



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DOCUMENTO TÉCNICO:

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD
MATERNA Y PERINATAL
2009-2015**

LIMA, 2009

Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 / Ministerio de Salud.

Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2009.
56 p.

PLANES NACIONALES DE DESARROLLO / POLÍTICA DE SALUD / MORTALIDAD MATERNA / MORTALIDAD INFANTIL / DIVERSIDAD CULTURAL / SISTEMA DE SALUD, historia / ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN / ESTADÍSTICAS DE SALUD / VIGILANCIA SANITARIA / PERÚ.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2009-06406

Documento Técnico:

Plan Estratégico Nacional para la Reducción
de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015

Primera Edición, Mayo 2009.

Diseño y Diagramación

Enrique Bachmann

Ministerio de Salud

Av. Salaverry, Cdra. 8 S/N, Jesus Maria

<http://minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Lima – Perú

Impreso en el Perú

Editorial ARTPRINT

Parque Gonzáles Prada 379 - Magdalena

Teléfono: 460-1656 - Fax 425-7974

Tiraje: 2000 ejemplares



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Ministro de Salud
Dr. Oscar Ugarte Ubilluz

Viceministro de Salud
Dr. Elías Melitón Arce

Director General de Salud de las Personas
Dr. Edward Cruz Sánchez

Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria
Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva
Lucy del Carpio Ancaya

AGRADECIMIENTO POR LA COLABORACION EN LA ELABORACION DEL PRESENTE PLAN ESTRATEGICO:

MINISTERIO DE SALUD:

Liliana La Rosa Huertas	Asesora Despacho Ministerial
Angel Rodríguez Armas	Asesor Despacho Viceministerial
Edward Cruz Sánchez	Director General de Salud de las Personas
Lucy Del Carpio Ancaya	Coordinadora Nacional de la ESNSSyR
Carmen Julia Carpio Becerra	Equipo Técnico ESNSSyR
Carmen Mayurí Morón	Equipo Técnico ESNSSyR
Marysol Campos Fanola	Equipo Técnico ESNSSyR
Ulalia Cárdenas Cruzatti	Equipo Técnico ESNSSyR
Nery Fernández Michuy	Equipo Técnico ESNSSyR
Marita de Los Ríos Guevara	Equipo Técnico ESNSSyR
Walter Prudencio León	Equipo Técnico ESNSSyR
Rosario Jiménez Alva	Equipo Técnico ESNSSyR
Tania López Zenteno	Coordinadora Nacional de la ESN NT
Byelca Huaman Zevallos	Equipo Técnico ESNPC ITS-VIH y Sida
Luis Miguel León García	Director Ejecutivo de Atención Integral
Graciela Zacarías Aguirre	DAIS-EVN
Rosa Vilca Bengoa	DAIS-EVN
Lourdes Palomino	DAIS-EVA
Luis Meza Santibáñez	DSS
Nidia Guardia Aguirre	DSS
Alida Palacios Enríquez	DSS
Nolberto Quezada Velásquez	PRONAHEBAS
Oscar Galindo Mallma	PRONAHEBAS
Fresia Cárdenas García	DCS
Rosario Zavaleta	DCS
Jessica Graña Espinoza	DCS
Ariela Luna Flores	Directora General de Promoción de la Salud
Jessica Niño de Guzmán	DGPS
Milagritos Araujo	DGPS
Janet Apac Robles	DGPS
Maria Beatriz Ugaz	DGPS
Gladys Paco Echevarria	DGPS
Judith Fabian Manzano	DGPS
Luis Robles Guerrero	Secretaría General
Augusto Portocarrero	OGPP
Julio Castillo Fernandez	OGPP
Segundo Montenegro	OGPP
Carlos Santos Loyola	OGAJ-MINSA
José Bolarte Espinoza	DGE
Carlos Martínez Paredes	DGE
María Ticona Segovia	DGE
Roxana Torricelli Farfan	OGC
Silvana Vega A.	OGC
Pascual Huaylinos Sánchez	OGC-Prensa

Gustavo Granados Cairampoma	DIGEMID
Raquel Cuentas Ramírez	SIS
William Anchiraico	OGEI
Maria Elena Muñoz Zambrano	INS
Mirko Lázaro Serrano	INS/CENAN
Mercedes Ochoa A.	INS/CENAN
Zoila Almonacid Estrella	DISA - Lima Ciudad
Milagros Manuela Caceres Escobar	DIRESA Lima
Maria Beatriz Nizama Avila	DISA - Lima Sur
Hector Angel Rivas Gallardo	DISA - Lima Este
Doris Maxima Lujan Calvo	DISA - Lima Este
Mary Nelly Ortiz Cornejo	DIRESA Callao
María Luisa Palomino Rojas	DIRESA Callao
Enrique Guevara Rios	INMP
Marcos Llanos Saldaña	Hospital Huaycan

OTRAS INSTITUCIONES:

Gloria Riesco de la Vega	EsSALUD	Edgar RamirezPérez	UNFPA
Rita Meza Padilla	EsSALUD	Lucy López Reyes	USAID
Edith Sulca Flores	Sanidad PNP	Alfredo Guzmán Changanqui	OPS/OMS
Wilber Alberto Cossio Melgar	Sanidad PNP	Mara Edith Baca	OPS/OMS
Melina Suta Sánchez	Sanidad PNP	Miriam Cruz Olave	OPS/OMS
Zoila Soto Hidalgo	Sanidad PNP	Rossina Guerrero Vasquez	PROMSEX
Carlos Zapata Del Águila	Hospital Naval	Susana Chávez Alvarado	PROMSEX
Javier Otero	Hospital Militar	Oscar Bueno Valenzuela	PARSALUD
Carola León Rivas	Hospital Militar	Jay Goulden	CARE-PERU
Julio Castro Gómez	Decano del Colegio Medico del Perú	Elena Esquiche León	CARE-PERU
Luis Tavera Orozco	Colegio Medico del Perú	Danilo Misael Fernández B.	CARE-PERU
Carmen Gamarra Figueroa	Decana del Colegio de Obstetras del Perú	Irma Ramos Chávez	PATH
Elsa Susy Contreras Canorio	Colegio de Obstetras del Perú	Miguel Gutiérrez Ramos	PATHFINDER
Lourdes Rosario Cavanoza C.	Colegio de Obstetras del Perú	Luis Flores Cubas	PATHFINDER
Mirtha E. Muñoz Hidrogo	USMP- Facultad de Obstetricia y Enfermería	Luisa Sacieta Carbajo	ISR
Patricia Ansion Millares	MINEDU-Dirección de Tutoría	Rosario Panfichi	ISR
Sonia Romero Ramos	MINEDU	Alfonso Villacorta Bazán	Iniciativas de Políticas en Salud
Jorge Hidalgo Chavez	MINEDU	Gracia SubiríaFranco	Iniciativas de Políticas en Salud
Patricia Burga Mateos	MIMDES	María Rosa Garate	Iniciativas de Políticas en salud
Grover Castro Arias	Director de Promoción y Difusión SE-CNDH-MINJUS	Ana María Morales	Iniciativas de Políticas en salud
Melissa Bustamante Gutiérrez	Defensoría del Pueblo.	Mario Tavera Salazar	UNICEF
Grecia Rojas Ortiz	Defensoría del Pueblo	Fabiola Quiroz	UNICEF
Fernando Carbone Campoverde	Médicos Mundi Navarra	Eleana Rodríguez Valero	Manuela Ramos
Milagros Sánchez	UNFPA	Daniel Aspilcueta	INPPARES
Walter Mendoza	UNFPA	Cecilia Olea Mauleon	Flora Tristán
		Diana Miloslandy Tupac	Flora Tristán
		Zulema Gambirazio	Consultora
		José Garay	Consultor



Resolución Ministerial

Lima, 24 de MARZO del 2009

Visto el Expediente N° 09-016387-001, que contiene el Informe N° 027/2009/DGSP/ESNSSyR/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas, el Informe N° 068-2009-OPCI-OGPP/MINSA de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, y el Informe N° 202-2009-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:



M. Arce R.

Que, por Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, de fecha 27 de julio de 2004, se aprobó la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva en el ámbito de la Dirección General de Salud de las Personas;



E. Castro P.

Que, por Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA de fecha 9 de marzo de 2005, se aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2006, con el objetivo general de reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal;



L. Poncebello G.

Que, dentro de la política nacional de disminuir la mortalidad materna y perinatal es necesario generar un plan que oriente las decisiones, a fin de optimizar los recursos y consolidar las acciones hacia este objetivo, por tratarse de situaciones ligadas estrechamente, y que son indicadores que reflejan el nivel de desarrollo humano del país;

Que, en tal virtud se ha elaborado el Documento Técnico: Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, producto de la revisión minuciosa y detallada de información científica nacional e internacional, de experiencias exitosas en otros países, de lecciones aprendidas a través de diferentes intervenciones locales e internacionales, de la opinión de técnicos del más alto nivel, expertos en el tema y en los nuevos enfoques de la salud y participación social, todo lo cual ha permitido analizar la información con un criterio más global e integrador;



V. Rojas M.

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;



L. Chacón A.

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:



M. Arce R.

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015" que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva, es responsable de la difusión e implementación del citado Documento Técnico.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o la que haga sus veces en el ámbito regional, Redes de Salud, Micromodulos de Salud y demás establecimientos de salud, a nivel nacional, son responsables del cumplimiento del referido Documento Técnico en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.



A. Portocarrero G.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portal/transparencia/normas.asp> del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese



V. Rojas M.



Carrión A.


OSCAR RAUL UGARTE URBILUZ
MINISTRO DE SALUD



ÍNDICE

PRÓLOGO	9
PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN	11
I. FINALIDAD	13
II. OBJETIVO	13
III. BASE LEGAL	13
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	14
V. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2009 - 2015	14
V.1.- ANTECEDENTES	14
V.1.1 OBJETIVOS DEL MILENIO	15
V.1.2 COMPROMISOS DEL ESTADO	15
V.1.3 INTERVENCIONES PREVIAS	16
V.2.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	21
V.2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL	
V.2.2 CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN EL PERÚ	25
V.3. PRINCIPIOS, ENFOQUES, VISIÓN Y MISIÓN	33
V.4. LINEAMIENTOS, OBJETIVOS, METAS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	37
V.4.1 LINEAMIENTOS	37
V.4.2 OBJETIVOS	37
V.4.3 METAS AL 2015	39
V.4.4 LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICA	40
V.4.5 INDICADORES POR OBJETIVO ESTRATÉGICO Y RESULTADO ESPERADO	45
V.5. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN	52
V.6. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	52
VI. ANEXOS	54
VII. BIBLIOGRAFÍA	55

PRÓLOGO

El Gobierno del Perú desde el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Cooperación Internacional y la participación de las instituciones que conforman el sector, instituciones formadoras de profesionales de la salud, diferentes actores de la sociedad civil organizada, expertos y otros actores importantes del nivel nacional, han abocado sus esfuerzos, conocimientos y experiencias en la construcción del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal para el período 2009 - 2015, en el Perú.

El presente Plan responde a la necesidad del país y del Sector Salud de orientar las decisiones, optimizar el uso de los recursos y consolidar las acciones hacia la reducción de la mortalidad materna y perinatal, ambas situaciones ligadas estrechamente, y que son un indicador y reflejan el nivel de desarrollo humano del país.

Los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud, juntamente con el proceso de regionalización y descentralización que vive el país, al comenzar el nuevo milenio, han permitido establecer las condiciones normativas para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a la problemática de la mortalidad materna y perinatal, que en comparación con los demás países de América Latina aun se mantiene muy elevada.

El Ministerio de Salud se propone generar el impulso y articular armónicamente, desde los más altos niveles de decisión política del país, a los diferentes sectores, a la cooperación internacional, a la sociedad civil y a todos los peruanos y peruanas, a congregar sus esfuerzos en un solo objetivo: **reducir la mortalidad materna y perinatal**, en tanto el Derecho de Salud Sexual y Reproductiva es reconocido de acuerdo a las Conferencias de Población y Desarrollo de El Cairo y Beijing, como compromiso internacional asumido en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas.

El presente plan es coherente a través de sus líneas de acción estratégica con las funciones y objetivos del sistema de salud, orientándose en todo momento a mejorar su desempeño para beneficio de la población, en modo especial, para las gestantes y los recién nacidos; en el marco de la descentralización, la reforma del sector, la equidad de género, y el empoderamiento, responsabilidad y participación ciudadanas, en el quehacer de la salud.

Esperamos que todos los sectores y actores congregados por esta misión tengan con este Plan, la herramienta que les permita canalizar su participación para lograr el objetivo último que es la salud materna y del recién nacido.

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud

PRESENTACIÓN

El presente documento es el resultado de un arduo proceso de trabajo coordinado entre el Ministerio de Salud, otras instituciones del Sector Salud, la cooperación internacional y actores con categoría de expertos en el tema de mortalidad materna y perinatal y que reflejan la prioridad de este tema en la agenda pública de salud del país.

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal para el período 2009 - 2015 ha sido producto de la revisión minuciosa y detallada de información científica nacional e internacional, de experiencias exitosas en otros países, de lecciones aprendidas a través de diferentes intervenciones locales e internacionales, de la opinión de técnicos del más alto nivel, expertos en el tema y en los nuevos enfoques de la salud y participación social, todo lo cual nos ha permitido analizar la información con un criterio más global e integrador.

Es así que el Plan formula una propuesta para que los recursos del Estado, desde los diferentes niveles de gobierno, Nacional, Regional y Local, se orienten de tal forma que permitan mejorar el desempeño del sistema de salud, en el marco de la descentralización, con la participación de los diferentes sectores y en conjunción con el equipamiento social movilizado y optimizado desde todas las instancias, aún las comunidades más alejadas, y se logren los objetivos propuestos con la participación integral de todos los actores sociales involucrados en el quehacer de la salud.

Este Plan Estratégico Nacional se propone suscitar adhesiones desde los poderes del Estado y permitir, con una adecuada asignación de recursos, alcanzar los niveles de reducción de la mortalidad materna y perinatal comprometidos y que evidencien tanto la preocupación del Estado por el bienestar de sus ciudadanos como por el desarrollo del país.

INTRODUCCIÓN

En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron evitarse en su mayor proporción¹. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos.

La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un trato social igualitario con los hombres.

La mortalidad materna y perinatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobretodo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre otras.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

Es necesario también considerar que, para los recién nacidos, el parto representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo.

En el Perú, desde el fin de la década de los 90 hasta la actualidad, la razón de mortalidad materna es de 185 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal es de 23,1 muertes perinatales por 1,000 nacidos vivos: la razón de mortalidad materna coloca al país dentro de aquellos con mayor mortalidad materna en Latinoamérica. A pesar de que a inicios de este siglo se han realizado adecuaciones normativas, se han operado cambios en el modelo de atención de la salud y se han implementado programas para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud, principalmente referida a la barrera económica, ambas mortalidades casi no se han modificado, lo cual resulta preocupante y nos plantea el reto de reevaluar y redefinir nuestros enfoques, estrategias e intervenciones

¹ WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, 2007

En el contexto internacional se describe que las intervenciones para reducir o prevenir las muertes maternas, podrían darse a tres niveles: **a) reducir las posibilidades de embarazo**, orientado a disminuir los embarazos no deseados o no programados y a garantizar una maternidad voluntaria; **b) reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio**, orientado a la identificación de signos de alarma y de medidas de prevención de complicaciones en la gestante y el perinato; y a lograr el parto institucional, con el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia postparto y la sepsis puerperal; **c) reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones**, fortaleciendo la capacidad resolutive de los establecimientos que brindan atención de emergencias obstétricas y neonatales.

Es por ello que resulta necesario elaborar un plan estratégico que contemple las intervenciones con impacto reconocido para reducir la mortalidad materna perinatal; considerando elementos fundamentales como: el compromiso político, la inversión en el sector salud, el desempeño del sistema de salud, los derechos humanos, sexuales y reproductivos, las características culturales e histórico-sociales del país, el enfoque de género, el abordaje multisectorial y el involucramiento del sector privado; todo ello en el contexto de la descentralización y desde los diferentes niveles de gobierno y poderes del estado.

I. FINALIDAD

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015 tiene por finalidad contribuir a modificar sustancialmente en el país los indicadores negativos relacionados a la muerte en mujeres por embarazo, parto y puerperio, y de los perinatos, especialmente de los sectores menos favorecidos de la población nacional.

II. OBJETIVO

El presente Plan Nacional tiene los siguientes objetivos:

- ◆ Establecer las pautas que deberán cumplir las diferentes instancias del Ministerio de Salud, las DISA y DIRESA, las redes y micro redes, y sus Establecimientos de Salud a nivel nacional para disminuir la mortalidad materna y perinatal en el Perú.
- ◆ Servir de base para que se genere el Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, que involucre a todas las instancias públicas y privadas que integran el Sector Salud.

III. BASE LEGAL

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU, 1966.
- Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. OEA, 1994.
- Objetivos del Desarrollo del Milenio 2000 al 2015.
- Constitución Política del Perú. 1993.
- Ley N° 26260, Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de Promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana y su reglamento aprobado por DS N° 002-2006/SA.
- Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población y modificada por la Ley N° 26530.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento: “La Salud Integral Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)”.
- Resolución Ministerial N° 536/2005/MINSA/DGSP, que aprobó la Norma Técnica de Planificación Familiar.
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprobó las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- Resolución Ministerial 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, que aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004-2006.
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, que aprobó el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

- Resolución Ministerial N° 386 - 2006, que aprobó la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- Resolución Ministerial N° 453-2006, que aprobó el Comité de Mortalidad Materna.
- Resolución Ministerial N° 597-2006 que aprobó la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud de Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Ministerial, N° 1001-2005/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 713-2005/MINSA, que aprobó la Modificación de la Conformidad del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional.
- Resolución Ministerial 598 -2005, que aprobó la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.
- Resolución Ministerial 669 – 2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Supervisión Integral N° 035.
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive.
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprobó la Guía de práctica clínica para la Atención del Recién Nacido.
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA. Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA, que aprobó el reglamento para el funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Nacional es de aplicación en todas las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud, y sus respectivos Establecimientos de Salud, así como en los Hospitales Nacionales e Institutos en lo que corresponda.

El Plan Nacional puede servir de referencia a otros subsectores que se comprometan en el trabajo coordinado por la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

V. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2009 - 2015

V.I. ANTECEDENTES

El Perú se ha sumado a los distintos compromisos internacionales que han señalado la reducción de la Mortalidad Materna como un meta clave del desarrollo, entre los que cabe señalar la Iniciativa de la Maternidad Segura, Nairobi (1987), la Cumbre de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (1995), la Declaración del Milenio y sus Metas (2000), y la Sesión Especial de la Asamblea General sobre la Niñez (2002).

En la Cumbre del Milenio celebrada en el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, en los que se exhorta a reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015.

En el Ministerio de Salud, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es la responsable de conducir el diseño y ejecución del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Muerte Materna y Perinatal, el cual se sostiene en los compromisos internacionales de carácter vinculante que el País ha asumido en materia de Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Reproductivos y de Derecho a la Igualdad de las Mujeres; en los compromisos del Estado en materia de salud; en el compromiso sobre el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con las Naciones Unidas, en las prioridades sanitarias que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional, así como en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007 - 2020.

V.1.1 OBJETIVOS DEL MILENIO

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna.

Meta 6. Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

V.1.2 COMPROMISOS DEL ESTADO

El Estado ha asumido varios compromisos respecto a la reducción de la mortalidad materna y perinatal, y al logro de una maternidad saludable:

A. EN EL NIVEL INTERNACIONAL

Entre los documentos más importantes están la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Viena (1993). En ellos se reconoce el derecho de todas las personas a gozar «del nivel de salud física y mental más alto posible», garantizado por el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales (art. 12). La Convención Contra toda forma de Discriminación hacia la Mujer (1965). El Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (1966). Sin embargo, las conferencias internacionales de El Cairo (Población y Desarrollo) y de las Mujeres en Beijing, han sido los eventos de mayor y directo impacto en la vida de las personas y han reorientado el rumbo de muchas políticas nacionales e internacionales respecto a temas de población, género, derechos y desarrollo, porque en ellas se trató de integrar los derechos sexuales y derechos reproductivos. Derechos que hasta entonces no habían sido valorados en la medida que les corresponde.

Estas conferencias contribuyeron a dar forma y a definir una base conceptual compartida sobre el contenido de los derechos reproductivos y, simultáneamente, a poner en marcha programas de acción para convertir este concepto en realidad.

Desde otro análisis, significó un cambio de perspectiva en la atención de la salud de las mujeres, vista no solo a partir de su edad reproductiva, como objeto de control poblacional o procreador, sino abordada en todas las etapas de vidas, desde la niñez y desde un enfoque integral que lleve a su bienestar y a su autonomía.

En la práctica, el acceso a estos derechos, en cada uno de nuestros países, se da entre avances y retrocesos por cambios frecuentes en las políticas; ello demanda una acción permanente de la sociedad responsable de esta problemática, respetuosa de los derechos, tanto desde la incidencia política como desde campañas públicas.

Las implicancias sociales van más allá de este aspecto, pues la capacidad reproductiva de las mujeres está relacionada a la capacidad de una sociedad de producir su fuerza de trabajo; por ejemplo en países desarrollados, el Estado se ve obligado a ofrecer compensaciones que estimulen a las familias a tener más hijos.

La relevancia de estos compromisos internacionales es que la mayoría de ellos tienen carácter vinculante, es decir que tienen el mismo nivel de la Constitución Política del Estado, de allí las acciones que emprende y propician los gobiernos para cumplir con los mismos y alcanzar los objetivos y metas propuestas.

B. EN EL NIVEL NACIONAL

El Acuerdo Nacional, en el año 2002, fue la primera vez que el Estado -representado por el mandatario-, los partidos políticos, así como las principales instituciones de la sociedad civil, se pusieron de acuerdo para proponer una visión de país de largo alcance.

Se aprobaron 29 Políticas Nacionales, siendo relevantes para salud las referidas a los capítulos de - Equidad y Justicia Social y - Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado:

- ♦ Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
- ♦ Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición.
- ♦ Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación.
- ♦ Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.
- ♦ Afirmación de un Estado Transparente y Eficiente.

El Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Varones 2006-2010, aprobado por Decreto Supremo 009-2005/ MIMDES que responde a la Ley de Igualdad de Oportunidades, incluye en su mandato, la obligatoriedad de destinar recursos presupuestales para su ejecución y velar por su cumplimiento (Art. 2).

- **Lineamiento 3;** Garantizar el acceso equitativo de las mujeres y varones a servicios sociales y culturales de calidad.

Resultado 1.1 Mujeres y varones acceden oportuna y equitativamente a servicios de salud con calidad.

Plan Nacional Concertado de Salud

Metas del 2011 - 2015

- ♦ Para el 2011 se habrá reducido la mortalidad materna de 185 a 120 x 100,000 NV nacidos vivos.
- ♦ Para el 2015 se habrá reducido la mortalidad materna a 66 x 100,000 NV.
- ♦ Para el 2011 se habrá incrementado de 42.9% a 70% la cobertura de la atención institucional del parto en zonas rurales.

V.1.3 INTERVENCIONES PREVIAS

a) Intervenciones de atención materna infantil.

Basadas en el binomio madre-niño, entre los 60 e inicios de los 80, el mayor énfasis de las intervenciones estuvo focalizado en el control prenatal y la atención del parto a cargo de personal capacitado. Corresponde a esta etapa, la vigilancia de las gestantes basada en el enfoque de riesgo y la capacitación de los y las agentes comunitarios de salud para la detección de los signos de alarma y la atención del parto.

Atención Primaria de la Salud (APS) - OMS - Alma Ata 1978

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

La Atención Primaria de la Salud (APS), es una estrategia, que involucra los recursos humanos de todos los niveles de complejidad del Sistema de Salud, nivel de decisión político, con impacto total sobre la salud de la población con cambios actitudinales. Debe ser: integral, integrada, continua y permanente, activa, accesible, basada en el trabajo en equipo, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora.

En el proceso de su implementación, en diferentes países, la Atención Primaria de Salud fue concebida en algunos como **una estrategia**, que involucra todos los niveles de complejidad del Sistema de Salud, nivel de decisión político y por tanto con impacto total sobre la salud de la población; otros la interpretaron como un **conjunto de actividades**, que involucra el primer nivel de atención, nivel de decisión técnico y por tanto con impacto parcial sobre la salud de la comunidad y otros como **un nivel de asistencia**, involucra solo al primer nivel de atención médica primaria, nivel de decisión administrativo técnico e impacto parcial sobre la salud de la población.

En nuestro país ocurrió una mixtura en su interpretación, asumida como una estrategia en el primer nivel de atención, para la disminución de la mortalidad infantil, en la que tuvieron excelentes resultados con los programas de inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas agudas y control de infecciones respiratorias

agudas, con cambios actitudinales muy positivos, luego de decisiones políticas sostenidas y en cuyo proceso se incorporaron los elementos conceptuales de la APS.

Otro es el caso para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, las que no pueden ser abordadas solo con acciones de atención primaria o preventivas promocionales; las muertes maternas y perinatales, se deben a en su mayoría a complicaciones obstétricas que requieren de atención profesional y de servicios con capacidad resolutive para atender estas emergencias. El problema es que todas las mujeres embarazadas corren el riesgo potencial de sufrir complicaciones obstétricas graves; no puede establecerse con anticipación una distinción neta entre las mujeres que necesitarán atención médica de emergencia antes del parto, durante el parto o después de él, y aquellas mujeres que no la precisarán. Por consiguiente, resulta crucial que se dé acceso a la atención de emergencia al mayor número posible de mujeres, independientemente de su condición de riesgo; más aún si se estima que más del 15% de las gestantes desarrollan complicaciones que requieren atención de emergencia.

Maternidad Sin Riesgos - OMS 1987 **MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA**

La Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo llevada a cabo en Nairobi en 1987 y convocada por OMS, lanzó la iniciativa mundial por una maternidad segura, acontecimiento importante en favor de los derechos de la mujer. La iniciativa planteó como meta reducir las muertes maternas al 50% para el año 2000.

Para el cumplimiento de esta meta se hace necesario implementar entre muchas intervenciones el cumplimiento de los 10 Pasos para un Parto Seguro. Esos 10 pasos son:

1. Tener una política sobre Maternidad Segura y ser conocida por el personal.
2. Personal capacitado en estos diez pasos.
3. Atención adecuada a la gestante y recién nacido con calidad y calidez. Promover la lactancia materna inmediata y exclusiva hasta los 6 meses y el alojamiento conjunto.
4. Dar atención prioritaria a las emergencias obstétricas, complicaciones del aborto, shock hemorrágico, shock séptico y eclampsia.
5. Tener Banco de Sangre seguro y funcionando adecuadamente.
6. Disponer de facilidades quirúrgicas, equipo de anestesia y personal capacitado para efectuar cesáreas y atender las emergencias obstétricas.
7. Tener el equipo mínimo necesario para la reanimación del recién nacido, para el cuidado del prematuro o con bajo peso, incluyendo “madre canguro”.
8. Disponer de medio de comunicación y transporte operativos y disponibles para atender las emergencias obstétricas que requieran ser transferidas.
9. Organizar y mantener operativo un Comité de Vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.
10. Establecer grupos comunitarios de apoyo para identificar casos de alto riesgo y ejercer la vigilancia comunitaria de la mortalidad materna.

La iniciativa se fundamenta esencialmente en un cambio de actitudes y de comportamiento al interior de los servicios de atención materna cuyo resultado esperado es el mejoramiento de la calidad y calidez, y a través de este resultado, obtener finalmente una reducción de la mortalidad materna y perinatal.

En el Perú esto se ha venido desarrollando a través de las diferentes estrategias de intervención de manera permanente pero además de ha declarado la tercera semana de mayo de cada año como la “Semana de la Maternidad Saludable y Segura”.

b) Mejoramiento del acceso a la planificación familiar

En la década de los 80 y los 90, se puso particular atención a la planificación familiar como una de las intervenciones claves de reducción de riesgos. Su aplicación se produjo en un contexto en donde el acceso de los métodos anticonceptivos era muy limitado, su acceso en zonas rurales era casi inexistente, la tasa de fecundidad real duplicaba a la tasa de fecundidad deseada en el nivel nacional y prácticamente la triplicaba en las

zonas rurales. Se aprueba por primera vez, la Política Nacional de Población, se decreta la gratuidad de los métodos anticonceptivos y se incluye a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, como un método anticonceptivo.

c) Mejoramiento de la calidad de la atención materno infantil

Durante los años 90 y hasta mediados del 2000, con el apoyo de la cooperación externa y la participación del Estado, se desarrollaron una serie de proyectos e iniciativas, conducentes al mejoramiento de la calidad de la atención materno infantil. Dichas acciones fueron focalizadas en las regiones de mayor pobreza, pero también en zonas de mayor concentración de mortalidad materna.

PROYECTO 2000 - “Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú”

Tuvo como objetivo mejorar la salud y el estado nutricional de niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil. Su propósito fue incrementar el uso de los servicios de salud materna e infantil, disminuyendo las barreras de acceso a los servicios, particularmente aquellas de tipo económico, cultural e informativo; paralelamente se trabajó para mejorar la calidad y eficiencia de la organización y prestación de servicios de salud materna y perinatal para la disminución de la mortalidad materna y perinatal en las zonas con mayores necesidades de 12 regiones del país. El Programa de Capacitación Materno Infantil – PCMI, contribuyó a incrementar el parto institucional y a reducir la letalidad obstétrica y neonatal, a generar cambios en la cultura organizacional, estimuló el análisis de la realidad del servicio mediante la problematización y el trabajo en equipo.

Implementó el Sistema Informático Perinatal – SIP 2000, el cual ha sido oficializado desde el año 2000. Este sistema reúne información materna y perinatal, que ha permitido tomar decisiones más oportunas y concordantes con las políticas del sector.

Mejóro la capacidad resolutoria en el área materna perinatal de 90 establecimientos en zonas de mayor prioridad del país. Mejoró las coberturas de Control Pre Natal, parto institucional y referencias materno perinatales comunitarias en el ámbito de su intervención, con tendencias a la disminución de la mortalidad materna.

Trabajó el acercamiento de los agentes comunitarios de salud, parteras y promotores de salud, con los establecimientos de salud, favoreciendo además el acercamiento de la comunidad, en el marco de la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

d) Servicios para adolescentes

Aunque no ha sido una experiencia muy extendida, a fines de los 90, se implementaron en algunos establecimientos estrategias para la atención diferenciada, tomando en consideración las necesidades y expectativas propias de los adolescentes. En la actualidad, el número de establecimientos que vienen implementando este tipo de atención resulta insuficiente, respecto a los horarios y días de atención frente a la demanda por parte de los adolescentes, aspecto que ha sido agravado por la modificatoria del artículo 173, del Código Penal.

e) Mejoramiento del acceso a la atención de las emergencias obstétricas

En la década de los 90 e inicio del 2000, en el marco del modelo Maine de: Cuidados Obstétricos de Emergencia, y la estrategia de redes obstétricas, se desarrollaron una serie de experiencias piloto en el nivel nacional.

Diversas organizaciones como el Proyecto Femme, Pathfinder, ParSalud y algunas iniciativas regionales como la de la Región San Martín con la incorporación de las **Claves de Emergencias Obstétricas**, focalizaron la atención obstétrica en el momento más crítico, como es el parto y el puerperio.

Incluyó el mejoramiento de la infraestructura, una mejor definición de las redes desde el punto de vista funcional, y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria según funciones obstétricas y neonatales de los establecimientos.

f) Adecuación cultural

En el marco del Programa de Fortalecimiento y Salud Básica para Todos, se introdujeron las primeras herramientas del conocimiento y enfoque intercultural. Luego, estas experiencias se han ido ampliando y extendiendo a través otras intervenciones como los estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Proyecto 2000, Proyecto ReproSalud, ParSalud, UNICEF, USAID, entre otros.

Como parte de estos esfuerzos, se incluyen las casas de espera, promovidas por el Ministerio de Salud, por instituciones de la comunidad, por USAID y UNICEF.

g) Eliminación de barreras económicas

Diversos estudios realizados entre los 80 y 90, señalaban como una de las principales barreras a la atención de salud, al acceso económico de las mujeres, afectando principalmente a los sectores más pobres.

Para atender esta necesidad, desde inicios de los 90, se fueron implementando sistemas de financiamiento público, tales como el Seguro Escolar, Seguro Materno Infantil, Seguro Integral de Salud y actualmente el Plan de Aseguramiento Universal.

Como parte del compromiso del Estado, el Ministerio de Economía y Finanzas, ha destinado recursos a través de la gestión por resultado, priorizando la reducción de la mortalidad materna y neonatal, el mismo que ha sido considerado en el marco de la descentralización.

h) La participación ciudadana

Durante las tres últimas décadas, se ha venido dando un cambio muy sustantivo desde el propio concepto de participación ciudadana, de una visión inicialmente colaboradora a una de participación cada vez más activa, hasta una orientada hacia el control social, demanda de los derechos del paciente, participación en los procesos de gestión, rendición de cuentas y control ciudadano; en donde leyes como la de transparencia, se han constituido en herramientas claves en estos procesos.

El Ministerio de Salud y algunos gobiernos regionales, han desarrollado en los últimos años, un proceso de participación que se han traducido en Comités Locales de Atención de Salud - CLAS, en los sistemas de vigilancia y en los planes participativos regionales, en mesas de concertación en los diferentes niveles; en donde muchas de sus prioridades, han estado en torno a la reducción de la mortalidad materna.

i) Control social

La Defensoría del Pueblo, ha dedicado varios informes defensoriales, al tema de los derechos sexuales y reproductivos, y el comportamiento del Estado frente a sus compromisos y respeto de estos derechos.

En diciembre del 2008, la Adjuntía al Defensor del Pueblo para los Derechos de la Mujer, presentó el Informe Defensorial N° 138, Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Ministerio de Salud (MINSA), que presenta un diagnóstico del funcionamiento de estos servicios y propone un conjunto de recomendaciones para mejorar la atención a las gestantes que acuden al sistema público de salud.

El Programa de Comunidades Nativas de la Adjuntía para los Servicios Públicos y el medio Ambiente, aprobó el Informe Defensorial N° 134, La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado. En este documento se da cuenta de los principales problemas que tienen que afrontar las comunidades nativas para acceder al sistema público de salud.

j) Otras experiencias y logros del Ministerio de Salud

Algunas otras experiencias y logros del sistema de salud peruano desde 1955 y con la participación, en algunos casos, de la Cooperación Internacional, relacionados a la salud materna y neonatal, se resumen en la siguiente tabla:

Área	Nombre de la intervención	Año	Logro
Función de los sistemas de salud			
Rectoría	Plan hospitalario nacional.	Década 1950	Extensión de la oferta de servicios de salud
	Programa Nacional de Planificación Familiar	1967	Prioridad Nacional en la difusión y acceso a métodos modernos de planificación familiar.
	Sub Programa Materno Perinatal	1992	Prioridad Nacional en las actividades de atención materna y perinatal.
	Comité Nacional de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal	1999	Diffundir, impulsar, evaluar y cumplir con el Plan Nacional de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR)	2004	Instancia en el MINSA que orienta y conduce los esfuerzos para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
	Directiva para evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en establecimientos de salud	2005	Evaluación de la capacidad resolutive y adecuación de los establecimientos para dar atención materna-neonatal de calidad.
Financia - Miento	Seguro Materno-Infantil (SMI)	1998	Mejoró la accesibilidad económica a los servicios de salud para las gestantes y niños menores de 5 años.
	Seguro Integral de Salud (SIS)	2002	Amplió la cobertura de atención del SMI mejorando la accesibilidad a los servicios de las gestantes y menores hasta los 17 años.
		2007	Amplió la cobertura de atención por etapas de vida de toda la población, con énfasis en el componente materno perinatal.
Dotación de recursos	SECI-GR - SALUD	1972	Fortaleció oferta de servicios periféricos.
	SERUMS Ley de creación Reglamento Estrategia	1981 1997	Incrementa profesionales de la salud en las zonas rurales y urbano-marginales.
		2007	Optimiza la atención materna perinatal.
Prestación	Control prenatal con enfoque de riesgo.	Década 1980	Favoreció la estandarización de la atención prenatal e incorporación de la Historia Clínica CLAP.
	Norma Técnico-Administrativa para la atención Integral de la Salud Materno Perinatal	1994	Orientar las acciones técnico administrativas para la atención integral de la salud materno perinatal con énfasis en aspectos preventivos y promocionales.
	Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra-referencia	2004	Configuración de redes de servicios en función a la evacuación de gestantes hacia niveles de mayor capacidad resolutive.
	Guías Nacionales de Atención Integral de la SSR	2004	Favorece la estandarización de la atención de la salud sexual y reproductiva.
	Norma técnica "Atención del parto vertical con adecuación intercultural"	2005	Permite mejorar la accesibilidad cultural a los servicios de salud.
	Norma técnica de planificación familiar	2005	Favorece el manejo estandarizado, efectivo y eficaz de planificación familiar.
	Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva	2006	Favorece la comunicación interpersonal, la relación prestador-usuario y permite realizar procesos de educación para la salud.
	Guía técnica: Guías de práctica clínica para atención de emergencias obstétricas por nivel de capacidad resolutive.	2006	Permite estandarizar la atención de las emergencias obstétricas, según la categoría de los establecimientos de salud.
	Guía técnica: Guías de práctica clínica para atención del recién nacido	2007	Permite estandarizar la atención de las emergencias neonatales, según la categoría de los establecimientos de salud.
	Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales	2007	Contribución para mejorar la calidad de los servicios y mejorar su accesibilidad.
	Documento Técnico "Adecuación cultural de la Orientación/consejería en Salud Sexual y Reproductiva"	2008	Mejora la calidad de atención y satisface Las expectativas de las usuarias.
Actividades a nivel comunitario	Capacitación de agentes comunitarios de salud	Década 1990	Obtener un nivel de compromiso con el sistema de salud, favorecieron la captación de gestantes e identificación de riesgos.
	Capacitación de parteras tradicionales	Década 1990	Involucradas con el sistema de salud, permitieron captar tempranamente gestantes e identificar y derivar gestantes con riesgos obstétricos y neonatos más oportunamente.
	Sistema de Vigilancia Comunitaria	2002	En el marco de la Atención Integral de Salud

V.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

V.2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

En países como el nuestro, ser madre en el presente siglo sigue siendo un riesgo. En el mundo, cada minuto muere una mujer de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo cual significa más de 500.000 muertes al año ². En los países en desarrollo el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva y contribuyen a la muerte de 1,5 millones de neonatos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos. Siendo enorme el costo social y económico que estas muertes traen a las familias, comunidades y a sus países.

Según estas mismas estimaciones, en el año 2005 la tasa de mortalidad materna, solo había disminuido en un 5% desde 1990 que fue de 430 por 100,000 nacidos vivos a 400 x 100,000 nacidos vivos para todo el mundo. El 99% de las muertes maternas que se registran corresponden a los países en desarrollo. El desglose por regiones indica que la tasa más elevada, más de la mitad de las muertes, se registró en África (820), donde no hubieron cambios, seguida por un tercio en Asia meridional (330), excluido el Japón; Oceanía (430), excluidos Australia y Nueva Zelanda; América Latina y el Caribe (130), y los países desarrollados.

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7,300 en las regiones desarrolladas; también es más elevada en las zonas rurales, las comunidades más pobres y con menor nivel educativo. Es decir las mujeres africanas tienen una probabilidad 175 veces más alta de morir en el parto que las mujeres de las regiones desarrolladas.

Estimaciones de la RMM, N° de defunciones maternas, riesgo a lo largo de la vida adulta por regiones ODM de las Naciones Unidas para 2005

Región	Razón de Muerte Materna Defunción/100mil nacidos vivos.*	N° de defunciones maternas*	Riesgo de defunción* 1 de:
TOTAL MUNDIAL	400	536,000	92
Regiones desarrolladas**	9	960	7,300
Comunidad de Estados Independientes (CEI)***	51	1,800	1,200
Regiones endesarollo	450	533,000	75
África	820	276,000	26
Norte de África****	160	5,700	210
África subsahariana	900	270,000	22
América Latina y el Caribe	130	15,000	290
Asia	330	241,000	120
Asia meridional	490	188,000	61
Sudeste asiático	300	35,000	130
Asia occidental	160	8,300	170
Asia oriental	50	9,200	1,200
Oceanía	430	890	62

Fuente: Mortalidad Materna en 2005, OMS, UNICEF, UNFPA, BM, 2007

* La Razón de Muerte Materna y el riesgo de mortalidad materna se han redondeado a la centena más próxima. Las cifras de defunciones maternas se han redondeado a la decena más próxima o al millar más próximo.

** Incluye Albania, Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Canadá, Rep. Checa, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, USA, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Serbia y Montenegro (se convirtieron en entidades independientes en 2006), Suecia, Suiza, Reino Unido, la ex República Yugoslava de Macedonia.

*** Los países CEI son Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán, República Moldava, Federación de Rusia y Ucrania.

**** Excepto Sudán, en el África subsahariana.

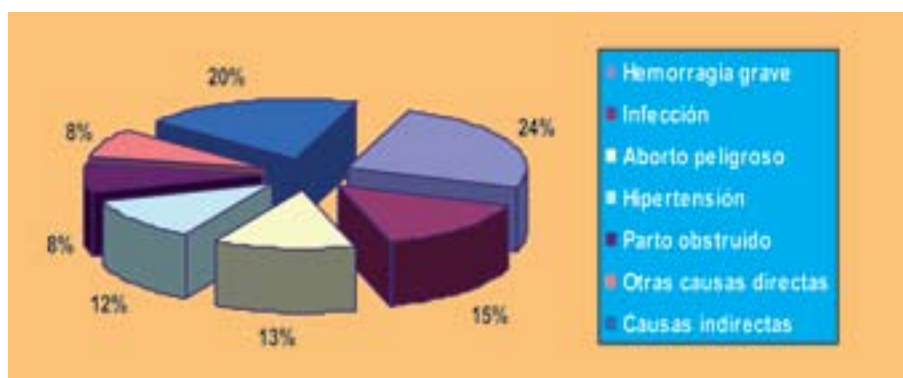
² op cit pág.: 1

La Razón de Muerte Materna (RMM) es de 450 por 100,000 nacidos vivos, en las regiones en desarrollo, y de 9 por 100,000 en las regiones desarrolladas. Catorce países tienen RMM iguales o superiores a 1,000; exceptuando Afganistán, todos ellos se encuentran en el África subsahariana.

En muchos países, las muertes por complicaciones se producen en los servicios de salud debido a la falta de atención obstétrica esencial ³, se estimó que alrededor de 16% al 33% de todas las muertes son debidas a sus principales causas: hemorragia, infecciones y aborto, y pueden ser evitadas mediante la atención del parto por profesional calificado en establecimientos con recursos para desarrollar funciones obstétricas y neonatales adecuadas.

Cinco causas son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones, abortos, y parto obstruido ⁴.

Causas de mortalidad materna



Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!. Ginebra. 2005.

Cada año se producen 136 millones de partos, de los cuales 20 millones presentan complicaciones posteriores relacionadas al embarazo; muy a menudo estas mujeres son estigmatizadas y marginadas por sus parejas, familias y comunidad.

Se registran aproximadamente 14 millones de partos de adolescentes de 15 a 19 años, que representan más del 10% de la totalidad de los partos; en muchos países en desarrollo el riesgo de muerte es 2 veces mayor en las adolescentes que en otras gestantes.

Entre 1937 a 1970 la mortalidad materna cayó significativamente en el mundo industrializado; después de la década del 70 llegó a menos de 10 por 100,000 n.v. Esta nueva fase en la reducción de la razón de muerte materna fue una consecuencia no sólo de la mejora tecnológica en salud sino también de un contexto de desarrollo integral, en el cual esta tecnología estaba disponible e iba aunada al desarrollo de la sociedad en su conjunto, es decir junto a la educación, trabajo, nivel económico, comunicaciones, medios de transporte, derechos civiles y de la mujer, entre otros.

Haciendo un análisis retrospectivo de estos hechos, podemos identificar algunos elementos gravitantes en este proceso, el primero de ellos fue la información; la cual se extendió por un largo tiempo, el compromiso de las autoridades con la salud pública y su capacidad y disposición para evitar las muertes fue lo más importante, y finalmente la elección de políticas, especialmente referidas a la atención institucional y calificada del parto.

Sin embargo esto no habría dado resultados sin la capacidad de implementar estas políticas con suficiente autoridad para hacer que la atención del parto calificado e institucional sea más accesible. La experiencia adquirida a través de programas de salud materna que han dado buenos resultados indica que una gran parte de esas defunciones y sufrimientos se pudieron evitar si todas estas mujeres fueron atendidas por personal de salud competente durante el embarazo, el parto, el puerperio y tuvieron acceso a atención de emergencia cuando se presentaron las complicaciones.

³ Gram., 2001.

⁴ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!. Ginebra. 2005.

La mayor parte de las defunciones y discapacidades son consecuencia de demoras en uno o más de cuatro momentos gravitantes: el reconocimiento de las complicaciones, la decisión de ir a un establecimiento, el tiempo de traslado al establecimiento con capacidad resolutive y la demora en la prestación de la atención o capacidad de respuesta de buena calidad. Los esfuerzos por prevenir estas demoras son esenciales para salvar las vidas de las madres y sus recién nacidos.

También podrían salvarse más vidas si las mujeres tuviesen acceso a información veraz y abierta sobre sexualidad desde sus hogares o el sistema educativo, a decidir libre y responsablemente sobre el ejercicio de su sexualidad, a acceder voluntariamente a servicios de planificación familiar que aseguraran un espaciamiento adecuado de los nacimientos, a la atención calificada del parto, y atención obstétrica de emergencia.

La reducción de la mortalidad materna es más fácilmente atribuible a la atención oportuna y adecuada de las emergencias obstétricas (Cuidados Obstétricos de Emergencia – COEm, según la OPS), lo que contribuye a la institucionalización y estandarización técnica de atención del parto. Esto crea la necesidad de contar con niveles de referencia de atención obstétrica, de que todos los partos sean atendidos por profesionales calificados. Se ha descrito que las intervenciones más costo efectivas para reducir la MMP están relacionadas a la accesibilidad a servicios obstétricos que brinden funciones obstétricas esenciales de calidad.

América Latina y el Caribe

Alrededor de 23.000 mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. El análisis efectuado por la OPS/OMS en 24 países, relacionado con las causas obstétricas directas, muestra al aborto y sus complicaciones como la causa principal de muerte, seguida de la hemorragia, la hipertensión inducida por el embarazo, el parto obstruido y la sepsis. Sin embargo estas causas por si mismas no ocasionan la muerte materna, ya que de haber la capacidad instalada para atenderlas, la mortalidad sería casi nula, como ocurre en algunos países desarrollados, que teniendo la misma prevalencia de morbilidad, logran distinta incidencia de mortalidad; nosotros 1/50 y ellos 1/3,000.

Muerte Materna en Sud América y México

Países	Razón MM x 100.000 n.v.:n/c**	Nº anual de muertes maternas
Argentina (05)*	39,2	273
Bolivia (99 -03)	230,0	604
Brasil (04)	76,1	2.814
Chile (04)	19,8	50
Colombia (05)	72,7	632
Ecuador (05)	85,0	239
México (05)	63,4	1.315
Paraguay (04)	153,5	235
Perú (94-00)	185,0	1.084
Uruguay (06)	n/c	6
Venezuela (05)	59,9	357
TOTAL	79,9	7.609

Fuente: Fuente: Medicina Materna Feto Neonatal. Mortalidad Materna e Infantil América latina y Caribe Latino (Actualización Enero 2008). www.nacerlatinoamericano.org

*En paréntesis que sigue al nombre del país, va el año en que se dispuso de la información de Mortalidad Materna.

**n/c tasa no calculada debido al bajo número de muertes

La Razón de Mortalidad Materna en la Sub-Región es de 79.9 por cada 100.000 n.v.; las diferencias de Mortalidad Materna entre el país con más alta razón, Bolivia (230 por 100.000 n.v.) y la menor en Uruguay; tomando como referencia la tasa de menor mortalidad materna que es la de Chile (19,8 x 100.000 nacidos vivos) la tasa de Haití es 32 veces mayor; la de Bolivia 12 veces, la de Perú 9 veces y la de Paraguay 8 veces mayor; es más, las latinoamericanas todavía mueren de las mismas causas por las que morían las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX.

Riesgo de morir a causa de un embarazo en América Latina

País	Riesgo de morir , 1 mujer en :	País	Riesgo de morir , 1 mujer en :
Bolivia	26	Honduras	75
Brasil	130	México	220
Colombia	300	Nicaragua	100
Cuba	490	Panamá	510
Ecuador	150	Paraguay	120
El Salvador	65	Perú	85
Guatemala	75	Rep. Dominicana	230
Haití	17	Uruguay	410

Fuente: OPS, noviembre 2002.

La magnitud de la mortalidad materna es un reflejo del riesgo promedio de morir que corre una mujer cada vez que queda embarazada, la OMS ha estimado que la mortalidad materna es alrededor de 150 % más alta en países en desarrollo que en países desarrollados.

Razón de Muerte Materna en región de América Latina y el Caribe

Áreas Geográficas	Razón MM x 100.000 n.v.	Nº anual de muertes maternas
Caribe No Latino*	89,8	115
Sud América y México	79,9	7.609
Centro América	108,4	1.199
Caribe Latino	284,1	1.952
TOTAL	95,1	10.760

Fuente: OPS enero 2008, *OPS nov. 2002, no sumado.

En la tabla se observa la razón de mortalidad materna, y el número de muertes en las 4 sub regiones y el total en América Latina y el Caribe; la mayores tasas de Mortalidad Materna, se encuentran en el Caribe Latino, que son 3 veces mayor que las de el Caribe no Latino y Sud América y México.

La vigésima sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en septiembre de 2002, refirió que en América Latina y el Caribe había una razón de mortalidad materna de 100 mujeres por 100.000 n.v., e informó que:

- ♦ 3 240 000 mujeres de la región no tienen control del embarazo.
- ♦ 3 440 000 no recibe atención del parto en una institución de salud,
- ♦ 2 980 000 no tiene acceso a atención del parto por personal calificado y
- ♦ 25 000 mueren por año en la región, por causas relacionadas con el embarazo y parto.

La información histórica en países de Latino América en la segunda mitad del siglo XX, nos revela que la más temprana y más importante reducción fue obtenida donde los servicios de salud están mejor organizados y accesibles (Cuba o Costa Rica); en países que vienen trabajando y apoyando a las gestantes con dificultades de acceso a los servicios de salud mediante las casas maternas y hogares o albergues.

Cuando se lanzó la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo, en 1987 en Nairobi, las muertes causadas por las complicaciones del embarazo y el parto eran un problema poco conocido, diez años más tarde la prevención de estas muertes se ha convertido en una prioridad internacional.

Es imprescindible movilizar todos los recursos para combatir la mortalidad materna y perinatal, desde diferentes perspectivas: de género, derechos humanos, interculturalidad, desarrollo económico, salud pública y todo el equipamiento social necesario.

La OPS promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en función de costos referidos al nivel de atención primaria de salud, particularmente implicando y educando a las mujeres, sus familias y las comunidades. Entre dichas intervenciones figuran los Cuidados Obstétricos Esenciales (COE), asistencia del parto por personal calificado, tratamiento de complicaciones del aborto y mejor acceso a servicios de atención de salud materno infantil de calidad.

Podemos entonces considerar como causas de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe:

- ❖ Una inadecuada consideración de los derechos de las mujeres, por falta de voluntad política de parte de quienes toman las decisiones.
- ❖ Incoherencias en algunas normas legales en materia de salud sexual y reproductiva, con las políticas de reducción de mortalidad materna y perinatal.
- ❖ La Pobreza; la morbilidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales, sin embargo mueren más mujeres pobres.
- ❖ Inequidades en el acceso a servicios de salud, especialmente las poblaciones indígenas de zonas rurales - campesinas, andino amazónicas, y otras minorías étnicas.
- ❖ Causas obstétricas. Las complicaciones del aborto, la hemorragia, la septicemia y la toxemia, constituyen las principales causas.
- ❖ La OPS ⁵, señaló que el 75% de partos se dan en centros asistenciales, aún así, en 17 países la morbi-mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto, lo que infiere una deficiente calidad de atención.
- ❖ La subutilización de los servicios de salud materna y neonatal, debido a barreras culturales, a percepciones distorsionadas sobre calidad y capacidad resolutoria, a falta de conocimiento y comprensión de los problemas del embarazo que requieren atención sanitaria inmediata, y a complejos modelos de toma de decisión en la población para tomar las medidas necesarias y oportunas.
- ❖ Por el maltrato que reciben en los servicios de salud y por falta de poder de decisión de la mujer dentro de la familia. Muchas mujeres no quieren acudir a los servicios, lo que tendría relación con el Informe Mundial sobre Violencia y Salud 2002, de la OMS.

Sin embargo, es un hecho que si los gobiernos de América Latina y el Caribe no se comprometen en aumentar el gasto público en salud a la altura de los países con experiencias exitosas en este tema, a considerar los derechos de las mujeres para que no sean discriminadas por los sistemas públicos y privados de salud ni en las reformas que se hacen en el área de la salud pública, tal meta se hará utópica y miles de mujeres continuarán muriendo día a día, seguiremos siendo mudos testigos y cómplices del drama social de niños huérfanos, hogares abandonados y familias deshechas; llenando de incoherencia el tercer milenio, el desarrollo humano, la civilización y la pretendida modernidad.

V.2.2 CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN EL PERÚ

V.2.2.1 MORTALIDAD MATERNA

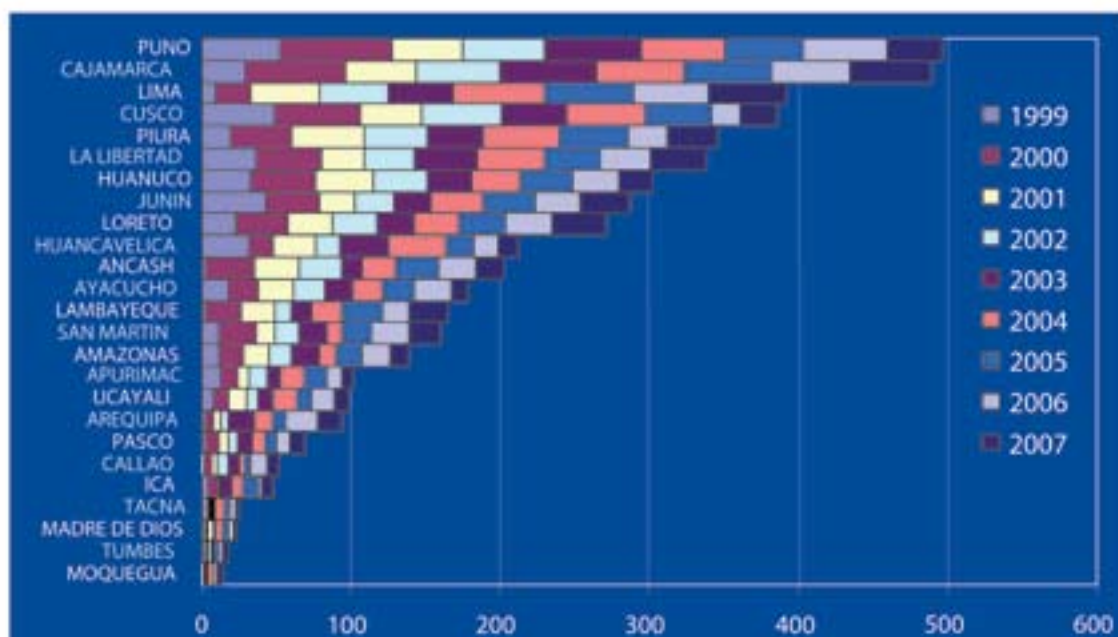
La razón de mortalidad materna en Perú, aunque refleja un leve descenso, de 185 x 100,000 n.v., según ENDES 2000, continúa siendo muy alta de acuerdo a estándares internacionales, no obstante haberse producido evidentes adelantos en el diagnóstico de complicaciones obstétricas, en las medidas terapéuticas así como en las intervenciones que requieren. Es la segunda más alta de América del sur luego de Bolivia y la tercera de América Latina luego de Haití ⁶.

⁵ OPS. La Salud en las Américas, Washington D.C., 2002

⁶ OPS. La Salud en las Américas, Washington D.C., 2002

Razón de Mortalidad Materna en el Perú de 1965 al 2000

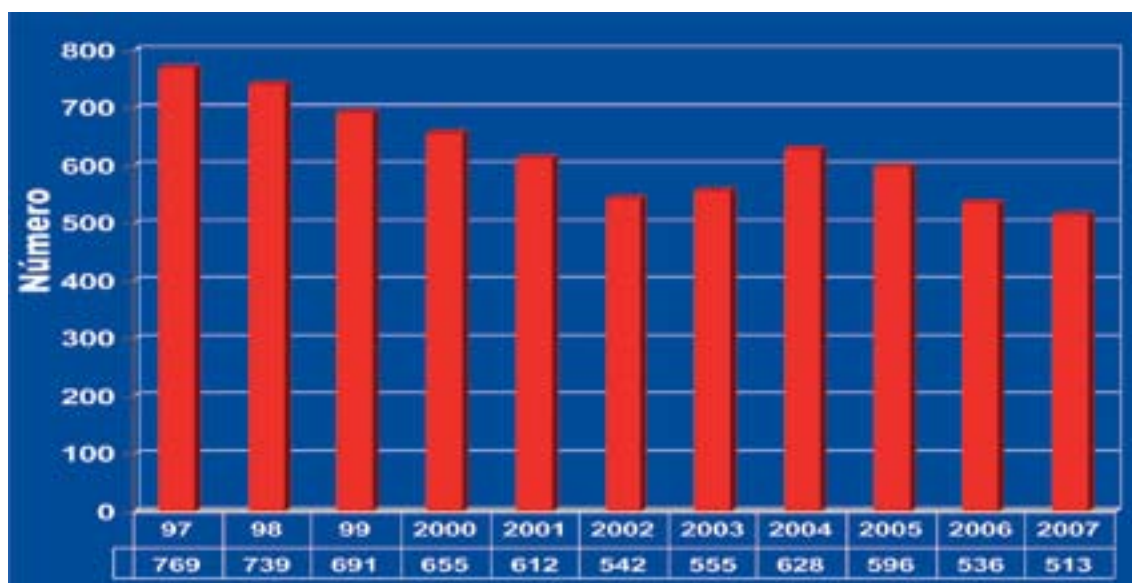
Fuente: INEI, ENDES 2000

Mortalidad Materna por regiones, Perú, 2007

Fuente: MINSA, DGE 2007

La mayor proporción de muertes se producen en zonas de alta ruralidad y exclusión social; siendo Puno, Cajamarca, Cusco, Piura, La Libertad, Huánuco, Junín, Loreto, Huancavelica, Ancash y Ayacucho, las de mayor incidencia y Lima presenta un número importante por ser centro de referencia nacional y concentrar el mayor porcentaje de población del nivel nacional.

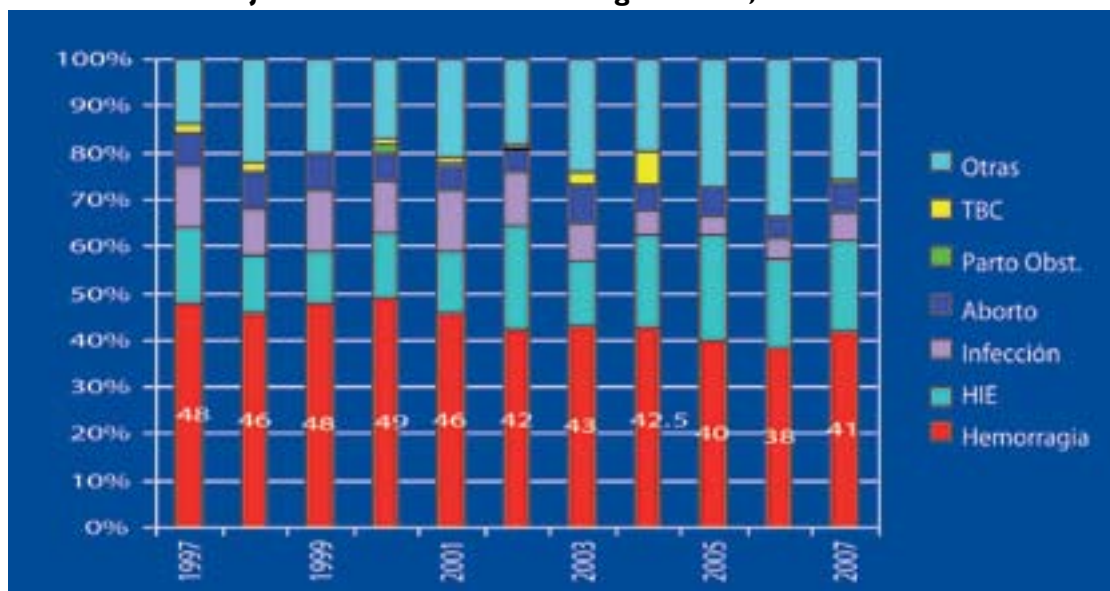
Número de Muertes Maternas Notificadas por año, 1997 – 2007



Fuente: MINSA, DGE 2007

El Ministerio de Salud durante 1997 al 2007, registró una leve reducción de muertes materna en números absolutos, pero se considera un subregistro de aproximadamente 50%.

Porcentaje de muertes maternas según causa, años 1997 al 2007



Fuente: MINSA, DGE 2007

Las DIRESA reportaron como principales causas de muerte en los últimos cinco años las mismas que para el año 2007: hemorragias (41%), hipertensión inducida por el embarazo (19%), aborto (6%) y las infecciones (6%); la mayoría de muertes ocurren durante el trabajo de parto (retención de placenta) y post parto (atonía uterina).

Estudios estadísticos demuestran que en el Perú las gestantes que acuden a la atención prenatal y además tienen su parto en un establecimiento de salud con capacidad resolutive, tienen un riesgo 4.54 veces menor de morir; que aquellas que no se controlan y tienen parto domiciliario. Del mismo modo cuando una gestante no recibe atención prenatal el riesgo de tener un parto domiciliario es 8.88 veces mayor ⁷.

En la década del 90 se reportó para el país, que menos del 50% de las muertes maternas ocurrían dentro de los servicios de salud y aproximadamente el 30% de ellas en hospitales. La ENDES 2004, reporta que el 55% de las muertes ocurren en los establecimientos de salud, el 37% en el domicilio y un 8% en otros lugares. La Dirección General de Epidemiología del MINSA, registra que en el 2007, el 42% fallecieron en el domicilio y el 58% en los establecimientos de salud.

El incremento de muertes maternas ocurridas en los servicios de salud, podría estar en relación con la deficiente capacidad resolutive de los establecimientos que no permiten responder adecuadamente ante las emergencias que se presentan.

Se ha observado un incremento del acceso de las mujeres a los servicios de salud materna, que está reflejado en el aumento de la cobertura nacional de la Atención Prenatal de 72% en 1996, 84% en el año 2000, 88% para el 2004 y 92% para el 2007. El parto institucional al año 2000 fue 58% y según datos de la ENDES continua 2005-2007, el 72.3 % de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años tuvieron lugar en un establecimiento de salud en el ámbito nacional. Este incremento podría ser explicado por la implementación del Seguro Integral de Salud - SIS, casas de espera, adecuación cultural de los servicios y atención de parto vertical, entre otras estrategias implementadas, que han incrementado el acceso de las mujeres a los servicios de salud.

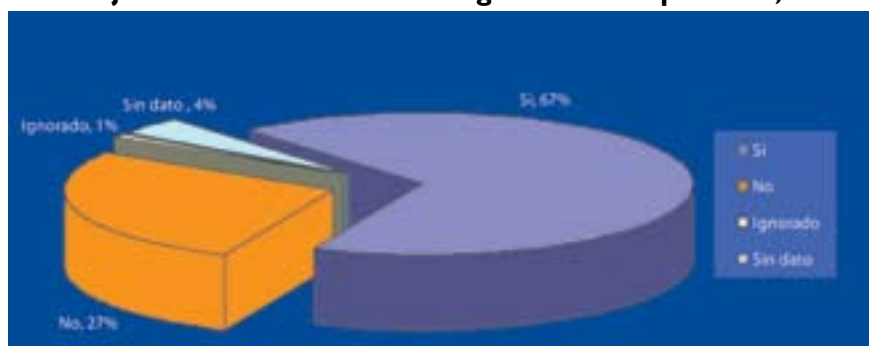
SIS: Total de partos institucionales atendidos por años

AÑOS	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº partos	244,259	323,428	311,439	339,943	309,011	333,141

Fuente: MINSA, DGE 2007

Sin embargo aún existe una brecha importante entre la asistencia a la atención prenatal y al parto institucional; cabe señalar que es mayor el número de partos atendidos por profesionales en aquellas gestantes que tuvieron 4 ó más atenciones prenatales (78%) que quienes no tuvieron atención prenatal, cuya atención por profesionales alcanza solo al 22% ⁸.

Porcentaje de muertes maternas según atención prenatal, año 2007



Fuente: MINSA, DGE 2007

En el gráfico apreciamos que el mayor número de gestantes han tenido por lo menos una atención prenatal, es decir ha habido algún contacto con los servicios de salud, sin embargo esto no se traduce en la fidelidad de la usuaria para la atención del parto. Si además consideramos solo el área rural, la atención de parto institucional alcanza al 48.3% de las gestantes, evidenciando las barreras que existen en nuestro medio para el acceso al

⁷ INEI. ENDES Continua 2004.

⁸ INEI. ENDES Continua 2004.

sistema de salud, tanto desde la perspectiva de la oferta, como de la demanda. Los partos institucionales son mayormente en áreas urbanas (92.3%), en las zonas rurales llega al 48.3% y en zonas alejadas no llega ni al 4% ⁹.

Un estudio de satisfacción de usuarias, en 12 DISAS de nuestro país en 1998, identificó que las principales barreras para el acceso a los servicios de salud fueron: el costo (40.6%), temor (29%), maltrato (20%), tiempo de espera (15%), vergüenza (11%) y distancia (8%). Estos resultados son similares a los que reporta la ENDES 2000 donde las principales barreras para el acceso son: costo, ausencia de personal femenino para la atención y distancia al establecimiento ¹⁰.

Razones de No Consulta en Establecimientos de Salud, 2007

2007	Falta de dinero	Distancia / desconfianza / demoran	No fue necesario / remedios caseros*	Otro**
Enero	22.3	10.9	64.5	14.4
Febrero	23.9	11.3	62.9	16.4
Marzo	24.5	11.8	63.2	15.1
Abril	21.4	10.4	68.4	13.2
Mayo	22.9	11.5	63.7	15.8
Junio	21.8	9.3	65.2	16.3
Julio	24.8	10.2	63.3	16.5
Agosto	22	10.8	64.8	16.7
Setiembre	21.2	10.8	63	18.1

Fuente: : ENAHO continua * Se automedica ** No tiene tiempo, no tiene seguro, maltrato del personal de salud

Sin embargo hay un alto número de muertes materna en las cuales la distancia al establecimiento no es el factor determinante, como veremos en el gráfico siguiente:

Porcentaje de muertes maternas según distancia al establecimiento de salud, año 2007



Fuente: MINSA, DGE 2007

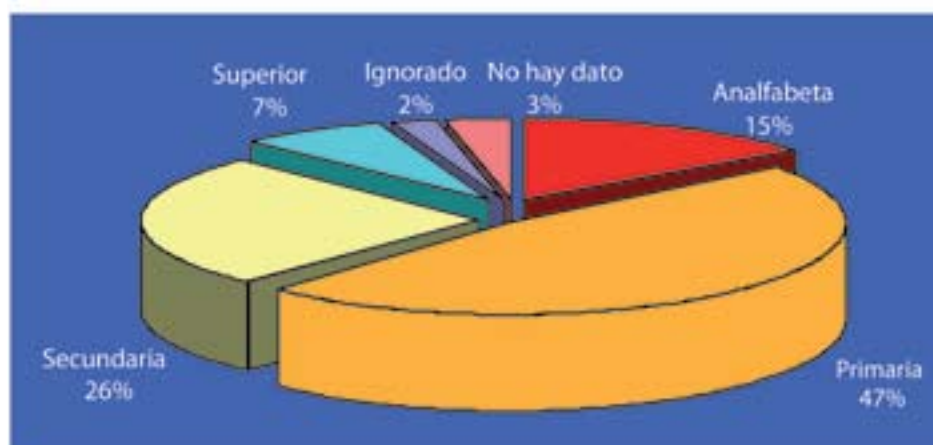
⁹ INEI. ENDES Continua 2007.

¹⁰ Estudio de Conocimientos Actitudes y Practicas año 1998, Proyecto 2000.

La proporción de cesáreas es otro dato que muestra la inequidad en el acceso a servicios, en zonas rurales se practicó por debajo del 6%; lo que demuestra que las mujeres con complicaciones obstétricas no tienen acceso a los servicios de salud esenciales o estos no cuentan con la capacidad para abordar el problema.

El nivel de educación también juega un rol importante, hay diferencias según nivel educativo de la gestante; la atención prenatal por profesionales de la salud cubre al 77% de gestantes sin educación pero llega al 98% entre las gestantes con educación superior; en el parto institucional, el 93% es de gestantes con educación superior mientras que las gestantes sin educación solo llega al 15%. El porcentaje de embarazos adolescentes en el nivel superior es el 2.4% versus el 36.9% en el nivel sin educación.

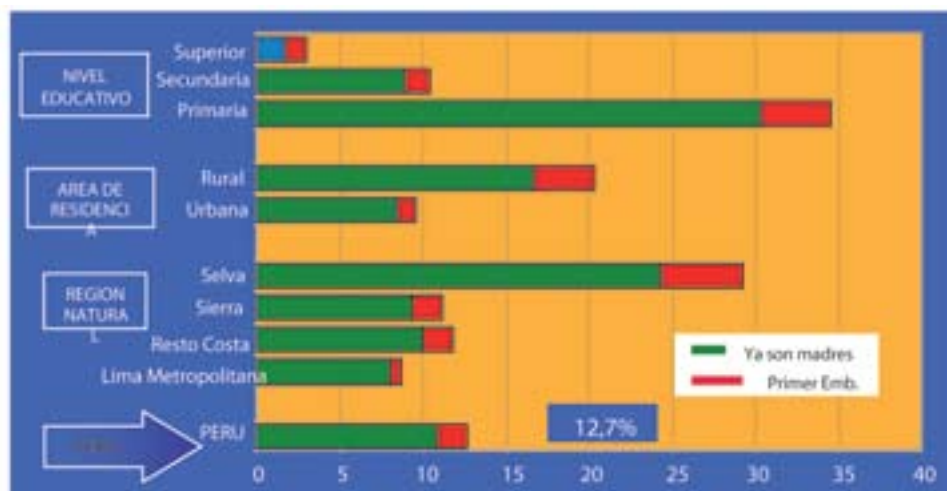
Porcentaje de muertes maternas según grado de instrucción, año 2007



Fuente: MINSA, DGE 2007

El **embarazo adolescente** representa una carga importante para el riesgo de muerte materna y perinatal, en el 2006, el 12.7% de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez han estado embarazada. En el sector urbano la cifra se reduce a 9.5%, mientras que en la zona rural asciende a 20.3%. En la selva, el 29.2% de adolescentes de 15 a 19 años ha estado embarazada alguna vez. Continúa el resto de la costa (11.8%), sierra (11.2%) y Lima Metropolitana (8.7%). La mayoría de ellas solo tiene estudios primarios y es pobre¹¹.

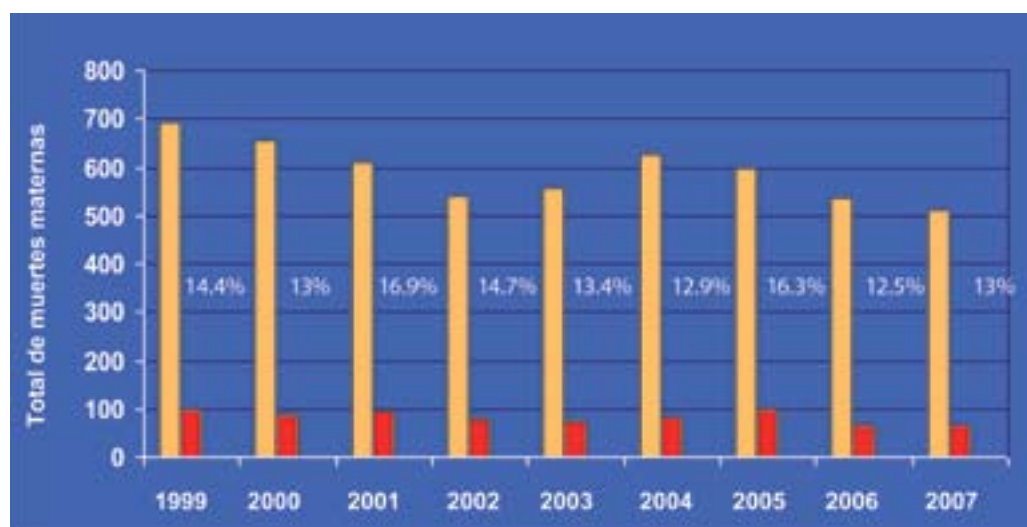
Adolescentes alguna vez embarazadas, Perú, 1992 – 2006



Fuente: INEI, ENDES 1991/ 92, 1996, 2000, 2004 / 06

¹¹ INEI. ENDES Continua 2004-06.

Registros de muerte materna en adolescentes Perú, 1999 – 2007



Fuente: : DGE.Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna. MINSA, 2007

Registros de muerte materna por grupo etareo Perú, 2007 - 2008

Años Grupos de edad	2007	2008	Diferencia
10 a 14	3	6	+3
15 a 19	62	71	+9
20 a más	448	432	-16
Total	513	509	-4

Fuente: : MINSA - DGE 2009

La muerte materna en adolescente representa entre 12% y 16% del total de las muertes maternas,apreciándose un preocupante aumento en las edades más jóvenes de 10 a 14 años.

La multicausalidad de la mortalidad materna, es difícil de afrontar en países como el nuestro con altos índices de pobreza, analfabetismo, bajo status de la mujer, malnutrición, usos y costumbres inadecuados, vías de comunicación en mal estado, inaccesibilidad geográfica y sistemas de salud con problemas de organización y capacidad de respuesta, aunados al escaso involucramiento de la familia y la comunidad en el cuidado de la gestante y el recién nacido.

Sin embargo, la experiencia demuestra que es posible reducir la mortalidad materna y perinatal, cuando la sociedad en su conjunto reconozca y valore la vida de las mujeres y recién nacidos, identifique oportunamente los signos de peligro, sepan que hacer y a donde acudir en caso de complicaciones. Así mismo cuando el sistema de salud fortalezca su capacidad resolutive y de respuesta oportuna y efectiva.

V.2.2.2 MORTALIDAD PERINATAL

En el Perú, la tasa de mortalidad perinatal, según ENDES 2000, es 23.1 x 1000 n.v., según ENDES 2004 - 2006, es 18 x 1000 n.v. y constituye la primera causa de mortalidad infantil con el 56% de la misma (ENDES 2000).

Tasas de Mortalidad Perinatal - Neonatal Perú 2005

ENDES	1996	2000	2005
Mortalidad Neonatal	24	18	
Mortalidad Post neonatal	19	15	
Mortalidad Infantil (x1000 niños menor de 1 año)	43	33	23
Mortalidad Perinatal	--	23	18*

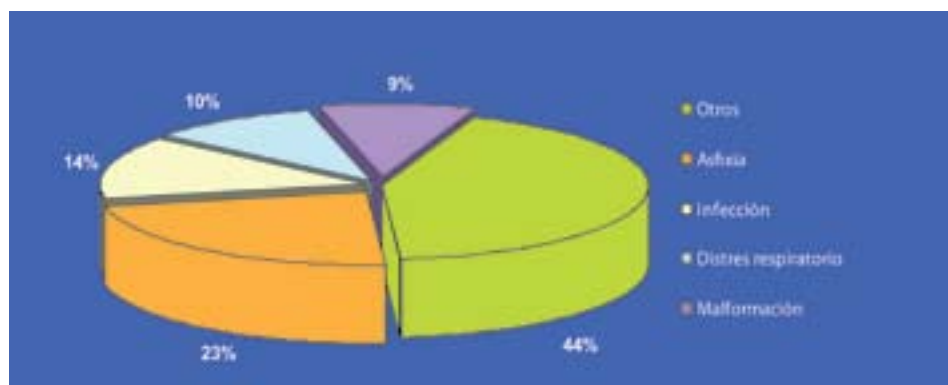
Fuente: ENDES Continua 2004-2006

Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales; las cuales están vinculadas, de un lado, a factores de salud materna y de otro, a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido, teniendo como resultado casos de bajo peso al nacer, prematuros y asfixia neonatal respectivamente; por lo cual es importante contar con servicios de salud de calidad, que permitan atender adecuadamente a los recién nacidos en las primeras horas de vida.

Las principales causas de muerte neonatal en el 2006 fueron la asfixia (23%), Síndrome de Distress Respiratorio (10%), infecciones (14%) y malformaciones congénitas (9%). Sin embargo, el análisis de la situación de salud-ASIS 2005 del Ministerio de Salud señala que las causas de mortalidad perinatal asociadas a problemas respiratorios específicos han ido disminuyendo mientras que las causas asociadas a retardo en el crecimiento, desnutrición e inmadurez fetal se incrementaron; por lo cual se hace cada vez más relevante la importancia del registro del peso al nacer, lo que permite identificar a los nacidos con bajo peso (menos de 2500 gramos), ya que este es no solamente un indicador sanitario si no también un indicador de nivel de vida.

La mortalidad perinatal esta asociada a mayor edad de la madre, residencia en área rural, analfabetismo, y a los quintiles de mayor pobreza (I y II), según datos del Instituto Materno Perinatal, en el 2006.

Mortalidad neonatal por causas de fallecimiento Perú 2006



Fuente: MINSA, OGEI, 2006

Así mismo se estima que por cada recién nacido que muere, existe un mortinato. Estas muertes intrauterinas y neonatales en su mayoría son el resultado de los mismos factores que causan la muerte y la discapacidad en las madres.

La mortalidad perinatal se relaciona estrechamente con la edad gestacional y con el peso del recién nacido así como con la calidad de la atención que se brinda en los primeros minutos de vida. Del reporte de muertes perinatales (Aplicativo Analítico BABIES), de las DIRESA en el nivel nacional, se sabe que aproximadamente el 60% de ellas corresponden a recién nacidos con pesos inferiores a los 2 500 gramos.

Las diversas complicaciones que pueden presentarse en el embarazo producen efectos graves en la salud de la madre y del recién nacido: algunas de ellas no pueden prevenirse pero pueden ser tratadas oportunamente.

V.3. PRINCIPIOS, ENFOQUES, VISIÓN Y MISIÓN

V.3.1 PRINCIPIOS

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 -2015, se adscribe a los principios postulados en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007 - 2020 y son los siguientes: Universalidad, Inclusión Social, Equidad, Integralidad, Complementariedad, Eficiencia, Calidad, Solidaridad y Sostenibilidad.

Estos principios, son asumidos a su vez como enfoque transversal, para el análisis de la situación de la Muerte Materna y Perinatal en el Perú tratando a través de ellos de ubicar las causas y proponer las estrategias que nos permitan cumplir a cabalidad con todos y cada uno de ellos.

V.3.2 ENFOQUES

Las evidencias señalan que las intervenciones para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, tiene que asegurar a las mujeres una maternidad voluntaria, disminuir las brechas que generan las cuatro demoras y garantizar la adecuada atención de las emergencias obstétricas y neonatales, identificados como los elementos críticos que desencadenan la morbilidad y la mortalidad.

Estas intervenciones deben ser ejecutadas en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad. El abordaje de estos enfoques, es interdependiente e integrador; a fin de asegurar servicios calificados y accesibles, en donde la calidad se constituye de un lado, en una obligación ética y un compromiso del Estado y el cuidado de la salud en una corresponsabilidad del ciudadano y de la sociedad civil.

El vínculo con los derechos humanos se relaciona también con el acceso a fin que ninguna mujer se vea discriminada por razones de idioma, educación, o de control de su propia reproducción; tiene que ver con que la intervención médica esté orientada a no exponerla a riesgos innecesarios y con el derecho a la salud, tanto de la mujer, como de su hijo, pues es parte de las obligaciones del estado garantizar que el desarrollo y el nacimiento del ser humano, esté rodeado de todas las condiciones que asegure un individuo con capacidad de desarrollar toda su potencialidad.

La muerte de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y la mortalidad perinatal, merece la más seria atención por parte de todas las instituciones y todos los individuos ya que, directa o indirectamente, se encuentran involucrados.

Detrás de cada muerte materna se esconde una tragedia familiar la cual puede ser entendida de diversas maneras: a) como un evento biológico y médico, que también expresa una deficiencia en la capacidad de respuesta del sistema de salud, o b) se trata algunas veces de una responsabilidad familiar o comunitaria, no asumida por razones culturales, económicas, geográficas, entre otras, que ponen en riesgo la vida de la mujer y el perinato, y que multiplicada muchas veces se convierte en una injusticia social de enormes proporciones.

Si bien es cierto, el enfoque de género e interculturalidad, forma parte del derecho a la salud, en tanto genera exclusión, discriminación e inequidades que atentan contra los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos; en el presente documento, nos permitimos abordarlas de manera separada única y exclusivamente por razones de orden metodológico, mas no conceptual.

• Desde el derecho y la justicia social

Las muertes maternas son expresión inequívoca de las desventajas que padecen las mujeres en nuestra sociedad, por razones de exclusión social y de género constituyendo una violación de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Los derechos humanos (DDHH) básicos, de carácter personal; del individuo en relación con la comunidad; de pensamiento, de conciencia, de religión y libertades políticas; económicos, sociales y culturales; así como las condiciones y límites con que estos derechos deben ejercerse, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición; deben permitir a cada individuo el desarrollo de un proyecto de "vida propia" ¹²; sin embargo, en el Perú como en muchos otros países, la mortalidad materna, está fuertemente asociada al problema de la maternidad no voluntaria, ya sea por presión social hacia la realización de la mujer con la maternidad, por falta de acceso a métodos de planificación familiar y en otros por violencia sexual o familiar.

El derecho de las mujeres a decidir en su vida reproductiva ha sido fundamental para su acceso al mercado de trabajo, a la política y a su empoderamiento en general, en términos personales, elegir tener hijos, cuándo y con qué frecuencia significa «la capacidad de definir su propio desarrollo en términos diferentes a los de la maternidad» ¹³.

Morir en el proceso de crear nueva vida humana resulta inadmisible; injusta recompensa para la madre, consecuencia sorpresiva y dolorosa para la familia y se constituye en un drama social de innegables consecuencias, que se asocia muy frecuentemente a mortalidad perinatal y mortalidad infantil. La probabilidad de morir se duplica en el primer año de vida frente a otros niños que no perdieron a sus madres.

Cuando se mira más detenidamente y en profundidad lo que hay detrás de las muertes maternas se descubre un mundo de privaciones de la dignidad humana. Mas aún si consideramos que la mayoría de estas muertes responde a causas prevenibles y son muertes que pueden evitarse. Este hecho las convierte en uno de los ejemplos más claros de inequidad dentro de los países que tienen, por un lado, altas tasas de mortalidad materna-perinatal y, por otro, problemas persistentes de acceso desigual a los recursos de la salud, entre muchas otras clases de recursos y bienes.

Por todas estas razones, la mortalidad materna es una cuestión de derechos humanos y se ubica en primera línea en los debates sobre los derechos económicos, sociales, y culturales (DESC), además de los derechos políticos ¹⁴.

Debemos mirar el problema de la muerte materna y los derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde muchos ángulos: se trata de un problema de salud pública que es en alto grado prevenible; está vinculado con el rol biológico de las mujeres; involucra las concepciones que tenemos acerca del significado de la vida y cómo éste debería expresarse en prácticas sociales.

Muchos países que han logrado reducir la mortalidad materna dramáticamente, lo han hecho con una intervención decidida e integral desde diferentes dimensiones, con medidas de política, de organización social, de promoción de las familias y valoración de las mujeres, de mejoramiento del nivel educativo de las mujeres, de su acceso a recursos económicos y de los sistemas de salud desde la implementación de infraestructura, hasta la dotación de recursos humanos calificados y la adecuada atención de emergencias obstétricas y neonatales, que en conjunto pueden prevenir una gran cantidad de muertes, tal como se ha descrito en el contexto internacional.

Es ineludible a todas las instancias y niveles del estado y la sociedad, amparados en la Constitución Política del país y los compromisos internacionales que el Perú ha firmado; asumir la disminución de la muerte materna perinatal como una responsabilidad frente a los derechos de las mujeres y la justicia social.

¹² Filósofa Martha Nussbaum (1995)

¹³ Tomris Türmen, 2002

¹⁴ Yamin y Maine, 1999.

• **Desde el enfoque de género**

Los problemas de salud de las mujeres son un reflejo del lugar que se les asigna socialmente, por lo tanto, no se pueden entender al margen de las condiciones sociales y económicas en las que se desarrolla su vida.

El sentido tradicional de realización de las mujeres centrado en la maternidad hoy está cambiando, y es en este aspecto que se enfatiza que la reproducción es un derecho y debe decidirse libremente.

Las distintas formas de discriminación contra la mujer, se expresan desde que nace, a tal punto que la Comunidad Internacional y organismos como UNICEF, han propuesto una política de “no apartheid de género” desde 1992.

Con la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño, se ha priorizado y consensuado la igualdad entre niños y niñas, buscando mejorar la condición de las niñas, en términos de salud, educación y nutrición, pues mejorando la situación de la niña de hoy, se logrará la igualdad de oportunidades y condiciones para las mujeres del mañana.

La combinación de pobreza, carencias, y tradiciones de dominación es peligrosa, particularmente cuando se mezcla con desigualdades entre hombres y mujeres en las esferas de pareja, la sexualidad, la familia y comunidad.

La “violencia de la vida cotidiana”¹⁵, específicamente la de género, no es un problema sólo de sus víctimas y sus perpetradores, lo es de toda la sociedad, pues dentro del matrimonio, una de sus instituciones tutelares, se producen hechos de violencia física, psicológica y sexual que pueden igualmente negar la autonomía de la mujer. La violación sexual y el incesto, distintas formas de explotación sexual, incluso a menores, colocan a muchas mujeres en situaciones donde terminan despojadas de control sobre sus cuerpos y destinos.

Las adolescentes constituyen un grupo muy vulnerable, ellas pueden y de hecho son fácilmente presionadas por novios y compañeros con quienes están en una relación asimétrica de poder, recursos y alternativas para el ejercicio de su sexualidad.

La sociedad peruana tiene una capacidad muy débil para promover actitudes de respeto al otro cuando ese otro es imaginado como distante y ajeno: indígena, pobre, discapacitado/a, por su opción sexual, trabajador/a del hogar, mujer; y las instituciones que deberían cautelar la seguridad física de todas las personas, están ausentes o son deficientes.

Los movimientos de mujeres crearon conciencia de la necesidad de integrar la perspectiva de género en la legislación y en los proyectos de desarrollo de los países; sin embargo, es necesario considerar que la maternidad no es unilateral, como se puede evidenciar en el programa de Salud de la Familia y Población de la OPS, en donde se hace énfasis en la visión holística de la salud reproductiva e incita a la participación masculina y de las comunidades en general, desde la etapa de vida adolescente; con lo cual se espera generar la responsabilidad compartida en el cuidado de la salud con los directamente involucrados, en este caso las mujeres, sus parejas y sus familias.

• **Desde el enfoque intercultural**

Hoy en día, acercarse a otras etnias, culturas y religiones, a otras cosmovisiones, no es algo opcional, sino vital e imprescindible. Urge encontrar fundamentos sólidos y universales; pues no se trata solo de aceptar el hecho de tener que convivir con personas de otras culturas, sino que la diversidad debe llegar a ser fuente de enriquecimiento.

La interculturalidad significa un cambio sustancial de enfoque, reivindica el derecho a la participación sistemática, a las relaciones sociales equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, lingüísticas, de género y de generación, establecidas en un espacio determinado entre hombres y mujeres de diferentes culturas y que debe reflejarse desde la manera como se concibe, se diseña y se implementa un proyecto o una política pública, de tal manera que haga propicio el desarrollo.

¹⁵ Scheper-Hughes, 1992.

No es solamente que la vida y la salud de las mujeres esté en riesgo; es la intersección de discriminaciones y desbalances de poder entre etnias, clases sociales y grupos de edad, tanto dentro de los hogares como en la comunidad y en la sociedad en su conjunto las que están en juego en el largo camino de la muerte materna¹⁶.

Por ejemplo, en nuestro país la valoración de la maternidad, se manifiesta ambigua, pues mientras la mujer es gestante, constituye muchas veces un motivo de vergüenza personal, familiar o social, y especialmente si va asociada a factores de riesgo como edad de la madre, multiparidad, violencia sexual o estado civil; pero luego de dar a luz el estatus cambia y pareciera que por el solo hecho de tener un hijo y “ser madre”, la mujer adquiere otro estatus y respeto público, aunque las demás circunstancias sigan invariables.

La Interculturalidad en salud se da en todo encuentro entre prestadores de servicios de salud y población en general. De un lado, por la profesionalización de la medicina que genera una cultura médica diferenciada difícil de acceder y de otro, especialmente en los países latinoamericanos, porque las personas que acceden a la educación médica son parte de una elite social. De esta manera el encuentro médico se da entre personas de diferente capital cultural y es per se intercultural; mas aún si esta relación se da con las minorías étnicas o pueblos indígenas. Este último aspecto ha sido preocupación de varias iniciativas de organismos internacionales como la OIT y la OPS, y son una respuesta ante las condiciones de salud que presentan estos pueblos en los países latinoamericanos. Interculturalidad en Salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas.

Ello no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o de cohesión, de ninguna de las partes.

La interculturalidad en el ámbito de la atención a la salud, se expresa desde la relación y el diálogo proveedor usuario, fundamentada en el respeto a la diferencia; de tolerancia que conduzca a la solidaridad, de democracia cultural que incorpore la opinión del usuario, la consulta, el consenso, y la convergencia a objetivos comunes para construir una sociedad justa¹⁷, este enfoque también obliga a que las mujeres, en este caso, participen activamente como agentes de cambio desde su propia realidad en la medida que sus capacidades son desarrolladas. Todo un reto para nuestras autoridades, pero también para las instituciones y organizaciones de mujeres y comunidad en general.

•Desde el enfoque de los Determinantes Sociales: Familia y Comunidad.

Siendo muchos los determinantes sociales, abordaremos aquellos de importancia gravitante que se relacionan con la prevención y disminución de la mortalidad materna y perinatal. Hoy sabemos que la primera y segunda demora: demora en reconocer el peligro y demora en tomar la decisión de buscar ayuda, se dan en la Familia de la gestante y del recién nacido, asociadas mayormente a dinámicas sociales relacionadas con la toma de decisiones y el rol de la mujer; de igual modo la tercera demora: demora en llegar al establecimiento, se da en la comunidad donde la mujer y el recién nacido viven, asociadas a disponibilidad y manejo de recursos; estas tres demoras se hacen aún más relevantes y críticas en zonas de población dispersa, de pobreza y pobreza extrema y de minorías étnicas.

La Familia y la Comunidad, se constituyen así en elementos de vital importancia de los factores sociales determinantes de la salud materna y perinatal, hacia las cuales el plan propone una atención especial y preferente, por el impacto que desde ellos se puede tener en la disminución de las tres primeras demoras.

La incorporación a la cultura de la familia y de la comunidad de: los cuidados del embarazo y del recién nacido, la correcta percepción e interpretación de los signos de riesgo en la salud de ambos, la participación en la promoción del control prenatal, puerperal y del recién nacido, la evacuación pronta y oportuna si así lo precisan, y el incremento del parto institucional, se sustenta y depende de trabajar con las familias y la comunidad en el

¹⁶ Fathalla, 1987.

¹⁷ I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá (OPS, 1998)

mayor número de ámbitos posibles, escuela, colegio e instituto, UGEL, espacios comunales y de la sociedad civil, asociaciones de mujeres, eventos y festividades populares y comunales entre otros.

En las poblaciones nativas rurales, andino - amazónicas y en otras minorías étnicas, este enfoque va íntimamente unido al de interculturalidad; por eso en los planes, programas, políticas y estrategias dirigidas a estas poblaciones debiera comenzar a hablarse del enfoque “FIC - Familiar, Intercultural y Comunitario¹⁸.”

V.3.3 VISIÓN

Al 2015 las mujeres peruanas gozarán de una Maternidad Saludable, Segura y Voluntaria, con una supervivencia perinatal adecuada, en el marco de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, con participación multisectorial y de la sociedad civil; como resultado de una óptima respuesta del Estado, en el contexto de la descentralización.

V.3.4 MISIÓN

Reducción de mortalidad materna y perinatal, como expresión de desarrollo del país, consolidando el rol del Ministerio de Salud y el compromiso multisectorial y de la sociedad civil, en el acceso de las mujeres a la promoción y protección de su salud sexual y reproductiva, con un enfoque integral, con calidad y adecuación intercultural, en el marco de los Objetivos del Milenio.

V.4. LINEAMIENTOS, OBJETIVOS, METAS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

V.4.1 LINEAMIENTOS

Los Lineamientos del Plan Estratégico Nacional para reducir la mortalidad materna y perinatal se sustentan en los lineamientos de política de salud 2007-2020 y se corresponden con los postulados en el Plan Nacional Concertado de Salud:

1. Atención integral de salud a la mujer y al niño, privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Aseguramiento Universal.
4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.
5. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los Recursos Humanos.
7. Medicamentos de calidad para todos/as.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
10. Participación Ciudadana en Salud.
11. Mejora de los otros determinantes de la Salud.

V.4.2 OBJETIVOS

Los objetivos del Plan estratégico nacional de reducción de Muerte Materna y Perinatal se sustentan en:

V.4.2.1 Objetivos Sanitarios Nacionales 2007 – 2020

1. Reducir la Mortalidad Materna

- ◆ Reducir el embarazo adolescente.
- ◆ Reducir la complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
- ◆ Incrementar el parto institucional en zonas rurales y de extrema pobreza.
- ◆ Ampliar el acceso a la planificación familiar.

¹⁸ Seminario Internacional de Interculturalidad y Genero, Lima – Perú, Enero del 2009

2. Reducir la Mortalidad Infantil

- ◆ Reducir la mortalidad perinatal, especialmente en zonas de mayor exclusión social y económica.

3. Reducir la Desnutrición Infantil.

4. Controlar las Enfermedades Transmisibles.

5. Controlar las Enfermedades Transmisibles Regionales.

6. Mejorar la Salud mental.

7. Controlar las Enfermedades Crónico Degenerativas.

8. Reducir la Mortalidad por Cáncer.

9. Reducir la Mortalidad por Accidentes y Lesiones Intencionales.

10. Mejorar la Calidad de Vida del Discapacitado.

11. Mejorar la Salud Bucal.

V.4.2.2 Objetivos del Sistema de Salud 2007 – 2011

1. Aseguramiento Universal.

2. Descentralización.

3. Mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud.

- ◆ Mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios materno infantiles en los establecimientos de salud del país.

4. Rectoría.

5. Financiamiento.

6. Recursos Humanos.

- ◆ Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, comprometidos en atender las necesidades de salud de la población en sus ámbitos de trabajo.

7. Medicamentos.

8. Participación Ciudadana en Salud.

- ◆ Favorecer y crear condiciones que garanticen la participación ciudadana en la gestión y la calidad de la atención y, en el cumplimiento de sus deberes y derechos.
- ◆ Promover la participación organizaciones e instituciones públicas y privadas.

V.4.2.3 OBJETIVOS DEL PLAN

OBJETIVO GENERAL

Reducir la Mortalidad Materna y Perinatal en el Perú como expresión de una Maternidad Saludable, Segura y Voluntaria; con la participación multisectorial y el compromiso de la sociedad civil

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 1.** Lograr el compromiso político y multisectorial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en los tres poderes del estado y en los diferentes niveles de gobierno, nacional, regional y local.
- 2.** Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

3. Asegurar la participación de la familia y la comunidad y otros actores de la sociedad civil en el sistema de salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco de la descentralización.
4. Asegurar un Sistema de Información de calidad para la toma de decisiones en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en todos los sectores y niveles de gobierno.

V.4.3 METAS AL 2015

1. Reducir la razón de mortalidad materna a $66 \times 100,000$ nacidos vivos.
2. Reducir la tasa de mortalidad perinatal a $16 \times 1,000$ nacidos vivos.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo estratégico 1: Lograr el compromiso político y multisectorial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en los tres poderes del estado y en los diferentes niveles de gobierno, nacional, regional y local.

RE1. El Estado Peruano establece la reducción de la mortalidad materna y perinatal como Política Nacional prioritaria para el desarrollo del país; comprometiendo a los tres niveles de gobierno y a todos los sectores a incluir en el diseño y desarrollo de sus planes, acciones contempladas en esta Política.

RE2. El Estado garantiza el financiamiento de las estrategias para la reducción de mortalidad materna y perinatal, con énfasis en poblaciones de pobreza, pobreza extrema y situación de vulnerabilidad.

RE3. Los gobiernos regionales y locales priorizan la salud materna y perinatal y la incluyen en sus planes de gobierno y proyectos de inversión social, asegurando la gestión y el financiamiento para la implementación de los planes, en el marco del desarrollo local y la lucha contra la pobreza.

Objetivo estratégico 2: Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la reducción de la mortalidad materna perinatal.

RE4. Las Direcciones Regionales de Salud, garantizan que las áreas geográficas y poblaciones de su competencia, dispongan de establecimientos de salud estratégicamente distribuidos y adecuadamente implementados según capacidad resolutoria para la atención de la madre y el perinato, consolidando las redes obstétricas para la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.

RE5. El Sector Salud incrementa coberturas de atención en salud sexual y reproductiva con eficacia y efectividad, en el marco de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, con calidad, adecuación cultural y enfoque de género.

Objetivo estratégico 3: Asegurar la participación de la familia y la comunidad y otros actores de la sociedad civil en el sistema de salud para la reducción de la mortalidad materna perinatal, en el marco de la descentralización.

RE6. Las familias y la comunidad con el apoyo de las autoridades locales, se organizan, participan y vigilan activamente el cuidado de la salud materna perinatal y la promoción de estilos de vida saludables, con enfoque de género, intercultural, de no violencia contra la mujer y de igualdad de oportunidades, en coordinación con los servicios de salud, las autoridades y líderes locales.

RE7. Las autoridades comunales, locales y regionales, con el apoyo de instituciones públicas y privadas de los diferentes sectores y con el asesoramiento del sector salud, organizan y establecen sistemas locales de vigilancia en salud, de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales, incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Objetivo estratégico 4: Asegurar un Sistema de Información de calidad, para la toma de decisiones en la reducción de la mortalidad materna perinatal, en todos los sectores y niveles de gobierno.

RE8. Se establece un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Intersectorial, en el marco de la descentralización, que proporciona información permanente veraz y oportuna en todos los niveles para la toma de decisiones, incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

V.4.4 LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICA

La mortalidad materna es el factor individual con más alto impacto social y la mortalidad perinatal la que más contribuye a la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe y constituye un obstáculo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mayoría de las muertes de mujeres y de recién nacidos se pueden evitar si se cuenta con intervenciones eficaces y oportunas.

Tasas de Mortalidad Perinatal - Neonatal Perú 2005



Fuente: Las líneas de acción estratégica permiten las intervenciones basadas en evidencias que comprometen no solo el sector salud

Las líneas de acción estratégica permiten las intervenciones basadas en evidencias que comprometen no solo el sector salud, sino la participación multisectorial y promueven un ambiente favorable para la elaboración y la promoción de políticas públicas eficaces en todos los niveles. Se sustentan en el concepto del continuo de la atención de la salud de la madre y del recién nacido en tiempo y espacio, dando especial relevancia a las intervenciones de la comunidad a través de la familia, las organizaciones sociales de base y los gobiernos locales, que en última instancia y en el marco de la descentralización deben asumir los cuidados básicos de salud. Es también a este nivel donde se involucra a las instituciones formadoras de RRHH, las cuales deben brindar educación y formación académica y tecnológica acorde a las necesidades del país.

Establece nexos entre los diferentes actores sociales, a fin de mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud al fortalecer la atención desde el primer nivel y la calidad y oportunidad de la referencia;

proporciona atención de calidad, eficaz, integrada y culturalmente apropiada; capacita y fortalece las competencias de los proveedores de salud; promueve las intervenciones que permitan empoderar a las personas, las familias y las comunidades y crea un sistema de vigilancia, seguimiento y evaluación permanentes.

V.4.4.I Líneas de Acción Estratégica y estrategias de intervención - LAE

Objetivo estratégico 1. Lograr el compromiso político y multisectorial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en los tres poderes del estado y en los diferentes niveles de gobierno, nacional, regional y local.

LAE I- INCIDENCIA POLÍTICA

- Estrategias de intervención

- ❖ Comprometer a los Poderes del Estado y los tres niveles de Gobierno, para priorizar la reducción de la mortalidad materna y perinatal, como Política Nacional, en la perspectiva de garantizar una maternidad saludable, segura y voluntarias y una legislación que satisfaga las necesidades y garantice los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en edad fértil, con énfasis en poblaciones en riesgo, adolescentes, primigestas, gestantes adolescentes, poblaciones excluidas, en pobreza y pobreza extrema.
- ❖ Comprometer a los Gobiernos Regionales y Locales para incorporar en agenda la reducción de la mortalidad materna y perinatal como prioridad regional de desarrollo y de salud, en el marco de la lucha contra la pobreza.
- ❖ Generar acuerdos de cooperación internacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- ❖ Comprometer la participación multisectorial permanente en las responsabilidades para la reducción de la mortalidad materna y perinatal; Sector Público, Sector Privado, Colegios Profesionales, Programas Sociales e Instituciones formadoras de recursos humanos, llámese universidades u otras.
- ❖ Asegurar el financiamiento desde los diferentes niveles, con el compromiso presupuestario y los recursos financieros, para el desarrollo de las actividades del Plan de Reducción de la Maternidad Materna y perinatal.

Objetivo estratégico 2: Garantizar la capacidad de respuesta del Sector Salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

•LAE2 - RECURSOS HUMANOS

- Estrategias de intervención

- ❖ Dotar de personal para la atención obstétrica y neonatal de acuerdo a las necesidades y capacidad resolutive de los establecimientos.
- ❖ Fortalecer las competencias del recurso humano para mejorar la capacidad resolutive y de respuesta de los servicios de salud para la reducción de la mortalidad materna, mejorando, desde los tres niveles de gobierno.
- ❖ Coordinar con el área de recursos humanos una Política de Incentivos de recursos humanos, que promueva y motive la implementación de las estrategias y actividades tendientes a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- ❖ Fortalecer los Centros de Desarrollo de Competencias para personal de salud - CDC, a fin de que todas las regiones operativicen estos centros.
- ❖ Desarrollar un Programa de acompañamiento a profesional SERUMS y todo profesional nuevo que ingresa para brindar atención obstétrica y de PF con apoyo de los colegios profesionales

• **LAE3 - INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO**

- Estrategias de intervención

- ❖ Fortalecer la infraestructura de los EESS para la atención institucional del parto y del recién nacido, acorde a la normatividad y con enfoque intercultural y reorientados a las necesidades y realidad local.
- ❖ Asegurar equipos para la atención prenatal, del parto, puerperio, recién nacido y para la estabilización y referencia de las complicaciones más frecuentes, por niveles de complejidad.
- ❖ Garantizar la disponibilidad permanente de medicamentos e insumos, para la atención materna y perinatal; y para la estabilización y referencia de las complicaciones más frecuentes, por niveles de complejidad.

• **LAE4 - PROCESOS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD**

- Estrategias de intervención

Calidad e integralidad de la atención

- ❖ Incorporar la Autoevaluación en el servicio materno infantil en el marco de la Acreditación de establecimientos de salud.
- ❖ Incorporar la evaluación por competencia laboral en salud materna infantil, en el marco de la Certificación por competencias.
- ❖ Auditoría de la calidad de atención y de casos y monitoreo de las recomendaciones y sugerencias en la atención materna y perinatal.
- ❖ Fortalecer la implementación del “Plan de parto”.
- ❖ Mejorar la oferta de servicios de Planificación Familiar, para reducir la demanda insatisfecha a toda la población en situación de vulnerabilidad.
- ❖ Atención diferenciada en Salud Sexual y Reproductiva a población adolescente y a gestantes adolescentes.
- ❖ Adecuación cultural de los servicios con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos.

Fortalecer la gestión

- ❖ Asegurar la dotación de sangre segura según nivel de complejidad.
- ❖ Evaluación periódica de la Aplicación de las FON, según nivel de complejidad.
- ❖ Evaluar periódicamente estándares e indicadores de calidad por nivel de complejidad.
- ❖ Promocionar la importancia de la atención prenatal precoz y del aseguramiento.
- ❖ Garantizar la disponibilidad permanente de métodos anticonceptivos, medicamentos e insumos para la atención de planificación familiar.
- ❖ Incorporar el criterio de Morbilidad Extremadamente Grave en los establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales intensivas - FONI.

Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia

- ❖ Mejorar la capacidad y calidad para referir oportunamente las emergencias obstétricas y neonatales, con énfasis en la estabilización y según claves de atención: roja (Hemorragias), amarilla (Sepsis) y azul (Hipertensión inducida por el embarazo).
- ❖ Implementar un sistema de comunicación permanente para el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales, por nivel de complejidad y por redes.
- ❖ Promover la ampliación del Centro Nacional de Referencia de Emergencias - CENAREM en el nivel regional y local.
- ❖ Fortalecer la operatividad de las redes obstétricas y neonatales, mejorando el sistema de transporte entre los establecimientos, de acuerdo a las necesidades y realidad local.

Objetivo estratégico 3:

Asegurar la participación de la familia, la comunidad y otros actores de la sociedad civil en el sistema de salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en el marco de la descentralización.

LAE5 - PROMOCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

-Estrategias de intervención

Educación en salud

- ❖ Desarrollar un Programa permanente de Educación en Salud Integral y Ambiental en el nivel comunitario, que favorezcan una maternidad saludable y segura, dirigido a población general y autoridades locales e institucionales; con énfasis en promoción, prevención y conductas saludables, con enfoque de género, interculturalidad, de derechos y responsabilidades y de no violencia.
- ❖ Coordinar con el sector educación el desarrollo de los programas de educación en salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida; en la currícula anual de las instituciones educativas públicas y privadas en la educación básica regular; con énfasis en el fortalecimiento del área de tutoría.
- ❖ Coordinar con las Universidades, Facultades y Escuelas formadoras de profesionales de la salud para incorporar a la docencia de pregrado y postgrado, las políticas y estrategias para la RMMP.
Seguridad alimentaria y nutricional
- ❖ Contribuir a reducir la prevalencia de anemia en mujeres gestantes y mujeres en edad fértil y el bajo peso del recién nacido, promoviendo el consumo adecuado de alimentos ricos en hierro, ácido fólico y calcio, y con aporte de hierro en niñas, adolescentes, gestantes y puérperas.
- ❖ Promocionar la lactancia materna exclusiva.

Medio ambiente

- ❖ Contribuir a mejorar las condiciones de saneamiento de las viviendas, con énfasis en el manejo de residuos sólidos y contaminación del aire, especialmente en zonas de riesgo como asentamientos humanos, zonas rurales y comunidades nativas que favorezcan una maternidad saludable y segura.

• LAE6 - PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

-Estrategias de intervención

Sostenibilidad de las estrategias locales para la reducción de la mortalidad materna y perinatal

“CASAS DE ESPERA”

- ❖ Aumentar el número de casas de espera, en establecimientos FONB contribuyendo a mejorar el acceso a la atención institucional y profesional del parto.
- ❖ Fortalecer el involucramiento y compromisos de la familia y de la comunidad, autoridades, organizaciones e instituciones en el manejo y mantenimiento de las “Casas de espera”

AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD - ACS.

- ❖ Promover el rol activo y coordinado de los ACS, autoridades y otros líderes locales con el sistema de salud, para la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva, identificación de signos de alarma y referencia de usuarias; así como su capacitación integral permanente con enfoque de derechos y responsabilidades, género y no violencia.

SISTEMAS DE VIGILANCIA CIUDADANA Y COMUNITARIA

- ❖ Fortalecer, articular y promover sistemas de vigilancia ciudadana y comunitaria, en el cuidado de la salud materna y perinatal y prevención de violencia doméstica y contra la mujer, participando de las estrategias locales de:
 - “radar de gestantes”,
 - “evacuación comunitaria de emergencias”,
 - “inventario del equipamiento social” (recursos comunitarios) y
 - “registro de referencias comunitarias”.
- ❖ Fortalecer los Comités Locales de Salud, en planeación y gestión en salud, monitoreo de la calidad, derechos de los usuarios y rendición de cuentas.

•LAE7 - RESPONSABILIDAD SOCIAL, EMPRESARIAL Y CORPORATIVA

-Estrategias de intervención

- ❖ Promover el Voluntariado Social Corporativo en las acciones de salud sexual y reproductiva.
- ❖ Coordinar el aporte de las empresas en el marco de la responsabilidad empresarial y acorde a las necesidades de salud locales y regionales que favorezcan una maternidad saludable y segura.
- ❖ Promover la participación de las empresas en acciones de promoción y educación para la salud, con énfasis en salud materna y salud sexual y reproductiva con la población de las áreas geográficas de influencia de las empresas privadas instaladas en los ámbitos regionales y locales.
- ❖ Promover el aporte de la empresa privada local en el fortalecimiento, operatividad y eficacia de las casa de espera materna y de los sistemas locales de vigilancia comunitaria en salud este último para la evacuación de las emergencias obstétricas y neonatales.

•LAE8 – COMUNICACIÓN SOCIAL

-Estrategias de intervención

- ❖ Elaborar un Plan de Comunicación orientado a desarrollar estrategias con énfasis en salud sexual y reproductiva para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, dirigida a la población objetivo y decisores políticos a fin de obtener el apoyo necesario para su ejecución.
- ❖ Diseñar y producir material informativo – educativo para las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de la Mortalidad Materna Perinatal.
- ❖ Desarrollar acciones de difusión a través de estrategias de comunicación social a la población objetivo, en medios masivos y alternativos, como la radio, televisión e Internet así como medios interpersonales y comunitarios, a fin de asegurar el posicionamiento de los mensajes.
- ❖ Involucrar personajes públicos (como artistas y deportistas locales, regionales y nacionales), como imagen de las campañas previstas a fin de difundir mensajes en espacios públicos donde se concentre la población objetivo.

Objetivo estratégico 4:

Asegurar un Sistema de Información de calidad, para la toma de decisiones en la reducción de la mortalidad materna perinatal, en todos los sectores y niveles de gobierno

•LAE9 – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERSECTORIAL

-Estrategias de intervención

- ❖ Fortalecer la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Mortalidad Perinatal, con participación de otros sectores y sub sectores (RENIEC, Municipios, EsSalud, Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales e instituciones privadas de salud).
- ❖ Fortalecer el sistema de información del Ministerio de Salud, que permita asumir oportunamente las acciones necesarias a fin de reducir la mortalidad materna y perinatal.

- ◆ Fortalecer el Sistema Informático Perinatal - SIP 2000 a nivel nacional, con prioridad en los establecimientos que desarrollan funciones obstétricas y neonatales básicas, esenciales e intensivas y la Historia Clínica materna perinatal para los establecimientos con funciones obstétricas y neonatales primarias.
- ◆ Garantizar la oportunidad, calidad, consistencia y veracidad de la información materna perinatal y de planificación familiar.

V.4.5 INDICADORES

V.4.5.1 INDICADORES POR OBJETIVO ESTRATÉGICO Y RESULTADO ESPERADO.

Objetivo estratégico 1: Lograr el compromiso político y multisectorial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en los tres poderes del estado y en los diferentes niveles de gobierno, nacional, regional y local.

- ◆ Política Nacional de Salud para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal aprobada.

RE1. El Estado Peruano establece la reducción de la mortalidad materna y perinatal como Política Nacional prioritaria para el desarrollo del país; comprometiendo a los tres niveles de gobierno y a todos los sectores a incluir en el diseño y desarrollo de sus planes, acciones contempladas en esta Política.

- ◆ Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, aprobado.

RE2. El Estado garantiza el financiamiento de las estrategias para la reducción de mortalidad materna y perinatal, con énfasis en poblaciones de pobreza, pobreza extrema y situación de vulnerabilidad.

- ◆ Programa Estratégico materno neonatal de presupuesto por resultados ampliado al 2015.

RE3. Los gobiernos regionales y locales priorizan la salud materna y perinatal y la incluyen en sus planes de gobierno y proyectos de inversión social, asegurando la gestión y el financiamiento para la implementación de los planes, en el marco del desarrollo local y la lucha contra la pobreza.

- ◆ % de Gobiernos Regionales y Locales que destinan en sus presupuestos anuales, fondos para el desarrollo de las actividades del Plan de reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Objetivo estratégico 2: Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la RMMP.

- ◆ % de Gobiernos Regionales que incrementan el número de recursos humanos en salud.
- ◆ % de establecimientos que cumplen con más del 80% de estándares e indicadores de calidad de la atención materna y perinatal.

% de Direcciones Regionales de Salud, que tienen operativos sus Centros de Desarrollo de Competencias (CDC) para personal de Salud en Hospitales.

RE4. Las Direcciones Regionales de Salud, garantizan que las áreas geográficas y poblaciones de su competencia, dispongan de establecimientos de salud estratégicamente distribuidos y adecuadamente implementados según capacidad resolutive para la atención de la madre y el niño y consolidación de redes obstétricas y neonatales para la atención de estas emergencias.

- ◆ % de establecimientos FONB y FONE que cumplen con más del 80% de su capacidad resolutive,
- ◆ % de establecimientos que implementan las Claves de emergencias obstétricas: clave roja (hemorragias), clave amarilla (sepsis) y clave azul (hipertensión inducida por el embarazo).

RE5. El Sector Salud incrementa coberturas de atención en salud sexual y reproductiva con eficacia y efectividad, en el marco de los derechos humanos.

- ❖ Incremento al 70% del parto institucional en zona rural.
- ❖ % de establecimientos cumplen con más del 90% de estándares e indicadores calidad según FON.
- ❖ % de disminución de la letalidad materna en los establecimientos FONE
- ❖ % de disminución de letalidad perinatal en los establecimientos FONE.
- ❖ Demanda insatisfecha en planificación familiar no mayor del 5%.
- ❖ Incidencia de prematuridad disminuye en 5% en zona rural
- ❖ Incidencia de bajo peso al nacer disminuyen en 5%, en la zona rural.

Objetivo estratégico 3: Asegurar la participación de la familia, la comunidad y otros actores de la sociedad civil en el sistema de salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en el marco de la descentralización.

- ❖ % de establecimientos con espacios formales de concertación para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- ❖ % de DIRESAs que han gestionado la incorporación de programas de educación en salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas públicas y privadas de su región.

RE6. Las familias y la comunidad con el apoyo de las autoridades locales, se organizan, participan y vigilan activamente el cuidado de la salud materna perinatal y la promoción de estilos de vida saludables, con enfoque de género, intercultural, de no violencia contra la mujer y de igualdad de oportunidades, en coordinación con los servicios de salud, las autoridades y líderes locales.

- ❖ % de “Casas de espera” implementadas en coordinación con la comunidad y autoridades locales.

RE7. Las autoridades comunales, locales y regionales, con el apoyo de instituciones públicas y privadas de los diferentes sectores y con el asesoramiento del sector salud, organizan y establecen sistemas locales de vigilancia en salud, de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales, incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

- ❖ % establecimientos de zona rural que tienen estrategias locales de evacuación de emergencias maternas y neonatales, con compromiso multisectorial y de la empresa privada.

Objetivo estratégico 4: Asegurar un Sistema de Información de calidad, para la toma de decisiones en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en todos los sectores y niveles de gobierno.

- ❖ Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Reducción Mortalidad Materna, actualizado e implementado,
- ❖ Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Reducción de la Mortalidad Perinatal y Neonatal, aprobado e implementado,

RE8. Se establece un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Intersectorial, en el marco de la descentralización, que proporciona información permanente veraz y oportuna en todos los niveles para la toma de decisiones, incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

- ❖ % de establecimientos FONB y FONE que tienen el Sistema Informático Perinatal -SIP 2000 operativo

OBJETIVO GENERAL, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS ESPERADOS **PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA RMMP EN EL PERÚ**

Objetivos estratégicos	Líneas de acción estratégicas	Presupuesto total (US \$)	Presupuesto por año (en US \$)						
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
O E 1 Lograr el compromiso político y multisectorial para la RMMP.	LAE 1	Sensibilización Autoridades Gobierno- 1 evento nacional año.	224,000	30,000	32,000	32,000	32,000	34,000	34,000
		Sensibilización Gobierno Regionales y Locales- 1 evento por Región x año.	840,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000
		Participación multisectorial- 1 evento x año.	51,000	7,000	7,000	7,000	7,000	8,000	8,000
	LAE 2	Mejorar nivel de RIRH-2 cap. X región x año x 35 part X 3d. y docentes	2'940,000	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000
O E 2 Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la RMMP.		- 1 inducción SERUMS x año	70,000	70,000	70,000	70,000	70,000	70,000	70,000
	LAE 3	Fortalecer capacidad resolutiva infraestructura y equipamiento	17'850,000	3'400,000	3'400,000	3'400,000	1'700,000	1'700,000	850,000
		- Fortalecer gestión del sistema y servicios- CDC.	340,000	340,000	340,000	272,000	272,000	170,000	170,000
	LAE 4	- Mejorar la calidad de la atención MP – pruebas Dx.	908,400	908,400	908,400	908,400	908,400	908,400	908,400
O E 3 Asegurar la participación de la sociedad civil en el sistema de salud para la RMMP.		- Mejorar referencias- ambulancias, kit, otros.	23'500,000	23'500,000	23'500,000	250,000	250,000	250,000	250,000
	LAE 5-8	Educación salud, Soberanía alimentaria, ½ ambiente Comunicación: 2x8 radio x 6m. 4 / día	22'400,000	3'200,000	3'200,000	3'200,000	3'200,000	3'200,000	3'200,000
	LAE 6	Estrategias locales SIVICOS, referencias comunitarias, ACS.	1'496,000	340,000	340,000	170,000	170,000	68,000	68,000
	LAE 7	Sistema local evacuación de emergencias kit camilla, 3 comunidades x 7,000 E.S.	1'932,000	600,000	480,000	63,000	63,000	63,000	63,000
O E 4 Asegurar un Sistema de Información de calidad.	LAE9	- Fortalecer información en SSR cómputo	6'000,000	2'500,000	500,000	125,000	125,000	125,000	125,000
Supervisión, monitoreo y evaluación			85,000	85,000	85,000	42,500	42,500	42,500	42,500
TOTAL			133'920,800	35'450,400	33'332,400	9'009,900	7'309,900	7'108,900	6'258,900

**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES DE RESULTADO
DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA RMMP EN EL PERÚ
2009 – 2015**

Objetivo Estratégico	Resultado esperado	Indicadores de resultado
OE1 Lograr el compromiso político para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en los tres Poderes del Estado y en los diferentes niveles de gobierno, nacional, regional y local	El Estado Peruano establece la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal como una prioridad nacional y garantiza su financiamiento.	Política Nacional de Salud para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal aprobada.
	RE1: El Estado Peruano establece la reducción de la mortalidad materna y perinatal como Política Nacional y prioritaria para el desarrollo del país; comprometiendo a todos los sectores a incluir en el diseño y desarrollo de sus planes, acciones contempladas en esta Política.	Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, aprobado.
	RE2: El Estado garantizará, el financiamiento de las estrategias de reducción de mortalidad materna y perinatal.	Programa Estratégico materno neonatal de presupuesto por resultados ampliado al 2015.
	RE3: Los gobiernos regionales y locales priorizan la salud materna y perinatal y la incluyen en sus planes de gobierno y proyectos de inversión social, asegurando la gestión y el financiamiento para la implementación de los planes, en el marco del desarrollo local y lucha contra la pobreza.	% de Gobiernos Regionales que destinan en sus presupuestos anuales, fondos para el desarrollo de las actividades del Plan de reducción de la mortalidad materna y perinatal. % de Gobiernos Locales que destinan en sus presupuestos anuales, fondos para el desarrollo de las actividades del Plan de reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Objetivo Estratégico	Resultado esperado	Indicadores de resultado
<p>OE2</p> <p>Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.</p>	<p>Gobiernos Regionales y Locales comprometen fondos de sus presupuestos para fortalecer la capacidad resolutoria de sus establecimientos según el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015.</p>	<p>% de Gobiernos Regionales y Locales que comprometen financiamiento para recursos humanos en salud.</p> <p>% de establecimientos cumplen con más del 80% de estándares e indicadores de calidad de la atención materna y perinatal.</p> <p>% de Regiones, han fortalecido y tienen operativos sus Centros de Desarrollo de Competencias - CDC.</p>
	<p>RE4: Las Direcciones Regionales de Salud, EsSalud, Sanidad de las FFAAPP y prestadores privados, garantizan que las áreas geográficas de su competencia, dispongan de establecimientos de salud estratégicamente distribuidos y adecuadamente implementados según capacidad resolutoria para la atención de la madre y el niño y de las emergencias obstétricas y neonatales.</p>	<p>% de establecimientos FONB que cumplen con más del 80% de su capacidad resolutoria</p> <p>% de establecimientos FONE que cumplen con más del 80% de su capacidad resolutoria</p> <p>% de establecimientos que implementan las claves de atención para las emergencias obstétricas.</p>
	<p>RE5: El Sector Salud incrementa coberturas de atención en salud sexual y reproductiva con eficacia y efectividad, en el marco de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, con calidad y adecuación cultural y enfoque de género.</p>	<p>Incremento al 70% del parto institucional en zona rural.</p> <p>% de establecimientos cumplen con más del 90% de estándares e indicadores de calidad según FON.</p> <p>% de disminución de la letalidad materna en los establecimientos FONE.</p> <p>% de disminución de la letalidad neonatal en los establecimientos FONE.</p> <p>Demanda insatisfecha en planificación familiar no mayor del 5%.</p> <p>Incidencia de prematuridad disminuye en 5% en zona rural.</p> <p>Incidencia de bajo peso al nacer disminuye en 5% en zona rural.</p>

Objetivo Estratégico	Resultado esperado	Indicadores de resultado
<p>OE3 Asegurar la participación de la sociedad civil en el sistema de salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en el marco de la descentralización.</p>	<p>La comunidad a través de sus líderes locales o sus organizaciones e instituciones, participa en los diferentes espacios abocados a la reducción de la mortalidad materna y perinatal, con enfoque de derechos y responsabilidades y de igualdad de oportunidades.</p>	<p>% de DIRESAs, redes y microrredes con espacios formales de concertación para la reducción de la mortalidad materna y perinatal y que desarrollan acciones de Educación en salud permanentes y Planes de Comunicación, para la prevención de la mortalidad materna perinatal, a la población general.</p> <p>% de DIRESAs que han gestionado la incorporación de programas de educación en SSR en las instituciones educativas públicas y privadas de su región.</p>
	<p>RE6: Las familias y la comunidad con el apoyo de las autoridades locales, se organizan, participan y vigilan activamente el cuidado de la salud materna perinatal y la promoción de estilos de vida saludables, con enfoque de género, intercultural, de no violencia contra la mujer y de igualdad de oportunidades, en coordinación con los servicios de salud, las autoridades y líderes locales.</p>	<p>% de "Casas de espera" implementadas en coordinación con la comunidad y autoridades locales</p> <p>marco de la descentralización</p>
	<p>RE7: Las autoridades comunales, locales y regionales, con el apoyo de instituciones públicas y privadas de los diferentes sectores y con el asesoramiento del sector salud, organizan y establecen sistemas locales de vigilancia en salud, de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales, incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.</p>	<p>% establecimientos de zona rural que tienen estrategias locales de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales, con compromiso multisectorial y de la empresa privada.</p>

Objetivo Estratégico	Resultado esperado	Indicadores de resultado
<p>OE4</p> <p>Asegurar un Sistema de Información de calidad, para la toma de decisiones en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en todos los sectores y niveles de gobierno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El MINSA dispone de un Sistema de Información Intersectorial sobre vigilancia materna y perinatal Fortalecer el SIP 2000 a nivel nacional, con prioridad en los establecimientos que desarrollan FONB, FONE, FONI. • Garantizar la oportunidad, calidad, consistencia y veracidad de la información materna perinatal y PF. 	<p>Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Mortalidad Materna aprobado e implementado,</p> <p>Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Mortalidad Perinatal y Neonatal, aprobado e implementado,</p>
	<p>RE8: Se establece un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Intersectorial, en el marco de la descentralización, que proporciona información permanente veraz y oportuna en todos los niveles para la toma de decisiones, incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.</p>	<p>% de establecimientos FONB que tienen el Sistema Informático Perinatal SIP-2000 operativo.</p> <p>% de establecimientos FONE que tienen el Sistema Informático Perinatal SIP-2000 operativo.</p>

V.5 SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

La evaluación de los avances y resultados se hará de acuerdo a las líneas estratégicas de intervención y en concordancia con los indicadores definidos, priorizando aquellos que son materia de presupuesto por resultados; para ello se tomará como insumos los datos del Ministerio de Salud, los Acuerdos de Gestión, las Funciones en materia de Salud en el proceso de transferencia a los gobiernos regionales y locales y las encuestas nacional de salud, los informes de la Dirección General de Epidemiología, entre otros.

Los procesos de monitoreo serán de manera permanente y descentralizada, la supervisión será descentralizada y por niveles de complejidad, considerando el avance en los indicadores, de acuerdo al periodo de tiempo para la ejecución de los planes al momento de la supervisión y desde todas las líneas de intervención estratégica.

La evaluación regional y local será trimestral, semestral y anual; la evaluación nacional se hará semestral y de manera conjunta anualmente; considerando el avance en los resultados propuestos y haciendo lo ajustes correspondientes al Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, que permitan alcanzar los objetivos propuestos. Las Direcciones Regionales de Salud podrán definir resultados intermedios que permitan una evaluación más objetiva.

V.6 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El presente Plan Nacional estará financiado principalmente con presupuesto asignado a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud a través de Presupuesto por Resultado del Programa Estratégico Materno Neonatal, y podrá ser reforzado con otros programas o proyectos como ParSalud, Juntos, etc. así como la participación de otras entidades como agencias de cooperación, que se sumen al objetivo de lograr disminuir la mortalidad materna y perinatal en el Perú.

Objetivos estratégicos		Líneas de acción estratégicas	Presupuesto total (US \$)	Presupuesto por año (en US \$)							
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
O E 1	Lograr el compromiso político y multisectorial para la RMMP.	LAE 1	224,000	Sensibilización Autoridades Gobierno- 1 evento nacional año.	30,000	30,000	32,000	32,000	32,000	34,000	34,000
					120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000
					7,000	7,000	7,000	7,000	7,000	8,000	8,000
O E 2	Garantizar la capacidad de respuesta del sector salud para la RMMP.	LAE 2	2'940,000	Mejorar nivel de RRHH 2 cap. X región x año x 35 part X 3d. y docentes	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000
					70,000	70,000	70,000	70,000	70,000	70,000	70,000
		LAE 3	17'850,000	Fortalecer capacidad resolutiva infraestructura y equipamiento	3'400,000	3'400,000	3'400,000	3'400,000	1'700,000	1'700,000	850,000
					340,000	340,000	340,000	272,000	272,000	170,000	170,000
		LAE 4	79'762,800	- Fortalecer gestión del sistema y servicios- CDC.	908,400	908,400	908,400	908,400	908,400	908,400	908,400
O E 3	Asegurar la participación de la sociedad civil en el sistema de salud para la RMMP.	LAE 5-8	22'400,000	Educación salud, Soberanía alimentaria, 1/2 ambiente Comunicación: 2t& radio x 6m. 4 / día	23'500,000	23'500,000	23'500,000	250,000	250,000	250,000	250,000
					3'200,000	3'200,000	3'200,000	3'200,000	3'200,000	3'200,000	3'200,000
					340,000	340,000	340,000	170,000	170,000	68,000	68,000
O E 4	Asegurar un Sistema de Información de calidad.	LAE 6	1'496,000	Estrategias locales SINICOS, referencias comunitarias censo, ACS.	600,000	600,000	480,000	63,000	63,000	63,000	63,000
					1'932,000	1'932,000	1'932,000	63,000	63,000	63,000	63,000
O E 4	Supervisión, monitoreo y evaluación	LAE9	6'000,000	- Fortalecer información en SSR cómputo	2'500,000	2'500,000	500,000	125,000	125,000	125,000	125,000
					85,000	85,000	85,000	42,500	42,500	42,500	42,500
TOTAL			133'920,800		35'450,400	35'450,400	33'332,400	9'009,900	7'309,900	7'108,900	6'258,900

VI. ANEXO

Siglas y abreviaturas

ANR	Asamblea Nacional de Rectores
APN	Atención pre natal
CENAREM	Centro Nacional de Referencia de Emergencias.
CPMMP	Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal
DGE	Dirección General de Epidemiología del MINSA
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas del MINSA
DDHH	Derechos Humanos
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del MINSA
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
ENAH	Encuesta Nacional de Hogares
EON	Emergencias Obstétricas y Neonatales
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FON	Funciones Obstétricas y Neonatales
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
MMP	Mortalidad Materna y Perinatal
MTC	Ministerio de Transportes y Comunicaciones del Perú
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática del MINSA
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RRHH	Recursos Humanos
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RMMP	Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal
SECIGRA	Servicio Civil de Graduandos
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SIVICOS	Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud
UNFPA	Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo Nacional. Políticas de Estado en el Acuerdo Nacional.
En: www.acuerdonacional.gob.pe/index.html . Fecha de visita: 25/02/2009.
2. Banco Mundial. Un nuevo contrato social para el Perú. Daniel Cotlear, Editor. Washington D.C., 2006.
3. Campbell O. Qui fait quelles politiques de santé maternelle dans les pays en développement? Une analyse des cinq dernières décennies. En: Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique. Vincent De Brouwere & Wim Van Lerberghe Ed. Ambers, 2001.
4. Campbell O, Graham J. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works.
The lancet 2006.
5. Carbone C. F., Del estigma de la mortalidad materna, a la maternidad segura y saludable. Lima, 2005.
6. Cardoso R, Casanova V, Scatena T. Visión panorámica de la situación de salud en el Perú. Rev. latino-am enfermagem, 2000.
7. Carrasco M, ed. Salud de las adolescentes, Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud 2002.
8. Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo (CIPD), El derecho a la salud sexual y reproductiva: El Cairo. 1994.
9. Cueto M. La vocación por volver a empezar: las políticas de población en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública, 2006.
10. DGE-MINSA. Análisis de la situación del Perú 2005. Serie Análisis de la Situación de Salud. Lima, 2006.
11. Donoso E, Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 2004.
12. ENAHO – continua, 2007. Características de la Vivienda y el Hogar.
13. Estudio CAP en 12 regiones del país, 1998, Proyecto 2000.
14. Fathalla, M., La mortalidad materna como problema de salud pública y derechos humanos, Argentina 1987.
15. Ferrando, D., El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, 2002.
16. INEI. ENDES 2000; ENDES continua 2004-2006.
17. El informe La Salud en las Américas 2002, OPS.
18. Maine D, Rosenfield A. The safe motherhood initiative: why has it installed? American Journal of Public Health 1999.
19. MINSA. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: derecho de todas las mujeres. Lima, 2006.
20. MINSA. Diagnóstico físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los Hospitales e Institutos del Ministerio de Salud. Lima, 2006.
21. MINSA. Directiva sanitaria de evaluación de las FON en los establecimientos de salud. Lima, 2005.
22. MINSA. Documento técnico: Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales. Lima, 2007.
23. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima, 2006.
24. MINSA. Guía educativa para adultos en Promoción de la Maternidad Saludable.
Aprendiendo juntos, 2004.
25. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2004.
26. MINSA. La experiencia del PCMI. Lima, 2001.
27. MINSA. Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2006.
28. MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Lima, 2004.
29. MINSA. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Lima, 2005.

30. MINSA. Por la vida y la salud. Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1996-2000. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de programas sociales. Lima, 1996.
31. MINSA. R. M. N° 771-2006/MINSA - Creación de la ESN de Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2004.
32. OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial. Mortalidad Materna en 2005: Estimaciones desarrolladas por: OMS, UNICEF.
33. Nussbaum, M., El cultivo de la humanidad, 2005.
34. Ojanguren, S., Embarazos juveniles, asunto de vida, México D.F., 03 de noviembre de 2008.
35. OMS. Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño. En: www.who.int/pmnch/es/ Fecha de Visita: 25/02/2009.
36. ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, Nueva York, 1995.
37. OMS. Informe sobre la salud en el mundo: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, 2000.
38. OMS. La OMS y los objetivos de desarrollo del Milenio. En: www.who.int/mdg/es Fecha de Visita: 25/02/2009.
39. OMS. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. Ginebra, 2003.
40. Ortiz, M., Mhoy, Mortalidad materna en el siglo XXI, Agenda Salud 28: ¿De qué mueren las mujeres? Isis Internacional.
41. Paganini J. Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad en salud. Una propuesta para el análisis de las bases filosóficas de la salud colectiva. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Buenos Aires 1(3), 2006.
42. PHR. Demoras Fatales, Mortalidad materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura, 2007.
43. Principios del I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá, OPS, 1998.
44. Proyecto 2000. Estudio comparativo de la calidad y uso de los servicios de salud materno-perinatal 1997-2002. Informe final de la evaluación del proyecto 2000. Lima, 2003.
45. Prual A. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement: théorie et pratique. Med Trop 2004.
46. Reproductive Health Outlook. Maternidad sin riesgo. Información general / Lecciones aprendidas. En: www.icmer.org/RHO/html/sm_overview.htm Fecha de Visita: 25/02/2009.
47. Ross JA, Campbell OMR, Bulatao R. The maternal and neonatal programme effort index (MNPI). Tropical Medicine and International Health 2001.
48. Scheper-Hughes, N., 1992 Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil, Berkeley, University of California. Press.
49. Seclén-Palacín J, Jacoby E, Benavides B, Novara J, Velásquez A, Watanabe E, Arroyo C. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatal en el Perú: la experiencia del Proyecto 2000. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2003.
50. Sloan NL, Winikoff B, Fikree FF. An ecologic analysis of maternal mortality ratios. Studies in Family Planning, 2001.
51. Távara-Orozco, Contribución de las Adolescentes a la Muerte Materna en el Perú, Lima – Perú, 2004.
52. Tomris Türmen, Derechos reproductivos: ¿Cómo avanzar?, Ibid, 2002.
53. UNFPA Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso de Cairo diez años después: Población, Salud Reproductiva y Acciones Mundiales para Eliminar la Pobreza.
54. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Impasses et success: les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle. En: Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique. Vincent De Brouwere & Wim Van Lerberghe Ed. Amberes, 2001.
55. Weil O, Fernandez H. Maternité sans risque: une initiative orpheline? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 1999.
56. Yamin AE, Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán 2003.