario - Hospitalización - Visita domiciliaria de Enfermería - Visita de Servicio Social - Vacunaciones . BCG . Antipolio . DPT . Antisarampión . Otras - Alimentación Complementaria 2. <u>Pre-Escolares</u> - Consulta Médica - Control de niño sano por Enfermera - Atención por Sanitario - Consulta Odontoestomatológica - Hospitalización - Visitas domiciliarias de Enfermería - Visita de Servicio Social - Alimentación Complementaria 3. <u>Escolares</u> - Consulta Médica - Atención por Sanitario - Consulta Odontoestomatológica - Hospitalización - Vacunación BCG - Alimentación Escolar		

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
4. <u>Todos los Grupos</u> (0 a 14 años) - Atención de Urgencia - Rehidratación Oral		
B. <u>ACTIVIDADES CONSOLIDADAS DE LA COMUNIDAD</u> GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD 1. <u>Lactantes</u> - Atención por Promotor de Salud - Alimentación Complementaria - Visitas 2. <u>Pre-Escolar</u> - Atención por Promotor de Salud , - Alimentación Complementaria - Visitas 3. <u>Escolares</u> - Atención por Promotores - Alimentación Escolar		

Formulario N° 16

ACTIVIDADES DE SALUD DEL NIÑO

OBSERVADO AÑO 0, ATRIBUTOS NORMALIZADOS Y PROGRAMADOS AÑO 1

NIVEL NACIONAL

(Consolidado de las Regiones de Salud y de la Comunidad)

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
A. <u>ACTIVIDADES CONSOLIDADAS DE LAS REGIONES DE SALUD</u> GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD 1. <u>Lactantes</u> - Consulta Médica - Control del niño sano por Enfermera - Atención por Sanitario - Hospitalización - Visita domiciliaria de Enfermería - Visita de Servicio Social - Vacunaciones . BCG . Antipolio . DPT . Antisarampión . Otras - Alimentación Complementaria 2. <u>Pre-Escolares</u> - Consulta Médica - Control de niño sano por Enfermera - Atención por Sanitario - Consulta Odontoestomatológica - Hospitalización - Visitas domiciliarias de Enfermería - Visita de Servicio Social - Alimentación Complementaria 3. <u>Escolares</u> - Consulta Médica - Atención por Sanitario - Consulta Odontoestomatológica - Hospitalización - Vacunación BCG - Alimentación Escolar		

ACTIVIDAD	OBSERVADO AÑO 0	PROGRAMADO AÑO 1
4. <u>Todos los Grupos</u> (0 a 14 años) - Atención de Urgencia - Rehidratación Oral		
B. <u>ACTIVIDADES CONSOLIDADAS DE LA COMUNIDAD</u> GRUPO ETARIO Y ACTIVIDAD 1. <u>Lactantes</u> - Atención por Promotor de Salud - Alimentación Complementaria - Visitas 2. <u>Pre-Escolar</u> - Atención por Promotor de Salud - Alimentación Complementaria - Visitas 3. <u>Escolares</u> - Atención por Promotores - Alimentación Escolar		

IX. BIBLIOGRAFIA

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Castello C., Jorge : Realidad de Salud y Política de Población, Setiembre 1980
2. CASTELLO C., Jorge : Política de Salud y su Incidencia en la Dinámica de Población, Julio 1980
3. ESCUELA DE SALUD - PUBLICA DEL PERU : La Atención Primaria de Salud en el Contexto del Sistema Nacional de Salud y de la Política del Sector, Setiembre 1982
4. CASTELLO C., Jorge : Enfoques Metodológicos del Estudio de la Situación de Salud, Agosto 1981
5. POPULATION REFERENCE BUREAU : Tabla de Datos de la Población Mundial, 1980
6. FRANCO PONCE, Juan : Situación de Salud, Políticas y Acciones Prioritarias. Exposición en el CAEM, Mayo 1980
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA : Boletín de Análisis Demográfico N° 19 - (1970-2000)
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA : Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos. Mortalidad 1982
9. CASTELLO C., Jorge : Factores y Causas de la Mortalidad Materna en el Perú, 1969
10. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA : Boletín de Análisis Demográfico N° 16
11. OFICINA GENERAL DE PRESUPUESTO Y PLANIFICACION DE SALUD : Mortalidad Infantil por períodos quincenales, 1982
12. CASTELLO C., Jorge IPARRAGUIRRE DE CASTELLO, Angélica : La Realidad Nacional de Salud, 1977
13. CASTELLO C., Jorge : La Situación de Salud de la Madre y del Niño en el Perú. Fundamentos para la Formulación de Programas Operacionales, 1971
14. CASTELLO C., Jorge : Características, Ejecución y Resultados de los Programas de Salud de la Madre y del Niño en el Perú, 1970

15. CASTELLO C., Jorge : Estrategias para Mejorar los Programas de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar, 1982
 16. CASTELLO C., Jorge : Programación de Servicios de Salud, 1980
 17. CASTELLO C., Jorge : Programación de Actividades de Salud a Nivel Local. Documento Preliminar, 1982
 18. CASTELLO C., Jorge : El Proceso de Planificación de Salud y la Programación de los Servicios a Nivel Local, 1982
 19. BUSTIOS R., Carlos : Mortalidad Materna en 10 países seleccionados. Escuela de Salud Pública -- del Perú, 1983
 20. CASTELLO C., Jorge : Problemas Prioritarios de Salud del Niño Peruano, Setiembre 1983
 21. CASTELLO C., Jorge : La Planificación Familiar en el Perú, Mayo 1984
 22. CASTELLO C., Jorge : Salud y Política de Población, Octubre 1984
-

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
I. LA SALUD EN EL CONTEXTO ECONOMICO Y SOCIAL	4
A. FACTOR SOCIAL	4
B. FACTOR POLITICO	5
C. FACTOR ECONOMICO	5
II. LA REALIDAD Y LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO	5
A. REALIDAD DE SALUD	
B. LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO	6
1. Estado de Salud	7
2. El Sistema de Servicios de Salud	8
3. Factores Condicionantes	8
III. LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO EN EL PERU	8
A. EL ESTADO DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO	9
1. Indicadores Positivos	9
2. Indicadores Negativos	12
B. EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD	22
1. Doctrina Sanitaria	22
2. Políticas de Salud	23
3. Organización Estructural y Funcional	24
4. Recursos y Producción	25
5. Formación y Capacitación de Personal	26
IV. SINTESIS DIAGNOSTICA DE LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO	28
A. EN RELACION CON EL ESTADO DE SALUD	28
1. Situación	28
2. Causas	28
3. Tendencia	28
B. EN RELACION CON LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO	29

	Página
1. Situación	29
2. Causas	29
3. Tendencia	29
C. INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO - AÑO 1981	29
V. DETERMINACION DE PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD DE LA MA DRE Y DEL NIÑO	30
VI. ELEMENTOS IMPULSORES Y RETARDADORES EN LA ATENCION DE LA MADRE Y DEL NIÑO EN EL PERU	31
A. ELEMENTOS IMPULSORES	31
B. ELEMENTOS RETARDADORES	33
VII. PROPUESTA DE UN PLAN DE SALUD MATERNO INFANTIL	34
A. OBJETIVOS DE SALUD A LARGO Y MEDIANO PLAZO	35
1. Imagen Objetivo a Largo Plazo	35
2. Imagen Objetivo a Mediano Plazo	36
B. METAS DE SALUD MATERNO INFANTIL	36
C. PLAN DE SALUD MATERNO INFANTIL A CORTO PLAZO	38
1. Componente Político	39
2. Componente Operativo	44
VIII. ANEXOS	65
Figuras	
Tablas	
Formularios	
IX. BIBLIOGRAFIA	124