DERECHO A LA SALUD MATERNA. SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEFENSORIALES A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN AREQUIPA, JUNÍN, LIMA, PIURA Y PUNO

Serie Informes de Adjuntía – Informe N° 001-2017-DP/ADM

Defensoría del Pueblo
Jirón Ucayali N° 394-398
Lima – Perú
Teléfono: (511) 311-0300
Fax : (511) 426-7889
Correo: defensor@defensoria.gob.pe
Página web : http://www.defensoria.gob.pe
Facebook: Defensoría del Pueblo – Oficial
Twitter: Defensoría_Perú
Línea gratuita: 0800–15170

Primera edición: Lima, Perú, diciembre de 2016.
500 ejemplares.

Cuidado de la edición: Fabrizio Tealdo Zazzalli.

El presente Informe ha sido elaborado por la consultora Tania Raico Gallardo. La revisión y corrección del documento estuvo a cargo de las comisionadas de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer, Diana Carolina Portal Farfán y Patricia Verónica Sarmiento Rissi, con el apoyo de Diana Paola Vásquez Sánchez, Almendra Quispe Peña y Simon Morin.

Para la recolección de la información, se contó con el apoyo de las comisionadas Rosario Teresa Linares Gonzales (Arequipa), Laura del Rosario Vila Cotera (Junín), Trinidad Carlos Serna (Puno) y el comisionado Carlos Alberto Ramírez García (Piura).

Para el procesamiento de la información se contó con la asistencia de María del Rosario Gonzáles Fernández.

Los aspectos logísticos y administrativos estuvieron a cargo de Milagro Gonzales Martini.

La elaboración y publicación de este Informe ha sido posible gracias a la asistencia del fondo de Población d las Naciones Unidas (UNFPA).

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2017-00867

Editado por Defensoría del Pueblo. Jirón Ucayali Nº 394-398-Lima 01
Impreso en los talleres gráficos de: VORENO E.I.R.L.
Jr. Puerta del Sol Mz. T5 Lt. 4 / 202 Lima 12

ÍNDICE

Presentación 9

Capítulo I:
Situación y Diagnóstico de la Salud Materna en el Perú 13

1.1 Estado de la salud materna a nivel mundial 13
1.2 Situación en el Perú 15

Capitulo II:
Salud Materna en el Derecho Internacional y Nacional 21

2.1 Marco conceptual del derecho a la salud materna 21
2.2 Marco jurídico internacional del derecho a la salud materna 23
2.2.1 A nivel del Sistema Universal de Derechos Humanos 23
2.2.2 A nivel del Sistema Interamericano de Derechos Humanos 29
2.3 Marco jurídico nacional del derecho a la salud materna 32
2.3.1 Constitución Política del Perú 33
2.3.2 Ley General de Salud 34
2.3.3 Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 34
2.3.4 Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 35
2.3.5 Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 – 2017 35
2.3.6 Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016 35
2.3.7 Normas Técnicas, Directivas y otros Documentos del Ministerio de Salud 36

Capítulo III:
Resultados de la Supervisión Realizada en los Establecimientos de Salud de Arequipa, Junin, Lima, Piura y Puno 37

3.1 Ámbito de aplicación, objetivos y metodología de la supervisión 37
3.2 Aspectos generales del funcionamiento de los servicios de ginecología y obstetricia en los establecimientos de salud seleccionados 39
3.2.1 Protocolos de atención para una maternidad segura 39

3.2.2 Cumplimiento de estándares e indicadores de atención materna en establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales 44
3.2.3 Accesibilidad económica: el Seguro Integral de Salud y la coordinación con otras instancias 46
3.2.4 Sistema de quejas para usuarias 49
3.3 Atención prenatal 51
3.3.1 Disponibilidad de infraestructura, equipos y personal 51
3.3.2 Disponibilidad de atención, medicamentos, suministro de vitaminas y sulfato ferroso y otros recursos para la atención integral de la salud materna 56
3.3.3 Acceso a la información sobre signos de alarma y planificación familiar 63
3.3.4 Accesibilidad a atenciones prenatales 67
3.3.5 Calidad: realización de pruebas para detectar VIH, sífilis y 70
3.3.6 Calidad: Registro de la atención, plan individual de parto y tamizaje de violencia en gestantes 72
3.4 Atención durante el parto 77
3.4.1 Disponibilidad de bancos de sangre y de servicios de emergencia las 24 horas del día 77
3.4.2 Accesibilidad económica y geográfica, funcionamiento de casas de espera materna 77
3.4.3 Calidad de atención de la gestante y posible evidencia de violencia obstétrica 85
3.4.4 Calidad: acompañamiento de las gestantes durante el parto y capacitación del personal de salud para la atención del parto y de emergencias obstétricas 88
3.4.5 Aceptabilidad y adaptabilidad: Atención del parto vertical y adecuación cultural del parto 94
3.4.6 Porcentaje de partos con alumbramiento activo y porcentaje de cesáreas 103
3.5 Atención del puerperio 109
3.5.1 Tipo atención del posparto 109
3.5.2 Vigilancia de los casos de muerte materna: comités de muerte materna 113
3.5.3 Sistema de referencias y contrarreferencias 132

Conclusiones 145
Recomendaciones 157
Bibliografía 161
Anexo 167

Presentación

La Organización de las Naciones Unidas promueve desde el año 2015 una nueva agenda, denominada "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Sus principios se basan en la persistencia de los altos índices de desigualdad y pobreza a nivel mundial. Entre otros aspectos que atentan contra el pleno ejercicio de los derechos, la agenda prioriza la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de setenta por cada 100 000 nacidos vivos,[1] así como garantizar el acceso universal a la salud y derechos sexuales y reproductivos. Este problema se acentúa en los países menos desarrollados, donde persisten las desigualdades, volviéndose una de las principales causas de exclusión.[2]

En el Perú, la deficiente protección y ejercicio de derechos fundamentales de las mujeres se expresa en la elevada tasa de mortalidad materna, por causas asociadas a la calidad del servicio de salud durante el embarazo, complicaciones en el parto y/o puerperio. Estas muertes podrían evitarse si se brindara a las gestantes una adecuada y oportuna atención de su salud.

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud ha registrado un ligero incremento del número de muertes maternas en los últimos años.[3] Es cierto y valorable que el país haya reducido significativamente el número de muertes maternas –de 605 en el año 2000 a 415 en el año 2015– incrementándose el número de atenciones prenatales y los partos institucionales[4]. No obstante, preocupa que la disminución de muertes maternas no haya sido homogénea en todas las regiones, afectando a aquellas con menos recursos, como Puno y Piura, y manteniéndose enraizada en las zonas rurales.

---

1 Objetivo 3.1 establecido en: Asamblea General de Naciones Unidas. Proyecto de documento final de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015. A/69/L.85, 12 de agosto de 2015, p. 18. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85 Consultada el 24 de agosto de 2016.

2 Objetivo 5.6. Ibídem.

3 Los datos consignados son: 440 muertes maternas a nivel nacional durante el año 2012; 383 en 2013; 411 en 2014; y 415 en el año 2015.

4 Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. (2016). Lima: INEI, pp. 227- 232.

Frente a esta situación, la Defensoría del Pueblo, en el marco de sus competencias constitucionales, desde el año 2007 decidió incorporar en su agenda el componente de salud materna como una línea prioritaria de intervención. Por ello, la Adjuntía para los Derechos de la Mujer se propuso evaluar las políticas públicas y el funcionamiento de los servicios públicos de salud materna, contribuyendo a fortalecer la incorporación de la perspectiva de género y los enfoques de derechos humanos e interculturalidad en la atención de las gestantes como una estrategia esencial para garantizar la atención de calidad y, a su vez, proteger sus derechos fundamentales.

De esta forma, se presentó el Informe Defensorial N° 138 "Derecho a una maternidad segura: Supervisión Nacional del servicio de ginecología y obstetricia del MINSA",[5] evaluando el diseño y la implementación de las principales políticas públicas sobre salud materna en el país. Posteriormente, y como antecedente directo del presente informe, en el año 2010 se realizó el Informe de Adjuntía "Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura",[6] que evaluó los servicios de salud materna relacionados con la atención prenatal, durante el parto y en el puerperio en once regiones del país.

El actual Informe de Adjuntía N° 001-2017-DP/ADM "Derecho a la salud materna. Seguimiento de las recomendaciones defensoriales a establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno", evalúa el funcionamiento de los servicios públicos de ginecobstetricia y la implementación de las recomendaciones realizadas en 2010. La supervisión se focalizó en cinco regiones[7] (tres de las cuales tienen la mayor cantidad de casos de mortalidad materna) y establecimientos de salud que operan en ellas: trece hospitales y cinco centros de salud.

Entre los hallazgos sobre la calidad de los servicios de salud materna antes, durante y después del parto, se identificó que en más de la mitad de los hospitales supervisados existía desabastecimiento de insumos, medicamentos y equipamiento adecuado. En la mayoría de estos se identificaron problemas de infraestructura, como la falta de camas, privacidad, el hacinamiento

5 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 de 2008.

6 Serie de Informes de Adjuntía – Informe N° 001-2010/DP-ADM, publicado en enero de 2010.

7 Las regiones supervisadas fueron las mismas que las que se tomaron en cuenta para el Informe de Adjuntía N° 003-2016-DP/ADM, "Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual. Seguimiento de las recomendaciones defensoriales en establecimientos de salud de Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno", considerando así las zonas con mayor índice de violencia contra las mujeres.

de pacientes y falta de personal médico. Asimismo, los servicios de salud expresaron dificultades en la accesibilidad al Seguro Integral de Salud.

Frente a esta realidad es necesario implementar adecuadamente las casas maternas y evaluar las situaciones de violencia obstétrica detectadas en las entrevistas de campo, con el propósito de erradicarlas una vez que se corrobore la información obtenida por la Defensoría del Pueblo, e incorporar protocolos de atención que garanticen un trato respetuoso de las gestantes.

Por otro lado, se mantiene la situación detectada en el informe de salud materna del año 2010, es decir, la necesidad de difusión de los derechos de las usuarias en cuanto al acceso a servicios, como la afiliación al Sistema Integral de Salud, los servicios de parto vertical con pertinencia cultural, el derecho a que su pareja y/o un familiar participe en los controles prenatales y el parto, así como la indispensable obtención del consentimiento informado para la realización de pruebas para detectar VIH/SIDA, sífilis, entre otros.

Las especialistas de la Defensoría del Pueblo proponen, a partir de un diagnóstico muy puntual, una serie de recomendaciones, orientadas a contribuir a que el Ministerio de Salud mejore los servicios de salud materna, que en la actualidad no brindan el servicio que todas las ciudadanas merecen. El Perú, como parte de las Naciones Unidas, debe concentrar sus esfuerzos para alcanzar las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, a fin de garantizar que las gestantes, especialmente aquellas de zonas rurales y en situación de pobreza, puedan disfrutar de servicios de calidad y con pertinencia cultural, disminuyendo al mínimo la tasa de mortalidad materna y ofreciendo el mejor servicio posible.

Finalmente, deseo agradecer al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) por la asistencia técnica y financiera otorgada. A su vez, reafirmo el compromiso de la Defensoría del Pueblo en la defensa y promoción de los derechos reproductivos de las mujeres, en particular de aquellas en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Walter Gutiérrez Camacho
Defensor del Pueblo

Capítulo I

Situación y diagnóstico de la salud materna en el Perú

1.1 Estado de la salud materna a nivel mundial

Cada día mueren en el mundo 800 mujeres por complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo o el parto, sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS). De ellas, casi la totalidad corresponde a países en desarrollo (99%), incidencia que se acentúa en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.[8] La OMS señala que la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000,[9] lo que refleja las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y evidencia un grave problema de salud pública que afecta directamente los derechos de las mujeres.

En este contexto, en el marco de la IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, los Estados reconocieron los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos de todas las personas. Asimismo, se comprometieron a reducir a la mitad las tasas de mortalidad materna. En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció como el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) Número 5 "mejorar la salud materna", con la meta de reducir al 2015 el 75% en comparación al año 1990[10], y promover el acceso universal a la salud reproductiva.[11] Sin embargo, en la mayoría de países en desarrollo no se pudo alcanzar esta meta: la mortalidad materna a nivel mundial solo se redujo alrededor del 44% entre los años 1990 y 2015. Renovando el compromiso de los Estados de reducir las desigualdades y pobreza, la ONU estableció nuevos objetivos en el documento "Transformar nuestro mundo:

---

8 OMS. *Nota descriptiva 348*. (Mayo, 2014). Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/ Consultada el 24 de agosto del 2016.

9 Ibídem.

10 Número de muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos.

11 Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. pp. 38 y 41. Versión disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf Consultada el 24 de agosto de 2016.

la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible",[12] que cuenta con el objetivo de reducir la razón de la mortalidad materna (RMM) a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.[13]

A nivel de América Latina, se observa una disminución de un 50% de la mortalidad: pasó de 16 000 muertes en 1990 a 7300 muertes en el 2015. En este contexto, el Perú se encuentra entre los cinco países que más ha progresado en términos de reducción de mortalidad materna.[14] Por otro lado, en el Perú murieron 68 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos en el año 2015.[15] Lamentablemente, nuestro país ocupa el décimo lugar de los países con la tasa más alta de mortalidad materna en América Latina, ubicándose por encima del promedio latinoamericano, según datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

---

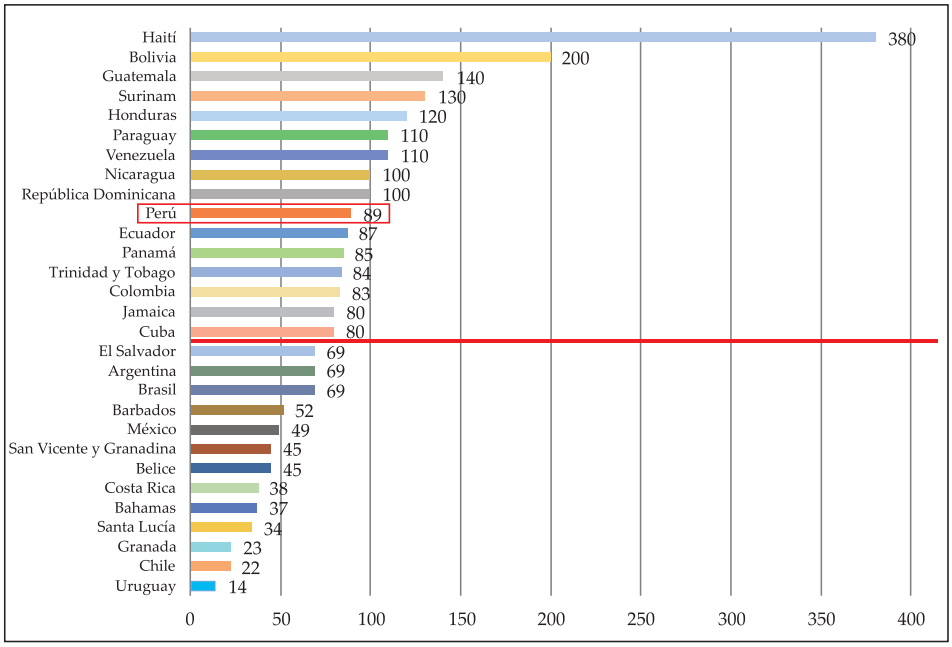
12 Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de Naciones Unidas. Proyecto de documento final de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015. A/69/L.85, 12 de agosto de 2015, p.18. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85 Consulta: 24 de agosto de 2016.

13 OMS. Ópcit.

14 Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Nota: América Latina y el Caribe: comprometidos por reducir la mortalidad materna*. Disponible en: http://lac.unfpa.org/noticias/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-comprometidos-por-reducir-la-mortalidad-materna Consultada el 11 de noviembre de 2016.

15 Organización Mundial de la Salud. *Maternal mortality*. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en Consultada el 26 de octubre del 2016.

Gráfico N° 1
Índice de mortalidad materna (muertes por cada 100 000 nacidos vivos) en América Latina – 2013



Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

1.2. Situación en el Perú

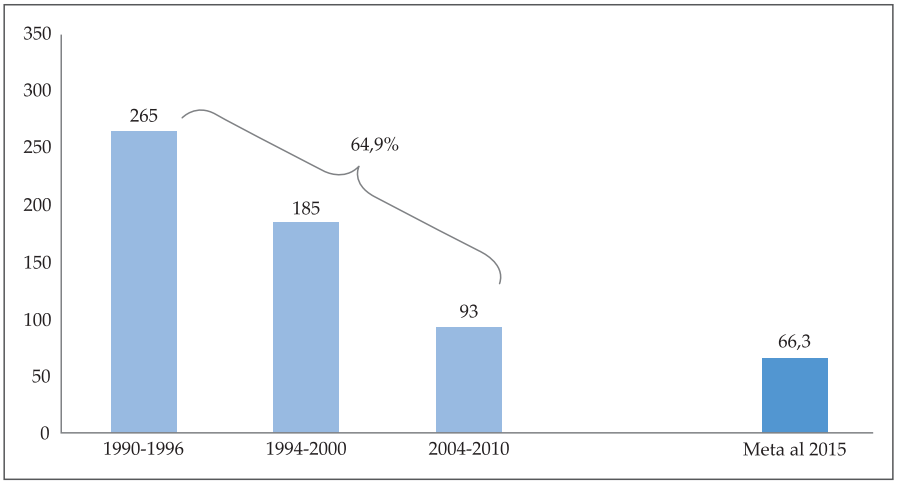
En el Perú, conforme al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en la Encuesta Demográfica y de Salud Familia – Endes 2015, la mortalidad materna afectó a 93 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos, debido a complicaciones de embarazo, parto o en el lapso dentro de los 42 días después de su terminación.

El INEI sostiene que se han realizado importantes avances en la reducción de la mortalidad materna desde inicio de los años noventa. Así, según la Endes 2015, se disminuyó en un 64,9% entre los periodos 1990–1996 y 2004–2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos. No obstante, esta cifra dista de la meta establecida para el año 2015: 66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos.[16] De igual manera, se

[16] Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. (2016). Lima: INEI, p. 401. La Endes estima en promedio lo que ocurrió siete años previos a

estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7% entre los años 1994–2000 y 2004–2010, al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente.[17] Por tanto, estos resultados muestran una reducción continua de la mortalidad maternal en el país, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 2
Perú: Tasa de Mortalidad Materna, 1990 – 2015
(Por cada 100 000 nacidos vivos)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Con respeto a la meta de la ODM N° 5 de reducción de 75% al año 2015, y a la nueva meta al año 2030 con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) N° 3, si bien se ha reducido considerablemente la tasa de mortalidad materna, no se ha logrado cumplir con el objetivo establecido. Una de las principales causas es la dificultad del Estado peruano de garantizar el acceso a servicios de salud adecuados en todas las regiones del país. Asimismo, de acuerdo al análisis de los índices de mortalidad materna realizados, se evidencia que el decrecimiento no es lineal, sino que se identifica importantes fluctuaciones de un año a otro, e incluso de una zona a otra.

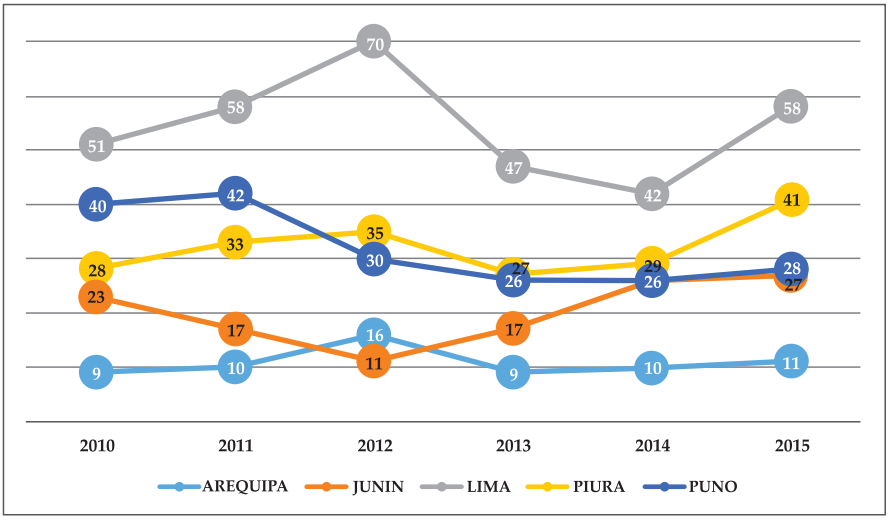
la presentación de la encuesta, por lo que resulta de interés para analizar tendencias a mediano y largo plazo.

17 Ibídem.

De este modo, el Ministerio de Salud (Minsa), a través de la Dirección General de Epidemiología, ha registrado 440 muertes maternas a nivel nacional durante el año 2012; 383 en 2013; 411 en 2014; y 415 en el año 2015, lo que muestra un incremento del número de muertes maternas.[18]

Al respecto, es preciso mencionar que los departamentos que registraron mayor número de muertes maternas en el año 2015 fueron: Lima (58),[19] Piura (41) y Cajamarca (38).[20] Asimismo, los casos de muerte materna a nivel de los departamentos supervisados se han incrementado o se han mantenido, como se aprecia en el gráfico N° 3.

Gráfico N° 3
Número de casos de muerte materna por departamentos de procedencia (2010–2015)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Minsa. Hasta la SE 32 del 2016.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

[18] Dirección General de Epidemiología del Minsa. *Sala de situación virtual de la muerte materna.* Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=121 Consultada el 24 de agosto de 2016.

[19] Lima en su mayoría concentra muertes maternas procedentes de otros departamentos y agrupa en su ámbito a los hospitales de referencia nacional.

[20] Es lamentable que persista esta problemática en Cajamarca, ya que fue el departamento que concentró el mayor número de muertes maternas durante el año 2007, seguido de Lima, de acuerdo al Boletín Epidemiológico del Minsa – SE N° 32, y que fuera resaltado en el Informe Defensorial "Derecho a una maternidad segura: Supervisión Nacional de los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA".

Durante los últimos años el país en general ha reducido significativamente el número de muertes maternas –de 605 en el año 2000 a 415 en 2015– y se han incrementado las atenciones prenatales y los partos institucionales[21]. A su vez, preocupa que la reducción de muertes maternas no haya sido homogénea en todas las regiones.

En relación al porcentaje de la población peruana, es importante constatar que, aunque Lima presenta el mayor número de mortalidad materna, la situación es más problemática en regiones como Piura, que cuentan con menor presencia del Estado. Así, aunque el 30% de la población peruana vive en la capital, solo el 14% de los casos de mortalidad materna se concentra en este departamento, a diferencia de Piura, que cuenta con el 6% de la población nacional y concentra el 10% de los casos de mortalidad materna en el Perú.[22] Estas cifras demuestran una disparidad entre regiones urbanas y las regiones con mayores zonas rurales.

De acuerdo a un estudio del Minsa, realizado con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), se diagnosticó el subregistro de los dos sistemas utilizados por el Ministerio de Salud. En el caso de muerte materna, es mayor para el sistema de hechos vitales (defunciones), que se estima en un 51,2%. El sistema de vigilancia epidemiológica se calcula en un 21,6%. Los departamentos con mayor subregistro son Amazonas, Loreto, Cajamarca y Áncash.[23]

En este mismo estudio del Minsa, el perfil de la víctima de muerte materna para el periodo 2007–2011 es el de "una mujer adulta, ama de casa (83,9%), con nivel educativo primaria (48%), que tuvo acceso al control prenatal (74,1%), cuyo parto o aborto fue atendido en un establecimiento de salud (28%) y que falleció por causas directas, principalmente por hemorragia obstétrica (42,6%) en un establecimiento de salud, sea hospital o clínica (44,2%)".[24] Estas

21 INEI. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. (2016). Lima: INEI, pp. 227-232.

22 Minsa. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. Hasta la SE 32 de 2016.

23 Minsa. *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011.* (2013). Lima: Minsa y UNFPA, p. 13. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf Consultada el 14 de noviembre de 2016. En este sentido, tal como se ha sostenido en el estudio *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*, los métodos de recolección y sistematización de datos sobre esta temática han mejorado desde el año 2000, sin embargo, como se observa, sigue existiendo un subregistro que no evidencia la realidad de casos mortalidad materna. En: World Health Organization. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015.* (2015). Geneva: World Health Organization, p. 8.

24 Minsa. *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011.* Lima: Minsa y UNFPA, 2013, p. 329.

características de las muertes maternas implican problemas relacionados con la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud.

En este sentido, se debe tener en cuenta que "las complicaciones durante el embarazo y en el momento del parto son las principales causas de muerte entre las adolescentes de 15 y 19 años en los países de ingresos medios. El riesgo de mortalidad materna es mayor en adolescentes, especialmente menores de 15 años, que entre mujeres adultas".[25] En el caso del Perú, el 13,6% de las adolescentes entre los 15 y 19 años han estado embarazadas;[26] de tres a cuatro nacimientos cada día son de madres adolescentes menores de 15 años;[27] y la prevalencia anticonceptiva fue menor en este grupo etario que actualmente tiene pareja (66%).[28]

Las cifras presentadas por la OMS no son comparables con las del INEI y la Dirección General de Epidemiología del Minsa, debido a que unas se concentran en el ámbito internacional y las otras en el nacional. A pesar de los distintos criterios utilizados para realizar las estimaciones, un análisis integrado de esta información nos lleva a afirmar que la salud materna es uno de los temas de salud pública prioritarios a nivel internacional y nacional, siendo considerada un indicador de desarrollo.

En el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, entre el año 2015 y el primer semestre de 2016, la proporción de partos institucionales pasó de 90,7% a 91,9%. Situación similar se advierte por área de residencia: el área urbana presenta un aumento de 0,8 punto porcentual (de 96,7% a 97,5%). El área rural no presenta variación significativa.[29]

Según la Endes 2015, la atención prenatal con algún control realizado por personal de salud calificado (médico, obstetriz y enfermera) es del 97%, lo que constituye un aumento sobre el 95,4% encontrado en el año 2011. Desagregando este indicador, se observaron avances entre los años 2011 y 2015, donde la atención por médico aumentó de 32,9% a 36,9%.

---

25 Óp. Cit.

26 UNFPA. "Embarazo de adolescentes peruanas no desciende en los últimos 20 años". Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2016/MAY/Endes2016/Nota1.html Consultado el 11 de noviembre de 2016.

27 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y UNFPA. Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Infografia-Situacion-Embarazo-Adolescentes.pdf Consultada el 11 de noviembre de 2016.

28 INEI. (2016). *Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015*. Lima: INEI, p. 144.

29 Ibídem.

En cuanto al número de visitas de atención prenatal, la Endes 2015 muestra que el 88,4% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, recibieron seis o más visitas de atención prenatal. Este porcentaje fue mayor a lo encontrado en el año 2011 (83,5%). La cobertura de visitas en el área urbana alcanzó el 89,8% y en el área rural 84,5%.[30]

[30] Ibídem. p. 230

Capítulo II

Salud materna en el derecho internacional y nacional

2.1 Marco conceptual del derecho a la salud materna

El derecho a una maternidad segura como parte integrante de los llamados derechos reproductivos y, concretamente, la salud sexual y la salud reproductiva deben ser protegidas a través de derechos humanos específicos,[31] reconocidos en instrumentos internacionales de carácter vinculante para el Estado peruano.[32]

La Defensoría del Pueblo[33] ya abordó los derechos implicados en relación a una maternidad segura, haciendo especial énfasis en los tratados de derechos humanos y observaciones generales emitidas en el marco de este derecho. En el presente informe se hará mención a documentos posteriores al informe del año 2009, en los que se han desarrollado importantes estándares internacionales en torno a la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en el derecho a una maternidad segura.

A continuación, algunos de los principales derechos que se encuentran en conexión con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en especial la salud materna.[34]

---

31 Cook, Rebecca; Dickens, Bernard y Fathlla/Mahmoud. (2003). *Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y la medicina*. Bogotá: Profamilia. En este sentido, como señala el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, el derecho a la salud "[…] está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Cfr. Comité de Derecho Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 22° periodo de sesiones, 25 de abril al 12 de mayo de 2000, párrafo 3.

32 Para mayor detalle: Facio, Alda. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, p. 25.

33 Defensoría del Pueblo. (2009). *Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Minsa. Informe Defensorial N° 138***.** Lima: Defensoría del Pueblo, , pp. 19-25.

34 Se toma como referencia lo desarrollado por Lilia Ramírez. *Los derechos sexuales y derechos reproductivos en el marco de los derechos humanos*. En: http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MANUELA-RAMOS-SSR_Marco_Juridico.pdf Consultada el 25 de agosto

Derecho a la vida
Incluye la prevención y reducción de las causas de la mortalidad materna, mediante el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Contiene el acceso a la atención durante el embarazo, el parto y la lactancia. Asimismo, este derecho se relaciona con la eliminación de toda forma de violencia y a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.

Derecho a la privacidad
Abarca el derecho a adoptar decisiones autónomas y sin interferencias arbitrarias, con respecto a la sexualidad, reproducción y al carácter confidencial de la información personal comunicada a los encargados de prestar los servicios. La privacidad también incluye el derecho a discutir las necesidades o preocupaciones sobre la sexualidad en un ambiente donde las personas se sientan cómodas y respetadas.

Derecho al nivel más alto posible de salud
Entraña el derecho a tener acceso a servicios de salud de la calidad más alta posible, incluida la atención relativa a la salud sexual y reproductiva. Ello abarca el reconocimiento de las necesidades diferenciadas en razón de sexo, edad, etnia, región, idioma u otras características específicas de grupos determinados.

Derecho a decidir el número e intervalo de hijos/as
Incluye el derecho a la autonomía reproductiva y el derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.

Derecho al matrimonio y a fundar una familia
Se relaciona con el derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación; el derecho a contraer o no matrimonio; y el derecho a disolver el matrimonio. Asimismo, estos derechos están vinculados al derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.

Derecho a la igualdad y a la no discriminación
Protege los derechos de las personas a tener acceso en igualdad de condiciones a la información, educación y servicios relativos a la salud sexual

de 2016. Facio, Alda. "Los derechos reproductivos son derechos humanos". San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008. Citado en: *La salud sexual y la salud reproductiva: marco jurídico internacional y nacional*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2010 pp. 13-15.

y reproductiva, sean cuales fueren su raza, etnia, sexo, opción sexual, estado civil, posición en la familia, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole y origen social.

Derecho a la información
Incluye el acceso a la información completa, oportuna y adecuada sobre aspectos relativos a la sexualidad y reproducción, incluidos los beneficios, riesgos y eficacia de los métodos anticonceptivos y las implicancias de un embarazo para cada caso particular. El consentimiento informado es uno de los derechos que subyace en el derecho a la información y se refiere a que los servicios médicos faciliten información completa sobre efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos y respeten la elección de las usuaria/os.

Derecho a la educación
Incluye el derecho a la educación sexual y reproductiva. El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho se basa en que la educación debe ser un proceso sostenido, orientado a generar cambios en las percepciones y actitudes respecto de la sexualidad y reproducción, y en las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres. Protege el derecho de los/las jóvenes a ser informados/as y a una educación sexual libre de estereotipos.

2.2 Marco jurídico internacional del derecho a la salud materna

2.2.1 A nivel del Sistema Universal de Derechos Humanos

En el Sistema Universal de Derechos Humanos se reconocen los derechos reproductivos en tratados de derechos humanos como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención para la Eliminación de todas las formas Discriminación contra la Mujer, entre otros.

En el año 2012, el Consejo de Derechos Humanos emitió el documento "Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad",[35]

[35] Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. "Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos". 21º periodo de sesiones,

donde se afirma que para hacer efectivos los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva, es necesario que se cumplan las siguientes normas respecto de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud:[36]

a) La disponibilidad tanto de los factores básicos que determinan la salud como de hospitales, dispensarios y otros establecimientos sanitarios, de personal médico y profesional cualificado que perciba sueldos competitivos a nivel nacional, y de los medicamentos esenciales.

b) La accesibilidad en sus cuatro dimensiones: la dimensión física, la económica (asequibilidad), la no discriminación y la información.

c) La aceptabilidad, en términos del respeto de la ética médica y de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades, teniendo en cuenta las necesidades relacionadas con el género y con el ciclo de vida, y de un diseño que respete la confidencialidad y mejore el estado de salud de las personas interesadas.

d) La calidad, que incluye personal médico cualificado, equipo hospitalario y medicamentos científicamente aprobados y no caducados; la atención respetuosa de las mujeres que utilizan los servicios de salud es una dimensión fundamental tanto de la calidad como de la aceptabilidad.

Un aspecto importante vinculado con la atención de la salud materna, se encuentra en aquellas mujeres que llegan demasiado tarde o no solicitan asistencia obstétrica de urgencia. Frente a esta problemática, el Consejo de Derechos Humanos recomienda que se debe analizar la causa de los retrasos o del hecho de que no se solicite asistencia. Para ello, propone la utilización del enfoque basado en los derechos humanos, el cual le "asigna al Estado la responsabilidad de asegurar que haya establecimientos, bienes y servicios de calidad, aceptables, asequibles y disponibles para hacer frente a los retrasos que ponen en peligro la vida".[37]

El Consejo desarrolla en detalle las posibles causas que originan este retraso o la no utilización del sistema de salud, que pasa por abordar factores diversos, que van más allá de decisiones personales, puesto que están

---

temas 2 y 3 de la agenda. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf Consultado el 25 de agosto de 2016.

36 Ibídem, párrafo 20.

37 Ibídem, párrafo 56.

intrínsecamente vinculados a inequidades estructurales del sistema de salud, culturales y de género.[38]

De otro lado, se debe hacer mención a un precedente histórico emitido por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el primer caso de mortalidad materna resuelto por un organismo internacional de derechos humanos.[39] Se trata del caso de Alyne da Silva Pimentel v. Brasil (2011**).**[40] Alyne da Silva tenía 28 años de edad y seis meses de embarazo cuando sintió severas náuseas y dolores abdominales; tras ser examinada en un centro de salud privado, se le pidió regresar en dos días para que se le practique algunos exámenes médicos. Su estado de salud siguió empeorando y al consultar con los médicos, se le informó que el feto había muerto. Después de 14 horas de dar a luz un feto sin vida, fue sometida a un legrado.[41]

Sin embargo, su condición médica siguió empeorando y tuvo que esperar ocho horas para ser transportada a un hospital público. Una vez en el hospital, tuvo que esperar 21 horas en el pasillo porque no había camillas disponibles. Alyne fue víctima de discriminación por su condición de mujer y por la falta de atención de emergencia obstétrica de calidad en el centro de salud público de Rio de Janeiro.[42]

---

38 Ibídem, párrafo 56.

39 Galli, Beatriz. "El caso Alyne da Silva Pimentel (Brasil)". IPAS, Lima. Disponible en: http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/651/La%20mortalidad%20materna%20como%20cuesti%C3%B3n%20de%20dhu%20Brasil-Beatriz%20Galli.pdf?sequence=1 Consultada el 25 de agosto de 2016.

40 Comité Cedaw. Alyne da Silva Pimentel v. Brasil (2011). Se estableció que se había vulnerado los siguientes derechos: la falta de provisión de servicios obstétricos adecuados para las necesidades específicas y los intereses de las mujeres constituye discriminación contra las mujeres bajo el artículo 12 (1) y 2 de la Cedaw. La falta de provisión de servicios de salud materna adecuada tiene un impacto diferencial en el derecho a la vida de las mujeres. ". . .las políticas del Estado parte deben ser orientadas a la acción y al resultado, así como adecuadamente financiadas". Cedaw Alyne fue discriminada con base en su condición de mujer, así como su descendencia africana y su estatus socioeconómico El Estado es directamente responsable por las acciones de instituciones de salud privadas, incluyendo el deber de regular y monitorear esas instituciones El Estado incumplió su obligación de asegurar la protección y la acción judicial efectiva. Resumen tomado de:
http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008_sp.pdf.

41 Galli, Beatriz. El caso Alyne da Silva Pimentel (Brasil). IPAS. Disponible en http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/651/La%20mortalidad%20materna%20como%20cuesti%C3%B3n%20de%20dhu%20Brasil-Beatriz%20Galli.pdf?sequence=1 Consulta: 25 de agosto de 2016.

42 Ibídem.

El Comité hace referencia a que los "Estados partes tienen la obligación de proteger los derechos humanos de las mujeres al garantizar el acceso a servicios adecuados de salud materna, no discriminatorias, independientemente de sus recursos económicos o de su origen racial o étnico". La decisión establece claramente que el acceso a los servicios de salud reproductiva de calidad durante el embarazo es un derecho fundamental de las mujeres y que es responsabilidad del Estado proveerlos.[43]

De esta manera, el Comité hace mención a la responsabilidad del Estado por la falta de calidad de la asistencia a la emergencia obstétrica: el retraso injustificado en el diagnóstico, la transferencia, el transporte, la discriminación en el acceso a la salud y el fracaso para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres.[44]

Este es el primer caso en el que el Comité decide que el Estado es responsable de la prestación de asistencia a la salud materna adecuada y de calidad como parte de sus obligaciones para superar las múltiples formas de discriminación, en tanto determinó que la falta de servicios de salud materna apropiados tenía "impacto diferente sobre el derecho a la vida" de Alyne.[45]

Las recomendaciones generales del Comité fueron:[46]

- Garantizar los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo y el acceso asequible de todas las mujeres a una atención obstétrica de emergencia adecuada, en consonancia con la Recomendación General N° 24 (1999) sobre la mujer y la salud.
- Proporcionar capacitación profesional adecuada a los trabajadores de la salud, especialmente en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer, incluido el tratamiento médico de calidad durante el embarazo y el parto, así como la atención obstétrica de emergencia oportuna.
- Asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud reproductiva de la mujer hayan sido violados y proporcionar capacitación al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley.
- Asegurar que las instalaciones y servicios privados de atención de la

43 Ibídem.
44 Ibídem.
45 Ibídem.
46 Arango Olaya, Mónica. *Alyne da Silva Pimentel v. Brasil (2011): Sentando un precedente*. (2013). PAHO. Santo Domingo, República Dominicana.

salud cumplan las normas nacionales e internacionales pertinentes en materia de atención de la salud reproductiva.
- Reducir las muertes maternas prevenibles mediante la aplicación del pacto nacional para la reducción de la mortalidad materna a nivel estatal y municipal, incluso mediante el establecimiento de comités sobre mortalidad materna en los lugares en que aún no exista.

En el año 2012, el Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal para el Perú (EPU) emitió una serie de recomendaciones vinculadas a una maternidad segura, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Intensificar sus esfuerzos en el ámbito de los derechos sociales, económicos y culturales, y otorgar un papel más importante al género y la interculturalidad en las políticas públicas, en particular en materia de educación, salud y justicia.[47]
- Eliminar efectivamente la discriminación por motivos de género en el acceso a la educación y la salud, especialmente en las zonas rurales y en las comunidades indígenas.[48]
- Proseguir los esfuerzos para reducir la mortalidad materna e infantil.[49]
- Velar por el acceso de las mujeres a la atención de la salud y mejorar los servicios de salud reproductiva.[50]
- Garantizar el acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva.[51]
- Adoptar el enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva.[52]

---

47 Consejo de Derechos Humanos. 22º periodo de sesiones Tema 6 de la agenda Examen Periódico Universal. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen. Periódico Universal* Perú. 27 de diciembre de 2012, párrafo 116.23.

48 Ídem. Párrafo 116.31

49 Ídem. Párrafo 116.93

50 Ídem. Párrafo 116.94

51 Ídem. Párrafo 116.95. La Norma Técnica de Salud Familiar establece como disposición general la atención integral con énfasis en la salud sexual y reproductiva en servicios diferenciados para los adolescentes, que incluye un proceso de información y explicación detallada sobre el uso de métodos anticonceptivos, para lo cual se debe considerar que el consentimiento previo e informado en esta materia es diferente del contemplado en el artículo 4 de la Ley General de Salud, en lo que respecta estrictamente al tratamiento médico (Resolución Ministerial N° 652-2016/Minsa, de fecha 31 de agosto de 2016, mediante la cual se aprueba la NTS N° 124-2016-MINSA-V, 01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar). Al cierre del Informe, se aprobó la Norma Técnica de Salud Nº 130-MINSA/2017/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio, mediante Resolución Ministerial N° 007-2017/MINSA, publicado en el diario oficial "El Peruano", el 10 de enero de 2017.

52 Ídem. Párrafo 116.96

- Adoptar y aplicar un protocolo nacional para garantizar la igualdad de acceso de las mujeres y niñas al aborto terapéutico como uno de los servicios de salud sexual y reproductiva.[53]
- Adoptar las medidas necesarias para informar a las mujeres y las niñas sobre sus derechos relacionados con el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la posibilidad de abortar prevista por la legislación nacional.[54]

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Cedaw), en sus Observaciones Finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú (2014), ha recomendado al Estado peruano:

> Que intensifique los esfuerzos para garantizar el acceso de las mujeres indígenas y las mujeres que viven en la pobreza a los programas de salud público. También recomienda al Estado parte que asigne suficientes recursos humanos y financieros para garantizar la prestación de servicios básicos de salud en todo el territorio nacional, en particular a las comunidades indígenas aisladas. El Comité alienta al Estado a reforzar el enfoque de género e interculturalidad en la prestación de servicios de salud, entre otras cosas mediante la debida capacitación del personal de salud.[55]

De otro lado, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2012) también ha emitido una recomendación específica sobre el tema, exhortando al Estado a que "intensifique sus esfuerzos para garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la entrega, asistencia, servicios de parto institucional y anticonceptivos de emergencia, especialmente en zonas rurales".[56]

---

53 Ídem. Párrafo 116.97. Al respecto, mediante Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo no menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119º del Código Penal", publicada en el diario oficial *El Peruano* el 28 de junio de 2014.

54 Ídem. Párrafo 116.98

55 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. "Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú". CEDAW/C/PER/CO/7-8, de fecha 24 de julio de 2014, párrafo 34. Disponible en: http://acnudh.org/wp-content/uploads/2015/01/CEDAW-Peru1.pdf Consultado el 29 de agosto de 2016.

56 Comité de Derechos Económicos, Sociales y culturales. "Observaciones finales sobre los informes periódicos combinados segundo a cuarto del Perú". E/C.12/PER/2-4, de fecha 30 de mayo de 2012, párrafo 21.

De igual manera, el Comité de Derechos Humanos (2013) recomendó al Estado peruano que "aumente sus esfuerzos para reducir los embarazos de adolescentes y la mortalidad materna, en particular en las zonas rurales, y garantice la prestación, en todas las regiones del país, de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva que incluyan los anticonceptivos orales de emergencia".[57]

Finalmente, en el marco jurídico universal, debemos considerar el *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*, en el que los Estados participantes acordaron "eliminar las causas previsibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de las prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos, eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños".[58]

2.2.2 A nivel del Sistema Interamericano de Derechos Humanos

En el año 2010, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) emitió un importante informe denominado "Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos",[59] en el cual desarrolló un balance exhaustivo sobre las principales preocupaciones en torno a esta problemática. Al respecto, la CIDH hace referencia a los estándares internacionales sobre la protección de la salud materna, en atención a la jurisprudencia del sistema interamericano de derechos humanos, precisando que el "deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender

---

57 Comité de Derechos Humanos. "Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú", aprobadas por el Comité en su 107º periodo de sesiones (11 a 28 de marzo de 2013), 29 de abril de 2013, p. 5.

58 Cepal. Consenso sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013, párrafo 40. Versión digital disponible en: http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/S20131037_es.pdf Consultada el 14 de noviembre de 2016.

59 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Acceso a servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos*. OEA/Ser.L/V/II.Doc. 69, aprobado por la CIDH el 7 junio de 2010. Versión digital disponible en: http://omm.org.mx/images/stories/documentos/SaludMaterna2010_CIDH.pdf Consultada el 10 de setiembre de 2016.

las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas".[60]

En este sentido, la CIDH ha emitido una serie de recomendaciones a los Estados parte sobre la problemática del acceso de salud materna. Entre las principales recomendaciones se encuentran:[61]

- Garantizar que la legislación sobre la protección de la salud materna esté adecuada a los estándares regionales e internacionales sobre la materia con los que los Estados se han comprometido a seguir, y que las políticas y programas elaborados con la participación de las propias mujeres tengan consistencia con las metas establecidas por los Estados para mejorar la salud materna.
- Asegurar que la perspectiva de género se encuentre incorporada en todos los planes, políticas y programas relacionados con la protección y el acceso a la salud materna.
- Eliminar las barreras que pueden limitar a las mujeres el acceso a los servicios de salud materna, por ejemplo: los costos por honorarios, la lejanía de los centros de salud, y la falta de transporte público adecuado y asequible.
- Garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados a las mujeres mediante una atención respetuosa. En el caso de las mujeres indígenas y afrodescendientes, los Estados deben adecuar los servicios de salud, tanto de prevención como de atención y tratamiento, respetando sus expectativas, tradiciones y creencias.
- Implementar medidas para que los sistemas de información reflejen de manera adecuada la situación a nivel nacional y local de la salud de las mujeres, tales como cifras de morbi-mortalidad materna, mortalidad neonatal, y sus causas, con la finalidad de tomar decisiones y acciones efectivas.

Cabe mencionar que en el año 2011, la CIDH emitió el informe "Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos,"[62] precisando una serie de recomendaciones.

---

60 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Acceso a servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, del 7 de junio de 2010, párrafo 84.

61 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Óp. Cit. párrafo 105.

62 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, de 22 de noviembre de 2011, párrafo 116.

- Adecuar el ordenamiento jurídico interno sobre acceso a la información y educación sobre salud sexual y reproductiva a los estándares internacionales que los Estados se han comprometido a seguir, y que las políticas y programas elaborados con la participación de las propias mujeres tengan consistencia con las metas establecidas por los Estados para mejorar el flujo de información en materia reproductiva.
- Garantizar la confidencialidad en el acceso a información en materia sexual y reproductiva.
- Asegurar la obligación de los profesionales de la salud de informar a las mujeres sobre su salud, para que puedan adoptar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de sexualidad y reproducción.
- Asegurar que la información proporcionada esté adecuada al público que la requiere, especialmente para que las mujeres que hablen otras lenguas puedan acceder a la información en su idioma.
- Revisar las normas penales que obligan a los profesionales de la salud a violar la confidencialidad y el secreto profesional según los estándares internacionales sobre la materia.
- Garantizar el acceso a la historia clínica de las pacientes que la requieran y establecer mecanismos de sanción frente al incumplimiento de tal disposición.
- Establecer políticas sistemáticas de capacitación y entrenamientos de funcionarios estatales sobre el derecho al acceso a la información en todos los ámbitos estatales.
- Promover la difusión masiva de información sobre la salud y los derechos de las mujeres indígenas, afrodescendientes y las que habitan en zonas rurales, para garantizar su participación efectiva en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva e integrar a las adolescentes con un enfoque en la prevención de la maternidad temprana.
- Contemplar en los presupuestos nacionales la producción de estadísticas confiables en materia de salud sexual y reproductiva, desagregada como mínimo por sexo, género, etnia y edad.

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos no ha desarrollado de manera exhaustiva los derechos implicados en la atención de las mujeres embarazadas de dos comunidades indígenas en Paraguay (Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa y Caso Comunidad Indígena Xàkmok Kàsek). En ambos casos, la Corte menciona la especial atención y cuidado a la protección de este grupo y la adopción de medidas especiales, así como políticas de prevención de la mortalidad materna.

> Lo anterior [protección del Estado en relación a los derechos de los niños y niñas] no puede desligarse de la situación igualmente vulnerable de las mujeres embarazadas de la Comunidad. Los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de este grupo y adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, en especial durante la gestación, el parto y el periodo de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica.[63]

De igual manera, la Corte hace mención a la importancia de la documentación de casos de muerte materna como una medida relevante para prevenir la mortalidad y morbilidad materna. Así, menciona que:

> Al respecto, la Corte resalta que la extrema pobreza y la falta de adecuada atención médica a mujeres en estado de embarazo o post–embarazo son causas de alta mortalidad y morbilidad materna. Por ello, los Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y post–parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna. Lo anterior, en razón a que las mujeres en estado de embarazo requieren medidas de especial protección.[64]

2.3 Marco jurídico nacional del derecho a la salud materna

En nuestro ordenamiento jurídico, el derecho a la salud materna y la política pública en la materia se enmarca principalmente en lo dispuesto por la Constitución, la Ley General de Salud, la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (LIO), el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012–2017 (Planig) y el Plan Nacional de Derechos Humanos 2014–2016 (PNDH), así como distintos protocolos de atención de la salud materna.

Asimismo, resulta importante mencionar que el artículo 55° de la Constitución de 1993 precisa que "los tratados celebrados por el Estado y en vigor forman parte del derecho nacional". En otras palabras, la Constitución reconoce los tratados internacionales suscritos y ratificados por el país, entre ellos los referidos a los derechos humanos, como normas del propio derecho

---

63 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. "Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay". Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 29 de marzo de 2006, párrafo 177.

64 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. "Caso Comunidad Indígena Xàkmok Kàsek Vs. Paraguay". Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 24 de agosto de 2010, párrafo 233. Citado en: Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos Nº 4.CIDH, 2015.

nacional. Además, en reiterada jurisprudencia, el Tribunal Constitucional peruano ha interpretado que los tratados internacionales sobre derechos humanos tienen jerarquía constitucional[65], reconociéndoles la fuerza activa y pasiva que corresponde a este tipo de normas.

> El rango constitucional que detentan trae consigo que dichos tratados están dotados de fuerza activa y pasiva propia de toda fuente de rango constitucional, es decir, fuerza activa, conforme a la cual estos tratados han innovado nuestro ordenamiento jurídico incorporando a este, en tanto derecho vigente, los derechos reconocidos por ellos, pero no bajo cualquier condición, sino a título de derechos de rango constitucional. Su fuerza pasiva trae consigo su aptitud de resistencia frente a normas provenientes de fuentes infraconstitucionales, es decir, ellas no pueden ser modificadas ni contradichas por normas infraconstitucionales e, incluso, por una reforma de la Constitución que suprimiera un derecho reconocido por un tratado o que afectara su contenido protegido.[66]

A ello se debe sumar que los tratados internacionales sobre derechos humanos también constituyen cláusulas hermenéuticas, conforme a las cuales deben ser interpretados los derechos y libertades que reconoce la Constitución, de conformidad con su Cuarta Disposición Final y Transitoria.[67]

2.3.1 Constitución Política del Perú

La Constitución Política del Perú establece en el artículo 6° que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables, y reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. Por otro lado, en el artículo 7° se reconoce que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud.

Además, los artículos 9°, 10° y 11° de la Constitución contienen obligaciones que orientan la labor del Estado para asegurar la efectividad del derecho a la salud. En tal sentido, el Tribunal Constitucional ha sostenido que una obligación del Estado peruano es garantizar el carácter prestacional del derecho a la salud y que, para su cumplimiento, se "[...] debe invertir

---

65 Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia recaída en los Expedientes Nº 0025-2005-PI/TC y 0026-2005-PI/TC (acumulados), del 25 de abril del 2006, fundamento jurídico 26.

66 Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia recaída en el Exp. Nº 047-2004-AI/TC, del 24 de abril de 2006, fundamentos jurídicos 32 y 33.

67 "Las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú".

en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido".[68]

En consecuencia, para garantizar el derecho a la salud no es suficiente que se cuente con un reconocimiento normativo. El Estado debe además diseñar e implementar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud.

2.3.2 Ley General de Salud

La Ley General de Salud (Ley Nº 26842) establece que la protección de la salud es de interés público y señala además la responsabilidad del Estado de vigilar, cautelar y atender los problemas de salud de la madre en situación de abandono social, así como de intervenir en la provisión de servicios de atención médica, de acuerdo con el principio de equidad. De igual manera se menciona que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud, y el aseguramiento universal y progresivo de la población.

El artículo 3° determina que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico–quirúrgica de emergencia cuando lo necesite. En tanto las cifras de mortalidad materna en el Perú afectan a las mujeres de las zonas más alejadas, es necesario considerar que si tuviesen la atención médica oportuna, estas muertes podrían evitarse.

2.3.3 Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres

El artículo 6° literal i) establece como lineamientos del Poder Ejecutivo y de los gobiernos regionales y locales, "garantizar el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en el derecho a la maternidad segura".

De igual modo, el artículo 6° literal j) dispone que se debe "garantizar que los programas de salud den cobertura integral a la población en situación de extrema pobreza y pobreza, en los riesgos de enfermedad y maternidad, sin discriminación alguna de acuerdo a ley".

---

[68] Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia del expediente 2945-2003-AA/TC, de fecha 20 de abril de 2004, fundamento jurídico 28.

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

Este plan tenía por finalidad contribuir a modificar los indicadores negativos relacionados a la muerte en mujeres por embarazo, parto y puerperio, y de los perinatos, especialmente de los sectores menos favorecidos de la población nacional. Actualmente, no se ha evaluado la implementación de este plan ni propuesto uno nuevo.

2.3.5 Plan Nacional de Igualdad de Género 2012–2017

El objetivo estratégico 4 de este Plan establece como prioridad mejorar la salud de las mujeres y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y hombres. Sobre el particular, el resultado 4.2 "reducción de muerte materna", dispone como indicadores la razón de muerte materna, los porcentajes de mujeres que tienen seis controles prenatales y de parto institucional, de parto vertical y de mujeres con cesárea.

De igual modo, se dispone como metas al 2017 que la muerte materna se reduzca a 60 por 100 000 nacidos vivos y que se incremente el parto institucional rural al 75%.

A su vez, el resultado 4.3 señala que los establecimientos de salud garantizan la provisión de los anticonceptivos modernos de hombres y mujeres, especialmente en zonas rurales. Su indicador es el porcentaje de uso de anticonceptivos modernos y la proporción de mujeres en unión de hecho que utilizan métodos anticonceptivos modernos en el área rural.

2.3.6 Plan Nacional de Derechos Humanos 2014–2016

Contempla como objetivo N° 15 garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Para ello, se tiene previsto realizar acciones de salud vinculadas al incremento y a la adecuación cultural de los servicios y del parto vertical, así como la implementación de Casas de Espera Materna cercanas a establecimientos con capacidad para resolver las complicaciones obstétricas. Es relevante el fortalecimiento de la capacidad resolutiva y de la adecuación intercultural de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales primarias, básicas y esenciales con énfasis en zonas rurales.

La implementación de este plan debe ser evaluado, a fin de considerar los principales obstáculos y avances en el planteamiento de uno nuevo.

2.3.7 Normas técnicas, directivas y otros documentos del Ministerio de Salud

El desarrollo de las normas técnicas, directivas y otros documentos importantes del Ministerio de Salud vinculados y de menor rango se encuentran sistematizados en el Anexo 1 del presente informe.

Capitulo III

Resultados de la supervisión realizada en los establecimientos de salud de Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno

3.1 Ámbito de aplicación, objetivos y metodología de la supervisión

En el marco de sus competencias constitucionalmente atribuidas, y conforme a lo dispuesto por ley orgánica, la Defensoría del Pueblo ha dedicado especiales esfuerzos en la promoción y defensa de los derechos de las mujeres. En este marco, considerando el elevado índice de muertes maternas que se registra en el Perú y que la muerte de las mujeres embarazadas sucede por complicaciones en el embarazo, parto y/o puerperio, constituyendo una de las más graves y extremas manifestaciones de la desigualdad y exclusión, la institución incorporó a su agenda el componente de salud materna como una línea prioritaria de intervención.

De esta forma, luego de una supervisión de establecimientos de salud a nivel nacional, se presentó el Informe Defensorial N° 138 "Derecho a una maternidad segura: Supervisión Nacional del servicio de ginecología y obstetricia del Minsa".[69] Se evaluó el diseño y la implementación de las principales políticas públicas sobre salud materna en el país.

Posteriormente, y como antecedente directo de este informe, en el año 2010 se realizó el Informe de Adjuntía "Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura",[70] en el que se evaluó los servicios relacionados con la atención prenatal durante el parto y en el puerperio, sistematizando los resultados de la supervisión realizada en once regiones del país.

En este marco, se elaboró el presente informe, en seguimiento a las recomendaciones brindadas en el 2010, y priorizando la supervisión en cinco regiones: Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno.[71] Los objetivos son:

---

69 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 de 2008.

70 Serie de Informes de Adjuntía – Informe N° 001-2010/DP-ADM, publicado en enero de 2010.

71 Las regiones supervisadas fueron las mismas que las que se tomaron en cuenta para el informe sobre el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual, considerando así las zonas con mayor índice de violencia contra las mujeres.

- Evaluar el funcionamiento del servicio público de ginecología y obstetricia del Minsa.
- Evaluar la implementación de las recomendaciones brindadas en el año 2010, mediante las cuales se buscaba superar las deficiencias detectadas en el funcionamiento de los servicios de salud, contribuyendo a reducir los índices de mortalidad materna en el Perú.

En total se supervisaron dieciocho establecimientos:

Tabla Nº 1
Establecimientos de salud supervisados

Nº	Centros de salud	Categoría	Departamento
1	Centro de salud Edificadores Misti	I-4	Arequipa
2	Centro de salud Chilca	I-4	Junín
3	Centro de salud Materno Infantil–Catacaos	I-4	Piura
4	Centro de salud La Unión	I-4	Piura
5	Centro de salud Santa Adriana	I-4	Puno

Fuente: Fichas de supervisión
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Nº	Hospitales	Categoría	Departamento
1	Hospital Regional Honorio Delgado	III-1	Arequipa
2	Hospital III Goyeneche	III-1	Arequipa
3	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen	III-E	Junín
4	Hospital Domingo Olavegoya	II-1	Junín
5	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	III-1	Lima
6	Hospital Nacional Dos de Mayo	III-1	Lima
7	Hospital Nacional Sergio E. Bernales	III-1	Lima
8	Hospital María Auxiliadora	III-1	Lima
9	Hospital San Juan de Lurigancho	II-2	Lima
10	Hospital de la Amistad Perú–Corea Santa Rosa	II-2	Piura
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón	II-2	Puno
12	Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca	II-2	Puno

Fuente: Fichas de supervisión
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Nº	Instituto especializado	Categoría	Departamento
1	Instituto Nacional Materno Perinatal	III-2	Lima

Fuente: Fichas de supervisión
Elaboración: Defensoría del Pueblo

La información se recabó a través de dos fichas, entrevistas a funcionarios/as clave, así como reuniones de trabajo con autoridades y sociedad civil vinculadas a la materia.

- Ficha 1: dirigida a las direcciones regionales de salud.
- Ficha 2: dirigida a los establecimientos de salud.
- Entrevista: se realizaron entrevistas con el objetivo de completar la información vertidas en la fichas e incorporar las dificultades y obstáculos existentes en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normatividad vigente.
- Seis reuniones de trabajo: una en cada región seleccionada y dos en Lima,[72] con la finalidad de que las autoridades y organizaciones de la sociedad civil dieran cuenta de los avances y desafíos en torno a la implementación de las recomendaciones defensoriales.

3.2 Aspectos generales del funcionamiento de los servicios de ginecología y obstetricia en los establecimientos de salud seleccionados

3.2.1 Protocolos de atención para una maternidad segura

El primer aspecto consignado en las fichas enviadas, estuvo enfocado en verificar las normas técnicas con las cuales contaban los establecimientos de salud de primer nivel de atención, así como de hospitales de mayor capacidad resolutiva, siendo una de las más importantes la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.[73] Esta norma responde a una recomendación formulada por la Defensoría del Pueblo en el año 2010, que instó al Ministerio de Salud a aprobar una norma técnica de atención materno–perinatal que, en un solo documento, protocolizara la atención de la salud física y mental de las gestantes.

[72] Las reuniones de trabajo se realizaron en Junín el 26 de junio de 2015; en Piura, el 9 de julio de 2015; en Puno, el 23 de julio de 2015; en Arequipa, el 18 de agosto de 2015; y en Lima, el 26 de junio y el 25 de setiembre de 2015.

[73] Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01, publicada el 25 de diciembre de 2013, y modificada mediante Resolución Ministerial N° 670-2015/MINSA, publicada el 23 de octubre de 2015.

Entre algunos de los principales aspectos desarrollados por la Norma Técnica de la Salud para la Atención Integral de Salud Materna,[74] se encuentran los lineamientos básicos con lo que deben contar los establecimientos de salud, principalmente los de primer nivel de atención. Entre ellas tenemos:

- Cumplir con lo establecido en las normas, para lograr que cada gestante reciba como mínimo seis atenciones prenatales.
- Contar en el establecimiento de salud de primer nivel de atención con profesionales de salud para la atención integral de la gestante y de la puérpera, garantizando la identificación, diagnóstico, estabilización, manejo y/o referencia oportuna.
- Asegurar que a cada gestante se le realicen las pruebas de tamizaje (VIH y sífilis).
- Disponer las acciones para el seguimiento oportuno de gestantes y puérperas, priorizando las que presenten algún factor de riesgo físico, psicológico o social.
- Los establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención, deben identificar y captar al 100% de gestantes de su comunidad (búsqueda activa).
- Asegurar la elaboración del plan de parto, a fin de promover el parto institucional.

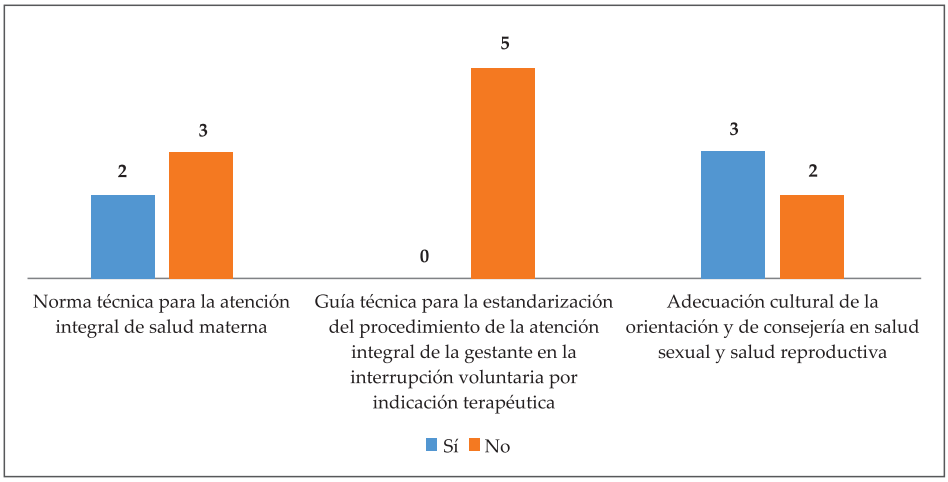
Esta norma es especialmente relevante para los establecimientos de primer nivel, pues detalla las atenciones que deben realizar por cada etapa gestacional. Además, desarrolla los registros con los que deben contar los establecimientos así como las causas que ameritan la referencia de casos a establecimientos de mayor capacidad resolutiva.

Los cinco centros de salud enviaron información a la Defensoría del Pueblo.[75] Solo dos de ellos[76] sí contaban con esta norma y ninguno tenía la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo no menor de 22 semanas, con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal.[77] Si bien esta guía no puede ser aplicada por un establecimiento de salud de

74 Resolución Ministerial N° 670-2015/MINSA, publicada el 23 de octubre de 2015.
75 Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa), Centro de Salud de la Unión (Piura), C.S. Chilca (Junín), C.S Catacaos (Piura), C.S. Santa Adriana (Puno).
76 Edificadores Misti (Arequipa) y el Centro de Salud La Unión (Piura).
77 Guía aprobada mediante la Resolución Ministerial N°486-2014/MINSA, publicada en el diario oficial El Peruano el 28 de junio de 2014.

primer o segundo nivel, es importante que la conozcan y difundan.[78] Los centros de salud Santa Adriana (Puno) y Chilca (Junín) no contaban con el documento técnico "Adecuación cultural de la orientación y de consejería en salud sexual y salud reproductiva".

Gráfico Nº 4
Protocolos de atención para una maternidad segura en centros de salud



Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Por su parte, diez[79] de los trece hospitales supervisados sí contaban con la norma técnica para la Atención Integral para la Salud Materna (2013).[80] Los que no disponían de esta norma fueron el Hospital Honorio Delgado[81] y el Hospital Goyeneche, ambos de Arequipa, mientras que el Hospital Corea Santa Rosa no informó si contaba con esta norma.

78 La Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo no menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal. El párrafo 7.1 establece que "En los establecimientos de salud con categoría menor a II-1 y II-E, en que se presente una solicitud de aborto terapéutico por indicación médica, la gestante deberá ser referida a un establecimiento de salud de mayor complejidad bajo responsabilidad".

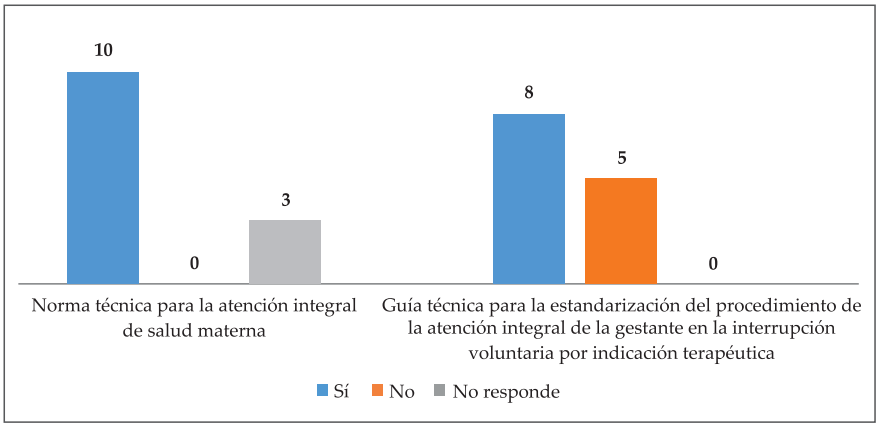
79 Es el caso del hospitales Carlos Monge (Juliaca–Puno), San Juan de Lurigancho (Lima), Domingo Olavegoya (Red de Salud Jauja–Junín), Manuel Nuñez Burtrón (Puno), Regional El Carmen (Junín), Docente Madre–Niño San Bartolomé (Lima), María Auxiliadora (Lima), Dos de Mayo (Lima), Corea–Santa Rosa (Piura), Nacional Materno Perinatal (Lima).

80 Es el caso del hospitales: Hospitales Carlos Monge (Juliaca-Puno), San Juan de Lurigancho (Lima), Hospital Domingo Olavegoya (Red de Salud Jauja-Junín), Hospital Manuel Nuñez Burtrón (Puno), Hospital Regional el Carmen (Junín), Hosp. Docente Madre-Niño San Bartolomé (Lima), Hospital María Auxiliadora (Lima), Hospital Dos de Mayo (Lima), Hospital Corea Santa Rosa (Piura), Hospital Nacional Materno Perinatal (Lima).

81 Cabe precisar que este Hospital envió incompleta la ficha remitida por la Defensoría del Pueblo.

En cuanto a la Guía Técnica para la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica, cinco de los trece hospitales supervisados indicaron que no contaban con ella.[82]

Gráfico Nº 5
Protocolos de atención para una maternidad segura en hospitales



Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Sobre la aplicación de esta guía, solo el Hospital Carlos Monge (Puno) informó que atendió dos casos en el año 2015, pese a señalar que no cuenta con el documento a la vista del personal médico. Los hospitales Domingo Olavegoya (Red de Salud Jauja–Junín) y Honorio Delgado (Arequipa) no reportaron casos; el Hospital San Juan de Lurigancho no consignó información al respecto; y el Hospital Manuel Núñez Butrón mencionó que no contaba con esta guía. A continuación se detalla los hospitales que han aplicado la guía.

[82] Es el caso del Hospital Carlos Monge (Juliaca-Puno), Hospital Manuel Núñez Butrón (Puno), Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa), Hospital Domingo Olavegoya (Red de Salud Jauja-Junín) y el Hospital San Juan de Lurigancho (Lima). Los hospitales que sí cuentan con la Guía son: Hospital Regional el Carmen (Junín), Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé (Lima), Hospital María Auxiliadora (Lima), Hospital Dos de Mayo (Lima), Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima), Hospital Sergio Bernales (Lima), Hospital Corea Santa Rosa (Piura), y el Hospital Goyeneche (Arequipa).

Tabla Nº 2
Hospitales que aplicaron la Guía Técnica Nacional de estandarización del procedimiento de atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria del embarazo menor de 22 semanas

Nº	Hospital	2014	2015	Medida adoptada
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	46	41[83]	Socialización de la norma a los profesionales de salud de los hospitales.
2	Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	1	1	Difusión de la norma. Junta médica sí cumple con requisitos dentro de la norma.
3	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	4	1	Difusión de la norma
4	Hospital María Auxiliadora (Lima)	3	2	Difusión, talleres
5	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	3	2	Sin dato
6	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	1	8	Realiza un procedimiento que incluye las siguientes etapas: diagnóstico, solicitud, conformación de junta médica, consentimiento informado, procedimiento y seguimiento.
7	Hospital Carlos Monge (Puno)	–	2	No se tomó ninguna medida porque no se contaba con la norma; los casos se realizaron previa junta médica.
Total		**58**	**57**	

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Solo dos hospitales de Lima venían realizando acciones para difundir la Guía, así como el procedimiento respectivo para aplicarla. Es el caso del Instituto Materno Perinatal, que mencionó:

> Somos un referente en el aborto terapéutico. La principal causa de aborto terapéutico en nuestro país es la salud mental, por los embarazos incompatibles con la vida. Se tiene un servicio de medicina fetal que detecta incluso malformaciones incompatibles el primer mes en la salud del feto, entre otras condiciones, por ejemplo: cáncer, preeclamsia severa, que son condiciones médicas que ponen en riesgo la vida de la mujer y nos obligan a terminar con el embarazo.[84]

[83] Según los datos registrados en la ficha, tanto en el año 2014 como en 2015 se trataría de embarazos ectópicos.

[84] Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, entrevista realizada el 26 de agosto de 2015.

Los hospitales María Auxiliadora, Goyeneche, Manuel Núñez Butrón y Santa Rosa refirieron no haber recibido lineamientos del Minsa, ni capacitación sobre la materia.

- No manejamos; en caso hubiera, lo referimos.[85]
- El Minsa nos lo tendría que dar a conocer, pero al menos por la dirección no ha pasado ningún tipo de difusión.[86]
- Sobre el protocolo de aborto terapéutico, no se ha recibo capacitación. No lo tiene; no lo está aplicando todavía el establecimiento. Nosotros lo aplicamos a aquellos pacientes que vienen con aborto incompleto o gestaciones anembrionarias.[87]
- El aborto terapéutico no ha sido difundido por el Estado porque no le conviene.[88]

3.2.2 Cumplimiento de estándares e indicadores de atención materna en establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales

a. Normativa

El Minsa ha emitido normativas técnicas en atención a la capacidad resolutiva de los establecimientos según nivel de atención. Desarrollaremos dos normas actualizadas en atención a la información remitida por los establecimientos de salud de primer nivel (centro de salud):

- "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales":[89] su objetivo es contar con información permanente y objetiva para la elaboración de los planes de mejora continua de la calidad de atención materna y perinatal.
- "Directiva Sanitaria para la evaluación de las emergencias obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud":[90] busca fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud para el manejo integral de los procesos clínicos de morbilidad, mortalidad materna y neonatal.

---

85 Jefe de la Micro Red Edificadores Misti, entrevista realizada el 18 de agosto de 2015.
86 Director del Hospital Goyeneche, entrevista realizada el 19 de agosto de 2015.
87 Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Hospital Regional, entrevista realizada el 23 de julio de 2015.
88 Médico Jefe del departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.
89 Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, publicada en el diario oficial El Peruano el 16 de febrero de 2007.
90 Directiva Sanitaria No 001-MINSA/DGSP-V-02, aprobada mediante Ministerial No 853-2012/MINSA, publicada el 27 de octubre de 2012.

b. Resultados de la información remitida por establecimientos de salud: primer nivel de atención y hospitales de mayor capacidad resolutiva

Según las fichas de información remitidas por los cinco centros de salud de primer nivel, tres no cumplían con el 90% de los estándares e indicadores de calidad según las funciones obstétricas neonatales (FON) durante los años 2013 y 2014.[91] Ninguno precisó los criterios de calidad que cumplió, sin embargo, sí precisaron las principales dificultades que tienen para no cumplir con estos estándares e indicadores. Así, el Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa) no cumplía con estos estándares por falta de presupuesto. En el caso del Centro de Salud Santa Adriana (Puno), no cumplió con estos indicadores en un 90% por "falta de recursos humanos e infraestructura".[92] El Centro de Salud Chilca (Junín) no cumplió por "falta la implementación de insumos farmacéuticos, materiales quirúrgicos, recursos humanos obstétricos". El único centro de salud que refiere cumplir con más del 90% es el de Catacaos (Piura). El Centro de Salud La Unión no informó sobre el cumplimiento de estos estándares.

Seis de los trece hospitales supervisados[93] no cumplieron con más del 90% de estándares e indicadores de calidad según las FON en 2013 y 2014; solo dos hospitales[94] a nivel regional cumplieron con este porcentaje[95]. El Instituto Nacional Materno Perinatal indicó que en el año 2014 estos indicadores fueron cumplidos al 94%.[96]

---

91 Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa), Centro de Salud Santa Adriana (Puno) y el Centro de Salud de Chilca (Junín). Los C.S. que sí cumplieron estos estándares fueron el Centro de Salud La Unión y el Centro de Salud Catacaos (Piura).

92 Fichas de información remitidas por los centros de salud a la Defensoría del Pueblo.

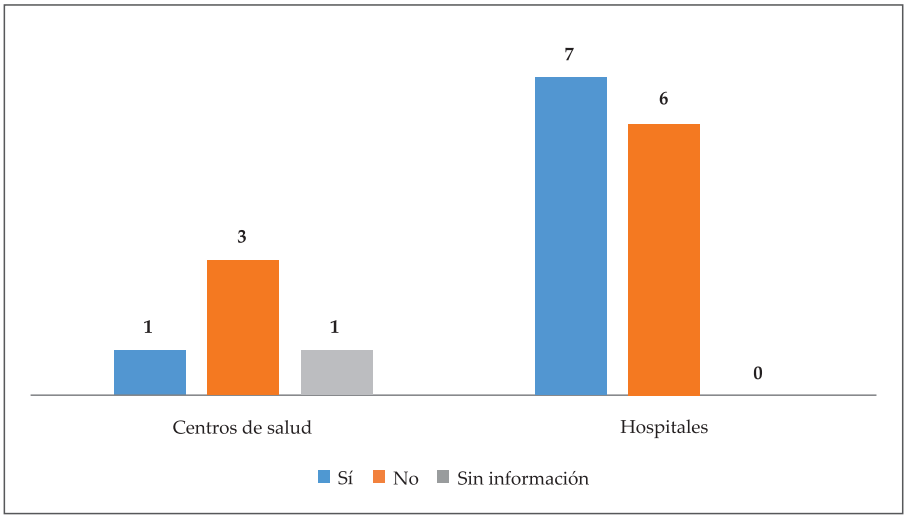
93 Es el caso del Hospital Regional del Carmen (Junín), el Hospital Domingo Olavegoya (Red de Salud Jauja–Junín), el Hospital Corea Santa Rosa (Piura), el Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa), el Hospital Enrique Bernales (Lima) y el Hospital Goyeneche (Arequipa). En el caso del Hospital Goyeneche se menciona que en 2013 cumplieron con el 80% de estándares e indicadores de calidad de la atención de la salud materna, pero no con el 90% de los estándares por falta de presupuesto para contratación de personal y equipamiento.

94 Hospitales Carlos Monge y Manuel Núñez Butrón de Puno.

95 Hospital Docente Madre–Niño San Bartolomé (Lima) 100%; Hospital María auxiliadora (Lima).

96 Ficha de Información remitida por el Instituto Nacional Materno Perinatal el 13 de enero de 2016

Gráfico Nº 6
Cumplimiento del 90% de los estándares e indicadores de calidad según FON durante los años 2013–2014 en centros de salud y hospitales



Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Esto se corrobora con la información proporcionada en las entrevistas de la supervisión defensorial. Así, por ejemplo, en uno de los hospitales se mencionó la necesidad de contar con personal de obstetricia en el servicio de emergencia para la atención inmediata. En el caso de un paciente que llegó a emergencia se halló la siguiente situación:

> Está sangrando, sigue sangrando hasta que venga el ginecólogo. No hay una persona que le dé la asistencia de emergencia allí […] Mientras llega el ginecólogo, las enfermeras le ponen una toalla higiénica esperando a que llegue. Por eso los pacientes se quejan, no los atienden rápido. No hay médico ginecólogo en emergencias.[97]

3.2.3 Accesibilidad económica: el Seguro Integral de Salud y la coordinación con otras instancias

El Seguro Integral de Salud (SIS) brinda una cobertura total para las mujeres gestantes afiliadas al régimen subsidiado[98] y establece la posibilidad de afiliar

[97] Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y reproductiva del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015.
[98] Decreto Legislativo N° 1164, que establece disposiciones para la extensión de la cobertura

excepcionalmente por 45 días a quienes no cuenten con DNI.[99] La información remitida por los hospitales da cuenta de los siguientes problemas identificados en este servicio.

- Seis de los trece hospitales[100] manifestaron que hay desabastecimiento de insumos, medicamentos, infraestructura y equipamiento adecuado.
- Dos hospitales refieren que algunas gestantes no contaban con DNI, por lo que tuvieron dificultades para acceder al SIS.[101]
- Tres refieren que las usuarias desconocen los procesos de afiliación y beneficios del Seguro Integral de Salud.[102]
- Cuatro hospitales mencionan que las referencias son tardías y "mal llenadas", o no se cuenta con la hoja de referencia respectiva del puesto de salud.[103]

En el caso de los cinco centros de salud supervisados, los problemas identificados fueron:

- Tres centros de salud refirieron problemas con la población migrante (gestantes) que acuden de otros lugares.[104]
- Dos centros de salud mencionaron que tenían problemas con la evaluación y afiliación para tener el SIS.[105]
- Un centro de salud mencionó que las gestantes acuden tardíamente a su control prenatal.[106]

En las entrevistas se constató que el problema de indocumentación persiste en las regiones seleccionadas. Así, se menciona que:

---

poblacional del SIS en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado, publicado el 7 de diciembre de 2013.

99 Artículo 4 del Decreto Legislativo Nº 1164, que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.

100 Corea Santa Rosa (Piura); Monje Medrano (Puno) y Goyeneche (Arequipa); Instituto Materno Perinatal (Lima); Dos de Mayo (Lima) y San Juan de Lurigancho (Lima).

101 El Carmen (Junín) y Olavegoya (Junín).

102 Monge Medrano (Puno), Honorio Delgado (Arequipa) y San Bartolomé (Lima).

103 San Bartolomé (Lima); S. Bernales (Lima); Dos de Mayo (Lima) y el Instituto Materno Perinatal (Lima).

104 Es el caso del Centro de Salud de Santa Adriana (Puno), Chilca (Piura) y el Centro de Salud La Unión.

105 Es el caso del Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa) y el C.S. Catacaos (Piura).

106 Es el caso del Centro de Salud Santa Adriana (Puno).

> Algunas usuarias no tienen DNI, entonces tienen dificultad para acceder al SIS, pues hay resistencia a otorgarles el SIS. Unidad territorial. No las quieren inscribir.[107]

> El SIS le pide a las madres que estén en el sistema de focalización de hogares, en extrema pobreza, y si no están, no las afilian. La reevaluación te pide otro requisito: otros seis meses. Es falta de información, sobre todo en las zonas rurales.[108]

> En Bajo Piura es común que mujeres adultas no tengan DNI; se les perdió o nunca sacaron. Se les manda a la municipalidad o la Demuna para que subsanen el problema.[109]

En regiones, el desabastecimiento y la falta de reembolso de insumos en el marco de la atención del SIS también es uno de los problemas identificados.

> El SIS no reembolsa los gastos que hacen los pacientes. El doctor le receta una penicilina, no hay y no le reembolsa el SIS. Bastantes medicamentos que no tiene el SIS, el paciente los tiene que comprar.[110]

> Desabastecimiento; cada vez se está tratando de insistir en que se haga los requerimientos. Logística no ve la parte operativa. Hay que estar rogando para gestionar los insumos que se requiera.[111]

> El SIS no cubre, la población no conoce, todo allí hay maltrato. Por el hecho que está en el SIS debemos de esperar; yo creo que con el SIS debe haber una atención adecuada.[112]

De todos los hospitales, solo un hospital de Lima refirió que el SIS estaba respondiendo adecuadamente:

> El SIS está cumpliendo con las remesas que se compromete para la atención de los pacientes. El Minsa está proporcionando los recurso suficientes para las

---

107 Participante de la reunión realizada en la región de Junín el 2 de julio de 2015.
108 Ibídem.
109 Responsable del DAIS (Dirección de Atención Integral de las Personas) de Piura. Entrevista del 10 de julio de 2015.
110 Representante de la Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y reproductiva del hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015.
111 Jefe de Servicio de Obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015
112 Representante de la Central de Asociaciones de Mujeres de los Barrios de Puno. Reunión de Trabajo realizada el 23 de julio de 2015.

> atenciones. Podemos decirlo porque en el hospital en el transcurso de este año se ha tenido todos los insumos, materiales, equipos para la atención.[113]

De esta forma, si bien es cierto el SIS ha constituido una posibilidad de acceso a salud para las gestantes en situación de pobreza y extrema pobreza, existen problemas detectados en la supervisión en las regiones seleccionadas, como el incumplimiento con la afiliación temporal para aquellas gestantes que no cuenten con DNI.

3.2.4 Sistema de quejas para usuarias

La Ley Nº 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud,[114] presenta los siguientes aspectos relevantes:

- La obligación de los responsables de los establecimientos de dar respuesta a los reclamos de los usuarios de los servicios de salud y al uso de los medios alternativos de resolución de conflictos como vía rápida para la protección de los derechos.
- A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo.
- La creación de un sistema independiente y autónomo para la protección de los derechos de las personas usuarias en los servicios de salud.[115]

Tres hospitales hicieron referencia específica a quejas en la atención materna bajo los siguientes motivos:

- Atención de mala técnica en la atención del parto.
- Presunto manejo inadecuado de embarazo ectópico: no se realizó la ligadura de trompas uterinas durante cesárea con adherencia severa.
- Queja de gestante por fecha de cita programada.

De otro lado, un motivo recurrente de quejas y reclamos está vinculado a la calidad de atención de las usuarias:

- Seis de los trece hospitales hicieron referencia a la demora en la atención, insuficiente información y maltrato a la persona usuaria como las causas más recurrentes para los reclamos.

---

113 Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Entrevista del 26 de agosto de 2015.

114 Publicada en el diario oficial El Peruano el 2 de octubre de 2009.

115 Pronunciamiento Foro Salud. Recuperado de: http://forosalud.org.pe/web/Pronunciamiento_Ley_derechos_Domingo_18.pdf Consultada el 26 de agosto de 2016.

Tabla Nº 3
Mecanismos instaurados por los hospitales con respecto al sistema de quejas de las usuarias

Nº	Hospitales	Mecanismos instaurados	N° de quejas
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	Oficina de protección y defensoría del usuario de salud, Libro de reclamaciones y un cuadro de ocurrencias diarias para registrar las quejas y/o reclamos	63
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	Oficina de Gestión de Calidad (OGC)	145
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	Defensoría del Usuario	378
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	Unidad de Gestión de Calidad	8
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	No consignaron dato	–
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	Oficina de Gestión de Calidad	2
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	Libro de reclamaciones y Oficina de Gestión de Calidad	2
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	Sí han implementado pero no consignaron dato	
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	Defensoría de la Salud y Transparencia	6
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	Oficina de Gestión de Calidad	69
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	Solo mencionaron que sí contaban, pero no especificaron instancia ni funciones.	–
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	Oficina de Gestión de Calidad Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias	–
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	Oficina de Quejas y Reclamos institucional	–

Fuente: Ficha de recojo de información. El número de quejas es el reportado entre 2013 y marzo de 2015.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Cuatro centros de salud señalaron que cuentan con sistema de quejas,[116] sin embargo, tres de ellos no consignaron información sobre la instancia

[116] Micro Red Edificadores Misti (Arequipa), C.S. Chilca (Piura), C.S. Catacaos, C.S. La Unión.

encargada; dos identificaron el libro de reclamaciones y el buzón de quejas como los mecanismos para este servicio.[117] El Centro de Salud Catacaos recibió dos quejas por inasistencia o tardanza de la obstetra; como medida correctiva se le envió un memorándum para que cumpliera con sus horarios de trabajo.

En las reuniones con representantes del sector salud y organizaciones de la sociedad civil, se enfatizó en la necesidad de vigilancia ciudadana y rendición de cuentas en algunos de los establecimientos de salud de las regiones seleccionadas.

> Se necesita dar un seguimiento constante; es fundamental que exista la vigilancia ciudadana. Dónde está el control de la sociedad civil, la rendición de cuentas, cómo está en el gobierno regional. En la ciudadanía estamos acostumbrados a pedir rendición de cuentas solo para obras de infraestructura, pero no para la calidad de vida de las personas.[118]

> Es necesaria "Una intervención y vigilancia, haciendo respetar a la sociedad civil.[119]

Las medidas adoptadas para tramitar las quejas de usuarios/as de manera general y específicamente por salud materna sigue siendo insuficiente, así como las instancias donde podrían recurrir para realizar sus reclamos.

3.3 Atención prenatal

3.3.1 Disponibilidad de infraestructura, equipos y personal

a. Infraestructura

Una de las preocupaciones detectadas en las reuniones con sociedad civil y sectores[120] fue la problemática de la infraestructura, donde la falta de camas, privacidad, hacinamiento de pacientes, así como la antigüedad son algunas de las dificultadas percibidas:

---

117 C.S. Edificadores Misti y C.S. Catacaos.

118 Representante de la Mesa de concertación de lucha contra la pobreza. Entrevista realizada el 17 de agosto de 2015.

119 Representante de la Mesa de diálogo de mujer de Huancayo. Entrevista realizada el 2 de julio de 2015.

120 Las reuniones de trabajo se realizaron en Junín, el 26 de junio de 2015; en Piura, el 9 de julio de 2015; en Puno, el 23 de julio de 2015; en Arequipa, el 18 de agosto de 2015; y en Lima, el 25 de setiembre de 2015.

108 años de vida del Hospital El Carmen. Hay hacinamiento de pacientes, falta de respeto del paciente […] Es de urgencia tener un hospital con todos los consultorios.[121]

El hospital se está cayendo. Cada vez que asistimos, se está deteriorando más.[122]

[No hay] privacidad en el hospital regional, donde tres mujeres se atienden en un mismo lugar.[123]

Tabla Nº 4
Disponibilidad de infraestructura

Nº	Hospitales	Infraestructura con la que cuentan
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	El centro obstétrico tiene una sala de dilatación con diez camas, una sala de atención del parto con dos camillas para atención de parto horizontal y una camilla para atención de parto vertical.
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	La sala de partos cuenta con ambientes diferenciados para la atención del parto: sala de dilatación, expulsivo, y sala de puerperio.
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	Infraestructura rústica con una antigüedad de más de 110 años (1905).
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	Sala de partos con tres camillas.
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	Sala de dilatación con ocho camas. Sala de Monitoreo Electrónico de Bienestar Fetal.
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	Dos ambientes de dilatación, un ambiente de expulsivo con tres camillas. Una sala para cesáreas y emergencias.
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	Sala de trabajo de partos con doce camas. Sala de partos con cuatro mesas de parto. Sala de operaciones para cesáreas–legrados: cuatro y partos complicados distócicos.
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	Centro obstétrico con cuatro camillas, dilatación con tres camillas, sala de atención inmediata al recién nacido, sala de puerperio inmediato, hospitalización y emergencia.
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	Sala de dilatación, sala de parto limpio e infectados con seis camas.

[121] Representante del Frente de defensa del Hospital El Carmen. Reunión Junín: sociedad civil y sectores.
[122] Representante de la Central de asociaciones de mujeres de los barrios de Puno. Reunión realizada el 23 de julio de 2015.
[123] Coordinadora del servicio de salud sexual y reproductiva. Responsable de psicoprofilaxis. Reunión con sociedad civil y sectores en Piura, el 9 de julio de 2015.

10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	No consignaron dato.
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	Emergencia obstétrica, ambiente de bienestar fetal, sala de dilatación, dos salas de partos, puerperio inmediato, puerperio mediato.
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	Centro obstétrico para atender doce pacientes simultáneamente con habitaciones individuales; una de ellas está adecuada para atención intercultural.
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	No consignaron dato.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Solo dos centros de salud brindaron información sobre la infraestructura con la que cuentan:[124]

- Sala de partos tradicional, una sala de partos intercultural, servicio de emergencia y una sala de puerperio.
- Sala de dilatación, sala de partos y sala de hospitalización.

b. Recursos Humanos

Otra de las dificultades percibidas en las reuniones con la sociedad civil y los sectores en las regiones Junín, Arequipa, Piura y Puno se refiere a una persistente falta de personal para a la atención de la salud materna.

> El mayor problema es [la] sala [de] operaciones, es la falta de ginecólogos. El jefe del departamento apoya en momentos de déficit. Solo se tiene nueve cuando debería tener quince.[125]

> Para hacer una guardia nocturna, mínimo un obstetra, enfermera y un técnico […] pero no hay equipo completo, solo obstetra y chofer. Corren riesgo el paciente y el bebe. En muchos centros de salud se solicita personal, no hay presupuesto. Hay 47 establecimientos donde solo 37 tienen obstetras.[126]

> No hay profesionales, no hay carro, no hay ni policía en los centro de rurales. Es difícil el traslado de las mujeres.[127]

---

124 Centro de Salud Santa Adriana y Centro de Salud Catacaos.
125 Jefe del Departamento de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Entrevista del 23 de julio de 2015.
126 Coordinadora de la estrategia de salud sexual y reproductiva del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015
127 Secretaria General de la Central Regional de Organizaciones de Mujeres Rurales. Reunión Junín.

> La gran falta de personal: no existe lo suficiente en los centros de salud de la periferia.[128]
>
> En el hospital no hay personal: más hay practicantes.[129]

Según la ficha remitida por los hospitales y centros de salud, se tiene los siguientes datos sobre el número de personal con el que se cuenta.[130]

Tabla Nº 5
Número de personal con el que cuentan los hospitales

Nº	Hospitales	Médicos gineco-obstetras	Médicos cirujanos	Obstetras	Enfermeras
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	19	12	69	114
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	60	–	60	–
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	3	1	15	0
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	17	–	28	–
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	35	–	45	–
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	18	–	25	10
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	23	23	24	–
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	25	49	–	–
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	12	–	26	25
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	5	–	2	2

Sociedad civil y sectores, 26 de junio de 2015.

128 Representante de la Central de asociaciones de mujeres de los barrios de Puno. Reunión del 23 de julio de 2015.

129 Representante de Femucarinamp. Reunión con la sociedad civil realizada el 23 de julio de 2015, en Puno.

130 Los hospitales no consignaron todos los datos solicitados, sin embargo, se consideró relevante poner en evidencia la información remitida.

11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	12	6	18	5
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	145	–	206	297
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	12	–	16	–

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Los hospitales ubicados en Lima tienen un número considerable de personal (médico gineco–obstetras). De los datos proporcionados, el que cuenta con menor personal es el Hospital Domingo Olavegoya, tanto de gineco-obstetras (3) como obstetras (15), lo cual resulta a todas luces insuficiente. También el Hospital Carlos Monge, pero en menor medida (12 gineco-obstetras y 26 obstetras).

Para el caso de centros de salud de primer nivel de atención, tenemos los siguientes datos.

Tabla Nº 6
Número de personal con el cuentan los centros de salud

Nº	Centros de salud	Médicos gineco–obstetras	Médicos cirujanos	Obstetras	Enfermeras
1	Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa)	En los tres años: 1	2013 y 2014: 8 2015: 7	2013: 8 2014 y 2015: 8	2013: 8 2014 y 2015: 9
2	Centro de Salud Santa Adriana (Puno)	Solo 1 en el 2013	5 (en tres años)	5 (en tres años)	8 (en tres años)
3	Centro de Salud Chilca (Junín)	–	Sin dato	2013: 8 2014: 10 2015: 12	Sin dato
4	Centro de Salud Materno Infantil – Catacaos (Piura)	2013 y 2014: 0 2015: 2 (mañana y tarde)	4	11	5
5	Centro de Salud La Unión (Piura)	–	–	2013: 7 2014: 8 2015: 9	2013: 3 2014: 4 2015: 3

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar, la situación más crítica es la del C.S. La Unión, que no cuenta con ningún médico cirujano ni gineco-obstetra. Asimismo, cuenta con

nueve obstetras, superado solo por el Centro de Salud Chilca (12) y el Centro de Salud Catacaos (11). Al C.S. Santa Adriana también le falta personal: solo tiene cinco obstetras, mientras que el C.S. Chilca tampoco cuenta con gineco-obtetra y no informó sobre la presencia de médicos cirujanos.

3.3.2 Disponibilidad de atención, medicamentos, suministro de vitaminas y sulfato ferroso y otros recursos para la atención de la salud materna

a. Atención y disponibilidad de medicamentos

La Encuesta Nacional de Nivel de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal realizada por el INEI (2016) identificó que "26,1% de usuarios de la oficina del Seguro Integral de Salud tuvieron problemas para la atención de salud; de ellos, el 42% no encontró cita o turno".[131] De otro lado, "el 22,1% de los usuarios de consulta externa identificaron como problema el maltrato en la atención y el 20,3% la falta de medicamentos en el servicio de farmacia del establecimiento de salud".[132]

El insuficiente abastecimiento de medicamentos a nivel nacional es deficiente, como lo pone en evidencia el informe del Consejo Nacional de Salud (2015) "Diagnóstico del Proceso e Identificación de los Principales Nudos Críticos en el Proceso de Abastecimiento Oportuno de Medicamentos en el Sector Público".[133] En este sentido, el Informe Defensorial N° 161 "Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS) Resultados de la supervisión nacional a hospitales", advirtió que "el 42,3% de las personas entrevistadas no encontró todos los medicamentos recetados en el establecimiento, obligándolos a adquirirlos en otros lugares, probablemente farmacias particulares".[134]

Las Diresas de Piura y Puno mencionaron que el problema del desabastecimiento se debía a compras corporativas nacionales que tienden a ser burocráticas, lo cual hace difícil que el medicamento llegue en un corto plazo. De otro lado, el nivel de responsabilidad y el proceso en la cadena de abastecimiento parece no quedar claro dentro del discurso que señalan.

---

131 Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Encuesta Nacional de Nivel de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal. Lima: INEI, p. 44.

132 Óp. Cit. p. 44.

133 El Consejo Nacional de Salud, en su sesión del 28 de mayo aprobó por unanimidad el Informe Final de la Comisión Ad Hoc.

134 Defensoría del Pueblo. (2013). Informe Defensorial N° 161 "Camino al aseguramiento universal en salud (AUS) Resultados de la supervisión nacional a hospitales". Lima: Defensoría del Pueblo, p. 195. Este informe se realizó en base a una supervisión a 173 hospitales del segundo y tercer nivel de atención (II-1, II-2, III-1 y III-E) a nivel nacional correspondiente al MINSA (9), a los Gobiernos Regionales (102) y a EsSalud (62). Entrevistas a aplicadas a personas usuarias del Minsa y Diresas: 426.

> Nos desabastecemos cuando la compra es corporativa; los establecimientos se desabastecen.[135]

> No hay un tema de desabastecimiento: somos una red grande. El tema es que las redes deben venir al almacén de Piura, y llevar […] sus responsables de farmacias. Saben en qué fecha deben recibir el medicamento, pero a veces no vienen en la fecha. […] A veces se demora cinco meses. Ahora tienen el dinero, se pide en enero, y llega en julio. Pero a veces no llegan.[136] Adicionalmente, señalaron el agotamiento rápido de las medicinas y el complejo proceso de un nuevo requerimiento, señalando a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid) como la entidad responsable.

> [Las medicinas] se agotan muy pronto, el requerimiento de las medicinas es muy complejo. Esa no es responsabilidad del hospital sino de la Digemid, hay un retraso en la provisión de medicamentos.[137]

b. Disponibilidad de medicamentos, suministro de vitaminas, sulfato ferroso y otros recursos para la atención integral de la salud materna[138]

De acuerdo a la Endes 2015, un importante número de mujeres no habrían recibido sulfato ferroso durante el embarazo.

---

135 Reunión del 23 de julio. Puno. Diresa Puno.

136 Representante de Diresa Piura.Reunión 9 de julio de 2015.

137 Jefe del Departamento de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015.

138 En atención a los lineamientos contenidos en la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Materna (2013), se indagó si los establecimientos contaban con los siguientes insumos:

- Historia Clínica materno perinatal
- Carné perinatal
- Aplicativo analítico SIP 2000
- Partograma de la OMS
- Paquetes para la atención del parto
- Paquetes para la atención de cesáreas
- Suplemento de hierro, ácido fólico, calcio y vitamina A
- Sangre segura
- Paquetes completos de insumos de laboratorio
- Paquetes de atención integral del aborto incompleto
- Paquetes de medicinas e insumos para las principales emergencias obstétricas
- Métodos anticonceptivos

Tabla Nº 7
Mujeres que tomaron hierro por 90 días o más durante el embarazo

Mujeres que tomaron hierro por 90 días o más durante el embarazo	2009 %	2010 %	2011 %	2012 %	2013 %	2014 %	2015 %
	30,3	35,4	40.4	44,7	49,1	47,8	55,4
Urbana	32,8	38,8	45,0	48,2	53,0	51,5	58,9
Rural	25,3	28,7	30,8	37,5	40,2	38,4	46,0

Fuente: Encuesta Demográfica y Salud Familiar–ENDES 2015. (2016). Lima: INEI, p. 30
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En la tabla Nº 7 se observa que un importante porcentaje de mujeres no recibió sulfato ferroso durante el embarazo, y que además existe una brecha del 12,9% entre el área urbana y rural. Este dato es significativo, pues son estas mujeres las que recurren principalmente a establecimientos de salud públicos.

Los cinco centros de salud supervisados señalaron que contaban con los insumos según su nivel de categorización. Solo siete[139] hospitales mencionaron que contaban con todos los recursos para la atención de la salud materna.

En este apartado nos detendremos en el caso de la provisión de suplementos vitamínicos. La Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna (2013) prevé que entre los insumos que deben ser suministradas a las mujeres gestantes se encuentran el ácido fólico, sulfato ferroso, apoyo alimentario, calcio y vacunación antitetánica y contra la influencia estacional.

Centros de salud de primer nivel de atención
La primera pregunta a los establecimientos de salud estuvo referida al número de gestantes que recibieron suplementos vitamínicos (del 2013 hasta marzo del 2015). Como se observa en el siguiente cuadro y en las entrevistas realizadas, se concluye que existe un desabastecimiento de suplementos vitamínicos.

- Las respuestas proporcionada por los centros de salud fueron diferentes, en tanto algunos consignaron el número para los tres años y otros solo mencionaron que sí proveían de estos suplementos sin

[139] H. El Carmen (Junín), H. Núñez Butron (Puno), H. Bartolomé (Lima), Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima), H. María Auxiliadora (Lima), H. Nacional Dos de Mayo (Lima) y H. Olavegoya (Junín).

especificar datos. Uno de los centros de salud solo preciso un número sin indicar a qué año correspondía. En resumen, tres de los cinco[140] establecimientos de salud tuvieron dificultad para precisar este dato, lo que evidencia una deficiencia en la identificación de la demanda o dificultad de acceder a una base de datos que precise de manera fácil estos datos básicos.

- La cantidad de insumos vitamínicos que fueron consignados como datos resulta por demás insuficiente para la demanda que tienen los establecimientos de salud. Esto da cuenta de que el dato proporcionado no es exacto, así como de la dificultad para determinar el número de gestantes que recibieron estos suplementos o en todo caso el abastecimiento insuficiente de los centros de salud de primer nivel de atención. Además, el Centro de Salud Santa Adriana reportó que 1169 gestantes se realizaron más de seis controles prenatales durante el año 2013, 768 durante el año 2014, 211 en el año 2015, cifras que difieren de los datos consignados por el mismo centro de salud en este apartado, como se detallará más adelante. De tal manera, se infiere que no todas las gestantes habrían recibido suplementos vitamínicos. Lo que queda claro es la dificultad para reportar la cantidad de gestantes que recibieron ácido fólico y sulfato ferroso.[141] Así, tal como se puede apreciar en la siguiente tabla, solo el Centro de Salud de Piura[142] cumple con brindar los insumos completos; los otros cuatro[143] solo brindan dos de ellos: ácido fólico y sulfato ferroso.

[140] C.S. Edificadores Misti, C.S. Chilca, C.S. La Unión.

[141] Esta problemática de datos exactos puede deberse a diversas razones, como la alta rotación del personal, lo que dificulta el manejo de datos por el personal nuevo, aún más si no se tiene una base de datos donde se precise medicamentos e insumos básicos en atención a la demanda del establecimiento de salud.

[142] C.S. La Unión.

[143] C.S. Misti (Arequipa), C. S. Chilca (Junín), C. S. Catacaos (Piura) y el C. S. Santa Adriana (Puno).

Tabla Nº 8
Gestantes que recibieron ácido fólico, sulfato ferroso, apoyo alimentario, calcio y vacunación antitetánica y contra la influencia estacional en los centros de salud

Nº	Centros de Salud	Ácido fólico	Sulfato ferroso	Apoyo alimentario	Calcio	Vacunación antitetánica y contra la influencia estacional
1	Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa)	85	80	100	No	36
2	Centro de Salud Santa Adriana (Puno)	2013: 816 2014: 637 2015: 171	2013: 816 2014: 637 2015: 171	No	No	2013: 586 2014: 51 2015: 14
3	Centro de Salud Chilca (Junín)	Sí	Sí	No	No	
4	Centro de Salud Materno Infantil – Catacaos (Piura)	2013: 700 2014: 750 2015: 183	2014: 500 2014: 600 2015: 100	No	No	2013: 700 2014: 750 2015: 183
5	Centro de Salud La Unión (Piura)	Sí	2013: 4295 2014: 3121 2015: 641	No	Sí	2013: 487 2014: 636 2015: 171

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Un dato relevante es que cuatro de los cinco[144] centros de salud de primer nivel de atención, refirieron que no proveen a la gestante de calcio y tampoco del apoyo alimentario necesario para atención integral de la mujer gestante en toda su etapa de embarazo.

La segunda pregunta estuvo orientada a conocer las medidas adoptadas por los establecimientos de salud para garantizar la disponibilidad y gratuidad de las vitaminas de sulfato ferroso y ácido fólico. Al respecto, solo el Centro de Salud Catacaos y el Centro de Salud la Unión mencionaron la coordinación de forma permanente con el responsable de farmacia, revisando *stock* para solicitar a almacén general. Otro mecanismo mencionado es el que se realiza a través del Seguro Integral de Salud.

144 C.S. Edificadores Misti, C.S. Chilca, C.S. La Unión y C.S. Catacaos.

Hospitales con mayor capacidad resolutiva

En el caso de los hospitales con mayor capacidad resolutiva, el dato sobre el número de gestantes que recibieron suplementos vitamínicos tuvo una menor dificultad. Solo dos de los trece establecimientos no proporcionaron información. Sin embargo, llama la atención los datos de los hospitales Corea Santa Rosa, Honorio Delgado, Carlos Monge y Domingo Olavegoya (de 2014 y 2015), en tanto el número de gestantes que accedieron a suplementos es bastante bajo. Algunas de las explicaciones para ello serían las siguientes: i. Al igual que los centros de salud de primer nivel de atención, existe una dificultad de acceder a una base de datos que precise de manera sencilla datos básicos como los solicitados. ii. Un posible abastecimiento insuficiente en estos hospitales. iii. Dado su nivel de categorización como hospitales que atienden principalmente casos referidos por emergencias obstétricas, quizá existe una tendencia a pensar que las gestantes han recibido o están recibiendo los suplementos en el primer nivel de atención.

Un dato relevante es que cinco de los trece hospitales no proveen calcio[145], y nueve no brindan apoyo alimentario a la gestante.[146]

Tabla Nº 9
Gestantes que recibieron ácido fólico, sulfato ferroso, apoyo alimentario, calcio y vacunación antitetánica y contra la influencia estacional en los hospitales

Nº	Hospitales	Ácido fólico	Sulfato ferroso	Calcio	Apoyo alimentario	Vacunación antitetánica y contra la influenza
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	2013: 773 2014: 1289 2015: 310	2013: 773 2014: 1289 2015: 310	No	No	2013: 105 2014: 76 2015: 32
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	2013: 3700 2014: 3600 2015: 800	2013: 3700 2014: 3600 2015: 800	Sin dato	2013: 3100 2014: 2305 2015: 200	Sí, pero no consigna número
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	Sin dato	2013: 846 2014: 76 2015: 142	No	No	2013: 234 2014: 532 2015: 142

145 H. Regional El Carmen, H. Domingo Olavegoya, H. Corea Santa Rosa, H. María Auxiliadora, Hospital Goyeneche.

146 H. Regional El Carmen, H. Domingo Olavegoya, H. Corea Santa Rosa, H. María Auxiliadora, Hospital Goyeneche, H. Dos de Mayo, H. Regional Honorio Delgado, H. Enrique Bernales, H. Manuel Nuñez Butrón.

4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	2013: 244 2014: 267 2015: 63	2013: 244 2014: 267 2015: 63	No	No	
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	A todas las controladas	A todas las controladas	No	No	A todas las controladas
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	2013: 2914 2014: 2048 2015: 638	2013: 2914 2014: 2048 2015: 638	2013: 2914 2014: 2048 2015: 638	No	2013: 107 2014: 83 2015: 19
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	Sí	2013: 304 2014: 309 2015: 43	Sin dato	No	2013 y 2014: 66 2015: 7
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	Sí 2013: 98	Sí	Sin dato	Sin dato	2013: 720
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	2013: 200 2014: 86 2015: 60	2013: 200 2014: 86 2015: 60	Sin dato	Sin dato	Sin dato
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	No	Sí 2014: 1640 2015: 287	Sí	No	2014: 126 2015: 100
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	Sí	Sí	Sí	No	No
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	2013: 3240 2014: 2880 2015 (ene-mar): 300	2013: 3960 2014: 4520 2015: 1350	Sí	Sí	2013: 4622 2014: 2054 2015: 2054
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	No	No 2014: 80 2015: 04	No	No	Sí 2013: 55 2014: 9 2015: 3

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Entre las medidas adoptadas por los hospitales para abastecerse de sulfato ferroso y ácido fólico se encuentran las siguientes:

- Está dentro un presupuesto específico: Programa presupuestal por resultados- Programa materno perinatal.
- Se da a través del Seguro Integral de Salud.

- Coordinación con farmacia y verificación de *stock* en farmacia mensualmente.

En las entrevistas realizadas, la referencia a un abastecimiento insuficiente hace alusión a la falta de sulfato ferroso y ácido fólico, así como la dificultad para tener el suplemento de la manera más "rápida posible" cuando se acaba.

> *Sí hay desabastecimiento. Ha habido temporadas que no se ha tenido sulfato ferroso ni en jarabe ni en tabletas.*[147]

> *A veces no hay sulfato ferroso, tampoco ácido fólico. Se terminan y no proveen rápido. En farmacia no hay ibuprofeno en tableta. Hay momentos en que se agotan los medicamentos. Guantes no hay.*[148]

> *El año pasado no había sulfato ferroso en tabletas; se tuvo que dar en jarabe. No había en cantidad: cambiamos la dosificación.*[149]

Una persona refirió que hay desabastecimiento pero por periodos cortos:

> *Aunque a veces no hay a nivel nacional. Hay desabastecimiento de ácido fólico, pero son periodos cortos. Tratamos de llevar un control estricto: si vemos que nos desabastecemos tratamos de ir preguntando. Se tiene bastante cuidado: es poco el desabastecimiento.*[150]

3.3.3 Acceso a la información sobre signos de alarma y planificación familiar

a. Información sobre signos de alarma

En cuanto a los signos de alarma, de la totalidad de los centros de salud supervisados (5), todos refieren que informaban a las usuarias sobre signos de alarma. Cuatro de ellos mencionaron específicamente que lo hacían en las atenciones prenatales, en la consejería personalizada, así como a través de folletos, charlas o capacitaciones.

En el caso de los hospitales de mayor capacidad resolutiva, once de los trece hospitales mencionaron que sí brindaban información sobre signos de alarma.[151] De manera similar, los establecimientos de primer nivel de atención

147 Jefe de la Micro Red Edificadores Misti de Arequipa. Entrevista del 18 de agosto de 2015.
148 Médico del Centro de Salud Santa Adriana de Arequipa. Entrevista del 24 de julio de 2015.
149 Responsable de la Dirección de Atención Integral de las Personas (DAIS) de Piura. Entrevista del 10 de julio de 2015.
150 Coordinadora de Obstetricia. Hospital de la Amistad Perú – CoreaII-2 Santa Rosa. 2 de julio de 2015.
151 El Hospital María Auxiliadora no consignó dato y el H. Carlos Monge Medrano (Puno) no especificó si realizaba o no la difusión de signos de alarmas.

lo hacen en las atenciones prenatales, así como a través de folletos, trípticos y capacitaciones.

b. Planificación familiar: métodos anticonceptivos

La información proporcionada por los centros de salud y hospitales a través de la ficha de información fue la siguiente:

Tabla Nº 10
Planificación familiar: Métodos anticonceptivos en hospitales

Nº	Hospitales	Anticonceptivos
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	Método hormonal oral, dispositivo intrauterino, implante hormonal, preservativos masculinos y femeninos. Asimismo, se realiza la anticoncepción quirúrgica voluntaria, bloqueo tubárico bilateral, vasectomía.
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	Se cuenta con todos los métodos anticonceptivos.
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	Píldoras anticonceptivas, inyectables mensuales, inyectables trimestrales, implantes, preservativos femeninos y masculinos, dispositivos intrauterinos, ligadura de trompas y vasectomía.
4	Hospital de la Amistad Perú –Corea Santa Rosa (Piura)	Implante, inyectables, orales, de barrera, quirúrgicos.
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	Sin dato.
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	Inyectable trimestral, inyectable mensual, píldoras anticonceptivas combinadas, T de cobre, condón femenino y masculino.
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	Condón masculino femenino, hormonal (inyección hormonal trimestral, mensual). Mecánico: DIU natural: ritmo –MELA– definitivos.
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	Condón masculino, inyección trimestral, mensual, anticonceptivo oral combinado, implante, DIU, método natural, método quirúrgico, ligadura de trompas, vasectomía.
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	Inyectable mensual y trimestral, píldoras anticonceptivas combinadas, preservativos, implante –T de cobre
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	Implantes, (hormonal) DIU (T de cobre), ampolla mensual, ampolla trimestral, píldoras anticonceptivas, bloqueo tubárico bilateral, vasectomía, preservativo, lactancia materna exclusiva (MELA).
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	Preservativo masculino, inyectable hormonal, trimestral y mensual.

12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	Implante, T de cobre, ampollas trimestrales, ampolla mensual, preservativos.
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	DIU, inyectables mensuales y trimestrales, píldoras combinadas, implante subdérmico, preservativo masculino y femenino.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Doce de los hospitales supervisados remitieron información sobre los métodos anticonceptivos que proveen. En la mayoría de casos se observó una amplia variedad de estos métodos, sin embargo, en las entrevistas realizadas, un hospital y dos establecimientos de primer nivel de atención refirieron el desabastecimiento de algunos métodos anticonceptivos por periodos, sobre todo en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Así, en un establecimiento de salud de Arequipa se precisó que hasta ese momento no tenían T de cobre. La misma problemática fue descrita en un establecimiento de Junín, que señaló que existían periodos donde tienen toda la gama de anticonceptivos y otros donde solo se tiene determinados métodos. Esto es especialmente preocupante, pues la posibilidad de elección del método anticonceptivo de las usuarias que acuden al establecimiento de salud se ve seriamente restringido.

> Hay periodos de desabastecimiento: hasta ahora no hay T de cobre.[152]

> En la provisión de insumos, allí vienen las deficiencias, pero no de nivel operativo: deficiencias nacionales, de presupuesto y de compra, de que llegue el insumo. Hay meses que tenemos todo, pero hay meses que no tenemos: nos falta progesterona, no tenemos las ampollas. No llega porque los insumos o son donaciones o compras. Las compras no las hace el establecimiento de salud; a nivel operativo no hacemos compras. La atención integral se da por dos ejes: operativo y el eje de los determinantes. 'Eje operativo' somos desde las redes hasta los establecimientos. Las redes no hacen las compras. En el *otro eje*, los gobiernos regionales y el Minsa, que hacen las compras, allí es donde está la deficiencia. Por más que yo programe, si este otro eje no hace la compra o no presupuesta o no recibe la donación, lamentablemente no llega a los establecimientos de primer nivel de atención. Hay épocas en que tenemos todo, otras en que solo tenemos ampollas, ni píldoras ni condón. Hay épocas que solo tengo condón, y no ampollas ni píldoras. Pero eso es, por la deficiencia

[152] Jefe de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista del 18 de agosto de 2015.

> de otro nivel pero no del nivel operativo. Las compras se hacen regionales, nacionales, donaciones. Todo eso llega a la Diresa, esta distribuye a las redes y estas a los establecimientos de salud. Todo se centraliza en Diresa, a través del Digemid, y ellos distribuyen la cantidad que ha llegado y la población.[153]

> Sí contamos con métodos anticonceptivos. En el mes de abril, por un mes no tuvimos ampolla mensual. Lo compran como unidad ejecutora, o la Diresa nos transfiere.[154]

Solo una persona refirió que en este año el abastecimiento ha sido superado, sobre todo en métodos anticonceptivos.

> Planificación ha dejado este año de estar desabastecida; tenemos cantidad. Se ha incorporado el condón femenino, capacitaciones para que se socialice a mujeres.[155]

En cuatro de los establecimientos de primer nivel salud, la referencia en específico a los métodos con los que cuentan fue menor, en comparación con la descripción desarrollada por los hospitales, lo que evidenciaría una menor disposición de una amplia gama de métodos anticonceptivos.

Tabla Nº 11
Planificación familiar: métodos anticonceptivos en centros de salud

Nº	Centros de salud	Anticonceptivos
1	Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa)	Inyecciones, DIU, preservativos, píldoras.
2	Centro de Salud Santa Adriana (Puno)	Píldoras combinadas, inyectable trimestral, inyectable mensual, condón masculino, T de cobre e implantes.
3	Centro de Salud Chilca (Junín)	Preservativos, AOE, DIU, Medroxiprogesterona mensual, trimestral.
4	Centro de Salud Materno Infantil – Catacaos (Piura)	Hormonales: mensual y trimestral, DIU, implantes, método del collar, condones femeninos y masculinos.
5	Centro de Salud La Unión (Piura)	Sin dato.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

153 Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista del 2 de julio de 2015.
154 Coordinadora de obstetricia. Hospital de la Amistad Perú – Corea II-2 Santa Rosa (Piura), 2 de julio del 2015.
155 Responsable de la DAIS Piura. Entrevista del 10 de julio de 2015.

3.3.4 Accesibilidad a atenciones prenatales

En dos entrevistas se mencionó la problemática de la población migrante o itinerante, que solo se encuentra presente en determinadas fechas del año por cosechas, visitas a familiares, etc. Se trata de mujeres que estando embarazadas se trasladan a otro lugar, sin embargo, no se sabe si han realizado sus controles prenatales.

> Nosotros tenemos una población flotante. Antes era el 1,5% de 50 000, que es la población del distrito. De esa población vienen por meses de verano, por la cosecha o por los hijos. Ahora es el 3 %; se ha duplicado. Vienen mujeres gestantes que no tienen control, pero a término en trabajo de parto, expulsivo, se tiene la necesidad de atenderlas. Son una caja de pandora. Se tiene que actuar rapidísimo si se encuentra un riesgo.[156]

En atención a un caso de mortalidad materna:

> Este caso fue causa directa, no necesariamente de nuestra jurisdicción, de Huancavelica, pues sus controles los hizo allá. Ella venía esporádicamente a la jurisdicción: se aloja en la casa de la mamá, luego en la casa del tío, se alquila un cuarto en Oxapampa, luego se va de visita a la casa de la tía y allí es donde muere, se produce el parto y la hemorragia. Es una paciente que no se conoció. Entonces ¿qué recomendación tenía que salir así? En el trabajo con agentes comunitarios de salud no podemos controlar quién llega y quién se va, quién está gestando y quién no. La idea es que si ya trabajamos con el nuevo esquema de familia y comunidad, tendría que incrementarse incluso hasta el número de trabajadores, porque ese esquema nos dice que cada trabajador va a tener asignadas veinte familias. […] Yo puedo identificar de repente netamente de Chilca, pero las que vienen de Huancavelica, altamente migrante que están por temporadas –nosotros las llamados las temporadas de oleada, época de café–, luego están en Satipo. En octubre están acá, pero otro grupo se va a Huancavelica, porque empieza la preparación de terreno.[157]

Un segundo aspecto sobre las atenciones prenatales alude a la información remitida por los hospitales a los cuales se les solicitó señalar el número de gestantes que habían contado con más de seis atenciones prenatales y aquellas que tuvieron menos de seis. Al respecto, llama la atención que seis de los trece hospitales (tabla N° 12) refirieron que un mayor número de gestantes recibió menos de seis atenciones prenatales en comparación al número de

[156] Jefe de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista del 18 de agosto de 2015.
[157] Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista de 2 de julio de 2015.

gestantes que recibieron más de seis atenciones. Una posible explicación es que, por tratarse de hospitales con una mayor capacidad resolutiva, las gestantes acuden en su mayoría producto de referencias por complicaciones obstétricas que quizás han sido detectadas en un nivel avanzado de la gestación, por lo que sus primeras atenciones prenatales deben haberse realizado en los centros de salud. De lo contrario, las cifras darían cuenta de una situación que requeriría mayor atención, pues implicaría que en seis de los trece hospitales, un número considerable de gestantes están recibiendo menos de seis atenciones prenatales: el número mínimo requerido según la Norma de Atención Integral de la Salud Materna. A continuación, los datos proporcionados por los hospitales de mayor capacidad resolutiva.

Tabla Nº 12
Accesibilidad a atenciones prenatales

Nº	Hospitales	Más de seis atenciones prenatales			Menos de seis atenciones prenatales		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	161	141	197	605	796	37
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	650	720	210	3700	3600	800
3	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	244	267	76	1766	1627	339
4	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	2944 (34,1%)	2471 (27,5%)	778 (31,1%)	5692 (65,9%)	6526 (72,5%)	1730 (68,9%)
5	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	200	186	60-84	1358	1288	Sin dato
6	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	El establecimiento atiende a demanda.					
7	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	6350	3213	1443	21 446	14 806	7970
8	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	El departamento es un hospital de referencia, por lo que recibe pacientes referidos. No posee población asignada para atención prenatal.					

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Los hospitales que consignan un número mayor a seis atenciones prenatales son los siguientes:

Tabla Nº 13
Hospitales que consignan un número mayor a seis atenciones prenatales

Nº	Hospitales	Más de 6 atenciones prenatales			Menos de 6 atenciones prenatales		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015
1	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	1291	1310	316	360	320	16
2	Hospital María Auxiliadora (Lima)	5837 (74,08%)	5357 (70,26%)	3224 (70,61%)	1724 (21,88%)	1883 (24,7%)	1114 (24,4%)
3	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa) – Incompleto	4129	2809	1040	Sin dato		
4	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	Sin dato	1803	Sin dato	Sin dato	965	Sin dato

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En el caso de los centros de salud de primer nivel de atención, solo los centros de salud Santa Adriana y Catacaos proporcionaron datos sobre el número de atenciones prenatales realizadas.

En el Centro de Salud Santa Adriana, el número de gestantes que recibieron más de seis atenciones prenatales entre 2013 y 2015 fueron 2148. En tanto, el número de gestantes que recibieron menos de seis atenciones en 2014 fue de 243. No refirieron datos de 2013 ni de 2015.

El C.S. Catacaos refirió que las gestantes que recibieron más de seis atenciones prenatales fueron, por año: 2013: 600; 2014: 550; 2015: 103. Las gestantes que recibieron menos de seis atenciones en: 2013: 700; 2014: 680; 2015: 150. En el caso de Centro de Salud Catacaos, los datos proporcionados dan cuenta de que el número de gestantes que reciben menos de seis atenciones es alto, lo que es un motivo de especial atención, pues se trata de un establecimiento de primer nivel de atención.

3.3.5 Calidad: realización de pruebas para detectar VIH/sífilis

Los datos proporcionados sobre consejerías pre y post VIH/sífilis fueron los siguientes:

Tabla Nº 14
Consejerías brindadas sobre VIH/sífilis por los centros de salud

Nº	Centros de salud	Consejerías brindadas sobre VIH/sífilis		
		2013	2014	2015
1	Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa)	Sin dato	Sin dato	Sin dato
2	Centro de Salud Santa Adriana (Puno)	991	1011	235
3	Centro de Salud Chilca (Junín)	1530	1780	666
4	Centro de Salud Materno Infantil – Catacaos (Piura)	Sin dato	700	290
5	Centro de Salud La Unión (Piura)	613 (VIH) 580 (sífilis)	1285 (VIH) 1136 (sífilis)	229 (VIH) 189 (sífilis)

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Un hecho relevante se dio en el Centro de Salud Edificadores Misti, el cual indicó que no realiza consejerías de VIH/sífilis, además de que no cuenta con laboratorio, equipo, insumos, pues el SIS no cubre esta prueba. Los demás centros de salud sí consignaron las consejerías brindadas durante el periodo 2013–2015.

Tabla Nº 15
Consejerías brindadas sobre VIH/sífilis por los hospitales

Nº	Hospitales	Número de consejerías brindadas		
		2013	2014	2015
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	631	712	339
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	Sin dato	Sin dato	Sin dato
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	1790	1830	450
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	472 datos de consultorio externo	271	53

5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	Sin dato	Sin dato	Sin dato
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	3993	4567	888
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	VIH: 1764 Sífilis: 1500	3029 2518	743 580
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	2045	2009	564
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	Sin dato	Sin dato	60
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	6582	9054	2074
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	414	750	382
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	46 800	46 800	13 500
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	659	825	106

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

De la información enviada por los trece hospitales, cabe señalar que los datos difieren del número de casos que recibieron atención prenatal reportada, siendo menor el número de consejería sobre VIH/sífilis en comparación con las atenciones prenatales. Las excepciones son el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Hospital Goyeneche.

Las principales medidas destinadas a garantizar que las pruebas de VIH a las gestantes se den de manera adecuada, se encuentran:

- Se realiza durante la primera atención prenatal en el consultorio obstétrico (H. Regional del Carmen).
- Campañas de apoyo en donde se dan consejerías en forma grupal y personalizada, y son indicadores en la consulta externa, hospitalización y emergencia (H. Madre Niño San Bartolomé).
- Se cuenta con dotación de pruebas rápidas para VIH y sífilis (H. Domingo Olavegoya – Junín).
- Se realiza el tamizaje VIH a toda gestante (H. Corea Santa Rosa).
- Se realizan pruebas rápidas de VIH/sífilis a las gestantes a quienes no se les realizó en el primer nivel de atención (Hospital Regional Honorio Delgado).

- Se trata de garantizar los insumos en laboratorio (Hospital San Juan de Lurigancho).
- A veces no lo realizan por falta de insumos (Hospital Carlos Monge).

Solo dos centros de salud de los cinco que remitieron información, consignaron las medidas destinadas para garantizar la realización adecuada de las pruebas de VIH y sífilis. El Centro de Salud Catacaos mencionó que realizan la prueba de VIH en el primer y tercer semestre del embarazo y el C.S. La Unión lo realiza a toda gestante en el control prenatal.

3.3.6 Calidad: registro de la atención, plan individual de parto y tamizaje de violencia en gestantes

a. Registros implementados en los establecimientos de salud

La Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna señala que los establecimientos de salud deben contar con registros específicos, que serán remitidos hacia las Micro redes, Red de Salud, Dirección Regional de Salud y finalmente al Ministerio de Salud.[158] De esta manera, se busca contar con información consolidada sobre la atención de la salud materna para la adecuada toma de decisiones, tanto a nivel regional como nacional.

En atención a lo anterior, la ficha de recojo de información remitida a los establecimientos de salud consignó una pregunta para conocer si contaban con algunos de los registros señalados en la Norma de Atención Integral de Salud Materna (2013). Concretamente, si contaban con:

- HIS (registro diario de actividades)
- Informe mensual de producción del servicio materno perinatal
- Ficha de seguimiento a usuarias
- Tarjeta de citas o de control prenatal
- Recojo de información de promotores
- Radar de gestantes para identificar los tramos de accesibilidad
- Registro de gestantes y puérperas que recibieron visita domiciliaria

Los tres últimos registros de aplicación son solo para los establecimientos de primer nivel de atención. Al respecto, de la información remitida se desprenden los siguientes resultados:

[158] Al respecto, la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Materna cuenta con un flujograma del proceso de información.

- Seis de los trece hospitales no contaban con ficha de seguimiento a usuarias.[159] El Hospital Honorio Delgado además no tenía tarjeta de citas, y el Hospital San Juan de Lurigancho menciona que no cuenta con informe mensual de producción del servicio materno perinatal ni tarjeta de citas.
- En el caso de los centro de salud de primer nivel: cuatro de cinco no contaban con ficha de recojo de información de promotores de salud,[160] uno no tenía tarjeta de citas,[161] otro establecimiento no contaba con registro de gestantes y puérperas que recibieron la visita domiciliaria,[162] y uno no tenía registro o radar de gestantes para identificar los tramos de accesibilidad y fichas de seguimiento a usuarias.[163] La información consignada sobre el radar de gestantes difiere de la recaba en otro acápite de la ficha de información, donde se preguntó si el establecimiento realizaba una búsqueda activa de las gestantes haciendo uso del mapa o radar de gestantes. Al respecto, se verificó que tres de los cinco centros de salud de primer nivel[164] no identifican, pues captaban a las gestantes en su comunidad a través de la denominada búsqueda activa, haciendo uso de mapeo o radar de gestantes. Como se mencionó anteriormente, esto es de especial preocupación, pues la Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna establece que el radar de gestante es de aplicación obligatoria en el primer nivel de atención. Asimismo, esta normativa establece que la red de salud debe asegurar que el conjunto de sus establecimientos haya captado al 100% de gestantes en su ámbito de influencia.[165]

En las entrevistas realizadas, solo el Centro de Salud Chilca hizo mención de manera detallada de la metodología utilizada para captar gestantes de la comunidad haciendo uso del radar de gestantes. Refirieron lo siguiente:

> Sobre el radar de gestantes, nosotros lo hacemos mensualmente. Se actualiza de dos formas: identificamos a las pacientes que recién están iniciando su embarazo, los centros radares, y la salida a lugares más alejados. El trabajador

[159] Hospital María Auxiliadora, Hospital Honorio Delgado, Hospital Carlos Monge, Hospital Enrique Bernales y Hospital Manuel Núñez Butrón. El Hospital Goyeneché mencionó que no cuentan con esta ficha por ser un hospital de referencia.
[160] Edificadores Misti, Santa Adriana, Chilca Piura; Centro de Salud Unión.
[161] Es el caso del C.S. Edificadores Misti.
[162] Es el caso del C.S. Chilca (Piura).
[163] Es el caso del C.S. La Unión.
[164] C.S. Edificadores Misti (Arequipa), Santa Adriana (Puno) y La Unión.
[165] Norma Técnica para la Atención Integral de la salud materna (2013). Punto 6.1.5.2 sobre Instrumentos. Radar de Gestantes. p. 25

hace ese censo radar, cada cierto tiempo salen a la comunidad y van preguntando conjuntamente con la vacunación, o conjuntamente con el uso de las chispitas. De casa en casa se pregunta: ¿hay alguien que está gestando? Si nos responden que sí, entonces se le pregunta: ¿se está controlando? A veces no viven acá pero nos dicen: "Recién ha llegado". Eso se hace con el radar, luego se cita a las gestantes que captamos para la apertura de la historia clínica. Ya con esos datos actualizamos el radar de gestantes y luego hacemos lo mismo en el radar del niño por nacer; es lo que utiliza enfermería. Es importante, porque acá puedo tener una gestante pero que de repente da a luz en domicilio, pero a esta obstetra la enfermera le tiene que apoyar; a la enfermera le interesa el niño para la vacuna, están al tanto. Tengo al niño por radar del niño por nacer, que son las gestantes próximas a dar a luz. La enferma sabe: hoy día 29 la señora ya debe haber dado a luz, ¿vino la señora a dar a luz? Si no vino, entonces se va a buscar al recién nacido.[166]

El personal no está pagado como se merece, no les motivamos. Es más fácil quedarse en el establecimiento que salir a la comunidad, caminar dos o tres kilómetros.[167]

b. Plan individual de parto y tamizaje de víctimas de violencia en hospitales

Tabla Nº 16
Plan individual de parto y tamizaje de víctimas de violencia en hospitales

Nº	Hospitales	Medidas adoptadas para garantizar:	
		Plan de parto	Tamizaje de víctimas de violencia
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	Se realiza en la primera atención prenatal.	El profesional de salud que realiza la primera atención prenatal hace la interconsulta al servicio de psicología para su respectivo tamizaje VBG.
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	Se realizan en el monitoreo y evalúan control de pacientes gestantes.	Se cuenta con consultorio de violencia: captación de pacientes víctimas de violencia.
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	Plan de parto y esperando mi parto.	Tamizaje de violencia basada en género.

166 Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista del 2 de julio de 2015.
167 Representante de Promoción de Salud de la Diresa Puno. Reunión sociedad civil y sectores. Reunión sostenida el 23 de julio de 2015.

4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	El formato esta anexado en la historia clínica del plan de parto.	Sin dato
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	Sin dato	Sin dato
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	Comunicación y supervisión.	Ficha de tamizaje. Comunicación supervisión.
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	No se aplica.	Aplicación de la ficha de tamizaje de VBG en emergencia obstétrica.
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	No se aplica.	Interconsulta a psicología.
9	Hospital Carlos Monge Medrano[168] (Puno)	2013: 200 2014: 86 2015: 60	2013:492 2014:262 2015:860
10	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	No se aplica, argumentando que no corresponde.	
11	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	No se aplica.	Examen psicológico para pacientes vulnerables y adolescentes.
12	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	Sin dato	Aplicación de fichas de tamizaje.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Llama la atención que en cuatro de los trece hospitales no realizan el plan de parto. Tres de ellos señalan que no lo hacen porque no es aplicable de acuerdo a su categorización.[169] Esto difiere con la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Materna, que establece que el plan de parto es de aplicación obligatoria en todos los niveles de atención.[170]

Cuatro de los cinco centros de salud señalan que sí realizan el plan individual de parto y la pesquisa o tamizaje de violencia de género, a través de la consejería o en el primer control prenatal.[171] Solo el Centro de Salud

[168] Único hospital que brindó datos estadísticos sobre el plan de parto y tamizaje de víctimas de violencia.

[169] Es el caso del H. Honorio Delgado (Arequipa), H. San Juan de Lurigancho (Lima), H. Núñez Butrón (Puno) y el Instituto Nacional Materno Perinatal; en este último caso solo consignaron que no lo realizan.

[170] Norma de Atención Integral de la Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA. p.25

[171] C.S. Edificadores Misti (Arequipa), C.S. Catacaos (Piura), C.S. de Chilca (Junín) y C.S. de Santa Adriana (Puno) mencionan que realizan el plan de parto. Solo el C.S. La Unión (Piura) no menciona si realiza o no el plan de parto.

Catacaos mencionó que además realiza la visita domiciliaria –donde se hace la segunda y tercera ficha de plan de parto–. El Centro de Salud la Unión no consignó datos sobre plan de parto y pesquisa sobre violencia.

A través de entrevistas puntuales se conocieron aspectos adicionales a la información remitida por los establecimientos de salud.

> Aproximadamente hace dos años hicimos un seguimiento a las muertes maternas, básicamente evaluando cuáles son las causas, dónde se encuentran los cuellos de botella. Entonces se encontró que el plan de parto lo hacían solamente en escritorio y no con la familia y comunidad, para una buena atención a la gestante. Lo otro que se detectó, como punto neurálgico, es la alta rotación del personal.[172]

> [El plan de parto debe realizarse] con la paciente, con la familia, con la comunidad. No se hace el segundo ni tercer plan de parto. Se le pregunta: ¿han venido a visitarles?, ¿les han hecho estas preguntas? No. ¿Cómo hicieron el segundo plan de parto?, ¿y el tercer plan de parto? Muy poco se llega. Esto lo estamos trabajando.[173]

> La atención integral que se le hace a la gestante, desde un inicio sirve para ver en qué estado inicia. Una vez que inician los controles, no se les deja. Hay planes de parto, 1 y 2, que nos indican lo que tenemos que hacer, para que la gestante no se pierda en el camino. Que cumpla con todos los requisitos, que cumpla con las estrategias propias de todos los establecimientos, evitar todo tipo de infección mediante los controles.[174]

La Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna (2013) establece que en el primer nivel de atención se debe realizar el plan de parto siguiendo las pautas que se presentan a continuación:

- Primera entrevista: se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto; asimismo, para que fijen la fecha en que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.

---

172 Representante de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Reunión de trabajo realizada el 23 de julio de 2015, en Puno.

173 Representante de la Diresa Puno. Reunión de trabajo realizada el 23 de julio de 2015.

174 Jefe de la Micro Red Edificadores Misti (Arequipa). Entrevista del 18 de agosto de 2015. Este Centro de salud ha adoptado además un protocolo de atención del parto.

- Segunda entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- Tercera entrevista: aplicada en el domicilio de la gestante, con la participación del agente comunitario o líder comunitario, según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia.

Las entrevistas realizadas muestran que no se estaría cumpliendo con las dos últimas etapas, especialmente importantes en zonas alejadas o rurales en donde el acceso a un establecimiento de salud es bastante complicado. Considerando además que los datos estadísticos sobre mortalidad materna muestran que un número considerable de muertes ocurre en el trayecto o referencia al establecimiento de salud, cumplir con el plan de parto y sus tres etapas consideradas en la normativa se vuelve sumamente prioritario.

3.4 Atención durante el parto

3.4.1 Disponibilidad de bancos de sangre y servicios de emergencia las 24 horas

De los trece hospitales que remitieron información, todos contaban con un servicio de emergencia de 24 horas. Solo el Hospital Domingo Olavegoya (Junín) refirió que no contaban con un banco de sangre, mientras que los otros doce hospitales sí lo tenían.

3.4.2 Accesibilidad económica y geográfica, funcionamiento de casas de espera materna

a. Normativa vigente

En el 2010 se aprobó el Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna",[175] con el objetivo de estandarizar el proceso de gestión local participativa para la implementación y funcionamiento de la casa materna a través de una herramienta de trabajo para el personal de salud.[176]

En el documento técnico se menciona que: "La mortalidad materna se torna difícil de afrontar en países como el nuestro, debido a su multicausalidad,

[175] Aprobado por Resolución Ministerial N° 815-2010/MINSA. Publicado el 23 de octubre de 2010. Este documento deja sin efecto la Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA, por el cual se aprobó el Documento Técnico "Casas de espera materna: modelo para su implementación".

[176] Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna". (2010). Lima: Minsa, p. 14.

siendo prioritario identificar las determinantes sociales que interactúan incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, entre las que se puede mencionar: el alto índice de pobreza, analfabetismo, bajo estatus social de la mujer, malnutrición, creencias y costumbres, vías de comunicación en mal estado, inaccesibilidad geográfica, desencuentros culturales entre proveedores y usuarias y sistemas de salud que responden parcialmente a las necesidades de las usuarias y sus familias".[177]

La casa de espera materna responde, además, a un análisis de la mortalidad materna, donde se identifican cuatro demoras:[178]

- Falta de reconocimiento de las señales de peligro.
- Demora en tomar la decisión de buscar ayuda, ambas relacionadas con la toma de decisiones de la mujer y su familia.
- Retraso en el proceso de traslado de la gestante al establecimiento de salud, que implica el apoyo que debe brindar la comunidad donde habita la mujer. Estas tres primeras demoras se hacen aún más relevantes y críticas en zonas de población dispersa, de pobreza, pobreza extrema y de grupos poblacionales étnicos.
- Demora relacionada a la atención oportuna en los servicios de salud.

La casa materna es el lugar donde la gestante y su familia esperan el momento del parto. Asimismo, ofrece un espacio adecuado para la promoción de prácticas y comportamientos saludables relacionados a la salud materna. En tal sentido, con esta estrategia "se contribuye a la disminución de las brechas existentes para la aparición de las tres primeras demoras (identificación de riesgos, decidir oportunamente el pedir ayuda y el proceso de traslado al establecimiento de salud), es decir, educar a este grupo poblacional y a su familia en la identificación de las señales de peligro, el modo de actuar ante ellas, a fin de decidir oportunamente el momento de buscar ayuda y garantizar un traslado a tiempo de la gestante al establecimiento de salud".[179] Además, para la sostenibilidad de la casa materna se reconoce la participación social y

177 Adaptado de Determinantes sociales de la Salud en Perú/ César Lip; Fernando Rocabado. Lima: Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud. (2005). Citado en: Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna". (2010). Lima: Minsa, p. 21.

178 Physicians for Human Rights. "Demoras fatales. Mortalidad materna en el Perú: Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura". (2007). Citado en: Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna". (2010). Lima: Minsa, p. 21.

179 Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna". (2010). Lima: Minsa, p. 22

la importancia del involucramiento y responsabilidad que tienen los diversos niveles de gobierno (nacional, regional y local) en su implementación y desarrollo.[180]

En este marco, las autoridades regionales y locales cumplen un rol relevante y se convierten en actores claves para la implementación de esta estrategia. Dentro del marco de priorización de la mortalidad materna y neonatal, deben "reorientar sus recursos o parte de ellos a cubrir las necesidades de salud que demanden las gestantes de sus comunidades"[181] y dar sostenibilidad a su funcionamiento en el ámbito de la jurisdicción.

El Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna" menciona que: "El rol que desempeña el personal de salud en esta implementación, es el de facilitar el proceso y brindar asistencia técnica según su función y en el ámbito de su competencia. Igualmente, el Agente Comunitario de Salud participará apoyando las diversas actividades que se realizan para promover prácticas y comportamientos saludables a favor de la salud materna y neonatal".[182] Este documento contribuye de la siguiente manera:[183]

- Acerca a la gestante al sistema de salud, y consecuentemente a una vigilancia cercana por el personal de salud.
- Incrementa la cobertura de parto institucional.
- Genera una actitud favorable hacia una maternidad saludable y segura en las comunidades, compartiendo responsabilidades y formando redes de solidaridad con la familia.
- Permite desarrollar acciones de educación para la salud y otras actividades de tipo productivo con las gestantes, haciendo más eficiente el tiempo de espera.
- Crea espacios de aprendizaje para los proveedores de servicios de salud sobre la cultura de la población de su ámbito.
- Permite la participación de las familias en la atención y alimentación, lo que le da más seguridad y confianza a la gestante.
- Permite establecer puentes culturales entre el prestador de los servicios de salud, los agentes de medicina tradicional y los usuarios, favoreciendo en estos últimos el ejercicio de sus derechos en salud y su parti-

180 Ibídem.
181 Ibídem.
182 Ibídem.
183 Ibídem

cipación en la mejora de la calidad de atención del servicio.
- Facilita el involucramiento de las autoridades, actores sociales y la comunidad en la importancia de la salud materna y neonatal.

Un aspecto importante de analizar es el nivel de responsabilidad en la implementación de las casas de espera materna, porque de la información remitida por los establecimientos de salud y Diresas, el rol de cada uno no queda del todo claro, sobre todo porque se pone especial énfasis en aspectos que no le corresponden a la implementación o que no tienen un meta específica sobre el tema. Al respecto, el documento técnico establece los roles esperados de los actores sociales involucrados:[184]

a) Gobierno regional
- Apoya, respalda y facilita el financiamiento de la propuesta realizada por el gobierno local para la implementación de la casa materna.

b) Gobierno local
- Debe liderar la gestión para la implementación y sostenibilidad de la casa materna, mediante acuerdos, convenios y proyectos o programas sociales.
- Reconoce y avala al comité de gestión de la casa materna.
- Genera políticas públicas en su ámbito a favor de la salud materna y neonatal.

c) Organizaciones de la comunidad
- Aprueban la propuesta, promueven y respaldan la implementación de la casa materna como prioridad para la incorporación en el presupuesto participativo local.
- Participan en las actividades educativo comunicacionales y otras acciones de promoción de la salud en los temas que consideren necesarios: alimentación y nutrición saludable, higiene, salud mental, salud sexual y reproductiva, etc.
- Apoyan en la promoción, organización y gestión de la comunidad en relación a la casa materna y respaldan el trabajo del comité de gestión.
- Colaboran en la referencia y contrarreferencia comunal de las gestantes.
- Participan en la vigilancia comunitaria en torno a las madres gestantes.

184 Idem. pp. 24-25

d) El personal de salud

- Propicia y facilita la implementación de la casa materna, promoviendo la incorporación de la misma en la agenda pública como una estrategia viable para el cuidado de la salud materna y neonatal.
- Elabora el análisis de la situación de salud local, donde identifica indicadores de salud para las mujeres en edad fértil, y proporciona información local oportuna a partir de la vigilancia epidemiológica y otros sistemas de información existentes para la adecuada toma de decisiones.
- Brinda atención con calidad y calidez a la gestante y al neonato en el marco de la interculturalidad y derechos en salud.
- Identifica y revalora prácticas tradicionales de los grupos étnicos, incorporando a sus prácticas sanitarias aquellas favorables para la salud de la gestante, neonato y familia.
- Conduce actividades educativo–comunicacionales y otras acciones de promoción de la salud orientadas a promover prácticas y comportamientos saludables en las gestantes y su familia.
- Coordina acciones con el Comité de gestión de la casa materna.
- Es responsable del registro y actualización diaria del movimiento de las gestantes que hacen uso de la casa materna y también de las actividades que en ella se realizan.

El documento técnico finalmente menciona que dentro del marco de la programación del presupuesto por resultados, se ha propuesto que la casa materna se convierta en uno de los proyectos sociales impulsados desde los gobiernos locales como respuesta a las políticas regionales establecidas de acuerdo a sus prioridades sanitarias, los mismos que a través de sus proyectos de inversión pública promoverán la construcción y sostenimiento de la casa materna.[185]

Asimismo, es necesario tener en cuenta que la propuesta de la casa materna debe de estar inmersa en el plan de desarrollo local, el plan comunal concertado, u otro documento local con cualquier otra denominación, a fin de alcanzar la viabilidad y sostenibilidad de la misma.[186] Por su parte, la Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna también ha establecido que las casas de espera materna "son las estrategias de cogestión con autoridades locales y comunidad que permite mejorar la accesibilidad de las gestantes a

[185] Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna". (2010). Lima: Minsa. p. 23

[186] Idem.p. 23

los servicios de salud, acercando [a] aquellas gestantes que viven en lugar[es] alejados a un establecimiento FONB[187] para la atención su parto. Todos los establecimientos FONB de zona rural deben considerar la posibilidad de contar con una casa de espera materna".[188]

Según esta norma, el personal responsable de salud materna del establecimiento de salud tiene las siguientes responsabilidades en la casa de espera materna:[189]

- Visitar la casa de espera a la entrada y salida de cada turno.
- Evaluar a las gestantes/puérperas que se encuentren hospedadas en la casa de espera.
- Brindar orientación/consejería en salud materna.
- Coordinar una estancia tranquila y saludable.
- Coordinar el buen funcionamiento de la casa de espera materna.
- Organizar las actividades de la familia y pareja durante la estancia.

De otro lado, la Resolución Jefatural del SIS[190] aprobó la "Directiva Administrativa que regula el pago de la prestación de asignación por alimentación para gestantes y/o puérperas afiliadas/inscritas al Seguro Integral de Salud alojadas en casa materna". Esta Directiva menciona que el presupuesto es financiado por el SIS a través de un mecanismo de pago capitado, el cual aprueba y autoriza su pago en la unidad ejecutora. El responsable de la estrategia de salud sexual y reproductiva (SSR) del establecimiento al cual está adscrito la casa materna, es el encargado de organizar el expediente y entregarlo oportunamente a la unidad ejecutora para su aprobación. La unidad ejecutora remitirá mensualmente a la Diresa, o la que haga sus veces, el reporte consolidado de los expedientes aprobados para el monitoreo y la supervisión. A su vez, la Diresa, o la que haga sus veces, deberá remitir la información a la Unidad Desconcentrada Regional (UDR) del SIS.

187 Establecimiento destinado a realizar funcion obstétricas y neonatales básicas.

188 Norma de Atención Integral de Salud Materna (2013), aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA. p. 37

189 Norma de Atención Integral de Salud Materna (2013), aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA.p.37.

190 Resolución Jefatural N° 212-2013/SIS aprobó la Directiva Administrativa N° 002-2013-SIS-GNF, "Directiva Administrativa que regula el pago de la prestación de asignación por alimentación para gestantes y/o puérperas afiliadas/inscritas al Seguro Integral de Salud alojadas en casa materna".

b. Reporte de las casas de espera materna en las regiones seleccionadas

En las Diresas se preguntó cuál había sido el porcentaje de casas de espera materna implementadas en su región, en coordinación con la comunidad y autoridades locales durante los años 2013 y 2014. Solo la Diresa Puno brindó información al respecto: en 2013 implementó el 70% de casas de espera y el 85% en 2014. La Diresa Arequipa consignó que no podría indicar el porcentaje, puesto que no se programa meta de casas maternas, aunque cuenta con trece casas maternas en la región. Las otras dos direcciones regionales (Piura y Junín) no consignaron datos.[191]

Entre las principales medidas adoptadas por las Diresas entre 2013 y marzo de 2015 para promover las casas de espera materna cerca de establecimientos de salud, están las siguientes:

- Diresa Piura: está en proyecto la implementación de la casa de espera en el distrito de Catacaos.
- Diresa Arequipa: fortalecimiento de capacidades al personal responsable de servicios y promoción de la salud; asistencia técnica a casas de espera materna; fortalecimiento de capacidades a personal de salud en metodologías de tecnología y decisiones informadas para promover el involucramiento de los gobiernos locales; aplicación de encuesta para contar con diagnóstico de información de salud del niño y de la madre (TDI) Red Castilla Condesuyos, La Unión (distrito Alca y distrito San Juan de Lurigancho). En el año 2015: fortalecimiento de capacidades al personal responsable de la estrategia de salud sexual y reproductiva; promoción de la salud de socialización del documento de gestión local de casa materna; socialización de la matriz de evaluación de casas maternas; socialización del llenado HIS.
- Diresa Junín: en el año 2015, coordinación y articulación con promoción de la salud; actualización y recojo de información de las casas maternas existentes; supervisión y monitoreo de las casas materna operativas y no operativas.[192]
- Diresa Puno: modelo para la implementación mediante el documento técnico de casas de espera materna.

[191] La razón que esgrimió la Diresa Junín es que no hubo entrega de cargo, por lo que no cuenta con datos.

[192] Gestión 2011–2014. No entrego cargo del acervo documentario a la actual gestión.

De los cinco centros de salud, solo uno (Catacaos) mencionó que participaban en la gestión con la Municipalidad de Catacaos, señalando que no contaban con presupuesto.

Ninguno de los trece hospitales de regiones tuvo conocimiento de casas de espera maternas que estuvieran implementadas en su jurisdicción.

Casi ninguna de las personas entrevistadas sabía de la existencia de casas de espera en la región Junín. Solo una persona hizo mención a una casa de espera, implementada para la atención de mujeres indígenas.

> Las casas de espera no existen. En la Red de Mantaro están implementado los partos verticales y va a seguirse implementando de acuerdo a las zonas donde requiera. Hay un pequeño espacio.[193]

> La falta de recursos, sobre todo en las zonas alejadas [es un problema]. En las casas de espera solo hay en Huarmaca, Huancabamba y en el resto de la región no. Somos el departamento con mayores muertes maternas a nivel nacional.[194]

> Con el Movimiento Manuela Ramos, hace muchos años se trabajó en salud sexual y salud reproductiva. En el tema de mortalidad, una gran demanda eran las casas de espera. En aquellos años, se pidió a las autoridades que construyan una casa de espera; era muy difícil porque siempre se argumentaba la parte presupuestal. Sin embargo, al pasar los años, por ejemplo en la Municipalidad Provincial del Collao, se logró con un trabajo muy amplio con organizaciones y promotoras de salud: se logró que se pusiera, que el municipio financiera el mantenimiento. Sin embargo, hoy vemos un retroceso.[195]

En atención a esta problemática, algunos desafíos pendientes son:

- Revisar la ubicación de las actuales casas maternas, a fin de racionalizar su funcionamiento. Se hace necesario levantar información sobre las características y condiciones en las que se encuentran actualmente las casas maternas de todo el país.
- Iniciar una campaña acerca de las ventajas que conlleva el uso de un centro de salud materna donde la necesidad lo amerite, para promover su conocimiento en la población, pero sobre todo en los niveles de decisión. Esto implica involucrar a las autoridades nacionales, regio-

193 Presidenta del Consejo Regional de las Mujeres.
194 Participante en la reunión de trabajo en Piura, el 9 de julio de 2015.
195 Regidora de la Municipalidad Provincial de Puno. Entrevista del 23 de julio de 2015.

nales y locales de diferentes sectores: PCM, Mimdes, MEF, Minedu, para garantizar que el tema sea parte de la agenda política sanitaria y comprometa la inversión.[196]

- Mayor difusión sobre la aplicación de la directiva administrativa que regula el pago de la prestación de asignación por alimentación para gestantes y/o puérperas afiliadas/inscritas al Seguro Integral de Salud alojadas en casa materna.

3.4.3 Calidad de atención de la gestante y posible evidencia de violencia obstétrica

Un aspecto preocupante es el maltrato que sufren las usuarias en estado de gestación durante su atención prenatal, parto o puerperio, considerado un grave problema en países como México, Venezuela y Argentina, que tienen una normativa que aborda esta situación en específico. Las entrevistas realizadas en el marco de este informe dan cuenta de un nivel de maltrato a las mujeres durante su atención en los establecimientos de salud. Es por ello que se consideró necesario incluir las referencias a posibles evidencias de maltrato a las gestantes durante su atención, aunque se requeriría un estudio pormenorizado en base a entrevistas a usuarias para determinar el nivel y las posibles causas subyacentes a esta problemática que aún no ha sido abordada en nuestro país.

La referencia a violencia obstétrica en este informe es solo referencial, ya que en nuestro país no contamos con una normativa específica que la aborde de manera expresa. Sin embargo, las entrevistas dan cuenta de un nivel de maltrato a las usuarias durante su atención durante el embarazo y el parto.

Las manifestaciones de violencia obstétrica pueden abarcar:

> […] desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor, durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su "consentimiento", hasta formas en las que es posible

[196] Estudio de barreras de acceso a las casas de espera en Cusco y Ayacucho, y propuestas para asegurar su disponibilidad. (2011). Lima, UNFPA. Ibídem. p. 50

> constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.[197]

En especial en la reunión con sociedad civil y sectores en la región Junín, se mencionó la calidad de atención de las mujeres en estado de gestación, en particular de las mujeres que viven en zonas rurales y con pocos recursos económicos, a quienes "se les grita, no las orientan, incluso durante el parto". En esta misma línea, la representante de la Federación Agraria de Junín, dijo que en las "zonas rurales no se informa a las madres primerizas, existe una mala atención. Ellas no vuelven por eso".

Esta deficiente atención se da sobre todo a las personas "quechuahablantes. No hay profesionales capacitados. Las 'mamitas' no vuelven por el maltrato, ni siquiera cuando están con parto; falta sensibilizar a los profesionales". Representantes de la Mesa de Diálogo de la Mujer de Huancayo también hicieron referencia a que las mujeres gestando necesitan una especial atención, y que, sin embargo, esta es "mala". Hace que ellas "no vuelvan por la desconfianza y a veces sienten vergüenza en los centros de salud".

> En el trato que se le da a la gestante se necesita capacitación. Les gritan, desconocen, no las orientan en el mismo parto. En el Seguro Integral de Salud, a las mujeres quechuahablantes, víctimas de violencia política, se les pide que se pongan atrás.[198]

> Mujer gestando necesita de especial atención. Si la tratan mal, no vuelve, por desconfianza, vergüenza. A los centros de salud recurren las mujeres de escasos recursos.

> Hospital de Chilca: infraestructura inadecuada, mujer no tiene motivación para ingresar. Hospital del Carmen: atención general, cantidad de mujeres que están esperando ser atendidas. Se pasan toda la mañana y no son atendidas. Falta calidad y calidez en la atención.[199]

> En las zonas rurales no informan a las madres primerizas; no hay esa información. Mala atención; no vuelven por eso. [Hay] malos tratos a las mujeres del campo, quechuhablantes; no hay profesionales capacitados. Las

[197] Villanueva-Egan, Luis Alberto. "El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra", en Revista CONAMED, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p. 148. Citado en: GIRE. Violencia Obstétrica. (2015). Un enfoque de Derechos Humanos. México: GIRE, p. 12.

[198] Reunión en Junín con sociedad civil y sectores, realizada el 26 de junio de 2015.

[199] Representante de la Mesa Dialogo de la Mujer Huancayo. Reunión con sociedad civil y sectores. Junín, realizada el 26 de junio de 2015.

> 'mamitas' no vuelven por el maltrato, ni siquiera cuando están con parto; falta sensibilizar a los profesionales.[200]

> ¿Qué tanto nuestros jefes conocen que las mujeres tienen derecho a la salud sexual y reproductiva, y a la maternidad segura, si a veces no dejan que el varón ingresen?, ¿o el respeto que le tenemos que brindar a la mujer gestante en su momento de parto? Algo que no vemos, por ejemplo, es la violencia de género al momento de parto, que es la violencia obstétrica. Esta mujer llega, siente que es una persona más, donde todo el mundo se adueñó de su cuerpo. "Señora, desvístase". "Señora, sáquese". ¿Dónde está el respeto por el derecho que se debe garantizar a esa mujer y que tal vez no lo miramos, como región y como Perú? ¿Por qué no escucho hablar de este tema, pero que ya viene siendo enfocado en otros países? El trato que se les debe brindar a las mujeres en todo su proceso de la sexualidad, muy importante en el embarazo. Si hablamos de la violencia de género, de derechos sexuales y reproductivos, también debemos hablar de la violencia obstétrica, a la que está sujeta cuando va a dar a luz o durante todo su control prenatal, y que se ve más en el momento de parto, cuando no damos privacidad, cuando la tratamos con sobrenombre. También esa violencia hay que mirarla para dar una recomendación a los trabajadores de salud.[201]

> Las mujeres campesinas obligatoriamente tenemos que hacernos controlar en el centro de salud. En las postas, no atiende como debe ser el personal, no hay quien vigile, controle, porque están haciendo colas inmensas para el control de niños, mamás. No hay una atención justa. Tampoco en los barrios urbanos marginales; igualmente hay una inmensa cola, como el Centro de Salud Virgen Candelaria. Falta la vigilancia ciudadana.[202]

El único hospital que hizo referencia a la implementación de una buena práctica, que pone énfasis en un parto centrado en la usuaria, es el Instituto Nacional Materno Perinatal a través de su atención del parto humanizado, que tiene tres aspectos: a. parto con acompañante; b. parto respetando su cultura; y c. parto que brinda la posibilidad de tener anestesia para el manejo del dolor.

---

200 Representante de la Federación Agraria de la Región Junín. Reunión con sociedad civil y sectores. Junín, realizada el 26 de junio de 2015.

201 Representante del Centro de Atención del Establecimiento de Catacaos. Participante en reunión con sociedad civil y sectores, realizada el 9 de julio de 2015 en Piura.

202 Representante de Femucarinamp. Reunión con sociedad civil y sectores. Junín, realizada el 26 de junio de 2015.

> El parto humanizado tiene en el hospital tres años. Los cambios se continúan en el hospital. Primero empezó en el centro obstétrico, ahora se aplica en todo el hospital; es parte de la estrategia de la atención pensando en el paciente o usuaria, y la atención del parto humanizado es algo que está teniendo bastante éxito. La atención humanizada implica tres acciones: 1. Parto con acompañante: todas las pacientes tienen derecho a estar acompañadas por un familiar en todo el proceso de atención de su parto, desde que ingresa hasta que sale, más cuando es al momento de parto. 2. Parto respetando su cultura: la paciente puede dar a luz como ella se sienta más cómoda. 3. Servicio permanente las 24 horas del día para proporcionarles un servicio de anestesia para quitarle el dolor –esto está extendido también a cesáreas–. Es con acompañante. Involucra a todo el hospital, no solo al centro obstétrico, desde que ingresa la paciente. "Yo quiero que me den analgesia", se le da a la paciente. Es algo que se puede replicar en todo el país porque es un modelo de atención. Es un cambio de cómo ver y atender a los pacientes, pensando en el paciente. Se habla de parto humanizado porque estamos pensando cómo te gustaría que te atiendan. Es un cambio también en la conducta del médico.[203]

3.4.4 Calidad: acompañamiento de las gestantes durante el parto y capacitación del personal de salud para la atención del parto y de emergencias obstétricas

ii. Acompañamiento de las gestantes durante el parto

La Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna, en su apartado de derechos y responsabilidades de la salud materna y perinatal,[204] establece que el proveedor de salud debe brindar atención de parto humanizado con acompañante. Asimismo, la Ley Nº 29414, Ley que establece los derechos de las personas a usuarios de los servicios de salud,[205] en el artículo 15, inciso 3, literal d), menciona que todas las personas tienen derecho "A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante". De igual manera, su reglamento establece[206] el derecho de toda persona usuaria de los servicios de salud, a autorizar que estén presentes en sus exámenes médicos o intervención quirúrgica personas

---

203 Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología. Entrevista del 26 de agosto de 2015.

204 Anexo 1: Derechos y responsabilidades de la salud materna y perinatal. Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Materna.

205 Esta norma modifica los artículos 15, 23, 29 y el segundo párrafo del artículo 37 de la Ley General de Salud (Ley Nº 26842).

206 Decreto Supremo No 027-2015-SA. "Aprueban reglamento de la Ley 29414. Ley que establece el derecho de las usuarias de los servicios de salud". Publicada el 13 de agosto de 2015.

que no estén implicadas directamente en la atención médica. La participación deberá contar con la aprobación del médico tratante, registrándolo en la historia clínica, siempre que no signifique incremento de riesgo para el paciente y se observen las prácticas de bioseguridad; caso contrario, se revoca dicha aprobación (artículo 22).

- De los trece hospitales que remitieron información, ocho no permiten la presencia de un acompañante o pareja durante la atención del parto,[207] mientras que cinco hospitales[208] permiten la presencia de un acompañante y/o pareja.
- Los cinco centros de salud que remitieron información sí permiten la presencia de la pareja o acompañante durante el trabajo de parto.

En los hospitales de mayor capacidad resolutiva, el casi generalizado incumplimiento del derecho a estar acompañada durante el parto puede deberse al número de cesáreas realizadas en estos establecimientos. Sin embargo, como veremos en el apartado siguiente, los hospitales atienden también un número considerable de partos con alumbramiento activo. Del reglamento de usuarias recientemente publicado, en principio los derechos de la usuaria a escoger que su acompañante durante el parto sea su pareja o un familiar, debería ser aplicado indefectiblemente en los partos naturales.

En el caso de cesáreas, por ser intervención quirúrgica, deberá ser supeditado a una justificada razón de riesgo para la gestante. El reglamento menciona dos requisitos: la aprobación del médico y que no implique el "incremento de riesgo para el paciente y [que] se observan las prácticas de bioseguridad". De la norma se desprende también que los hospitales están en la obligación de establecer las medidas del caso para implementar las prácticas de bioseguridad que menciona la norma, para así hacer posible el cumplimiento de este derecho de la usuaria.

Una de las entrevistas realizadas da cuenta de esta realidad:

> No entra la pareja. Solo se la llama al final, por el espacio muy pequeño. A psicoprofilaxis sí van los padres, pero generalmente no viene la pareja hasta el momento del parto.[209]

---

207 H. Regional del Carmen (Junín), H. Docente Madre–Niño San Bartolomé (Lima), H. Domingo Olavegoya (Junín), H. Corea Santa Rosa (Piura), H. María Auxiliadora (Lima), H. Dos de Mayo (Lima), H. Regional Honorio Delgado (Arequipa) y H. Bernales (Lima).

208 Goyeneche, Manuel Núñez Butrón, Instituto Materno Perinatal, San Juan de Lurigancho y Hospital Carlos Monge (Puno).

209 Hospital Santa Rosa (Piura).

ii. Capacitación del personal

Esta temática estuvo orientada a conocer si el hospital había recibido capacitación en salud materna durante los años 2013 y 2015.[210] En este sentido, se les solicitó brindar información sobre el nombre de capacitaciones, personal capacitado, horas lectivas y las coordinaciones que se habían llevado a cabo. Adicionalmente, en otra pregunta se solicitó precisar el porcentaje de personal capacitado.

Siete de los trece hospitales refieren haber recibido al menos una capacitación en emergencias obstétricas durante los tres últimos años, tal como se aprecia en la tabla N° 17. En el caso de los otros seis, dos no remitieron información al respecto[211] y cuatro no señalaron este tipo de capacitación.[212] Es decir, la capacitación más recurrente está enfocada en la atención a emergencias obstétricas. La temática del resto de capacitaciones es diferente para cada hospital. Solo uno refirió haber tenido capacitación sobre el protocolo de interrupción voluntaria del embarazo.[213] Ninguno de los hospitales recibió capacitación sobre adecuación cultural del parto. Cinco de los trece hospitales refieren haber sido capacitados en temas generales como gestión en estrategia de salud sexual y reproductiva (SSR), actualización de normas técnicas y avance en SSR, atenciones obstétricas y neonatales.

[210] Las fichas de información tuvieron un periodo de evaluación entre enero de 2013 y marzo de 2015.

[211] H. María Auxiliadora (Lima) y H. San Juan de Lurigancho (Lima).

[212] H. Dos de Mayo (Lima), H. Núñez Butrón (Puno), Instituto Materno Perinatal (Lima) y H. Goyeneche (Arequipa).

[213] H. Corea Santa Rosa (Piura).

Tabla Nº 17
Personal capacitado en los hospitales

Nº	Hospitales	Personal capacitado	Nombre de capacitaciones
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	2013: 80% 2014: 80% 2015: 30%	2014 y 2015: manejo de las emergencias obstétricas. Asistentes: cuarenta y diez, respectivamente. Minsa y Esnssyr.
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	Sí. Los tres años al 100%.	Adiestramiento en ARO, medicina fetal, capacitación en gestión de servicio de salud sexual y salud reproductiva, monitoreo materno fetal, gestión de SSR, urgencias obstétricas. Asistentes: veinte en atención de pacientes en emergencias obstétricas. (40 h) Treinta personas.
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	Sin dato	2013 y 2014: emergencias obstétricas. (24 h). Asistentes: 45, 48 asistentes. Diresa. 2015: metodología anticonceptiva, uso y aplicación de implantes anticonceptivos. 16 horas. Cuarenta asistentes. Diresa.
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	Sí	2014: controversias en gineco–obstetricia. 36 horas. Un asistente. Citat-Salud. 2015: Actualización de VIH. Seis horas. Un asistente. Diresa Piura. 2015: Asistencia Técnica Ruta de Atención Integral de Aborto Terapéutico. 20 horas. Tres asistentes. Instituto Materno Perinatal Lima. Atención Integral del Aborto Terapéutico con Profesionales de Salud. 6 horas. Cinco asistentes. Centro Ideas. Diresa Piura. Curso taller manejo de las emergencias obstétricas según nivel de atención". Monitoreo Materno Fetal. 24 horas. Tres asistentes. Diresa Piura.
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	Sin dato	Sin dato
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	Sí	2014: Ecografía en medicina fetal.
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	2013: 94% 2014: 94% 2015: 87%	2013 y 2014: Actualización en normas técnicas en SSYR. 40, 36 y 54 horas. 24, 24 y 23 asistentes HRHD-UCSM. 2015: factores de riesgo en gestantes. 18 horas. 23 pacientes. HRMD.
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	Sin dato	Sin dato
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	2013: 10% 2014: 15% 2015: 30% Obstetras: 30% Médicos	2013: Monitorización fetal test no estresante y estresante. 1 día. Veinte personas. HCMM. Actualización de emergencias obstétricas. 1 día. 26 personas. HCMM. 2014: Emergencias obstétricas. 2 días. Treinta personas. Diresa Puno. Cáncer servicio uterino. 2 días. Cincuenta personas. HCMM. Hematología. 2 días. Cincuenta asistentes. Diresa Puno. 2015: Pasantía de 15 días en

			emergencias obstétricas y neonatales (en dos grupos: 5 obstetras y 3 médicas). Instituto de Maternidad de Lima.
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	2013: 8% Sin dato	2013: Pasantías a la Sala de Cuidados Perinatales. Emergencias obstétricas, ecografía avanzada y avance en SS y RR. 800 horas. Dos obstetras y cuatro médicos. Entidad: Red Asistencial Almera, INEM. Hosp. San Bartolomé. 2014: Actualización en PPR Materno Perinatal, en psicoprofilaxis y estimulación prenatal, monitoreo fetal electrónico. 800 horas. Dos obstetras. INMP. Hosp. San Bartolomé.
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	2013: 37 2014: 98 2015: 101	2013: fármaco vigilancia uso de medicamentos. Embarazo y lactancia (34 horas, 82 asistentes). Minsa. 2014: Lactancia materna. (34 horas, 98 asistentes) Salud reproductiva y métodos anticonceptivos. (20 horas, 20 asistentes). Entidad: Minsa. 2015: Fortalecimiento, aplicación de bioseguridad. 34 horas lectivas. 101 asistentes. Minsa.
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	2013: 56% 2014: 40% En–Mar 2015: 10%	2013: Humanización en la atención obstétrica y neonatal. 34 horas lectivas. 266 asistentes. INMP. 2014: Curso Taller climaterio: implicancias físicas y emocionales de la mujer. 17 horas. 101 asistentes. INMP. 2015: Curso Taller Reanimación Neonatal Avanzado. 17 horas. 200 asistentes. INMP.
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	2014: 100% 2015: 50%	2013: Curso de actualidades obstétricas y ginecológicas. 2 créditos. 100 asistentes Dpto. Gineco Obsetricia. H.G. 2014: Normas Técnicas de competencia en la atención del parto y recién nacido y planificación familiar. 16 asistentes. Instituto Nacional Materno Perinatal y Consejo Regional IV de Obstetras. 2015: Curso de Actualidades Obstétricas y ginecológicas. 50 asistentes. Dpto. de Gineco-Obset. H.G

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

La información remitida por los centros de salud de primer nivel es bastante deficiente: dos de los cinco centros de salud no proporcionan el porcentaje de personal capacitado.[214] El dato proporcionado de las temáticas de capacitaciones en el marco de una maternidad segura da cuenta de una falta de capacitación del personal o de la falta de sistematización de información al respecto. Ninguno de los centros de salud refirió capacitación en atención al parto vertical. Por otro lado, tres de los cinco centros de salud[215] dieron cuenta de algún nivel de capacitación del personal en: planificación familiar, visitas

214 C.S de Santa Adriana y el CS. La Unión
215 CS. Edificadores Misti, C.S Chilca y el C.S Catacaos

domiciliarias a las gestantes, atención prenatal, captación de gestantes. Pero si se toma en cuenta que la información que se solicitaba era anual, entre los años 2013, 2014 y hasta marzo de 2015, la información proporcionada da cuenta de una falta de capacitación continua para el personal que atiende la salud materna, al menos en el primer nivel de atención.

Tabla Nº 18
Personal capacitado en los centros de salud

Nº	Centros de Salud	Personal capacitado	Capacitaciones
1	Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa)	2013: 6 2014: 10 2015: 5	2013 y 2015: Red Arequipa Cayllo-ma. No mencionaron temática.
2	Centro de Salud Santa Adriana (Puno)	Sin dato	Sin dato
3	Centro de Salud Chilca (Junín)	2013: 90% 2014: 90% 2015: sin dato	2014: Maternidad de Lima. 2 horas. 40 asistentes. Entidad: Chilca. RVM. Mejor manejo en las HC. Captación oportuna gestante. Visitas domici-liarias a las gestantes.
4	Centro de Salud Materno Infantil – Catacaos (Piura)	2014: 20% 2015: 20%	2014: Dirección Regional de Salud. 36 horas lectivas. 30 asistentes. Co-legio de obstetras. 2015: Planifica-ción familiar: 16 horas lectivas.
5	Centro de Salud La Unión (Piura)	Sin dato	2013: atención prenatal. 8 h con veinte asistentes con la Dirección de Salud (DISA).

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Al respecto, una de las entrevistadas menciona que la capacitación que reciben se realiza en cascada, es decir, del Minsa a redes y las redes a establecimientos de salud. Sin embargo, menciona que está desarrollando pasantías, pero por iniciativa y necesidad del establecimiento de salud.

> La capacitación de acuerdo al plan operativo y plan estrategia, deben tener un cronograma. La red que nos capacita es en cascada, Minsa a redes, redes a establecimientos de salud. Y algunas capacitaciones que podamos directamente generar en temas particulares. En lo que es atención integral de la mujer, vemos a nuestro personal haciendo monitoreo fetal, pasantías de persona en otros hospitales de otro nivel. Pero se genera por necesidad nuestra.[216]

[216] Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista del 2 de julio de 2015.

Dos personas entrevistadas hicieron mención a la necesidad de capacitaciones con enfoque de género para tener personal más sensibilizado.

> [Hace falta la parte] Presupuestal, sino no se cuenta con presupuesto y capacitación del enfoque de género en el tema de salud, que debe empezar en los doctores.[217]

> Al personal se le debe motivar; de esa manera va a atender mejor de repente en lugares altos de la región. No se ha cumplido. Se necesita de parte del personal el cambio de actitud; eso lo hemos pedido: que se capacite, que se sensibilice al personal.[218]

3.4.5 Aceptabilidad y adaptabilidad: atención del parto vertical y adecuación cultural del parto

La Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Cultural[219] tiene como finalidad "contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de los derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural)".

La norma técnica define el parto vertical como aquel en el que "[…] la gestante se coloca en posición vertical (parada, sentada, de rodillas o de cuclillas), mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. Esta posición permite que el/la recién nacido/a actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientándose principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el/la recién nacido/a".[220]

Por ello, los establecimientos de salud necesitan contar con infraestructura, equipos, medicamentos y materiales adecuados, así como con personal capacitado para efectuar la atención de los partos en posición vertical. Según dicha norma, el equipo de profesionales de la salud encargado

---

217 Reunión con la sociedad civil del 23 de julio. Regidora de la Municipalidad de Provincial de Puno.

218 Representante de la Central de asociaciones de mujeres de los barrios de Puno. Entrevista realizada el 23 de julio de 2015 en Puno.

219 NTS N° 121-MINSA/DGIESP V. 01, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA, de fecha 21 de junio de 2016.

220 Ibídem, p. 6.

de la atención del parto vertical, debe estar conformado por un médico, gineco-obstetra, médico cirujano y obstetra capacitados para la atención de parto vertical obstétrica, y médico pediatra/neonatólogo o médico cirujano y

enfermeras con competencias en la atención neonatal para la atención del/la recién nacido(a).[221]

Según los datos proporcionados por el Ministerio de Salud,[222] la atención de partos verticales en 2013 y 2014 ha sido el siguiente:

Tabla Nº 19:
Número de partos verticales

Año	2013	Año 2014
Cantidad de partos verticales	37 574	46 018

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud
Elaboración: Defensoría del Pueblo

El Ministerio de Salud reportó a la Defensoría del Pueblo que, entre las principales medidas adoptadas entre enero de 2013 y marzo de 2015 para fortalecer el proceso de adecuación cultural en los establecimientos de salud, estaban las siguientes:

- Convenio para la capacitación entre Par Salud de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR), para la capacitación en parto vertical ejecutado del 2013 al 2014 en las regiones en el ámbito del Par Salud (regiones entre las que se encuentra Puno).
- Actualización de la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical.[223]

Un aspecto que es importante resaltar es que en general, en todos los establecimientos de salud en los cuales se ha desarrollado alguna estrategia de promoción del parto vertical, se ha logrado incrementar el parto institucional, disminuir el parto domiciliario y consecuentemente se ha reducido el número

221 Ibídem, p. 35.
222 Ficha de información remitida por representantes de la Coordinación Nacional de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
223 Esta actualización ha sido la nueva norma sobre parto vertical con pertinencia cultural, emitida en junio de 2016.

de muertes maternas en la respectiva red de servicios.[224] En este marco, se solicitó a los establecimientos de salud que informaran lo siguiente:

- Atención de partos verticales.
- Si contaban con la norma técnica respectiva.
- El número de personal capacitado.
- Si contaban con un espacio destinado para la atención del parto con adecuación intercultural.

Los cinco centros de salud de primer nivel refirieron que no contaban con infraestructura ni un espacio destinado para la atención del parto con adecuación intercultural. Probablemente hay un subregistro de casos de atención, como menciona el Ministerio de Salud, debido a la falta de registro del parto vertical con el código HIS respectivo. Solo un centro de salud refiere un número de casos considerable de atención de partos verticales.

Tabla Nº 20
Información sobre partos verticales en los centros de salud

Nº	Centros de Salud	Partos verticales			Norma técnica	Personal capacitado	Espacio adecuado
		2013	2014	2015			
1	Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa)	–	–	Sí	Sí	Sin dato	No
2	Centro de Salud Materno Infantil – Catacaos (Piura)	–	–	3	Sí	11	No
3	Centro de Salud Chilca (Junín)	3	3	0	Sí	Sí	No
4	Centro de Salud Santa Adriana (Puno)	10	80	22	Sí	5	No
5	Centro de Salud La Unión (Piura)	1	-	-	Sí	No	No

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Doce de los trece hospitales informan que cuentan con al menos un ejemplar de la norma técnica que precisa los estándares para su atención.[225] Sin embargo, solo cuatro hospitales han practicado partos verticales en sus

[224] Representante del Colectivo Cabildeo. Diálogo Regional. Género e interculturalidad: factores clave en la capacitación para implementar políticas públicas descentralizadas. Atención del parto en posición vertical como estrategia para mejorar el acceso al parto institucional. Lima: CADESAN, 2013 pp. 1-7.

[225] Solo el H. María Auxiliadora (Lima) no consignó información al respecto.

establecimientos,[226] tres hospitales no consignaron datos[227] y seis reportaron que no realizaban parto vertical.[228]

Nueve de los trece hospitales mencionan que cuentan con personal capacitado específicamente para el parto vertical.[229] En el caso del Hospital Regional El Carmen, cabe precisar que no cuentan con personal capacitado, sin embargo, reportó casos de atención de parto vertical. Por otro lado, solo un hospital[230] consideró que contaba con un espacio destinado especialmente a la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Algunos señalaron que sí tenían ciertas características previstas en la norma técnica, pero consideran que en su mayoría no tienen una infraestructura adecuada. El detalle se puede ver en la tabla 21.

[226] H. Carmen (Junín), Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima), Goyeneche (Arequipa) y H. Honorio Delgado (Arequipa).

[227] H. San Bartolomé (Lima), H. María Auxiliadora (Lima) y H. Enrique Bernales (Lima).

[228] H. Olavegoya (Junín), H. Corea Santa Rosa (Piura), H. Dos de Mayo (Lima), H. San Juan de Lurigancho (Lima), H. Carlos Monge (Puno) y H. Núñez Butrón (Puno).

[229] H. San Bartolomé (Lima), H. Olavegoya (Junín), H. Corea Santa Rosa (Piura), H. Honorio Delgado (Arequipa), H. San Juan de Lurigancho (Lima), Carlos Monge (Puno), Instituto Materno Perinatal, H. Goyeneche (Arequipa) y H. Bernales (Lima).

[230] Instituto Nacional Materno Perinatal.

Tabla Nº 21
Información sobre partos verticales en los hospitales

Nº	Hospitales	Número de partos verticales	Cuenta con norma técnica	Personal capacitado	Espacio destinado	Infraestructura
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	7 (2013) 1 (2014) 1 (2015)	Sí, 2 ejemplares.	No	No	No. Solo tienen acondicionamiento del ambiente con temperatura agradable.
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	-	1 (a partir de 2014)	3 (2014 y 2015)	No	Cuenta con cierta infraestructura como: paredes pintadas con colores no claros, protección de ventanas con cortinas y ambientación con material adecuado a la realidad local, colchoneta en el piso, rollete de tela u ovillo de lana, acondicionamiento con luz tenue. No cuenta con: acondicionamiento del ambiente con temperatura agradable, asiento de madera circular, argolla de metal o madrea instalada en el techo, rollete de tela u ovillo de lana, medicinas tradicionales (timolina, agua florida, aceite rosado, etc.).
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	No	Sí	15	No	No
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	No	Sí	Todas las obstetras	No	Cuenta con: luz tenue, temperatura agradable, protección con ventanas, paredes pintadas. No cuenta con: asiento circular, argolla, soga gruesa, colchoneta, rolleta, medicinas tradicionales.
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	No pusieron número.	Sin dato	Sin dato	No	Ninguna
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	No	Sí	0	No	Ninguna

7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	20 (2013) 32 (2014) 1 (2015)	Sí	24	No	No cuenta con: luz tenue, protección de ventanas, paredes pintadas. Solo cuenta con: temperatura agradable, rollete de ovillo o tela.
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	No	Sí	Sí	No	No cuenta con: asiento de madera circular, soga gruesa, colchoneta en el piso, rollete de tela u ovilla de lana, medicinas tradicionales.
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	No	Sí	Sí	No	No cuenta con: protección de ventanas con cortinas y ambientación con material adecuado a la realidad local, paredes pintadas con colores no claros, asiento de madera circular, argolla de metal o madera instalada en el techo, soga gruesa, colchoneta en el piso, rollete de tela u ovillo de lana, medicinas tradicionales (timolina, agua florida, aceite rosado, etc.). Cuenta con: luz tenue y temperatura agradable.
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	No consignan número.	Sí, 2 ejemplares.	5	Sin dato	No
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	No	3	0	No	No cuenta con infraestructura más que el ambiente con temperatura agradable.
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	2013: 17 052 2014: 18 417 8 984 en enero–marzo de 2015	Sí	2013: 20 2014: 36 2015: 44	Sí	Cuenta con toda la infraestructura para parto vertical
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	2013: 251 2014: 336 2015: 74	Sí	14	No	No cuenta con infraestructura para parto vertical.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se ve, los hospitales que realizan el parto vertical reportan números mínimos, lo que da cuenta de la necesidad de que esta opción de parto también se encuentre disponible en todos los establecimientos a nivel nacional. Al respecto, Hurtado señala que: "La referencia específica que hace la norma técnica de parto vertical a las poblaciones alto andino y amazónico no debe restringir su aplicación a los establecimientos de salud que atienden la demanda de salud de tales poblaciones. En efecto, debido a las ventajas clínicas, a la relación costo efectividad y al derecho de todas las mujeres a elegir la posición para su parto".[231]

Por otro lado, en un Informe de la Defensoría del Pueblo sobre salud intercultural, se identificó que "las usuarias indígenas de [los servicios de salud] manifestaron que prefieren el parto domiciliario porque en casas ellas pueden recibir el trato adecuado según sus costumbres y conocimientos, así como recibir los cuidados de las parteras, madres o parejas que las ayudan en el trabajo de parto. También indican que encuentran en el personal actitudes poco sensibles y hasta irrespetuosas de sus saberes y prácticas. Esto crea un ambiente de desconfianza e incomodidad por parte de las mujeres indígenas hacia el equipo de salud".[232]

El mayor avance se ha dado en Puno, pues, como se mencionó antes, es una de las regiones beneficiadas por Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (ParSalud). Los datos proporcionados en las fichas de recojo de información relativos a la poca implementación de en los centros de salud y hospitales de mayor capacidad resolutiva, se evidencia también en las entrevistas realizadas:

> [Se hace necesario que se implemente] con medicamentos andinos que se tiene en la sierra, porque nos ayuda mucho. Una farmacia con medicamentos andinos para ayudarnos. Se ha presentado una propuesta para que se implemente esta medicina natural en los hospitales.[233]

> Hay algunos casos de parto vertical pero se realizan 'paradito' nomás, en un banquito que tienen.[234]

---

231 Representante del Colectivo Cabildeo. Diálogo Regional. Género e interculturalidad: factores clave en la capacitación para implementar políticas públicas descentralizadas. Atención del parto en posición vertical como estrategia para mejorar el acceso al parto institucional. Junio de 2013, pp. 1-7

232 Defensoría del Pueblo. La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Informe Defensorial N° 169. (2015). Lima: Defensoría del Pueblo, p. 130.

233 Representante de Femucarinamp. Reunión sociedad civil y sectores, 26 de junio del 2015.

234 Médico del Centro de Salud Santa Adriana. Entrevista del 24 de julio de 2015.

> Nosotros hace siete años atrás instauramos el parto vertical. ¿Qué paso con ello? De que no fue mucho de aceptación de la población. Se hicieron camillas, se hicieron partos verticales, para la población que está acostumbrada a dar a luz echadita en hospitales, quería dar así y no querían parto vertical. Tenemos la camilla; generalmente es el parto horizontal.[235]

> [En este establecimiento se realiza] un parto tradicional occidental. No se aplica el parto vertical.[236]

> En lo que es salud materna, se ha hecho la difusión de todas las normativas que nos ha llegado en Chilca y de la periferia. Una norma de la atención integral de la mujer y con adecuación intercultural. Gran cantidad de población es de Huancavelica, que deberíamos tener la ambientación con adecuación intercultural; eso recién se está implementando. Lo que es atención integral, incluso del tema basado en familia y comunidad recién se está implementando. Adecuación intercultural en el tema de atención de parto: todavía no lo tenemos. Tenemos una sala de parto netamente occidental, atención occidental. No tenemos adecuación intercultural. No tenemos espacio.[237]

Algunas de las personas entrevistadas refirieron un nivel de implementación en la atención del parto vertical, sin embargo, mostraron un nivel de dificultad por la infraestructura con la que cuentan.

> Se ha capacitado al personal, han ido a hacer una pasantía a Cusco (Centro de Salud Belén Pampa). Son las personas responsables de micro red, en las cuales ya están funcionando algunos espacios para parto vertical como Santa Adriana, pero que no está funcionando porque no tiene infraestructura. Taraco tiene una casa de espera materna, San Martín y Revolución tienen un espacio para el parto vertical. De año en año, se está incrementado la atención de parto vertical.[238]

> Acá hace años se ha hecho una compra de cama vertical, se ha hecho la prueba. Lamentablemente, no sé si el material es malo. Se ha llamado a los proveedores de esa mesa, han llegado y recién la están queriendo reparar; se ha roto la pierna. Tenemos un espacio para sala de partos, al otro lado. Queremos hacerlo un espacio. Está en proceso de implementación y de la capacitación. Para

[235] Jefe de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista del 18 de agosto de 2015.
[236] Director del Hospital Goyeneche. Entrevista del 19 de agosto de 2015.
[237] Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista del 2 de julio de 2015.
[238] Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y reproductiva del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015.

> parto vertical se necesita una capacitación, preparación. Esto se tiene que ver con las cabeceras de micro red para que vengan preparados, y con referencia para parto vertical. Queremos programar algo específico para atención del parto vertical y para el enfoque intercultural para que se puede hacer algo acá. Tenemos el instrumento más importante: la cama para parto vertical, y el espacio estamos tratando de implementarlo.[239]
>
> Con las personas de bajos recursos económicos se trabaja con interculturalidad. Queremos matecito: hay cocina, hasta matecito. Que quiero el caldito de chuño, ahí tienes la cocina. Quiero participar con mi esposa: entra.[240]
>
> Se tiene una cama para parto vertical, otras camillas están preparadas para parto vertical: diez que se amoldan para parto vertical. Se ha ambientado una habitación. Dentro del parto humanizado también está la privacidad: cada madre tienen su cubículo propio, no es servicio común. Hay otra habitación para parto vertical, más pensando en la culturalidad, para dar en cuclillas. Sí hay porcentaje que solicitan el parto vertical. Hay madres que se han empapado mucho sobre el parto y quieren el parto vertical. Esto empata con la atención que dan las obstetras con la psicoprofilaxis para el parto. Y allí también participa el acompañante.[241]
>
> El año pasado fueron 56 (2014) entre enfermeras y obstetriz, las cuales tienen que implementar el parto vertical. En 2014, subieron la atención del parto vertical. Para este año de debe subir más. Se está viendo a Sepita para ser la Sede Sepita, para tener un centro de desarrollo de competencias para lo de parto vertical. Y para el norte, estamos viendo Azángaro, Melgar.[242]

En este marco, es necesario señalar algunos aspectos pendientes para mejorar la atención de la salud materna con pertinencia cultural, en el caso específico de los partos verticales:

- Necesidad de difundir la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia cultural, para garantizar su implementación a nivel nacional. Los centros

---

239 Jefe del Departamento de gineco-obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Entrevista del 23 de julio de 2015.

240 Coordinadora de la estrategia de salud sexual y reproductiva del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015.

241 Director de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología. Entrevista del 26 de agosto de 2015.

242 Representantes de promoción de salud Diresa Puno. Reunión sociedad civil y sectores, realizada el 23 de julio 2015.

de salud muestran algún número de cifras sobre atenciones de parto vertical pero aún refieren muy pocos casos atendidos bajo esta modalidad.
- Priorizar la capacitación de los profesionales y personal de salud sobre las ventajas de la atención del parto en posición vertical para las mujeres y los recién nacidos, y sobre todo el derecho de las usuarias a que se les informe y brinde como opción dentro de su atención.

3.4.6 Porcentaje de partos con alumbramiento activo y porcentaje de cesáreas

A principios de 2015, la Organización Mundial de la Salud emitió una declaración importante en atención a las tasas de cesáreas a nivel mundial, donde menciona que desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%.[243] En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materna infantil.[244] Asimismo, cada vez más a menudo la comunidad internacional hace referencia a la necesidad de revisar la tasa recomendada en 1985.[245]

En atención a esta recomendación, en 2014 la OMS realizó un estudio mundial para abordar esta problemática, sobre la base de datos disponibles con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas. La OMS concluye que:[246]

- Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
- A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
- Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
- Debe hacerse todo lo posible por realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.

---

243 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1 Consultada el 13 de agosto de 2016.
244 Ibídem.
245 Ibídem.
246 Ibídem.

- No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la morbimortalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

Según la Endes 2015, se estima que el nacimiento por cesárea es de entre 5% y 15% de los nacimientos a nivel nacional, con una tendencia hacia el aumento. Así, se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2015. Al desagregar la cifra por características de la madre, se revelan importantes contrastes. Se observó que los mayores porcentajes de cesáreas se realizaron entre mujeres del quintil superior (55,9%) o con educación superior (50,2%). En cambio, las mujeres sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (6,5% y 10,7%, respectivamente) muestran los menores niveles[247].

Esta tasa de cesárea se aplica a nivel poblacional, pero ¿cuál es la tasa máxima que debe aplicarse por establecimientos de salud? La OMS también ha precisado algunos alcances al respecto en el documento mencionado y ha precisado que: en los establecimientos sanitarios es fundamental evaluar las tasas de cesárea según las características determinadas de las poblaciones a las que brindan atención (casuística obstétrica). En la actualidad no existe un sistema de clasificación estándar de cesáreas que permita hacer comparaciones de estas tasas entre los distintos establecimientos y entre ciudades, países o regiones de forma útil y orientada a la adopción de medidas. En consecuencia, aún no es posible intercambiar información de manera significativa, focalizada y transparente para evaluar eficientemente los resultados maternos y perinatales.

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales. La OMS recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional.[248]

El sistema clasifica a cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes. Las categorías

[247] Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Endes 2015. (2016). Lima: INEI, p. 238.
[248] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1 Consultada el 13 de agosto de 2015.

surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades:

- Paridad (nulípara, multípara con y sin cesárea previa).
- Comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto).
- Edad gestacional (parto prematuro o a término).
- Presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa.
- Cantidad de fetos (único o múltiple).

La clasificación es sencilla, sólida, reproducible, clínicamente adecuada y prospectiva. Esto significa que, sobre la base de estas pocas características básicas, es posible clasificar a cada mujer en el momento de su admisión para dar a luz en uno de los diez grupos. Esto permite comparar y analizar las tasas de cesáreas dentro de los grupos y entre ellos.

En el año 2014, la OMS realizó una segunda revisión sistemática de la experiencia que tenían los usuarios de la clasificación de Robson, con la intención de evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, los catalizadores y las posibles adaptaciones. La finalidad fue establecer un punto de partida común para comparar los datos maternos y perinatales dentro de los establecimientos a lo largo del tiempo y entre ellos. El panel convocado hizo varias recomendaciones:

- Los establecimientos sanitarios deben usar el sistema de clasificación de Robson con las mujeres hospitalizadas para dar a luz.
- Siempre que se mantenga la estructura original necesaria para realizar comparaciones estandarizadas, los usuarios del sistema de clasificación pueden subdividir los diez grupos y analizar otras variables deseables (por ejemplo, datos epidemiológicos, costo, resultados o indicaciones de cesárea) dentro de cada grupo según las necesidades y los intereses locales.
- Cuando sea posible, los resultados de la clasificación deben ponerse a disposición del público.

La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. Para facilitar la adopción de la clasificación de Robson por parte de los establecimientos

sanitarios, la OMS desarrollará guías de uso, implementación e interpretación, que incluirán la estandarización de términos y definiciones.[249]

Las consideraciones de la OMS llevan a concluir que los datos proporcionados por los hospitales son referenciales, en tanto no existe tasa de comparación con los datos proporcionados que dé cuenta si se está realizando un índice alto de cesáreas. Según las entrevistas, los porcentajes altos de cesáreas se deberían a que las emergencias obstétricas, es decir, embarazos con complicaciones, suelen transferirse a hospitales de mayor capacidad resolutiva.

Tabla Nº 22
Porcentaje de partos con alumbramiento activo y porcentaje de cesáreas

Nº	Hospitales	Cesáreas	Partos en que se hace alumbramiento activo
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	2013: 30,9% 2014: 37,2% 2015: 41,3%	100%
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	2013: 2755 2014: 3000 2015: 650	2013: 3500 2014: 3600 2015: 800
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	2013: 261 2014: 222 2015: 54	2013: 1048 2014: 1139 2015: 278
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	2013: 1993 2014:1932 2015: 491	2013: 1564 2014: 1467 2015: 334
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	No consignaron.	100%
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	2013: 58,8% 2014: 59,9% 2015: 55,2%	2013: 1158 2014: 1109 2015: 363
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	2013: 6313 (55%) 2014: 6708 (51,8%) 2015: 1699 (48,7%)	Todos los partos incluyen cesárea.
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	2013: 95% (5207) 2014: 86% (4663) 2015: 75% (1934)	No consignaron dato.
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	2013: 1088 2014: 1206 2015: 307	2013: 1784 2014: 1852 2015: 493

[249] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1 Consultada el 13 de agosto de 2016, pp. 5-7.

10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	2014: 42% 2015: 37,3%	2013: 3700 2014: 3804 2015: 655
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	2013: 2258 2014: 2230 2015: 1102	2013: 22 % 2014: 25,2% 2015: 26,6%
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	2013: 16 972 2014: 16 792 2015: 1684	2013: 5921 2014: 6244 2015: 4002
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	2013 V: 1357 C: 801 T: 2158 94% 2014: 88% 2015: En-mar: 2015 TPV: 299 Act. 293. 98%	2013: V: 376 C: 188 T 564: 37% 2014: V 329, C 180, T 509 : 38% En-marzo_ 2015 V 281, C 214, T 495: 43%

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Las entrevistas dan cuenta también de las cesáreas.

> El 30% de cesáreas. Tres de diez terminan en cesárea. No es poco, es que llegan pacientes de alto riesgo; eso incrementa el porcentaje. Es un promedio estándar.[250]
>
> Las cesáreas están en más del 20%. Eso se debe por las complicaciones, preeclampsia, niños grandes; el mayor porcentaje es por preeclampsia. Es porque son las referencias.[251]
>
> 267 partos entre partos y cesáreas al mes.[252]
>
> El Hospital Goyeneche y Honorio Delgado reciben el parto patológico. Un feto muy grande. Se ha hecho la conducción de trabajo de parto y fracasa, entonces antes se utilizaba el forcets, pero ahora ya no. Si empiezan a controlar y hay sufrimiento fetal, esas son las situaciones que ven los hospitales. No se envía parto natural. Seis establecimientos de 24 horas, donde se atienen los partos. La referencia salva vidas. La mayor parte de muertes son evitables porque son por hemorragia o infecciones. A nosotros nos ampara tener este sistema. Esto

[250] Director de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología. Entrevista del 26 de agosto de 2015.
[251] Jefe del Departamento de gineco-obstetricia del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón. Entrevista del 23 de julio de 2015.
[252] Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015.

ha disminuido con los años. Sí está funcionando este sistema y habría que reforzarlo.[253]

Básicamente, en el papel normatividad atendemos partos complicados, cesáreas complicadas; se hace de todo. Los ginecólogos tienen sobrada experiencia, no tenemos mucho personal pero los que tenemos resuelven todo. Tanto así que el año pasado nos quitaron la categorización de III1 a II2. En salud materna, II1 son cuatro especializadas básicas, y allí solamente ginecología, parto normal. Si se complicaba había que referirlo al general, al Honorio Delgado. Dos días duró esto, porque el general colapsó el Honorio. Somos un centro de emergencia de todo el Perú, de todo el sur, gestantes de alto riesgo, de Tacna, Moquegua, Cusco. Parto natural se atiende pero no debería, por el nivel del hospital. Es una actividad que no se nos reconoce como III1; el parto se puede brindar en otro establecimiento, I4 o II1; salvo que se complique eso, vamos a atender. Pero justamente queremos empezar a dar citas por *software* anticipadas. Todos los centros de salud tienen computadora e internet. El 90%, 95%, son pacientes SIS; fácil y conveniente al propio paciente. Ir al centro de salud, si es embarazo normal, le da la oportunidad al centro de salud de atender ese parto normal. ¿Qué pasa si hay una anomalía? Tienes una cita para tal día en el Hospital Goyeneche. Y no tendremos la cantidad de colas que tenemos. No toda gestante debe venir al hospital. Tendríamos que instalar una cultura de la atención médica, en un hospital de tercer nivel. Yo espero una atención súper especializada, y no que esté mezclando atención primaria con atención especializada, y como que la cosa se entrampa allí: hospitales llenos. El 80% de patologías del hospital puede ser resuelto en el centro de salud, en puestos de salud.[254]

Para nuestro hospital la cesárea debe ser de cada 100, 45 deben ser cesárea. No hay que confundir parto vaginal con parto de riesgo. La paciente puede tener riesgo pero nosotros consideramos que el parto vaginal es mejor.[255]

De las cifras remitidas y las entrevistas, se puede considerar dos aspectos: los hospitales tienen un alto porcentaje de cesáreas debido a que la mayoría de casos que llegan son referencias por posibles complicaciones obstétricas que terminarán siendo cesáreas; de otro lado, la atención de parto con alumbramiento activo también tiene un porcentaje considerable. Si bien todos

253 Jefe de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista del 18 de agosto de 2015.
254 Director del Hospital Goyeneche (Arequipa). Entrevista realizada el 19 de agosto de 2015.
255 Funcionario del Hospital María Auxiliadora (Lima). Entrevista realizada el 3 de setiembre de 2015.

los establecimientos están en la obligación de atender cualquier tipo de atención de la salud materna, también es cierto la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, y de esta manera, evitar el posible flujo desmedido de pacientes a hospitales con mayor capacidad resolutiva que debería priorizar la atención de emergencias obstétricas en respuesta a su nivel de categorización.

Un dato relevante es el proporcionado en la *Memoria Anual del Seguro Integral* (2015), donde se menciona que del total de atenciones por parto durante el periodo enero–diciembre de 2015, alcanzó 320 558 partos, cifra que se ha disminuido cerca del 1% con respecto a similar periodo en el año 2014.

El 67% de los partos registrados son atendidos en establecimientos de salud ubicados en zonas urbanas. De igual manera, el 80% de cesáreas se realizan en zonas urbanas. Asimismo, cabe indicar que del total de partos atendidos, el 75% corresponde a partos normales y el 25% son por cesáreas.[256]

3.5 Atención del puerperio

3.5.1 Tipo atención del posparto

La vigilancia estricta del puerperio es un aspecto fundamental dentro de la atención de la salud materna. Como se ponen en evidencia en el apartado mortalidad materna, a nivel nacional existe un incremento de muerte materna en la etapa de puerperio. Las cifras para las regiones seleccionadas dan cuenta de que el mayor número de muertes maternas ocurrió durante el embarazo y en segundo lugar en el post parto. Por lo tanto, un estricto seguimiento a las usuarias en etapa de puerperio podría ser una manera efectiva de reducir los índices de mortalidad materna evitable.

En atención a esta problemática, se preguntó tanto en los centros de salud de primer nivel de atención como en los hospitales de mayor capacidad resolutiva si realizaban las siguientes intervenciones:

- Vigilancia estricta del puerperio inmediato a todas las parturientas.
- Cuidado de las dos horas después del parto.

Además, se consultó sobre las medidas específicas adoptadas para la atención de posparto, así como el número de gestantes que habían recibido este tipo de atención.

[256] Memoria Institucional Anual del Seguro Integral de Salud del Periodo Presupuestal 2015, aprobada mediante la Resolución Jefatural No 079 -2016/SIS, con fecha 30 de marzo de 2016, p. 36.

En los centros de salud de primer nivel de atención, se tuvo el siguiente reporte:

Tabla Nº 23
Medidas adoptadas para la atención de posparto y número de gestantes que recibieron este tipo de atención en centros de salud

Nº	Centros de salud	Medidas específicas adoptada para la atención del posparto	Número de atención en el puerperio inmediato y tardío
1	Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa)	Control de funciones vitales. Control de sangrado, examen físico.	2013 y 2014: sin dato. 2015: 58
2	Centro de Salud Santa Adriana (Puno)	Control de ISUS cada 15 minutos por 2 horas. Cada hora por 24 horas.	2013: 446 2014: 472 2015: 114
3	Centro de Salud Chilca (Junín)	Se les cuida dos horas.	No consignan dato.
4	Centro de Salud Materno Infantil – Catacaos (Piura)	Sí. No mencionan medidas.	2013: 300 2015: 70
5	Centro de Salud La Unión (Piura)	Control de funciones vitales. Control de sangrado vaginal. Control de tono uterino cada 15 min.	No consignan dato.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Los cinco centros de salud de primer nivel refirieron que sí realizaban el seguimiento estricto al posparto inmediato, así como el control de las dos horas después del parto. Sin embargo, solo tres de los cinco centros de salud mencionaron las medidas específicas que realizaban a las usuarias en el periodo posparto. Por lo tanto, dos no realizan ninguna medida específica para la atención del posparto.

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna establece de manera detallada que la atención del posparto implica: la atención del puerperio inmediato, puerperio mediato, posparto tardío. Entre varios de los aspectos no mencionados por los centros de salud contemplados en la norma técnica, cabe destacar que ninguno de los cinco establecimientos de salud de primer nivel refirió informar a las usuarias sobre los signos de alarma durante la atención del puerperio.

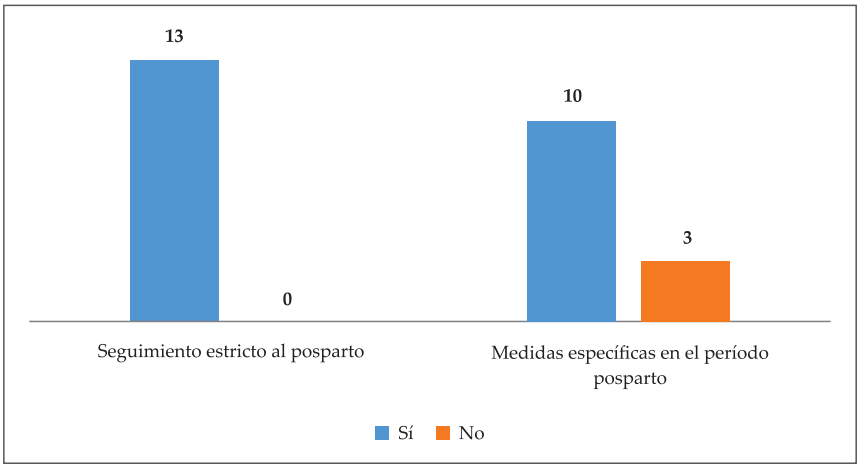
De los cinco establecimientos, dos no consignaron datos sobre el número de las usuarias que recibieron atención posparto,[257] lo que podría dar cuenta de que en estos centros de salud posiblemente existe un nivel de dificultad para acceder a esta información básica.

En el caso de los hospitales, todos mencionaron que sí aplicaban el seguimiento en el marco de la atención posparto, realizando:

- La vigilancia estricta del puerperio inmediato a todas la parturientas.
- El cuidado de las dos horas después del parto.

De los trece hospitales, diez precisaron[258] medidas específicas para la atención posparto, sin embargo, de manera similar a los centros de salud, ninguno de los hospitales precisó como una de las medidas el informar a las usuarias los signos de alarma durante la atención del puerperio.

Gráfico Nº 7
Medidas específicas adoptadas para la atención de posparto en hospitales



Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Sobre el número de atenciones durante el puerperio inmediato y tardío, diez de trece hospitales precisaron datos de los tres últimos años. La excepción fue el Hospital San Juan de Lurigancho, que además de precisar una cifra baja de atenciones posparto, solo consignó datos para el año 2014. De manera similar,

[257] Centro de Salud Chilca (Junín) y el C.S La Unión (Piura).
[258] Los hospitales que no señalaron medidas son: San Juan de Lurigancho (Lima), Manuel Núñez Butrón (Puno) y San Bartolomé (Lima).

los hospitales Dos de Mayo y Honorio Delgado precisaron un número de atenciones posparto bastante baja, como se muestra en el siguiente cuadro.

Tabla Nº 24
Medidas adoptadas para la atención de posparto y número de gestantes que recibieron este tipo de atención en hospitales

Nº	Hospitales	Medidas específicas para la atención posparto	Número de atenciones durante el puerperio inmediato y tardío
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	Se realiza el control estricto del puerperio eutócico en el servicio de puerperio durante los dos primeras horas, controlando: PA, FC, pulso, características de loquios, involución uterina, herida operatoria, etc.	2013: 1573 2014: 1496 2015: 481
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	Se cuenta con profesionales especializados en la atención. Médicos gineco-obstetras y obstetras.	2013: 3500 2014: 3600 2015: 800 (PU)
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	Se realiza el control cada 15 minutos las primeras dos horas después del parto.	2013: 1235 2014: 1208 2015: 299
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	Se realiza el control del puerperio inmediato (control de funciones vitales, sangrado vaginal, involución uterina, altura uterina).	2013: 3557 2014: 3399 2015: 444
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	Programación de profesional calificado para la atención del puerperio las 24 horas del día y los 365 días del año. Formato de registro de funciones vitales y sangrado.	2013: 2964 2014: 2779 2015: 631
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	Control de funciones vitales, vigilancia de contracciones uterinas, valoración de sangrado vaginal cada 15 minutos, etc.	2013: 374 2014: 298 2015: 42
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	Control a puérpera inmediata cada 15 minutos, como conste en la historia clínica perinatal, partograma modificado.	2013: 479 2014: 290 2015: 125
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	Sí realizan seguimiento. No consignan medidas.	2014: 165 No consignan dato para los otros años.
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	Control estricto de las 2 horas posparto, control de FSVS c/15”º1.	2013: 1847 2014: 1802 2015: 652

10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	Evaluación estricta de la involución uterina. Vigilancia del sangrado vaginal y funciones vitales. Es evaluada por un médico gineco–obstetra para las indicaciones y pasar a puerperio (hospitalización).	2014: 6570 (inmediato), 269 (tardío) 2015: 884 (inmediato), 21 (tardío)
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	Se cumple con las actividades normales en la atención del puerperio inmediato por 2 horas.	No corresponde.
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	En centro obstétrico contamos con un servicio de vigilancia posparto, donde la paciente está dos horas, especialmente para atender las complicaciones inmediatas de partos.	2013: 3192 2014: 1825 2015: 704
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	Control de funciones vitales, control de sangrado, control de involución uterina, se fomenta la lactancia materna.	2013: sin dato 2014: 14 2015: 341

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Del cuadro anterior se desprende que ocho de los trece hospitales tuvieron menos atenciones posparto durante el 2014 comparados al año 2013. Solo el Hospital San Bartolomé (Lima) muestra un incremento del número de atenciones posparto en el 2014 en comparación al 2013; no se puede incluir en esta comparación al Hospital Enrique Bernales, pues no consignó el dato del número de atenciones para el 2013, ni al Hospital San Juan de Lurigancho, pues como se mencionó solo consignó datos para el 2014.

3.5.2 Vigilancia de los casos de muerte materna: comités de muerte materna

a. Cifras a nivel nacional y en las regiones seleccionadas

Al respecto, un panorama general de la situación de mortalidad materna en nuestro país ha sido sistematizado a través del Boletín Epidemiológico del Perú, a cargo del Ministerio de Salud,[259] que señala que:

- Al I semestre 2016 se habían notificado un total de 184 casos de muertes maternas, de los cuales el 59% son clasificados como muertes maternas directas, el 34% indirectas y el 8% como muerte materna incidental. Se evidencia una disminución de 46 casos comparado al mismo periodo del año 2015.

[259] Ministerio de Salud. (2016). Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 25 – Semana epidemiológica N° 29 (del 24 al 30 de julio de 2016). Lima: Minsa, p. 652.

- Los departamentos de Piura –con un incremento de cinco casos– y Tacna –con un incremento de cuatro casos– son los que han notificado el mayor incremento en el número en comparación con el mismo periodo del año 2015.
- Durante el I semestre de 2016, el 57% de casos de muerte materna a nivel nacional es aportado según procedencia por Lima, Piura, Loreto, La Libertad, Cajamarca, Puno y Amazonas.
- El grupo de edad de la etapa de vida joven (18 a 29 años) representa el 47% del total de casos, similar a igual periodo de 2015 con 47%; el grupo de edad de la etapa de vida adolescentes (12–17 años) representa el 6% al I semestre 2016.
- El grupo de edad de riesgo reproductivo (≤18 años y < 35 años) representa el 28% de casos de muerte materna por causa directa/ indirecta a nivel nacional.
- El lugar de fallecimiento corresponde en un 61,6% a entidades de salud de niveles II y III; las muertes ocurridas en domicilio y trayecto representan un 25,4%.
- Dos regiones notificantes concentran el 27,9% del total de casos ocurridos en domicilio y/ o trayecto: Piura y Loreto.
- El 62% de las muertes maternas de causa directa e indirecta ocurrió durante el puerperio y el 26% durante el embarazo.
- El 33,7% de muertes maternas se deben a causas obstétricas indirectas, 28,7% fallece debido a hemorragias obstétricas, el 23,8% por enfermedades hipertensivas del embarazo, el 6,9% debido a complicaciones relacionadas al aborto y el 2,9% por infecciones obstétricas–sepsis, según datos de la investigación epidemiológica.
- La hemorragia representa la principal causa básica de muerte materna directa (43,3%) y las enfermedades hipertensivas del embarazo (35,8%) del total de casos de muerte materna directa.
- La sepsis representa la principal causa básica de muerte materna indirecta (29,4%) del total de casos de muerte materna indirecta.

Tabla Nº 25
Mortalidad materna

Mortalidad materna	2007–2011[260]	2015
Causas de muertes maternas directas • Hemorragias obstétricas • Enfermedad hipertensiva en el embarazo • Morbilidades no relacionadas con el embarazo (complicaciones no obstétricas) • Causa indirecta: sepsis • Aborto	 42,6% 22,7% 14,0% Sin dato 9,8%	 39,8% 28,7% 20,4% (sepsis) Sin dato en específico (lo incluyen en sepsis y otros)
Momento del fallecimiento Embarazo Parto Puerperio	61,9% (37,2% tercer trim) 11,3% 25,2%	 27% 10% 63%
Lugar del fallecimiento Establecimiento de salud Domicilio o trayecto	 44,2% 30%	 66,1 % (establecimiento II y III) 5,4% (establecimiento I) 25,3%

Fuente: Situación epidemiológica de la muerte materna en el Perú, a la SE 35 – 2015. Boletín Epidemiológico. Lima, 24. (36) Minsa: 2015 y MINSA. La mortalidad materna en el Perú, 2002–2011. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología y UNFPA, 2013.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Un estudio epidemiológico de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (2013), menciona algunos datos adicionales importantes.[261]

- El 62,7% (2002–2011) del total de muertes maternas no recibieron visita domiciliaria en todo su periodo gestacional (IC 95%, 60,9%–64,5%). Asimismo, se aprecia una tendencia al aumento en el último periodo: 67,7% (2007–2011).
- Un seguimiento y aplicación exhaustiva de las normas y directivas existentes en la que se establece la atención a la población gestante, garantizaría una mejor atención del parto o el puerperio.[262]

[260] Minsa. (2013). La mortalidad materna en el Perú 2002–2011. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología y UNFPA, pp. 59-74.
[261] Ibídem.
[262] Ibídem.

Estos hallazgos sugieren que la mayor demanda e incremento en los servicios genera que las muertes maternas ocurran en los establecimientos de salud, aunque probablemente también otros factores tengan un rol importante en la ocurrencia de una muerte materna, tales como las condiciones inoportunas de las referencias, manejo de los casos de emergencia obstétrica, disponibilidad de medicinas, insumos y equipos que puedan evitar que la gestante con una complicación llegue a fallecer.[263]

Aún es considerable el dato de las muertes maternas en el domicilio y en el trayecto a un establecimiento de salud, por lo que es necesario que los servicios de salud fortalezcan sus acciones en las actividades de seguimiento de las gestantes, identificación oportuna de los riesgos en el embarazo y la organización de un sistema de referencia institucional y comunal activo.[264]

Para el periodo de análisis 2002–2011, el profesional médico gineco-obstetra o residente es el principal profesional que atendió el parto o aborto, acumulando el 24% de muertes maternas, seguido del grupo con categoría de otra persona (18,2%) y la partera (15,1%). Las atenciones del parto, aborto o la muerte materna por parte del profesional de la salud obstetra se ha reducido en el último periodo. Por el contrario, los profesionales de enfermería, técnicos e internos de medicina/obstetricia son los que atendieron el parto o aborto, y en este grupo se encuentra el incremento porcentual de muertes maternas en el periodo de análisis 2007–2011.[265]

La atención por personal con competencias es un factor clave para la identificación y manejo oportuno de las complicaciones en la mujer gestante, situación que pudiera estar asociada a competencias personales del personal de salud que atiende el parto o aborto y/o la emergencia obstétrica. Sumado a ello, puede encontrarse una infraestructura inadecuada y/o una calidad de atención precaria, situaciones que crean condiciones para la muerte materna por parto o aborto en las condiciones descritas, generando el incremento en el último periodo.[266]

Durante el 2015, se puede analizar a partir de información del Minsa, que las muertes maternas se han incrementado en los departamentos de Piura, Junín y Arequipa, en comparación al mismo periodo de 2014. Como se puede visibilizar en el siguiente cuadro, Puno se mantiene, Piura es el tercer

263 Ibídem.
264 Ibídem. p. 65.
265 Ibídem.
266 Ibídem. p. 67.

departamento (24) con mayor número de casos de muerte materna después de Lima (45) y Cajamarca (30), mientras que Junín es el cuarto (20).

Tabla Nº 26
Número de casos de muerte materna en los departamentos seleccionados

Departamentos	2014 Sem 35	2015 Sem 35	Posición según número: maternas a nivel nacional
Lima	26	42	1º
Piura	21	24	3º
Junín	13	20	4º
Puno	16	16	7º
Arequipa	6	9	10º

Fuente: Minsa
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Tabla Nº 27
Mortalidad materna – Periodo 2007–2011 (en porcentaje %)

Departamento	Causa muerte materna			Lugar			Momento del fallecimiento		
	Hemorragia obstétrica	Enferm. hipertensivas	Complica-ciones no obstétricas	Hospital	Domicilio	Trayecto o transferencia	Embarazo	Parto	Puerperio
Lima	13,6	16,6	23,7	79,6	2,3	9	75,9	1,9	15,0
Piura	44,5	23,1	11,5	43,4	16,5	32,6	46,5	5,0	33,7
Junín	29,7	16,1	27,1	46,3	16,5	37,2	66,6	11,5	21,9
Puno	43,8	22,7	15,5	43,4	10,9	43,4	55,9	7,9	36,2
Arequipa	10,3	16,2	56,2	77,2	7,9	8,5	83,8	4,0	12,2

Fuente: Minsa. (2013). *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. Lima: Ministerio de Salud y UNFPA.
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Del estudio epidemiológico publicado en el 2013, se observa que en tres (Piura, Junín y Puno) de las cinco regiones, la hemorragia obstétrica era la primera causa. Para estas tres regiones, un porcentaje considerable de casos de muerte materna se dio en el trayecto o la transferencia. Según el momento del fallecimiento, la mayoría ocurrió durante el embarazo y no en el puerperio, como nos dice el promedio nacional. Llama la atención que en el trayecto de transferencia se tenga un elevado número de muertes maternas. Esto se explica de mejor manera en base a las tres demoras que puntualizamos a continuación.

b. Las demoras o retrasos como marco lógico causal de la muerte materna

Un alto número de muertes maternas ocurre por tres demoras relacionadas con los cuidados obstétricos de emergencia (COEm): la demora en tomar la decisión de buscar ayuda, la demora en llegar al establecimiento de salud, y la demora en recibir la atención apropiada. Ellas están estrechamente relacionadas con la falta de servicios de salud disponibles, accesibles (desde el punto de vista económico, físico e informativo, y sobre la base de la no discriminación), aceptables (desde el punto de vista cultural y ético), y de calidad. Un estudio del Physicians for Human Rights (PHR) descubrió que las tres formas de demora se presentaban con frecuencia en el Perú.

Además, en Puno y Huancavelica se puso en evidencia que las mujeres indígenas rurales que mueren y las familias que dejan atrás son, en algunas ocasiones, culpadas de sus propias muertes, debido a que existe una demora en buscar la atención y esa demora es atribuida a las "preferencias culturales" o "idiosincrasias". Sin embargo, tras un examen más detallado, todas estas demoras fatales –incluyendo la demora en la decisión de buscar la atención– se relacionan con las desigualdades sistémicas que imperan en la sociedad peruana y en el sistema de salud peruano. Por ejemplo, las demoras en la decisión de buscar atención se ven afectadas por la desigual distribución de los establecimientos de salud, de los bienes y servicios, lo que hace que los COEm sean tanto no disponibles como físicamente inaccesibles.

PHR descubrió que también puede atribuirse a las barreras económicas la dificultad de acceso de estas familias empobrecidas, que persisten a pesar del SIS, incluyendo a su vez los costos de transporte. PHR, además, documentó cómo la falta de sensibilidad y aceptación cultural en los establecimientos de salud, incluyendo tanto el idioma utilizado como el respeto por las costumbres de los alumbramientos tradicionales, provocan demoras en la decisión de buscar ayuda. Finalmente, PHR encontró que cuando la población percibe que la atención en los establecimientos es de poca calidad, se retrasa también en tomar la decisión de buscar la atención.[267]

En el Perú existen profundas desigualdades con respecto al acceso a las intervenciones programáticas necesarias para evitar la mayoría de las muertes maternas, que incluyen el acceso a los COEm, la asistencia capacitada en la atención de los partos y redes de referencia.[268]

[267] Physicians for Human Rights. (2007). Demoras fatales. Mortalidad materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. Washington: Physicians for Human Rights, p. 9.

[268] Ibídem. p. 7.

Al analizar el enfoque integral propuesto, se debe tomar en cuenta que se debe reconceptualizar el modelo "de las tres demoras" con la incorporación de una cuarta demora, que en realidad debiera ser la primera: la demora en la búsqueda de medidas anticonceptivas para la planificación oportuna del embarazo (figura 3). Es en esta etapa cuando la familia y la comunidad son fundamentales para reconocer los factores y las complicaciones de riesgo, así como para promover la oportuna y adecuada remisión de los casos a los servicios de salud. Reducir la tasa de embarazos no planificados es, sin lugar a dudas, la medida más efectiva para reducir la mortalidad materna (MM), la morbilidad materna grave (MMG) y las complicaciones potencialmente fatales (CPF). De ahí que la anticoncepción no se deba ver como una agenda independiente de la de reducción de la MM o de la de promoción de los derechos humanos de las mujeres y la equidad de género.[269]

Una nueva agenda de salud de la mujer deberá contemplar la manera de abordar los paradigmas de salud tradicionales. Para superar el enfoque clásico de MM, se debe reconocer y tomar en cuenta la morbilidad materna grave (MMG), incluidas las complicaciones potencialmente fatales (CPF) asociadas con el proceso reproductivo, desde una perspectiva anticipatoria, en consonancia con lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

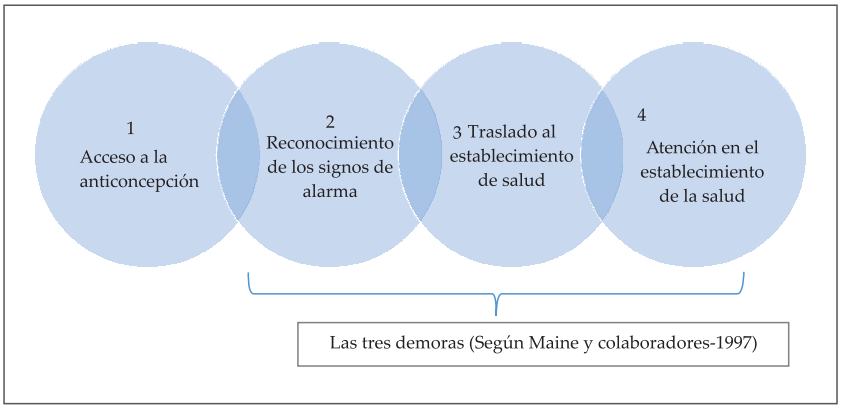
La MMG es la proporción de mujeres embarazadas afectadas por alguna complicación grave durante el periodo de gestación, el parto o los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, sin causarles la muerte (4–6).

Por su parte, las CPF asociadas con el embarazo comprenden una amplia gama de situaciones clínicas que pueden poner en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, el parto o después del parto. Una guía resumida de la OMS menciona cinco CPF: hemorragia grave posparto, preeclampsia grave, eclampsia, sepsis o infección sistémica grave, y rotura uterina (7).[270]

[269] Karolinski, A; Mercer, R; Micone, P; Ocampo, C; Salgado, P; Szulik, D, et al. (2015). Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. República de Panamá: Salud Pública, p. 356.

[270] Ibídem. p. 352.

Gráfico Nº 8
Las cuatro demoras para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave



Fuente: Karolinski, A; Mercer, R.; Micone, P.; Ocampo, C.; Salgado, P.; Szulik, D. *Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. (2015). República de Panamá: Salud Pública.

c. *Datos proporcionadas por los establecimientos de salud que remitieron información*

Once de los trece hospitales reportaron muertes maternas. Solo el Hospital San Juan de Lurigancho (Lima) y Hospital Goyeneche no reportaron estos casos.

Los trece hospitales informan que tienen activo un comité de mortalidad materna, precisan las causas de mortalidad materna y las recomendaciones emitidas para evitar futuros casos de muerte materna, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Tabla Nº 28
Cifras de mortalidad materna, causas, comité de mortalidad materna y recomendaciones emitidas

Nº	Hospitales	Cifras mortalidad materna	Causas	Comité de mortalidad materna	Recomendaciones emitidas
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	2013: 6 2014: 5 2015: 2	2013: síndrome de Hellp, neumonía, infarto agudo del miocardio. 2014: traumatismo abdominal, preeclampsia severa, atonía uterina, edema agudo de pulmón, aborto séptico. 2015: tromboembolia mitral, proceso expansivo intracraneano.	Sí[271]	2013: las referencias deben ser realizadas con acompañamiento de personal de salud, coordinación con laboratorio para superar la demora en la entrega de resultados de laboratorio, socialización de guías clínicas, reporte de casos pendientes en las guardias entre los médicos, control de llenado de la historia clínica perinatal, establecer el manejo estricto de lavado de manos, optimización por parte de las redes del flujo de referencias–contrarreferencias. 2014: considerar la toma de ecografía en emergencia obstétrica según Guía clínica obstétrica, estandarizar el manejo de resultados según el método automatizado y manual, reunión de coordinación con las redes, socializar la Guía de UCEO y capacitación frecuente, adquisición de equipo de hemodiálisis, actualizar el protocolo de hipertensión inducida por el embarazo, fortalecer el trabajo con UCL, médicos de ginecología y obstetricia, socializar con las diferentes jefaturas la directiva de donación de sangre para la seguridad del paciente, llenado de historia clínica con letra elegible, implementación de sede docente para pasantías. 2015: mejorar la rapidez en la atención en cumplimiento de los flujos de atención, contratación de médicos especialistas para UCI, reunión de coordinación para la problemática con laboratorio, fortalecer y realizar seguimiento para evaluación de los tamizajes de VBG, remitir órdenes de laboratorio donde se indique la emergencia, tomar las medidas para contar con hemoderivados, plaqueta por aféresis y otros crío precipitados, definir bien el diagnóstico de ingreso de los pacientes en el servicio de emergencia antes de su hospitalización, implementar el control de diuresis estricta, el personal de obstetricia en emergencia realizará la toma de muestras para análisis de laboratorio.

[271] Composición: Director Adjunto del Hospital El Carmen, Secretaria Técnica, jefes de ginecología y obstetricia, pediatría, auditoria, obstetras, Unidad de Seguros Públicos, Oficina de estadística e informática, Gestión de calidad, Farmacia, Comunicaciones y Dirección administrativa.

2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	2013: 1 2014: 1 2015: 1	2013: sin dato. 2014: ruptura hepática, hipertensión (HELL). 2015: hipertensión, diabetes, tiroides.	Sí[272]	2014: sugerencias de continuidad de control prenatal en sus redes cuando son referidas.
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	2013: 0 2014: 1 2015: 1	2014: preeclampsia severa. 2015: infección puerperal.	Sí[273]	2014 y 2015: capacitación en emergencias obstétricas, trabajo multisectorial e interpretación de exámenes de laboratorio.
4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	2013: 0 2014: 3 2015: 1	2014 y 2015: causa desconocida porque no precedió a la autopsia.	Sí[274]	Se analiza en Diresa a través del equipo de Epidemiologia. El Control prenatal debe ser exhaustivo en cada establecimiento de salud para detectar oportunamente algún factor de riesgo que puede afectar a la vida de la madre y del binomio.
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	2013: 5 2014: 6 2015: 3	2013: shock séptico por aborto, síndrome de Hellp, sepsis puerperal, insuficiencia renal aguda, politraumatizada, accidente de tránsito, síndrome de Hellp, ruptura hepática. 2014: shock séptico por aborto, síndrome de disfunción orgánica múltiple, atonía uterina, hipertensión inducida por embarazo, coagulación intravascular diseminada, hipertensión inducida por embarazo, shock hipovolémico por ruptura hepática.	Sí[275]	2013: sin dato. 2014 y 2015: evitar demoras en las referencias, capacitación de profesionales de las redes claves, dotación permanente de reactivos para laboratorio, dotación permanente de medicinas e insumos, observación de la Norma de Gestión de la Historia Clínica.

[272] Composición: Jefe del Servicio Materno Fetal, Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia y Sub Dirección.
[273] Composición: Director, Coordinador Materno Perinatal, responsable de Epidemiología, Jefe SIS, Jefe de Servicio de Ginecología y Jefa de Obstetricia.
[274] Composición: Director, las Jefaturas de los siguientes Servicios: Gineco Obstetricia, Epidemiología, Gestión de Calidad y Coordinadora de Obstetricia.
[275] Composición: Director General, Jefe del Departamento de Epidemiología, Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia, Jefe del Departamento de Pediatría, Jefe del Servicio de Obstetras/Obstetrices, Jefe del Servicio de Neonatología, Jefe del Departamento de Anestesiología, Jefe del Departamento de Farmacia, Jefe de la Oficina de Estadística e Informática y Jefe de la Oficina de Seguros.

			2015: ruptura hepática, shock séptico por aborto séptico, preeclampsia/síndrome de Hellp.		
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	2013: 6 2014: 3 2015: 0	2013: preeclampsia, síndrome de Hellp, hipertiroidismo, infección de VIH, enfermedad pulmonar intersticial, anemia drepanicítica, rotura, aneurisma cerebral. 2014: desnutrición calórica proteica, leucemia linfocítica aguda, crisis asmática severa. 2015: ninguno.	Sí[276]	2014: Referencia oportuna de pacientes con complicaciones. Manejo multidisciplinario de pacientes con morbilidad materna extrema. Evaluación directa por médico asistente, y supervisión estricta. Notificación inmediata, Evaluación de todos los casos. 2015: Referencia oportuna de pacientes con complicaciones, manejo multidisciplinario de pacientes con morbilidad materna extrema. Evaluación directa por médico asistente, y supervisión escrita. Notificación inmediata, Evaluación de todos los casos.
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	2013: 2 2014: 6 2015: 3	2013: preeclampsia grave, neumonía por virus, influencia H1N1. 2014: síndrome de Hellp, preeclampsia, leucemia linfocítica fulminante, disfunción multiorgánica, shock séptico, leucemis linfocítica aguda, SIDA. 2015: encefalopatía hipóxico isquémica con muerte cerebral, hemorragia posparto, coagulación intravascular diseminada, falla multiorgánica, shock séptico refractario.	Sí[277]	2013: mejorar la atención de salud en el nivel primerio, difusión de la clave "o" a nivel institucional. 2014: mejorar la comunicación entre las entidades de salud. 2015: derivación oportuna de paciente de alta, riesgo obstétrico.

[276] Composición: Director General del HNDM, Jefe de departamento de gineco-obstetricia, Jefe del Servicio de obstetricia, Jefe Servicio de obstetrices, Jefe del Departamento de Pediatría, Jefe Oficina de Seguros, representante del Comité de Auditoría Médica y Jefe de la Oficina de Epidemiología.

[277] Composición: Director. Jefes de los departamentos de gineco–obstetricia, cirugía, anestesiología, rayos X, Jefe de obstetricia, Oficina de Estadística, Epidemiología y Rela-ciones Públicas.

8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	O		Sí[278]	2013 y 2014: medicamentos insuficientes e infraestructura inadecuada.
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	2013: 9 2014: 6 2015: 2	2013: Enfermedad Hipertensiva (5 casos), hemorragia posparto, shock hipovolémico (4 casos). 2014: enfermedad hipertensiva del embarazo (2 casos), hemorragias posparto (2 casos), muertes indirectas (1 caso), neumonía (1 caso de A.C.V.). 2015: muerte materna indirecta, TBC entero peritoneal, hemorragia post parto (1 caso).	Sí	2013: camas en UCI, laboratorio en emergencia, servicio de obstetricia con servicios intermedios, kit de cesárea y anestesiología. 2014: sanción a personal que no estuvo en el turno, camas en UCI, monitor de cinco canales en obstetricia, coche de paro en sala de operaciones, referencia oportuna. 2015: activación de clave azul roja amarilla, realizar seguimiento de la paciente en funciones obstétricas y neonatales primaria (FONP), plan de mejora en FONP, enfoque direccionado de TBC por ser zona endémica.
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	2013: 0 2014: 1 2015: 2	2014: cardiopatía valvular mitral. 2015: hipertensión inducida por el embarazo, cáncer gástrico.	Sí	Mejorar la calidad de las historias clínicas, implementar la sala de operaciones exclusiva para la atención de parto quirúrgico para disminuir el tiempo de espera, repotenciar UCI para una atención de calidad a las usuarias en morbilidad materna extrema.
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	2013: 1 2014: 5 2015: 1	2013: shock séptico, aborto inducido. 2014: shock hipovolémico, enfermedad hipertensiva, sepsis. 2015: enfermedad hipertensiva del embarazo.	Sí	Cambiar la conducta frente al paciente de todos los profesionales técnicos en los servicios de ginecoobstetricia. Tratamiento de la TBC sea iniciada por médico profesional para evitar complicaciones.

[278] Composición: Conformado por jefes de dpto.: ginecología, enfermería, cirugía, epidemiología, anestesiología, calidad, medicina, pediatría, consultorios, apoyo DX, Encarga-do de sangre, coordinadora de obstetras.

12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	2013: 6 2014: 4 2015: 5	2013: preeclampsia. 2014: preeclampsia severa, S. Hellp. 2015: sepsis.	Sí	Sin dato
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	Sin dato	Sin dato	Sí	Coordinaciones permanentes entre los diferentes departamentos en todos los casos que se presente riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Las principales causas de muerte materna reportadas por los trece hospitales supervisados (2013–2015) fueron las siguientes:[279]

- Hemorragia posparto: 10.
- Hipertensión, Síndrome de Hellp: 23.
- Hemorragia posaborto: 5.

El número de muertes maternas reportadas en total entre 2013–2015 fue de 98.

La Diresas, por su parte, remitieron la siguiente información:

- Piura: el porcentaje de disminución de la letalidad en sus establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales (FONE) ha sido: 2013: 60,4%; 2014: 28 casos.
- Arequipa: 2013: razón de mortalidad materna 57,78 x 100,000 NV;[280] 2014: razón de mortalidad materna 61,5 x 100.000 NV. Es preciso mencionar que la región Arequipa recibe pacientes en estado muy crítico referidos de otros departamentos como Moquegua, Puno y Cusco.
- Junín: el porcentaje de disminución de la letalidad en esta región fue: 2013: 20%; 2014: 30%.
- Puno: reportó una disminución tanto para 2013 como 2014 de 82,5%.

En torno a los comités de muerte materna, a nivel regional remitieron la siguiente información:

- Piura: se ha dado la evaluación de muertes maternas 2014 y la conformación del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna Perinatal 2015.
- Arequipa: el Comité Regional de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal funciona desde el año 2000, y ha establecido hace 5 años las reuniones mensuales el primer miércoles de cada mes. Sus acciones han estado enfocadas en el análisis del 100% de los casos de mortalidad materna, análisis de muertes maternas y perinatales que ameritan, y los casos de morbilidad y morbilidad extrema materna. 2013: se analizaron diecisiete casos de muerte materna, diez casos de mortalidad perinatal y tres casos de morbilidad extrema materna. Se realizó la evaluación de la mortalidad materna y perinatal de la región Arequipa del año 2012.

[279] Algunos hospitales reportaron casos, sin embargo, no consignaron de manera detallada las causas de muerte materna para cada uno de ellos.

[280] Oficina de Epidemiología de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, consignada en la ficha de información remitida la Defensoría del Pueblo.

En el 2014 se analizaron doce casos de muerte materna, cinco casos de mortalidad perinatal y tres casos de morbilidad extrema.

- Junín: cuenta con el Comité Regional de Prevención de Muertes Maternas, que ha empezado a funcionar desde el 1 de febrero de 2015. Acciones: disminuir las muertes maternas.
- Puno: cuenta con un Reglamento de funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal desde 2006, se da cumplimiento a este reglamento y todos los años se renueva la conformación de los comités a través de una resolución. Cada año se realiza la investigación y análisis de las muertes maternas, tomando acciones orientadas a la prevención mediante acuerdos, compromisos y cumplimiento en cada red de salud.

En las reuniones en las regiones, se hizo referencia a casos concretos, como el de una mujer embarazada que había realizado "su seguimiento en el Hospital El Carmen, pero no le detectaron la preeclampsia hasta el último día que se enfermó. Incluso le querían hacer regresar a su casa. Casi fallecen".[281]

En otra entrevista con un representante del Instituto Materno Perinatal, menciona que cuentan con dos comités:

> Son dos comités. El Comité de Mortalidad Materna forma parte de un comité más extenso de la DISA [Dirección de Salud], de la región de salud. Discute de manera abierta, bajo la responsabilidad de la DISA, el Minsa y el IGES [Instituto de Gestión de Servicios de salud]. Es el comité de mortalidad materna de Lima Metropolitana. También coordina el tema de referencias para discutir con el primer centro que atendió a la paciente. Pero además, localmente hay un comité que discute los casos. Es el primer nivel de auditoría. Se reúne continuamente pero en función de la muerte materna. El otro es el Comité morbilidad extrema, pacientes graves que se han recuperado, que han pasado por complicación severa que han logrado recuperarse. Muchas sin ninguna secuela, otras con alguna secuela de vida o una patología. También estamos obligados a discutir porque en base a esos casos tenemos información y tomamos medidas. En el mundo se mueren las madres por tres causas: infección, hemorragia, preeclampsia. Por infección se está controlando más o menos; es mínima la muerte materna por infección. Otra causa es la hemorragia; por eso estamos preocupados, pues una madre no debe morirse por esta causa. Acá, en este

[281] Representante de la Mesa de Dialogo de Mujer de Huancayo. Reunión con la sociedad civil y sectores, realizada el 26 de junio del 2015 en Huancayo.

> país, se siguen muriendo; eso significa que tenemos problemas en la atención de la gestante.[282]
>
> En el Comité de mortalidad materna y neonatal, vamos revisando el protocolo; nos ayuda mucho.[283]

De otro lado, una de las causas puntualizadas en una de las entrevistas hace alusión a la tardía referencia de la paciente a un hospital de mayor capacidad resolutiva y la importancia de abordar también la morbilidad extrema como una problemática presente en determinados hospitales, por el nivel de coordinación con otras instancias.

> [Se han presentado] nueve muertes maternas de enero a mayo 2015. Hay una ruta, hay ficha que se levanta, una ficha epidemiológica, para ver todos los factores determinantes, no solo el aspecto médico sino también el aspecto social. La gran mayoría de muertes maternas que se dan en el hospital; no es porque el paciente sea de acá, es porque se derivaron tardíamente, pacientes de la sierra, porque no llegaron en el momento oportuno, una serie de factores. Ficha de notificación a las 48 horas, luego la ficha de investigación para ver las causas básicas y la final de la muerte materna. El comité hace las auditorías y se reúnen periódicamente para determinar las causas. Todo esto es diferente en cada caso. El Cayetano es el hospital de más capacidad resolutiva, donde la mayoría de pacientes terminan; los que tienen preeclampsia van al Cayetano, no al Santa Rosa.[284]
>
> Sí se han presentado, en este año, tres casos de muertes maternas propias, y el otro día llegó una paciente, pero como ya llegó sin signos de vida, entonces está considerado como muerte materna de la red de salud y no del hospital. Cada caso se discute en el comité hospitalario y el comité de red de salud. Hay una nivel primerio que se discute a nivel del departamento, y como quiera que el comité está presidido por el director, también se discute a nivel del comité institucional. El hospital no tiene una programación sino que se discute a la demanda de las referencias. En dos de ellos fueron demoras de los establecimientos de salud al referir el caso. En el otro caso fue demora de la misma paciente. Hay otro concepto, morbilidad extrema; el hospital está participando en una evaluación de la morbilidad extrema, convocado por la

[282] Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología del Hospital. María Auxiliadora. Entrevista realizada el 26 de agosto del 2015.
[283] Jefe de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista del 18 de agosto de 2015.
[284] Responsable del DAIS (Dirección de Atención Integral de las Personas) de Piura. Entrevista del 10 de julio de 2015.

> Sociedad de Gineco-obstetricia. Están participando diez hospitales. En este hospital nos reunimos aproximadamente cada 15 a 20 días, para exponer qué ha pasado de aquí a acá. Y este hospital tiene en promedio 22 casos de morbilidad extrema por mes. Cayetano tiene dos. Entonces entra el concepto de letalidad: nosotros tenemos menos letalidad a pesar de tener morbilidad muy alta. Hay criterios de inclusión; es totalmente establecido. En la primera reunión se estableció cuáles eran los criterios de inclusión, que los manejamos todos los días en los hospitales. Es un listado grande. Por ejemplo: si la paciente convulsiona por el incremento de la presión, shock por hemorragia, por infección, o si no tiene daño renal, hepático, cerebral, daño placentario, esos son criterios de inclusión. En las causas: es que estamos solos, no hay quien nos de la mano. En cambio, en la morbilidad, ustedes tendrán que entender que los grandes hospitales están allí: Santa rosa, Dos de mayo, Almenara. Para ellos es más fácil manejar estos problemas.[285]

Se hizo referencia también a la disminución de casos de muerte materna y las medidas destinadas para reducirla, así como el procedimiento necesario para prevenir nuevos casos.

> En tres años hemos estado sin mortalidad materna. Se han destinado recursos humanos y materiales. Salvo una última muerte materna, que fue aborto provocado que tenía perforación intrauterina: ligan la zona de sangrado, interviene el cirujano y encuentra perforación intestinal, cierran y no mejoraba; había otra perforación. Se han hecho en simultáneo las denuncias. El comité es escrupuloso. Si es evitable o no; si es evitable, qué es lo que se tuvo que hacer. Se reúnen cada primer martes de cada mes. Se evalúa de todos los hospitales. Una sola muerte; en estos tres años nuestra estadística se va al piso.[286]

> Sobre mortalidad materna: hemos bajado, está en descenso permanente: de 28 muertes, y este año son 14. El comité regional se reúne, cada muerte materna se evalúa, se da conclusiones y recomendaciones. La evaluación de emergencias obstétricas sobre la calidad de atención está empezando a hacer producto de muertes maternas.[287]

> La mortalidad materna supera los indicadores nacionales. Hay necesidad de un trabajo multisectorial, no solo salud y una estrategia a largo plazo.[288]

---

285 Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015.

286 Director del Hospital Goyeneche. Entrevista del 19 de agosto de 2015.

287 Jefe de Epidemiología, Diresa Puno. Entrevista realizada el día 23 de julio del 2015.

288 Decana del Colegio de Obstetras. Reunión sociedad civil y sectores, el 9 de julio del 2015 en Piura.

> Ante muerte materna se realiza la notificación inmediata y luego la investigación de la muerte, que lo hace el establecimiento de salud. La muerte acá o en la comunidad, o en su domicilio, se notifica el Centro de Salud Chilca inmediatamente; hace la primera investigación el centro de salud. Luego viene la discusión del caso, luego viene la investigación de la Red Valle Mantaro y la notificación del caso, y luego ya el análisis. Tiene una serie de pasos. Si es en uno de los distritos, el establecimiento de salud sale a hacer la investigación, sale a hacer la investigación la cabecera de la micro red, sale a la investigación la Red de Salud Valle de Mantaro. Luego se hace la retroalimentación, o la discusión del caso para buscar los tres retrasos y de acuerdo a los tres buscamos la alternativa de mejora. Por ejemplo, uno de los retrasos que se me viene a la memoria, fue que no se había identificado algún factor de riesgo en la familia; la recomendación tendría que ser que en toda gestante se debe identificar los factores de riesgo a través de las visitas domiciliarias. Otra recomendación es que toda gestante que tenga algún factor de riesgo, el personal se le tiene que pegar en la última semana de embarazo. De acuerdo a estos retrasos, van saliendo las recomendaciones y los planes de identificación frente al problema. Este año no han tenido muerte materna. En el año pasado hemos tenido una muerte materna, domiciliaria directa. Las otras han sido indirectas en hospital.[289]

> En 2013, doce muertes maternas, y en 2014, cinco muertes maternas. A la fecha, cuatro muertes maternas (enero a marzo). Se ha hecho las respectivas reuniones con el comité, se ha dado recomendaciones que han sido un saludo a la bandera.[290]

Un aspecto muy importante fue la referencia a la importancia de activar la alerta roja cuando se presenta una emergencia obstétrica, de tal manera que todos los servicios que se requieran para la atención respondan en el momento preciso. Este fue el caso del Hospital Manuel Nuñez Butrón.

> Hay un comité de muerte materna que se reúne ante una muerte materna directa e indirecta. Hace el análisis en dos niveles: uno en el que participan los jefes de departamento, ginecología, cirugía, pediatría; y otro específicamente en mortalidad materna, que hace el análisis de todo lo que ha acontecido en la muerte de nuestras gestantes, elabora un informe, un libro de actas, recomendaciones que deben hacerse. Comité de muerte materna regional,

[289] Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista de 2 de julio de 2015.
[290] Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista de 24 de julio de 2015.

en el que exponemos. En el establecimiento y otro en el regional, en cada uno se hace el análisis. El jefe de ginecología participa tanto en el regional como en el local. Hubo dos muertes maternas este año. Están en proceso de investigación. Dependiendo del número de casos se dan las reuniones. Se discuten dos casos en cada reunión, se producen muertes y luego se hace las referencias. La demora en las referencias desde el establecimiento se está resolviendo en el comité de muerte materna regional. Se va avanzando lento. Antes era terrible, había mucho problema con el tema de referencias. Como que se haga una evaluación de la calidad de atención específica no. Lo que hace el Departamento de gineco, cada cierto tiempo revisa las dificultades que se van teniendo, porque demora mucho en emergencia. Este es uno de los pocos hospitales; la emergencia de la madre está separada de los servicios de emergencia en general. Tiene un ambiente exclusivo; permite que los tiempos no sean mucho en la espera. Tenemos problemas, demora en los exámenes que se van haciendo; laboratorio se demora tres o cuatro horas para responder. El departamento no tiene problemas de ecografía, 24 horas como lo tiene el hospital. Evalúan cuán efectivos a procedimientos estamos. Pero sí se ha de acortar tiempos, mejorar la atención con todo el equipo. La mayoría de referencias es por problemas quirúrgicos. Se ha logrado con el banco de sangre, que provee a pesar de que no se devuelva. Pero por lo menos se ha organizado. Un caso de Yungullo: la señora tiene tres hijos por una ruptura uterina. Uno de las metas es disminuir la mortalidad materna, pero no se ha logrado. 22 muertes maternas por región, casi todo lo que fue el año anterior. Ante un caso lamentable en el hospital regional hubo una movilización. La sala de operación, laboratorio, UCI, empecemos a tener también alerta roja, es decir, que sea del hospital, no solo de gineco–obstetricia. ¿Qué hago si dicen que la alerta roja solo es del departamento, pero no de UCI, banco de sangre, por complicación materna? Todo el mundo apoya. Hubo que sensibilizar al resto de unidades, UCI, banco de sangre, pero ahora recién entienden que es la madre que lo requiere. La última muerte fue de preeclampsia, del Hospital de Juli, 22 años, cinco embarazos. Si el control prenatal se hace realmente bien y se refiere bien a las pacientes en el tiempo que deben ser referidas, se bajaría la muerte materna al 50%. Es muy importante que el primer nivel haga un trabajo muy bueno.[291]

[291] Jefe del Departamento de gineco–obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Entrevista del 23 de julio de 2015.

3.5.3 Sistema de referencias y contrarreferencias

a. Normativa

En 2010, el Ministerio de Salud emitió un documento para las referencias y contrarreferencias obstétricas y neonatales,[292] que se basa en el marco normativo aprobado por el sector para regular este sistema.[293] Este módulo tiene como objetivo fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia desde el nivel comunitario a los establecimientos de salud del Minsa, mediante la conformación de la red funcional de servicios de salud para las referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas y neonatales que garantice la oportunidad, seguridad y continuidad en la atención de la gestante, puérpera y el recién nacido, acorde al marco normativo vigente.[294]

El conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos busca asegurar la continuidad de la atención de las necesidades de salud con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, a través de la transparencia de la responsabilidad de la atención de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad resolutiva. Se debe tener en cuenta la referencia que se origina en el nivel comunal, cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales identifican factores de riesgo, signos de peligro o alarma en la gestante, puérpera y recién nacido, y deciden el traslado desde su comunidad hacia el establecimiento de salud más cercano para su atención oportuna.[295]

Por su parte, la contrarreferencia es un procedimiento administrativo–asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de destino devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de la gestante, puérpera y recién nacido o el resultado de la prueba diagnóstica al establecimiento de salud de origen, o del ámbito de donde procede, porque cuentan con la capacidad de resolver o monitorizar el problema de salud integralmente.[296]

Los procesos de referencia y contrarreferencia son parte inherente del sistema prestacional de salud, denominado Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRCR). En él se articula la red funcional de servicios

---

[292] Referencia y contrareferencia de emergencias obstétricas y neonatales. Dirección de Salud de las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Lima: MINSA, 2010.

[293] Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del sistema de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA.

[294] Ibídem. p. 14

[295] Ibídem. p. 21

[296] Ibídem.

de salud para la atención de las referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas y neonatales, mediante la cual se debe integrar los establecimientos de salud en base a su capacidad resolutiva desde los niveles locales, regionales y nacionales, con el propósito de superar la necesidad o problema de salud generado por la emergencia y, así, lograr la satisfacción de la gestante, puérpera y recién nacido.[297]

Para brindar atención oportuna a las emergencias obstétricas y neonatales es necesario evaluar el avance en la implementación del proceso de referencia y contrarreferencia a nivel de los establecimientos de salud de las microrredes y redes de salud (N.T.S. Nº 018/MINSA/DGSP-V.01 SRCR). La finalidad es fortalecer los procesos, para conformar la red funcional de servicios de salud para las referencias y contrarreferencias.[298]

En el siguiente cuadro se puede visibilizar el sistema de referencia y contrarreferencia implementado a nivel nacional.

Tabla Nº 29
Organización del sistema de referencia y contrarreferencia

Nivel de gobierno	Responsable	Establecimiento de salud
Nivel nacional	Ceranue	• INMP III-2 • Hospital III-1
Nivel regional	Comité Regional SRCR	• Hospital Regional de Referencia II-2
Nivel local		• Hospital II-1 • Centro de Salud I-4 Y I-3 • Puesto de Salud I-2 Y I-3

Fuente: N.T. Nº 018-MINSA/DGSP V.01 Sistema de referencia y contrarreferencia

[297] Ibídem. p. 22.
[298] Ibídem. p. 20.

La Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna (2013)[299] establece que la DISA/Diresa, o quien haga sus veces, es la entidad encargada de asegurar el buen funcionamiento del Centro Regional de Referencias, Urgencias y Emergencias, quienes coordinarán con la Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias (Cenarue) y el Sistema de atención médica móvil de urgencia (SAMU). Asimismo, se establece que este sistema debe estar operativo en todos lo niveles de atención, y facilitar el acceso y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas a establecimietnos con capacidad resolutiva.[300]

Esta normativa también establece que frente a la eventualidad de una emergencia obstétrica, la notificación es inmediata dentro de las 24 horas y obligatoria a la cabecera de microred, la misma que debe monitorear, registrar y comunicar a la Red de Servicios de Salud, quien comunicará a la DISA/Diresa. De otro lado, se debe promover en las comunidades que cuenten con radio operador, que conozcan la frecuencia del Ministerio de Salud así como su indicativo, para la notificación comunal de casos de gestantes con signos de alarma: trabajo de parto y emergencias obstétricas. Las gestantes migrantes o transeúntes que no correspondan a la jurisdicción del establecimiento de salud deben ser notificadas a las cabeceras de microredes/redes de salud y Diresas/DISAS, y en caso la gestante retorne a su lugar de origen, comunicar al establecimiento de salud para la continuidad de su atención.[301]

La norma además detalla las posibles complicaciones o patologías y la manera de proceder al establecimiento según categorización.

Con respecto a las contrarreferencias, se establece que se debe comunicar al establecimiento de origen el alta de la paciente, a fin de que realice el seguimiento respectivo. El establecimiento de origen debe hacer el seguimiento de todas las usuarias referidas en el mes.

Se establece, asimismo, la necesidad de implementar acciones de vigilancia comunitaria con enfoque territorial, de acuerdo al modelo de atención integral basado en la familia y comunidad, que permita, entre otras cosas, contar con un sistema de referencia comunal operativo.[302]

---

299 Aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, publicada el 25 de diciembre de 2015.
300 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. p. 34.
301 Ibídem. p. 35.
302 Ibídem. p. 37.

b. Información remitida por los establecimientos de salud

De acuerdo a la información remitida por establecimientos de salud, se tiene lo siguiente:

- Referencias: la información proporcionada es baja, salvo por el Hospital Dos de Mayo. Lo que se solicitaba era el número de casos remitidos desde el establecimiento de salud hacia el hospital, sin embargo, al parecer los hospitales remitieron información sobre la referencia de casos hacia hospitales de mayor capacidad resolutiva. Consignamos la información proporcionada en tanto da cuenta de un nivel de registro insuficiente para esta problemática. Ocho de los trece hospitales reportaron cifras.
- Contrarreferencias: ocho de los trece hospitales reportaron cifras. Cinco reportan altas cifras de contrarreferencias (más de 1000 al año). Solo una menciona un número menor a 700 referencias al año.

Los motivos para referencias están asociadas a:

- Son por diversos motivos: síndrome de Hellp y preeclampsia (tres hospitales); un hospital refiere que es por falta de ginecólogos/as, dos hospitales por insuficiencia renal.
- Las contrarreferencias se dan en su mayoría luego del parto, en el periodo del puerperio.

Tabla Nº 30
Referencias y contrarreferencias reportadas por los hospitales

Nº	Hospitales	Número de referencias	Motivos
1	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín)	Referencias: 2013: 4; 2014: 12; 2015: 2 Contrarreferencias: 2015: 2070	Gestante con cardiopatía y otra con síndrome de Hellp y daño renal grupo O Rh-.
2	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima)	No consignó dato.	No consignó dato.
3	Hospital Domingo Olavegoya (Junín)	Referencias: 2013: 259; 2014: 330; 2015: 87 Contrarreferencias: 2013: 600; 2014: 680; 2015: 160	Preeclampsia, hemorragias obstétricas, infecciones, emergencias en el caso de no contar con ginecólogos, ya que solo se cuenta con tres para atender a 1330 gestantes de los 71 establecimientos de salud.

4	Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa (Piura)	Referencias: 2013: 145; 2014: 163; 2015: 74	
5	Hospital María Auxiliadora (Lima)	No consignó dato.	Referencias: solo cuando nuestra capacidad de camas se saturó. Contrarreferencias: nunca se hacen porque somos el único Hospital de Nivel 3 en todo el Cono Sur de Lima.
6	Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	Referencias: 2013: 2914; 2014: 2048; 2015: 638. Contrarreferencias: 2013: 2814; 2014: 2766; 2015: 815	Las referencias son del centro salud a este hospital por nivel de complejidad; muchos de ellos no atienden partos y la principal causa es cesárea anterior. Las referencias de este hospital a la maternidad de Lima casi no son aceptadas, especialmente embarazos pretérminos. Las contrarreferencias son en gran número de puérperas.
7	Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa)	Contrarreferencias: 2013: 6313; 2014: 6708; 2015: 1697. No mencionan referencias.	Control y seguimiento posparto, poscesárea y posaborto.
8	Hospital San Juan de Lurigancho (Lima)	Solo consignan datos del año 2014: 176.	
9	Hospital Carlos Monge Medrano (Puno)	Referencias: 2103: 1; 2014: 8; 2015: 2. Contrarreferencias: 2013: 1064; 2014: 1115; 2015: 565	Por capacidad resolutiva: síndrome de Hellp, insuficiencia renal aguda para hemodiálisis.
10	Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima)	Referencias: 2013: 77; 2014: 6; 2015: 2 Contrarreferencias: 2013: 8596; 2014: 8164; 2015: 1433	Somos un hospital para resolver las atenciones de parto, donde se realiza la contrarreferencia a su establecimiento luego de su parto o puerperio. Asimismo, las hospitalizadas en ARO, que no ameritan continuar después del alta. Realizamos pocas referencias, por emergencia al INMP, más por razón del feto (gestantes).
11	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (Puno)	Referencias: 2013: 3; 2014: 10 Contrarreferencias: 2013: 50; 2014: 63	Sin dato
12	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima)	Sin dato	Sin dato
13	Hospital III Goyeneche (Arequipa)	Sin dato. Contrarreferencia: centro de salud y puestos de salud: 916	Las contrarreferencias se efectúan porque, al ser un hospital de referencia, se atiende a los pacientes y luego se les envía a su lugar de origen. Se realizan pero no hay registro diario.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En el caso de los centros de salud que respondieron a esta pregunta:

- El número de referencias no es muy alto, si consideramos que la cifra reportada es anual. Por ello, probablemente no se tenga el dato correcto o no exista un nivel de registro accesible que dé cuenta del número de referencias realizadas a los establecimientos de mayor capacidad resolutiva. Dos de los cinco centros de salud no reportó ningún dato.
- Los motivos para las referencias se encuentran asociadas a diferentes complicaciones obstétricas.

Tabla Nº 31
Referencias y contrarreferencias reportadas por los centros de salud

Nº	Centros de Salud	Número de referencias y contrarreferencias	Principales razones
1	Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa)	Sin dato	Factores de riesgo: multiparidad, estrechez pélvica, disfunción de la dinámica uteriana, hipertensión arterial (eclampsia).
2	Centro de Salud Santa Adriana (Puno)	2013: 188 2014: 464 2015: 74	Emergencias obstétricas, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, óbito fetal, cesareado anterior.
3	Centro de Salud Chilca (Junín)	2013: 522; 2014: 450; 215: 120 Contrarreferencias: 2015: 240	
4	Centro de Salud Materno Infantil – Catacaos (Piura)	Referencias: 2014: 100; 2015: 60. Contrarreferencias: 2014: 700; 2015: 103	
5	Centro de Salud La Unión (Piura)	Sin dato. Contrarreferencias: 0	Preeclampsia severa, abortos incompletos, hemorragia posparto, embarazos no evolutivos, cesareadas anteriores.

Fuente: Ficha de recojo de información
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Las entrevistas realizadas dan cuenta la problemática de las referencias y contrarreferencias, en especial en regiones, donde la posibilidad de realizarlas en el tiempo adecuado puede determinar la afectación al derecho a la salud o la vida de las personas. Se observa que si se tiene un sistema de referencia efectivo, el índice de mortalidad y morbilidad extrema sería menor.

Un aspecto señalado como parte del problema está vinculado a la falta de atención de centros o puestos de salud durante las 24 horas; tres de las entrevistas dan cuenta de esto. Así, la primera entrevista refiere que no hay personal de salud que le proporcione la referencia a la usuaria para ir un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva en caso se encuentre en trabajo de parto. De otro lado, esta misma entrevista menciona que tampoco se hace seguimiento a las contrarreferencias, es decir, para saber si esa usuaria regresó al puesto o centro de salud luego de que fue contrarreferida por el hospital.

> Ya no hay esa sensibilización de los doctores o lo médicos que van a trabajar. Van, cumplen sus ocho horas, pero ustedes saben que las emergencias –por ejemplo cuando van a dar a luz– generalmente son en horas de la noche o en fines de semana. ¿Quién le va a dar la referencia a esa mujer que necesita ir a un puesto de salud donde pueda encontrar todas las condiciones? Se tiene esa dificultad, que es un cuello de botella. Tampoco se hace seguimiento a la contrarreferencia: te estamos devolviendo a la gestante para que siga su control; eso no se da. Estos puntos los hicimos a conocer a las autoridades, gobierno regional y los que trabajaban en salud sexual y reproductiva, pero no se tomó ninguna medida.[303]

> Muchas veces no hay personas para que hagan la referencia al hospital.[304]

> La mortalidad materna es prioridad. Se debe racionalizar el flujo de pacientes hacia el hospital; a las 7 pm nos mandan un montón de pacientes. Hay centros de salud que no atienden las 24 horas. Por la cantidad de partos naturales, las pacientes prefieren dar en el hospital.[305]

Otro aspecto vinculado a la problemática identificada en una de las entrevistas, es la falta de coordinación de las instancias que conforman el sistema nacional de referencias y contrarreferencias.

> El Minsa ha institucionalizado un servicio de referencias y contrarrefencias, Cenadui (servicio de referencias y contra), Central. En cada hospital hay un médico representante del Cenadui, que hace las coordinaciones respectivas para las referencias y contrarreferencias, en función de la capacidad resolutiva

303 Representante de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, reunión del 23 de julio de 2015, en Puno.

304 Representante de la Defensoría del Asegurado del Hospital Núñez Butrón. Reunión del 23 de julio de 2015, en Puno.

305 Hospital de la Amistad Perú – Corea II-2 Santa Rosa. Entrevista del 2 de julio de 2015.

> del servicio. Por ejemplo, en este hospital, la capacidad resolutiva para el país es de máxima, porque tiene una unidad de cuidados intensivos maternos, banco de sangre, laboratorio 24 horas al día, equipos. Todos los pacientes complicados son referidos acá. En teoría debe haber una coordinación pero no siempre ocurre esto. Recibimos pacientes, hace poco recibimos a una paciente de Huaraz en muy malas condiciones, en una situación final, porque la coordinación, tal como se ha explicado, no se cumple. Llega la paciente, no coordinan, no informan. Cenadui es en Lima o a nivel nacional. El ministerio está propendiendo que la coordinación sea a nivel nacional. Tenemos toda la tecnología, teléfono e internet.[306]

De otro lado, en otra entrevista se mencionó que las referencias se realizan tardíamente y sin información completa, es decir, el hospital que recibe a la paciente no está informado de todas las complicaciones obstétricas y el estado de salud de la paciente al momento de ser referida. Por ello, la entrevista da cuenta de que se requiere un sistema de respuesta mucho más rápido y sin barreras burocráticas, sobre todo en casos extremos que ameritan una referencia inmediata para la atención respectiva en un hospital de mayor capacidad resolutiva.

> Es un problema para este hospital: hay un alto porcentaje de referencias y produce una sobrecarga en el trabajo, sobre todo en riesgo, con todas la complicaciones que pueda imaginarse. Una paciente referida de Huaraz que nos refirieron acá porque tenía un preeclampsia severa, la aceptamos. Cuando llegó al hospital hizo un paro de emergencia, y después nos enteramos que la paciente ya había tenido un paro cardíaco y que además tuvo una hemorragia. No estábamos informados de que la paciente tuvo hemorragia, es otra complicación obstétrica. Y aun así, la recibimos en ese mal estado; si la coordinación hubiese sido más perfecta, de repente hubiésemos podido intervenir más oportunamente a la paciente. Es un problema el tema de referencias, porque el establecimiento de salud de origen no traslada a la paciente oportunamente. Hoy se tiene una reunión con UCI del hospital. A raíz de este último caso, se está hablando para fijar algunas condiciones de referencias, es decir, que no esperen al final para referir a la paciente. O lo refieren por las puras. El sistema de salud en nuestro país está diseñado para el sistema de referencia y contra referencia. Nivel I, II y III. Toda paciente pasa por el nivel I, nivel II y nivel III. Es el sistema. Pero aun así debemos ser mucho más rápidos y menos burocráticos en el tema de referencias. Se supone que

[306] Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología Entrevista del 26 de agosto del 2015.

> todos los pacientes tienen que pasar por el primer filtro, que es el primer nivel. Ahí deben identificar a pacientes de riesgo para pasarlas a un establecimiento de mayor complejidad. Eso es en la organización, pero el usuario también tiene su propia forma de ver las cosas: quiere ir al establecimiento con más capacidad resolutiva, ir a lugar más seguro.[307]

En atención a esta problemática, solo uno de los hospitales describe que se ha implementado un sistema de referencia a través de la comunicación vía teléfono entre las personas implicadas, y que esta medida estaría directamente relacionada con la ausencia mortalidad materna en esta red de salud.

> Desde hace dos años o tres nos reunimos, y se quedó con los hospitales y los establecimientos de primer nivel, que al hacer la referencia, para que estén preparados nosotros estamos en la obligación de avisar; nos han dado sus teléfonos, incluso del personal de guardia. Se llama y dice que la paciente está con preeclampsia, y que está yendo. Con coordinaciones se tiene el firme deseo de bajar la mortalidad. Desde hace 5 o 6 años que no hay muerte materna. No se tiene mortalidad materna; no es solo suerte sino las medidas, las referencias y saber exactamente en qué momento se debe actuar para salvar la vida de las personas.[308]

En otra de las entrevistas se identifica la demora en la referencia como una problemática, por la cantidad de pacientes en el establecimiento de salud, lo que lleva a que el personal encargado esté atendiendo otros casos. Adicionalmente, otra persona describe el alto número de referencias y la falta de capacidad resolutiva del hospital frente la demanda de casos, que incluso llevan al hacinamiento, dándose situaciones donde varias mujeres comparten una misma cama o camilla.

> El ginecólogo está en sala de parto, es el único que hay, y tienen que hacer la hoja de referencia.[309]

> Se está tratando la implementar la referencia y contrarreferencia, porque es una unidad que debemos tener; se hace directamente con el servicio, a través de llamadas telefónicas. Referencias, es bastante, es el único hospital de Piura; a veces hemos tenido tres pacientes en una camilla. La vez pasada, dos pacientes que tenían que operarse de emergencia porque no las recibía el Cayetano, mujeres que necesitaban un legrado uterino, durmieron en una sola

[307] Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología Entrevista del 26 de agosto del 2015.
[308] Jefe de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista del 18 de agosto de 2015.
[309] Médico del Centro de Salud Santa Adriana. Entrevista del 24 de julio de 2015.

> cama. Se llamó a la fiscalía, porque se podía tener un problema posterior. Nos sentimos mal; tenemos tantos casos. No nos apoyan.[310]

Un aspecto importante es que hay pacientes que podían ser atendidas en un establecimiento de menor capacidad resolutiva y que, sin embargo, prefieren tener su parto en el hospital. Esto evidentemente está vinculado a la referencia –que también se observa en otras entrevistas– de la falta de capacidad resolutiva de los otros niveles de atención, incluso para la atención de partos normales. Una de las personas entrevistadas mencionó que, en general, un lineamiento del hospital es que no se realizan partos normales, y sin embargo, llegan a atenderse, pues son derivadas.

> Las referencias y contrarreferencias: es todo los días. Nosotros tenemos un porcentaje alto de pacientes que debían ser atendidas en la periferia, pero que finalmente tenemos que absolver nosotros. Hay varias líneas. Nosotros contrarreferimos a las pacientes y prefieren quedarse por acá, y cuando está dando a luz, llegan y tenemos que atenderla; no hay otra forma. No siempre pero es la mayoría, sobre todo las primerizas. La otra forma es que contrarreferimos a la paciente y el centro de salud nos la vuelve a derivar, porque en el centro de salud no hay médico, o no hay obstetras o no tienen capacidad resolutiva. Pero la contrarreferencia para nosotros es peligrosa, porque la gran mayoría de pacientes tiene algún factor de riesgo y, teniéndolo, corresponde a nuestro nivel. Ya nosotros no podemos referir. Que hagamos referencia a otros hospitales: eso es cero. Aunque sea en el techo, pero tenemos que atenderlos. No hay hospital que nos acepte una contrarreferencia. Pasamos o perdemos tiempo. Antes poníamos a la paciente en Maternidad, Loayza, San Bartolomé y la ambulancia regresaba con la paciente porque nadie la quiso recibir. Pero no era por la falta de capacidad resolutiva sino por falta de camas. Nosotros estamos muy aislados aquí, a pesar de que contamos con una población de tres millones. Ayer nomás nos enviaron una paciente de Cusco; vienen de Huánuco, de Ayacucho, Ica, Chincha, Nazca. Y realmente las cosas que hacemos son heroicas. Sino cómo entender que una hospital que tiene 50 camas obstétricas, produzca al año 8000 partos, teniendo en cuanta que casi la mitad son cesárea. Trabajamos bajo riesgo: darle de alta a una paciente y al día siguiente se complica. Es un riesgo que se corre. [311]

[310] Coordinadora de Obstetricia. Hospital de la Amistad Perú – Corea II-2 Santa Rosa, 9 de julio de 2015.
[311] Jefe del Departamento de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015.

> Tenemos un buen número de referencias. Las contrarreferencias son poquísimas, por falta de capacidad resolutiva del establecimiento. En el hospital dicen que no se puede atender el parto natural, pero viene por referencia.[312]

> Hay una oficina que hace referencias. Yo dejo a mi paciente y al día siguiente se comunica. Sin embargo, no se mueve del establecimiento para ver cómo sigue; se han descuidado los seguimientos porque no hay personal que se quede.[313]

En un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva se mencionó que tiene referencias de toda la región, y que habilitan camas en caso no cuenten con ellas. Se hizo mención a la problemática de la sala de operaciones, por la cantidad insuficiente de anestesiólogos/as para la atención de los casos.

> Recibimos referencias de toda la región (millón y medio de habitantes). Influencia directa es la zona sur. Hospitales de Juli, Yunguyo e Ilave. Ellos no cuentan con cuidados intensivos, cantidad suficiente de ginecólogos y anestesiólogos; la gente es referida. Nos comunican por teléfono o por fax, dependiendo de la hora. El hospital regional no tiene problema de camas; así no hubiera se habilita una cama. El mayor problema es sala de operaciones: no hay cantidad suficiente de anestesiólogos, demora la atención al departamento. El departamento de ginecoobstetricia tiene medico 24 horas, todos los días. Si faltara, se llama al jefe de departamento, viene y apoya, y si no está el jefe de departamento, otro médico que no esté de turno viene y apoya.[314]

> Dentro del establecimiento tenemos, a la entrada, emergencia general, y hacia el fondo, el área materna. Tenemos emergencias obstétricas; allí toda paciente es atendida por la obstetra y el médico. Se atiende las 24 horas, de acuerdo al tipo de emergencia queda en estabilización acá o inmediatamente se hace la referencia al Hospital El Carmen. Persona asegurada o no, se les brinda la misma atención a todos. Con seguro integral no paga nada, se le genera un FUA [formato único de atención].[315]

Las entrevistas realizadas dan cuenta de un alto nivel de casos que son referidos hacia hospitales de mayor capacidad resolutiva. Algunas de las

---

312 Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015.

313 Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015.

314 Jefe del Departamento de gineco-obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Entrevista del 23 de julio de 2015.

315 Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista del 2 de julio de 2015.

problemáticas identificadas están vinculadas a la falta de coordinación entre las instancias encargadas de realizarla y la tardía referencia de casos. Un aspecto que se desprende y es indispensable es el fortalecimiento del primer nivel de atención, para que el flujo de pacientes hacia hospitales de mayor capacidad resolutiva responda en mayor medida a la atención de complicaciones obstétricas.

Conclusiones

1. Sobre los protocolos de atención para una maternidad segura

De los dieciocho servicios de salud supervisados, la mayoría (dos centros de salud y diez hospitales)[316] contaban con la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Adicionalmente, dos de los cinco establecimientos de salud de primer nivel no contaban con el Documento Técnico "Adecuación cultural de la orientación y de consejería en salud sexual y salud reproductiva".[317]

2. Sobre la Guía para el procedimiento de aborto terapéutico

Cinco[318] de los trece hospitales de salud mencionaron que no contaban con la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo no menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119º del Código Penal", la que identifica las situaciones de riesgo de vida de las gestantes en que es aplicable el aborto terapéutico, así como el procedimiento para aprobar su aplicación a los casos concretos. Las entrevistas realizadas sobre la implementación de esta guía dan cuenta de un proceso que se desarrolla en forma lenta. Solo en el caso de dos hospitales del Lima[319] se mencionó que venían realizando acciones para difundirla, así como el procedimiento respectivo para aplicarla; cuatro hospitales no recibieron ninguna capacitación para su implementación por parte del Minsa.[320] En el caso de los cinco centros de salud, ninguno cuenta con esta guía. Si bien este procedimiento no puede ser aplicado por un establecimiento de salud de primer nivel ni de segundo nivel, es sumamente importante que todos los establecimientos a nivel nacional conozcan y difundan esta norma, a fin de derivar los casos cuando fuera necesario.

---

316 Los Centros de Salud que no contaban con la Norma Técnica para la Atención Integral para la Salud Materna fueron: CS Chilca de Junín, CS Materno Infantil – Catacaos (Piura); y CS Santa Adriana (Puno); y los Hospitales que no contaban con esta norma fueron: H. Regional Honorio Delgado, H. III Goyeneche (Arequipa) y el H.N. Sergio E. Bernales (Lima).

317 Los Centro de Salud Santa Adriana (Puno) y el Centro de Salud Chilca (Junín).

318 Los Hospitales que no cuentan con esta Guía son: Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa), Hospital Domingo Olavegoya (Red de Salud Jauja-Junín), Hospital San Juan de Lurigancho (Lima), Hospital Manuel Núñez Butrón (Puno), y el Hospital Carlos Monge Medrano (Puno).

319 Instituto Nacional Materno Perinatal y el Hospital María Auxiliadora de Lima.

320 Los hospitales: Goyeneche III (Arequipa), Manuel Núñez Butrón (Puno), Hospital Corea Santa Rosa (Piura) y el Hospital María Auxiliadora (Lima).

3. Cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención de la salud materna en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales[321]

Tres centros de salud supervisados señalaron que no cumplieron con el 90% de los estándares e indicadores de calidad durante los años 2013 y 2014,[322] los mismos que fueron establecidos por el Documento Técnico "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)". Este documento plantea cumplir con actividades básicas de atención como: consultas prenatales; identificación y referencia oportuna de gestantes y recién nacidas/os; emergencias obstétricas y neonatales; anticoncepción posparto (orientación, consejería, provisión de métodos anticonceptivos). Asimismo, establece los datos básicos que deben contener las historias clínicas de las gestantes; los resultados de análisis de laboratorio que deben tener las gestantes antes de la cuarta atención prenatal; las gestantes que no acuden a una cita programada de atención prenatal deben recibir una visita en la semana inmediata posterior; entre otros.

Las principales dificultades son la falta de presupuesto para contar con recursos humanos suficientes e infraestructura adecuada. Por otro lado, seis hospitales[323] de los trece supervisados mencionaron que no cumplieron con más del 90% de estándares e indicadores de calidad según las FON durante 2013 y 2014. Acentúa la preocupación que cinco hospitales que no cumplen los estándares correspondan a regiones, y solo uno a Lima. Asimismo, de los siete que sí cumplen, cinco están ubicados en Lima.

4. Accesibilidad al Seguro Integral de Salud (SIS)

Seis de los trece hospitales[324] tienen desabastecimiento de insumos y medicamentos, infraestructura y equipamiento adecuado. Siete de los

---

321 Estos estándares toman como base el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales", Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 16 de febrero de 2007.

322 Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa), Centro de Salud Santa Adriana (Puno) y Centro de Salud de Chilca (Junín). Los C.S. que sí cumplieron estos estándares fueron el Centro de Salud La Unión y el Centro de Salud Catacaos (Piura).

323 Es el caso de los hospitales: Regional del Carmen (Junín), Domingo Olavegoya (Red de Salud Jauja–Junín), Corea Santa Rosa (Piura), Regional Honorio Delgado (Arequipa), Enrique Bernales (Lima) y Goyeneche (Arequipa).

324 Corea Santa Rosa (Piura), Monje Medrano (Puno) y Goyeneche (Arequipa), Instituto Materno Perinatal (Lima), Dos de Mayo (Lima) y San Juan de Lurigancho (Lima).

dieciocho servicios de salud refirieron dificultades en la accesibilidad al SIS: a) problemas en la afiliación por no contar con DNI (dos hospitales);[325] b) desconocimiento de las usuarias del proceso de afiliación y beneficios del SIS (tres hospitales);[326] c) problemas con la evaluación y afiliación al SIS (dos centros de salud);[327] d) problemas con las derivaciones o atención de mujeres de zonas alejadas (tres centros de salud);[328] por referencias mal realizadas o tardías (cuatro hospitales).[329]

En este contexto, es indispensable mayor difusión del Decreto Legislativo N°1164, que establece disposiciones para la extensión de la cobertura del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado, con el propósito de garantizar que las gestantes en situación de pobreza y extrema pobreza puedan ser afiliadas al SIS, incluso aquellas que no cuenten con DNI. También es necesario realizar un análisis sobre las causas del desabastecimiento de insumos y medicamentos dentro del Seguro Integral de Salud.

5. Sistema de quejas

Ocho hospitales[330] recibieron quejas durante el periodo de supervisión. Entre los motivos más recurrentes encontramos: maltrato a las usuarias, negligencias, insuficiente información y demora en la atención. En el caso de los centros de salud de atención primaria, cuatro establecimientos señalaron que cuentan con sistema de quejas,[331] sin embargo, solo uno[332] recibió quejas de parte de las usuarias.

Atención prenatal

6. Infraestructura y personal médico

En la mayoría de los hospitales supervisados (once[333] de trece) se identificaron problemas de infraestructura, donde la falta de camas,

---

325 El Carmen (Junín) y Olavegoya (Junín).

326 Monge Medrano (Puno), Honorio Delgado (Arequipa) y San Bartolomé (Lima).

327 Centro de Salud Edificadores Misti (Arequipa) y C.S. Catacaos (Piura).

328 Es el caso del Centro de Salud de Santa Adriana (Puno), Chilca (Piura) y Centro de Salud La Unión.

329 San Bartolomé (Lima), Bernales (Lima); Dos de Mayo (Lima) y el Instituto Materno Perinatal (Lima).

330 H. Carmen (Junín), 63 quejas; H. Bartolomé (Lima), 145 quejas; H. Olavegoya (Junín), 378 quejas; H. Santa Rosa (Piura), 8; H. Dos de Mayo (Lima), 2; H. Honorio Delgado (Arequipa), 2 quejas; H. Monge Medrano (Puno), 6; y H. Bernales (Lima), 69 quejas.

331 Micro Red Edificadores Misti (Arequipa), C.S. Chilca (Junín), C.S. Catacaos, C.S. La Unión (Piura).

332 C.S. Catacaos consigna que recibió dos quejas por inasistencia o tardanza de la obstetra.

333 Solo el H. Bernales (Lima) y el H. Goyeneche (Arequipa) no consignaron información sobre la disponibilidad de infraestructura.

privacidad, hacinamiento de pacientes, así como infraestructura antigua, son algunas de las dificultadas percibidas por los entrevistados. Respecto al personal médico, también se registró un número limitado, sobre todo en los hospitales y centros de salud regionales. Las situaciones más críticas se registraron en Junín[334] y Piura.[335]

7. Disponibilidad de medicamentos

La Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna[336] consigna la obligación de proveer de medicamentos como calcio, ácido fólico y sulfato ferroso. En el caso de los centros de salud, solo el de Piura[337] cumple con brindar estos insumos completos; los otros cuatro[338] solo brindan dos de ellos: ácido fólico y sulfato ferroso. Cinco de los trece hospitales no proveen calcio[339], nueve no proveen apoyo alimentario a la gestante y dos no informaron al respecto.[340] Por otro lado, siete[341] hospitales mencionaron que contaban con todos los recursos para la atención de la salud materna. Esta situación es confirmada por la Endes 2015, que evidencia una brecha del 13% entre gestantes del área urbana con el área rural, quienes tomaron hierro por 90 o más días durante el embarazo.[342] El problema del desabastecimiento de estos suplementos afecta la salud de la gestante, ante el riesgo de descalcificación y anemia, mientras que el ácido fólico contribuye a reducir el riesgo de defectos del tubo neural como: espina bífida, fusión incompleta de la médula espinal y la columna vertebral, anencefalia, subdesarrollo grave del cerebro, entre otros.

---

334 De los datos proporcionados, el que cuenta con menor personal es el H. Domingo Olavegoya (Junín), tanto de gineco-obstetras (3) como obstetras (15), lo cual resulta a todas luces insuficiente.

335 El centro de salud más crítico es el de La Unión (Piura), que no cuenta con ningún médico cirujano ni gineco-obstetra.

336 Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, publicada el 25 de diciembre de 2013.

337 C.S. La Unión.

338 C.S. Misti (Arequipa), C. S. Chilca (Junín), C. S. Catacaos (Piura) y el C. S. Santa Adriana (Puno).

339 H. El Carmen (Junín), H. Olavegoya (Junín), H. Corea Santa Rosa (Piura), H. María Auxiliadora (Lima) y H. Goyeneche (Arequipa).

340 H. El Carmen (Junín), H. Olavegoya (Junín), Corea Santa Rosa (Piura), María Auxiliadora (Lima), Dos de Mayo (Lima), Honorio Delgado (Arequipa), Bernales (Lima), Núñez Butrón (Puno) y Goyeneche (Arequipa). El H. San Juan Lurigancho (Lima) y el H. Monge Medrano (Puno) no respondieron esta pregunta.

341 H. El Carmen (Junín), H. Núñez Butrón (Puno), H. Bartolomé (Lima), Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima), H. María Auxiliadora (Lima), H. Nacional Dos de Mayo (Lima) y el H. Olavegoya (Junín).

342 Encuesta Demográfica y Salud Familiar–Endes 2015. (2016). Lima: INEI, p. 30

8. Signos de alarma

Los cinco centros de salud señalaron que informan a las usuarias sobre los signos de alarma a través de las consejerías prenatales; once de los trece hospitales realizan la información sobre signos de alarma.[343] Los signos de alarma son aquellos síntomas que indican la presencia de algún tipo de complicación o enfermedad durante las diferentes etapas de la gestación. Por ejemplo, en el primer trimestre los signos de alarma pueden ser: fiebre constante, dolor abdominal fuerte y continuo, dolores de cabeza frecuentes, con visión borrosa, sangrados de color café o rojo, ardor para orinar o malos olores en la orina. Durante el segundo trimestre, otros signos de alarma son: sangrado vaginal, contracciones, amanecer con la cara o las manos y/o pies hinchados. Finalmente, durante el tercer trimestre: sangrados o salida de líquidos por la vagina, tener contracciones mucho antes de la fecha del parto, no presentar contracciones después de la semana 40 de embarazo y disminución de los movimientos fetales.

9. Sobre disponibilidad de métodos anticonceptivos

Si bien los trece hospitales informaron que cuentan con una gama de métodos anticonceptivos, en las entrevistas se identificó que un hospital[344] y dos centros de salud[345] refirieron el desabastecimiento de algunos métodos anticonceptivos por periodos. El desabastecimiento en el caso de mujeres jóvenes, con enfermedades crónicas o aquellas con un parto reciente –especialmente con cesárea– implica un riesgo para su salud ante la posibilidad de un embarazo no planificado.

10. Acompañamiento prenatal

La Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna establece que la identificación de las gestantes es de aplicación obligatoria en los centros de salud. Asimismo, establece que la red de salud debe asegurar que el conjunto de sus establecimientos haya captado al 100% de gestantes en su ámbito de influencia. Tres de los cinco centros de salud[346] no identifican ni ofrecen los servicios de salud a las gestantes en su comunidad. Por otro lado, en cuanto a las atenciones prenatales en los hospitales, seis de

---

343 El H. María Auxiliadora no consignó dato y el H. Carlos Monge Medrano (Puno) no especificó si realizaba o no la difusión de signos de alarmas.

344 H. Santa Rosa (Piura).

345 C. S. Misti (Arequipa) y C. S. Chilca (Junín).

346 C.S Edificadores Misti (Arequipa), Santa Adriana (Puno) y La Unión (Piura).

los trece hospitales[347] refirieron que un mayor número de gestantes había recibido menos de seis atenciones prenatales en comparación al número de gestantes que recibieron más de seis atenciones; esta situación en parte se explica porque muchas veces las gestantes son referidas de otros centros de salud u hospitales. En el caso de los centros de salud de primer nivel de atención, solo dos[348] proporcionaron datos sobre el número de atenciones prenatales realizadas, y solo en uno[349] de ellos se puede hacer una comparación, identificándose que la proporción de gestantes que recibieron menos de seis atenciones prenatales es mayor.

11. Sobre prueba VIH/sífilis

Solo uno de los cinco centros de salud indicó que no realiza estas pruebas a las gestantes, por no contar con laboratorio ni los insumos necesarios.[350] En once de los trece hospitales,[351] el número de casos que recibieron atención prenatal es mayor al que recibió consejería sobre VIH/sífilis. En cuanto al consentimiento informado, ninguno de los establecimientos de salud supervisados mencionó este requisito como una medida para garantizar que la prueba se realice de manera adecuada. La necesidad de contar con esta información es vital, para proveer a la gestante que presente el virus del VIH de los retrovirales necesarios para prevenir el contagio al feto.

12. Plan individual del parto

Es un instrumento utilizado como una estrategia efectiva para organizar recursos institucionales, familiares y comunitarios en la atención oportuna de la gestante en el parto. Consta de tres entrevistas. Cuatro de los trece hospitales refieren que no aplican el plan de parto, porque no les corresponde de acuerdo a su categorización.[352] Sin embargo, esto difiere con lo planteado en la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Materna,[353] que establece que el plan de parto es de aplicación obligatoria

347 H. El Carmen (Junín); H. Bartolomé (Lima); Corea Santa Rosa (Piura); H. Dos de Mayo (Lima); Monge Medrano (Puno); y el Instituto Materno Perinatal (Lima).
348 C.S. Santa Adriana (Puno) y C.S. Catacaos (Piura).
349 C.S. Catacaos (Piura).
350 C. S. Misti
351 Las excepciones son el Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima) y el Hospital Goyeneche (Arequipa).
352 Es el caso del H. Honorio Delgado (Arequipa), H. San Juan de Lurigancho (Lima), H. Núñez Butrón (Puno) y el Instituto Nacional Materno Perinatal.
353 Norma de Atención Integral de la Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA, publicada en el diario oficial El Peruano el 25 de diciembre de 2013.

en todos los niveles de atención. Cuatro de los cinco centros de salud[354] señalan que sí realizan el plan individual de parto y la pesquisa o tamizaje de violencia de género, a través de la consejería o en el primer control prenatal. Sin embargo, las entrevistas realizadas dan cuenta de que no se estaría cumpliendo con las dos últimas etapas establecidas en la norma técnica, las que es vital que sean implementadas en zonas alejadas o rurales en donde el acceso a un establecimiento de salud es muy complicado.

Atención durante el parto

13. Sobre las casas maternas

Son el lugar donde la gestante y su familia –que vive en zonas alejadas de los servicios de salud– esperan el momento del parto. También ofrece un espacio adecuado para la promoción de prácticas y comportamientos saludables relacionados a la salud materna. Se gestiona según lo establecido en el Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna".[355] Solo un centro de salud[356] señaló que participaba en la gestión de una casa de espera, junto con la municipalidad; sin embargo, precisó que no contaba con suficiente presupuesto. De los trece hospitales supervisados, ninguno tuvo conocimiento de su implementación en sus jurisdicciones. La necesidad de contar con la cantidad suficiente de casas de espera, debidamente implementadas, se enfoca en que las mujeres gestantes de zonas rurales alejadas puedan encontrarse cerca de un establecimiento de salud que atienda las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el parto, especialmente en aquellas gestaciones con algún tipo de signo de alarma.

14. Acompañamiento de gestantes durante el parto

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, en su apartado de derechos y responsabilidades de la salud materna y perinatal,[357] establece que el proveedor de salud debe brindar atención

---

354 El C.S Salud Edificadores Misti (Arequipa), C.S. Catacaos (Piura), C.S. de Chilca (Junín) y el C.S. de Santa Adriana (Puno) mencionan que realizan el plan de parto. Solo el C.S. La Unión (Piura) no menciona si realiza o no el plan de parto.

355 Aprobado por Resolución Ministerial No 815-2010/MINSA. Publicado el 23 de octubre de 2010. Este documento deja sin efecto la Resolución Ministerial No 674-2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Casas de espera materna: modelo para su implementación". Al respecto, la Diresa Puno informó que había implementado el 70% de casas de espera en el año 2013 y el 85% al año 2014. Por su parte, la Diresa de Arequipa cuenta con trece casas de espera materna en la región. Las direcciones regionales (Piura y Junín) no consignaron datos.

356 C.S. Catacaos (Piura).

357 Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01, publicada el 25 de diciembre de 2013; y modificada mediante Resolución Ministerial N° 670-2015/

de parto humanizado con acompañante. Sobre este estándar, la mayoría (ocho de los trece hospitales)[358] supervisados no permiten la presencia de la pareja u otros familiares durante el parto. Los cinco centros de salud informaron que sí permiten la presencia de la pareja o acompañante durante el trabajo de parto.

15. Violencia obstétrica

Un aspecto importante es el maltrato que sufren las usuarias en estado de gestación durante su atención prenatal, parto o puerperio. En el Perú, a diferencia de otros países de Sudamérica y Centroamérica, no contamos con una norma específica que aborde esta problemática. Sin embargo, las entrevistas dan cuenta de un nivel de maltrato a las usuarias durante su atención en el embarazo y el parto, en particular de las mujeres quechuahablantes, lo que provoca que en algunos casos las gestantes no regresen al servicio de salud, específicamente cuando el maltrato se produce en los primeros controles.

16. Sobre capacitación del personal

Siete de los trece hospitales refieren haber recibido al menos una capacitación en emergencias obstétricas (estados hipertensivos del embarazo, hemorragias, infecciones obstétricas graves, paro cardiorrespiratorio, etc.) durante los tres últimos años,[359] siendo este el tema más recurrente; el resto de capacitaciones son diferentes para cada hospital. Solo uno de ellos mencionó un espacio de capacitación relacionado al protocolo de interrupción voluntaria del embarazo.[360] Ninguno de ellos refirió haber recibido capacitación sobre adecuación cultural del parto. En el caso de los centros de salud de primer nivel, la información remitida es bastante deficiente: dos de los cinco centros de salud no proporcionan el número de personal capacitado;[361] la información brindada da cuenta de falta de

MINSA, publicada el 23 de octubre de 2015. Anexo 1: Derechos y responsabilidades de la salud materna y perinatal.

358 H. Honorio Delgado (Arequipa), H. El Carmen (Junín), H. Olavegoya (Junín), H. Bartolomé (Lima), H. Dos de Mayo (Lima), H. Bernales (Lima), H. María Auxiliadora (Lima); y Corea Santa Rosa (Piura).

359 H. el Carmen (Junín), H. San Bartolomé (Lima), H. Olavegoya (Junín), Corea Santa Rosa (Piura), H. Honorio Delgado (Arequipa), H. Monge Medrano (Puno) y H. Bernales (Lima). Cabe precisar que dos hospitales no refirieron información: el H. María Auxiliadora (Lima) y el H. San Juan de Lurigancho (Lima), mientras que los otros cuatro no señalaron este tipo de capacitación: H. Dos de Mayo (Lima), H. Núñez Butrón (Puno), Instituto Materno Perinatal (Lima) y H. Goyeneche (Arequipa).

360 H. Corea Santa Rosa (Piura).

361 C.S. Edificadores Misti (Arequipa) y H. La Unión (Piura).

capacitación sobre la atención vinculada a una maternidad segura. Por otro lado, ninguno refirió capacitación sobre parto vertical.

17. Aceptabilidad y adaptabilidad: atención del parto vertical con pertinencia cultural

Es el parto donde la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, de cuclillas), mientras que el profesional de la salud se coloca delante o detrás de la gestante para atenderla. Los cinco establecimientos de salud de primer nivel no contaban con infraestructura ni espacio destinado para la atención del parto con adecuación intercultural; no existe un registro de casos de este tipo de atención.[362] En cuanto a los hospitales, doce informan que cuentan con al menos un ejemplar de la norma técnica que precisa los estándares para su atención.[363] Sin embargo, solo cuatro hospitales precisan que han practicado partos verticales en sus establecimientos,[364] tres hospitales no consignaron datos[365] y seis reportaron que no realizaban parto vertical.[366] Por otro lado, la mayoría de los hospitales[367] no cuenta con el espacio adecuado para la atención de los partos verticales.

18. Parto natural (alumbramiento activo) y cesárea

La Endes 2015 indica que el nacimiento por cesárea se estima entre 5% y 15% de los nacimientos a nivel nacional. Esta cifra se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2015.[368] Por otro lado, se debe considerar que el 67% de los partos registrados son atendidos en establecimientos de salud ubicados en zonas urbanas; de igual manera, el 80% de cesáreas se realizan en zonas urbanas. Asimismo, cabe indicar que, del total de partos atendidos, el 75% corresponde a alumbramiento activo y el 25% a cesáreas.[369] Las cifras remitidas por los hospitales no permiten comparar este tipo de servicio, sin embargo, el alto porcentaje de cesáreas se debe a

---

362 Solo el Centro de Salud Santa Adriana (Puno) refiere haber atendido 112 partos verticales entre enero de 2013 y marzo de 2015.

363 Solo el H. María Auxiliadora (Lima) no consignó información al respecto.

364 H. Carmen (Junín), Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima), Goyeneche (Arequipa) y H. Honorio Delgado (Arequipa).

365 H. San Bartolomé (Lima), H. María Auxiliadora (Lima) y H. Enrique Bernales (Lima).

366 H. Olavegoya (Junín), H. Corea Santa Rosa (Piura), H. Dos de Mayo (Lima), H.San Juan de Lurigancho (Lima), H. Carlos Monge (Puno) y H. Núñez Butrón (Puno).

367 Solo en el caso del Instituto Materno Perinatal (Lima) se indicó que contaba con un espacio adecuado.

368 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (2016). Endes 2015. Lima: INEI, p. 238.

369 Memoria Institucional Anual del Seguro Integral de Salud del Periodo Presupuestal 2015, Resolución Jefatural No 079 -2016/SIS. 30 de marzo Nº 2016. p. 36.

que la mayoría de casos llegan por referencias, debido a complicaciones obstétricas, por lo que es necesario reforzar la calidad de los servicios en los centros de salud de primer nivel

Atención del puerperio

19. Atención posparto

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna establece que la atención del posparto implica: la atención del puerperio inmediato, puerperio mediato, posparto tardío. Ninguno de los cinco centros de salud informa a las usuarias sobre los signos de alarma (signos inflamatorios en mamas, problemas respiratorios, dolor abdominal, hemorragias, etc.) durante la atención del puerperio. Asimismo, solo tres de los cinco centros de salud mencionaron las medidas específicas que realizaban a las usuarias en el posparto.[370] De los trece hospitales, diez[371] informaron que tomaban medidas específicas para la atención posparto, sin embargo, de manera similar a los centros de salud, ninguno precisó como una de las medidas, el informar a las usuarias los signos de alarma durante la atención del puerperio. Las entrevistas realizadas dan cuenta de un alto nivel de casos que son referidos hacia hospitales de mayor capacidad resolutiva. Algunas de las problemáticas identificadas están vinculadas a la falta de coordinación entre las instancias encargadas de realizarla y la tardía referencia de casos.

20. Vigilancia de casos de muerte materna

Un alto número de muertes maternas ocurre debido a tres demoras relacionadas con cuidados obstétricos de emergencia: a) la demora en tomar la decisión de buscar ayuda, b) la demora en llegar al establecimiento de salud, y c) la demora en recibir la atención apropiada. Estas demoras están estrechamente relacionadas con la falta de servicios de salud disponibles, accesibles (aspectos económico, físico e informativo), aceptables (aspectos cultural y ético) y de calidad. Entre las principales causas de muerte materna en los trece hospitales supervisados (2013–2015) están las siguientes: hemorragia posparto (10), hipertensión y síndrome de Hellp (23). El total de muertes maternas reportadas fue de 98.

[370] C.S. Edificadores Misti (Arequipa), C.S. Santa Adriana (Puno) y C.S. La Unión (Piura).

[371] Los hospitales que no señalaron medidas son: H. San Juan de Lurigancho (Lima), H. Núñez Butrón, H. San Bartolomé (Lima).

Los trece hospitales detallaron que sí cuentan con un comité de muerte materna, así como las recomendaciones vertidas frente a los casos que se han producido, un aspecto que resulta positivo. Sin embargo, es necesario también que estas recomendaciones puedan ser monitoreadas, con la finalidad de lograr un nivel de cumplimiento y la disminución de la muerte materna, que desde 2014 muestra cifras con un ligero incremento, situación que se ha repetido en 2015.

21. Sistema de referencia (derivación) y contrarreferencias obstétricas (devolución al servicio de salud que derivó de la atención para seguimiento)

Estos procesos son parte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRCR),[372] al que se articula la red funcional de servicios de salud. Mediante ella se debe integrar los establecimientos de salud en base a su capacidad resolutiva desde los niveles locales, regionales y nacionales, para superar la necesidad o problema de salud generado por la emergencia y, así, lograr la satisfacción de la gestante, puérpera y recién nacido. Las estadísticas reportadas por los hospitales evidencian la dificultad para contar con un registro que muestre los casos que han requerido este tipo de medidas. No obstante, las entrevistas grafican las deficiencias del sistema. Sobre este aspecto, nueve de los trece hospitales[373] reportaron estas estadísticas, cinco de ellos con más de 1000 contrarreferencias al año.[374]

[372] Establecido a través de la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Sistema de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, publicado en el diario oficial El Peruano el 1 de agosto de 2004.

[373] El H. San Bartolomé (Lima); H. María Auxiliadora (Lima); Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima); y el H. San Juan de Lurigancho, que solo consignó datos del año 2014.

[374] H. El Carmen (Junín); H. Dos de Mayo (Lima); H. Honorio Delgado (Arequipa); Monge Medrano (Puno); y Bernales (Lima).

Recomendaciones

Al Ministerio de Salud (Minsa)

1. Mejorar el sistema de recolección y sistematización de información, para superar el subregistro de casos de mortalidad materna y contar con evidencia real de la problemática, a fin de mejorar la política pública del Estado en esta materia.

2. Adoptar las medidas necesarias para asegurar la prevención del embarazo adolescente y los riesgos para la salud materna que esta situación supone para este grupo poblacional, a partir del acceso a información e insumos anticonceptivos, de conformidad con la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (NTS N° 124-MINSA/DGIESP-V-01) y la implementación del plan nacional multisectorial para la prevención del embarazo adolescente.

3. Fortalecer la difusión y capacitación del personal de salud en el marco de las normas vinculadas a garantizar una maternidad segura, en particular de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna; la Norma Técnica de Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales; la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado, en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal; la Norma Técnica de Adecuación cultural de la orientación y de consejería en salud sexual y salud reproductiva; la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural; y la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar.

4. Asegurar que la accesibilidad al Seguro Integral de Salud (SIS) garantice el abastecimiento de medicamentos, infraestructura y equipamiento adecuado para atender la salud materna. Asimismo, promover que las gestantes en situación de pobreza y extrema pobreza sean afiliadas al SIS, incluso aquellas que no cuenten con DNI, en el marco del Decreto Legislativo N°1164, que establece disposiciones para la extensión de la cobertura del SIS en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.

5. Evaluar el sistema de quejas implementado en los servicios de salud supervisados, con el objetivo de garantizar que las usuarias accedan a las instancias y procedimientos correspondientes, en el marco de la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (Ley Nº 29414).

6. Implementar una norma específica que aborde la prevención y sanción de la violencia obstétrica, frente a los casos de maltrato de las usuarias en la atención durante el embarazo y el parto, en particular de las mujeres quechuahablantes.

7. Garantizar la disponibilidad de la gama completa de métodos anticonceptivos y de los medicamentos básicos vinculados a la atención de la salud materna (calcio, ácido fólico y sulfato ferroso), así como del apoyo alimentario a las gestantes.

8. Fortalecer la pertinencia intercultural de los servicios en los establecimientos de categoría I1, I2, I3 que atienden partos en periodo expulsivo, con personal capacitado e infraestructura adecuada, para brindar una mayor cobertura de atención a las mujeres gestantes que deciden tener un parto en posición vertical.

9. Incrementar los esfuerzos para el efectivo funcionamiento de los comités de muerte materna a nivel nacional, así como implementar un sistema de monitoreo que asegure que los casos de morbimortalidad materna sean investigados y que las recomendaciones que realicen estas instancias sean cumplidas, a fin de prevenir la morbimortalidad materna.

10. Consolidar un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente, que permita una coordinación fluida e inmediata frente casos de emergencias obstétricas.

11. Reiterar la recomendación de precisar 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. Este precisión debe realizarse en la Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la sífilis, en el Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y Sida, y en la Norma Técnica de Salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en el Perú

Al Ministerio de Salud, en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud (Diresa)

12. Supervisar que el personal de los establecimientos de salud cumpla con informar a las usuarias sobre los derechos relacionados con la atención de la salud materna, como el derecho a la gratuidad del servicio, el servicio de parto vertical con pertinencia intercultural, a que se le realicen pruebas para detectar VIH y sífilis, a que su pareja y/o familiar la acompañe durante las atenciones prenatales y el parto, los signos de alarma durante el embarazo y 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.

13. Promover 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. Asimismo, evaluar las condiciones actuales de estos servicios, asegurar el presupuesto adecuado para su funcionamiento y difundir la aplicación de la directiva administrativa que regula el pago de la prestación de asignación por alimentación para gestantes y/o puérperas afiliadas /inscritas al SIS alojadas en una casa materna.

Bibliografía

- Arango Olaya, Mónica. *Alyne da Silva Pimentel v. Brasil (2011): Sentando un precedente. PAHO*. (2013). Santo Domingo, República Dominicana.

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. "Acceso a servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos". OEA/Ser.L/V/II.Doc. 69, aprobada por la CIDH el 7 junio 2010. Recuperado de: http://omm.org.mx/images/stories/documentos/SaludMaterna2010_CIDH.pdf

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, de 22 de noviembre de 2011.

- Comité Cedaw. *Alyne da Silva Pimentel v. Brasil (2011).*

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones finales sobre los informes periódicos combinados segundo a cuarto del Perú. E/C.12/PER/2-4, de fecha 30 de mayo de 2012.

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 22° periodo de sesiones, 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

- Comité de Derechos Humanos. Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú, aprobadas por el Comité en su 107º periodo de sesiones (11 a 28 de marzo de 2013), 29 de abril de 2013.

- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú. CEDAW/C/PER/CO/7-8, de fecha 24 de julio de 2014. Recuperado de: http://acnudh.org/wp-content/uploads/2015/01/CEDAW-Peru1.pdf

- Consejo de Derechos Humanos. 22º periodo de sesiones. Tema 6 de la agenda. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal* Perú. 27 de diciembre de 2012.

- Consejo de Derechos Humanos. 11º Periodo de sesiones. Resolución 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. 27ª sesión. 17 de junio de 2009.

- Consejo Nacional de Salud. Sesión del 28 de mayo, aprobó por unanimidad el Informe Final de la Comisión Ad Hoc. Recuperado de: http://www.forosalud.org.pe/INFORME%20FINAL%20COMISION%20SOBRE%20DESABASTECIMIENTO%20DE%20MEDICAMENTOS%20DEL%20CNS%20-%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf

- Consejo Nacional de Salud. Informe del "Diagnóstico del Proceso e Identificación de los Principales Nudos Críticos en el Proceso de Abastecimiento Oportuno de Medicamentos en el Sector Público", 2015.

- Cook, Rebecca; Dickens, Bernard, y Fathlla/Mahmoud. *Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y la medicina*. (2003). Bogotá: Profamilia.

- Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros ("fecundación in vitro") vs. Costa rica. Sentencia del 28 de noviembre de 2012. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costa.

- Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 29 de marzo de 2006.

- Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xàkmok Kàsek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010.

- Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Sentencia del 29 de julio de 1988.

- Jibaja-Calvo, Dassine; Best-Bandenay, Pablo; Vera-Linares, Luis; Lozano. Urbano, Michelle. "Efectos de la implementación de una casa de espera materna en el Micro Red de Salud Pichanaki". *Infinitum (Huacho), 5*(1), 2015.

- Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N°138, Derecho a una maternidad segura: Supervisión Nacional de los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA*. (2008). Lima: Defensoría del Pueblo.

- Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 161 "Camino al aseguramiento universal en salud (AUS) Resultados de la supervisión nacional a hospitales"*. (2013). Lima: Defensoría del Pueblo.

- Defensoría del Pueblo. *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Informe Defensorial N° 169*. (2015). Lima.

- Facio, Alda. *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. (2008). San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

- Facio, Alda. *Caminando hacia la Igualdad Real. Manual de Módulos*. (1997). San José, Costa Rica: Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente Ilanud, Unifem.

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2011). *Estudio de barreras de acceso a las casas de espera, en Cusco y Ayacucho y propuestas para asegurar su disponibilidad.* Lima.

- Galli, Beatriz. *El caso Alyne da Silva Pimentel (Brasil).* Lima: IPAS. Recuperado de: http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/651/La%20mortalidad%20materna%20como%20cuesti%C3%B3n%20de%20dhu%20Brasil-Beatriz%20Galli.pdf?sequence=1

- GIRE. *Violencia Obstétrica. Un Enfoque de Derechos Humanos*. (2015). México: GIRE.

- Hurtado, Raquel. Colectivo Cabildeo. Diálogo Regional. Género e interculturalidad: factores clave en la capacitación para implementar políticas públicas descentralizadas. Atención del parto en posición vertical como estrategia para mejorar el acceso al parto institucional. Junio del 2013.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y Neonatales. 2013*. Lima: INEI.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Encuesta Nacional de Nivel de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal*. Lima: INEI.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (agosto, 2016). *Indicadores de Resultado de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2016*. Lima: INEI.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015.* (2016). Lima: INEI.

- Karolinski, A.; Mercer, R.; Micone, P.; Ocampo, C.; Salgado, P.; Szulik, D.; et al. "Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave". *Rev Panam Salud Pública, 2015*.

- Kohen, Beatriz; Alonso, Amelina; Aisenstein, Mariela; Finoli, Micaela; y Segarra, Alejandro. *La exigibilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. (2008). Buenos Aires: Asociación por los Derechos Civiles.

- Ministerio de Salud. *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011*. (2013). Lima: Minsa y UNFPA.

- Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Sala de situación virtual de la muerte materna*. Recuperado de: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=121

- Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades–Minsa. Hasta la SE N° 32 de 2016.

- Ministerio de Salud. Physicians for Human Rights "Demoras fatales Mortalidad materna en el Perú: Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura". (2007). Citado en: Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna". Lima: 2010.

- Ministerio de Salud. *Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera materna"*. (2010). Lima.

- Ministerio de Salud. Lima, La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. (2013). Mirtha Maguiña Guzmán y Jorge Miranda Monzón. Dirección General de Epidemiología.

- Movimiento Manuela Ramos. *La salud sexual y la salud reproductiva: marco jurídico internacional y nacional*. (2010). Lima.

- Organización de las Naciones Unidas. Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. 21º periodo de sesiones.

- Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe de 2015. Recuperado de: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva 348. Mayo 2014. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

- Physicians for Human Rights. *Demoras fatales. Mortalidad materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*. (2007) Washington: Physicians for Human Rights.

- Ramirez, Lilia. *Los derechos sexuales y derechos reproductivos en el marco de los derechos humanos*. Recuperado de: http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MANUELA-RAMOS-SSR_Marco_Juridico.pdf

- Seguro Integral de Salud. Memoria Institucional Anual del Periodo Presupuestal 2015 Resolución Jefatural No 079 -2016/SIS. 30 de marzo No 2016.

- Seguro Integral de Salud. Memoria Institucional Anual del Periodo Presupuestal 2014. Aprobada por Resolución Jefatural No 08-2015/SIS. 7 de abril del 2015.

- Serie Informes de Adjuntía. *Informe N° 001-2010/DP-ADM*, publicado en enero de 2010.

- Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia recaída en los Expedientes Nº 0025-2005-PI/TC y 0026-2005-PI/TC (acumulados), del 25 de abril de 2006.

- Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia recaída en el Exp. Nº 047-2004-AI/TC, de 24 de abril de 2006.

- Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia del expediente 2945-2003-AA/TC, de fecha 20 de abril de 2004.

- World Health Organization. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015.* (2015). Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/

Anexo n° 1

Normas técnicas, directivas y otros documentos del Ministerio de Salud

En este acápite se ha dividido la presentación de la normativa en cinco apartados, a partir de la naturaleza de la normativa. Son los siguientes:

a. Atención de salud materna, salud sexual, salud reproductiva y planificación familiar
b. Emergencias obstétricas y neonatales, y capacidad resolutiva de los establecimientos de salud
c. Mortalidad materna: comités de muerte materna, vigilancia epidemiológica, acciones concretas para la reducción
d. Adecuación intercultural: casas de espera, consejería y atención del parto vertical
e. Pruebas de tamizaje de pruebas de VIH para mujeres gestantes

a) Normas para la atención de la salud materna, salud sexual, salud reproductiva y planificación familiar			
Norma Técnica	**Finalidad/objetivo general**	**Objetivos específicos**	**Otros aspectos relevantes contemplados**
Directiva Sanitaria Nº 069-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas"[375]	Estandarizar los criterios técnicos para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas.	Estandarizar los criterios técnicos para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas. Definir los procedimientos técnicos para el cumplimiento del esquema de suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes y puérperas. Establecer los procedimientos técnicos y operativos para brindar el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en las gestantes y puérperas.	Se establece también que todas las mujeres deben recibir consejería o consulta nutricional, dentro del proceso de suplementación, sobre la alimentación durante la gestación y el puerperio.

[375] Aprobada mediante Resolución Ministerial 069-2016-MINSA, publicada el 8 de febrero del 2016.

Guía Técnica: consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera[376]	Contribuir con el mejoramiento de la salud de la gestante y la puérpera, mediante intervenciones preventivas promocionales que aseguren la adecuada ganancia de peso durante la gestación y la disminución del retardo de crecimiento intrauterino, anemia y desnutrición crónica infantil.	Unificar los criterios técnicos contenidos en alimentación y nutrición, que orienten la consejería nutricional a gestantes y puérperas. Unificar la metodología estandarizada de consejería nutricional en el marco de la atención de salud de la gestante y puérpera.	La consejería nutricional en la atención prenatal debe ser oportuna durante el primer, segundo y tercer trimestre de gestación.
Norma Técnica para la Atención Integral de la Salud Materna (2013)[377]	Contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, brindado una atención integral de la salud durante el periodo preconcepcional y concepcional (prenatal natal y posnatal). Objetivo general: Lograr un manejo estandarizado, eficiente y de calidad en la atención integral de la salud materna, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad.	➢ Las normas y los procedimientos técnico–administrativos, basados en evidencia científica, que permitan brindar una atención integral de calidad durante la preparación para el embarazo, la atención prenatal reenfocada, la atención institucional y calificada del parto y la atención del puerperio. ➢ Fortalecer los procesos de gestión asegurando la disponibilidad de recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado en la atención integral de salud materna y perinatal. ➢ Contribuir en el fortalecimiento de la organización y funciones de los establecimientos de salud que brindan atención de salud materna y perinatal.	Establece una atención prenatal reenfocada en todo establecimiento de salud, según nivel de complejidad. Esta atención consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbi–mortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o sin deterioro de la salud de madre, considerando el contexto físico y psicológico. Asimismo, se establecen disposiciones generales para la atención materna, dirigidos a las Diresas y todos los establecimientos de salud. Se menciona que la atención integral de salud materna comprende las atenciones: preconcepcional, prenatal reenfocada, del parto institucional y puerperio, especificando las atenciones para cada una.

[376] Composición: Director General del HNDM, Jefe de departamento de gineco-obstetricia, Jefe del Servicio de obstetricia, Jefe Servicio de obstetrices, Jefe del Departamento de Pediatría, Jefe Oficina de Seguros, representante del Comité de Auditoría Médica y Jefe de la Oficina de Epidemiología.

[377] Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, publicada el 25 de diciembre de 2013.

			La norma técnica desarrolla, adicionalmente, un acápite referente al componente de gestión para la planificación local de la atención materna, así como los mecanismos de monitorio, supervisión y asistencia técnica. Para ello, se menciona que se deberá contar con un sistema de información que registre, procese, consolide y analice las actividades en salud materna y perinatal realizadas en los establecimientos de salud. Se menciona de manera detallada al sistema de referencias y contrarreferencias para los casos de salud materna. Finalmente, como anexo figuran los deberes y responsabilidades en la atención de la salud materna. La indagación de casos de violencia se debe realizar en la primera consulta prenatal, como parte de la anamnesis.
Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en género[378]	Contribuir a mejorar la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género (VBG). Objetivo general: Establecer los procedimientos básicos para la atención integral de la persona en materia de VBG en los establecimientos de Salud del Minsa.	➢ Integrar los marcos conceptuales para el desarrollo de las acciones de atención integral de la persona afectada por la VBG. ➢ Plantear un conjunto de procedimientos para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud física y mental de las personas usuarias de los establecimientos de salud del Minsa afectadas por la VBG. ➢ Fortalecer capacidades en el personal de salud de los diferentes niveles de atención en el abordaje integral de la VBG.	- Gratuidad del servicio para los casos atendidos por emergencia y para la expedición de certificados médicos. - Se deberá evaluar como un factor de riesgo para la seguridad y vida de las personas los casos donde se presenten las agresiones durante el embarazo.

[378] Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 141-2007/MINSA, publicada el 16 de febrero de 2007.

Manual de Orientación/ Consejería en Salud sexual y reproductiva (2006)[379]	Difundir los procedimientos técnicos para la orientación/ consejería de los usuarios de salud, a fin de contribuir a que las personas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos a través de servicios de salud accesibles y de calidad. Sistematizar los lineamientos básicos para realizar las actividades de orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva como parte de la atención integral, respetando las diferencias socioculturales, condición de género y los derechos de las/os usuarios, contribuyendo a brindar una atención de calidad.	- Establecer los criterios y procedimientos estandarizados para la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva que asegure decisiones informadas, libres y voluntarias, respetando las características culturales de los/as usuarios/as. - Establecer las características y responsabilidades de/la consejero/a en salud sexual y reproductiva. - Determinar el uso de materiales y recurso en las actividades de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva. - Contribuir a la mejora de la prestación del servicio de salud.	El manual desarrolla un acápite referente a la orientación/consejería a mujeres embarazadas y en el posparto. Así, se menciona que la consejería sea una actividad integral, que se brinde durante el embarazo o durante el periodo posparto. El periodo prenatal es ideal para brindar la orientación/consejería a la gestante, ya que tiene tiempo para tomar su decisión. Se menciona que los estudios realizados demuestran que la consejería es más efectiva en el periodo prenatal que durante el puerperio.
Norma Técnica de Planificación Familiar (2016)[380]	Establecer las disposiciones relacionadas con los procesos vinculados a la atención integral en planificación familiar, con calidad y seguridad, en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, según corresponda.	- Estandarizar los procedimientos técnicos para brindar atención de planificación familiar en los servicios de salud, en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, con los enfoques de equidad de género, integralidad, interculturalidad e inclusión social. - Establecer las responsabilidades y procedimientos administrativos y logísticos para asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud públicos. - Establecer criterios para la atención integral en planificación familiar, respeto, promoción de derechos, prevención de violencia y el enfoque de género en los servicios de atención.	El enfoque de género en los servicios de salud sexual y reproductiva contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad, y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre hombres y mujeres, y dentro de las familias. Asimismo, permite comprender cómo los aspectos socioculturales, institucionales y normativos se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción.

[379] Aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 290-2006/MINSA, publicada el 23 de marzo de 2006.
[380] Aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 652-2016-MINSA, publicada el 2 de setiembre de 2016.

		- Mejorar la prestación del servicio mediante procedimientos estandarizados en aspectos técnicos, para la mejora de las competencias del personal en la atención en planificación familiar. - Contribuir a mejorar la libre e informada elección de las personas a los métodos anticonceptivos de acuerdo a su opción reproductiva.	Comprende: - Promover la equidad del ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres, buscando modificar el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción. - Contribuir a la puesta en práctica del enfoque de género por los servidores de salud para reducir las inequidades que existen en la toma de decisiones, la cual debe ser informada y responsable para el adecuado ejercicio de los derechos de las mujeres y los varones en su salud sexual y reproductiva, la prevención de prácticas sexuales de riesgo, la prevención de la violencia basada en género y el abuso sexual. - Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad entre mujeres en edad fértil, producto de la inequidad existente, y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre mujeres y varones, dentro de la pareja, las familias y la comunidad. - Empoderar a las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. - Incluir la participación responsable de los varones en la salud sexual y la salud reproductiva de la pareja. - Promover el desarrollo de información y servicios para varones, que permita impulsar la equidad de género en salud.

Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2004)[381]	Las guías son orientaciones para realizar el manejo en base a información científica basada en evidencias y tecnología actualizada, para resolver problemas en la atención obstétrica en condiciones normales y de emergencia, atención neonatal en condiciones normales y de emergencia, ITSs, bioseguridad, cáncer ginecológico, planificación familiar y otros aspectos relevantes de la salud reproductiva. Cada uno de estos temas se ha desarrollado en su respectivo módulo, que contiene la información para ser aplicada básicamente en los establecimientos de salud.	Atención de la salud reproductiva: Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual. La emergencia obstétrica es la aparición de una complicación que pone en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio y que requiere atención inmediata. Durante la emergencia obstétrica la mujer luce agudamente enferma, o refiere por ejemplo sangrado vaginal, sensación febril, feto que no se mueve, convulsiones, dolor abdominal, dolor de cabeza, zumbidos en los oídos, visión borrosa o escotomas.	El módulo II, desarrolla la atención obstétrica y el módulo III el manejo de emergencias obstétricas.

[381] Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, publicada el 28 de junio de 2004.

b) **Normas que regulan los servicios de atención de emergencias obstétricas y neonatales, y capacidad resolutiva de los establecimientos de salud**			
Norma	**Finalidad/objetivo general**	**Objetivos específicos**	**Aspectos importantes contemplados en la norma**
Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud (2012)[382]	Contribuir con el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud para el manejo integral del proceso clínico asociado a morbilidad y mortalidad materna y neonatal, basándose en las funciones obstétricas y neonatales por niveles de atención. Objetivo general: Establecer la metodología y criterios para evaluar la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud para enfrentar esta problemática.	Contar con instrumentos estandarizados para evaluar los recursos de los servicios por niveles de atención, para brindar la atención materna y neonatal en base a las funciones obstétricas y neonatales. Contar con instrumentos estandarizados y actualizados de recolección de datos para determinar la disponibilidad de recursos para realizar las funciones obstétricas y neonatales por niveles de atención.	Se hace una clasificación de funciones de la siguiente forma: ➢ Funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP) ➢ Funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB) ➢ Funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE) FONE I FONE II ➢ Funciones obstétricas y neonatales intensivas (FONI) Para la evaluación de la capacidad resolutiva basada en funciones obstétricas y neonatales en relación a los recursos, se realizará utilizando la metodología de evaluación externa. El planeamiento, organización, ejecución de la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales es responsabilidad del equipo de la estrategia de salud sexual y reproductiva de la Diresa o quien haga de sus veces.

[382] Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud", publicada el 27 de octubre de 2012.

			Son cuatro tipos de formatos, los cuales se diferencian según se trate de establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales primarias, básicas, esenciales o intensivas. Estos formatos contienen el listado de recursos necesarios para la atención de las diferentes actividades que se realizan en el establecimiento de salud, de acuerdo a la función obstétrica y neonatal que debe cumplir, distribuidas en las diferentes áreas de atención, como: consultorios externos, sala de partos, emergencia, etc. Dichos formatos se consignan en los anexos que integran a la resolución de esta directiva.
Documento Técnico Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012[383]	Reducir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias, con énfasis en el binomio materno neonatal, a través del fortalecimiento de las capacidades del sistema de vigilancia, prevención y control de las IIH en los establecimientos prestadores de servicios de salud y la educación de la comunidad en general.		

[383] Aprobada mediante Resolución Ministerial 366-2009/MINSA, publicada el 10 de junio de 2009.

Documento Técnico: Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales (2009)[384]	Poner a disposición de los gobiernos regionales y direcciones regionales de salud, un modelo de intervención con herramientas validadas, que permitan generar iniciativas o proyectos para reducir la mortalidad materna y perinatal en el Perú. Socializar un modelo de intervención que permita mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales en el Perú.		
Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales" (2007)[385]	Identificar los estándares e indicadores de calidad de los servicios de atención materna y perinatal, que evalúen los resultados de la implementación de acciones oportunas dirigidas a la mejora continua de la calidad y que contribuya a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.	Contar con indicadores y estándares de calidad de atención específicos para los establecimientos de salud que cumplan con funciones obstétricas y neonatales primarias, básicas, esenciales e intensivas. Disponer de información permanente y objetiva para la elaboración de los planes de mejora continua de la calidad de atención materna y perinatal.	Esta norma se aplica a todos las direcciones de salud, direcciones regionales de salud, redes de salud, micro redes de salud, en suma, todos los establecimientos del Minsa a nivel nacional. Para el análisis de este proceso de evaluación de calidad se incorpora un enfoque sistémico: estructura (recursos humanos, materiales, financieros), proceso (contenido de la atención y a la forma como son ejecutados) y resultado (impacto logrado con la atención y satisfacción de los usuarios o usuarias).

[384] Aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 223-2009, publicada el 10 de abril de 2009.
[385] Aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 142-2007, publicada el 18 de febrero de 2007.

Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva (2006)[386]	Facilitar al personal de los servicios de salud el manejo clínico de las emergencias obstétricas. La guía describe los procesos de atención a desarrollarse en los diferentes niveles de capacidad resolutiva. El flujograma precisa acciones a ser ejecutadas desde la comunidad y a nivel de los servicios de salud, facilitará el manejo adecuado de las emergencias obstétricas, así como la decisión de referir a la paciente de manera oportuna, adecuada y con calidad a servicios de mayor capacidad resolutiva.		
Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud[387]	Guía actualizada en el 2012.		

[386] Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 695-2006/MINSA, publicada el 29 de julio de 2006.
[387] Aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 1001-2005/MINSA, publicada el 31 de diciembre de 2005.

c) Normas que regulan la problemática de la mortalidad materna			
Norma	**Finalidad/objetivo general**	**Objetivos específicos**	**Aspectos adicionales relevantes**
Directiva sanitaria que establece la notificación e investigación para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna (2010)	Contribuir a la disminución de la mortalidad materna en el ámbito nacional, y al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la muerte materna.	Objetivo general: Definir los procesos de notificación e investigación para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el ámbito nacional. Objetivos específicos: 2.2.1 Estandarizar los instrumentos para la notificación e investigación de la vigilancia epidemiológica de muerte materna en el ámbito nacional. 2.2.2 Sistematizar los procedimientos de notificación e investigación de la muerte materna y de los flujos de información dentro del sistema de vigilancia epidemiológica.	La muerte materna es un evento sujeto a vigilancia epidemiológica, de notificación inmediata y obligatoria en el ámbito nacional. Los instrumentos que se utilizarán para la notificación inmediata e investigación epidemiológica de cada muerte materna son los siguientes: - La ficha de notificación inmediata de muerte materna (FN~MM): es el formulario oficial y estandarizado para la notificación inmediata de muertes maternas en el ámbito nacional. - La ficha de investigación epidemiológica de muerte materna (Fiemm): es el formulario oficial estandarizado de investigación epidemiológica de muerte materna a nivel nacional. La investigación epidemiológica de muerte materna debe ser insumo para las reuniones de análisis del comité de prevención de la mortalidad materna y perinatal en los niveles de micro redes, redes, Diresa, hospitales e institutos especializados. Los resultados de la investigación deben ser retroalimentados entre los niveles local, regional y nacional, a fin de compartir información que permita tomar las medidas para la prevención de la mortalidad materna. La retroalimentación debe ser trimestral, del nivel nacional al regional; bimensual, del nivel regional al nivel de redes; y mensual, del nivel de red a las micro redes.

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 (2008)	Contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad del neonato a través de la implementación de un conjunto de intervenciones articuladas de probada efectividad. Objetivo general: Establecer el conjunto de intervenciones articuladas de mayor efectividad para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y en la comunidad, prioritariamente en las zonas de difícil acceso a servicios de salud, poblaciones dispersas, de pobreza y pobreza extrema.		
Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal (2006)[388]	Establecer un instrumento normativo que reglamente la organización, funciones, atribuciones y competencias de los comités de prevención de la mortalidad materna y	- Establecer criterios generales para la implementación del conjunto de intervenciones articuladas de mayor efectividad para la reducción de la mortalidad del neonato.	El Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal es una unidad funcional que depende del Viceministro de Salud; en las DISAs, Diresas, redes, hospitales y el Instituto Nacional Materno Perinatal depende de la máxima autoridad jerárquica.

[388] Aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 453-2006/MINSA, publicada el 17 de mayo de 2006.

	perinatal, para la implementación de acciones orientadas a la prevención, vigilancia y control de la mortalidad materna y perinatal.	- Fortalecer el componente de seguimiento y vigilancia de la salud neonatal para la toma oportuna y adecuada de decisiones en los diferentes niveles de atención.	El objetivo del comité es analizar, asesorar, proponer, coordinar y evaluar las acciones concernientes a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal en el nivel nacional, regional y local, según corresponda.

d) Adecuación intercultural: casas de espera, consejería, atención del parto vertical			
Norma	**Finalidad**	**Objetivo general/específico**	**Aspectos adicionales**
Documento Técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna" (2010)[389]	Contribuir al involucramiento de las autoridades regionales y locales, actores sociales y población en general en la reducción de la mortalidad materna y neonatal.	Estandarizar el proceso de gestión local participativa para la implementación y funcionamiento de la casa materna a través de una herramienta de trabajo para el personal de salud.	
Documento Técnico "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva" (2008)[390]	Contribuir al fortalecimiento de la calidad en la atención integral, optimizando la relación usuarias/os y personal de salud, a través de la adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.	Establecer las orientaciones técnicas para el desarrollo eficaz de la orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva con adecuación cultural, en los establecimientos del primer nivel de atención de salud, bajo el marco del Modelo de los 5 pasos establecido por el Minsa.	

[389] Aprobado por Resolución Ministerial No 815-2010/MINSA, publicada el 23 de octubre de 2010.
[390] Aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 278-2008/MINSA, publicada el 27 de abril de 2008.

		Hacer uso de la información sobre las costumbres, prácticas y expectativas de la población para la adecuación cultural de la orientación/ consejería de salud sexual y reproductiva, en cada ámbito real de los establecimientos del primer nivel de atención. Implementar la adecuación cultural de la orientación/consejería de salud sexual y reproductiva con participación activa de la comunidad, sobre la base del respeto a las tradiciones culturales y la satisfacción de las necesidades de información.	
Documento Técnico "Casas de Espera Materna", modelo de implementación (2006)[391]	Generar una movilización social multisectorial favoreciendo el acceso de las gestantes para la atención del parto en los establecimientos de salud, contribuyendo de esta manera en la disminución de la mortalidad materno–perinatal. Brindar una herramienta de trabajo que permita al trabajador de salud y otros actores sociales, implementar una casa de espera materna apoyados en una gestión comunal.		

[391] Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 674-2006/MINSA, publicada el 27 de julio de 2006.

Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural (2016)[392]	Mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural. Establecer el marco normativo para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los diferentes niveles de atención de la red prestadora de servicios de salud.		

[392] Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA, publicada el 25 de julio de 2016.

Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de derechos humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud[393]	Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural).	Establecer los procedimientos técnicos necesarios que permitan la atención de calidad del parto en posición vertical basados en la evidencia científica. Determinar los procesos de gestión requeridos para asegurar la disponibilidad e idoneidad de los recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado de la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Establecer los requisitos de organización de los establecimientos de salud para la atención del parto en posición vertical de acuerdo a las costumbres de cada zona, contribuyendo al incremento del parto institucional a nivel nacional. Fomentar en todos los establecimientos de salud el protagonismo de la parturienta en todas las etapas del trabajo de parto, brindándole la opción de elegir la posición de dar a luz, con el acompañamiento de su pareja u otro familiar.	

[393] Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA, publicada el 19 de julio de 2006.

e) Normas que regulan el tamizaje de pruebas de VIH para mujeres gestantes			
Norma	**Finalidad**	**Objetivo general/objetivos específicos**	
Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis[394]	Contribuir a la reducción de la transmisión madre—niño del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del *Treponema pallidum* (sífilis), mediante la detección temprana de ambas infecciones, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque de derechos, género e interculturalidad.	Estandarizar las intervenciones en salud pública para la eliminación de la transmisión materno—infantil del VIH y la sífilis. Establecer los procedimientos para el tamizaje, diagnóstico precoz y tratamiento para la prevención de la transmisión vertical del VIH y sífilis. 2.2.2. Establecer los procedimientos que permitan tener los resultados de aplicación de las pruebas rápidas para VIH y sífilis en gestantes de manera oportuna en todos los niveles de atención. 2.2.3. Establecer las pautas para el seguimiento, la referencia y contra referencia de las gestantes, puérperas y recién nacido expuesto al VIH o sífilis.	

[394] Aprobada por Resolución Ministerial No 619-2014/MINSA. NTS N°10S-MINSA/DGSP-V.01, publicada el 19 de agosto de 2014. Cabe señalar que al cierre del Informe, se aprobró el Documento Técnico: "Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B, en el Perú 2017 - 2021", mediante Resolu-ción Ministerial Nº 985-2016/MINSA, publicado en el diario oficial "El Peruano", el 24 de diciembre de 2016.

		2.2.4. Fortalecer el suministro de insumos y reactivos de laboratorio, así como el cumplimiento en los flujos de las muestras biológicas para el diagnóstico y seguimiento de gestantes, puérperas con VIH o sífilis, y sus niñas o niños expuestos a dichas infecciones, asegurando el rápido acceso a los resultados. 2.2.5. Fortalecer el suministro, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos para el manejo de la gestante o puérpera infectada por el VIH y/o sífilis, así como de los niños /niñas nacidos de madres infectadas. 2.2.6. Actualizar el sistema de información sanitaria relacionada a la gestante, puérpera con VIH y/o sífilis, así como del recién nacido expuesto para una adecuada toma de decisiones. 2.2.7. Promover la cultura de respeto a la dignidad de la persona a través de la incorporación de enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA.	

Directiva Sanitaria para la Implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil en los Servicios de Planificación Familiar (2009)[395]	Conocer el estado de las mujeres en edad fértil (MEF) en relación al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mediante el tamizaje de prueba rápida, previa orientación/consejería y consentimiento informado. Definir los procesos para la implementación de la orientación/consejería y tamizaje sexológico, mediante la prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil que acuden a los servicios de planificación familiar en los establecimientos del Ministerio de Salud, DISAs y Diresas.		

[395] Aprobada por Resolución Ministerial No 164-2009/MINSA. Directiva Sanitaria N°020-MINSA/DGSP-V.01, publicada el 19 de marzo de 2009.

Impreso en
los talleres gráficos de: VORENO E.I.R.L.
Jr. Puerta del Sol Mz. T5 Lt. 4 / 202 Lima 12
RUC: 20519145970
Telf.: 01 369 7366 / 949597233
Enero 2017
Lima - Perú