



GRUPO DE TRABAJO SALUD MATERNO NEONATAL
SEGUIMIENTO CONCERTADO AL PROGRAMA PRESUPUESTAL
SALUD MATERNO NEONATAL (SMN)

REPORTE DE BALANCE DEL AÑO 2013 Y
PERSPECTIVAS EN EL MARCO DE LOS
ACUERDOS DE GOBERNABILIDAD 2015-
2018

-Versión aprobada por el CEN
Jueves 10 de julio del 2014 -

ÍNDICE

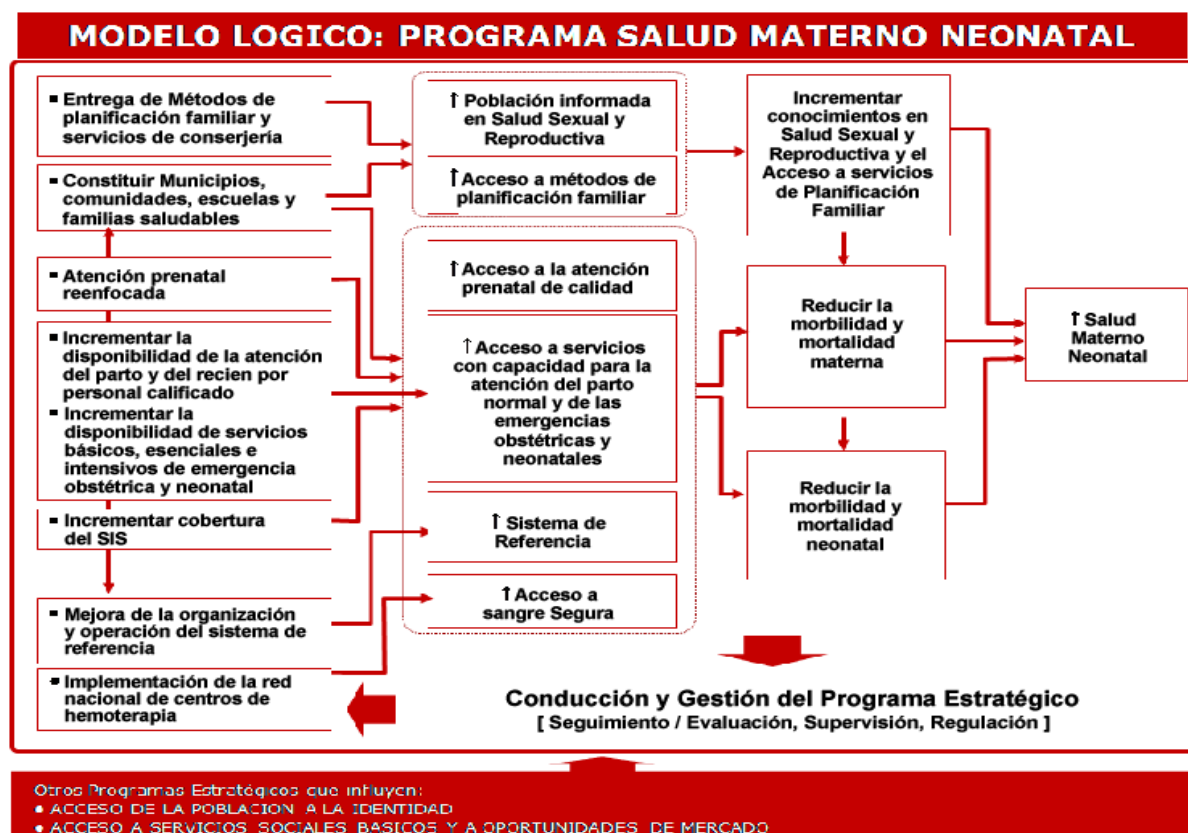
PRESENTACIÓN

I. LOS ACUERDOS DE GOVERNABILIDAD 2010 Y LOS RESULTADOS LOGRADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL	Pág. 5
1.1. EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	
1.2. EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL	
1.3. EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	
II. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL.	Pág. 18
2.1. ANÁLISIS DE LOS FACTORES INMEDIATOS SELECCIONADOS	
2.2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES INTERMEDIOS SELECCIONADOS	
2.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DISTANTES SELECCIONADOS.	
III. RECOMENDACIONES EN EL MARCO DE LOS ACUERDOS DE GOVERNABILIDAD 2015-2018 Y LOS DESAFÍOS SOBRE LAS ACCIONES DE GOBIERNO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL.	Pág. 35

GRUPO DE SEGUIMIENTO CONCERTADO AL PROGRAMA PRESUPUESTAL “SALUD MATERNO NEONATAL”-REPORTE N° 02-2014-SC/PSMN-MCLCP

BALANCE DE EJECUCIÓN 2009-2013 Y PERSPECTIVAS EN EL MARCO DE LA CONSTRUCCIÓN DE LOS ACUERDOS REGIONALES DE GOBERNABILIDAD 2015-2018

El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN) fue uno de los primeros bajo el enfoque por resultados, con énfasis en los resultados relacionados a la protección de las mujeres en edad fértil, gestantes y recién nacidos/as del país. Su diseño comprende las siguientes intervenciones priorizadas por su eficacia comprobada en la reducción de la mortalidad materna y neonatal:



Para su seguimiento concertado se ha constituido un Grupo de Trabajo, que integra 22 instituciones del Estado, sociedad civil y agencias de cooperación, con la finalidad de contribuir a mejorar su gestión y al logro de los resultados esperados en la reducción de la mortalidad materna y neonatal:

Por el Estado: Ministerio de Salud-MINSA; ESSALUD, Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSALUD II; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-MIMP; y Defensoría del Pueblo-Adjuntía para los Derechos de la Mujer.

Por las Organizaciones de la Sociedad Civil:

CARE Perú, Future Generations, Asociación Benéfica PRISMA, Plan Internacional, Sociedad Peruana de Pediatría, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, Colegio de Obstetras del Perú, Colegio Regional de Obstetras III Lima Callao, Colegio de Enfermeras del Perú, Asociación Ciudadana de Prevención de Enfermedades Transmisibles- ACPET, ONG TIPACOM, Instituto Peruano de Paternidad Responsable-INPPARES, y Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos-PROMSEX.

Por las Agencias de Cooperación:

Organización Panamericana de la Salud-OPS, Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – USAID Perú.

Equipo Técnico de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

El presente reporte desarrolla un balance de ejecución del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal 2009-2013 a partir del análisis de la situación actual de la salud materna y neonatal, los principales nudos críticos y las acciones prioritarias en el marco de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad del proceso electoral 2014.

Tomando en cuenta el escenario electoral 2014 y el camino recorrido por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP con los Acuerdos de Gobernabilidad del año 2010 y del año 2011¹, el presente reporte se ha estructurado en tres secciones: La primera, aborda el análisis de los resultados alcanzados en la reducción de la mortalidad materna y neonatal a partir de las metas concertadas en los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad del año 2010. La segunda sección, analiza el comportamiento de los factores que inciden en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Finalmente, en tercera y última sección se presentan un conjunto de recomendaciones para contribuir al fortalecimiento de la agenda materno neonatal en los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad del proceso electoral 2014.

La Mesa de Concertación para La Lucha contra la Pobreza agradece a todas las instituciones que han hecho posible este Reporte a través de su participación en el seguimiento concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, entre ellas de manera especial, a los equipos técnicos del Ministerio de Salud-MINSA, al Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF, al Colegio de Obstetras del Perú y al Colegio de Enfermeras del Perú.

¹ En la campaña electoral regional y local del año 2010, 25 de los 26 espacios regionales, incluido Lima Metropolitana, suscribieron acuerdos y compromisos multipartidarios a favor de la infancia. Estos sirvieron de base para las tres agendas nacionales suscritas por las y los candidatos en el marco del proceso electoral nacional 2011: i) Agenda Nacional y Descentralizada por los Derechos de la Niñez y la Adolescencia; ii) Agenda para el Desarrollo Integral de las Poblaciones Rurales y la Lucha contra la Pobreza; y iii) Agenda Macroeconómica para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad.

I. LOS ACUERDOS REGIONALES DE GOBERNABILIDAD Y LOS RESULTADOS LOGRADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL 2009-2013.

METAS A LOGRAR ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2016

Reducir en un 35% la mortalidad materna, de 545 a 354 muertes maternas

Reducir en un 30% la mortalidad neonatal, disminuyendo de 11 a 8 muertes por mil nacidas/os vivos.

Fuente: "Agenda nacional y descentralizada por los derechos de las niñas, niños y adolescentes".

Compromiso de las candidatas y candidatos a la Presidencia de la República del año 2011

Los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad han sido fruto de un trabajo articulado entre organizaciones de la sociedad civil, agencias de cooperación internacional y sector público del ámbito nacional y regional y fueron promovidos por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP en el marco del proceso electoral del año 2010. Estos fueron suscritos por el 77.8% de las y los candidatos que se presentaron en 25 de las 26 circunscripciones regionales, incluido Lima Metropolitana². 23 de los actuales Presidentes Regionales suscribieron éstos acuerdos y representan un importante consenso social y político en el país.

Estos acuerdos tienen como poblaciones prioritarias a la infancia y a las poblaciones rurales del país. Se estructuraron sobre la base de derechos y una matriz común de indicadores y metas de la reducción de la pobreza y la desigualdad, los cuales se vinculan a su vez con los Programas Presupuestales Estratégicos del Presupuestos por Resultados, tales como Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional y Logros de Aprendizaje, entre otros.

Asimismo, estos acuerdos sirvieron de base para la formulación de tres Agendas Nacionales concertadas para el proceso electoral del año 2011:

- Agenda Nacional y Descentralizada por los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes 2011-2016.
- Agenda para el Desarrollo Integral de las Poblaciones Rurales y Lucha Contra la Pobreza 2011-2016.
- Agenda Macroeconómica para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad en el Perú 2011-2016.

Estas Agendas Nacionales fueron suscritas por las y los candidatos a la Presidencia de la República del año 2011.

En relación a las metas concertadas en los **Acuerdos Regionales de Gobernabilidad para el periodo 2011-2014**, en el presente capítulo conoceremos, por un lado, los resultados logrados en los indicadores relacionados a la reducción de la mortalidad materna, la reducción de la mortalidad neonatal, y la prevención del embarazo adolescente, y que se

² Madre de Dios es el único departamento que no alcanzó un consenso entre las y los candidatos del proceso electoral 2010 en relación a la agenda de los Acuerdos de Gobernabilidad.

vinculan al Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal; y por otro, el avance en relación a los **compromisos concertados** con los actores sociales y políticos durante el proceso electoral del año 2010.

1.1. EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.

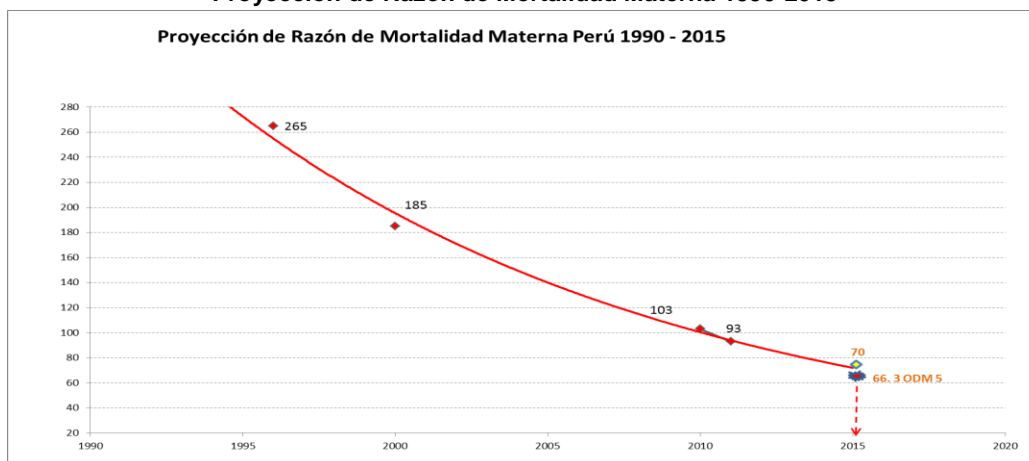
a) RESULTADOS LOGRADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA³:

La **razón de muerte materna** (RMM), es el indicador que mide el riesgo que tiene una mujer de morir por razones asociadas al embarazo, parto o puerperio y se relaciona directamente con la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011, publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se estima que la RMM es de 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidas/os vivos. Estos resultados muestran un descenso que, desde la década de los 90 a la actualidad, llega a ser de 65 por ciento.

Según las estimaciones hechas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en los últimos años, este descenso de la RMM ha sido más lento que en la década pasada. El Gráfico 1 muestra una proyección de la tendencia actual, evidenciando que para el 2015 la RMM sería de 70/100,000 n.v. De esta forma, si no se refuerzan las acciones que se han venido desarrollando, el Perú no alcanzaría la meta del ODM 5, establecida en 66.3/100,000 n.v.⁴.

GRÁFICO 1
Proyección de Razón de Mortalidad Materna 1990-2015



Fuente: INEI, ENDES 1996, 2000, 2009, 2010. /Cuadro y proyección elaboración UNFPA.

³ El presente acápite toma como referencia los resultados alcanzados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática a partir de la ENDES y los últimos estudios alcanzados por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

⁴ Fuente: Grupo Impulsor para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal. Balance y Desafíos sobre las Acciones del Gobierno del Perú para Mejorar la Salud Materna y Neonatal -2013.

La reducción de la RMM no ha sido homogénea y el promedio nacional oculta grandes diferencias en los distintos niveles socioeconómicos y en los gobiernos regionales del país, situación que tiene que ver con la falta de acceso a servicios efectivos e integrales de salud sexual y reproductiva para los grupos vulnerables, constituidos fundamentalmente por las mujeres indígenas, en situación de pobreza, residentes del área rural (amazónica y andina) y en los últimos años por las adolescentes y mujeres jóvenes .

Desde hace diez años, el país dispone además de otra fuente para la medición de la muerte materna; ésta es, el Registro de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, a través de la Red Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA). Los datos de mortalidad materna fueron analizados y sus resultados han sido recientemente publicados por la Dirección General de Epidemiología del MINSA⁵. Algunos de los hallazgos más importantes de este estudio para el período 2002-2011 son:

- La RMM estimada para el periodo 2002-2011 fue de **111.9** por cada cien mil nacidas/os vivos. Al respecto, el sistema de vigilancia estimó un sub registro de mortalidad materna a nivel nacional de **21.6%**. Del mismo modo, a nivel de departamentos, los valores de sub-registro para el sistema de vigilancia estaban en el 2011 entre 40% y 11%. Los departamentos que tenían los valores más altos de sub registro son: Amazonas (40.3) Pasco (30.1), Loreto (27.4) Cusco (26.3) Lima (25.5), Ayacucho (25.3), Cajamarca (24.7) y Callao (24.2)⁶. No obstante, es importante resaltar que al comparar los periodos **2002-2006** y **2007-2011** se observa una disminución significativa de la RMM, al pasar de **125.1** a **105.7** por cada cien mil nacidas/os vivos.
- La RMM es mayor en la zona rural, en la selva y en los quintiles más pobres, con cifras tan altas como las que se observan en los países más pobres de América Latina e, incluso, del África.
- Los seis departamentos con la mayor RMM son Amazonas (247), Cajamarca (202) Loreto (182), Pasco (182), Madre de Dios (170) y Puno (165).
- En el periodo comprendido entre el 2002-2011, 15 departamentos han logrado reducir la RMM, siendo Cusco el que ha presentado el mayor descenso, seguido de Ayacucho, Huánuco, Apurímac y Huancavelica. Por otro lado, en ese mismo periodo, se observan 11 departamentos que han incrementado su RMM, por ejemplo Madre de Dios (+61 puntos), Callao (+27 puntos), y La Libertad (+23). Ver Gráfico 2.
- También se observan departamentos que poco han variado en la reducción de la RMM, alrededor de menos de 25 puntos, tales como Junín (-25 puntos), Amazonas (-24 puntos), Ica (-23 puntos), San Martín (-21 puntos), Moquegua (-19 puntos), Tacna (-14 puntos) y Ancash (-1.1. puntos).
- Existen grandes diferencias en la RMM según la edad de la madre, siendo así que el grupo de adolescentes es el que muestra la RMM más alta (241), por la debilidad en el acceso a servicios integrales que incluyan educación sexual y acceso a métodos

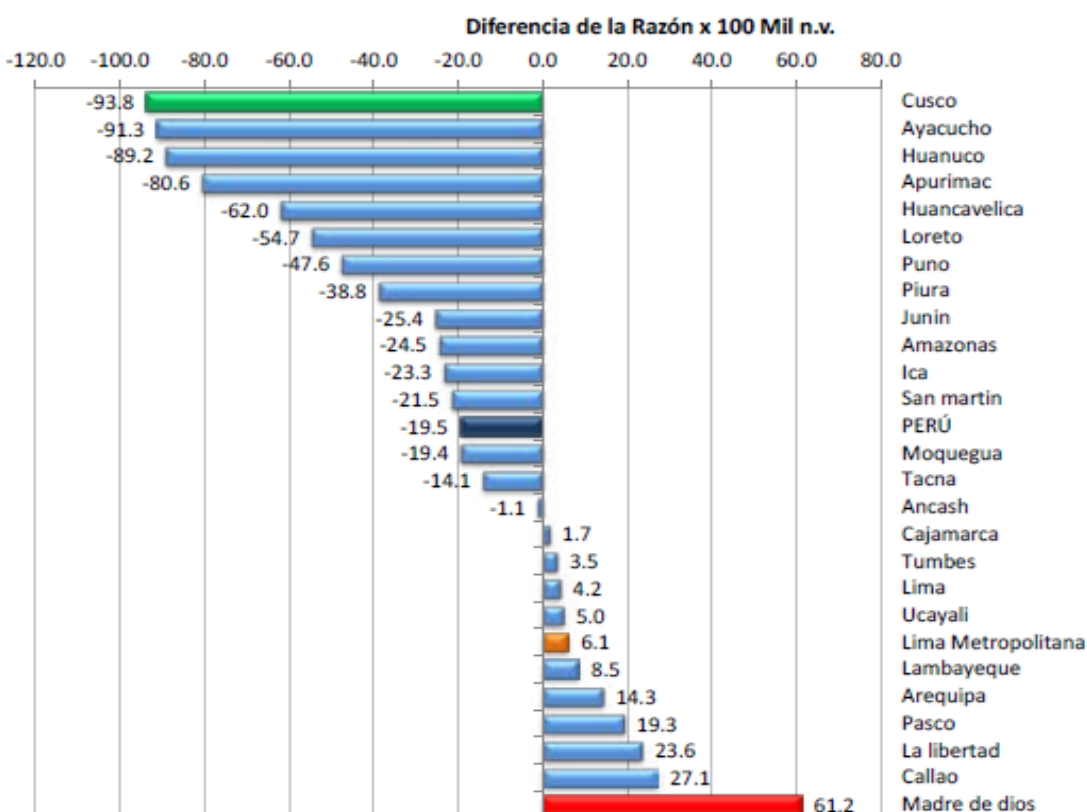
⁵ Maguiña M, y Miranda J. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Ministerio de Salud. 2013.

⁶ Ídem.

anticonceptivos modernos. Estas diferencias también son más evidentes en las regiones de sierra y selva.

- Es importante señalar que el aborto constituye la primera causa de muerte materna en tres regiones del país: Tacna (46.7%), Tumbes (32%) e Ica (24.5%)

GRÁFICO 2
DIFERENCIA DE LA RAZÓN DE MUERTE MATERNA ENTRE EL PERIODO
2007-2011 Y 2002-2006 POR DEPARTAMENTOS



Fuente: MINSA-Dirección General de Epidemiología. Estudio "La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011".

b) LOS ACUERDOS REGIONALES DE GOBERNABILIDAD Y LOS COMPROMISOS ASUMIDOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA, 2011-2014:

Para el periodo 2011-2014, **22 de 25** circunscripciones regionales suscribieron compromisos para la reducción de la mortalidad materna⁷ en el marco de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad promovidos por los actores del Estado y sociedad civil de las Mesas de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

⁷ Lima Metropolitana y Tacna no establecieron compromisos para esta problemática en sus Acuerdos Regionales de Gobernabilidad. Piura si bien priorizó este tema en su Acuerdo Regional de Gobernabilidad no concertó una meta específica para la reducción de la mortalidad materna.

Para evaluar el avance de la reducción de la muerte materna y su acercamiento a las metas concertadas en las regiones para el periodo 2011-2014, el equipo técnico utilizó la mediana de muertes maternas⁸ a partir de la información reportada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Ver Cuadro 1.

CUADRO 1. MATRIZ DE SEGUIMIENTO: EVOLUCIÓN DE LAS METAS CONCERTADAS EN EL ACUERDO DE GOBERNABILIDAD 2011-2014									
Número de muertes maternas por gobierno regional de procedencia									
Gobiernos Regionales	2009-Línea de Base AG (mediana de muertes maternas registradas entre 1999-2006)	2009	2010	2011	2012	2013	2013-Línea de Medición (mediana de muertes materna registradas por procedencia entre 2009-20013) (1)	META 2014	
								Reducir la Muerte Materna en:	AL 2014
Amazonas	17	20	14	12	14	13	14	30%	12
Ancash	26	21	19	15	22	14	19	30%	18
Apurímac	12	6	4	6	13	2	6	30%	8
Arequipa	19	13	9	10	16	9	10	35%	12
Ayacucho	21	8	13	14	14	8	13	35%	14
Cajamarca	49	55	47	35	43	31	43	25%	37
Callao (1)	8	8	5	6	8	13	8	30%	6
Cusco (2)	74	17	21	26	21	20	21	50%	37
Huancavelica	24	13	23	9	8	6	9	35%	16
Huánuco	18	18	20	19	10	11	18	55%	8
Ica	6	1	6	7	7	6	6	100%	0
Junín	33	22	23	17	11	17	17	35%	21
La Libertad	37	33	38	44	32	29	33	40%	22
Lambayeque	18	20	14	15	15	14	15	30%	13
M. Metropolitana de Lima (3)	S/D	49	40	46	57	36	46	SIN META CONCERTADA	
Lima (4)	46	11	11	12	13	9	11	35%	30
Loreto	30	29	32	36	30	32	32	35%	20
Madre de Dios (5)	S/D	4	2	4	1	7	4	SIN ACUERDO DE GOB.	
Moquegua	1	1	2	0	2	3	2	30%	1
Pasco (6)	102	7	11	4	7	6	7	7%	95
Piura	S/D	39	28	33	35	27	33	SIN META CONCERTADA	
Puno	55	37	40	42	30	26	37	35%	36
San Martín	17	32	17	13	14	16	16	35%	11
Tacna	S/D	2	1	3	4	5	3	SIN META CONCERTADA	
Tumbes	2	2	4	2	3	5	3	100%	0
Ucayali	10	12	13	15	10	14	13	40%	6
Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP/ Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA									
Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA (Número de muertes maternas por DIRESA/DISA de procedencia Perú 2000-2013 a enero 2014)									
<ul style="list-style-type: none"> • Nota (1): Para el caso de Callao no hay línea de base, se colocó el dato del 2009 de la DGE-MINSA. • Nota (2): Información de la DIRESA Cusco 2009. • Nota (3): Para el periodo 2009 a 2013 se ha considerado los datos de las DISAs del ámbito de Lima Metropolitana (administrados por el MINSA hasta la actualidad) • Nota (4): Para el periodo 2009 a 2013 se ha considerado los datos de la DIRESA Lima, perteneciente al Gobierno Regional Lima • Nota (5): Para el caso de Madre de Dios no se llegó a suscribir acuerdo. • Nota (6): Pasco usó tasa de mortalidad materna: Línea de Base 102/100 mil nacidos vivos y Meta 2014: 95/100 mil nacidos vivos 									

⁸ Se utiliza la mediana del periodo de análisis para evitar que datos extremos y/o atípicos distorsionen la tendencia, por eso no se ha usado los promedios. La mediana representa el valor del número de muertes maternas de posición central en el conjunto de datos ordenados del periodo analizado.

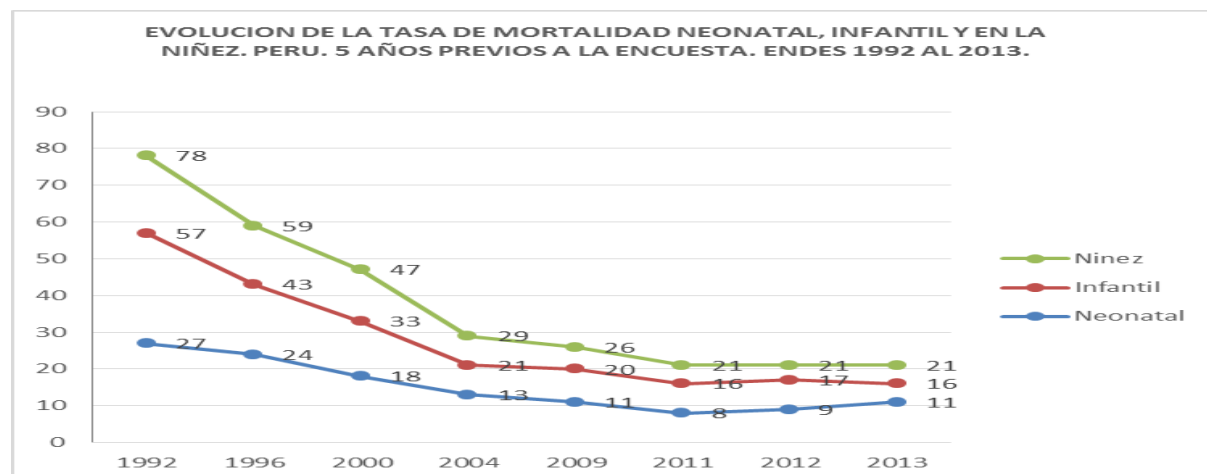
En relación al análisis del **Cuadro 1** sobre la evolución de la reducción de la mortalidad materna, se concluye lo siguiente:

- **6 regiones** alcanzaron la meta propuesta para el periodo 2011-2014: Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, y Junín. En dos de ellos, a pesar que se impusieron una meta alta (Cusco y Huancavelica).
- **2 regiones** estuvieron muy cerca de alcanzar la meta propuesta (Ancash y Puno).
- Los Gobiernos Regionales que se propusieron metas de reducción del 100%, ninguna lo lograron (Ica y Tumbes).
- En **3 regiones** la tendencia a disminuir la muerte materna fue importante pero no alcanzaron la meta propuesta: Amazonas, Huánuco, y San Martín.
- En **5 regiones** ha variado poco la mortalidad materna y en dos de ellos se mantiene alta: Cajamarca (31 MM), La Libertad (29 MM), Lambayeque (14 MM), Lima Región (9 MM) y Pasco (6 MM).
- En **4 regiones** existe una tendencia a incrementar la mortalidad materna: Callao, Loreto, Moquegua, y Ucayali.

1.2. EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL.

a) RESULTADOS ALCANZADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL⁹:

Según los últimos resultados de la ENDES 2013, **la mortalidad neonatal (TMN) en el Perú, presenta un preocupante incremento** en los últimos tres años, al pasar la tasa de mortalidad neonatal de **8 a 11 por cada mil nacidas/os vivos**. Por otro lado, se evidencia un “estancamiento” de la reducción de mortalidad en la niñez e infantil. Ver Gráfico 3.



Fuente: INEI-ENDES 2013/ Elaboración: UNICEF y MINSA.

1/ Mortalidad Neonatal: Probabilidad de morir durante el primer mes de vida.

2/ Mortalidad Infantil: Probabilidad de morir durante el primer año de vida.

⁹ Análisis elaborado a partir de información proporcionada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, UNICEF y Colegio de Enfermeras del Perú.

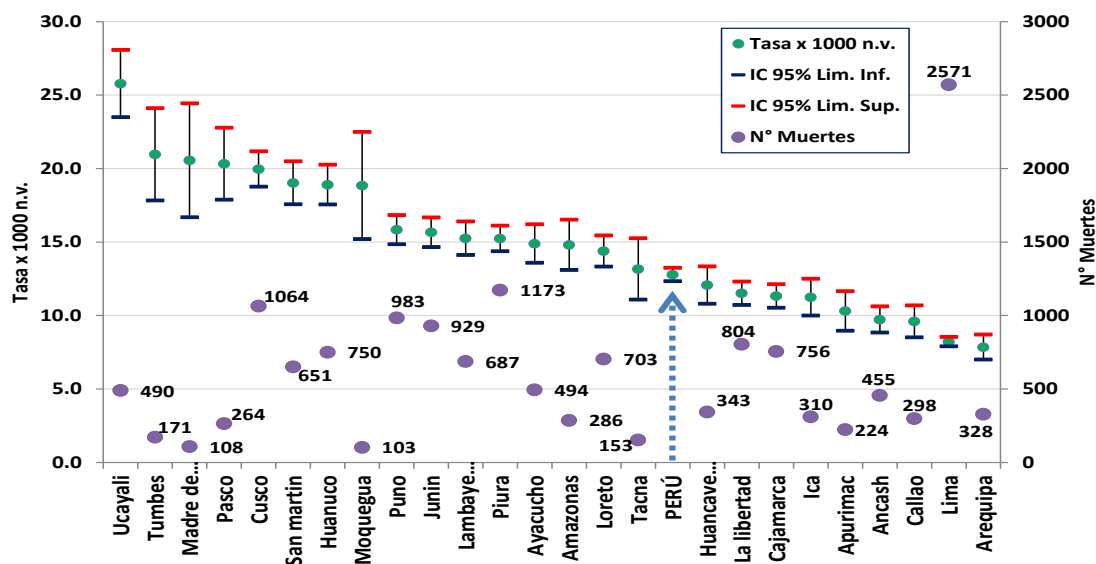
La heterogeneidad del riesgo de mortalidad neonatal entre diferentes grupos afectados principalmente por la pobreza y la desinformación amplían las brechas existentes entre grupos con características opuestas. Así, el riesgo de morir en el primer mes de vida es 2,6 veces mayor en las/os niñas/os que pertenecen al quintil con menores recursos económicos comparado a las/os niñas/os del quintil con mayores ingresos. Este riesgo es 2,25 veces mayor entre los recién nacidas/os cuya madre no tiene educación frente a las que tienen educación superior. De igual manera, un/a recién nacido/a tiene mayor riesgo de morir si procede del ámbito rural¹⁰.

Según estimaciones realizadas por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, con datos de la vigilancia epidemiológica y los certificados de defunción¹¹, en el Perú habrían ocurrido **7,594 muertes neonatales** en el periodo 2011-2012 y la TMN sería de **12,8** por mil nacidas/os vivos (IC: 12,3 - 13,2), TMN similar a la tasa reportada por el INEI para el periodo 2012-2013 (TMN 12 por cada mil nacidos vivos de los diez años anteriores a la encuesta). Según región natural, para el periodo 2011-2012, la Selva tiene como TMN 19.8 por cada mil nacidas/os vivos, seguido de la Sierra que se estima en 16.2 por cada mil nacidas/os vivos, mientras que la región Costa tiene la menor TMN, 9.1 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos. **En las áreas rurales la tasa es de 18.1 por mil n.v., mientras que en el ámbito urbano es de 11 por mil n.v.** Además existen grandes diferencias en las tasas de mortalidad neonatal en el nivel regional: Arequipa, Lima, y Callao, registran tasas de mortalidad neonatal menores a 10 por mil n.v., mientras que Regiones como Ucayali, Tumbes, Madre Dios y Pasco registran tasas superiores a 20 por mil n.v. No obstante, hay que resaltar que Lima concentra en números absolutos el mayor reporte de defunciones en recién nacidas/os (2,571 casos). Ver Gráfico 4.

¹⁰ Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) /Elaboración: UNICEF

¹¹ Jeannette Ávila Vargas-Machuca, Mario Tavera Salazar y Marco Carrasco Gamarra. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013.

Gráfico N 4. Tasa de Mortalidad Neonatal entre Departamentos. Periodo 2011-2012



Fuente: SNVEPN. Dirección General de Epidemiología – MINSA –Perú.

Cerca de un 31% de las muertes neonatales producidas en el periodo 2011-2012 pudieron ser evitables, es decir recién nacidas/os de término y con peso de 2500 gramos a más, con mayores posibilidades de sobrevivir. Estas muertes se concentran principalmente en la Sierra y en general el ámbito rural. La Costa concentra la mayor frecuencia de muertes neonatales en niñas y niños que nacieron prematuros extremos y muy extremos, siendo esta proporción casi el doble que la registrada en la Sierra y en la Selva del país. Esto muestra la importancia en mejorar la cobertura y calidad de los cuidados pre natales, así como la prevención y el tratamiento de la anemia en mujeres en edad fértil y gestantes.

Finalmente, la primera causa de muerte neonatal registradas para el periodo 2011-2012, son aquellos diagnósticos relacionados a prematuridad-inmadurez (25%), seguido por las infecciones (23.5%), la asfixia (14%), las malformaciones congénitas letales (11%) y la aspiración neonatal de leche y alimento regurgitado (2%).

b) LOS ACUERDOS REGIONALES DE GOBERNABILIDAD Y LOS COMPROMISOS ASUMIDOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL, 2011-2014:

Para el periodo 2011-2014, **22 de 25** circunscripciones regionales suscribieron compromisos para la reducción de la mortalidad neonatal¹² en el marco de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad promovidos por los actores del Estado y sociedad civil de las Mesas de

¹² Lima Metropolitana y Tacna no establecieron compromisos para esta problemática en sus Acuerdos Regionales de Gobernabilidad. Piura si bien priorizó este tema en su Acuerdo Regional de Gobernabilidad no concertó una meta específica para la reducción de la mortalidad neonatal.

Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP. Para evaluar su avance y acercamiento a las metas concertadas en las regiones para el periodo 2011-2014, el equipo técnico utilizó la tasa de mortalidad neonatal por mil nacidas/os vivos reportado por el INEI para los 10 años anteriores a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2013. Ver Cuadro 2.

CUADRO 2 . MATRIZ DE SEGUIMIENTO: EVOLUCIÓN DE LAS METAS CONCERTADAS EN EL ACUERDO DE GOVERNABILIDAD 2011-2014							
Tasa de mortalidad neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta, según departamento (por cada mil nacidos vivos)							
Regiones	2009- Línea de Base (Tasa x mil nacidos vivos) (*)	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013 (**)	Meta 2014-AG	
						Reducir la MN en:	Tasa de MN x mil nacidos
Amazonas	14.1	16	14	13	15	30%	9.8
Ancash	9.3	12	12	11	12	30%	6.5
Apurímac	5.6	13	14	14	16	30%	3.9
Arequipa	12.2	14	9	6	5	30%	8.5
Ayacucho	9.4	10	11	11	12	30%	6.6
Cajamarca	13.1	12	10	14	16	30%	9.2
Callao (i)	7.0	6	7	7	9	30%	4.9
Cusco	15.9	17	17	16	18	25%	12.0
Huancavelica	16.8	14	15	17	15	30%	11.8
Huánuco	7.2	13	12	13	14	30%	5.0
Ica	13.6	9	8	13	10	30%	9.5
Junín	16.2	13	8	12	16	30%	11.3
La Libertad	15.1	12	5	6	10	30%	10.6
Lambayeque	13.0	9	10	12	8	30%	9.0
Lima Metropolitana	S/D	6	7	7	9	SIN META CONCERTADA	
Región Lima (i)	7.0	6	7	7	9	30%	4.9
Loreto	23.8	21	16	19	19	30%	16.7
Madre de Dios (***)	S/D	10	17	18	15	SIN ACUERDO DE GOB.	
Moquegua	13.0	13	11	12	7	30%	9.1
Pasco	16.0	16	16	17	16	15%	14.0
Piura	S/D	14	11	11	14	SIN META CONCERTADA	
Puno	25.5	18	15	19	17	30%	17.9
San Martín	20.0	20	16	15	16	30%	14.0
Tacna	S/D	12	7	8	11	SIN META CONCERTADA	
Tumbes	8.4	16	18	17	10	30%	5.9
Ucayali	12.2	16	15	10	12	30%	8.5

Fuente: INEI-ENDES al 2013/ Elaboración: MCLCP.

* La fuente utilizada son los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad 2010-2014

** Según la ENDES 2013, las tasas de mortalidad neonatal son sólo referenciales, poseen coeficiente de variación superior a 15,0.

***Para el caso de Madre de Dios no se llegó a suscribir acuerdo

(i) Nota: Para el caso del Callao y Lima Región se han usado los datos de Lima

En relación al análisis del **Cuadro 2** sobre la evolución de la reducción de la mortalidad neonatal, se podría constatar lo siguiente:

- **5 regiones** alcanzaron ya la meta propuesta para el periodo 2011-2014: Arequipa, Lambayeque, Moquegua, La Libertad y Puno. Llama la atención La Libertad que a

pesar que alcanzó la meta propuesta tiene un incremento de la mortalidad neonatal en los últimos tres años.

- **Ica estaría por alcanzar la meta que se concertó.**
- **16 gobiernos regionales no alcanzarían la meta propuesta.**

Es importante mencionar que las conclusiones para el caso de la mortalidad neonatal son sólo referenciales a nivel departamental. No obstante, se observa en base a la información de la ENDES 2013, que Arequipa, Moquegua, Lambayeque, Lima y Callao, registran tasas de mortalidad neonatal **menores a 10 por mil nacidas/os vivos** para los 10 años anteriores a la encuesta, mientras Puno, Cusco y Loreto registran **tasas superiores a 16 por mil nacidas/os vivos** para los 10 años anteriores a la encuesta. Llama la atención la reducción significativa de la mortalidad neonatal en Arequipa, Moquegua y Tumbes, y por otro, el incremento de la mortalidad neonatal en Amazonas, Apurímac, Cajamarca, Junín, Piura, Tacna y La Libertad.

1.3. EN LA REDUCCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE:

a) RESULTADOS ALCANZADOS EN LA REDUCCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE¹³:

En el Perú, en los últimos 20 años, se observa una **tendencia hacia el incremento del embarazo en mujeres adolescentes** de 15 a 19 años¹⁴. Así entre el año **1991/92 y 2000**, de **11,3% a 13,0%** y desde ese año al **2013**¹⁵ a **13,9%**.

Según la información de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática, existe un incremento en el área **urbana** de **8,0%** (1991/1992) a **11,9%** (2013). No obstante, disminuye en el área **rural** de **24,7%** (1991/92) a **20,3 % (2013)**¹⁶.

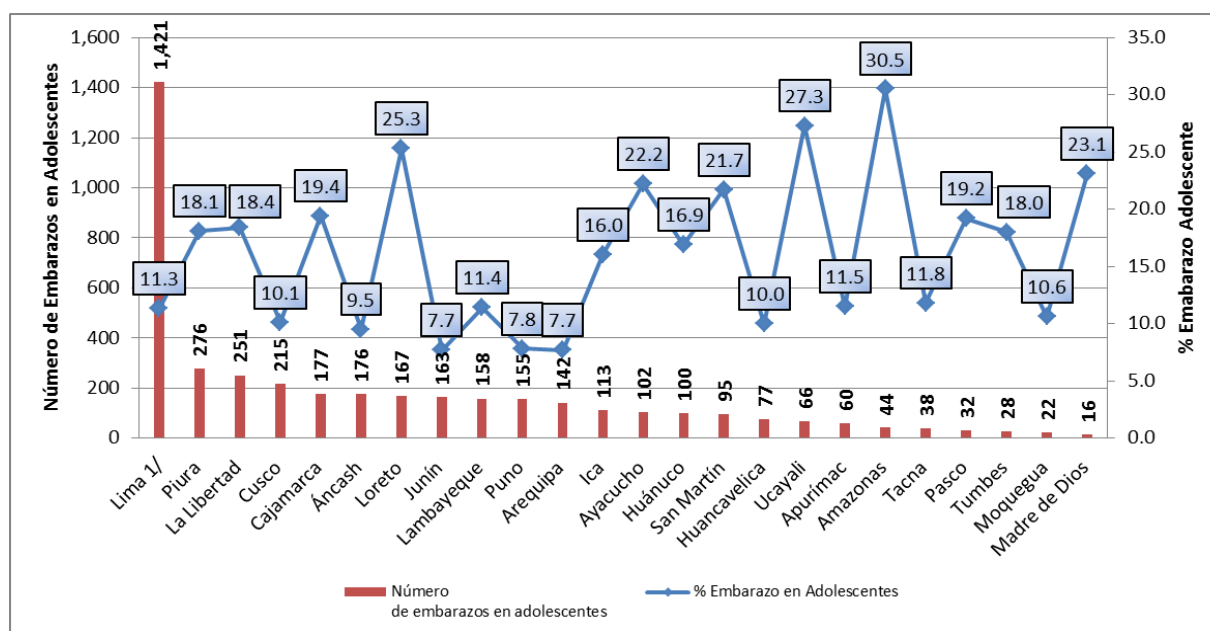
A nivel departamental, Lima, Piura, La Libertad, Cusco y Cajamarca constituyen en números absolutos aproximadamente el 60% de embarazos en adolescentes en el país. Al respecto, el Ministerio de Salud ha manifestado su preocupación en mirar éstos número absolutos además de los porcentajes altos en los departamentos de la selva y Ayacucho. Ver Gráfico 5.

¹³ Elaborado en base a la información alcanzada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA y de los últimos resultados de la ENDES 2013.

¹⁴ Para analizar las tendencias del embarazo en mujeres adolescentes es importante considerar que el tramo de edad de 15 a 19 años es muy heterogéneo. En el grupo de 15 a 17 años, la mayoría de adolescentes va a la escuela y presenta niveles de embarazo por debajo del 10%. En este grupo hay que prestar atención a las que dejan de estudiar por razones de embarazo. Mientras en el grupo de 18 y 19 años, la mayoría está fuera de la escuela y presentan niveles de embarazo que superan el 20%.

¹⁵ Resultados del INEI-ENDES 2013.

¹⁶ Fuente: INEI, ENDES 2013.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI- ENDES 2013. / Elaboración. Ministerio de Salud-DAIS-Etapas de Vida Adolescente y Joven y Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

En cuanto a al grado de instrucción, **las mujeres adolescentes con poca educación están en alto riesgo de embarazarse.**

- La tasa de embarazo en el grupo sin grado de instrucción aumentó de 38,6% (1991/92) a 56,7% (2012) y en aquellas con primaria de 27,6% (1991/92) a 36.2% (2013).
- La educación superior brinda un efecto protector, aunque ya se incrementó ligeramente el embarazo en este grupo educativo de adolescentes, de 2,7% (1991/92) a 8,5% (2013).

Asimismo, **el embarazo es más frecuente entre las adolescentes mujeres pobres:**

- En el quintil de menores ingresos es de 23,9% (2013) mientras en el quintil de mayores ingresos es de 5,6% (2013). (Fuente: INEI, ENDES 2013).

b) LOS ACUERDOS REGIONALES DE GOBERNABILIDAD Y LOS COMPROMISOS ASUMIDOS PARA LA REDUCCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE, 2011-2014:

Para el periodo 2011-2014, **8 de 25 circunscripciones regionales** suscribieron compromisos para la reducción del embarazo adolescente¹⁷ en el marco de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad promovidos por los actores del Estado y sociedad civil de las Mesas de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Para evaluar el avance de la reducción del embarazo adolescente y su acercamiento a las metas concertadas para el periodo 2011-2014, el equipo técnico utilizó el % de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez reportado por el INEI a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2013. Ver Cuadro 3.

¹⁷ Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Huánuco, Lambayeque, Lima Región, Loreto y San Martín.

CUADRO 3. MATRIZ DE SEGUIMIENTO: EVOLUCIÓN DE LAS METAS CONCERTADAS EN EL ACUERDO DE GOBERNABILIDAD 2010-2014

Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez									
Regiones	2009- Línea de Base AG	TENDENCIA DEL VALOR DEL INDICADOR					Meta AG 2014	% de embarazo adolescente (2009-2013)	
		2009	2010	2011	2012	2013		Reducción total en puntos	Reducción proporcional 2009 al 2013 (%)
Amazonas	S.D.	27.1	22.1	21.4	23.5	30.5	S.D	3.4	13%
Ancash	S.D.	15.0	11.2	9.3	12.9	9.5	S.D	-5.5	-37%
Apurímac	19 (a)	20.3	11.2	9.6	13.1	11.5	14.0	-8.8	-43%
Arequipa	16.6	8.0	10.8	6.1	5.2	7.7	4.15	-0.3	-4%
Aya cucho	S.D.	18.9	20.1	13.9	18.4	22.2	S.D	3.3	17%
Cajamarca	24.5	24.5	15.7	17.1	19.9	19.4	20.0	-5.1	-21%
Callao (*)	S.D.	8.1	10.9	8.3	7.7	10.6	S.D	2.5	31%
Cusco	S.D.	8.9	10.8	10.0	10.7	10.1	S.D	1.2	13%
Huancavelica	S.D.	11.9	15.2	12.4	13.1	10.0	S.D	-1.9	-16%
Huánuco	15.2	15.2	16.2	20.2	17.7	16.9	3.8	1.7	11%
Ica	S.D.	12.1	13.0	14.6	14.1	16.0	S.D	3.9	32%
Junín	S.D.	16.1	12.1	15.1	10.1	7.7	S.D	-8.4	-52%
La Libertad	S.D.	12.9	16.3	8.5	15.1	18.4	S.D	5.5	43%
Lambayeque	13.5	13.5	11.6	10.3	15.5	11.4	5.0	-2.1	-16%
Lima Metropolitana (*)	S.D.	8.1	10.9	8.3	7.7	10.6	S.D	2.5	31%
Región Lima	S.D.	8.5	10.8	8.9	7.7	11.3	menos del 15%	2.8	33%
Loreto	30.0	30.0	31.8	30.0	32.2	25.3	7.5	-4.7	-16%
Madre de Dios (**)	No hay AG	21.6	28.3	27.9	19.1	23.1	No hay AG	1.5	7%
Moquegua	S.D.	10.9	11.5	9.1	9.5	10.6	S.D	-0.3	-3%
Pasco	S.D.	12.7	13.7	17.0	17.8	19.2	S.D	6.5	51%
Piura	S.D.	10.5	12.2	13.3	16.0	18.1	S.D	7.6	72%
Puno	S.D.	15.1	9.6	14.5	8.9	7.8	S.D	-7.3	-48%
San Martín	S.D.	27.6	21.3	21.2	27.2	21.7	7.0	-5.9	-21%
Tacna	S.D.	14.6	3.6	9.0	6.9	11.8	S.D	-2.8	-19%
Tumbes	S.D.	17.5	12.6	17.5	27.0	18.0	S.D	0.5	3%
Ucayali	S.D.	29.1	21.1	24.9	26.5	27.3	S.D	-1.8	-6%

(*) Al no existir data para el Callao, se han considerado lo correspondiente a Lima Metropolitana/ (**) No se suscribió Acuerdo de Gobernabilidad/ (a) Información de la Diresa Apurímac-2009/ FUENTE: INEI-ENDES 2013. Elaboración: MCLCP

En relación al análisis del **Cuadro 3** sobre la evolución de la reducción del embarazo adolescente para el periodo 2009-2013, se concluye lo siguiente:

Para las regiones que concertaron una meta en sus respectivos Acuerdos de Gobernabilidad:

- **3 regiones** alcanzaron la meta propuesta para el periodo 2011-2014: Apurímac, Cajamarca y Lima Región. En dos de ella la tendencia hacia la reducción del embarazo adolescente fue importante: Apurímac (-43%) y Cajamarca (-21%). No obstante, llama la atención el caso de Lima Región en donde la meta fue baja y se observa un aumento del embarazo adolescente entre los años 2012 y 2013.
- **5 regiones** no alcanzarían la meta propuesta para el periodo 2011-2014: Huánuco, Lambayeque, San Martín, Arequipa y Loreto. No obstante, la mayoría de estas regiones se planteó metas muy altas.

Para las regiones que no concertaron una meta en sus respectivos Acuerdos de Gobernabilidad:

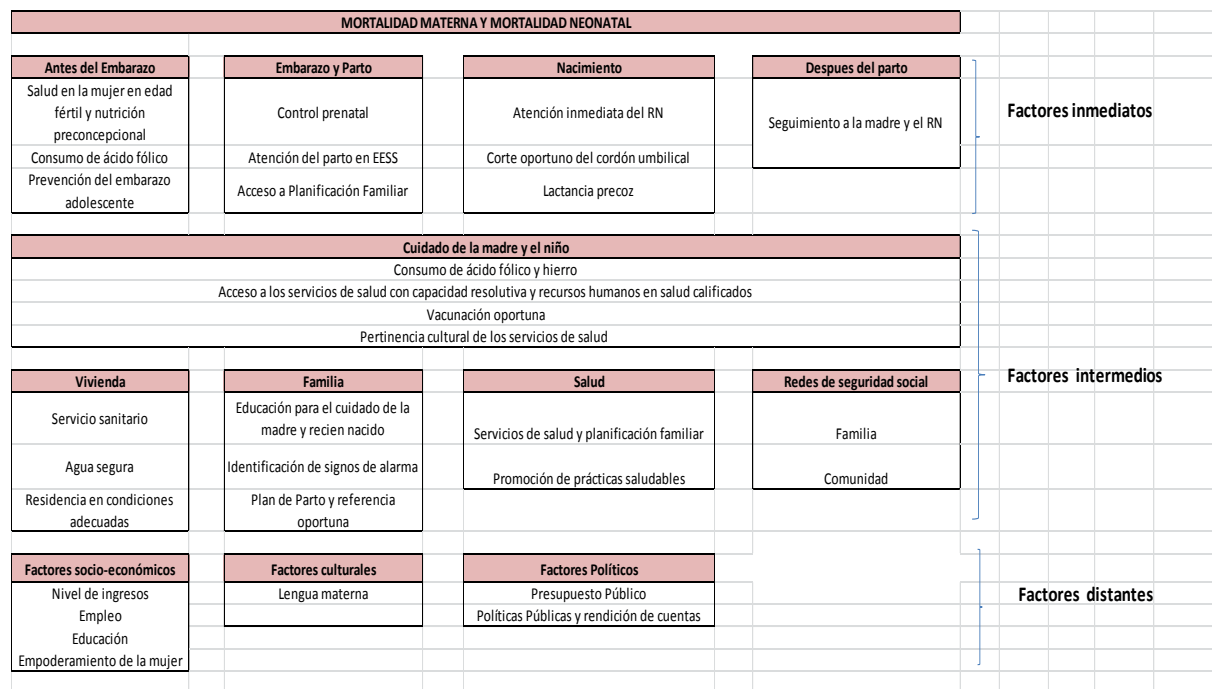
- En **5 regiones** la tendencia a disminuir el embarazo adolescente fue importante para el periodo 2009-2013, a pesar que no concertaron una meta: Ancash (-37%), Huancavelica (-16%), Junín (-52%), Puno (-48%), y Tacna (-19%).
- Por otro lado, en **6 regiones**, se observa un incremento del más del 30% en el embarazo adolescente: Callao (31%), Ica (32%), La Libertad (43%), Lima Metropolitana (31%), Pasco (51%), Piura (72%).
- En relación a la información de la ENDES 2013, llama la atención Tumbes, ya que se observa una reducción del 33% en el embarazo adolescente entre el año 2012 y el año 2013, al pasar de 27% a 18% la prevalencia del embarazo adolescente. Asimismo, Ayacucho que incrementa en 21% el embarazo adolescente entre el año 2012 y el año 2013, al pasar de 18.4% a 22.2% la prevalencia del embarazo adolescente. En este último caso, Ayacucho se ubicaría junto con los departamentos de la selva, entre los que presentarían el mayor % de embarazo en adolescentes en el país.

CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE PUDIERON INCIDIR EN LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL AL 2013.

La información analizada para el presente capítulo, revela que mortalidad materna y la mortalidad neonatal es producto de la interacción compleja de factores de diversa índole, que se expresan en diferentes realidades, cuando se desagregan al nivel de ámbitos geográficos o características del entorno familiar y social de las mujeres gestantes y recién nacidas/os, como la ruralidad, la condición de pobreza, el nivel educativo alcanzado, y la igualdad de condiciones en el hogar entre hombres y mujeres o la edad de la madre.

Para facilitar el análisis de factores intervinientes, el Grupo de Trabajo ha desarrollado el modelo causal que se presenta a continuación.

GRAFICO 6
MODELO EXPLICATIVO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL



Elaboración: Grupo de Trabajo “Salud Materno Neonatal”.

Al respecto, el Grupo de Trabajo considera que las evidencias nacionales e internacionales dan suficiente cuenta de que el embarazo en adolescentes es un factor central dentro del modelo explicativo de mortalidad materna y neonatal. La salud de la adolescente es un pilar importante para lograr una nutrición y un desarrollo fetal óptimos. Asimismo, la salud y sobrevivencia de los recién nacidas/os está muy vinculada a la edad de la madre, según la información de la ENDES 2013, la mortalidad en recién nacidas/os es mayor en las/los hijas/os de las adolescentes y esto puede estar relacionado a la situación de abandono de muchas madres adolescentes y al hecho de que no están preparadas para asumir una maternidad tan temprana (económica, emocional y biológicamente).

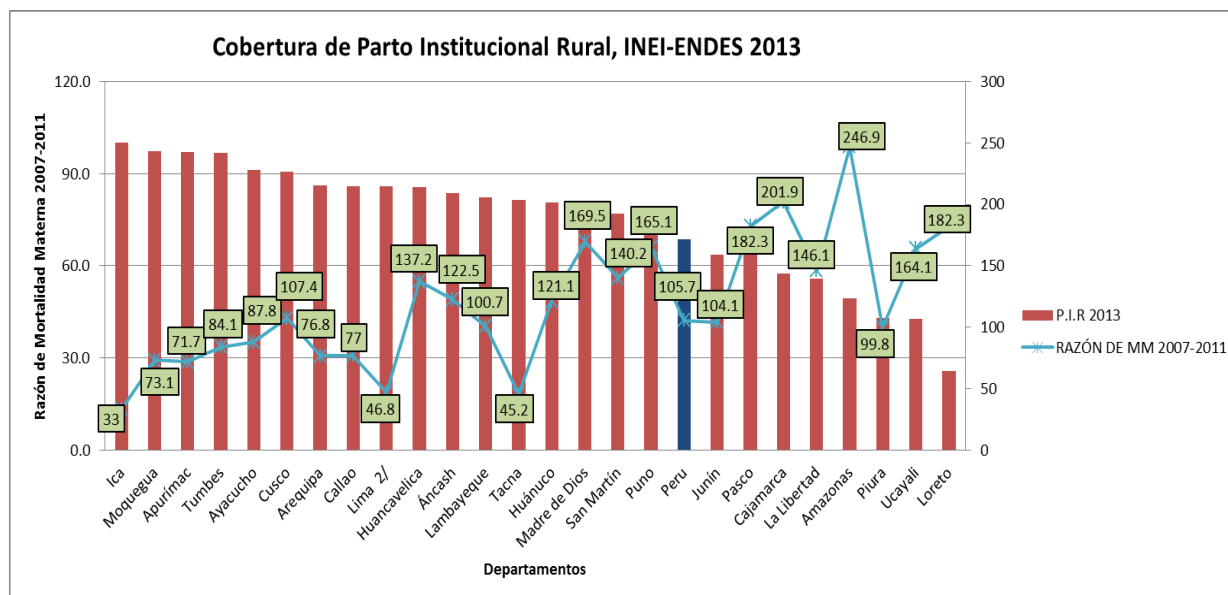
Para fines del análisis de este capítulo, se ha priorizado lo siguiente:

- **Como factores inmediatos:** parto institucional rural, control prenatal y acceso a métodos modernos de planificación familiar.
- **Como factores intermedios:** vacunación oportuna en gestantes y recién nacidos, suplemento de hierro en gestantes, lactancia materna precoz, capacidad resolutive de los establecimientos de salud y pertinencia cultural de los servicios de salud (casas maternas y parto vertical).
- **Como factores distantes:** los socio económicos y políticos referidos a la gestión del programa presupuestal salud materno neonatal.

2.1. ANÁLISIS DE LOS FACTORES INMEDIATOS QUE CONTRIBUYEN A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA y NEONATAL:

a) **PARTO INSTITUCIONAL RURAL:** Los departamentos con un avance de **90% a más** en la cobertura de parto institucional rural son las que menor razón de muerte materna presentan, tales como Ica, Moquegua, Apurímac, Tumbes, y Ayacucho. Llama la atención Ica, Lima y Tacna cuya razón de muerte materna es baja pero ello podría relacionarse a dos factores principalmente: alta disponibilidad de médicos (Ica: 11.6 por 10 mil habitantes, Lima: 17.5 por 10 mil habitantes, y Tacna: 12.9 por 10 mil habitantes), y la disponibilidad de establecimientos de salud con capacidad resolutive para atender tanto partos normales como complicados.

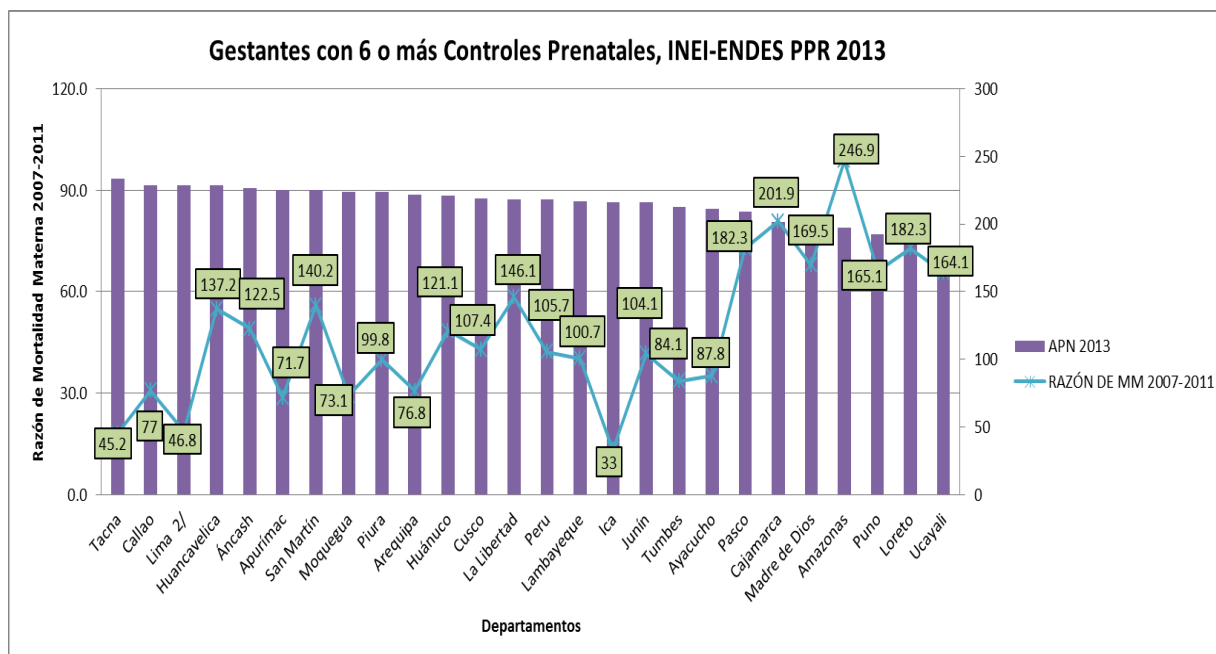
Preocupan aquellos departamentos con una cobertura de parto institucional rural por **debajo del 60%** en donde se observa una alta razón de muerte materna tales como Loreto, Ucayali, Amazonas, La Libertad y Cajamarca. Ver Gráfico 7.



Fuente: INEI-ENDES PPR 2013/ Elaboración: Mesa de Concertación para La Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Al respecto, es necesario analizar el incremento de la cobertura y la calidad de la atención del parto en relación a aspectos como la disponibilidad de médicos/os y la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, esto puede ayudar a identificar mejor qué aspectos hay que fortalecer para reducir las muertes maternas y neonatales.

b) **CONTROL PRENATAL:** Los departamentos con un avance de **90% a más** en la cobertura de control prenatal son las que menor razón de muerte materna presentan, tales como Tacna, Callao, Lima, Apurímac y Moquegua. Por otro lado, en aquellos departamentos con una cobertura por **debajo del 80%** se observa una alta razón de muerte materna tales como Amazonas, Cajamarca, Loreto, Madre de Dios, Puno y Ucayali. Ver Gráfico 8.

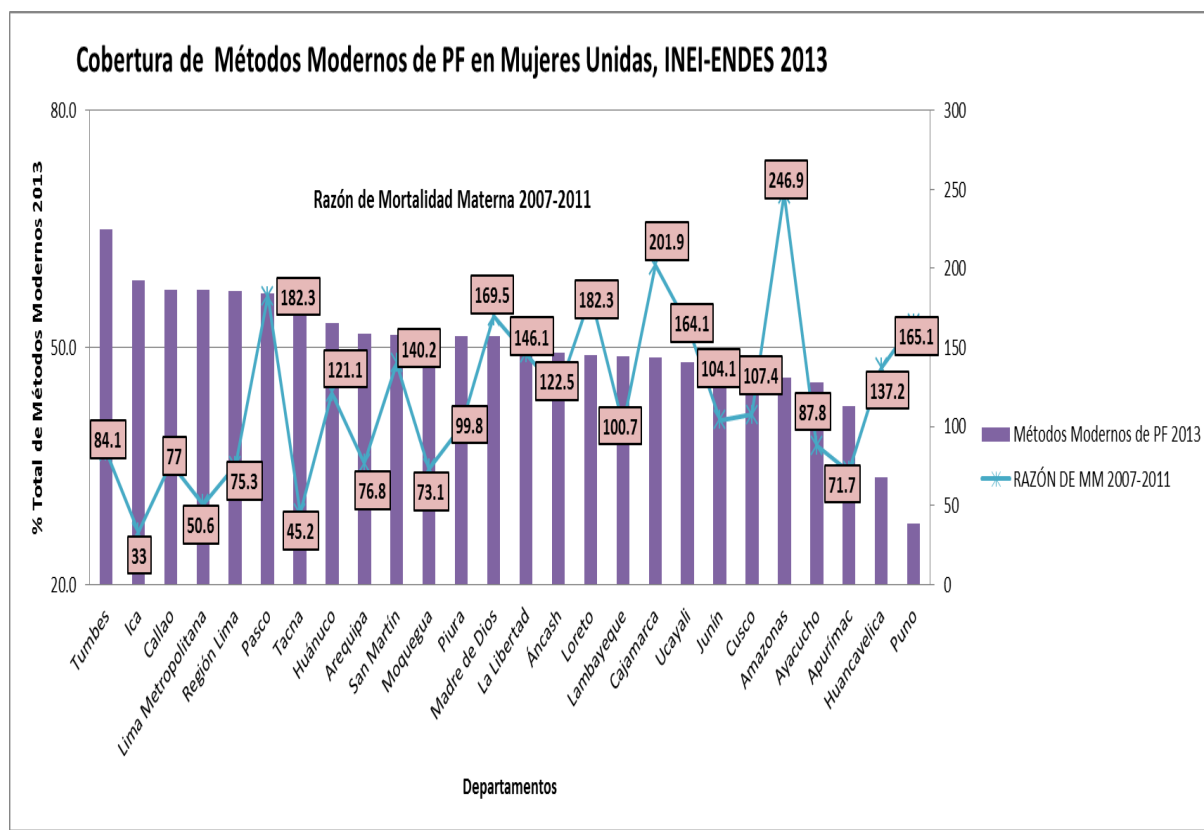


Fuente: INEI-ENDES PPR 2013/ Elaboración: Mesa de Concertación para La Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

No obstante, es importante mencionar que tal avance en la reducción de la mortalidad materna y neonatal debe ser asociado a otros aspectos como la calidad y oportunidad en el control prenatal (que garantice 4 exámenes auxiliares tales como examen completo de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje VIH y tamizaje de sífilis en el primer trimestre de gestación y suplementación de hierro y ácido fólico), el seguimiento del crecimiento y desarrollo de la y el recién nacido y, el tratamiento oportuno de las problemas surgidos durante el embarazo, parto y puerperio.

c) **ACCESO A MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** El acceso a métodos modernos de planificación familiar es una de las cuatro estrategias recomendadas para reducir la mortalidad materna y neonatal. Hoy se sabe que el acceso a métodos modernos de planificación familiar contribuye de tres maneras: i) al reducir el número de embarazo por mujeres; ii) al contribuir al espaciamiento entre nacimientos; iii) al prevenir embarazos no deseados y/o no planificados.

Al respecto preocupa el poco avance en su cobertura a nivel nacional, **51.3%**. Asimismo, la baja cobertura en Puno y Huancavelica, 27.8% y 33.6%, respectivamente (Fuente: INEI-ENDES 2013). Ver Gráfico 9.



Fuente: INEI-ENDES 2013/ Elaboración: Mesa de Concertación para La Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Al respecto, el Grupo de Trabajo considera que debido a la baja cobertura en el acceso a métodos modernos de planificación familiar es difícil poder asociarlo directamente con la reducción de la mortalidad materna y neonatal. No obstante, es importante relevar la importancia de fortalecer esta intervención a nivel nacional como un elemento central para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y para prevenir aquellas muertes maternas que pudieron ser evitadas (tales como las asociadas al aborto y al suicidio).

2.2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES INTERMEDIOS QUE CONTRIBUYEN A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL:

a) **SUPLEMENTO DE HIERRO EN GESTANTES:** La deficiencia de hierro durante el embarazo puede afectar el estado de nutrición y salud del recién nacido/a, así mismo,

puede tener consecuencias como “bajo peso al nacer”, y “prematuridad¹⁸” y puede afectar el desarrollo cerebral de niños y niñas con consecuencias irreversibles para su desarrollo temprano infantil¹⁹.

Las necesidades de hierro en gestantes no se cubren con la dieta diaria por lo cual se recomienda tres estrategias complementarias para proteger a la gestante y el/la niño/a por nacer como son: suplementación con hierro, fortificación de alimentos y mejoramiento de hábitos alimentarios. Actualmente la cobertura de suplemento de hierro en gestantes es de 88.5% (ENDES 2012), no obstante, preocupa su baja adherencia en las gestantes y su baja continuidad a lo largo de la gestación. Un estimado de un estudio elaborado por el Ministerio de Salud en Ayacucho y Apurímac evidencia que la adherencia es de menos del 50% y disminuye conforme transcurren los meses de gestación²⁰. Al respecto, es importante analizar esta baja adherencia y continuidad en su consumo sabiendo además su importancia para garantizar el estado de salud y nutrición de la gestante y de el/la niño/a por nacer.

- b) **LAS VACUNAS EN GESTANTES Y RECIÉN NACIDOS²¹**: son una estrategia eficiente y eficaz para reducir la muerte materno y neonatal por lo que se recomienda vacunar a las gestantes contra la influenza, DT -anti tetánica y difteria-; después de la semana 36 de gestación; y al recién nacida/o la aplicación de la primera dosis contra la “hepatitis B” en las primeras 24 horas a fin de prevenir la transmisión vertical. Actualmente, la cobertura de la vacuna contra la “hepatitis B” en recién nacidas/os es de 82.27% (Fuente: Dirección General de Estadística e Informática-MINSA. Información a diciembre 2013). Preocupa las coberturas bajas en los departamentos de la zona macro centro y la macro sur con menos del 80%.

También se recomienda la vacuna BCG que se aplica para proteger a las y los recién nacidas/os contra la tuberculosis. Actualmente, se tiene una cobertura del 95% en menores de un año (Fuente: Dirección General de Estadística e Informática-MINSA. Información a diciembre 2013). No obstante, preocupa las coberturas bajas en los departamentos de Puno, Apurímac y Cusco (menos del 80%).

Otras de las vacunas recomendadas en recién nacidas/os es contra la polio, actualmente por problemas suscitados con la compra de esta vacuna existen niveles inadecuados de cobertura, 70.82% (Fuente: Dirección General de Estadística e Informática-MINSA. Información a diciembre 2013).

¹⁸ Las niñas y los niños prematuros tienen 6 veces más riesgo de morir la primera semana, 70% más riesgo de presentar déficit de atención, 20% más riesgo de presentar problemas de conducta clínicamente significativas, entre otros. Fuente: Presentación de la Dra. Ariela Luna sobre “Desarrollo Infantil Temprano”. 2014.

¹⁹ Según la información del INEI-ENDES 2012, la incidencia de anemia en gestantes es de 28.8%.

²⁰ Estudio de adherencia a la suplementación con hierro durante la gestación en Ayacucho y Apurímac. Fuente: PERU/MINSA/DGE-08/059& Series de Informes técnicos de Investigación Epidemiológica. Lima 2009

²¹ Información proporcionada por Asociación Ciudadana de Prevención de Enfermedades Transmisibles- ACPET.

Por otro lado, es de preocupación la aparición de casos de muertes registradas en lactantes por “tos convulsiva”, así entre enero del año 2010 y diciembre del 2012 se registraron 10 fallecidas/os por “tos convulsiva” en todo el país. También, es de preocupación las pruebas utilizadas para el diagnóstico y su sensibilidad para identificar la bacteria. Según el estudio *“Detección de Bordetella pertussis mediante la técnica de PCR en lactantes menores de 1 año hospitalizadas/os con diagnóstico de Tos ferina probable en 5 hospitales del Perú”*, del Instituto Nacional de Salud del Niño²², la “tos ferina” confirmada por la técnica PCR-BP fue de 40% es decir 155 casos de un total de 392 lactantes hospitalizados en cinco nosocomios. La mayoría fueron menores de 3 meses y la letalidad fue de 2.6%. Por otro lado, la prueba tradicional de cultivo mostró sólo el 2.3% de casos confirmados, lo que muestra su menor sensibilidad para identificar la bacteria. Esta última es la actualmente se usa para el diagnóstico en los establecimientos de salud.

En relación a la cobertura de vacunas y su efecto protector en los niños y niñas, el Grupo de Seguimiento Concertado al Programa Articulado Nutricional que coordina la MCLCP elaboró y aprobó en el presente año una “alerta sobre la situación de la vacunación a los menores de 3 años²³” y planteó recomendaciones para ser atendidas de forma inmediata.

- c) **LA IMPORTANCIA DEL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DEL NACIMIENTO**²⁴: Una de las intervenciones más importantes para reducir la mortalidad neonatal, es que inmediatamente después del nacimiento (primera hora) se inicie la lactancia materna. Las evidencias demuestran que la mortalidad en el primer mes de vida se puede reducir hasta en un 22% si los recién nacidos inician precozmente la lactancia materna (AIEPI Neonatal: Intervenciones basadas en evidencias. OPS). Lamentablemente en el Perú, de acuerdo a la información proporcionada por la ENDES 2013, solo la mitad de los niños inician la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento (55.6%). Tienen mayor riesgo de no iniciar la lactancia precoz, los que pertenecen a los estratos con mayores ingresos (37.9%) y con madres con nivel de educación superior (43.3%), los niños/as que nacen en medios urbanos (50.4%), en especial en Lima metropolitana (43.9%) y en regiones con mayor nivel de desarrollo, económico y acceso a servicios de salud. Esto es particularmente riesgoso en el contexto de incremento de los nacimientos ocurridos por cesárea (26. 5%, registrada en la ENDES 2013)²⁵. Asimismo, en un contexto en que los niños y niñas que nacen en establecimientos de salud tienen un mayor riesgo de no iniciar la lactancia materna precoz (53.5%).

²² INS-MINSA. Autores: María Castillo, Ericka Rodríguez, Olguita del Águila, Isabel Reyes, Carlos Bada, Juana del Valle, Erico Cieza

²³ http://www2.mesadeconcertacion.org.pe/static/upload/file/ALERTA_Vacunas_06-05-14.pdf

²⁴ Elaborado a partir de información proporcionada por UNICEF.

²⁵ La cesárea es una causa para retrasar el contacto entre la madre y el recién nacido.

d) CAPACIDAD RESOLUTIVA²⁶ DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: En esta sección se toma como referencia los resultados de la “Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales, 2009 -2012” y que fue realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, con información de Puestos de Salud, Centros de Salud, y Hospitales de 16 departamentos del país.

En el año 2012 el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI evaluó 354 establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas-FONB²⁷, los resultados muestran que sólo el **2.8%** (10 de 354) cumplen con 80% o más de los requerimientos de capacidad resolutive para funciones obstétricas y neonatales básicas-FONB²⁸; el **7.1%** (25 de 354) cumple con 70-79% de los requerimientos, el **24%** (85 de 354) cumple con 60-69% de los requerimientos y los demás **66%** (234 de 354) cumplen con menos de 60% de los requerimientos de capacidad resolutive para FONB.

Además, el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI evaluó un total de 77 establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales-FONE²⁹ y sólo el **20%** (16 de 77) cumplen con 70-89% de los requerimientos de capacidad resolutive para FONE. **Ningún** establecimiento de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales-FONE cumple con 90% o más de los requerimientos de capacidad resolutive para FONE.

Finalmente, evaluó 6 establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales intensivas-FONI³⁰ y sólo 3 de 6 cumplen con 70-89% de los requerimientos de capacidad resolutive para FONI. **Ningún** establecimiento de salud con funciones obstétricas y neonatales intensivas-FONI cumple con 90% o más de los requerimientos de capacidad resolutive para FONI.

²⁶ La capacidad resolutive se refiere a la capacidad de los establecimientos de salud de responder de forma oportuna, integral y con calidad la demanda de atención de salud en especial a las complicaciones obstétricas y neonatales. Se toma como referencia los estándares establecidos en la normatividad del sector salud para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud.

²⁷ Realizan actividades administrativas y asistenciales como atenciones preventivas, promocionales, recuperativas, y de rehabilitación, orientado a las necesidades de salud de la gestante, puérpera o recién nacido.

²⁸ Los 10 establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas-FONB y con capacidad resolutive de 80% o más pertenecen a las Direcciones Regionales de Salud de Apurímac (5), Ayacucho (1), Cajamarca (1), Huancavelica (2) y Junín (1).

²⁹ Son establecimientos de salud de alta complejidad. Las funciones obstétricas y neonatales que cumplen son especializadas como cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos, transfusión de sangre, y atención de complicaciones que no puedan ser tratados en los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas.

³⁰ Son hospitales de alta complejidad del segundo y tercer nivel de atención. Cuenta con cuidados intensivos para adultas/os y neonatas/os.

De esta manera, se observa altos niveles de incumplimiento de los estándares establecidos en la normatividad del sector salud y una brecha considerable en cuanto a establecimientos calificados para desempeñar las funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB), esenciales (FONE), e intensivas (FONI).

A pesar de los resultados de la evaluación se observan algunos avances y desafíos en el periodo 2009-2012:

Avances:

- **55.4% de los Establecimientos de Salud FONB (Categoría I-4: Centros de Salud)** disponen de un equipo básico de profesionales de la salud (médicas/os, obstetras y enfermeros/as) en cantidad de al menos 3 de cada grupo profesional.
- Incremento de enfermeras/os (De 56% a 77.7%) y obstetras (De 53.2% a 72.3%) en los Establecimientos de Salud FONB.
- **Incremento** de establecimientos de salud FONB que disponen **de equipos e instrumentales básicos en el servicio de emergencia**, al pasar de 3.5% a 10.2%, entre el año 2009 y el 2012.
- **Incremento de medicamentos básicos** en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud FONB, de 2.1% a 11.3%.
- **Incremento de equipos e instrumentales disponibles en sala de partos**, de 12.1% a 29.1%, **incremento de equipos e instrumentales básicos en el área de atención inmediata del recién nacido/a**, de 5.3% a 11.9%, **incremento de equipos e instrumentales básicos en el consultorio prenatal**, de 17.0% a 27.1% **e incremento de exámenes disponibles en laboratorio que se debe realizar a las gestantes**, de 2.1% a 29.7%, en los establecimientos de salud FONB.
- En Establecimientos de Salud FONE para la atención de emergencias hay una mayor disponibilidad de equipos e instrumentales básicos, al pasar de 5.5% a 14.3%. Incremento de medicamentos básicos en los servicios de emergencia, de 1.8% a 10.4%. Incremento de equipos e instrumentales básicos en centros quirúrgicos, de 5.5% a 19.5%.

Desafíos:

- **Disminución de especialistas** en establecimientos de salud FONE (Categoría II-1: Hospital) y FONI (Categoría III-1 y III-2: Hospitales e Institutos Especializados). En EESS FONE: Médicas/os Gineco obstetras disminuyen de 6.8% a 5.3%. Médica/o Pediatras disminuye de 5.7% a 5.0%. En EESS FONI: la disponibilidad de Médicas/os Anestesiólogas/os disminuye de 4.6% a 3.8%. Asimismo, disminuyen los Médicas/os Intensivistas, de 1.5% a 0.4% y los Médicas/os Pediatras de 8.1% a 6.0%. No obstante, Médicas/os Gineco obstetras se incrementa de 7.5% a 9.9%.

Estos resultados evidencian la urgencia de mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para que puedan responder de forma oportuna, integral y con calidad la demanda de atención de salud en especial frente a las complicaciones

obstétricas y neonatales. La vigilancia del cumplimiento de los estándares establecidos en la normatividad del sector salud es algo que consideramos podrá contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal en el país. Este aspecto es crucial de considerar cuando se analice el avance en los resultados alcanzados en los indicadores de salud a nivel departamental.

e) PERTINENCIA CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

- **CASAS MATERNAS**³¹: en octubre 2010 el MINSA aprobó el “Documento Técnico Gestión Local para la implementación y funcionamiento de la Casa Materna” (RM N° 815-2010/MINSA). La Casa Materna se considera un lugar donde la gestante acompañada o no de sus familiares pueden esperar el momento del parto. Es un lugar donde también se promueven prácticas y comportamientos saludables, a través de actividades educativo-comunicacionales de integración e interrelación no sólo para la gestante, sino también para el neonata/o y su familia en el marco de los derechos y enfoque de género e interculturalidad, a fin de garantizar una buena salud materna y neonatal. Según información del Ministerio de Salud actualmente existen 456 casas maternas, de las cuales 387 se encuentran operativas, y 69 no operativas³².

En relación a las “casas maternas” se considera que esta estrategia contribuye con lo siguiente:

- Incremento del parto institucional rural y la reducción de la mortalidad materna.
- Acompañamiento de la familia en el momento del parto.
- Prevención de emergencias obstétricas.
- Promoción de prácticas a través de sesiones educativas como lactancia materna, cuidado del recién nacida/o, alimentación adecuada³³.
- Referencia y contra referencia oportuna de la gestante y recién nacida/o al Hospital.

Algunas dificultades que aparecen en la implementación y sostenibilidad de las “casas maternas” son las siguientes:

- Limitado financiamiento para el mantenimiento de casas maternas y alimentación de las gestantes alojadas. Con respecto al financiamiento el 47% de las actuales casas maternas están siendo financiado por presupuestos externos (Municipio, Minas, ONG, Parsalud y vicariato), el 16% (49) por los

³¹ Información proporcionada a través de la Dirección de Promoción de Vida Sana de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud.

³² Se considera no operativas a aquellas casas maternas que dejaron de funcionar por escaso financiamiento para alimentación de las usuarias, déficit de equipamiento con mobiliarios, problemas de servicios básicos, procesos de construcción demorados, entre otros.

³³ 46% de las casas maternas reportan actividades diarias educativas – comunicacionales a gestante y familia alojadas. Fuente: Dirección General de Promoción de la Salud-MINSA.

mismos establecimientos de salud, el 8% (28) con presupuesto compartido entre Municipio, Comunidad y Establecimientos de salud y un 5% (14) se están autofinanciando. Así mismo se desconoce el financiamiento de 78 casas maternas que representa un 24% por no contar con datos en la información enviada por las regiones³⁴.

- Escasos mobiliarios y deterioro de la infraestructura.
- Escasa difusión de la labor de las casas maternas.
- Escaso involucramiento de autoridades locales.

- **PARTO VERTICAL:** en setiembre 2005 el MINSA aprobó la “Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural” (RM N° 598-2005/MINSA). Sin embargo, esta política no ha logrado ser incorporada como una alternativa complementaria de atención del parto a nivel nacional. Actualmente, la cobertura de parto institucional rural es de 68.5%, en la selva rural es de 54% y en la sierra rural es de 71.8% (Fuente: INEI-PPR 2013-Resultados preliminares). Esto evidencia la necesidad de revisar las actuales estrategias de incremento de parto institucional en zonas rurales y su adecuación a las prácticas tradicionales como el “parto vertical” y la participación de “parteras”. Actualmente, la práctica casi exclusiva de los establecimientos de salud es la atención del parto horizontal. No obstante, los estudios evidencian que la efectividad del parto vertical se compara de forma favorable con el parto horizontal, mostrando superioridad en cuanto a un menor tiempo de expulsivo; siendo comparable (no inferior) en volumen de sangrado (al controlarse por uso de oxitocina) y mejor índice de APGAR del recién nacida/o. Los costos también son inferiores al parto horizontal³⁵. En ese sentido se reabre la reflexión sobre la importancia de promocionar el uso del parto en posición vertical y la necesidad de destinar recursos para ello, no solo para las mujeres del ámbito rural, sino también para las mujeres de zonas urbanas que desconocen las ventajas de parir en forma natural y cada vez más son sometidas o persuadidas de dar a luz a través de una cesárea.

³⁴ Información proporcionada a través de la Dirección de Promoción de Vida Sana de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud. Al respecto el Ministerio de Salud informó que actualmente se encuentra vigente la Resolución Jefatural N°212-2013/SIS con fecha del 21 de noviembre del 2013 mediante la cual se aprueba la directiva administrativa que regula el pago de la prestación de asignación por alimentación para gestantes y/o púerperas afiliadas/inscritas al Seguro Integral de Salud alojadas en Casas Maternas.

³⁵ Con los pies en la tierra: un estudio sobre las ventajas del parto en posición vertical. Autora: Dra. Raquel Hurtado. Lima, abril 2014.

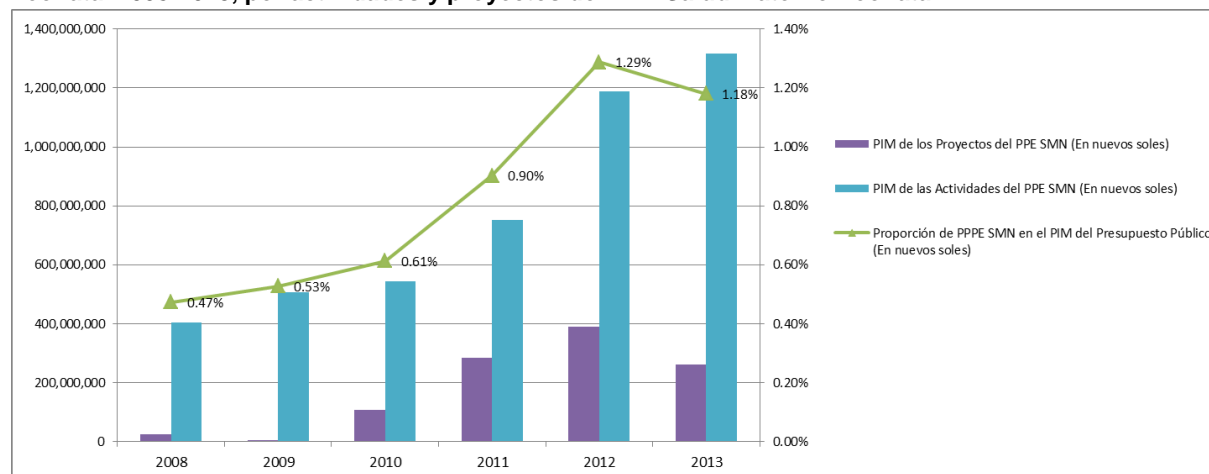
2.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DISTANTES QUE CONTRIBUYEN A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL:

PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNA Y NEONATAL COMO FACTOR POLÍTICO QUE CONTRIBUYE A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

El Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal ayudó con un incremento significativo de la asignación presupuestal orientada a la reducción de la mortalidad materna y neonatal entre los años 2008 y 2013, llegando incluso a triplicarse al pasar de S/.428 a S/.1,578 millones de nuevos soles³⁶. Con ello ha pasado a representar el 1.18% del presupuesto público nacional y el 12.8% de la función salud del año 2013

Es importante precisar que si bien el incremento de la asignación presupuestal ha sido constante para las actividades del programa entre los años 2008 y 2013, al pasar de S/.404 a S/. 1,317 millones de nuevos soles, no obstante, la inversión para proyectos del programa tuvo una disminución de S/127 millones de nuevos soles entre los años 2012 y 2013, en los tres niveles de gobierno, en especial la orientada hacia a los Gobiernos Locales. Ver Gráfico 10.

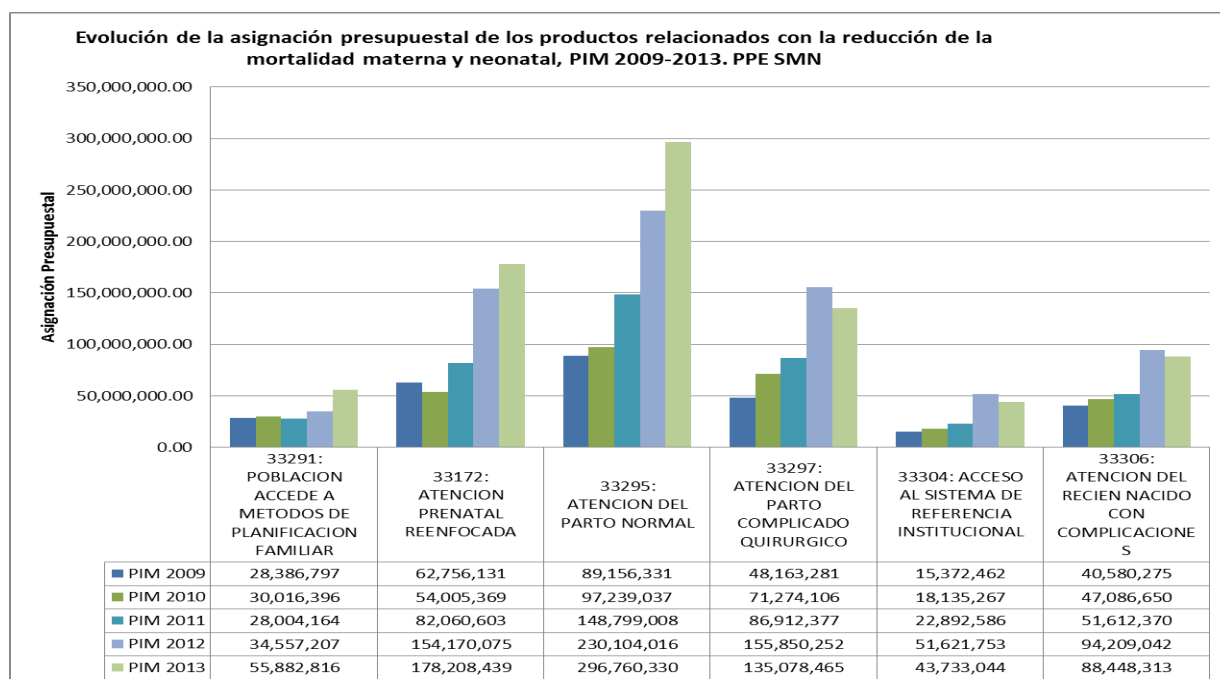
Gráfico N° 10. Evolución de la inversión pública orientada a la reducción de la mortalidad materna y neonatal 2008-2013, por actividades y proyectos del PPE Salud Materno Neonatal.



Fuente: Consulta Amigable-MEF/Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

El Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal ha priorizado la asignación presupuestal en intervenciones claves para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, tales como parto normal, atención prenatal reenfocada y atención del parto complicado quirúrgico. Ver Gráfico 11.

³⁶ Este cálculo incluye la suma de actividades y proyectos que comprende el programa presupuestal estratégico salud materno neonatal.



Fuente: Consulta Amigable-MEF/Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

No obstante, es importante precisar que las intervenciones que tienen un mayor peso en el conjunto del presupuesto del programa son las que más han avanzado en los resultados alcanzados, en especial en la sierra rural, tales como “parto institucional” que representa el 22.5% del conjunto del presupuesto del programa y tiene un avance del 39% entre los años 2007 y 2013; “cobertura de cesáreas” que representa el 10.3% del conjunto del presupuesto del programa y tiene un avance del 64% entre los años 2007 y 2013; y “gestantes con 6 o más controles prenatales” que representa el 13.5% del conjunto del presupuesto del programa y tiene un avance del 14% entre los años 2007 y 2013. Ver Cuadro 4.

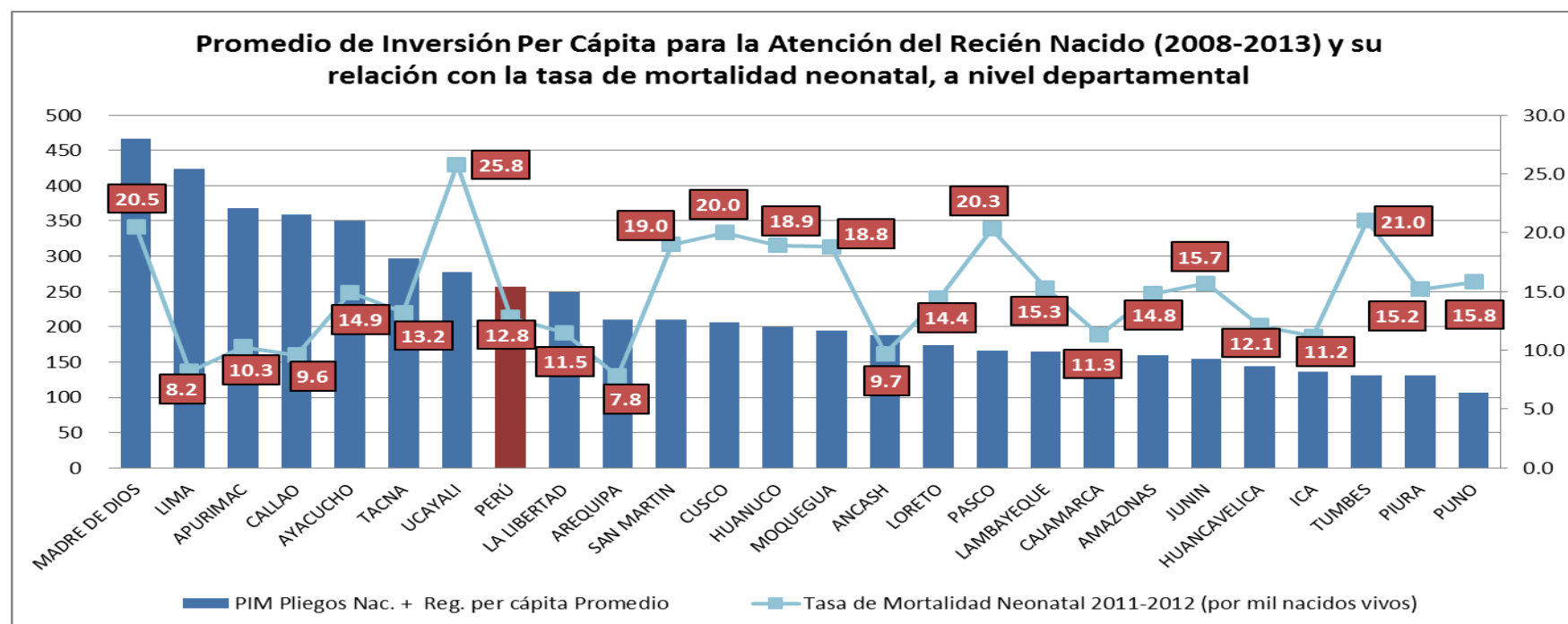
Resultados de Impacto del Programa Salud Materno Neonatal (Años 2007-2013). Perú.									
Indicadores de Resultado	Línea de Base 2007	2009	2010	2011	2012	2013 P/	Comparación 2007-2013	% de Avance	Evaluación
Resultados Finales									
Razón de mortalidad materna por 100 mil nv, en los 7 años anteriores a la encuesta	164	103	93	0	0	0	-92	-50%	Progresó
Tasa de mortalidad neonatal por mil nv, en los 10 años anteriores a la encuesta	15	13	11	10	13	12	-3	-20%	Progresó
Resultados Intermedios									
Tasa Global de Fecundidad	2.4	2.6	2.5	2.6	2.6	2.4	0.0	0%	Estancamiento
Proporción de mujeres unidas o casadas que usa algún método de planificación familiar.	73.1	73.2	74.4	75.4	75.5	74.0	0.9	1%	Estancamiento
Proporción de mujeres unidas o casadas que usa algún método moderno de planificación	47.8	50.0	50.5	51.1	51.8	51.3	3.5	7%	Estancamiento
Proporción de mujeres unidas o casadas que usa algún método tradicional de planificación	25.3	23.2	23.9	24.3	23.7	22.7	-2.6	-10%	Estancamiento
Cobertura de parto institucional en gestantes procedentes de las zonas rurales	49.4	57.6	61.9	62.5	67.3	68.5	19.1	39%	Progresó
Cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales	7.0	7.5	8.4	8.2	10.8	11.5	4.5	64%	Progresó
Proporción de neonatos atendidos en establecimientos de salud	76.0	81.3	83.2	83.8	85.9	88.0	12.0	16%	Progresó
Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación	14.7	15.0	16.2	15.8	17.5	18.5	3.8	26%	Alerta
Resultados Inmediatos									
Proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar	7.8	7.2	6.9	6.1	8.2	9.0	1.2	15%	Alerta
Proporción de gestantes con 6 o más controles prenatales	76.4	80.8	81	83.5	84.5	87.3	10.9	14%	Progresó
Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre	71.3	72.4	73	74.9	75	77.4	6.1	9%	Progresó
Fuente: INEI-ENDES PPR 2013. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos (Resultados Preliminares)									
P/Preliminar									

Llama la atención el incremento de mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familiar y el estancamiento en el uso de métodos de planificación familiar. En este caso si bien casi se duplicó el presupuesto, al pasar de S/28 a S/55 millones de nuevos soles entre los años 2009 y 2013, su peso en el conjunto del presupuesto del programa se mantiene bajo, 4%. Asimismo, llama la atención el poco peso que mantiene en el presupuesto la “prevención del embarazo adolescente” alrededor de 0.9% del conjunto del presupuesto del programa³⁷ a pesar de la aprobación a fines del año 2013 del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente y representa una asignación presupuestal per cápita de S/.4 nuevos soles por adolescente entre 12 y 17 años de edad.

Por otro lado, es de preocupación la excesiva cobertura de nacimientos por cesáreas en las zonas urbanas (INEI-PPR 2013: 33.5%) y de la costa (INEI-PPR 2013: 36.2%) por encima del estándar internacional recomendado por la OMS (15%) y superior a las zonas rurales (INEI-PPR 2013: 11.5%). Con ello se amplía la brecha entre las zonas urbanas y rurales y se pone en riesgo la supervivencia y salud de las mujeres gestantes y recién nacidos frente a posibles complicaciones y frente a la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud tanto para la atención de la madre como del recién nacida/o.

³⁷ Para el año 2013, la actividad “prevención del embarazo adolescente” tuvo una asignación presupuestal de S/. 12, 125, 593 nuevos soles a través del Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal.

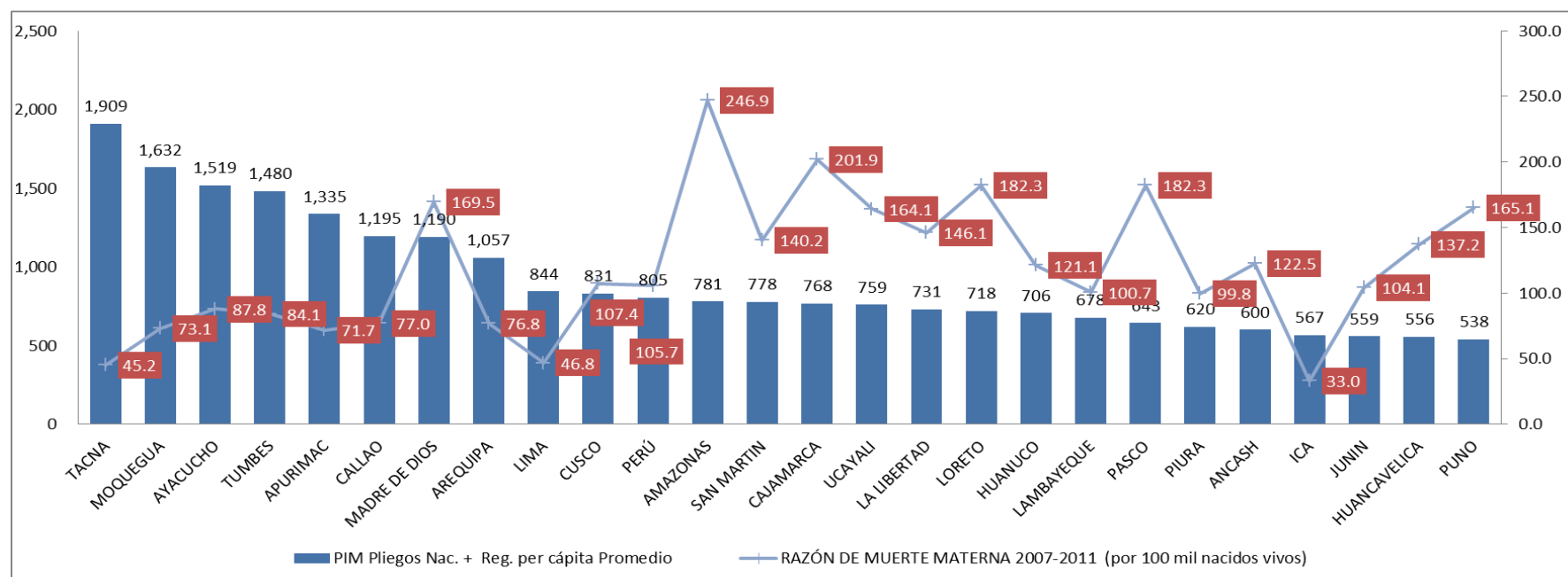
En cuanto al avance en el promedio de asignación presupuestal per cápita para la atención del recién nacido/o entre los años 2008 y 2013 y su relación con la tasa de mortalidad neonatal por departamento se tiene el siguiente Gráfico 12:



Fuente: Consulta Amigable-MEF/ DGE-MINSA-Estudio sobre Mortalidad Neonatal en el Perú/ Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Al respecto, se observa que en Lima, Apurímac y Callao la tasa de mortalidad neonatal está por debajo del promedio nacional y a la vez mantienen la mayor asignación per cápita por recién nacido/o. Llama la atención el caso de Madre de Dios cuya asignación per cápita es la más alta del país (S/467 por recién nacido/o) y a la vez tiene una alta tasa de mortalidad neonatal (20.5). Ucayali es el departamento con más alta tasa de mortalidad neonatal (25.8) y a la vez su asignación per cápita está por encima del promedio nacional (S/277 por recién nacido/o).

En cuanto al avance en el promedio de asignación presupuestal per cápita para la atención de la salud materna entre los años 2008 y 2013 y su relación con la razón de mortalidad materna por departamento se tiene el siguiente Gráfico 13:



Fuente: Consulta Amigable-MEF/ DGE-MINSA/ Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Al respecto, se observa que en Tacna, Moquegua, Ayacucho, Tumbes, Apurímac, Callao, Arequipa y Lima la razón de mortalidad materna está por debajo del promedio nacional (105.7) y a la vez mantienen la mayor asignación per cápita por gestantes esperadas. Llama la atención el caso de Madre de Dios cuya asignación per cápita es alta (S/1,190 nuevos soles por gestante) y a la vez tiene una alta razón de mortalidad materna (169.5). Amazonas es el departamento con más alta razón de muerte materna (246.9) y a la vez su asignación está por debajo del promedio nacional (S/781 nuevos soles por gestante).

DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y DE LA SALUD ASOCIADOS A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL:

Para realizar el análisis de la influencia de los determinantes sociales y de salud en la evolución de la mortalidad materna y neonatal, el Grupo de Trabajo ha seleccionado siete indicadores: asignación presupuestal per cápita por mujer gestante, razón de muerte materna, disponibilidad de médicos/os, disponibilidad de establecimientos de salud, acceso a seguro de salud, índice de desarrollo humano e índice de pobreza monetaria. Ver Cuadro 5.

Cuadro 5. Indicadores sanitarios y sociales para la identificación de departamentos vulnerables							
Departamentos	Inversión per cápita Promedio 2008-2013 (Salud Materna, PPE SMN)	Razón de Muerte Materna 2007-2011 (por 100 mil nacidos vivos)	Disponibilidad de médicos por 10 mil Hab. 2012	Establecimientos de salud por 10 mil Hab. 2012	Cobertura de Aseguramiento en población femenina, 2012 (%)	Índice Desarrollo Humano, 2012	Índice de Pobreza Monetaria, 2012-2013
AMAZONAS	781	246.9	6.9	12.4	69.8	0.3846	47.3
CAJAMARCA	768	201.9	4.8	6.1	77.0	0.3773	52.9
LORETO	718	182.3	4.6	4.5	68.5	0.3977	37.4
PASCO	643	182.3	9.1	9.5	55.3	0.4114	46.6
MADRE DE DIOS	1,190	169.5	12.4	9.6	51.3	0.5582	3.8
PUNO	538	165.1	5.9	3.9	60.6	0.3942	32.4
UCAYALI	759	164.1	6.1	4.9	64	0.4324	13.4
LA LIBERTAD	731	146.1	9.0	2.3	65.1	0.4653	29.5
SAN MARTIN	778	140.2	5.2	5.6	70.6	0.4408	30
HUANCAVELICA	556	137.2	7.4	8.7	87.3	0.2962	46.6
ANCASH	600	122.5	6.9	4.3	67	0.4429	23.5
HUANUCO	706	121.1	4.4	3.6	83.1	0.3746	40.1
CUSCO	831	107.4	7.7	2.9	73.9	0.4434	18.8
PERÚ	805	105.7	11.2	3.4	63.8	0.5058	23.9
JUNIN	559	104.1	5.9	4.4	49.8	0.4539	19.5
LAMBAYEQUE	678	100.7	8.9	2.5	51.5	0.4617	24.7
PIURA	620	99.8	5.9	3.1	57.7	0.4379	35.1
AYACUCHO	1,519	87.8	6.7	6.1	79.2	0.3336	51.9
TUMBES	1,480	84.1	7.9	3.0	63.4	0.5184	12.7
CALLAO	1,195	77.0	25.0	2.0	65.7	0.5863	13.1
AREQUIPA	1,057	76.8	14.5	3.1	59.5	0.5781	9.1
MOQUEGUA	1,632	73.1	11.6	4.2	65.6	0.6215	8.7
APURIMAC	1,335	71.7	9.6	8.7	89.5	0.3444	42.8
LIMA	844	46.8	17.5	1.5	59.7	0.6340	13.1
TACNA	1,909	45.2	12.9	3.5	41.7	0.5553	11.8
ICA	567	33.0	11.6	2.8	63.4	0.5351	4.7

Fuentes: MEF-Consulta Amigable/ DGE-MINSA/ OGGRH-MINSA/ENAH, 2012/ PNUD-IDH 2012/IPE-INCORE, 2012/ INEI-Informe de Pobreza, 2013/ Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. **Notas:** Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador del desarrollo humano por país, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno/

Al respecto se tiene algunas conclusiones:

1. Los departamentos con mayor pobreza monetaria son los más vulnerables en cuanto a la incidencia de la mortalidad materna tales como Cajamarca, Amazonas, Pasco y Loreto. En estos mismos departamentos se observa una baja disponibilidad de médicas/os por 10 mil habitantes. Asimismo, la asignación presupuestal per cápita por mujer gestante se encuentra por debajo del promedio nacional, no obstante, es importante revisar la adecuada asignación del presupuesto en las intervenciones que inciden en la reducción de la mortalidad materna y en la atención a aspectos claves como la compra y distribución oportuna de los insumos en los servicios de salud, y la capacidad de respuesta del establecimiento de salud (en cuanto a equipamiento e infraestructura adecuada).
2. Es importante, analizar a mayor profundidad los casos de Lima, Tacna e Ica que presentan una razón de mortalidad materna baja pero que a la vez presentan una baja incidencia de la pobreza, un índice de desarrollo humano por encima del promedio nacional, y una disponibilidad de médicos por encima del promedio nacional.
3. No ha sido posible establecer una relación de la mortalidad materna con los indicadores relacionados a la cobertura del aseguramiento en salud de la población femenina debido a la alta variabilidad que se percibe entre los departamentos. No obstante, un índice de la desigualdad de género podría contribuir a realizar esta relación.
4. Una de las regiones que llama la atención es Madre de Dios pues presenta una alta razón de muerte materna pero avances importantes en los otros indicadores seleccionados. Es necesario revisar que otros factores pueden estar influyendo.
5. En todos los departamentos de la selva se observa poco avance en la reducción de la mortalidad materna y que se relaciona con el poco avance en los otros indicadores seleccionados.

III. RECOMENDACIONES EN EL MARCO DE LOS ACUERDOS REGIONALES DE GOVERNABILIDAD 2015-2018 Y LOS DESAFÍOS SOBRE LAS ACCIONES DE GOBIERNO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL:

Las instituciones que integramos el Grupo de Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal planteamos las siguientes recomendaciones:

A) A las actuales autoridades del gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales, profundizar el análisis de los factores que explican el incremento de la mortalidad neonatal, el estancamiento de la velocidad de reducción de la mortalidad materna, y el incremento del embarazo adolescente, e implementar medidas para su reducción, tales como:

1. A la Comisión Intergubernamental de Salud en coordinación con los representantes de los Gobiernos Regionales y Locales: impulsar una política articulada de intervenciones de los programas para la gestión de los determinantes sociales de la salud para su implementación intrasectorial, multisectorial y en los diferentes niveles de gobierno, atendiendo los factores asociados a la mortalidad materna y neonatal tales como como pobreza, vivienda, acceso a la educación, empoderamiento de la mujer; y los determinantes territoriales referidos a la accesibilidad a los servicios de salud, que influyen en la alta vulnerabilidad de algunos departamentos como Cajamarca, Amazonas, y Loreto.

2. Al Ministerio de Salud y a los Gobiernos Regionales:

2.1. Incrementar en el corto plazo, la cobertura del parto institucional rural en especial en las regiones donde se evidencia poco avance, por debajo del 60% (Loreto, Ucayali, Amazonas, La Libertad y Cajamarca); la cobertura y calidad del control prenatal; y el acceso a métodos modernos de planificación familiar, en donde la cobertura aún sigue siendo baja, 51.3%.

2.2. Implementar en el corto y mediano plazo, la pertinencia cultural de los establecimientos de salud tomando en cuenta estrategias como el “parto vertical”, las “casas maternas”, y “la participación de las parteras locales”, por las evidencias existentes a su favor y las ventajas no solo para la madre sino también para el recién nacida/o. Se requiere que los servicios de salud reconozcan e incorporen las tradiciones culturales en salud que las poblaciones indígenas han acumulado a los largo de su existencia.

2.3. Mejorar en el corto plazo, la capacidad resolutive de los establecimientos de salud asegurando que puedan atender de forma oportuna, integral y con calidad la demanda de atención de salud en especial frente a complicaciones obstétricas y neonatales. Asimismo, fortaleciendo los mecanismos de vigilancia del cumplimiento de estándares de los establecimientos de salud.

- 2.4. Fortalecer en el corto y mediano plazo, la política de recursos humanos de salud para la mejora de dotación, distribución y desempeño de los mismos; con énfasis en la contratación de especialistas en salud en las regiones y en el desarrollo de capacidades con énfasis en salud intercultural.
- 3. Al Ministerio de Salud, a través de sus órganos competentes y las Direcciones Regionales de Salud:**
- 3.1. Profundizar el análisis del incremento excesivo de cesáreas y nacimientos de niños y niñas menores de 36 semanas de gestación (prematuros), y la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud, con énfasis en Lima Metropolitana y los departamentos de la costa e implementar medidas para su reducción, entre estas: las bondades del parto vaginal vs la cesárea, y el control prenatal de calidad que asegure el tamizaje de anemia, infección urinaria e infecciones de transmisión sexual usando las pruebas rápidas.
- 3.2. Monitorear en los establecimientos de salud, el cumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil (Decreto Supremo N° 009-2006-SA) e informar y empoderar a las madres y sus familias sobre los beneficios de la lactancia materna precoz para reducir las muertes neonatales en el primer mes de vida. Asimismo, proponer y promover la mejora de la legislación vigente para lograr la ampliación de la licencia post parto, monitoreo e implementación de los lactarios institucionales según lo dispone la Ley (Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA).
- 3.3. Implementar la “metodología del minuto de oro” en la atención del parto para prevenir y/o atender la asfixia del recién nacido y de esta manera salvar vidas y prevenir la discapacidad por esta causa. Asimismo, el corto adecuado y oportuno del cordón umbilical para prevenir la anemia.
- 4. A los Gobiernos Regionales:** contribuir a fortalecer la calidad y oportunidad de los sistemas de información en salud, tales como: registro de nacimientos, atención de gestantes y recién nacidos, defunciones, etc., a fin de tener un diagnóstico adecuado para la toma de decisiones.
- 5. Al Congreso de la República:** aprobar la modificación del artículo 4 de la Ley General de Salud a fin de que se contribuya mejorar el acceso y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.
- 6. Al Ministerio de Economía y Finanzas, al Ministerio de Salud, y a los Gobiernos Regionales:** fortalecer el monitoreo a la programación, asignación y ejecución presupuestal e implementar medidas para la mejora de la calidad del gasto y la articulación de los programas presupuestales, tales como “Articulado Nutricional” y “Salud Materno Neonatal”. Asimismo, profundizar el análisis de la relación entre el financiamiento y los resultados alcanzados, en especial en aquellos departamentos donde la mortalidad materna y neonatal sigue siendo alta, promoviendo la participación de los Gobiernos Locales.

B) A las candidatas y a los candidatos del proceso electoral 2014:

7. Universalizar las intervenciones que ayuden al cierre de inequidades en la salud y nutrición en el territorio, a través de las siguientes medidas posibles:
 - Todas las gestantes acceden a un cuidado prenatal de calidad desde el inicio del embarazo y durante toda la gestación.
 - Todas las gestantes y recién nacidos/as acceden a un parto y nacimiento seguro, con buen trato y pertinencia cultural.
 - Todas las gestantes tienen la posibilidad de elegir la posición para dar a luz, y en el ámbito rural, los proveedores de salud respetan las costumbres regionales y locales para dar a luz.
 - Todas las gestantes consumen suplemento de hierro y mantienen un buen estado nutricional durante todo su embarazo.
 - Se reduce el bajo peso al nacer y los nacimientos prematuros en recién nacidos mediante el monitoreo del estado de nutrición y salud de la gestante y recién nacido y el tratamiento oportuno de las infecciones urinarias e infecciones de transmisión sexual (Sífilis y VIH).
 - Todos los recién nacidos/as son monitoreados y reducen las muertes evitables en los primeros 30 días de nacidas/os, promoviendo las visitas domiciliarias.
 - Todos los nacimientos de los niños/as son registrados en los establecimientos de salud en coordinación con la RENIEC y la Municipalidad.
8. Incorporar la prevención del embarazo adolescente como responsabilidad a ser gestionada a nivel de los Gobiernos Regionales en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud y el Ministerio de Salud a través de ordenanzas y formulación de políticas y programas orientados a ello, como el programa presupuestal “salud materno neonatal”.
9. A las y los candidatos/as para las elecciones municipales 2014, recoger entre sus prioridades de gestión intervenciones de políticas y/o programas que ayuden a garantizar el estado de salud de la madre y el desarrollo adecuado del niño/a, tales como el mejoramiento de hábitos alimenticios, y las prácticas adecuadas para el cuidado madre-niña/o, y priorizar el compromiso de asignación presupuestal para las actividades de los programas presupuestales “salud materna neonatal” y “articulado nutricional” promoviendo la complementación y sinergia de los mismos que son de competencia de los gobiernos locales, tales como:
 - Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva (Producto 3033288).
 - Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva (Producto 3033289).
 - Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva (Producto 3033290).

- Población accede a métodos de planificación familiar (Producto 3033291).
 - Acceso al sistema de referencia institucional (Producto 3033304).
 - Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva, con énfasis en maternidad saludable (Producto 3033412).
 - Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses (Producto 3033251)
 - Comunidad accede a agua para el consumo humano (Producto 3000609)
- 10.** Fortalecer los espacios de participación ciudadana e impulsar la rendición de cuentas en todos los niveles, y comprometerse con la sociedad civil en los temas de salud materno-infantil en el marco de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad 2015-2018 y el seguimiento concertado a estos compromisos.

Lima, 10 de julio del 2014
Comité Ejecutivo Nacional de la MCLCP
Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza