



## GRUPO DE SEGUIMIENTO CONCERTADO AL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL-REPORTE N° 01-2014-SC/PSMN

### PERÚ: SITUACIÓN DE LA SALUD Y LA SUPERVIVENCIA DE LA MUJER GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO<sup>1</sup>, 2012-2013

*De acuerdo a las últimas estimaciones del INEI, en el Perú cada año fallecen **10,000** niños y niñas antes de cumplir su primer año de vida y al menos la mitad de ellos fallecen antes de los 29 días de nacidos<sup>2</sup>. Muchas de estas muertes en recién nacidos podrían ser evitables y están relacionadas con las condiciones de la gestación de la madre, el momento del nacimiento, la capacidad de los servicios de salud de atención de la madre y recién nacido, y la educación para su cuidado en el hogar.*

*Hoy la mortalidad en recién nacidos se constituye en un componente “duro” para mantener la tendencia de reducción actual en la mortalidad infantil (niños y niñas menores de un año) y en un reto para la Salud Pública y los Derechos Humanos en el Perú. El presente reporte pretende evidenciar esta situación y plantea propuestas entre Estado y sociedad civil para asegurar la supervivencia y la salud de la mujer gestante y el recién nacido.*

#### A) ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LA SALUD Y SUPERVIVENCIA DE LA MUJER GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO EN EL PERÚ?

##### 1. *Un Vistazo al Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: ODM 4-Reducir la mortalidad en la infancia y ODM 5-Reducir la mortalidad materna*<sup>3</sup>.

En el marco de los compromisos asumidos en los Objetivos del Milenio 4 y 5, entre los años 1991/1992 y 2011/2012, en el Perú se constatan avances significativos, por un lado, una **reducción de 65% en la mortalidad materna-ODM 5** (2011/2012: 93 por cada 100,000 mil nacidos vivos) y se requeriría una reducción adicional de 29% para alcanzar la meta de 66 muertes maternas por cada 100,000 mil nacidos vivos, y por otro, **una reducción de 69.1% en la mortalidad**

<sup>1</sup> Se refiere a los niños y niñas menores de un mes (28 días de nacidos).

<sup>2</sup> A este tipo de muerte se le denomina mortalidad neonatal.

<sup>3</sup> Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), plantearon para el Perú, alcanzar la meta de reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes (18 defunciones por cada mil nacidos vivos) y la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes (66 defunciones por cada cien mil nacidos vivos), entre los años 1990 y 2015.

**infantil<sup>4</sup>-ODM4** (2011/2012: 17 por cada mil nacidos vivos) con lo cual habríamos alcanzado la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio-4 antes del plazo señalado<sup>5</sup>.

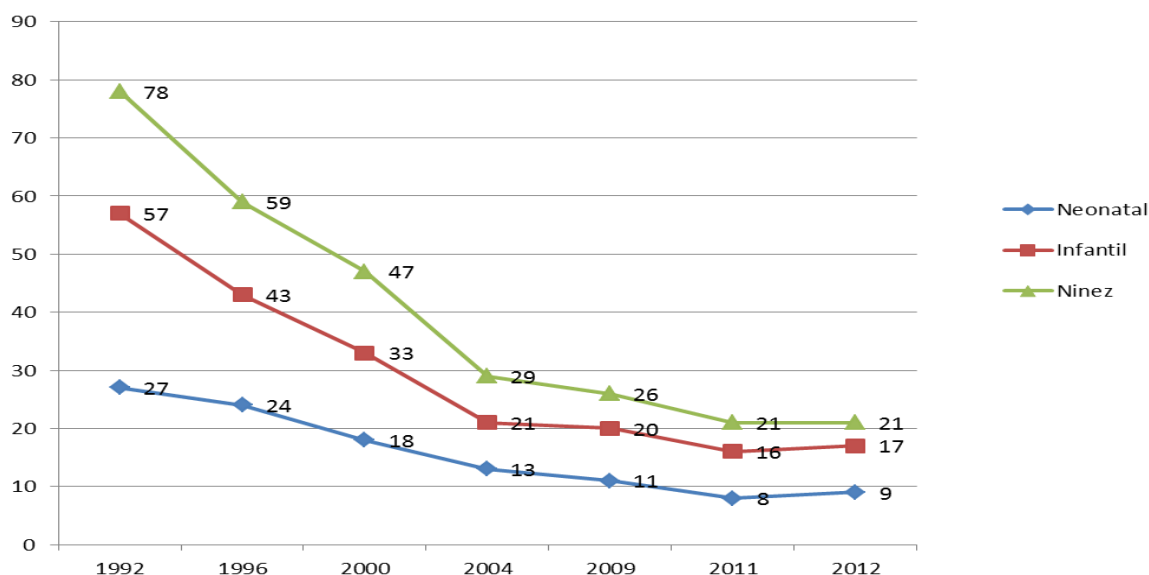
Estas reducciones nos ubica entre los 2 países con mayores progresos en la reducción de la mortalidad materna (60% de reducción relativa) y entre los 5 países con mayores progresos en la reducción de la mortalidad infantil (76% de reducción relativa), a nivel global y como uno de los casos más notables en la Región de las Américas, entre los años 1990 y 2011.

*A pesar de estos avances significativos en el país, **la mortalidad neonatal hoy representa el 52.9% de la mortalidad infantil**, y se constituye en un componente “duro” para mantener la tendencia de reducción actual y en un reto para la Salud Pública y los Derechos Humanos en el Perú. Ver Gráfico N° 1.*

## 2. La Situación de la Supervivencia del Recién Nacido (menores de un mes de nacidos).

Las últimas estimaciones del INEI reportan que en el Perú cada año fallecen **10,000 niños y niñas menores de un año, de los cuales 5,300 niños y niñas son menores de un mes**. No obstante, se observa una tendencia a la reducción de la mortalidad infantil (menores de un año) y neonatal (menores de un mes) entre los años 1991/1992 y 2009/2010, con un probable estancamiento en los últimos tres años (2010/2011-2012). Esto último es de especial preocupación. Ver Gráfico N°1.

**Gráfico N° 1. Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal, Infantil y en la Niñez. Perú. 5 años previos a la encuesta. INEI-ENDES 1992 al 2012.**



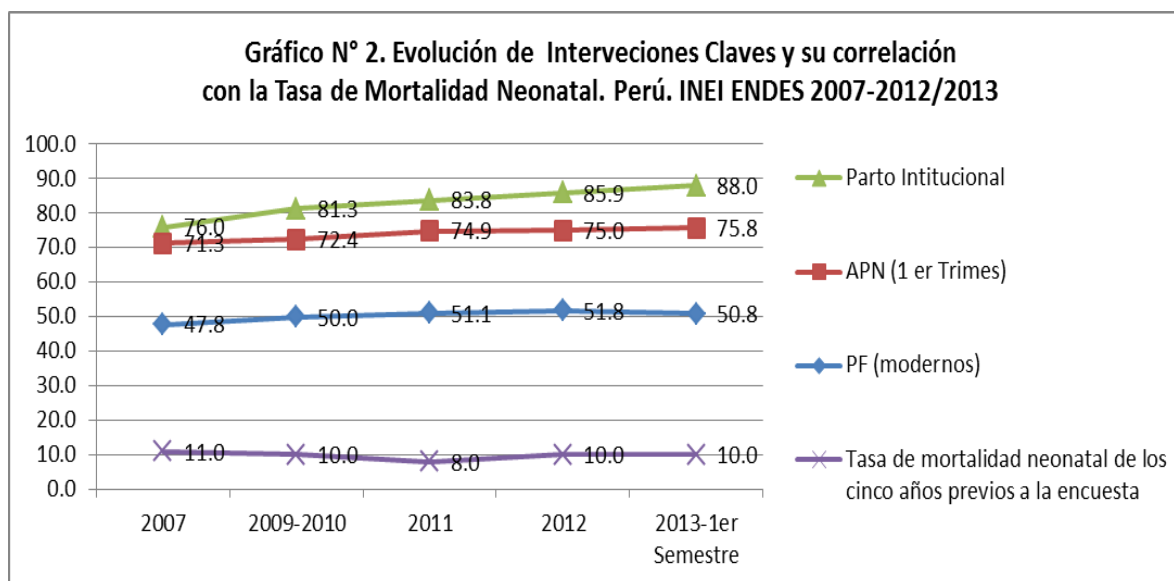
Elaboración: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF.

<sup>4</sup> Menores de un año de edad.

<sup>5</sup> Fuente: Perú. Tercer Informe Nacional del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2013.

No obstante, los avances observados en el país en la reducción de la mortalidad neonatal podrían deberse principalmente al incremento de la **cobertura** de los servicios de salud referidos a los cuidados de la madre y del recién nacido durante la etapa de pre concepción, durante el embarazo y en el momento del parto.

En el siguiente **Gráfico N° 2** se pueden constatar los avances en las intervenciones que han sido claves para reducir tanto la mortalidad materna como la mortalidad neonatal en el país:



A pesar de estos avances en las coberturas siguen siendo desafíos la **calidad** de los servicios de salud, sobre todo los preventivos-promocionales como la “**atención prenatal**”, el “**acceso a información/orientación sobre salud sexual y reproductiva**” y la “**educación para el cuidado del recién nacido en el hogar**”.

Es de preocupación el estancamiento en el avance de la cobertura del acceso a “**métodos modernos de planificación familiar**” (50.8%). Esta situación podría aumentar el riesgo de embarazos no deseados o no planificados e incluso la incidencia de abortos inseguros<sup>6</sup> y/o malas condiciones de la gestación y el nacimiento.

*La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el acceso a métodos 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 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, especialmente en adolescentes.*

<sup>6</sup> Se estima que en Perú ocurren más de 370,000 abortos al año. Fuente: FERRANDO, Delicia .El aborto clandestino en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.2006.

En el siguiente **Cuadro N°1** se puede observar el uso actual de métodos de planificación familiar en mujeres unidas:

<b>Cuadro N° 1. Uso Actual de Métodos Anticonceptivos entre Mujeres Unidas. Perú. INEI-ENDES 2012 (Porcentaje)</b>	
<b>Cualquier Método</b>	<b>75.5</b>
<b>Métodos Modernos</b>	<b>51.8</b>
Inyección	18.2
Píldora	9.4
Condón masculino	12.3
DIU	2.8
Otros (1)	9.1
Entre mujeres unidas de 15-19 años	50.6
<b>Métodos Tradicionales</b>	<b>23.7</b>
Abstinencia periódica	15
Retiro	7.6
Folclórico	1.1
Entre mujeres unidas de 15-19 años	16
(1) Incluye Esterilización masculina y femenina; métodos vaginales, MELA, implantes y anticoncepción de emergencia.	

Al respecto, se puede concluir que alrededor del 51.8 por ciento de las mujeres en unión conyugal estarían protegiéndose para prevenir un embarazo mediante el uso de métodos modernos de planificación familiar y, de ellas, sólo el 12.3 por ciento se protegerían de enfermedades de transmisión sexual y del VIH-SIDA, con el uso del condón. Además, el 23.7% de las mujeres en unión conyugal que utilizan métodos tradicionales de planificación familiar prácticamente no estarían protegidas por la baja o nula protección que dan para prevenir el embarazo.

En relación a la edad de la mujer en unión conyugal se observa que son las adolescentes entre 15 y 19 años las que tienen un menor uso de métodos de planificación familiar (tradicionales y modernos) que otros grupos de edad a pesar de ser un grupo altamente vulnerable y en riesgo<sup>7</sup>.

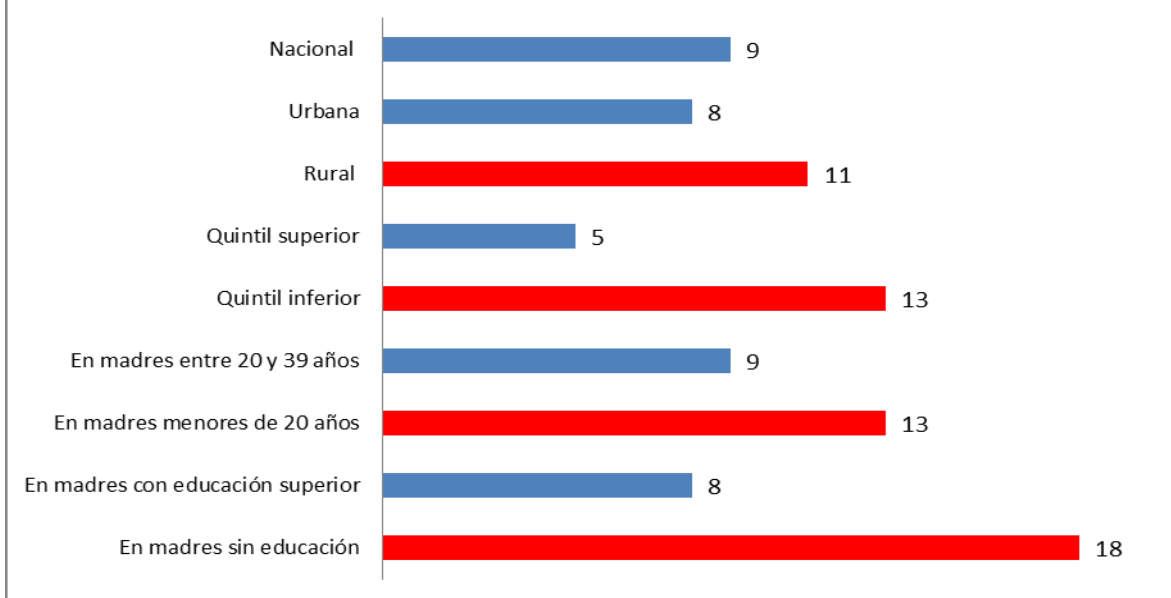
### **3. La Equidad en salud<sup>8</sup> sigue siendo un desafío para reducir la mortalidad materna y neonatal:**

Los niños y niñas menores de un mes de nacidos que provienen de las zonas rurales, cuyas madres son adolescentes (menores de 20 años), pobres y sin educación, siguen siendo los más vulnerables en el país e incluso con un mayor riesgo de morir. Ver Gráfico N°3.

<sup>7</sup> El embarazo y la maternidad en la adolescencia tiene riesgos muchos mayores para la salud y supervivencia de la madre y de sus hijos. Ver Alerta sobre Prevención del Embarazo Adolescente en el Perú. MCLCP. [http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc\\_01635.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01635.pdf)

<sup>8</sup> La equidad en salud centrada en los derechos humanos, es un valor ético, basado en el principio de justicia distributiva. Es decir que toda persona, independientemente de su grupo social, tenga oportunidades iguales para el logro de su salud. Fuente: Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad/inequidad en salud. Félix León Martínez, Bogotá, 2006.

**Gráfico N° 3. Tasa de Mortalidad Neonatal. De acuerdo a las Características de Equidad en Salud. INEI-ENDES 2012**



Fuente: INEI. Elaboración UNICEF/MCLCP.

Al respecto, es importante analizar los determinantes sociales relacionados a las condiciones de vida de la madre, las familias y los cuidados en el hogar<sup>9</sup>.

En hogares pobres con condiciones ambientales extremas y viviendas muy precarias (con exposición al humo de leña y/o al friaje), el riesgo de muerte de un recién nacido puede ser mayor. Asimismo, las prácticas inadecuadas durante el embarazo, incluso antes del embarazo, y en el momento del cuidado del niño o niña, sobre todo en madres adolescentes que no están preparadas biológica, emocional y económicamente para afrontar una maternidad a tan temprana edad y/o que no cuentan con el apoyo de su pareja y/o sus familias, coloca a los recién nacidos en un situación de alta vulnerabilidad (*Los recién nacidos de madres adolescentes tienen una tasa de mortalidad de 13 por cada mil nacidos vivos, superior a madres mayores de 20 años de edad*). Esto último obligaría al Estado a desarrollar servicios de extensión para la atención familiar y comunitaria, a través de campañas y visitas domiciliarias a las gestantes y recién nacidos, a cargo del personal de salud y de agentes comunitarios de salud. Asimismo, obligaría al Estado a desarrollar estrategias específicas para atender a las adolescentes tanto antes del embarazo, en el embarazo, parto, y puerperio como cuando ya es madre y se requiere espaciar y prevenir el segundo embarazo, asimismo, para atender los recién nacidos de madres adolescentes, en especial para aquellos que provienen de la selva rural y con mayor aislamiento en donde se requiere una suerte de coexistencia complementaria de la medicina tradicional y la biomedicina que se practica en los servicios de salud.

<sup>9</sup> Ver Estudio sobre Dimensión Cuantitativa y Concepciones y Cuidados Comunitarios de la Salud del Recién Nacido, en el área rural andina y amazónica del Perú. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. 2010.

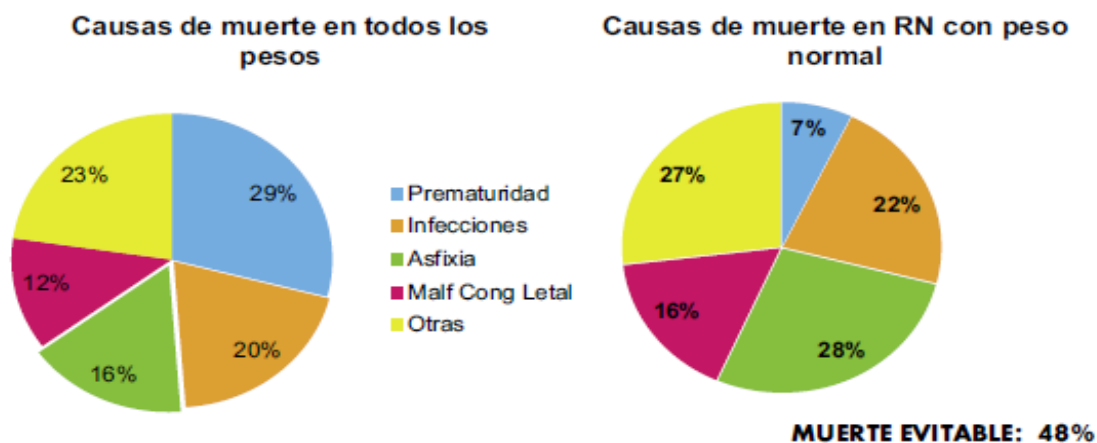
En este contexto las políticas de inclusión social requieren una especial atención a estos grupos vulnerables. La Estrategia Nacional Incluir para Crecer del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social ha priorizado a estas poblaciones como parte de sus políticas y dentro de su eje 1 “Nutrición Infantil” ha priorizado la salud de la adolescente, la nutrición pre concepcional, y la prevención del embarazo adolescente, como intervenciones específicas para reducir la incidencia del bajo peso al nacer, que también tiene que ver con el bienestar y supervivencia del recién nacido.

Otra medida que apunta principalmente a fortalecer la articulación intersectorial e intergubernamental en la prevención y reducción del embarazo adolescente es la reciente aprobación y puesta en marcha del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021<sup>10</sup> que incluye entre sus estrategias la atención integral de la salud de la adolescente con un énfasis en la salud sexual y reproductiva, contribuyendo con ello a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

**4. Características específicas de las Muertes en Recién Nacidos 2012-2013, según información del Sub Sistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal-Neonatal de la Dirección General de Epidemiología-MINSA:**

De acuerdo a la información del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal-Neonatal de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del año 2012<sup>11</sup>, se notificaron **3384** muertes neonatales y las principales causas asociadas son: prematuridad e inmaduridad (29%), infecciones (20%), asfixia (16%) y malformación congénita letal (16%). Ver Gráfico N° 4.

**Gráfico N°4. Defunciones neonatales según causas de muerte y peso al nacer. Perú 2012.**



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

<sup>10</sup> Decreto Supremo N° 012-2013-SA que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional.

<sup>11</sup> Es importante precisar que el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal del Ministerio de Salud tiene tres años de existencia, y la notificación actual de defunciones fetales y neonatales se concentra principalmente en Hospitales. Actualmente se estima que tiene un sub registro de muertes neonatales de 52.9%.

*Estas causas están relacionadas principalmente con las condiciones de la gestación, y la limitada capacidad de los servicios para prevenir y atender adecuadamente las complicaciones prenatales (especialmente la infección urinaria y la anemia), el trabajo de parto, el parto y el momento de nacimiento (corte oportuno del cordón umbilical, contacto piel a piel con la madre, reanimación del recién nacido asfijado, entre otros). Actualmente, es de preocupación las muertes en recién nacidos con peso normal ocasionados principalmente por infecciones (22%) y por asfixia (28%).*

**Los datos de vigilancia epidemiológica del año 2012 (DGE-MINSA), muestran que la mortalidad neonatal precoz, es decir las defunciones desde el parto hasta la primera semana de vida, es predominante en la muerte neonatal (80%)<sup>12</sup>; y que la proporción de defunciones en neonatos con muy bajo peso al nacer, con menos de 1500 g-hasta 500 g inclusive (1265 defunciones/representa el 37.38% del total de defunciones en neonatos), es similar a la proporción de neonatos con peso normal, igual o mayor a 2500 gr (1217defunciones/representa el 35.96% del total de defunciones en neonatos)<sup>13</sup>. **Muchas de estas muertes pudieron ser evitadas.****

*Las evidencias muestran que la mortalidad neonatal precoz podría reducirse a través de tres vías: i) reduciendo la ocurrencia de la prematuridad (parto antes de 37 semanas de gestación); ii) mejorando la atención al recién nacido con prematuridad y/o con complicaciones (con atención hospitalaria adecuada del tercer nivel); y iii) mejorando la atención del recién nacido normal (con abrigo, lactancia materna precoz y exclusiva, cuidado del ombligo, identificación y referencia de signos de peligro ya en el hogar, entre otros).*

La prevención de la prematuridad en recién nacidos puede ser apoyado mejorando la capacidad de los servicios de salud de atención de la gestante especialmente la calidad del control prenatal con el tamizaje adecuado de la presión arterial, de la hemoglobina y glucosa en la sangre, de la proteína en la orina, y para la identificación y tratamiento precoz de infecciones urinarias en la gestante, el aumento en consumo de hierro, ácido-fólico, zinc y otros micronutrientes además de aumento en consumo de una dieta balanceada calórico-proteico. Estas atenciones requieren fortalecer el sistema logístico de equipos e insumos, y personal de salud con los conocimientos y destrezas adecuadas, además de tener una buena actitud hacia la gestante.

Según las estimaciones del estudio sobre **“La Mortalidad Neonatal en el Perú 2011-2012”<sup>14</sup>** de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad neonatal para el

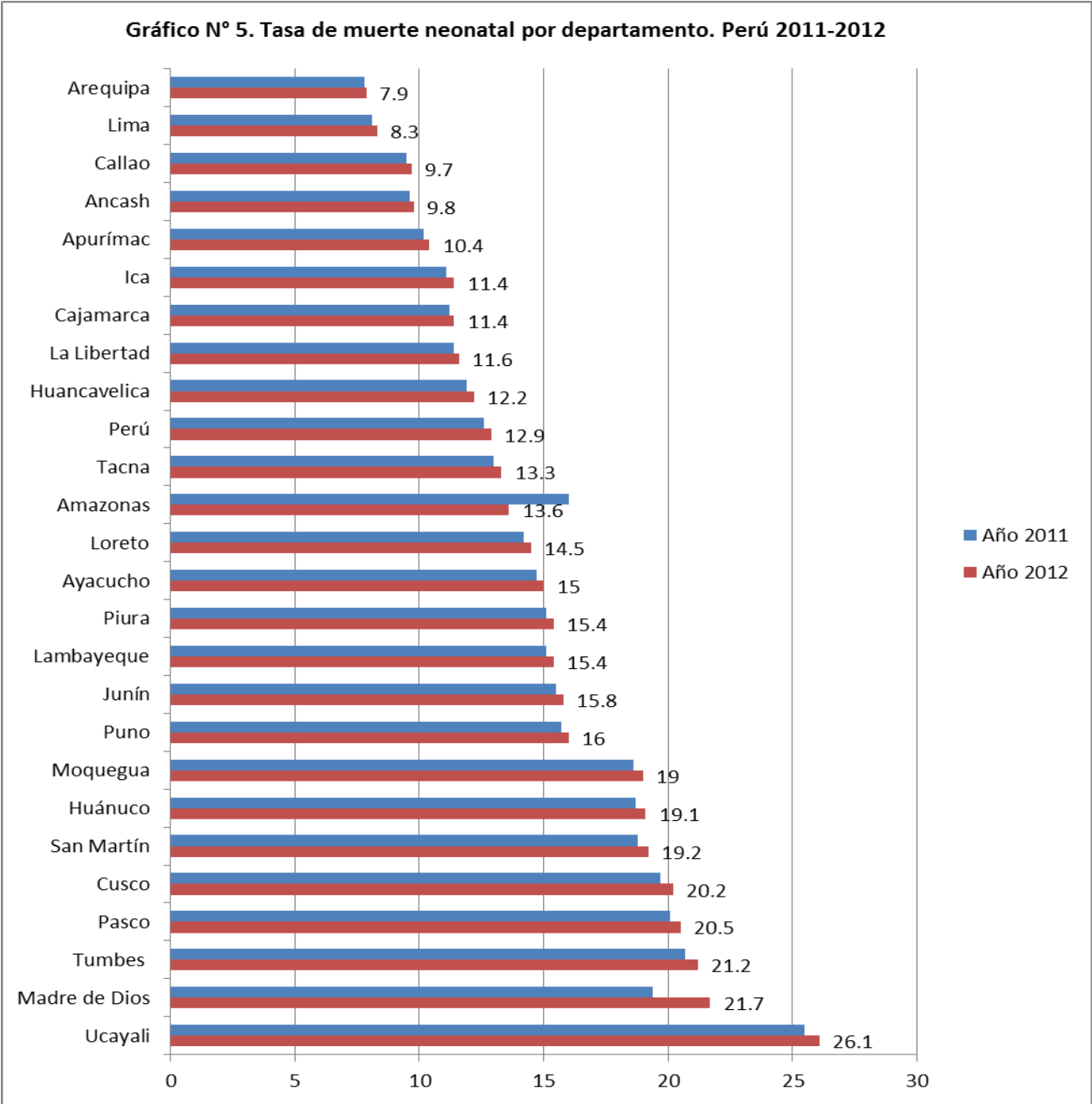
---

<sup>12</sup> En el año 2012, se reportaron 1069 defunciones de recién nacidos durante el primer día de vida, 1640 defunciones de recién nacidos entre los días 1 y 7 de vida, y 675 defunciones de recién nacidos entre los días 8 y 28 días de vida. Fuente: MINSA-DGE (2012).

<sup>13</sup> El Peso al Nacer es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento. El Subsistema de Vigilancia Epidemiología Perinatal Neonatal utiliza los siguiente estratos: i) Peso normal, igual o mayor a 2500 g; ii) Peso bajo al nacer, menos de 2500 g hasta 1500 g; iii) Peso muy bajo al nacer, menos de 1500 g (hasta 500 g inclusive).

<sup>14</sup> Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011-2012/ Elaborado por Jeannette Ávila Vargas. Mario Tavera y Marco Carrasco. Lima: Ministerio de Salud-DGE, 2013/

año 2012 es de **12.9 por mil nacidos vivos**, superior a la que registra el INEI-ENDES 2012, estimada en 9 por mil nacidos vivos. Asimismo, el riesgo de muerte durante el primer mes de vida es mayor en la Selva, tanto en el estudio del Ministerio de Salud (TMN: 19.8 por mil nacidos vivos) como en el que se registra en el INEI- ENDES 2012 (TMN: 13 por mil nacidos vivos). Finalmente, se evidencia que para el año 2012 el departamento con mayor tasa de mortalidad neonatal fue Ucayali con 26.1 por mil nacidos vivos, con una tendencia al incremento. Ver Gráfico N° 5.



Fuente: SNVEPN. DGE-MINSA-PERÚ/ Estudio Mortalidad Neonatal en el Perú 2011-2012/ Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.



Es importante precisar que ambas fuentes de información, MINSA e INEI-ENDES, se diferencian en que la primera compara y cruza dos fuentes de base de datos de mortalidad neonatal del Ministerio de Salud de los años 2011 y 2012 (Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal de la Dirección General de Epidemiología y la base de datos de defunciones del Sistema de Hechos Vitales de la Dirección General de Estadística e Informática); y la segunda, es una estimación para los 5 años (nacional) y/o 10 años (departamental) anteriores a la aplicación de la encuesta.

Actualmente, el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal tiene un subregistro en la captación de muertes neonatales de 52.9% frente a un mayor sub registro del Sistema de Hechos Vitales de 66.6%. Uniendo las dos bases de datos el subregistro de la mortalidad neonatal se estima en 24.6%.

*Para el año 2013, según la información de la vigilancia epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud<sup>15</sup>, hasta la semana 40, se han notificado **2526 defunciones fetales<sup>16</sup> y 2442 defunciones neonatales** en el Perú. Cerca del 50% de las defunciones (fetales y neonatales) se concentran en 6 Direcciones Regionales de Salud: **Lima Ciudad, La Libertad, Puno, Cusco, Junín y Piura**. Estas regiones, además de Loreto, fueron también las de mayor notificación en el año 2012.*

Al respecto, es de preocupación que la **mortalidad fetal<sup>17</sup>** sea un tema poco visible en el país a pesar de ser tan frecuente como la mortalidad neonatal, y que aún existan problemas en el registro de las causas de la defunción y en su certificación. Estas defunciones están ocurriendo principalmente antes del parto (2,132/84%) y durante el parto (394/16%). Estas muertes podrían ser evitadas con los cuidados prenatales, especialmente en el primer trimestre de gestación, tales como: tratamiento a las infecciones maternas durante el embarazo, abordar las afecciones de la madre como la hipertensión, favorecer el crecimiento fetal e identificar los signos de alarma durante el gestación.

## **B) ¿CUÁLES SON LOS AVANCES EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL?**

### **1. Avances del Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (2012-2013):**

El registro en línea es resultado de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Registro Nacional de Identidad (RENIEC). Es un aplicativo web que se encuentra en los

<sup>15</sup> Ávila J. Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y Neonatal en el Perú, 2013 (SE 1-40). Boletín Epidemiológico (Lima) 22 (40). Páginas 844-847.

<sup>16</sup> Es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual a 500 gramos.

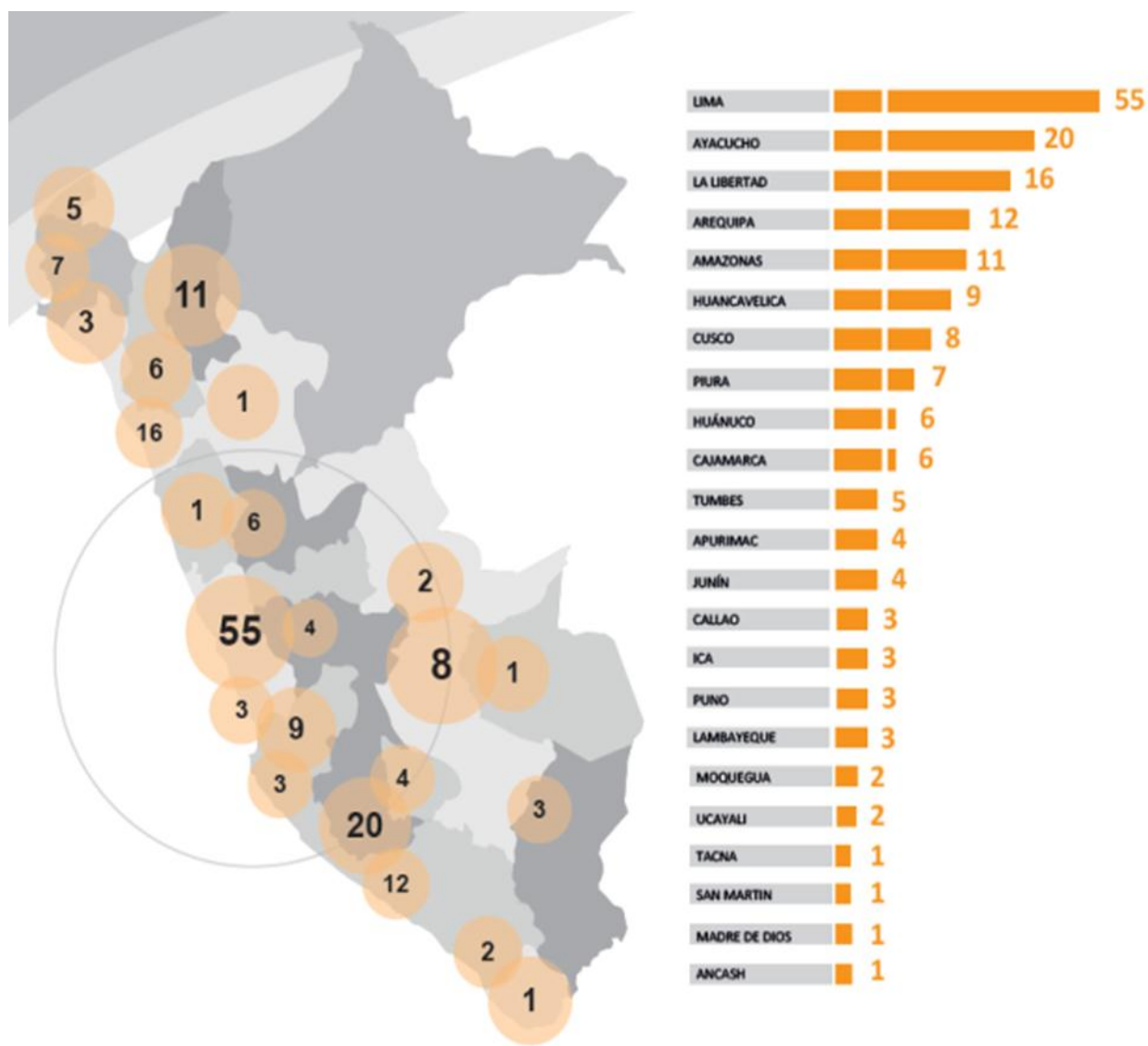
<sup>17</sup> Ídem.

establecimientos de salud y que se encuentra articulada a la base de datos de la RENIEC para identificar a la madre, recién nacido y personal de salud y a partir de ello se genera el Certificado del Nacido Vivo con un código único.

Según información de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, entre marzo 2012 y octubre 2013 se han registrado **237,039** recién nacidos vivos (30.8% el año 2012 y 69.12% el año 2013). El 54.9% de los registros son en Lima, 6.4% en el Callao, 5.9% en Cusco y 4,6% en Arequipa.

Actualmente, **existen 210 establecimientos de salud de 23 regiones que han sido incorporados al sistema de registro en línea**. Lima representa el 30%. Ver Gráfico N°6.

**Gráfico N° 6. Establecimientos implementados por regiones. Marzo 2012-Octubre 2013.**



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA.

## **2. Avances en las políticas de reducción de la mortalidad materna y neonatal:**

Se identifican avances en las políticas de salud orientadas a este fin como son:

- La implementación del Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal 2008-en adelante, que incluye entre sus intervenciones prioritarias la atención prenatal reenfocada (evaluación de factores de riesgo, prevención de la pre eclampsia, prevención de la anemia, detección de ETS e infecciones urinarias, tamizaje de violencia, orientación en salud sexual y reproductiva y acceso a métodos modernos de planificación familiar, entre otros), el parto calificado en establecimiento de salud y los cuidados inmediatos y post parto de la madre y el recién nacido.
- La implementación del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015.
- La aprobación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021.
- Normatividad sobre Atención Integral de Salud Materna y Atención Integral de Salud Neonatal.
- Adecuación cultural de los servicios de salud. Existen actualmente 504 casas maternas<sup>18</sup> en el país (año 2012) que buscan disminuir la barrera cultural y geográfica en el acceso al parto institucional.
- Otros avances en el sector salud: organización de la oferta de salud, desarrollo de capacidades de recursos humanos, fortalecimiento de los sistemas de información.

En ESSALUD desde noviembre del 2011, se estableció que la cobertura de las derecho habientes, hijas menores de edad e hijas mayores de edad incapacitadas en forma total y permanente para el trabajo afiliado al Seguro Regular y al Seguro de Salud Agrario, comprende las prestaciones de salud por maternidad y sus diagnósticos relacionados (Resolución N° 034-GCAS- ESSALUD-2011) y según Resolución de Gerencia Central de Aseguramiento N° 030-GCAS-ESSALUD-2013. Modificatoria de la Resolución N° 034-GCAS-ESSALUD-2011, en lo referido a cobertura por maternidad.

Recientemente, en el mes de diciembre del año 2013, en el marco de la Reforma del Sector Salud, se aprobó el Decreto Legislativo 1164 relativo a la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud-SIS, y que establece la incorporación progresiva de las gestantes y niños y niñas de 0 a 5 años al régimen subsidiado, siempre que no cuenten con otro seguro de salud. Con ello se garantiza la atención inmediata y la gratuidad de la atención a este grupo poblacional en riesgo a través del SIS.

---

<sup>18</sup> Casa construida o acondicionada por los gobiernos regionales, locales y la comunidad para alojar temporalmente a las gestantes o púerperas con dificultad de acceso a los servicios de salud.

Al respecto, es importante la vigilancia del cumplimiento de estos avances en las políticas de salud orientadas a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el país.

Por otro, existen avances de otros sectores que contribuirían a la reducción de brechas existentes en el país y la protección de las personas como “sujetos de derechos” como la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que considera cinco ejes estratégicos que expresan las diversas etapas del ciclo de vida entre ellos, el eje 1-Nutrición infantil y el eje 3-Desarrollo Integral de la niñez y la adolescencia, que responden, por un lado, a reducir la desnutrición crónica infantil a través de intervenciones orientadas a la madre gestante y a los niños entre 0 y 3 años y, por otro, a incrementar las competencias en el desarrollo personal, educativo y ocupacional de la niñez y la adolescente, incluyendo la prevención del embarazo temprano.

Actualmente, se encuentra en formulación el “Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbimortalidad Neonatal 2014-2018” y está por presentarse en el mes de abril de este año el “Segundo Informe Anual de Avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012- 2021” que incluye entre sus resultados esperados la reducción de la mortalidad neonatal, la reducción de la mortalidad materna y la prevención del embarazo adolescente.

### **C) ¿CUÁNTO INVIERTE EL PAÍS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL Y PORQUÉ ES IMPORTANTE PRIORIZAR SU ATENCIÓN EN LAS REGIONES?**

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

La reducción de la mortalidad neonatal comprende tres intervenciones: atención del recién nacido normal, atención del recién nacido con complicaciones y atención del recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos. Están a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Atención Integral de la Salud-Etapa de Vida Niño.

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

En relación a éstas intervenciones el presupuesto se ha ido incrementando sustantivamente. Ver Cuadro N° 2:

**Cuadro N° 2. Evolución presupuestal de los productos relacionados con la reducción de la mortalidad neonatal. PIM 2011, 2012, y 2013. Programa Salud Materno Neonatal.**

<b>Productos</b>	<b>PIM 2011</b>	<b>PIM 2012</b>	<b>PIM 2013</b>
Atención prenatal reenfocada	82,060,603	154,170,075	178,109,904
Atención del parto normal	148,799,008	230,104,016	296,691,064
Atención del recién nacido normal	59,091,206	80,342,539	84,473,308
Atención del recién nacido con complicaciones	51,612,370	94,209,042	88,463,964
Atención del recién nacido que requiere UCI	38,728,145	59,191,654	53,642,053

Fuente: Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas/Elaboración Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Al respecto, es de preocupación la disminución entre los años 2012 y 2013 del presupuesto asignado para dos intervenciones claves como “atención del recién nacido con complicaciones” y “atención del recién nacido que requiere unidad de cuidados intensivos-UCI”.

Por otro lado, es de preocupación la calidad del gasto del presupuesto del programa en el nivel nacional y regional y su orientación a resultados, en especial cuando se requiere un incremento del peso del presupuesto de “bienes y servicios<sup>19</sup>” (en el año 2013 representó el 33% del presupuesto del conjunto del programa). Es necesario precisar que el 59% (S/. 258 millones de nuevos soles), del presupuesto de “bienes y servicios” corresponde a la sub-genérica “contratación de servicios<sup>20</sup>” y sólo el 41% corresponde a la sub-genérica “compra de bienes” (S/. 181 millones de nuevos soles).

Cabe anotar que la Directiva N° 002-2012-EF/50.01 “Directiva para los Programas Presupuestales en el Marco de la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2013” que fuera aprobada con Resolución Directoral N° 004-2012-EF/50.01 establecía en su artículo 8º que el responsable del Programa Presupuestal es el titular de la entidad (MINSA) que tiene a cargo la identificación, diseño y logro de los resultados esperados de los mismos. A su vez para mejorar su operación en el artículo 10 y 11º se estableció la necesidad de la articular territorialmente los Programas Presupuestales, por lo cual se designaba a un Coordinador Territorial del Programa Presupuestal por el MINSA y a Coordinadores del Programa Presupuestal por los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. Estos funcionarios realizarían todas las acciones que coadyuvan a la mejor gestión de los Programas Presupuestales, lo que incluye el seguimiento y evaluación de los mismos, el avance de los indicadores de producción física (es la medida sobre

<sup>19</sup> “Bienes y servicios” comprende a los gastos por concepto de adquisición de bienes para el funcionamiento institucional y cumplimiento de funciones, así como por los pagos por servicios de diversa naturaleza prestados por personas naturales, sin vínculo laboral con el estado, o personas jurídicas.

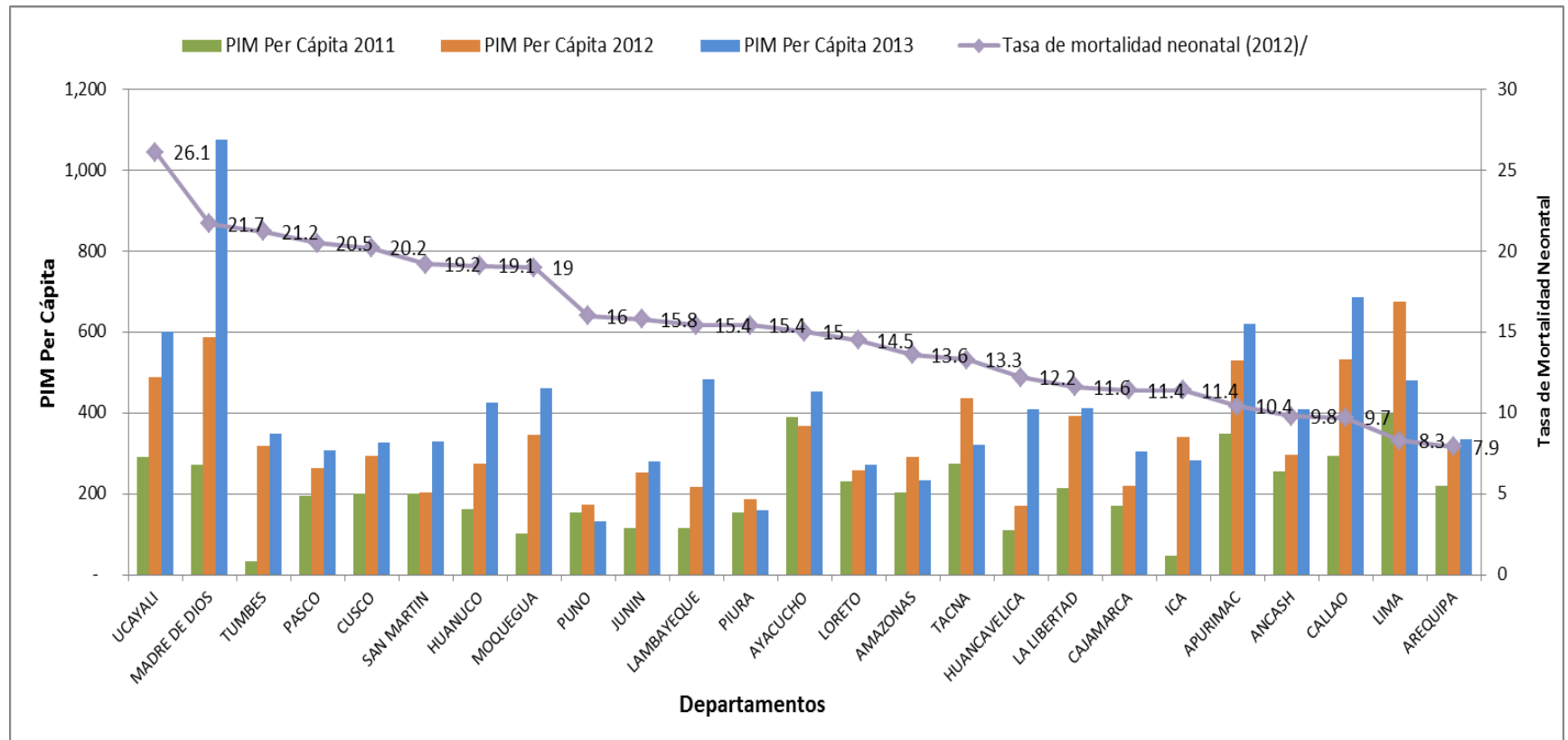
<sup>20</sup> Dentro de la sub-genérica de gasto “contratación de servicios” existe un mayor peso presupuestal para los contratos administrativos de servicios-CAS (alrededor de S/.186 millones de nuevos soles y representa el 72% de su presupuesto asignado).

cantidades de bienes y servicios provistos) y los indicadores de desempeño (es la medida sobre el logro de resultados, la entrega de productos o la satisfacción de los atributos del producto en las dimensiones de eficacia, eficiencia, calidad y/o economía). Hasta la actualidad no se conoce los avances en implementación de esta directiva.

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

- a. Avances importantes en el incremento de la inversión en recién nacidos en departamentos con alta tasa de mortalidad neonatal como: Madre de Dios (PIM per cápita: S/. 1,076 nuevos soles por nacimiento esperado) y Ucayali (PIM per cápita: S/. 600 nuevos soles por nacimiento esperado).
- b. Algunos departamentos se mantienen rezagados tales como: Puno (PIM per cápita: S/. 131 nuevos soles por nacimiento esperado) y Piura (PIM per cápita: S/. 158 nuevos soles por nacimiento esperado).
- c. Aun es necesario evaluar la correlación entre el incremento del presupuesto y la eficacia del programa para el logro de los resultados esperados, en especial en aquellas regiones donde se mantiene una alta la incidencia de la mortalidad neonatal. Ver Gráfico N° 7 y Cuadro N° 3.

**Gráfico N° 7. Análisis del Programa Salud Materno Neonatal desde el criterio de equidad en la asignación presupuestal para la atención de la salud neonatal (2011-2013)/\***



Fuente: Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas-/ Estudio sobre la Mortalidad Neonatal en el Perú 2011-2012 del Ministerio de Salud-DGE/ Elaboración Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza/\* El análisis del presupuesto incluye tres actividades del programa: atención del recién nacido normal, atención del recién nacido con complicaciones y atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN. No incluye proyectos de inversión.

Cuadro N° 3 :Análisis del Programa Salud Materno Neonatal desde el criterio de equidad en la asignación presupuestal para la atención de la salud neonatal (2011-2013)

DEPARTAMENTOS	PIM 2011 (*)	Número de Nacimientos Estimados (2011)/1	PIM Per Cápita 2011	PIM 2012 (*)	Número de Nacimientos Estimados (2012)/1	PIM Per Cápita 2012	PIM 2013 (*)	Número de Nacimientos Estimados (2013)/1	PIM Per Cápita 2013	Tasa de mortalidad neonatal (2012)/2
UCAYALI	2,845,816	9,739	292	4,627,138	9,488	488	5,548,484	9,243	600	26.1
MADRE DE DIOS	728,234	2,681	272	1,559,677	2,653	588	2,822,204	2,622	1,076	21.7
TUMBES	137,813	4,218	33	1,324,555	4,153	319	1,419,997	4,081	348	21.2
PASCO	1,297,007	6,636	195	1,727,459	6,574	263	2,002,599	6,511	308	20.5
CUSCO	5,490,789	27,338	201	7,785,036	26,594	293	8,448,263	25,809	327	20.2
SAN MARTIN	3,495,368	17,433	201	3,409,765	16,869	202	5,352,399	16,300	328	19.2
HUANUCO	3,249,268	20,216	161	5,428,707	19,845	274	8,263,642	19,444	425	19.1
MOQUEGUA	287,910	2,801	103	950,123	2,754	345	1,247,663	2,709	461	19
PUNO	4,873,061	31,605	154	5,302,406	30,860	172	3,929,990	30,085	131	16
JUNIN	3,450,060	30,081	115	7,513,852	29,751	253	8,209,292	29,402	279	15.8
LAMBAYEQUE	2,664,675	23,047	116	4,872,109	22,577	216	10,659,642	22,095	482	15.4
PIURA	6,129,170	39,515	155	7,205,017	38,729	186	6,009,013	37,915	158	15.4
AYACUCHO	6,522,797	16,780	389	6,019,240	16,328	369	7,188,286	15,834	454	15
LORETO	5,739,267	24,790	232	6,227,295	24,098	258	6,326,298	23,366	271	14.5
AMAZONAS	1,995,413	9,861	202	2,793,481	9,561	292	2,149,500	9,241	233	13.6
TACNA	1,633,653	5,946	275	2,547,010	5,825	437	1,824,643	5,700	320	13.3
HUANCAVELICA	1,588,361	14,449	110	2,415,050	14,219	170	5,713,956	13,954	409	12.2
LA LIBERTAD	7,727,428	35,950	215	13,854,231	35,218	393	14,214,048	34,463	412	11.6
CAJAMARCA	5,744,507	33,736	170	7,184,042	32,739	219	9,701,015	31,702	306	11.4
ICA	676,102	14,100	48	4,698,680	13,847	339	5,491,007	19,444	282	11.4
APURIMAC	3,885,369	11,155	348	5,748,240	10,850	530	6,506,060	10,475	621	10.4
ANCASH	6,070,024	23,725	256	6,884,583	23,177	297	9,246,680	22,609	409	9.8
CALLAO	4,688,417	15,895	295	8,355,306	15,721	531	10,649,091	15,538	685	9.7
LIMA	64,396,581	161,493	399	108,597,610	160,746	676	76,653,347	159,974	479	8.3
AREQUIPA	4,753,286	21,553	221	6,712,623	21,275	316	7,002,206	20,986	334	7.9
<b>PERÚ</b>	<b>150,070,376</b>	<b>604,743</b>	<b>248</b>	<b>233,743,235</b>	<b>594,451</b>	<b>393</b>	<b>226,579,325</b>	<b>589,502</b>	<b>384</b>	<b>12.9</b>

(\*) Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (Consulta Amigable, 2013)/ Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

1/ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales.

2/ Estudio Mortalidad Neonatal en el Perú. 2011-2012. MINSA-DGE

El análisis del presupuesto incluye tres actividades del programa: atención del recién nacido normal, atención del recién nacido con complicaciones y atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN.



## **RECOMENDACIONES PARA ASEGURAR LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE Y RECIÉN NACIDO.**

### **A) EN EL SEGUIMIENTO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES FETALES Y NEONATALES:**

#### **Al Ministerio de Salud:**

1. Actualización de la Norma Técnica N°078-MINSA<sup>21</sup> considerando la modificación de la ficha de notificación. La estandarización de la lista de causas de muerte fetal y neonatal y la investigación de la mortalidad fetal y neonatal.
2. Mejorar el sistema de registro de información de “hechos vitales” para reducir el sub-reporte de nacimientos y sus características claves (edad gestacional, peso, talla, edad de la madre, circunferencia cerebral, educación de la madre), para tener un denominador correcto que permite el análisis de las tendencias respecto de las características de los niños y niñas que nacen, con la finalidad de poder comparar éstas con las características de los neonatos que se mueren.
3. Capacitar y establecer la obligatoriedad del uso del Certificado de la defunción fetal (antes del nacimiento) y neonatal en los establecimientos de salud a fin de evitar el sub-registro de estos casos (actualmente se estima que tienen un sub-registro de muertes neonatales de 52.9%).
4. Incrementar el financiamiento para las actividades de “vigilancia epidemiológica perinatal<sup>22</sup> y neonatal” y el “sistema de registro de hechos vitales-certificado de nacido vivo en línea” a fin de extender y fortalecer su cobertura a nivel nacional, en especial en los establecimientos estratégicos del Ministerio de Salud.

#### **Al Ministerio de Salud, a las Gerencias Regionales de Salud, y/o a las Direcciones Regionales de Salud.**

5. Propiciar la articulación intergubernamental e intersectorial, con participación de la sociedad civil para el seguimiento de los nacimientos y defunciones en recién nacidos.
6. Coordinar estrechamente, de acuerdo a sus respectivas funciones, para fortalecer la notificación y la calidad del registro de causas de la mortalidad fetal y neonatal captada por el sistema de vigilancia epidemiológica con la implementación del incentivo del registro de muertes fetales y neonatales ocurridas en la comunidad y en coordinación con los Gobiernos Locales.

<sup>21</sup> Norma técnica de salud que establece el sub sistema nacional de vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal, con Resolución Ministerial del 23 de abril del 2009.

<sup>22</sup> Antes del nacimiento

7. Coordinar estrechamente para fortalecer el seguimiento nominal de niños y niñas y de gestantes y puérperas a partir de la identificación en línea.
8. Difundir la información acerca del seguimiento y evaluación del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal y de los programas que estén asociados, en el marco de la Directiva establecida por el MEF: N°002-2012-EF/50.01 “Directiva para los Programas Presupuestales en el Marco de la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2013”.

**B) PARA PROTEGER LA SALUD DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO:**

**Al Congreso de la República:**

9. Adoptar las medidas necesarias para revertir las barreras legales que registren los derechos de adolescentes mayores de 14 años a tener información y servicios de salud sexual y reproductiva.

**A las organizaciones de la sociedad civil, a las agencias de cooperación y al Ministerio de Salud, desde la incidencia política y abogacía en los temas de salud materna neonatal:**

10. Contribuir a visibilizar el problema de salud y supervivencia fetal y neonatal mediante la incidencia a nivel nacional, regional y local creando puentes multisectoriales que incluya a los partidos políticos, en el marco de los Acuerdos de Gobernabilidad y las Elecciones Regionales y Municipales 2014.

**Al Ministerio de Salud, desde su rol rector en la mejora de la oferta y calidad de los servicios de salud a nivel nacional, regional y local:**

11. Concluir y aprobar el “Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Neonatal 2014-2018”, con participación de las organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación.
12. Fortalecer las competencias en los establecimientos de salud de regiones con alta prevalencia de mortalidad materna y neonatal, en:
  - a. Control prenatal e identificación de signos de alarma, realizando un examen por trimestre (4 exámenes) cumpliendo el protocolo.
  - b. Acceso a información y métodos modernos de planificación familiar para prevenir el segundo embarazo y espaciar los nacimientos, con énfasis en prevención del embarazo adolescente.

- c. Mejora de prácticas en los cuidados del recién nacido: ayuda a respirar, abrigo, lactancia materna exclusiva, reconocimiento de signos de peligro, higiene, monitoreo de peso, especialmente en niñas y niños en riesgo.
  - d. Manejo de recién nacidos con complicaciones y prematuridad (estabilización, manejo de complicaciones, madre canguro y referencia).
  - e. Corte oportuno del cordón umbilical.
13. Fortalecer las estrategias de referencia y contra-referencia de gestantes de riesgo y recién nacidos con complicaciones, así como las condiciones de transporte neonatal, incluyendo la participación comunitaria.
  14. Propiciar la integración en el trabajo de los responsables de las normas de atención integral en salud materna y salud neonatal.
  15. Fortalecer la atención diferenciada a la adolescente gestante, madre adolescente y recién nacido(a) de madre adolescente, por presentar mayores niveles de mortalidad. Asimismo, fortalecer los espacios de articulación para la atención al embarazo adolescente.

**Al Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Regionales y Locales, desde las acciones de prevención y promoción de la salud:**

16. Fortalecer e incrementar la visita domiciliaria a las madres y recién nacidos, durante las primeras cuatro semanas en las áreas priorizadas, con énfasis en regiones con mayor reporte de muertes fetales y neonatales.
17. Incluir a los agentes comunitarios en las intervenciones estratégicas de educación comunitaria y de familia para la prevención de la mortalidad materna y neonatal y la vigilancia de la muerte neonatal domiciliaria.
18. Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de salud en zonas rurales, en especial selva rural, desde los enfoques de género e interculturalidad en salud, propiciando el uso oportuno de los establecimientos de salud, sensibilizando en los cuidados de la gestante y recién nacido y adecuando las estrategias en contextos específicos. Esta adecuación de estrategias hacerla en coordinación con los otros programas nacionales (como el caso de los “Tambos”, barcos itinerantes en la selva y otros).
19. Implementar los establecimientos definidos como estratégicos que están asignados prioritariamente a la atención madre-niño, articulándolos con las redes integradas en construcción.

**Al Ministerio de Salud y la RENIEC:**

20. Implementar universalmente, antes de los 30 días de nacido, el certificado de nacido vivo y el DNI, favoreciendo el seguimiento y la atención al recién nacido.

**Instituciones que participaron en la elaboración del presente Reporte:**

Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN).

**Por el Estado:**

Ministerio de Salud-MINSA (Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de la Salud- Etapa de Vida Niño y Etapas de Vida Adolescente y Joven; Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección General de Epidemiología-DGE, y Oficina General de Estadística e Informática);

Seguro Social del Perú-ESSALUD;

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSALUD II;

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-MIMP;

Defensoría del Pueblo-Adjuntía para los Derechos de la Mujer.

**Por las organizaciones de la sociedad civil:**

CARE Perú;

Future Generations;

Asociación Benéfica PRISMA;

Sociedad Peruana de Pediatría;

Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud;

Colegio Médico del Perú;

Colegio de Obstetras del Perú/ Colegio Regional de Obstetras III Lima Callao;

Colegio de Enfermeras del Perú;

Instituto Peruano de Paternidad Responsable-INPPARES;

Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos-PROMSEX.

**Por las agencias de cooperación:**

Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA;

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF;

Organización Panamericana de la Salud-OPS;

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID Perú (Proyectos: Políticas en Salud, y Municipios y Comunidades Saludables II).

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

**Comité Ejecutivo Nacional  
Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza-MCLCP  
Lima, 10 de abril del 2014**