SEGUIMIENTO CONCERTADO ENTRE ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL A LAS POLÍTICAS DE SALUD

Sub Grupo de Trabajo "Salud Materno Neonatal"

Mesa de Concertación
para la Lucha contra la Pobreza

Reporte N° 1-2022-SC/GT Salud, MCLCP

Perú. Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes en el Contexto de COVID-19. Un problema de derechos humanos, inequidad y de desarrollo

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

3 SALUD Y BIENESTAR | 1 FIN DE LA POBREZA | 5 IGUALDAD DE GÉNERO | 4 EDUCACIÓN DE CALIDAD | 10 REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES

Lima, junio 2022

Perú. Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes en el Contexto de COVID-19. Un problema de derechos humanos, inequidad y de desarrollo. Junio, 2022.

@Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.
Calle Las Palomas Nro. 430, Urb. Limatambo, Surquillo, Lima-Perú
Teléfono: 511- 442-9003
www.mesadeconcertacion.org.pe

Coordinación del documento:
Wendy Albán Márquez. Coordinadora del "Grupo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud" de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Invitados:
Dirección de Vigilancia en Salud Pública del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud.
Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA.
Defensoría del Pueblo.

Documento elaborado por el Sub Grupo de Trabajo "Salud Materno Neonatal" en la MCLCP:

Integrantes del Sub Grupo de Trabajo "Salud Materno Neonatal" de la MCLCP que participaron:	
Ministerio de Salud (MINSA): Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, y Etapa de Vida Adolescente y Joven. Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS/MIDIS. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). PRISMA. CMP Flora Tristán. PROMSEX. INPPARES. ATIPAY APROPO. Future Generations. Misión Médica Católica-CMMB Perú.	Colegio de Obstetras del Perú. Iniciativa Regional Voces Ciudadanas. Centro de Estudios y Publicaciones-CEP. Plan International. CERES Nutrir. Defensoría del Pueblo: Adjuntía para la Niñez y la Adolescencia y Adjuntía para los Derechos de la Mujer. Sociedad Peruana de Pediatría (SPP) Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud (SPAJ). Instituto de Investigación Nutricional (IIN). Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)- Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública-Facultad de Medicina. Foro Salud COPERA Infancia. Colectivo Neonatal Coordinación y facilitación: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP) Asistencia técnica: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	Página 4-5
CAPÍTULO I. Situación de la mortalidad materna y del embarazo en adolescentes en el contexto de COVID-19	Páginas 6 - 18
CAPÍTULO II. Situación de las intervenciones eficaces en la reducción de la mortalidad materna y neonatal y de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud	Páginas 19 - 26
CAPÍTULO III. Medidas implementadas desde el Estado para reducir y prevenir las muertes maternas en el contexto de COVID-19.	Páginas 27 – 36
CAPÍTULO IV. Recomendaciones para contribuir a priorizar medidas y/o estrategias para reducir las muertes maternas y neonatales y prevenir el embarazo en adolescentes en el contexto de elecciones regionales y municipales 2022 y los nuevos Acuerdos de Gobernabilidad 2023-2026.	Páginas 37 – 43

PRESENTACIÓN

Los **derechos humanos de las mujeres**, entre ellos el “derecho a la salud” y los “derechos sexuales y reproductivos”, se encuentran protegidos mediante instrumentos internacionales vinculantes cuyas recomendaciones son mandato de obligatorio cumplimiento para los Estados como son: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer-“Convención de Belém do Pará”, y la Convención de los Derechos del Niño. En 2015, la ONU aprobó la “Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible”, lo cual constituye una oportunidad para que los países y sus sociedades emprendan un nuevo camino para mejorar la vida de todos, sin dejar a nadie atrás. La Agenda cuenta con “17 Objetivos de Desarrollo Sostenible”, que incluyen desde la eliminación de la pobreza hasta el combate al cambio climático, la educación, la igualdad de la mujer, la defensa del medio ambiente o el diseño de nuestras ciudades. En el “Objetivo 3 Salud y Bienestar” se plantea la meta de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos al 2030.

La mortalidad materna y el embarazo en adolescentes está estrechamente relacionada con el incumplimiento de múltiples derechos humanos, como el derecho a la vida, el derecho a no ser torturada, el derecho a la salud, el derecho a la intimidad, el derecho a la educación y la prohibición de la discriminación. La carga de la mortalidad materna y el embarazo en adolescentes la soportan de forma desproporcionada los países en desarrollo. En muchos países, las mujeres que viven en la pobreza y las de minorías étnicas o indígenas, son más vulnerables a la mortalidad materna. La pandemia de COVID-19 lamentablemente ha profundizado las brechas y desigualdades socioeconómicas golpeando especialmente a la población más desfavorecida y en situación de pobreza y exclusión en los países de América Latina y el Caribe, siendo nuevamente las más afectadas las mujeres y las niñas. En el Perú, las muertes maternas siguen siendo la manifestación de un problema en el ejercicio de derechos humanos, de inequidad y exclusión, de insuficiente capacidad de respuesta de un sistema de salud y en particular de los servicios de salud y de la desatención de los determinantes sociales y la que las condicionan. Tienen un impacto familiar, social y económico que ha sido analizado a partir de estudios realizados por la cooperación internacional como del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA y las organizaciones de sociedad civil. Los casos más dramáticos y significativos de este abandono son las muertes maternas, en especial en las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad.

Las muertes maternas son evitables mediante la prestación oportuna de servicios e intervenciones costo-efectivas tales como el acceso al parto por personal calificado en establecimientos de salud, el acceso a la atención prenatal de calidad, el acceso a métodos modernos de planificación familiar, el acceso a consejería/orientación y educación sexual integral, el buen funcionamiento de los servicios de salud desde el primer nivel de atención, respetando las condiciones de disponibilidad, adaptabilidad, accesibilidad y calidad, además del acceso a sangre segura y a las referencias y contra referencias de manera oportuna.

El presente reporte, ha sido elaborado en el marco de las reuniones sostenidas por el "Subgrupo de Salud Materno Neonatal" de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP; contiene cuatro capítulos. En el primer capítulo presentamos la situación actual de la mortalidad materna en el país y del embarazo en adolescentes; en el segundo capítulo presentaremos la situación de la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud y de las intervenciones de eficacia comprobada en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. En el tercer capítulo, compartimos los avances y principales medidas implementadas por el Estado para reducir y prevenir las muertes maternas y neonatales, así como el embarazo en adolescentes, en especial en el contexto de COVID-19. En el cuarto y último capítulo, planteamos recomendaciones que han sido concertadas por los actores del Estado y sociedad civil que participan en la MCLCP para contribuir a priorizar medidas y/o estrategias para reducir las muertes maternas y neonatales y prevenir el embarazo en adolescentes en el contexto de elecciones regionales y municipales 2022 y los nuevos Acuerdos de Gobernabilidad 2023-2026[1] impulsados en regiones y la reciente visita oficial al Perú de la Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos, Michelle Bachelet, en la que advirtió los riesgos de retroceder en el país en la agenda de derechos humanos, entre ellos los derechos humanos de las mujeres.

En el reporte, hemos observado como las muertes maternas llevaban una tendencia a la reducción en el país hasta el 2019, con la pandemia por la COVID-19, estos resultados se revirtieron observándose un incremento de las muertes maternas entre los años 2020 y 2021, siendo relevantes las causas indirectas, relacionadas principalmente a la COVID-19. No obstante, con el avance de la vacunación contra la COVID-19 en gestantes, están volviendo a ser relevantes las causas directas relacionadas a las enfermedades hipertensivas y las hemorragias en gestantes.

Las regiones del país con mayor número de muertes maternas son Piura, Lima Metropolitana, La Libertad, Cajamarca, y Loreto que concentran más del 50% de las muertes maternas. En el 2021, Cusco, Madre de Dios, Apurímac, Loreto y San Martín tuvieron más del 70% de muertes maternas por causas directas. Por otro lado, Callao, Ica y Lima, tienen más del 90% de muertes maternas por causas indirectas, principalmente por COVID-19. No obstante, es importante analizar la relación entre total de gestantes y muertes maternas ocurridas por región, con ello podremos evaluar con mayor precisión las regiones con más proporción de muertes maternas.

Las muertes maternas ocurren en su mayoría durante el puerperio y en los establecimientos de salud. Sin embargo, un elemento de preocupación observado en el presente reporte es la tendencia al incremento de partos domiciliarios en el país y a la vez el incremento de muertes maternas en domicilio, en especial en las regiones de la zona nororiental. Otro elemento de preocupación adicional son los embarazos y partos entre adolescentes menores de 15 años donde hay existe un mayor riesgo de muerte materna. En este grupo se ha observado una tendencia al incremento de embarazos y partos durante la pandemia. Según los registros administrativos del Ministerio de Salud del Perú, el número de partos en niñas menores de 15 años aumentó de 1,177 a 1,437 entre 2020 y 2021.

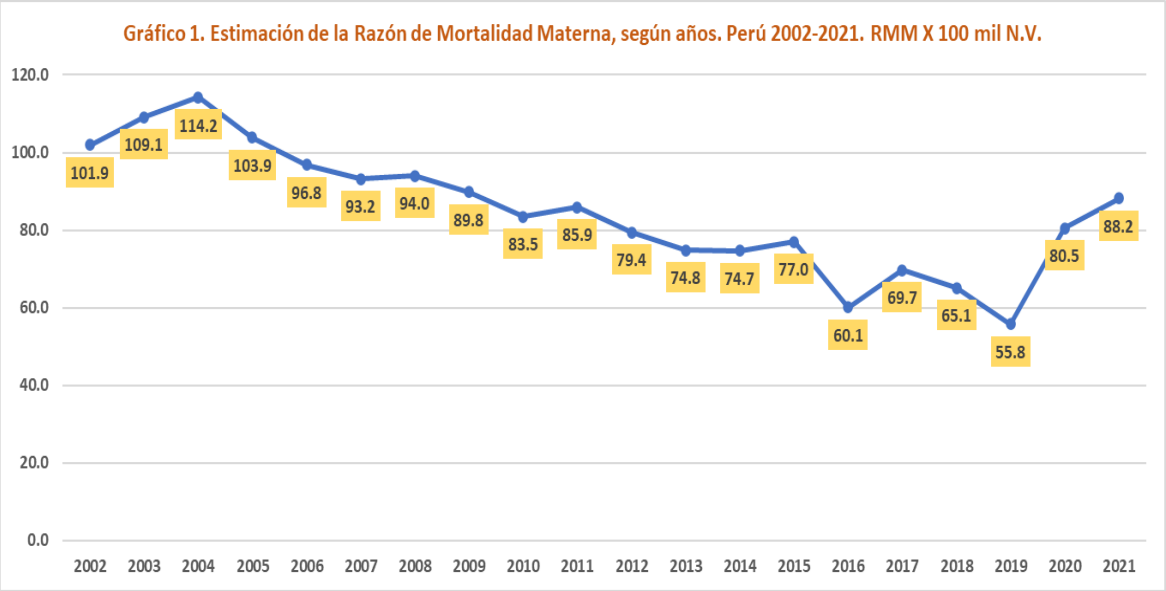
[1] https://www.mesadeconcertacion.org.pe/acuerdos-de-gobernabilidad-para-crecer-en-comunidad-2023-2026

CAPÍTULO I. Situación de la mortalidad materna y del embarazo en adolescentes en el contexto de COVID-19.

1.1. Mortalidad Materna en el Perú:

Desde 1990, el Perú logró avances significativos en la reducción de la razón de mortalidad materna (RMM), y se encontraba encaminado al logro de la meta 3.1 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3[2] (ODS 3). Entre los años 2000 y 2017, se estimó que Perú redujo su razón de mortalidad materna de 144 a 88 por cada 100 mil nacidos vivos (fuente: OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, BM)[3].

Por otro lado, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA, estimó en Perú una tendencia a la reducción de la RMM hasta el año 2019, sin embargo, en el contexto de emergencia por pandemia de la COVID-19, este avance podría tener un retroceso entre los años 2020 y 2021. Ver Gráfico 1.

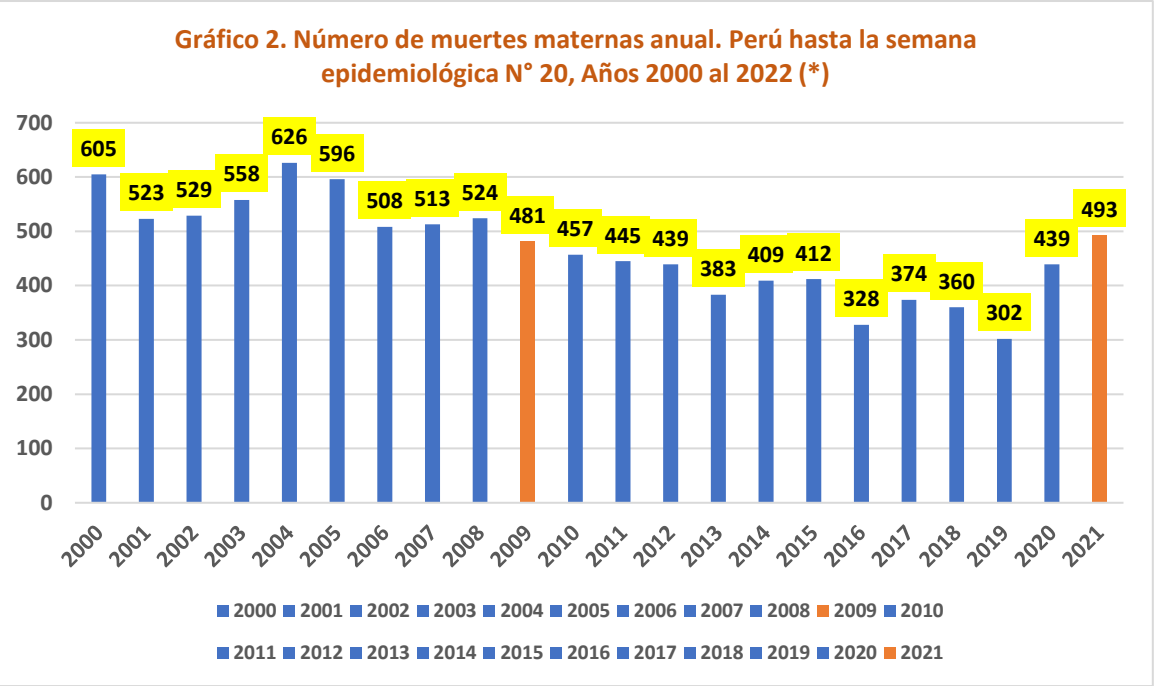


Fuente: MINSA-Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. * Años 2017-2021 (Estimación Preliminar del MINSA-CDC). Elaboración: MCLCP.

En el 2020, año que marcó el inicio de la crisis sanitaria mundial por la pandemia de la Covid-19, 439 mujeres murieron durante el embarazo o en los 42 días siguientes al parto en el Perú; representó un incremento de 45% respecto al 2019 (+137 MM). En el 2021 aumentó a 493, representó un incremento de 191 muertes (+63%) en relación al 2019 y un incremento de 54 muertes (+12%) en relación al año 2020, con fluctuaciones entre el primer (308) y segundo semestre (185) del 2021. Esta cifra es la más alta de los últimos 13 años. Ver Gráfico 2.

[2] Meta 3.1 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), es reducir la tasa de mortalidad materna global a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para el 2030.

[3] Tendencias en la Mortalidad Materna. De 2000 a 2017. Cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU). Setiembre, 2019.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA. Elaboración: MCLCP. (*) Se ha considerado las muertes maternas de clasificación preliminar directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. No incluye muertes maternas tardías.

Entre los años 2020 y 2021, se reportaron incrementos de muertes maternas en 14 departamentos del país, con un mayor reporte en Lima, Piura, Lambayeque y La Libertad. Ver Tabla 1.

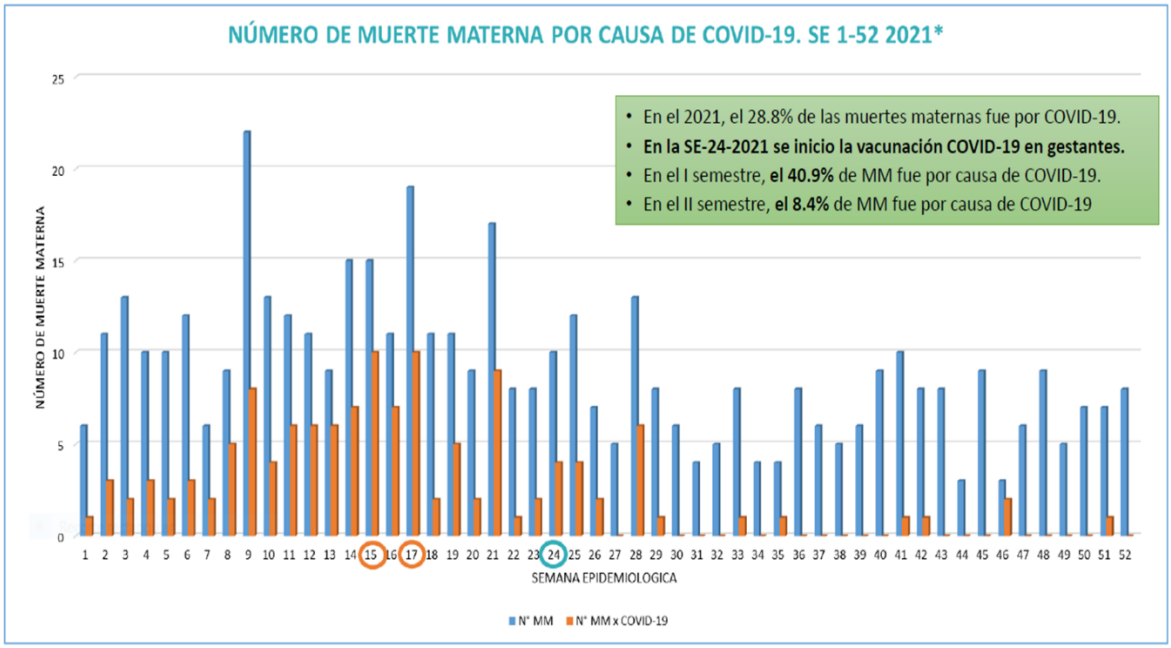
Tabla 1. Muerte materna según departamento de ocurrencia, Perú 2019 – 2021 . Variación Anual.

Departamentos de ocurrencia	2019	2020	2021	Variación 2021-2022
TOTAL	302	439	493	54
LIMA	54	75	90	15
PIURA	26	22	39	17
LAMBAYEQUE	18	25	38	13
LA LIBERTAD	19	24	31	7
LORETO	23	38	29	-9
CAJAMARCA	12	20	26	6
ANCASH	9	18	24	6
SAN MARTIN	11	17	22	5
JUNIN	16	22	20	-2
CUSCO	9	22	18	-4
HUANUCO	10	13	18	5
ICA	8	10	18	8
PUNO	20	16	18	2
UCAYALI	22	26	18	-8
AREQUIPA	9	14	16	2
CALLAO	7	16	15	-1
AMAZONAS	10	15	14	-1
AYACUCHO	5	12	12	0
APURIMAC	3	3	7	4
PASCO	2	2	6	4
TUMBES	2	6	5	-1
MADRE DE DIOS	5	9	4	-5
TACNA	1	6	3	-3
HUANCAVELICA	1	8	1	-7
MOQUEGUA	0	0	1	1

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA. Elaboración: MCLCP.

A partir del segundo semestre del año 2021, se ha observado una disminución de muertes maternas por causa del COVID-19, junto con el avance de la vacunación COVID-19 en gestantes. Ver Gráfico 3.

Gráfico 3.



Fuente: MINSA-Centro Nacional de Epidemiología, Control y Prevención de Enfermedades.

Al comparar la semana epidemiológica 20 de los años 2021 y 2022, se observa una disminución de 123 muertes maternas, al pasar de 242 a 119 MM. No obstante, llama la atención los incrementos observados en las regiones de Ucayali, La Libertad, Huancavelica y Moquegua. Los departamentos con mayor reporte de muertes maternas son Lima, Piura, La Libertad y Loreto, representan el 52% de las muertes maternas hasta la semana 20 del año 2022.

En Loreto, llama la atención que más del 60% de las muertes maternas ocurridas al segundo trimestre del año 2022, sean extra institucionales, fuera del servicio de salud, en manos de una partera o un familiar[4]. Al respecto, es necesario investigar las barreras existentes que han incidido en un menor acceso de las gestantes al parto institucional y evaluar el avance y los problemas presentados en la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva bajo los enfoques de interculturalidad y de género, teniendo en cuenta que Loreto es la región con mayor población indígena en el país (43.2%), seguido de Ucayali (14.2%). A su vez, es importante que se hiciera una mayor desagregación en el análisis de las muertes maternas. Por ejemplo, por autoidentificación étnica, quintiles de pobreza, nivel educativo, lo cual puede ayudar al diagnóstico y la toma de decisiones en relación a las acciones a implementar. Ver Tabla 2.

[4] Fuente: GERESA-LORETO. Alerta Epidemiológica N° 3-2022 (al segundo trimestre).

Tabla 2. Muerte Materna según departamento de ocurrencia. Perú comparativo hasta la SE 20, año 2016-2022

Departamentos de ocurrencia	2016*	2017*	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Variación 2021-2022, hasta la SE 20
TOTAL	**135**	**163**	**132**	**136**	**159**	**242**	**119**	**-123**
LIMA	29	22	26	25	29	51	22	-29
PIURA	17	22	12	10	8	21	15	-6
LA LIBERTAD	**9**	**9**	**8**	**9**	**10**	**12**	**14**	**2**
LORETO	8	13	9	13	16	14	11	-3
UCAYALI	**4**	**4**	**7**	**10**	**12**	**5**	**8**	**3**
CAJAMARCA	8	15	6	6	7	13	7	-6
JUNIN	2	5	6	7	6	9	6	-3
HUANUCO	6	5	6	4	4	11	5	-6
AREQUIPA	7	4	3	4	3	4	4	0
PUNO	8	13	8	8	5	8	4	-4
LAMBAYEQUE	6	6	7	9	9	19	4	-15
ICA	1	3	2	6	2	10	3	-7
SAN MARTIN	3	4	2	5	5	12	3	-9
HUANCAVELICA	**1**	**3**	**1**	**1**	**3**	**1**	**2**	**1**
MADRE DE DIOS	1	2	1	3	4	2	2	0
APURIMAC	1	1	0	0	1	5	2	-3
CUSCO	6	9	5	3	10	7	2	-5
ANCASH	5	5	9	4	4	10	2	-8
MOQUEGUA	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**
PASCO	0	4	2	0	0	3	1	-2
CALLAO	3	4	3	1	6	12	1	-11
TACNA	3	3	2	0	2	0	0	0
TUMBES	0	0	2	0	3	2	0	-2
AMAZONAS	6	5	2	6	7	4	0	-4
AYACUCHO	1	2	3	2	3	7	0	-7

Fuente: MINSA-Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Elaboración: MCLCP.

Muertes Maternas, según causas de defunción:

Las causas de las muertes maternas son directas e indirectas. Según la definición del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA; las muertes maternas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, omisiones y/o de tratamiento incorrecto; y las muertes maternas indirectas son las que se derivan de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo.

Durante la pandemia por la COVID-19, las muertes maternas por causas indirectas se incrementaron, al pasar de 34.8% en el 2019 a 43.9% en el 2020 y a 49.8% en el 2021. La causa indirecta con mayor porcentaje ha sido las ocasionadas por la enfermedad del COVID-19, 16.7% en el 2020 y 28.8% en el 2021. En el 2021, ha sido positivo la introducción de la vacunación contra la COVID-19 en gestantes, pues se observa una disminución de las muertes maternas por la enfermedad del COVID-19 hacia el segundo semestre del año 2021, al pasar de 40.9% en el primer semestre del 2021 a 8.4% hacia el

segundo semestre del 2021. No obstante, entre las causas indirectas es importante observar otros de mayor incidencia como las relacionadas a enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades cardiovasculares.

En el año 2019, el 65% de las muertes maternas fueron por causas directas (197 de las 302 MM). En el 2021 si bien en números relativos fueron menores (50%) en números absolutos fueron mayores (247) debido a que se tuvieron problemas de acceso oportuno a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la COVID-19, esto ocasionó un exceso de muertes maternas por causas directas debido además al cierre de los servicios de salud y la disminución del personal de salud. **Entre las causas directas de muertes maternas más frecuentes se encuentran las hemorragias obstétricas y los trastornos hipertensivos**. En el 2020, se reportaron 18.8% muertes maternas por hemorragia, y 21.6% muertes maternas por hipertensión. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Muertes Maternas, según causas de defunción, 2015-2022 (*)

Causas de defunción	2015-2019	2020	2021	2022*	2021	
					I Sem	II Sem
	%	%	%	%	%	%
Causas directas	**65.2**	**56.1**	**50.2**	**68.3**	**40.2**	**67.0**
Hemorragia obstétrica	23.1	18.8	18.8	21.7	16.6	22.3
Transtornos hipertensivos	22.6	21.6	16.9	30.0	14.0	21.8
Otras causas obstétricas directas	5.0	5.2	3.3	6.7	2.3	5.0
Aborto y sus complicaciones	6.6	2.3	4.2	0.0	2.0	7.8
Infección obstétrica/Sepsis	4.7	3.3	3.3	3.3	1.3	6.7
Otras directas	3.2	4.9	3.8	6.7	4.0	3.4
Causas indirectas	**34.8**	**43.9**	**49.8**	**31.7**	**59.8**	**33.0**
Enfermedad por la COVID-19	S.D.	16.7	28.8	15.0	40.9	8.4
Enfermedad cerebrovascular	4.5	3.5	2.5	1.7	2.3	2.8
Otras causas indirectas	7.3	3.1	3.3	1.7	3.3	3.4
Enfermedades neoplásicas	4.4	2.1	1.9	3.3	2.7	0.6
Transtorno cardiovascular/vascular	4.4	3.1	2.9	S.D.	2.3	3.9
Enfermedad del sistema respiratorio	4.0	4.0	1.9	3.3	1.0	3.4
Enfermedad sistema digestivo	2.6	1.6	1.3	1.7	1.3	1.1
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4.8	4.7	2.7	3.3	1.3	5.0
Otras indirectas (poco especificadas)	3.0	5.2	4.6	1.7	4.7	4.5
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA / * Al 06/04/2022.

En regiones, a partir de la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del año 2021, **se observa regiones con un alto porcentaje de muertes maternas por causas directas**, **tal es el caso de Cusco (83.3%), Madre de Dios (80.0%), Apurímac (75%), San Martín (70.8%), y Loreto (70.4%).** La principal causa directa son las hemorragias, las cuales son prevenibles y pueden relacionarse a problemas de calidad de atención de salud de la gestante y a la insuficiente capacidad resolutiva de los establecimientos de salud. Es importante también revisar la incidencia de la anemia en gestantes atendidas y su relación con las muertes maternas por hemorragia e implementar intervenciones de prevención. Llama la atención el porcentaje alto de muertes maternas directas por aborto, en regiones como Pasco, Amazonas, Ayacucho y Callao. En estos casos es importante también investigar su relación con embarazos no deseados o forzados, violación sexual u otras causas asociadas como un posible embarazo de alto riesgo, entre otros. Asimismo, es importante evaluar el impacto indirecto que tuvo la pandemia de COVID-19 en la oferta y la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en regiones.

Las regiones con un alto porcentaje de muertes maternas por causas indirectas, fueron Ica, Lima Región, Lima Metropolitana y Callao. En el 2021, la principal causa indirecta de muerte maternas en esas regiones fue la enfermedad de COVID-19. Es importante revisar las otras causas indirectas que aparecen con un alto porcentajes en regiones como Ucayali, Callao y Puno. Ver Tabla 4.

Tabla 4.

Causas de mortalidad materna según departamento, 2021* (porcentaje)

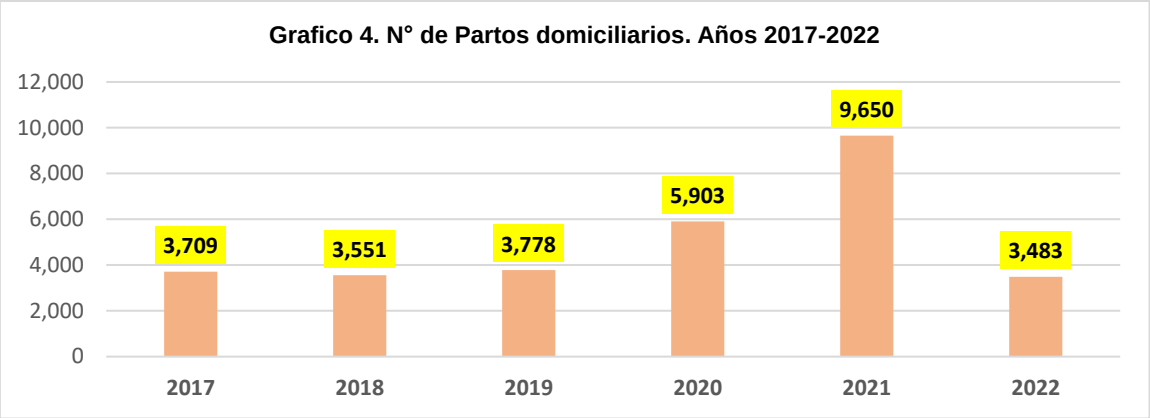
DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA	CAUSAS DIRECTAS							CAUSAS INDIRECTAS			TOTAL
	Hemorragia Obstétrica	Transtornos hipertensivos	Aborto	Infección Obstétrica	Otras causas directas	Mal definidas, sin datos	TOTAL DIRECTAS	COVID-19	Otras indirectas	TOTAL INDIRECTAS	
Amazonas	13.3	13.3	13.3	6.7	0.0	13.3	**60.0**	13.3	26.7	**40.0**	100.0
Ancash	20.8	33.3	0.0	4.2	4.2	0.0	**62.5**	25.0	12.5	**37.5**	100.0
Apurímac	75.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	**75.0**	0.0	25.0	**25.0**	100.0
Arequipa	7.1	28.6	7.1	7.1	7.1	0.0	**57.1**	21.4	21.4	**42.9**	100.0
Ayacucho	20.0	20.0	10.0	0.0	10.0	0.0	**60.0**	30.0	10.0	**40.0**	100.0
Cajamarca	40.7	11.1	3.7	3.7	0.0	0.0	**59.3**	25.9	14.8	**40.7**	100.0
Callao	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	**10.0**	60.0	30.0	**90.0**	100.0
Cusco	41.7	25.0	8.3	0.0	0.0	8.3	**83.3**	0.0	16.7	**16.7**	100.0
Huancavelica **	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	**50.0**	0.0	50.0	**50.0**	100.0
Huánuco	25.0	6.3	0.0	0.0	6.3	18.8	**56.3**	18.8	25.0	**43.8**	100.0
Ica	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	**6.7**	73.3	20.0	**93.3**	100.0
Junín	15.8	36.8	0.0	0.0	0.0	0.0	**52.6**	26.3	21.1	**47.4**	100.0
La Libertad	25.0	8.3	4.2	0.0	12.5	0.0	**50.0**	25.0	25.0	**50.0**	100.0
Lambayeque	10.0	20.0	0.0	3.3	0.0	3.3	**36.7**	50.0	13.3	**63.3**	100.0
Lima	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	**10.0**	80.0	10.0	**90.0**	100.0
Lima Metropolitana	5.4	14.9	5.4	4.1	0.0	2.7	**32.4**	45.9	21.6	**67.6**	100.0
Loreto	37.0	11.1	0.0	11.1	7.4	3.7	**70.4**	7.4	22.2	**29.6**	100.0
Madre de Dios	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	60.0	**80.0**	0.0	20.0	**20.0**	100.0
Moquegua **	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	**100.0**	0.0	0.0	**0.0**	100.0
Pasco	14.3	14.3	14.3	0.0	0.0	0.0	**42.9**	42.9	14.3	**57.1**	100.0
Piura	30.6	22.2	2.8	5.6	2.8	2.8	**66.7**	19.4	13.9	**33.3**	100.0
Puno	30.8	23.1	0.0	7.7	0.0	0.0	**61.5**	7.7	30.8	**38.5**	100.0
San Martín	16.7	25.0	8.3	4.2	4.2	12.5	**70.8**	16.7	12.5	**29.2**	100.0
Tacna	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	**66.7**	33.3	0.0	**33.3**	100.0
Tumbes	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	**40.0**	40.0	20.0	**60.0**	100.0
Ucayali	21.4	14.3	7.1	0.0	0.0	0.0	**42.9**	7.1	50.0	**57.1**	100.0
TOTAL PERU	**19.8**	**17.1**	**3.8**	**3.6**	**2.7**	**3.8**	**50.8**	**29.2**	**20.0**	**49.2**	**100.0**

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA/ *hasta la semana 52-2021. **Los departamentos de Huancavelica y Moquegua presentaron > 2 casos

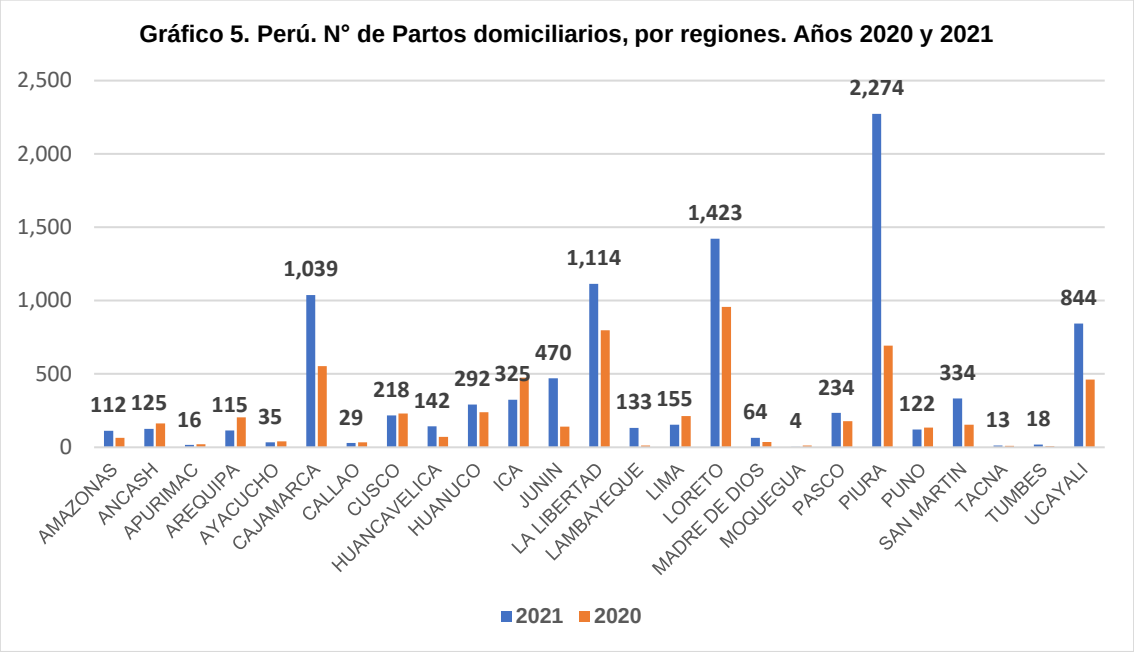
Muertes maternas, según características del fallecimiento:

Según la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, **las muertes maternas ocurrieron principalmente en la etapa de puerperio (65.5%), así mismo ocurrieron en su mayoría en establecimientos de salud (76.1%), y principalmente en el II nivel (53.4%) y III nivel de atención (41.8%).** Llama la atención el incremento observado de muertes maternas en domicilio, de 11.7% en el periodo 2015-2019 a 13% en el 2020 y 13.3% en el 2021.

En la pandemia de COVID-19, hemos observado un incremento de partos domiciliarios a partir de los datos administrativos del Ministerio de Salud, lo cual incide en el incremento de muertes maternas en el país. Es importante investigar su relación con el cierre temporal de los establecimientos de salud del primer nivel de atención en el contexto de alza de casos confirmados de COVID-19 y también con otros aspectos que actúan como barreras en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Ver Gráficos 4 y 5.



Fuente: CNV-MINSA. Fecha de consulta: 27 de mayo del 2022. Elaboración: MCLCP.



Fuente: CNV-MINSA. Fecha de consulta: 27 de mayo del 2022. Elaboración: MCLCP.

1.2. Prevención del Embarazo en Adolescentes y la Mortalidad Materna:

"…El embarazo y la maternidad adolescente limitan la libertad de decisión de las niñas y las adolescentes sobre la vida que desean, y en este sentido son causa y consecuencia de la vulneración de sus derechos, y constituyen barreras para su desarrollo presente y futuro, y el de sus familias. Contribuyen a la trasmisión intergeneracional de la pobreza, desigualdad y exclusión." (Fuente: UNFPA)

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años**. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años.** El embarazo, la maternidad y la mortalidad materna en adolescentes tiene consecuencias familiares, sociales, económicas y de salud que afectan también a la primera infancia.

La **fecundidad temprana** ha venido descendiendo en general. No obstante, entre las menores de 15 años experimentó un incremento. América Latina es la segunda región a

nivel mundial con la tasa más alta de embarazo entre adolescentes, pero es la 1ra con la tasa más alta entre niñas menores de 15 años de edad.

En el Perú, el embarazo en una niña de 14 años o menos edad es -en todos los casos- consecuencia de una violación sexual, según lo establecido por el ordenamiento legal peruano. Lamentablemente, según los registros administrativos del Ministerio de Salud del Perú, el **número de partos en niñas menores de 15 años aumentó de 1,177 a 1,437 entre 2020 y 2021**[5]. Entre los cuales, los partos en niñas de 11 años a menos de edad fueron 22 en el año 2020 y 7 en el año 2021. En el 2021, Loreto y Ucayali registraron los mayores números de partos en menores de 15 años, 242 y 176 respectivamente. En el primer semestre del 2022, se han registrado 609 partos en menores de 15 años. Loreto y Ucayali tienen el mayor número de partos en menores de 15 años en el país, 95 y 85 respectivamente. Dadas las causas que se suscitan más en los hogares o ámbitos de protección y el concomitante confinamiento y no atención presencial a las escuelas en los 2 primeros años de la pandemia por la COVID-19, es posible argumentar que las niñas estuvieron más expuestas a las agresiones sexuales.

Los problemas en la atención de mujeres víctimas de violación sexual, la que incluya a niñas y adolescentes, se agravó en el contexto de pandemia. La Defensoría del Pueblo, en el Informe de Adjuntía 013-2021-DP/ADM "Supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el Covid-19"[6], evidenció que, debido a la pandemia, los servicios de planificación familiar disminuyeron en aproximadamente un 50% en el país, lo que comprende las consejerías y distribución de métodos anticonceptivos. Toda esta situación se encuentra estrechamente ligada a la violencia sexual, y específicamente la violación sexual contra las mujeres. Asimismo, se incrementó los problemas preexistentes a la pandemia sobre la codificación de los registros de casos de víctimas de violación sexual, a los que se suma el aumento de los problemas vinculados a la ubicación de los kits para la atención de casos de violencia sexual, los que muchas veces no se encuentran en las zonas de emergencia de los centros de salud. Los problemas presupuestales o logísticos han generado que no haya suficiente cantidad de kits, a lo que se suma la insuficiente fiscalización de su entrega efectiva a las víctimas.

Por otro lado, en Perú, según las estadísticas del INEI-ENDES 2021, **3 de cada 4 de los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad no fueron intencionales o planeados en el momento de la concepción. Es decir, el 74%.** Esto es importante dimensionar en relación a las adolescentes que recurren al aborto en condiciones inseguras y su impacto en la mortalidad materna. En Perú, el aborto es ilegal, sólo está vigente en la legislación nacional el aborto terapéutico, sin embargo, no es claro su implementación en los casos de violación sexual, que incluye a niñas de 14 años a menos de edad donde hay un mayor riesgo de mortalidad materna. Al respecto, se requiere aclarar la viabilidad para la aplicación del protocolo por violación sexual en menores de 14 años, debido a que esos embarazos forzados afectan de forma grave o permanente su salud mental, que es una causal contemplada dentro de dicho documento. Por otro lado, es importante incorporar la dimensión del suicidio entre niñas y adolescentes embarazadas

[5] Fuente: Certificado de Nacido Vivo en Línea-CNV. MINSA.

[6] Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf

que tienen un embarazo forzado como consecuencia de un abuso sexual. Lo cual es una mortalidad materna por causa directa

Asimismo, es urgente visibilizar y abordar el problema de los embarazos no deseados y/o forzados en adolescentes relacionados a falta de acceso a información y educación sexual integral[7], falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos acceso a métodos anticonceptivos modernos y al Kit para la atención de casos de violencia sexual[8].

Al respecto, cabe mencionar que, a través del Informe Especial N.° 009-2021-DP sobre la "Supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud" realizado por la Defensoría del Pueblo, a 70 establecimientos de salud (EESS) del primer nivel y 39 del segundo nivel, se advirtió que el 71% (50) de EESS del primer nivel y el 49% (19) del segundo nivel, desconocían la existencia de la Guía técnica de aborto terapéutico y en ambos niveles se advirtió que en el 75 % (15) su personal se autocapacitó. Este hecho, agravaría la situación y por ende la situación la mortalidad materna en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual.

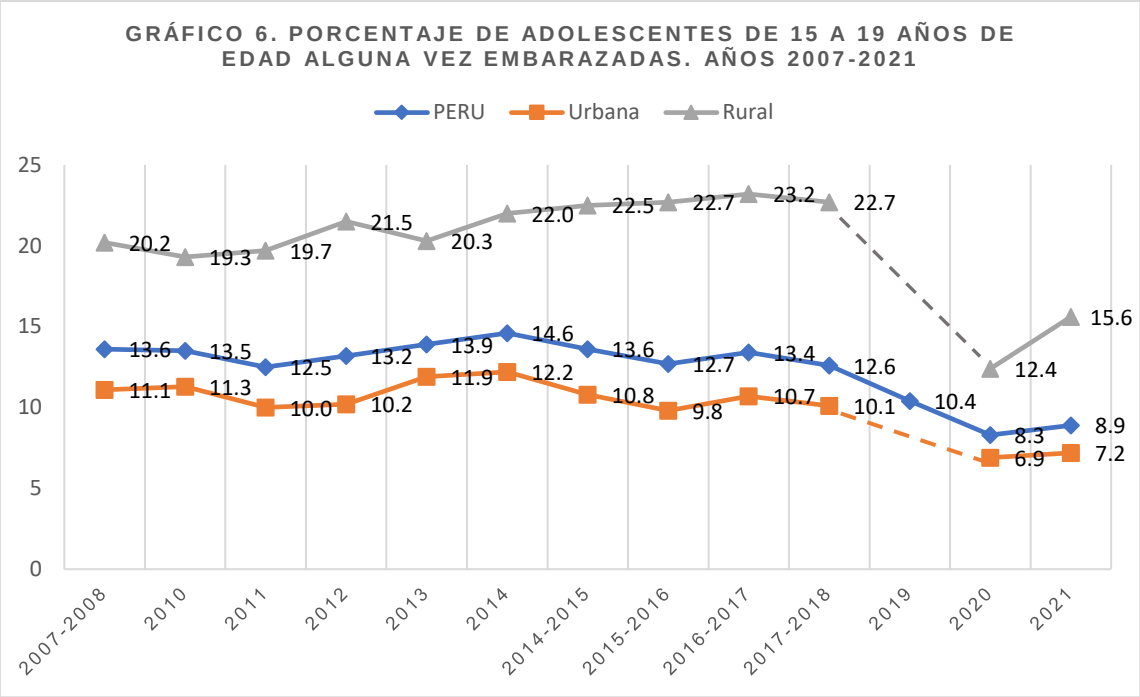
Por ello, la Defensoría del Pueblo recomendó que el Ministerio de Salud asegure el cumplimiento de lo estipulado por la "Guía de estandarización del aborto terapéutico", el mismo que debe entenderse como un procedimiento más del paquete prestacional del sistema de salud; asimismo, resaltó que, es necesario capacitar al personal de salud respecto de su obligación de entregar información veraz a las niñas y adolescentes sobre su derecho a ser evaluadas integralmente para determinar si califican o no para un aborto terapéutico con un lenguaje claro y sencillo, pues se debe respetar su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea considerada en toda decisión sobre su vida o salud.

Embarazo y maternidad de adolescentes de 15 a 19 años.

Desde el año 2019, se observó una reducción del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, no obstante, en el 2021 estamos observando un leve incremento, año en que se flexibilizaron las medidas de distanciamiento social a partir del avance de la vacunación contra la COVID-19. De esta manera, el embarazo y maternidad de adolescentes de 15 a 19 años, aumentó de 8.3% en el 2020 a 8.9% en el 2021. Asimismo, en el área rural, aumentó de 12.4% a 15.6% y en el área urbana, aumentó de 6.9% a 7.2% entre los años 2020 y 2021. Ver Gráfico 6.

Las adolescentes con mayor riesgo de embarazo son las que se encuentran en situación de pobreza, con menos acceso a educación y/o de zonas rurales y/o de la selva. En el 2021, el porcentaje de embarazo y maternidad de adolescentes es de 15.6% en las zonas rurales, 14.6% en las residentes en la selva, en las que se encuentran en situación de pobreza es de 16.5%, y en las que tienen o tuvieron menor acceso a la educación es de 33.6%.

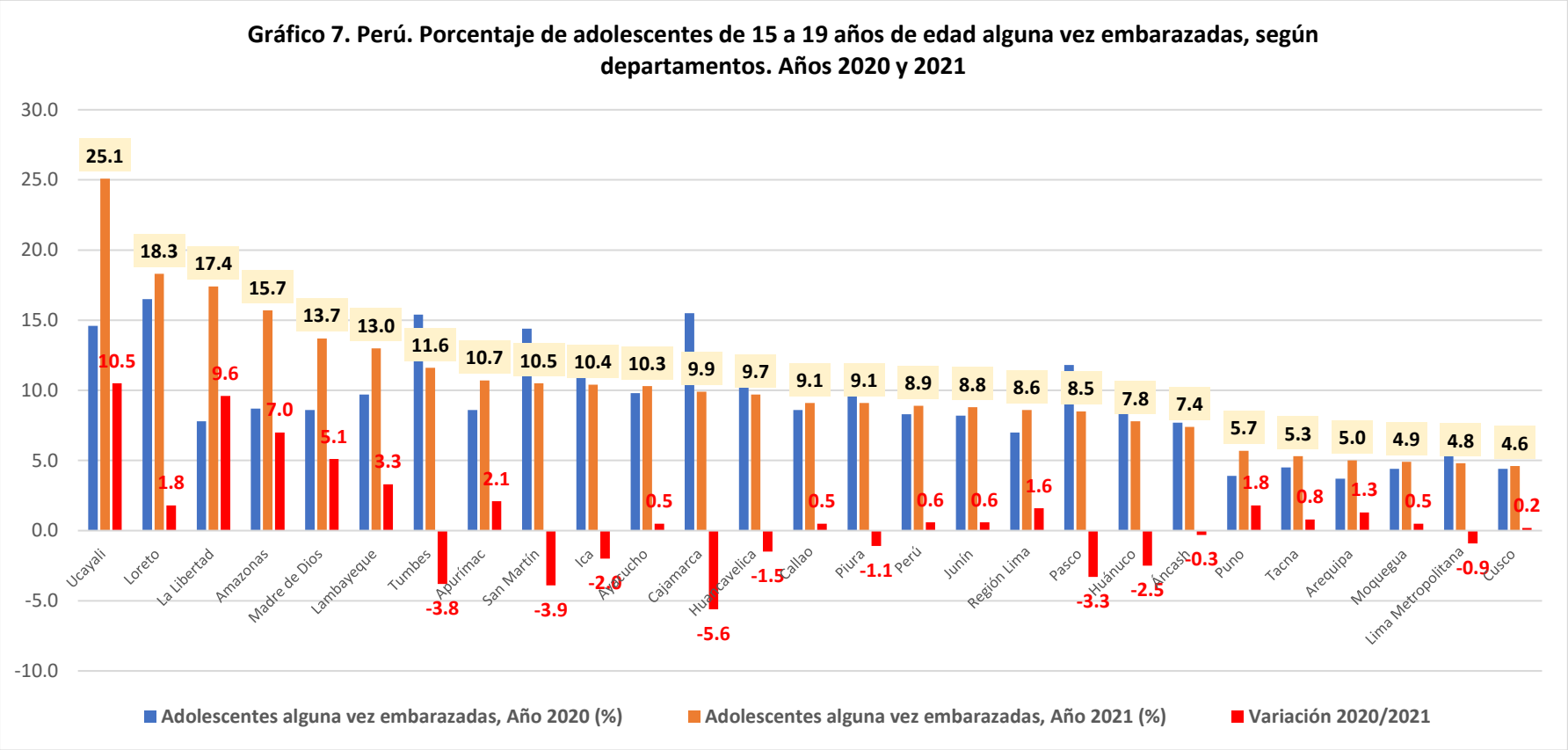
[7] El 25 de mayo del 2022, se promulgó la Ley 31498, que restringe el acceso a una Educación Sexual Integral con enfoque de género y atenta contra la construcción de una sociedad igualitaria y equitativa.
[8] Aprobado mediante Resolución Ministerial 227-2019/MINSA del 07 de marzo de 2019.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, ENDES 2021. Elaboración MCLCP.

Embarazo y maternidad de adolescentes de 15 a 19 años, en las regiones del país.

Según las estadísticas del INEI-ENDES 2021, **se observa un incremento en el embarazo y maternidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, en 17 regiones del país**, en relación al año 2020. Llama la atención, la región Ucayali que incrementó en 10.5 puntos porcentuales en relación al año 2020 y tiene actualmente la mayor prevalencia de embarazo en adolescentes. Es importante identificar los factores asociados a las barreras institucionales, económicas y culturales en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, al incremento de la violencia de género y otros relacionados en el contexto de la pandemia. Ver Gráfico 7.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, ENDES 2021. Elaboración: MCLCP.

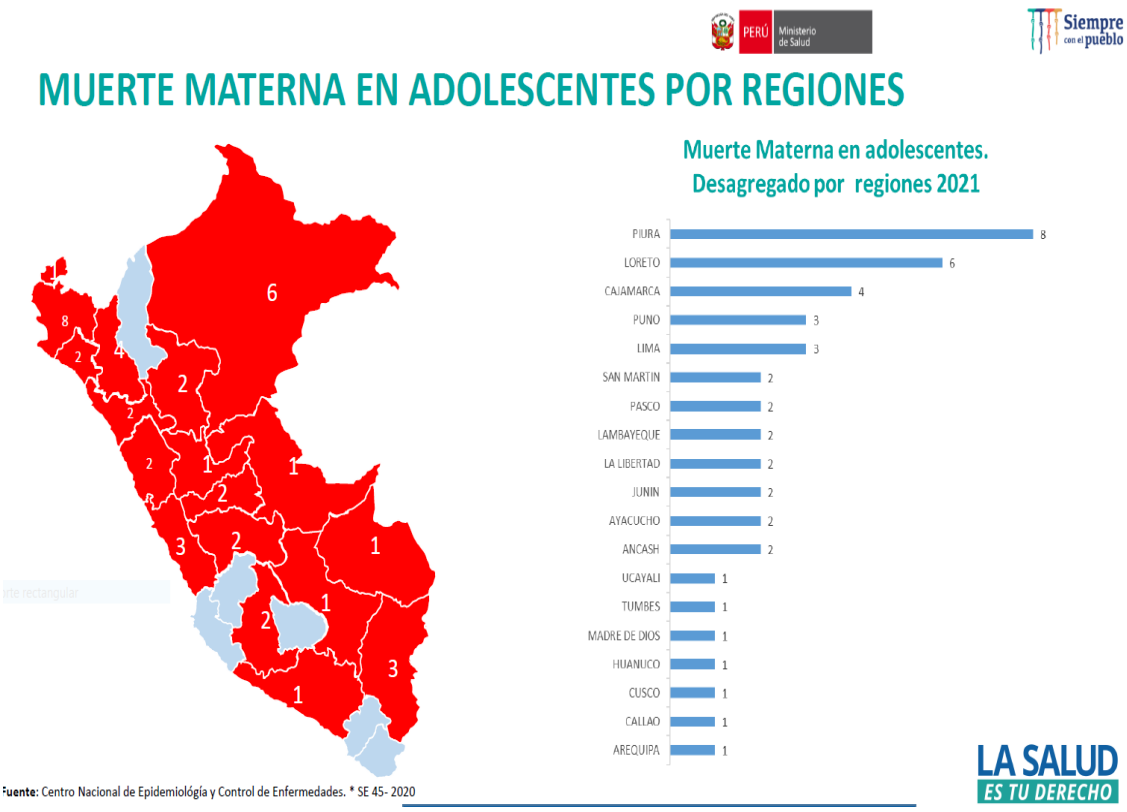
Muertes Maternas en adolescentes de 19 años a menos de edad.

En el 2021, se reportaron 45 muertes maternas entre adolescentes de 19 a menos años de edad y hasta la semana 15 del 2022 se ha reportado 10 muertes maternas entre adolescentes de 19 años a menos de edad. En las menores de 15 años de edad existe un riesgo mayor de mortalidad materna que otros grupos poblacionales cuya densidad poblacional de gestantes esperadas es mayor. En el 2021, se reportaron 9 fallecidas de los 13 a 15 años de edad del total de 45 muertes maternas entre adolescentes. Al respecto, es importante avanzar en medir en función del número de embarazos o nacimientos entre esas edades para determinar el riesgo.

Sobre el cálculo de 45 muertes maternas entre adolescentes de 19 a menos años de edad. Todas las muertes maternas en 2021 suman 493. **Es decir que el 9% (45/493) de todas las muertes maternas ocurrieron en adolescentes menores de 19 años**. Sin embargo, usando datos del CNV- MINSA del 2021, hubo un total de 49,555 nacimientos de mujeres adolescentes en el país de 19 a menos años de edad, entre un total de aproximadamente 462,834 nacimientos. Es decir, **11% (49,555/462,834) de los nacimientos ocurrieron en adolescentes.** Al respecto, podemos concluir que probablemente hay un fuerte subregistro de muertes maternas en adolescentes, según la epidemiologia global de muertes maternas que establece el significativamente mayor riesgo de muerte materna en embarazos del grupo etareo de adolescencia (incluyendo causas directas relacionadas con el aborto y suicidio). Se requiere mayor análisis y esfuerzo de reporte de muertes maternas en mujeres adolescentes, que por razones culturales estarían escondidas por no ser reportadas o por ser reportadas con otras causas de defunción no relacionadas con un embarazo.

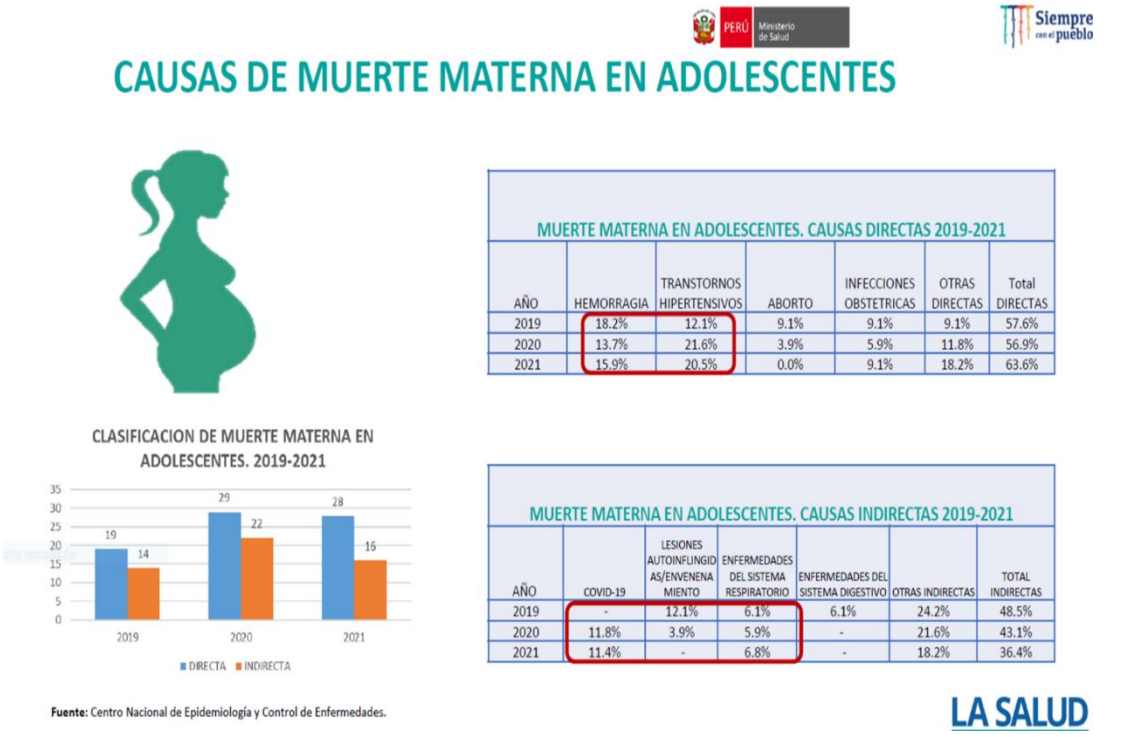
Las causas directas de las muertes maternas en adolescentes son principalmente las hemorragias y trastornos hipertensivos; por otro lado, las causas indirectas de las muertes maternas en adolescentes han sido el COVID-19. **Entre las causas directas es importante monitorear y prevenir las muertes maternas en adolescentes por suicidio y por aborto relacionados a embarazos no deseados/forzados y/o por violencia sexual**. Los departamentos donde ocurren más las muertes maternas en adolescentes son principalmente la zona nororiental del país (Piura, Loreto y Cajamarca). Ver imágenes 1 y 2.

Imagen 1.



Fuente: Ministerio de Salud.

Imagen 2.



MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES. CAUSAS DIRECTAS 2019-2021

AÑO	HEMORRAGIA	TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS	ABORTO	INFECCIONES OBSTETRICAS	OTRAS DIRECTAS	Total DIRECTAS
2019	18.2%	12.1%	9.1%	9.1%	9.1%	57.6%
2020	13.7%	21.6%	3.9%	5.9%	11.8%	56.9%
2021	15.9%	20.5%	0.0%	9.1%	18.2%	63.6%

MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES. CAUSAS INDIRECTAS 2019-2021

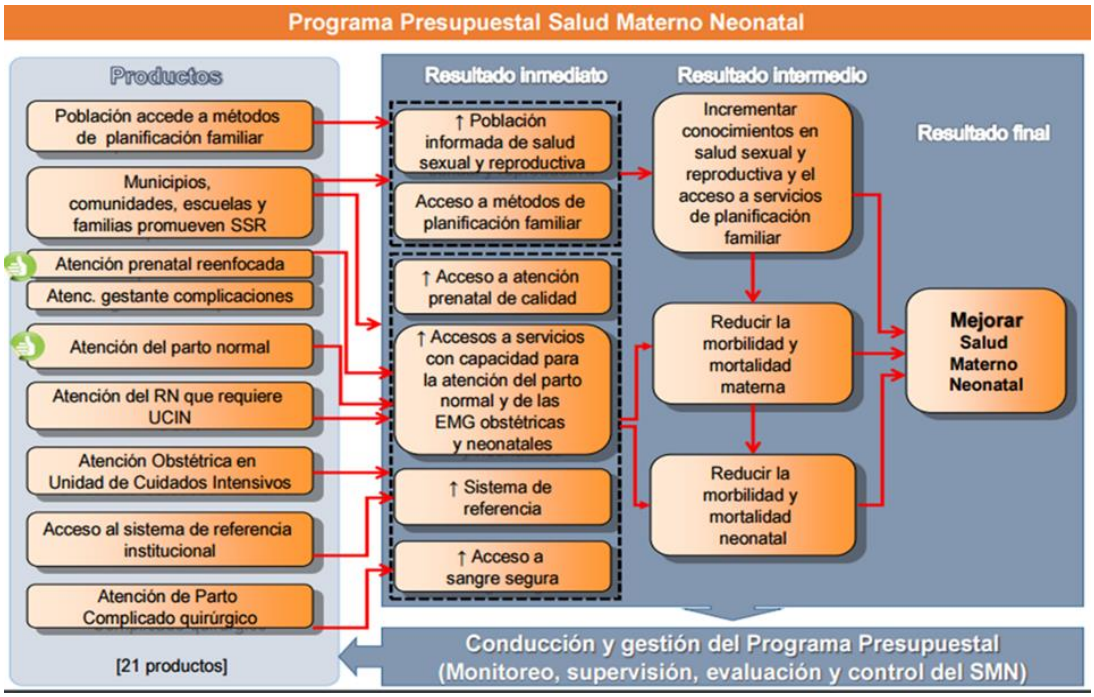
AÑO	COVID-19	LESIONES AUTOINFLINGIDAS/ENVENENAMIENTO	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	OTRAS INDIRECTAS	TOTAL INDIRECTAS
2019	-	12.1%	6.1%	6.1%	24.2%	48.5%
2020	11.8%	3.9%	5.9%	-	21.6%	43.1%
2021	11.4%	-	6.8%	-	18.2%	36.4%

Fuente: Ministerio de Salud.

CAPÍTULO II. Situación de las intervenciones eficaces en la reducción de la mortalidad materna y neonatal y de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud.

En el Perú, en el marco del **Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal** que se implementa en el país desde el año 2008, bajo un enfoque de resultados, se priorizaron intervenciones eficaces en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, entre ellos acceso a información en salud sexual y reproductiva y a métodos de planificación familiar, acceso a la atención prenatal, acceso a la atención del parto, sistemas de referencia y acceso a sangre segura. Ver imagen 3.

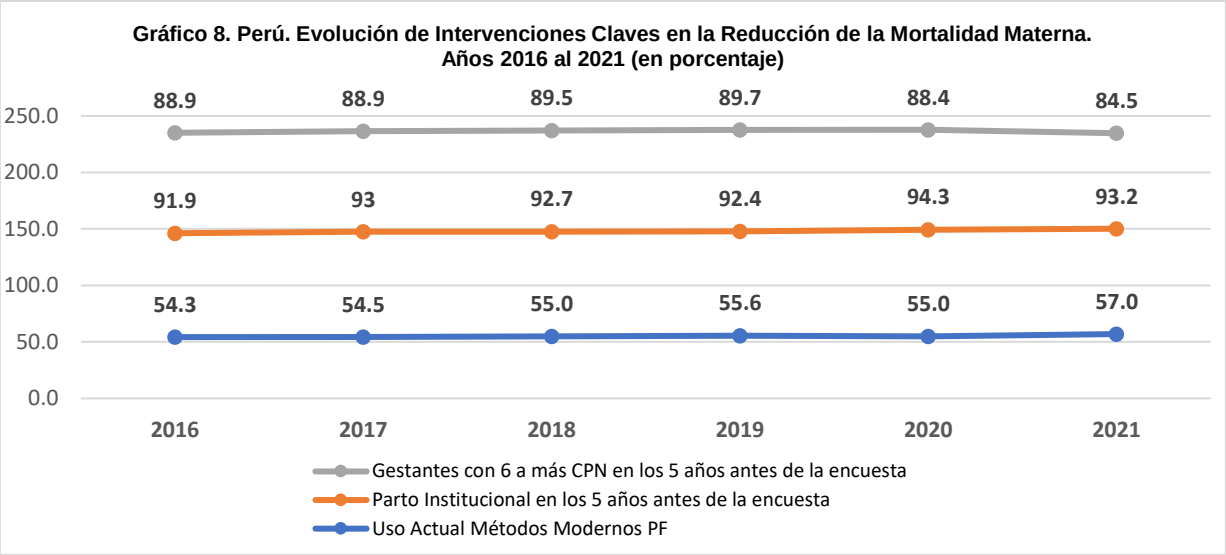
Imagen 3.



Fuente: MEF. Programas Presupuestales.

Situación de la cobertura de las intervenciones eficaces en la reducción de la mortalidad materna y neonatal:

A partir de la información estadística del INEI-ENDES, hemos observado algunos avances y retrocesos en algunas de las intervenciones eficaces en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el contexto de la pandemia de COVID-19. En parto institucional y en atención prenatal hemos observado retrocesos entre los años 2020 y 2021, al pasar de 94.3% a 93.2% y de 88.4% a 84.5% respectivamente. El acceso a métodos modernos de planificación por largo tiempo se ha mantenido bajo, sólo la mitad de las mujeres unidas en el país tienen acceso a métodos modernos de planificación familiar. La cifra del 2021 es de 57%. Ver Gráfico 8.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI; ENDES 2021. Elaboración: MCLCP

Por otro lado, en base a la información de la base de datos de SIS-MINSA (años 2019 y 2020); se observa una disminución en la calidad de la atención de las gestantes a partir de los paquetes de servicios brindados en el año 2020, en especial ente los meses de setiembre, octubre, noviembre y diciembre. Ver imagen 4.

Imagen 4.

INDICADORES DE GESTANTES

Indicador1	2019		2020											
	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic
Porcentaje de gestantes 4 CPN con Sulfato Ferroso/Acido Folico y con 4 examenes en el primer trimestre de gestación (SIS)	37,2%	36,8%	36,6%	36,0%	36,7%	36,5%	33,4%	28,9%	25,4%	24,1%	22,7%	17,5%	14,3%	20,4%
Porcentaje de gestantes con 4 CPN con Sulfato Ferroso y Acido Fólico (SIS)	75,3%	74,5%	74,9%	74,1%	72,4%	66,8%	57,9%	51,3%	47,0%	45,4%	46,9%	51,9%	56,8%	59,4%
Porcentaje de gestantes con 4 examenes en el primer trimestre de gestación (SIS)	40,2%	40,1%	40,0%	39,1%	40,4%	41,5%	41,5%	39,7%	38,5%	38,5%	36,0%	23,7%	16,7%	22,9%
Porcentaje de gestantes con CPN en el primer trimestre de gestación (SIS)	54,1%	53,9%	54,0%	52,5%	54,0%	55,7%	56,1%	55,7%	54,8%	55,8%	52,8%	36,5%	24,2%	31,3%
Porcentaje de gestantes con examen de orina en el primer trimestre de gestación (SIS)	44,7%	45,0%	44,9%	43,9%	45,4%	46,5%	47,1%	46,1%	45,1%	45,9%	43,3%	29,1%	18,7%	23,7%
Porcentaje de gestantes con hemoglobina/hematocrito en el primer trimestre de gestación (SIS)	45,5%	45,8%	45,5%	44,5%	46,1%	47,1%	47,6%	46,6%	45,7%	46,6%	43,9%	29,7%	19,6%	24,9%
Porcentaje de gestantes con tamizaje para Sifilis en el primer trimestre de gestación (SIS)	42,2%	42,4%	42,1%	41,0%	42,4%	43,8%	44,1%	42,7%	41,7%	42,5%	40,1%	26,9%	17,9%	23,2%
Porcentaje de gestantes con tamizaje para VIH en el primer trimestre de gestación (SIS)	42,2%	42,4%	42,1%	41,0%	42,4%	43,8%	44,1%	42,7%	41,7%	42,5%	40,1%	26,9%	17,9%	23,2%

Fuente de Datos

(3) Base de datos SIS - MINSA (2019-2020). BD Analítica MEF / Corte de los datos: Diciembre 2020.

Fuente: MIDIS-Red Informa. Reporte de Indicadores Primero la Infancia-Desarrollo Infantil Temprano.

Es importante indagar la incidencia del cierre temporal del primer nivel de atención en salud durante el periodo de alza de casos confirmados de COVID-19 y la priorización de la atención de casos COVID-19 en los establecimientos de salud del II y III nivel de atención. Asimismo, la incidencia en la adaptación de las normativas para la continuidad

de los servicios de salud sexual reproductiva en el contexto de COVID-19, en la cuales se incorporaron las atenciones virtuales y las atenciones presenciales se redujeron.

Frente a este panorama, es importante señalar que la Defensoría del Pueblo mediante el Informe de Adjuntía 013-2021-DP/ADM[9] dio cuenta de los principales problemas que se identificaron entre el 2020 y 2021 en los servicios de atención prenatal y los servicios de planificación familiar. Entre los principales problemas en la atención a gestantes se evidenció la poca concurrencia de las pacientes a controles o servicios de atención (presencial); déficit de personal para la atención de gestantes en controles prenatales, déficit de personal para la atención en situaciones de emergencia, insuficiencia de insumos para la atención, prueba de diagnóstico COVID-19 selectiva según síntomas no previno contagios en los establecimientos de salud; no se contaba con información clara sobre disponibilidad de hospitales especializados en atención de maternidad; los servicios de emergencia UCI para gestantes de los hospitales de Lima y Callao colapsaron, los establecimientos de salud no contaban con línea telefónica directa y gratuita. Y varias entidades de salud refirieron que el servicio de atención prenatal como el más afectado con la reducción presupuestal.

En relación a los servicios de planificación familiar, el principal problema identificado fue la reducción de la entrega de los métodos de planificación familiar, así como la inicial suspensión de los servicios de consejería e información. Lo que trajo como consecuencia embarazos no deseados o planificados y el contagio por infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, a partir de julio del año 2020 se empezó a observar una recuperación que se aproxima a los niveles de entrega de métodos de planificación familiar antes de la pandemia. Asimismo, se implementaron mecanismos alternativos tales como llamadas de pacientes a la línea gratuita de atención, las citas en establecimientos de salud, la tele consulta y atención para planificación familiar post parto y post aborto, así como consultas en modalidad presencial o mixta.

La Defensoría del Pueblo recomendó a las entidades de los sectores de salud en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables adopten estrategias conjuntas para fortalecer y ampliar los mecanismos alternativos de atención, como tele consultas, video llamadas, servicios de farmacia a domicilio, u otros medios de comunicación no presencial, visitas a casas de zonas predeterminadas en base a criterios objetivos, citas en establecimientos de salud, para garantizar la continuidad del servicio de salud sexual y reproductiva. Así como realizar campañas comunicacionales que contribuyan a la toma de conciencia sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva, así como de conocimiento de sus derechos por parte de las personas usuarias.

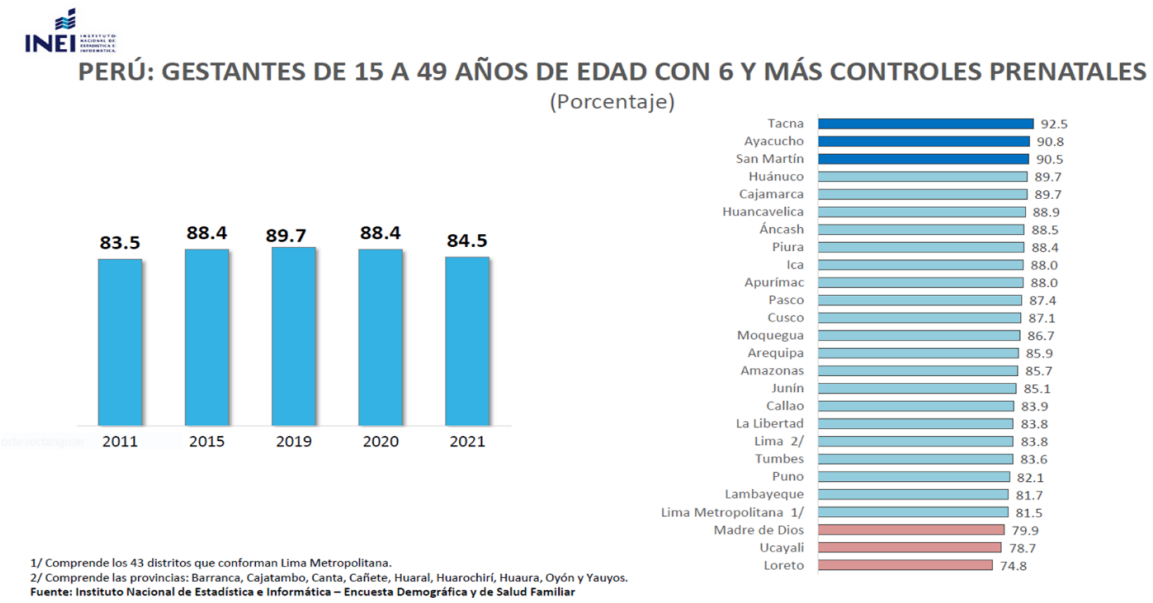
En regiones del país, es importante también revisar el avance en la cobertura y la calidad de la prestación de las intervenciones eficaces en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Entre regiones observamos desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En relación a **gestantes con 6 y más controles prenatales en el 2021**, observamos a partir de la información del INEI-ENDES, que las regiones con menor cobertura

[9] Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf

alcanzada son Loreto (74.8%), Ucayali (78.7%), y Madre de Dios (79.9%), los tres departamentos de la selva y con un alto porcentaje de población rural y dispersa e indígena; y los departamentos con mayor cobertura son Tacna y Ayacucho. Llama atención Lima Metropolitana con una cobertura de 81.5%. Ver imagen 5.

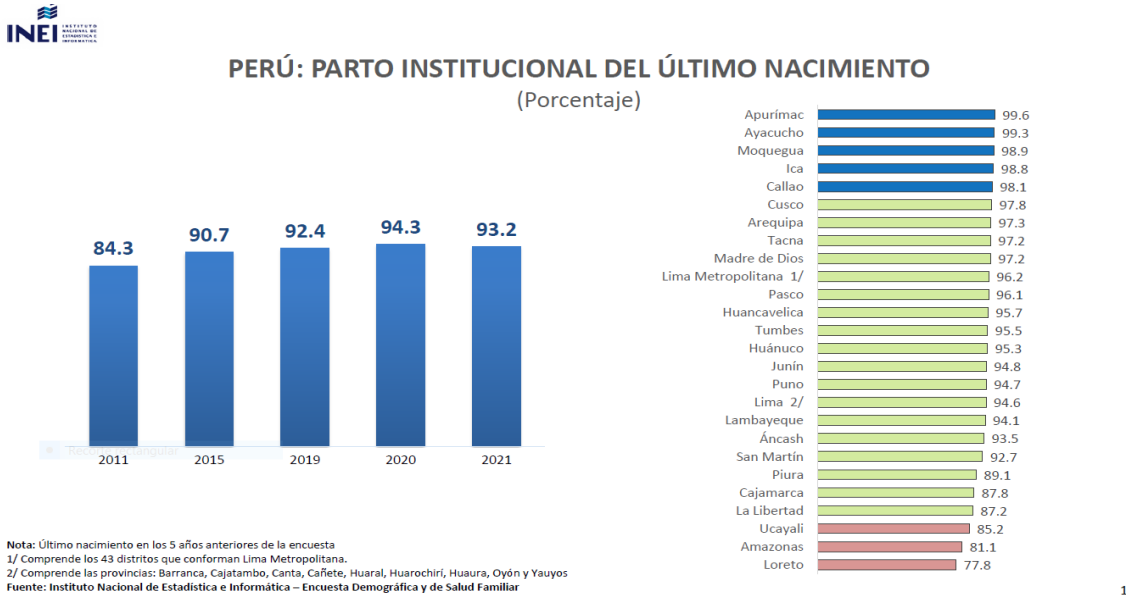
Imagen 5.



Fuente: INEI-ENDES 2021

En cuanto al parto institucional, se observa a partir de la información del INEI-ENDES 2021, que las regiones con más bajas coberturas siguen siendo las de la selva, tales es el caso de Loreto (77.8%), Amazonas (81.1%) y Ucayali (85.2%). Las regiones con más altas coberturas y por encima del 98% son Apurímac y Ayacucho. En relación a estas regiones es importante identificar la estrategia exitosa implementada para reducir al máximo los partos domiciliarios durante la pandemia. Ver imagen 6.

Imagen 6.



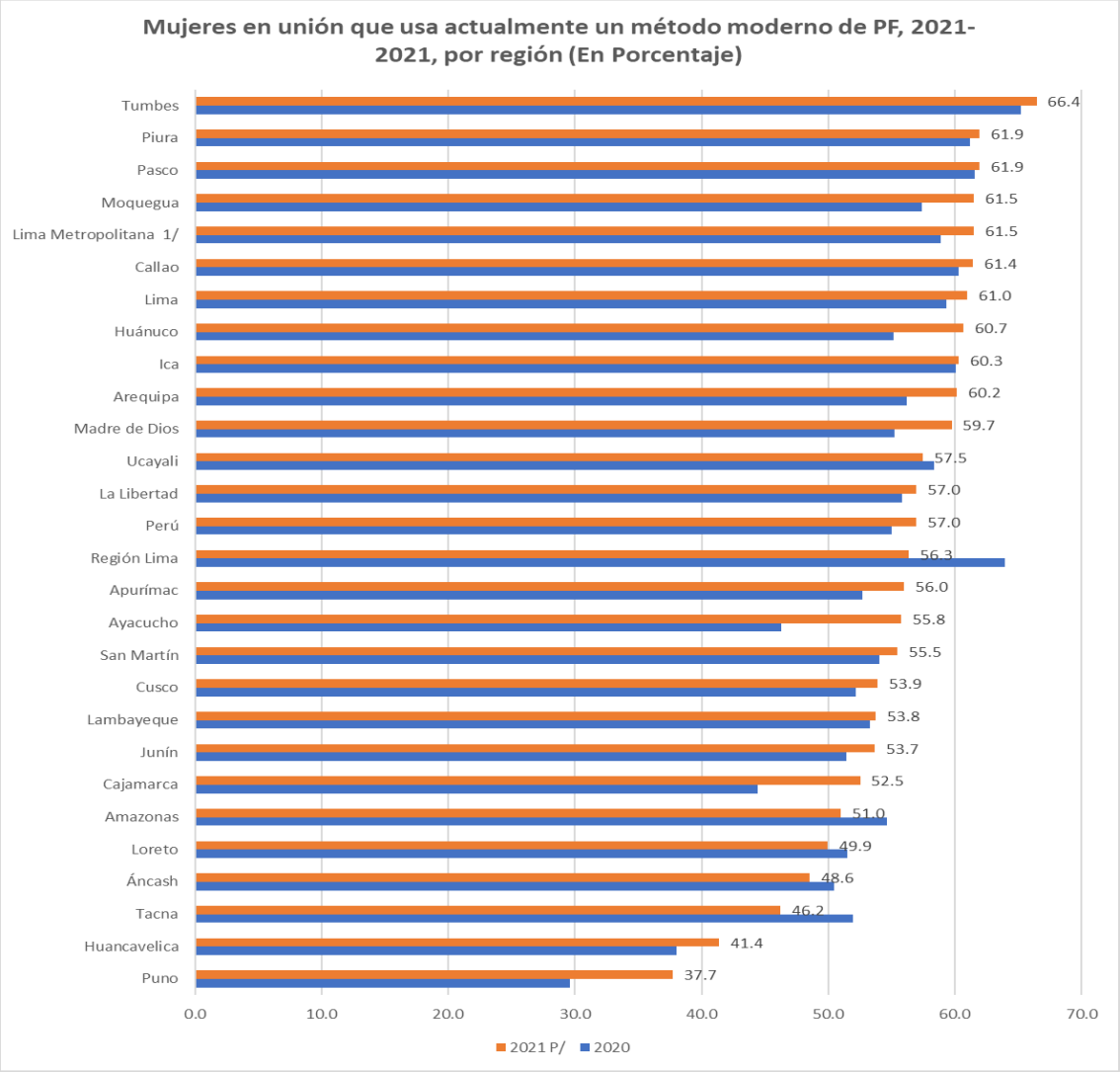
Fuente: INEI-ENDES 2021

En cuanto al acceso a métodos modernos de planificación familiar, observamos a partir de la información del INEI-ENDES 2021, regiones con muy bajas coberturas alcanzadas tales como Puno (37.7%) y Huancavelica (41.4%). Si bien Puno y Huancavelica aumentaron significativamente sus coberturas en el 2021 en comparación con el 2020, siguen teniendo las coberturas más bajas en el país por tener poblaciones muy tradicionales.

Entre 2020 y 2021 hemos observados incrementos en la mayoría de las regiones del país, pero es importante revisar los casos de regiones donde ocurrió lo contrario tales como Tacna, Ancash, Loreto, Región Lima y Ucayali.

Es importante precisar que dicho indicador es para mujeres en unión o casadas. Esto no incluye a mujeres con un estado civil diferente que tengan vida sexual activa y por consiguiente en riesgo de embarazarse y por lo tanto riesgo de morir por complicaciones obstétricas. Al incluir ese número la prevalencia de uso de métodos anticonceptivo modernos baja aún más. Ver Gráfico 9.

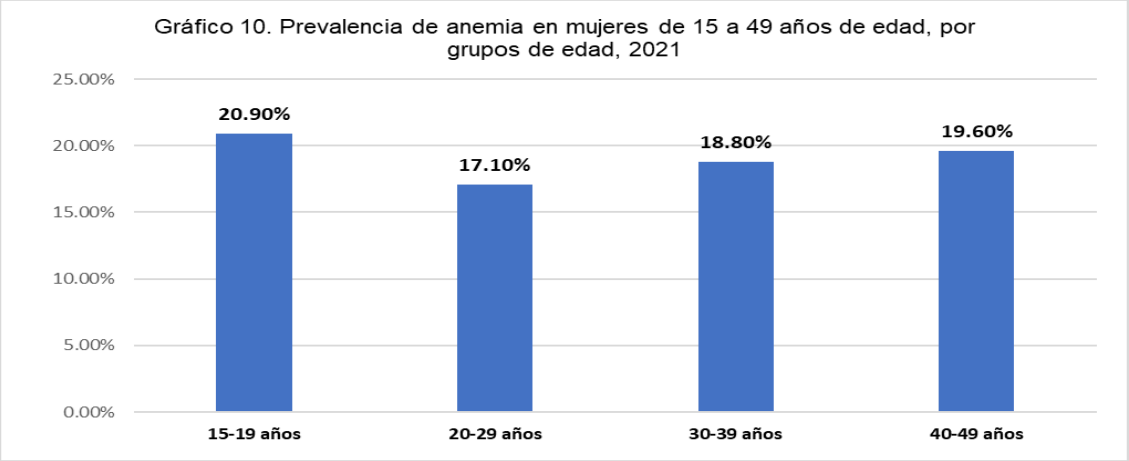
Gráfico 9.



Fuente: INEI-ENDES 2021. Elaboración: MCLCP.

Las muertes maternas a causa de hemorragias son las más frecuentes en el país y al respecto es importante analizar su relación con la **incidencia de la anemia en mujeres en edad fértil y la baja ingesta de micronutrientes**. Sabemos que la ingesta de ácido fólico y suplementación con hierro son esenciales para prevenir las muertes maternas por hemorragia, y el nacimiento de niños/as prematuros, con bajo peso, con anemia y malformaciones congénitas. De esta manera la anemia tiene también consecuencias graves en el feto, en el recién nacido y en el desarrollo infantil temprano.

En el 2021, **la mayor prevalencia de anemia se observa en las adolescentes de 15 a 19 años de edad (20.9%)**. Al respecto. Es importante promover el consumo de suplementos de hierro en niñas y adolescentes. Asimismo, promover en consumo de alimentos ricos en hierro por mujeres de todas edades (de 10 a 49 años). Ver Gráfico 10



Fuente: INEI-ENDES 2021. Elaboración: MCLCP.

En la Tabla 5, se observa que un poco más de la mitad de las mujeres de 15 a 49 años de edad tomaron hierro/ácido fólico durante 90 y más días en el embarazo. Es decir, el 67.9%. En las adolescentes de 15 a 19 años se observa el más bajo porcentaje (58.4%).

Según la información del INEI-ENDES 2021, el 27% de las mujeres embarazadas y el 19,4% de las mujeres durante la lactancia, tuvieron anemia. La anemia en el embarazo tiene impacto sobre los resultados en el feto, incluyendo: bajo peso al nacer, prematuridad, infecciones, malformaciones congénitas, anemia neonatal, desarrollo cognitivo anormal y mayor riesgo de esquizofrenia. Para prevenir un balance negativo de hierro durante el embarazo, una mujer necesita por lo menos 300 mg de hierro almacenado al comienzo del embarazo, además de tomar suplementos durante el embarazo. Es decir, el alto porcentaje de mujeres que inician el embarazo con anemia no van a poder alcanzar el nivel necesario de hierro, sin que haya esfuerzos super especiales para consumir suficiente hierro durante el embarazo.

Por otro lado, la información del INEI-ENDES 2021, muestra que el porcentaje de mujeres que tomaron medicamentos desparasitantes durante el embarazo es bastante bajo (4.5%), es importante mirar este aspecto en la medida que las infecciones y la parasitosis es una causa de mortalidad materna indirecta significativa. Ver Tabla 5.

Los estudios reportan una prevalencia de 23% de parasitismo en el país. Los expertos recomiendan que los medicamentos anti-parasitarios son seguros y efectivos durante el embarazo, y deben ser proporcionados durante el embarazo en forma rutinaria. Hay

evidencia que la respuesta inmunológica de infantes a las vacunas de neumococo y hemofilus influenza tipo B (Hib) es más efectiva si la madre no tenía parásitos durante el embarazo. Lo que subraya la importancia de dar antiparasitarios a las gestantes en zonas donde parasitismo es un problema. Ya que la neumonía sigue siendo una causa importante de la mortalidad infantil en el país.

Tabla 5.

PERÚ: INGESTA DE MICRONUTRIENTES DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON HIJAS E HIJOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA O DE MEDICAMENTOS DESPARASITANTES DURANTE EL EMBARAZO DE LA ÚLTIMA HIJA O HIJO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2021

Característica seleccionada	Porcentaje que recibió dosis de vitamina A en el postparto 1/	Porcentaje que sufrió ceguera nocturna durante el embarazo		Total	Distribución porcentual de mujeres por número de días que tomaron hierro/ tableta de ácido fólico durante el embarazo					Porcentaje de mujeres que tomaron medicamentos desparasitantes durante el embarazo del último hijo (a)	Número de mujeres	
		Informado	Ajustado 2/		Ninguna	<60	60-89	90 y más	NS/SI		Ponderado	Sin ponderar
Edad al nacimiento												
15-19	12.7	2.7	0.4	100.0	5.8	22.0	13.5	58.4	0.3	5.0	344	827
20-29	13.5	2.9	0.7	100.0	5.6	16.6	10.9	66.9	0.1	4.5	3 370	7 854
30-39	10.2	3.5	1.0	100.0	4.5	15.4	10.0	69.9	0.1	4.3	3 593	8 161
40-49	11.5	4.0	0.8	100.0	6.2	15.1	10.7	67.7	0.3	5.5	1 032	2 326
Número de niñas y niños nacidos vivos												
1	10.7	2.3	0.4	100.0	4.3	14.9	9.9	70.8	0.1	4.1	2 619	5 792
2-3	11.5	3.2	0.9	100.0	5.1	16.1	10.7	67.9	0.2	4.3	4 328	9 888
4-5	14.5	5.0	1.3	100.0	6.0	18.0	11.3	64.5	0.2	5.4	1 048	2 602
6+	15.4	7.0	1.1	100.0	10.7	20.3	11.6	57.4	0.0	7.5	344	886
Nivel de educación												
Sin educación	18.9	2.8	0.7	100.0	16.1	14.5	8.9	58.3	2.1	8.0	89	220
Primaria	15.6	4.0	0.5	100.0	7.1	20.7	11.5	60.7	0.0	6.7	1 309	3 294
Secundaria	11.8	3.5	1.0	100.0	5.3	18.3	11.4	64.8	0.2	4.8	3 875	9 131
Superior	9.9	2.7	0.7	100.0	3.9	11.5	9.2	75.2	0.1	3.2	3 066	6 523
Quintil de riqueza												
Quintil inferior	17.0	3.4	0.6	100.0	6.8	21.6	11.7	59.8	0.1	6.4	1 917	5 581
Segundo quintil	12.4	3.1	0.7	100.0	5.3	18.7	11.8	64.2	0.1	4.9	1 911	5 072
Quintil intermedio	11.5	3.7	1.3	100.0	5.8	15.6	10.7	67.8	0.1	4.0	1 779	3 789
Cuarto quintil	8.3	3.8	0.9	100.0	3.1	13.7	9.6	73.1	0.4	3.8	1 500	2 838
Quintil superior	7.3	2.1	0.6	100.0	4.4	7.3	8.0	80.3	0.0	2.9	1 231	1 888
Total	**11.8**	**3.3**	**0.8**	**100.0**	**5.2**	**16.1**	**10.6**	**67.9**	**0.1**	**4.5**	**8 338**	**19 168**

Fuente: INEI-ENDES 2021.

Capacidad resolutiva de los establecimientos de salud:

En cuanto a la situación actual de la capacidad resolutiva de establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales, básicas, esenciales e intensivas, se tiene muy poca información. La información más reciente corresponde a la autoevaluación que realiza el Ministerio de Salud en sus establecimientos de salud y a la información del INEI referida a la "Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales".

Entre los años 2009 y 2015 se ha observado una mejora en el número de establecimientos FON-Básico que cumplen con los criterios mínimos de capacidad resolutiva para esa categoría. Es decir, la proporción de los establecimientos FON-B que cumplió con 60% o más de los criterios fue 12.8% en 2009, aumentando a 62.3% de los establecimientos FON-B en 2015. Sin embargo, en 2015 solamente el 14.4% de los FON-B había cumplido con 80% o más de los criterios mínimos, mostrando un déficit importante en la capacidad resolutiva básica. En cuanto a los establecimientos FON-

Esencial, solo 3.7% cumplieron con 90% de los criterios mínimos en el año 2015. Se puede concluir que las inversiones permitidas y promovidas a través del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal en la capacidad resolutiva mínima de Funciones Obstétricas y Neonatales no están siendo programadas y/o implementadas en forma efectiva por las DIRESA/DISA/GERESAs. Ver Tabla 6.

Tabla 6.

Perú. Capacidad resolutiva de establecimientos FON (2009-2015)

Capacidad resolutiva	2009		2010		2011		2013		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FON-Básicas										
Menor de 30%	27	9.6	21	7.4	11	3.0	174	28.1	9	2.1
De 30 a 39%	68	24.1	63	22.3	76	20.6	162	26.2	10	2.3
De 40 a 49%	94	33.3	82	29.1	122	33.1	166	26.8	54	12.5
De 50 a 59%	57	20.2	77	27.3	104	28.2	86	13.9	90	20.8
De 60 a 69%	26	9.2	30	10.6	35	9.5	26	4.2	107	24.8
De 70 a 79%	9	3.2	7	2.5	17	4.6	5	0.8	100	23.1
De 80% a más	1	0.4	1	0.4	4	1.1	0	0.0	62	14.4
No evaluado*	-	-	1	-	-	-	-	-	187	-
FON-Esenciales										
Menor de 50%	14	25.5	19	34.5	10	15.9	73	40.3	14	10.4
De 50 a 69%	36	65.5	32	58.2	51	81.0	102	56.4	70	52.2
De 70 a 89%	5	9.1	4	7.3	2	3.2	6	3.3	45	33.6
De 90% a más	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	3.7
No evaluado*	-	-	-	-	-	-	-	-	47	-
FON-Intensivas										
Menor de 50%	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
De 50 a 69%	4	66.7	5	83.3	5	100	1	100	0	0.0
De 70 a 89%	2	33.3	1	16.7	0	0.0	0	0.0	1	100
De 90% a más	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: INEI- Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales.

Desde el MINSA, se informó que se hace autoevaluaciones del FON. En el 2021 (setiembre-octubre), participaron 7,807 EESS, de los FON Primarios soló 136 llegaban a un estándar de 95%, en los FON B Materno Infantil de los 497 evaluados sólo 9 cumplen con el 90%, entre otros resultados. Actualmente se tiene un problema serio de capacidad resolutiva de los establecimientos de salud.

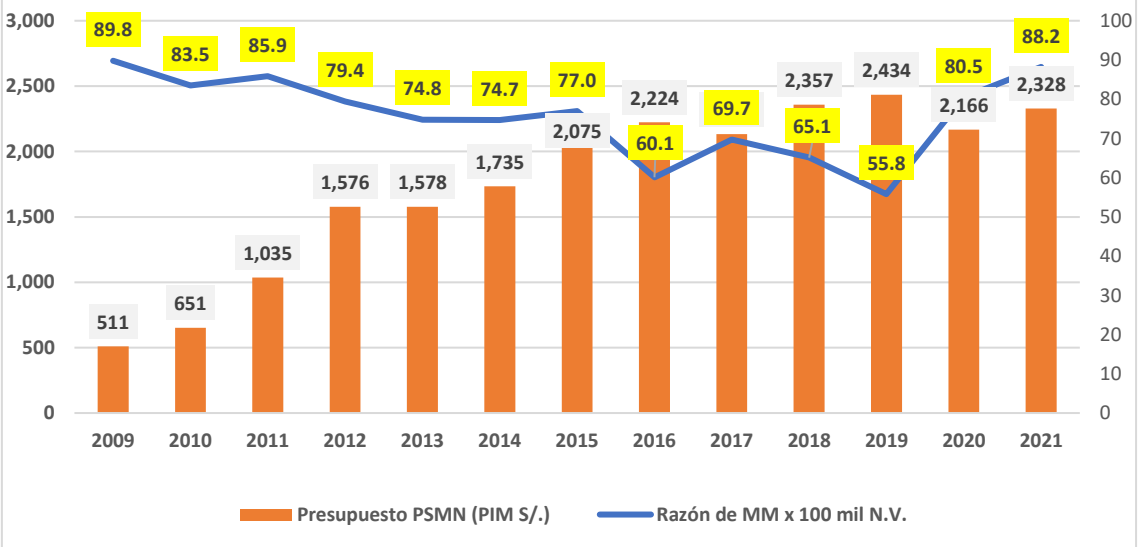
CAPÍTULO III. Medidas implementadas desde el Estado para reducir y prevenir las muertes maternas en el contexto de COVID-19.

Desde el Ministerio de Salud en Perú, se han priorizado intervenciones en salud sexual y reproductiva para prevenir las muertes maternas, tales como: orientación/consejería, planificación familiar, atención prenatal de calidad, parto institucional, referencia oportuna, manejo adecuado y oportuno de la emergencia, y fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud (recursos humanos capacitados, equipamiento, acceso a sangre segura, medicamentos e insumos).

En el contexto de COVID, se informó desde la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, que se fortalecieron las estrategias de comunicación para promover el acceso a los servicios de planificación familiar y la vacunación contra la COVID-19, con el apoyo de Naciones Unidas. Asimismo, se incluyeron mensajes específicos para adolescentes. A su vez, se fortalecieron las actividades de consejería en domicilio y mediante tele orientación en el marco del producto "Familias Saludables Informadas respecto de su Salud Sexual y Reproductiva" en el marco del PP SMN.

En el marco del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal-PP SMN, desde el año 2009 se ha observado en el presupuesto público nacional una priorización de recursos financieros para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Así, se observa un incremento de S/.511 millones de soles en el 2009 a S/.2,434 millones de soles en el 2019; esto contribuyó a los avances alcanzados en la reducción de la mortalidad materna en el país. No obstante, en la pandemia de COVID-19, observamos a partir del año 2020, una reducción del presupuesto en el PP Salud Materno Neonatal y, a su vez, un aumento en la razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos. Un aspecto a profundizar en el análisis de la inversión en la reducción de la mortalidad materna y neonatal es la calidad del gasto respecto a la inversión en intervenciones eficaces a nivel nacional, regional y local. Ver Gráfico 11.

Gráfico 11. Perú. Evolución del Gasto Público en Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal. Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Años 2009-2021



Fuente: CDC- MINSA/ Estimación de la Razón de Muerte Materna/ MEF-Consulta Amigable (22.06.2022).
Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra La Pobreza.

Al respecto, el documento de trabajo del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, denominado "Estudio de inversión para poner fin a las muertes maternas evitables y a las necesidades insatisfechas de planificación familiar al año 2030", nos evidencia que hay un alto retorno social y económico en la inversión en salud materna y planificación familiar, y contribuye a identificar la inversión adicional que se requiere para alcanzar las metas en salud materna de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030. Es así que una mayor inversión en intervenciones para reducir muertes maternas puede contribuir a: evitar muertes maternas, neonatales e infantiles, a prevenir casos de anemia en gestantes y niños/as, a prevenir retraso en el crecimiento de niños/as, y a lograr alcanzar beneficios económicos y desarrollo para el país.

Equilibrio en la asignación presupuestal del PPSMN 2012-2021

En relación a la calidad de la asignación del PP Salud Materno Neonatal es importante evaluar el equilibrio entre los componentes y productos. El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal-PPSMN, tiene presupuesto asignado para actividades y proyectos. Dentro de actividades se tiene presupuesto distribuido a "acciones comunes", y 3 componentes "Componente 1: Población Informada en Salud Sexual y Acceso a Métodos de Planificación Familiar", "Componente 2: Reducción de Morbilidad y Mortalidad Materna", y "Componente 3: Reducción de Morbilidad y Mortalidad Neonatal". En el año 2021, "acciones comunes" representó el 4% del presupuesto del PPSMN, el "componente 1" representó el 17.9% del presupuesto del PPSMN, el "componente 2" representó el 60.0% del presupuesto del PPSMN, y el "componente 3" representó el 18% del presupuesto del PPSM. Este último referido a la atención del neonato aún tiene poco peso dentro del PP SMN.

En el periodo 2012 al 2021, se observaron algunos cambios significativos en el diseño del PP SMN, tales como:

- A partir del año 2012, se incluye el producto/actividad "000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO".
- En el año 2014 desaparece el producto/actividad relacionada a "Acceso a Bancos de Sangre". No quedando claro su prioridad dentro del PPSMN.
- En el 2018 se unifican los productos/actividades de promoción de la salud en el producto/actividad "3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA".
- Finalmente, en el 2021 se incorporó un nuevo producto/actividad "3000879: ADOLESCENTES CON ATENCIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES". Este último cambio es relevante en la medida que contribuirá a reducir tanto la morbilidad como la mortalidad materna y neonatal en el país[10].

Entre los años 2019 y 2021, se han observado incrementos en la asignación presupuestal para el "Componente 1: Población Informada en Salud Sexual y Acceso a Métodos de Planificación Familiar", no obstante, se observa reducción en la asignación

[10] Algunas ejecutoras requieren la apertura de este producto y acorde a la Ley de Bases de descentralización cada DIRESA y GERESA, debe programar y sustentar el presupuesto de acuerdo al costo por adolescentes de los insumos directos y variables del producto en mención.

presupuestal de los “Componentes 2 y 3” relacionados a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En salud materna, la reducción más alta está en “3033300: ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS” (-57%), “3033299: ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES” (-26.4%), y “3033297: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO” (-25.9%). En salud neonatal, la reducción más alta está en “3033307: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES – UCIN” (-9.7%). Llama la atención en la medida que son intervenciones claves que requieren fortalecerse.

En el año 2021, la mayor asignación presupuestal del PP SMN está en los productos/actividades: “3033295: ATENCION DEL PARTO NORMAL” representa el 14% del presupuesto del PPSMN, y “3033172: ATENCION PRENATAL REENFOCADA” representa el 17.9% del presupuesto del PPSMN. Le siguen, “3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR” representa el 8.8% del presupuesto del PPSMN y “3033305: ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL” representa el 7.8% del PPSMN.

El producto/actividad “3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO” aún mantiene poco peso dentro del PPSMN (1,7%)[11]. Lo cual resulta en una insuficiente inversión dada la población a atender por departamento de acuerdo a las metas esperadas por el sector. Asimismo, requiere como se ha mencionado en anteriores reportes de la MCLCP[12], de una inversión multisectorial que aborde los temas de culminación oportuna de la secundaria de adolescentes, acceso a la educación sexual integral, acceso a información y métodos anticonceptivos modernos y prevención de la violencia sexual.

Esto se condice, con lo advertido por la Defensoría del Pueblo, en el Informe Especial N.° 007-2021-DP sobre la Supervisión de Intervenciones Efectivas para la Prevención del Embarazo no Planeado en Adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren (2020)[13], donde se señaló que el 68 % (39 EE. SS.) de los establecimientos de salud supervisados, indicó que no cuenta con presupuesto asignado para actividades específicas orientadas a la prevención del embarazo no planeado en adolescentes.

Asimismo, coincide con lo advertido por UNICEF Perú, en los “Estudios de Estimación de las brechas de cobertura y financiamiento de intervenciones estratégicas de salud adolescente para los Gobiernos Regionales de Loreto, Ucayali y Huancavelica”[14] . De

[11] Algunas ejecutoras requieren la apertura de este producto y acorde a la Ley de Bases de Descentralización cada DIRESA y GERESA deben programar y sustentar el presupuesto de acuerdo al costo por adolescentes de los insumos directos y variables del producto en mención.

[12] https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2020-11-17/mclcpreporte-prevembarazoenadolescentesenelcontextodecovid19-cen-20102020.pdf
https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-09-21/mclcp-cartilla-prevenciondelembarazoenadolescentes-2021-002.pdf

[13] https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/07/Informe-sobre-prevenci%C3%B3n-de-embarazo-en-adolescentes.pdf

[14] https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-06-16/ppt-unicef-mclcp-14062022.pdf

esta manera, para el producto “Adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo” del programa presupuestal SMN, se estimó en Loreto una brecha de financiamiento de S/386,287 soles y que el 85% (26,175) de los adolescentes que deben recibir este producto a nivel regional no podría ser atendido con los insumos directos y variables que le corresponden en el 2022.

Por otro lado, la existencia del cruce entre el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PPSMN) y el Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) en cuanto a los productos relacionados con la nutrición en la gestante, el feto y el neonato, si bien es importante su articulación y sinergias, podría llevar a la confusión en el momento de programación y ejecución de los productos si están siendo realizadas por diferentes equipos técnicos. Tal cruce podría afectar algunas intervenciones críticas de nutrición de la gestante, feto y neonato.

No podemos dejar de mencionar la importancia de que se incluya paquetes de indicadores que midan calidad de los servicios en salud materna neonatal, tales como: i) anemia en la gestante con tamizajes en el 1er y 3er trimestres; ii) peso y talla al nacer; iii) trimestre del embarazo que inicio la prevención y/o el tratamiento de anemia con hierro; iv) trimestre del embarazo del primer tamizaje de anemia; o otros indicadores que han sido incorporados por MIDIS-FED relacionados a la salud de la gestante y el recién nacido.

Ver Tabla 7.

Tabla 7. Equilibrio en la Asignación Presupuestal del PP Salud Materno Neonatal. Evolución 2012-2021 (Sólo Actividades)

Categoría Presupuestal 0002: SALUD MATERNO NEONATAL. Sólo Actividades	PIM 2012	PIM 2013	PIM 2014	PIM 2015	PIM 2016	PIM 2017	PIM 2018	PIM 2019	PIM 2020	PIM 2021	Evolución PIM 2012-PIM 2021	Evolución PIM 2019-PIM 2021	Equidad en PIM 2021
3000001: ACCIONES COMUNES	**43,800,726**	**41,848,159**	**45,081,352**	**72,544,384**	**146,770,994**	**75,420,649**	**92,247,043**	**86,292,789**	**68,159,459**	**78,458,065**	**34,657,339**	**-7,834,724**	**4.0%**
Componente 1. Población Informada en Salud Sexual y Acceso a Métodos de PF													
3000002: POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	8,430,233	10,504,254	13,693,091	33,498,031	31,088,837	28,580,960	30,226,387	32,557,308	29,652,459	28,976,196	20,545,963	**-3,581,112**	1.5%
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	34,557,207	55,882,816	44,422,506	60,542,903	88,518,436	94,589,750	117,445,483	81,888,358	85,244,094	170,236,318	135,679,111	88,347,960	8.8%
3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	19,714,080	18,610,844	22,900,616	19,092,982	23,207,013	21,558,480	25,411,890	55,845,180	50,651,496	75,895,250	56,181,170	20,050,070	3.9%
3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO	10,398,993	12,125,593	10,009,019	10,143,286	17,042,500	19,795,756	25,741,578	32,981,981	28,210,433	32,377,117	21,978,124	**-604,864**	1.7%
3000879: ADOLESCENTES CON ATENCIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**5,996,380**	5,996,380	5,996,380	0.3%
3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	11,731,733	8,234,598	13,878,971	12,548,427	14,278,821	15,438,763	32,006,589	33,525,913	27,972,291	33,236,771	21,505,038	**-289,142**	1.7%
3033288: MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5,512,841	7,090,551	8,720,080	7,692,723	8,769,371	11,306,937	0	0	0	0	-5,512,841	0	0.0%
3033289: COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	9,057,709	8,476,431	7,024,127	7,979,747	7,453,913	10,503,953	0	0	0	0	-9,057,709	0	0.0%
3033290: INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	6,450,952	6,965,011	9,105,139	7,761,280	8,103,263	8,746,066	0	0	0	0	-6,450,952	0	0.0%
Total. Componente 1.	**105,853,748**	**127,890,098**	**129,753,549**	**159,259,379**	**198,462,154**	**210,520,665**	**230,831,927**	**236,798,740**	**221,730,773**	**346,718,032**	**240,864,284**	**109,919,292**	**17.9%**
Componente 2. Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna													
3033172: ATENCION PRENATAL REENFOCADA	154,170,075	178,208,439	200,182,961	284,481,255	304,923,558	281,056,258	320,079,100	346,634,608	319,005,867	346,392,060	192,221,985	**-242,548**	17.9%
3033294: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	75,050,047	115,201,216	113,166,254	170,999,193	174,628,115	145,221,427	139,371,052	154,783,760	120,374,018	135,297,643	60,247,596	**-19,486,117**	7.0%
3033295: ATENCION DEL PARTO NORMAL	230,104,016	296,760,330	259,381,316	297,422,257	247,533,097	254,676,293	244,886,213	266,146,204	269,257,800	271,264,098	41,160,082	5,117,894	14.0%
3033296: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	46,629,595	56,535,386	54,284,382	71,249,578	82,959,651	70,951,301	131,421,589	80,490,395	80,598,854	77,280,518	30,650,923	**-3,209,877**	4.0%
3033297: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	155,850,252	135,078,465	187,824,723	236,861,289	232,337,825	174,052,346	154,335,980	177,808,857	165,716,990	131,783,472	-24,066,780	**-46,025,385**	6.8%
3033298: ATENCION DEL PUERPERIO	37,265,714	42,297,487	53,032,273	58,667,678	62,188,081	57,079,810	67,541,563	74,793,556	68,396,430	80,656,841	43,391,127	5,863,285	4.2%
3033299: ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	27,685,467	30,186,920	41,768,053	41,746,238	45,624,875	47,748,715	49,296,714	56,592,777	41,079,264	41,661,779	13,976,312	**-14,930,998**	2.1%
3033300: ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	25,390,227	22,110,682	31,515,825	36,761,006	52,450,837	45,944,731	39,006,021	76,554,541	69,089,552	32,956,382	7,566,155	**-43,598,159**	1.7%
3033304: ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	51,621,753	43,733,044	67,649,671	36,917,717	37,022,770	38,351,109	40,397,626	43,089,340	38,594,702	46,025,450	-5,596,303	2,936,110	2.4%
3033301: PRE INVERSION DE LA IMPLEMENTACION DE LA RED DE CENTROS DE HEMOTERAPIA TIPO I Y TIPO II	386,366	683,116	0	0	0	0	0	0	0	0	-386,366	0	0.0%
Total. Componente 2.	**804,153,512**	**920,795,085**	**1,008,805,458**	**1,235,106,211**	**1,239,668,809**	**1,115,081,990**	**1,186,335,858**	**1,276,894,038**	**1,172,113,477**	**1,163,318,243**	**359,164,731**	**-113,575,795**	**60.0%**
Componente 3. Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal													
3033305: ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	80,342,539	84,476,019	94,241,081	131,127,351	115,253,828	114,048,180	141,037,801	139,381,051	143,631,014	150,427,135	70,084,596	11,046,084	7.8%
3033306: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	94,209,042	88,448,313	94,978,557	137,286,888	145,991,519	115,359,845	131,583,896	116,101,279	110,078,630	107,037,355	12,828,313	**-9,063,924**	5.5%
3033307: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	59,191,654	53,642,053	62,193,587	78,506,535	92,931,345	81,444,736	106,113,504	102,331,425	98,526,721	92,392,393	33,200,739	**-9,939,032**	4.8%
Total. Componente 3.	**233,743,235**	**226,566,385**	**251,413,225**	**346,920,774**	**354,176,692**	**310,852,761**	**378,735,201**	**357,813,755**	**352,236,365**	**349,856,883**	**116,113,648**	**-7,956,872**	**18.0%**
TOTAL PRESUPUESTO MODIFICADO SMN/SÓLO ACTIVIDADES	**1,187,551,221**	**1,317,099,727**	**1,435,053,584**	**1,813,830,748**	**1,939,078,649**	**1,711,876,065**	**1,888,150,029**	**1,957,799,322**	**1,814,240,074**	**1,938,351,223**	**750,800,002**	**-19,448,099**	**100%**

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. MEF-Consulta Amigable (al 04.07.2022). Elaboración: MCLCP.

Avance en la Descentralización de la Asignación Presupuestal y de la Ejecución Presupuestal del PP Salud Materno Neonatal

En Perú, el presupuesto del programa salud materno neonatal se encuentra descentralizado en los tres niveles de gobierno, nacional, regional y local. En cuanto al avance en la descentralización del presupuesto del PPSMN, encontramos que, en el 2022, el 60% del presupuesto de dicho programa se encuentra destinado a los Gobiernos Regionales, el 34% al Gobierno Nacional y sólo el 6% a los Gobiernos Locales[15]. Esta distribución casi no ha variado desde antes de la pandemia de COVID-19. En cuanto al avance en la ejecución presupuestal observamos una menor ejecución presupuestal en los Gobiernos Locales, con la pandemia de COVID-19 parece haberse agravado: en el 2019 ejecutó el 76.3%, en el 2020 el 47.5%, en el 2021 el 34.9% y al 04 de julio del 2022 ha ejecutado el 10.6% de su presupuesto. Ver Tabla 8.

Tabla 8.

Año de Ejecución: 2019 al 2022
Incluye: Actividades y Proyectos

Categoría Presupuestal 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	2,434,363,722	2,207,298,598	90.7	2,165,758,220	1,993,621,116	92.1	2,328,086,342	2,098,080,996	90.1	2,466,411,953	1,106,509,355	44.9
Nivel de Gobierno	PIM 2019	Ejecución Devengado	Avance 2019 %	PIM 2020	Ejecución Devengado	Avance 2020 %	PIM 2021	Ejecutado Devengado	Avance 2021 %	PIM 2022	Ejecutado Devengado	Avance 2022 %
E: GOBIERNO NACIONAL	809,117,379	785,190,785	97.0	729,567,189	706,454,313	96.8	731,720,731	699,393,716	95.6	833,903,785	413,230,687	49.6
M: GOBIERNOS LOCALES	49,515,947	37,768,129	76.3	58,899,791	27,986,418	47.5	126,832,392	44,325,988	34.9	159,102,879	16,835,660	10.6
R: GOBIERNOS REGIONALES	1,575,730,396	1,384,339,685	87.9	1,377,291,240	1,259,180,385	91.4	1,469,533,219	1,354,361,291	92.2	1,473,405,289	676,443,008	45.9

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-MEF/Consulta Amigable. Fecha: al 04/07/2022. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza

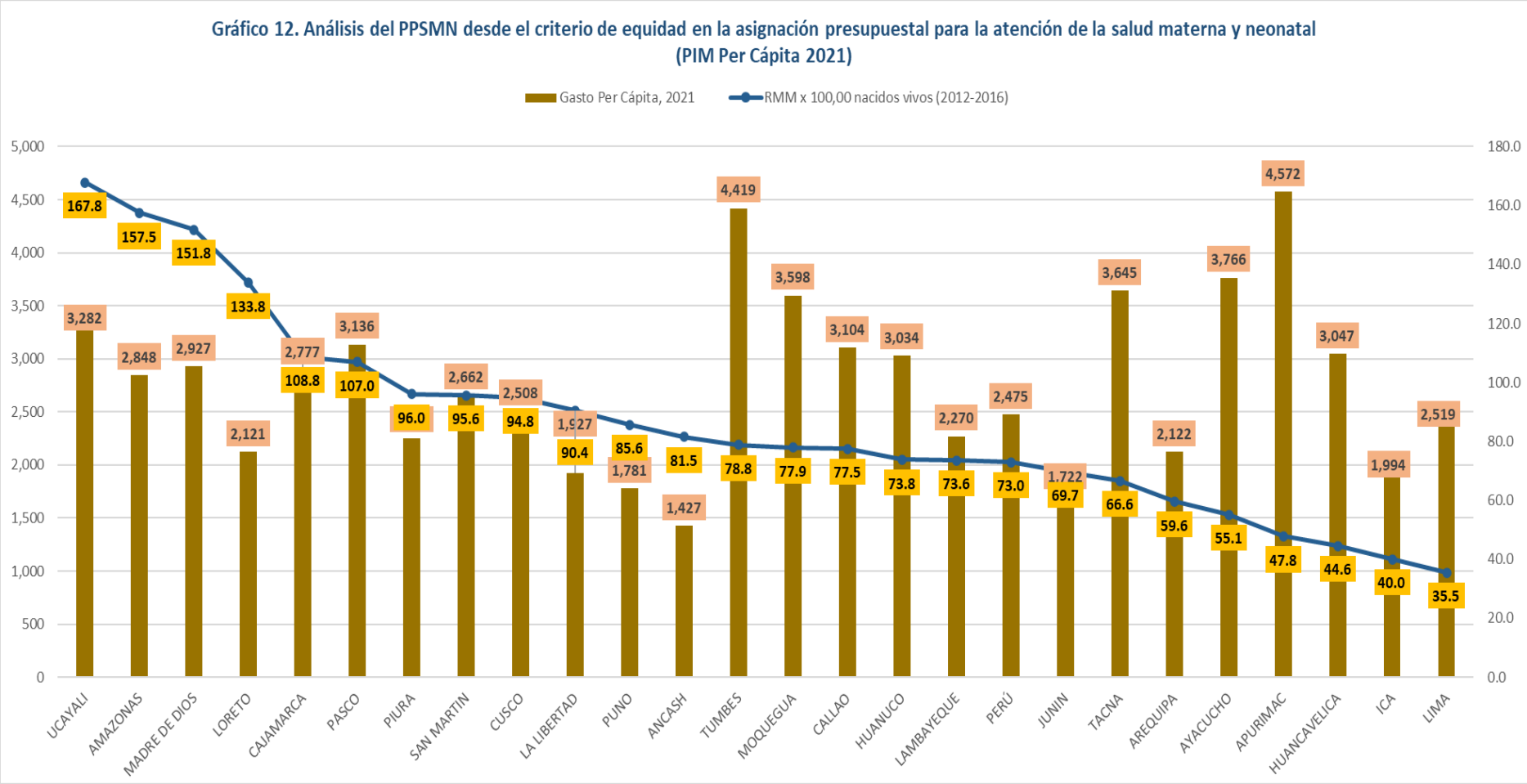
Equidad Territorial en la Asignación Presupuestal del PP Salud Materno Neonatal, Año 2021. En cuanto al análisis del avance en la equidad territorial en la distribución del presupuesto del PP Salud Materno Neonatal encontramos que en Perú en el 2021 el promedio de inversión per cápita por gestante esperada fue de S/.2, 475 soles y que las regiones del país con mayor inversión per cápita por gestante esperada son Tumbes (S/. 4,419 soles) y Apurímac (S/. 4,572 soles). Ambas regiones con menor riesgo de mortalidad materna y neonatal. En ese sentido la reducción de muertes maternas y neonatales habría ido de la mano de una mayor y mejor inversión. Le siguen Ayacucho, Tacna y Moquegua. Es un avance el incremento observado en la inversión per cápita por gestante esperada para reducir muertes maternas y neonatales en Ucayali (en el 2021 la inversión per cápita por gestante esperada fue de S/3,282 soles). Al respecto, es importante analizar la distribución de dicho presupuesto al interior de la región, el avance en la calidad de la ejecución presupuestal del programa salud materno neonatal y en cuanto está contribuyendo a reducir y prevenir las muertes maternas y neonatales.

La zona nororiental del país es donde existe un mayor riesgo de muerte materna ya que la razón de muerte materna por 100 mil nacidos vivos es más alta. Al respecto, llama la

[15] Incluye principalmente la **ejecución de proyectos de inversión** en el ámbito local tales como: estudios de pre-inversión, construcción y/o ampliación de puestos de salud, mejoramiento de la capacidad resolutiva de los servicios materno infantil, adquisición de equipos, etc. **Asimismo, la ejecución de la actividad "5005986: ACCIONES DE MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE**", en el marco del producto "3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA".

atención la menor inversión per cápita por gestantes esperadas para las regiones de Loreto (S/.2,121 soles), La Libertad (S/1, 927 soles) y Ancash (S/.1,427 soles).

En el sur del país, llama la atención la baja inversión per cápita para la región Puno (S/. 1,781 soles por gestante esperada). Ver Gráfico 12.

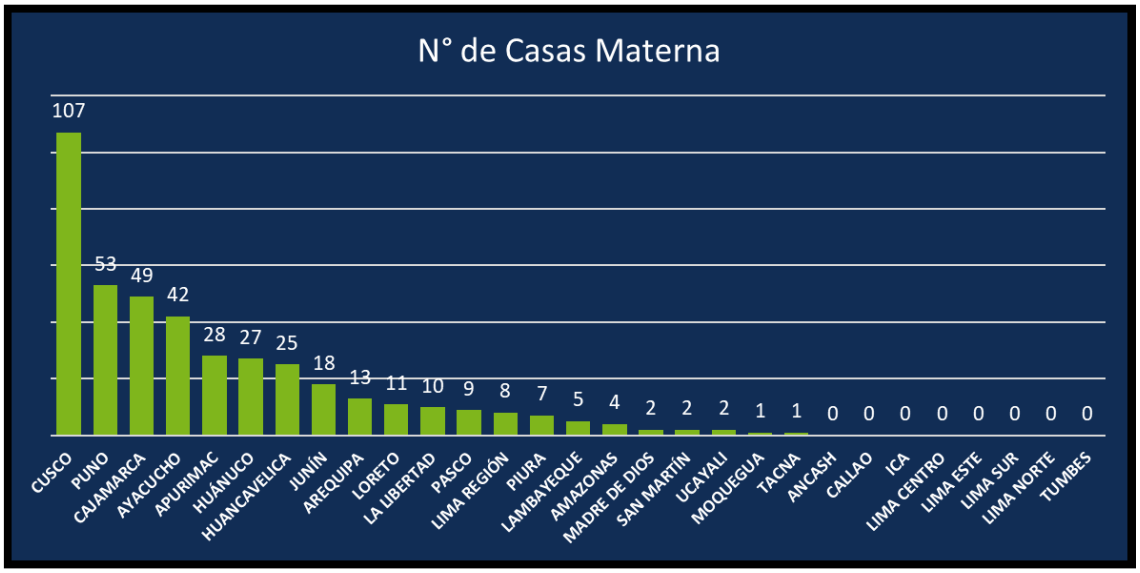


Fuente: Consulta Amigable - Ministerio de Economía y Finanzas-SIAF (04.07.2022) / MINSA-OGTI (Gestantes Esperadas, 2021) y CDC (Estimación de la RMM 2012-2016).
Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

En regiones una estrategia clave para reducir barreras en salud materna es el funcionamiento de casas maternas. Dicha estrategia ayuda a fortalecer la articulación a nivel individual, familiar y comunitario en cuanto a la responsabilidad compartida del cuidado de la gestante y el recién nacido. Asimismo, contribuye a reducir la demora en la búsqueda de atención para partos institucionales, estrategia importante para la reducción de la muerte materna en zonas rurales del país.

Al 2021, según lo informado por el Ministerio de Salud existen 424 casas maternas. No tenemos información actual sobre las condiciones de su funcionamiento, ya que es necesario una infraestructura adecuada para el alojamiento (espacio, camas, sábanas, frazadas), equipos de cocina y otros aspectos para alojar a las gestantes y a sus familias desde un enfoque de interculturalidad. Ver imagen 7.

Imagen 7.



Fuente: MINSA.

Otro aspecto clave en regiones es **la implementación de los documentos normativos** del MINSA que se han venido modificando y adaptando al contexto de la pandemia por la COVID-19, tales como:

1. NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 164-MINSA/2020/DGIESP, "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL A MUJERES E INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR AFECTADOS POR VIOLENCIA SEXUAL"
2. DIRECTIVA SANITARIA N° 97 -MINSA/2020/DGIESP: "DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO CON RIESGO O INFECCIÓN POR COVID-19".
3. La DIRECTIVA SANITARIA N° 131-MINSA/ 2021 /DGIESP ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LA PANDEMIA POR EL COVID 19.
4. NORMA TECNICA N° 180 MINSA/DGIESP 2021. NTS PARA LA PREVENCION Y ELIMINACION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE BRINDEN SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

5. EL PROTOCOLO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN GESTANTES.

Resulta necesario el monitoreo periódico sobre cómo se viene implementando estas normativas aprobadas desde el sector salud. Y en este sentido, la Defensoría del Pueblo[16], en el marco de la supervisión a los servicios de salud sexual y reproductivo, recomendó al Ministerio de Salud establecer mecanismos periódicos de monitoreo de la ejecución de las disposiciones emitidas en las Directivas N° 131-MINSA/ 2021 /DGIESP y 097-2020-MINSA/ DGIESP, a fin de verificar su cumplimiento, difusión o la necesidad de incorporar algún ajuste o adaptación a las mismas, tanto en lo concerniente a la atención a gestantes, como al cumplimiento de los servicios de planificación familiar.

Finalmente, fortalecer los sistemas de información y monitoreo como WAWAWEB, HIS MINSA, CNV MINSA, entre otros, que ayuden a la toma de decisiones a nivel regional y local. Por otro lado, impulsar el funcionamiento de los Comités de Prevención Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal. En el 2021, 19 Comités de Prevención de Mortalidad Materna Fetal y Neonatal se reactivaron. Asimismo, desde el Ministerio de Salud se ha brindado asistencia técnica y se ha realizado monitoreo con énfasis en las regiones que presentaron mayor número de muertes maternas.

[16] Informe de Adjuntía N.º 013-2021-DP/ADM. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf

CAPÍTULO IV. Recomendaciones para contribuir a priorizar medidas y/o estrategias para reducir las muertes maternas y neonatales y prevenir el embarazo en adolescentes en el contexto de elecciones regionales y municipales 2022 y los nuevos Acuerdos de Gobernabilidad 2023-2026.

Al Gobierno Nacional y al Congreso de la República:

1. Seguir priorizando en las políticas y normativas nacionales medidas que contribuyan a garantizar y proteger los derechos humanos de las mujeres en todo el curso de vida teniendo como marco las normativas internacionales y recomendaciones de obligatorio cumplimiento para los Estados, y que, a su vez, nos permita avanzar como país en terminar con la discriminación y todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas.
2. Realizar el seguimiento de la implementación de la normativa y políticas nacionales, regionales y locales para reducir las muertes maternas y neonatales en el país, así como el embarazo en adolescentes.
3. Aprobar la política nacional de salud sexual y reproductiva alineado al programa presupuestal salud materno neonatal,
4. Priorizar en el currículo escolar la implementación de la educación sexual integral.
5. No dar marcha atrás en relación a medidas que contribuyen en la reducción de la mortalidad materna tales como la implementación del aborto terapéutico. Asimismo, facilitar el monitoreo y publicación periódica de los reportes de implementación de barreras de acceso a dicha política a nivel de hospitales de referencia regional por parte de la Defensoría del Pueblo, la sociedad civil y la academia.
6. Actualizar y aprobar el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2022, articulado a un presupuesto multisectorial y multinivel con un enfoque territorial. En la actualización, tener en cuenta en el diseño no sólo actividades por cada sector sino también actividades y resultados intersectoriales en todos los niveles, especialmente en el nivel local desde un enfoque de los determinantes del embarazo en adolescentes. En ese sentido dicho plan multisectorial actualizado, no debe tener presupuesto sólo por sectores sino también por niveles de gobierno y los indicadores no deben ser sólo de proceso sino de resultados de acciones intersectoriales por nivel de gobierno.
7. Fortalecer las estrategias articuladas a nivel de implementación de políticas públicas entre los Ministerios de la Mujer, Educación y Salud para impulsar mecanismos para la prevención y erradicación de embarazos infantiles forzados y no deseados en adolescentes y jóvenes, así como el abordaje oportuno de la violencia basada en género.
8. Ante los nefastos resultados de la pandemia del COVID-19 especialmente en las poblaciones más vulnerables por sus condiciones socio económicas, recomendamos fortalecer la participación y el rol de los Gobiernos Locales en la atención primaria de la salud desde un tratamiento multicausal de los problemas de salud, tanto como a la buena calidad de atención en los servicios, empezando por el primer nivel de atención.

Al Ministerio de Salud y al Ministerio de Economía y Finanzas:

9. Fortalecer el monitoreo y la asistencia técnica para mejorar la programación, ejecución y calidad del gasto del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal, en especial en regiones de la zona nororiental del país con más alta razón

de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos. Asimismo, a las regiones con mayor atraso en la ejecución presupuestal en el 2022 (al 4 de julio), tales como Pasco (29.1% de avance en la ejecución presupuestal), y Puno (36% de avance en la ejecución presupuestal). Asimismo, incorporar y promover la rendición de cuentas de los tres niveles de gobierno, nacional, regional y local, con participación de la sociedad civil.

10. Presupuestar suficientes recursos humanos y costos operativos para los equipos técnicos regionales y nacional que sean necesarios para la supervisión, monitoreo y evaluación de los proyectos de inversión del PPSMN y otros presupuestos afines.
11. Fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos con funciones obstétricas y neonatales básicas, esenciales e intensivas, mediante una mayor asignación presupuestal y una mejor distribución del presupuesto del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal en cuanto a personal suficiente y capacitado, equipamiento, insumos e infraestructura adecuada, entre otros para reducir muertes maternas y neonatales en el país.
12. Revisar y actualizar el diseño del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, con participación de las organizaciones de la sociedad civil, de modo que incluya intervenciones coordinadas desde los gobiernos locales que articulen las acciones de los diferentes sectores a nivel del territorio en salud materno neonatal y prevención del embarazo en adolescentes. Asimismo, incluir paquetes de indicadores de impacto y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para el sistema de información, evaluación, y rendición de cuentas, tiendo como referencia el modelo del FED-MIDIS para los paquetes de indicadores de “Desarrollo Infantil Temprano”.
13. Priorizar y fortalecer en el marco del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal el “Acceso a Bancos de Sangre”, sabiendo que las “hemorragias” continúan siendo la principal causa directa de muertes maternas en el país.
14. Fortalecer la articulación y sinergias entre los programas presupuestales “Salud Materno Neonatal”, “Articulado Nutricional” y “Desarrollo Infantil Temprano” y los equipos técnicos a cargo para los productos relacionados con nutrición en la gestante, el feto, el neonato y adolescentes.
15. Formular y aprobar un nuevo Incentivo Municipal para la construcción y mantenimiento sostenible de casas maternas adecuadas que estén ubicadas cerca de los establecimientos de salud I-2 y I-3, que podrían contribuir a reducir la demora en la búsqueda de atención para partos institucionales, y a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en zonas rurales del país.

Al Ministerio de Salud, al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y al Ministerio de Economía y Finanzas:

16. Asignar presupuesto para la difusión y entrega de los “Kits para la Atención de Casos de Violencia Sexual”, ya sea en el marco del “PP Salud Materno Neonatal” o en el marco del “PPoR Reducción de la Violencia contra la Mujer”. Incluir en los “Kits” la vacunación contra el Virus Papiloma Humano para prevenir las enfermedades producidas por este virus entra las que se encuentran varios tipos de cáncer además de verrugas genitales.

Al Ministerio de Salud y al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables:

17. Reforzar las intervenciones multisectoriales (planes, políticas, programas, entre otros) para reducir las tasas de embarazo adolescente; así como reforzar la detección de indicadores de violación sexual.
18. Cumplir con garantizar la atención integral a las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual y con un embarazo no deseado como resultado, especialmente a las menores de 14 años, asegurando evitar todas las consecuencias físicas, mentales, sociales, económicas, entre otros mencionados.
19. A nivel local y regional, implementar el protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer – CEM y los Establecimientos de Salud – EE. SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N.° 30364 y personas afectadas por violencia sexual para evitar embarazos forzados/no intencionales así mismo proveer el kit de emergencia a las víctimas de violación sexual, según R.M. N.° 227-2019/MINSA.

Al Ministerio de Salud:

20. Incorporar la Salud Sexual y Reproductiva en el Plan Multisectorial "Perú País Saludable al 2030".
21. Aprobar un nuevo Plan Estratégico Intersectorial Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna.
22. Actualizar el diagnóstico situacional de la mortalidad materna en el Perú, de forma nacional y con diferenciación por departamentos y ámbitos geográficos (urbano, rural y rural disperso) A su vez, es importante que se hiciera una mayor desagregación por autoidentificación étnica, quintiles de pobreza, nivel educativo, lo cual puede ayudar al diagnóstico, al análisis de la desigualdad y a la toma de decisiones en relación a las acciones a implementar. Incorporar en el análisis de la mortalidad materna por departamentos el total de gestantes esperadas para tener una aproximación sobre los departamentos con mayor riesgo o incidencia de muertes maternas.
23. Reforzar y expandir la autopsia verbal triangulada en la comunidad y EE. SS para cada muerte materna y neonatal con entrega de reportes a una oficina responsable en el nivel regional y nivel central.
24. Fortalecer la vigilancia epidemiológica y el registro de las muertes maternas en adolescentes menores de 19 años de edad, por grupos de edad, identidad de género, autoidentificación étnica, identificando las causas, así como también un registro sistematizado, con información actualizada, diferenciada por edades y anonimizada de todas las niñas y adolescentes embarazadas por violación sexual.
25. Actualizar las normativas sobre manejo de emergencias obstétricas y neonatales, considerando enfoques de género para la atención diferenciada reconociendo a las diversidades con capacidad de gestar como hombres trans y personas no binaries.
26. Fortalecer y reactivar el funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal en las regiones del país, en coordinación con los Gobiernos Regionales
27. Monitorear la apertura de los servicios de salud sexual y reproductiva al 100% y la actualización de la Directiva Sanitaria Vigente.

28. Monitorear la implementación del protocolo del aborto terapéutico en los establecimientos de salud del país.
29. Asegurar el cumplimiento de lo estipulado por la Guía de estandarización del aborto terapéutico no punible, por ende, debe entenderse como un procedimiento más del paquete prestacional del sistema de salud que no requiere de procedimientos ni niveles de atención complejos.
30. Elaborar y aprobar una Norma Técnica de Salud exclusiva para la atención integral diferenciada para las niñas en estado de embarazo producto de violación sexual; acorde a los estándares internacionales de derechos humanos y su interés superior, así como la evidencia científica.
31. Fortalecer los servicios de planificación familiar, con prioridad en el incremento de información y acceso a métodos anticonceptivos modernos, en especial en adolescentes. Asimismo, el monitoreo continuo de los servicios. Superando además las barreras en la prestación de métodos anticonceptivos modernos por ejemplo diversificando los canales de entrega, e incrementando la demanda mediante acciones de promoción de la salud.
32. Modificar la norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia y fortalecer la suplementación de ácido fólico y hierro en gestantes desde el momento más temprano posible según lo recomendado por la OMS[17], incluso antes de la semana 14 del embarazo. Asimismo, promover el consumo de alimentos ricos en hierro por mujeres edad fértil (de 10 a 49 años). Sabemos que la anemia contribuye al incremento de muertes maternas por hemorragia. Asimismo, sabemos que la anemia de la gestante contribuye al bajo peso al nacer, prematuridad, infecciones, malformaciones congénitas, anemia neonatal, desarrollo cognitivo anormal y mayor riesgo de esquizofrenia en el niño.
33. Fortalecer la desparasitación en gestantes, con énfasis en las zonas rurales donde la parasitosis es un problema. Los expertos recomiendan que los medicamentos anti-parasitarios son seguros y efectivos durante el embarazo, y deben ser proporcionados durante el embarazo en forma rutinaria.
34. Analizar la situación del incremento de partos domiciliarios en regiones en el contexto de pandemia por la COVID-19, causas relacionadas en especial en las regiones de Piura, Loreto, Cajamarca y La Libertad. Asimismo, fortalecer el acceso al parto institucional incorporando en enfoque intercultural y otras medidas de cierre de brechas en el acceso a la salud materna.
35. Fortalecer la capacidad de liderazgo de los equipos de profesionales de salud, especialmente en el primer nivel de atención, para que sean competentes en construir sinergias con los gobiernos locales y los sectores sociales y económicos en el territorio, sinergias que aborden los problemas locales que subyacen a mortalidad materna y neonatal y el embarazo en adolescentes.
36. Fortalecer la promoción de la vacunación en las gestantes con las vacunas contra la COVID-19, y con las vacunas incluidas en la Norma Técnica Sanitaria de Inmunizaciones del Ministerio de Salud: Influenza; Tétanos, Difteria, Pertussis; y Hepatitis B (si no tuvieran el esquema completo de vacunación y tiene factores de riesgo).

[17] La Norma Técnica de Salud N° 134-MINSA/2017/DGIESP y la Directiva Sanitaria 099-MINSA/2020/DGIESP, establece la suplementación de hierro a partir de la semana 14 del embarazo.

37. Establecer mecanismos periódicos de monitoreo de la ejecución de las disposiciones emitidas en las Directivas N° 131-MINSA/ 2021 /DGIESP y 097-2020-MINSA/ DGIESP, a fin de verificar su cumplimiento, difusión o la necesidad de incorporar algún ajuste o adaptación a las mismas que permitan optimizar la atención a gestantes, como al cumplimiento de los servicios de planificación familiar. Así como también de la Normas Técnicas de Salud N° 164-MINSA/2020/DGIESP para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual y la N° 180 MINSA/DGIESP 2021 relacionada a la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brindan servicio a la salud sexual y reproductiva.

Al Ministerio de Justicia:

38. Fortalecer la persecución del delito de abuso sexual, la restitución de los derechos de las niñas vulneradas y el acceso a justicia, entre otras acciones puntuales para este grupo.

Al INEI:

39. Implementar la Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales-ENESA, la cual se implementó en el país hasta el año 2015.
40. Retomar en las estadísticas nacionales y regionales, el reporte del indicador de razón de muerte materna en coordinación con la data administrativa del MINSA.
41. Llevar a cabo estudios estadísticos sobre indicadores relevantes en salud sexual y reproductiva con enfoques de género (reconociendo no sólo el sexo sino también la identidad de género) e interculturalidad (reconociendo la autoidentificación étnico racial) de forma nacional y con diferenciación por departamentos y ámbitos geográficos (urbano, rural y rural disperso). Asimismo, avanzar en incorporar información estadística provincial y distrital, en coordinación con los Gobiernos Regionales.
42. Cruzar información de las estadísticas del INEI y de la data administrativa del MINSA sobre nacimientos y otros relacionados a salud sexual y reproductiva, para avanzar en el seguimiento de los indicadores nacionales, departamentales, provinciales y distritales.
43. Construir mapas distritales en los que se pueda apreciar la prevalencia de la mortalidad materna neonatal y de embarazo en adolescentes hasta 14 años y de 15 a 19 años, junto con datos de inversión del estado en factores protectores como número de instituciones educativas de niveles inicial, primario y secundario, número de aulas y número de docentes, así como de otras intervenciones alrededor de los determinantes sociales.

A los Gobiernos Regionales y a los Gobierno Locales:

44. Fortalecer las casas maternas y el rol de los agentes comunitarios en el cuidado integral de la salud de la gestante y del recién nacido.
45. Implementar un diagnóstico situacional de la mortalidad materna y neonatal en sus respectivas regiones, identificando las causas específicas y las medidas necesarias para prevenir, en coordinación con los Comités de Prevención de Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal.

46. En las regiones del nororiente del país con mayor razón de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, se recomienda destinar una mayor inversión tanto para la reducción de las muertes maternas y neonatales. Asimismo, incorporar en el análisis presupuestal la inversión diferenciada para zonas rurales, dispersas e indígenas.
47. En relación a las muertes maternas en adolescentes, es importante que las regiones con especial atención de Loreto, Cajamarca y Piura implementen medidas multisectoriales e integrales que permitan reducir y prevenir las muertes maternas en adolescentes, en especial en menores de 15 años de edad, tales como acceso a la educación, acceso a la educación sexual integral, acceso a información y métodos anticonceptivos modernos y medidas de prevención y atención de casos de violencia sexual. Asimismo, es importante recoger información sobre el número de adolescentes embarazadas menores de 19 años de edad a nivel regional, provincial y distrital.
48. Apertura de los servicios de salud sexual y reproductiva al 100%.
49. Es particularmente importante, el porcentaje de mujeres unidas que no acceden a un método moderno de planificación familiar (al menos la mitad). Asimismo, es una alerta el porcentaje de adolescentes con embarazos "no intencionales o no planificados" (más del 70%). Al respecto, consideramos prioritario que la planificación familiar y en específico, el acceso a métodos anticonceptivos modernos sea incorporado en las políticas y planes regionales y locales a fin de prevenir muertes maternas y neonatales producto del aborto en condiciones clandestinas e inseguras, suicidio y otros que afectan a las mujeres y los niños/as.
50. Desarrollar e implementar programas de capacitación y entrenamiento adecuados para los equipos de salud en atención clínica y gineco-obstétrica pediátrica, con perspectiva de género, niñez y adolescencia y derechos humanos, especialmente acorde con el manejo del principio del interés superior del niño y la autonomía progresiva.
51. Fortalecer la articulación con los actores y sectores de su jurisdicción como las Direcciones Regionales de Educación, las Unidades de Gestión Educativa Local, agentes comunitarios, organizaciones de adolescentes integrando esfuerzos para lograr una efectiva atención integral de la salud de las niñas y adolescentes embarazadas, sobre todo si es por violación sexual.

A las organizaciones políticas, partidos y alianzas electorales que participan en las "Elecciones Regionales y Municipales 2022":

52. Priorizar en los "Planes de Gobierno" las propuestas del Colectivo Interinstitucional por los Derechos de la Niñez y Adolescencia y la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP para fortalecer las gestiones regionales y locales que protejan y promuevan los derechos de la niñez y adolescencia[18] a nivel regional y local, entre ellas:
    a. Presupuesto Público y prioridad del gasto en niñez y adolescencia.
    b. Derecho a la Educación Inclusiva, Equitativa y de Calidad

[18] https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-06-01/propuestas-para-la-gestion-local-y-regional-ninez-y-adolescencia.pdf

Resultado 4: Conclusión oportuna de la educación secundaria de adolescentes, con énfasis en los que están en situación de pobreza, en las mujeres, zonas rurales y pueblos indígenas amazónicos

Resultados 9: Promoción de la convivencia escolar mediante la prevención y atención efectiva a estudiantes en situaciones de violencia; registro de casos denunciados y solucionados en el programa SISEVE, mejorando las capacidades de docentes en la prevención de la violencia

c. Derecho al Buen Inicio de la Vida, la Salud y la Nutrición Saludable

Resultado 3: Mejora de la nutrición y estado de la salud en mujeres en edad fértil y gestantes.

Resultado 4: Reducir la mortalidad de recién nacidos y de niños y niñas menores de 5 años

Resultado 7: Prevención y reducción del embarazo en adolescentes.

Resultado 8: Acceso a servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para las adolescentes.

d. Protección contra toda forma de violencia, abuso y explotación
e. Derecho al nombre y a la identidad
f. Disminución de la pobreza infantil y derecho a la protección social
g. Participación y opinión.
h. Promoción de entornos saludables y respeto por el medio ambiente

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP

Sub Grupo de "Salud Materno Neonatal"

Lima, junio del 2022