



## Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura

Informe de Adjuntía N° 001-2010/DP-ADM  
Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura

Defensoría del Pueblo  
Jr. Ucayali N°388 - Lima 1, Perú  
Teléfonos (511) 311-0300  
Fax (511) 426-7889  
Portal: <http://www.defensoria.gob.pe>  
e-mail: [defensora@defensoria.gob.pe](mailto:defensora@defensoria.gob.pe)  
Línea gratuita: 0800-15170

Primera Edición: Lima, Perú, enero de 2010  
100 discos compactos.

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°2010-00108

El presente Informe de Adjuntía ha sido elaborado por un equipo dirigido por Eugenia Fernán Zegarra, Adjunta para los Derechos de la Mujer e integrado por Melissa Bustamante Gutiérrez, con la colaboración de Miguel Gutiérrez Ramos.

En la elaboración y organización de la base de datos se contó con la asistencia de María del Rosario Gonzáles Fernández. La sistematización de la información estuvo a cargo de Aissa Tejada Fernández, Josué Dávila Soriano y Lupe del Pilar Alvarado Berrocal. Para el apoyo logístico y administrativo se contó con la participación de Mónica Preciado Cornejo.

La edición del texto estuvo a cargo de Mario Razzeto.

Las opiniones expresadas en el documento no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de los Estados Unidos.

## INDICE

Presentación

Introducción

- I. Intervención de la Defensoría del Pueblo en materia de Derecho a la salud materna de las mujeres
- II. Competencia de la Defensoría del Pueblo
- III. Aspectos metodológicos
  - a. Objetivos del informe
  - b. Metodología empleada
  
1. La salud materna y el Ministerio de Salud: una mirada a la labor de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva y a la regulación sectorial
  - 1.1. La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA (ESSR)
  - 1.2. Regulación del servicio público de ginecología y obstetricia
    - 1.2.1. Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad
    - 1.2.2. Norma Técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en el Perú y Documento Técnico consejería en ITS/VIH y SIDA
    - 1.2.3. Documento Técnico: Modelo de intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales
    - 1.2.4. Documento Técnico Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015
    - 1.2.5. Documento Técnico Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012
  
2. Supervisión de la Defensoría del Pueblo de los servicios de ginecología y obstetricia del Ministerio de Salud
  - 2.1. Atención prenatal
    - 2.1.1. Accesibilidad
      - Acceso a atenciones prenatales
      - Acceso a la información:
        - ✓ aspectos generales de la atención
        - ✓ signos de alarma
        - ✓ planificación familiar
        - ✓ cuidados del recién nacido
      - Accesibilidad económica: el Seguro Integral de Salud (SIS)
    - 2.1.2. Disponibilidad de medicamentos
      - Acido fólico
      - Sulfato Ferroso
    - 2.1.3. Aceptabilidad
      - Prueba para detectar VIH en gestantes

- ✓ De las sesiones de consejería
- ✓ De la obtención del consentimiento informado
- ✓ De la realización de la prueba
- Prueba para detectar Sífilis
- Pesquisa para detectar violencia contra la mujer
  - ✓ Aplicación de la Guía técnica de atención para las personas afectadas por violencia basada en género
  - ✓ Registro de los casos de violencia
  - ✓ Referencia de las víctimas de violencia

#### 2.1.4. Calidad

- Registro de atención prenatal

### 2.2. Atención del parto

#### 2.2.1. Accesibilidad

- Accesibilidad geográfica: funcionamiento de las casas de espera materna
- Accesibilidad económica: la irregular “sanción” del parto domiciliario

#### 2.2.2. Disponibilidad

- Equipos e insumos para atender partos

#### 2.2.3. Aceptabilidad

- Atención del parto en posición vertical

#### 2.2.4. Calidad

- Elaboración del plan de parto

### 3. Conclusiones

### 4. Recomendaciones

## Presentación

Como -mujer y Defensora del Pueblo, me resulta especialmente importante presentar los resultados del Informe de Adjuntía “**Segundo Informe sobre el Derecho a una Maternidad Segura**”, una investigación realizada por la Defensoría del Pueblo con el principal propósito de contribuir a mejorar la salud de las mujeres, modificar su situación de discriminación y evitar que mueran por causas evitables.

En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas estableció los “Objetivos para el Desarrollo del Milenio” como una suerte de agenda internacional que delinea los temas a los cuales los gobiernos deberán dedicar múltiples esfuerzos en los próximos años. No es casual que dos de estas significativas metas mundiales presten una particular atención a la situación de la mujer: promover la igualdad entre los sexos, así como el empoderamiento de la mujer, y mejorar la salud materna.

La aprobación de estos objetivos revela la importancia del abordaje de estos temas pero, a su vez, llama la atención de la comunidad internacional con relación a la situación en que se encuentran los derechos de las mujeres; en particular, los derechos a la igualdad de oportunidades y a la salud durante el embarazo y parto. Además, la muerte de mujeres por causas evitables constituye un asunto de trascendencia mundial, con carácter de salud pública, que se ha convertido en una de las más extremas manifestaciones de inequidad de los sistemas de salud.

La muerte materna constituye una grave vulneración a los derechos humanos que afecta, principalmente, a las mujeres que carecen de suficientes recursos económicos, viven en las zonas rurales de los países en desarrollo y no poseen altos niveles de educación. Se trata, entonces, de un problema que tiene rostro de mujer pobre y -como tal- demanda la atención y compromiso del Estado.

Desde el 2007, la Adjuntía para los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo se propuso evaluar las políticas públicas y el funcionamiento de los servicios públicos de salud materna. Desde entonces se busca contribuir a fortalecer la incorporación de la perspectiva de género y los enfoques de derechos humanos e interculturalidad en la atención de las mujeres en los sistemas públicos de salud, como una estrategia esencial para garantizar la atención adecuada de la salud reproductiva de las mujeres.

El objetivo del presente informe -que es el segundo que elabora la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a una maternidad segura- es propiciar, con el indispensable apoyo de la administración pública y la sociedad civil, las condiciones adecuadas para asegurar que todas las mujeres tengan un embarazo y parto sin riesgos para contribuir a la reducción de la tasa de mortalidad materna que se registra en el Perú.

Así, por ejemplo, en lo concerniente a la atención prenatal, la Defensoría del Pueblo verificó que el 70.7% de las usuarias entrevistadas aseveró que conocía sus derechos en el marco de la atención de su salud materna. Sin embargo, se constató que para ninguno de los derechos identificados por las usuarias el porcentaje de conocimiento superó el 65%. En ese sentido, es necesario que los (y las) profesionales de la salud difundan entre las usuarias algunos derechos, como la gratuidad y la adecuación intercultural de los servicios de salud materna, el derecho a que su pareja y/o familiar participe de los controles prenatales y el parto, la necesaria obtención del consentimiento informado para la realización de pruebas para detectar VIH/Sida, Sífilis, entre otros.

Respecto de la adecuación cultural de los servicios de salud materna, especialmente de la atención del parto en posición vertical, se identificó que el 64% del universo de profesionales - que laboran en los establecimientos que atienden este tipo de parto- brindan esta atención sin haber recibido capacitación sobre el particular. Asimismo, el 71.7% de usuarias entrevistadas respondió que no se le informó sobre su derecho a elegir la posición para el parto.

A cinco años del 2015, fecha límite para alcanzar los Objetivos para el Desarrollo del Milenio, entre los que se encuentra la reducción de la tasa de mortalidad materna, considero propicia la oportunidad para renovar el compromiso de la institución de seguir trabajando en defensa de quienes requieren especial atención, como es el caso de las mujeres en estado de gestación. Todas las mujeres tienen derecho a un embarazo y parto sin riesgos. Lograrlo debe ser un compromiso de la ciudadanía.

Finalmente, deseo agradecer a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) - Iniciativa de Políticas en Salud. Sin, su invaluable respaldo no hubiese sido posible efectuar el trabajo de investigación que sustenta el Informe de Adjuntía, "**Segundo Informe sobre el Derecho a una Maternidad Segura**".

**BEATRIZ MERINO**  
Defensora del Pueblo

## Introducción

### I. Intervención de la Defensoría del Pueblo en materia de derecho a la salud materna de las mujeres

La Defensoría del Pueblo, ha dedicado especiales esfuerzos a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres del país. Así, en 1997 la Adjuntía para los Derechos de la Mujer implementó el *Sistema de Supervisión del Respeto y Vigencia de los Derechos Reproductivos*.<sup>1</sup> Durante los primeros años de su ejecución, esta estrategia de intervención priorizó evaluar la implementación de la Norma Técnica de Planificación Familiar en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA).<sup>2</sup> Los pasos que se adoptaron incluyeron el proceso de más de 1,500 quejas, las visitas a más de 700 establecimientos de salud, la modificación de normas sectoriales, la participación en procesos constitucionales y la elaboración de seis informes defensoriales sobre el funcionamiento del servicio público de planificación familiar.

De igual modo, otros órganos de la Defensoría del Pueblo han supervisado el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres en los servicios públicos de salud. En ese sentido, el Informe Defensorial N° 120, denominado «Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud», presentó un análisis del funcionamiento de dicho seguro tomando en consideración que las gestantes constituyen el tercer mayor grupo de personas afiliadas al SIS<sup>3</sup> y que, ciertamente, requieren una atención especial, a fin de eliminar las barreras que dificultan su afiliación a dicho seguro.<sup>4</sup> Por su parte, el Informe Defensorial N° 134, «La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado», enfatizó la necesidad de incorporar el enfoque intercultural en las estrategias de salud materna y planificación familiar del MINSA como condición necesaria para mejorar la salud reproductiva de las mujeres.<sup>5</sup>

Recientemente, el Informe Defensorial N° 143, denominado «Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida», realizó una detallada evaluación de las condiciones de atención de las gestantes durante la realización de las pruebas para detectar VIH/Sida y las sesiones de consejería, a fin de contribuir a evitar la transmisión vertical y el respeto de los derechos fundamentales de las gestantes.<sup>6</sup>

Habida cuenta del elevado índice de muertes maternas que se registra en el Perú y tomando en consideración que la muerte de mujeres por complicaciones en el embarazo, parto y/o puerperio constituye una de las más graves y extremas manifestaciones de inequidad y exclusión, en octubre del 2007, la Defensoría del Pueblo decidió incorporar a su agenda el componente de salud materna como una línea prioritaria de intervención. De esta manera, comisionados de las Oficinas de la Defensoría del Pueblo distribuidas en el territorio nacional visitaron a 243 establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos de salud) y se entrevistaron con más de 240 profesionales de la salud y 863 usuarias.

<sup>1</sup> Dicho sistema operó en las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Cusco, Trujillo y Piura. Para conocer el trabajo realizado por la Adjuntía para los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo en materia de derechos reproductivos, se recomienda revisar los Informes Defensoriales N° 7, 25, 27, 69, 78, 90 y 111. Estos documentos se encuentran disponibles en: <<http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>>.

<sup>2</sup> Norma Técnica N° 032-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Planificación Familiar, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA del 14 de julio del 2005.

<sup>3</sup> De acuerdo con el Informe Defensorial N° 120, el mayor número de personas afiliadas al Seguro Integral de Salud está representado por niños y adolescentes, más del 90% del total, seguido del grupo de adultos focalizados y, posteriormente, por el grupo de gestantes que varía constantemente de acuerdo con el período de gestación y puerperio de la madre. Cf. DEFENSORÍA EL PUEBLO. *Informe Defensorial N°120. Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2007.

<sup>4</sup> Ver: *Informe Defensorial N°120. Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud*. Ob. cit.

<sup>5</sup> Ver: DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe Defensorial N° 134, La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2008.

<sup>6</sup> Ver: DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 143, Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida*. Lima, 2009.

Como resultado de este primer año dedicado a la defensa del derecho de las mujeres a un embarazo y parto sin riesgos, la Adjuntía para los Derechos de la Mujer presentó el Informe Defensorial N° 138, "Derecho a una maternidad segura: Supervisión nacional del servicio de ginecología y obstetricia del MINSA"<sup>7</sup>. Cabe precisar que, este trabajo constituyó la primera evaluación a los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA que realizó la Defensoría del Pueblo y en la que se analizó el diseño e implementación de las principales políticas públicas sobre salud materna en el país.

A este respecto, la Defensoría del Pueblo señaló, con particular preocupación, la falta de información sobre el índice de muertes maternas en las últimas Encuestas Demográficas de Salud Familiar (ENDES) y las dificultades que ello supone para el diseño de las políticas públicas sobre la materia. Asimismo, reconoció el esfuerzo del Estado por establecer metas, acciones y objetivos para reducir las muertes maternas. Sin embargo, advirtió cierta falta de coherencia entre éstos, lo que dificulta la implementación de una política integral que asegure el derecho de las mujeres a un embarazo y un parto seguros.<sup>8</sup> Por tal motivo, remarcó la necesidad de recoger cifras oficiales sobre muerte materna en las próximas ENDES y fortalecer el rol rector del MINSA para impulsar y coordinar la integración de las políticas públicas en la materia.

Adicionalmente, la Defensoría del Pueblo precisó que, debido a la profusa regulación y a la insuficiente coordinación entre las diferentes instancias del MINSA, se advertía una escasa integración de los diferentes protocolos de atención a gestantes actualmente vigentes, así como su deficiente difusión e implementación en algunos establecimientos de salud del país. En ese sentido, recomendó aprobar una norma técnica de atención materno-perinatal, sistematizar la regulación sectorial vigente, difundirla entre el personal de salud, asegurar una mayor coordinación entre las instancias responsables de la aprobación de dicha normatividad y mejorar la capacidad para atender emergencias obstétricas de los establecimientos de salud del país.

Con relación a la atención prenatal, la Defensoría del Pueblo recaló el deber del personal de salud de informar a las gestantes sobre los signos de alarma y cuidados especiales durante el embarazo y el puerperio pues, de acuerdo con las entrevistas realizadas, el porcentaje de usuarias que declaró que se le informó sobre signos de alarma no superó, para ninguno de los casos, el 75% del universo de entrevistadas. Se precisó, asimismo, la importancia de promover no solo la participación de la pareja durante esta etapa, sino de la realización de la pesquisa para detectar violencia contra la mujer, así como la elaboración del plan individual de parto.

En cuanto a la atención del parto se evaluó, principalmente, el proceso de adecuación intercultural de los servicios a partir de la implementación de dos estrategias: el parto en posición vertical y las casas de espera materna. A este respecto, se encontró que solo el 55.7% de los establecimientos de salud visitados, y que estaban obligados a implementar la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, atiende este tipo de parto. Cabe precisar que, de los 39 establecimientos que aún no habían implementado íntegramente la norma al momento de la supervisión, 33 se encontraban localizados en zonas urbanas.

En ese sentido, la Defensoría del Pueblo recomendó al MINSA adoptar las medidas para asegurar la implementación de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural en los establecimientos de salud del país, considerando a los que se encuentran ubicados en las zonas rurales, así como en las zonas urbanas.

---

<sup>7</sup> Aprobado por Resolución Defensorial N° 035-2008/DP del 28 de noviembre de 2008, publicada en el diario oficial *El Peruano* el 2 de diciembre del 2008.

<sup>8</sup> Así por ejemplo, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2010 establece la obligación del Estado de reducir para el 2010 la tasa de mortalidad materna a no más de 80 por 100 mil nacidos vivos. Por su parte, el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2006-2010, prescribe como meta reducir la mortalidad materna a 100 por 100 mil nacidos vivos.



Con relación al funcionamiento de las casas de espera materna, la Defensoría del Pueblo ha manifestado su especial preocupación por la ubicación de estos alojamientos cerca de establecimientos de salud que no cuentan con la capacidad resolutive necesaria para atender emergencias obstétricas. De acuerdo con el *Informe Defensorial N° 138*, el 81.5% de los establecimientos de salud visitados -que en opinión de la Defensoría del Pueblo, contarían con personal, infraestructura, equipos e insumos para atender partos y emergencias obstétricas- no participa en la gestión de una casa de espera materna. Por tal motivo se ha solicitado al MINSA que se evalúe la ubicación de estos alojamientos, a fin de asegurar una atención de calidad a la gestante. Asimismo se recomendó garantizar la atención de las emergencias obstétricas durante las 24 horas del día —ya sea de manera directa o mediante el sistema de referencias— en los establecimientos de salud, particularmente en las zonas rurales del país.

En lo que concierne a la vigilancia durante el puerperio, el 14.2% de las usuarias señaló que no recibió cuidados médicos durante las dos horas inmediatas al parto. Sobre este particular, la Defensoría del Pueblo recomendó al MINSA que garantice la vigilancia estricta de la mujer en este período con el propósito de asegurar una atención inmediata de la gestante frente a las posibles complicaciones derivadas del parto.

Por otra parte se recomendó que la capacitación del personal de salud que labora en los servicios públicos de ginecología y obstetricia incida en varios aspectos: atención del parto con adecuación intercultural, la obligatoriedad de informar sobre signos de alarma y cuidados durante el embarazo, así como la adecuada realización de pruebas de VIH/Sifilis a las gestantes. Adicionalmente se puso especial interés en resaltar la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta para atender partos y emergencias obstétricas de los establecimientos de salud ubicados en zonas rurales, y de categorías I-3 y I-2.

Este estudio precisa, asimismo, que se requiere asegurar el funcionamiento de los Comités de Muerte Materna como una de las mejores estrategias que proporciona información sobre las causas de las muertes maternas y contribuye a dictar lineamientos para evitar que estos lamentables hechos se repitan.

Los resultados del *Informe Defensorial N°138* han sido presentados al MINSA, particularmente al personal de las Direcciones Generales de Salud de las Personas y de Promoción de la Salud,<sup>9</sup> así como de las Estrategias Sanitarias Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva y de Prevención y Control de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.<sup>10</sup> También se presentó al personal de salud que labora en las diferentes Direcciones de Salud de la región Lima y en las regiones de Ayacucho, Ucayali y Puno, regiones con alto índice de muertes maternas.

Adicionalmente se han sostenido reuniones de trabajo y remitido diversos oficios al MINSA con la posición que la institución mantiene acerca de: 1) la actual ubicación de las casas de espera materna y la importancia de la revisión de la normatividad que regula su gestión; 2) la relevancia de la adecuada realización de las pruebas de Sifilis, VIH/Sida en las gestantes; 3) la necesidad de sistematizar la normatividad que regula la atención de gestantes en el MINSA; y 4) la necesidad de asegurar la coordinación entre las diversas instancias del MINSA que genera dispersión normativa, lo que a su vez dificulta la aplicación de los protocolos de atención a gestantes.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Personal de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer, con el apoyo de las Oficinas Defensoriales de Lima, Cono Norte y Cono Este, presentaron el *Informe Defensorial N° 138* a personal de salud de las Direcciones de Salud y de los establecimientos de salud de su jurisdicción.

<sup>10</sup> Se presentó el *Informe Defensorial N° 138* ante el grupo de expertos responsable de la elaboración del Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal y de la revisión de la Norma Técnica sobre Casas de Espera Materna, entre otros espacios.

<sup>11</sup> Para mayor detalle, revisar los Oficios N° 40-2009/DP-ADM del 20 de abril del 2009 y N° 59-2009/DP-ADM del 19 de mayo del 2009.

Habida cuenta de que el problema de la mortalidad materna requiere una respuesta integral y la participación de los diversos sectores de la administración pública y la sociedad civil, la Defensoría del Pueblo presentó este informe ante la Comisión de Salud del Congreso de la República con el propósito de contribuir a la discusión sobre los proyectos de ley que proponen la aprobación de una Ley de Salud Sexual y Reproductiva.

Asimismo, con la participación de ponentes en representación de la Coordinadora Nacional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, así como la Vice Decana del Colegio Médico del Perú y del Presidente de la Comisión del Alto Nivel de Salud Sexual y Reproductiva de dicha entidad, la Defensoría del Pueblo presentó en las instalaciones del Colegio Médico los principales resultados del *Informe Defensorial N° 138*. De igual modo, este informe fue presentado en el III Congreso Internacional de Salud Sexual y Reproductiva organizado por el Colegio de Obstetras del Perú. Dicho evento contó con la participación de más de 500 obstetras de todo el país.

Toda vez que la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza ha dedicado especial atención a la supervisión de los programas presupuestales estratégicos, en particular a los referidos a la atención de la salud materna y neonatal, la Adjuntía para los Derechos de la Mujer consideró prioritario presentar este informe a los integrantes de esta instancia con el propósito de promover la adopción de las recomendaciones formuladas en dicho trabajo de investigación.

El respeto de los derechos fundamentales de las mujeres es un presupuesto indispensable para instaurar una cultura de paz y consolidar, definitivamente, el Estado democrático. Asimismo lo ha reconocido así la comunidad internacional al establecer como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio mejorar la salud materna y plantear, como meta, reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.<sup>12</sup>

La salud de la mujer es un asunto de reconocida importancia cuando se desea promover su bienestar.<sup>13</sup> Por el contrario, “la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos”.<sup>14</sup> Por consiguiente, se requiere una respuesta inmediata y articulada del Estado, a fin de asegurar el derecho de las mujeres a una maternidad saludable y segura.

## **II. Competencia de la Defensoría del Pueblo**

De conformidad con los artículos 161° y 162° de la Constitución y con el artículo 1° de la Ley N° 26520, la Defensoría del Pueblo es un órgano constitucional autónomo encargado de defender los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad, supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal, así como de la adecuada prestación de los servicios públicos.

Para el mejor cumplimiento de sus funciones, la Defensoría del Pueblo realiza investigaciones conducentes a determinar si la omisión o actuación de la administración estatal afecta el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas. Este mandato se ejerce con especial incidencia

<sup>12</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe de 2007. Nueva York: ONU, 2007, pp. 12 y 16.

<sup>13</sup> COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. *Recomendación General N° 24: La mujer y la Salud*, del 2 de febrero de 1999, párrafo 2.

<sup>14</sup> *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995, página 47.

respecto de los derechos de los grupos de la población que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres.

Tal como se ha señalado en diversos documentos de la Defensoría del Pueblo sobre salud reproductiva de las mujeres, la competencia de la institución en esta materia se sustenta en los numerales 1), 2) y 3) del artículo 2° y en los artículos 6° y 7° de la Constitución Política, que reconocen los derechos a la vida, integridad, igualdad, a decidir libremente cuándo y cuántos hijos o hijas tener, así como el derecho a la salud.

La muerte de una mujer gestante es, en muchos casos, consecuencia de un conjunto de previas y graves vulneraciones a sus derechos fundamentales. Es un asunto de salud pública y representa, como se ha señalado antes, una seria manifestación de la discriminación que deben enfrentar las mujeres en el ámbito del sistema público de salud.

Así, en cumplimiento del mandato que le ha sido conferido constitucional y legalmente, la Defensoría del Pueblo considera prioritario seguir enfocando gran parte de sus esfuerzos en la supervisión del funcionamiento del servicio de ginecología y obstetricia y en la tramitación de quejas sobre atención de la salud materna. De este modo, la Defensoría del Pueblo contribuye a evitar que más mujeres mueran por complicaciones evitables durante el embarazo, el parto y el puerperio.

### **III. Aspectos metodológicos**

#### **a. Objetivos del Informe**

El objetivo de la investigación emprendida es presentar un documento de seguimiento y actualización del *Informe Defensorial N° 138* que, a partir de los resultados de la supervisión realizada en 11 regiones del país y de la tramitación de las quejas, proponga recomendaciones a fin de contribuir a garantizar el derecho de las mujeres a tener un embarazo y un parto seguros.

En ese sentido, los objetivos específicos del presente informe son los siguientes:

- Evaluar el funcionamiento del servicio público de ginecología y obstetricia del MINSA.
- Proponer la adopción de medidas por parte de las autoridades competentes a fin de superar las deficiencias detectadas en el funcionamiento de estos servicios de salud y, de esta manera, contribuir a reducir el índice de muertes maternas en nuestro país.
- Promover el respeto del derecho de las mujeres a una maternidad segura entre los (y las) profesionales de la salud del MINSA.

#### **b. Metodología empleada**

En noviembre del 2008, contando con el valioso apoyo de 11 Oficinas Defensoriales, la Adjuntía para los Derechos de la Mujer realizó la segunda supervisión de los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA.

Los (y las) comisionadas de las Oficinas Defensoriales antes mencionadas visitaron, en la mayoría de los casos, a 10 establecimientos de salud por región, y aplicaron dos instrumentos de recojo de información:

1. **Ficha "1"**. Cuestionario de entrevista a prestadores del servicio de ginecología y obstetricia, destinada a evaluar las condiciones de infraestructura y equipamiento del establecimiento, la disponibilidad, conocimiento e implementación de los

protocolos de atención y el funcionamiento del Seguro Integral de Salud (SIS). La aplicación de esta ficha se realizó mediante una entrevista con el profesional de la salud responsable del citado servicio.

2. **Ficha “2”**. Se aplicó a las usuarias del servicio de ginecología y obstetricia con el objeto de evaluar, según su percepción, el nivel de cumplimiento de los protocolos de atención gineco-obstetra y la calidad del servicio que se brinda a las gestantes en los servicios públicos de salud.

Los criterios para seleccionar el tipo de establecimiento de salud a visitar por región fueron los siguientes:

- **Porcentaje de población rural o urbana que reside en el distrito al que pertenece el establecimiento de salud.** Habida cuenta de que en nuestro país existe una estrecha vinculación entre el índice de pobreza, la ruralidad y la muerte materna se consideró conveniente visitar un significativo número de establecimientos de salud ubicados en zonas rurales.

Para clasificar los establecimientos de salud como urbanos o rurales se adoptó como criterio el porcentaje de población urbana o rural que reside en el distrito al que pertenece el establecimiento de salud. Así, para efectos de la investigación, un establecimiento será urbano si se encuentra ubicado en un distrito en el cual más del 60% de la población reside en zonas urbanas, mientras que se entiende que un establecimiento rural corresponde a los distritos en los que el 60% de la población o menos reside en zonas urbanas.<sup>15</sup>

Cabe precisar que, debido a los recursos de personal y económicos disponibles para realizar esta supervisión, se estableció como criterio que los establecimientos de salud visitados debían localizarse a no más de dos horas de desplazamiento en auto desde la capital de la región.

- **Categoría de los establecimientos de salud.** Tomando en cuenta que en las zonas con alto índice de ruralidad la mayoría de los establecimientos de salud son centros o puestos de salud (categorías I-1, I-2 y I-3), se visitó este tipo de establecimientos. Adicionalmente, debido a que uno de los objetivos de esta investigación fue evaluar la implementación de la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, se incluyó en la muestra un grupo de establecimientos de salud de categorías I-4, II y III, que son los obligados a implementar el referido protocolo.

La supervisión realizada por los y las comisionadas de las Oficinas Descentralizadas de la Defensoría del Pueblo comprendió la visita a ciento nueve (109) establecimientos de salud ubicados en once (11) regiones del país.<sup>16</sup> El 52.3% de dichos establecimientos está ubicado en zonas urbanas y el 47.7% en ámbitos rurales, según el criterio antes señalado.

---

<sup>15</sup> Este criterio también fue empleado en el *Informe Defensorial 138, “Derecho a una maternidad segura: Supervisión a los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA”*. La información sobre el porcentaje de población rural o urbana que reside en el distrito en que se encuentra ubicado el establecimiento visitado se obtuvo de la información consignada en el Censo de Población X y del V de Vivienda del 2005.

<sup>16</sup> Cabe precisar que, según la Oficina de Información y Estadística del MINSA, el total de establecimientos de salud (entre hospitales, centros y puestos) en estas 11 regiones asciende a 3,544. Por consiguiente, la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo habría comprendido, en esta oportunidad, el 3,10% de establecimientos localizados en estas regiones. Así, se habría visitado el 34,37% del total de hospitales; el 7,8% de Centros de Salud y el 1,5% de los Puestos de Salud localizados en las 11 regiones. Para mayor detalle puede revisar: [http://www.minsa.gob.pe/oei/servicios/Est\\_DepxTipEst.asp](http://www.minsa.gob.pe/oei/servicios/Est_DepxTipEst.asp)

Aproximadamente, el 78% del universo general de estudio está integrado por centros y puestos de salud. Esta caracterización de la muestra permitiría realizar una evaluación sobre el funcionamiento de los servicios de atención a gestantes en los establecimientos de salud de menor complejidad y, en gran medida, más cercanos a la población.

Cabe mencionar que, de acuerdo a la normatividad vigente, los establecimientos de salud obligados a atender partos programados son los que corresponden a las categorías I-4, II y III.<sup>17</sup> En el universo que fue materia de estudio el porcentaje de establecimientos de salud con estas características asciende aproximadamente al 30% del total.

No obstante, es preciso recordar que, ante una emergencia obstétrica o un parto inminente, todos los establecimientos de salud, cualquiera sea su categoría, tienen la obligación de prestar una atención de calidad y asegurar un parto seguro. Por ello, la muestra de establecimientos visitados comprende también centros y puestos obligados a prestar atención de parto en caso de una emergencia obstétrica y/o de un parto inminente (categorías I-1, I-2, I-3). Además, estos establecimientos de salud prestan atención prenatal, por lo que es imprescindible evaluar su funcionamiento a fin de determinar la calidad de atención que reciben las gestantes en el sistema público de salud.

**Tabla N° 1: Universo de estudio**

Categorías del establecimiento de salud	Denominación del establecimiento de salud	Número de establecimiento de salud visitados	Porcentaje (%)	Usuaris entrevistadas en los servicios de ginecología y obstetricia	Porcentaje (%)
I-1	Puesto de salud	11	10.1	21	7.2
I-2	Puesto de salud con médico	35	32.1	91	31.4
I-3	Centro de salud sin internamiento	22	20.2	65	22.4
I-4	Centro de salud con internamiento	19	17.4	49	16.9
II-1	Hospital I	10	9.2	30	10.3
II-2	Hospital II	8	7.3	23	7.9
III-1	Hospital III	4	3.7	11	3.8
<b>Total</b>		<b>109</b>	<b>100.0</b>	<b>290</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios 1 y 2

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Con relación al área de ubicación de los establecimientos de salud visitados, tal como se advierte en la Tabla N° 2, de las 11 regiones visitadas, en por lo menos seis de ellas, la mitad de los establecimientos de salud visitados son rurales. Este es el caso de las regiones de Ayacucho, Puno, Huancavelica, Cusco, Huánuco y Pasco.

<sup>17</sup> La Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.0. Categorías de Establecimientos del Sector Salud, establece las obligaciones de los establecimientos de salud según sus categorías. De igual modo, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial *El Peruano* el 20 de julio de 1997, establece que, en caso de emergencia, todos los establecimientos de salud deben brindar atención a los usuarios y usuarias.

**Tabla N° 2: Área de ubicación de los establecimientos de salud por región**

Región	Área de ubicación			
	Urbano		Rural	
	Número de establecimientos de salud visitados	Porcentaje (%)	Número de establecimientos de salud visitados	Porcentaje (%)
Ayacucho	4	40.0	6	60.0
Cusco	2	20.0	8	80.0
Huancavelica (*)	1	11.1	8	88.9
Huánuco	3	30.0	7	70.0
Junín	8	80.0	2	20.0
La Libertad	9	90.0	1	10.0
Pasco	4	40.0	6	60.0
Piura	7	70.0	3	30.0
Puno	5	50.0	5	50.0
San Martín	8	80.0	2	20.0
Ucayali	6	60.0	4	40.0
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>52.3</b>	<b>52</b>	<b>47.7</b>

(\*) Se aplicó la ficha en nueve establecimientos de salud

Fuente: Cuestionario 1

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otra parte, para la realización de este documento se entrevistó a 109 prestadores de salud, responsables del servicio de ginecología y obstetricia de los establecimientos de salud visitados, tal como se puede observar en la siguiente Tabla.

**Tabla N° 3: Responsables del servicio entrevistados por categoría de establecimientos de salud**

Categorías	Número de responsables del servicio entrevistados	Porcentaje (%)
I-1	11	10.1
I-2	35	32.1
I-3	22	20.2
I-4	19	17.4
II-1	10	9.2
II-2	8	7.3
III-1	4	3.7
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario 1

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo se entrevistó a 290 usuarias de 107 de los 109 servicios visitados,<sup>18</sup> a fin de conocer su opinión sobre el funcionamiento de los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA. En promedio se entrevistó a 26 usuarias en cada una de las regiones visitadas. El 13.4% tenía entre

<sup>18</sup> En los puestos de salud de Manatay y La Victoria de la región Ucayali no se entrevistó a usuarias debido a que, al momento de la supervisión, no se les encontró en dichos servicios.

18-20 años, el 32.1% entre 21-25 años, el 24.5% entre 26-30 años; el 19.3%, entre 31 a 35 años; el 3.7%, de 36 a 40 años; y menos de 18 años, 3.4%. Asimismo, cabe señalar que aproximadamente el 80% de la entrevistadas se encontraba, al momento de su entrevista, en el octavo mes de gestación.

Con el objeto de contrastar algunos de los resultados obtenidos en la primera supervisión (2007) con los de esta segunda (2008), utilizaremos la información del 2007, acotada a las mismas 11 regiones visitadas en el 2008. En este último caso, el universo de estudio de la primera supervisión quedaría conformado de la siguiente manera: 348 usuarias entrevistadas en las 11 regiones y 108 profesionales de la salud encuestados. El detalle se presenta en las dos siguientes tablas.

**Tabla N° 4: Número de usuarias entrevistadas- Primera supervisión (2007)  
(11 regiones)**

Región	Número de usuarias encuestadas	Porcentaje
Ayacucho	49	14.1
Cusco	49	14.1
Huancavelica	11	3.2
Huánuco	16	4.6
Junín	56	16.1
La Libertad	22	6.3
Pasco	11	3.2
Piura	40	11.5
Puno	40	11.5
San Martín	34	9.8
Ucayali	20	5.7
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta B (Usuarias)

Elaboración: Defensoría del Pueblo

**Tabla N° 5: Número de responsables encuestados/as Primera supervisión (2007)  
(11 regiones)**

Región	Número de responsables encuestados/as	Porcentaje
Ayacucho	9	8.3
Cusco	10	9.3
Huancavelica	11	10.2
Huánuco	9	8.3
Junín	10	9.3
La Libertad	9	8.3
Pasco	10	9.3
Piura	10	9.3
Puno	11	10.2
San Martín	9	8.3
Ucayali	10	9.3
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta A (Guía Nacional)

Elaboración: Defensoría del Pueblo

## **1. La salud materna y el Ministerio de Salud: una mirada a la labor de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva y a la regulación sectorial**

De acuerdo con la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (LIO), el MINSA debe garantizar la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad de los servicios públicos de salud. En efecto, la LIO enfatiza la importancia de que los servicios de salud reproductiva, especialmente los referidos a la prevención del embarazo adolescente y la maternidad segura, cumplan con la prestación de los cuatro componentes del derecho a la salud.<sup>19</sup>

En el siguiente acápite abordaremos dos aspectos esenciales en el cumplimiento de las funciones del MINSA en materia de salud reproductiva de las mujeres: 1) la situación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, instancia técnica responsable de reducir la mortalidad materna en el país, y 2) el análisis de los protocolos sobre salud materna aprobados por el sector entre diciembre de 2008 y julio 2009.<sup>20</sup>

### **1.1. La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA (ESSR)**

En el ámbito de las políticas públicas, el Perú ha aprobado un conjunto de acuerdos, lineamientos, programas y planes que comprometen la participación de los diversos sectores de la administración pública en la erradicación de la mortalidad materna.<sup>21</sup> Cabe precisar que estas

<sup>19</sup> En el ámbito del derecho a la salud reproductiva, las obligaciones del Poder Ejecutivo se encuentran establecidas en los literales i) y j) del artículo 6° de la LIO.

<sup>20</sup> Cabe mencionar que en el Informe Defensorial N° 138, *Derecho a Una Maternidad Segura: Supervisión Nacional de los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA* se presenta un análisis detallado de las normas y documentos técnicos que regulan- de manera general y específica- la atención de la salud materna y que fueron aprobados hasta diciembre del 2008. Por ello, en este informe se analizan específicamente los protocolos de atención sobre salud materna aprobados entre diciembre del 2008 y julio del 2009.

<sup>21</sup> Al respecto, ver punto 4 del Informe Defensorial N° 138, *Derecho a una maternidad segura: Supervisión nacional a los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA*.



medidas han sido acompañadas por algunas otras de orden institucional. Tal es el caso de la creación y consolidación de la ESSR como la instancia, dentro de la estructura organizativa del MINSA, responsable de reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal de nuestro país.<sup>22</sup>

En efecto, como se advirtió en el *Informe Defensorial N° 138*, los niveles de intervención de la ESSR implican acciones de sensibilización dirigidas a funcionarios ( y funcionarias) públicos que conforman los Gobiernos Regionales, Locales y Direcciones de Salud con el fin de gestionar la aprobación de planes regionales en materia de salud sexual y reproductiva, promover la implementación del enfoque de la atención obstétrica –basada en un sentido humanístico, con equidad de género e interculturalidad– así como la participación de la pareja, la familia y la comunidad. Con relación al trabajo coordinado con la sociedad civil y la comunidad en general, la ESSR promueve, con especial interés, que los ciudadanos y ciudadanas asuman un rol participativo en los cuidados del embarazo y parto<sup>23</sup>.

No obstante, aún cuando la relevancia de la labor que desarrolla la ESSR es evidente y su desempeño la ha consolidado como el órgano técnico del MINSA responsable de impulsar la rectoría del Sector Salud en los asuntos relacionados con el derecho a la maternidad segura, los recursos presupuestales, humanos y organizacionales con los que cuenta son limitados y -en ese sentido- sus esfuerzos resultan insuficientes para lograr objetivos a gran escala.

Por ejemplo, según información proporcionada por el MINSA para la elaboración del Segundo Reporte de la Defensoría del Pueblo sobre el Cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, durante el año 2008, la ESSR únicamente pudo realizar visitas de asistencia técnica en Amazonas, Áncash, Cajamarca, Cusco, Callao, Huancavelica, Junín, La Libertad, Loreto, San Martín, Tumbes, Moquegua, Tacna y Ucayali, es decir, aproximadamente en el 50% de los departamentos del país. Al respecto, la Defensoría del Pueblo recomendó promover el rol de supervisión y asistencia técnica a cargo de la ESSR, a fin de garantizar el cumplimiento de lo establecido en las normas técnicas y erradicar las prácticas que afectan a los derechos de los usuarios y usuarias de los servicios públicos de salud.<sup>24</sup>

Desde el punto de vista organizacional, las modificaciones administrativas realizadas a la estructura del MINSA orientadas a establecer un Sistema Nacional de Salud, restaron poder a las Estrategias Sanitarias Nacionales, lo que en definitiva afectó al desarrollo de sus funciones.<sup>25</sup> En la actualidad, la ESSR depende funcionalmente de la Dirección de Atención Integral de la Salud que, a su vez, pertenece a la Dirección General de Salud de las Personas. Aún cuando sus competencias y funciones son de gran relevancia para la consecución de la reducción de la mortalidad materna y el cumplimiento de las obligaciones nacionales e internacionales del Estado peruano en esta materia, la posición de la ESSR dentro de la estructura orgánica del MINSA podría dificultar el ejercicio de sus funciones.

Adicionalmente, la ESSR debe enfrentar sus competencias con un equipo técnico bastante reducido, el cual está conformado por 11 profesionales: 10 conforman el equipo técnico y una desempeña labores de secretaria.<sup>26</sup> Este equipo tiene a su cargo, entre otras tareas de alcance

<sup>22</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura: Supervisión Nacional a los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA*. Lima: Defensoría del Pueblo, pp. 35-36. Consulta realizada el 15 de julio de 2009. En: <http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>

<sup>23</sup> Al respecto, ver punto 4 del *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura*. Ob. Cit.

<sup>24</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Segundo Reporte de la Defensoría del Pueblo sobre el Cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres* (Enero- Diciembre 2008). Lima: Defensoría del Pueblo, abril del 2009, pp. 122, 123 y 128.

<sup>25</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 143, Fortaleciendo la respuesta frente la epidemia del VIH/SIDA: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA*, Lima, mayo del 2009, p. 80, citando a Ministerio de Salud, *Plan Estratégico Multisectorial de Salud 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y Sida en el Perú*. Lima: MINSA, 2007, p. 27.

<sup>26</sup>A la fecha de envío del Oficio N° 4217- 2009-DGSP/MINSA del 16 de setiembre de 2009, el régimen laboral de las 11 personas que conforman el personal de la ESSR era el siguiente: dos nombradas, tres destacadas y seis contratadas.

nacional, dictar lineamientos y supervisar su implementación, ejecutar presupuesto y realizar actividades como parte de la estructura del Sector Salud, participar en la elaboración de normas y documentos técnicos, supervisar el funcionamiento de los servicios de ginecología y obstetricia y planificación familiar, así como atender las demandas de los diferentes sectores (sociedad civil, colegios profesionales, cooperación internacional, entre otros) en temas de salud materna.

Con relación al tema presupuestal, de acuerdo al Oficio N° 4217- 2009-DGSP/MINSA del 16 de setiembre del 2009, el MINSA informó a la Defensoría del Pueblo que, para el 2008, el presupuesto del MINSA fue de S/. 2'756'117,815.00 Nuevos Soles. De éstos, S/. 44'837,508.00 fueron destinados para las acciones relacionadas con la salud materna de las mujeres, aproximadamente 1.6% del total del presupuesto. En ese sentido, la ESSR dispuso de S/. 3'662,638.00 para ejecutar sus actividades en esta materia.

Ahora bien, en el 2009, el presupuesto asignado al MINSA fue de S/. 949'067,718.00 Nuevos Soles. De éstos, se asignaron S/. 27'950,426.00 para abordar temas de salud materna. Es decir, aproximadamente el 2.9% del presupuesto total asignado al sector. En esa línea, la ESSR contó con S/. 16'425,663.00 Nuevos Soles para desarrollar acciones destinadas a asegurar la salud materna de las mujeres que acuden al servicio público de salud.

De las cifras expuestas es posible inferir que aún cuando en el 2009 el presupuesto asignado al MINSA fue menor que en el 2008, se priorizó la asignación de recursos económicos a la atención de la salud materna. En ese sentido, respecto del presupuesto, en el 2009 se destinó 1.3% más que en el 2008 para la atención de las gestantes. Es decir, en materia presupuestal, habría habido un incremento en lo referido a la atención de la salud materna, lo que contribuye a implementar las políticas públicas para reducir las muertes maternas.

No obstante, si bien el Estado viene adoptando un conjunto de medidas orientadas a reducir la mortalidad materna en el país, como la ratificación de instrumentos internacionales, la aprobación e implementación de políticas públicas y la determinación de programas presupuestales priorizados, entre otros, consideramos que una medida adecuada para coadyuvar a la consecución de este objetivo sería evaluar la actual ubicación de la ESSR dentro de la estructura orgánica del MINSA, así como la asignación de recursos humanos suficientes para realizar sus funciones de manera adecuada y con alcance nacional.

Al respecto, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación de los Estados-parte de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales y, en particular, de asegurarles el derecho a acceder a servicios adecuados de atención médica.<sup>27</sup> Al respecto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha recomendado al Estado peruano que se asegure de que los mecanismos nacionales para el adelanto de la mujer tengan el poder de decisión, los recursos financieros y humanos suficientes para promover eficazmente una estrategia sustantiva de aplicación de la Convención que tenga en cuenta diferencias sexuales, culturales y de género".<sup>28</sup> En ese sentido, la Defensoría del Pueblo le sugiere al MINSA adoptar las medidas necesarias para fortalecer las funciones que desarrolla la ESSR, a fin de garantizar el derecho a una maternidad segura.

---

<sup>27</sup> Numeral 2 b) del artículo 14 de la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adicionalmente, se puede revisar la referencia del artículo 12 de la referida Convención.

<sup>28</sup> COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, Observaciones finales: Perú, 2 de febrero del 2007. párrafo 14.

## 1.2. Regulación del servicio público de ginecología y obstetricia

El buen funcionamiento del servicio público de ginecología y obstetricia es un aspecto crucial para asegurar el derecho de las mujeres a una maternidad segura. Sin duda, los protocolos de atención aprobados por el Sector Salud contribuyen a estandarizar los procedimientos médicos, elevar la calidad de la atención y evitar negligencias médicas. La relevancia de los protocolos se evidencia aún más en los temas relacionados con la salud de las gestantes, pues algunas de las principales causas de muerte materna pueden evitarse mediante una adecuada implementación de estos protocolos.

Al respecto, el *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura: supervisión nacional a los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA* presentó un análisis detallado de las políticas públicas que regulan el funcionamiento de los servicios públicos de ginecología y obstetricia. Tomando en consideración la profusa regulación sectorial, la Defensoría del Pueblo recomendó al MINSA adoptar medidas para integrar y sistematizar la normatividad sectorial que regula el funcionamiento de dicho servicio y sugirió difundir su contenido en el personal de salud.<sup>29</sup>

Se debe recordar que estas normas, que regulan específicamente el servicio público de ginecología y obstetricia, deben ser interpretadas y aplicadas tomando en cuenta los protocolos generales que establecen los parámetros de la atención en los diferentes servicios de salud.<sup>30</sup> Ahora bien, desde diciembre del 2008, mes en el que se aprobó el *Informe Defensorial N° 138*, a la fecha de cierre del presente informe,<sup>31</sup> el MINSA ha aprobado un conjunto de documentos técnicos relacionados con la atención materno-perinatal. En el siguiente acápite se presenta un análisis de éstos con el propósito de contribuir a garantizar una atención de calidad a la gestante bajo el estricto respeto de sus derechos fundamentales.

### 1.2.1. Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad<sup>32</sup>

Este documento busca promover la realización de prestaciones estandarizadas, a fin de brindar una atención articulada, completa, continua, oportuna y de gran escala durante la gestación, parto y post parto. Se trata de un documento que sintetiza -en una guía breve- los aspectos primordiales de la atención de la salud materna y perinatal, lo que facilita su difusión e implementación en los servicios públicos de salud. Cabe resaltar que las prestaciones que debe realizar el (o la) profesional de la salud han sido presentadas, para una mejor comprensión del proveedor de salud, según las etapas del embarazo.

Así, por ejemplo, durante la atención prenatal se prevé la participación de la pareja, el deber de informar a la gestante sobre los signos de alarma durante el embarazo y la lactancia materna, la realización del plan individual de parto y la detección oportuna de anemia, VIH y Sífilis,<sup>33</sup> entre

<sup>29</sup> Ver conclusiones y recomendaciones del *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura: Ob. cit.*

<sup>30</sup> Por ejemplo, en el período materia de análisis se han aprobado los siguientes protocolos -de carácter general o relacionados con la atención de otros aspectos de la salud- que también deben orientar la labor de los profesionales de la salud que brindan atención a la salud materna: Plan Estratégico Institucional 2008-2011 del Ministerio de Salud - Pliego 011, Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios en Servicio de Salud, Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud 2008-2011, Directiva Sanitaria para la implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil en los servicios de planificación familiar, metas e indicadores de desempeño del Ministerio de Salud, correspondiente al año 2009, Ley N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud.

<sup>31</sup> Diciembre del 2009.

<sup>32</sup> Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 862-2008 del 9 de diciembre de 2008.

<sup>33</sup> Con relación a estas pruebas, la Defensoría del Pueblo ha señalado que la obtención del consentimiento informado de la usuaria es un presupuesto indispensable para la adecuada realización de estas pruebas. Para mayor detalle, revisar el *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura*. De igual modo, en el presente informe se tratará este aspecto al analizar las normas que establecen pautas para realizar pruebas de VIH en el marco de la atención de la salud materna y que han sido emitidas entre diciembre del 2008 y julio del 2009. Cabe precisar que, durante este período, también se aprobó la Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA del 16 de marzo del 2009 que aprobó la "Directiva

otros aspectos. Con relación al parto y la etapa post natal, la norma promueve la participación de un acompañante, el uso del partograma, el manejo activo del parto, así como sesiones de orientación y consejería en temas de planificación familiar. Adicionalmente, fomenta la participación de las familias y la comunidad mediante la instalación y gestión de las casas de espera materna.

Tal como se señaló en el *Informe Defensorial N° 138*, los aspectos antes mencionados son indispensables para asegurar a la gestante un embarazo y un parto sin riesgos, por lo que la difusión del contenido de esta norma técnica en el personal de salud contribuiría a brindar una atención de calidad en los servicios públicos de ginecología y obstetricia, y a reducir la ocurrencia de las muertes maternas.

### **1.2.2. Norma Técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en el Perú<sup>34</sup> y Documento Técnico consejería en ITS/VIH y SIDA<sup>35</sup>**

Con relación a las pruebas para detectar ITS, VIH y SIDA en gestantes, las referidas normas plantean la obligatoriedad de someter a todas las gestantes a estos exámenes, de preferencia en su primer control prenatal, sin establecer que para ello es necesario obtener el consentimiento informado de éstas.<sup>36</sup> En ese sentido, si se trata de una gestante, en ninguno de estos dispositivos se ha previsto el llenado de formatos de consentimiento informado para la realización de las pruebas.<sup>37</sup>

A este respecto, la Ley N° 28243, que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las enfermedades de transmisión sexual, establece -como mandato general- que dichas pruebas son de carácter voluntario, previa consejería obligatoria. No obstante, esta misma norma considera como una excepción a la voluntariedad el caso de “la madre gestante, a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes.”<sup>38</sup>

Sobre este punto, la Defensoría del Pueblo ha señalado que la obligatoriedad de las pruebas en todas las gestantes podría conducir a las madres, temerosas de ser forzadas a someterse a este tipo de prueba, a no acudir a los centros médicos. Adicionalmente, si se garantizan las sesiones de consejería, se le daría la posibilidad de tomar conscientemente una decisión responsable que no sólo beneficiaría a su hijo (o hija), sino también a ella misma.<sup>39</sup> En ese sentido, en opinión de la Defensoría del Pueblo, la necesidad de aplicar obligatoriamente las pruebas de diagnóstico de VIH/ ITS y Sida a todas las gestantes resulta excesiva puesto que el consentimiento informado representa una alternativa real que, además de atender a la vida y salud del niño o niña, respeta el derecho a la libertad y autonomía de la voluntad de la mujer. Por consiguiente, la obligatoriedad de esta prueba solo sería oponible a los casos en los que exista riesgo previsible de contagio o infección, tal como señala la Ley 28243.<sup>40</sup>

Asimismo, preocupa a la Defensoría del Pueblo que las pruebas de VIH/Sida e ITS se practiquen en los establecimientos de salud de categoría I-1, debido a que estos establecimientos no

---

Sanitaria para la Implementación del Tamizaje de prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil en los Servicios de Planificación Familiar”, en la que se prescribe la obtención del consentimiento informado de la usuaria y se consigna el formato del consentimiento informado.

<sup>34</sup> Aprobada por Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA del 25 de abril del 2009.

<sup>35</sup> Aprobado por Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA del 25 de abril del 2009.

<sup>36</sup> Cabe preciar que, la realización de la prueba es gratuita.

<sup>37</sup> Cabe precisar que sí se han elaborado formatos para la obtención del consentimiento informado de las gestantes que van a iniciar profilaxis antirretroviral por exposición al VIH, más no para la realización de la prueba para detectar este virus o Sífilis.

<sup>38</sup> Literal b) del artículo 4° de la Ley N° 28243, publicada en el Diario Oficial *El Peruano* el 01 de junio del 2004.

<sup>39</sup> Punto 6 del Oficio N° 082-2005-DP/AAC del 2 de septiembre del 2005.

<sup>40</sup> Ver *Informe Defensorial N°138, Derecho a una maternidad segura: supervisión nacional a la supervisión de los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA*, p. 65, e *Informe Defensorial N° 143, Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia de VIH/Sida*. Ob. cit., pp. 118-122.

cuentan con la presencia permanente de un médico que se encargue de realizar dichas pruebas, leer los resultados y orientar a las usuarias sobre el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. En consecuencia, desde el nivel central del MINSA y en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), debería asegurarse la permanente capacitación de los (y las) profesionales de la salud de estos establecimientos en materia de orientación y consejería, la adecuada realización de la prueba y lectura de resultados, así como el fortalecimiento gradual de estos establecimientos de salud, a fin de modificar su actual categoría y garantizar la presencia de médicos o médicas en sus instalaciones.

En opinión de la Defensoría del Pueblo, la emisión de estos protocolos constituye una medida valiosa para estandarizar la detección oportuna del VIH/Sida, incrementar la cobertura de las pruebas y reducir la transmisión vertical. Sin embargo, es igualmente importante que las distintas normas técnicas que abordan este aspecto de la atención de las gestantes sean coherentes entre sí y con relación a las leyes sobre la materia, como es el caso de la Ley 28243, que sólo establece la obligatoriedad de las pruebas en gestantes si existe riesgo previsible de infección o contagio.

En ese sentido, la Defensoría del Pueblo recomienda a la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA:

- a) Fortalecer la coordinación entre la ESSR y la estrategia de prevención y control de transmisión sexual y VIH/Sida en los procesos de diseño, aprobación e implementación de los documentos técnicos que regulan la atención de las gestantes en el servicio de diagnóstico del VIH/Sida a gestantes.
- b) Precisar en la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis Congénita,<sup>41</sup> en el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA y de la Norma técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en el Perú que la obtención del consentimiento informado de la gestante es un presupuesto indispensable para llevar a cabo las pruebas de VIH e ITS, salvo que exista riesgo previsible de contagio o infección.
- c) Incorporar en la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis Congénita y la Norma técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual el formato “modelo de consentimiento informado para la prueba de despistaje de VIH”, que figura en el Anexo 10 del Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA, y disponer su aplicación para todas las gestantes.
- d) Garantizar la realización de las sesiones de consejería pre y post test VIH/ITS y SIDA a cargo de personal de salud capacitado en esta materia en los establecimientos de salud distribuidos en el territorio nacional.
- e) Continuar capacitando al personal de salud en el contenido y la aplicación de los protocolos de atención establecidos en estas normas técnicas, en particular, a los que laboran en los establecimientos de las zonas rurales y/o corresponden a las categorías I-1, I-2 y I-3.

---

<sup>41</sup> Norma que no ha sido dejada sin efecto por las recientemente aprobadas normas sobre la consejería y el manejo de las ITS/VIH y SIDA y respecto de la cual se pronunció la Defensoría del Pueblo en el *Informe Defensorial N° 138*.

### 1.2.3. Documento Técnico: Modelo de intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales<sup>42</sup>

El objetivo del documento es establecer un protocolo que asegure la atención con calidad de las emergencias obstétricas y neonatales. De acuerdo con este documento técnico, las posibilidades de que las mujeres mueran por complicaciones durante el embarazo y/o el parto se reducen si éstas se tratan oportunamente. Para ello, el referido protocolo propone la organización de los servicios, en especial los rurales, con estándares mínimos de infraestructura, equipamiento, personal de salud, insumos, medicamentos, equipos y otros servicios durante las 24 horas del día.

En lo concerniente al funcionamiento de los servicios de emergencia, el *Informe Defensorial N° 138* identificó que todos los establecimientos de salud de la muestra supervisada para dicho informe y que pertenecían a las categorías II y III cumplían con prestar el referido servicio, tal como lo establece la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01, Categorías de establecimientos del Sector Salud. Por su parte, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo<sup>43</sup> señala que todos los establecimientos con internamiento deben contar con servicio de atención de emergencia, lo que incluiría a los establecimientos de categoría I-4, II y III. Tomando en cuenta este universo, resulta que, según el *Informe Defensorial N° 138*, el 4.2% de los establecimientos de salud visitados en aquella oportunidad no contaba con servicios de emergencia durante las 24 horas.<sup>44</sup>

A este respecto, la Defensoría del Pueblo sugiere al MINSA revisar la Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01, Categorías de establecimientos del Sector Salud y el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo -aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA-, a fin de establecer un único criterio que establezca la obligación de los establecimientos de salud de contar con servicios de emergencia, en función de sus categorías.

Por otra parte, en el *Informe Defensorial N° 138* se recomendó al MINSA asegurar la atención de las emergencias obstétricas durante las 24 horas del día —ya sea de manera directa o a través del sistema de referencias, especialmente en las zonas rurales del país<sup>45</sup>. La aprobación del “Modelo de intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales” contribuirá a incorporar esta recomendación y prestar una atención de calidad a las gestantes en los servicios de emergencia.

Finalmente, cabe destacar que este modelo de atención reconoce la importancia de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención de la gestante. A este respecto, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU ha señalado que el análisis de la mortalidad y morbilidad materna desde el punto de vista de los derechos humanos y la integración de una perspectiva de los derechos humanos en la actuación internacional y nacional respecto de este problema de salud pública pueden contribuir a eliminarlas.<sup>46</sup>

<sup>42</sup> Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 223-2009/MINSA del 10 de abril del 2009.

<sup>43</sup> Aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA del 25 de junio del 2006. Cabe precisar que, el artículo 15° del referido reglamento fue modificado por el Decreto Supremo N° 003-2009-SA del 26 de febrero del 2009.

<sup>44</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura. Ob. cit.*, p. 88.

<sup>45</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura. Ob. cit.*, p. 162.

<sup>46</sup> CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS, Resolución A/HRC/11/L.16/Rev.1, 11° período de sesiones, tema 3 de la agenda, del 12 de junio del 2009, p. 2.

#### 1.2.4. Documento Técnico Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015<sup>47</sup>

La Defensoría del Pueblo ha recomendado al MINSA que, en su condición de ente rector, continúe impulsando y coordinando la integración de las políticas públicas en las que se establecen los compromisos asumidos por el Estado peruano en materia de salud materna, con el fin de establecer objetivos, metas y acciones comunes.<sup>48</sup> En ese sentido, la elaboración y aprobación de este Plan Estratégico Nacional, entendido como una política pública intersectorial que otorga a la administración pública lineamientos de actuación en este tema, constituye un paso importante para el efectivo cumplimiento de la recomendación antes señalada.

La Defensoría del Pueblo participó activamente en el proceso de discusión y aprobación de este Plan.<sup>49</sup> Así, mediante el Oficio N° 18-2009/DP-ADDM, del 6 de febrero del 2009, la Defensoría del Pueblo sugirió a la Dirección General de Salud de las Personas y de la ESSR del MINSA incorporar y/o modificar algunos aspectos del proyecto del referido Plan:

- Asegurar la participación de los diversos sectores que conforman el Poder Ejecutivo en las reuniones de discusión y validación del referido Plan.
- Asegurar la disponibilidad presupuestal para ejecutar el Plan Estratégico Nacional de manera oportuna y coordinada.
- Fortalecer el plan de capacitación al personal de salud, especialmente, en las siguientes materias:
  - 1) Atención de parto vertical en los establecimientos de salud de categorías I-4, II y III.
  - 2) Obligatoriedad de realizar la pesquisa de violencia y adecuada realización de las pruebas para detectar VIH/Sífilis durante los controles prenatales.
  - 3) Deber de informar a la usuaria sobre signos de alarma y cuidados durante el embarazo.
  - 4) Promoción de la participación de la pareja.
- Incorporar, como una estrategia del Plan Estratégico Nacional, el diseño de un régimen laboral que incentive la prestación de servicios de salud en comunidades nativas, a fin de contribuir a evitar la alta rotación de personal.
- Establecer en el Plan Estratégico Nacional, como una obligación estatal, la elaboración de un cronograma de fortalecimiento gradual de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y de los equipos itinerantes de Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). De conformidad con los resultados del *Informe Defensorial N° 138*, se recomendó priorizar el mejoramiento de los servicios en los establecimientos de categorías I-3 y I-2.
- Evaluar que las casas de espera materna se instalen cerca de establecimientos de salud de alta complejidad y con capacidad resolutive para atender partos y emergencias obstétricas: I-4, II y III.

<sup>47</sup> Aprobado por Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA del 1 de abril del 2009

<sup>48</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura*. Ob. cit., p. 161.

<sup>49</sup> Específicamente, personal de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer asistió a las reuniones de trabajo del grupo de expertos y propició una reunión para la presentación de los resultados del *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura*, a fin de que sean tomados en cuenta en el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.

- Incorporar, en el Plan Estratégico Nacional, la obligación estatal de fortalecer la labor que desarrollan los Comités de Muertes Materna como una de las mejores estrategias para realizar Vigilancia Epidemiológica.

En marzo del 2009, mediante Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA se aprobó el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, el cual incorporó gran parte de las recomendaciones formuladas por la Defensoría del Pueblo en el *Informe Defensorial N° 138* y en el Oficio N° 18-2009/DP-ADDM.<sup>50</sup> Sin embargo, aún está pendiente la atención de algunas de las recomendaciones efectuadas. Entre las más relevantes se pueden mencionar: la elaboración de un cronograma gradual de fortalecimiento de la capacidad de los establecimientos de salud, el fortalecimiento de los Comités de Muerte Materna y la promoción de una política de incentivos laborales para los profesionales de la salud que se desempeñen en las zonas rurales del país.

No obstante las tareas pendientes, la Defensoría del Pueblo reconoce el esfuerzo que está llevando a cabo el MINSA, mediante la aprobación de este Plan Estratégico Nacional, para fortalecer el compromiso de la administración estatal en materia de salud reproductiva y garantizar el derecho de las mujeres a gozar de una maternidad segura y saludable.

### **1.2.5 Documento Técnico Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012<sup>51</sup>**

Este documento busca asegurar la adecuada atención de las infecciones intrahospitalarias (IIH) adquiridas o relacionadas con los servicios de salud, en particular las vinculadas con la atención materno neonatal debido a que es una etapa muy sensible a estas infecciones, sobre todo en los países en desarrollo y con altas tasas de muerte materna, como sucede en el caso peruano.<sup>52</sup> Cabe precisar que el apoyo de la Dirección General de las Personas con insumos y material médico que permita la implementación de esta norma se ha previsto para 17 establecimientos de salud de alta complejidad y con mayor probabilidad de presentar casos de IIH.<sup>53</sup>

La aprobación de esta norma se enmarca en un conjunto de acciones que está llevando a cabo el MINSA para evitar muertes por IIH. En ese sentido, se encuentra impulsando la implementación de Comités de Control de IIH en el ámbito hospitalario, formulación de planes de prevención y control de IIH, entrenamiento y capacitación del personal de salud en esta materia, entre otros.<sup>54</sup>

A manera de síntesis es posible concluir que, desde el nivel central del MINSA, existe una permanente producción de protocolos de atención de la salud materna. No obstante, debido a esta profusa regulación es necesario que el MINSA impulse un proceso de análisis y revisión, a fin de garantizar la coherencia y legalidad de los protocolos aprobados.<sup>55</sup>

<sup>50</sup> Desde la publicación del *Informe Defensorial N° 138*, el MINSA, en particular a través de la ESSR, ha adoptado un conjunto de medidas orientadas a dar cumplimiento a las recomendaciones efectuadas en dicho informe. Así, por ejemplo, viene promoviendo el incremento del parto institucional, de la adecuación cultural de los servicios mediante la atención de partos en posición vertical, la asistencia técnica a las Diresas, entre otros. Estas actividades han contribuido a asegurar el derecho de las mujeres a un embarazo y un parto seguros.

<sup>51</sup> Aprobado por Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA del 10 de junio del 2009.

<sup>52</sup> De acuerdo con esta norma, durante los años 2000-2004, fueron notificadas 6,538 IIH, de las cuales la endometritis puerperal representó el 33.6%, la infección de herida operatoria el 31.2%. Más de la mitad (58.8%) de las IIH correspondían a los servicios de ginecología y obstetricia.

<sup>53</sup> Para mayor detalle revisar la página 5 del Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012.

<sup>54</sup> Al respecto, revisar página 12 del Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012.

<sup>55</sup> Tal como se señaló en el *Informe Defensorial N° 143* la actual regulación de la atención de algunos grupos poblacionales y servicios denota un preocupante nivel de falta de organización y sistematización normativa. Algunos de estos inconvenientes son: gran dispersión de las normas,



Por tal motivo, una acción que podría contribuir a sistematizar y promover la coherencia de la regulación sectorial sobre salud materna sería la aprobación de una Norma Técnica de Atención Materno Perinatal, que protocolice la atención de la salud física y mental de las gestantes en el sistema público de salud sobre la base de los objetivos y acciones estratégicas formuladas en el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, así como tomando en cuenta lo regulado en los protocolos recientemente aprobados.

Además, este proceso de revisión normativa debería estar acompañado del diseño de un programa gradual y con carácter permanente, liderado por la ESSR, de capacitación del personal de salud en la aplicación de estos protocolos, a fin de contribuir a su adecuada implementación en los servicios públicos de ginecología y obstetricia de todo el país.

## **2. Supervisión de la Defensoría del Pueblo de los servicios de ginecología y obstetricia del Ministerio de Salud**

### **2.1. Atención prenatal**

Se entiende por atención prenatal a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la gestante con integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, a fin de prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Estas atenciones deben ser precoces, periódicas, completas y de amplia cobertura. Las atenciones prenatales son, en consecuencia, un claro ejemplo de medicina preventiva.<sup>56</sup>

En este acápite se analizarán las principales barreras que deben enfrentar las usuarias y el personal de salud que impiden la adecuada y oportuna realización de las atenciones prenatales, lo que podría, en algunos casos, asociarse con las altas tasas de muerte materna y perinatal que presenta el país. Algunas de estas barreras son: cobros indebidos, inadecuada capacidad del equipo de salud, problemas de organización, barreras de orden cultural, inaccesibilidad geográfica, falta de promoción de su importancia, entre otras.<sup>57</sup>

#### **2.1.1 Accesibilidad**

- **Acceso a atenciones prenatales**

Como se ha señalado anteriormente, la realización de atenciones prenatales es fundamental para reducir la ocurrencia de posibles complicaciones durante el embarazo y el parto. En ese sentido, según los protocolos de atención del MINSA, las gestantes deben recibir por lo menos seis atenciones prenatales con la finalidad de prevenir y resolver posibles complicaciones que pongan en riesgo la vida de la madre y/o del producto de la gestación.<sup>58</sup>

Según el Resumen Ejecutivo de la ENDES correspondiente al primer semestre del 2009, continúa el incremento del acceso a los servicios de salud por las mujeres gestantes visto a partir

---

ausencia de técnica legislativa en su construcción, ausencia de sistemática normativa, uso restringido del concepto de publicidad de la norma, riesgo de interpretación distorsionada de la norma según usuario final, necesidad de armonizar la legislación nacional con estándares internacionales de protección de derechos humanos, ausencia de una concepción integral de la problemática del VIH/Sida y de la Salud materna.

<sup>56</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO, *Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención prenatal y del Parto de Bajo Riesgo*, Publicación Científica CLAP N° 1321.01, páginas 19 y 20. Consulta: 5 de agosto del 2009. En: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201321.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201321.pdf).

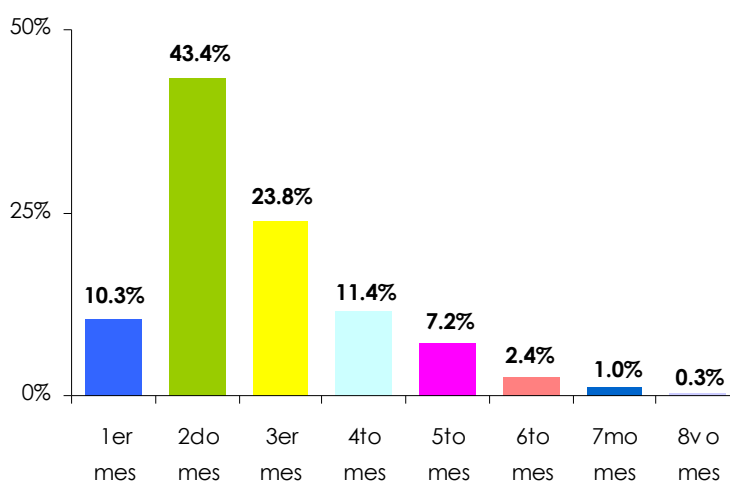
<sup>57</sup> OPS/OMS/ CLAP. *Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención prenatal y del Parto de Bajo Riesgo*, Ob. cit., p. 21.

<sup>58</sup> Norma Técnica N° 063-MINSA/DGSP-V.01., *Norma Técnica de Salud para la implementación del listado priorizado para de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la salud materno neonatal*, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 193-2008-MINSA, del 18 de marzo del 2008, p. 8.

del último nacido en los cinco años anteriores a la encuesta. Casi el 73% de las mujeres gestantes recibió su 1er Control Prenatal en el 1er trimestre de gestación, proporción que evidencia un incremento promedio anual de cerca de 1 punto porcentual respecto a la ENDES 2008.<sup>59</sup>

En esa misma línea, en la presente supervisión se identificó que de las 290 usuarias entrevistadas, el 43.4% recibió atenciones prenatales desde el segundo mes de embarazo; el 23.8%, desde el tercero; 11.4%, a partir del cuarto mes; y el 7.2%, desde el quinto mes de embarazo. Como se aprecia en estas cifras, el número de usuarias se reduce conforme se avanza en el desarrollo del embarazo, por lo que, en el grupo de gestantes entrevistadas, habría una mayor incidencia (77.5%) a iniciar sus atenciones prenatales -preferentemente- entre el primero y tercer mes de embarazo.

**Gráfico N° 1: ¿Desde qué mes de embarazo acude a la consulta prenatal?, según usuarias entrevistadas**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Esta práctica contribuirá a la adecuada información de la gestante sobre cuidados durante el embarazo y signos de alarma, a la promoción de la participación de la pareja en esta etapa, a la elaboración de un plan de parto, a incrementar el parto institucional y a llevar a cabo cualquier otra atención que se requiera para asegurar el derecho de las mujeres a gozar de un embarazo y un parto sin riesgos.

En opinión de la Defensoría del Pueblo, con el propósito de reducir las muertes maternas, los servicios públicos de salud deben adoptar como uno de sus objetivos prioritarios el incremento de las atenciones prenatales por usuaria. La principal estrategia para lograr este objetivo es asegurar el estricto respeto de los derechos fundamentales de las gestantes. Así, mediante la prestación de un servicio de calidad, del buen trato a la usuaria, de la adecuación cultural del servicio, del cumplimiento de los protocolos de atención y de la gratuidad del servicio, el personal de salud contribuye a promover el interés de las usuarias por acudir a sus atenciones prenatales.

<sup>59</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, *Resumen Ejecutivo de la ENDES correspondiente al primer semestre del 2009*, En: [http://desa.inei.gob.pe/endes/recursos/prim\\_sem\\_2009/index.htm](http://desa.inei.gob.pe/endes/recursos/prim_sem_2009/index.htm). Consulta realizada el 4 de enero del 2010.

No obstante, en la presente supervisión, la Defensoría del Pueblo detectó que 13 usuarias de nueve establecimientos de salud visitados manifestaron que el personal de salud le ofreció algún incentivo para que acudiese a su siguiente atención prenatal o para asegurar que su parto fuese institucional.<sup>60</sup> En la mayoría de los casos se ofreció a la gestante alimentos, a fin de promover que acudan a las atenciones prenatales. Cabe precisar que, siete de los nueve establecimientos de salud en que se presentó esta irregularidad están ubicados en zonas rurales.

Adicionalmente, otras cuatro usuarias manifestaron que se sintieron presionadas para acudir a su siguiente atención prenatal. En este caso, las cuatro usuarias se atendieron en establecimientos de salud de las zonas rurales.<sup>61</sup> Dos de las entrevistadas agregaron que la obstetra las presionó y que su asistencia a los controles fue impuesta como una condición para que el SIS cubriera su atención, lo que constituiría una infracción al principio de legalidad que rige la actuación de la administración estatal, pues la asistencia a controles prenatales no es un requisito establecido previamente por ley para realizar la afiliación de gestantes al SIS.<sup>62</sup>

A este respecto, cabe mencionar que "los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia".<sup>63</sup>

En ese sentido, la Defensoría del Pueblo saluda el esfuerzo que realiza el personal de los establecimientos de salud del país para promover las atenciones prenatales y reconoce la importancia de éstas en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, considera que el incremento de las referidas atenciones se debe fundamentar en la decisión voluntaria e informada de la gestante. En ese sentido, cualquier forma de coacción o intento de manipulación de las personas en los servicios de salud debe ser erradicada.

- **Acceso a la información: aspectos generales de la atención prenatal**

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, así como la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y a planificar la familia de su elección, así como a acceder a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables, asequibles, el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.<sup>64</sup>

Precisamente, la atención prenatal constituye el espacio ideal para la educación de la gestante con relación a los cuidados durante el embarazo.<sup>65</sup> Según los datos de la supervisión realizada, el 70.7% de las usuarias entrevistadas manifestó que no conocían sus derechos en relación a la atención de su salud materna.

---

<sup>60</sup> Según la declaración de las usuarias entrevistadas, esta irregularidad se presentó en los siguientes establecimientos de salud: Puesto de Salud de Ambato (Huancavelica), Centro de Salud de Acoria (Huancavelica), Hospital Departamental de Huancavelica (Huancavelica), Puesto de Salud Palca (Huancavelica), Puesto de Salud San Sebastián de Quera (Huánuco), Puesto de Salud Tambogan (Huánuco), Centro de Salud Santa María del Valle (Huánuco), Puesto de Salud San Pablo de Tushmo (Ucayali), Puesto de Salud Chinche Tingo (Pasco).

<sup>61</sup> Los establecimientos de salud en los que, según las usuarias, se presentó esta irregularidad son: Centro de Salud Socos (Ayacucho), Puesto de Salud Tambogan (Huánuco), Puesto de Salud Fraternidad (Ucayali), Puesto de Salud Chinche Tingo (Pasco).

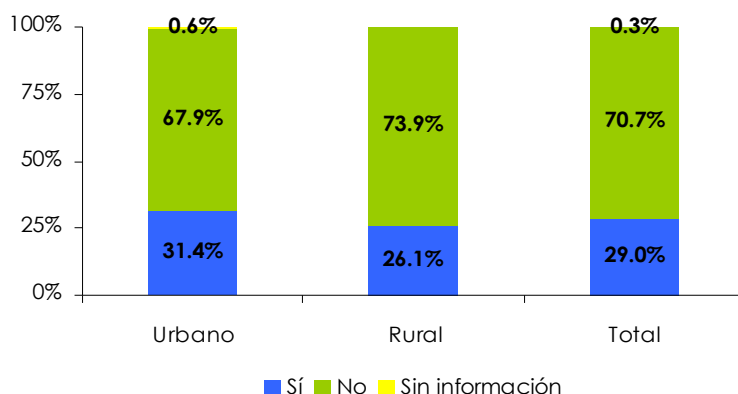
<sup>62</sup> Para mayor detalle ver DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 90: Supervisión a los servicios de Planificación Familiar IV*, enero del 2005, p. 80.

<sup>63</sup> *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* - Beijing, 4 al 15 de septiembre del 1995, párrafo 97.

<sup>64</sup> *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Ob. cit. párrafo 96.

<sup>65</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 138: Derecho a una maternidad segura*. Ob. cit., p. 100-102.

**Gráfico N° 2: ¿Conoce usted sus derechos durante la atención prenatal? según usuarias del servicio de salud por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Ahora bien, en el universo de usuarias que manifestaron conocer sus derechos (29%), encontramos que el porcentaje de conocimiento no supera el 64.7% para ningún derecho identificado y que el índice más alto de conocimiento corresponde al grupo de usuarias que mencionan el derecho a conocer el estado de salud de su bebé (60%). Ello podría deberse a que, en razón de los roles que culturalmente son asignados a las mujeres, el de madre se encuentra fuertemente arraigado entre las mujeres y exige, como parte de su adecuado cumplimiento, asumir el cuidado de los hijos o las hijas, en particular durante el embarazo, período en el que la subsistencia del niño (o la niña) depende directamente de la madre.

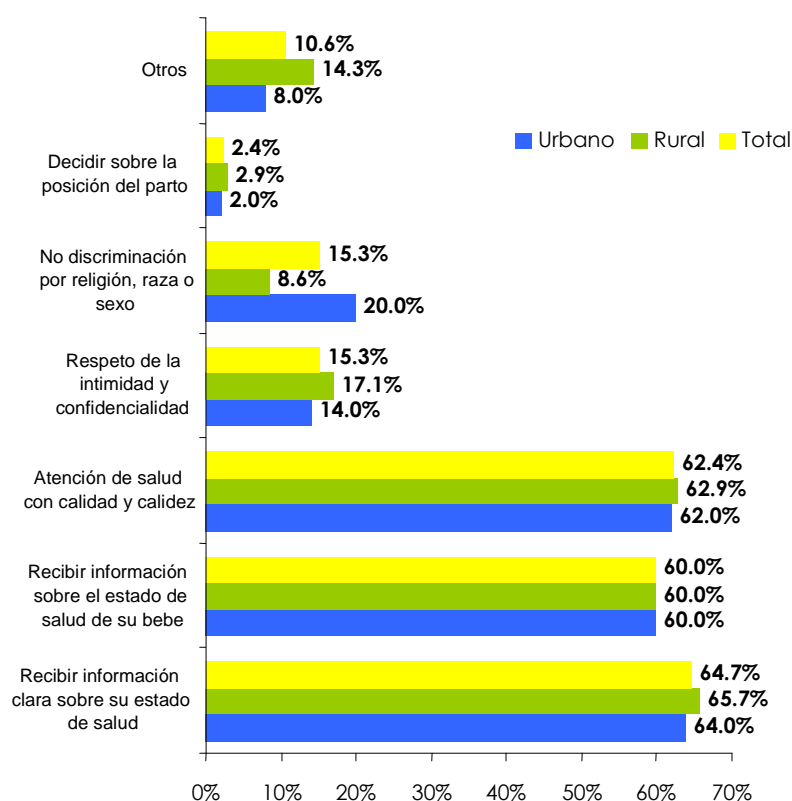
A continuación, encontramos que el 62.4% de las usuarias identifica que uno de sus derechos es recibir un trato adecuado en el establecimiento de salud y en el tercer lugar -con 60% de identificación- aparece el grupo de usuarias que señala como un derecho conocer el estado de su salud. Asimismo, con un porcentaje mucho menor, 15% en ambos casos, se hace alusión a los derechos a no ser discriminadas por motivo de sexo, raza o religión y a la confidencialidad en la atención.

Cabe destacar, con particular preocupación, que solo el 2.4% de las entrevistadas mencionó como un derecho elegir la posición para el parto, en especial si advertimos que el MINSA está priorizando la implementación de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, como una estrategia para incrementar los partos institucionales y avanzar en la adecuación intercultural de los servicios<sup>66</sup>.

Si se analiza esta misma información, en lo concerniente a la ubicación de los establecimientos de salud, se puede apreciar que en la mayoría de los derechos no se presenta una significativa diferencia entre los porcentajes de información entre las zonas rurales y urbanas, salvo para el caso del derecho a la no discriminación, el cual reporta 20% de conocimiento entre las usuarias de los establecimientos de las zonas urbanas, en tanto solo el 8.6% entre las usuarias de las zonas rurales.

<sup>66</sup> Según información proporcionada por el MINSA mediante el Oficio N° 4540/2009/DGSP/MINSA del 13 de octubre del 2009, durante el 2008 los partos verticales atendidos en los establecimientos de salud ascendieron a 22,937 y, durante el primer semestre del 2009, a 13,998.

**Gráfico N° 3: Usuarias que conocen sus derechos durante la atención prenatal**



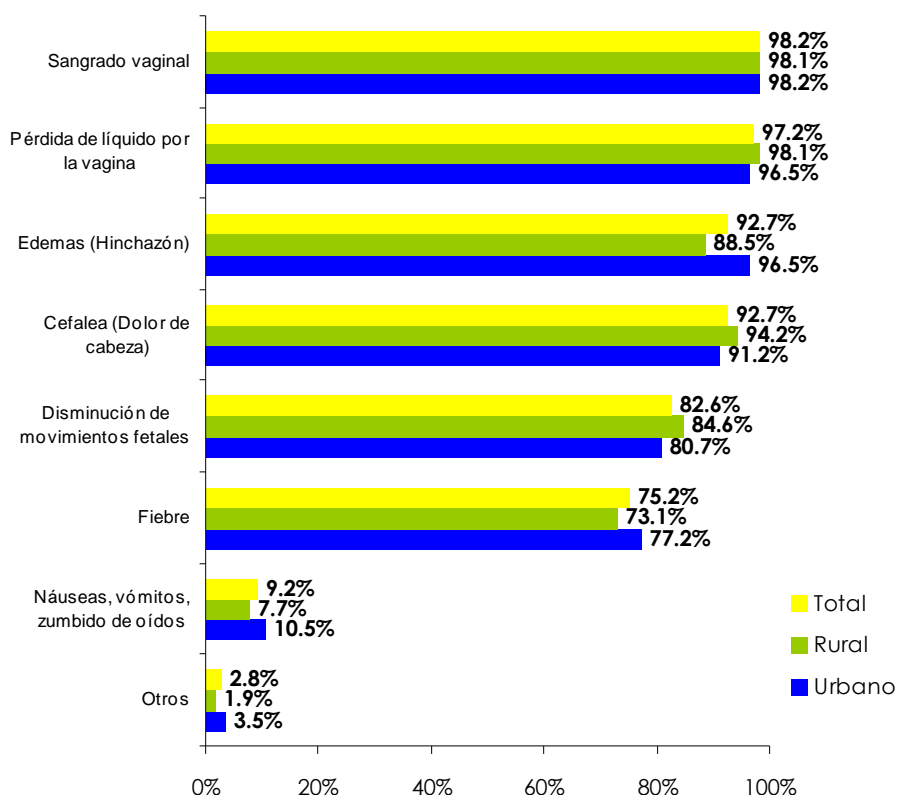
Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Se puede observar, entonces, que es necesario que el personal de los establecimientos de salud, con el apoyo del MINSA y las DIRESA, informen a las usuarias sobre el contenido de otros derechos relacionados con la atención de la salud materna como, por ejemplo, el derecho a la gratuidad del servicio, a que se implementen servicios interculturales, a que se les realicen pruebas para detectar VIH, Sífilis, cáncer de cuello uterino y mamas, a que su pareja y/o familiar las acompañe durante los controles prenatales y el parto, entre otros.

- **Acceso a la información: signos de alarma**

De manera general, según el siguiente gráfico, es posible señalar que el sangrado vaginal, la pérdida de líquido por la vagina, los edemas, la cefalea, la disminución de movimientos fetales y la fiebre son algunos de los signos de alarma que más se difunden entre las gestantes. Por el contrario, se presta una menor atención a las náuseas, vómitos y zumbido de oídos. Asimismo, se constató que los porcentajes de información a las usuarias no varían considerablemente en las zonas rurales y urbanas.

**Gráfico N° 4: Información sobre signos de alarma, según profesionales de la salud, por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Ahora bien, si se considera como universo a los (y las) profesionales de la salud entrevistados o entrevistadas en las 11 regiones que han sido materia de estudio durante la supervisión realizada en el año 2007,<sup>67</sup> encontramos que la totalidad de profesionales de la salud informaba a las usuarias sobre todos los posibles signos de alarma durante el embarazo.<sup>68</sup> Sin embargo, en promedio, solo el 68% de las usuarias entrevistadas afirmó reconocer los signos de alarma como parte de la información que le fue proporcionada durante la atención prenatal.

De acuerdo con la supervisión más reciente, según los (y las) profesionales de la salud que fueron entrevistados o entrevistadas, las labores de educación de las gestantes en identificación de signos de alarma habría descendido pues, en ningún caso se registra que el 100% de los (y las) profesionales de la salud informe al respecto. Es más, existen signos de alarma -como las náuseas, vómitos y zumbidos- que en términos de información proporcionada a la gestante no supera el 10%.

La educación de las gestantes en la identificación de los signos de alarma es una tarea que, de desarrollarse de manera adecuada y oportuna, puede salvar la vida de la madre y del niño o niña que está por nacer. En tal sentido, el MINSA, en coordinación con las DIRESA, deberá

<sup>67</sup> Como se ha señalado en la metodología, la Defensoría del Pueblo realizó una primera supervisión de los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA durante el 2007. Esta supervisión tuvo un alcance nacional y los resultados fueron analizados en el *Informe Defensorial N° 138*. Por su parte, la segunda supervisión a los servicios de ginecología y obstetricia se desarrolló en el 2008, abarcó 11 regiones del país y es materia del presente estudio. No obstante, con el objeto de contrastar algunos de los resultados obtenidos en la primera supervisión con los correspondientes a la segunda, se utilizará la información del 2007 acotada a las 11 regiones seleccionadas en el 2008.

<sup>68</sup> Según el *Informe Defensorial N° 138*, el 100% del personal de salud entrevistado educaba a la gestante en signos de alarma.

supervisar, que los (y las) profesionales de la salud cumplan con lo establecido en los protocolos de atención de la salud materna e informen a las usuarias sobre los signos de alarma durante las atenciones prenatales, como una medida orientada a evitar futuras complicaciones. Cabe señalar que, en su mayoría, las causas de muerte materna son evitables a partir de una oportuna atención de las emergencias obstétricas, actividad que solo se podrá realizar si la usuaria está instruida en su inmediata detección sobre la base de los signos de alarma.

- **Acceso a la información: planificación familiar**

El uso adecuado de los métodos anticonceptivos reduce el número de embarazos no deseados y dificulta la presencia de complicaciones derivadas de éstos. Así, “la frecuencia entre partos eleva los riesgos de vida y de salud. Una vez que una mujer ha tenido los hijos que desea, la imposibilidad de usar un método anticonceptivo desemboca en embarazos y partos no deseados. Ello aumenta el riesgo de muerte materna (...)”.<sup>69</sup>

En el marco de la atención prenatal, el Estado tiene la obligación de proveer a las gestantes información sobre los métodos de planificación familiar, a fin de que puedan adoptar una decisión informada en esta materia. En este punto, las sesiones de orientación y consejería son indispensables.<sup>70</sup> Al respecto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha instado al Estado peruano a que intensifique las actividades y los servicios de información sobre planificación de la familia destinados a mujeres y niñas, así como a que promueva con amplitud la educación sexual, en particular en los programas corrientes de educación destinados a las niñas y varones adolescentes, prestando particular atención a la prevención de los embarazos en adolescentes.<sup>71</sup>

Garantizar el acceso de las usuarias del servicio de ginecología y obstetricia a información sobre la gama completa de métodos anticonceptivos aprobados por el MINSA es parte gravitante del adecuado cumplimiento de las políticas públicas para reducir la mortalidad materna en el país. Así lo reconoce el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, que establece como una estrategia de intervención “mejorar la oferta de servicios de planificación familiar para reducir la demanda insatisfecha a toda la población en situación de vulnerabilidad”.<sup>72</sup>

No obstante, según las entrevistadas, el 38.5% de usuarias no recibió información sobre planificación familiar a lo largo de las atenciones que recibió durante su último embarazo. Este porcentaje se eleva en las zonas urbanas, por lo que el MINSA -en coordinación con las DIRESA- debe fortalecer y supervisar el cumplimiento de la obligación de los proveedores de salud de informar a las gestantes sobre la gama completa de métodos de planificación familiar, a fin de garantizar el derecho de las mujeres a decidir el número de hijos o hijas que desean tener y el espaciamiento entre los nacimientos.

---

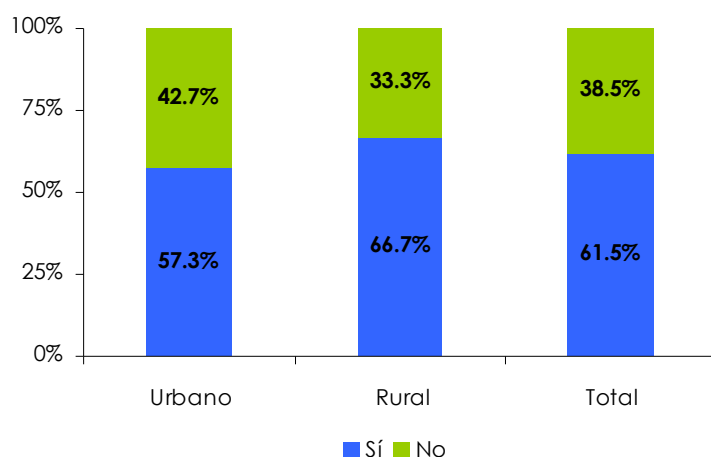
<sup>69</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2008*, Nueva York; ONU, 2008, p.27. consulta realizada el 22 de julio del 2009,

<sup>70</sup> Para mayor detalle, revisar las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva y la Norma Técnica de Planificación Familiar.

<sup>71</sup> COMITÉ DE PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, *Observaciones Finales para el Estado peruano*, 37° período de sesiones, febrero del 2007, párrafo 25.

<sup>72</sup> MINISTERIO DE SALUD, *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*, Lima: MINSA, marzo del 2009, p. 44.

**Gráfico N° 5: Información sobre planificación familiar, según usuarias por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

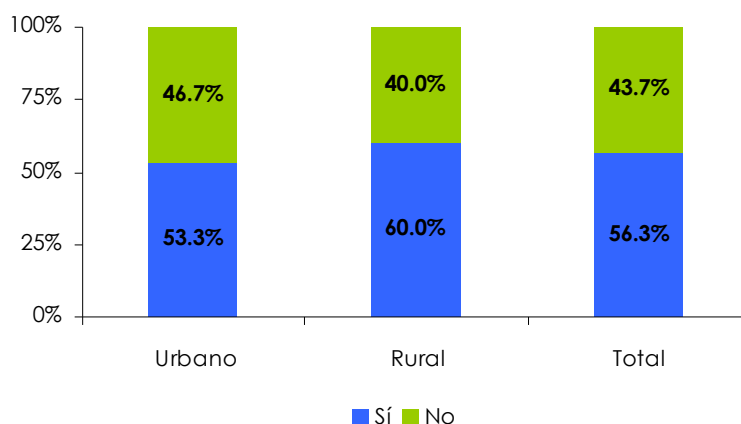
- **Acceso a la información: cuidados del recién nacido**

Informar a la madre -de manera clara y oportuna- respecto de temas relacionados con el cuidado del recién nacido puede ser crucial para evitar muertes perinatales. Sin embargo, como se puede observar en el siguiente gráfico, el 43.7% de las usuarias señala que no recibió información al respecto. Cabe precisar que, el bajo porcentaje de información podría deberse a que la mayoría de las usuarias no son primigestas, por lo que el personal estaría asumiendo que conoce la información. No obstante, es recomendable que los (y las) profesionales de la salud recuerden a todas las gestantes, independientemente de sus características individuales, los aspectos relacionados con el cuidado del recién nacido.

Ahora bien, según se aprecia en el gráfico, el porcentaje de desinformación, al igual que en el caso de los métodos de planificación familiar, se incrementa en el caso de las usuarias entrevistadas en establecimientos de salud ubicados en zonas urbanas. En razón de ello, se recomienda al MINSA que, en coordinación con las DIRESA, se asegure que los (y las) profesionales de la salud de los establecimientos del país, particularmente de las zonas urbanas, cumplan con brindar esta información a las gestantes, especialmente durante las atenciones prenatales, a fin de contribuir a que se eviten muertes perinatales o complicaciones en la salud de los niños o niñas recién nacidos.



**Gráfico N° 6: Información sobre el cuidado del recién nacido, según usuarias por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Sobre este punto es importante recordar que, como una práctica complementaria, los (y las) profesionales de la salud deben promover la participación de la pareja y/o de los familiares de la gestante durante las diferentes etapas del embarazo, el parto y el post parto, a fin de que, al igual que la gestante, se encuentren informados sobre los cuidados del recién nacido.

Lograr que los integrantes de la familia obtengan un cierto grado de comprensión del significado de la maternidad saludable facilita que ayuden en las emergencias obstétricas y que adopten decisiones acertadas y oportunas para movilizar y atender a las gestantes.<sup>73</sup> Ello, a su vez, permitirá que la carga del cuidado del niño o niña sea distribuida equitativamente entre los padres a fin de promover la igualdad entre los géneros en este aspecto.<sup>74</sup>

A este respecto, la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres señala que el Estado impulsa la igualdad de oportunidades sobre la base del respeto del principio de equidad de género y busca desterrar prácticas, concepciones y lenguajes que justifiquen la superioridad de alguno de los sexos. En ese sentido, debe adoptar todas las medidas necesarias que permitan remover los obstáculos que impiden el ejercicio pleno de este derecho, con el fin de erradicar todas las formas de discriminación.<sup>75</sup>

- **Accesibilidad económica: el Seguro Integral de Salud (SIS)<sup>76</sup>**

“(…) Las mujeres tienen mayores gastos de salud que los hombres porque utilizan más los servicios asistenciales, pero, por comparación con los varones, suelen ser más pobres y están desempleadas o trabajan a tiempo parcial o en el sector informal, que no ofrece prestaciones

<sup>73</sup> MEDICUS MUNDI NAVARRA DELEGACIÓN PERÚ, *Cerrando Brechas. Aproximando culturas. Un modelo de atención materno-perinatal*, septiembre del 2009, p. 65.

<sup>74</sup> Al respecto, ver Informe sobre el 53° período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, En: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/284/00/PDF/N0928400.pdf?OpenElement>.

<sup>75</sup> Ley N° 28983, *Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, Artículos 3°, numeral 3.2., literal a) y 4°, numeral 1).

<sup>76</sup> Cabe señalar que la supervisión materia del presente estudio se realizó en noviembre del 2008 por lo que se supervisó la adecuada afiliación de las gestantes al SIS. No obstante, es preciso mencionar que, posteriormente, el 30 de marzo del 2009 se aprobó la Ley de Aseguramiento Universal, Ley N° 29344, que busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Este nuevo modelo de seguridad social está siendo implementado progresivamente en Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, La Libertad, Lambayeque, Piura y San Martín.

sanitarias. Por consiguiente, una de las claves para mejorar la salud de las mujeres consiste en suprimir las barreras económicas que impiden el acceso a la asistencia sanitaria”.<sup>77</sup>

“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. (...) Es obligación de los Estados parte garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.<sup>78</sup>

En esa misma línea, la Comisión de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sostenido que los Estados deben disponer de sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud, con independencia de la capacidad de pago<sup>79</sup>.

En el caso peruano, el SIS es una de las principales estrategias creadas por el MINSA con este objetivo. Su misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, en forma de subsidio público, de conformidad con la política del sector con vistas a beneficiar a los más pobres. Mediante el Decreto Supremo N° 004-2007-SA del 17 de marzo del 2007, ampliado por la Resolución Ministerial N° 277-2008/MINSA, se aprobó el listado priorizado de intervenciones sanitarias que dio lugar a los actuales dos componentes de aseguramiento del SIS: componente subsidiado y semi subsidiado.

El primero de los componentes está dirigido a la población en situación de pobreza y pobreza extrema, mientras que el segundo exige al asegurado una aportación entre S/. 10 y S/. 30.00 Nuevos Soles, en función de sus ingresos mensuales y del tipo de afiliación (individual o familiar). Cabe mencionar que, desde sus inicios, el SIS considera el aseguramiento de la mujer gestante y de las niñas y niños recién nacidos como una prioridad. En ese sentido, el listado priorizado de intervenciones contempla la cobertura de las atenciones prenatales, la consejería y atención en el servicio de planificación familiar, la detección, consejería y prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH-Sida, la distribución del suplemento de micronutrientes para niños menores de cinco años y gestantes, así como la atención del parto y el puerperio normales y complicados.

De igual modo, la Norma Técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la salud materno-neonatal, establece como prestaciones cubiertas por el SIS las siguientes: planificación familiar, atenciones prenatales (por lo menos, seis), evaluación integral (incluye pesquisa para detectar violencia), pruebas para detectar VIH, ETS, urocultivo, papanicolaou, partograma, administración de oxitocina, visita domiciliaria si fuera necesaria, suministro de ácido fólico y hierro, entre otras atenciones<sup>80</sup>.

En consecuencia, habida cuenta de la trascendencia del SIS con relación al acceso de las mujeres de las zonas más pobres del país a atenciones necesarias para garantizar un embarazo y un parto sin riesgos, la Defensoría del Pueblo ha dedicado especiales esfuerzos a la

<sup>77</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana. Resumen analítico*, 2009, p. 4.

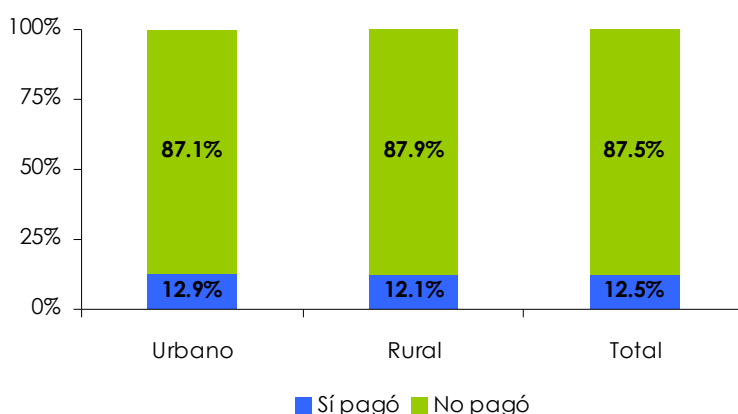
<sup>78</sup> COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, *Observación General N° 24*, párrafo 27.

<sup>79</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, COMISIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES, *Informe Final*, Conclusiones, p. 1. Consulta: 10 de septiembre del 2009. En: [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/closing\\_the\\_gap\\_how\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_es.pdf).

<sup>80</sup> Norma Técnica N° 063-MINSA/DGSP-V.01., *Norma Técnica de Salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la salud materno neonatal*, Ob. cit.

supervisión del adecuado funcionamiento de este seguro.<sup>81</sup> En esta oportunidad se buscó supervisar el respeto de la gratuidad de la afiliación de las gestantes al SIS, para lo cual se preguntó a las 290 entrevistadas si tuvieron que realizar algún pago para tramitar su afiliación. Sobre este particular, el 12.5% de las entrevistadas mencionó que en el establecimiento de salud le habían cobrado un pago por tramitar su afiliación. Esta irregularidad, como se puede apreciar en el gráfico, se presenta en similar porcentaje tanto en las usuarias de zonas urbanas y en las rurales.

**Gráfico N° 7: ¿Pagó por afiliarse al SIS?, según usuarias por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

De acuerdo con los datos obtenidos en esta supervisión, los montos de los cobros indebidos oscilan entre S/. 1.00 y S/. 5.00 Nuevos Soles en 24 establecimientos de salud visitados.

**Tabla N° 6: Monto del cobro indebido por afiliación al SIS, según usuarias**

Monto del pago	Número de usuarias que realizaron pago por afiliación al SIS	Porcentaje (%)
1.00	24	72.7
2.00	3	9.1
3.00	3	9.1
4.00	1	3.0
5.00	2	6.1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

De acuerdo con el detalle de la tabla que se muestra a continuación es posible señalar que las regiones de Pasco, Ucayali y Ayacucho son las que presentan, en esta supervisión, mayor incidencia de cobros indebidos. En la mayoría de los casos, los cobros indebidos tienen lugar en los centros y puestos de salud, aunque se ha detectado que seis hospitales presentan este tipo de irregularidad: Hospital Apoyo I Moyobamba en San Martín, Hospital Apoyo Huanta de

<sup>81</sup> Para mayor detalle, puede revisar los *Informes Defensoriales 111 y 138*.

Ayacucho, Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, Hospital Regional de Pucallpa en Ucayali, Hospital de Apoyo N° 2 – Yarinacocha en Ucayali y Hospital Daniel Alcides Carrión en Pasco.

**Tabla N° 7: Monto de los cobros indebidos por afiliarse al SIS por establecimiento de salud**

Región	Establecimiento de Salud	Categoría	Ubicación geográfica	Monto del pago al SIS (Nuevos soles)
Ayacucho	Centro de Salud Huamanguilla	I-3	Rural	3.00
Ayacucho	Centro de Salud Vinchos	I-3	Rural	1.00
Ayacucho	Puesto de Salud Arizona	I-1	Rural	1.00
Ayacucho	Hospital Apoyo Huanta	II-1	Urbano	5.00
Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	II-2	Urbano	5.00
La Libertad	Centro de Salud Virú	I-4	Urbano	1.00
Pasco	Puesto de Salud Chinche Tingo	I-2	Rural	1.00
Pasco	Puesto de Salud Huaylasjirca	I-1	Rural	1.00
				1.00
Pasco	Puesto de Salud Ninacaca	I-2	Rural	1.00
Pasco	Puesto de Salud Tlacacayan	I-2	Rural	1.00
Pasco	Puesto de Salud Pallanchacra	I-2	Rural	1.00
Pasco	Hospital Daniel Alcides Carrión	II-1	Urbano	2.00
				4.00
Pasco	Centro de Salud Paucartambo	I-4	Urbano	3.00
Pasco	Centro de Salud Huariaca	I-4	Urbano	1.00
				1.00
				1.00
Puno	Centro de Salud Pilcuyo	I-3	Rural	1.00
				1.00
Puno	Puesto de Salud Canchi Grande	I-1	Rural	2.00
				2.00
San Martín	Hospital Apoyo I Moyobamba	II-1	Urbano	1.00
Ucayali	Centro de Salud 9 de Octubre	I-3	Urbano	1.00
				1.00
Ucayali	Puesto de Salud Las Mercedes	I-2	Rural	1.00
				1.00
				1.00
Ucayali	Hospital Regional de Pucallpa	II-2	Urbano	1.00
Ucayali	Puesto de Salud San Pablo de Tushmo	I-2	Urbano	3.00
Ucayali	Hospital de Apoyo N° 2 - Yarinacocha	II-2	Urbano	1.00
Ucayali	Centro de Salud San José de Yarinacocha	I-2	Urbano	1.00
Ucayali	Centro de Salud 9 de Octubre	I-3	Urbano	1.00

Fuente: Cuestionario 2B

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Sobre este particular, la Defensoría del Pueblo ha señalado que estos cobros se han realizado sin ninguna base normativa y constituyen una barrera económica que restringe el acceso de las mujeres a los servicios públicos de ginecología y obstetricia. Más aún, esta práctica irregular en los servicios de salud podría denotar que los funcionarios y las funcionarias y los servidores de salud abusaron de su cargo, exigiendo el pago por la prestación de servicios que se deben brindar de manera gratuita, como lo establecen las normas del SIS.

Por tal motivo, la Defensoría del Pueblo considera relevante insistir en que la indebida exigencia pecuniaria, realizada por funcionario o servidor público en el ejercicio abusivo de su cargo, podría configurar la comisión de un delito de cobro indebido tipificado en el artículo 383° del Código Penal vigente.<sup>82</sup> Por consiguiente, el MINSA, en coordinación con las DIRESA, debe adoptar las medidas pertinentes para erradicar este tipo de cobros e iniciar los procedimientos administrativos para, de ser el caso, imponer las sanciones correspondientes a los responsables de tales actos.

### **2.1.2 Disponibilidad de medicamentos**

- **Ácido fólico**

El suministro de ácido fólico a las gestantes desde los primeros meses del embarazo es esencial para evitar malformaciones en el niño o niña, como columna bífida y anencefalia. De conformidad con la Norma Técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno-neonatal, los (y las) profesionales de la salud están obligados a brindar a la gestante, de manera gratuita, ácido fólico desde el inicio de la gestación y hasta culminar el primer trimestre y el hierro desde la decimosexta semana de gestación hasta culminar el embarazo<sup>83</sup>.

Según los resultados de la supervisión, el 94.5% del personal de salud que fue entrevistado señaló que el establecimiento de salud a su cargo contaba con pastillas de ácido fólico para ser distribuidas entre las usuarias. Cabe precisar que, los cinco (5) establecimientos que, al momento de la supervisión, no contaban con este insumo son los siguientes: en La Libertad, los Puestos de Salud Simbal y Buena Vista; en Ucayali, los Puestos de Salud Fraternidad y Las Mercedes; en Junín, el Hospital de Apoyo Domingo Olavegoya. Con vistas a ejemplificar la labor de la Defensoría del Pueblo en este aspecto, en la siguiente tabla se detallan las acciones realizadas en La Libertad, a fin de garantizar la disponibilidad de este insumo en los establecimientos de salud visitados.

---

<sup>82</sup> Sobre este punto, la Defensoría del Pueblo se ha pronunciado en los Informes Defensoriales N° 69, 90 y 111.

<sup>83</sup> Norma Técnica N° 063-MINSA/DGSP-V.01., Norma Técnica de Salud para la implementación del listado priorizado para de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la salud materno neonatal, Ob. cit., p. 11.

**Tabla N° 8: Quejas por desabastecimiento de ácido fólico-región La Libertad**

Región	Establecimiento de Salud	N° queja SID	Detalle de las acciones realizadas
La Libertad	Centro de Salud Simbal	5006-2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 03/12/2008, mediante un oficio se recomendó al director de la DIRESA La Libertad realizar las acciones necesarias a fin de abastecer de ácido fólico al establecimiento de salud. En una segunda visita de supervisión, realizada el 31/03/09, se verificó que el establecimiento de salud se encontraba debidamente abastecido de ácido fólico.</li> </ul>
La Libertad	Puesto de Salud Buena Vista	5011-2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 03/12/2008, mediante un oficio se recomendó al Gerente General de Salud de La Libertad realizar las acciones necesarias, a fin de abastecer de ácido fólico al establecimiento de salud. En una segunda visita realizada el 23/06/09 se observó que el establecimiento de salud estaba debidamente abastecido de ácido fólico.</li> </ul>

Fuente: Sistema de Información Defensorial

Elaboración: Defensoría del Pueblo

#### • Sulfato ferroso

La malnutrición, causada en ocasiones por la discriminación por motivos de género en la distribución de alimentos, genera una grave amenaza para la salud de las mujeres y las niñas. La carencia de yodo que aumenta la susceptibilidad de la mujer respecto de las enfermedades, las complicaciones vinculadas al embarazo y las muertes derivadas de la maternidad. Según las estimaciones de la OMS, el 50% de las mujeres embarazadas en todo el mundo padece de anemia.<sup>84</sup>

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, la prevalencia de anemia en gestantes -según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar del 2000- es de 40%. Por su parte, el monitoreo nacional de indicadores nutricionales para el año 2004 arrojó un porcentaje mayor: 42.7%<sup>85</sup>. Más adelante, la ENDES Continua 2004-2006 registró que el 34.2% de las mujeres embarazadas entrevistadas padecía anemia leve o moderada.<sup>86</sup> Si bien las cifras no son comparables entre sí, nos permiten inferir que existe la anemia se encuentra presente entre algunas gestantes de nuestro país, situación que, en algunos casos, podría determinar complicaciones en el embarazo y problemas de bajo peso en los niños y niñas recién nacidos.

Debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria, la deficiencia nutricional constituye más de la mitad de número total de casos de anemia y las mujeres anémicas son menos tolerantes a la pérdida de sangre durante el parto, particularmente cuando los niveles de hemoglobina descienden. En ese sentido, la detección temprana de la anemia

<sup>84</sup> Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas: *Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI*, Consulta realizada el 2 de noviembre del 2009. En: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/fs3.htm>.

<sup>85</sup> En: <http://www.ins.gob.pe>. Consulta realizada el 20 de julio de 2009.

<sup>86</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES CONTINUA 2004-2006*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, agosto del 2007, cuadro 10.8.2, prevalencia de anemia en mujeres, p. 164.

nutricional y el empleo de hierro complementario/adicional para mujeres con deficiencia de hierro puede mejorar la salud materno-infantil.<sup>87</sup>

Al respecto, casi la totalidad de los (y las) profesionales de la salud entrevistados (98.2%) señalan que los establecimientos de salud a su cargo cuentan con este insumo para distribuirlo entre las gestantes. No obstante, según las usuarias, en el 86.9% de los casos, el profesional de la salud le prescribió sulfato ferroso.<sup>88</sup> En la siguiente tabla se muestran los establecimientos de salud en los que no se les prescribió dicho medicamento.

**Tabla N° 9: Establecimientos de salud en donde no prescriben sulfato ferroso a las gestantes, según las usuarias**

Región	Establecimiento de salud	Categoría	Ubicación geográfica	Número de usuarias que refieren que no se prescribe sulfato ferroso
Huánuco	Centro de Salud Santa María del Valle	I-3	Rural	2
Huánuco	Puesto de Salud San Sebastián de Quera	I-2	Rural	1
Junín	Centro de Salud San Juan de Jarpa	I-2	Rural	1
Junín	Hospital de Apoyo Domingo Olavegoya	II-1	Urbano	1
Junín	Puesto de Salud Pilcomayo	I-2	Urbano	3
Junín	Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrión	II-2	Urbano	1
Junín	Hospital de Apoyo El Carmen	II-2	Urbano	1
Junín	Centro de Salud San Jerónimo	I-3	Urbano	1
Junín	Centro de Salud M. I. José Agurto Tello El Tambo	I-4	Urbano	2
La Libertad	Hospital Tomás Lafora	II-1	Urbano	1
Pasco	Hospital Daniel Alcides Carrión	II-1	Urbano	1
Piura	Puesto de Salud Las Mónicas	I-1	Rural	1
Puno	Centro de Salud Chipana	I-2	Rural	2
Puno	Puesto de Salud Marcuyo	I-2	Rural	2
Puno	Centro de Salud Pilcuyo	I-3	Rural	2
Puno	Centro de Salud Samán	I-2	Rural	2
Puno	Puesto de Salud Canchi Grande	I-1	Rural	2
Ucayali	Puesto de Salud Las Mercedes	I-2	Rural	1
Ucayali	Hospital Regional de Pucallpa	II-2	Urbano	1
<b>Total</b>				<b>28</b>

Fuente: Cuestionario 2B

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Es decir, a 28 usuarias entrevistadas no se les recetó este suplemento, lo que incrementó el riesgo de que presentasen anemia y posteriores complicaciones durante el embarazo y el parto. Cabe señalar que 16 de estas 28 usuarias fueron atendidas en establecimientos de salud de las

<sup>87</sup> Idem, p. 161.

<sup>88</sup> Cabe precisar que esta pregunta se aplicó únicamente a las usuarias con cinco o más meses de embarazo, por lo que el universo general de usuarias ascendió a 221.

zonas rurales, en donde probablemente, debido a las altas tasas de pobreza, se presenta una mayor incidencia de anemia nutricional entre las gestantes.

Ahora bien, entre las usuarias que señalan que sí se les prescribió sulfato ferroso se registró un 3.6% a las que no se les hizo entrega del medicamento.<sup>89</sup> De este manera, si sumamos el porcentaje de usuarias a las que no se les recetó sulfato ferroso con el número de usuarias a las que se les recetó, pero no recibieron el medicamento, se concluye que, en realidad, aproximadamente el 14% de gestantes no recibió efectivamente dicho medicamento.

Asimismo se registró que un 5.4% de las usuarias que sostienen que se les entregó sulfato ferroso manifiestan que se les cobró por las pastillas.<sup>90</sup> A manera de ejemplo, se puede citar la queja interpuesta contra el Hospital Integral de Tarapoto (Hospital de Apoyo II Tarapoto), en el que, según información obtenida durante la supervisión, se habría cobrado a las usuarias no afiliadas al SIS la suma de S/0.50 Nuevos Soles por la entrega de las pastillas de sulfato ferroso. En este caso, el personal de la Defensoría del Pueblo recomendó al director del referido hospital que verificase la distribución gratuita de dichas pastillas. Posteriormente, mediante una segunda visita al establecimiento de salud, la Defensoría del Pueblo constató que las pastillas de sulfato ferroso se están distribuyendo gratuitamente entre las usuarias.

Toda vez que esta práctica podría denotar que los funcionarios o funcionarias y los servidores o servidoras de salud abusaron de su cargo, exigiendo el pago por la prestación de servicios que se deben de brindar de manera gratuita, se recomienda al MINSA y las DIRESA reiterar al personal de salud el carácter gratuito de esta atención y asegurar que se inicien los procesos administrativos disciplinarios y, de ser el caso, que se impongan las sanciones correspondientes a las personas implicadas en estos hechos, sin perjuicio de la responsabilidad penal que estas acciones generan.

**Tabla N° 10: Disponibilidad y accesibilidad del sulfato ferroso, según usuarias**

	Le recetaron sulfato ferroso		Le entregaron pastillas de sulfato ferroso		Le cobraron por las pastillas de sulfato ferroso	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	192	86.9	185	95.9	10	5.4
No	28	12.7	7	3.6	174	93.5
Sin información	1	0.5	1	0.5	2	1.1
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100.0</b>	<b>193</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario 2B

Elaboración: Defensoría del Pueblo

<sup>89</sup>Para esta pregunta, el universo general de usuarias entrevistadas fue de 193, número que respondieron que se les prescribió sulfato ferroso durante la atención prenatal.

<sup>90</sup> Para esta pregunta, el universo general de usuarias entrevistadas fue de 186, número que respondieron que se les entregó el sulfato ferroso durante la atención prenatal. Resulta oportuno mencionar que son 10 las usuarias, siete en establecimientos urbanos y tres en rurales, que señalaron que se les había cobrado por la entrega de estas pastillas.



**Tabla N° 11: Establecimientos de salud que cobran por entrega la de sulfato ferroso, según usuarias**

Región	Establecimiento de salud	Categoría	Ubicación geográfica
Ayacucho	Hospital Apoyo Huanta	II-1	Urbano
Cusco	Hospital Regional Cusco	III-1	Urbano
Huancavelica	Puesto de Salud Uchcus Incañan	I-2	Rural
Junín	Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrión	II-2	Urbano
La Libertad	Puesto de Salud San Martín de Porres	I-1	Urbano
La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo	III-1	Urbano
Piura	Centro de Salud Tambogrande	I-4	Rural
San Martín	Hospital de Apoyo II Tarapoto	II-1	Urbano
Ucayali	Puesto de Salud Las Mercedes	I-2	Rural
Ucayali	Puesto de Salud San Francisco de Asís	I-1	Urbano

Fuente: Cuestionario 2B

Elaboración: Defensoría del Pueblo

### 2.1.3. Aceptabilidad

- **Prueba para detectar VIH en gestantes**

Es necesario reconocer la relevancia de los condicionantes estructurales que hacen que determinadas poblaciones enfrenten un riesgo mayor de sufrir determinadas enfermedades. Así lo reconoce el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer cuando señala expresamente que la mujer corre un mayor riesgo de resultar expuesta a enfermedades transmitidas por contacto sexual.<sup>91</sup>

En efecto, la calidad de los servicios de salud y los servicios públicos en general, las comunicaciones y los transportes, la defensa de los derechos humanos, la calidad de los sistemas educativos, el concepto de la sexualidad y la feminización de la pobreza, entre otros, son factores directamente relacionados con las probabilidades de contraer la enfermedad del Sida o de acceder al tratamiento.<sup>92</sup>

En respuesta a la epidemia de VIH/Sida, que ha ido adquiriendo cada vez mayores proporciones, muchos gobiernos de la región han adoptado medidas de prevención y tratamiento que en algunos casos, se han incorporado a los servicios de salud reproductiva. En muchos de estos proyectos se da prioridad al cambio de actitudes y la eliminación de estigmas sociales mediante una educación adecuada. Sin embargo, estas medidas no han impedido que el porcentaje de mujeres afectadas haya aumentado dramáticamente.<sup>93</sup>

Respecto de la situación de la mujer y el VIH, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas expresó, en su último reporte, su preocupación

<sup>91</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observación General N° 24, párrafo 12 literal a).

<sup>92</sup> MEDICUS MUNDI CATALUNYA, *Mujer, Sida y acceso a la salud en el África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*, p. 8. Consulta: 10 de septiembre del 2009. En: [http://www.medicusmundi.es/famme/publicaciones/libros/mujer\\_sida\\_y\\_acceso\\_a\\_la\\_salud\\_en\\_africa\\_subsaariana\\_enfoque\\_desde\\_las\\_ciencias\\_sociales\\_1](http://www.medicusmundi.es/famme/publicaciones/libros/mujer_sida_y_acceso_a_la_salud_en_africa_subsaariana_enfoque_desde_las_ciencias_sociales_1).

<sup>93</sup> CEPAL, *Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe: El Desafío de la Equidad de Género y de los Derechos Humanos en los Albores del Siglo XXI*, punto número 6. Consulta: 2 de noviembre del 2009. En: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/4322/capii6.htm>.

por el hecho de que la desigualdad entre los géneros aumenta la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida y la propagación general y la feminización de la pandemia.<sup>94</sup> En ese sentido, el MINSA debe adoptar medidas para evitar que se incremente el número de mujeres con VIH, garantizar la detección oportuna del virus y asegurar el tratamiento gratuito para las mujeres que viven con VIH.

La principal vía de transmisión del VIH es la sexual (97%), seguida de la transmisión vertical (2%) y la transmisión parental o sanguínea (1%).<sup>95</sup> En ese sentido, la adecuada y oportuna realización de las pruebas para detectar el virus en gestantes es crucial. Por ello, los protocolos que regulan la atención de las gestantes promueven la realización de esta prueba.<sup>96</sup> Más aún, algunos de estos protocolos recomiendan que ésta se realice -de preferencia- durante la primera atención prenatal, a fin de asegurar un diagnóstico oportuno e iniciar el correspondiente tratamiento.<sup>97</sup>

Al respecto, la Defensoría del Pueblo reconoce la importancia de realizar pruebas para detectar el VIH y la Sífilis durante el embarazo como una estrategia orientada a reducir la transmisión vertical de la epidemia y de las infecciones de transmisión vertical. En esa medida, alienta al MINSA para que desde la ESSR y la de Prevención y Control de las ITS y del VIH/Sida -en coordinación con el personal de las DIRESA- continúen implementando una política pública integral de lucha contra estas enfermedades.

No obstante, es preciso recordar lo señalado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer respecto de este tema: “son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas”.<sup>98</sup>

En efecto, así como la realización de las pruebas es un factor gravitante para la reducción de la transmisión vertical del VIH, es igualmente importante que estas pruebas se realicen en un marco de respeto de los derechos fundamentales de las mujeres que acuden a los servicios públicos de salud. En ese sentido, es deber de la administración “asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respeten los derechos humanos y sigan normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta”.<sup>99</sup>

Como se ha señalado en el acápite anterior, la obtención del consentimiento informado de la gestante es una condición indispensable para la adecuada realización de la prueba. De lo contrario, se estaría afectando el derecho a la autonomía de las gestantes, el carácter voluntario de la prueba diagnóstica y el objeto de las sesiones de consejería.<sup>100</sup>

<sup>94</sup> COMISIÓN DE LA CONDICIÓN JURÍDICA Y SOCIAL DE LA MUJER, *Informe sobre el 53° período de sesiones*, Ob. cit., párrafo 4.

<sup>95</sup> DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, *Situación del VIH/Sida en el Perú*, En: Boletín Epidemiológico Mensual, Lima, diciembre del 2008, Consulta: 23 de julio del 2009. En: [www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin\\_2008/diciembre.pdf](http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2008/diciembre.pdf)

<sup>96</sup> Ley N° 28243, que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las enfermedades de transmisión sexual, Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre- Niño del VIH y la Sífilis Congénita, Norma Técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en el Perú. Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA, entre otras.

<sup>97</sup> Ver página 36 del Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA. Según el *Informe Defensorial N° 143*, la realización de la prueba para detectar VIH en la primera atención prenatal no sería posible debido a que, de acuerdo CON lo expresado por el personal de salud entrevistado, las usuarias deben tramitar -de manera previa a la prueba- su afiliación al SIS, lo que en ocasiones dificulta su captación al servicio. Para saber más detalles, ver p. 167 del referido *Informe Defensorial*.

<sup>98</sup> COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, *Observación General N° 24*, párrafo 22.

<sup>99</sup> *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Ob. cit., párrafo 107, literal g).

<sup>100</sup> Para mayor detalle, revisar: *Informe Defensorial N° 143*, pp. 64 y 118-122, y el *Informe Defensorial N° 138* en el punto 4.2.7.

## - De las sesiones de consejería

El Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y Sida establece la obligación de los prestadores de salud de realizar las sesiones de consejería pre y post test para detectar VIH, ya sea de manera individual o con grupos pequeños de gestantes.<sup>101</sup> Estas sesiones deben asegurar la privacidad y confidencialidad del caso, así como la comprensión de la información proporcionada.<sup>102</sup> En esa misma línea, la Norma Técnica para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú, prescribe que el objeto de la consejería es lograr que el paciente **acepte voluntariamente** someterse a una prueba diagnóstica para descartar la infección por el VIH.<sup>103</sup>

No obstante, para el caso de las gestantes, el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y Sida dispone, como norma general, la obligatoriedad de la prueba y no prevé -de manera específica- la previa obtención del consentimiento informado de la madre para la realización de la prueba.<sup>104</sup> Esta disposición, estaría contraviniendo lo establecido en la Ley N° 28243, así como el derecho de la mujer a recibir información y adoptar una decisión voluntaria e informada sobre su salud reproductiva. En ese sentido, el MINSA debería precisar en dicho documento que la obtención del consentimiento informado es un presupuesto indispensable para la adecuada realización de la prueba. Adicionalmente, debería disponer la obligatoria aplicación del formato “modelo de consentimiento informado para la prueba de despistaje de VIH” para la atención de las gestantes en cualquier establecimiento de salud del país.<sup>105</sup>

En lo tocante a la realización de las sesiones de consejería, el 82.9% de los profesionales entrevistados señaló que informó a la gestante sobre su derecho a recibir consejería sobre VIH, de manera previa a la realización de la prueba. Sin embargo, el 51% de las usuarias entrevistadas señala que no recibió consejería alguna. Este porcentaje se eleva a 61.2% en el caso de las zonas rurales.

Ahora bien, si se analiza esta misma pregunta, según la categoría de los establecimientos de salud visitados, se encontrará que en los establecimientos de salud que atienden partos, categorías I-4, II y III, se evidencia un mayor cumplimiento de la obligación de prestar consejería en temas de VIH a las gestantes. La existencia de profesionales de la salud con competencias profesionales especializadas en la atención de la salud materna en estos establecimientos de salud podría estar directamente relacionada con la mejor entrega de información a las pacientes.

Por consiguiente, se requiere fortalecer el cumplimiento de este aspecto de la atención de la gestante en los establecimientos de salud de menor complejidad y, particularmente, de las zonas rurales, pues en éstos también se llevan a cabo las pruebas de diagnóstico para detectar VIH.<sup>106</sup>

---

<sup>101</sup> Ver p. 36 del Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA y p. 14 de la Norma Técnica para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú.

<sup>102</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 143, Ob. Cit.*, p. 168.

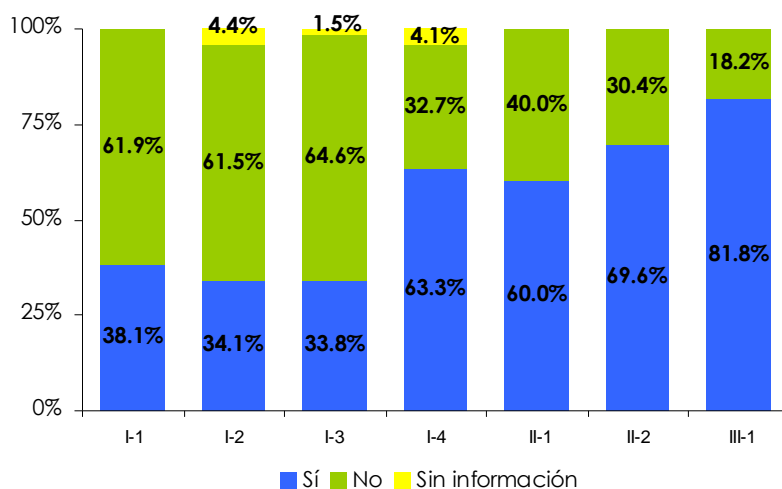
<sup>103</sup> *Norma Técnica de Salud N° 077 -MINS/DGSP-V01. Norma Técnica para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú*, p. 14.

<sup>104</sup> *Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA*, aprobado por Resolución Ministerial N° 264 – 2009/MINSA, p. 37.

<sup>105</sup> Anexo N° 10 del Documento Técnico Consejería en ITS,VIH y SIDA.

<sup>106</sup> De conformidad con la Norma Técnica aprobada por el MINSA, que establece las Categorías de los establecimientos de salud, las pruebas rápidas para detectar VIH se realizan desde los establecimientos de salud de categorías I-1. Para mayor detalle puede revisar los *Informes Defensoriales N° 138 y 143*.

**Gráfico N° 8: Consejería sobre VIH, según usuarias por categoría de los establecimientos**



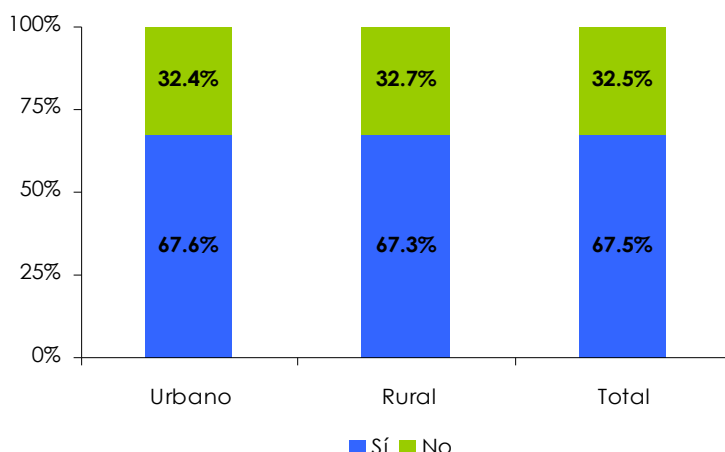
Fuente: Cuestionario 2B  
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

**- De la obtención del consentimiento informado**

Como se ha señalado anteriormente, la actual regulación de las pruebas de VIH en los servicios públicos de salud no garantiza el derecho de las gestantes a prestar su consentimiento de manera previa a la realización de la prueba. Por el contrario, tal como se encuentran redactados los protocolos, se podría estar promoviendo la realización de estas pruebas sin tomar en cuenta lo establecido en la Ley N° 28243, que sólo prescribe la obligatoriedad de éstas en gestantes que presentan riesgo previsible de infección o contagio.

A este respecto, el 73.2% de los (y las) profesionales entrevistados cumple con informar a la gestante sobre el derecho a prestar su consentimiento para la realización de la prueba diagnóstica. No obstante, el 32.5% de las usuarias a las que se realizó la prueba señalan que no se les solicitó su consentimiento para la realización de ésta.

**Gráfico N° 9: ¿Le pidieron su consentimiento para realizar la prueba?, según usuarias por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

A manera de ejemplo, se puede citar el caso del Centro de Salud de Santa María del Valle de Huánuco, en el que las usuarias entrevistadas afirmaron que no se les solicitaba su consentimiento informado para realizarles la prueba de VIH. En ese sentido, el 5 de noviembre del 2008, el personal de la Defensoría del Pueblo se entrevistó con el responsable de dicho centro de salud y le recordó que la obtención del consentimiento informado es un presupuesto indispensable para la adecuada realización de la prueba de VIH.

Posteriormente, la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Control de ITS, VIH y SIDA de la DIRESA Huánuco informó al personal de la Defensoría del Pueblo que, en la misma línea de la recomendación formulada, el MINSA les había indicado que la gestante debe autorizar con su firma -previa consejería- la realización de la prueba del VIH-SIDA. Asimismo, la funcionaria del MINSA agregó que –gracias a la intervención de la Defensoría del Pueblo- se ha promovido entre el personal de todos los establecimientos de salud de la región Huánuco la necesidad de obtener el consentimiento informado de la gestante antes de realizar la referida prueba.

#### - De la realización de la prueba

La prueba rápida en gestantes permite la obtención de resultados inmediatos y la adopción de medidas necesarias a efectos de prevenir la transmisión madre-niño. De esta manera, mediante el uso de esta prueba, cuyo costo se estima en S/. 10.00 Nuevos Soles, es posible disminuir la posibilidad del nacimiento de un niño o niña con VIH, cuyo tratamiento puede demandar una inversión de S/. 1,000 a S/.50, 000 Nuevos Soles al año,<sup>107</sup> así como asegurar el adecuado tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para la madre.

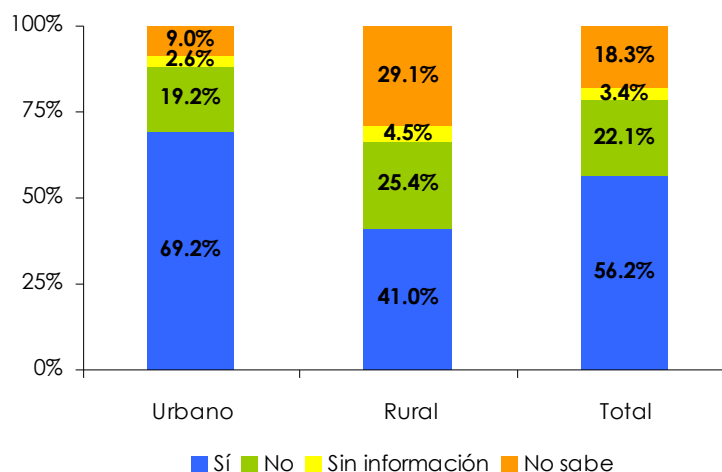
Sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos de la entrevista al personal de salud, solo en el 75.2% de los casos se realiza esta prueba a las gestantes. Este porcentaje desciende a un 63.5% si se toman en cuenta las respuestas del personal que labora en las zonas rurales. En lo que toca a este punto, el 56.2% de las usuarias declaró que le practicaron dicha prueba.<sup>108</sup>

<sup>107</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 143*, Ob. cit., p. 198.

<sup>108</sup> En la zona rural, el porcentaje es de 41% y entre las usuarias de zonas urbanas es aproximadamente de 70%.

Como se puede advertir, se aprecia una significativa diferencia entre lo señalado por los profesionales de la salud y las usuarias.

**Gráfico N° 10: Realización de prueba para detectar VIH, según usuarias por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Según el personal de salud entrevistado, las principales causas por las cuales no se realiza la prueba diagnóstica del VIH en gestantes, en los establecimientos de salud, son: la falta de laboratorio y de insumos o equipos en los establecimientos de salud.<sup>109</sup> Al respecto, cabe recordar que la falta de insumos para realizar las pruebas diagnósticas fue advertida por la Defensoría del Pueblo en el *Informe Defensorial N° 143*, que en aquella oportunidad, dio cuenta de que el 56% de los establecimientos de salud visitados tuvo problemas de desabastecimiento de insumos para el diagnóstico de ITS y VIH en gestantes, durante los años 2007 y 2008.<sup>110</sup>

Asimismo, se debe precisar que, en el caso de gestantes, todos los establecimientos de salud, cualquiera sea su categoría, tienen la obligación de realizar las pruebas rápidas para detectar VIH,<sup>111</sup> por lo que es imprescindible que el MINSA, en coordinación con las Diresa, asegure el adecuado abastecimiento de dichas pruebas. Por otra parte, la cobertura del SIS para realizar pruebas para detectar VIH en gestantes está garantizada y prevista en el recientemente aprobado tarifario del SIS, así como en el Plan de Aseguramiento Universal de Salud.<sup>112</sup> En consecuencia, no es posible sostener la supuesta falta de cobertura del SIS como una razón para la no realización de esta prueba en gestantes.

- **Prueba para detectar Sífilis**

El *Informe Defensorial N° 143* advirtió que el 56% de los establecimientos de salud visitados con el objeto de evaluar la prestación del servicio de diagnóstico de VIH y Sífilis en gestantes registró periodos de desabastecimiento durante el 2007 y el 2008. Frente al desabastecimiento de los kits para detectar Sífilis (RPR), los profesionales de la salud optaban por referir a las gestantes a

<sup>109</sup> Según la información obtenida en la presente supervisión, el 66.7% de los profesionales afirma que no practica la prueba porque no hay laboratorio, el 37% porque no cuenta con equipos, el 44.4% porque no cuenta con insumos, entre otros.

<sup>110</sup> *Informe Defensorial N° 143, Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida*, Ob. cit., p. 164.

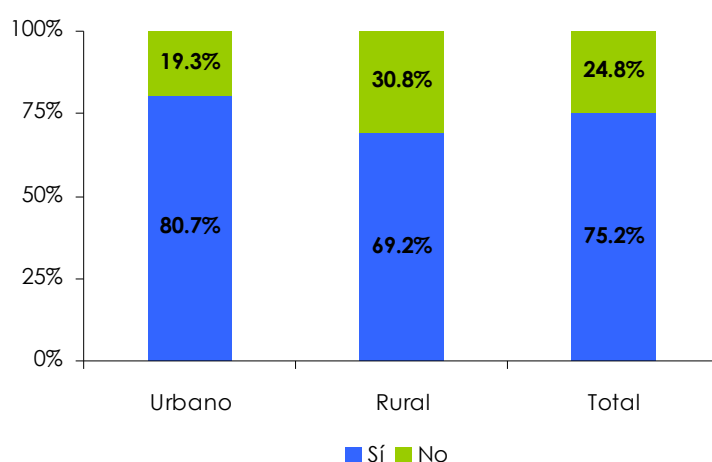
<sup>111</sup> Al respecto, ver Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita.

<sup>112</sup> *Resolución Ministerial N° 316-2007/MINSA*, Anexo N° 3.

otros establecimientos de salud que contaran con este insumo.<sup>113</sup> Esta práctica afecta el componente de disponibilidad y accesibilidad del derecho a la salud reproductiva de las mujeres, pues el Estado tiene la obligación de garantizar la disponibilidad de éstos en todos los establecimientos de salud obligados a realizar la prueba.

Durante la presente supervisión, se comprobó que aproximadamente en el 25% de establecimientos de salud no se realiza esta prueba. Este porcentaje aumenta al 30% si se toma como universo de estudio a las usuarias entrevistadas en los establecimientos de salud de las zonas rurales.

**Gráfico N° 11: Detección de sífilis en gestantes, según los responsables de salud por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otra parte, es importante recordar que el Comité para la Eliminación contra la Discriminación contra la mujer ha precisado que “los Estados-parte no deben permitir formas de coerción, tales como (...) las pruebas obligatorias de enfermedades venéreas (...) que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa”.<sup>114</sup>

A modo de síntesis, con relación al servicio de diagnóstico de VIH/Sífilis en gestantes, es posible señalar que en su funcionamiento existen deficiencias que impiden que se realice esta prueba de manera adecuada y oportuna. En esa medida, el MINSA, en coordinación con la Diresa, debe adoptar las medidas para asegurar el abastecimiento de las pruebas para detectar VIH y Sífilis, la realización de consejerías pre y post test, la obtención del consentimiento informado de la gestante y el acceso gratuito a estas pruebas.

Tal como ha señalado la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, estas medidas deben estar acompañadas de otras que busquen promover la igualdad de género, así como el adelanto y empoderamiento de las mujeres y niñas, como elementos fundamentales para reducir su vulnerabilidad al VIH/Sida.<sup>115</sup>

<sup>113</sup> Informe Defensorial N° 143, Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida, Ob. cit., p. 166.

<sup>114</sup> COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, Observación General N°24, párrafo 22.

<sup>115</sup> OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, Resolución N° 2004/27, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

- **Pesquisa para detectar violencia contra la mujer**

La violencia contra la mujer es una práctica extendida y generalizada, que afecta gravemente el ejercicio de los derechos fundamentales.<sup>116</sup> En ese sentido, la erradicación de la violencia contra la mujer demanda una respuesta multisectorial de la administración estatal, que permita asegurar el adecuado diseño e implementación de las políticas públicas en esta materia. Por ello, los Estados deben abordar este tema a partir de su relación con otros problemas, como el VIH/Sida, la erradicación de la pobreza y la atención de la salud de las víctimas.<sup>117</sup>

En efecto, los Estados tienen la obligación de desarrollar sistemas públicos de salud sensibles a los problemas de género, es decir, que presten especial interés a la atención de los aspectos de la salud que afectan a las mujeres. Es necesario promover -como una prioridad del sector- que los establecimientos de salud se consoliden como un espacio en el que las víctimas de violencia puedan recibir atención integral de su salud física y mental.<sup>118</sup>

La violencia produce serios efectos en la salud reproductiva de las mujeres: dolor pélvico crónico, flujo vaginal, disfunción sexual y problemas premenstruales, hijos con bajo peso al nacer, estrés postraumático, consumo de alcohol y drogas, deficiente o ausencia de atención prenatal, ginecológica y de detección de ITS/VIH.<sup>119</sup> De ahí que “uno de los objetivos primordiales de los servicios públicos de salud deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de las mujeres, en particular en la reducción de la mortalidad materna y la protección de la mujer en contra la violencia en el hogar.”<sup>120</sup>

En ese sentido, la intervención del sector salud en esta materia, no debe limitarse únicamente al tratamiento de la víctima; pues debe contribuir con la información que haya obtenido para llamar la atención sobre el riesgo que supone la violencia para la salud de las personas, así como realizar un trabajo coordinado con otros servicios e instituciones para asegurar el tratamiento, protección y seguimiento de la víctima.<sup>121</sup>

- **Aplicación de la Guía técnica de atención para las personas afectadas por violencia basada en género:**

La violencia contra la mujer ejercida por su pareja es común durante el embarazo y es perjudicial para la salud de la madre y del niño o la niña. Además, puede causar muerte materna. Esta forma de violencia, que es expresión de la inequidad de género, constituye un importante obstáculo para el desarrollo de la salud de las mujeres.<sup>122</sup> Por ello, los prestadores y las prestadoras de salud deben, en todos los servicios de salud, aplicar los diversos protocolos aprobados por el sector para precisar si la usuaria es víctima de alguna forma de violencia y brindarle un tratamiento adecuado.

En efecto, de acuerdo con el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, es obligación de los Estados: i) la promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de

---

<sup>116</sup> Para mayor detalle, ver los *Informes Defensoriales N° 95, La protección penal frente a la violencia familiar en el Perú y N° 110, Violencia familiar: Un análisis desde el derecho penal.*

<sup>117</sup> COMISIÓN DE LA CONDICIÓN JURÍDICA Y SOCIAL DE LA MUJER. *Informe sobre el 53° período de sesiones.* Ob. cit., párrafo 15 literal k).

<sup>118</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Informe Mundial Sobre la Violencia y Salud*, p.268. Consulta realizada el 3 de agosto del 2009. En: [http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm)

<sup>119</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *La Violencia contra las mujeres: Responde el sector de la salud*, 2003, p. 20.

<sup>120</sup> COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *Observación General N° 14*, numeral 21.

<sup>121</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Informe Mundial Sobre la Violencia y Salud*, Ob. cit. P. 271.

<sup>122</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *En-gendering the Millennium Development Goals (MDG's) on Health*, p. 5. Consulta realizada el 3 de noviembre del 2009. En: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/en/MDG.pdf>.

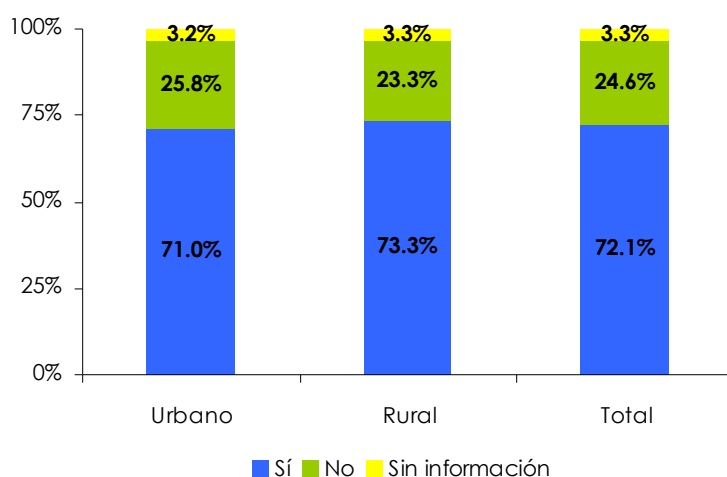


políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y la prestación de los servicios sanitarios apropiados; ii) La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género; y iii) garantizar procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionales de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes, entre otros aspectos.<sup>123</sup>

A nivel del Sector Salud, la Guía Técnica de Atención Integral de las personas afectadas por la Violencia basada en el Género, las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva y la Norma Técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno-neonatal son tres protocolos de atención del MINSA que deben ser empleados por el personal de salud para verificar si la usuaria del servicio de ginecología y obstetricia es víctima de alguna forma de violencia.

Tal como señalan las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual Reproductiva, “la alta prevalencia de la violencia basada en el género y sus consecuencias negativas son razones suficientes para la identificación rutinaria de casos”.<sup>124</sup> No obstante, del universo de profesionales de la salud que confirmaron que contaban con la Guía técnica de atención para las personas afectadas por violencia basada en género (60), el 24.6% no habría aplicado este protocolo durante las atenciones prenatales a su cargo.<sup>125</sup> Cabe precisar que, el porcentaje de incumplimiento es muy similar en las zonas urbanas (25.8%) y rurales (23.3%).

**Gráfico N° 12: Aplicación de la Guía técnica de atención para las personas afectadas por violencia basada en género, según profesionales de la salud por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

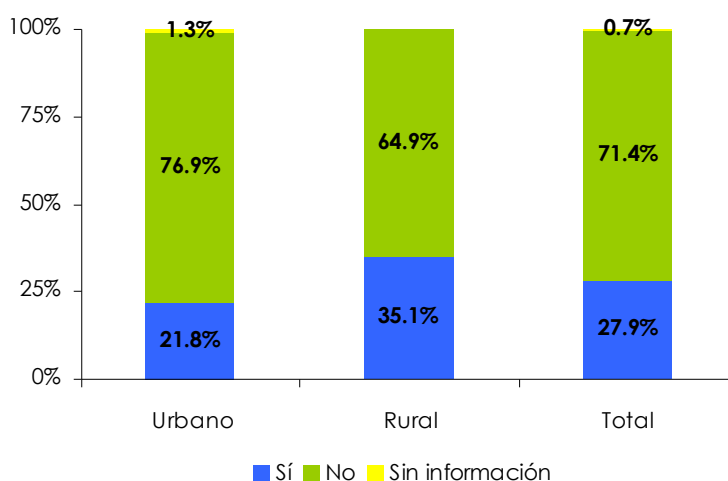
<sup>123</sup> COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, *Observación General N° 24*, párrafo 15.

<sup>124</sup> *Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*, Lima, 2004, página 14.

<sup>125</sup> Cabe señalar que, del universo general de profesionales entrevistados, el 55% (60) contaba con la referida Guía, mientras que el 44% (48) no disponía de ésta.

Este déficit en la aplicación de la guía se agrava si se considera lo manifestado por las usuarias. En este caso, el 71.4% manifiesta que, durante la atención prenatal, el personal de la salud no indagó sobre la posible existencia de situaciones de violencia física y/o psicológica. En el caso de los establecimientos de salud de las zonas urbanas, este porcentaje es mayor y asciende a 76.9% de posible inaplicación de la guía técnica de atención para las personas afectadas por violencia basada en género, según las usuarias.

**Gráfico N° 13: En la atención prenatal de hoy, ¿le han preguntado si alguna vez ha sido víctima de maltrato, golpes e insultos?, según usuarias por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

A partir de la considerable diferencia entre los porcentajes señalados por el personal de salud (24.6%) y las usuarias (71.4%) respecto de la posible inaplicación de la guía técnica de atención para las personas afectadas por violencia basada en género, es posible advertir que se requiere fortalecer, a través del MINSA y las Diresa, la difusión de este protocolo entre el personal de salud, las actividades de capacitación sobre su aplicación y la labor de supervisión que debe realizar el nivel central del Sector Salud con relación a este tema.

Es indudable que la violencia contra la mujer es un problema de derechos humanos. Este reconocimiento ha contribuido a incrementar la exigibilidad de las obligaciones estatales de prevenirla, eliminarla y sancionarla y ha propiciado el diseño de una respuesta intersectorial que comprometa a los Sectores Salud, Justicia y Educación. En esa medida, es imprescindible que el MINSA, en cumplimiento de lo establecido en el literal c) del artículo 6° de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres,<sup>126</sup> desarrolle una política orientada a la prevención, atención y eliminación de la violencia contra la mujer, la que, entre otras medidas, deberá suponer la aplicación -en todos los establecimientos de salud del país- de protocolos de atención que permitan detectar y atender a las víctimas de cualquier forma de violencia.

<sup>126</sup> Desarrollar políticas, planes y programas para la prevención, atención y eliminación de la violencia en todas sus formas y en todos los espacios, en especial la ejercida contra las mujeres.

## - Registro de los casos de violencia

“Los datos puestos a disposición de los organismos de salud pública (...), los conocimientos y la comprensión obtenidos mediante el método científico, y la dedicación para encontrar respuestas eficaces son aportaciones importantes que el campo de la salud pública hace a la respuesta (...) contra la violencia”.<sup>127</sup> “La desagregación, según sexo, (...) de los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud”.<sup>128</sup>

En ese sentido, el registro de los casos de violencia familiar es una actividad que debe ser asumida como una prioridad por parte del personal de salud, especialmente, debido a su vinculación con la disponibilidad y la calidad de datos sobre la situación de la violencia contra la mujer en el país. Esta tarea se debe realizar con especial incidencia en los servicios que atienden aspectos de la salud de las mujeres por tratarse de la población principalmente afectada por este tipo de práctica.

No obstante, las instituciones prestatarias de servicios, en general, no cuentan con sistemas de detección y registro adecuados, lo que oculta aún más este serio y extendido problema social. La falta de registros, a su vez, conduce a diagnósticos, políticas de prevención y modelos de atención no apropiados para responder a las necesidades de las mujeres afectadas y a la complejidad y magnitud de la violencia intrafamiliar.<sup>129</sup>

A este respecto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó al Estado peruano que refuerce su actual sistema de recopilación de datos en todos los ámbitos tratados en la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, entre los que se encuentra la violencia contra la mujer, para poder evaluar con exactitud la situación real de la mujer y seguir la evolución de las tendencias.<sup>130</sup> Los organismos nacionales de estadística y los ministerios competentes, como los de Salud Pública, tienen un importante papel que desempeñar en el establecimiento de estándares técnicos y éticos y el logro de la congruencia de los conceptos, la regularidad de la recopilación de datos y la difusión amplia y oportuna de los datos.<sup>131</sup>

Sin embargo, según la supervisión de los servicios de ginecología y obstetricia, el 44% de los establecimientos de salud no registra las atenciones a víctimas de violencia. Este porcentaje asciende a 50.9% si nos referimos a establecimientos de salud ubicados en las zonas urbanas.

---

<sup>127</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Informe Mundial Sobre la Violencia y Salud*, Ob. Cit., p. 21.

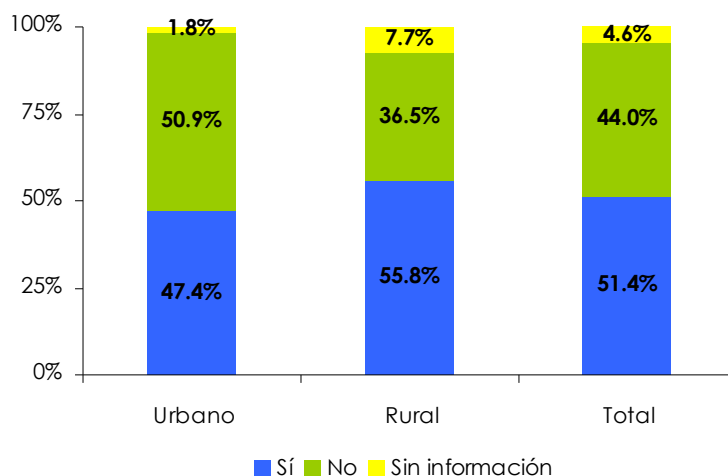
<sup>128</sup> COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *Observación General N° 14*, numeral 20.

<sup>129</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Programa Mujer, Salud y Desarrollo, La ruta crítica de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en América Latina. Estudio de casos en diez países*, 2000, p. 13.

<sup>130</sup> COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, *Observaciones Finales, Perú 2007*, párrafo 11.

<sup>131</sup> INFORME DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*, Sexagésimo primer período de sesiones, julio del 2006, párrafo 240.

**Gráfico N° 14: Registro de casos de violencia, según responsables de los establecimientos de salud por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En este contexto, el adecuado registro de la atención de las víctimas de violencia en el servicio público de salud es un presupuesto indispensable para contribuir con la disponibilidad de cifras oficiales, la elaboración de un diagnóstico sobre el particular y el diseño de las políticas públicas que respondan a las necesidades específicas del país para atender esta problemática. Por consiguiente, el MINSA debe fortalecer su política de atención de las mujeres víctimas de violencia que acuden a los servicios públicos de salud y garantizar el adecuado registro de los casos de mujeres víctimas de violencia que acuden al servicio público de salud.

#### - Referencia de las víctimas de violencia

La denominada “ruta crítica” que inicia una mujer víctima de violencia corresponde a las decisiones y acciones emprendidas por ésta y las respuestas encontradas, tanto en su ámbito familiar y comunal, como institucional. En el ámbito institucional, los factores de respuesta están asociados al acceso, disponibilidad y calidad de los servicios, los cuales están determinados por factores estructurales y normativos, y por las representaciones sociales, actitudes y comportamientos de los prestatarios y prestatarias. En ese sentido, la existencia de servicios de calidad que responden a las necesidades y expectativas de las afectadas juega un papel primordial en la promoción de la denuncia de los hechos y actúa sobre la subjetividad de las mujeres para fortalecerlas o debilitarlas en su decisión de iniciar y continuar una ruta de búsqueda de ayuda y soluciones.<sup>132</sup>

De este modo, las respuestas institucionales inadecuadas se convierten en obstáculos que detienen a las afectadas y las pierden en trámites y procedimientos. Adicionalmente, las representaciones sociales y actitudes negativas de los prestatarios y prestatarias forman parte integral de un mundo que promueve la impunidad. Así, por ejemplo, la mala orientación que recibe la víctima, como una inapropiada referencia a otros servicios y/o instituciones

<sup>132</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Programa Mujer, Salud y Desarrollo, La ruta crítica de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en América Latina. Estudio de casos en diez países*, Ob. cit., pp. 89-96.

responsables de la atención de las víctimas, se convierte en un factor que inhibe la actuación de ésta y obstaculiza la denuncia y posterior sanción de los hechos.<sup>133</sup>

Las necesidades de las víctimas, por lo general, van más allá de lo que el sector de la salud puede proporcionar por sí solo. En consecuencia, es esencial que los proveedores de atención conozcan con anticipación qué otros servicios existen para ayudar a las víctimas de maltrato.<sup>134</sup> Por tal motivo, en el marco de la supervisión realizada se indagó sobre los procesos de derivación de las víctimas de violencia que realizan los prestadores de salud que tienen a su cargo el servicio de ginecología y obstetricia. Sobre este particular se constató que, en la mayoría de los casos (45%), los (y las) profesionales de la salud derivan a la víctima de violencia a la comisaría.

Otra instancia de referencia frecuentemente utilizada por el personal de salud entrevistado es la Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA), que registra el 31.2%. El Ministerio Público (7.3%), los Centros de Emergencia Mujer (CEM) (9.2%), el juzgado de paz (7.3%), los establecimientos de salud de referencia (8.3%) presentan porcentajes mucho menores.<sup>135</sup>

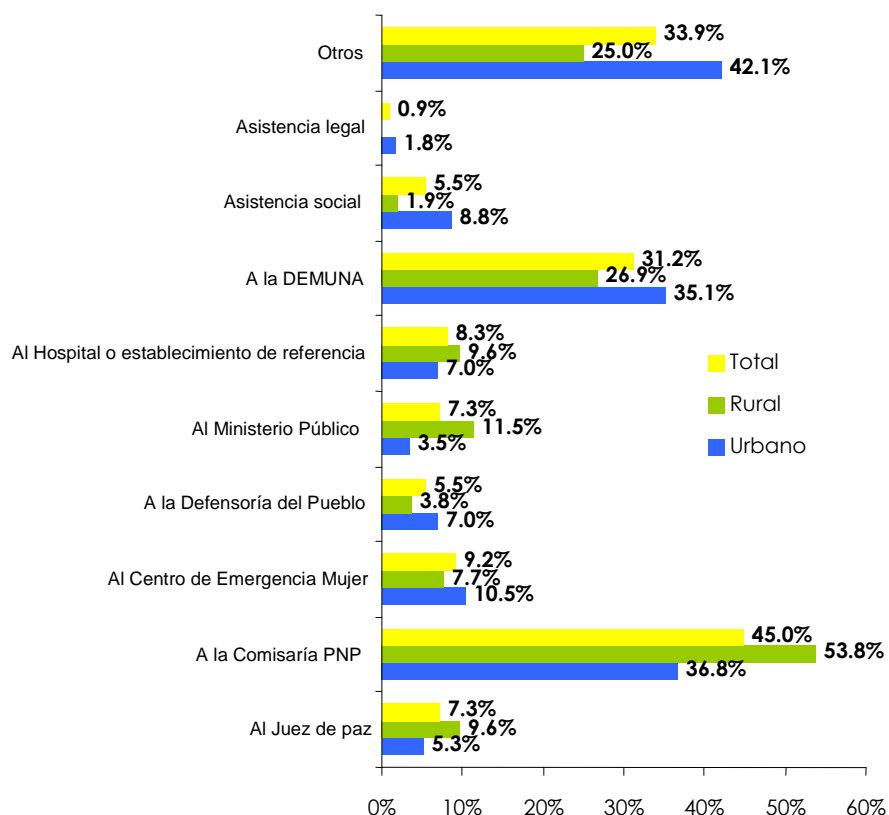
---

<sup>133</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Programa Mujer, Salud y Desarrollo, La ruta crítica de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en América Latina. Estudio de casos en diez países*, Ob. cit., pp. 100-101. Este estudio concluyó que los contactos iniciados por las mujeres afectadas en las instituciones estatales casi nunca se convierten en un apoyo o en una derivación adecuada hacia otros servicios por parte del prestatario o prestataria. En la actualidad no existen actualmente mecanismos para realizar un seguimiento intersectorial de las mujeres afectadas que llegan a una institución buscando apoyo. Tampoco existe, en la mayoría de los países, coordinación entre los diversos sectores que brindan o deberían brindar servicios de prevención y atención a las mujeres maltratadas.

<sup>134</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *La Violencia contra las mujeres: Responde el sector de la salud*, Ob. cit., p. 82.

<sup>135</sup> Cabe señalar que el detalle del 33.9% de profesionales de la salud que señalan otra instancia de referencia para las víctimas de violencia es el siguiente: 69.2% la refiere a un psicólogo/a, el 2.6% al médico legista del mismo establecimiento de salud, el 15.4% al teniente gobernador, el 2.6% a alguna Organización No Gubernamental, 2.6% a la DIRESA, y en el 7.7% no hay información.

**Gráfico N° 15: Lugar de derivación de la mujer víctima de violencia, según responsables del establecimiento de salud por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

## 2.1.4 Calidad

- **Registro de la atención prenatal**

La atención materno-perinatal es un acto médico y, como tal, debe ser registrado en la Historia Clínica Materno-Perinatal, que es un dispositivo de uso obligatorio en todos los establecimientos de salud, que forma parte del Sistema Informático Perinatal (SIP). En la medida en que la Historia Clínica Materno-Perinatal consigne los datos completa y correctamente, se estará asegurando la calidad de la información. Por ello se debe llenar en cada consulta prenatal, habiéndose concebido para que su llenado sea fácil y pueda ser utilizado por el personal de salud.

El Sistema Informático Perinatal (SIP) es la Historia Clínica Materno-Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios –que reemplazó a la Historia Clínica Perinatal Base y su aplicativo analítico– sirve para fortalecer los procesos de gestión local y estandarizar los indicadores de calidad de atención de la prestación de salud brindada a la madre y a su bebé. Consta de tres instrumentos:

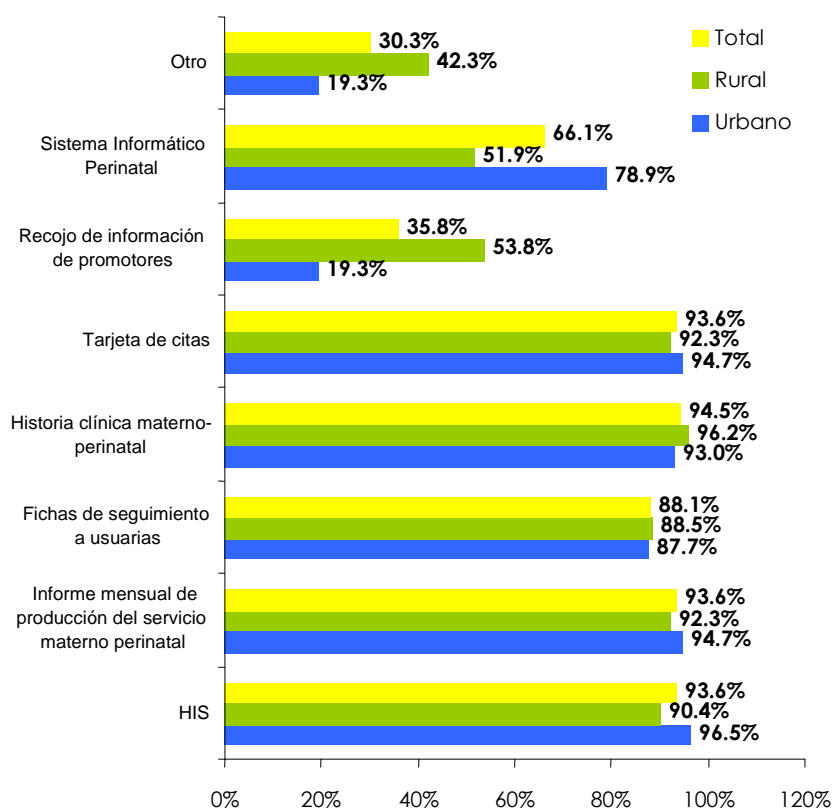
1) La historia clínica materno-perinatal, que permite un registro estandarizado de información de las características de cada gestación, parto, puerperio, aborto y recién nacido;

- 2) El carné perinatal, que duplica la información de la historia clínica y queda en poder de la usuaria para efectos de referencia; y
- 3) El aplicativo informático, para el análisis de los datos y cálculo de indicadores de producción y calidad de los servicios de salud.<sup>136</sup>

Según los (y las) profesionales entrevistados, aproximadamente el 40% de los establecimientos de salud no usa el SIP. Ahora bien, si se considera como universo a los establecimientos de salud de las zonas rurales que fueron visitados, el porcentaje de no utilización del SIP asciende aproximadamente al 50% del universo de establecimientos visitados en las 11 regiones que fueron objeto de estudio.

No obstante, resulta preciso señalar que los datos obtenidos también revelan el adecuado uso de por lo menos uno de los instrumentos que componen el SIP. Este es el caso de la Historia Clínica Materno-Perinatal que según los resultados obtenidos, se aplica en el 94.5% de los establecimientos de salud supervisados. Otros instrumentos como la Tarjeta de Citas, el Informe Mensual de Producción del Servicio Materno-Perinatal y la Ficha de Seguimiento a Gestantes también son empleados en gran medida en la atención de las gestantes, lo que permitirá brindar una atención de mejor calidad y prevenir complicaciones durante el embarazo y el parto.

**Gráfico N° 16: Registros con los que cuenta el servicio de atención prenatal, según responsables de salud por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

<sup>136</sup> Tomado del Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura, Ob. cit. Específicamente, del punto 5.4.1.1.

## 2.2 Atención del parto

Entre las estrategias que se pueden utilizar para disminuir la mortalidad materna y neonatal se incluyen las actividades destinadas a lograr el incremento del número de partos atendidos en establecimientos de salud. En ese sentido, desarrollar habilidades y fortalecer la competencia del recurso humano con relación a la atención integral de la gestante y del recién nacido se ha convertido en una de las principales estrategias de intervención en materia de salud materna.<sup>137</sup>

Así, los diversos servicios de salud deben promover la implementación de prácticas médicas integrales y basadas en la evidencia, así como la erradicación de aquéllas que han demostrado ser nocivas o de ningún beneficio para la salud materno-infantil.<sup>138</sup> De ahí que, en esta oportunidad, la Defensoría del Pueblo haya puesto especial interés en supervisar la adecuada implementación de los protocolos aprobados por el Sector Salud con el objeto de estandarizar la atención de las gestantes y evitar dificultades en el manejo de las complicaciones durante el embarazo y el parto.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo -a través del presente estudio- reafirma que, en su opinión, es necesario fortalecer el proceso de adecuación de los servicios de salud, especialmente los de atención materno-perinatal, a fin de reducir la mortalidad materna en el país. En efecto, tal como ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, “los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales”.<sup>139</sup>

Por tal motivo, se continuó con la supervisión de los avances y dificultades en el desarrollo de dos de las estrategias que buscan incrementar el parto institucional: la atención del parto en posición vertical y las casas de espera materna. Cabe mencionar que ambas iniciativas no solo buscan adecuar culturalmente los servicios públicos de atención de la salud materna, sino que también inciden en la eliminación de las inequidades que tienen que enfrentar las mujeres de las zonas más pobres de nuestro país, elemento fundamental para reducir la mortalidad materna.

### 2.2.1 Accesibilidad

- **Accesibilidad geográfica: funcionamiento de las casas de espera materna**

Durante una emergencia obstétrica, las mujeres dependen de la ayuda de otras personas, el acceso al transporte público y la existencia de un sistema eficiente de referencia. El establecimiento de estos sistemas garantizan que el acceso a la atención para las mujeres de las zonas rurales es un aspecto fundamental de una política de salud eficiente. Entre los métodos exitosos que se pueden utilizar para abordar las emergencias obstétricas se encuentran la movilización de la comunidad y la creación de planes y estructuras comunitarias para proporcionar asistencia económica y de transporte a las mujeres que lo requieran<sup>140</sup>.

Las casas de espera materna son locales que permiten el alojamiento de la gestante, en algunos casos en compañía de sus familiares y parteras, en los días previos al parto, con el objeto de asegurarle asistencia calificada y el traslado oportuno al establecimiento de salud.<sup>141</sup> En efecto, el acceso de las gestantes a los servicios públicos de salud, de manera segura y oportuna, es un

<sup>137</sup> MINISTERIO DE SALUD. *Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres*, julio del 2006, pp. 34-36.

<sup>138</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños*, Washington, 2007, p. 29.

<sup>139</sup> COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *Observación General N° 14*, párrafo 27.

<sup>140</sup> INTERNATIONAL INITIATIVE ON MATERNAL MORTALITY AND HUMAN RIGHTS. *No más muertes innecesarias. Un llamado a la acción en materia de derechos humanos y mortalidad materna*, p. 14.

<sup>141</sup> Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA del 24 de julio del 2006.



elemento vital para garantizar un embarazo y un parto sin complicaciones. Por ello, los protocolos de atención aprobados por el MINSA establecen la obligación del personal de salud de determinar si la gestante domicilia a más de dos horas del establecimiento de salud, a fin de adoptar las medidas necesarias para garantizar su traslado para los controles y el parto en las mejores condiciones<sup>142</sup>.

Precisamente, la adecuada instalación de casas de espera maternas en las diferentes regiones del país es una medida que contribuye a lograr este objetivo. Así lo demuestra, por ejemplo, la experiencia de la casa de espera materna localizada en Vilcashuamán cuya gestión se encuentra a cargo de los pobladores y el personal del centro de salud de la localidad. Según información proporcionada por la jefa de obstetras del centro de salud, durante el 2008 dicho alojamiento recibió a 195 gestantes y en el año 2009 a 229.<sup>143</sup>

No obstante, aun cuando las ventajas de trasladar a las gestantes de las zonas alejadas a estos alojamientos son evidentes, la supervisión realizada para la presente investigación constató que más del 80% de los (y las) profesionales de la salud entrevistados señaló que el establecimiento de salud a su cargo y que, según su categoría y funciones asignadas, tiene capacidad para atender partos y emergencias obstétricas, no cuenta con una casa de espera materna en su jurisdicción.<sup>144</sup>

Ahora bien, del universo de profesionales que señalan que sí cuentan con una casa de espera en su jurisdicción (7), dos (2) no participan de su gestión.<sup>145</sup> En otras palabras, solo cinco (5) de 36 establecimientos de salud que tendrían capacidad para gestionar una casa de espera materna, lo hacen efectivamente. Por otra parte, cuando se preguntó a las usuarias si sabían de la existencia de una casa de espera materna cercana al establecimiento de salud, el 60.8% señaló que no tenía conocimiento.<sup>146</sup>

---

<sup>142</sup> Norma Técnica N° 063-MINSA/DGSP-V.01., Norma Técnica de Salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la salud materno neonatal, Ob. cit., p. 8.

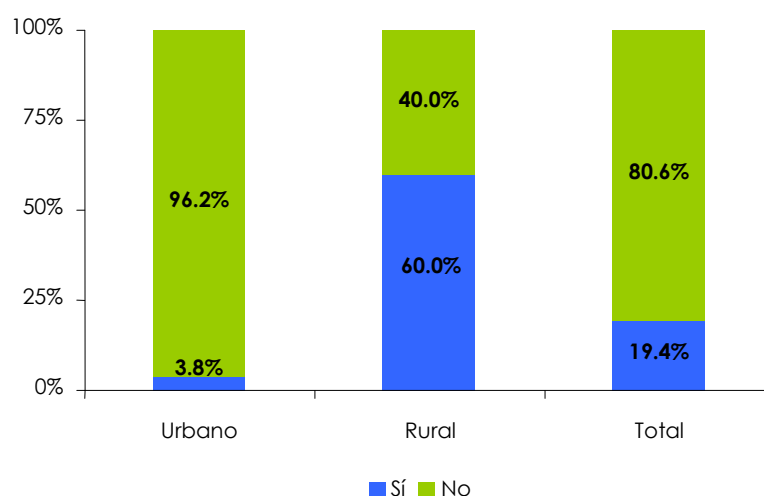
<sup>143</sup> Información extraída de la nota periodística "Una estrategia bien concebida" publicada en el Diario "El Comercio" el 21 de diciembre del 2009.

<sup>144</sup> Cabe recordar que, en este caso el universo general está compuesto por los establecimientos de salud de categorías I-4, II-1 y II-2 que fueron visitados. En este caso, el universo es de 37 pero en un establecimiento no hay información al respecto, por lo que el universo se reduce a 36 establecimientos de salud. Para mayor detalle, ver punto 5.2.2.2 del Informe Defensorial N° 138, *Derecho a una maternidad segura: supervisión nacional a los servicios de ginecología y obstetricia del MINSA*

<sup>145</sup> Es el caso de dos establecimientos de salud del Cusco: Centro de Salud de Anta (I-4) y el Centro de Salud Quiquijana (I-4). Se trata de establecimientos de salud ubicados en zonas rurales. Además, cabe agregar que en el caso del Centro de Salud de Ambo en la región de Huánuco no se cuenta con información al respecto.

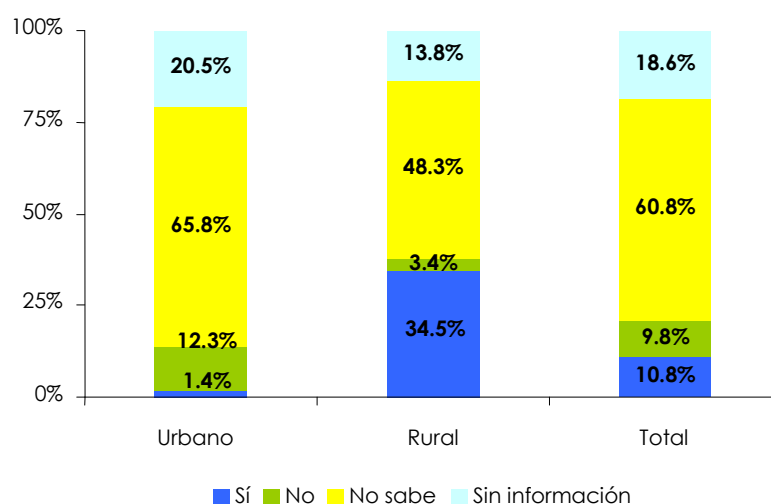
<sup>146</sup> Hay que precisar que en el 18.6% de las respuestas para esta pregunta no se cuenta con información precisa, por lo que fueron consideradas en el rubro "sin información".

**Gráfico N° 17: Implementación de casa de espera en la comunidad, según responsables de los establecimientos de salud por ubicación geográfica (Establecimientos de salud I-4, II-1 y II-2)**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

**Gráfico N° 18: ¿Existe casa de espera cercana?, según usuarias de los establecimientos de salud por ubicación geográfica (Establecimientos de salud I-4, II-1 y II-2)**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En opinión de la Defensoría del Pueblo, el acercamiento de las gestantes a establecimientos de salud con capacidad para atender partos, específicamente mediante el alojamiento de la usuaria en una casa de espera materna, contribuye a asegurar el acceso de las gestantes a servicios de salud de alta complejidad. Por el contrario, alojar a las gestantes en casas de espera ubicadas cerca de establecimientos de salud de menor capacidad resolutoria que, en algunos casos,

carecen de profesionales de la salud especializados, infraestructura y equipos adecuados para atender emergencias obstétricas, podría colocarlas en situaciones de riesgo.<sup>147</sup>

En ese sentido, la Defensoría del Pueblo ha recomendado al MINSA que, en coordinación con las DIRESA, y las instancias involucradas con la gestión de las casas de espera, evalúe la actual ubicación de algunas casas de espera, a fin de instalarlas en lugares cercanos a los establecimientos de salud de categorías I-4 y II, con capacidad para atender partos y emergencias obstétricas, así como fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia para asegurar el acceso de las gestantes a una atención de calidad. En esa misma línea, de acuerdo con el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, el Estado peruano se ha obligado a aumentar el número de casas de espera en establecimientos FONB<sup>148</sup>, es decir de categoría I-4, a fin de contribuir a mejorar el acceso a la atención institucional y profesional del parto<sup>149</sup>.

Por otra parte, en razón de la cercanía y mayor presencia de las actuales casas de espera con relación a los establecimientos de salud de menor complejidad, sería recomendable que el MINSA, en coordinación con las DIRESA, adopte las medidas pertinentes para elevar la capacidad resolutoria de los establecimientos del tipo I-3, sobre todo de aquellos ubicados en zonas rurales.<sup>150</sup>

En tal sentido, el MINSA, a través de las DIRESA, deberá fortalecer la difusión de esta estrategia, a fin de darla a conocer entre las usuarias de las zonas rurales y urbanas, así como asegurar la participación de los establecimientos de salud con capacidad para atender partos y emergencias obstétricas en la gestión de las casas de espera maternas. Asimismo, se debe comprometer la participación de los gobiernos regionales y locales, a fin de asegurar su intervención en la gestión de las casas de espera para garantizar su funcionamiento y sostenibilidad.

- **Accesibilidad económica: la irregular “sanción” del parto domiciliario**

Como se ha señalado antes, la promoción del parto en los establecimientos de salud contribuye a garantizar el adecuado manejo de las complicaciones obstétricas y evitar las muertes maternas. Por ello, incluso la ESSR del MINSA ha establecido, como una de sus líneas prioritarias de intervención, la atención calificada del parto.<sup>151</sup> Al respecto, la Defensoría del Pueblo reconoce los valiosos esfuerzos que -desde hace varios años- realiza el MINSA para lograr el incremento de los partos institucionales, en particular en las zonas rurales del país. No obstante, considera preciso señalar que el objetivo de incrementar los partos institucionales debe descansar en la eficiencia, calidad y calidez del servicio, en el marco del estricto respeto de las creencias culturales de las personas, a fin de lograr que éstas se sientan satisfechas con la provisión de dicho servicio y acudan a él.<sup>152</sup>

“La práctica de sancionar a las mujeres por temas relacionados con la maternidad, reproduce la idea de que la responsabilidad del cuidado prenatal y del parto seguro es exclusiva de las

<sup>147</sup> Al respecto, la Defensoría del Pueblo envió al MINSA el Oficio N° 40-2009/DP-ADM del 20 de abril del 2009.

<sup>148</sup> Establecimientos de salud que realizan Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas.

<sup>149</sup> MINISTERIO DE SALUD. *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*, Ob. cit., p. 46.

<sup>150</sup> Oficio N° 40-2009/DP-ADM del 20 de abril del 2009, dirigido a la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud.

<sup>151</sup> El Plan General 2004-2006 fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA el 9 de marzo del 2005 y hasta la fecha, aun cuando la Defensoría del Pueblo ha formulado recomendaciones, a fin de que se apruebe un nuevo plan de trabajo, no se ha aprobado dicho documento. En definitiva, como se ha mencionado en el *Informe Defensorial N° 138*, ello dificulta el cumplimiento de las funciones de la ESSR que, en estrecha coordinación con la Dirección General de Salud de las Personas y las DIRESA, tiene el especial encargo de liderar la política pública nacional en materia de salud materna.

<sup>152</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 111, Supervisión a los servicios de planificación familiar V: Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, 2007, pp. 45 y 46.

mujeres, idea que es reforzada por el sistema de género. Por otro lado, dicha práctica tampoco contribuye a la atención prenatal y al parto institucional, pues ahuyenta a las mujeres de los establecimientos de salud”.<sup>153</sup>

A este respecto, un estudio sobre el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención del parto institucional y la satisfacción de las usuarias concluyó que las usuarias están dispuestas a regresar al mismo establecimiento para dar a luz si éste presenta instalaciones limpias y el personal brinda un trato adecuado en los distintos momentos de la atención.<sup>154</sup> Por el contrario, cualquier presión o amenaza que el personal de salud utilice en contra de las gestantes con el supuesto pretexto de promover el parto institucional y evitar los partos domiciliarios vulnera el derecho de la gestante a decidir, sobre la base de información, el lugar en donde se va a producir su parto y puede más bien desmotivarlas de acudir al establecimiento de salud.

En la presente investigación, la Defensoría del Pueblo detectó cuatro (4) casos en los que el personal de salud intentó inducir a la usuaria a realizar un parto institucional mediante la imposición de “multas” si el parto tenía lugar en su domicilio. Así, los Centros de Salud de Pilcuyo y Simón Bolívar en Puno cobran S/.15.00 y S/.10.00 Nuevos Soles, respectivamente, por parto domiciliario. Asimismo, según los resultados de la encuesta realizada, el Centro de Salud Simón Bolívar exige a las usuarias que han dado a luz fuera del establecimiento de salud un pago de S/. 45.00 Nuevos Soles por emisión del Certificado de Nacido Vivo.

De igual manera, en la región de Huánuco, los Centros de Salud de Pillao y de Acomayo presentan esta irregularidad. En el primero se indica a las usuarias que si no dan a luz en el establecimiento se les multará y no se les entregará el Certificado de Nacido Vivo. En el segundo se multa el parto domiciliario con S/. 150 Nuevos Soles. En este caso, el personal de la Defensoría del Pueblo se entrevistó con el responsable del establecimiento y le recomendó reunirse con su personal para tratar el tema en particular, informar a las gestantes sobre la gratuidad de los servicios y evitar posibles cobros indebidos a las usuarias por parto domiciliario.

La Defensoría del Pueblo ha intervenido constantemente con el propósito de eliminar los cobros indebidos en la prestación de los servicios públicos de planificación familiar y de ginecología y obstetricia del MINSA. Precisamente, la labor de incidencia e investigación de la Defensoría del Pueblo contribuyó a propiciar que el MINSA aprobase -en abril del 2004- la Resolución Ministerial N° 389-2004/MINSA, en la que se estableció expresamente que la expedición del Certificado de Nacido Vivo es gratuita en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados, así como los que sean expedidos por los profesionales o el integrante del personal de salud que haya brindado la atención.

“El problema de cobros indebidos se agrava porque si la mujer no tiene el dinero exigido para obtener el certificado de nacido vivo, el niño deja de ser inscrito en el Registro Civil, pues un requisito para ello es precisamente contar con ese certificado. De esta forma se vulnera, además, el derecho a la identidad de los niños, perpetuándose la situación de indocumentación de muchos menores de edad en el país”.<sup>155</sup>

De igual modo, en el caso de la imposición de “multas” a las gestantes por optar por un parto domiciliario, la Defensoría del Pueblo ha señalado que tales cobros tienen naturaleza

<sup>153</sup> VILLANUEVA, ROCÍO, *Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo*, Lima, 2009, pp. 257 y 258.

<sup>154</sup> VILLANUEVA, Alejandra y otros, *Cumplimiento de Estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias*, 2003, pp. 13-17, Consulta realizada el 8 de setiembre del 2009. En: <http://www.scielo.org.pe/pdf/cimel/v8n1/a03v8n1.pdf>

<sup>155</sup> VILLANUEVA, ROCÍO, *Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo*. Ob. cit., p. 258.

sancionatoria y que, al igual que la potestad punitiva general del Estado, generan consecuencias perjudiciales para los intereses de los administrados, debiendo regirse entonces por los mismos principios que limitan su ejercicio: legalidad, tipicidad y debido proceso. No obstante, en los casos detectados, tanto en el presente informe como en los anteriores, la aplicación de las supuestas sanciones pecuniarias se efectúa sin ninguna base normativa y sin seguir procedimiento administrativo alguno que determine la comisión de la infracción y la sanción correspondiente.<sup>156</sup>

Por consiguiente, como se ha apuntado en la parte correspondiente a la atención prenatal, toda vez que los cobros indebidos podrían denotar que los funcionarios, funcionarias y servidores de salud abusaron de su cargo, exigiendo el pago por la prestación de servicios que se deben brindar de manera gratuita, se recomienda al MINSA y a las DIRESA reiterar al personal de los establecimientos de salud el carácter gratuito de la emisión del Certificado de Nacido Vivo, así como la ilegalidad de multar el parto domiciliario. Asimismo, deberán asegurar que se inicien los procesos administrativos disciplinarios y, de ser el caso, se impongan las sanciones correspondientes a las personas implicadas en estos hechos, sin perjuicio de la responsabilidad penal que estas acciones generen.

## 2.2.2 Disponibilidad

- **Equipos e insumos para atender partos**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la funcionabilidad de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud está dada por la conjunción de factores como infraestructura, equipamiento, insumos, servicios, recursos humanos, horarios de atención, comunicaciones, transporte, referencia y contrarreferencia que hacen que la capacidad resolutive esté operativa y sea eficiente en el manejo de las emergencias obstétricas durante las 24 horas del día.<sup>157</sup>

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, las principales deficiencias en términos de disponibilidad de equipos y/o insumos para la atención del parto, en los establecimientos de salud visitados, se presentan con relación a la falta de martillo de reflejos (73.4%), papel secante o secador de manos (78.9%), soleras (33.9%), lavamanos y jabón en el consultorio (30.3%), sábanas (27.5%) y guantes estériles (26.6%).<sup>158</sup>

Si bien estas deficiencias recaen fundamentalmente en equipos relacionados con la garantía de limpieza e higiene que se debe asegurar en cualquier sala de parto y/o consultorio, es importante destacar que también se presentan, en menor medida, deficiencias vinculadas directamente con la calidad de la atención especial que requiere la gestante y los niños y niñas recién nacidos durante el parto, como son el fetoscopio de Pinard/Doppler (13.8%)<sup>159</sup> y el tensiómetro (9.2%).

---

<sup>156</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 111, Supervisión a los servicios de planificación familiar V: Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, Ob. cit., p. 41-45.

<sup>157</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, GUZMÁN, ALFREDO. *Evaluación de la funcionabilidad de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en cinco regiones con mayor razón de mortalidad materna y en Andahuaylas*, abril del 2009, p. 10.

<sup>158</sup> Es importante señalar que algunos de los responsables de salud han señalado que cuentan con el equipo o insumo por el que se les pregunta, pero que éste se encuentra en un lugar distinto a la sala de partos o consultorio de ginecología y obstetricia. Estas respuestas han sido procesadas en un rubro distinto a las respuestas positivas o negativas.

<sup>159</sup> Los establecimientos de salud que al momento de la supervisión no contaban con Fetoscopio de Pinard/Doppler son: Puesto de Salud Buena Vista, Puesto de Salud Querecotillo, Puesto de Salud Las Mónicas, Centro de Salud Huancarani, Centro de Salud Limatambo, Puesto de Salud de Chinchaypuquio, Centro de Salud de Quiquijana, Puesto de Salud Ancahuasi, Puesto de Salud Mollepata, Hospital de Apoyo II de Tarapoto, Hospital Daniel Alcides Carrión (Pasco), Puesto de Salud Huaylasjirca, Puesto de Salud Alto Manantay, Puesto de Salud San Francisco de Asís, Puesto de Salud Las Mercedes.

La falta de tensiómetro en los establecimientos de salud es una deficiencia que coloca en una situación de grave riesgo a la salud de la gestante, pues sin este equipo será imposible determinar la presión con que la usuaria llega al momento del parto y, por tanto, no se podrá identificar si padece de hipertensión, que constituye una de las principales causas de muerte materna en el país. Los establecimientos que no cuentan con este equipo se presentan en la siguiente Tabla:

**Tabla N° 12: Establecimientos de salud que no cuentan con tensiómetro**

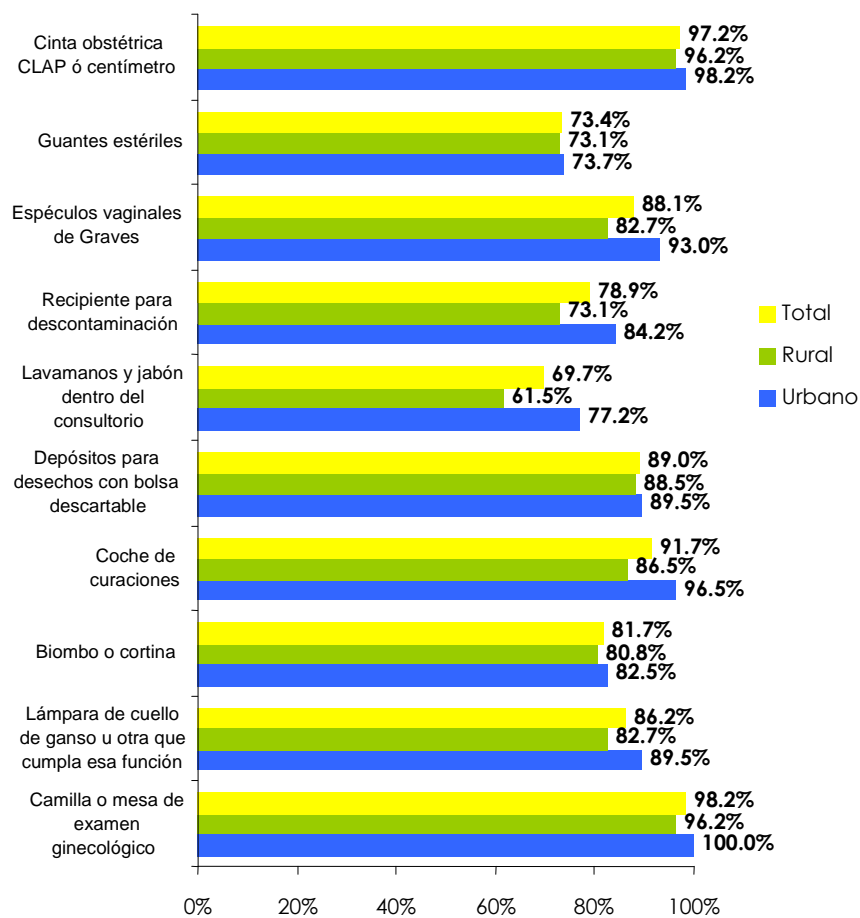
Región	Establecimiento de salud	Categoría	Ubicación geográfica
Huancavelica	Centro de Salud Huando	I-3	Rural
Huánuco	Centro de Salud Aparicio Pomares	I-3	Urbano
Huánuco	Puesto de Salud Tomayquichua	I-2	Rural
La Libertad	Hospital Tomás Lafora	II-1	Urbano
Pasco	Puesto de Salud Pallanchacra	I-2	Rural
Piura	Centro de Salud I La Matanza	I-3	Urbano
Piura	Puesto de Salud I El Tallán	I-2	Rural
Piura	Centro de Salud II Cura Mori	I-3	Urbano
San Martín	Hospital Rural Nueva Cajamarca	I-4	Urbano
Ucayali	Puesto de Salud San Francisco de Asís	I-1	Urbano

Fuente: Cuestionario 1B

Elaboración: Defensoría del Pueblo

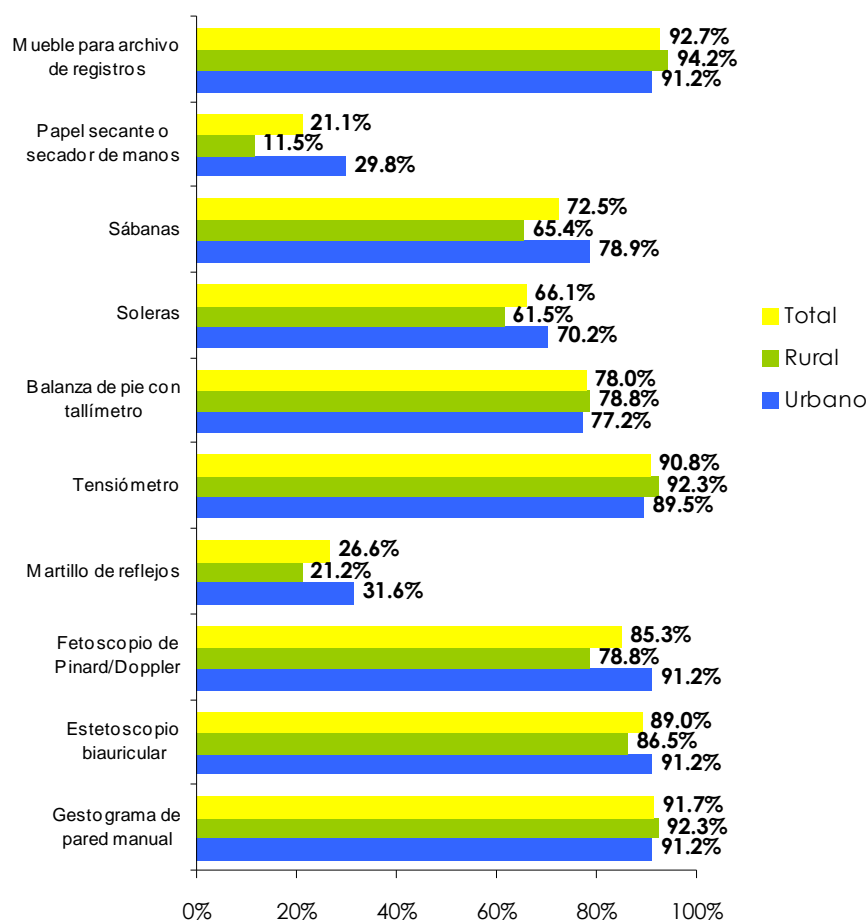
Cabe precisar que los establecimientos de salud que presentan falta de disponibilidad de más de un equipo para la adecuada atención de la etapa prenatal y del parto son el Centro de Salud de Huando (Huancavelica), que no dispone de espéculo y tensiómetro, y el Puesto de Salud San Francisco de Asís (Ucayali), que no cuenta con espéculo y fetoscopio de Pinard/Doppler.

**Gráfico N° 19: Equipos y mobiliarios, según responsables de los establecimientos de salud por ubicación geográfica (1ra parte)**



Fuente: Cuestionario 1B  
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

**Gráfico N° 20: Equipos y mobiliarios, según responsables de los establecimientos de salud por ubicación geográfica (2da parte)**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

A este respecto, un estudio reciente desarrollado por la OPS a partir de visitas a establecimientos de salud de zonas con más alto índice de muerte materna, con el objeto de evaluar la funcionalidad de la capacidad resolutoria de éstos, identificó que programas como PARSALUD y el SHOCK DE INVERSIONES han puesto a disposición de algunos establecimientos de salud equipos para sala de partos, sala de cuidados intensivos, neonatología y emergencia. Sin embargo, algunos de éstos han sido entregados inoperativos o se han malogrado en corto tiempo. Asimismo, el estudio de la OPS, al igual que la presente investigación, revela que existe carencia y escasez de soleras y sábanas en la mayoría de los establecimientos de salud visitados.<sup>160</sup>

En consecuencia, es oportuno reiterar la recomendación formulada por la Defensoría del Pueblo en el *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una Maternidad Segura*, con relación a la necesaria aprobación de un cronograma de fortalecimiento gradual de los establecimientos de salud, a fin de garantizar la disponibilidad de equipos, infraestructura, insumos y recursos humanos necesarios para el adecuado manejo de los partos y las emergencias obstétricas.<sup>161</sup>

<sup>160</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, GUZMÁN, ALFREDO, *Evaluación de la funcionalidad de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en cinco regiones con mayor razón de mortalidad materna y en Andahuaylas*. Ob. cit., p. 17.

<sup>161</sup> Recomendación número 10 del *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura*. Ob. cit.



### 2.2.3. Aceptabilidad

Desde la incorporación de la línea de trabajo de salud materna en la labor defensorial se ha puesto especial interés en realizar un seguimiento a la implementación de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, como una medida pertinente para contribuir al acceso de las mujeres a un parto con atención calificada y, de esta manera, reducir las posibles complicaciones obstétricas y muertes maternas. En esta oportunidad se presentan los resultados obtenidos a partir de las últimas visitas realizadas por los comisionados y comisionadas de la Defensoría del Pueblo en establecimientos de salud obligados a implementar dicha norma en 11 regiones del país.

- **Atención del parto en posición vertical**

Según la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, los establecimientos de salud de categorías I-4, II y III, rurales o urbanos, tienen la obligación de adoptar las medidas necesarias para atender este tipo de parto bajo el estricto respeto de las condiciones de personal, infraestructura, equipos e insumos que dicha norma contempla.

Precisamente, la Defensoría del Pueblo ha tomado conocimiento de un exitoso proyecto implementado en el Hospital Regional de Ayacucho que ha contribuido a la reducción de la mortalidad materna en esa región. De acuerdo con sus responsables, el éxito del proyecto se asienta en capacitar al personal de salud en la atención del parto vertical, respetar las prácticas culturales y difundir la estrategia casa por casa. Cabe precisar que el modelo está siendo replicado en Bolivia.<sup>162</sup>

Al respecto, es propicio reconocer los valiosos esfuerzos que el MINSA ha desarrollado, a fin de acercar los servicios de salud a las gestantes y evitar las muertes maternas. Así, por ejemplo, según información proporcionada por el MINSA, durante el 2008 se atendieron 22, 937 partos en posición vertical en el territorio nacional. En esa misma línea, durante el primer semestre del 2009 se atendieron 13, 998 partos verticales lo que constituye un valioso avance en esta materia.<sup>163</sup>

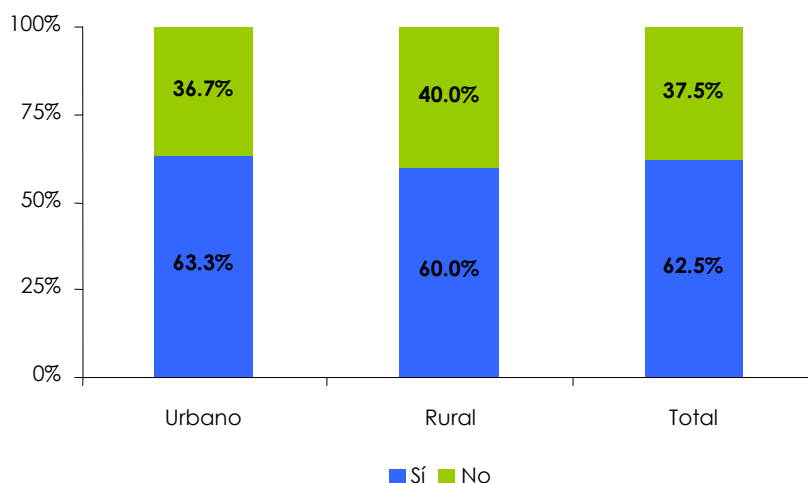
No obstante, de acuerdo con la supervisión realizada, según los (y las) profesionales de la salud, el 37.5% de los establecimientos con estas características no había atendido partos en posición vertical entre enero y octubre del 2008.

---

<sup>162</sup> Información obtenida de la nota periodística publicada en el diario "El Comercio" el 20 de diciembre del 2009.

<sup>163</sup> Oficio N° 4540/2009/DGSP/MINSA del 7 de octubre del 2009.

**Gráfico N° 21: Entre enero y octubre 2008, ¿se han atendido partos verticales en este establecimiento?, según responsables de los establecimientos de salud por ubicación geográfica (Establecimientos de salud I-4, II y III)**

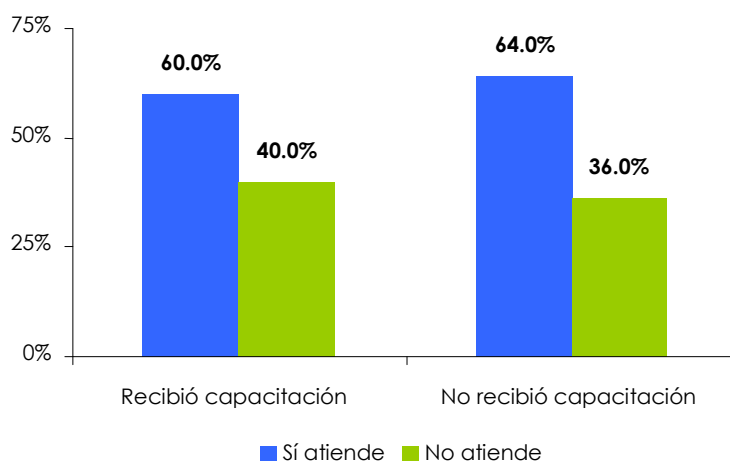


Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Cabe precisar que, esta situación se podría fundamentar en diversas razones: falta de capacitación del personal, deficiente difusión de la estrategia entre el personal de salud y/o usuarias del servicio, falta de recursos humanos, infraestructura e insumos para llevar a cabo esta atención, complicaciones de las gestantes que no permitirían el uso de esta estrategia, entre otras. Sin embargo, de igual modo, el porcentaje registrado por el concepto de falta de atención de este tipo de parto revela que aún es necesario promover la estrategia entre el personal de salud de los establecimientos de salud de categorías I-4, II y III.

En cuanto a la capacitación del personal de salud y su relación con la atención del parto en posición vertical, se identificó que el 64% del universo de profesionales, que laboran en establecimientos obligados a prestar esta atención, brindan el servicio sin haber recibido capacitación sobre este tipo de atención.

**Gráfico N° 22: Atención del parto vertical y su relación con la capacitación recibida, según responsables de los establecimientos de salud (Establecimientos de salud I-4, II y III)**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Esta situación, como se señaló en el *Informe Defensorial N° 138*, revela la urgente necesidad de que el MINSA, a través de la Dirección General de Salud de las Personas, fortalezca la asistencia técnica que brinda a las DIRESA, especialmente en lo referido a labores de capacitación del personal de salud, a fin de garantizar la formación de competencias y evitar colocar a las gestantes en situaciones de riesgo por una insuficiente formación del personal en la atención del parto en posición vertical.

Adicionalmente se sugiere al MINSA la celebración de convenios con las universidades públicas y/o privadas que cuenten con programas de medicina con el propósito de que éstos incorporen cursos de formación en adecuación cultural de los servicios públicos de salud.<sup>164</sup> Ello permitiría que los (y las) profesionales de la salud egresen con ciertos conocimientos sobre prácticas médicas que incluyen la perspectiva intercultural, como es el caso del parto en posición vertical. En ese mismo sentido, la Defensoría del Pueblo ha recomendado al Colegio Médico, al de Obstetrices y al de Enfermeras del Perú que promuevan entre sus afiliados y afiliadas la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención de la salud materna.<sup>165</sup>

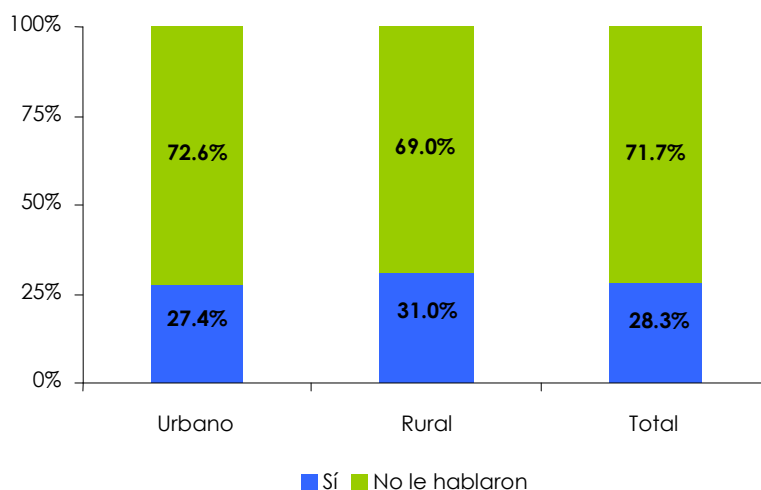
Por otra parte, en lo que concierne a la insuficiente difusión de esta estrategia entre las usuarias - que como hemos adelantado, podría ser una de las razones de los bajos niveles de solicitud y, en consecuencia de atención de este tipo de parto- se verificó, al preguntarles si les había informado sobre la posibilidad de elegir la posición del parto, el 71.7% de usuarias entrevistadas respondió negativamente.<sup>166</sup> Es decir, solo 31 usuarias -de las 113 entrevistadas en los establecimientos de salud obligados a atender parto vertical- fueron informadas al respecto.

<sup>164</sup> En el *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura: Supervisión Nacional a los Servicios de ginecología y Obstetricia del MINSA*, se formuló esta misma recomendación.

<sup>165</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Informe Defensorial N° 138, Derecho a una maternidad segura: Supervisión Nacional a los Servicios de ginecología y Obstetricia del MINSA*. Ob. cit, p. 297.

<sup>166</sup> Para esta pregunta, el universo total de usuarias entrevistadas ascendió a 113.

**Gráfico N° 23: ¿Le han informado sobre las diferentes formas de dar a luz en éste u otro establecimiento del MINSA?, según usuarias de los establecimientos de salud por ubicación geográfica  
(Usuarias de los establecimientos de salud I-4, II y III)**



Fuente: Cuestionario 2B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Adicionalmente se indagó respecto de la información que se brinda a las usuarias respecto de algunos otros aspectos referidos a la adecuación cultural de los servicios, como: la presencia de la partera e ingesta de bebidas tradicionales durante el parto y la entrega -si así lo solicitan- de la placenta para su posterior entierro.<sup>167</sup> Sobre el particular, de un total de 31 usuarias que fueron informadas sobre la estrategia de parto vertical, un número muy reducido fue informado respecto de todos los aspectos que supone esta atención. Así, solo dos usuarias afirmaron que les informaron sobre la posibilidad de que la partera la acompañase durante el parto, 22 sobre la posibilidad de ingerir bebidas tradicionales durante la labor de parto y dos sobre la entrega de la placenta para que fuese enterrada.

Otro aspecto relevante para la adecuada implementación de la atención del parto vertical en los establecimientos de salud es la disponibilidad de equipos específicos para la atención de este tipo de parto.<sup>168</sup> En este aspecto, para la supervisión del 2007 en las 11 regiones que fueron materia de estudio, solo el 41.9% de los establecimientos visitados disponía de camilla para parto vertical; 44.2% de banquillo o taburete; el 41.9%, de colchoneta para piso; el 30.2%, de asiento circular de madera; y el 2.3%, de una sogá gruesa. Es decir, para ninguno de estos equipos necesarios para atender parto en posición vertical el porcentaje de disponibilidad supera el 45%.

De los resultados expuestos es posible inferir que la insuficiente capacitación del personal de salud en esta materia y la escasa difusión del parto vertical entre las usuarias se encuentra, posiblemente, dificultando la adecuada implementación de dicha estrategia. Por ello, el MINSA, en coordinación con las Diresas, debe adoptar las medidas correspondientes para fortalecer su labor de asesoría técnica y supervisión de la implementación de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural a fin de mejorar las competencias del

<sup>167</sup> Estos aspectos se encuentran regulados en la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.

<sup>168</sup> Es el caso de la sogá, la argolla en el techo, la tela u ovillo de lana, la colchoneta, el asiento de madera circular, entre otros.

personal en esta materia, asegurar la difusión de ésta entre las usuarias, así como su implementación en los establecimientos de salud de categorías I-4, II y III.

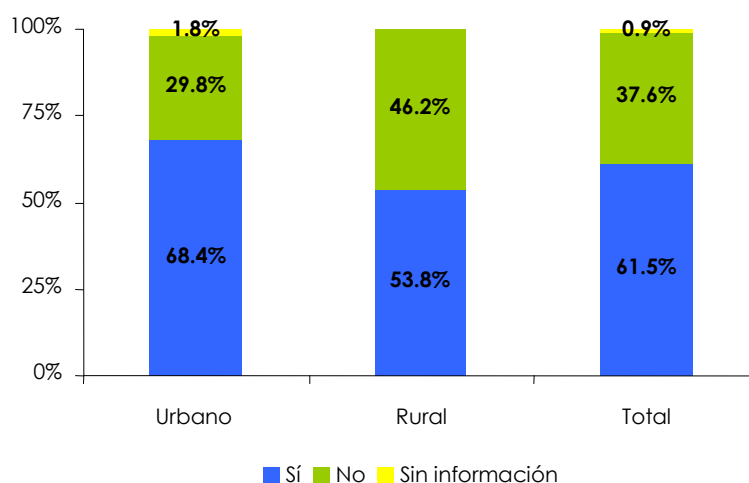
## 2.2.4 Calidad

- **Elaboración del Plan de Parto**

El plan de parto es una herramienta efectiva que sirve para organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. Asimismo, el plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar ante la presencia de señales de parto o de algún signo de alarma.<sup>169</sup> De esta manera, resulta imprescindible que los prestadores de salud, en coordinación con las usuarias, asuman como un elemento esencial de la atención la elaboración del plan individual de parto.

No obstante, según los resultados obtenidos, el 37.6% de los (y las) profesionales entrevistados declara que no elabora un plan de parto con la gestante. Este porcentaje se incrementa entre los prestadores de las zonas rurales que fueron encuestados, en donde se registra un 46.2% de falta de aplicación de este instrumento. Por su parte, las usuarias ponen de relieve la existencia de un mayor nivel de incumplimiento, puesto que el 76.8% señaló que no elaboró un plan de parto con el profesional de la salud que las atendió.

**Gráfico N° 24: Elaboración del Plan de Parto, según el personal de salud por ubicación geográfica**



Fuente: Cuestionario 1B  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Finalmente, en lo que atañe a los aspectos de la atención del parto que han sido evaluados en el presente informe, se puede advertir que es imprescindible asegurar que todos los establecimientos de salud dispongan del íntegro de equipos necesarios para atender partos y emergencias obstétricas. Igualmente se requiere evaluar la actual ubicación de las casas de espera materna, a fin de promover su instalación cerca de establecimientos con capacidad para atender partos y emergencias obstétricas. Asimismo, se debe asegurar la implementación de la

<sup>169</sup> Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural, agosto del 2005, p.16. Ver también los anexos 1 A y 1B.

Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical en los establecimientos de salud de categorías I-4, II y III, ya sean de las zonas urbanas o rurales y fortalecer las labores de capacitación a los prestadores de salud en esta materia.

### **3. Conclusiones**

1. Desde su creación, la Estrategia Sanitaria de Salud Reproductiva (ESSR) del MINSA se ha consolidado como el órgano técnico responsable de impulsar la rectoría del Sector Salud en los asuntos relacionados con el derecho a la maternidad segura.
2. Durante el período que fue materia del presente informe, el MINSA aprobó un conjunto de protocolos para regular la atención de la salud materna en los servicios públicos de salud. Al respecto, se advierte la necesidad de revisar estos documentos a fin de asegurar su coherencia y legalidad.
3. La Norma Técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en el Perú y el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA plantean la obligatoriedad de someter a todas las gestantes a pruebas diagnósticas, sin establecer expresamente que, para ello, es necesario obtener el consentimiento informado de éstas. En opinión de la Defensoría del Pueblo, la necesidad de aplicar obligatoriamente las pruebas de diagnóstico de VIH/ITS y SIDA a toda gestante resulta excesiva puesto que el consentimiento informado representa una alternativa real que, además de atender a la vida y salud del niño o niña, respeta el derecho a la libertad y autonomía de la voluntad de la mujer y el objeto de las sesiones de consejería. Por tanto, en el marco de la atención prenatal, la obligatoriedad de esta prueba solo sería oponible a los casos en los que exista riesgo previsible de contagio o infección, tal como señala la Ley N° 28243.
4. Es necesario establecer un único criterio que regule la obligación de los establecimientos de salud de implementar servicios de emergencia. Por consiguiente, se requiere revisar la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01, Categorías de establecimientos del Sector Salud (según la cual se encuentran obligados a prestar el referido servicio los establecimientos de categorías II y III), así como el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (que establece la misma obligación para los establecimientos de categorías I-4, II y III).

#### **Atención prenatal**

5. De manera general, el 70.7% de las usuarias entrevistadas aseveró que no conocía sus derechos en el marco de la atención de su salud materna. Por otra parte, se verificó que, según las usuarias que sí conocían sus derechos, en ningún caso el porcentaje de conocimiento de estos derechos superó el 65%. En ese sentido, es necesario que los (y las) profesionales de la salud difundan entre las usuarias algunos derechos, como la gratuidad y la adecuación intercultural de los servicios de salud materna, el derecho a que su pareja y/o familiar participe de los controles prenatales y el parto, la necesaria obtención del consentimiento informado como presupuesto indispensable para la realización de pruebas para detectar VIH/Sida, Sífilis, entre otros.
6. El presente informe permitió constatar que, según los (y las) profesionales de la salud entrevistados, la cefalea, los edemas, el sangrado vaginal y la pérdida de líquido por la vagina son algunos de los síntomas que más se difunden entre las gestantes. Por el contrario, existen signos de alarma, como el zumbido de oídos, que solo fueron difundidos aproximadamente el 10% de las entrevistadas.
7. Garantizar el acceso de las usuarias a la gama completa de métodos anticonceptivos aprobados por el MINSA es gravitante para la reducción de la mortalidad materna en el

país, así como para el real ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Según las entrevistadas, el 38.5% de usuarias no recibieron información al respecto en las atenciones prenatales durante su último embarazo. Este porcentaje se eleva a 42.7% en las zonas urbanas.

8. El 12.5% de las usuarias entrevistadas declaró que le cobraron por tramitar su afiliación al SIS. Estos cobros se produjeron en 24 establecimientos de salud y los montos oscilaron entre S/. 1.00 y S/. 5.00 Nuevos Soles. Cabe precisar que tales cobros vulneran el principio de legalidad del derecho administrativo y constituyen una barrera económica que restringe el acceso de las mujeres a los servicios públicos de salud. Además, podrían denotar que los (y las) funcionarios y servidores de salud abusaron de su cargo, exigiendo el pago por la prestación de servicios que se deben brindar de manera gratuita, y derivar en responsabilidad administrativa y/o penal.
9. Sobre la disponibilidad de ácido fólico y sulfato ferroso, dos medicamentos cruciales para el adecuado desarrollo del embarazo, se encontró que el 94.5% de los establecimientos de salud visitados contaban con pastillas de ácido fólico para ser distribuidas entre las usuarias. Por otra parte se constató que, aproximadamente, al 14% de gestantes no se les entregó pastillas de sulfato ferroso. Al respecto, el 5.4% de usuarias que sí recibieron estas pastillas manifestó que se les cobró por su entrega, lo que constituye una práctica ilegal del personal de salud, en la modalidad de cobro indebido, que afecta al ejercicio del derecho a la salud reproductiva de las mujeres.
10. Respecto de las sesiones de consejería y la obtención del consentimiento informado de la gestante, como presupuestos indispensables para la realización de las pruebas de VIH/Sida, la supervisión permitió verificar, según las usuarias, que el 51% de éstas no recibió consejería. Dicho porcentaje se elevó a 61.2% en el caso de las zonas rurales. Asimismo, se verificó que en el 32.5% de los casos no se les solicitó su consentimiento informado.
11. Según el personal de salud, en el 75.2% de los casos se realizó la prueba para detectar VIH/Sida a las gestantes. Algunas de las razones, por las cuales no se realizaría la referida prueba serían la falta de laboratorio, de insumos y/o de equipos en los establecimientos de salud. Al respecto, solo el 56.2% de las usuarias refirió que le practicaron dicha prueba.
12. Con relación a la prueba para detectar Sífilis en las gestantes, se comprobó que, aproximadamente, el 25% de establecimientos de salud visitados no realiza esta prueba. El porcentaje aumenta al 30.8% si se considera como universo de estudio a las usuarias entrevistadas en los establecimientos de salud de las zonas rurales.
13. Durante las atenciones prenatales, los prestadores de salud tienen el deber de identificar si la gestante es víctima de alguna forma de violencia, a fin de brindarle el tratamiento adecuado. No obstante, en el universo de profesionales de la salud que afirmaron que contaban con la Guía técnica de atención para las personas afectadas por violencia basada en género (60), el 24.6% no la habría aplicado. A diferencia de lo manifestado por los prestadores, el 71.4% de usuarias señaló que dicho personal no indagó si era víctima de alguna forma de violencia.
14. Con relación a la atención que se brinda a la gestante víctima de violencia, se verificó que en el 44% de los establecimientos de salud no se registra este tipo de atención, lo que dificulta la elaboración de políticas públicas orientadas a enfrentar la violencia contra



la mujer desde el Sector Salud. Además se constató que es una práctica frecuente del personal de salud referir a la víctima de violencia a la comisaría del sector para iniciar las acciones de carácter legal.

### **Atención del parto**

15. En opinión de la Defensoría del Pueblo, el acercamiento de las gestantes a establecimientos de salud con capacidad para atender partos, específicamente mediante el alojamiento de la usuaria en una casa de espera materna, contribuye a asegurar el acceso de las gestantes a servicios de salud de alta complejidad.
16. Al respecto, más del 80% de los (y las) profesionales de la salud entrevistados dio a conocer que el establecimiento de salud a su cargo – y que según su categoría tiene capacidad para atender partos y emergencias obstétricas- no cuenta con una casa de espera materna en su jurisdicción. Ahora bien, del universo de establecimientos que sí cuenta con este tipo de alojamiento cerca de su jurisdicción (siete), sólo cinco participan en su gestión. Por otra parte, cuando se preguntó a las usuarias si conocían de la existencia de una casa de espera materna cercana al establecimiento de salud en el que fue entrevistada, el 60.8% señaló que desconocía esta estrategia.
17. La Defensoría del Pueblo detectó cuatro casos en los que el personal de salud intentó inducir a las usuarias a someterse a un parto institucional mediante la imposición de “multas” si éstas optaban por un parto domiciliario. Dichas sanciones pecuniarias se efectúan sin ninguna base normativa y desincentivan a las mujeres de acudir a los establecimientos de salud.
18. Con relación a la disponibilidad de equipos e insumos para atender partos, se constató que existen ciertas deficiencias en la disponibilidad de insumos relacionados con la higiene y limpieza de las salas de parto, como la falta de papel secante o secador de manos, soleras, lavamanos y jabón en el consultorio. En menor medida, pero igualmente importante, se constató la falta de disponibilidad de equipos vinculados directamente con la atención que requiere la gestante y el recién nacido durante el parto, como son el fetoscopio de Pinard/Doppler (13.8%) y el tensiómetro (9.2%).
19. La adecuación intercultural de los servicios de salud materna es un presupuesto indispensable para incrementar el parto institucional y reducir la mortalidad materna. No obstante, según los (y las) profesionales entrevistados, el 37.5% de los establecimientos de salud obligados a atender partos en posición vertical no había atendido, entre enero y octubre de 2008, este tipo de parto. Asimismo, se identificó que el 64% del universo de profesionales -que laboran en los establecimientos que atienden este tipo de parto- brindan dicha atención sin haber recibido capacitación sobre el particular.
20. En lo que atañe a la insuficiente difusión de esta estrategia entre las usuarias, se descubrió que al preguntarles si les habían informado sobre la posibilidad de elegir la posición del parto, el 71.7% de usuarias entrevistadas respondió negativamente. La insuficiente capacitación del personal de salud en esta materia y la escasa difusión del parto vertical entre las usuarias probablemente están dificultando la adecuada implementación de dicha estrategia en los establecimientos de salud.
21. El 37.6% de los (y las) profesionales entrevistados señala que no elabora un plan de parto con la gestante. Este porcentaje se incrementa entre los prestadores de las zonas rurales que fueron encuestados, en donde se registra un 46.2% de falta de aplicación de este instrumento. Por su parte, las usuarias ponen de relieve la existencia de un mayor

nivel de incumplimiento en este aspecto de la atención, pues el 76.8% señaló que no elaboró un plan de parto con el apoyo del profesional de la salud que las atendió.

#### 4. Recomendaciones

**RECOMENDAR** al Ministerio de Salud:

- a. Fortalecer la labor de la Estrategia Sanitaria de Salud Reproductiva (ESSR), a fin de garantizar el derecho a la maternidad segura.
- b. Promover la coordinación entre la ESSR y la Estrategia de prevención y control de transmisión sexual y VIH/Sida en los procesos de diseño, aprobación e implementación de los documentos técnicos que regulan la atención de las gestantes en los servicios de consejería y diagnóstico del VIH/Sida.
- c. Iniciar un proceso de análisis y revisión de los protocolos que regulan la atención de la salud materna en los servicios públicos de salud, a fin de garantizar la coherencia y legalidad de éstos. En ese sentido, se le sugiere:
  - Precisar en la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis Congénita, en el Documento técnico consejería en ITS/VIH y Sida y de la Norma técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en el Perú que la obtención del consentimiento informado de la gestante es un presupuesto indispensable para llevar a cabo las pruebas de VIH e ITS, salvo que exista riesgo previsible de contagio o infección.
  - Incorporar en la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis Congénita; y en la Norma técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual el formato “modelo de consentimiento informado para la prueba de despistaje de VIH”, que figura en el Anexo 10 del Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y Sida, y disponer su aplicación para todas las gestantes.
  - Revisar la Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01, Categorías de establecimientos del Sector Salud y el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo -aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA-, a fin de establecer un único criterio que regule la obligación de los establecimientos de salud de contar con servicios de emergencia.
  - Aprobar una Norma Técnica de Atención Materno-Perinatal que, en un solo documento, protocolice la atención de la salud física y mental de las gestantes sobre la base de los objetivos y acciones estratégicas formuladas en el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 y las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

**RECOMENDAR al Ministerio de Salud que, en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA):**

ADOPTÉ las medidas necesarias para eliminar de los servicios de salud la práctica de ofrecer incentivos o ejercer presión a las usuarias para promover las atenciones prenatales y/o partos institucionales, y lo INSTA a garantizar el respeto de los derechos fundamentales de las usuarias, como medida efectiva para asegurar el acceso de las mujeres al mayor número posible de atenciones prenatales y a un parto institucional.

SUPERVISE el cumplimiento del personal de los establecimientos de salud de la tarea de informar a las usuarias sobre:

- Los derechos relacionados con la atención de la salud materna como por ejemplo: el derecho a la gratuidad del servicio, a que se implementen servicios interculturales, a que se le realicen pruebas para detectar VIH, Sífilis, a que su pareja y/o familiar la acompañe durante las atenciones prenatales y el parto.
- Los signos de alarma durante el embarazo.
- La gama completa de métodos de planificación familiar aprobados por el MINSA, a fin de garantizar el derecho de las mujeres a decidir el número de hijos o hijas que desean tener y el espaciamiento entre los nacimientos.

ADOPTÉ las medidas necesarias para erradicar los cobros indebidos por las atenciones en el servicio público de ginecología y obstetricia, e INICIE los procedimientos administrativos para, de ser el caso, imponer las sanciones correspondientes.

**GARANTICE**

- La disponibilidad y gratuidad de las pastillas de sulfato ferroso y ácido fólico en los establecimientos de salud del país, a fin de que sean distribuidas entre las gestantes durante las atenciones prenatales.
- La realización de consejerías pre y post test de VIH/Sida y Sífilis en las gestantes, y ASEGURE la obtención del consentimiento informado de ésta como presupuesto indispensable para llevar a cabo las pruebas diagnósticas, salvo que exista riesgo previsible de contagio o infección.
- La realización, durante las atenciones prenatales, del plan individual de parto y de la pesquisa para determinar si la gestante es víctima de alguna forma de violencia.

PROMUEVA la ubicación de Casas de Espera Materna cerca a establecimientos de salud que cuenten con infraestructura, equipos y personal suficientes para atender partos y/o emergencias obstétricas.

FORTALEZCA el proceso de adecuación cultural de los establecimientos de salud del país.

ASEGURE la capacitación de los profesionales de la salud en la atención del parto en posición vertical, en la adecuada realización de las pruebas para detectar VIH/Sida y Sífilis, así como en la realización de la pesquisa para detectar si la gestante es víctima de alguna forma de violencia.

**RECOMENDAR al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)** para que, de conformidad con lo establecido en el artículo 9° de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, en coordinación con el **Ministerio de Salud**, vigile el cumplimiento de la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente y, en particular, el derecho a la maternidad segura, tal como lo establece el literal i) del artículo 6) de la citada norma.