

5

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO



**Mejorar
la salud materna**

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 5 MEJORAR LA SALUD MATERNA



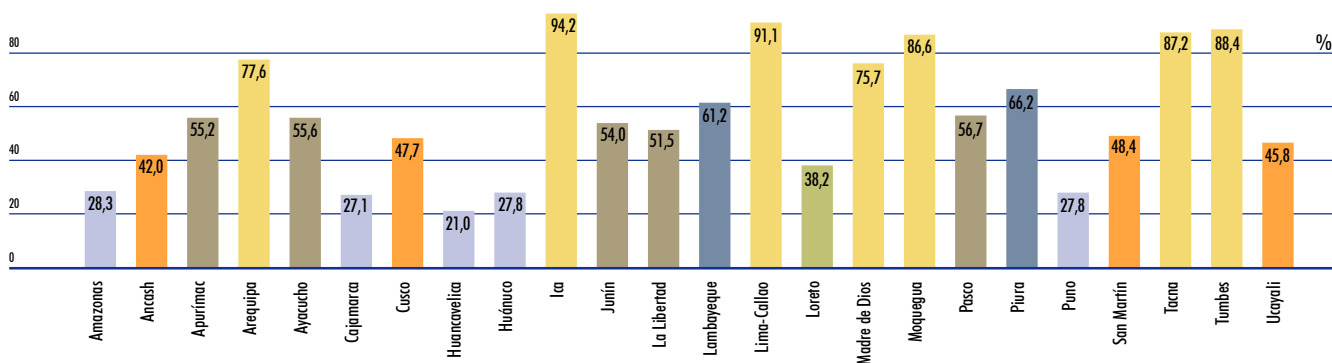
Mapa 6
Porcentaje de partos asistidos por profesionales de la salud, 2000

- menos de 30%
- entre 30% y 40%
- entre 40% y 50%
- entre 50% y 60%
- entre 60% y 70%
- más de 70%

Promedio nacional = 59,3%
 Promedio rural = 28,7%
 Promedio urbano = 85,0%

Fuente: INEI, ENDES 2000

Gráfico 20
Porcentaje de partos asistidos por profesionales de la salud, 2000



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

Cuadro 11
Salud materna

	1992	1996	2000
Razón de mortalidad materna	n.d.	265	185
% partos con asistencia de personal profesional de la salud	52,5%	56,4%	59,3%

Fuente: ENDES 1992, 1996, 2000

ESTADÍSTICAS

Los indicadores propuestos para el seguimiento del ODM 5 son insuficientes para analizar la salud materna. Debido a ello, esta sección incorpora los siguientes indicadores adicionales:

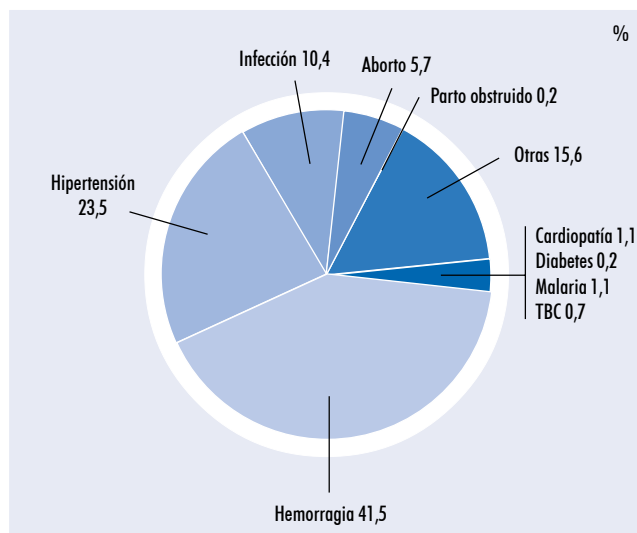
- *Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar:* mide la brecha existente entre fecundidad deseada y fecundidad observada. Permite hacer inferencias sobre la respuesta del país a las necesidades de la población en este aspecto, y sobre las condiciones que faculten a las personas para ejercer su derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número de hijos/as que deseen tener.
- *Porcentaje de embarazos en adolescentes:* permite precisar la efectividad de la educación e información, así como el acceso de la población adolescente a servicios para la prevención de embarazos no deseados e inesperados.
- *Incidencia de cáncer ginecológico:* permite visualizar las acciones educativas e informativas y la disponibilidad y acceso a servicios preventivos para la detección precoz de este problema de salud. Se debe señalar que a pesar de lo limitado de la información disponible sobre este indicador, es indispensable considerarlo como un indicador clave del estado de salud de la mujer en general y de la salud materna en particular.

SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con la ENDES 2000, la razón de mortalidad materna para el período 1994-2000 fue de 185 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. A pesar de que esta razón es reflejo de un progreso importante con respecto al período 1990-1996, sigue siendo una de las más altas de América Latina. Además de ello, revela problemas graves de subregistro. De acuerdo con ajustes realizados por UNICEF, OPS/OMS y UNFPA, la razón de mortalidad materna del 2000 fue de 410 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Dicho subregistro no solo impide el diseño e implementación de políticas y programas que aborden el problema eficazmente, sino que además indefectiblemente arroja luces sobre la posibilidad de un subregistro similar en el tema de la mortalidad infantil.

La mortalidad materna no afecta a todos los sectores por igual. También en este problema se puede hallar la repercusión perversa de las brechas sociales y económicas señaladas en las secciones previas de este reporte. La pobreza, el bajo nivel educativo y la escasez de servicios según el área de residencia son algunos de los factores que incrementan el riesgo de muerte relacionadas con la maternidad para la mujer en edad reproductiva. Según datos del MINSA, la desagrega-

Gráfico 21
Causas de mortalidad materna, 2002



Fuente: MINSA, 2002

ción de la información corrobora la tendencia encontrada en metas anteriores: la situación se agrava en las zonas rurales e indígenas.

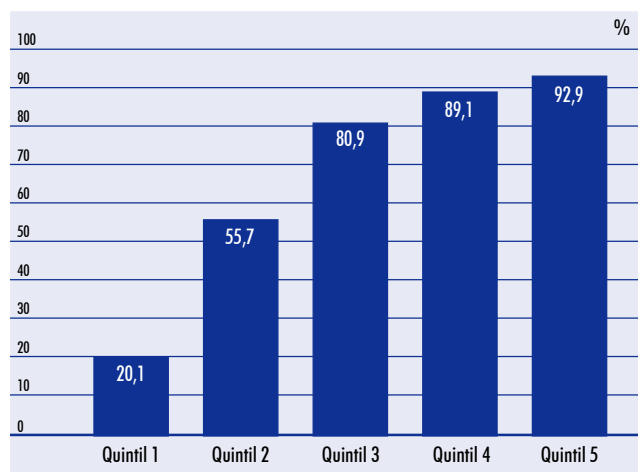
Las causas de muerte no se han modificado significativamente en los últimos años. Las causas directas de muerte siguen siendo las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio inmediato. La mayoría de las muertes ocurren por complicaciones del parto. Así, si bien no necesariamente son predecibles, la mayoría de muertes son evitables a costos relativamente bajos. Ello revela la necesidad y la importancia de una atención médica adecuada y oportuna durante el embarazo y en el momento del parto.

Partos institucionales

Los promedios nacionales muestran que en el 2000, aproximadamente 4.900 de los partos registrados (40%) no ocurrieron en establecimientos de salud; de la misma manera, cerca del 40% de las gestantes no fueron asistidas por personal profesional de la salud en el parto. A pesar de evidenciar un avance significativo con respecto a inicios de la década de 1990, los indicadores desagregados de partos institucionales (ocurridos en establecimientos de salud y atendidos por personal profesional de la salud) reflejan la persistencia de las enormes inequidades que permean el país. Por ejemplo:

- En las zonas urbanas, la cobertura de parto institucional en el quintil de ingresos superior es el doble que la del quintil inferior. En las zonas rurales, la brecha es de 5 a 1 en lo que se refiere a la cobertura de parto institucional en el quintil superior versus el inferior.
- En el quintil de ingresos inferior, 81,6% de las mujeres da a luz en su vivienda. En las zonas rurales, lo hace 74,5% de las mujeres, mientras que en las comunidades indígenas, esta proporción alcanza al 90% de los partos.
- Al examinar la información departamental, se tiene que menos del 30% de los partos ocurridos en Huancavelica, Cajamarca, Puno, Huánuco y Amazonas fueron atendidos por personal profesional de salud.

Gráfico 22
Porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud según nivel socioeconómico, 2000



Fuente: ENDES 2000

- En términos de niveles de educación, la ENDES 2000 muestra que 14,5% de los partos de mujeres sin educación ocurrió en establecimientos de salud y 17,5% fueron atendidos por personal profesional de la salud.

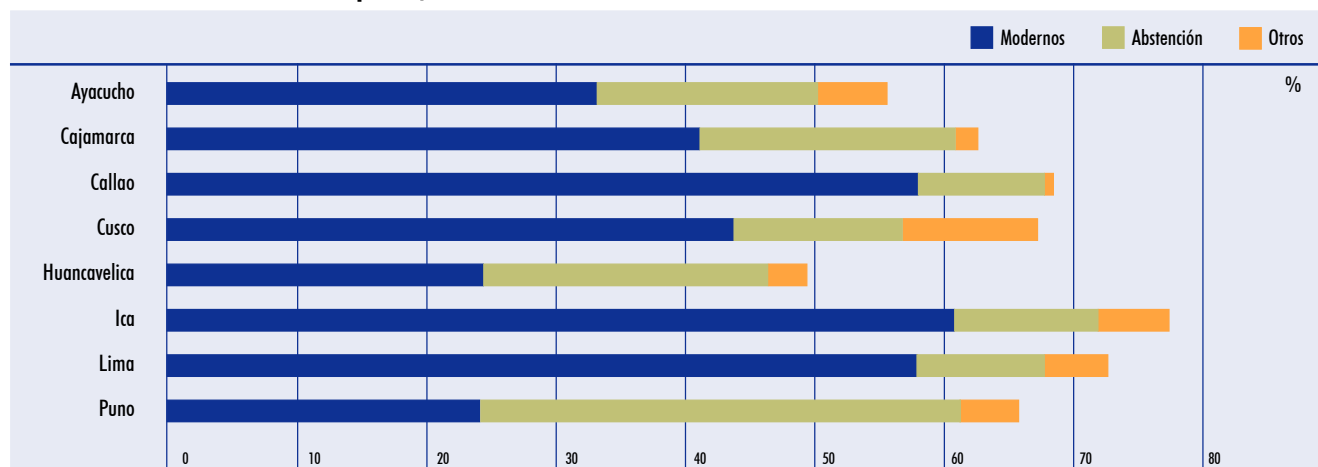
De acuerdo con la ENDES 2000, las razones principales dadas por las mujeres de los dos quintiles inferiores de ingresos para no acudir a un establecimiento

de salud del MINSA al momento del parto fueron su lejanía, factores relacionados con el contexto sociocultural específico y falta de dinero.

Planificación familiar

La posibilidad de ejercer el derecho a la maternidad segura tiende a aumentar cuando la mujer (o la pareja) cuenta con la posibilidad de elegir libre e informadamente el tamaño de su familia. En este sentido, se considera que los indicadores sobre planificación familiar —se utiliza el de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar¹— son pertinentes en la apreciación del objetivo de salud materna. La información y el acceso a métodos de planificación familiar se ha incrementado en las últimas décadas, en concordancia con la reconfiguración de los roles y la posición de la mujer en la familia, la economía y la sociedad. En la década de 1990, la brecha entre la fecundidad deseada y la observada disminuyó de 2,0/3,5 en 1991 a 1,8/2,9 en el 2000. De esta manera, el indicador derivado de demanda insatisfecha por servicios de planificación familiar de las mujeres unidas (con pareja estable) se redujo de 16,2% en 1991 a 10,2% en el 2000. Si bien este promedio nacional es alentador, los datos de las zonas de menor desarrollo relativo —con patrones cultura-

Gráfico 23
Prevalencia de uso de anticonceptivos, 2000



Fuente: ENDES 2000

¹ Proporción de mujeres que deseando limitar el tamaño de sus familias no han contado con los medios para hacerlo.

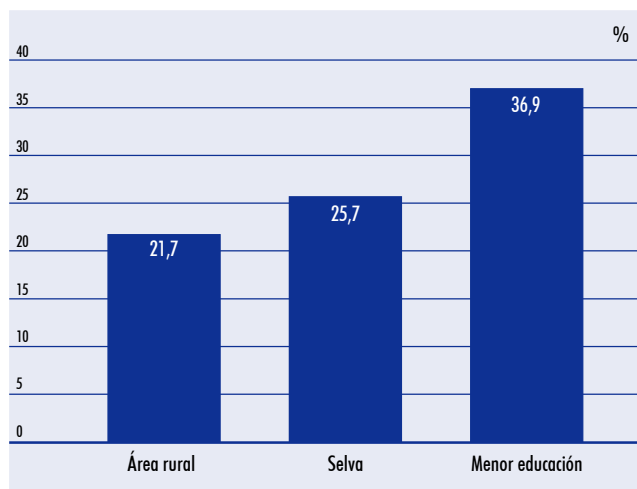
les ancestrales que coartan la capacidad de elección de la mujer, bajos niveles de educación y altísimas tasas de pobreza— muestran brechas mucho más pronunciadas. Un ejemplo notable es el porcentaje de demandas insatisfechas de mujeres con pareja estable en Huancaavelica (22%) comparado al de Moquegua (4%). Coincidentemente, en estos dos departamentos, la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos es de 24,2% y 60,3%, respectivamente, y la prevalencia de uso de otros métodos es de 37,5% y 15,5% respectivamente (que alcanza brechas de 3,0/6,1 en Huancaavelica y 1,8/4,2 en Huánuco).

La demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar tiende a agudizarse al considerar la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos. De esta manera, se tiene que hay mayor uso de métodos anticonceptivos, especialmente de métodos modernos, en el caso de los departamentos con mayor proporción de zonas urbanas, patrones socioculturales con mayor influencia occidental, niveles de educación más altos y condiciones de pobreza menos precarias.

Maternidad adolescente

De acuerdo con los datos del último censo nacional, el 11,2% de las adolescentes de 15 a 19 años y el 1,2% de las niñas de 12 a 14 años tenían al menos un hijo o hija

Gráfico 24
Porcentaje de embarazos adolescentes (15-19 años), 2000



Fuente: ENDES 2000

en 1993. Dichas proporciones se incrementaron en los años siguientes. En el 2000, la ENDES encontró que 13% de las adolescentes de 15 a 19 años ya eran madres o estaban gestando por primera vez. Consistentemente con las inequidades persistentes en el país, los porcentajes más altos de embarazo adolescente se hallan en las zonas de mayor pobreza y exclusión, y en los grupos humanos con menores niveles de educación.

El embarazo temprano, usualmente no intencional, tiene efectos de largo plazo no solo en la salud de la mujer —a menudo está asociado con períodos intergenésicos cortos y alta paridad durante su vida reproductiva— sino en su calidad de vida y la de sus hijos, sus proyectos y sus posibilidades de desarrollo futuro. En el Perú, la razón de mortalidad materna en adolescentes fue 22,2 muertes por cada 100.000 embarazos en el 2000. Si bien no hay información sobre la razón de mortalidad materna en el extremo etario de 12 a 14 años, se infiere que puede ser más elevada que la del grupo precedente (15 a 19 años) debido a los mayores riesgos que reviste el embarazo para este grupo de edad.

Cáncer ginecológico

El cáncer ginecológico (de tracto reproductor y mama) no es una causa directa de muerte materna. Sin embargo, constituye un problema de salud pública urgente debido a que es una de las causas principales de muerte en mujeres en edad de tener hijos. De acuerdo con datos de MINSA, 9,1% del total de las defunciones registradas de mujeres se debió a neoplasias malignas —incluyendo las ginecológicas— en el 2000. En ese mismo año, se registró que 10.990 mujeres tenían alguna etapa de cáncer ginecológico que requería de acción inmediata, ya que 1,78% de los exámenes citológicos realizados en establecimientos de salud de MINSA fueron positivos. Este dato se convierte en dramático cuando se tiene en cuenta que el Papanicolaou (detección precoz de cáncer de cuello uterino) se practicó a alrededor del 10% de las mujeres de 20 a 49 años. Al igual que en los casos anteriores, dicha proporción cubre grandes disparidades en lo referido a zonas geográficas, niveles de pobreza y educación.



CONTEXTO INSTITUCIONAL

El derecho a una maternidad segura es un componente importante del marco institucional y normativo de salud. La Constitución Política promueve la maternidad y la paternidad responsable y afirma que todas las familias y las personas tienen derecho a decidir. El Estado asegura la existencia de programas de educación e información adecuados y el acceso a medios que no afecten la vida y la salud (Cap. II, Art. 6). Reconoce el derecho de todos a la protección de la salud (Cap. II, Art. 7), el derecho universal y progresivo a la seguridad social (Cap. II, Art. 10) y el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones (Cap. II, Art. 11).

Siete de las 29 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional están relacionadas con diferentes aspectos de la Salud Materna: VII. Erradicación de la Violencia y Fortalecimiento del Civismo y de la Seguridad Ciudadana; X. Reducción de la Pobreza, XI. Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación; XII. Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita y

de Calidad y Promoción y Defensa de la Cultura y del Deporte; XIII. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social; XVI. Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud; y XXVIII. Plena Vigencia de la Constitución y de los Derechos Humanos y Acceso a la Justicia e Independencia Judicial. De estas Políticas de Estado, se considera que la XIII es de suma importancia para el logro del ODM 5 en lo referido al acceso a la atención de salud y a la atención de la salud materna en particular.

De acuerdo con la Ley General de Salud, “[e]s responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud (...) de la madre (...) en situación de abandono social”.

Asimismo, “[t]oda persona tiene de-

recho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida, siempre que la condición de madre genética y de madre gestante recaiga sobre la misma persona”. Los Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y los Principios Fundamentales para el Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006 establecen como principios básicos de la política de salud: (i) la universalización del acceso a la salud, (ii) la integridad de la persona y de la atención de salud y (iii) la calidad de la atención como un derecho ciudadano y la equidad como principio elemental de la justicia social. Estos lineamientos plantean la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención integral mediante la extensión y la universalización del aseguramiento en salud² (Seguro Integral de Salud (SIS), Essalud, otros) como estrategias básicas para combatir la mortalidad materna, incrementar la cobertura de los servicios y reducir la exclusión. Por otro lado, el Plan de Emergencia para la Reducción de la Mortalidad Materna de MINSA, presentado recientemente —el ante-

² Las leyes de modernización de la seguridad social (Leyes N° 22482 y 26790) protegen la familia y la maternidad.

rior fue implementado entre 1995 y 2001— busca ejecutar diversas medidas identificadas como desafíos en este ODM³.

Adicionalmente a estas normas, que establecen el marco de apoyo normativo general, se considera que las siguientes también deben ser tomadas en cuenta:

- Ley N° 26260 “Protección frente a la Violencia Familiar”: Establece la política del Estado y de la sociedad frente a la violencia familiar, así como las medidas de protección que correspondan, incluyendo medidas de protección para la gestante.
- Ley N° 24705 (1987): Reconoce a las amas de casa como trabajadoras independientes que se pueden incorporar a los regímenes de Previsión Social de Salud y de Pensiones del IPSS. Toma en cuenta la contingencia de maternidad y se disponen beneficios y subsidios⁴.
- Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer de Cuello Uterino (R.M. 0035-86-SA/DVM-1986).

La participación de las ONGs en la oferta de servicios es limitada. Sin embargo, su actuación como agentes de cambio en la capacitación e información a mujeres —especialmente las de grupos excluidos, en aspectos de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género y autoestima— es muy importante. Igualmente, es valiosa la labor que realizan en la conformación de comités de vigilancia ciudadana de la calidad de los servicios de salud y en las acciones de abogacía que buscan poner en la agenda pública las necesidades de las mujeres y la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos.

En términos generales, y a pesar del marco normativo extenso, la salud materna todavía no es percibida por la población general como una necesidad y una prioridad que requiere de una participación multisectorial. Menor conciencia aún existe sobre la necesidad de superar los factores determinantes de la salud materna como son la inequidad de género, el poco conocimiento sobre el derecho humano a la salud y sobre los derechos sexuales y reproductivos y su ejercicio.

³ Incluir una perspectiva de género; lograr la adecuación intercultural de los servicios y atención integral de salud; consolidar la participación y vigilancia ciudadana; maximizar el número de partos atendidos por personal calificado; aumentar la atención calificada de las emergencias obstétricas; garantizar la disponibilidad de sangre segura y servicios de planificación familiar, entre otros.

⁴ La asegurada está exenta de la obligación de aportar durante el período pre y post natal (90 días) y tiene derecho a recibir subsidios de lactancia y maternidad. El subsidio por maternidad cubre el período pre y post natal (45 días antes y 45 días después del parto) siempre que la asegurada no realice actividad remunerada (D.S. 179-91-PCM). El subsidio por lactancia puede ser solicitado indistintamente por el padre o la madre, quienes acreditarán su derecho y el del niño (Directiva 012-DNPS-IPSS-86). La Ley N° 26644 precisa y norma el descanso prenatal y post natal de la trabajadora gestante.

DESAFÍOS

Reconocimiento de la salud materna como prioridad y necesidad

Ninguna mujer debe morir en el acto de transmitir y dar vida. En este sentido, el combate contra la mortalidad materna debe constituirse en un gran objetivo de la política nacional. El marco normativo vigente contiene como objetivos explícitos e indispensables los lineamientos y compromisos de salud. Su operacionalización hace necesario posicionar la “salud materna” en la agenda pública para asegurar el compromiso multisectorial, la activa participación social, comunitaria y familiar en el apoyo a la maternidad y en la reducción de la morbilidad materna, y fortalecer la educación de la mujer y de la niña.

La comprensión integral de la salud materna requiere reconocer su articulación con diversos aspectos del desarrollo humano en el Perú: persistencia de inequidades de género; limitado conocimiento sobre autocuidado de la salud, sexualidad y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos; diversidad cultural; participación insuficiente de las mujeres en el diseño e implementación de estrategias y programas dirigidos a ellas; e incremento de conductas de riesgo y persistencia de la violencia —física, psíquica y social— a niveles intra y extra familiar.

Barreras impuestas por sesgos en la información relacionada con la salud materna

La inequidad de género está presente en el tema de la salud materna. Ello es palpable al observar los indicadores sobre planificación familiar que muestran brechas significativas entre la tasa de fecundidad deseada y la observada en las zonas más pobres y los grupos más excluidos del país. Por otro lado, también existen vacíos pronunciados en lo referido al ejercicio de la salud personal, los controles del embarazo, parto y posparto, y otros controles ginecológicos, entre otras actividades de prevención en la salud materna. Se considera que dichas brechas y vacíos pueden ser superados parcialmente con la difusión de información y actividades de promoción adecuadas que permitan superar el conocimiento limitado sobre sexualidad y autocuidado de la salud y faciliten la posibilidad de que las mujeres alcancen sus ideales reproductivos y tomen decisiones informadas sobre su propia salud, así como que los varones participen en el cuidado de la salud reproductiva y la maternidad.

En una línea similar es un desafío la capacitación del personal profesional de salud en temas de salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, y equidad de género. Es conveniente propiciar que los programas formadores de personal profesional de la salud —universidades, escuelas técnicas, entre otros— incorporen a su currícula los conceptos de derechos y salud sexual y reproductiva, equidad de género, sexualidad y perspectivas culturales, con el objetivo de que sus egresados estén capacitados para enfrentar los retos de informar y brindar servicios de calidad con un enfoque de género que considere el contexto sociocultural de las mujeres y adolescentes en general y de las poblaciones excluidas en particular.

La diseminación más simétrica de la información adecuada contribuirá a prevenir comportamientos de riesgo, especialmente en el caso de adolescentes, que condicionan la ocurrencia de sexo no protegido e irresponsable, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA.

Las políticas de salud y su implementación

Es necesario incorporar el enfoque integral de salud reproductiva en las políticas de salud y la consecuente oferta de servicios. Dicho enfoque implica fortalecer la atención y cuidados durante el embarazo, parto, posparto y el período intergenésico en general. En particular, sus intervenciones están destinadas a lograr

que todos los embarazos sean deseados y saludables —que haya información y acceso a los servicios y métodos de planificación familiar— y que se incremente la detección y el tratamiento precoz del cáncer ginecológico.

El Perú es un país culturalmente heterogéneo. El desconocimiento de dicha heterogeneidad en el diseño e implementación de las políticas de salud constituye una de las causas por las cuales el acceso y el uso de los servicios relacionados con la salud materna tiende a ser reducido en algunas zonas del país. Un reto importante, entonces, es lograr que los establecimientos de salud brinden servicios “culturalmente aceptables”, es decir, que respondan a las necesidades y diversidades culturales de los grupos excluidos. Asimismo, constituye un reto de largo plazo la incorporación de dichos grupos en la definición de estrategias con el fin de eliminar las barreras existentes entre las prácticas modernas y las tradicionales.

Acceso permanente a los servicios de salud y a la educación preventiva

Buena parte de las muertes maternas en el Perú pueden ser evitadas. Con el fin de volver realidad esta posibilidad se debe mejorar sustancialmente la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y asegurar su atención —al menos de emergencia— permanente. Los servicios de salud deben contar con la infraestructura, equipos, medicamentos y personal calificado para tratar y resolver las emergencias obstétricas. Debe existir un sistema efectivo de referencia y contrareferencia, que incluya los medios de transporte adecuados y asegure la participación y disponibilidad de redes de apoyo informadas sobre signos de alarma durante la gestación, el parto y el puerperio. Se debe priorizar las acciones y la inversión en áreas rurales e indígenas debido a la escasa cobertura y calidad de atención en los servicios de salud de estas zonas.

Pobreza y ejercicio del derecho a la maternidad segura

La pobreza es una de las razones principales que impide que las mujeres ejerzan el derecho a la maternidad segura. La falta de dinero es mencionada como una de las causas más importantes para no acudir a establecimientos de salud, especialmente entre las mujeres de los quintiles inferiores de ingresos. El SIS actual fue diseñado como parte de una estrategia para eliminar la barrera económica en el acceso a atenciones médicas prenatales, de parto y posparto. Ha sido exitoso en la afiliación de madres gestantes, especialmente en las áreas urbanas. El desafío actual es ampliar su cobertura en las áreas rurales, especialmente en las zonas andinas, de Selva y en los dos quintiles más pobres de la población (8,4% de las madres del quintil 1 y 6,6% de las madres del quintil 2 estaban afiliadas en el 2000). ■