



**Universidad del País Vasco
(UPV/EHU)**



**Universidad Nacional
San Antonio Abad del Cusco**

PROGRAMA DE DOCTORADO

LA GLOBALIZACION A EXAMEN: RETOS Y RESPUESTAS INTERDISCIPLINARES

**ANALISIS DE LA INTERVENCION DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN LA
COBERTURA DE ATENCION SANITARIA MATERNA, ENTRE LA POBLACION
DE DEPARTAMENTOS DE MAYOR POBREZA DE PERU,
AÑOS 2002 A 2012**

**TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR
YANETH G. ARTETA LATORRE**

**DIRIGIDA POR
DR. VICENTE CAMINO BELDARRAIN
DRA. ANA FERNANDEZ SAINZ**

Donostia, 2016

“El hombre sabio no debe abstenerse de participar en el gobierno del Estado, pues es un delito renunciar a ser útil a los necesitados y una cobardía ceder el paso a los indignos”

Epicteto.

DEDICO ESTE TRABAJO....

A mis **Padres, Wilbert e Irma**, referentes que significan para mí, el impulso a la lucha por lograr victorias, y en estos años de elaboración de este estudio, se han fortalecido en mi persona, la perseverancia, la valentía, y la paciencia, los que han contribuido para alcanzar la meta trazada, con la esperanza de que el planteamiento puesto a disposición de la Salud Pública, pueda servir para elaborar razonamientos válidos sobre el particular.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente la infinita paciencia del Dr. Vicente Camino Beldarraín, en la Dirección de la presente investigación, y con su integridad profesional y humana, me ha acompañado en estos años, en la ruta de lograr este noble fin.

También expreso mi agradecimiento a la Dra. Ana Fernández, para lograr la consecución de los objetivos propuestos en este trabajo.

A la Universidad del país Vasco, al poner los ojos en América Latina y privilegiar a algunas Universidades, siendo una de ellas la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, quienes conjuntamente, logran insertar a la comunidad académica internacional, a alumnos de post grado, siendo mi persona, participe en estos estudios, gracias por ello.

Igualmente, quiero manifestar un especial reconocimiento y agradecimiento, a dos profesionales de la Salud, al Dr. Rubén Espinoza Carrillo, Especialista en Salud Publica, por su colaboración permanente en la elaboración de este trabajo, y sobre todo, por su continuo impulso académico para consolidarlo, lo que me ha generado el continuo interés y la necesaria voluntad, para lograr el objetivo.

Al Dr. Miguel Garavito Farro, que desde su experiencia profesional en el Seguro Integral de Salud, noblemente me ha dedicado varias horas para el análisis de la propuesta y así encaminarla a su consolidación.

Deseo concluir con los agradecimientos, a otros profesionales, que han contribuido al alcance de esta meta, mi gratitud a todos.

ÍNDICE

| | Pág |
|---|-----------|
| CAPITULO I: INTRODUCCION | 16 |
| 1.1 OBJETIVOS | 25 |
| ❖ Objetivo Principal | 25 |
| ❖ Objetivos Específicos | 25 |
| 1.2 CONTENIDO DE LOS CAPITULOS | 27 |
| | |
| CAPITULO II: CONTEXTO SOCIO SANITARIO | 33 |
| | |
| 2.1 América Latina en un contexto general de globalización: Efecto de las crisis financieras en los últimos 30 años: Pobreza, inequidad, economía, e impactos sociales en la salud, y educación. | 34 |
| | |
| 2.2 Perú: Marco Socio Sanitario | 46 |
| | |
| 2.2.1 Contexto Social | 46 |
| 2.2.1.1 Demografía | 46 |
| 2.2.1.2 Pobreza | 48 |
| 2.2.1.3 Educación | 54 |
| 2.2.2 Contexto Sanitario: Evolución de la Situación sanitaria Peruana desde 1996 | 59 |
| • Inversión y/o Financiamiento en salud | 60 |
| • Coberturas de atención materna e implementación de Programas para la Salud Reproductiva – MINSA. | 67 |
| • Intervención de la Cooperación Internacional en la salud materna | 72 |

| | | |
|---------|--|----|
| 2.2.2.1 | Oferta sanitaria: Recurso Humano e infraestructura | 77 |
| 2.2.2.2 | Implementación del Seguro Integral de Salud | 84 |
| 2.2.2.3 | Normas de atención Materna del Ministerio de Salud | 96 |

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN **108**

Se inicia desarrollando el marco central de la investigación de los tres ámbitos fundamentales del estudio:

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.1 | Aseguramiento en el Sistema del Seguro Integral de Salud | 109 |
| | ❖ Cobertura de Afiliación al Seguro Integral de Salud | 109 |
| 3.2 | Atención Sanitaria Materna | 110 |
| | ❖ Cobertura General de Atención Materna | 110 |
| | ❖ Cobertura Especifica de Oportunidad | 111 |
| | ❖ Cobertura por Asociación y Dependencia | 115 |
| 3.3 | Financiamiento del Seguro Integral de Salud | 116 |
| | ❖ Transferencia Financiera del Seguro Integral de Salud y ejecución de gasto | 116 |
| | ❖ Porcentaje de ejecución del gasto, capacidad resolutive de establecimientos de salud y cobertura de oportunidad | 118 |
| 3.4 | DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO | 119 |
| 3.4.1 | VARIABLES SELECCIONADAS | 119 |
| | 3.4.1.1 Variables para cobertura de afiliación al Seguro Integral de Salud | 119 |
| | ❖ Afiliación al Seguro Integral de Salud | 119 |

| | | |
|----------------|--|------------|
| 3.4.1.2 | Variables para Cobertura General de Atención | |
| | Materna | 120 |
| | ❖ Atención prenatal | 120 |
| | ❖ Atención de parto | 121 |
| | ❖ Atención de puerperio | 122 |
| | ❖ Factores Asociados | 122 |
| 3.4.1.3 | Variables para Cobertura de Oportunidad (en el marco del Número de CPN cumplido por norma) | 122 |
| | ❖ Atención pre natal | 123 |
| | ❖ Atención de parto | 123 |
| | ❖ Atención de puerperio | 123 |
| | • Variables para cobertura de población | 123 |
| 3.4.1.4 | Variables para Cobertura por Asociación y Dependencia | 124 |
| | ❖ Independientes | 124 |
| | ❖ Dependientes | 124 |
| 3.4.1.5 | Variables para Cobertura de financiamiento | 125 |
| | ❖ Transferencias Financiera del Seguro Integral de Salud para componentes: pre natal, parto y puerperio. | 125 |
| | ❖ Programación del Compromiso Anual (PCA) | 125 |
| | ❖ Ejecución de Gasto en componentes: pre natal, parto y puerperio. | 125 |
| 3.4.1.6 | Variables para Capacidad Resolutiva de Establecimientos de salud | 126 |
| | ❖ Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Salud, con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) y Esenciales (FONE). | 126 |

| | | |
|---|---|------------|
| 3.4.2 | DEFINICIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES SELECCIONADAS | 126 |
| 3.4.3 | UNIDADES DE OBSERVACIÓN | 129 |
| 3.4.4 | FUENTES DE INFORMACIÓN | 130 |
| 3.4.5 | PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS | 132 |
| 3.4.5.1 | Procedimientis | 132 |
| 3.4.5.2 | Técnicas estadísticas utilizadas | 134 |
| CAPITULO IV: ANALISIS DESCRIPTIVO I | | 135 |
| COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y ATENCION MATERNA | | 136 |
| 4.1 | ASEGURAMIENTO AL SISTEMA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, SIS. | 137 |
| 4.1.1 | Cobertura de Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) | 138 |
| 4.2 | ATENCION SANITARIA MATERNA | 144 |
| 4.2.1 | Cobertura General de Atención Materna (por componentes Aislados) | 145 |
| 4.2.1.1 | Atención pre natal | 145 |
| | ❖ Acceso al contexto general de la atención pre natal | 146 |
| | ❖ Acceso a intervenciones concretas: paquete básico pre natal | 171 |
| 4.2.1.2 | Atención de Parto y Puerperio | 200 |
| 4.2.2 | Cobertura Especifica de Oportunidad (por componentes integrados) : Pre Natal, Parto y Puerperio | 240 |

| | |
|---|------------|
| • Cobertura de Población | 255 |
| 4.2.3 Cobertura por Asociación y Dependencia | 260 |
| | |
| CAPITULO V: ANALISIS DESCRIPTIVO II | 292 |
| | |
| COBERTURA FINANCIERA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA LA OFERTA DE ATENCION MATERNA | 293 |
| | |
| 5.1 Transferencia Financiera del Seguro Integral de Salud y Ejecución de Gasto | 294 |
| 5.2 Ejecución de Gasto, Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Salud y Cobertura de Oportunidad | 317 |
| | |
| CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 325 |
| | |
| CONCLUSIONES | 326 |
| RECOMENDACIONES | 334 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 337 |
| | |
| ANEXOS | |

CUADROS Y GRAFICOS

Pág.

CAPITULO I

| | |
|---|----|
| CUADRO 1. SEVERIDAD DE LA POBREZA POR DEPARTAMENTOS, 2010 | 18 |
|---|----|

CAPITULO II

CUADROS:

| | |
|---|-----|
| CUADRO 1. PERÚ: TASA DE ESCOLARIDAD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, 1995, 2001, 2005 Y 2010 | 57 |
| CUADRO 2. PERÚ: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1980 -2010 | 61 |
| CUADRO 3. FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD, SEGÚN AGENTES. PERÚ, 1995-2012 | 64 |
| CUADRO 4. PERÚ: GASTO EN SALUD, PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL DEL HOGAR, 2002, 2006 Y 2009 | 66 |
| CUADRO 5. COBERTURAS DE CONTROL PRENATAL EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN AREA GEOGRAFICA Y LUGAR DE RESIDENCIA, 2000, 2005 Y 2010 | 81 |
| CUADRO 6. COBERTURAS DE ATENCIÓN DE PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y LUGAR DE RESIDENCIA, 2000, 2005 Y 2010 | 82 |
| CUADRO 7. TARIFARIO SIS, SEGÚN PLANES DE ATENCIÓN HASTA EL AÑO 2007 (Nuevos Soles) | 90 |
| CUADRO 8. TARIFARIO SIS, PARA COMPONENTES SUBSIDIADO Y SEMISUBSIDIADO SEGÚN INTERVENCIÓN SANITARIA, 2007-2010 | 90 |
| CUADRO 9. NORMA TÉCNICO ADMINISTRATIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNO PERINATAL, PERU 1995 | 99 |
| CUADRO 10. GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2004 | 100 |

| GRÁFICOS: | Pág. |
|--|------|
| GRÁFICO 1. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS, EN MENORES DE 1 AÑO. Comparación América Latina-Países OECD, 1980-2010 | 42 |
| GRAFICO 2. TASA DE MORTALIDAD POR 1000 NACIDOS VIVOS. AMERICA LATINA, 1990, 2000 Y 2010 | 42 |
| GRÁFICO 3. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100,000 NACIDOS VIVOS. Comparación América Latina - Países OECD, 1990-2010 | 43 |
| GRÁFICO 4. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100,000 NACIDOS VIVOS. AMÉRICA LATINA, 1990, 2000 Y 2010 | 44 |
| GRÁFICO 5. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN PERUANA, 1940-2010 | 47 |
| GRAFICO 6. TENDENCIA DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN FEMENINA Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL, 1980-2010 | 48 |
| GRÁFICO 7. PERÚ: POBREZA POR ÁREA GEOGRÁFICA Y LUGAR DE RESIDENCIA, 1991-94, 2001 Y 2010 | 50 |
| GRÁFICO 8. PERÚ: POBREZA EXTREMA POR ÁREA GEOGRÁFICA Y LUGAR DE RESIDENCIA, 1991-94, 2001 Y 2010 | 51 |
| GRÁFICO 9. TENDENCIA DE LA POBREZA EN DEPARTAMENTOS DE COSTA, 1993, 2001 Y 2010 | 52 |
| GRÁFICO 10. TENDENCIA DE LA POBREZA EN DEPARTAMENTOS DE SIERRA, 1993, 2001 Y 2010 | 52 |
| GRÁFICO 11. TENDENCIA DE LA POBREZA EN DEPARTAMENTOS DE SELVA, 1993, 2001 Y 2010 | 53 |
| GRÁFICO 12. TASA DE ANALFABETISMO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS, 1993, 2001, 2005 Y 2009 | 55 |
| GRÁFICO 13. PROMEDIO DE AÑOS DE ESTUDIO ALCANZADOS EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS A MÁS, 1993 - 2010 | 57 |
| GRÁFICO 14. RECURSOS HUMANOS EN SALUD, TASA POR 10,000 HABITANTES, 1996, 2004 Y 2010 | 77 |
| GRÁFICO 15. EVOLUCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD, 1990 Y 2010 | 80 |
| GRAFICO 16. RECURSOS FINANCIEROS DESTINADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, 2002-2012 | 88 |

| | |
|--|-----|
| GRÁFICO 17. ATENCIÓN DE PARTOS FINANCIADOS POR EL SIS Y MUERTES MATERNAS, 2003-2010 | 93 |
| GRÁFICO 18. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100,000 NACIDOS VIVOS, 1990-2010 | 105 |

CAPITULO IV

Cobertura de Afiliación al Seguro Integral de Salud

| | |
|--|-----|
| CUADRO 1. AFILIACIÓN DE MUJERES GESTANTES AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y GESTANTES ANTES DE LA INTERVENCIÓN, 1996, 2000, 2005, 2010 y 2012 | 138 |
|--|-----|

Cobertura General de Atención Materna, por componentes aislados:

| | |
|--|-----|
| CUADRO 2. COBERTURA DE ATENCIÓN PRE NATAL, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 146 |
| CUADRO 3. COBERTURA DEL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES (5 CPN AÑOS 1996 - 2000; 6 CPN AÑOS 2005, 2010 Y 2012) | 151 |
| CUADRO 4. PRIMER CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 14 SEMANAS DE GESTACIÓN, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 156 |
| CUADRO 4-A. NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES GESTANTES, 2000-2012 | 159 |
| CUADRO 5. CONTROL PRENATAL POR LUGAR DE ATENCIÓN, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 162 |
| CUADRO 6. PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TRADICIONAL EN LAS ATENCIONES DE CONTROL PRENATAL, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 166 |
| CUADRO 7. PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN CLÍNICA DURANTE EL CONTROL PRENATAL, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 172 |
| CUADRO 8. EXÁMENES BÁSICOS DE LABORATORIO EN EL CONTROL PRENATAL, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 174 |
| CUADRO 8-A. EXÁMENES BÁSICOS DE LABORATORIO SEGÚN MOMENTO DE CONTROL PRENATAL, 2010 – 2012 | 180 |

| | |
|---|-----|
| CUADRO 9. VACUNA ANTITETÁNICA DURANTE EL CONTROL PRENATAL, 1 996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 183 |
| CUADRO 10. ACCESO E INGESTA DE HIERRO SEGÚN NORMAS DEL MINSA, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 187 |
| CUADRO 10-A. PRESUPUESTO INVERTIDO EN LA COMPRA DE SULFATO FERROSO (Hierro) - MINISTERIO DE SALUD, Año 2013 | 193 |
| CUADRO 11. EDUCACIÓN SANITARIA DURANTE EL CONTROL PRENATAL (Complicaciones del embarazo parto y Lugar a donde acudir), 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 194 |
| CUADRO 12. RESUMEN: PREVALENCIA DE LA MAYOR TASA DE CRECIMIENTO DE LOS COMPONENTES PRE NATALES EN LAS ZONAS RURALES, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 198 |
| CUADRO 13. PARTO SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 201 |
| CUADRO 13-A. RAZONES DE LAS MUJERES PARA NO ATENDER EL PARTO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSA, 2000-2012 | 204 |
| CUADRO 14. PARTICIPACION PROFESIONAL Y TRADICIONAL EN LA ATENCION DEL PARTO, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 206 |
| CUADRO 14-A. IDIOMA ENTRE LAS MUJERES GESTANTES, 2000 - 2012 | 221 |
| CUADRO 15. TIPO DE PARTO SEGÚN DIAGNOSTICO, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 224 |
| CUADRO 16. PREVALENCIA DE COMPLICACIONES MAS FRECUENTES ASOCIADAS AL PARTO, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 230 |
| CUADRO 17. MOMENTO DEL PRIMER CONTROL EN EL POST PARTO O PUERPERIO, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 234 |
| CUADRO 18. RESUMEN: PREVALENCIA DE LA MAYOR TASA DE CRECIMIENTO DE LOS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN DE PARTO Y PUERPERIO EN LAS ZONAS RURALES, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | 237 |

**Cobertura Específica de Oportunidad por componentes integrados
(porcentajes)**

| | |
|---|-----|
| CUADRO 19. COBERTURA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN EL MARCO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN MATERNA PRE NATAL, CUMPLIENDO LOS 5 CPN. AÑO 2000 | 241 |
| CUADRO 20. COBERTURA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN EL MARCO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN MATERNA PRE NATAL, CUMPLIENDO LOS 6 CPN. AÑO 2012 | 244 |
| CUADRO 21. COBERTURA DE PARTO EN EL MARCO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MATERNA, CUMPLIENDO CON EL NUMERO DE CPN, 2000 - 2012 | 248 |
| CUADRO 21-A. BRECHA ENTRE LA COBERTURA DE PARTO EN EE. SS. Y EL PROTOCOLO PRE NATAL CUMPLIDO. AÑO 2012- PERIODO CON LA INTERVENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | 253 |
| CUADRO 22. COBERTURA DE PUERPERIO EN EL MARCO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MATERNA, CUMPLIENDO CON EL NUMERO DE CPN, 2000 – 2012 | 254 |

Cobertura de Población

| | |
|---|-----|
| CUADRO 23. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SIN COBERTURA DE ATENCIÓN MATERNA. AÑO 2000 - PERIODO SIN INTERVENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | 256 |
| CUADRO 24. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SIN COBERTURA DE ATENCIÓN MATERNA. AÑO 2012 - PERIODO DURANTE LA INTERVENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | 258 |
| CUADRO 24-A. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN MEF QUE SE INCORPORAN A LAS ATENCIONES MATERNAS DESDE EL AÑO 2000 AL 2012 | 259 |

Cobertura por Asociación y Dependencia

| | |
|--|-----|
| CUADRO 25. PROCEDIMIENTOS PRE NATALES, EN RELACIÓN AL NUMERO DE CONTROL PRE NATAL ESTABLECIDO POR NORMA (REGRESIÓN SIMPLE). AÑO 2000 - 2012 | 262 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| CUADRO 26. EXÁMENES DE LABORATORIO RELACIÓN AL NUMERO DE CPN ESTABLECIDO POR NORMA, PERO REALIZADOS EN EL PRIMER CONTROL PRE NATAL AÑO 2000 – 2012(REGRESIÓN SIMPLE) | 269 |
| CUADRO 27. PARTO POR LUGAR DE ATENCIÓN EN RELACIÓN AL NÚMERO DE CONTROL PRE NATAL ESTABLECIDO POR NORMA. AÑO 2000 – 2012 (REGRESION SIMPLE) | 272 |
| CUADRO 28. TIPO DE PARTO EN RELACIÓN AL NÚMERO DE CONTROL PRE NATAL ESTABLECIDO POR NORMA. AÑO 2000 – 2012(REGRESION SIMPLE) | 277 |
| CUADRO 29. COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PARTO EN RELACIÓN AL LUGAR DE ATENCION (REGRESION SIMPLE). AÑO 2000 – 2012 | 283 |

CAPITULO V

Cobertura Financiera

| | |
|---|-----|
| CUADRO 1. PROCESOS DE FINANCIAMIENTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EJECUCIÓN DEL GASTO PARA LOS COMPONENTES DE LA OFERTA MATERNA, 2010 y 2012. Años 2010 - 2012 | 296 |
| CUADRO 1-A. SEGURO INTEGRAL DE SALUD, ESTIMACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE COSTOS POR LA ATENCIÓN DE PARTOS NORMALES Y CESÁREAS. Año 2012 | 310 |
| CUADRO 2. GASTO EN COMPONENTES DE REPOSICIÓN (INSUMOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPOS), 2010 – 2012 | 312 |
| CUADRO 3. RELACIÓN: PROCESO DE FINANCIAMIENTO, CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y COBERTURA DE ATENCIÓN MATERNA. Años 2010 – 2012 | 318 |

CAPITULO I

INTRODUCCION

En los últimos 20 años (1990-2010), la salud materna de la población de mujeres peruanas ha constituido un tema de gran preocupación, debido a la situación deprimente de morbilidad y mortalidad, con especial incidencia en la población más pobre. Estas circunstancias se han desarrollado en un contexto sociopolítico y económico que no ha sido ajeno a las diversas crisis económicas acontecidas en el país. Crisis que si han impactado en todo el tejido social, lo han hecho con mayor intensidad sobre los estratos de población de mayor pobreza.

A inicios de la década de 1990, Perú presentaba, en promedio país, una tasa de pobreza del 57,4% y del 26,8% de pobreza extrema.¹ En 2010, la pobreza total habría disminuido al 31,3% y la pobreza extrema lo habría hecho al 9,8%.² Unos porcentajes que se corresponden con el promedio nacional, pero que sin embargo no reflejan la heterogeneidad de las condiciones socio-económicas en las que viven la población del país. Los ámbitos geográficos de Costa, Sierra y Selva nos describen realidades de vida muy distintas.

Es así, que el ámbito de la Sierra peruana es la más afectada, con índices de mayor severidad de pobreza con relación a la Selva y mayor a la Costa. En el año 1990, la tasa de pobreza en la Sierra alcanzaba el 76,6%, disminuyendo al 49,1% en el año 2010. En la Costa la tasa pasa del 47,7% en 1990, al 17,7% para el 2010, a la par que en la Selva se reduce de 75,4% al 37,3% a lo largo de ese periodo. La pobreza en la población de la Sierra presenta, por tanto, la menor contracción del periodo, 27,5 puntos, frente a los 30 y 38 puntos porcentuales de reducción que se da en la Costa y Selva respectivamente.

Considerando la incidencia de la pobreza por lugar de residencia, la tasa que afectaba a las zonas urbanas en el año 1991 era del 50,3%, disminuyendo a 19,1% al año 2010, con una variación de 31 puntos porcentuales. Por otro lado, en el área rural, la tasa de pobreza en el 1991 era del 69,8% reduciéndose al 54,2% en el año 2010, con

¹Instituto Cuánto. ENNIV 1985-1986, 1991, 1994, 1997, 2000. Lima

²Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011) Perú: Perfil de la Pobreza por Departamentos, 2001-2010. *Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales*. Lima. Pág. 40

una contracción de solo 15 puntos porcentuales. Cabe señalar que la región de sierra rural aún mantiene una pobreza de 61,2%.³

El cuadro 1 nos describe la situación de pobreza en el conjunto del país (Costa, Sierra y Selva), identificando la tasa registrada en cada uno de los 24 departamentos geográficamente existentes en Perú. Clasificamos los departamentos de acuerdo con la severidad de pobreza que presentan, de manera que el Grupo I, se corresponde con la mayor severidad de pobreza; el Grupo II tiene índices de menor pobreza; y en los Grupos III, IV y V la pobreza va disminuyendo.⁴

| CUADRO 1 | | | | | | | | | |
|---|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------|------|
| SEVERIDAD DE LA POBREZA POR DEPARTAMENTOS, 2010 | | | | | | | | | |
| (Porcentajes) | | | | | | | | | |
| Grupo I | | Grupo II | | Grupo III | | Grupo IV | | Grupo V | |
| Departamento | % | Departamento | % | Departamento | % | Departamento | % | Departamento | % |
| Huancavelica | 66,1 | Amazonas | 50,1 | Lambayeque | 35,3 | Ucayali | 20,3 | Moquega | 15,7 |
| Apurimac | 63,1 | Cusco | 49,5 | La Libertad | 32,6 | Tumbes | 20,1 | Tacna | 14,0 |
| Huanuco | 58,5 | Loreto | 49,1 | Junin | 32,5 | Arequipa | 19,6 | Lima | 13,5 |
| Puno | 56,1 | Cajamarca | 49,1 | San Martin | 31,1 | | | Ica | 11,6 |
| Ayacucho | 55,9 | Pasco | 43,6 | Ancash | 29,0 | | | Madre de Dios | 8,7 |
| | | Piura | 42,5 | | | | | | |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. Perú: Perfil de la Pobreza por Departamentos, 2001-2010. *Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales*. Lima. Pág. 42.

Cabe destacar que los departamentos del Grupo I, con la mayor severidad de la pobreza, corresponden al área geográfica de la Sierra. Un escenario socioeconómico, a pesar de que se ha conseguido disminuir la pobreza entre los años 1990 y 2010 y principalmente en los departamentos más pobres, que aun determina enormes

³Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011) Perú: Perfil de la Pobreza por Departamentos, 2001-2010. *Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales*. Lima. Pág. 40 y 44.

⁴Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011) Perú: Perfil de la Pobreza por Departamentos, 2001-2010. *Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales*. Lima. Pág. 42.

deficiencias sociales, tanto en *educación como en salud*, y profundas restricciones que afectan de forma fundamental a la situación social y familiar de la población peruana.

Respecto a la salud (enfoque central de la investigación), uno de los indicadores que ha constituido un foco primordial y de mayor interés en el sistema sanitario peruano, es el que se refiere a la *salud materna*, cuyo perfil epidemiológico a lo largo de la década de los años de 1990 y del 2000 presentan un escenario preocupante, dada la prevalencia considerable de morbilidad y mortalidad materna en las zonas de mayor pobreza.

Así, la Razón de la Mortalidad Materna (RMM) evoluciona con grandes diferencias por ámbito geográfico. Para el año 1990, en promedio, la RMM para la Costa fue de 142.2 muertes maternas (MM) x 100,000 nacidos vivos (NV); en la Sierra fue de 329.1 y en la Selva de 312.8.⁵ Para el periodo 2007-2011,⁶ la mortalidad materna disminuye para la Costa a 56.4 MM, mientras que la Sierra y Selva mantienen cifras de más del doble con respecto a la Costa, 152.6 y 137.5 MM respectivamente. La inequidad es más grave aún por zona de residencia, ya que la inmensa mayoría de mujeres que mueren por causas de un embarazo y parto proceden de zonas pobres y marginadas.⁷ En las zonas urbanas la muerte materna alcanza un promedio de 70 MM, mientras que en las rurales de 161.5.⁸

De la misma forma, las complicaciones asociadas al embarazo y parto también generan unas secuelas de discapacidad en la vida de las mujeres peruanas que pueden ser agudas, por afección durante o inmediatamente después de dar a luz, o crónicas y durar meses, años, o el resto de la vida. Las afecciones o lesiones incluyen a las hemorragias intensas, infecciones, parto prolongado u obstruido, hipertensión, abortos

⁵Varas, T. W. (2002). *Tendencia, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú 1992-2000* (Vol. 11). Centro de Investigación y Desarrollo - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima. Pág. 37. (La RMM por departamentos se registra en el cuadro n. 1.5 de la pág. 37, a partir de los cuales, agrupándolos por área geográfica, se obtiene un promedio de la RMM, los datos se exponen en el texto citado)

⁶Ministerio de Salud [MINSA] Dirección General de Epidemiología (2013). *La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011*. Lima. Pág. 43. Tabla. Nº 6.

⁷Amnistía Internacional (2009). *La Salud Materna es un Derecho Humano. Deficiencias Fatales. Las Barreras de la Salud Materna en el Perú*. Editorial Amnistía Internacional. Madrid.

⁸Del Carpio Ancaya, L. (2013). Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 461-464

riesgosos, entre otros, cuyas consecuencias también impactan en la salud del niño, en la familia y la sociedad. Las discapacidades provocadas por la maternidad están estrechamente asociadas a la falta o deficiencia de la atención médica,⁹ y al no tener intervención oportuna sanitaria pudieran conducir a la muerte materna.

A mediados de los años de 1980, al escenario de las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna se asocia una cobertura limitada de servicios públicos de salud. A nivel nacional, la probabilidad de realizar una consulta médica pública era solo del 6% en el quintil de menores ingresos, al igual que en las zonas rurales, mientras que la atención médica en la zona urbana la tenía el 10% de la población.¹⁰ Para 1996, la cobertura de atención materna pre natal (CPN), era menos del 50% en las zonas rurales, pero el 80% en las urbanas; la atención de parto sanitario rural no sobrepasaba el 10%, en tanto que, en las zonas urbanas estaba en torno del 80%.¹¹

En la década previa a los años 90, con el objetivo de acortar las grandes diferencias en salud entre minorías privilegiadas y mayorías abandonadas (con elevadas tasas de morbilidad, mortalidad y patologías prevalentes), el Ministerio de Salud decide mejorar la oferta de los servicios de salud. Unas medidas que van a tener efectos positivos como lo refleja la variación positiva de ciertos indicadores en el quinquenio que concluye en 1990.

Según el MINSA (1990),¹² la tasa de natalidad disminuye de 36.4 nacimientos por cada mil habitantes en el año 1984 a 32.8 en 1990, a la par, que la esperanza de vida también evoluciona favorablemente: un niño nacido en 1990 tiene probabilidad promedio de vivir hasta los 63 años. Añadir, no obstante, que un niño que nace en zonas de mayor pobreza como Huancavelica, podrá alcanzar solo hasta los 51 años de vida,

⁹Ashford, L. (2002). Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados. *Population Reference Bureau*. Washington DC.

¹⁰Francke, P. (1996). Programas sociales en el Perú: alcance actual y retos a futuro. En: *Cómo estamos? Análisis de la Encuesta de Niveles de Vida* (pág. 157 a 198). Editorial Universo S.A. Instituto Cuanto. Lima. Pág. 160. (Cita a Midori de Habich).

¹¹Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (1996). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar, ENDES 1996. Resumen. Lima.

¹²Ministerio de Salud [MINSA] (1990). Dirección técnica de Planificación Sectorial. *Política Nacional de Salud. Principales logros, 1985-1990*. Lima

mientras que el nacido en Lima podrá llegar hasta 71 años. A estos indicadores se acompaña la disminución de la muerte materna, aunque todavía con cifras elevadas, como se expresaba en párrafos anteriores.

También señala que, la mejora de dichos indicadores reflejaría el progreso de la cobertura de servicios de salud junto con el incremento de infraestructura y personal médico en el nivel nacional, aunque la situación de salud peruana permanecía, en su conjunto, de manera insatisfactoria.

Ante la todavía evidencia de las condiciones precarias de salud en los países en vías de desarrollo, diversos actores sociales nacionales e internacionales, intervinieron prioritariamente en el tema de salud pública, indicando que las "inequidades asociadas a la salud poseen un fuerte efecto sobre la vulnerabilidad de los individuos, más que las desigualdades de ingresos o educación" además que, muchas veces las diferencias en salud son literalmente, un asunto de vida o muerte".¹³

Por tanto, en muchos países, con la finalidad de reformar el sector salud se llevaron a cabo planes que promovían el incremento de la inversión pública en el sector, específicamente en centros de atención primaria, así como en programas de educación masiva en salud preventiva, planificación familiar y la utilización de paquetes de servicios de salud básicos, entre otros. Para el caso peruano, la reforma de salud se orienta al financiamiento de los programas focalizados, tanto en actividades preventivas de la atención primaria como en rehabilitación, así como en la expansión de la infraestructura pública sanitaria.¹⁴

En algunos departamentos con mayor nivel de pobreza se incluyen proyectos de salud reproductiva, a fin de garantizar un mayor acceso de la población materna al sistema sanitario, y mejorar la cobertura de atención. Estas intervenciones se efectúan

¹³Birdsall, N., & Hecht, R. (1995). *Swimming against the tide: strategies for improving equity in health*. Working papers. World Bank. Washington, D.C. En: www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-305.pdf.

¹⁴Valdivia, M., & Mesinas, J. (2002). *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú: ENDES 1986, 1991-1992, 1996 y 2000* (Vol. 4). INEI, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Centro de Investigación y Desarrollo. Lima. Pág. 11

aproximadamente hasta fines de la década de los años de 1990 y principios del 2000. A pesar de ello, los resultados del acceso a los servicios de salud y la cobertura son poco alentadores, conjuntamente con las prevalentes tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil.

En suma, el debilitado contexto de pobreza, el perfil epidemiológico deprimente de la salud materna y las condiciones insuficientes e inadecuadas de cobertura sanitaria de salud reproductiva, constituyen un escenario importante para que el Estado peruano de la época, decida impulsar políticas sanitarias que mejoren las coberturas de salud, promoviendo un mayor acceso de la población especialmente de bajos recursos, al sistema de salud.

En el marco de esta políticas se recurre a la implementación del Seguro Público de Salud, conocido actualmente como Seguro Integral de Salud (SIS), cuyos primeros pasos datan de 1997, año en que se pone en marcha el Seguro Escolar Gratuito con el objetivo de brindar atención de salud integral a niños matriculados en escuelas públicas entre las edades de 3 a 17 años. A fines del año 1998, se implementa el Seguro Materno Infantil (iniciando en el departamento de Tacna y la provincia de Moyobamba), diseñado para atender a las mujeres no aseguradas durante el embarazo, parto y puerperio, así como a niños menores de tres años de edad.

En el año 2002 y sobre la base de los anteriores seguros, entra en vigencia el Seguro Integral de Salud en casi todos los departamentos del Perú. El Aseguramiento Universal fue declarado como prioridad en el año 2002, consolidándose en el año 2005. Después de muchas concertaciones y debates, culmina con la ley marco del Aseguramiento Universal en Salud, *Ley 29344* promulgada el 8 de abril del 2009, buscando garantizar una mejor y mayor atención para la población peruana, al mejorar el acceso a un conjunto de prestaciones de carácter preventivo, promocional, recuperativo y rehabilitación, en condiciones adecuadas de equidad, calidad y dignidad.¹⁵

¹⁵Ministerio de Salud [MINSAL], Dirección General de Epidemiología (2010). *Análisis de la Situación de Salud en el Perú*. Lima. Pág. 109.

Para lograr su finalidad, el Seguro Integral de Salud establece Objetivos Sectoriales e Institucionales, así como Estratégicos y Generales para el periodo 2012-2016.¹⁶ Algunos objetivos que consideramos los más trascendentes definidos para el ámbito Sectorial se refieren a:

Construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de mortalidad; Promover con equidad el acceso de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de extrema pobreza y pobreza; Facilitar servicios de calidad a los beneficiarios del Seguro Integral de Salud.

Los Objetivos Institucionales del SIS, responden a;

Evaluar el nivel de calidad de la oferta de los prestadores de servicios y la satisfacción en la atención de salud de los beneficiarios; Facilitar servicios de calidad a los beneficiarios del Seguro Integral de Salud; Dirigir los procesos de afiliación y operación del Seguro Integral de Salud en todos los niveles y Proponer políticas y normas que permitan garantizar el logro de los objetivos funcionales.

Los Objetivos Estratégicos y Generales 2012-2016, tienen alcance entre otros a;

La Cobertura de aseguramiento en salud a nivel nacional en el marco del Aseguramiento Universal de la población objetivo dispuesto por norma, y otros que implican estrategias importantes para la cobertura de la población sujeta al SIS.

Después de más de una década de la implementación del SIS bajo sus varias denominaciones y alcance de coberturas (que en general han ido en una dirección de incremento al acceso a los servicios de salud), la atención materna, según datos de la

¹⁶Seguro Integral de Salud. *Objetivos del Seguro Integral de Salud*. En: <http://www.sis.gob.pe>

ENDES 2012, todavía muestra estadísticas de acceso limitado. El control prenatal logra una cobertura de cerca del 61% en las zonas urbanas mientras que en las rurales llega al 55%; la atención de parto alcanza el 82% en el ámbito urbano, mientras que en el rural solo el 53%.¹⁷ A ello se suma la insuficiente capacidad resolutive del servicio de salud para la atención materna, donde el mayor porcentaje de los establecimientos evaluados con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), alcanzan un máximo de 59%, y solo el 2,8% de ellos alcanzan el 80% de capacidad mínima requerida para garantizar la atención materna.

Este escenario global de condiciones de salud materna, precisa identificar el siguiente problema de investigación:

“Coberturas insuficientes de atención materna y prevalencia de tasas de morbilidad y mortalidad materna en la población de mayor pobreza, a una década de la implementación del Seguro Integral de Salud, aun cuando su principal objetivo, es la atención de la población pobre”.

El problema identificado, se ofrece como marco de referencia para realizar el estudio de investigación, lo que a su vez, lleva a establecer preguntas que puedan orientar a desarrollar el estudio:

¿Cuál es la tendencia de cobertura, en la afiliación del Seguro Integral de Salud, SIS, entre las mujeres gestantes, principalmente rurales y pobres?, ¿cuál es la cobertura sanitaria, en el marco de las Normas de Atención Materna del Ministerio de Salud, entre las mujeres gestantes afiliadas al SIS, principalmente rurales y pobres?, ¿qué porcentaje de la ejecución de gasto se realiza, para proveer la oferta materna, pre natal, parto y puerperio, a partir de las transferencias financieras del Seguro Integral de Salud? y, ¿cuál es la relación entre el porcentaje de gasto en la oferta materna, la capacidad resolutive

¹⁷Elaboración de promedios a partir de datos de la ENDES 2012, control pre natal y parto, de 10 departamentos de mayor pobreza, considerados en el estudio: Amazonas, Loreto, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho, Puno, Apurímac, La Libertad, Lambayeque, y Piura.

de establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas y la cobertura de atención materna?

Consecuentemente a estas premisas, proyectamos los objetivos que guiarán el estudio de investigación.

1.1 OBJETIVOS

❖ Objetivo Principal

“Determinar la cobertura sanitaria del Seguro Integral de Salud (SIS), en la prestación materna, pre natal, parto y puerperio, en departamentos de pobreza de Costa, Sierra y Selva, entre los años 2002 -2012, con relación a la cobertura de los años 1996-2000, periodo pre intervención, SIS”

Esta visión principal se sustenta en particularidades de la cobertura de atención materna en dos escenarios diferentes: el primero, en el marco de la intervención del Seguro Integral de Salud y el segundo, antes de la implementación del SIS, valorando tendencias y comparaciones entre ambos periodos, para su integración con el enfoque de análisis del financiamiento del SIS en la oferta materna.

En función del objetivo principal, definimos los siguientes objetivos específicos.

❖ Objetivos Específicos

1. Describir la tendencia de cobertura de **afiliaciones** al Seguro Integral de Salud entre las mujeres gestantes, en los años 2005, 2010 y 2012, en los departamentos agrupados por Costa, Sierra y Selva, ámbito de residencia (urbana y rural), y quintil de pobreza.
2. Describir la tendencia de **cobertura general** por componentes aislados de la atención pre natal, parto y puerperio, en el marco de las Normas de Salud Materna del Ministerio de Salud, entre los años, 2005, 2010 y 2012,

con intervención del SIS, en relación a los años 1996 y 2000, pre intervención SIS, en los departamentos de Costa, Sierra y Selva, ámbito de residencia (urbana y rural), y población pobre (quintil I-II).

3. Determinar la **cobertura de oportunidad**, según componentes integrados, en cumplimiento de protocolos de la atención pre natal, parto y puerperio, en el marco de las Normas de Salud Materna del Ministerio de Salud, en el año 2012 con intervención del SIS, con relación al año 2000, pre intervención SIS, en los departamentos de Costa, Sierra y Selva, ámbito de residencia (urbana y rural) y población pobre (quintil I-II).
4. Estimar la **cobertura por asociación y dependencia** de la atención pre natal y parto, en el año 2012 con intervención del SIS, con relación a la cobertura del año 2000, pre intervención SIS, agrupando los departamentos del estudio, y según ámbito de residencia (urbana y rural).
5. Evaluar el **porcentaje de la ejecución de gasto** por las Unidades Ejecutoras de Salud, en los componentes pre natal, parto y puerperio, a partir de las transferencias financieras del Seguro Integral de Salud (SIS), durante los años 2010 y 2012 en los departamentos por Costa, Sierra y Selva.
6. Analizar **la relación** entre el porcentaje de la ejecución de gasto para la oferta materna, la capacidad resolutive de establecimientos de salud y la cobertura de oportunidad, en los años 2010 y 2012, en los departamentos por Costa, Sierra y Selva.

El recorrido de los objetivos específicos nos permite plantear una valoración integral de los resultados conseguidos, en términos de atención a la cobertura materna, con la oferta sanitaria proporcionada por la puesta en marcha del Seguro Integral de Salud, así como analizar los aspectos, no menos importantes, relativos a la financiación del SIS. Con ello conseguimos un amplio soporte para nuestra investigación, y lograr una

valoración más eficiente al significado de la implementación del SIS, para la población peruana.

La referencia del preocupante perfil epidemiológico materno actual y la realidad objetiva de las coberturas de la atención sanitaria materna, en el marco del Seguro Integral de Salud (SIS), **justifican** realizar el presente estudio que posibilitará conocer dimensiones que puedan integrarse y generar dos aspectos fundamentales:

- A nivel teórico, podrá servir como una herramienta para la construcción de políticas públicas sanitarias, en la medida que los resultados revelen lo conseguido en materia de cobertura general, de oportunidad y por asociación, de las intervenciones sanitarias, en el contexto financiero específico del SIS, frente a la real necesidad de salud materna.
- A nivel práctico, los resultados de la investigación podrían orientar las intervenciones de mediano y largo plazo, configurando acciones contextuales, derivadas de las diferencias geográficas detectadas.

1.2. CONTENIDO DE LOS CAPITULOS

El presente estudio está estructurado en cinco capítulos, cada uno de los cuales albergan contenidos que responden a los objetivos de la investigación.

El **Capítulo II**, presenta el **Contexto Socio-Sanitario**, cuyo enfoque se desarrolla en dos escenarios importantes. El primero, **un Contexto General de América Latina**, desde la década de los años de 1990 hasta el decenio de los años del 2000. Para los años de 1990 se abunda en algunos aspectos de la naturaleza de las crisis económicas que impactan en los problemas regionales socio económico, los cuales se reflejan de manera simultánea en marcados índices de pobreza, indigencia, desigualdad, y deficiencia en el acceso a la educación y salud. Desde el año 2000, se enfatiza en la disminución de la

pobreza, el mayor gasto social, aunque continúa las desigualdades de acceso a servicios sociales, entre ellos los de educación y salud.

Este escenario incide en las condiciones de exclusión a los servicios de salud, que principalmente son experimentadas por la población más pobre, de zonas rurales e indígenas, y de países latinoamericanos donde la mortalidad infantil y materna prevalece por encima del nivel de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD).

En un Segundo escenario, se particulariza **el Contexto Socio Sanitario Peruano** por departamentos, agrupados en áreas geográficas (Costa, Sierra y Selva), y por zona de residencia (urbana y rural). Se evidencia los diferentes niveles de pobreza en el año 2010 y las brechas existentes entre ellos. En estas circunstancias se describen principalmente indicadores de morbilidad y mortalidad materna, así como la situación sanitaria peruana, referente a la oferta de servicios de salud en términos de recursos humanos, infraestructura y financieros. De igual manera, se contempla las coberturas de atención materna, especialmente de las zonas pobres, donde ha intervenido la Cooperación Internacional, con el objetivo de incrementar el acceso de la población materna a los servicios de salud, principalmente desde el segundo quinquenio de los años 1996 hasta aproximadamente los primeros años del 2000.

En estos años, en circunstancias de grandes necesidades de acceso de la población a los servicios de salud, se desarrolla la "implementación del Seguro Integral de Salud" (SIS), a partir del año 2000, el que otorga prioridad a la población pobre y en pobreza extrema, especialmente en la Sierra, donde se expresan las más bajas coberturas sanitarias de salud, lo cual se asocia a las altas tasas de mortalidad materna. Finalmente, el marco de contexto socio sanitario, alude a las normas de atención materna (pre natal, parto y puerperio), las que tienen fundamental relevancia para el análisis de la presente investigación.

El **Capítulo III**, corresponde a la **Metodología de Investigación**. Se inicia desarrollando el contenido del marco central de la investigación, que se enfoca en **tres**

ámbitos fundamentales, organizados para los capítulos IV y V. En el **Capítulo IV**, se considera el "Análisis Descriptivo I" al cual titulamos, "Cobertura de Aseguramiento en el seguro Integral de Salud y la Atención Materna", cuyos ámbitos enfocados se desarrollan en dos perspectivas: el "*Aseguramiento en el Seguro Integral de Salud*", y la "*Atención Sanitaria Materna*", cada cual con sus dimensiones y categorías correspondientes. En el **Capítulo V**, se contempla el "Análisis Descriptivo II", cuyo título denominamos, "Cobertura Financiera para la Oferta de Atención Materna", y de la misma forma, con sus dimensiones y categorías de análisis correspondientes.

Consideramos que la aplicación inicial de este enfoque, nos permitirá sustentar las características generales de la metodología de la investigación propuesta, por ello desarrollamos brevemente las particularidades que implican su estudio.

En el primer ámbito del capítulo IV, planteamos el análisis del **Aseguramiento en el Sistema del Seguro Integral de Salud**, aplicando el estudio de la dimensión de, "Cobertura de afiliación al SIS", de mujeres gestantes de los años 2005 al 2012, de los ámbitos de Costa, Sierra y Selva; urbana, rural, y de los cinco quintiles de pobreza. Para los años 1996 al 2000, se consigna solo el total de mujeres gestantes. Los resultados se expresan en tendencias de proporciones (porcentajes). Esta cobertura, es la referencia principal para el estudio de las siguientes coberturas de atención materna.

En el segundo ámbito de estudio, del capítulo IV, se enfoca la **Atención Sanitaria Materna**, donde se contempla el análisis de tres dimensiones, "Cobertura General de Atención Materna", "Cobertura de Oportunidad", y "Cobertura por Asociación y Dependencia".

Las características que se aborda en estas dimensiones son las siguientes:

La "Cobertura General de Atención Materna", se analiza en función de **tendencias de componentes aislados**, de la atención pre natal, parto y puerperio, aplicando frecuencias porcentuales desde los años 1996 al 2000, hasta el periodo con

intervención del SIS (años 2005, 2010 y 2012). Así mismo, se ha determinado comparar las coberturas entre ambos periodos aplicando el método de la tasa de crecimiento.

La "Cobertura de Oportunidad", involucra básicamente, el análisis comparativo de **componentes integrados**, es decir, **el cumplimiento de protocolos** según esquema de las normas de atención materna del Ministerio de Salud, estableciendo la probabilidad del máximo umbral de cumplimiento de dichos protocolos, en términos de proporciones (porcentajes), del año 2000 (pre SIS) y 2012 (con SIS). También se aplica la tasa de crecimiento para evaluar principalmente las diferencias entre áreas geográficas, Costa, Sierra y Selva.

En la "Cobertura por Asociación y Dependencia", se **establecen asociaciones** entre los propios componentes de la atención pre natal y parto. El análisis se realiza considerando la base de datos de la cobertura de oportunidad en dos periodos, año 2000 (pre SIS) y 2012 (con SIS). En esta cobertura se aplica el método de regresión simple, agrupando los datos de atención materna de los diez departamentos del estudio, conservando las diferencias entre la zona urbana y rural, en la medida de evidenciar la presencia del SIS, sobre todo en la zona rural, la que alberga la mayor población en pobreza.

Concluyendo con este análisis, continuamos desarrollando el capítulo V, donde se sustenta el análisis de dos dimensiones: la primera, la "Ejecución de gasto en los componentes de la atención materna, pre natal, parto y puerperio, respecto del presupuesto destinado por el Seguro Integral de Salud", y la segunda dimensión, involucra la relación entre la "Ejecución del gasto, la capacidad resolutive y la cobertura de oportunidad", estudio que busca integrar la cobertura sanitaria de atención materna. El análisis se expresa en proporciones (porcentajes), en los años 2010 y 2012, por área geográfica de Costa, Sierra y Selva.

Contando con estas referencias principales, establecemos la metodología de la investigación precisando el diseño y tipo de estudio, con las características inherentes a ella.

La propuesta de investigación nos lleva a diseñar un **modelo metodológico** que se adecúa a los dos capítulos de análisis IV y V, cada cual con los sub apartados antes descritos, direccionado al perfil de los objetivos específicos. El diseño metodológico contempla **un corte cuantitativo transversal y retrospectivo**, aplicado a la propuesta de la investigación, el que enfoca: *la Cobertura de afiliación al SIS, y Coberturas de atención materna: pre natal, parto y puerperio*; en dos periodos; antes de la intervención del SIS (años 1996 y 2000), y durante la implementación del SIS (años 2005,2010 y 2012). Así mismo, el diseño se aplica a *la Cobertura de financiamiento y a la Capacidad resolutive de establecimientos de salud con funciones obstétricas básicas (FONB) y funciones obstétricas esenciales (FONE)*. Estas dos últimas coberturas, en los años 2010 y 2012 son las que contribuyen a formular una visión de análisis integral, desde la lógica de la cobertura de oferta sanitaria, la capacidad resolutive, y la lógica financiera y normativa del Seguro Integral de Salud (SIS).

Dicho modelo conlleva a un estudio de la cobertura materna de los departamentos peruanos identificados con mayor pobreza, considerando también a la población pobre de los quintiles I y II. Para la Costa, los departamentos identificados son: Lambayeque, La Libertad y Piura. Los departamentos de Sierra lo conforman: Apurímac, Ayacucho Huancavelica, Huánuco y Puno; y los de Selva son: Amazonas y Loreto.

Los datos que se recogen para el estudio de las distintas coberturas, se hacen a partir de varias fuentes disponibles y oficiales, principalmente de la Encuesta Nacional de Salud Familiar, ENDES, de los años 1996, 2000, 2005, 2010 y 2012, de la base de datos del Ministerio de Salud y del Seguro Integral de Salud, así como de la base de datos financiera del Ministerio de Economía y Finanzas. A partir de estas fuentes se elaboran los datos estadísticos de la cobertura materna y financieros.

Para el estudio de las coberturas se aplican técnicas estadísticas de análisis como las frecuencias (en porcentajes) y el método de regresión simple. Además, se procede a la comparación de las coberturas, principalmente las de oportunidad y por asociación, entre el periodo intervenido con el SIS con relación al pre SIS, mediante la tasa de crecimiento.

Se considera las características de análisis para cada uno de ellos, en correspondencia a los objetivos específicos.

Finalmente, **el Capítulo VI** precisa las **Conclusiones** de la investigación, así como las **Recomendaciones** más pertinentes en relación a los resultados.

Esperamos que los resultados obtenidos, así como las conclusiones y recomendaciones tengan una oportunidad en la Salud Pública peruana.

CAPITULO II

CONTEXTO SOCIO-SANITARIO

*“La parte o una parte vale por todo”, a decir, cualquier parte de la naturaleza, de nuestra propia naturaleza, de nuestro microcosmos, tiene relación con el todo, con el conjunto.*¹⁸

Decidimos abordar las circunstancias de la salud materna, partiendo de la comprensión holística de multitud de aspectos que conforman un contexto, que en buena cuenta, son determinantes del bienestar de la población, para nuestro caso, de la población materna. Este abordaje implica adentrarnos en un escenario de factores que consideramos que tienen una gran relevancia para explicarnos la situación de la salud materna: la economía, la pobreza, educación y el propio sistema sanitario, en la medida de conjugar las relaciones existentes con la salud, y contrastar las consecuencias que de ellas devienen. Vamos a enfatizar, lógicamente, en el sistema de salud, con la presencia del Seguro Integral de Salud.

En este capítulo, se enfoca un marco de referencia de América Latina, y un abordaje más amplio pero concreto, del “Contexto sanitario peruano”, abordando las premisas antes consideradas.

2.1 América Latina en el contexto general de globalización. Efectos de las crisis financieras en los últimos 30 años: pobreza, inequidad, economía e impactos sociales en la salud y educación

Hace aproximadamente 30 años, América Latina atravesaba la crisis financiera de la deuda externa de los años 80, estableciéndose un período particularmente complejo en las economías de la región que requirió la aplicación de ajustes macroeconómicos. Entre 1982 y 1984, el Producto Interno Bruto (PIB) de la región se estancó, la inversión fija se redujo en cerca de 5% de la producción anual latinoamericana y el déficit regional en la cuenta corriente del PIB pasó del 3,7% en 1978 al 2,1% a 1981. Perú se encontraba entre los países de la región con un alto crecimiento del producto interno bruto, del 3,9 para 1979, pero en el decenio de los años de 1980,

¹⁸Alzina Forteza, A. (2006). *MEDICINA para el cuerpo y para el alma*. Editorial N.A. Madrid. Pág. 28

el PIB sufrió una caída del -1,4,¹⁹ reflejo de la crisis económica de esta década, cuyas implicancias alcanzaron a posteriores decenios.

La naturaleza de los problemas económicos regionales que se produjeron en este periodo, se reflejó de manera simultánea y sostenida en un descenso de los indicadores económicos y sociales. Algunas naciones como Argentina, Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela, optaron por reducciones progresivas en el gasto público, afectando la situación de vulnerabilidad en la que ya se encontraba la mayor parte de la población en aquella década como lo reflejaban unos altos índices de pobreza e indigencia, desigualdad,²⁰ subempleo, así como de deficiencias en el acceso a la educación y salud, entre otras carencias.

Para 1980, United Nations. Economic Commission for Latin América (2004),²¹ estimó que 135.9 millones de personas eran pobres en la región y que 62.4 millones eran indigentes. Cifras que se elevaron terminando la década llegando a 1990 con 204 millones de personas pobres y 95 millones de indigentes.

Después de la llamada “década perdida” (década de los 80), los primeros años del siguiente decenio fueron de recuperación económica, aunque las tasas de crecimiento registradas desde inicios de los 90, no evidenciaron avances en la lucha contra la pobreza y la inequidad. La segunda mitad de la década, fue afectada por eventos mundiales económicamente críticos que impactaron el tejido social latinoamericano.²² La CEPAL señala que al terminar la década de los años de 1990, la población pobre aumenta de 135.9 millones en 1980 a 215 millones de personas. Por otro lado, el número de indigentes se incrementa de 62.4 millones a 89.4 millones.²³

¹⁹Naciones Unidas [NU] - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1996). Quince Años de Desempeño Económico América Latina y el Caribe, 1980-1995. Editorial ECLAC. Santiago de Chile

²⁰United Nations Economic Commission for Latin America (2004). *Una década de desarrollo social en América Latina, 1990-1999*. Vol. 77. *United Nations Publication*. Santiago de Chile. Pág. 33.

²¹United Nations Economic Commission for Latin America(2004). *Una década de desarrollo social en América Latina, 1990-1999*. Vol. 77.*United Nations Publication*. Santiago de Chile. Pág. 35.

²²García Sayán, D. (2009). Impactos Económicos y Políticos en América Latina. *Revista Nueva Sociedad No 223*. 0251-3552. Setiembre-Octubre. En: www.nuso.org.

²³United Nations. Economic Commission for Latin America.(2004). *Una década de desarrollo social en América Latina, 1990-1999*. Vol. 77. *United NationsPublication*. Santiago de Chile. Pág. 35 (cuadro 1).

El siguiente periodo correspondiente a los primeros años del nuevo milenio y hasta la crisis de 2008, se van a registrar buenos resultados en la lucha contra la pobreza. La CEPAL indica que en el periodo de 2002 al 2008, se produjo una importante reducción de los pobres. En el 2002, se registraban 225 millones de personas pobres, cifra que disminuye a 174 millones para el año 2011, con una reducción de 22%. Sin embargo, la reducción de pobres entre el año 2008 y el 2011 fue de solo el 3%. De igual manera, la cifra de los indigentes para el periodo 2002 al 2011 descendió de 99 a 71 millones, con una reducción del 28%.

Arias (2009),²⁴ señala que la crisis de 2008 que se inicia en Estados Unidos tuvo los efectos más visibles del decenio, caracterizada por la aparición de la insolencia soberana para varios países, mostrando un sombrío panorama en la continua lucha contra la pobreza.

Este complejo escenario político y económico, produce impactos sociales negativos que se reflejan básicamente en la salud y la educación, efectos que muestran evoluciones inherentes a cada década y en cada país. Estos aspectos se desarrollan en el presente apartado como escenario general de la Región Latinoamericana.

Durante los años de 1980, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el sector educación sufrió serias restricciones presupuestarias originadas en la crisis económica y social que afectó a la región, junto a ello, se experimentó un incremento de las demandas sociales por obtener los beneficios de una buena educación. Entre los años 1980 y 1990, el gasto público en educación con relación al Producto Nacional Bruto (PNB) se incrementó del 3,8 al 4,1 con una variación de 0,3 puntos porcentuales.²⁵ Hacia el año 1999, el porcentaje del gasto llegó al 4,5%, y para el año 2012 se destinó el 4,9%, con un incremento promedio de 0,4 puntos porcentuales.²⁶

²⁴Arias, X. C. (2009). La crisis de 2008 y la naturaleza de la política económica. *Documentos de Trabajo (IAES, Instituto Universitario de Análisis Económico y Social)*, (4), 1.

²⁵ UNESCO. (2001). Situación Educativa de América, 1980-2000. Proyecto Principal de Educación. Sistema Regional de Información-SIRI. UNESCO/OREALC. Santiago de Chile. Pág. 27 (cuadro 8).

²⁶ UNESCO. (2015). *Educación para Todos 2000-2015: Logros y Desafíos. Seguimiento de los Avances hacia la Consecución de los Objetivos de la EPT*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Instituto de Estadística de la UNESCO (1ª ed.). Paris. Pág. 280 (cuadro 8.1).

Según Martínez, M. (2009),²⁷ antes de la crisis de los años ochenta, el gasto público en educación fue mayor que en las siguientes décadas, donde el protagonismo educativo adquirió gran fuerza. Refiere que durante los años cincuenta, la creciente demanda global de la educación en buena parte de los países del mundo se debió, entre sus causas más significativas, a la democratización del acceso a la misma, erigida bajo la premisa de que la educación no era un bien escaso por el que había que competir, sino un derecho que debía ser generalizado, además de ser un instrumento muy eficaz en el progreso de las naciones y la cohesión social entre los pueblos.

Los logros más significativos de la educación en la región se identificaron con un notable aumento del gasto público en el sector que dio origen a un incremento cuantitativo de los niveles de matrícula.²⁸ La expansión de la educación no formal trajo consigo un descenso de las tasas de analfabetismo, se incrementó la convocatoria de docentes y hubo mayores construcciones de escuelas, equipamiento y textos escolares. Sin embargo, estos logros no fueron evidentes después de los críticos años de los ochenta, los que acompañaron el retroceso a niños y niñas para su acceso a la escolaridad en el nivel oficial.²⁹

Entre los años 1999 al 2008,³⁰ los países continúan desplegando esfuerzos como parte de iniciativas más amplias de desarrollo para fomentar un mayor acceso a la educación primaria aunque sigue persistiendo una brecha importante en la matrícula entre la tasa bruta y la tasa neta. Particularmente en Perú, entre estos años, la tasa bruta de matrícula en la educación primaria sufrió una disminución, de 123 a 109 (menos 14 puntos porcentuales), y de igual manera, la tasa neta de matrícula disminuyó de 100 a 97 (menos 3 puntos porcentuales).

En: <http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx>.

²⁷ Martínez Usarralde, M., J. (2009). *La Educación en América Latina: entre la calidad y la equidad*. Biblioteca Latinoamericana n. 16. Ed. Octaedro (1ª ed.). Barcelona. Pág. 14.

²⁸ En el año 1956, solo en el nivel primario, el número de alumnos matriculados en veinte países latinoamericanos alcanzó 19 millones, que significa un incremento de casi 4 millones de alumnos desde 1950, con un promedio de más de 600 000 alumnos por año (UNESCO, 1960: 205)

²⁹ Martínez Usarralde, M., J. (2009). *La Educación en América Latina: entre la calidad y la equidad*. Biblioteca Latinoamericana n. 16. Ed. Octaedro (1ª ed.). Barcelona. Pág. 14.

³⁰ UNESCO (2011). *Compendio Mundial de la Educación 2010. Comparación de las Estadísticas de Educación en el Mundo*. Instituto de Estadística de la UNESCO. Montreal. Pág. 122-123 (cuadro 3).

Guiddens (1987),³¹ señala que la débil transformación educativa en los años de 1990 y la década del 2000, se desarrolla en un orden globalizado y en una era de post modernismo. Además, Lyotard (1991),³² afirma que en esta nueva era la información y el saber técnico, enmarcados por la investigación y la transmisión de conocimientos, constituyen la palanca fundamental para el desarrollo, y así lo han asumido los países desarrollados donde el saber se ha convertido en los últimos decenios, en la principal fuerza de producción, sin embargo, constituye también el principal embudo para los países en vías de desarrollo.

Junto a la educación, la salud, es otro componente social importante para medir el bienestar que consigue un país. Indicador que se involucra en la determinación del desarrollo humano, cuya evolución en los últimos 30 años se ha desarrollado de manera muy marcada por las crisis financieras, que han resquebrajado aún más al ya debilitado sector sanitario de América Latina. En los años ochenta la reducción del gasto público en salud, se generaliza en los países de la región como respuesta a la pobre situación económica, en la que la política fiscal,³³ va a privilegiar las áreas no sociales. Van der Hoeven y Stewart (1993),³⁴ sostienen que en muchos casos, el declive en la inversión de la salud fue producto de "policy-induced" y no sólo causado por la recesión.

El Banco Mundial, menciona que algunas naciones como Paraguay, Perú y México hicieron más intensas sus reducciones en el gasto público sanitario fijándose porcentajes de gasto sobre el PIB de menos del 1%. A finales de los años de 1980, la mayoría de los países, incluyendo Perú, continúan con un gasto similar o de leve incremento, gastos que no superan el 1,5% del PIB. Costa Rica, Argentina, Cuba, Brasil

³¹Giddens, A. (1987). *Las Nuevas Reglas del Método Sociológico*. Amorrortu Eds. Buenos Aires.

³²Lyotard, J., F. (1991). *La Condición Postmoderna, Informe sobre el saber*. Trad. Mariano Antolín Rato. Editorial R.E.I. Buenos Aires. Pág. 7.

³³Almeida, C. (2002). *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cad. Saúde Pública. vol.18 (4): 905-925 [cited 2015-08-03]. En: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en&nrm=iso

³⁴Al analizar los resultados del ajuste estructural, Hoeven y Stewart señalan, que es crucial distinguir entre los efectos de la recesión económica y ajuste estructural. Los países adoptan programas de ajuste estructural con el fin de hacer frente a la crisis económica. No queda claro, si los efectos negativos sobre los resultados de salud deben ser atribuidos a un ajuste en lugar de la mala gestión económica, o pura mala suerte u otros factores causantes de la crisis. En: Van der Hoeven, R. & Stewart, F. (1993). *Social Development During Periods of Structural Adjustment in Latin America*. Occasional Paper 18. International Labour Office. Geneva. Vol. 18. Pág.9.

y Uruguay, fueron excepción por cuanto tendieron a recuperar sus niveles iniciales, tras la fase de los procesos de ajuste, con gastos sanitarios por encima del 2,7% del PIB.

En los últimos años de la década del 2000, todos los países van a impulsar su gasto sanitario de manera importante. En casi todos, la inversión va a estar por encima del 5% del PIB. En Costa Rica y Cuba, que tuvieron la más alta inversión, el gasto alcanzó el 10,9 y el 10,6% respectivamente. Perú se ubicaba entre los países de baja inversión en este último rango, con solo el 5,1% de gasto en salud.³⁵

Cierto que los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2001),³⁶ indican que el gasto social representa una parte muy importante para los estratos más pobres, con cerca del 43% de su ingreso, a la par que el gasto social representa entre un 7 y un 13% de los ingresos, para los estratos de mayores ingresos (quintiles IV y V). Un fenómeno que se explica por el doble motivo que supone el bajo volumen del gasto en términos absolutos, y la extrema depauperación vivida por los estratos de población más desfavorecida.

En relación a la situación sanitaria, la ausencia de cambios institucionales radicales, salvo reformas aisladas en algunos países, llevó al empeoramiento acentuado del acceso de la población a los servicios, con una calidad en la atención al paciente de muy bajo nivel.

Molina et al. (2000),³⁷ señalan que para 1995, la mayor parte de este gasto, el 72,6%, está orientado a la atención curativa y apenas un 7% se destina a prevención. Si añadimos que el 12,1% se destina a gastos administrativos y un 8,3% para otros gastos (infraestructura, insumos y formación de recursos humanos), podemos entender que se hayan generado fuertes desigualdades en el acceso a los servicios públicos en salud, que

³⁵ **Banco Mundial**. *Gasto en Salud per cápita y como porcentaje del PIB*. En Base de Datos 2010. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>; **Organización Mundial de la Salud [OMS]**. *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*. Pág. 131, 133, 135, 137. En: www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf

³⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] ONU (2001). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2000-2001*. Publicación de las Naciones Unidas LC/G.2138-P. Santiago de Chile.

³⁷ Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., & Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Pan American Journal of Public Health*, 8, 71-83.

persisten no sólo entre diferentes grupos sociales, sino también entre regiones geográficas, de un mismo país.

La Organización Panamericana de la Salud, OPS/CEPAL, 1994; OPS, 1995, y CEPAL, 2001, indican que a inicios de la década de los años de 1990, aproximadamente existían 160 millones de personas sin acceso permanente a los servicios de salud, y 130 millones sin acceso a agua potable. Para fines de la misma década, un 25% de la población carecía de acceso permanente a servicios básicos (cerca de 127 millones de personas), y otro 25% no tiene acceso a agua potable. El 32% vivía en áreas sin saneamiento básico (163 millones de personas).

Sobre el particular, Suárez (2000),³⁸ destaca los resultados de un estudio realizado en Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México y Perú, indicando que las desigualdades en salud favorecen a los ricos, tanto en la oferta de servicios, así como en los profesionales, además, de ser mejor su estado de salud. También indica que los grupos de renta más baja de la población, enferman más y usan menos los servicios, que los grupos de mayor renta. Los puestos, centros de salud y hospitales públicos se utilizan más por esta población, mientras que los servicios privados son utilizados, mayoritariamente, por los grupos de renta más alta, con la excepción de los grandes hospitales públicos, generales, de emergencia o especializados.

Hacia fines de los años del 2000, aún persisten grandes diferencias en materia de acceso a los servicios y oportunidades en el área de la salud, que se traducen en un nivel dispar de los indicadores según países, áreas geográficas y grupos poblacionales. Se constatan, especialmente, las condiciones de exclusión que experimentan las personas residentes en zonas rurales, las que poseen menor nivel educativo, las poblaciones indígenas y afro descendientes y los sectores más pobres de la sociedad,³⁹ todo ello a pesar de que se hayan generalizado determinados objetivos muy básicos entre la población. Así, el promedio de población de la región que utiliza una fuente mejorada

³⁸Suarez Berenguela, R. (2000). *Health Inequality in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implication. Working Document*. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Bank.

³⁹Economic Commission for Latin America [CEPAL] (2010). *Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos Pendientes y Nuevos Desafíos*. Editorial CEPAL. Santiago de Chile. Pág. 8.

de agua potable está cerca del 91%,⁴⁰ y aproximadamente el 80% tiene acceso a servicios sanitarios.⁴¹

En este contexto, de estructuras socavadas de la salud, se desarrolla el perfil epidemiológico de los países latinoamericanos, con altas tasas de mortalidad y morbilidad, principalmente en poblaciones vulnerables como niños y mujeres en periodo de gestación; y la OMS (2010),⁴² nos señala que los indicadores de la mortalidad conjuntamente con la esperanza de vida, ofrecen buenas medidas sintéticas de salud general para la población.

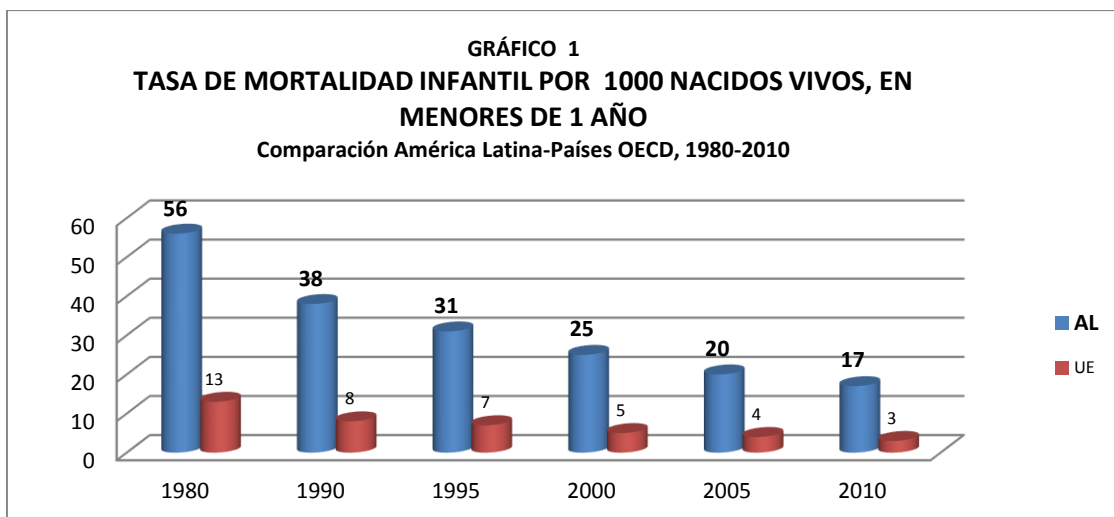
Así, en 30 años (1980–2010), la tasa promedio de mortalidad infantil en la región bajó de 56,6 a 17,1 x 1000 nacidos vivos (NV). No obstante, continúa siendo mucho mayor que la de los países de altos ingresos y miembros de la OECD, 3,6 por 1000 NV,⁴³ como se puede observar en el gráfico 1.

⁴⁰Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Agua. Centro de Prensa. Nota descriptiva Nro. 391*. Consultado, 18-06-2015. En: <http://www.paho.org/Spanish>.

⁴¹ Global Health Observatory Data Repository, 2010. *Mejora de las instalaciones sanitarias*. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>. Consultado, 29-01-2013 .

⁴² Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra. En: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf ISBN 978 92 4 356398 5. Pag. 45.

⁴³Global Health Observatory Data Repository 2010. *Mortalidad Infantil*. Base de datos en línea: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>. Consultado en 02-02-2013.

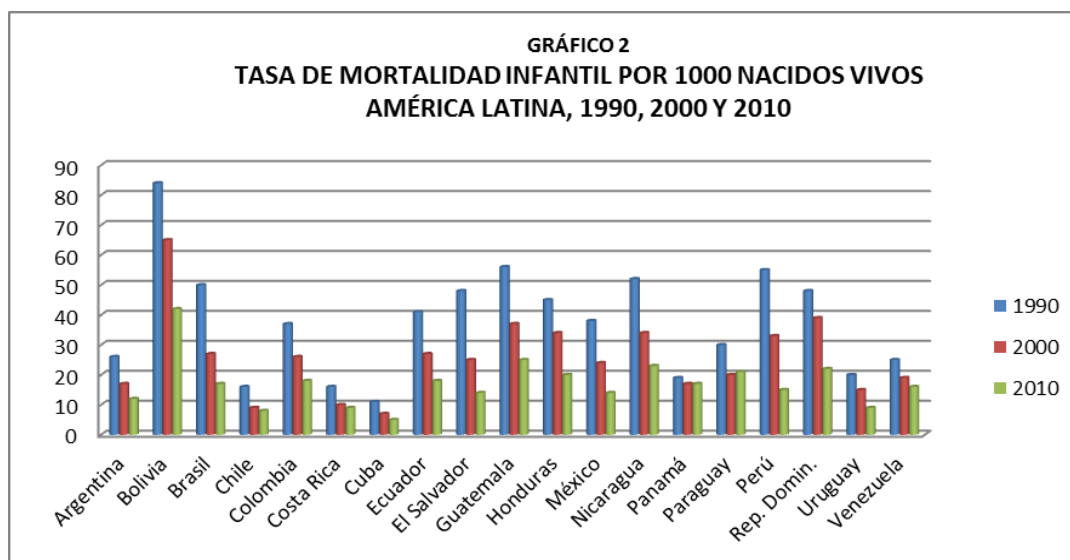


Fuente: Base de datos del Banco Mundial y OECD.

En línea: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countri>

Elaboración propia.

Igualmente, en el siguiente gráfico, se puede apreciar la tasa de mortalidad infantil en los países de América Latina para 1990, 2000 y el año 2010.



Fuente: Base de datos del Banco Mundial. En

Línea: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Mortalidad Infantil - Proyecto de Información y Análisis de Salud. Iniciativa regional de datos básicos en salud.* Washington, D.C. 2010.

UNICEF-ONU. *Mortalidad materna. Monitoreando la atención de niños y mujeres 2011.* Base de datos CEPALSTAT.

En línea: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp

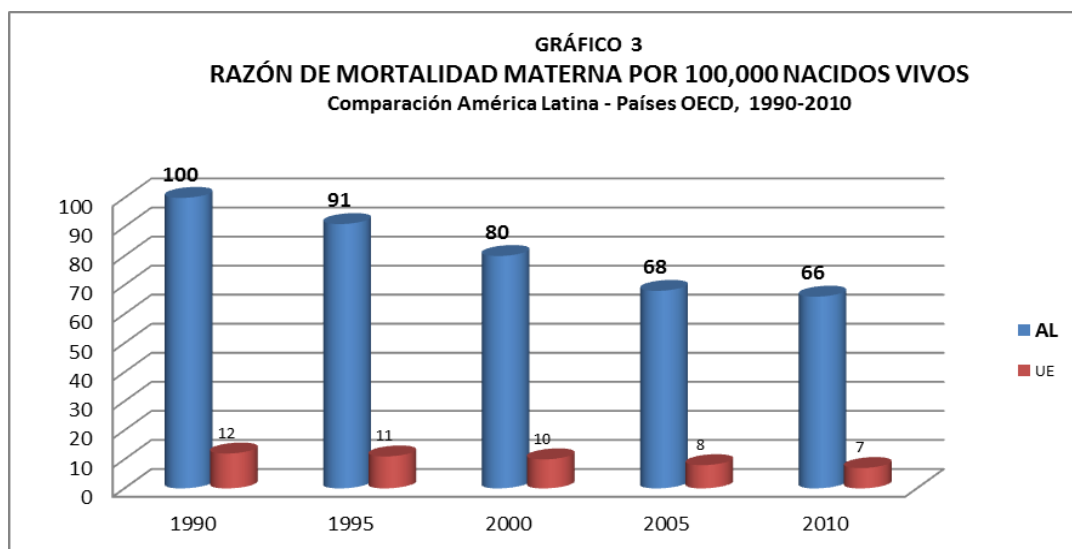
Elaboración propia.

A pesar que Perú, para el año 2010 ha disminuido la tasa de mortalidad infantil respecto a 1990, aún se encuentra entre los países con una tasa considerable de este

evento, 15 x 1000 nacidos vivos (NV). La posición más favorable la tiene Cuba con 4 x 1000 NV.

Junto a la mortalidad infantil, otro factor epidemiológico que marca el desarrollo de las sociedades es la mortalidad materna (MM). Su estimación apropiada según la Organización Mundial de la Salud (2010),⁴⁴ es particularmente difícil, porque son pocos los países en vías de desarrollo que cuentan con sólidas fuentes de datos.

América Latina muestra para 1990 un promedio de 100 muertes maternas (MM) x 100,000 nacidos vivos. Hacia 2010, la MM ha descendido aproximadamente a un promedio regional de 66 MM x 100 000 NV.⁴⁵ Los promedios que presenta en 20 años, son considerablemente altos respecto a los de la Unión Europea. Esta región, para 1990, presentaba solo 12,5 MM x 100 000 NV, disminuyendo este dato, para el año 2010, a 7,5 como se observa en el gráfico 3.

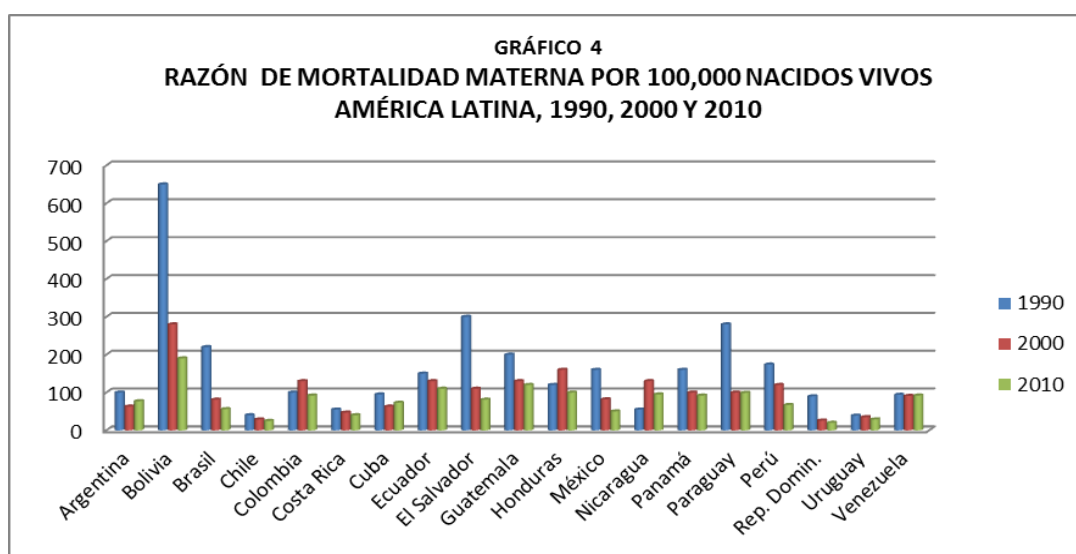


Fuente: Global Health Observatory Data Repository. Base de datos del Banco Mundial en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>
Elaboración Propia.

⁴⁴Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra. Pag. 59.

⁴⁵ Global Health Observatory Data Repository 2010. *Mortalidad materna*.
En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>

Respecto a la mortalidad materna, en los países latinoamericanos podemos observar que en 1990 la mayoría de países, mantuvieron cifras por encima de 100 MM x 100 000 NV, llegando a 300 MM en el caso de Bolivia. A inicios de esta década, Perú presentaba aproximadamente un promedio de 120 MM, siendo Chile, Costa Rica, República Dominicana y Uruguay, los países con menos de 50 MM. Hacia fines de la década del 2000, los once países que superaban el centenar de muertes maternas, disminuyen a cifras de entre 50 a 100 muertes maternas, entre ellos Perú, que data 67 MM x 100 000 NV. Los datos se aprecian en el gráfico 4.



Fuente: Base de datos del Banco Mundial. En:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>

Organización Panamericana de la salud [OPS] (2010). *Mortalidad Infantil Proyecto de Información y Análisis de Salud*. Iniciativa regional de datos básicos en salud. Washington D.C.

UNICEF-ONU. *Mortalidad materna. Monitoreando la atención de niños y mujeres 2011*. En Base de datos

CEPALSTAT. En: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp

Considerando ambos indicadores (mortalidad materna y mortalidad infantil), de los 19 países de la región, el caso particular de Perú muestra tendencias de disminución de muertes infantiles y maternas, situándose sin embargo, en el octavo y en el séptimo lugar de los países latinoamericanos con más eventos de mortalidad materna e infantil.

Lozano, R., et al. (2011),⁴⁶ señalan que Perú en las dos últimas décadas, se coloca entre los países con mayores logros en razón a la disminución de la MM (5,7), seguido de El Salvador (4,9), Chile (4,5), y Ecuador (4,2 MM).

Jaspers (2010),⁴⁷ indica que los riesgos de estancamiento o retroceso en el avance hacia la igualdad de acceso en la atención de la salud, se agudizan con el contexto de crisis actual. Tomando en cuenta experiencias anteriores, existe el riesgo de que tanto este problema como el de los desastres naturales generen un deterioro de los indicadores de salud y, en ese caso, las personas cercanas al margen de pobreza serán las primeras y las más perjudicadas.

Bajo periodos de crisis y recuperación de crecimiento regional, los indicadores sociales (pobreza, educación y salud), son partícipes en la valoración del Índice de Desarrollo Humano (IDH), que en Latinoamérica y el Caribe han tenido modificaciones incrementales, cuya valoración para el año 1980 era 0,582, llegando hasta 0,731 para el 2011, ubicando a la región en este último año, en el Índice Alto.

Sin embargo, al comparar estas valoraciones con el IDH de la Organisation for Economic Cooperation and Development, América Latina, aún mantiene una amplia brecha de desarrollo frente a la OECD, que se encuentra ubicada en el nivel Más Alto,⁴⁸(0,749 para 1980 y 0,873 para el 2011). El caso particular de Perú, con un IDH de 0,725, encuentra su ubicación en el lugar 80 de 187 países valorados, logrando una clasificación de “desarrollo Alto”. Lo mismo sucede con el índice de Salud cuyo valor de 0,845 alcanza un nivel Alto, ubicándose en el puesto 78.

Todo lo previamente expuesto, constituye una presentación del enfoque general del contexto socio sanitario de América Latina. Lo que se desarrolla a continuación es el

⁴⁶Lozano, R., Wang, H., Foreman, K. J., Rajaratnam, J. K., Naghavi, M., Marcus, J. R., . & Lopez, A. D. (2011). Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *TheLancet*, 378(9797), 1139-1165

⁴⁷Jaspers, Dirk (2010). *Población y Salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*. Naciones Unidas, CEPAL. Naciones Unidas, CEPAL, CELADE. Santiago

⁴⁸ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2011). IDH. Base de datos. En: <http://www.undp.org/>

tratamiento particular del contexto peruano, asidero teórico de la presente investigación.

2.2. Perú: Marco Socio Sanitario

Es este sub capítulo, se describe en detalle la evolución del contexto socio sanitario peruano desde 1990 hasta el año 2010, permitiendo hacer evidente la situación de la población en pobreza y pobreza extrema. Bajo estas circunstancias, se describen las características educativas y principalmente las sanitarias, donde se contempla la evolución de la oferta y la demanda de la salud materna, con énfasis en el perfil epidemiológico. Así mismo, se incide en las intervenciones sanitarias que han contribuido para mejorar la salud materna a lo largo del periodo 1996-2000 y, básicamente, las que se refieren a la intervención de la Cooperación Internacional a través de proyectos de Salud Reproductiva.

En la década de los años 2000, se pone énfasis en la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS), con incidencia en la atención materna. Además, se consideran las Normas de Atención Materna del Ministerio de Salud, en función de las cuales se ha desarrollado la atención sanitaria materna.

2.2.1. Contexto Social

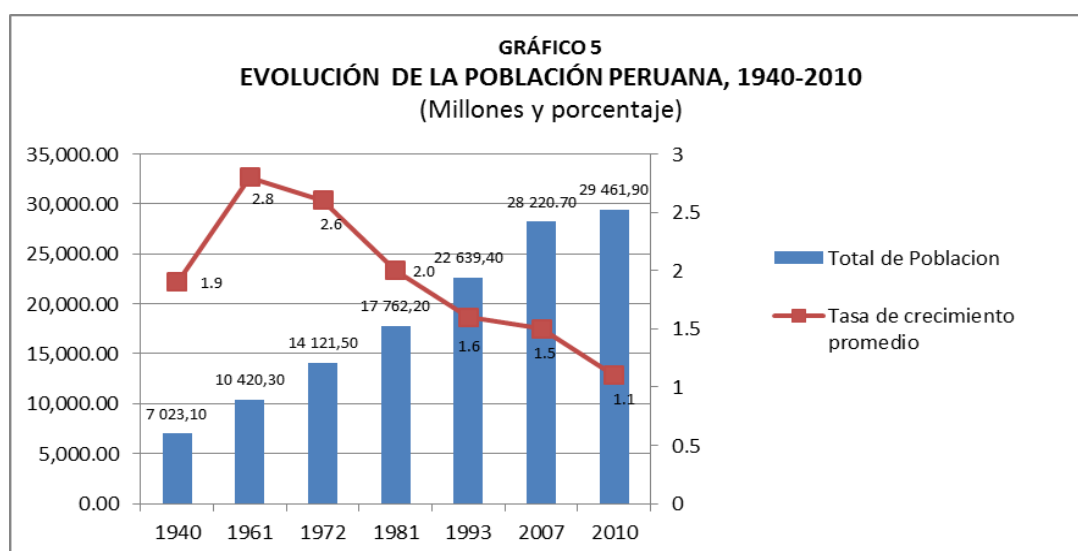
2.2.1.1 Demografía

Las estimaciones y proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2009),⁴⁹ muestran que la población peruana del año 1993, era de 22 639,400 habitantes. Para el año 2010, alcanza la cifra de 29 461,933 habitantes.

⁴⁹Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2009). *Perú, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050*. Lima.

Considerando el periodo de tiempo de dos décadas, se observan un incremento poblacional en términos absolutos de 6 822,533 personas, debido a la importante proporción de población joven, cuyo nivel de fecundidad es mayor. Sin embargo, las tasas de crecimiento,⁵⁰ de la población como nos lo muestra el gráfico 5, están descendiendo desde los años de 1960, donde la tasa era del 2,9 y, para el año 2010, alcanza a 1,1.

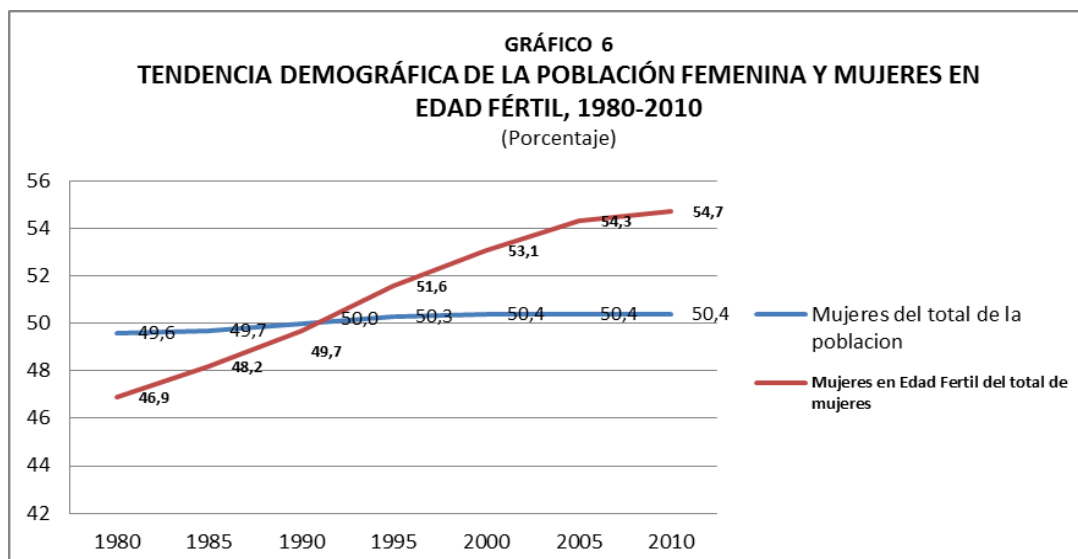
La distribución de la población según sexo, alcanza a 14 768,901 para hombres, y la población femenina llega a 14 693,032. El gráfico 5 ilustra sobre la evolución de la población peruana en general.



Fuente: INEI. Censos Nacionales de Población y Vivienda; 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007.

De igual forma, la tendencia demográfica de la población femenina y Mujeres en edad fértil (MEF), se hace evidente en el gráfico 6, observando que del total de la población femenina, el 54,7% corresponde a mujeres en edad fértil.

⁵⁰Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2009). *Estado de la Población Peruana 2009: Situación de la Mujer*. Lima. Pag. 9.



Fuente: INEI. Proyecciones de Población 1995-2050. Estadísticas en: <http://www.inei.gob.pe>

A pesar de que el porcentaje de la población total de mujeres, desde 1990 hacia el año 2010, solo se ha incrementado en 0,7%, la proporción de mujeres en edad fértil aumentó en 5,7%. Según el INEI,⁵¹ esta tendencia demográfica se debería a la menor evolución de la tasa global de fecundidad (TGF) que han mostrado las mujeres peruanas en los últimos 30 años: en 1970 la TGF fue de 6,5 hijos/mujer; hacia el año 2000 fue de 3 hijos/mujer, y para el 2010 disminuye a 2,4 hijos/mujer, como promedio nacional.

2.2.1.2. Pobreza

La crisis de los años de 1980, mencionada al inicio del presente apartado, trae consecuencias devastadoras para los países de América Latina. El cierre de esta década culmina con un significativo deterioro del bienestar de la población peruana, como consecuencia de la hiperinflación y las políticas de contención salarial que caracterizaron la época.⁵² Asimismo, a la pobreza estructural o permanente se sumó la pobreza “coyuntural” o reciente, derivada de las políticas de estabilización llevadas a cabo en agosto de 1990, donde no sólo aumentó la pobreza, también hubo un cambio sustancial en la proporción entre pobres y no pobres.⁵³

⁵¹Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (1996). *Proyecciones Departamentales de la Población 1995-2015*. Lima.

⁵²Consortio de Investigación Económica y Social [CIES] (2003). *Proyecto de Desarrollo Comunitario Auto-sostenible en perspectiva Comparada. Informe Final de Investigación (1ª etapa)*. Lima. Pag. 5.

⁵³Verdera, F. (2007). *Pobreza, Desigualdad Social y Ciudadanía. En: Informe sobre La pobreza en el Perú: causas y políticas para enfrentarla*. Fondo editorial CLACSO. IEP, Lima. Pag. 156.

Hacia 1997 se logra una recuperación favorable producto del programa de estabilización macroeconómica y la mejoría en los ingresos fiscales (entre otras reformas del estado),⁵⁴ logrando disminuir la pobreza en 5 puntos, aunque la recuperación no regresa a las tasas de 1985, ubicándose 15 puntos por debajo de lo observado 25 años atrás.⁵⁵

Tanaka y Trivelli (2002) señalan que, aun cuando se hace notable la recuperación económica, los efectos en la reducción de los niveles de pobreza no son tan evidentes. Los resultados positivos se derivan, fundamentalmente, de la adopción de programas de alivio temporal a la pobreza,⁵⁶ y no tanto de inversión social orientada a erradicarla y generar capital humano.⁵⁷

Según Jaramillo, y Silva Jáuregui (2011),⁵⁸ la recuperación del crecimiento económico en los primeros años del nuevo milenio empezó a tener un impacto importante sobre la reducción de la pobreza solo a partir del año 2005, como resultado de la implementación de políticas de “descentralización” en la mayoría de las regiones del Perú, generando empleo formal y reduciendo la informalidad.

Es así que, entre los años 2005 y 2009, la pobreza cayó del 48,7% al 34,8%, mientras que la pobreza extrema se redujo del 17,4% al 11,5%. Pese a la disminución

⁵⁴ El primer conjunto de reformas en la década de los noventa, se ha caracterizado por: la promoción en términos generales de la participación del sector privado en la economía, la privatización de empresas públicas, la promoción de la competencia, el fortalecimiento de los entes reguladores, la reducción y centralización del gasto público en manos de Ministerios dependientes directamente del Poder Ejecutivo, y la reforma tributaria y aduanera. Asimismo, se llevó a cabo otra clase de reformas vinculadas específicamente con la retirada del Estado de diversos ámbitos económicos, incluyendo la reforma comercial, la liberalización financiera, la reforma laboral, y la reforma del Poder Judicial. En :Straface, F., &Basco, A. I. (2006). *La reforma del Estado en Perú*. Inter-American Development Bank. Washington, D.C. En: <http://idbdocs.iadb.org/>

⁵⁵Escobal, J., Sparrow, J., & Torero, M. (1998).*Los activos de los pobres en el Perú. Documento de trabajo. Nro. 26.* GRADE, Lima.

⁵⁶ La política social tuvo dos componentes; uno permanente, referido al gasto social convencional (que involucra básicamente los sectores educación y salud), y el otro, de carácter temporal referido a los programas de alivio de la pobreza. Ambos componentes operaron de manera independiente entre sí, lo que generó un grave problema de descoordinación y superposición de acciones, que redujeron el impacto y la eficiencia de los programas. En: Tanaka, M., Trivelli, C. (2002).*Las Trampas de la Focalización y la Participación. Pobreza y Políticas Sociales en el Perú durante la década de Fujimori. Documento de trabajo n. 121.* Instituto de Estudios peruanos. Lima.

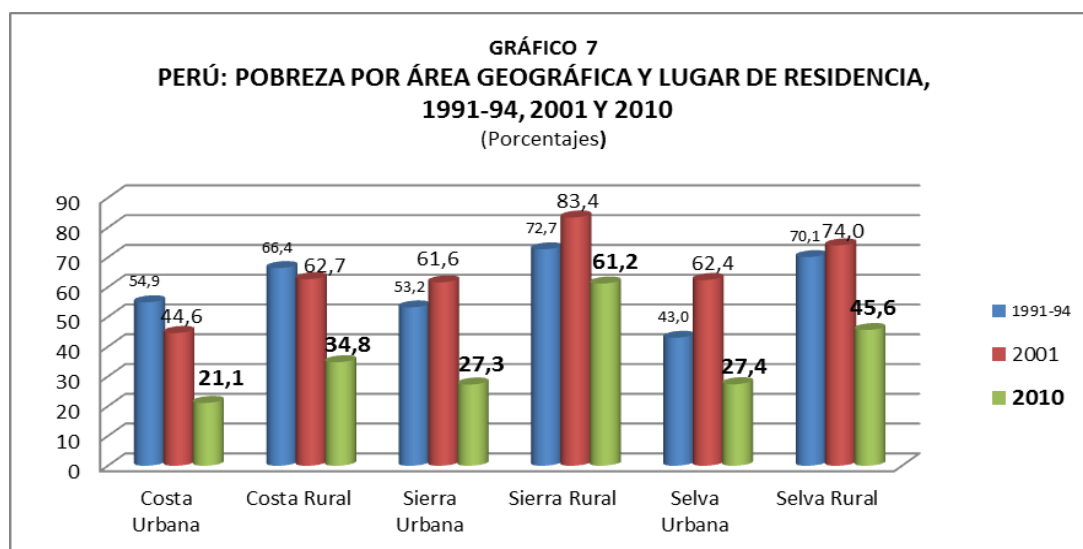
⁵⁷ Consorcio de Investigación Económica y Social [CIES] (2003). *Proyecto de Desarrollo Comunitario Auto-sostenible en Perspectiva Comparada*. Informe Final de Investigación (1ª etapa). Lima. Pag. 5.

⁵⁸Jaramillo, C. F., & Silva-Jáuregui, C. (2011).*Perú en el umbral de una nueva era: Lecciones y desafíos para consolidar el crecimiento económico y un desarrollo más incluyente*. Notas de política (vol. I). Banco Mundial. Lima.

considerable de la pobreza como promedio-país, la incidencia de ella sigue manteniendo marcos de desigualdad en términos geográficos y zonas de residencia: urbanas y rurales.

Además indican que la mayor disminución de la pobreza, se ha dado en la zona urbana marginal, asociada a la posibilidad de acceder a un mercado de mano de obra más dinámico, con mejores ingresos y oportunidades de empleo en sectores intensivos como el comercio, la construcción, y la industria manufacturera. Por el contrario, señalan que los incrementos en el bienestar de las zonas rurales han sido más limitados, han podido mejorar su bienestar pero en menor medida, ya que sus actividades económicas se relacionan con la agricultura, la ganadería, o con ingresos más diversificados. De otro lado, también se destacaría las artesanías, es decir, con actividades de bajo valor añadido que se encuentran, en muchos casos, en niveles de subsistencia.

No obstante estas circunstancias socio económicas, en algunas regiones del país en el año 2010, las tasas de pobreza aún superan el 60% de la población, y un tercio vive en extrema pobreza. Los datos se pueden apreciar en los gráficos 7 y 8.

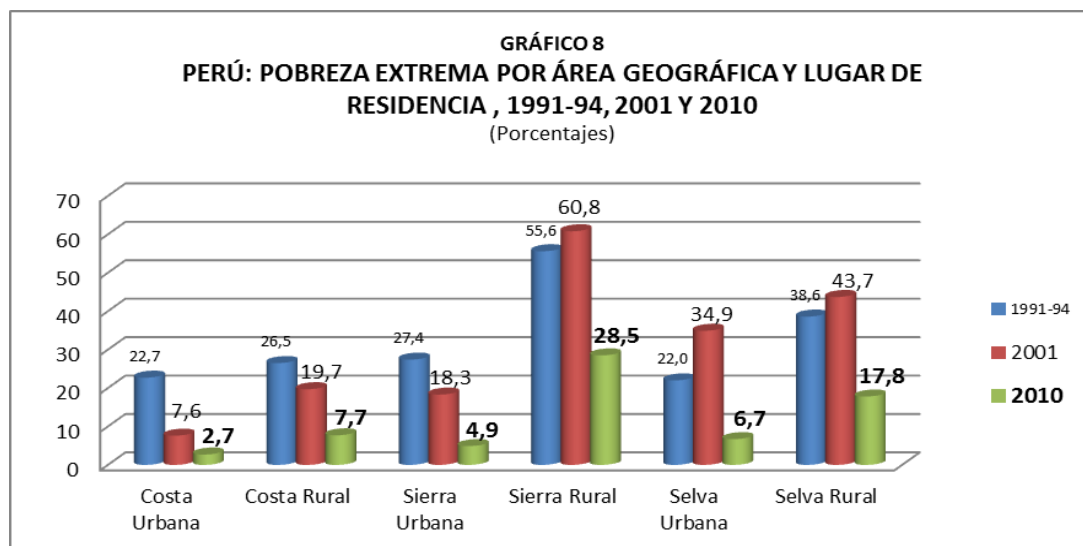


Fuente: Año 1991: INEI. *Ingreso y Pobreza 1996*. ENNIV ejecutada por Cuanto S.A. (2308 hogares). En línea: <http://www.unfpa.org.pe>.

Perú: Censo Nacional 1993. *Distribución de la población porcentual con necesidades básicas satisfechas, insatisfechas y en miseria, indicadores según departamento*.

Verdera, F. (1994). *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Informe sobre La pobreza en el Perú: causas y políticas para enfrentarla*. Pag. 156.

Años 2001–2010: INEI. *Perú: Perfil de la Pobreza por Departamentos*. Encuesta Nacional de Hogares, ENAHO. Pag. 40. Anual 2001- 2010. Valores ajustados a las proyecciones de población a partir del censo de población 1993.



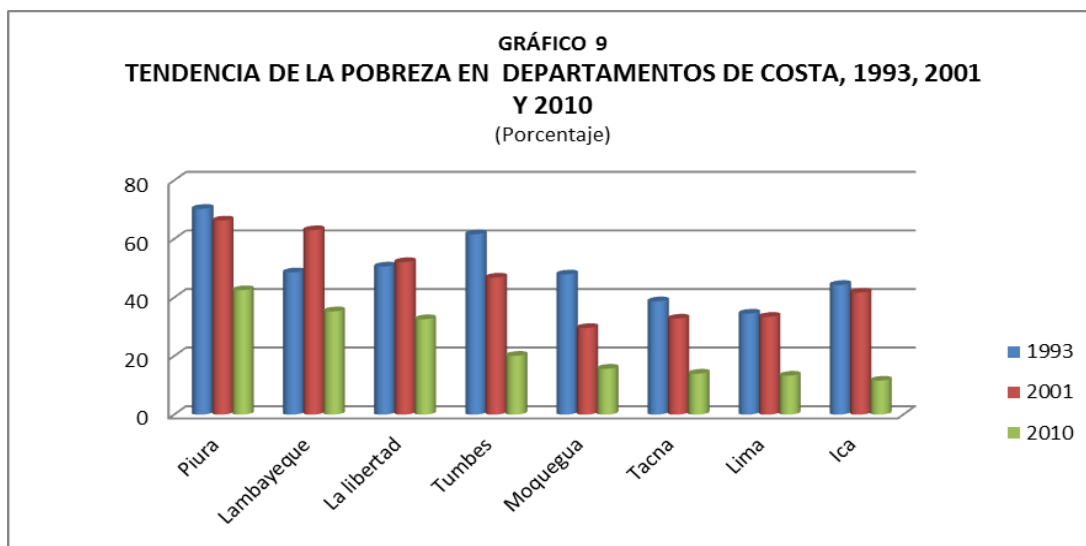
Fuente: Año 1991: INEI-UNDP (2004). *Pobreza extrema. Indicadores del Milenio*. Línea de Base. Informe final. Marzo, 2004 (considera costa urbana).

Censo Nacional 1993. *Perú: Distribución de la población porcentual con necesidades básicas satisfechas, insatisfechas y en miseria, Indicadores según departamento*.

Verdera, F. (1994). *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Informe sobre La pobreza en el Perú: causas y políticas para enfrentarla*. Pág. 156.

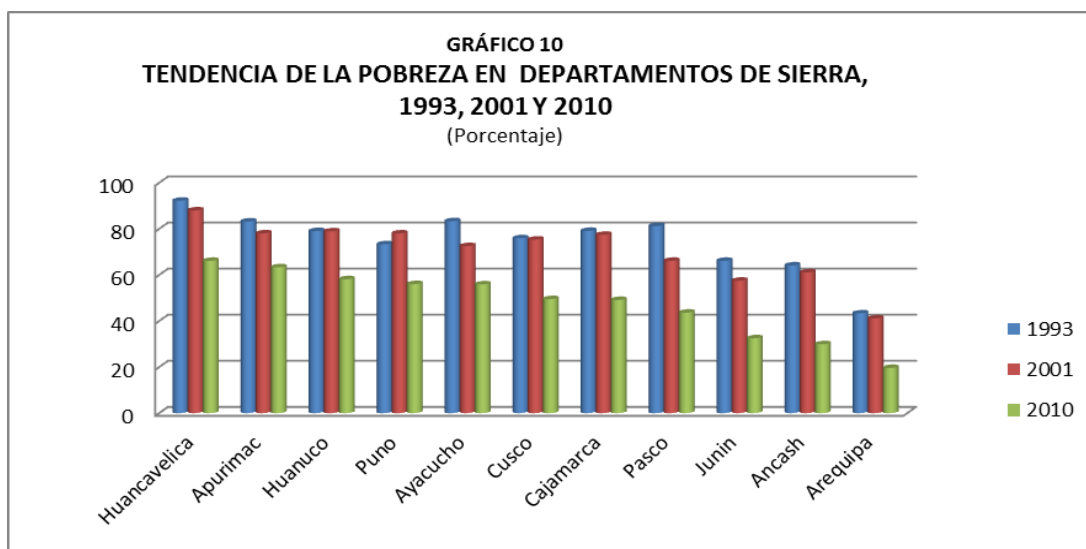
Años 2001–2010: INEI. *Perú: Perfil de la Pobreza por Departamentos*. Encuesta Nacional de Hogares, ENAHO. Pág. 44; Anual 2001- 2010. Valores ajustados a las proyecciones de población a partir del censo de población 1993.

Desagregando la pobreza por departamentos y agrupados por regiones geográficas, los ocho departamentos de la costa peruana presentan niveles de pobreza que están entre el 11 y el 42%; estos son superados por los departamentos de la Sierra con porcentajes que van del 19 al 66%, en tanto que la pobreza de la Selva se encuentra entre 8 a 49%. Los siguientes gráficos (9, 10 y 11) muestran la tendencia de la pobreza por departamentos en sus respectivas zonas geográficas, y los niveles de pobreza alcanzados en las regiones de Costa, Sierra y Selva.



Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares ENAHO, 1993, 2007, 2010.

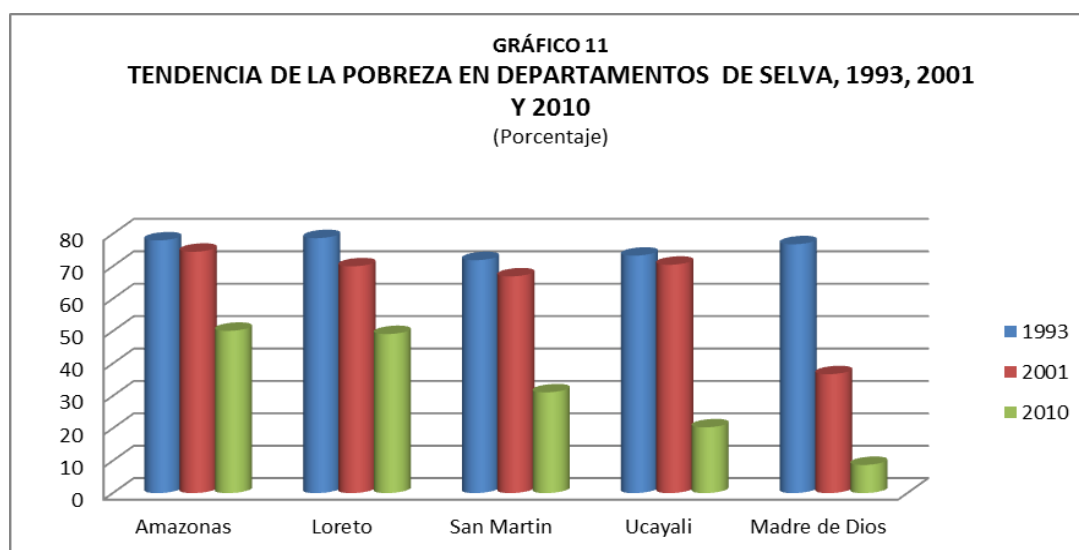
El gráfico 9, muestra que la tendencia a la disminución de la pobreza desde la década de los años de 1990 hasta el 2010, se produce en todos los departamentos de **Costa**, sin embargo, en este último año (2010, 3ra columna), tres de ellos: Piura, Lambayeque y la Libertad, reportan el mayor índice de pobreza (entre 33,6 y 45,5%), mientras que tumbes, Moquegua, Tacna, Lima-Callao, e Ica, muestran menos del 20%.



Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares ENAHO, 1993, 2007, 2010.

Contrariamente, al porcentaje de pobreza que muestra el gráfico anterior, el presente gráfico 10, nos detalla que para el año 2010 (3ra columna), ocho de once departamentos de **Sierra**: Huancavelica, Apurímac, Huánuco, Puno, Ayacucho, Cusco,

Cajamarca, y Pasco, se encuentran con un índice de pobreza mayor al 40% (de 43.6 a 66.1%), y solo Junín, Ancash y Arequipa están por debajo del 32.5%.



Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares ENAHO, 1993, 2007, 2010

El gráfico 11, muestra a departamentos de **Selva**, como Amazonas y Loreto, con un índice de pobreza al año 2010 (3ra columna), alrededor del 50%, mientras que los departamentos de San Martín, Ucayali y Madre de Dios, se encuentran por debajo del 31%.

Este contexto histórico del desarrollo sociopolítico peruano (entre desórdenes económicos propios y crisis financieras externas), lleva implícito algunas reformas sociales prioritarias en la lucha contra la pobreza, desde servicios básicos en los hogares (agua y electricidad),⁵⁹ hasta planes y programas principalmente para promover el acceso a la educación y a la salud, implementados de forma asimétrica en las diferentes

⁵⁹El progresivo incremento de hogares con servicios de agua y electricidad, pese a las diferencias de acceso especialmente en la última década, es producto de la inversión privada que se ha reflejado en número, tamaño y ritmo de ejecución de los proyectos de inversión anunciados por los gobiernos de la década, especialmente en la segunda mitad. La electricidad se incrementa con la construcción de centrales hidroeléctricas, centrales de generación y líneas de transmisión, así como programas de electrificación rural, micros centrales hidroeléctricas, servicio eléctrico mediante Sistema Fotovoltaico Domiciliario, etc. De otro lado, también se pone énfasis en el acceso al agua potable, concordando con los objetivos del milenio (2000-2011), para lo cual se pone en ejecución programas de diversos proyectos como, Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Saneamiento, Unidad de Gestión del Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural, Programa de Inversión Social en Saneamiento, entre otros. Texto en: Aramburu, C., E. (2008). *Programas Sociales en el Perú, elementos para una propuesta desde el control gubernamental*. Contraloría General de la República, Agencia de Cooperación Alemana GTZ. En: <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/handle/123456789/1538>.

regiones, que si han conseguido algunos resultados positivos, lo han hecho de forma insuficiente y con una distribución territorial muy desigual.

Seguidamente desarrollamos una de las principales políticas sociales, que los gobiernos de turno enfatizaron, para mejorar el acceso a ella, refiriéndonos a la educación.

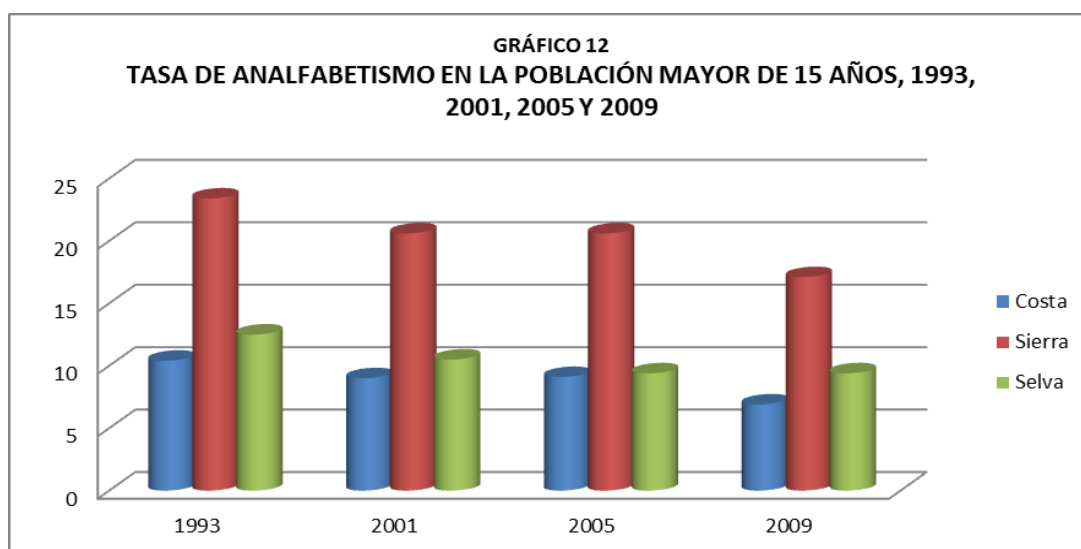
2.2.1.3 Educación

La década de 1990, tuvo una política agresiva de inversión en infraestructura educativa en todos los niveles: inicial, primario, secundario, superior ocupacional y especial.⁶⁰ Así mismo, el acceso a la educación también tuvo progresos importantes principalmente en los años del 2000.

Uno de los principales problemas de la educación en esta década, era las altas tasas de analfabetismo. En el año 1993,⁶¹ los mayores índices de analfabetismo se encontraron en la población de la Sierra, con un valor del 23,4%, porcentaje que doblaba a la Costa y Selva. Para el año 2009, la proporción de la población de Sierra que no sabía leer ni escribir disminuyó a 17,1%, manteniendo una diferencia mayor con las otras dos regiones. Estos datos se muestran en el siguiente gráfico.

⁶⁰Entre 1990 a 1995 se efectuaron 7282 obras de infraestructura educativa/centros educativos estatales, que en términos porcentuales significó un incremento de 13,3%. En cambio, los centros educativos de gestión privada tuvieron un crecimiento importante, se crearon 7613 centros, que significó un crecimiento de 118,7%. En: Capacidad Instalada del Sector educativo, 1990-1995 (1998). *Revista Autoeducación*. Nro. 54. Lima.

⁶¹**Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]:** Censo Nacional 1993; **Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]:** *Condiciones de Vida en los Departamentos del Perú*. ENAHO IV Trimestre 2001. Pag. 199– 216. **Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2012).** *Tasa de analfabetismo porcentaje de la población de 15 años a mas que no sabe leer ni escribir*. 2003-2009, según departamentos.



Fuente: INEI. Censo Nacional 1993. *Condiciones de Vida en los Departamentos del Perú*. INEI-ENAH O IV Trimestre 2001. pp. 199 – 216.; INEI (2012). *Tasa de analfabetismo porcentaje de la población de 15 años a mas que no sabe leer ni escribir*. 2003-2009, según departamentos.

López (s.f.),⁶² considera que el acceso al conocimiento y la información tienen como aliado a la lecto-escritura, sin ella sería casi imposible insertarse en el mundo del conocimiento, y por lo tanto, el analfabetismo, dificulta el acceder al conocimiento y al ejercicio de la ciudadanía plena, siendo una de las peores maneras de excluirse socialmente.

En este contexto, otro indicador importante es el promedio de años de estudio alcanzados, dado que la relación entre educación y desarrollo es vinculante.

Según Ramos, y Choque (2007),⁶³ la educación conlleva avanzar en el reconocimiento y empoderamiento de los derechos económicos, sociales y culturales, en la medida que se incrementan las posibilidades y opciones para acceder al trabajo, al cuidado de la salud y la nutrición, a la consecución de ingresos necesarios para asegurar el bienestar de las personas, y las capacita para un mejor ejercicio de sus derechos humanos.

⁶²López M., E. (s.f.). *Mujeres y Hombres en la Educación*. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Dirección General de Políticas de Desarrollo Social. Pag. 11. En: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5A3B05ABDFEC7CF305257A3600727387/\\$FILE/mujeres_hombres_educacion.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5A3B05ABDFEC7CF305257A3600727387/$FILE/mujeres_hombres_educacion.pdf).

⁶³Ramos, M., Choque, R. (2007). *La educación como determinante social de la salud en el Perú*. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (Cuadernos de Promoción de la salud; 22). Lima. 80 p.

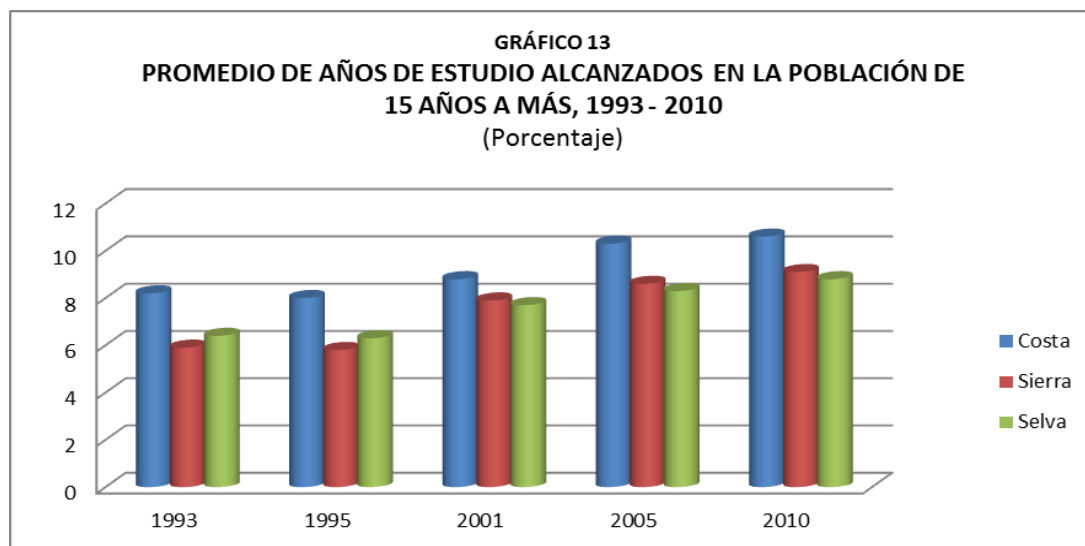
También señalan que el incremento de la educación de las mujeres pobres, contribuye a mejorar las condiciones de salud de sus familias en el futuro. La educación es un factor determinante para la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil, para el mejoramiento de la salud y nutrición familiar, para la disminución de la fecundidad no deseada y los descensos de los niveles de violencia familiar.

Transparencia (2005),⁶⁴ da a conocer que los estudios completos (en cada año) en la educación básica, otorgará a una persona un 4% extra de renta en el futuro, incremento que para la enseñanza media, se eleva a un 10% más de ingresos por cada año culminado. Para la educación superior, avanzar un año más de estudios, representa un 20% más en la remuneración.

Perú, en las dos últimas décadas, ha logrado aumentar los años de estudio en el ámbito nacional. El mayor logro se encuentra en la Sierra que alcanzó 3,2 años de estudio en relación a la Costa y Selva, donde se logró 2,4 años. Aun así, la Sierra se encuentra por debajo de la Costa en promedio de años de estudio alcanzados.

El detalle sobre el particular se aprecia en el gráfico siguiente.

⁶⁴Transparencia A.C. (2005). La Niñez en las Políticas de Educación. Situación y Propuestas. *Educación, Inversión y Posibilidades de Desarrollo Internacional*. Editorial y Grafica EBRAE.I.R.L. Lima. Pág. 7. En: http://www.unicef.org/peru/spanish/peru_politicas_educacion.pdf



Fuente: Año 1993: Censos Nacionales 1993.

Año 1995: PNUD-INEI. (1996). *Informe Sobre Desarrollo Humano en Perú 1996*.

Año 2001: *Condiciones de vida en los departamentos del Perú 2001*.

Año 2005: INEI-ENAHO 2005-2009.

Año 2010: INEI. *Anuario Estadístico 2005-2010*.

Elaboración propia a partir del promedio de años de estudio por departamentos.

De otro lado, el acceso a la educación primaria, secundaria y superior se ha incrementado en todas las regiones geográficas de Perú. La tendencia de la tasa de escolaridad entre 1993 al 2010 muestra un significativo incremento, especialmente en la Sierra con 10,9 puntos porcentuales, siendo de 10,1 el aumento en la Selva y de 8,1 puntos porcentuales en la costa. Sin embargo, la proporción de la educación al nivel superior predomina en la Costa tal como lo muestra el siguiente cuadro.

CUADRO 1
PERÚ: TASA DE ESCOLARIDAD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, 1995, 2001, 2005 Y 2010

| Región | Tasa Escolaridad | 1995 | 2001 | 2005 | 2010 |
|--------|------------------|--------|-------|-------|---------|
| Costa | Sin Nivel | 6.7 | 5.4 | 4.5 | 4.1 |
| | Primaria | 27.3 | 25.2 | 24.7 | 21.4 |
| | Secundaria | 44.6 | 45.5 | 45.6 | 44.3 |
| | Superior | "20.8" | 20.7 | 24.9 | "28.7" |
| Sierra | Sin Nivel | 18.2 | 13.45 | 11.33 | 8.56 |
| | Primaria | 40.5 | 36.02 | 33.33 | 29.13 |
| | Secundaria | 28 | 35.46 | 37.43 | 39.48 |
| | Superior | "12.7" | 14.54 | 17.58 | "23.60" |
| Selva | Sin Nivel | 8.5 | 4.9 | 4.04 | 3.6 |
| | Primaria | 45.3 | 40.06 | 40.06 | 40.06 |
| | Secundaria | 34.7 | 41.94 | 43.58 | 43.3 |
| | Superior | "10.9" | 13.08 | 15.76 | "21.02" |

Fuente: INEI-ENAHO. Perú Indicadores por departamentos 2012.

El acceso gradual y sustancial a la educación, en el que reconocemos efectos positivos en el desarrollo, en Perú ha tenido un problema con el “nivel de calidad” de esa mayor oferta. Si analizamos los contenidos de las políticas implementadas podemos observar que se han preocupado más por la cantidad que por la calidad.

Desde 1990 hasta la segunda década de los años 2000, los gobiernos de turno han generado una serie de políticas educativas muy diversas. Balarin (2012),⁶⁵ indica que estas políticas se han caracterizado por la indefinición y las discontinuidades a nivel formal, y las profundas debilidades institucionales. Las capacidades limitadas de muchas de las autoridades locales, han hecho que estas reformas tengan en la práctica, un carácter tan solo parcial. Señala además, que se pusieron en marcha políticas que marcaron el panorama educativo, entre ellas el D.L. 882 “Promoción de la inversión en educación”, que liberalizó el sector a la inversión privada con fines de lucro.

Así mismo, hace un análisis de la intervención de los gobiernos desde 1992, con respecto a las políticas educativas. Así, señala que para el año 1992, el gobierno de Alberto Fujimori enmarca reformas que perfilan el panorama actual de la educación. En el 2001, el gobierno de transición de Valentín Paniagua, con el cometido de establecer un gobierno de restitución de la democracia, establece la creación del Acuerdo Nacional (foro permanente de debate sobre las políticas de Estado), dando lugar a la ley General de Educación (2003), cuyos objetivos principales incidieron en mejorar la calidad de la educación y democratizar los procesos de toma de decisiones.

Igualmente, el siguiente gobierno, de Alejandro Toledo, se enfoca en la descentralización educativa. Posteriormente en el siguiente periodo, el gobierno de Alan García, cambiando de rumbo, decreta la Municipalización de la Educación. En julio del 2011, el gobierno de Ollanta Humala dispone el fin del decreto de Municipalización, para retomar los lineamientos establecidos en la Ley General de Educación y en el Proyecto Educativo Nacional, elaborado por el Consejo Nacional de Educación.

⁶⁵Balarin B., M. (2012). *Educación y Aprendizajes. El Gobierno de la educación en Inglaterra y Perú: una mirada comparada desde la economía política*. Avances de Investigación. Lima. Pag. 22-25.[solo versión digital]. En: <http://www.grade.org.pe/publicaciones/1081-el-gobierno-de-la-educacion-en-inglaterra-y-peru-una-mirada-comparada-desde-la-economia-politica>.

Estas circunstancias de indefinición y discontinuidad, han generado desigualdades en el acceso a la educación e impedido la mejora en los niveles de calidad conseguidos.

Es así que los resultados del Programa Internacional de Evaluación de Alumnos (PISA), sitúan al Perú entre los países con menor calidad educativa, tanto en el total de países que participan, como entre los latinoamericanos.⁶⁶ Escobal J. et al., (2012),⁶⁷ aludiendo a Cueto (2011), indican que la brecha de aprendizaje entre los estudiantes de situación socioeconómica alta y baja, es la más grande de todos los países incluidos en el PISA.

A la par de las políticas educativas, también se extienden las de corte sanitario, que desarrollaremos a continuación.

2.2.2 Contexto Sanitario: Evolución de la Situación sanitaria peruana desde 1990

Conjuntamente a los programas de intervención educativa, se implementan reformas del Sector Salud, muy ligadas como es lógico a la situación económica y a las políticas de reforma implementadas. Arias (2009),⁶⁸ menciona que la dinámica de internacionalización de la crisis, favorece la aparición de importantes efectos de desbordamiento de las decisiones de los gobiernos nacionales, con políticas de signo muy diverso, principalmente en las políticas de salud pública y medio ambiente.

⁶⁶Ministerio de Educación [MINEDU] – Oficina de Medición de la Calidad de los Aprendizajes (s.f.). *Se publican Resultados PISA 2012*. En: <http://umc.minedu.gob.pe/?p=1673>.

⁶⁷Escobal, J., Saavedra, J., & Vakis, R. (2012). *¿Está el piso parejo para los niños en el Perú?: medición y comprensión de la evolución de las oportunidades*. Banco Mundial. GRADE. Lima. Pag. 79.

⁶⁸ Arias, X. C. (2009). *La Crisis de 2008 y la naturaleza de la política económica. La Política Económica en Transformación, 1980-2008. Política nacional y efectos spillover. Serie Documentos de Trabajo*. Instituto Universitario de Análisis Económico y Social - Universidad de Alcalá. Pag.13. (hace referencia a R. Waldmann sobre el abordaje, la internacionalización de los problemas de salud y las respuestas que a ello se ha dado).

Según Arroyo (2000),⁶⁹ el modelo sanitario peruano, después de estar sumergido en el enfoque Keynesiano Cepalino desde 1963, “modelo del Estado benefactor”, pasa a formar parte del enfoque de mercado a inicios de los años noventa, intentando acogerse a una política post Estado benefactor, moderno y redistributivo. La crisis económica de los años de 1980, con sus programas de estabilización y ajuste estructural, resultaron en una contracción, tanto en el gasto real en salud (porcentaje del producto interno bruto, PIB), como en el porcentaje del gasto social, situación que se extiende hacia el primer quinquenio de los años noventa.

Además, Arroyo indica que esta década muestra la sucesión y superposición de cuatro variantes de políticas sociales y de salud: las políticas de compensación social, políticas sociales de modernización de la gestión, proyectos de reestructuración sectoriales para implantar regímenes de seguridad universal obligatoria individual, y los seguros parciales. No obstante, constituyen reformas macro o sistémicas de las áreas sociales, porque no tocan la estructura sectorial pública heredada de las reformas de los años sesenta y setenta.

El MINSA (1991),⁷⁰ señala que el sector sanitario peruano a inicios de esta década, vive una situación de colapso en la operatividad de los servicios, que se hace evidente en la postergación del personal de salud, el abandono de la infraestructura y equipamiento, la notoria restricción de recursos financieros y la pérdida de capacidad de gestión.

- **Inversión y/o financiamiento en salud**

Es posible que la baja asignación presupuestal para el sector en la década de 1980 y primer quinquenio de los años de 1990, haya contribuido a las circunstancias de crisis sanitaria. En el cuadro 2 se puede observar el recorte del presupuesto,

⁶⁹ Arroyo Laguna, J. (2000): *Salud: La Reforma Silenciosa. Políticas Sociales y de Salud en el Perú de los 90*. Facultad de Salud Pública y Administración- Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.

⁷⁰ Ministerio de Salud [MINSA] (1991). *Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud (Objetivos, Políticas, Metas): Gestión Gubernamental 1990-1995*. Lima.

principalmente en la década de 1980 y primer quinquenio de 1990. En los quinquenios posteriores, el gasto en salud entra a periodos de recuperación y mantenimiento.

| CUADRO 2 | | |
|--|------------------------|-------------------------------|
| PERÚ: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1980 -2010 | | |
| Años | Gasto en salud (% PIB) | Crecimiento del PIB (% anual) |
| 1980 | *1,1 | 6,1 |
| 1985 | *1,0 | 2,1 |
| 1990 | *0,5 | -5 |
| 1995 | 4,6 | 7,4 |
| 2000 | 4,9 | 2,7 |
| 2005 | 4,7 | 6,3 |
| 2010 | 5,0 | 8,5 |

Fuente: Años 1980, 1985, 1990*: Gasto en salud, % del PIB, En: Vázquez, E., Cortéz, R., Parodi, C., et al. *Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en América latina y el Caribe*. Cuadro 3, PERU: Indicadores del Gasto Social en Salud (1980-1996). Pag. 653-654 (Los autores, citan como fuente a INEI, Compendio de Estadísticas Sociales, 1994-1996; INEI, Compendio Estadístico, 1992-1996; CIUP, Informe de Coyuntura, Primer Semestre 1993)

Años 1995, 2000, 2005 y 2010: Base de Datos Banco Mundial. Consultado 20-08-2015. En:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries?page=2>.

Años 1980 -2010, Crecimiento del PIB, (% anual): Base de Datos Banco Mundial. Consultado 20-08-2015. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries?page=2>.

Observamos que la inversión en salud, muestra una trayectoria decreciente desde comienzos de los años de 1980, con un 1,1% del PIB, disminuyendo hasta el 0,5% para 1990, sin alcanzar o recuperar el nivel de 1980. Posteriormente, el gasto en salud se recupera significativamente alcanzando el 4,6% del PIB en 1995, y llegando al 5,0% en el año 2010.

Esta situación de contracción del gasto en salud hacia fines de los noventa se debió a la fuerte contracción registrada en el PIB, que cae un -5,0% en 1990, bajo un escenario de crisis económica de los años ochenta. Esto tuvo, lógicamente, consecuencias en el gasto en salud para ese año.

En los siguientes años, el crecimiento del PIB se recupera gradualmente hasta alcanzar el 7,4% en 1995 y 8,5% para el año 2010, lo cual reflejaría una mayor asignación presupuestal para la salud entre los años 1995 (4,6%) y el 2010 (5%). El mayor presupuesto en salud, también se impulsaría con el compromiso de los países -entre

ellos Perú- que participaba en las conferencias mundiales en Apoyo de la consigna “Salud para Todos”.

Desde 1990, el Sistema de Naciones Unidas ha convocado a ocho conferencias mundiales, en las que participó activamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de abordar algunos de los problemas mundiales más apremiantes como la inversión en salud.⁷¹

Las Conferencias Mundiales son: La Cumbre Mundial a favor de la infancia (1990); Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (1992); Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993); Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994); Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995); Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995); Segunda Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos, HABITAT II (1996) y Cumbre Mundial sobre Alimentación (1996).

Por otro lado, las políticas de corte presupuestal en la década de los años de 1990, conllevaron a una situación complicada en la administración de la asignación presupuestal, cuyo resultado fue la ineficiencia e inequidad. El abandono al Sector Salud por parte del Estado peruano es clamoroso,⁷² disminuyen porcentualmente los presupuestos destinados a medicinas (cólera y epidemias), a supervivencia infantil, asistencia al niño y programas alimentarios. Del total de hospitales existentes en 1992, el 57% pertenecían al sector público y el resto al sector privado.

Suarez (1994),⁷³ tiene un juicio duro sobre la distribución del gasto sanitario y la organización de las estructuras sanitarias. Señala que hay mayor concentración del gasto

⁷¹El desarrollo debe centrarse en los seres humanos con un objetivo centrado en la erradicación de la pobreza, la satisfacción de las necesidades básicas, la protección de los derechos humanos, inversión en salud y educación, la mejora de la situación de salud de la mujer, asignación de recursos en prioridades sociales, etc. En: Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Salud 21. Salud para todos en el Siglo XXI*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

⁷²Sanabria Montañez, C., A. (s.f.) *El ajuste estructural en el sistema de salud de servicios del Perú. Primera aproximación*. En: <http://desalud.tripod.com/ajuste.htm>

⁷³Suárez, R., Henderson, P., Barillas, E., & Vieira, C. (1994). *Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la década de los noventa. Serie Informes Técnicos* (No. 30). *Serie Informes Técnicos* (No. 30). OPS. Washington, D.C.

en la atención urbana hospitalaria de bajo costo-efectividad, personal excesivo, duplicación y subutilización de infraestructura física y equipos, deficiencias en la composición del gasto por niveles de atención y según tipos de insumos, información incompleta y asimetría de información.

Arroyo (2000),⁷⁴ distingue tres momentos distintos en la situación sanitaria entre los años 1990 y 1998: el primero, en 1991, caracterizado por la condición de sobrevivencia; el segundo, entre 1991-1994, el sector se entrapa en el esquema ortodoxo neoliberal,⁷⁵ vigente en la economía con varios años de reformas parciales sin proyecto global, a manera de reformas-proceso y no reformas-plan, procesos de transición y no transformaciones; en un tercer momento, 1995–1998, se inicia la formulación de los lineamientos de políticas y del modelo de reforma sectorial del Ministerio de Salud (MINSA).

Según el MINSA,⁷⁶ el sistema de salud de nuestro país mostró un pobre desempeño en la evaluación publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000, que nos ubicó en uno de los últimos lugares de América Latina; y entre 191 países, Perú ocupa el lugar 129 respecto al “Desempeño global del sistema de salud”; La evaluación se hace a partir de indicadores como “capacidad de respuesta” (considera cobertura de salud, oportunidad de la atención, respeto a la dignidad de las personas y especialmente la situación de los desprotegidos como son pobres, mujeres y adultos mayores) y “equidad de la

⁷⁴ Arroyo Laguna, J. (2000). *SALUD: LA REFORMA SILENCIOSA. Políticas Sociales y de Salud en el Perú de los 90*. Facultad de Salud Pública y Administración -Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 213 p.

⁷⁵ Desde inicios de los '90s, el Banco Mundial llevó adelante una reformulación del modelo de "crecimiento con orientación de mercado" impulsado durante los años '80 en el Sur y, luego, en Europa oriental. Por ejemplo, revisó el vínculo Estado/mercado y, también, aceptó que el crecimiento económico *per se* resulta insuficiente para el logro de mejoras sociales. En ese marco, empezó a reivindicar la importancia de un patrón de crecimiento intensivo en trabajo (crecimiento con empleo), consintió cierta intervención pública con fines distributivos y jerarquizó las denominadas "políticas sociales" ..[...]..Un mecanismo de autorregulación que conduciría al óptimo social y que, por ello, resultaría intrínsecamente superior. Por eso, dicha ortodoxia exaltó las virtudes de un *Estado mínimo* e impugnó vivamente al Estado de Bienestar, y en general, al *Estado como dispositivo de redistribución* en beneficio de las clases desfavorecidas, lo que a su vez produciría para el sistema de salud y educación, los recortes presupuestales. Ezcurra, A. M. (s.f.). ¿qué es neoliberalismo? Visión General. Síntesis de conclusiones.

⁷⁶ Ministerio de Salud [MINSA] (2002). *Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2000-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006*. Lima. Pag.9

contribución financiera” (involucra la desprotección contra el riesgo financiero, la escasa incidencia de pago anticipado frente a la alta proporción de “pago de bolsillo”). Otros indicadores, son el “Logro global de metas”, “Gasto en salud per cápita”, “Desempeño global del sistema”; los que muestran deficiencias, según los resultados para la atención de salud de la población peruana.

Aun cuando existe el incremento presupuestal del gasto en salud desde 1995, el “pago de bolsillo” para la atención en salud continua siendo el principal financiador de la salud hasta el año 2010 en relación a todas las fuentes de financiamiento destinado para la salud. Este financiamiento recae principalmente en las familias y hogares peruanos, con sus características de precariedad existentes, cubriendo gastos sobre todo de medicamentos, llegando a financiar hasta el 37% del gasto en salud como se puede observar en el cuadro siguiente.

| CUADRO 3 | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD, SEGÚN AGENTES. PERÚ, 1995-2012 | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | |
| Agentes: | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 |
| Gobierno | 25,2 | 23,6 | 26,5 | 28,2 | 29,0 |
| Cooperantes Externos | 1,4 | 1,1 | 1,0 | 0,8 | 0,9 |
| Donaciones Internas | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 0,6 |
| Hogares | 45,8 | 39,6 | 37,7 | 38,9 | 37,0 |
| Inversionistas Privados | nd | nd | nd | nd | nd |
| Empleadores | 25,6 | 33,5 | 32,7 | 29,0 | 30,1 |
| Otros (ESSALUD) | 1,3 | 1,9 | 1,3 | 20,5 | 0,5 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Total (millones en nuevos soles) | 5 916,5 | 9 399,3 | 11 460,4 | 22 619,3 | 28 620,8 |

Fuente: Ministerio de Salud - Dirección General de Planeamiento y Presupuesto - Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud (2015). *Cuentas nacionales de salud, Perú 1995-2012*. Lima. 156 p. Ilustraciones y gráficos, p. 44.

El sistema sanitario peruano se sustenta en diversas fuentes de financiamiento, que según el MINSa (2015),⁷⁷ las principales provienen del Gobierno, en tanto que es el

⁷⁷Ministerio de Salud [MINSa] Dirección General de Planeamiento y Presupuesto (2015). *Cuentas nacionales de salud, Perú 1995-2012*. Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Lima. 156 p. Ilustraciones y gráficos, p. 27.

agente que asigna el presupuesto fiscal, y cuyas fuentes son los recursos ordinarios que se generan fundamentalmente de los ingresos tributarios. Una fuente adicional serían los recursos determinados para los Gobiernos Regionales (que provienen principalmente del canon). Una última fuente de financiación tiene su origen en la Cooperación Externa que canaliza los recursos recibidos en calidad de donaciones de los distintos cooperantes internacionales. También recibe financiamiento de donaciones internas, generalmente producto de colectas o donación de particulares.

A estas fuentes, se suman los hogares que financian los servicios de salud a través del denominado “pago de bolsillo”, comprando servicios de salud (consultas, cirugías, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas, terapias, medicinas, entre otros), y adquiriendo seguros de salud mediante el pago de primas. Para el financiamiento de sus seguros, también pueden participar con sus empleadores a través de los copagos deducibles y adquirir por su cuenta una modalidad de seguro privado, auto-seguro, o uno facultativo con la seguridad social. Los empleadores en general, sean públicos o privados, canalizan sus recursos a la Seguridad Social en salud a través de ESSALUD.

Además, los aportes derivados de las remuneraciones registradas en planilla y, en menor medida, los aportes de manera voluntaria, derivan de cotizaciones a través de seguros privados de salud. Como parte de un proceso relativamente reciente, los inversionistas privados también son considerados como “otros agentes”, al igual que otros Ingresos generados por rentas de activos de ESSALUD (depósitos financieros e inmuebles).

El cuadro 3 muestra el porcentaje de financiamiento que aporta cada agente en relación al gasto en millones de nuevos soles. Se destaca que el financiamiento de los servicios de salud, entre el año 1995 al 2012, se mantiene en una mayor proporción en los Hogares a través del Gasto de Bolsillo en salud (GBS). Lavilla (2012),⁷⁸ lo justifica en base al estancamiento del gasto público en salud, (en el cuadro 2 se aprecia que entre

⁷⁸Lavilla Ruiz, H. (2012). *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009. Informe Final*. Consorcio de Investigación Económica y Social - CIES. Lima.

los años 1995 al 2010, el porcentaje del gasto en salud como porcentaje del PIB, evoluciona del 4,6% a sólo el 5%), lo que puede sugerir que el desembolso realizado por los hogares casi no se haya modificado.

También nos dice, que un indicador adicional estaría asociado tanto al grado de cobertura de los sistemas de seguros en salud, considerando como cobertura al porcentaje de la población afiliada a algún tipo de seguro, así como a los copagos no cubiertos por los seguros que terminan siendo pagados por los miembros del hogar; además, las propias carencias asistenciales determinan que aquellos que viven en zonas rurales tengan que desembolsar mayores proporciones (respecto a su capacidad en pago) por bienes y servicios en salud, que aquellos que viven en zonas urbanas.

De otro lado, el análisis financiero de la salud también nos lleva a considerar el gasto en salud por quintiles de ingreso particularizando zonas de pobreza. El cuadro 4, evidencia que existe un mayor gasto en los quintiles de mayor ingreso, como se muestra en los siguientes datos.

| CUADRO 4 | | | |
|--|------|------|------|
| PERÚ: GASTO EN SALUD, PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL DEL HOGAR, 2002,2006 Y 2009 | | | |
| Quintiles | 2002 | 2006 | 2009 |
| Quintil I | 5,7 | 4,2 | 3,8 |
| Quintil II | 9,3 | 5,4 | 5,1 |
| Quintil III | 13,0 | 6,1 | 6,1 |
| Quintil IV | 19,7 | 6,5 | 7,0 |
| Quintil V | 27,3 | 7,2 | 7,6 |

Fuente: Año 2002: INEI Estimaciones de la ENAHO 2002-IV trimestre.

Años 2006-2009: Lavilla Ruiz, H. (2012). *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009*. Consorcio de Investigación Económica y Social - CIES. Gráfico 6.4.1c, p. 35. (El autor estima datos del INEI-ENAHO 2006-2009).

Para Cordero, et al. (2003),⁷⁹ el gasto de bolsillo en salud no es habitual, sino esporádico y son efectuados principalmente por aquellos individuos que padecen una enfermedad crónica, aguda o han sufrido un accidente. Refiere además, que si los

⁷⁹Cordero, L., Herrera J., Yamada G. (2003). *Líneas de pobreza ajustadas por necesidades de salud: el caso peruano. Working Paper*. Universidad Cayetano Heredia / OPS. Lima

hogares más pobres gastan menos, es debido a que tienden a reportar menores incidencias de enfermedades y por ende a gastar menos en salud, aunque aclara que esta incidencia menor pudiera deberse al hecho de que no son observados los gastos de salud de aquellos, que habiendo padecido una enfermedad no la reportan. Otro argumento a tener en cuenta para explicar este menor gasto en salud de los hogares situados en los quintiles I y II tendría que ver, según el análisis del INEI, 2006-2009, con el hecho de que las familias pobres acuden con mayor frecuencia a la medicina tradicional.

En este contexto de financiamiento sanitario se producen las atenciones sanitarias a la población, así como la implementación de programas de salud reproductiva.

- **Coberturas de atención materna e implementación de Programas para la Salud Reproductiva – MINSA.**

El plural escenario sanitario, fundamentado en una estructura debilitada de los años noventa, tiene implicancias en el acceso de la población a los servicios de salud, expresada por las limitadas coberturas de atención.

Paganini (1998),⁸⁰ refiere que en la mayoría de los países se debate la necesidad de mejorar la forma, en cantidad y calidad, en la prestación de servicios de salud a la población. Alude, además, a la declaración de la meta de salud para todos en 1977, y la subsiguiente definición de la Estrategia de Atención Primaria en 1978,⁸¹ mecanismos que fueron adoptados por todos los países, con el compromiso formal de mejorar la atención de salud sobre la base de un notable aumento de la cobertura de los servicios. Sin embargo, indica que han transcurrido 20 años desde estas definiciones de política sanitaria internacional y nacional y todavía persiste la misma insatisfacción en relación

⁸⁰Paganini, J., M. (1998). *La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe*. Revista Panamericana de Salud Pública. 4(5), 305-3010. En: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001100003&lng=en&nrm=iso

⁸¹Organización Mundial de la Salud [OMS] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978). *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra.

con las limitaciones en el acceso a los servicios de salud así como en su calidad y eficiencia.

En cuanto a la cobertura de salud reproductiva, en el periodo 1991-1994, solo el 56% de las mujeres embarazadas, tuvieron algún control prenatal, siendo mayor en la Costa y Sierra urbanas, algo menor en la Selva urbana y bastante menor en las zonas rurales, especialmente de Sierra, donde solo se alcanzó un 27%. Así mismo, existía una gran diferencia del control prenatal (CPN) entre los quintiles: 46% en el quintil I y 81% en el quintil V. El porcentaje relativamente alto correspondiente al quintil I se debe a que en este estrato hay un número mucho mayor de mujeres embarazadas, lo que sin duda guarda relación con los problemas de conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos.⁸²

Para 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁸³ declara la “Política de salud para todos para el siglo XXI”. Se reafirma la adhesión al principio del goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como derecho fundamental de todo ser humano. Asimismo, se incide en reconocer que el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas constituyen el objetivo fundamental del desarrollo social y económico, lo cual se alcanzará con el compromiso de *fortalecer, adaptar y reformar* los sistemas de salud, exigiendo que se lleve a efecto dicha declaración mediante políticas y estrategias regionales y nacionales pertinentes.

En la segunda mitad de los años noventa, para lograr cubrir las necesidades de salud de la población materna, el Ministerio de Salud Peruano,⁸⁴ pone en marcha cuatro subprogramas que actuaron de manera integrada dentro del marco del Programa de Salud Reproductiva (SR) y Planificación Familiar (PF):

⁸²Moncada, G., Webb, R., Agüero, J., Cortez, R., Valle, M. D., Escobal, J., & Vinelli, A. (1996). *Cómo estamos? análisis de la encuesta de niveles de vida*. Instituto Cuánto. Lima.

⁸³Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

⁸⁴Valdivia, M., & Mesinas, J. (2002). *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú: ENDES 1986, 1991-1992, 1996 y 2000* (Vol. 4). INEI, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Centro de Investigación y Desarrollo. Lima. Pag. 17-18, 39,43 (cuadro 6), p. 40 (cuadro 7).

1. Programa de Salud Materna y Perinatal. Intenta mejorar la cobertura del control prenatal, la atención institucional en el parto y la atención del puerperio.
2. Programa de Salud Integral del Escolar y el Adolescente. Busca promocionar la prevención de la salud integral, especialmente la salud sexual y reproductiva.
3. Programa de Planificación Familiar.
4. Programa de Control de Cáncer de Cuello Uterino, de poca difusión y escasos recursos.

La intención de la implementación de estos subprogramas, persigue involucrar una mejor y mayor atención materna, considerando algunos factores como la atención por personal profesional, y la disponibilidad de una mayor oferta de infraestructuras sanitarias.

En este escenario, hacia el año 2000, el Control prenatal por profesionales, mostró una evolución favorable posibilitando que la mujer recibiera, al menos, 4 controles prenatales institucionales. Entre 1992 y el 2000, los controles prenatales por profesionales aumentaron significativamente del 43,4 al 64,9%, en gran medida por la sustancial incorporación de la población femenina de la zona rural, que se dio principalmente entre 1996 y el 2000. Las diferencias en el control prenatal (CPN), entre el decil más rico y el más pobre se redujeron considerablemente desde 1992. Así, el ratio rico/pobre para el año 2000 en el área urbana (rural) fue de 1,7 (2,1), en comparación al existente en 1992, de una magnitud de 2,6 (7,3).

Según Alcántara (2002),⁸⁵ entre los años 1992 y 2000, el CPN se ha ido incrementando hasta en un 85% de los nacimientos, incremento significativo, aunque la frecuencia y el número de controles por cada embarazo no fueron cumplidos en forma

⁸⁵Alcántara, E., & Ortíz, J. (2002). *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú* (Vol. 7). INEI. Pag. 39 - 44.

regular de acuerdo con las normas establecidas por el sector salud para este tipo de atención.

Respecto a la atención por profesionales de la salud, la participación de obstetras y médicos ha mejorado significativamente en los últimos años en todos los grupos. En el año 2000, el 49,2% de los CPN estuvieron a cargo de obstetras, y el 34,9% a cargo de médicos. Este hecho, indica que la atención profesional del sector salud, especialmente el prestado por el MINSA, está cubriendo a mayor número de mujeres en esta etapa de la gestación, como resultado del incremento de la capacitación de su personal profesional.

En relación a la asistencia profesional por lugar de residencia podemos decir que el área urbana ha sido la más favorecida con la prestación de prenatal por médico, obstetra, y enfermera. Todas las encuestas realizadas en los 15 años analizados dan cuenta de porcentajes que van del 79% en 1986 hasta el 92,3% en el 2000.

Con relación al área rural, en el año 2000, el 73% de embarazos había recibido algún control, especialmente por parte de la obstetra, enfermera o personal capacitado de la comunidad. El personal médico en áreas rurales tuvo una baja intervención en la atención prenatal que fluctuó entre el 13 y 18%.

La Atención Prenatal por Regiones Naturales Costa, Sierra y Selva, con diferentes niveles de desarrollo económico y social, también marcan diferencias visibles en la prestación de los servicios de salud y en la aceptabilidad. La atención profesional por un médico, obstetra y enfermera es muy alta en Lima Metropolitana (parte de la Costa); la región con los niveles más bajos de atención prenatales la Sierra, aunque si bien es cierto que con la incorporación del personal capacitado de la comunidad, el porcentaje de mujeres sin atención prenatal bajó hasta el 20,9%. Una bajada que justificamos por las acciones realizadas tanto por el sector público de salud, pero también por acciones provenientes de ONG's (Organizaciones No Gubernamentales) con ayuda de la cooperación técnica internacional. En la Selva, los servicios de salud prestaron mejor

atención prenatal que en la Sierra. La participación de los profesionales de la salud, revelaron similar tendencia que en las otras regiones.

Un dato importante que se observa, es el descenso porcentual de las mujeres que no recibieron ninguna atención prenatal, bajó al 15,5% en el año 2000, porcentaje que muestra cuantitativamente la aceptabilidad e interés de las mujeres en los años recientes para acudir a los servicios de salud y solicitar la asistencia pre natal.

La asistencia institucional en el parto, otra atención ligada a la salud reproductiva, no experimentó los mismos avances significativos en materia de equidad en lo que se refiere a la asistencia profesional. En promedio, el parto institucional aumentó 5 puntos porcentuales entre 1986 y el 2000, del 49,5 al 54,2%, aunque sí hubo mejoras sustanciales en el ámbito rural, sobre todo en los últimos cuatro años.⁸⁶ Sin embargo, el porcentaje de los partos domiciliarios es aún alto, por el gran peso de factores culturales que están muy arraigados sobre todo en zonas rurales del país, hecho que ha sido tomado en cuenta por los proveedores de salud, considerando la educación sanitaria a través de charlas ofrecidas a las gestantes y mediante la capacitación a promotores y parteras para la atención del parto domiciliario.

Igualmente, el INEI del año 2000, señala que el nivel educativo logrado por las mujeres en edad fértil es el factor que mejor explica la atención del parto en un servicio de salud. Las ENDES (encuesta demográfica y de salud) y la ENAF (encuesta nacional de fecundidad) coinciden en mostrar, que a mayor nivel educativo, un mayor porcentaje de mujeres ha tenido su último parto en un servicio de salud, principalmente en un Hospital del MINSA. Por el contrario, cuando la mujer carece de educación, el parto lo tiene en su casa, y un pequeño porcentaje de menos del 2% lo tiene en otro lugar.

Respecto al lugar de residencia, la atención hospitalaria del parto fue alta en el área urbana, alcanzando su más alto valor en el año 2000 con el 82,4%, mientras que en

⁸⁶Alcántara, E., & Ortiz, J. (2002). *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú* (Vol. 7). INEI. Pag. 17-18, 39-40 (cuadro 6 y 7).

el área rural llegaba solo a 23,8%, mostrando que los programas en beneficio de la salud materna se extendían con más limitación en las áreas rurales más deprimidas.

Por otro lado, las barreras culturales juegan un rol importante en la accesibilidad a los servicios de salud, particularmente en el momento del parto. Las mujeres ahora asisten sin dificultad a los controles del embarazo cuando sienten algún malestar, sin embargo, son reacias para tener su parto en un hospital. Sienten temor por el lugar, lo sienten frío, muy iluminado, no tienen posibilidad de recibir bebidas calientes, tienen que tomar posiciones incómodas frente a extraños, son aisladas de su familia y, por último, algunas más desconfiadas, temen que después del parto las esterilicen para no tener más hijos.⁸⁷

- **Intervención de la Cooperación Internacional en la salud materna**

Paralelamente a los cuatro subprogramas de Salud Reproductiva que fueron implementados por el MINSA en la segunda década de los años de 1990, el Perú miembro de la OMS, con una vasta justificación en base a la deprimente realidad sanitaria, también pone en marcha otras estrategias para facilitar el acceso de la población a los servicios de salud, especialmente la materna e infantil. Las intervenciones sanitarias oficiales se ven apoyadas por la Cooperación Internacional, mediante diferentes proyectos, principalmente de salud reproductiva, en varios departamentos peruanos en situación de pobreza.

Arosquipa, et al. (2007),⁸⁸ mencionan varios agentes cooperantes, para mejorar los servicios de salud. Señalan que la Cooperación Bilateral incluyó donaciones y préstamos; Japón fue el principal donante con el 51% de todo el aporte bilateral que fue invertido en la construcción y equipamiento de un Pabellón en el Instituto Materno

⁸⁷Alcántara, E., & Ortiz, J. (2002). *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú* (Vol. 7). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima

⁸⁸Arosquipa, C., Pedroza, J., Cosentino, C., & Pardo, K. (2007). La ayuda oficial al desarrollo en salud en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 24(2), 163-178. En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000200011&lng=es&nrm=iso

Perinatal, en el co-financiamiento del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS) y, en un pequeño proyecto de mejora de la oferta en salud sexual y reproductiva en comunidades nativas amazónicas del Perú.

Estados Unidos, mediante la Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID), fue el segundo país donante de la cooperación bilateral con el 33% de los fondos. Estos recursos fueron invertidos en el “Proyecto 2000” el cual promovió la mejora de oferta de servicios materno infantil en zonas priorizadas del Perú y apoyó la capacitación y equipamiento de servicios de primer y segundo nivel de complejidad en salud materna y perinatal.

El tercer país cooperante fue Alemania que aportó el 12,6% de los recursos. Fueron destinados a financiar el equipamiento de servicios generales de hospitales macro regionales del Perú y de dos proyectos más concretos como el orientado a la mejora de los servicios de salud mediante la interacción docente asistencial en zonas priorizadas del Perú y, en segundo lugar, el dedicado a mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en comunidades Quechua-hablantes de Puno.

Así mismo, indican que en esta modalidad Bilateral, el cuarto país que coopera con la salud de la población peruana fue el Reino Unido, quien financia un proyecto orientado a mejorar las capacidades de los recursos humanos a través del financiamiento de estudios de posgrado a profesionales debidamente seleccionados, tanto en universidades nacionales como extranjeras. Finalmente, la Unión Europea financió un proyecto piloto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Arequipa. Proyecto que fue el preámbulo del proyecto que actualmente se viene ejecutando en Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas (Proyecto AMARES).

La Cooperación multilateral fue intensa durante estos años, tras renegociar la deuda y reinsertarnos a la comunidad financiera internacional. Se ofrecieron préstamos para el desarrollo de planes y políticas de asistencia social y mitigar los efectos del ajuste estructural. Entre los varios proyectos en diversos temas sanitarios podemos señalar

que el Banco Mundial cofinanció Programas de Salud y Nutrición Básica, en Cusco, Cajamarca, Piura y Lima.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) intervino en el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, extendiendo la red a las zonas rurales, equipando establecimientos de salud y capacitando a personal asistencial del primer nivel de atención de salud. UNICEF incide en salud materna infantil; el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, siglas en inglés) en políticas de población, salud sexual y reproductiva y la OPS en el apoyo a los programas nacionales dirigidos por el Ministerio de Salud.

En resumen, los proyectos de reforma del sector salud, calidad de servicios de salud y desarrollo de un nuevo modelo de atención son temas que significaron el 45,6% de la Cooperación internacional, seguida de la salud materna infantil con 20,6% de los recursos a través de estrategias orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil. El porcentaje restante fue orientado a temas de salud que contribuyeron a mejorar la calidad de vida de la población especialmente pobre.

Tomando como referencia las intervenciones del Programa de Salud Básica Para Todos, el Programa de Administración Compartida, el Proyecto 2000, y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica, entre otros, Olivera, M. (2002),⁸⁹ realizó un estudio sobre el acceso a servicios de salud reproductiva durante los años 1991-2000, comparando los niveles de la utilización de servicios de salud maternos de la ENDES 2000 (post-intervenciones sanitarias) en relación a la ENDES 1992 (ausencia de intervención) y ENDES 1996 (implementación de intervenciones). El estudio permitió observar las diferencias entre los indicadores seleccionados, los mismos que fueron considerados como el efecto de las intervenciones sanitarias. En el marco de la intervención de proyectos de salud, la cobertura del control prenatal ascendió significativamente del

⁸⁹Olivera, M. V. (2002). *Efecto de las intervenciones del Estado en la utilización de servicios de salud maternos en el Perú, 1991-2000: cambios y factores asociados* (Vol. 10). Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], Centro de Investigación y Desarrollo [CIDE]. Lima.

59% en 1992 al 76,5% en el 2000 ($p < 0.05$). Este cambio fue más notorio en las madres rurales que urbanas y en las madres de la sierra y selva que en las de costa ($p < 0.05$).

Además, refiere que entre las mujeres que se atendieron en el MINSA, la mayor proporción lo hizo en puestos y centros de salud que en hospitales. La cobertura de Parto Institucional mejoró significativamente del 58,3% en 1992 al 63,8% en el 2000 ($p < 0.05$). Los cambios ocurrieron más tardíamente en el área rural que en el urbano y las brechas existentes entre áreas se acortaron en el último quinquenio. Respecto al área geográfica, fue significativamente mayor en las madres de la Costa (85%) que en la Sierra (39,5%) y Selva (43,6 %).

Este estudio concluye en que las intervenciones sanitarias en los últimos años de los años de 1990 han incrementado significativamente las coberturas de utilización de servicios de salud maternos en el Perú. Las brechas existentes al interior del país, sea en términos de cobertura de control prenatal o parto institucional, han disminuido significativamente a lo largo del tiempo.

Entre las intervenciones más importantes, se encuentra la Cooperación entre el Gobierno Peruano y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), quienes mediante un acuerdo bilateral concretaron el objetivo de apoyar los programas de salud materno infantil del MINSA para reducir las altas tasas de mortalidad materno-infantil y mejorar la calidad de vida de las mujeres peruanas.⁹⁰

⁹⁰Esta suscripción se canaliza mediante el Proyecto 2000 del Ministerio de Salud y USAID. El Convenio establecía que el Proyecto ayudaría al Ministerio de Salud a continuar con el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de salud, particularmente aquellos dirigidos a mujeres y niños; aumentaría la eficiencia de los servicios de salud a través del manejo gerencial y apoyaría la sustentabilidad a través de reformas en el financiamiento de salud. Además, el Proyecto sería financiado con fondos de USAID de acuerdo con la Ley de Ayuda al Exterior 1961 y sus enmiendas y con recursos de la PL 480 proporcionados por el Perú. Se estableció como fecha de término del Proyecto el 30 de septiembre del 2000 u otra fecha que las partes podrían acordar por escrito. El alcance del ámbito del Proyecto debía ejecutarse en seis regiones (doce departamentos) y un área de la Región Lima seleccionadas por el MINSA y USAID. Las regiones elegidas fueron: Chavín, La Libertad, Los Libertadores/Wari, J.C. Mariátegui, San Martín, Ucayali y la sub-región Lima Este, ciertas acciones tendrían un alcance nacional y otras irían aumentando su alcance hacia zonas adicionales. En: Ministerio de Salud [MINSA]/USAID. Proyecto 2000. (2002). *Agenda para la Sostenibilidad de los Procesos Instalados y los Productos Logrados con el Proyecto 2000*. Informe de la reunión técnica con las Mesas Departamentales de Concertación de Lucha contra la Pobreza. Documento Técnico n. 9. Lima.

Desde finales de 1996, el Proyecto implementó un Programa de Mejoramiento Continuo (PMC) de la calidad de atención en los servicios maternos perinatales (SMP) de 89 Hospitales y Centros de Salud ubicados en doce departamentos. El Programa de mejora de la calidad de procesos, desarrolló cinco componentes de la calidad: Uso de datos, Manejo estandarizado, Educación permanente en servicios, Gestión y disponibilidad de recursos, así como Relación proveedor-usuario-comunidad.

Entre los departamentos intervenidos se encuentran algunos que forman parte del presente estudio como son Puno, La libertad, Ayacucho y Huancavelica. La intervención de este proyecto, según los resultados de la evaluación realizada, muestra que se obtuvo como resultado una mejor calidad de atención, y mayor utilización de servicios materno infantil en los establecimientos intervenidos por el proyecto frente a los no intervenidos. Este proyecto se apoya en el siguiente postulado, “al mejorar la calidad de atención se incrementa la utilización de servicios sanitarios”.

La calidad de la atención de los establecimientos intervenidos alcanza a 61,8 puntos, frente a los no intervenidos que logran 37,5 puntos. El número promedio de signos de alarma obstétrico reportado entre las gestantes del grupo intervenido alcanza 3,58 puntos, mientras que en el grupo control llega a 2,52 ($p < 0,05$). La intención de uso de los servicios de parto institucional muestra diferencias significativas entre grupos; por ejemplo, una ex usuaria de los servicios maternos de los establecimientos del Proyecto 2000, tuvo dos veces más posibilidades de acudir al establecimiento para tener parto institucional (OR=2,26, IC95%: 1,01-5,04, $p = 0,046$) en comparación al Grupo control.⁹¹

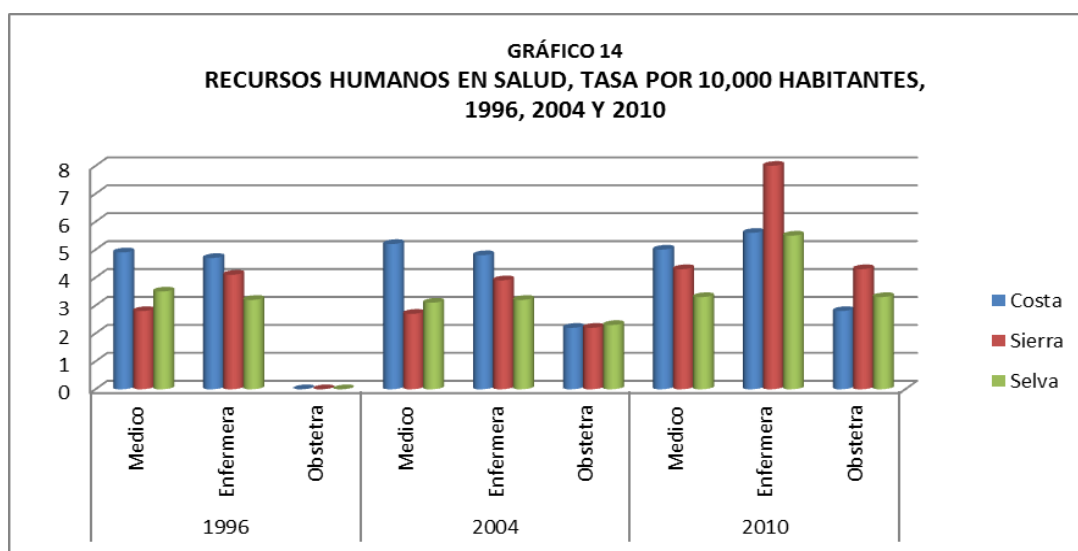
En el marco de las intervenciones oficiales y la intervención de la Cooperación internacional, ambas con enfoque principal en la Salud Sexual y Reproductiva, el Ministerio de Salud pone énfasis en el incremento de personal sanitario y construcción de infraestructura.

⁹¹Seclen Palacín, J. A., Jacoby, E., Benavides, B., Novara, J., Velásquez, A., Watanabe, E., & Arroyo, C. (2003). Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto 2000. *Rev. bras. saúdematern. infant*, 3(4), 421-438.

- **Oferta sanitaria: Recursos Humanos e infraestructura**

Respecto al recurso humano, se indica que constituye un elemento fundamental en la producción de servicios de salud, tanto en la dimensión subjetiva relativa a la intencionalidad humana como en la dimensión objetiva de la ejecución de competencias profesionales específicas. Su contribución a la ejecución efectiva de las políticas de salud y a la estructuración de sistemas de salud de servicios adecuados, es ampliamente reconocida como esencial para asegurar el acceso equitativo de toda la población a servicios de calidad.⁹²

Igualmente, se demuestra que existe relación entre el número de agentes de salud cualificados y la disminución de la mortalidad materna (MM). En el año 2005 se evalúa el grado de asociación entre la razón de mortalidad materna y la densidad de recursos humanos, encontrando que a mayor densidad de recursos humanos, la MM es menor.⁹³ En el gráfico 14 se muestra la tendencia de la inserción de personal sanitario en los servicios de salud.



Fuente: Año 1996: Ministerio de Salud. *II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud*. 1996. Año 2004: *Estadísticas MINSa 2010. Evidencias para la toma de decisiones*. MINSa. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Serie bibliográfica de recursos humanos en salud, n.14. Lima. En línea: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>
Elaboración propia: Estimación de la tasa por 10,000 habitantes a partir de la población INEI

⁹²Joint Learning Initiative (2006): "Recursos Humanos para la Salud: Superemos la Crisis". En: Cueto M., y Zamora V., (ed): *Historia Salud y Globalización*. Lima: IEP, UPCH. pp. 181-204

⁹³Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud del Perú (IDREH). (2006). El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. n. 5. 75pp.

En este gráfico, se puede apreciar la tasa de incremento de profesionales de la salud desde el año 1996 al 2010, donde la tasa de médicos es mayor en la Costa, mientras que la tasa de enfermeras y obstetras lo es en la Sierra, y Selva.

Debido a la diversificación en el cálculo de indicadores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint learnig Initiative, han propuesto utilizar una medida llamada “Densidad de Recursos Humanos en Salud” conformada por la suma de médicos, enfermeras y obstetras. La densidad promedio de los recursos humanos por población se puede agrupar en países de alta disponibilidad (los que gozan con una razón superior a 50 por 10 000), de media disponibilidad (los que cuentan con una razón de 25 a 50), y los países de baja disponibilidad (los que tienen una razón inferior a 25).

En el Perú este indicador es 22,4 por cada 10 000 habitantes, ubicándolo como un país de baja densidad de Recursos Humanos en Salud. Para el año 2005, se determina que entre enfermeras y médicos, se alcanza el 18,31 por cada 10 000 habitantes. Para el año 2005, la razón de Médicos en el ámbito nacional es de 10 por 10000 habitantes, casi un 50% menos que el promedio latinoamericano (21,6). Del mismo modo, la razón en enfermeras es de 9,04 por 10 000 habitantes, con una relación de casi una enfermera por médico (0,90), cuando por recomendaciones del Banco Mundial, para países en desarrollo, debe alcanzar a cuatro enfermeras por médico.⁹⁴

La evolución de la disponibilidad del recurso humano calificado para el año 2009 apenas ha variado desde el año 2004. En médicos, se ha logrado solo un 11,5 x 10000 habitantes y en enfermeras, el 9,7 x 10 000 habitantes. Perú, continúa siendo un país con baja densidad de recursos humanos.

La deficiencia de recursos humanos por especialidades es aún más severa si tenemos en cuenta la necesidad de aproximadamente 6 000 especialistas que, por otra parte, continúa aumentando por tres motivos: incremento de la demanda por el acceso

⁹⁴Esta medida está conformada por la suma de médicos y enfermeras. A pesar de los problemas que tiene es la más viable para efectuar comparaciones, agrupando a los países en países de alta disponibilidad, así como de media y baja disponibilidad. En: Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud del Perú (IDREH). (2006). *El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud*. n. 5. 75pp.

al Seguro Integral de Salud, la expansión de infraestructura y equipamiento y la migración interna y externa. Situación que se agrava por la inadecuada redistribución, donde el 56% de los especialistas se concentra en Lima y en ciudades de la costa peruana. La mayor demanda corresponde a la especialidad de Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía general y Medicina interna.⁹⁵

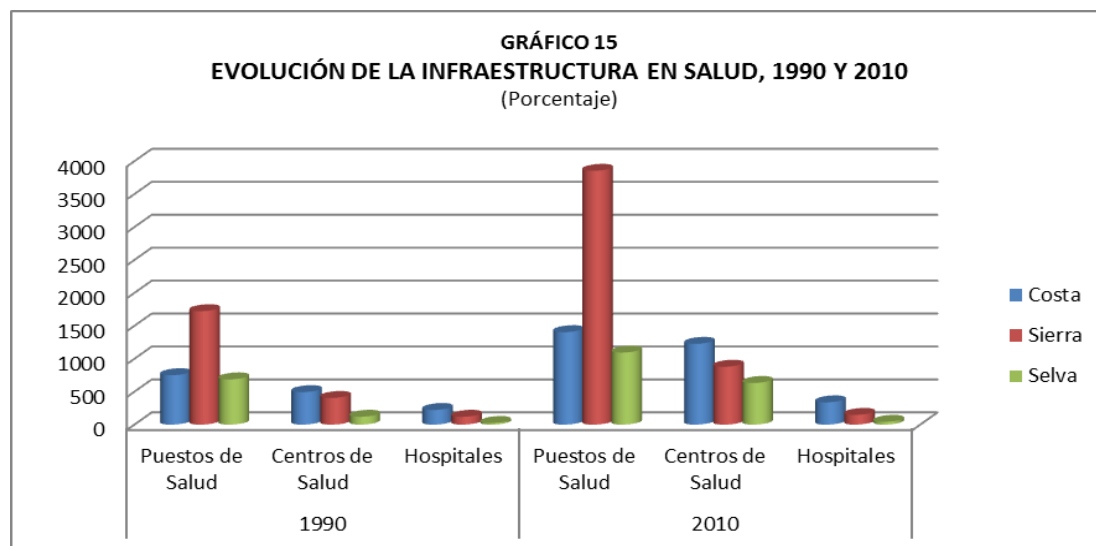
También se indica que el número de recursos humanos per se, no son suficiente para garantizar la atención y los resultados sanitarios. Existen otros factores que van unidos a su desempeño como pueden ser la infraestructura y el equipamiento que se requieren para realizar las acciones en salud.

Para el año 2005, el MINSA,⁹⁶ señala que paralelamente al desarrollo geográfico y demográfico de Perú, se ha ido incrementando el número de establecimientos, construyendo y poniendo al servicio de la población más centros y puestos de salud de manera que las actuaciones del MINSA serían responsables del 97,9% de la infraestructura sanitaria instalada, donde se realizan acciones preventivas y promocionales de salud.

La tendencia en el incremento de establecimientos de salud, por área geográfica, se puede apreciar en el siguiente gráfico.

⁹⁵Arroyo, J., Hartz, J., & Lau, M. (2011). Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. *Serie Bibliográfica de Recursos Humanos de Salud* (No. 14). Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Lima.

⁹⁶ Ministerio de Salud [MINSA] -Oficina General de Estadística e Informática (2005). *Especial de Infraestructura Sanitaria en el Perú. Boletín. Vol. 5. Pag. 3.* En: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/boletines/InfraestructuraSanitaria.pdf>



Fuente: Año 1990: MINSa (1990). *Política Nacional de Salud. Principales logros. 1985–1990*. Dirección técnica de planificación sectorial. Junio, 1990. En: <http://bvs.minsa.gob.pe>.

Año 2010: Richard, Fernández B., Graciela (2011). *Anuario Estadístico: Perú en Números 2011*. Instituto Cuánto. Lima 2011.

A lo largo del periodo comprendido entre los años 1990 y 2010, la infraestructura sanitaria: hospitales, centros y puestos de salud,⁹⁷ se incrementó en Costa, Sierra y Selva. No obstante, es la Costa la que dispone del mayor número de Hospitales y Centros de Salud con mayor nivel de capacidad resolutoria, pero es la Sierra la que cuenta con mayor número de puestos de salud de nivel primario de atención. Para el año 2005, el 100% de los nuevos establecimientos son puestos de salud, ubicados principalmente en zonas rurales, de ahí que la probabilidad de que la Sierra, al tener una mayor población rural que la Costa y Selva, se haya beneficiado en mayor medida. Por otro lado, en la Sierra rural, la mayor dispersión de la población, consecuencia de unas difíciles

⁹⁷**Hospital;** es un establecimiento de Salud del segundo nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en **cuatro especialidades básicas** que puede ser: medicina interna, ginecología, cirugía general, y pediatría, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud. Toman la categoría de II-1, II-2, III-1, y III-2, según el nivel de complejidad y alta complejidad. **Centro de Salud**, es el tipo de Categoría que pertenece al primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando **atención médica integral ambulatoria** con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos de salud de complejidad inmediata superior al puesto de salud. Toman las categorías de I-3 y I-4, según su capacidad resolutoria. **Puesto de Salud**, es el tipo de Categoría del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional a través de una **atención integral ambulatoria** con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana. Contará como mínimo, con un Técnico de Enfermería (debidamente capacitado) y puede adicionalmente contar con una Enfermera y/o Obstetiz. Es parte de la Microred de Salud, articulándose con los otros establecimientos de salud, para resolver los problemas sanitarios de su ámbito. Los Puestos de Salud con médico toman la categoría I-2. En: Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud (2004). *NORMA TÉCNICA: CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SECTOR SALUD*. N T Nº 0021- MINSa / DGSP V.01. Lima.

condiciones geográficas, explica el acceso limitado de la población a los servicios de salud de mayor nivel por deficiencias en las vías de comunicación. Un hecho que fundamenta la atención primaria de salud para estos colectivos, con un nivel de infraestructura para puestos de salud.

En estas circunstancias de evolución de oferta sanitaria, posterior a la década de los años de 1990, se ha incrementado las atenciones sanitarias y, en particular, las referidas a la atención materna. Entre los años 2000 a 2010, la cobertura prenatal tiene una tendencia considerablemente ascendente hasta alcanzar porcentajes por encima del 90%, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales y de los ámbitos geográficos de Costa, Sierra y Selva. Las tendencias se observan a continuación en el cuadro 5.

| CUADRO 5 | | | | |
|---|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| COBERTURAS DE CONTROL PRENATAL EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN AREA GEOGRAFICA Y LUGAR DE RESIDENCIA, 2000, 2005 Y 2010 | | | | |
| (Porcentaje) | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia | 2000 | 2005 | 2010 |
| Costa | Urbana | 95 | 98 | 99 |
| | Rural | 76 | 92 | 92 |
| Sierra | Urbana | 88 | 96 | 97 |
| | Rural | 78 | 93 | 94 |
| Selva | Urbana | 85 | 95 | 97 |
| | Rural | 64 | 89 | 91 |
| Perú | Total | 81 | 93 | 95 |

Fuente: Base de datos, ENDES: 1996, 2000, 2005, 2010. Elaboración propia.

De igual manera, en el siguiente cuadro se muestra la evolución de la atención al parto entre los años 2000 al 2010. Los datos muestran una evolución de la cobertura positiva aunque muestra datos menos favorables que los correspondientes al control natal. En el año 2000, el parto rural llega a atenderse en establecimientos de salud hasta en un 40%, como promedio nacional, alcanzando el 62% en el año 2010. La Sierra urbana y Rural es la que muestra mejores indicadores de parto institucional respecto a la Costa y Selva.

| CUADRO 6 | | | | |
|---|---------------------|------|------|------|
| COBERTURAS DE ATENCIÓN DE PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y LUGAR DE RESIDENCIA, 2000, 2005 Y 2010 | | | | |
| (Porcentaje) | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia | 2000 | 2005 | 2010 |
| Costa | Urbana | 51 | 64 | 64 |
| | Rural | 42 | 52 | 58 |
| Sierra | Urbana | 53 | 58 | 70 |
| | Rural | 22 | 42 | 69 |
| Selva | Urbana | 51 | 66 | 70 |
| | Rural | 26 | 38 | 46 |
| Perú | Total | 40 | 53 | 62 |

Fuente: Base de datos, ENDES: 2000, 2005, 2010. Elaboración propia.

Los cuadros 5 y 6 nos muestran la existencia de una brecha significativa entre el control prenatal y la atención de parto al año 2010. El primero alcanza al 95%, mientras que el segundo tiene un valor máximo del 70%. La diferencia entre ambas coberturas, de 25 puntos porcentuales, es muy relevante.

Esta diferenciase asociaría a algunos factores de la demanda. El estudio realizado en Callao-Perú, en el año 2005, al evaluar los factores asociados con la elección de parto en domicilio, encuentra que la poca continuidad del personal que tiene a su cargo la atención de parto, así como el poco entendimiento en el diálogo proveedor/usuario durante la atención, son factores que intervienen a la hora de optar por el lugar de parto, factores que finalmente contribuyen a la elección del parto en domicilio,⁹⁸ y la inasistencia para la atención sanitaria. Por otro lado, según la ENDES del año 2000,⁹⁹ el 43% de las mujeres señala que la distancia es una razón para no optar por la atención en un establecimiento de salud, mientras que para el año 2010 este porcentaje disminuye a 33,6%. Según ámbito geográfico, la distancia al establecimiento sigue siendo el mayor obstáculo en la Sierra.

⁹⁸Tarqui, C., & Barreda, A. (2005). Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 22(2), 109-116.

⁹⁹Instituto Nacional de Estadística e Informática: datos elaborados a partir la ENDES 2000 y 2010.

Sumándose a las intervenciones oficiales y a la Cooperación internacional, otra estrategia importante que se adopta para mejorar la salud de la población, a inicios del año 2000, en virtud de la política “Salud Para Todos” generada por la OMS, lo cual es acogida por los países miembros, entre ellos el Perú y bajo el marco del artículo 9° de la Constitución Política peruana que a la letra dice; *“El Estado es responsable de diseñar y conducir la política nacional de salud en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”* el gobierno peruano de turno, plantea, la creación del Sistema Nacional de Salud (SNDS) con la finalidad de proponer la construcción concertada de la política nacional de salud, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, descentralizar el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud, teniendo como principios: la Universalidad, la Equidad, Integridad de Atención, y Solidaridad.¹⁰⁰

Estos planteamientos y principios, suman al compromiso asumido por el gobierno peruano en el año 2000, acerca del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,¹⁰¹ en lo que a salud respecta; *“reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, mejorar la Salud Materna y combatir el VIH-SIDA, paludismo y otras enfermedades”*. Como consecuencia, a fines de la década de los noventa y principios del 2000, Perú implementa una de las estrategias más importantes de lucha contra la pobreza: el Modelo de Aseguramiento Público en Salud, que denominaremos “Seguro Integral de Salud”.

¹⁰⁰Las implicancias de la creación del Sistema Nacional de Salud, bajo su principio de **Universalidad**, asume a la ciudadanía plena en salud, con derechos, deberes y oportunidades de desarrollo social para todos. Cobertura de salud para toda la población. El principio de **Equidad**, en la atención acorde a las necesidades y la cultura de las personas, con respeto de su dignidad. **Integridad de la Atención**, en la promoción, protección y recuperación de la salud con programas coordinados y descentralizados que aborden de manera integral la salud de las personas, las familias y la comunidad. Prioridad del nivel local y creación del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria (SERMEC). Finalmente, la **Solidaridad**, se asume como la contribución en proporción a sus ingresos de todos los que pueden hacerla, con pago obligatorio, anticipado y preferentemente dirigido a un fondo mancomunado único. En: Ministerio de Salud. R.M. n. 463-2001-SA-DM. *Comisión de Alto Nivel, encargada de reiniciar el Proceso de Organización del Sistema Nacional de Salud*. Informe Final. Lima.

¹⁰¹Organización de Naciones Unidas [ONU] (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015*. Naciones Unidas. Nueva York.

2.2.2.1 Implementación del Seguro Integral de Salud

Casi a fines de la década de los años de 1990, se puso en marcha la implementación del Seguro Público sanitario.¹⁰² En 1997 se implementó un programa de subsidio a la demanda, denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG), que otorgaba cobertura de atención a los escolares matriculados en escuelas públicas en todo el ámbito peruano. Sin embargo, el mecanismo de focalización en función de las escuelas públicas tuvo importantes limitaciones, produciéndose considerable filtración, aunque se registró una alta cobertura de aseguramiento de ese grupo.

En el siguiente año, 1998, se creó otro programa de subsidio, denominado Seguro Materno Infantil (SMI), que cubría a gestantes y niños menores de 5 años. Como estrategia piloto, se implementó en solo cinco regiones de Perú, ampliándose luego a ocho regiones durante el año 2000. De acuerdo a las evaluaciones posteriores efectuadas, el seguro materno infantil tuvo menor filtración que el seguro escolar gratuito pero con baja cobertura. Ambos programas se fusionaron el año 2001, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), previa conformación de una instancia transitoria denominada Unidad de Seguro Público, para luego dar paso a la “Unidad del Seguro Integral de Salud”, con Resolución Suprema 445-2001-SA del 31 de octubre del 2001.

Para el año 2002 mediante Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud, se crea el Seguro Integral de Salud (SIS), entidad considerada dentro de los Organismos Públicos Descentralizados del MINSa, y es en estas circunstancias que el “Aseguramiento Universal” fue declarado como prioridad en este año, consolidándose en el año 2005. Después de muchas concertaciones y debates culminó con la “Ley marco del Aseguramiento Universal en Salud”, promulgada el 8 de abril del 2009, Ley 29344, la cual establece el marco normativo que garantiza el derecho pleno de toda persona a la seguridad social en salud y, además, norma el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, considerando (según

¹⁰²Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Epidemiología (2010). Análisis de la situación de salud en el Perú. Lima. Pag. 109.

Artículo 7º) al Seguro Integral de Salud como la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

La misión que debe cumplir la IAFAS es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual conforme a la Política Nacional de Aseguramiento Universal en Salud, promoviendo el acceso con equidad de la población vulnerable y en situación de pobreza y extrema pobreza.

El Seguro Integral de salud, comúnmente conocido bajo la denominación SIS, ha tenido una serie de modificaciones y coberturas incluyentes a lo largo de su implementación en la década del 2000. Mediante el Decreto Supremo 003-2002-SA, se incorporó como prioridad las prestaciones de salud agrupadas en Planes: Plan A, niños de 0 a 4 años; Plan B, niños y adolescentes de 5 a 17 años; y Plan C, gestantes. Estos planes se conformaron a partir del Seguro Materno Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG) que previamente se encontraban vigentes. Respecto a la atención materna, el Seguro inicia con el siguiente plan de cobertura:

| Plan de Beneficios del Seguro Integral de Salud, SIS (Decreto Supremo 006-2006-SA) |
|--|
| Plan C - Gestante |
| Gestante Afiliada |
| Control Prenatal (incluye Consejería en salud) |
| Consulta externa |
| Internamiento en establecimiento de salud (no parto) |
| Internamiento con intervención quirúrgica menor |
| Internamiento con intervención quirúrgica mayor (no cesárea) |
| Internamiento en cuidados intensivos (UCI) |
| Intervención quirúrgica ambulatoria |
| Atención de parto normal |
| Cesárea |
| Control de puerperio |
| Consulta por emergencia |
| Consulta por emergencia con observación |
| Exámenes de laboratorio completo del embarazo sin HIV |
| Exámenes de laboratorio completo del embarazo con HIV |
| Obturación y curación dental simple |
| Obturación y curación dental compuesta |
| Transfusión sanguínea (1 o más unidades) |
| Ecografía |

Posteriormente, mediante Decreto Supremo 015-2006-SA, se modificó los anexos del Decreto Supremo 006-2006-SA, ampliándose las siguientes:

| Modificaciones a los Planes de Beneficios del Decreto Supremo 006-2006-SA establecidos por el Decreto Supremo 015-2006-SA Plan C - Gestantes |
|---|
| Se incluyen las siguientes prestaciones: Atención en Tópico Atención odontológica especializada Trabajo Extramural Otras prestaciones administrativas |

El Decreto Supremo 015-2006-SA establece la cobertura de atención en base a prestaciones no acotadas por diagnósticos, por tanto, los asegurados de todos los planes tienen la posibilidad de ser atendidos por todo diagnóstico que no se encuentre excluido.

Después de un periodo de 5 años, en los cuales el Seguro Integral de Salud (SIS) brinda cobertura en base a grupos de edad, se emite el Decreto Supremo 004-2007-SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS), llegando a establecer un listado de intervenciones e incluyendo atenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación. Además, señala las exclusiones específicas al plan, aplicando a dos componentes de aseguramiento: subsidiado y el semisub subsidiado, dejando sin efecto los Planes A, B, C, D y E.

En el 2008, la Resolución Ministerial 277-2008/MINSA, estableció ampliaciones al LPIS, considerando el financiamiento de las atenciones de trasplante renal y eliminando algunas de las exclusiones. Finalmente el LPIS quedó con el siguiente esquema para atención materna.

| Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) | |
|--|---|
| Decreto Supremo 004-2007-SA, modificado por Resolución Ministerial 277-2008/MINSA | |
| A. | Intervenciones Preventivas |
| | <ul style="list-style-type: none"> Inmunizaciones en niños, adolescentes y adultos Salud reproductiva Control prenatal del embarazo Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA Suplemento de micronutrientes para niños menores de 5 años y gestantes |
| B. | Intervenciones Recuperativas |
| | <ul style="list-style-type: none"> Atención del parto y puerperio normal Atención del parto y puerperio complicado |
| C. | Intervenciones de Rehabilitación (no aplica para estantes) |

A diferencia de los planes anteriores, el Decreto Supremo 004-2007-SA, establece la cobertura de las atenciones en base a servicios prestacionales para el caso de algunas de las intervenciones y, para otras, en base a grupos de patologías. En ese sentido, el LPIS precisa grupos de diagnósticos según el CIE-10,¹⁰³ para las intervenciones definidas por grupos de daños.

Finalmente en el año 2009, se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento en Salud y a fines de ese mismo año se aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud por Decreto Supremo 016-2009-SA. Este marco legal sienta las bases del Aseguramiento de Salud en Perú. Asimismo, se aprobó el Decreto Supremo 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, instrumento legal que brinda los cimientos para el funcionamiento de todo el Sistema de Salud enfocado en Atención Universal de Salud (AUS).¹⁰⁴

A fin de solventar el SIS, se destina el financiamiento para las prestaciones de este sistema de Salud, mediante la Ley 27812, “Ley que determina las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud” promulgada el 12 de agosto del 2002. Esta

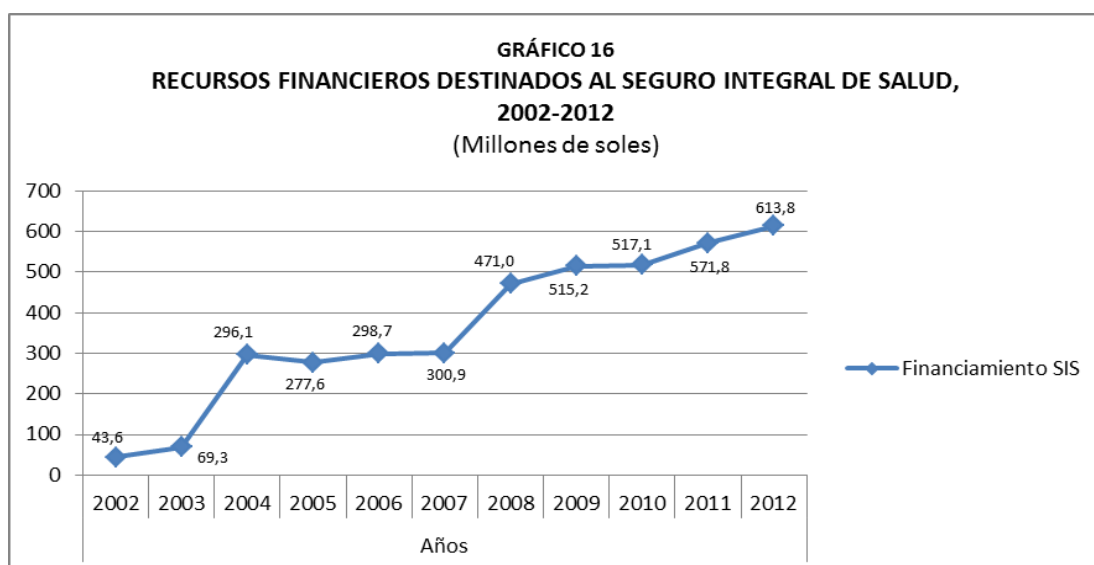
¹⁰³CIE-10. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud*. Washington D.C. OPS, 1995. Vol. 3.

¹⁰⁴Seguro Integral de Salud [SIS] (2011). *Evaluación del Efecto del Seguro Integral de Salud, en los indicadores de Salud Pública y Gasto de Bolsillo, Periodo 2002-2009*. Lima.

Ley determina como fuentes de financiamiento: los Recursos Ordinarios provenientes del presupuesto General de la Republica, los Recursos directamente recaudados provenientes de la operatividad del SIS, Recursos provenientes de donaciones y contribuciones no reembolsables y los Recursos que transfiera el Fondo Intangible Solidario de Salud.

Para garantizar la sostenibilidad del SIS, la Ley establece aportes adicionales de las dos primeras fuentes, el presupuesto institucional del MINSA, y otros ingresos destinados al MINSA.

El siguiente gráfico, muestra la evolución de los recursos financieros destinados al Seguro Integral de Salud, cuyo incremento financiero se aprecia entre el año 2000 al 2012.



Fuente: SIAF/Consulta amigable. Ministerio de Economía y Finanzas.

El monto destinado en el año 2002 ha sido 43 millones de nuevos soles y el año 2012 el financiamiento asciende a 613 millones de nuevos soles.

En este marco de financiamiento, el SIS, mediante Resoluciones y Decretos,¹⁰⁵ ha establecido a lo largo de la intervención, incentivos financieros según las prestaciones realizadas, para lo cual utiliza un tarifario preestablecido, el mismo que ha tenido ciertas variaciones a lo largo del periodo.

Es necesario hacer referencias a las tarifas para las prestaciones de atención prenatal, parto y puerperio, a fin de verificar la evolución que ellas han tenido entre el año 2003 y el 2011, considerando las diferencias de áreas geográficas (Costa, Sierra y Selva).

El cuadro 7 presenta los incentivos según las prestaciones (prenatal, parto y puerperio), desde el año 2003 al 2007. Cabe resaltar que en este periodo, las tarifas se consideraban de acuerdo a planes de salud establecidos. Posteriormente, se determinan según intervenciones sanitarias en base a componentes subsidiado y semisubsidiado.

¹⁰⁵ **Ministerio** de salud [MINSa] Resolución Ministerial N° 725-2005/MINSa. Ampliar la vigencia de Tarifas del Seguro Integral de Salud, Aprobada por R.M. N° 602-2003 SA/DM MINSa. Lima; **Ministerio** de Salud [MINSa] R.M. N° 240-2009/MINSa. Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado. Lima; **Ministerio** de Salud [MINSa] R.M. N° 612-2010/MINSa, Aprobó el Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado. Lima.

| CUADRO 7 | | | | |
|--|---------------------|--|------------------------------------|---------------|
| TARIFARIO SIS, SEGÚN PLANES DE ATENCIÓN HASTA EL AÑO 2007 (Nuevos Soles) | | | | |
| Resolución Ministerial 725-2005 MINSa. Ampliar la vigencia de Tarifas del Seguro Integral de Salud, Aprobada por Resolución Ministerial 602-2003 SA/DM MINSa | | | | |
| Plan C: gestantes y puérperas | Puesto de salud I-1 | Centro de salud I-3, Puesto de salud I-2 | Hospital II-1, Centro de salud I-4 | Hospital II-2 |
| Gestación (consejería en salud, nutrición, PP.FF. y suplemento de | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Atención Parto | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Cesarea | -- | -- | 140 | 140 |
| Control Puerperio | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Examen de laboratorio completo en el embarazo con VIH | -- | 25 | 25 | 25 |
| Ecografía | -- | 10 | 10 | 10 |

Podemos notar que, las tarifas según atención, tienen el mismo monto para Hospitales, Centros y Puestos de Salud, aun cuando los establecimientos se ubican en áreas que guardan diferencias geográficas y de acceso. Las zonas rurales (donde se ubican los Puestos de Salud) y las características socio geográficas, son las más perjudicadas por este criterio y especialmente aquellas situadas en Sierra y Selva.

El cuadro 8 nos muestra las tarifas destinadas a las prestaciones por componente subsidiado y semisubsidiado.

| CUADRO 8 | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|------|-----|-----|-----|------|------|---|------|------------|
| TARIFARIO SIS, PARA COMPONENTES SUBSIDIADO Y SEMISUBSIDIADO SEGÚN INTERVENCIÓN SANITARIA, 2007-2010 | | | | | | | | | | |
| Resolución Ministerial 240-2009/ MINSa: Tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes subsidiado y semisubsidiado. (Resolución Ministerial 226-2011 / MINSa, Sustituir el anexo N°. 1 " Tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes "Subsidiado y Semi subsidiado") Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado") | | | | | | | | | | |
| Tarifa de prestaciones de salud según tipo de intervención sanitaria (nuevos soles) | | | | | | | | Tarifa de prestaciones de salud según tipo de intervención sanitaria (nuevos soles) | | |
| Prestaciones: | Etapas de vida | I-1 | I-2 | I-3 | I-4 | II-1 | II-2 | N-I | N-II | N-III |
| Atención prenatal | Gestante | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | |
| | Examen laboratorio | -- | -- | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | Ecografía | -- | -- | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | |
| Atención parto vaginal | MEF | N.A. | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 21.50 + PC |
| Atención puerperio normal | MEF | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | -- |
| Cesárea | MEF | -- | -- | -- | -- | 170 | 170 | 170 | 170 | 53.00 + PC |

De acuerdo con los cuadros 7 y 8, la tarifa de pago por atención prenatal ha disminuido hacia el 2011 en un 30%. Por otro lado, el pago por atención de parto no ha tenido ninguna variación a lo largo del periodo, a pesar de que sea una de las prestaciones con mayor uso de insumos médicos, mientras que la tarifa por la atención de parto por cesárea se ha incrementado aproximadamente en un 20%.

El costo de las prestaciones restantes en el periodo 2003-2011 (actualmente vigentes), continúan con la misma tendencia para todos los niveles de atención sean hospitales, centros y puestos de salud. Este último, corresponde al nivel I-1 y I-2, que básicamente atienden a la población rural, cuya situación presenta las mayores carencias económicas, pobreza, limitación geográfica, entre otras.

Consideramos importante citar las tarifas por las prestaciones según intervención sanitaria, dado que servirán de referentes para evaluar el marco financiero en la medida de sopesar, la suficiencia de ellas en las diferencias de contexto de Costa, Sierra y Selva.

Por otro lado, en el marco normativo del Seguro Integral de Salud, un factor importante que lo consolida es la afiliación al sistema de aseguramiento, principalmente entre poblaciones con menos recursos, es decir pobres y en extrema pobreza, propiciando el mayor acceso al Sistema de Salud.

Para acceder al aseguramiento, al inicio de la implementación de este sistema, este, considera el mecanismo de adscripción domiciliaria. Posteriormente, se implementa el sistema de focalización por inscripción universal en distritos con más del 65% de familias pobres, mientras que en los distritos con menores porcentajes de pobres se aplica el Sistema de Identificación de Usuarios (SIU) que estima la capacidad de pago de cada inscrito. Posterior a ello, el SIS reemplaza los anteriores mecanismos de adscripción y considera el Sistema de focalización de Hogares, SISFOH,¹⁰⁶ mecanismo

¹⁰⁶ El SISFOH fue creado mediante la Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM, con el propósito de proveer información socioeconómica a los programas sociales para que identifiquen y seleccionen a sus beneficiarios en el marco del uso de herramientas para mejorar la calidad del gasto social, establecido en el Decreto Supremo N° 130-2004-EF y el Decreto Supremo N° 029-2007-PCM. Posteriormente, el Decreto de Urgencia N° 048-2010 establece que

que permite identificar y seleccionar a sus beneficiarios priorizando su atención en los más pobres. El recurrir a este último mecanismo de adscripción implica la mejor identificación para la afiliación de la población objetivo, en la medida de evitar la subcobertura y las filtraciones.¹⁰⁷

En este escenario de afiliación, según las estadísticas del SIS,¹⁰⁸ para el año 2000 se incorporan al sistema de aseguramiento 5 863,687 personas, a pesar de una meta programada anual de 6 313,999 de afiliaciones. Las afiliaciones se realizaron mayormente en zonas rurales (49%) y en Puestos de Salud (52%).

En este contexto se atendieron 25,002 partos, dado que en enero del mismo año, el número era casi la mitad (13,148). El 14% del total de todos los partos en este periodo corresponden a la intervención por cesárea. De igual manera, se dio asistencia atiende al 100% de gestantes de ocho Direcciones de Salud (DISAS) priorizadas, cuya población se encuentra en la línea de mayor pobreza respecto a las demás DISAS del Perú.

Para el año 2005, el SIS alcanza 11 026,607 afiliaciones vigentes. El 69,2% corresponden a zonas rurales y urbanas marginales del resto de provincias del país, excepto Lima. Las prestaciones alcanzadas en partos son 339,962, cifra que supera ampliamente al 2002. La tasa de cesárea a nivel nacional alcanza el 14,9%.

La tendencia de afiliaciones hacia el año 2012 alcanza el 37,7% de la población peruana, con 11 353,562 afiliados, similar al 2005, pero menor en las zonas rurales que alcanza el 52,8%. En este año, se registraron 274,992 partos atendidos en el sector

para la afiliación de nuevos beneficiarios al Régimen Subsidiado del Aseguramiento Universal en Salud, el Seguro Integral de Salud (SIS) debe tomar en cuenta la evaluación de elegibilidad realizada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). El SISFOH, es un sistema de información sobre las características socioeconómicas de los hogares, consolidadas en un padrón de hogares. En: Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. Sistema de Focalización de Hogares. En: <http://sisfoh-fse.sisfoh.gob.pe>. Consultado el 15 de marzo del 2015.

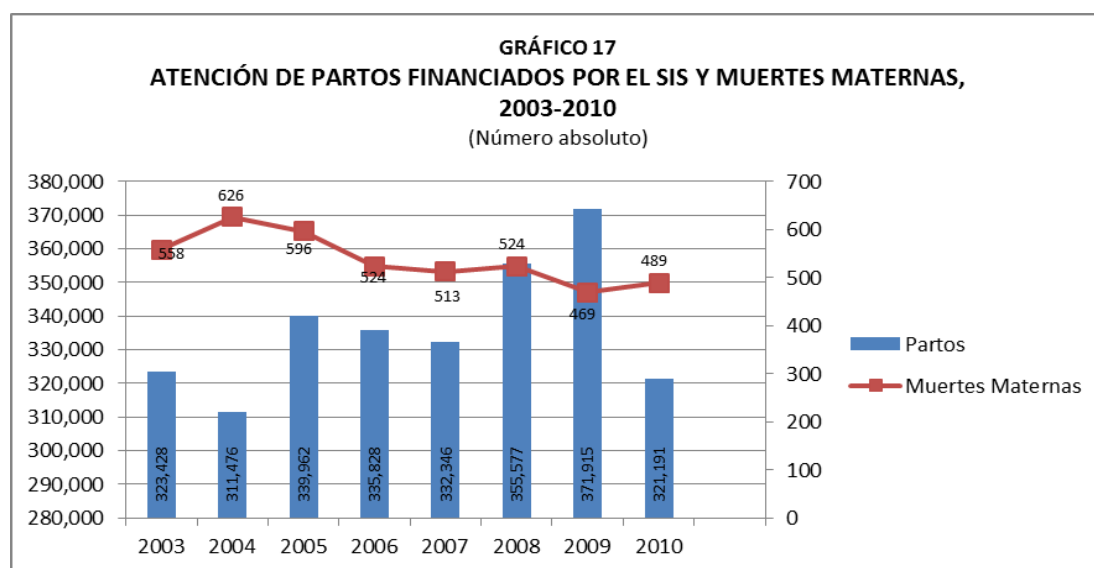
¹⁰⁷La sub-cobertura y filtración son errores de focalización. Se define “**filtración**” al porcentaje de personas que acceden a un programa social y no pertenecen a la población objetivo. Se define como “**sub-cobertura**” al porcentaje de la población objetivo que no recibe la atención de un programa social pese a ser elegible. En: Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. *¿Qué se entiende por Filtración y Subcobertura?* En: <http://www.mef.gob.pe>. Consultado el 15 de marzo del 2015.

¹⁰⁸Seguro Integral de Salud [SIS]. Estadísticas en línea: <http://www.sis.gob.pe>.

sanitario, un 20% menos que en el año 2005. No obstante, las cesáreas se incrementan hasta en un 23%. De los partos atendidos, el 62,2% corresponden al área urbana.

Por los propios informes técnicos del Seguro Integral de Salud, las atenciones en el marco del aseguramiento en salud, durante la década del 2000, han experimentado una serie de aportes en las coberturas de salud materna a partir de las afiliaciones al Seguro Integral de Salud. Las muertes maternas después del año 2004 (con el más alto número del periodo), han registrado una tendencia a la disminución aunque si tomamos como referencia el año base, 2002 (época de inicio del SIS), la disminución hasta el año 2010 sería de sólo el 8%.

El gráfico 17, muestra la evolución de la mortalidad materna en relación a la atención de parto en establecimientos de salud.



Fuente: Base de datos SIASIS (SIS-Central). En: *Seguro Integral de Salud. 10 Años Financiando la Salud de los Peruanos*. Lima. <http://www.sis.gob.pe>.

Aun con el expectante alcance de coberturas en cuanto a las afiliaciones en el SIS, la evolución que este proceso ha experimentado a lo largo de su intervención ha tenido impactos no esperados con relación a la sub-cobertura y la filtración.¹⁰⁹ Vásquez,

¹⁰⁹ La sub-cobertura se refiere a la población objetivo o elegible, en este caso del SIS, pero que no accede al aseguramiento. La filtración es la población que no siendo elegible para el SIS, se encuentra afiliada a este sistema.

(2012),¹¹⁰ señala que el SIS fue creado como fusión del seguro escolar y el seguro materno infantil, constituidos en los años noventa con el objetivo de atender problemas de salud de capa simple para las personas en extrema pobreza. No obstante, el sistema de afiliación presenta una sub-cobertura de 33,5% y filtración de 49,1%. Destaca que la filtración aumentó significativamente en los últimos años, pero que la sub-cobertura disminuyó también de forma importante, debido al impulso que ha tenido el SIS por parte de los sucesivos gobiernos y las estrategias que se han implementado para ello. Los beneficiarios sumaron para el año 2011, 9,3 millones de personas, de los cuales, los infiltrados suman 4,5 millones, que en su mayoría son personas no pobres y en su minoría personas pobres que ya tienen seguro.

En promedio, el nivel de sub-cobertura que experimenta el SIS en el año 2011, en números absolutos representa todavía a 2,73 millones de peruanos que aún no acceden al SIS y son parte de la población objetivo.

Con la ley marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), en el año 2009 se lanzaron programas piloto en algunas regiones de Perú como Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y otras zonas. Para el año 2010, se aplica en Lima y Callao, entre la población pobre, así mismo, para los posteriores años se viene implementando en otras regiones peruanas.

El objetivo que se busca con el Aseguramiento Universal en Salud es que de manera paulatina pero con carácter de obligatoriedad todos los peruanos tengan algún tipo de seguro de salud de acuerdo a su elección, y es en este contexto en el que se definen tres esquemas de afiliación. El primero sería el del Seguro Subsidiado, que es para el caso de las personas en situación de pobreza y de cuyo pago se hace cargo el Estado de forma íntegra a través del Seguro Integral de Salud (SIS). Un segundo esquema es el Seguro Semicontributivo, dirigido a trabajadores independientes y trabajadores de las Micro empresas. Ellos tendrán que aportar un porcentaje del plan y el otro lo

¹¹⁰ Vásquez Huamán, E (2012). *El Perú de los pobres no visibles para el Estado. La inclusión social pendiente a julio del 2012*. Documento de Discusión DD/12/04. Centro de Investigación - Universidad del Pacífico. En: <http://www.up.edu.pe/ciup>. Pag. 43.

aportará el Estado. El tercer esquema es el que recoge el Seguro Contributivo, para el caso de las personas que tienen empleo formal, donde el aporte del empleador cubrirá todos los costos del plan. También se incluyen a las personas que tienen capacidad de pago del 100% de su seguro a través de planes privados.¹¹¹

Por tanto, es posible que en este proceso de implementación del AUS, se produzca la filtración de personas que no siendo pobres pasan como tal, y la subcobertura alcance a la población pobre, y queden fuera del seguro.

Del Valle y Alfageme (2009),¹¹² estiman que la cobertura del Seguro Integral de Salud es mejor que la de los otros programas sociales, aunque en el ámbito nacional presenta una subcobertura del 67,6%, en la zona rural es cercana al 60%, lo que implica que solo un 41% de la población pobre de la sierra rural está afiliada al programa.

Además, los autores citados señalan que según el nivel de ingresos, el 40% de los afiliados a este programa se encuentra en los 2 deciles más bajos de ingresos, mientras que un 21,7% de sus afiliados se encuentra entre los 5 deciles superiores. Estas circunstancias generan, a su vez, las filtraciones que han conducido a una pérdida considerable de recursos. Para el año 2007, las pérdidas en la costa ascienden a 21,1 millones de nuevos soles, en la sierra a 12,4 y en la selva a 9,5 millones de nuevos soles. Esta situación indica que los fondos del Seguro Integral de Salud no se aprovechan de manera eficiente para atender a las poblaciones más pobres.

La política de salud pública del BID,¹¹³ pone énfasis en la mejora concreta de la salud, mediante el apoyo con sustanciales inversiones internas a las cuantías que ya se destinan al gasto en salud, teniendo en cuenta las grandes diferencias entre los países respecto de los índices de salud, la organización interna para resolver los problemas de

¹¹¹Ministerio de Salud [MINSAL] (2010). *Aseguramiento Universal*. Boletín 07. Lima.

¹¹²Del Valle, M., & Alfageme, A. (2009). *Análisis de Focalización de la Política Social*. Series de Documentos de Trabajo, DT. Banco Central de Reserva del Perú. Lima. En: www.bcrp.gob.pe/publicaciones/revista-estudios-economicos/estudios-economicos-no-18.html

¹¹³Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Política de Salud Pública del Banco Interamericano de Desarrollo. En: <http://www.iadb.org>.

salud, el nivel de la planificación de salud y, las disparidades en la distribución de servicios sanitarios entre zonas urbanas y rurales.

Así mismo, la política indica que cuando se insiste en dar cobertura de salud a poblaciones con mayor necesidad y proteger a la población de los riesgos financieros asociados con su uso, puede entrar en conflicto con el camino hacia la eficiencia, debido a que la manera de utilizar los recursos, no siempre es la más equitativa. Algunos grupos de personas se ven afectados por las lagunas que existen en la mayoría de los sistemas y los patrones de exclusión de los servicios varían.

Aun cuando el Seguro Integral de Salud ha logrado dar cobertura de afiliación a un importante grupo de población con atenciones sanitarias que también han alcanzado coberturas de asistencia considerables, sin embargo, como hemos apreciado en el gráfico 17 (Atención de Parto financiado por el SIS y Mortalidad Materna), la relación “atención sanitaria-mortalidad”, no ha conseguido la mejora de nivel que podríamos esperar en una situación de mayor impulso financiero hacia el sector sanitario, con la presencia del SIS.

A su vez, estas circunstancias se acompañan de normas que direccionan el accionar del sistema sanitario, para nuestro estudio, en lo que respecta a la salud materna; lo que a continuación desarrollamos.

2.2.2.2 Normas de Atención Materna del Ministerio de Salud

La atención sanitaria materna que se brinda a la mujer gestante, se desarrolla en función a normas establecidas, dispuestas en las décadas de los años de 1990 y 2000.

Para el año 1995, entra en vigencia las “Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal”,¹¹⁴ mediante la Resolución Ministerial 709-94-SA/DM de aplicación en todos los establecimientos sanitarios del Ministerio de

¹¹⁴Ministerio de Salud [MINSa]. Dirección General de Salud de las Personas. Sub Programa de Salud Materno Perinatal. *Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal*. Perú 1995. Lima.

Salud. Este documento, contempla actividades administrativas de gestión, prevención y recuperación, inherentes a la salud materna. Las actividades de atención aluden principalmente al control prenatal, que considera propósitos y cronograma para las consultas prenatales; así mismo, la atención de parto, atención y control de recién nacido y puerperio.

Posteriormente, en el año 2004, sobre la base de la norma de 1995, el MINSA, elabora las “Guías Nacionales de atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”,¹¹⁵ la que modifica, precisa y amplía algunos componentes para la oferta de atención materna. En esta norma se incluye indicadores de las atenciones, las cuales no se registraban en las del año 1995.

Para el año 2010 y los posteriores, en concordancia con las normas anteriores y con la Resolución Ministerial 178-2011/MINSA, se aprueban Documentos Técnicos que amplían su contenido a otras enfermedades, sin embargo es la salud materna neonatal la que concentra la prioridad de las intervenciones. Es así que se pone a disposición el documento normativo, “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación, de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal, Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis, Enfermedades no Transmisibles, Prevención y Control de la tuberculosis y VIH-SIDA, y Control y de Cáncer.”¹¹⁶

El otro documento técnico aprobado es la “Estructura de Costos de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal.” Este documento involucra indicadores de resultado y producto, así como los estándares mínimos nacionales obligatorios, lo cual sirve de referencia para la formulación del presupuesto de los Programas estratégicos según la estructura de costos para la prestación de servicios de salud. Para el ejercicio presupuestal 2013 se aprueba una nueva versión de este documento, con Resolución Ministerial 298/2013, y en esta se

¹¹⁵Ministerio de Salud [MINSA]. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima.

¹¹⁶Ministerio de Salud [MINSA] –Presupuesto por Resultados [PpR] (2010). *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, VIH SIDA y TBC, Metaxenicas-Zoonosis, Enfermedades no transmisibles*. Lima

contempla la estructura de costos para actividades como “la Reducción de la Mortalidad y Discapacidad por emergencias y Urgencias, Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad, Reducción de la Vulnerabilidad, y Atención de Emergencias por Desastres”.

En suma, las diferentes normas de atención materna descritas, servirán de referencia para la presente investigación.

A continuación, los cuadros 9 y 10, detallan las actividades que se realizan según la Norma para la Atención de Salud Materna del año 1995 y las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del año 2004.¹¹⁷

¹¹⁷Ministerio de Salud [MINSA]. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva, 2004*. Lima

| CUADRO 9 | | | | |
|---|---|------------------|---|------------------|
| NORMA TÉCNICO ADMINISTRATIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNO PERINATAL, PERU 1995. | | | | |
| Atenciones | Definición | Lugar | Quien | Indicador |
| Control prenatal | Serie de consultas y entrevistas programadas de la gestante con el equipo de salud, a fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una preparación adecuada para el parto y la crianza | Todos los EE. SS | Medico/Obstretiz | 5 CPN |
| Peso* | Actividad según definición | Idem | Medic/Obstretiz | Cada consulta |
| Talla | Idem | Idem | Medic/Obstretiz | Cada consulta |
| Presión Arterial* | Idem | Idem | Medic/Obstretiz | Cada consulta |
| Grupo sanguíneo* | Idem | Idem | No define | 1 vez |
| Detección diabetes | Idem | Idem | No define | 1 vez |
| Examen orina* | Idem | Idem | No define | 1 vez |
| Sífilis | Idem | Idem | No define | 2 veces |
| Test VIH | Idem | Idem | No define | 2 veces |
| Hemoglobina* | Idem | Idem | No define | 2 veces |
| Examen odontológico | Idem | Idem | No define | 1 vez |
| Vacuna antitetánica* | Idem | Idem | No define | 2 veces |
| Fierro y ácido fólico* | Idem | Idem | Medico/Obstretiz | Cada consulta |
| Educación sanitaria* | Idem | Idem | Medico/Obstretiz | Cada consulta |
| Primera consulta prenatal* | antes de 20 semanas de gestación | Idem | Medico/Obstretiz | Antes 20 semanas |
| Parto: | Atención que se proporciona a la gestante en el trabajo de parto, durante los periodos de dilatación y expulsivo del recién nacido, alumbramiento y la puerpera en el puerperio inmediato y mediato | Todos los EE. SS | Medico/Obstretiz | 1 atencion |
| Atención parto domicilio | No define | domicilio | Profesional, o partera tradicional capacitada | 1 atencion |
| Puerperio* | Es la atención que se otorga a la puerpera con el propósito de controlar la evolución de este periodo y detectar cuadros mórbidos, relacionados con el parto o puerperio | Todos los EE. SS | Medico/Obstretiz | 3 veces |

| CUADRO 10 | | | | |
|---|---|----------------------------|-------------------------|--|
| GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2004 | | | | |
| Prestaciones | Definición | Lugar | Quien Realiza | Indicador |
| Atención prenatal* | Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo. | | | |
| | Actividad según definición | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | 6 CPN (mínimo) |
| Examen clínico completo | El profesional de la salud debe explicar a la gestante el examen o procedimiento que se le va a realizar y solicitar su autorización. En la primera consulta y cuando lo amerite realizar un examen clínico general, detectar signos de violencia, examinar mamas y abdomen ubicando a la gestante en posición decúbito dorsal. | | | |
| | Actividad según definición | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | cada consulta |
| Peso* | Pesar en cada visita | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | cada consulta |
| Talla | Medir la talla en la primera consulta | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | 1ra consulta |
| Presión Arterial* | Actividad según definición | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | cada consulta |
| Altura Uterina* | Medición desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino, utilizando una cinta métrica inextensible. Analizar su variación sobre la base de la tabla patrones normales de altura uterina. | | | |
| | Actividad según definición | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | cada consulta |
| Latido Cardíaco Fetal* | Actividad según definición | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | cada consulta |
| Primer CPN* | Se debe promover la primera atención prenatal antes de las 22 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías. | | | |
| | Actividad según definición | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | Antes 22 semanas |
| Papanicolaou | Actividad según definición | Todos los EE.SS | Profesional de la Salud | 1 examen |
| Examen completo laboratorio* | No define, pero precisa determinación de grupo sanguíneo, factor RH, hemoglobina, hematocrito, examen de orina, detección diabetes, sífilis, ELISA/VIH, | | | |
| | Actividad según definición | según capacidad resolutive | Personal capacitado | Sangre 2 veces. Orina 3 veces |
| Ecografía | La ecografía sólo debe ser empleada cuando existan dudas en la edad gestacional o se presenten factores de riesgo durante la atención prenatal. Debe contribuir para tomar decisiones de manejo. | | | |
| | Actividad según definición | según capacidad resolutive | — | 3 exámenes |
| Protección antitetánica* | Se vacunará a la gestante lo más precozmente posible, no existiendo contraindicación con la edad gestacional, colocando la primera dosis en la primera consulta. Las siguientes dosis se colocarán de acuerdo al calendario de vacunaciones (como mínimo dos dosis) | | | |
| | Actividad según definición | Todos los EE.SS | — | 2 dosis |
| Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico* | Si los valores no sugieren anemia, se puede diferir el inicio del suplemento de hierro después de las 16 semanas. | | | |
| | Actividad según definición | Todos los EE.SS | — | Después de 16 semanas/60mg. De hierro y 400 mg. Ácido fólico |
| Actividad educativa* | Asegurar el grado de comprensión de los signos de alarma y orientar sobre el establecimiento de salud al cual debe acudir en caso de una emergencia obstétrica o de iniciarse la labor de parto. | | | |

| CUADRO 10 | | | | |
|---|--|--|------------------------|-----------------|
| GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2004 | | | | |
| Prestaciones | Definición | Lugar | Quien Realiza | Indicador |
| Parto* | Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones | | | |
| | Actividad según definición | Todos los EE.SS. | Profesional competente | — |
| Cesárea* | nd | nd | nd | según necesidad |
| Puerperio* | Periodo comprendido entre la salida de la placenta hasta los 42 días. El puerperio puede ser: | | | |
| | Inmediato | las primeras 24 horas. Considerar una vigilancia estricta las dos primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto, que es una de las primera causa de muerte materna en el Perú. | | |
| | Mediato | Los primeros 7 días. Considerar la posibilidad de infección puerperal. | | |
| | Tardío | Desde el 8º día hasta la 6ta. Semana (42 días). | | |
| Emergencias Obstétricas parto y post parto | 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 (ver “lucecitas”). | | | |
| | Actividad según definición | EE.SS con capacidad resolutive | Equipo de salud | — |
| Hemorragia* obstétrica | La hemorragia obstétrica es la presencia de sangrado vaginal durante el embarazo, parto o puerperio | | | |
| | Actividad según definición | EE.SS con capacidad resolutive | Equipo de salud | — |
| Enfermedad hipertensiva del embarazo * | Incremento de la presión arterial en 15 mm Hg o más en la diastólica, y/o en 30 mm Hg o más en la sistólica o un aumento de la presión arterial mayor ó igual a 140/90 (cuando no se conoce la presión arterial basal). | | | |
| Parto obstruido o retenido* | Gestante refiere trabajo de parto por más de 12 horas. | | | |
| Síndrome febril post parto* | Gestante o púérpera que refiere fiebre. | | | |

Se observa que en las normas de atención materna del año 1995 y 2004, contienen componentes básicos de atención prenatal, parto y puerperio, con algunas diferencias entre las prestaciones.

Así, las normas del año 1995, establecen cinco controles prenatales (CPN) para cumplir con el paquete básico pre natal y lograr un parto en las mejores condiciones prenatales. Por otro lado, las normas del año 2004, indican que se debe cumplir con seis CPN y además amplían sus componentes de oferta como la ecografía. Asimismo, precisan dos y tres exámenes de laboratorio para sangre y orina (en las normas de 1995 solo uno). Igualmente, detallan las atenciones del momento del control de puerperio, la

identificación de emergencias obstétricas, como las hemorragias, enfermedad hipertensiva del embarazo, parto obstruido y síndrome febril.

Respecto a la atención de parto, las normas del año 95, establecen la atención del parto en establecimientos de salud y en el domicilio. Mientras que en las normas del año 2004, ya no se considera la atención de parto en el domicilio, debido a las complicaciones propias del parto y la prevalente mortalidad materna por partos atendidos en el ámbito tradicional, por ello se prioriza la atención en el sistema sanitario.

Añadir que a efectos de nuestra investigación, se han considerado los “componentes básicos del paquete pre natal, así como de parto y puerperio”. Estos se señalan con un asterisco, en las normas del año 2004, en tanto que estos también se contemplan en las normas del año 1995.

Al igual que en Perú, otros países latinoamericanos también se rigen por normas oficiales de atención materna. Colombia, busca reducir la mortalidad materna y perinatal, estableciendo parámetros que garanticen una atención de calidad para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones, durante el control prenatal, así como también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en 95%. Los parámetros se describen en las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, “Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, y Norma Técnica para la atención del parto”.¹¹⁸

De la misma forma, México, mediante la Ley General de Salud, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y prevé como materia de salubridad general, la atención materna infantil. Los servicios específicos para esta atención, están previstos en el capítulo V de esta ley, donde se indica que la protección materno infantil y la promoción de la salud materna “abarca el periodo que va del

¹¹⁸Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Editorial Scripto Ltda. Bogotá.

embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto”¹¹⁹

De otro lado, Chile, mediante la Guía Perinatal 2015,¹²⁰ entrega recomendaciones para apoyar al equipo de salud en la atención de mujeres en las etapas pre concepcional, embarazo, parto y posparto, así como para la prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna ante la presencia de factores de riesgo y complicaciones, con el fin de contribuir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal.

Con referencia a las Normas de Atención Materna del Ministerio de Salud de Perú, nuestra investigación se sujeta a las actividades básicas de estas atenciones, para lo cual enfoca la “Cobertura de Atención Materna” (prenatal, parto y puerperio), antes y en el marco del Seguro Integral de Salud.

Así mismo, el abordaje de la “Cobertura Financiera”, que proponemos, se enmarcan en virtud del marco de la Reforma de Salud Peruana, “Cobertura financiera y Ampliación de la protección financiera”, siendo una de sus dimensiones, el incremento y optimización de la asignación de recursos para las intervenciones de salud pública basada en resultados sanitarios.¹²¹

Además la propuesta de las coberturas consideradas, también tienen asidero en otros enfoques de cobertura de servicios de salud, como nos describe Paganini (1998),¹²² cuando alude a la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención, siendo la “capacidad”

¹¹⁹Ley General de Salud NR- México. Última Reforma publicada DOF 25-01-2013.

¹²⁰Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública-División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital-Programa Nacional Salud de la Mujer. *Guía Perinatal 2015*. Santiago de Chile

¹²¹Del Carmen Sara, J.,C. (Vice Ministro de Salud) (2013). *Antecedentes y Perspectivas de la Reforma de Salud en el Perú*. Presentación en el VI Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud. Lima. En el marco de la presentación, uno de los temas que enfoca es el de Cobertura financiera y ampliación de la protección financiera, considerando como una de sus dimensiones, **el Incrementar y optimizar la asignación de recursos para las intervenciones de salud pública** basada en resultados sanitarios.

¹²²Paganini, J. M. (1998). *La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe*. Revista Panamericana de Salud Pública. 4(5) [cited 2015-08-08]. ISSN 1020-4989. En: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001100003&lng=en&nrm=iso

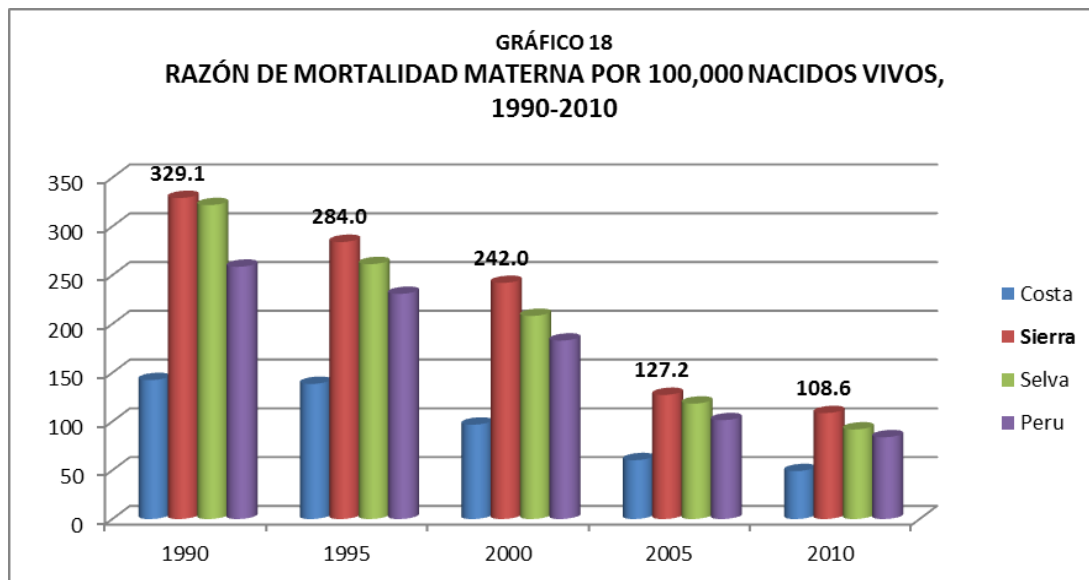
de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago. También señala que la cobertura se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios, la que mide la “capacidad” de la estructura de salud de brindar dichos servicios a la población, en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas.

Igualmente, indica que otra forma de analizar la cobertura consiste en estudiar la utilización de los servicios por parte de la población y, en este caso, es válido el concepto de “cobertura verdadera”. Por ejemplo, en el análisis de la cobertura de inmunización se estudia la relación entre la población que necesita recibir determinado tipo de vacuna y la población que verdaderamente la recibe en el tiempo y la forma adecuados, y con esta misma lógica se pueden y deben crear indicadores de cobertura para cualquier acción de salud orientada a la atención integral de un grupo poblacional.

Considerando las amplias posibilidades del análisis de coberturas y, seleccionando aquellas que entendemos más relevantes desde el punto de vista de su significado para la mejora de la atención integral de salud, hemos determinado analizar cuatro enfoques de cobertura de atención materna: “Cobertura General de Atención Materna” en base a componentes aislados; “Cobertura de Oportunidad”, en base al análisis de componentes integrados; “Cobertura por Asociación y Dependencia”, dada la relación entre el control pre natal, parto y puerperio; y, “ Cobertura Financiera”, por el sustento que implica en el sistema sanitario. Consideraciones que se desarrollan ampliamente en el capítulo III de metodología de la investigación.

Después de más de una década desde la implementación del Seguro Integral de Salud, aun cuando el sector sanitario logra mejorar la cobertura y oferta (aunque todavía insuficiente), el indicador de mortalidad materna no logra mostrar una disminución sustantiva en la década del 2000. Es, precisamente, esta persistente problemática la referencia principal para la investigación, dado que en el Perú, si bien la tendencia de disminución de la mortalidad materna muestra cifras considerables en el promedio nacional, éstas, en el interior del país, albergan serias diferencias entre los departamentos y áreas geográficas (Costa Sierra y Selva), incidiendo este evento con mayor fuerza en la sierra peruana, región que cuenta con una mayor población en

situación de pobreza y pobreza extrema. La Razón de Mortalidad Materna en esta región llega a 108,6, MM y se encuentra por encima del promedio nacional (83,8) y más del doble con relación a la Costa peruana (49,1), tal como lo muestra el siguiente gráfico.



Fuente: Años: 1990, 1995, 2000: INEI – CIDE (2002). *Tendencia y niveles de estructura de la mortalidad materna en el Perú 1992-2000*. INEI-CIDE Lima. Octubre.

Años 2005, 2010: INEI. *Nacimientos, matrimonios y defunciones registradas*. Red Nacional de Epidemiología (Renace) DGE–MINSA. Reporte de las Direcciones de salud. 21-01-2013. (En toda la tabla se ha considerado muertes maternas directas e indirectas. No incluye muertes incidentales). Datos obtenidos en: <http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2013/SE02/mmaterna.pdf>.

Bardales (2002),¹²³ indica que la salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social, y ha alcanzado una importante mejora en algunos indicadores de salud del país, sin embargo, los promedios nacionales enmascaran unas grandes diferencias en la atención sanitaria, reflejo de las inequidades existentes en este ámbito. La mayor o menor probabilidad de muerte y enfermedad está en función de factores como el estrato socioeconómico, la condición de ruralismo, el género y el nivel educativo en que se encuentren las personas y las comunidades.

Berg C., et al. (1996),¹²⁴ afirman que La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas. Es una de las

¹²³Bardales del Águila, C. (2002). *La Salud en el Perú. Proyecto Observatorio de la Salud*. Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES. En: <http://www.bvsde.paho.org>.

¹²⁴Berg, C., Danel, I., & Mora, G. (1996). *Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Organización Panamericana de la Salud.

experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Además, Veles, et al. (2005),¹²⁵ indican que estos niños, reciben menos cuidados, menos educación y tienen un rendimiento escolar más bajo. Los menores de diez años que pierden a su madre tienen 10 veces más probabilidad de morir dentro de los siguientes dos años, que aquellos que tienen los dos padres vivos. Igualmente, los recién nacidos que sobreviven a la muerte de su madre tienen menor posibilidad de sobrevivir.

De otro lado, las mayores tasas de mortalidad materna agravan la situación de pobreza. Buvinic (2010),¹²⁶ en una Reunión de Diálogo de políticas de promoción de la salud materna, en el marco del impacto económico de la mortalidad materna, señala que: *“invertir en las mujeres y las niñas es lo que hay que hacer...es economía inteligente”*. Una llamada de atención importante si tenemos presente que muchos países en desarrollo no tienen en cuenta el impacto económico sobre el crecimiento que se deriva de las situaciones de pobreza y de desigualdad de género. En la misma reunión, Nomonde y Xundu, refieren que las mujeres en África, representan el 70% de la fuerza de trabajo y producen el 80% de los alimentos, por lo tanto, las muertes y las incapacidades directas son un costo directo para la economía. El confinamiento de la mujer a actividades domésticas no remuneradas, constituye un tercio del PIB del mundo.

Según la OMS (2012),¹²⁷ cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, siendo mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del

¹²⁵Vélez, L., Vélez, G., & Agudelo, B. (2005). Panorama de la mortalidad materna. *Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal*. Medellín: Secretaría de Salud [Internet], 15-31.

¹²⁶Buvinic, Mayra (Sector Director Gender and Development Group, World Bank); **NomondeXundu** (Health Attaché Embassy of South Africa in Washington DC); **Mary Ellen Stanton** (Senior Maternal Health Advisor, U.S. Agency for International Development), (2010). *The impact of Maternal Mortality and Morbidity on Economic Development*. Sexta Reunión de diálogo de Políticas de promoción de la salud materna. USAID. Washington, D.C. En: <http://www.wilsoncenter.org>

¹²⁷Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Mortalidad Materna*. Centro de Prensa, Nota Descriptiva n. 348. Mayo Ginebra. En: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres.

Finalmente, el amplio planteamiento del contexto socio sanitario, incidiendo en el perfil epidemiológico materno, las coberturas de atención y el financiamiento en el marco del Seguro Integral de Salud, son referencias que nos permitirán sustentar el análisis general y particular de las coberturas de atención materna, concretando así el Objetivo General propuesto para nuestra investigación.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Para detallar la metodología de la presente investigación, es preciso iniciar este capítulo dando a conocer el marco central de la investigación, sustentado en tres ámbitos de estudios fundamentales, organizados en los capítulos IV y V, que corresponden básicamente a la **descripción de resultados**. Estos ámbitos, los recorreremos para obtener la información que necesitamos y alcanzar nuestros objetivos de investigación. En el capítulo IV, consideramos los dos primeros ámbitos de estudio: “Aseguramiento en el Seguro Integral de Salud” y “Atención Sanitaria Materna”. En el capítulo V, se analiza el “Financiamiento del Seguro Integral de Salud”; cada uno de los cuales con sus respectivas dimensiones, e identificadas con sus propias categorías y variables de estudio; las que analizaremos utilizando las técnicas estadísticas apropiadas, y que describiremos en los apartados posteriores.

A continuación detallamos el contenido de cada uno de los tres ámbitos de estudio que hemos señalado, y que utilizaremos en nuestra investigación, para finalmente realizar un análisis integrado que nos lleve a conocer la problemática sanitaria peruana, en las áreas de interés para nuestro estudio.

3.1 “Aseguramiento en el Sistema del Seguro Integral de Salud”

Primer sub-apartado del capítulo IV, que contempla la evolución de la población gestante con acceso al sistema del seguro sanitario público, denominado “Seguro Integral de Salud”; este ámbito responde al primer objetivo específico; y con este marco de referencia, se realiza el análisis de las coberturas de atención materna; lo cual se enfoca en el análisis de la siguiente **dimensión**:

❖ Cobertura de Afiliación al Seguro Integral de Salud

Se considera a mujeres gestantes afiliadas al Seguro Integral de Salud, en los años, 2005, 2010 y 2012; en tanto que para los años 1996 y 2000, se ha tomado en cuenta el total de las mujeres gestantes. El análisis de las coberturas, se desarrolla en los 10 departamentos del estudio agrupados por área geográfica: Costa, Sierra y Selva;

por zona de residencia: urbana y rural; y por quintiles de pobreza: I, II, III, IV, y V. Los resultados se expresan en frecuencias (porcentajes).

Los departamentos que conforman el Área geográfica de Costa son: Lambayeque, la Libertad y Piura; de Sierra: Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Puno; y los departamentos de Selva son: Amazonas y Ucayali. Todos ellos identificados con los mayores niveles de pobreza, según su área geográfica, los que servirán de referencia para el estudio de las coberturas propuestas.

3.2 “Atención Sanitaria Materna”

Segundo sub-apartado del capítulo IV, en el que pretendemos analizar las coberturas de la atención materna en sus **tres dimensiones**; “Cobertura General de Atención Materna”, “Cobertura Específica de Oportunidad” y “Cobertura por Asociación y Dependencia”. Cada una con sus propias categorías de análisis bajo el marco del Seguro integral de Salud (SIS), de los años 2005, 2010 y 2012, en comparación con las coberturas existentes de los años 1996 y 2000.

Las coberturas se desarrollan por área geográfica: Costa, Sierra y Selva; por zona de residencia: urbana y rural; y por población pobre que agrupa al quintil I y II. Así mismo, los resultados se expresan en proporciones (porcentajes).

A continuación hacemos referencia a las características de cada dimensión.

❖ Cobertura General de Atención Materna

Primera dimensión, que describe la cobertura de la atención materna por **componentes aislados**, aplicada a los procedimientos básicos pre natales, atención de parto y puerperio. Procedimientos que se encuentran consignados en las Normas de Salud Materna del Ministerio de Salud.¹²⁸

¹²⁸Ministerio de Salud [MINSa]. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima; Ministerio de Salud

En esta dimensión, se establece **la tendencia** de cobertura desde el año 1996 al año 2000, correspondiente al periodo antes de la intervención del SIS; continuando con los años 2005, 2010 y 2012, periodo de intervención del SIS. Se aplica el análisis de proporciones (porcentaje), así como **la tasa de crecimiento** de la cobertura de atención entre ambos periodos, incidiendo en el marco del Seguro Integral de Salud. El contexto del estudio considera las áreas geográficas: Costa, Sierra y Selva; lugar de residencia: urbana y rural; y población pobre que agrupa al quintil I y II.

Utiliza las siguientes categorías de análisis: a) Atención Prenatal, b) Atención de Parto, y, c) Atención de Puerperio. Para cada una de ellas, se consignaron las variables correspondientes, desarrolladas en el ítem respectivo.

❖ **Cobertura Específica de Oportunidad**

Esta segunda dimensión, mide la Cobertura de la Atención Materna **por componentes integrados**, en referencia al **esquema de cumplimiento de los protocolos** de atención prenatal, parto y puerperio, establecidos por las Normas de Salud Materna del Ministerio de Salud.

Usualmente la evaluación de los servicios de salud se realiza por indicadores aislados, expresando coberturas de un contexto general de la salud, sin intervenir en las particularidades que integran el sistema. En este marco, hemos considerado proponer esta nueva medida, para la evaluación de los procesos de atención que conforman el sistema de salud, aplicando evaluadores sanitarios concebidos como **"Indicadores Integrados"**, los que además, comprometerían a la cobertura Financiera. Consideramos que esta evaluación implicaría, tres finalidades importantes:

1. La integración de los diversos procesos del sistema de salud, que buscaría evaluar la solidez del sistema sanitario en su conjunto.

2. La construcción de políticas de salud interdependientes entre sus procesos constitutivos del sistema, que trataría de dar soluciones precisas a los desequilibrios generados por sus componentes aislados.
3. La Cohesión del sistema de salud, fortaleciéndolo ante adversidades, principalmente de posibles crisis internas o externas, que pudieran ser causas de inestabilidad sanitaria.

En pocos ámbitos de la acción social se hace más útil los enfoques de la “teoría de sistemas”, para conseguir un análisis eficiente de los problemas.

En la **teoría general de los sistemas**, se precisa que los fenómenos sociales deben ser considerados en términos de “sistemas”, por difícil y, hoy en día, fluctuante que sea la definición de entidades socioculturales.

Así mismo, esta teoría se enmarca *“en una filosofía que acepta la premisa de que el único modo significativo de estudiar la organización, es estudiarla como sistema”*, y el análisis de sistemas trata de la *“organización como sistema de variables mutuamente dependientes”*.¹²⁹

Esta teoría, encontraría aplicación para el análisis del sistema sanitario, en tanto que su estructura se materializa en componentes heterogéneos e interrelacionados. Por tanto, se buscaría *“integrar o hacer un todo con las partes”*, donde las unidades (indicadores) antes percibidas como separadas, pero en esencia mutuamente interdependientes, se relacionarían en un sistema coherente, que si los resultados no se asumirían en una perspectiva de integración, no tendrían objeto sí estuvieran aislados.

En base al espíritu de esta teoría, hacemos en una propuesta eficiente para la evaluación del sistema de salud peruano, con la utilización de los llamados *“indicadores integrados”*.

¹²⁹Von Bertalanffy, L. (1987) *“Teoría General de Sistemas”*. Ed. Herder, Barcelona. Pág. 4-5

Así, las características de complejidad del sistema sanitario, para nuestro caso formulado a través de protocolos de atención materna, se adapta en la teoría de sistemas, toda vez que tiene implicaciones de función integradora, cuyo principio unificador se ajusta a los niveles de organización interrelacionados.

Sobre la base de la idea de integración en el análisis, procedemos a describir la modalidad del estudio de la cobertura de oportunidad; que también será un enfoque que aplicaremos en el análisis de la dimensión de la cobertura financiera.

El estudio tiene como referencia el número de controles prenatales (CPN) normados: 5 CPN para el año 2000, periodo antes del SIS; y 6 CPN para el año 2012, con intervención del SIS.¹³⁰ La identificación de la muestra del año 2000, se debe a que se encuentra una población materna que carece de un sistema de seguro para el acceso a los servicios de salud;¹³¹ mientras que la muestra del año 2012, obedece a que se identifica a la población gestante con la máxima afiliación al SIS, el que impulsa el acceso al servicio sanitario. Se ha descartado el año 1996 (con similares condiciones de carencia de seguro sanitario al año 2000), dado que no se encuentra las suficientes variables que cumplan con el protocolo.

El análisis se realiza en el ámbito de las tres áreas geográficas: Costa, Sierra y Selva; y en las dos zonas de residencia: urbana y rural. No se considera la población pobre del quintil I y II, debido a la carencia de datos en la ENDES del año 2000.

En esta cobertura se abordan dos enfoques analíticos; el primero, tiene lugar en la **comparación de los protocolos** alcanzados en ambos años, y se expresa en la estimación del probable **“umbral máximo”** de cumplimiento, en base a proporciones (porcentajes). El segundo abordaje, se expresa mediante la **tasa de crecimiento** de la cobertura de protocolos según área geográfica (Costa, Sierra y Selva); así como lugar de

¹³⁰La diferencia del número de CPN, para ambos años, se debe a que las Normas del año 1995, establecen como número necesario 5 CPN, norma vigente hasta el año 2003; en las normas del año 2004, se considera 6 CPN, vigente hasta la actualidad.

¹³¹ Para el año 2000, se iniciaba la implementación del Seguro Materno Infantil, y solo alrededor del 10% de la población gestante contaba con este seguro, por lo tanto la muestra de este año se obtiene al margen de esta cifra de población asegurada.

residencia (urbana y rural); se incide en la zona rural, dada la mayor proporción de pobreza, y considerando que el SIS tiene su principal objetivo en esta zona.

El análisis de esta cobertura, en función del número de CPN normado, agrupa a las siguientes categorías; a) paquete básico prenatal, b) parto en establecimientos de salud, y c) atención de puerperio en las primeras 24 horas.

Este enfoque, permite conocer la integralidad de la atención materna, evidenciado en el cumplimiento de protocolos alcanzados por las mujeres gestantes y en proceso de parto, y con ello las circunstancias particulares de la asistencia sanitaria.

Se concluye con el estudio de la Cobertura de Oportunidad, apreciando la **Cobertura poblacional**. Se toma como referencia el Informe Especial de Cobertura de Atención de Salud en América Latina y el Caribe,¹³² en el que se menciona, que la estimación de la población sin cobertura, se realiza bajo la premisa de que los indicadores de cobertura específica pueden proporcionar de forma indirecta, información sobre la falta de cobertura total de los servicios de salud para toda la población de cada país, no obstante, aclara que el procedimiento de cálculo tiene sus limitaciones. Este informe, considera la población total de cada país. Para efectos del presente estudio, se adapta dicho concepto, con la estimación de la población de mujeres en edad fértil (MEF) de los 10 departamentos en estudio, agrupados por área geográfica y lugar de residencia.

El cálculo de la población MEF sin cobertura, se efectúa aplicando dos categorías: por un lado, control prenatal y, por otro, parto en establecimientos de salud. Para la estimación de esta población, se procede a restar de 100, el porcentaje de **cobertura de oportunidad** (porcentaje de umbral máximo), por cada categoría, obteniéndose así el porcentaje de población sin cobertura, y multiplicándolo por la población total MEF de

¹³²Paganini, J. M. (1998). La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Revista panamericana de salud pública*, 4(5), 305-3010.

cada departamento, para los años 2000 y 2010. El número de población MEF sin cobertura se ha estimado en cifras absolutas (miles/millón).

❖ Cobertura por Asociación y Dependencia

Tercera dimensión de la Cobertura de Atención Materna. La estimación de esta cobertura, se efectúa en función a procesos que intervienen en todo el curso del embarazo y guardan precedencia, según el momento en que se encuentran. El periodo prenatal, antecediendo al parto, y este al puerperio, cada uno con sus propios componentes de atención. Se trata, por tanto, de procesos naturales inevitablemente asociados, los que mediante un análisis, se establecerá el **grado de dependencia y el comportamiento** de los componentes prenatales y parto.

También se valora el periodo pre SIS (años 2000) y con el SIS (año 2012), periodos cuya importancia se ha explicado en la cobertura de oportunidad. La muestra que se analiza, se recoge de la base de datos elaborada para la cobertura de oportunidad, y se aplica el análisis de **regresión simple**.

Aplicando este método, evidenciamos que la cantidad de datos es insuficiente por área geográfica, por ello, se decide agrupar a los 10 departamentos del estudio, manteniendo el lugar de residencia (urbana y rural), con el propósito de diferenciar la cobertura de la atención entre ambos lugares, poniendo énfasis en la población rural.

El estudio, nos permitirá conocer la cobertura de los componentes de la atención materna, en dependencia con el **cumplimiento del número de CPN normado**, en un periodo en el que las mujeres gestantes tenían limitaciones de acceso al servicio de salud por la carencia de recursos económicos; y en otro momento que también bajo el **cumplimiento del número de CPN normado**, pero en circunstancias de protección financiera para el aseguramiento, lo cual implica contribuir con el acceso a los servicios maternos.

3.3 “Financiamiento del Seguro Integral de Salud”

Apartado del capítulo V. El estudio del financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS) en la oferta sanitaria para la atención prenatal, parto y puerperio, se basa en el enfoque en la “Cobertura financiera y Ampliación de la protección financiera, en el Marco de la Reforma de Salud peruana”, abarcando una de sus definiciones como, *el incremento y optimización de la asignación de recursos para las intervenciones de salud pública basada en resultados sanitarios*.¹³³

Este enfoque, se realiza en función de dos dimensiones de análisis:

❖ **Transferencia Financiera del Seguro Integral de Salud y ejecución de gasto**

El análisis de esta dimensión, se caracteriza en el sustento de la oferta sanitaria a partir del financiamiento del SIS, para dar cobertura a las atenciones maternas, prenatal, parto y puerperio.

Cabe resaltar que los datos financieros del Seguro Integral de Salud, obtenidos del Portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF),¹³⁴ provienen de la Fuente de financiamiento que corresponde a Donaciones y Transferencias, cuyo monto es valorado en nuevos soles.

La transferencia financiera del Seguro Integral de Salud,¹³⁵ tiene la finalidad de ser el soporte de la oferta para la atención materna. En el portal de Transparencia

¹³³Del Carmen Sara, J., C. (Vice Ministro de Salud) (2013). “*Antecedentes y Perspectivas de la Reforma de Salud en el Perú*”. Presentación en el VI Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud. Lima. En el marco de la presentación uno de los temas que se enfoca es el de Cobertura financiera y ampliación de la protección financiera, considerando como una de las dimensiones, el Incrementar y optimizar la asignación de recursos para las intervenciones de salud pública basada en resultados sanitarios.

¹³⁴Ministerio de Economía y Finanzas [MEF] - Portal de Transparencia Económica: *Presupuesto y ejecución de ingresos*. En: <http://apps5.mineco.gob.pe/transparenciaingresos/Navegador/default.aspx>

¹³⁵Ministerio de Economía y Finanzas [MEF] - Portal de Transparencia Económica. *Presupuesto y ejecución de ingresos*. En: <http://mineco.gob.pe>. **Transferencias Financieras**: El pliego autorizado para ejecutar recursos mediante transferencias financieras en el marco de las disposiciones legales vigentes, deberá efectuar su registro de acuerdo a lo siguiente: a) Cuando la ejecución corresponda a gastos corrientes, se registran en una actividad y en la partida del

Económica, se consigna como Categoría Presupuestal a “La Salud Materna Neonatal”, dentro de ella se considera: la atención prenatal y con complicaciones; parto normal; parto complicado y quirúrgico; así como la atención del puerperio normal y con complicaciones; además, la atención obstétrica en cuidados intensivos.

El monto financiero de estas transferencias, se destinan a las Unidades Ejecutoras de los diez departamentos considerados en el estudio; y en estas Unidades se desarrolla todo el proceso de la ejecución presupuestal.

El análisis se realiza por área geográfica: Costa, Sierra y Selva, en los años 2010 y 2012. Ambos años son considerados, dada la suficiencia de los datos, y la pertinencia de las características de las variables; información similar que no se encuentra para los años anteriores.

En esta dimensión se analiza particularmente: a) las “Transferencias Financieras” por componente de atención, así como, b) la “Programación Compromiso Anual” (PCA),¹³⁶ como instrumento de programación del gasto público de corto plazo por toda fuente de financiamiento y, c) “el Gasto Ejecutado”,¹³⁷ proceso a través del cual se atienden las obligaciones de gasto, con el objeto de financiar la prestación de los bienes y servicios públicos.

gasto 2.4.1 Donaciones y Transferencias Corrientes. b) Cuando la ejecución corresponda a gastos de capital, se registran en una Actividad y en la partida del gasto 2.4.2 Donaciones y Transferencias de Capital. En: **Directiva para la Ejecución Presupuestaria**, Directiva N° 005-2010-EFE/76.01 modificada por la Resolución Directoral N° 022-2011-EF/50.01. Para obtener los datos financieros, ubicamos en el portal de Transparencia Económica del MEF.

¹³⁶Capítulo III Fase de Ejecución del Gasto Público. Subcapítulo I de la Programación de Compromisos Anual (PCA) Artículo 7°. **Programación de Compromisos Anual (PCA)** 7.1 La PCA es un instrumento de programación del gasto público de corto plazo, por toda fuente de financiamiento, que permite la constante compatibilización de la programación del presupuesto autorizado, con el marco macroeconómico multianual, las reglas fiscales contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal y la capacidad de financiamiento del año fiscal respectivo, en un marco de disciplina, prudencia y responsabilidad fiscal.../ la determinación de la PCA, constituye el monto inicial de la PCA para el año fiscal.../. En: **Directiva para la Ejecución Presupuestaria**. Directiva Nro. 005-2010-EFE/ 76.01 modificada por la Resolución Directoral N° 022-2011-EF/50.01.

¹³⁷Subcapítulo II: Ejecución del Gasto Público, Artículo 12°. Fase de Ejecución del Gasto Público. La ejecución del gasto público es el proceso a través del cual se atienden las obligaciones de gasto con el objeto de financiar la prestación de los bienes y servicios públicos, y a su vez, lograr resultados conforme a los créditos presupuestarios autorizados en los respectivos presupuestos institucionales de los pliegos, en concordancia con la PCA, tomando en cuenta el principio de legalidad, y asignación de competencias y atribuciones que por Ley corresponde atender a cada entidad pública, así como los principios constitucionales de Programación y Equilibrio Presupuestario reconocidos en los artículos 77° y 78° de la Constitución Política del Perú. En: **Directiva para la Ejecución Presupuestaria**. Directiva N° 005-2010-EFE/76.01 modificada por la Resolución Directoral N° 022-2011-EF/50.01.

En función de estas particularidades, se determina el porcentaje de PCA, en relación a la transferencia financiera según el componente de atención. Seguidamente se evalúa el porcentaje de gasto respecto al PCA, para, finalmente, obtener el saldo de todo el proceso de ejecución financiera.

En un segundo estudio, se analiza el gasto en insumos médicos y equipos, verificando si los recursos financieros se distribuyen en función de las normas del SIS. Estos procedimientos, se estudian en el contexto de las Unidades Ejecutoras de salud.

❖ **Porcentaje de ejecución del gasto, capacidad resolutive de establecimientos de salud y cobertura de oportunidad**

Esta segunda dimensión, comprende la relación entre el porcentaje de ejecución del gasto (componentes: prenatal, parto y puerperio), resultados que se relacionan a la capacidad resolutive de establecimientos de salud,¹³⁸ y la cobertura de oportunidad de atención materna. Al igual que en la dimensión anterior, el análisis se realiza en los años 2010 y 2012.

Con esta perspectiva, se busca establecer un marco de referencia de la situación sanitaria peruana en base a la integración del contexto sanitario y financiero.

En base a estas premisas, desarrollamos seguidamente, lo concerniente a las características de la metodología de investigación.

¹³⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2011). *Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales*. ENESA 2009-2010. Principales Resultados. Lima; INEI. **Base de datos** de Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas y Esenciales.

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio, se realiza en el marco del diseño de la metodología cuantitativa,¹³⁹ aplicando el enfoque transversal.¹⁴⁰

3.4.1 VARIABLES SELECCIONADAS

La selección de variables se ha realizado, lógicamente, tomando en consideración **el contenido de cada cobertura**, en sus dimensiones y categoría de análisis.

A continuación se precisa las variables que respondan al abordaje de cada cobertura propuesta:

3.4.1.1 Variables para la Cobertura de Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS).

Son variables consideradas para el contexto del aseguramiento al SIS, precisando la siguiente:

- ❖ **Afiliación al Seguro Integral de Salud/Seguro Materno Infantil** durante el embarazo y parto, para los años 2005, 2010 y 2012. Por Área geográfica (Costa, Sierra y Selva) y, Zona de residencia (urbana y rural); además se considera los cinco quintiles de pobreza (I, II, III, IV, y V). Para los años 1996 y 2000, solo se

¹³⁹La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables.../... En: Fernández S. Pita, Díaz S. Pértegas(2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa* Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo A. Coruña (España). Cad Aten Primaria; 9: 76-78. Actualización 27/05/2002.

¹⁴⁰ Los diseños de investigación transeccional o transversal, recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. En: Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. 5ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México. Pag. 151-152.

recolecta el total de gestantes considerado como periodo antes del SIS.

3.4.1.2 Variables para Cobertura General de Atención Materna

Son variables con atributos individuales o como componentes aislados, las que darán a conocer un contexto general de cobertura materna.

Las Normas de atención Materna del Ministerio de Salud, de los años 1995 y 2004,¹⁴¹ (este último vigente en la actualidad), contempla componentes de la atención prenatal, parto y puerperio. Se distingue entre básicas y complejas, aunque para el presente estudio solo se ha considerado los componentes básicos, debido a que ellos se consignan tanto en las ENDES de los años precedentes al SIS (1996 y 2000), como en el periodo con intervención del SIS (2005,2010 y 2012).

Se considera el contexto de Área geográfica: Costa, Sierra y Selva; Zona de residencia: urbana y rural; y población pobre: Quintiles I y II.

Precisamos las siguientes según componente de atención materna:

❖ **Atención prenatal:**

- Atención prenatal (contacto con establecimiento de salud, indicador de acceso)
- Número de controles prenatales: 5 CPN para los años 1996 y 2000; 6 CPN para los años 2005,2010 y 2012 (indicador de acceso).
- Primer Control Prenatal antes de las 14 semanas de gestación. (indicador de acceso).

¹⁴¹ **Ministerio de Salud [MINSA]**. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima; **Ministerio de Salud [MINSA]**. Dirección General de Salud de las Personas. Sub Programa de Salud Materno Perinatal. *Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal*. Perú 1995. Lima

- Control prenatal por lugar de atención: determinado como establecimientos de salud, EE.SS., agrupando a Hospital, Centro y Puesto de Salud. Además, contexto tradicional y privado (indicador de acceso).
- Atención prenatal por Profesionales calificados según norma: Médico y Obstetra. Contexto, otros proveedores y personas tradicionales (indicador de acceso).
- Atención clínica obstétrica: peso, presión arterial, altura uterina, latido fetal (Procedimiento de atención).
- Exámenes básicos de laboratorio: Orina y Sangre (procedimiento de atención).
- Vacuna antitetánica (procedimiento de atención).
- Acceso a Hierro (procedimiento de atención).
- Ingestión de hierro: 180 días y 210 días según norma (procedimiento de atención).
- Educación Sanitaria: conocimiento sobre complicaciones del embarazo, y lugar a dónde acudir (procedimiento de atención).

❖ **Atención de parto:**

- Parto según lugar de atención: determinado como establecimientos de salud, EE.SS., agrupando a Hospital, Centro y Puesto de Salud. Además, contexto tradicional y privado (indicador de acceso).
- Atención por Profesionales de salud: Médico/Obstetra. Otros proveedores y tradicional (indicador de acceso).
- Tipo de parto: normal o eutócico, complicado no quirúrgico y quirúrgico o cesárea (procedimiento de atención).
- Complicaciones más frecuentes durante el parto: hemorragias, trabajo de parto prolongado (TPP), y enfermedad hipertensiva del embarazo (procedimiento de atención).

❖ **Atención de puerperio:**

- Atención del puerperio en las primeras 24 horas y 7 días (procedimiento de atención).

❖ **Factores Asociados:**

Sin duda, existen una serie de factores de contexto, los cuales según diversas investigaciones, han explicado el comportamiento de la salud de una población. En el caso de la salud materna, existen determinantes sociales que en algún grado influyen en la morbilidad o mortalidad. Por ejemplo, el nivel educativo, es un componente social bastante comprometido con la calidad de la salud materna; así mismo, para contextos rurales, factores como el idioma y su cultura, son aspectos que algunos estudios también los han considerado en el comportamiento de la salud materna; tres factores los que son expuestos en los capítulos II y IV. En base a ello, nuestra investigación también los ha considerado como referencias de análisis de contexto en la cobertura materna.

- Educación técnica: sin educación, primaria, secundaria y superior
- Idioma: Castellano y tradicional
- Razones de no asistencia al parto en establecimientos de salud: de oferta, otro seguro, sin dinero y culturales.

3.4.1.3 Variables para Cobertura de oportunidad

Son variables con atributos integrados los que marcarán el cumplimiento de protocolos que responden a la cobertura de oportunidad.

Se consideran los componentes de la atención materna (pre natal, parto y puerperio) en el marco del cumplimiento de 5 CPN establecido por norma para el año

2000, y 6 CPN para el año 2012. Se analiza en el contexto de Área geográfica (Costa, Sierra y Selva). Zona de residencia (urbana y rural); y población pobre (Quintil, I y II).

❖ **Atención Prenatal:**

- Atención clínica obstétrica: peso, presión arterial, altura uterina, latido fetal (Procedimiento de atención).
- Exámenes básicos de laboratorio: Orina y Sangre (procedimiento de atención).
- Vacuna antitetánica (procedimiento de atención).
- Acceso a Hierro (procedimiento de atención).
- Educación Sanitaria: conocimiento sobre complicaciones del embarazo, y lugar a dónde acudir (procedimiento de atención).

❖ **Atención de Parto:**

- Parto según lugar de atención: determinado como establecimientos de salud, EE.SS., agrupando a Hospital, Centro y Puesto de Salud. Además, contexto tradicional y privado (indicador de acceso).

❖ **Atención Puerperio:**

- Atención de puerperio, en las primeras 24 horas.

❖ **Variables para cobertura de población:**

Se adapta la estimación, en la población de mujeres en edad fértil (MEF), de los diez departamentos en estudio agrupados por área geográfica y lugar de residencia. Años 2000 y 2012. Las variables identificadas son las siguientes:

- Población de mujeres en edad fértil (MEF), en miles y millón
- Porcentaje de población con protocolo de CPN cumplido
- Estimación de la población MEF sin protocolo cumplido

3.4.1.4 Variables para Cobertura por Asociación y Dependencia

Son variables consideradas con atributos de interacción, las que expresarán las posibilidades de asociación y dependencia, dado que las variables tienen características de precedencia, es decir, el control prenatal en el parto y este en el puerperio.

Con este análisis, buscaremos precisar el comportamiento de los componentes pre natales y parto, cuya predicción estará asociada a:

❖ Variables independientes:

- Número cumplido de CPN establecido por norma: 5 CPN (año 2000); y 6 CPN (año 2012)
- Parto en establecimientos de salud, (EE.SS.)

❖ Variables dependientes:

Consideramos variables de la atención pre natal y parto, ubicándolas para el análisis según la dependencia.

- Atención clínica obstétrica: peso, presión arterial, altura uterina, latido fetal (Procedimiento de atención).
- Exámenes básicos de laboratorio: Orina y Sangre (procedimiento de atención).
- Vacuna antitetánica (procedimiento de atención).

- Acceso a Hierro (procedimiento de atención).
- Educación Sanitaria: conocimiento sobre complicaciones del embarazo, y lugar a dónde acudir (procedimiento de atención).
- Parto según lugar de atención: determinado como establecimientos de salud, EE.SS., agrupando a Hospital, Centro y Puesto de Salud. Además, contexto tradicional y privado (indicador de acceso).
- Tipo de parto: normal o eutócico, complicado no quirúrgico y quirúrgico o cesárea (procedimiento de atención).
- Complicaciones más frecuentes durante el parto: hemorragias, trabajo de parto prolongado (TPP), y enfermedad hipertensiva del embarazo (procedimiento de atención).

3.4.1.5 Variables para Cobertura de Financiamiento

Se consideran variables de financiamiento, debido al sustento que ellas guardarían en el grado de resolución que tenga el servicio sanitario. Se trata de evaluar el comportamiento que tenga el proceso financiero, sustentando la capacidad resolutive de los servicios de salud; y estos a su vez, las coberturas maternas.

Precisamos las siguientes variables:

- ❖ Transferencia Financiera del Seguro Integral de Salud para componentes: pre natal, parto y puerperio.
- ❖ Programación del Compromiso Anual (PCA)
- ❖ Ejecución de Gasto en componentes: pre natal, parto y puerperio.

3.4.1.6 Variables para Capacidad Resolutiva de Establecimientos de salud

- ❖ Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Salud, con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) y Esenciales (FONE).

3.4.2 DEFINICIÓN Y CONSTRUCCION DE VARIABLES SELECCIONADAS

El amplio abanico de variables utilizadas así como la singularidad de los aspectos analizados en nuestra investigación, hacen recomendable una descripción de las distintas variables utilizadas. Una descripción que servirá de referente útil para la lectura del texto. Así, podemos especificar:

- Gestante afiliada al Seguro Integral de Salud: mujer que en la última gestación refiere haber estado afiliada al Seguro Materno o Seguro Integral de Salud. Del número total de gestantes, se obtiene el porcentaje de afiliaciones, para los años 2005, 2010 y 2012. (Los datos para los años 1996 y 2000, pre SIS, se recogen considerando el número total de gestantes).
- Atención prenatal: mujer con antecedente de gestación, que refiere haber tenido o no, contacto con el EE.SS., mediante la atención prenatal (independientemente del número de CPN). Del número total de gestantes se obtiene el porcentaje de las que tuvieron o no, contacto con el EE.SS.
- Control prenatal por lugar de atención: gestante que recibe controles prenatales en algún establecimiento de salud del MINSA, privado o tradicional. Del total de los controles prenatales, se obtiene el porcentaje de la atención prenatal, según Establecimientos de Salud del MINSA, que

agrupa a Hospitales, Centros y Puestos de Salud; así como el contexto tradicional y privado.

- Control prenatal según profesional que atiende: gestantes que reciben atención prenatal por algún profesional de salud o tradicional. Del total de las atenciones prenatales, se obtiene el porcentaje de participación de los profesionales calificados: médico, obstetra, así como otros proveedores y tradicionales.
- Número de controles prenatales (CPN): Número de visitas pre natales en el embarazo. Del total de gestantes que realizaron uno o más CPN, se obtiene el porcentaje de mujeres que cumplen con el número de CPN consideradas en las Normas del Ministerio de Salud, 5 CPN para los años 1996 y 2000, y 6 CPN para los años 2005, 2010 y 2012; para análisis de contexto se determina el número de CPN por debajo de lo normado, 1 a 4 CPN y por encima de lo normado, 7 a más.
- Primer Control prenatal (CPN): realizado antes de las 14 semanas de gestación. Del total de mujeres que realizaron el CPN, en algún momento de la gestación (primer mes hasta el noveno mes), se obtiene el porcentaje de mujeres que realizaron el primer control antes de las 14 semanas de gestación o primer trimestre del embarazo.
- Procedimientos de atención clínica durante el CPN: establecidos en el paquete básico de atención prenatal. Las ENDES de 1996 y 2000, identifican la presión arterial y peso; para los años 2005 al 2012 consideran además, el latido cardiaco fetal y la altura uterina. Los cuatro procedimientos se promedian en una gestante; lo cual se determina como el número de gestantes que reciben la atención clínica de CPN, expresado en porcentajes.
- Exámenes de laboratorio: exámenes básicos durante el CPN (orina y sangre). Del total de las gestantes con control prenatal, se evalúa el porcentaje de las que tuvieron acceso a ambos exámenes.
- Vacuna antitetánica (VAT): componente del paquete básico prenatal. Del total de gestantes que van al CPN, se obtiene el porcentaje de gestantes que reciben 2 VAT.

- Acceso a hierro e ingesta de dosis según norma: complementos nutricionales que la mujer debe recibir durante todo el proceso de embarazo. Del total de gestantes con CPN, se determina el porcentaje que recibieron hierro; y de estas, se identifica el porcentaje de mujeres que toman el hierro, entre las 33 a 40 semanas (una gestación normal se considera hasta 40 semanas); y según las normas del MINSA, hasta los 180 y 210 días.
- Educación sanitaria: procedimiento durante el CPN, donde se informa a la gestante a cerca de las complicaciones del embarazo así como el lugar a donde acudir cuando se presenten las complicaciones. Se identifica el porcentaje de gestantes que reciben la educación sanitaria en relación al total de gestantes con CPN.
- Atención de Parto: mujer que recibe atención de parto en establecimientos de salud (EE.SS) del MINSA, agrupando a Hospital, Centros y Puestos de salud; como contexto el ámbito tradicional y privado. Del total de partos atendidos, se obtiene el porcentaje de mujeres que recibió atención de parto según lugar del procedimiento.
- Atención de parto por profesionales y otros: mujer que durante el parto es asistida por profesional calificado (Medico/Obstetra), otros proveedores así como tradicionales. Del total de las intervenciones del personal en la atención de parto, se obtiene el porcentaje de participación del médico, obstetra, otros proveedores y personas tradicionales.
- Tipo de parto según diagnóstico: es la clasificación del parto según su evolución hacia la atención final, pudiendo ser: normal o eutócico, complicado no quirúrgico, y quirúrgico o cesárea. Del número total de partos atendidos, se obtiene el porcentaje según la clasificación.
- Complicaciones más frecuentes durante el parto: se consideran entidades asociadas al parto, como: hemorragias, trabajo de parto prolongado, convulsiones y otras. De la suma de las complicaciones más frecuentes durante el parto se establece frecuencias porcentuales por cada complicación, en relación al total.

- Momento del primer control en el post parto o puerperio: control realizado dentro de las primeras 24 horas y el segundo control hasta los 7 días post parto. Del número total de mujeres que reciben atención en el post parto, se registra porcentualmente las que lo reciben en las primeras 24 horas y hasta los 7 días.
- Transferencia financiera: Comprende las transferencias de fondos y las Asignaciones Financieras que de acuerdo a Ley son autorizadas por la Dirección Nacional del Tesoro Público (DNTP), hacia las Unidades Ejecutoras.
- Programación del Compromiso Anual (PCA): es un instrumento de programación del gasto público de corto plazo, por toda fuente de financiamiento.
- Ejecución de Gasto: La ejecución del gasto público es el proceso a través del cual se atienden las obligaciones de gasto con el objeto de financiar la prestación de los bienes y servicios públicos. Se obtiene el porcentaje de la ejecución de gasto en relación al compromiso, a partir de la transferencia presupuestaria.
- Capacidad Resolutiva: es el nivel de suficiencia que tienen los establecimientos de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a una demanda de atención, como control del embarazo, atención del parto institucional, complicaciones obstétricas y neonatales; que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado a una gestante, puérpera o neonato.

3.4.3 UNIDADES DE OBSERVACIÓN

La complejidad del sistema sanitario y la variedad de los objetivos propuestos, nos obliga a utilizar distintas referencias institucionales para llevar a cabo nuestro estudio. Unas referencias que explicitamos a continuación y que estarán asociadas a las distintas coberturas que estemos analizando:

- Para la Cobertura de Afiliación, se aplica en las **afiliaciones al SIS** entre las mujeres gestantes de diez departamentos peruanos, agrupados en Costa, Sierra y Selva. Además se considera área de residencia: urbana y rural; así como población pobre que acoge al quintil I, II, III, IV, y V. Se determina los años 2005, 2010 y 2012. Como referencia se considera a las gestantes de los años 1996 -2000, antes de la intervención del SIS.
- La Unidad de observación para la Cobertura Materna: General, de Oportunidad y por Asociación, está conformada por **los componentes de atención** prenatal, parto y puerperio; según variables seleccionadas para cada componente, en el contexto de los establecimientos del Ministerio de Salud, y del ámbito privado y tradicional.¹⁴² Se considera el contexto geográfico (Costa, Sierra y Selva), así como el lugar de residencia (urbana y rural), y población pobre (quintiles I y II).
- Para el análisis de Cobertura Financiera la Unidad de Observación se aplica en las **transferencias y el gasto**, en función al financiamiento del SIS, expresado para los componentes, prenatal, parto y puerperio; de las Unidades Ejecutoras de los diez departamentos del estudio, agrupadas por Costa, Sierra y Selva, en los años 2010 y 2012.
- Para el análisis de la Capacidad resolutive la Unidad de observación se aplica a los **establecimientos de salud** con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE), de departamentos representativos, considerados en el estudio, en los años 2010 y 2012.

3.4.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Completamos la información relativa a las unidades de observación, con la identificación de las diversas fuentes, tanto de datos estadísticos y otros cualitativos, para la cobertura de atención materna como de financiamiento y capacidad resolutive, utilizadas.

¹⁴²Los datos para el ámbito privado y tradicional, también se obtienen de las ENDES 1996, 2000, 2005, 2010 y 2012.

Identificamos las siguientes:

- a. Encuesta demográfica de salud familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), años 1996, 2000, 2005, 2010, 2012. Los datos se obtienen de la Sección 1, “Antecedentes de la Entrevistada”; y, “Sección 4-A, Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia”.
- b. Referencias de la Base de datos y estadísticas del Seguro Integral de Salud, así como las Normas y publicaciones existentes. De la página oficial web: <http://www.sis.gob.pe>
- c. Portal de transparencia económica, Presupuesto y ejecución de Ingresos, del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). De la página oficial web: <http://www.mef.gob.pe>; <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia>.
- d. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Registro geopolítico, socio sanitario y económico de los censos nacionales de 1993, y 2007.
- e. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Publicaciones existentes de la capacidad resolutoria de Establecimientos de Salud del MINSA 2010-2012. Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) y Esenciales (FONE).
- f. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Publicaciones existentes de población 1996-2012
- g. Cuestionario aplicado a mujeres en post parto del Hospital Juli (zonas urbanas y rurales) de la Red de Salud Chucuito. Abordaje del acceso a hierro e ingesta durante el embarazo. (aplicado entre el 10 de noviembre del 2014 al 10 de enero del 2015).
- h. Estudio de caso,¹⁴³ grupo focal con personal del área administrativa (9 personas) de una Red de Salud involucrada en el estudio, los que están involucrados en los procesos de ejecución financiera. El abordaje que se realiza es acerca del financiamiento del Seguro Integral de Salud y el gasto

¹⁴³Son estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta, analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría. En: Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. 5ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México. Pag. 163.

ejecutado en los componentes, prenatal, parto y puerperio (08 de febrero del 2015).

- i. Para complementar la información se utilizarán fuentes estadísticas secundarias del contexto peruano, de procedencia igualmente confiable, así como otros documentos, los que serán registrados según la utilidad.

3.4.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.4.5.1 Procedimiento del análisis

- a) Para la Cobertura General, las ENDES, exponen los datos estadísticos a través de Paquete estadístico SPSS-X y STATA. Para el estudio se toma el primero, a partir del cual, se identifican las variables seleccionadas mediante el menú del programa, “tablas personalizadas” filtrando las variables propuestas, y obteniendo así **valores absolutos (cuantitativos)**, por cada una de ellas. Se considera los años, 1996, 2000, antes del SIS, y los años 2005, 2010 y 2012, con intervención de este; con lo cual se elabora una primera “base de datos” en el programa EXCEL, y a partir de esta se obtienen las frecuencias porcentuales respectivas, según los componentes de la cobertura.
- b) Para la Cobertura de Oportunidad, se considera el procedimiento anterior, pero la filtración de variables se realiza tomando como referencia el número de control prenatal, 5 CPN para el año 2000, y 6 CPN para el año 2012, con intervención del SIS (gestantes afiliadas). Al obtener los valores cuantitativos, se elabora una segunda “base de datos” en el programa EXCEL, por cada año propuesto, y esta base permite obtener los valores porcentuales según la propuesta de análisis.
- c) Esta segunda base de datos, se utiliza para la Cobertura por Asociación y Dependencia, la que se introduce al Paquete

estadístico SPSS-X, desde el cual, por el método de regresión simple, se obtienen los valores estadísticos previstos, en los años 2000 y 2012.

- d) Se elabora una tercera “base de datos” para la Cobertura Financiera, desde las Transferencias Presupuestarias del Seguro Integral de Salud (en soles o millón de soles), hacia las Unidades Ejecutoras de los 10 departamentos. Además, se considera la Programación del Compromiso Anual (PCA) y la ejecución del gasto, por cada componente materno: pre natal, parto y puerperio. Estos datos se obtienen a partir del Portal de transparencia económica, Presupuesto y ejecución de Ingresos, del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Con el dato monetario de interés del estudio, se determinan los porcentajes de la Programación del Compromiso Anual (PCA), en función de la transferencia, así como el porcentaje de gasto, en relación al PCA, para obtener finalmente el saldo del proceso financiero ejecutado. El análisis corresponde a los años 2010 y 2012.

- e) Una cuarta “base de datos”, es la que se obtiene a partir del estudio realizado por el INEI, sobre la Capacidad Resolutiva de Establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) y Esenciales (FONE), años 2010-2012. La capacidad resolutiva, se alimenta a partir de los recursos de oferta para la atención materna en los diferentes establecimientos de salud, tomando en cuenta los departamentos involucrados en el estudio. El análisis se expresa en porcentajes de cobertura.
- f) Mediante el paquete de valoración cualitativa ATLAS/ti, se analiza datos textuales del Estudio de Caso: “Percepción del proceso de financiamiento del SIS para la atención materna”, realizado entre personal administrativo del sistema de salud en una de las Unidades Ejecutoras que comprometen el estudio.

- g) A través del paquete EXEL, se valora los porcentajes de la encuesta a mujeres gestantes y en post parto acerca del acceso a hierro y la ingesta del complemento, realizado en el Hospital de Juli – Red de Salud Chucuito.

3.4.5.2 Técnicas estadísticas utilizadas

- a) Para Cobertura General, de Oportunidad, Financiera y Capacidad resolutive, se emplea el análisis descriptivo, a partir de la distribución de frecuencias expresada en porcentajes.
- b) Para la Cobertura por Asociación y Dependencia, se emplea el método de regresión simple, estimando los siguientes parámetros: 1) Coeficiente de Correlación lineal simple “r”, empleando el coeficiente de Pearson y la prueba de Significación Bilateral; 2) Coeficiente de determinación, “R²” 3) El estadístico “F”, y el valor “t”; y 4) Coeficiente de regresión “β”
- c) Análisis cualitativo. Se realiza un estudio de caso, en un grupo focal. El tema principal abordado tiene referencia de la Percepción del Financiamiento del Seguro Integral de Salud para los servicios de salud materna; apreciaciones que se recogen en un medio de grabación de audio, inicialmente autorizado por el grupo. Seguidamente, el texto grabado se ingresa al programa Atlas Ti, a través del cual se recatan las citas y texto más relevantes para el estudio.

CAPITULO IV

ANALISIS DESCRIPTIVO I

COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y ATENCION MATERNA

Organizamos este capítulo en **dos sub apartados** importantes, en base a la propuesta de los tres primeros objetivos específicos del estudio. El primer sub apartado contempla el **Aseguramiento en el Seguro Integral de Salud**, cuya dimensión se enfoca en la *“Cobertura de afiliación al Seguro Integral de Salud”*; y el segundo sub apartado desarrolla la **Atención Sanitaria Materna**, sustentada en el análisis de tres dimensiones: *“Cobertura General de Atención Materna, Cobertura Especifica de Oportunidad y Cobertura por Asociación y Dependencia”*

Cada dimensión contempla sus propias categorías de análisis, características que han sido desarrolladas ampliamente en el Capítulo III de Metodología de la Investigación.

El estudio se realiza para los años 2005, 2010 y 2012, y se compara a la cobertura existente en los años 1996 y 2000, periodo sin intervención del SIS. El contexto de todo el estudio contempla además, otras variables como el área geográfica (Costa, Sierra y Selva), lugar de residencia (urbana-rural), y población pobre (Quintiles I y II).

Hay que tener en cuenta que en la década de los años de 1990, una gran parte de la población carecía de un seguro de salud y ello contribuía a un limitado acceso a los servicios sanitarios (13,3 millones de peruanos en estado de pobreza y extrema pobreza se encontraban sin protección de salud, al iniciarse la década del 2000). Por esta circunstancia, el gobierno de la época aplicó diversas medidas de políticas de salud individual y colectiva con carácter de prioridad.

A fines de la década de 1990, se inicia la intervención del Seguro Público de salud, con el Seguro Escolar Gratuito (SEG); sobre la base de este programa, para el 2001, se amplía la cobertura de atención de madres y niños pobres (Seguro Materno Infantil-

SMI), y en el año 2002,¹⁴⁴ se crea el Seguro Integral de Salud (SIS). Para el 2009 se aprueba la Ley Marco de Aseguramiento en Salud y a fines de ese mismo año se aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.¹⁴⁵ Así mismo, se aprobó el Decreto Supremo 008-2010-SA, que avala el Reglamento de la Ley 29344, el que brinda los cimientos para el funcionamiento de todo el Sistema de Salud enfocado en el Aseguramiento Universal en Salud, AUS.¹⁴⁶ Las varias denominaciones del seguro sanitario, han derivado en la actualidad en la denominación más común, *Seguro Integral de Salud, SIS*.

El principal objetivo del SIS,¹⁴⁷ es dar cobertura de atención gratuita principalmente a la *población pobre y en extrema pobreza*; por ello, centramos nuestra atención analítica en las zonas rurales así como en la población pobre, donde consideramos se encuentra la población prioritaria objetivo del SIS, sin dejar de merecer la zona urbana, como referencia de contexto.

A continuación desarrollamos el análisis descriptivo en función a los dos sub apartados mencionados.

4.1 ASEGURAMIENTO AL SISTEMA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, SIS

Se describe la tendencia de cobertura de la población gestante que se afilia al “Seguro Integral de Salud”, en correspondencia al primer objetivo específico. Además, este marco nos servirá como referencia para analizar las coberturas de atención materna. El enfoque de análisis se realiza en la siguiente dimensión:

¹⁴⁴Ley 27657. Ley del Ministerio de Salud. Inciso 9.4: *El Seguro Integral de Salud*. Lima Enero 2002.

¹⁴⁵Decreto Supremo 016-2009-SA. “*Aprueban Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS*”. Lima Noviembre del 2009.

¹⁴⁶Seguro Integral de Salud [SIS] (2011). *Evaluación del efecto del Seguro Integral de Salud, en los indicadores de salud pública y gasto de bolsillo, periodo 2002-2009*. Lima

¹⁴⁷Seguro Integral de Salud [SIS] (2011). *Evaluación del efecto del Seguro Integral de Salud, en los indicadores de salud pública y gasto de bolsillo, periodo 2002-2009*. Lima.

4.1.1 Cobertura de Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS)

Consideramos esta cobertura como el proceso en el que las mujeres gestantes son registradas principalmente al régimen de aseguramiento subsidiado del SIS, las cuales recibirán atenciones gratuitas durante el control pre natal, atención de parto y puerperio. En establecimientos sanitarios del MINSA.

Presentamos el cuadro 1, y apreciamos la cobertura de afiliación de mujeres con antecedentes de gestación y parto, por área geográfica (Costa, Sierra y Selva), lugar de residencia (urbana-rural), y población pobre con los cinco quintiles de pobreza, en los años 2005, 2010 y 2012, con la intervención del SIS. Contemplamos también a la población gestante de los años 1996-2000 pre intervención del SIS.

| CUADRO 1 | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|----------------------|-----------|-----------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| AFILIACIÓN DE MUJERES GESTANTES AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y GESTANTES ANTES DE LA INTERVENCIÓN, | | | | | | | | | |
| 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | |
| Años | | 1996 | 2000 | 2005 | | 2010 | | 2012 | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Quintiles | Gestantes | Gestantes | Gestantes | % Afiliadas | Gestantes | % Afiliadas | Gestantes | % Afiliadas |
| | | Nro | Nro | Nro | | Nro | | Nro | |
| Costa | Urbana | 1027 | 684 | 256 | 42,9 | 631 | 65,3 | 713 | 57,5 |
| | Rural | 486 | 308 | 174 | 63,7 | 316 | 85,1 | 308 | 81,2 |
| | Quintil I | | | 74 | 60,8 | 189 | 84,1 | 209 | 83,3 |
| | Quintil II | | | 105 | 70,4 | 289 | 85,8 | 277 | 76,5 |
| | Quintil III | | | 99 | 44,5 | 232 | 72,8 | 261 | 67,0 |
| | Quintil IV | | | 91 | 34,0 | 150 | 53,3 | 182 | 44,5 |
| | Quintil V | | | 61 | 29,5 | 87 | 31,0 | 92 | 19,6 |
| Sierra | Urbana | 612 | 462 | 198 | 47,5 | 379 | 68,1 | 414 | 71,7 |
| | Rural | 1258 | 1541 | 687 | 71,2 | 1094 | 91,2 | 1089 | 91,7 |
| | Quintil I | | | 373 | 74,8 | 276 | 90,2 | 740 | 94,9 |
| | Quintil II | | | 309 | 67,3 | 332 | 78,3 | 430 | 87,9 |
| | Quintil III | | | 120 | 55,0 | 264 | 92,0 | 199 | 75,9 |
| | Quintil IV | | | 61 | 36,1 | 323 | 85,1 | 100 | 53,0 |
| | Quintil V | | | 22 | 36,4 | 278 | 82,4 | 34 | 35,3 |
| Selva | Urbana | 464 | 322 | 212 | 53,3 | 331 | 73,7 | 348 | 74,7 |
| | Rural | 297 | 346 | 291 | 62,2 | 420 | 84,3 | 459 | 83,4 |
| | Quintil I | | | 232 | 62,9 | 399 | 83,7 | 466 | 84,8 |
| | Quintil II | | | 137 | 65,0 | 175 | 88,0 | 210 | 82,4 |
| | Quintil III | | | 71 | 49,3 | 99 | 78,8 | 75 | 74,7 |
| | Quintil IV | | | 46 | 37,0 | 61 | 45,9 | 52 | 34,6 |
| | Quintil V | | | 17 | 41,2 | 17 | 23,5 | 4 | 25,0 |

Fuente: INEI-ENDES,¹⁴⁸ 1996, 2000, 2005, 2010 y 2012 (5 años anteriores a la encuesta)
Elaboración Propia.

¹⁴⁸Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES]. Sección: 4A. Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia, 1996, 2000, 2005, 2010 y 2012.*

Para los años **1996 y 2000**, consideramos el número absoluto de mujeres gestantes en general (para el año 2000, se excluye a las mujeres que tenían el Seguro Materno Infantil, menos del 10%) y lo denominamos, *periodo pre intervención SIS*.

Como antecedente, para el año 2002 el Seguro Integral de Salud, inicia su implementación en algunos departamentos peruanos, y hacia el año 2005, alcanza a todos los demás departamentos, focalizando su intervención principalmente en las *zonas rurales*, donde prevalece la mayor pobreza. En este año, la *Sierra rurales* la que se beneficia con el mayor porcentaje de gestantes afiliadas, logrando el 71,2%, y con cifras cercanas a la afiliación de los quintiles los quintiles I y II, porcentajes que superan a los ámbitos de Costa y Selva. No obstante, las mujeres gestantes de los quintiles superiores (III, IV y V) y de las zonas urbanas, también logran diferentes pero importantes coberturas, hasta un máximo de 66,0% de afiliación.

La tendencia de afiliación hacia el año 2012 se incrementa en todas las áreas, con el predominio de las gestantes de *zonas rurales y quintiles más pobres*; y es la *Sierra* la que alcanza el mayor porcentaje, 91,7% de afiliación, aunque el quintil I logra hasta el 94.9%. Los ámbitos de Costa y Selva logran coberturas de más del 80%. En este año, continua la tendencia de afiliación de las mujeres de zonas urbanas y quintiles superiores con porcentajes que aun superan a las cifras del año 2005.

El empeño del SIS por llegar a la población con menores recursos se evidencia en el alcance que propicia hacia estas poblaciones, dado que es la *Sierra* la que conlleva el mayor beneficio de éste, frente al contexto de pobreza de Costa y Selva, a pesar de que no se alcanza la cobertura universal de aseguramiento.

Una limitación para lograr la cobertura universal, es posible atribuir a los diferentes mecanismos que se pusieron en marcha para la afiliación al sistema de aseguramiento.

El SIS lleva implícito un componente importante como *el mecanismo de adscripción*, que permite la afiliación al sistema de aseguramiento. Cuando se inicia el

proceso de acceso al SIS, la población materna infantil se afilia a este, mediante *la Adscripción Domiciliaria*. Posteriormente se implementa el *Sistema de Focalización por Inscripción Universal*, en distritos con más de 65% de familias pobres, mientras que en los distritos con porcentaje de menor pobreza se aplica el *Sistema de Identificación de Usuarios* (SIU), que estima la capacidad de pago de cada inscrito.¹⁴⁹ Adicional a ello, el SIS mediante el Decreto de urgencia 048-2010 y la Directiva 003-2011,¹⁵⁰ reemplaza los anteriores mecanismos de adscripción y considera el *Sistema de Focalización de Hogares* (SISFOH),¹⁵¹ siendo su objetivo proveer información a los programas sociales sobre las características socioeconómicas de los hogares, que le permita identificar y seleccionar a sus beneficiarios priorizando la atención a los más pobres, en la medida de evitar errores de focalización, como la *sub cobertura*, definida como el porcentaje de la población objetivo que no recibe la atención de un programa social pese a ser elegible y *las filtraciones*, como el porcentaje de personas que acceden a un programa social y no pertenecen a la población objetivo.¹⁵²

Según nuestros resultados, en la tendencia de aseguramiento hacia el año 2012, el enfoque del SISFOH, permite evidenciar los tres sucesos: *mayor cobertura de afiliación* priorizando a la población rural y población pobre (Q I-II) y, por ende, una menor *sub cobertura*, aunque la *filtración* (población *no objetivo* del SIS, pero asegurada a este sistema), es un suceso que a lo largo del periodo de aseguramiento (2005-2012) se ha incrementado entre las gestantes urbanas y de quintiles superiores (III y IV) de Costa,

¹⁴⁹ Seguro Integral de Salud. *Sistema de Identificación de Usuarios (SIU)* En:

http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html. Consulta: 14 /03/ 2015

¹⁵⁰ Decreto de Urgencia -048-2010. "Establecen Medidas Extraordinarias para la Implementación de Mecanismos para el Incremento de la Cobertura para el Aseguramiento en Salud". Lima, Julio del 2010. Art. 4: Afiliación al Régimen Subsidiado de nuevos beneficiarios; **Ministerio de Salud [MINS]** – Seguro Integral de Salud. Directiva 003-2011-SIS/GO. "Directiva que regula el proceso de afiliación a los componentes subsidiado y semisubsidiado del Seguro Integral de Salud" en el ámbito donde no se aplica el aseguramiento universal de salud. Lima.

¹⁵¹ El SISFOH fue creado mediante la Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM, con el propósito de proveer información socioeconómica a los programas sociales para que identifiquen y seleccionen a sus beneficiarios en el marco del uso de herramientas para mejorar la calidad del gasto social, establecido en el Decreto Supremo N° 130-2004-EF y el Decreto Supremo N° 029-2007-PCM. Posteriormente, Decreto de Urgencia N° 048-2010 establece que para la afiliación de nuevos beneficiarios al Régimen Subsidiado del Aseguramiento Universal en Salud el Seguro Integral de Salud (SIS) debe tomar en cuenta la evaluación de elegibilidad realizada por el Sistema de Focalización de Hogares-SISFOH. El SISFOH, es un sistema de información sobre las características socioeconómicas de los hogares, consolidadas en un padrón de hogares. En: Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. *Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)*. En: <http://sisfoh-fse.sisfoh.gob.pe>. Consulta: 15/03/2015.

¹⁵² Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. *Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)*. En: <http://sisfoh-fse.sisfoh.gob.pe>. Consulta 15/03/2015.

Sierra y Selva, manteniendo todavía un buen porcentaje de afiliación (excepto el quintil V que ha disminuido), teniendo en cuenta que más del 60% de la pobreza se concentra principalmente en zonas rurales.

Al respecto, Vásquez (2012),¹⁵³ señala que la infiltración aumentó significativamente en los últimos años, pero que la sub cobertura también disminuyó de forma importante, debido al impulso que ha tenido el SIS por parte de los sucesivos gobiernos y las estrategias que se han implementado para ello, lo cual es coincidente con nuestros resultados. Así mismo, indica que ,en el año 2011 los beneficiarios suman 9.3 millones de personas, pero los infiltrados, que en su mayoría son personas no pobres y en su minoría personas pobres que ya tienen seguro, en total suman 4.5 millones. Población que no forma parte del objetivo del SIS, desplazando a cerca de 2.73 millones de peruanos que siendo parte de la población pobre, aún no acceden al SIS. De la misma forma, manifiesta que la situación es más preocupante cuando evalúa el *Costo económico de la ineficacia de los programas sociales*, entre ellos el SIS, estimando que el costo anual aproximado por beneficiario (nuevos soles) es S/60.80, multiplicado por los beneficiarios no adecuados o infiltrados cuyo número es 4'563,765, resulta en que se asigna *ineficazmente S/. 277'476,900*a esta población, lo que equivale al 48.7% del presupuesto del SIS.¹⁵⁴

La exclusión de la población elegible para una intervención por circunstancias asociadas a la filtración, por un lado, acrecienta la demanda y encarece el financiamiento de los servicios sanitarios y, por el otro, desplaza el acceso sanitario de la población objetivo y la relega a la sub cobertura.

Las políticas de aseguramiento al sistema de salud protegiendo a los más desfavorecidos, también se ha llevado en otros contextos. A continuación se presenta

¹⁵³Vásquez, E., (2012). *El Perú de los pobres no visibles para el Estado: La inclusión social pendiente a julio del 2012*. Documento de Discusión. Centro de Investigación-Universidad del Pacífico. Lima. En: <http://www.up.edu.pe/ciup>.

¹⁵⁴Vásquez, estima la infiltración y el costo que ellos generan en el sistema de salud, en su artículo, *Recursos Públicos Mal Focalizados de los Programas Sociales: Perú, 2011, recogiendo* datos de la ENAHO, Encuesta Nacional de Hogares 2010 y del SIAF, Sistema Integrado de Administración Financiera, 2011; cuya elaboración se realiza en el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

estadísticas de aseguramiento de algunos países de Latinoamérica, implementadas básicamente a inicios de la década del año 2000.

México, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el año 2003, ha establecido mecanismos que permiten que todos los mexicanos cuenten con algún esquema de protección en salud. Knaul (2013),¹⁵⁵ señala que México con su política de "Cobertura Universal en Salud", ha alcanzado su objetivo con cerca de 98% de afiliados. En tanto que, Gutiérrez (2013),¹⁵⁶ reporta que el porcentaje de población mexicana que no cuenta con protección, se ha reducido de 60% en el año 2000 a 21% para el 2012. Aun la diferencia en ambos estudios, las cifras de cobertura alcanzada por el nuestro, se encuentran por encima de 90% para la población más pobre.

Colombia, es otro país que impulsado por la convocatoria de la Asamblea Mundial de la Salud a "desarrollar un sistema sanitario de salud, de modo que todas las personas tengan acceso a los servicios y no sufran dificultades financieras de pagar por ellos", implementa la "Cobertura Universal de Salud", basada en la competencia administrada.¹⁵⁷ El Sistema General del Seguro de Salud, insta dos regímenes: el subsidiado para personas pobres y sector no formal y el contributivo para personas en el sector formal. En los diez últimos años, la principal expansión de aseguramiento se da entre las personas de los hogares de quintiles con ingresos más bajos, la brecha de afiliación disminuye entre las zonas urbanas y rurales, alcanzando para el año 2010 el 98% de cobertura, la que también llega a la población pobre.¹⁵⁸

Chile también se suma a los países con Cobertura Universal de Salud. El sistema de salud chileno se estructura en dos grandes pilares: por un lado, está la estructura de

¹⁵⁵Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., ...&Kershenobich, D. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública de México*, 55(2), 207-235. En: bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e2.php?id=002802.

¹⁵⁶Gutiérrez, J.P. (2013). Editorial: Cobertura Universal de Salud en México. Las brechas que persisten. *Salud Pública de México*, 55 (2), 153-154.

¹⁵⁷ Este modelo, esta destinado a aprovechar el mercado a través de la participación a gran escala del sector privado en lo que se supone que es un mercado de seguros de salud regulado, transfiriendo también las instalaciones de salud a más de 1,000 Municipios (Gobiernos estatales) en los departamentos del país.

¹⁵⁸Montenegro Torres, F., & Bernal Acevedo, O. (2013). Colombia case study: the subsidized regime of Colombia's National Health Insurance System. *Universal Health Coverage Studies Series (UNICO)* No. 15. Washington, D.C.: The World Bank Group.

financiamiento que opera como un sistema de seguro conformado por una institucionalidad pública y otra privada. El sistema público, administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), se financia con las cotizaciones en salud realizadas por sus afiliados y con aportes fiscales. Además de la cotización obligatoria mensual del 7% para trabajadores independientes, el estado financia la salud de aquellas personas que *no tienen recursos suficientes* para cotizar en el sistema, como las personas en condición de indigencia o que presentan determinadas condiciones de vulnerabilidad. Así, para el año 2011, la cobertura del sistema público administrado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA, concentra al 84% de la población beneficiaria de este sistema y, en los quintiles más pobres (I y II), alcanzan un promedio de 94% de aseguramiento.¹⁵⁹

México y Chile, están cerca de lograr la cobertura universal, mientras que nuestras coberturas de afiliación aún mantienen brechas de hasta de aproximadamente el 15% para Costa y Selva rural, y alrededor del 10% para la Sierra. Al parecer, ello estaría asociado a probables limitaciones del mecanismo de adscripción para la afiliación al SIS, donde la filtración y la sub cobertura no permiten identificar y seleccionar adecuadamente a sus beneficiarios, aspectos importantes a considerar en la meta de la cobertura universal.

En nuestro país y entre la población más pobre, *carente de recursos y “per se” predispuesta a enfermar, y continuar con el círculo de la pobreza*, el contar con un seguro de salud genera expectativas de recibir atención por el sistema de salud, ante algún evento de enfermedad aguda y/o crónica, pero, al no ser elegibles aun su condición de pobreza, probablemente por las limitaciones del mecanismo de adscripción, los lleva a ubicarse en la población con subcobertura (porcentaje de personas que aun cuando son elegibles para el SIS, no son adscritos a este), por tanto, estas personas con exclusión evidente a la asistencia social, al mismo tiempo, son despojados de ser ciudadanos con derechos ineludibles.

¹⁵⁹Ministerio de Desarrollo Social – Gobierno de Chile (2012). *SALUD. Informe de Política Social 2012*. Chile. Pág. 97. En: www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl.

Vakis, R. et al., (2015),¹⁶⁰ ante la pobreza crónica, afirman que, las aspiraciones y el estado mental abatido entre los pobres crónicos pueden ser una importante barrera para su inserción en el proceso de movilidad ascendente, perpetuando un círculo vicioso de la pobreza. Aluden a Appadurai (2004) y Ray (2006), quienes afirman que “las aspiraciones se encuentran socialmente determinadas”. Por tanto, para alcanzar la cobertura universal, le corresponde al estado asumir el deber ineludible, de “las aspiraciones” de los ciudadanos con derechos ineludibles.

Gomes-Temporao y Faria (2014),¹⁶¹ en su artículo “Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR”, destacan que cada uno de los 12 países miembros de UNASUR tiene su propio capítulo con su visión sobre sus sistemas de salud y en la mitad de ellos, el derecho a la salud está garantizado constitucionalmente, sin embargo, ninguno de los modelos empleados logra alcanzar la cobertura poblacional de 100%, lo que se configura como uno de los retos del bloque.

Concluyendo con esta primera dimensión y en virtud de los logros notables de afiliación al SIS, especialmente en las zonas rurales y población pobre, afirmamos por el momento que esta intervención alcanza su objetivo, al posicionarse como un factor que elimina en parte la escasez de la oportunidad económica para el acceso a la salud y, confiere a la mujer peruana pobre, la posibilidad de la libertad para conservar su salud. El que la oferta sanitaria responda a sus expectativas, generada por el sistema de aseguramiento, será objeto de nuestro análisis en los apartados posteriores.

4.2 ATENCION SANITARIA MATERNA

En este sub apartado, se presenta la tendencia de Coberturas de atención materna (pre natal, parto y puerperio), en sus tres dimensiones, “Cobertura General de

¹⁶⁰Vakis, R., Rigolini, J., & Lucchetti, L. (2015). Los olvidados: pobreza crónica en América Latina y el Caribe-resumen ejecutivo. Washington, DC: Banco Mundial. Pág. 27

¹⁶¹Gomes-Temporão, J., & Faria, M. (2014). Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 740-746 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400020&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.

Atención materna”, “Cobertura específica de oportunidad” y “Cobertura por Asociación y Dependencia”. Cada una con sus propias categorías de análisis, en el marco del Seguro integral de Salud (SIS) de los años 2005, 2010 y 2012, comparando con las coberturas existentes de los años 1996 y 2000. El análisis se realiza por área geográfica (Costa, Sierra y Selva), lugar de residencia (urbana- rural) y población pobre (Quintil I-II).

4.2.1 Cobertura General de Atención Materna (por componentes aislados)

Para esta primera dimensión, el marco de análisis se basa en la descripción de *la tendencia de coberturas por componentes aislados*, a partir de las categorías: *pre natal, parto y puerperio*, cada cual con atenciones inherentes a la prestación. El análisis se realiza en función de sus componentes aislados, y nos permitirá conocer circunstancias generales de la atención materna por el sistema de salud peruano.

Los resultados se expresan en proporciones (porcentajes), incidiendo en las diferencias entre las áreas geográficas, lugar de residencia y población pobre. Así mismo, al final de cada categoría se aplica la tasa de crecimiento de las coberturas, destacando el periodo con la intervención del SIS.

Presentamos la primera categoría de análisis:

4.2.1.1 Atención pre natal

Como referencia de partida nos interesa poner de manifiesto que las Normas de Atención Materna del Ministerio de Salud (MINSa) del año 1995 y 2004, consideran los siguientes componentes de la atención pre natal: “*el número de control pre natal (CPN) necesario, primer CPN antes de las 14 semanas de gestación, atención en establecimientos de salud (EE.SS), y atención por personal profesional*”, los cuales los agruparemos en un primer grupo, denominándolas “Acceso al contexto general de la atención prenatal”, en la medida que de este contacto, se desencadene el acceso a atenciones más concretas, como son los procedimientos del paquete básico pre natal: “*la atención clínica, (presión arterial, peso, latido fetal, altura uterina), exámenes*

de laboratorio (orina y sangre), acceso a hierro, vacuna antitetánica, y educación sanitaria”, los cuales también se agrupan en un segundo grupo, que llamaremos, “Acceso a intervenciones concretas: paquete básico prenatal”¹⁶²

- **Acceso al contexto general de la atención prenatal:**

A continuación, en el cuadro 2, mostramos la tendencia de la atención pre natal, expresado como el contacto que establece la mujer gestante con el sistema sanitario, independientemente del número de CPN que pudiera acceder.

| CUADRO 2 | | | | | | |
|---|--|----------------------|------|-----------------------------|------|------|
| COBERTURA DE ATENCIÓN PRE NATAL , 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | |
| Área Geográfica | Lugar de Residencia y Poblacion Pobre (Q I-II) | 1996 | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 |
| Costa | Urbana | 82,5 | 92,0 | 95,0 | 96,2 | 99,6 |
| | Rural | 44,2 | 66,0 | 98,7 | 96,2 | 99,0 |
| | Pob. Pobre | | | 4,0 | 99,8 | 99,3 |
| Sierra | Urbana | 81,5 | 84,6 | 94,0 | 98,9 | 99,8 |
| | Rural | 58,8 | 75,0 | 99,1 | 96,3 | 99,5 |
| | Pob. Pobre | | | 99,9 | 99,7 | 99,5 |
| Selva | Urbana | 72,9 | 85,0 | 95,0 | 99,1 | 97,8 |
| | Rural | 36,2 | 64,2 | 97,4 | 98,5 | 98,1 |
| | Pob. Pobre | | | 98,4 | 98,4 | 98,7 |

Fuente: INEI-ENDES¹⁶³, 1996, 2000, 2005, 2010,2012. (5 años anteriores a la encuesta).
Elaboración Propia.

¹⁶²En los cuadros correspondientes del paquete básico pre natal, se dará a conocer cada uno de los componentes, los que son considerados en las ENDES de1996, 2000, 2005,2010 y 2012.

¹⁶³Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES]. Sección: 4A. Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia, 1996, 2000, 2005, 2010 y 2012.*

El **Control Prenatal** es definido en las Guías Nacionales de Salud Reproductiva del año 2004,¹⁶⁴ como *“la vigilancia y evaluación de la gestante y el feto que realiza el profesional de la salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre, considerando que todo el embarazo es potencialmente de riesgo”*.

En nuestro cuadro, observamos que desde 1996 hacia el año 2012, en las tres áreas (Costa, Sierra y Selva), así como en el lugar de residencia (urbana-rural) y entre la población pobre, se desarrolla una tendencia creciente de la cobertura de mujeres gestantes que han tenido acceso al CPN, en algún momento de su embarazo, independiente de las veces de la visita.

En el **año 1996**, las mujeres rurales tienen una menor cobertura en la atención sanitaria, con un máximo del 58,8%, mientras que las mujeres urbanas alcanzan el 82,5%, probabilidad que se incrementa hacia el **año 2000**, y en este año, entre las rurales, el margen de cobertura va desde el 64,2% al 75,0%, mientras que en las gestantes urbanas, el acceso varía entre el 84,6% y el 92,0%.

Para los **años 2010 al 2012**, la cobertura de mujeres gestantes que tuvieron alguna atención prenatal, se equipara casi en todas las zonas, alcanzando valores hasta por encima del 95%, sin mostrar predominio de alguna zona en particular.

Aun cuando la tendencia de coberturas alcanza porcentajes alrededor del 95%, necesitamos valorar la presencia del SIS en la contribución a estas, y para ello, estimamos **la tasa de crecimiento** en tres periodos: 1996-2000, pre SIS; y los dos siguientes de 2000-2005 y 2005-2010 con la intervención del SIS, priorizando las zonas rurales.

¹⁶⁴Ministerio de Salud [MINSU]. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima

Así, en función a los datos de nuestro cuadro, **la tasa de crecimiento** de cobertura de las *gestantes rurales* que logran tener contacto con EE.SS., para la atención pre natal, en la Costa entre 1996-2000, alcanza el 49,3%; en el periodo 2000-2005, logra un crecimiento del 49,5% y entre el 2005-2010, muestra un decrecimiento hasta -2,5%. En la Sierra, en el primer periodo, la tasa de crecimiento logra el 32,0 %, se mantiene en el segundo periodo en el 32,1% y en el tercer periodo, también disminuye hasta -2,8%. La Selva, en el primer quinquenio pre SIS, logra una tasa de **77,3%**, con tendencia a un crecimiento más disminuido en el siguiente quinquenio 2000-2005, con 51,7%, y en el siguiente periodo de 2010-2012, solo alcanza el 1,1% de crecimiento.

Respecto al tercer quinquenio, señalar que en las tres zonas (Costa, Sierra y Selva), muestra un crecimiento mínimo o incluso negativo con respecto a los dos quinquenios anteriores. Algo lógico si tenemos en cuenta la *evolución de la tendencia* del CPN, que ya en el año 2005, se encuentra entre el 94 y el 99%, sin apenas margen para el crecimiento.

Notemos que la **mayor tasa de crecimiento** de la atención pre natal logra incidir en el quinquenio 1996-2000, entre las mujeres gestantes de la Selva Rural con el 77,3%, periodo pre intervención del SIS.

La tendencia de cobertura de las mujeres gestantes para la visita a la atención pre natal, desde 1996 al año 2012, ha logrado escalar importantes peldaños, hasta casi lograr el 100% de cobertura, resultado importante para el sistema sanitario peruano, como una expresión de cobertura general.

Esta evolución bastante favorable, la podemos asociar a intervenciones sanitarias, según el contexto de la época. En el año 1996, el Perú es uno de los países con mayor mortalidad materna en América Latina;¹⁶⁵ en este año ocurrieron 265 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos,¹⁶⁶ motivando al gobierno del

¹⁶⁵ PAHO, O. (1996). Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en Las Américas 1990-1994. 110 p.

¹⁶⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (1996). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar, ENDES 1996. Resumen*. Lima.

momento a realizar esfuerzos e intervenciones para revertir tal situación, especialmente en zonas de pobreza.

Las intervenciones se ven apoyadas por la Cooperación Internacional mediante proyectos principalmente de salud reproductiva. Uno de ellos, es el “Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad de Atención (PMC)” aplicado en los servicios de atención materno perinatal (SMP) de diversos establecimientos de salud. El gobierno peruano, conjuntamente con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID),¹⁶⁷ implementan este proyecto desde finales de 1996 en 89 Hospitales y Centros de Salud ubicados en doce departamentos. Entre los favorecidos se encuentran algunos que forman parte del presente estudio, como Puno, La Libertad, Ayacucho y Huancavelica. El resultado de este proyecto, según el estudio, *“Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto 2000”*,¹⁶⁸ señala que se obtuvo una mejor calidad de atención y mayor utilización de servicios materno infantil en los establecimientos intervenidos, frente a los no intervenidos, apoyándose en el postulado de que “al mejorar la calidad de atención se incrementa la utilización de servicios sanitarios”, investigación que como referencia, probablemente constituya para nuestro estudio, el logro de incremento en el acceso al control prenatal en el periodo 1996-2000, principalmente de zonas rurales.

¹⁶⁷ Se suscribe un acuerdo bilateral entre el Gobierno Peruano y USAID, el 30 de setiembre de 1993, cuyo objetivo se enmarca en apoyar los programas de salud materna infantil del MINSA, para reducir las altas tasas de mortalidad materno-infantil y mejorar la calidad de vida de las mujeres peruanas. Esta suscripción se canaliza mediante el Proyecto 2000, Proyecto del Ministerio de Salud y USAID. El Convenio establecía que el Proyecto ayudaría al Ministerio de Salud a continuar con el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de salud, particularmente aquellos dirigidos a las mujeres y los niños, aumentaría la eficiencia de los servicios de salud a través del manejo gerencial y apoyaría la sustentabilidad a través de reformas en el financiamiento de salud. El Convenio establecía que el Proyecto sería financiado con fondos de USAID de acuerdo con la Ley de Ayuda al Exterior 1961 y sus enmiendas; y con recursos de la PL 480 proporcionados por el Perú. Se estableció como fecha de término del Proyecto el 30 de septiembre del 2000 u otra fecha que las partes podrían acordar por escrito. El alcance del ámbito del Proyecto, debía ejecutarse en seis regiones (doce departamentos), y un área de la Región Lima seleccionadas por el MINSA y USAID. Las regiones elegidas fueron: Chavín, La Libertad, Los Libertadores/Wari, J.C. Mariátegui, San Martín, Ucayali y la sub-región Lima Este y ciertas acciones tendrían un alcance nacional y otras irían aumentado su alcance hacia zonas adicionales. En: Ministerio de Salud [MINSA] – USAID. Proyecto 2000 (2002). *Agenda para la Sostenibilidad de los Procesos Instalados y los Productos Logrados con el Proyecto 2000*. Informe de la reunión técnica con las Mesas Departamentales de Concertación de Lucha contra la Pobreza. Documento Técnico n. 9. Lima.

¹⁶⁸ Seclen-Palacín, J. A., Jacoby, E., Benavides, B., Novara, J., Velásquez, A., Watanabe, E., & Arroyo, C. (2003). Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto 2000. *Rev. bras. saúdematern. infant*, 3(4), 421-438

El impulso para incrementar el acceso y lograr mejores coberturas de atención materna, también se respaldaría por otras intervenciones de la cooperación internacional,¹⁶⁹ contribuyendo sobre todo con la salud materna de las mujeres más pobres.

A pesar de estas intervenciones, la cobertura no es tan favorable a inicios de la década de los años del 2000, circunstancias a las que se asocia la muerte materna. Por tanto, se decide intervenir con la implementación *del Seguro Integral de Salud* para impulsar las coberturas en el sistema sanitario peruano. Es posible que con el apoyo del SIS, subsecuente a los proyectos, se haya impulsado el auge hasta por encima del 95% de cobertura materna para el año 2012.

Ante este hecho sustancial, consideramos algunas investigaciones que puedan respaldar nuestros resultados. El estudio realizado por el INEI,¹⁷⁰ a partir de la ENDES 2012, muestra que el 98,4% de gestantes tuvieron algún CPN y el 1,6% restante, carecieron de él. Recurriendo a experiencias locales, las estadísticas del Hospital de Juli-Puno, nos muestran que en el año 1997, la cobertura del control prenatal (sin considerar el número) era menos del 40% en las gestantes de la zona, al finalizar el año 2000, se incrementa cerca del 70%, y para el año 2012 por encima del 90%.¹⁷¹

Por otro lado, también se valora la comparación del acceso pre natal con algunos países de la región. Colombia llega a tener el 97% de mujeres que reciben el CPN, y México hasta un 98%,¹⁷² datos similares a los nuestros. Así mismo, el reporte de la

¹⁶⁹La contribución para el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, en varios departamentos del país, se ha desarrollado con la intervención de la Cooperación Internacional, como La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID; Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo - ASDI; CARE USA; Christy Turlington, Comisión Europea; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF; Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA; Fundación de las Naciones Unidas - UNF; Fundación Ford; Fundación Melinda and Bill Gates; Organización Mundial de la Salud - OMS; Programa Prevención de la Muerte e Incapacidad Materna - AMDD Reino Unido. Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional - DFID; Unión Europea, entre otros. *Biblioteca virtual de la cooperación internacional. Agentes Cooperantes. Base de Datos*. En: <http://www.bvcooperacion.pe>.

¹⁷⁰Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2013). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2012. Nacional y Departamental*. Lima (Cap. 8, *Salud Materna*). En: proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap08.pdf

¹⁷¹Ministerio de Salud [MINSA] - Red de Salud Chucuito – Dirección de Salud Puno. Oficina de Estadística e informática (2013). *Estadísticas de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva*. Juli Puno.

¹⁷²Banco Mundial. Datos. *Porcentaje de Embarazadas que reciben atención médica pre natal*. (Las embarazadas que reciben atención médica prenatal son la proporción de mujeres asistidas al menos una vez durante el embarazo por personal de salud capacitado, por razones relacionadas con el embarazo). Los datos para Colombia disponible para el

UNICEF 2006,¹⁷³ sobre el CPN realizado en 67 países, nos señala que el 95% de mujeres en países de América Latina y el Caribe, tienen uno o más controles pre natales.

En suma, las mujeres gestantes de las zonas más pobres del país, logran un gran contacto pre natal con el sistema sanitario peruano, equiparándose incluso con la cobertura de los países mencionados, lo cual implica una relación importante entre el sistema de salud y las mujeres de zonas menos favorecidas.

Seguidamente, el cuadro 3 nos muestra la cobertura del número de controles pre natales, en función de la norma.

| CUADRO 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|------|-------|-------|------|-------|-----------------------------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|
| COBERTURA DEL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES, | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 CPN, AÑOS 1996 Y 2000; 6 CPN, AÑOS 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | |
| Años | | 1996 | | | 2000 | | | 2005 | | | 2010 | | | 2012 | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Poblacion Pobre (Q I-II) | CPN | | | CPN | | | CPN | | | CPN | | | CPN | | |
| | | 1 a 4 | 5 | 6 a + | 1 a 4 | 5 | 6 a + | 1 a 5 | 6 | 7 a + | 1 a 5 | 6 | 7 a + | 1 a 5 | 6 | 7 a + |
| Costa | Urbana | 36,1 | 11,6 | 52,3 | 25,1 | 11,1 | 63,8 | 17,3 | 13,6 | 69,1 | 14,2 | 10,4 | 75,4 | 10,5 | 9,5 | 80,0 |
| | Rural | 63,6 | 12,2 | 24,2 | 48,8 | 11,5 | 39,7 | 28,8 | 18,9 | 52,3 | 18,2 | 17,1 | 64,7 | 21,2 | 12,4 | 66,4 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 28,3 | 21,5 | 50,3 | 21,0 | 15,4 | 63,6 | 19,0 | 13,1 | 67,9 |
| Sierra | Urbana | 42,8 | 9,9 | 47,3 | 21,3 | 13,6 | 65,1 | 28,4 | 8,8 | 62,8 | 11,7 | 8,1 | 80,2 | 15,1 | 6,1 | 78,8 |
| | Rural | 79,1 | 6,4 | 14,5 | 43,6 | 16,6 | 39,8 | 28,8 | 16,4 | 54,8 | 16,2 | 10,0 | 73,8 | 14,1 | 9,5 | 76,4 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 29,5 | 16,9 | 53,6 | 15,4 | 10,3 | 74,3 | 15,0 | 8,5 | 76,6 |
| Selva | Urbana | 53,5 | 7,1 | 39,4 | 27,0 | 11,7 | 61,3 | 16,9 | 10,4 | 75,7 | 18,0 | 16,8 | 65,2 | 17,7 | 15,0 | 67,3 |
| | Rural | 56,9 | 7,2 | 35,9 | 53,9 | 9,1 | 37,0 | 35,4 | 8,8 | 55,8 | 30,5 | 15,0 | 54,5 | 29,2 | 11,5 | 59,3 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 30,4 | 7,8 | 61,8 | 24,2 | 16,9 | 59,0 | 24,9 | 13,2 | 62,0 |

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)
Elaboración Propia.

año 2010, mientras que para México al año 2012. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.ANVC.ZS/countries>

¹⁷³ UNICEF (2008). *PROGRESO PARA LA INFANCIA, Un Balance sobre la mortalidad materna*. Nro. 7, Setiembre. Publicado por UNICEF, Nueva York. Pág. 7

*El número de controles prenatales, (CPN) ha sido establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y considerado por las Normas de Atención Materna del Ministerio de Salud de los años 1995 y el año 2004.*¹⁷⁴

“Las Guías de atención materna del año 1995” establecen cinco (5) CPN como necesarios para cumplir con el paquete de atención básico pre natal, vigente hasta el año 2003, y a partir del siguiente año, se implementan “Las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva (2004)”, contemplando seis (6) CPN, número adecuado para brindar la vigilancia adecuada de todo el proceso de la gestación, al mismo tiempo de acceder al paquete básico de atención prenatal y llegar en mejores condiciones de salud a la atención del parto.

En el presente cuadro, vemos la tendencia de coberturas del número de CPN normado, cinco (5) para los años 1996-2000 y seis (6) CPN para los años 2005, 2010 y 2012. Como datos que contribuirán a este análisis, se considera el número de CPN por debajo y encima de la norma, es decir, menos de 5 CPN y más de este y, por otro lado, menos de 6 CPN y por encima de él, según los años que correspondan.

Observamos que para **1996** en las *zonas rurales*, el rango porcentual de mujeres que cumplen con los 5 CPN es reducido, alcanzando solo entre 6,4 a 12,2%, prevaleciendo las que tienen de 1 a 4 CPN, con un rango que va de 56,9 a 79,1%. Para el **año 2000**, se produce una situación contraria, aumenta el porcentaje de mujeres que cumplen con la norma, oscilando entre 9,1% hasta 16,6%. Paralelamente disminuye el número de mujeres con menos de 4 CPN, alcanzando rangos entre 43,6 a 53,9 %. Al mismo tiempo, se incrementa el porcentaje de las que alcanzan el número de CPN, más de lo establecido, logrando alrededor del 39%.

¹⁷⁴ **Ministerio de Salud [MINSA]**. Dirección General de Salud de las Personas. Sub Programa de Salud Materno Perinatal. *Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal*. Perú 1995. Lima; **Ministerio de Salud [MINSA]**. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima.

Entre el **año 2005** y el año **2012**, la proporción de mujeres que cumplen con los 6 CPN normados, ha disminuido excepto en la Selva. Para el 2012, la cobertura en Costa y Selva, es 12,4 y 11,5% respectivamente, mientras que en la Sierra, alcanza el 9,5%. en tanto que este comportamiento se acompaña de un mayor grupo de mujeres que optan por tener el mayor número de CPN, es decir 7 o más CPN. Entre *las zonas rurales*, la Sierra prevalece con el 76,4%, seguida de Costa con 66,4% y Selva con 59,3%, cifras cercanas en la muestra de la población pobre.

Si sumamos las que cumplen con la norma, *más* las que logran 7 o más CPN, la cobertura para el año 2012, alcanzaría alrededor del 78,8% para las mujeres de Costa rural, y entre la población pobre el 81%; para las de *Sierra rural y población pobre*, alrededor de 85%; mientras que para las de Selva rural, se lograría el 70,8%, y en la población pobre el 75,2%. Pero es en las zonas urbanas, donde se alcanza coberturas mayores que en la zona rural.

Esta tendencia de cobertura de gestantes que tienen acceso al mayor número de CPN, correspondería con la cobertura de afiliaciones al SIS (como veíamos en el cuadro 1, Cap. IV), especialmente de las zonas rurales (Costa rural: *cobertura SIS 81%/mayor número de CPN 78%*; Sierra rural: *SIS 91%/CPN 86%*; Selva rural: *SIS 83 %/CPN 70%*), y casi con la misma correspondencia en la población pobre. De igual forma, guardaría relación con la considerable cobertura de atención pre natal del cuadro 2, Cap. IV.

Al igual que en el cuadro anterior, incidiendo siempre en el contexto rural, comparamos **la tasa de crecimiento**, de la cobertura *del número de CPN normado y por encima de este*, sumando ambos datos. La Costa, entre 1996-2000, tiene una tasa que crece en 40,6%; en el periodo 2000-2005, el crecimiento alcanza a 39,0%; y entre el 2005-2010, a 14,8%. Para el caso de Sierra, en el primer periodo se logra un crecimiento de **169,9%**, en el segundo periodo el 26,2% y para el tercer quinquenio crece hasta un 17,9%. La Selva, en el primer quinquenio pre SIS, logra crecimientos por debajo de las dos áreas anteriores, 6,9%, pero supera entre el 2000 y el 2005 hasta en 40,1%, logrando una tasa de crecimiento hasta de 7,5% para el siguiente periodo, 2005-2010. El panorama de la tasa de crecimiento entre el periodo pre SIS y SIS, marca claramente que

el mayor crecimiento de la cobertura del número de CPN cumpliendo la norma más los que se alcanza por encima de ello, se produce *en el periodo pre SIS 1996-2000, entre la población más pobre de la Sierra rural, superando el 100%*.

Ciertamente que al encontrar diferencias de cobertura entre periodos, la incidencia del mayor crecimiento de cobertura del número pre natal, se centra en la Sierra y en periodo pre SIS, ello se asociaría a la presencia de la Cooperación internacional explicado en el cuadro 2 del presente capítulo, donde se puso énfasis en la salud reproductiva de las mujeres más pobres especialmente de esta área geográfica. No obstante con la presencia del Seguro Integral de Salud en los siguientes periodos, también se logra importantes coberturas de crecimiento.

Otro aspecto importante a analizar, es la tendencia que mantiene el número de CPN normado e incluso la disminución de este, mientras que aumenta la proporción de mujeres que acceden *a más CPN*, lo que se produce en todas las zonas de estudio. Según referencias de la Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Red de Salud Chucuito, el mayor número de CPN (por encima de la norma), se produce por algunos procedimientos que no se cumplen dentro de lo establecido, por tanto, estas actividades se realizan en controles adicionales, posibilitando también la cobertura de componentes pre natales del paquete pre natal ampliado.¹⁷⁵

Contando con la referencia de nuestros resultados, acudimos a investigaciones sobre el particular. Un estudio del Hospital Cayetano Heredia (2011),¹⁷⁶ realizado en puérperas hospitalizadas, señala que el 66,1% realizaron más de 6 visitas pre natales. Otro estudio peruano en el Hospital Arzobispo Loayza en Lima (2006),¹⁷⁷ encuentra que el 74,7% tenían controles adecuados (5 CPN o más, número que hace referencia al mínimo necesario según el índice de Kessner), y el 25,3% de 1 a 4 CPN. Las estadísticas

¹⁷⁵La entrevista a la Coordinadora de la Estrategia de SSR, se realiza en Julio del año 2014, quien además refiere que el paquete ampliado pre natal, establece otras atenciones, como ecografías, psicoprofilaxis, exámenes de Papanicolaou, etc.

¹⁷⁶Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-175.

En línea: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1072/1042>

¹⁷⁷Tipiani, O., & Tomatis, C. (2015). El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(4), 247-252.

del Instituto Materno Perinatal,¹⁷⁸ nos muestran que las gestantes con 6 o más atenciones prenatales llegan al 44,2% en el año 2010, con poca variación hacia el año 2012, logrando la cobertura de 46,2%. Bravi, et al., (2012),¹⁷⁹ encuentra entre puérperas hospitalizadas del Hospital Dr. José R. Vidal de la Ciudad de Corrientes, Colombia, que el 70% lograron acceder a 5 CPN o más. Otro estudio realizado en Argentina, recoge que el 66% de las mujeres que llegaron al parto, realizaron 5 a más CPN.¹⁸⁰ Cotejando nuestros datos con estos estudios y estadísticas, nuestra cobertura de 6 a más CPN, llegan alrededor del 80%, superior a todos los casos.

En este contexto, es importante puntualizar el cumplimiento del número de controles prenatales y las consecuencias que genera en la salud materna. Estudios asociados a riesgos a partir del número de CPN, como el de Carroli, G., et al., (2001),¹⁸¹ señalan que el riesgo asociado a 4 o menos controles, incrementa la mortalidad perinatal entre 0.8 y 1.36 veces. Panduro, et al.,(2011),¹⁸² en el Hospital Civil de Guadalajara México, encuentra que entre los factores de riesgo prenatales asociadas en la muerte fetal tardía, un número igual o menos de 2 CPN se asocia a mayor frecuencia de muerte fetal previa, cuyo riesgo es de 3.94 veces más. En Colombia, Tipiani y Tomastis (2006),¹⁸³ indican que el control pre natal inadecuado, representa un importante factor de riesgo para la prematuridad y para el bajo peso al nacer, 15,7% y 18,3% respectivamente.

¹⁷⁸ Instituto Nacional Materno Perinatal [INMP]. *ESTADÍSTICAS – INMP. Controles Pre Natales del año 2010 y 2012.*
En: <http://www.impn.gob.pe>

¹⁷⁹Bravi, O., M. A., Pedrozo, L. R., Santillán, R. M. (2012). Características de los Controles Prenatales de Pacientes Puérperas Internadas en el Hospital “Dr. José R. Vidal” de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina.* N° 213: 5-8. Diciembre

¹⁸⁰Pérez, J., P. (2013). *Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la Ciudad de Villa Gobernador Galvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011.* Tesis de Maestría. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Lanús. En: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/033885_Perez.pdf.

¹⁸¹Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Mugford, M., ...& WHO Antenatal Care Trial Research Group. (2001). WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *The Lancet*, 357(9268), 1565-1570.

¹⁸²Panduro, B., J.G.; Pérez, M., J.J.; Panduro, M., E.G.; Castro, J. F., & Vázquez G., M. D. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(3), 169-174.

¹⁸³Tipiani, O., & Tomatis, C. (2015). El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(4), 247-252.

Otras implicancias para el sistema de salud peruano consideramos integrarlas conjuntamente con el siguiente cuadro, dada la gran inherencia que presentan ambos componentes.

| CUADRO 4 | | | | | | |
|---|--|----------------------|------|-----------------------------|------|------|
| PRIMER CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 14 SEMANAS DE GESTACIÓN, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | |
| (Porcentajes) | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | 1996 | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 |
| Costa | Urbana | 68,6 | 74,3 | 75,5 | 79,1 | 75,4 |
| | Rural | 46,5 | 62,4 | 79,3 | 76,6 | 70,9 |
| | Pob. Pobre | | | 77,7 | 73,1 | 68,4 |
| Sierra | Urbana | 62,4 | 64,6 | 61,7 | 68,5 | 69,9 |
| | Rural | 43,7 | 53,9 | 65,2 | 70,4 | 69,8 |
| | Pob. Pobre | | | 63,9 | 69,9 | 70,3 |
| Selva | Urbana | 67,8 | 70,3 | 70,8 | 70,8 | 73,5 |
| | Rural | 51,2 | 58,2 | 66,6 | 67,3 | 73,2 |
| | Pob. Pobre | | | 66,2 | 69,0 | 75,0 |

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)
Elaboración Propia.

En el cuadro 4, se aprecia el acceso al primer control pre natal, antes de las 14 semanas de gestación, indicador involucrado en la perspectiva de cumplir con el número de CPN normado, así como la mayor posibilidad de acceso al paquete básico de atención y el diagnóstico oportuno del embarazo.

En general, en los resultados porcentuales, se aprecia una tendencia progresiva de las mujeres gestantes para la asistencia pre natal a más temprano momento del embarazo, desde el año base de estudio 1996, hasta el año 2012, aunque en todas las zonas la cobertura presenta características cíclicas de evolución.

En el **año 1996**, en las *zonas rurales*, realizar el primer CPN antes de las 14 semanas o primer trimestre de gestación, significaba que desde un 43,7 a un 51,2% de mujeres gestantes lo hicieran; en las *zonas urbanas*, se alcanzaba mayores porcentajes, lo cual oscilaba entre 62,4 a 68,6%. Entre los tres ámbitos, las mujeres de Sierra mostraban la menor predisposición de acceso frente a las de Costa y Selva. Hacia el **año 2000**, se incrementa el porcentaje de mujeres rurales que controlan su embarazo en este trimestre, aunque la situación de desventaja de las mujeres de Sierra no cambia en relación al año 1996.

En el **año 2005** continua la mejora en la tendencia a lograr mayores porcentajes de mujeres que controlan su embarazo antes de las 14 semanas y, es en este periodo en que las *coberturas rurales* logran entre el 65,2 al 79,3% de tempranos CPNs, incluso, sobrepasando a las mujeres urbanas que alcanzan desde un 61,7% a 71,5%. En este escenario, la Costa prevalece con el mayor logro, luego la Selva y la Sierra. El que las mujeres *rurales* de las tres zonas logren mayor acceso antes de las 14 semanas, también obedecería al impulso de la intervención más importante que se diera en estos años, el SIS, cuya dirección principal se ha enfocado en los ámbitos de pobreza.

La cobertura hacia los **años 2010 al 2012**, casi mantiene las tendencias desde el año 2005. Vale resaltar que continúa la mayor proporción de acceso en la Costa, seguida de Selva y Sierra. Al final de este periodo, la máxima expresión porcentual del primer control temprano alcanza el 75% en las zonas urbanas, en las rurales el 73% y en los quintiles más pobres el 75%.

Las tendencias de cobertura de CPN más temprano, lo confrontaremos con **la tasa de crecimiento**. El primer CPN en el primer trimestre de gestación en la Costa rural, en el periodo pre SIS 1996-2000, crece a un ritmo de **34,1%**; en el periodo 2000-2005, logra alcanzar una tasa de 27,0%; y se deprime a -3,4% en el periodo 2005-2010. La Sierra rural, logra un crecimiento de 23,1% en el primer quinquenio, en el segundo alcanza 20,9%, y en el tercer periodo 7,9%. La Selva rural, en el primer periodo, logra una tasa de crecimiento de 13,6%; en el segundo periodo 14,4% y en el tercero un 1,0%.

En suma, es la Costa rural la que logra la mayor tasa de crecimiento en el periodo pre SIS, 1996-2000, alcanzando el 34,1%.

Establecemos comparación de tendencia con el cuadro 3 del presente capítulo, donde las mujeres de Sierra para el año 2012, superan en mayor porcentaje el número de CPN (85%), a las de Costa y Selva; sin embargo, según nuestro cuadro actual, las mujeres de Sierra tienen menos oportunidad para el acceso oportuno al primer control pre natal temprano. No obstante, notemos que la diferencia de acceso en las mujeres gestantes de Sierra rural entre los porcentajes de los años 1996 y 2012, es **26.1%**, en las de Costa es 24.4% y en las de Selva el 22%. Lo que quiere decir que, las mujeres de Sierra han realizado un mayor esfuerzo de acceso a la asistencia temprana así como al mayor número de ellos.

Según nuestros resultados, al año 2012 con la presencia del SIS, la mujer gestante de Sierra, accede al CPN temprano en una ligera menor proporción que las de Costa y Selva, y según algunos estudios, la mayor renuencia para realizar el control tempranamente se asociaría a factores como el bajo nivel educativo, la ocupación en actividades inestables, problemas relacionados con la organización de los servicios o la falta de dinero,¹⁸⁴ así como la mayor paridad o la gestación no planificada.¹⁸⁵

Sin embargo, la falta de dinero para el año 2012, dejaría de ser un factor limitante para el CPN oportuno, dada la gran proporción de gestantes rurales y de población pobre afiliadas al SIS.

Así mismo, para verificar el bajo nivel educativo como un factor que se asociaría a la renuencia del CPN temprano, recurrimos al siguiente cuadro 4-A, donde consignamos datos del nivel educativo de mujeres, de los departamentos considerados en nuestro estudio correspondiente a los años 2000 y 2012.

¹⁸⁴Esguerra, Velandia, C. R., Esguerra de Cardenas, I. (1991). "Causas de Inasistencia al Control Pre Natal, Estudio Descriptivo en Bogotá". *Avances en Enfermería*. VOL. IX (2), 99-107.

¹⁸⁵Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-175.

| CUADRO 4-A | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|----------|------------|----------|---------------|----------|------------|----------|
| NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES GESTANTES, 2000-2012 | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | |
| Años | | 2000 | | | | 2012 | | | |
| Área Geográfica | Lugar de Residencia y Población Pobre (Q I-II) | Sin educacion | Primaria | Secundaria | Superior | Sin educacion | Primaria | Secundaria | Superior |
| Costa | Urbana | 2,3 | 33,7 | 46,6 | 17,4 | 1,2 | 24,6 | 54,6 | 19,5 |
| | Rural | 12,0 | 62,3 | 22,5 | 2,9 | 7,6 | 59,0 | 28,0 | 5,2 |
| | Pob. Pobre | | | | | 5,4 | 54,0 | 35,0 | 5,5 |
| Sierra | Urbana | 4,9 | 43,1 | 34,3 | 17,7 | 2,0 | 27,6 | 45,5 | 24,9 |
| | Rural | 19,1 | 60,2 | 17,4 | 3,3 | 8,5 | 56,9 | 31,3 | 3,3 |
| | Pob. Pobre | | | | | 8,7 | 57,3 | 30,8 | 3,2 |
| Selva | Urbana | 1,9 | 39,3 | 46,9 | 10,6 | 0,8 | 29,6 | 58,4 | 11,2 |
| | Rural | 12,0 | 70,2 | 17,2 | 0,6 | 5,2 | 61,1 | 32,9 | 0,8 |
| | Pob. Pobre | | | | | 3,7 | 53,0 | 40,8 | 2,5 |

Fuente: INEI-ENDES 2000 y 2012
Elaboración Propia

Este cuadro nos muestra que entre los años 2000 y 2012, el nivel educativo ha mejorado entre las mujeres de todas las áreas en estudio. El porcentaje de mujeres con educación superior se ha incrementado paralelamente con las de educación secundaria, mientras que han disminuido las mujeres sin educación y con primaria. Sin embargo, en la Sierra hay una mayor prevalencia de las mujeres sin educación, las que mostrarían su renuencia para el control pre natal más temprano, tal como lo señalan los estudios antes citados.

Comparando los porcentajes del CPN temprano de nuestro estudio, con otras investigaciones, como el de Arispe, et al., (2011),¹⁸⁶ estudio que realiza entre mujeres púerperas del Hospital Cayetano Heredia, encuentra que el 37,8% tuvieron la primera visita pre natal antes de las 12 semanas de gestación. Así mismo, Bravi, et al.,(2012),¹⁸⁷ señalan una menor incidencia de 23% de consultas pre natales precoces entre púerperas

¹⁸⁶Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-175.[citado 2014-05-03].

¹⁸⁷Bravi, O., M. A., Pedrozo, L. R., Santillán, R. M. (2012). Características de los Controles Prenatales de Pacientes Púerperas Internadas en el Hospital "Dr. José R. Vidal" de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. N° 213: 5-8. Diciembre.

del Hospital Vidal de la Ciudad de Corrientes. El estudio de Pérez, J., P.(2012),¹⁸⁸ en Argentina encuentra que solo un 25% de gestantes realizan el CPN en el primer trimestre de gestación; así mismo, el estudio de Paz, M., (2012),¹⁸⁹ en una muestra de gestantes africanas, recoge que el 61,5% de ellas, realiza el control en el primer trimestre de gestación. Estadísticas locales de la Estrategia Materno Perinatal de la Red de Salud Chucuito (2013),¹⁹⁰ presentan hasta un 33% de gestantes que acceden al CPN en el primer trimestre de gestación.

Evidentemente, encontramos diferencias diversas entre los estudios, las estadísticas y nuestros resultados, siendo nuestra estimación la que arroja un mayor nivel de cobertura en relación al resto.

Un paso adicional en nuestro análisis consistiría en considerar de forma conjunta las implicancias de la cobertura *del mayor número de CPN* (cuadro 3, Cap. IV) y *el momento más temprano de atención* (cuadro 4, Cap. IV), resultados que muestran importantes logros, aun en circunstancias de carencias, pobreza y otras necesidades subyacentes, principalmente entre las zonas rurales y población pobre. *Primero*, el reconocer la mejor predisposición de las mujeres para buscar atención en los servicios sanitarios, implica, por un lado, una gran *oportunidad* para el sistema sanitario peruano, porque ello favorece la captación de la embarazada para la entrega del paquete prenatal en la medida de cumplir con los protocolos, así como el oportuno diagnóstico del embarazo, promoviendo la atención de parto institucional. Afirmaciones que según Berrocal, et al., (2006),¹⁹¹ señalar que la eficacia del control prenatal en el primer trimestre del embarazo está en relación con la efectividad de intervenciones prenatales

¹⁸⁸Pérez, J., P. (2013). *Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la Ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011*. Tesis de Maestría. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Lanús.

¹⁸⁹Paz Zulueta, M. (2012). *Factores Asociados al Cumplimiento del Protocolo de Embarazo en Inmigrantes Africanas y su Repercusión en la Morbilidad Neonatal en Cantabria*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

¹⁹⁰Ministerio de Salud [MINSAL] - Dirección de Salud Puno - Red de Salud Chucuito. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. *Estadísticas de cobertura de gestantes del año 2015*.

¹⁹¹Berrocal de Montestrupe, L., Delgado Bocanegra, C., Vergara Principe, L., (2006). *Impacto de las intervenciones en salud perinatal sobre la mortalidad neonatal en el Perú*. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] - Centro de Investigación y Desarrollo. Lima

vinculadas con el diagnóstico oportuno de enfermedades manejables en este periodo crítico.

El logro de estas considerables coberturas (el mayor número de CPN y el momento más temprano), casi dejan de tener la valoración de un problema de salud pública, más bien, se alzan en una clara *oportunidad* para el sistema sanitario peruano, que sugieren, en la *medida de ello, la respuesta de la oferta de atención obstétrica*, lo cual podremos corroborar o no, más adelante y con los resultados de los cuadros siguientes.

Nuestro Sistema de Salud condiciona su labor a la perspectiva de la cobertura, que en buena cuenta es su gran objetivo y enfoque central de nuestra investigación, sin embargo, se hace necesario “visualizar” la trascendencia que ella tiene, en el desarrollo de los individuos.

Citando a Sen, A. (2000), en su publicación, “La Salud en el Desarrollo”,¹⁹² sostiene que, *el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse más o menos universalmente, como uno de los grandes objetivos del proceso del desarrollo[...] desarrollo ha de tener como principal objetivo, la mejora de nuestras vidas y de las libertades de que disfrutamos, y una de las libertades más importantes de que podemos gozar, es la de no estar expuestos a enfermedades y causas de mortalidad evitables.* Así mismo, en su libro “Desarrollo y Libertad”,¹⁹³ señala que, *el desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de la libertad, la pobreza, la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono de los servicios públicos, ausencia de programas epidemiológicos o de sistemas desorganizados de asistencia sanitaria.*

De los resultados de los cuadros 2, 3 y 4, del actual capítulo, rescatamos la gran intención de la mujer gestante para el acceso a los servicios de salud, interiorizando la

¹⁹²Sen, A (2000). *La salud en el desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la revista internacional de salud pública: recopilación de artículos 2000*; 2: 16-21.

¹⁹³Sen, A (1999). *Desarrollo y Libertad*. México. 1999, Editorial Planeta, S.A. - Barcelona, España.

necesidad de buscar asistencia sanitaria ante un evento tan importante como es el embarazo, y más aun con las expectativas que genera la afiliación al SIS.

Continuamos con el análisis de la cobertura materna, mostrando en el siguiente cuadro, la cobertura del CPN en establecimientos de salud del MINSA, considerando también el contexto tradicional y privado.

| CUADRO 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|-------|-------|--------|-------|-------|-----------------------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| CONTROL PRENATAL POR LUGAR DE ATENCIÓN, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODO | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | |
| Años | | 1996 | | | 2000 | | | 2005 | | | 2010 | | | 2012 | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | EE.SS. | Otros | Trad. | EE.SS. | Otros | Trad. | EE.SS. | Otros | Trad. | EE.SS. | Otros | Trad. | EE.SS. | Otros | Trad. |
| Costa | Urbana | 58,2 | 37,2 | 4,6 | 68,0 | 31,6 | 0,4 | 95,7 | 4,3 | 0,0 | 84,2 | 14,1 | 1,7 | 93,8 | 6,2 | 0,0 |
| | Rural | 78,6 | 7,7 | 13,6 | 82,8 | 13,5 | 3,7 | 99,5 | 0,5 | 0,0 | 88,1 | 7,4 | 4,5 | 97,7 | 1,9 | 0,4 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 94,8 | 3,5 | 1,7 | 88,7 | 8,6 | 2,8 | 96,3 | 3,6 | 0,3 |
| Sierra | Urbana | 71,3 | 28,7 | 0,2 | 76,9 | 23,0 | 0,1 | 93,5 | 6,5 | 0,0 | 93,0 | 7,0 | 0,0 | 92,4 | 7,6 | 0,0 |
| | Rural | 69,9 | 8,5 | 21,0 | 80,2 | 10,5 | 9,2 | 88,6 | 8,4 | 3,0 | 98,1 | 1,8 | 0,1 | 96,2 | 3,8 | 0,0 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 99,8 | 0,1 | 0,0 | 98,5 | 1,1 | 0,5 | 96,8 | 3,2 | 0,0 |
| Selva | Urbana | 64,9 | 35,1 | 0,0 | 80,7 | 18,1 | 1,2 | 94,8 | 5,6 | 0,0 | 92,1 | 7,2 | 0,7 | 95,2 | 4,2 | 0,6 |
| | Rural | 79,3 | 10,0 | 10,7 | 84,0 | 13,6 | 2,4 | 91,3 | 7,9 | 0,8 | 92,2 | 7,3 | 0,5 | 94,6 | 5,2 | 0,2 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 92,8 | 6,4 | 0,8 | 96,1 | 3,3 | 0,7 | 93,8 | 5,7 | 0,6 |

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)

Elaboración Propia.

Los datos del cuadro 5, nos dan a conocer la tendencia de cobertura del control prenatal en establecimientos de salud "EE.SS" del Ministerio de Salud (MINSA), agrupando a *Hospitales, Centros y Puestos de Salud*; además se considera el contexto de referencia como el ámbito tradicional "Trad.", cuyos partos son atendidos en el domicilio o casa de la partera y, el sector privado, identificado como "Otros", donde los partos son asistidos en clínicas, consultorios u organizaciones no gubernamentales.

Resaltamos que estos datos porcentuales derivan de la muestra de mujeres que tuvieron algún CPN (Cuadro 2, Cap. IV).

En **1996**, la principal elección de las mujeres *rurales y población pobre* para realizar el CPN, son los EE.SS. del sector público, accediendo entre 69,9 y 79,3%, compartiendo con el ámbito tradicional; mientras que las mujeres urbanas, se atendían en los EE.SS. y el sector privado. Hacia el año **2000**, la cobertura se incrementa en el sector sanitario, con menor proporción de los dos ámbitos restantes.

Es así que en el año **2005** en las tres áreas, la asistencia pre natal casi se consolida en el sector sanitario, logrando alrededor del 90% de cobertura, desplazando al sector tradicional y privado para brindar esta atención, coincidiendo además, con los altos porcentajes de afiliación al SIS. Hacia el año **2010y 2012**, tanto en zonas urbanas, rurales y entre la población pobre, la tendencia de la atención prenatal en el sector sanitario se mantiene alta, con cifras de 95% a más. Entre las tres áreas no se aprecia diferencias marcadas de cobertura, dado que los porcentajes se muestran similares.

Sin embargo, al final del periodo en estudio, aún existe una proporción de mujeres que disponiendo del SIS, buscan atención en el sector privado, principalmente en zonas urbanas, lo que expresaría las filtraciones existentes en el proceso de aseguramiento por población que no es objetivo del SIS.

En apariencia, el panorama de 1996 nos evidencia una fuerte proporción de la elección del CPN en EE.SS. (más del 70%), por mujeres rurales, lo que no adquiere significación cuando se trata de cumplir con el mayor número de CPN, cifras que en este año caen casi a la mitad (cuadro 3, Cap. IV); y lo mismo ocurre con el CPN en el primer trimestre de la gestación (cuadro 4, Cap. IV). En cambio, la situación es contraria para el año 2012, donde se equipara la elección sanitaria para la asistencia pre natal, así como el mayor número de CPN.

Aplicado el análisis de tendencia de coberturas, procedemos a realizar **la tasa de crecimiento** del CPN en EE.SS. Así, en el periodo pre SIS 1996-2000, la *Costa rural* logra un crecimiento de 5,3%; en el periodo SIS 2000-2005, alcanza el **20,1%** y en el tercer periodo 2005-2010, la tasa tiene una tendencia decreciente de -11,4%. La *Sierra rural*, logra una tasa de crecimiento de 14,7% en el primer periodo pre SIS; un 10,4 % en el

segundo; y en el tercer periodo logra un crecimiento de 10,7%. La *Selva rural*, crece hasta un 5,9% en el primer periodo; un 8,6% en el segundo y en el tercero 0,9%. Podemos observar que, *nuevamente la Costa rural prevalece en mayor tasa de crecimiento en el periodo SIS 2000-2005, con 20,1%*.

Se esperaría que la tasa de crecimiento de la Costa Rural, en el tercer quinquenio 2005-2010, también presente una tendencia positiva, sin embargo, nos muestra una tasa decreciente (-11,4%), ello estaría asociado con la elección del CPN en el ámbito privado (7,4% año2010), aun cuando el 85,1% de las gestantes están afiliadas al SIS (cuadro 1, Cap. IV), lo cual también nos mostraría la filtración de la población no objetivo al SIS.

Durante el periodo en estudio (1996-2012), se observa la tendencia creciente de la elección del sector sanitario para la atención pre natal. Por un lado, estaría en relación a la mayor disponibilidad de infraestructura. Así, entre los años 1990 al 2010, los establecimientos del MINSA se han incrementado hasta en 52,1%, de los cuales, los que tienen mayor capacidad resolutive se desarrollan en la Costa, llámese Centros de Salud y Hospitales, mientras que en la Sierra y Selva se implementan establecimientos para la atención primaria, como los Puestos de Salud,¹⁹⁴ debido a que en estas áreas, existe una mayor población rural y más dispersa que en la Costa. En concordancia con la disponibilidad de infraestructura, nuestros datos expresan el uso de ellos, sea en el nivel que corresponda.

Por otro lado, el alcance del SIS entre la población rural y pobre, también estaría involucrado en la importante cobertura pre natal en el sector sanitario.

El gran uso de los EE.SS., del sistema oficial, por las mujeres rurales y pobres para la atención pre natal, principalmente en el nivel primario de atención, implica también otra oportunidad para el sistema sanitario, sin embargo, no deja de tener su aspecto limitante, tanto en el periodo antes del SIS como en el intervenido por éste. En el

¹⁹⁴ Véase, grafico 15 "Evolución de la Infraestructura en Salud" años 1990-2010, del Capítulo II.

primero, aun con las *limitaciones de infraestructura*, el acceso era diversificado, es decir, la mujer gestante que decidía buscar atención pre natal lo hacía cerca de su casa o en cualquier nivel de atención, ya que las normas establecían el uso de ellos según la necesidad de la gestante. En el segundo periodo, cuando la intervención del SIS, el mecanismo de adscripción para la afiliación considera el domicilio de la mujer cercano o con jurisdicción al EE.SS., y advierte el primer contacto y las atenciones regulares con este, en tanto se presente la necesidad de algún examen o atención cuyo diagnóstico amerite el uso de uno de mayor complejidad, y ello se realiza bajo el sistema de referencia condicionado por un trámite administrativo, excepto sea una emergencia.¹⁹⁵

Si bien este sistema implica cierto orden para las atenciones, se torna restrictivo a una población con mayores carencias, más aun cuando estas coexisten con los establecimientos de menor complejidad o de atención básicamente primaria y aun con proveedores en un número mínimo, sumándose a ello un horario restringido, con las limitaciones de acceso durante las 24 horas del día.

Con el cuadro siguiente podremos corroborar la presencia de profesionales en los EE.SS. del MINSA.

¹⁹⁵ Resolución Ministerial Nro. 315-2007/MINSA. Aprueba la Directiva Nro. 110-2007- MINSA/DGSP-V.01 Implementación de Flujogramas de procesos de atención de afiliados del Seguro Integral de Salud, en los Establecimientos del MINSA. Lima 16/04/2007.

| CUADRO 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|------|------|-------|------|------|------|-------|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TRADICIONAL EN LAS ATENCIONES DE CONTROL PRENATAL, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | | | | |
| Años | | 1996 | | | | 2000 | | | | 2005 | | | | 2010 | | | | 2012 | | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Med | Obst | Otro | Trad. | Med | Obst | Otro | Trad. | Med | Obst | Otro | Trad | Med | Obst | Otro | Trad | Med | Obst | Otro | Trad |
| Costa | Urbana | 45,5 | 48,7 | 0,6 | 5,2 | 36,1 | 59,1 | 4,2 | 0,6 | 12,0 | 85,7 | 2,3 | 0,0 | 20,8 | 73,5 | 4,1 | 1,6 | 16,1 | 81,5 | 2,0 | 0,4 |
| | Rural | 36,9 | 40,7 | 0,6 | 21,8 | 23,0 | 52,3 | 18,9 | 5,8 | 13,9 | 64,4 | 19,4 | 2,3 | 13,6 | 59,4 | 21,1 | 5,9 | 12,1 | 75,9 | 10,7 | 1,3 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | | | 11,9 | 71,0 | 15,4 | 1,8 | 14,6 | 62,2 | 19,0 | 4,4 | 12,2 | 78,6 | 8,1 | 1,2 |
| Sierra | Urbana | 34,2 | 61,5 | 1,7 | 2,6 | 27,6 | 49,1 | 23,0 | 0,3 | 15,7 | 60,4 | 23,9 | 0,0 | 17,1 | 72,2 | 10,7 | 0,0 | 23,0 | 66,5 | 10,5 | 0,0 |
| | Rural | 21,4 | 67,8 | 7,6 | 3,2 | 11,3 | 34,2 | 53,8 | 0,7 | 10,9 | 39,5 | 49,6 | 0,0 | 8,1 | 45,4 | 46,4 | 0,1 | 12,6 | 58,5 | 28,8 | 0,1 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | | | 10,5 | 41,3 | 48,3 | 0,0 | 11,4 | 55,7 | 32,8 | 0,2 | 13,4 | 60,1 | 26,4 | 0,2 |
| Selva | Urbana | 50,1 | 47,9 | 1,1 | 0,9 | 28,9 | 55,7 | 14,2 | 1,0 | 20,8 | 69,1 | 10,1 | 0,0 | 13,9 | 73,4 | 10,9 | 1,8 | 17,1 | 71,3 | 9,1 | 1,9 |
| | Rural | 34,4 | 37,7 | 16,7 | 11,2 | 20,3 | 34,4 | 42,3 | 3,0 | 10,9 | 43,5 | 43,8 | 1,8 | 11,7 | 44,6 | 43,3 | 0,4 | 11,3 | 44,9 | 43,0 | 0,8 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | | | 10,6 | 54,9 | 32,8 | 1,8 | 11,4 | 58,8 | 29,3 | 0,5 | 12,8 | 58,8 | 27,3 | 1,2 |

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)

Elaboración Propia.

El cuadro 6, hace referencia a profesionales calificados como médico y obstetra, además de otro personal capacitado y personas tradicionales, los cuales participan en la atención del CPN. Las Normas del Ministerio de Salud establecen estándares de atención según perfiles profesionales, ello se acredita en las Definiciones Operacionales de los años 2010¹⁹⁶ y 2013,¹⁹⁷ donde se señala que el control prenatal, debe ser atendido principalmente por Médico, Ginecólogo u Obstetra.

Los profesionales de la salud *-Médico y Obstetra -*, tienen funciones establecidas dado el grado de complejidad de la profesión. Así, el Gineco-Obstetra asume la especialidad de su formación médica, el médico general sin llegar a la atención especializada y el/la Obstetra,¹⁹⁸ profesional con formación exclusiva en la atención de control prenatal, parto y puerperio. En ausencia de los tres primeros, estas actividades

¹⁹⁶Ministerio de Salud [MINSa] –Presupuesto por Resultados [PpR] (2010). *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, VIH SIDA y TBC, Metaxenicas-Zoonosis, Enfermedades no transmisibles*. Lima.

¹⁹⁷Ministerio de Salud [MINSa] – Presupuesto por Resultados [PpR] Documento de trabajo preliminar (2012): *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013*. Lima

¹⁹⁸ Ley 27853, Ley del trabajo de la Obstetiz. Octubre 2002.

pueden ser atendidas por otros proveedores de salud con capacitación en salud reproductiva, en los niveles primarios de atención. En el país, la responsabilidad de la atención del embarazo parto y puerperio, es compartida por el médico general, el médico Gineco-Obstetra y la Obstetra de acuerdo a la complejidad de atención.¹⁹⁹

Desde el año **1996** hacia el **2012**, la cobertura pre natal realizada por profesionales calificados se ha incrementado en todas las áreas y entre la población pobre, predominando en la atención, el/la profesional Obstetra, según los porcentajes observados en el cuadro de referencia. Sin embargo, la participación profesional competente es marcadamente menor en zonas rurales y entre la población pobre, con relación a las urbanas, siendo remplazada esta actividad por otro personal de salud y en menor porcentaje por tradicionales.

La ENDES del **año 1996**, recoge la atención conjunta de obstetras y enfermeras, donde la participación de estas profesionales, en las zonas rurales, llegaba desde 37,7 al 67,8%, con mayor porcentaje en la Sierra; mientras que en las zonas urbanas oscilaba entre el 47,9 y el 61,5%. Los médicos participaban en el CPN rural desde el 21,4 hasta el 36,9%, teniendo mayor presencia en las urbanas entre 34,2 a 50,1%. Respecto al área geográfica, los médicos tenían una mayor participación en la Costa, mientras que las obstetras, en la Sierra.

Hacia el **año 2000**, la participación del médico decrece en las zonas rurales, dado que las obstetras se incorporan en mayor número a los servicios sanitarios del MINSA para asistir la salud materna básicamente en condiciones normales, mientras que los médicos atienden las complicaciones. Además, en estas zonas, la atención se comparte con personal capacitado y en mínimo porcentaje, con tradicional.

La cobertura del **año 2005** al **año 2012**, nos muestra el incremento de proveedores calificados para la atención del CPN, principalmente de obstetras, aunque

¹⁹⁹Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud del Perú [IDREH] [MINSA] (2006). El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. n. 5. 75pp. Lima.

en las zonas rurales y entre la población pobre, la participación de estas profesionales permanece por debajo de las urbanas. En Sierra y Selva rural, hacia el año 2012, las obstetras tienen a su cargo el 58,5 y 44,9% de los CPN, mientras que los médicos alrededor del 12% en ambas áreas. En la Costa las obstetras participan hasta en un 75,9% de los CPN, por encima de Sierra y Selva. Aunque es la población pobre la que más se beneficia con estas profesionales.

La tendencia sostenida de la cobertura de atención pre natal con proveedores calificados, en todo el periodo de estudio, con predominio en la Costa, estaría relacionado con la mayor concentración de profesionales en los departamentos de esta zona, que desde el año 1996 al 2010 evoluciona paralelamente a la cobertura de atenciones del CPN.

Al respecto, según el reporte de Recursos Humanos en Salud,²⁰⁰ para el año 1996 *la razón de médicos* en la Costa era de 4.9 por 10,000 habitantes, seguido de la Selva con 3.5 y en la Sierra 2.8. En el año 2004, la concentración de estos profesionales se incrementa en la Costa, en tanto que disminuye en la Selva y Sierra, con 5.2, 3.1 y 2.7 respectivamente. La razón de Obstetras por 10,000 mujeres en edad fértil (MEF), es 2.5 en la Costa, 2.2 en la Sierra y 2.3 en la Selva, con prevalencia de la Costa. Hacia el año 2010, continua la ventaja de la Costa con la mayor razón de médicos, 5 por 10,000 habitantes, aunque se incrementa en la Sierra a 4.3 y Selva 3.3 respecto al año 2004. En el último año citado (2010), son las Obstetras las que tienen una mayor presencia en la Sierra a razón de 4.3 por 10,000 MEF, mientras que en la Costa es menor, 3.8, y en la Selva 3.3.

Si relacionamos estos datos con los de nuestro cuadro, veríamos que mientras se incrementa la razón de obstetras en la Sierra, la participación de estas profesionales

²⁰⁰ Elaboración propia, de la estimación de la Tasa de profesionales por 10,000 habitantes, contando con la población INEI para el año 1996, conjuntamente a los datos disponibles en: Ministerio de Salud [MINSAL]. 2° CENSO DE INFRAESTRUCTURA SANITARIA Y RECURSOS DEL SECTOR SALUD 1996. Lima. ; Para el año 2004 se toman los datos disponible en: **Arroyo, J., Hartz, J., & Lau, M.** (2011). *Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. Serie Bibliográfica de Recursos Humanos de Salud* (No. 14). Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, **Observatorio Nacional de Recursos Humanos** en Salud del Perú [IDREH], [MINSAL] (2006). *El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud*. Serie n.5. 75pp. Lima

en el CPN es menor, con relación a la Costa, pero mayor a la Selva. Este hecho se explicaría porque en la Sierra del año 2000 (no se toma el dato de año 1996 debido a que la ENDES recoge la participación conjunta de obstetras y enfermeras), las obstetras asisten solo en el 34,2% de los CPN y en el año 2012 alcanzan hasta el 58,5%, y la brecha de incremento entre ambos porcentajes es **24,3%**. Para el caso de la Costa, en el año 2000 la asistencia al CPN logra hasta un 52,3% y en el año 2012 el 75,9%, cuyo incremento es 23.6%. De la misma forma, en la Selva los porcentajes de participación entre ambos años son 34,4% y 44,9%, con un incremento resultante del 10,5%.

Entonces, aun cuando la participación porcentual de la obstetra en el CPN, en la Sierra es menor, existe un incremento meritorio de profesionales calificadas, entre ambos periodos con respecto a las otras dos zonas evaluadas.

Respecto a **la tasa de crecimiento**, valorando la participación de la Obstetra, por ser la profesional formada con exclusividad para la atención materna, realizamos la comparación, solo en el periodo con el SIS 2000-2005 y 2005-2010, debido a que la ENDES del año 1996 involucra en sus estadísticas la atención conjunta de la Obstetra y la enfermera. La tasa de crecimiento de la participación de la Obstetra en el CPN, en el periodo 2000 al 2005 en la Costa rural llega al 23,1% y en el periodo 2005-2010 disminuye al -7,7%. En la Sierra rural, en el primer periodo alcanza un crecimiento de 15,4% y en el segundo 14,9%. Igualmente, en la Selva rural, en el primer periodo el crecimiento es **26,4%** y en el segundo se contrae a 2,5%. En resumen, *el mayor crecimiento de participación de obstetras en el CPN, acontece en la Selva rural, en el periodo 2000-2005*, seguida de Costa y Sierra. En el siguiente periodo es en la Sierra donde se da la mayor tasa de crecimiento, hasta el 14,9%.

Relacionando la cobertura de la asistencia pre natal en los EE.SS., bastante alentadora en todas las áreas (cuadro 5, Cap. IV), y la atención por personal calificado (cuadro 6, Cap. IV), las gestantes rurales y población pobre de Sierra y Selva, encuentran menos posibilidades de profesionales calificados para la atención pre natal, atención que se comparte con otros proveedores de salud, lo cual las pondría en desventaja frente a las de Costa, siendo una de las limitaciones de la oferta materna, entre la

población con mayores necesidades. Señalamos que la distribución de profesionales calificados se encuentra con mayor concentración en la Costa, así, los médicos prevalecen más en esta zona, mientras que obstetras y enfermeras en el ámbito de Sierra y Selva. (Gráfico 14: Personal sanitario – Tasa por 10,000 Habitantes Años, 1996 – 2010, Cap. II).

Algunas estadísticas con relación a la atención calificada del CPN, como el del INEI (2013),²⁰¹ nos dan a conocer que para el año 2012, el “porcentaje de gestantes que recibió atención prenatal por proveedor de salud calificado” fue el 86,8% en el quintil I, y el 96,2% en el quintil II, coberturas casi el doble de las nuestras. Pero observemos que el INEI se refiere a “porcentaje de gestantes” cuando la pregunta de las encuestas es abierta, es decir que la entrevistada puede responder a uno o más²⁰² proveedores que la atendieron, por lo tanto, el enfoque del INEI no sería adecuado, toda vez que la respuesta guarda pluralidad sobre la asistencia profesional en el CPN. Esta discrepancia, explicaría la diferencia de los resultados desde ambas perspectivas.

Si bien es importante la atención por proveedor calificado, que según nuestros datos se han incrementado a lo largo del periodo, también es importante evidenciar la presencia de ellos, “como equipo de salud” en las atenciones pre natales, dado que cada uno tiene determinadas funciones según la complejidad del establecimiento, por ende, se hace necesario establecer indicadores en función de “equipos de salud” compuesta por varios proveedores calificados, lo cual cerraría las brechas de las carencias de recursos humano aislado.

Integrando las coberturas, *CPN en EE.S., y profesionales que atienden*, bajo las normas del MINSa, las implicancias de lo positivo para las mujeres urbanas, radicaría en la creciente oportunidad de asistencia calificada, mientras que para las rurales y

²⁰¹Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES] (2012). *Atención de CPN por personal calificado*. Lima. Pág. 189, Cuadro nro. 8.2 y Pág. 190.

²⁰²En el cuestionario de la ENDES, cuando se aborda quien atendió el CPN, aparece “¿Con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más?INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONÓ”; También se verifica las respuestas de las entrevistadas en la base de datos de la ENDES 2012, encontrado en varias de ellas que más de un proveedor las atendió.

población pobre, iría en desmedro del acceso a la atención calificada, especialmente en Sierra y Selva, lo cual condicionaría deficiencias en la capacidad diagnóstica. Por otro lado, la alta cobertura de afiliación en este grupo de población, obtendría una respuesta limitada de atención pre natal por profesional idóneo. En este sentido, aludiendo al comentario que se realiza en el cuadro 4 del presente capítulo, respecto al “desarrollo y libertad”, que con el aseguramiento supone el involucramiento en el sistema sanitario, el impulso que el SIS genera hacia los servicios de salud, se torna restrictivo en el interior del sistema sanitario, ante la limitada asistencia calificada, que ofrece inequidad para una mujer gestante de zona rural y de población pobre, con mayores probabilidades de complicaciones con relación a la mujer urbana.

Consideramos citar investigaciones acerca de la participación de profesionales calificados y sus implicaciones cuando abordemos la atención de parto, dado que ellas involucran a los proveedores en todo el proceso de atención materna, lo que se expondrá en detalle más adelante.

El acceso al contexto general de la atención pre natal, nos lleva a realizar el análisis de la cobertura de las intervenciones maternas más concretas, donde se considera el paquete básico pre natal.

- **Acceso a intervenciones concretas: *paquete básico prenatal***

Continuando con el análisis del marco pre natal, los siguientes cuadros, 7 al 11, se dedican a mostrar la tendencia de coberturas del paquete básico pre natal, donde se abordan: *los procedimientos clínicos, exámenes de laboratorio, VAT, hierro y educación sanitaria*. Aplicaremos también la tasa de crecimiento por cada uno de ellos, para luego citar algunos estudios con el objetivo de comparar sus resultados con los nuestros.

| CUADRO 7 | | | | | | |
|---|--|----------------------|------|-----------------------------|------|------|
| PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN CLÍNICA DURANTE EL CONTROL PRENATAL, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | |
| (Porcentaje, promedio) | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | 1996 | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 |
| Costa | Urbana | sd | 97,7 | 98,2 | 99,2 | 99,6 |
| | Rural | sd | 91,7 | 97,3 | 98,6 | 98,9 |
| | Pob. Pobre | | | 97,9 | 98,6 | 99,0 |
| Sierra | Urbana | sd | 99,1 | 100,0 | 99,6 | 99,5 |
| | Rural | sd | 96,0 | 98,4 | 99,5 | 99,3 |
| | Pob. Pobre | | | 98,4 | 99,3 | 99,3 |
| Selva | Urbana | sd | 97,8 | 100,0 | 99,5 | 99,7 |
| | Rural | sd | 99,2 | 95,5 | 98,5 | 98,1 |
| | Pob. Pobre | | | 97,0 | 98,6 | 98,9 |

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2005, 2010, 2012 (5 anteriores a la encuesta)
Elaboración propia

El cuadro 7 ofrece datos porcentuales en promedio, de la Cobertura de procedimientos clínico obstétricos realizados durante CPN, como; *el peso, presión arterial, altura uterina y latido cardiaco fetal*,²⁰³ procedimientos que recogen las ENDES a lo largo del periodo en estudio, excepto en 1996 donde ellos no son registrados. Se precisa que la ENDES del año 2000, considera el peso y presión arterial, y en las ENDES 2005 al 2012 se incluye altura uterina y latido cardiaco fetal.

En una mirada general a los resultados del cuadro actual, en el **año 2000**, la cobertura promedio de las actividades clínicas mantienen porcentajes elevados, entre

²⁰³ El control de peso materno, es una de las acciones de rutina durante la consulta pre natal, contribuye al cálculo de la ganancia ponderal materna, ello evalúa la evolución normal del embarazo y el estado nutricional de la madre y su niño y, permite conocer el riesgo individual de presentar recién nacidos de bajo peso, o alteraciones del crecimiento fetal, conjuntamente con la medida de la altura uterina. Así mismo, el examen del latido cardiaco fetal, es un indicador de bienestar fetal. En **Schwarz et al.**, (1986). *Obstetricia*. Cuarta edición. Librería el Ateneo-Editorial. Buenos Aires. De otro lado, la importancia de medir la presión arterial en el embarazo, implica la detección oportuna de la toxemia del embarazo que para la OMS continúa siendo una de las causas más importantes de mortalidad materna, en: **Organización Mundial de la Salud [OMS] Mortalidad Materna. Centro de Prensa, Nota descriptiva N°348. Ginebra, Mayo.**

el 91,7 y el 99,2%, tanto en zonas rurales como en urbanas. De igual forma, los años posteriores **2005, 2010 y 2012**, en ambas zonas (urbana-rural), la incidencia de cobertura se muestra por encima del 95%, valores que se repiten en la población pobre. No evidenciamos diferencias entre las zonas en estudio.

No se estima la tasa de crecimiento dada las elevadas coberturas de atención en todo el periodo en estudio.

La tendencia del alto porcentaje de cobertura, se asociaría a la disponibilidad de material necesario para realizar estas atenciones. La Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales básicas,²⁰⁴ nos indica que la disponibilidad de instrumental en el consultorio prenatal en los EE.SS., de Costa llega hasta un 75%, en la Sierra al 80%, y en los establecimientos de Selva al 75%.²⁰⁵

Continuando con el análisis de los componentes pre natales, presentamos el siguiente cuadro que nos detalla la cobertura de los exámenes básicos de laboratorio.

²⁰⁴La Capacidad resolutiva pre natal se elaborara a partir de los datos disponibles, en: Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011). *Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales - ENESA 2009 – 2011, Principales Resultados*. Lima. (Se analizan los establecimientos de salud que pertenecen a los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Puno, como representativos de Sierra; El departamento de La Libertad de Costa y, Amazonas de Selva. Los departamentos restantes, Lambayeque, Piura y Loreto, no consignan datos en este estudio).

| CUADRO 8 | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--------|-----------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|
| EXÁMENES BÁSICOS DE LABORATORIO EN EL CONTROL PRENATAL, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | |
| Años | | 2000 | | 2005 | | 2010 | | 2012 | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | ORINA | SANGRE | ORINA | SANGRE | ORINA | SANGRE | ORINA | SANGRE |
| Costa | Urbana | 72,9 | 69,2 | 93,6 | 90,9 | 92,0 | 74,3 | 95,4 | 89,8 |
| | Rural | 45,8 | 41,0 | 69,4 | 74,8 | 79,2 | 59,1 | 77,3 | 64,6 |
| | Pob. Pobre | | | 67,5 | 71,7 | 79,6 | 59,8 | 83,7 | 72,2 |
| Sierra | Urbana | 66,3 | 61,8 | 84,0 | 81,9 | 89,9 | 63,6 | 90,5 | 71,8 |
| | Rural | 32,5 | 28,9 | 55,7 | 53,1 | 76,9 | 47,6 | 85,9 | 68,3 |
| | Pob. Pobre | | | 56,3 | 54,9 | 74,0 | 54,6 | 86,0 | 67,0 |
| Selva | Urbana | 77,3 | 74,3 | 91,2 | 87,6 | 88,5 | 80,8 | 91,8 | 87,9 |
| | Rural | 41,2 | 37,8 | 55,4 | 50,3 | 62,0 | 41,0 | 65,1 | 69,4 |
| | Pob. Pobre | | | 64,3 | 59,2 | 71,9 | 55,6 | 77,7 | 71,9 |

Fuente: ENDES 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)

Elaboración Propia

Parte importante del paquete básico de atención prenatal incluye los exámenes de laboratorio, *orina*²⁰⁶ y *sangre*,²⁰⁷ los cuales se contemplan en las Normas de Salud Materna. Estos datos se obtienen a partir de la ENDES 2000 dado que la ENDES de 1996 no los consigna.

²⁰⁶ Durante la gestación los factores hormonales y mecánicos contribuyen a cambios en las vías urinarias, como son: aumento del flujo sanguíneo y volumen vascular renal con un aumento del tamaño del riñón y en el gasto urinario, dilatación de uréteres, disminución del tono vesical y duplicación de su capacidad hiperplasia e hipertrofia del trigono y, al final del embarazo, el útero desplaza a la vejiga, haciéndola más abdominal que pélvica, estos cambios facilitan la estasis urinaria y reflujo vesico ureteral y, durante el tercer trimestre crean la oportunidad para desarrollo de infección sintomática de las vías urinarias En: **Ñañez, H., & Ruiz, A.,** (1999). Infección Urinaria y Embarazo. *Texto de Obstetricia y Perinatología*. Facultad de Medicina-Instituto Materno Infantil de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Pág. 599-607. De otro lado, la infección de vías urinarias (IVU), es la complicación más frecuente en el embarazo. En los últimos años existen avances en el conocimiento de su patogénesis, historia natural y tratamiento, sin embargo, persiste la preocupación por la incidencia actual de partos prematuros y restricción del crecimiento intrauterino, secundario a esta entidad. Por tanto, es a través del examen de orina, alcanzar el diagnóstico de algunas enfermedades propias renales o extra renales y prevenir posibles complicaciones. En: **Cram, L. F., Zapata, M. I., Toy, E. C., & Baker 3rd, B.** (2002). Genitourinary infections and their association with preterm labor. *American family physician*, 65(2), 241-248.

²⁰⁷ Respecto del examen de sangre, en toda embarazada se debe realizar la determinación del grupo sanguíneo y factor RH y reconocer precozmente la incompatibilidad y la posibilidad de enfermedad hemolítica del recién nacido, para tomar las medidas necesarias y conservar la vida del niño y aun graves hemorragias maternas. En; **Pschyrembel, W.** *Obstetricia Práctica* (1981). Cuarta edición. Editorial labor. S.A. Barcelona. Pag. 414.

Las normas de atención materna del MINSA, incluye en el análisis de sangre el examen de Hemoglobina para la determinación de la anemia gestacional, así como el examen de VIH SIDA y Sífilis, por las importantes implicancias que tienen estos eventos en la vida de la madre y el niño, no obstante para nuestro estudio se considera en forma general ambos exámenes, dado que los datos más específicos solo se registra a partir del 2010.

Los resultados del cuadro 8, nos muestran que en el año **2000**, la cobertura de mujeres gestantes rurales con **examen de orina**, alcanzaron porcentajes de 32,5 a 45,8%, menos que en las zonas urbanas, las que casi doblan las coberturas desde 66,3 hasta 77,3%. Así mismo, se esperaba que el **examen de sangre** se realizase en la misma proporción que el anterior, lo cual se estipula en las Normas, sin embargo, éste, alcanza porcentajes de cobertura por debajo del primer examen: en las zonas rurales, oscila entre el 28,9 y el 41,0%, mientras que en las urbanas del 61,8 al 74,3%. Respecto al contexto geográfico, son la Sierra y Selva las que tienen menos cobertura en ambos exámenes frente a la Costa.

La cobertura de las pruebas de laboratorio evidentemente se incrementa en los siguientes años, **2005, 2010 y 2012**, entre todas las áreas, aunque continúa la diferencia entre ambos exámenes. Así, al año 2012 el examen de orina se presenta entre 90,5 y el 95,4% entre las mujeres urbanas, y entre el 65,1 a 85,9% para las rurales; mientras que el examen de sangre, permanece por debajo de la cobertura del análisis de orina: entre las mujeres urbanas se sitúa entre el 71,8 y el 89,8%; y en las rurales entre el 64,6 y el 69,4%. La población pobre, presenta porcentajes cercanos a la zona rural.

En suma, la tendencia de la cobertura del *examen de orina* entre los años 2000 al 2012, toma una preferencia ascendente con marcados valores porcentuales, en cambio, la tendencia del *examen de sangre*, toma un comportamiento cíclico, con valores de incremento y decremento en todo el periodo y siempre por debajo de las frecuencias del primer examen. Así mismo, son las zonas rurales y población pobre las que menos acceso tienen con respecto a ambos exámenes. No establecemos prevalencia entre las tres áreas geográficas por no encontrar diferencias marcadas entre ellas, aunque consideramos importante comparar la **tasa de crecimiento** entre el primer periodo con SIS años 2000-2005 y el segundo periodo, años 2005 -2010.

Tomando, en primer lugar, como referencia el *examen de orina* para el primer periodo 2000-2005, en la Costa rural, se produce una tasa de crecimiento de 51,5% y en el siguiente quinquenio, 2005-2010, se alcanza el 14,1%. En la Sierra rural, en el primer periodo llega a una tasa de **71,3%** y en el segundo periodo al 38,0%. La Selva rural, en el

primer quinquenio tiene un crecimiento de 34,4%, mientras que en el segundo del 11,9%. Entre los tres ámbitos, es *la Sierra rural, la que prevalece con la mayor tasa de crecimiento en el primer periodo del SIS, con el 71,3%*

En referencia al *examen de sangre*, podemos observar que en la Costa rural, en el primer quinquenio, se logra una tasa de crecimiento del 82,4%, pero en el siguiente quinquenio se contrae el -20,9%. La Sierra rural guarda la misma tendencia, pero con valores más altos, logrando un crecimiento de **86,5%** en el primer quinquenio y una caída del -11,6% en el segundo periodo. De igual forma, la Selva rural, logra una tasa de crecimiento de cobertura en el primer periodo del 33,0% y en el segundo se deprime hasta en -18,4%. Llama la atención la disminución de la tasa de crecimiento del examen de sangre en el segundo periodo, y creemos analizar como excepción, la tasa de crecimiento entre los años 2010-2012, buscando si esta tendencia continua hacia estos años; encontrando más bien, que se revierte hacia la recuperación con un crecimiento positivo en los tres ámbitos, prevaleciendo el crecimiento esta vez en la Selva Rural, donde se alcanza una tasa del 69,2%, seguida de Sierra con 43,4% y Costa con 9,3%. En suma, *es la Sierra rural la que alcanza la mayor tasa de crecimiento en el primer quinquenio con 86,5%*.

Es probable que el crecimiento oscilatorio, y principalmente la tasa decreciente del examen de sangre del segundo quinquenio 2005-2010, estuviera relacionado a la capacidad resolutoria del servicio de salud, que según el informe de la Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva así como del personal que labora en los laboratorios de la Red Chucuito, indican probablemente que la "novedad del SIS", para el quinquenio del 2000 al 2005, hizo que se contara con la disponibilidad de los insumos para realizar este examen, pero con posterioridad a este año, se produce una carencia de ellos por "falta de presupuesto", ante el aumento de la demanda afiliada al SIS. Para los años 2010 y posteriores a este, la entrada en vigencia de los documentos normativos del MINSa "Presupuesto por Resultados" (PpR), del año 2010, el cual establece y detalla la cobertura de diversas actividades materna infantiles, entre las cuales los exámenes de laboratorio en la gestación, es una normativa de cumplimiento que obligaba a la disponibilidad de dichos insumos en los laboratorios del sector sanitario, además del

financiamiento del SIS, por ende, mejoró la capacidad resolutoria de este servicio, lo cual se vería reflejado en la tasa de crecimiento del periodo 2010-2012.

Cuando las normas establecen este tipo de exámenes, lo hacen en función de razones que se involucran con el propio proceso de gestación y que ellas puedan contribuir a la identificación del riesgo o no, en la vida de la madre, en la del feto y en la del neonato. En razón del *examen de orina*, este se realiza debido a que es un procedimiento de apoyo diagnóstico a la infección urinaria, siendo esta patología una de los problemas del embarazo más comunes en el mundo,²⁰⁸ especialmente en los países en vías de desarrollo,²⁰⁹ debido a los cambios fisiológicos inducidos por la gestación.²¹⁰

Sobre el particular, mencionamos algunos antecedentes de prevalencia de infección urinaria en la gestación. Un estudio realizado en México en el año 2006, reporta que el 16,7% de las gestantes desarrollaron la infección del tracto urinario (ITU) y el 25% presentaron bacteriuria asintomática.²¹¹ Otro estudio realizado en Trujillo, en 2011,²¹² evidencia que la bacteriuria asintomática en gestantes llega al 31,15%. Igualmente, en el estudio realizado en el año 2007 en gestantes de altura en Cusco, se

²⁰⁸Mittal, P. & Wing, D.A. (2005). *Urinary tract infections in pregnancy*. Clinics in Perinatology. PubMed. 32(3), 749-764.; Turay, A. A., Eke, S. O., Oleghe, P. O., & Ozekhome, M. C. (2015). The prevalence of urinary tract infections among pregnant women attending antenatal clinic at Ujoelen primary health care centre, Ekpoma, Edo state, Nigeria. *International Journal of Basic, Applied and Innovative Research*, 3(3), 86-94; Vasconcelos-Pereira, E. F. D., Figueiró-Filho, E. A., Oliveira, V. M. D., Fernandes, A. C. O., Fé, C. S. D. M., Coelho, L. R., & Breda, I. (2013). Urinary tract infection in high risk pregnant women. *Rev. patol. trop*, 42(1), 21-29.

²⁰⁹Dimetry, S. R., El-Tokhy, H. M., Abdo, N. M., Ebrahim, M. A., & Eissa, M. (2006). Urinary tract infection and adverse outcome of pregnancy. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 82(3-4), 203-218.

²¹⁰Campos Solórzano, T., Canchucaja Gutarra, L., & Gutarra-Vilchez, R. B. (2013). Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59(4), 267-vol.59, n.4 [citado 2015-03-25], pp. 267-274.

²¹¹Quiroga-Feuchter, G., Robles-Torres, R. E., Ruelas-Morán, A., & Gómez-Alcalá, A. V. (2007). *Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada*. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 45 (2): 169-172.

²¹²Rodríguez Haro, I., Salazar Castillo, M., Jiménez Cuneo, V., Del Rosario Chavarri, J., et al. (2011). Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en el puesto de salud "San Martín" (La Esperanza, Trujillo-Perú). *Revista de la Facultad de Ciencias Biológicas. REBIOL*, 31(2), 1-9. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo

encontró un 17,7% de urocultivo positivo,²¹³ mientras que en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en el 2009, la prevalencia de ITU fue del 10%.²¹⁴

La infección urinaria en las embarazadas implica, además, un factor de riesgo perinatal, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y muerte perinatal,²¹⁵ septicemia, infección intraamniótica, ruptura prematura de membranas, así como restricción del crecimiento uterino.²¹⁶ El parto prematuro a nivel de países latinoamericanos para el año 2011,²¹⁷ ubica al Perú por debajo de Brasil, México, Colombia y Venezuela, mientras que por muertes por prematuridad desplaza a Venezuela. A su vez, esta complicación obstétrica del parto prematuro, trae como consecuencia las muertes neonatales. Citando algunos estudios al respecto, en Ucayali en el año 2011, se reporta una tasa de 14,5 muertes por 1000 nacidos vivos y en Huánuco 12,1.²¹⁸ El MINSA, informa que la tasa de mortalidad neonatal se ha reducido de 24 en 1996 a 9 en el 2012, sin embargo, la proporción de la mortalidad neonatal frente a la mortalidad infantil se mantiene estacionaria en el tiempo, representando el 52,9% de la mortalidad infantil, frente al 49% que tenía en 1992.²¹⁹

²¹³Villamonte, W., Jerí, M., Callahui, R., & Lam, N. (2007). Bacteriuria asintomática en la gestante de altura. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 53(2), 135-139. En: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n2/pdf/A12V53N2.pdf

²¹⁴Alves, D., Guimaraes da Silva, M., & García, C. (2009). La exactitud del examen de orina simple para diagnosticar infecciones del tracto urinario en gestantes de bajo riesgo. *Rev Latinoam Enferm*, 17(4), 507-513. [cited 2015-03-24] En: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

²¹⁵Dimetry, S. R., El-Tokhy, H. M., Abdo, N. M., Ebrahim, M. A., & Eissa, M. (2006). Urinary tract infection and adverse outcome of pregnancy. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 82(3-4), 203-218.; Bérard, A., Santos, F., Ferreira, E., & Perreault, S. (2011). Urinary Tract Infections During Pregnancy. En: <http://cdn.intechweb.org/pdfs/20569.pdf>

²¹⁶Archabald, K. L., Friedman, A., Raker, C. A., & Anderson, B. L. (2009). Impact of trimester on morbidity of acute pyelonephritis in pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 201(4), 406-e1; Duarte, G., Marcolin, A. C., Quintana, S. M., & Cavalli, R. C. (2008). Urinary tract infection in pregnancy. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 30(2), 93-100; Santos JF, Ribeiro RM, Rossi P, Haddad JM, Guidi HG, Pacetta AM, Pinotti JA. (2002). *Urinary tract infections in pregnant women*. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 13(3):204-9.

²¹⁷ Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Un Nuevo Enfoque Global sobre Nacimientos Prematuros*. Ginebra. El Día Mundial del Nacimiento Prematuro destaca cuidados efectivos y de bajo costo, Nuevos compromisos para abordar el tema. En: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121116_wpd_press_release_es.pdf

²¹⁸Velásquez Hurtado, J. E., Kusunoki Fuero, L., Quiliche, P., Gisella, T., Hurtado La Rosa, R., Rosas Aguirre, Á. M., & Vigo Valdez, W. E. (2014). Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas del año 2011 neonatales en Huánuco y Ucayali, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(2), 228-236.

²¹⁹Ávila, J., Tavera, M., & Carrasco, M. (2013). Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011-2012. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Lima. 188 p.

En suma, la actual limitación de la cobertura del análisis de orina, en las zonas rurales y población pobre, expresaría la probabilidad de un diagnóstico deficiente con consecuencias negativas materno perinatales.

Paralelamente a este examen, se realiza el de *sangre*, cuyos valores de hemoglobina, tienden a predecir la anemia gestacional. Si bien la cobertura se ha incrementado en todo el periodo en estudio, en la zona rural y entre la población pobre, permanece en menor proporción que la cobertura urbana, y aun, por debajo de la frecuencia del examen de orina.

Las investigaciones revelan que existen diversos valores en la prevalencia de anemia en gestantes. Así, el Ministerio de Salud en el año 2011, en un estudio representativo nacional, determina que la anemia en gestantes es de 28,0%.²²⁰ Otro estudio peruano del mismo año,²²¹ indica que entre los departamentos de Sierra con mayor prevalencia de anemia en gestantes, se encuentran Huancavelica (53,6%); Puno (51,0%); Ayacucho (46,2%) y Apurímac (40,8%), departamentos considerados en nuestro estudio.

Esta complicación (anemia), también la identificamos en el Instituto de la Maternidad de Tucumán en Argentina (2011), donde se presenta en el 7,4% de gestantes,²²² así como en México, que alcanza el 21,4%²²³ y en Chile el 20%.²²⁴

A su vez, la anemia genera diversas complicaciones en la madre y el feto. Los estudios epidemiológicos de Murphy (1986), Steer (2000), Xiong (2000) y en China, Zhou (1998), han demostrado que bajas concentraciones de hemoglobina pre natal, se

²²⁰ MINSAL. Ministerio de Salud [MINSAL] - Instituto Nacional de Salud [INS] - Centro Nacional de Alimentación y Nutrición [CNAM] (2011). *Informe: Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas*. Lima.

²²¹ Munares-García, O., Gómez-Guizado, G., Carpio, B. D., & Sánchez-Abanto, J. (2012). Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 329-336.

²²² Lazarte, Sandra, Isse Blanca (2011). *Prevalencia y Etiología de Anemia en el embarazo*. Estudio Observacional Descriptivo en el Instituto de Maternidad de Tucumán. *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 2 - Nº 8, 2(8):28-35.

²²³ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México (2012). En: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/AnemiaMujeres.pdf>

²²⁴ Olivares, M., & Walter, T. (2003). Consecuencias de la deficiencia de hierro. *Revista chilena de nutrición*, 30(3), 226-233. Versión On-line ISSN 0717-7518

asocian a un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.²²⁵ También se vincula a la muerte materna entre 20 a 40%, básicamente en países en desarrollo.

Seguidamente en el cuadro 8-A, consideramos analizar la cobertura de ambos exámenes, particularizando el momento en que la gestante debe acceder a ellos. Según la norma vigente, se establece que tanto el examen de orina como el de sangre, deben de realizarse en el primer y cuarto control pre natal. Para efectos de un abordaje más preciso y como referencia general, solo tomamos los análisis en el primer control, así como en el primer trimestre del embarazo de los años 2010 y 2012.

| CUADRO 8 - A | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|---------------|-------------------------------------|------------------|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------|---------------|-------------------------------------|
| EXÁMENES BÁSICOS DE LABORATORIO SEGÚN MOMENTO DE CONTROL PRENATAL , 2010 - 2012 | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | |
| Años | | 2010 | | | | | | 2012 | | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Examen de Orina | | | Examen de Sangre | | | Examen de Orina | | | Examen de Sangre | | |
| | | Ex. Orina | En primer CPN | En primer CPN y en primer trimestre | Ex. Sangre | En primer CPN | En primer CPN y en primer trimestre | ORINA | En primer CPN | En primer CPN y en primer trimestre | SANGRE | En primer CPN | En primer CPN y en primer trimestre |
| Costa | Urbana | 92,0 | 50,9 | 41,2 | 74,3 | 50,9 | 39,9 | 95,4 | 59,6 | 39,4 | 89,8 | 51,5 | 37,0 |
| | Rural | 79,2 | 39,4 | 27,7 | 59,1 | 32,7 | 25,7 | 77,3 | 44,5 | 31,6 | 64,6 | 39,3 | 26,9 |
| | Pob. Pobre | 79,6 | 43,7 | 31,0 | 59,7 | 40,7 | 27,2 | 83,7 | 48,3 | 31,0 | 72,2 | 44,2 | 27,2 |
| Sierra | Urbana | 89,9 | 52,5 | 33,3 | 63,6 | 48,5 | 31,1 | 90,5 | 56,4 | 38,9 | 71,8 | 51,6 | 34,5 |
| | Rural | 76,9 | 49,9 | 33,9 | 47,6 | 42,9 | 28,7 | 85,9 | 49,4 | 34,9 | 68,3 | 42,9 | 29,4 |
| | Pob. Pobre | 74,0 | 50,6 | 34,4 | 54,3 | 44,3 | 29,7 | 86,0 | 51,4 | 36,6 | 67,0 | 44,5 | 30,0 |
| Selva | Urbana | 88,5 | 57,2 | 37,0 | 80,8 | 51,8 | 32,3 | 91,8 | 67,4 | 42,2 | 87,9 | 66,1 | 41,7 |
| | Rural | 62,0 | 40,1 | 23,1 | 41,0 | 34,4 | 20,3 | 65,1 | 50,2 | 36,1 | 69,4 | 46,7 | 31,5 |
| | Pob. Pobre | 71,9 | 44,8 | 27,9 | 55,6 | 39,9 | 24,0 | 77,6 | 58,8 | 38,9 | 71,9 | 55,9 | 36,9 |

Fuente: ENDES 2010 y 2012.
Elaboración propia.

El cuadro en análisis, forma parte de las coberturas del cuadro anterior. Los datos que recogemos corresponden a los años 2010 y 2012, debido a que esta data específica solo se consigna a partir la ENDES 2010.

²²⁵ **Autores citados por** The Cochrane Collaboration: **Pena Rosas JP**, Viteri FE. (2007). *Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy* (Review). Cochrane Database Syst Rev. 19; (3), 1-139.; **Brabin BJ**, **Ginny M**, Sapau J, Galme K & Paino J (1990): *Consequences of maternal anemia on outcome of pregnancy in a malaria endemic area in Papua New Guinea*. Ann. Trop. Med. Parasitol. 84(1):11-24.; **Scholl TO**, **Hediger ML**, Fischer RL & Shearer JW (1992): *Anemia vs iron deficiency: increased risk of preterm delivery in a prospective study*. The American journal of clinical nutrition, 55(5), 985-988.

Observamos en los resultados, los porcentajes de ambos exámenes de laboratorio, consignando la cobertura general y más específicos según el momento del acceso. Notamos que la columna que evidencia el “Ex. Orina” presenta porcentajes considerables, en tanto que la cobertura en el “Primer control” disminuye, contrayéndose más aun cuando la mujer accede en el “primer trimestre” de gestación. Así, para el año 2012, entre las *zonas rurales* y población pobre, la cobertura porcentual del examen de orina en el primer control, no supera el 60,0% y en el primer trimestre se contrae aún más, llegando solo al 38,9%. Respecto al examen de sangre, mantiene la misma tendencia que el de orina y con cifras porcentuales que se ubican en menor proporción. Este segundo examen, en el primer control pre natal, alcanza hasta un 55,9% y en el primer trimestre solo llegan al 36,9%.

Estos resultados nos muestran que menos de la mitad de las mujeres gestantes, principalmente rurales y de la población pobre, aun cuando interviene el SIS, logran acceder a la cobertura de los procedimientos de laboratorio establecido por las normas de atención materna.

En suma, buscamos explicación para la diferencia de ambos exámenes, en diversas fuentes. Primero, la menor cobertura del examen de sangre guardaría relación con la carencia de reactivos necesarios vinculados al mayor costo de los insumos. De otro lado, el que las gestantes de zonas rurales y pobres tengan menos oportunidad a ambos exámenes, se da en un contexto de limitada accesibilidad según niveles de atención,²²⁶ debido a que estas poblaciones están asignadas principalmente a servicios de primer nivel de atención, como son Puestos de Salud,²²⁷ y estos, según la norma, no realizan dichas prestaciones, por lo cual las mujeres deben trasladarse hasta el Centro

²²⁶El nivel de atención se define como el conjunto de Establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad; asimismo, el nivel de complejidad es el referido al grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos. En: Ministerio de Salud [MINSAL]- Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud (2004). *NORMA TÉCNICA: CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SECTOR SALUD*. N T N° 0021- MINSAL / DGSP V.01. Lima.

²²⁷El Puesto de Salud, es el tipo de Categoría del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana. En: Ministerio de Salud [MINSAL] - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud (2004). *NORMA TÉCNICA: CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SECTOR SALUD*. N T N° 0021- MINSAL / DGSP V.01. Lima.

de Salud u Hospital donde exista la oferta, dando lugar, consiguientemente, a una menor cobertura.

Por otro lado, para el año 2012, entre el 67 a 85% de los Centros de Salud, disponen de los insumos para el examen de orina y, en los hospitales, entre el 93 al 100%. Entonces, la mayor proporción de cobertura de este examen estaría explicada por la capacidad resolutive de estos establecimientos. No obstante, el menor acceso de las zonas rurales, con población adscrita básicamente a Puestos de Salud sin laboratorios, tienen que trasladarse hasta establecimientos que disponen de este servicio y como generalmente lo hacen con posterioridad al primer control, de allí la baja cobertura en el momento oportuno. En cambio, entre las mujeres urbanas, el obstáculo para el acceso oportuno estaría asociado al tiempo de espera en el consultorio pre natal y la atención tardía, lo que condicionaría que la mujer regrese al laboratorio posterior al primer control.

Contrariamente, la capacidad resolutive del EE.SS. para realizar el examen de sangre, es menor que para el primer examen, llegando a 81,8%, lo que explicaría las coberturas más bajas para este examen.

Otro aspecto a considerar, para la cobertura limitada, es la falta de prescripción de los exámenes en el primer control o la falta de información sobre ellos, lo cual se identifica por el informe de algunos proveedores de salud de establecimientos de primer nivel y hospitales, quienes aseguran la carencia de información entre las mujeres gestantes, básicamente rurales.

Estudios relacionados al respecto, como el realizado por el MINSA-Proyecto 2000 (2000),²²⁸ señala que entre los factores que limitan el acceso a los servicios de salud, está el aislamiento y la dispersión geográfica de las comunidades en zonas rurales.

²²⁸Dierna, R., Salazar, X., Vargas, R., Nacarato, P., & Guzmán, C. (1999). *Salvarse con bien: el parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú (técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido)*. Ministerio de Salud. Proyecto 2000. Lima.

Igualmente, en México (2014),²²⁹ se describe que la población afiliada al Seguro Popular reporta mayores tiempos de traslado a las unidades médicas que quienes están adscritos a otras instituciones. Una situación que se agudiza en localidades con menor número de habitantes. Otro estudio en Costa Rica,²³⁰ indica que el 74% de las gestantes refirió que durante las consultas de control prenatal se les solicitó autorización para llevar a cabo los diferentes procedimientos y pruebas de laboratorio, mientras que el 26% restante dijo que no se les informó.

Estas circunstancias de oferta de procedimientos de laboratorio, necesariamente tienen implicancias en la salud materna neonatal, aun con la intervención del Seguro Integral de Salud.

Otro componente de la oferta del paquete básico prenatal, es la vacuna antitetánica, cobertura que veremos en el siguiente cuadro.

| CUADRO 9 | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| VACUNA ANTITETÁNICA DURANTE EL CONTROL PRENATAL , 1996,2000,2005,2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | |
| (Porcentajes) | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | |
| Años | | 1996 | | 2000 | | 2005 | | 2010 | | 2012 | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Cobertura Simple | 2 VAT (por norma) | Cobertura Simple | 2 VAT (por norma) | Cobertura Simple | 2 VAT (por norma) | Cobertura Simple | 2 VAT (por norma) | Cobertura Simple | 2 VAT (por norma) |
| Costa | Urbana | 82,5 | 23,8 | 92,0 | 26,3 | 95,0 | 43,4 | 96,2 | 41,5 | 99,6 | 63,7 |
| | Rural | 44,2 | 25,1 | 66,0 | 27,6 | 98,7 | 32,6 | 96,2 | 31,9 | 99,0 | 58,0 |
| | Pob. Pobre | | | | | 98,4 | 33,1 | 99,8 | 54,7 | 99,3 | 57,1 |
| Sierra | Urbana | 81,5 | 24,5 | 84,6 | 24,8 | 94,0 | 42,2 | 98,9 | 34,7 | 99,8 | 53,2 |
| | Rural | 56,8 | 18,7 | 75,0 | 26,8 | 99,1 | 21,5 | 96,3 | 30,2 | 99,5 | 48,3 |
| | Pob. Pobre | | | | | 99,9 | 42,5 | 99,7 | 49,2 | 99,5 | 50,0 |
| Selva | Urbana | 72,9 | 33,6 | 85,0 | 36,4 | 95,0 | 37,9 | 99,1 | 33,3 | 97,8 | 42,3 |
| | Rural | 36,2 | 29,8 | 64,2 | 29,3 | 97,4 | 32,5 | 98,5 | 30,3 | 98,1 | 46,2 |
| | Pob. Pobre | | | | | 98,4 | 43,7 | 98,4 | 41,0 | 98,7 | 44,8 |

Fuente: ENDES 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)
Elaboración Propia.

²²⁹Consejo nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud afiliados al Seguro Popular*. México D.F.

²³⁰Vargas, N. A., & Vargas, G. C. (2014). Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Enfermería actual de Costa Rica*, (26), 1-19. En: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/cuidado.pdf>. ISSN 1409---4568

La Organización Mundial de la Salud, establece que la vacunación antitetánica durante el embarazo es necesaria para inmunizar a la madre y evitar que la toxina se transfiera a través de la placenta hacia el feto y pueda producir el tétanos neonatal. La vacuna combinada DTP ha formado parte del Programa Ampliado de Inmunización de la OMS desde su concepción en el año 1974.²³¹ Esta indicación la acoge el Ministerio de salud Peruano en las Normas de atención materna, estableciendo que se debe vacunar a la gestante lo más precozmente posible con un mínimo de dos dosis según el esquema de vacunación y pueda ser considerada como "Gestante protegida".²³²

El cuadro 9 evidencia el porcentaje de gestantes que acceden a alguna dosis de VAT y, según la norma, considerando 2 vacunas.

En general, observamos que la cobertura simple de VAT (una o más), logra porcentajes de tendencia incrementada entre todas las zonas de estudio, aunque con periodos de depresión y recuperación. Igualmente la cobertura de las dos dosis de VAT según norma, mantiene una evolución hacia el incremento, aunque por debajo de los porcentajes de la cobertura simple, especialmente en la Sierra y Selva.

En particular, para **1996** en las zonas *rurales*, la cobertura de acceso a la protección de vacuna antitetánica (2 durante el embarazo), oscila entre 18,7 a 29,8%, mientras que en las zonas urbanas el porcentaje alcanza entre el 23,8 y el 33,6%. Hacia el año **2000**, los valores porcentuales de mujeres gestantes que alcanzan la dosis indicada, muestran un leve incremento en todos los ámbitos de estudio.

Para los siguientes años **2005** y **2010** con intervención del SIS, es notorio el incremento porcentual de la cobertura VAT con respecto a los años anteriores, donde el

²³¹ Organización Mundial de la Salud [OMS]. Vacuna antitetánica. En: http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf?ua=1

²³² **Ministerio de Salud [MINS]**. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva*. Lima; **Ministerio de Salud [MINS]** –Presupuesto por Resultados [PpR] (2010). *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, VIH SIDA y TBC, Metaxenicas-Zoonosis, Enfermedades no transmisibles*. Lima; **Ministerio de Salud [MINS]** – Presupuesto por Resultados [PpR] Documento de trabajo preliminar (2012): Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013. Lima.

porcentaje de acceso de las mujeres rurales y población pobre permanece por debajo de las urbanas, con cifras alrededor del 30%. Pero es en el año **2012**, en el que la tendencia hacia la mejora en el acceso a la segunda dosis de VAT logra ampliar su máximo nivel, las zonas rurales y pobres llegan a recibir la vacuna entre el 46,2 y el 58,0%, en tanto que las urbanas muestran mejor acceso, con valores que están entre 42,3 a 63,7%. En todos los periodos la Costa es la que muestra la mayor cobertura.

Aplicando la **tasa de crecimiento** de la cobertura de las 2 VAT para el periodo 1996-2000, pre intervención SIS, en la Costa rural, llega al 9,9% y en el periodo 2000-2005 al 18,1%; en el quinquenio 2005-2010, el crecimiento tiene una depresión hasta del -2,1%. En la Sierra rural, en el primer periodo pre SIS, la tasa de crecimiento alcanza el **43,3%**, en el segundo periodo se deprime y logra -19,7% y en el tercer periodo alcanza una tasa positiva del 40,4%. En la Selva rural, en el primer periodo, la VAT crece negativamente hasta en -1,6%, en el segundo quinquenio se recupera de forma positiva hasta un 10,9% y en el tercero, tiene nuevamente una contracción negativa hasta el -6,7%. Resumiendo, *la mayor tasa de crecimiento de la cobertura de las 2 VAT prevalece en la Sierra, en el periodo pre SIS 1996-2000 con 43,3%*, aunque no guarda una evolución uniforme en ninguna de las tres zonas. Una evolución dispersa y oscilante que es preciso explicar.

La experiencia demuestra que el programa de inmunizaciones descentraliza la vacunación en campañas masivas hacia la comunidad, especialmente para niños aprovechando la visita casa por casa y en la medida que se identifique alguna gestante con necesidad de la vacuna se administra la dosis necesaria. Existe antecedente sobre lo indicado, según el informe de cobertura de atención en América Latina y el Caribe, en la mayoría de países la inmunización anti poliomielítica oral se administra no solo como parte de atenciones regulares, también por medio de campañas en el domicilio.²³³

²³³Según el informe especial de Cobertura de Atención en América Latina y el Caribe, en la mayoría de los países examinados, la inmunización anti poliomielítica oral se administra no solo como parte de las actividades regulares de los servicios de atención (hospitales, centros y puestos de salud, consultorios, y demás), sino también por medio de campañas en las que se identifica en su domicilio a la población que necesita vacunarse. En: Paganini, J. M. (1998). La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Revista panamericana de salud pública*, 4(5), 305-3010.

Lograr un máximo de 58% de cobertura de vacunación que señala la norma en las mujeres gestantes rurales y en la población pobre, tiene como principal obstáculo la disponibilidad del insumo. A propósito de esta circunstancia, el MINSa, a través del informe sobre servicios de vacunación del año 2011,²³⁴ señala que el porcentaje de establecimientos con abastecimiento suficiente y oportuno de vacunas llegaba al 73,3% para el año 2010, aunque también es cierto que experimentaron desabastecimiento en algún momento, además de la insuficiente capacidad de almacenaje para las actividades de vacunación regular y complementaria.

Por tanto, esta situación de desaciertos en la disponibilidad de la VAT, podría explicar el limitado acceso, así como la cobertura oscilante entre los quinquenios evaluados, antes y después del Seguro Integral de Salud, conjuntamente a la desordenada tasa de crecimiento, especialmente en el quinquenio 2005-2010, crecimiento negativo que pudiera asociarse al desabastecimiento del insumo.

La vacuna antitetánica durante el embarazo está relacionada con la prevención del tétanos neonatal, que en nuestro país para los años 2006-2007 tuvo una presencia de 4 casos, con una tasa de incidencia de 0.0065 casos por cada mil nacidos vivos, cuya letalidad fue del 25%.²³⁵ Igualmente, Colombia para el periodo 2007-2009 confirma 11 casos de tétanos neonatal y para el año 2013, ningún caso.²³⁶ Chile presenta para el año 2007, una tasa de 0,02 casos por cien mil habitantes.²³⁷

²³⁴El objetivo del estudio fue determinar el sustento, características y desempeño del servicio de vacunación, tanto como parte del Programa Articulado Nutricional (PAN), en los moldes del Presupuesto por Resultados (PpR), como estrategia sanitaria nacional del MINSa. Aunque el servicio de vacunación está dirigido a todas las edades, el análisis del estudio estuvo concentrado en los niños y niñas menores de cinco años de edad. Sin embargo se señala que las conclusiones y recomendaciones son igualmente válidas a las vacunaciones para todos los grupos de edad. En: Castillo Velásquez, O., Días Nosiglia, J. J., & Reyes Flores, M. (2011). *Tercer Informe. Intervención Pública Evaluada: Servicio de Vacunación*. Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas. En: https://www.mef.gob.pe/.../2010_informe_final_VACUNACIONES.pdf. Pág. 48.

²³⁵ Ministerio de Salud Perú [MINSa] - Dirección General de Epidemiología (2007). TENDENCIA Y SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE DAÑOS EN VIGILANCIA. Boletín Epidemiológico. Vol. 16 (52). Semana epidemiológica (SE) del 24 al 30 de diciembre - (edición especial) ISSN Versión electrónica 1816-8655.

²³⁶MINSALUD - Instituto Nacional de Salud (2014). Protocolo de vigilancia en Salud Pública: TETANOS NEONATAL. PRO-R02.035. Versión 01. Bogotá.

²³⁷Armijo, J., Soto-Aguilar, F., & Brito, C. (2012). Tétanos generalizado: caso clínico y revisión del tema. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(4), 229-233.[citado 2015-03-29]. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000400004&lng=es&nrm=iso.

Según el MINSA, el tétanos neonatal en el Perú, ha dejado de ser un problema de salud Pública. A pesar de que la aplicación de la vacuna sea una norma considerada en la oferta pre natal, esta no es administrada entre un buen porcentaje de las gestantes.

El cuadro que a continuación presentamos nos muestra el acceso a hierro y sus implicancias.

| CUADRO 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|-------------------|----------|----------|-----------------|-----------------------------|----------|----------|-----------------|-------------------|----------|----------|-----------------|-------------------|----------|----------|--|
| ACCESO E INGESTA DE HIERRO SEGÚN NORMAS DEL MINSA, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | | | | |
| Años | | 2000 | | | | | 2005 | | | | 2010 | | | | 2012 | | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Acceso a hierro | Ingesta de hierro | | | Acceso a hierro | Ingesta de hierro | | | Acceso a hierro | Ingesta de hierro | | | Acceso a hierro | Ingesta de hierro | | | |
| | | | 2 ultimos meses | 180 días | 210 días | | 2 ultimos meses | 180 días | 210 días | | 2 ultimos meses | 180 días | 210 días | | 2 ultimos meses | 180 días | 210 días | |
| Costa | Urbana | 60,6 | 19,4 | 4,7 | 3,3 | 65,5 | 12,6 | 5,7 | 0,0 | 67,7 | 20,8 | 8,6 | 4,8 | 61,9 | 29,1 | 9,2 | 5,1 | |
| | Rural | 33,6 | 14,3 | 1,4 | 0,7 | 76,8 | 16,7 | 4,1 | 0,0 | 91,6 | 15,9 | 5,2 | 3,2 | 83,3 | 26,0 | 4,8 | 3,1 | |
| | Pob. Pobre | | | | | 85,5 | 12,3 | 4,8 | 0,0 | 92,6 | 18,9 | 5,9 | 2,7 | 80,9 | 23,1 | 7,0 | 3,1 | |
| Sierra | Urbana | 48,0 | 7,5 | 0,4 | 0,4 | 54,0 | 6,0 | 0,0 | 1,5 | 68,3 | 11,1 | 2,2 | 1,8 | 72,9 | 25,8 | 5,3 | 2,3 | |
| | Rural | 44,6 | 5,1 | 1,2 | 0,5 | 79,0 | 9,0 | 2,2 | 0,6 | 93,7 | 17,4 | 3,2 | 1,6 | 93,2 | 24,0 | 7,1 | 2,2 | |
| | Pob. Pobre | | | | | 79,0 | 7,8 | 1,6 | 0,6 | 94,6 | 15,8 | 3,0 | 1,5 | 93,1 | 24,8 | 2,9 | 1,9 | |
| Selva | Urbana | 62,2 | 14,1 | 1,7 | 0,9 | 57,3 | 24,5 | 6,6 | 0,9 | 77,4 | 25,4 | 9,2 | 6,3 | 75,8 | 25,5 | 6,0 | 7,2 | |
| | Rural | 39,5 | 13,8 | 4,9 | 0,8 | 77,8 | 14,3 | 2,7 | 0,7 | 92,4 | 14,0 | 3,8 | 4,1 | 92,1 | 20,8 | 4,6 | 1,8 | |
| | Pob. Pobre | | | | | 78,1 | 19,3 | 2,4 | 0,4 | 92,2 | 15,6 | 5,3 | 4,5 | 91,0 | 24,1 | 4,8 | 4,0 | |

Fuente: ENDES 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)
Elaboración propia

Las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, así como las Definiciones Operacionales 2010 y 2013,²³⁸ respecto de la atención materna, tienen normado la administración de suplementos vitamínicos como el ácido fólico y suplementos de hierro con dosis profilácticas para disminuir la prevalencia de anemia.²³⁹

²³⁸Se establece la prescripción de hierro desde las 16 semanas de gestación, y la ingesta diaria durante 180 días y 30 más en el periodo post parto. En: **Ministerio de Salud [MINSA] Normas Técnico administrativas, para la atención integral de salud materna perinatal. Perú 1995; Ministerio de Salud [MINSA] Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva 2004** Lima.; **Ministerio de Salud [MINSA]-PPR, (2010).** Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, VIH SIDA y TBC, Metaxenicas-Zoonosis, Enfermedades no transmisibles. Lima.

²³⁹ La anemia del embarazo puede contribuir a la hipoxia fetal, retardo del crecimiento y partos prematuros, así como la mortalidad perinatal, aumento en la incidencia de toxemia e infecciones urinarias y el riesgo de infección puerperal

El cuadro 10, contiene información sobre la cobertura de mujeres gestantes con *acceso a hierro*, dada su gratuidad en todos los establecimientos de salud. Así mismo, se muestran datos más específicos, referentes a la *ingesta de hierro* según norma establecida: 180 días durante el embarazo y 30 días más durante el puerperio, sumando 210 días que la gestante debe ingerir este insumo. El análisis de la ingesta de hierro en los dos últimos meses del embarazo es una perspectiva propia, para darle mejor explicación de contexto.

En una vista general, se puede notar que el *acceso a hierro*, desde el año **2000** al año **2012**, marca tendencias hacia mayores coberturas, llegando a superar el 90%, principalmente entre las mujeres gestantes rurales de Sierra y Selva, así como en la población pobre. Mientras que la *ingesta de hierro* según las normas, muestra tendencias hacia la disminución, es decir, el máximo nivel de ingesta se produce en los dos últimos meses del embarazo (semana 34 a 40) y la toma de este suplemento cumpliendo la norma de 180 y 210 días, presenta mínimos valores de cobertura.

En el año **2000**, se observa que el rango de cobertura de acceso a hierro entre las gestantes de zonas *rurales* varía de 33,6% a 44,6%, correspondiendo el límite superior a la Sierra rural. En las zonas urbanas, la cobertura es mayor, cifras que van desde 48 a 62,2%. En los siguientes años **2005 al 2012**, con la intervención del SIS, en la Sierra y Selva rural así como en la población pobre, la cobertura de acceso a hierro supera el 90%, mientras que en la Costa esta alrededor del 80%.

El que se logre coberturas tan altas de acceso al hierro (90%), entre las mujeres rurales y pobres, correspondería a la disponibilidad de dicho insumo en establecimientos de salud, donde el 100% de los EE.SS. de la Selva y Costa, disponen de dicho insumo así como el 88% de los de Sierra.²⁴⁰

es tres veces mayor, entre otras patologías. En: Schwarcz, Ricardo, et al. (1986). *Obstetricia*. Editorial el Ateneo. Cuarta edición. Buenos Aires.

²⁴⁰Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011). *Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales [ENESA] 2009 y 2011, Principales Resultados*. Lima. Los datos de la referencia, son por elaboración propia a partir de los resultados de disponibilidad del sulfato ferrosos en establecimientos de salud, FONB.

Sin embargo, aun cuando la cobertura de acceso a hierro se presente con porcentajes tan elevados, la ingesta de este suplemento es mínima incumpliendo las normas de atención materna;²⁴¹ las que indican que la toma o ingesta de hierro, debe realizarse en los tres primeros meses de gestación con 60 tabletas de ácido fólico y a partir de las 16 semanas hasta un mes después del parto. La gestante debe tomar en total 210 tabletas de sulfato ferroso (180 durante la gestación y 30 en el puerperio o post parto).

Así, según los resultados para el año **2000**, la ingesta en los dos últimos meses de gestación no sobrepasa el 20%, siendo mucho menor en Sierra y Selva que en la Costa. Igualmente, la toma de hierro a los 180 días, tanto en mujeres urbanas, rurales y población pobre, es menos del 5%, con porcentajes aún más deprimentes hacia los 210 días. Estas cifras se incrementan levemente en los siguientes años. Para el **2012**, la ingesta en los dos últimos meses del embarazo no supera el 30% entre las mujeres gestantes urbanas y el 26% entre las rurales, en tanto que las coberturas disminuyen cuando llegamos a los 180 días, debido a que solo el 7% de las mujeres rurales y población pobre, cumplen con la norma. Entre las urbanas el porcentaje sería del 9%. La cobertura de ingesta hasta los 210 días, aun es mucho menor.

Munares, et al., (2012),²⁴² señalan que las normas de salud establecen que a las mujeres en edad fértil y a las gestantes, se les debe suplementar con sulfato ferroso,

²⁴¹ **Ministerio de Salud** [MINSa]. Dirección General de Salud de las Personas. Sub Programa de Salud Materno Perinatal. *Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal Perú 1995*. Lima **Instituto Nacional** de Estadística e Informática [INEI] (2011). *Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales [ENESA] 2009 y 2011, Principales Resultados*. Lima. **Ministerio de Salud** [MINSa] - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima. **Ministerio de Salud** [MINSa] –Presupuesto por Resultados [PpR] (2010). *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, VIH SIDA y TBC, Metaxenicas, Zoonosis, Enfermedades no transmisibles*. Lima; **Ministerio de Salud** [MINSa] – Presupuesto por Resultados [PpR] Documento de trabajo preliminar (2012): Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013. Lima.

²⁴² Durante el embarazo, las necesidades de hierro se incrementan hasta tres veces a consecuencia de las pérdidas basales, del aumento de masa de glóbulos rojos y del crecimiento del feto, la placenta y tejidos maternos asociados; Debido a este incremento de necesidades de hierro, la anemia ferropénica, es la enfermedad hematológica de mayor prevalencia en la embarazada y está presente en el 30 al 70% de las gestantes. En: Munares-García, O., Gómez-Guizado, G., Carpio, B. D., & Sánchez-Abanto, J. (2012). Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 329-336. En: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300006&lng=en&nrm=iso. (accession 12 May. 2014). Los autores usan la referencia bibliográfica de Sánchez F, y Villares I.

tarea más necesaria en la gestación, puesto que los requerimientos extras no pueden ser obtenidos en la dieta.

Continuando con el análisis de este cuadro, incidiremos en la **tasa de crecimiento del acceso a Hierro** a partir del año 2000 (no registra este dato la ENDES 1996). Por tanto, realizamos la comparación entre el primer periodo con SIS 2000-2005, con el segundo, 2005-2010. En la *Costa rural*, la tasa de crecimiento del acceso a hierro en el primer periodo llega al **128,5%** y en el segundo al 19,2%. En la *Sierra rural*, el acceso a hierro, alcanza el 77,1% en el primer periodo y el 18,6% en el segundo. En la *Selva rural*, el acceso llega a 97,2% en el primer periodo mientras que en el segundo al 18,7%. En suma, *es la Sierra rural la que muestra una mayor tasa de crecimiento en el acceso a hierro entre los años 2000-2005, superando el 100%*.

Aun con la alta tendencia de cobertura de acceso a hierro, el cuestionamiento se enfocaría en la baja incidencia *de la ingesta* de este suplemento en el plazo de los 180 días. En el año 2012, menos del 10% de las mujeres gestantes urbanas lo cumple y el porcentaje sería de un 7% si nos referimos a las rurales y población pobre.

Esta situación de insuficiente ingesta de hierro entre las embarazadas, se torna preocupante cuando este suplemento se hace necesario con dosis profilácticas para disminuir la prevalencia de anemia en el embarazo. Al menos la mitad de esta carga se atribuye en principio a la carencia de hierro, siendo las otras causas más cercanas, la parasitosis y la malaria.

Las mujeres en edad reproductiva, especialmente las embarazadas, en los países en desarrollo son reconocidas al estar en riesgo de múltiples deficiencias de micronutrientes como el hierro, ácido fólico, yodo, zinc, vitaminas A y D, riboflavina B6 y B12, con la probabilidad de efectos adversos sobre los resultados del embarazo.²⁴³Al

²⁴³Haider, B. A., Yakoob, M. Y., & Bhutta, Z. A. (2011). Effect of multiple micronutrient supplementation during pregnancy on maternal and birth outcomes. *BMC Public Health*, 11(Suppl 3), S19. Published online 2011 Apr 13. doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S19 PMCID: PMC3231892; Yakoob, M. Y., & Bhutta, Z. A. (2011). Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. *BMC public health*, 11(Suppl 3), S21. En: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S21>

respecto, estudios simples y de metanálisis han encontrado que la provisión de hierro durante el embarazo disminuye los niveles de anemia,²⁴⁴ y la OMS indica que las embarazadas necesitan un aporte adicional de hierro y ácido fólico para cubrir sus necesidades nutricionales y las del feto en desarrollo, así como la administración diaria de estos suplementos durante el embarazo como método habitual de prevención y tratamiento de la anemia.

Dado los resultados de nuestro cuadro actual, tratamos de darle explicación a la alta proporción de mujeres que no cumplen con la ingesta de hierro hasta los 180 días, recurriendo a investigaciones, así como a un estudio local.

El estudio de Bhutta, et al., (2009),²⁴⁵ que evaluó el impacto del hierro y micronutrientes en el embarazo, encuentra que el 76,7% de las gestantes lo consume y el porcentaje restante que no lo toma, se justifica atribuyéndolo al olvido, así como a la existencia de vómitos, al temor a los efectos secundarios y otros. Igualmente, otra investigación,²⁴⁶ destaca que los efectos adversos más probables por la ingesta del suplemento se asocian con molestias gastrointestinales al tomar el hierro con el estómago vacío y más aún a dosis elevadas. También puede producir estreñimiento, náuseas, vómitos y diarrea. Así mismo, otros estudios,²⁴⁷ coinciden con remarcar algunos de los anteriores efectos secundarios hasta en el 30% de los pacientes, efectos que representan una desventaja importante de los preparados orales de hierro.

²⁴⁴Yakoob, M. Y., & Bhutta, Z. A. (2011). Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. *BMC public health*, 11(Suppl 3), S2. En: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S21>; Cuervo, L. G., & Mahomed, K. (2001). Treatments for iron deficiency anaemia in pregnancy. *The Cochrane Library*; Bhutta, Z. A., Rizvi, A., Raza, F., Hotwani, S., Zaidi, S., Hossain, S. M., ... & Bhutta, S. (2009). A comparative evaluation of multiple micronutrient and iron-folic acid supplementation during pregnancy in Pakistan: impact on pregnancy outcomes. *Food and nutrition bulletin*, 30(4 suppl4), S496-S505.

²⁴⁵Bhutta, Z. A., Rizvi, A., Raza, F., Hotwani, S., Zaidi, S., Hossain, S. M., ... & Bhutta, S. (2009). A comparative evaluation of multiple micronutrient and iron-folic acid supplementation during pregnancy in Pakistan: impact on pregnancy outcomes. *Food and nutrition bulletin*, 30(4 suppl4), S496-S505

²⁴⁶Pena Rosas JP, Viteri FE. (2007). *Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy* (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 19; (3), 1-139. <http://www.thecochranelibrary.com>

²⁴⁷Breyman, C. (2012). Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo y en el posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 58(4), 313-328. [citado 2015-01-04], pp. 313-328. en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400010&lng=es&nrm=iso.

Por tanto, tales desventajas del hierro, también estarían relacionadas con la falta de cumplimiento del tratamiento, problema común en varios lugares. En países, como Tanzania e Indonesia, muestran que solo el 36% de las mujeres embarazadas toman regularmente hierro por vía oral, incluso cuando se les ha informado específicamente sobre los problemas de deficiencia de hierro.

En un estudio local realizado a través de una encuesta a 48 mujeres entre puérperas y gestantes a inicios del parto del Hospital "Rafael Ortiz Ravinez" de Juli-Puno (noviembre 2014 y febrero del 2015), indagando referencias acerca de la ingesta diaria de hierro y las razones por las que no toman, se encuentra que el 96% de *mujeres urbanas* recibieron gratuitamente el hierro, pero solo tomaron el 26% de ellas hasta el momento del parto, mientras que el 74% lo tomaron algunos días o semanas, pero no cumplieron con el tratamiento, a pesar de recibieron las indicaciones para tomar dicho complemento. Las encuestas indican que no cumplieron con tomar el hierro porque produce ardor de estómago en un 63% de los casos, náuseas en un 51% y dolor de cabeza en el 33%. De la misma forma, entre las *mujeres rurales*, que recibieron el hierro solo tomaron el 14%, y las razones que indican para no tomarlo, también se relaciona con el ardor de estómago en un 71% y dolor de cabeza en 47%.

El incumplimiento de la ingesta de hierro tiene consecuencias importantes. Produce, por una parte, la probabilidad de magnificar el nivel de anemia y sus consecuencias materno perinatales, (descritas en el cuadro 8 de capítulo actual, relacionando el examen de sangre y el diagnóstico de anemia), y, por otro lado, los costes financieros que supone la inversión en este insumo que en un gran porcentaje de las gestantes no es aprovechada. Un efecto que analizaremos con mayor profundidad con los datos del cuadro 10-A, Cap. IV.

| CUADRO 10-A | | | | | | | | | |
|--|--------------|------------|-------------------------------|----------------|--------------------------------------|--------|--|---|--------------------------|
| PRESUPUESTO INVERTIDO EN LA COMPRA DE SULFATO FERROSO (Hierro) - MINISTERIO DE SALUD | | | | | | | | | |
| Año 2013 | | | | | | | | | |
| Nombre del producto | Presentacion | Unidades | Valor referencial (inversion) | Costo Unitario | Mujeres que toman el hierro 210 días | | Consumo de tabletas de Sulfato Ferroso | Costo total del numero de Tabletadas consumidas | Inversion no aprovechada |
| | | | Soles | Soles | % | Nro | Nro | Soles | Soles |
| a | b | c | d | e | f | g | h (g * 210) | i (e * h) | j (d - i) |
| Sulfato ferroso + acido folico | Tabletas | 34 515,300 | 3 227,180.55 | 0.09 | 21,7 | 35,666 | 7 489,860 | 674,087.4 | 2 553,093.1 |

Fuente para columnas a, b, c y d: Ministerio de Salud – DARES, Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud. En: www.dares.minsa.gob.pe.

Estimación propia de las columnas "e" hasta "j".

El sistema sanitario peruano, en virtud del cumplimiento de la norma relacionada a la prescripción gratuita de hierro en la gestante (*180 días durante el embarazo y 30 días más en el puerperio, en total 210 días*), destina un presupuesto para la adquisición del insumo y la disponibilidad de este, en todos los establecimientos de salud del MINSa.

Mencionamos nuevamente la cobertura de *acceso a hierro* en la gestación. En el año 2012 se logra más del 90% en gestantes de Sierra y Selva rural y población pobre y alrededor del 80% en Costa (cuadro 10, Cap. IV). No obstante, al evaluar la ingesta diaria cumpliendo la norma de los 180 días, encontramos que solo el 37% de gestantes cumplen con ello (sumando los porcentajes de las zonas urbanas y rurales, de las tres áreas) y una menor proporción, 21,7%, lo cumplen hasta los 210 días (30 días más después del parto).

Con el porcentaje de mujeres que cumplen los 210 días según la norma, procedemos a la estimación del gasto financiero y su posible ineficiencia al considerar las bajas coberturas de ingesta del hierro durante el embarazo.

Observamos en el cuadro, que el MINSa, para el año 2013 programa la adquisición de 34515,300.00 unidades de SULFATO FERROSO + ACIDO FOLICO, en la

presentación de tabletas (300 mg equivalente a 60 mg Fe + 400 ug), cuyo presupuesto destinado o valor referencial para dicha compra valorizada en nuevos soles es, S/3 227,180.55²⁴⁸ (aproximadamente un millón de dólares anual). El costo unitario por cada tableta asciende a S/0.09 soles, valor que obtenemos dividiendo el valor referencial entre las unidades a adquirir. Para la estimación, consideramos el porcentaje de mujeres gestantes que cumplen con la norma ingiriendo el producto hasta los 210 días, siendo el 21,7%, y en cifras absolutas tendríamos a 35, 666 gestantes. A partir de estos datos se estima que, las mujeres gestantes *solo consumen* 7 489,860 unidades de tabletas de sulfato ferroso, cuyo costo ascendería a S/674,087.4 de nuevos soles y restando del presupuesto asignado, se produciría una *INVERSION NO APROVECHADA* de aproximadamente S/2,553,093.10 nuevos soles anuales, correspondiendo a casi el 80% de presupuesto total que se asigna para este insumo.

Seguidamente, concluimos el análisis de la oferta pre natal del paquete básico, con la cobertura de la educación sanitaria.

| CUADRO 11 | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| EDUCACIÓN SANITARIA DURANTE EL CONTROL PRENATAL (Complicaciones del embarazo parto y Lugar a donde acudir), | | | | | | | | | |
| 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | |
| Años | | 2000 | | 2005 | | 2010 | | 2012 | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Sobre complicaciones | Lugar a donde acudir | Sobre complicaciones | Lugar a donde acudir | Sobre complicaciones | Lugar a donde acudir | Sobre complicaciones | Lugar a donde acudir |
| Costa | Urbana | 76,1 | 95,9 | 89,1 | 98,0 | 93,9 | 99,5 | 94,9 | 98,5 |
| | Rural | 68,0 | 95,0 | 76,6 | 97,6 | 91,0 | 98,8 | 93,9 | 99,6 |
| | Pob. Pobre | | | 74,3 | 96,8 | 90,6 | 98,9 | 93,9 | 98,9 |
| Sierra | Urbana | 82,2 | 99,1 | 90,4 | 100,0 | 95,7 | 99,8 | 96,6 | 99,3 |
| | Rural | 72,4 | 97,3 | 70,1 | 97,4 | 93,5 | 98,9 | 93,1 | 98,5 |
| | Pob. Pobre | | | 69,9 | 97,4 | 94,0 | 99,3 | 94,1 | 98,8 |
| Selva | Urbana | 84,3 | 97,6 | 90,3 | 98,0 | 90,9 | 99,1 | 94,2 | 99,2 |
| | Rural | 72,4 | 97,0 | 81,9 | 96,6 | 77,8 | 98,1 | 86,1 | 98,1 |
| | Pob. Pobre | | | 83,0 | 97,4 | 83,1 | 99,0 | 89,8 | 98,3 |

Fuente: ENDES 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)
Elaboración Propia

²⁴⁸ Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud [DARES]. En: www.dares.minsa.gob.pe.

La educación sanitaria que reciben las gestantes, sobre complicaciones del embarazo y el lugar a donde acudir cuando se presenten dichas complicaciones,²⁴⁹ se muestra en el cuadro 11.

Se observa en el año **2000**, que la educación sanitaria sobre las complicaciones del embarazo y parto alcanza valores porcentuales de 68,0 a 72,4% entre las gestantes de zonas *rurales*, aunque algo superior en las *urbanas* (de 76,1y de 84,3%). El porcentaje de gestantes que recibe la educación sobre el lugar a donde acudir cuando se presentan las complicaciones, se encuentra por encima del 90% en todas las áreas de estudio.

La tendencia educativa sanitaria a lo largo de los años **2005, 2010 y 2012**, continua con un incremento importante de gestantes que acceden a esta atención, alcanzando cifras por encima del 90%, sin encontrar diferencias de predominio entre las tres zonas de estudio.

En el marco del análisis de la educación sanitaria es interesante realizar la evaluación de su evolución a través de **la tasa de crecimiento**. Lo haremos sólo en los periodos con el SIS 2000-2005 y 2005-2012, por la carencia de datos para 1996.

En relación a la *educación sobre complicaciones*, la Costa rural, alcanza una tasa de crecimiento en el primer periodo del 12,6% y del 18,7% en el segundo. En la Sierra rural, la educación logra un crecimiento de -3,1% en el primer quinquenio con SIS y del **33,3%** en el segundo. En la Selva rural, el crecimiento de la *educación sobre complicaciones*, oscila del 13,1 el primer periodo al -5,0%, el segundo. En suma, *es la Sierra rural la que mantiene la predominancia el mayor crecimiento de la educación sobre las complicaciones, en el segundo periodo con el SIS, 2005-2010 con el 33,3%*.

²⁴⁹ Según las normas del MINSA, las complicaciones más frecuentes que el personal de Salud debe difundir como educación sanitaria, entre las embarazadas, está basada principalmente en los signos de alarma del embarazo, como, la hemorragia, el edema, cefaleas, visión borrosa, zumbido de oídos, dolor abdominal, cambios urinarios, movimientos fetales, vómitos, etc., alguno o varios de los cuales si la mujer los presenta debe acudir inmediatamente al establecimiento de salud.

Concluyendo con el análisis del paquete básico pre natal (cuadro 7 al 11, Cap. IV), valoramos resumir estas coberturas, así como dar un soporte integral a los resultados con algunas investigaciones sobre el particular.

Al dar una mirada general a la cobertura aislada de los componentes del paquete básico, entre el año 1996 al 2012 en las tres áreas de estudio, así como en la zona urbana-rural y población pobre, evidenciamos que los procedimientos clínicos (cuadro 7, Cap. IV), son los que alcanzan las mayores tendencias porcentuales, seguidos de la educación sanitaria (cuadro 11, Cap. IV). Por debajo estas coberturas, se ubica las mujeres gestantes con acceso al hierro (cuadro 10, Cap. IV) seguido de la cobertura de los exámenes de laboratorio (cuadro 8, Cap. IV), siendo la cobertura de atención de las 2 vacunas antitetánicas (cuadro 9, Cap. IV), la que menos auge porcentual logra en todo el periodo.

Se resalta que la prevalencia de cobertura entre todos los componentes del paquete básico pre natal, recae en las zonas urbanas y, en general, con predominio de la Costa.

Confrontado nuestros resultados con los de otros estudios podemos señalar que el realizado en México en el año 2013,²⁵⁰ *“Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México”*, aplicado a mujeres en proceso de embarazo y parto, encuentra que la mayor cobertura la alcanza la prescripción del ácido fólico y los procesos de exploración clínica, con un 97,4%; le siguen en importancia la realización de ultrasonidos con un 92,8% y la prescripción de vitaminas, hierro o suplemento alimenticio con 92,1%. La inmunización con toxoide tetánico para la prevención de tétanos neonatal llega al 89,9%. Los menos reportados por las entrevistadas fueron la realización de exámenes de orina con el 88,5% y de sangre con el 87,6%. Se señala, también, que las mujeres de zonas urbanas tienen un mejor índice de cobertura que las mujeres rurales. Comparando a nuestros resultados, con excepción del ácido fólico, no

²⁵⁰ Heredia-Pi, I., Serván-Mori, E., Reyes-Morales, H., & Lozano, R. (2013). Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud Pública de México*, 55, S282-S288. En: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a23.pdf>

considerado en la ENDES, la mayor prevalencia de la cobertura entre los componentes de esta investigación, se asemejan a los nuestros, aunque los porcentajes de los exámenes de laboratorio están por debajo del estudio mexicano.

Otra investigación en Brasil en el año 2003,²⁵¹ reporta que entre las embarazadas, la cobertura de vacuna antitetánica alcanza alrededor del 90%, sin especificar el número de dosis, estos datos coincidirían con nuestra cobertura general de VAT.

Así mismo, en una investigación peruana, "*Estudio de demanda de servicios de salud*", del año 2002,²⁵² se identifica una significativa demanda encubierta (es decir, insatisfecha) de servicios de salud, asociada a individuos que por razones económicas no se declaran enfermos o a individuos enfermos que por falta de ingresos o disponibilidad de atenciones no hacen uso de los servicios de salud aunque perciban su enfermedad; como ellos no acuden a los establecimientos médicos, sus demandas no se reflejan directamente en las estadísticas del sector salud, tampoco se encuentran en las encuestas. Además, la omisión o consideración inadecuada de la demanda reprimida por parte de las autoridades de salud pueden conllevar a diagnósticos equívocos respecto a la real dimensión del problema de salud en el Perú y a un diseño de políticas poco eficientes.

A continuación, en el cuadro 12 recogeremos un resumen de la tasa de crecimiento de los resultados de los 10 cuadros precedentes, con lo cual se establecerá el periodo con mayor tasa de crecimiento de coberturas de atención pre natal.

²⁵¹ Moura, E. R. F., Holanda Jr, F., &Rodrigues, M. S. P. (2003). Avaliação da assistência pré-natal oferecidaemumamicrorregião de saúde do Ceará, Brasil Evaluation of prenatal care in a micro-regional health system in the State of Ceará, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 19(6), 1791-1799.

²⁵²Ministerio de Salud [MINSA] - USAID (2002). *Perú: Estudio de demanda de servicios de salud*. Lima

| CUADRO 12 | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|--------|-------|-------------------------------------|--------|-------|-------------|--------|-------|
| RESUMEN: PREVALENCIA DE LA MAYOR TASA DE CRECIMIENTO DE LOS COMPONENTES PRE NATALES EN LAS ZONAS RURALES | | | | | | | | | |
| Componentes Pre Natales | Periodo Pre Intervención SIS | | | Periodo durante la Intervención SIS | | | | | |
| | 1996 -2000 | | | 2000 - 2005 | | | 2005 - 2010 | | |
| | Costa | Sierra | Selva | Costa | Sierra | Selva | Costa | Sierra | Selva |
| Atención CPN | | | x | | | | | | |
| Numero de CPN | | x | | | | | | | |
| Primer CPN antes de las 14 sem. | x | | | | | | | | |
| CPN en EE.SS. | | | | x | | | | | |
| CPN por profesional competente | | | | | | x | | | |
| Examen orina | | | | | x | | | | |
| Examen sangre | | | | | x | | | | |
| VAT | | x | | | | | | | |
| Acceso a hierro | | | | x | | | | | |
| Educación sanitaria | | | | | x | | | | |

Fuente: Elaboracion Propia.

En los cuadros anteriores (desde el cuadro 2 hasta el cuadro 11, Cap. IV), se ha evaluado la tasa de crecimiento de cada uno de los procedimientos pre natales, considerando el periodo antes del SIS y durante la intervención de este. En el cuadro actual, recogemos los resultados que resaltan la mayor tasa de crecimiento según área geográfica, teniendo en cuenta las zonas rurales. Identificamos las tasas más altas con el signo "x", evidenciando de esta forma la presencia del SIS en la atención materna, entre los periodos en estudio.

En general, el cuadro nos refleja que **la mayor tasa de crecimiento de la cobertura pre natal**, se ha producido en el *periodo con SIS, 2000-2005*, con la incidencia de seis componentes pre natales, frente a cuatro del periodo 1996-2000. Es en la primera fase de intervención del SIS, en la que las atenciones maternas han logrado tener el mayor impacto para el crecimiento de la cobertura materna, debido a que las coberturas alcanzadas son considerables, en tanto que, en el quinquenio 2005-2010 con presencia del SIS, aun cuando no aparece resaltado ningún componente de atención, la tasa de crecimiento también se ha producido aunque en una proporción menor que en los periodos anteriores. De otro lado, entre áreas geográficas, es la Sierra la que

prevalece con el crecimiento de más componentes, en el periodo antes de SIS y durante este.

Dos comportamientos importantes que captamos en todo el análisis pre natal, es **la tendencia de cobertura** porcentual a lo largo de los años 1996-2012. Nos muestra que en general, es la Costa la que predomina en la cobertura materna, mientras que **la tasa de crecimiento** nos revela que prevalece en la Sierra, en tanto que la Selva se sitúa en un espacio intermedio entre ambas áreas. Casi en todos los cuadros precedentes, observamos que la Costa seguida de Selva, *presenta, en los inicios de 1996, mayores coberturas* de atención pre natal que la Sierra, que al tener *menores coberturas a inicios de 1996*, tiene, por tanto, una *brecha mayor que debe disminuir* para el año 2012. Una situación desigual de partida que nos explica las distintas tasas de crecimiento.

Concluyendo el análisis y la discusión que corresponde a la *tendencia de cobertura pre natal por componentes aislados* en todo el periodo en estudio, podemos confirmar que las coberturas alcanzadas son, en general, considerables, aunque en mayor proporción en las gestantes de zonas urbanas que en rurales y población pobre, y con mayor incidencia de la Costa.

Sin embargo, podemos afirmar que la mujer gestante rural y de población pobre, en el año 2012, ha logrado vincularse con el sistema sanitario peruano, venciendo obstáculos geográficos, de transporte, culturales y sociales. Un esfuerzo que se ve reflejado en la *cobertura del número de CPN y a más temprano momento de la gestación*, aunque no encuentra la suficiente y oportuna respuesta del servicio sanitario, para el acceso a los componentes del paquete básico pre natal, demostrado por la insuficiencia en la provisión de ellos (exámenes de laboratorio y vacuna antitetánica), componentes con gran trascendencia para la vida de la madre y el feto, así como para el propio sistema, cuya *calidad de oferta* tendría implicancias básicamente en la *precisión diagnóstica* y la prevención de la morbilidad materna neonatal, aun prevalentes en lugares con más carencias socioeconómica.

Llegados a este punto de análisis, podemos decir que el Seguro Integral de Salud presta la garantía de afiliación, protegiendo de la carencia económica a una gran proporción de población gestante en pobreza, adquiriendo un rol impulsor para el acceso a los servicios de salud materna. Sin embargo, la oferta concreta pre natal, no responde en la misma medida que la afiliación al SIS. En suma, la respuesta sanitaria, no ha evolucionado de forma paralela con la garantía del aseguramiento.

4.2.1.2 Atención de Parto y Puerperio

En esta categoría, presentamos el análisis de tendencia porcentual de la atención de parto en establecimientos de salud (EE.SS.) del Ministerio de Salud, teniendo en cuenta los contextos del ámbito privado y tradicional, a la par que analizamos los componentes pertinentes y factores asociados a esta atención, incidiendo en las diferencias que puedan presentarse entre Costa, Sierra y Selva. Posteriormente, proceder a la valoración de la tasa de crecimiento entre los periodos en estudio. Seguidamente, citamos investigaciones como referencias respecto a los resultados, para concluir en el análisis de posibles implicancias que se puedan derivar a partir de ellos.

Las Normas de atención Materna del año 2004 (actualmente vigente), *define a la atención de parto, como un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones*; siendo uno de sus objetivos principales, prevenir la morbilidad y mortalidad materno perinatal y contribuir a su disminución.²⁵³ Debido a que en este periodo del embarazo se produce el mayor número de muertes maternas y perinatales, es por lo que se pondrá especial énfasis en el análisis de la cobertura de la atención de parto.

A continuación, presentamos el cuadro 13, analizando la asistencia del parto según lugar de atención.

²⁵³Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud . *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima. Pág. 18

| CUADRO 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|-------|-------|--------------|-------|-------|-----------------------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|
| PARTO SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | |
| Años | | 1996 | | | 2000 | | | 2005 | | | 2010 | | | 2012 | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | EE.SS. MINSA | Trad. | Otros | EE.SS. MINSA | Trad. | Otros | EE.SS. MINSA | Trad. | Otros | EE.SS. MINSA | Trad. | Otros | EE.SS. MINSA | Trad. | Otros |
| Costa | Urbana | 31,3 | 39,1 | 29,6 | 38,0 | 24,4 | 37,2 | 81,8 | 11,8 | 6,4 | 74,2 | 6,5 | 19,3 | 77,6 | 5,9 | 16,2 |
| | Rural | 7,3 | 85,0 | 7,7 | 20,3 | 70,7 | 9,1 | 51,4 | 42,3 | 6,3 | 51,0 | 37,2 | 11,8 | 48,0 | 42,6 | 9,0 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 46,5 | 49,8 | 3,8 | 56,9 | 31,4 | 11,7 | 61,1 | 35,0 | 4,0 |
| Sierra | Urbana | 43,8 | 41,3 | 14,9 | 53,7 | 29,3 | 17,3 | 80,8 | 18,1 | 1,1 | 89,4 | 6,2 | 4,3 | 87,2 | 5,1 | 7,3 |
| | Rural | 10,6 | 86,6 | 2,7 | 20,2 | 77,1 | 2,5 | 44,8 | 53,4 | 1,8 | 69,7 | 28,5 | 1,8 | 78,7 | 18,3 | 2,1 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 45,3 | 53,1 | 1,6 | 73,4 | 25,2 | 1,5 | 76,2 | 20,7 | 2,9 |
| Selva | Urbana | 45,5 | 37,3 | 17,2 | 48,8 | 37,3 | 14,2 | 69,6 | 26,5 | 3,5 | 79,9 | 16,8 | 3,3 | 81,9 | 9,6 | 7,8 |
| | Rural | 7,4 | 89,3 | 3,3 | 12,4 | 83,4 | 4,2 | 35,5 | 62,4 | 2,2 | 45,8 | 52,0 | 2,5 | 58,3 | 39,3 | 2,3 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 43,5 | 54,7 | 1,9 | 51,8 | 44,7 | 3,5 | 61,3 | 35,9 | 2,6 |

Fuente: ENDES 1996, 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)

Elaboración Propia

El cuadro 13 resalta la cobertura de la atención de parto en establecimientos de salud (EE.SS.), agrupando a *Hospitales, Centros y Puestos*, del Ministerio de Salud (MINSA), considerando también la atención privada y tradicional (domicilio),²⁵⁴ esta última opción por formar parte histórica del lugar de atención en muchas culturas. Se incide en resaltar la cobertura en las zonas rurales y población pobre (quintiles I y II).

En general, apreciamos que la atención de parto en EE.SS. del MINSA, tiene una tendencia de cobertura oscilante pero ascendente desde el año 1996 al 2012, tanto en zonas urbanas como en rurales y población pobre, aunque con menor cobertura en las zonas más deprimidas. Esta tendencia de mayor atención sanitaria ha ido desplazando a la atención de parto tradicional, aunque las mujeres de zonas rurales y población pobre, aun guardan preferencia considerable por este ámbito para la atención de su parto.

²⁵⁴ El Perú se caracteriza por la existencia de diferentes culturas y etnias. En la esfera de salud, ello se traduce en diversas aproximaciones a los procesos de salud y enfermedad, en la existencia de diferentes prácticas para la prevención y atención de problemas cotidianos de salud, así como la intervención de distintos actores.../..en nuestro país tiene amplia vigencia el sistema de salud tradicional y biomédico (occidental). En: Dierna, R., Salazar, X., Vargas, R., Nacarato, P., & Guzmán, C. (1999). *Salvarse con bien: el parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú (técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido)*. Ministerio de Salud. Proyecto 2000. Lima.

Para el **año 1996**, en las zonas *rurales*, la atención del parto en EE.SS., tiene un porcentaje entre el 7,3 y el 10,6%; mientras que la mayor proporción ocurre en el ámbito tradicional o cultural, llegando a cifras que van entre 85,0 a 89,3%. Contrariamente, las mujeres de las zonas urbanas atienden sus partos en mayor proporción en los EE.SS., entre el 31,3 y el 45,5%, compartiendo la atención con el ámbito privado y en menor proporción con el cultural. El lugar de elección para la Sierra y Selva principalmente se da en lo tradicional, eligiendo después los EE.SS., del MINSA, en tanto que en la Costa, se elige principalmente el sistema sanitario y el ámbito privado (clínicas, médico particular, otros), con una buena proporción de atención de parto.

Hacia el **año 2000**, la cobertura de partos rurales en EE.SS. del MINSA, se incrementan al doble desde el año anterior. Sin embargo, el parto en el ámbito tradicional permanece aún en proporciones considerablemente altas, entre el 70,7% y el 83,4%.

En el **año 2005** periodo con intervención del SIS, casi se triplica la atención del parto sanitario para las zonas *rurales y población pobre* con respecto al año 2000, cuyo porcentaje de incremento se encuentra entre el 35,5 y el 51,4%. No obstante, en las zonas urbanas se continúa con la mayor cobertura porcentual fluctuando desde el 69,6 al 81,8%, con predominio de la Costa.

Para este año (2005), aún existe proporciones importantes de atención cultural de parto entre las mujeres rurales afiliadas al SIS, cifras que varían desde el 42,3 al 62,4%, siendo la más alta en la Selva. En las zonas urbanas se presenta menor incidencia de mujeres atendidas en casa, de 11,8 a 26,5%. Así mismo, el porcentaje de mujeres que recibieron atención privada, se ha reducido considerablemente a menos de 6% entre todos los espacios, principalmente en las zonas urbanas; de tal forma, que este grupo al estar afiliadas al SIS pasan a recibir atención sanitaria pública, lo cual explicaría el aumento considerable de la atención de parto institucional en el MINSA.

La evolución de la cobertura de parto en EE.SS., hacia los **años 2010 y 2012**, continua con una tendencia ascendente en el ámbito rural, alcanzando porcentajes del

48,0 al 78,7% y, entre la población pobre desde 61,1 a 76,2%, tendencia menor que la que afecta a las zonas urbanas, donde el máximo acceso se presenta desde el 77,6 al 87,2%, predominando la Sierra, seguida de Selva y Costa. El que esta tercera área, tenga una menor cobertura de parto en EE.SS. es consecuencia de la mayor oportunidad de recibir atención privada, lo que no sucede en Sierra y Selva, cuyas alternativas en gran medida son la atención sanitaria pública y/o tradicional.

En síntesis, se observa una importante tendencia de mayor cobertura de parto en establecimientos de salud del MINSA entre 1996 al 2012, principalmente en zonas rurales, y entre ellas se ha visto favorecida la Sierra rural. Aunque son las áreas urbanas las más beneficiadas con la cobertura de acceso al parto institucional. No obstante, en los diez departamentos analizados en la investigación, aun cuando las mujeres cuentan con el SIS, persiste un buen porcentaje de partos tradicionales, básicamente en las zonas rurales y población pobre, con predominio en la Costa, con porcentajes cercanos por las mujeres de Selva.

El porcentaje considerable de partos tradicionales en las tres áreas de estudio, a pesar de la cobertura del SIS, se podría justificar con algunas razones que refieren las mujeres, para no asistir al servicio sanitario y preferir su casa para atender el parto. Estas razones se reportan en las ENDES del año 2000 y 2012, que a continuación mostramos en el siguiente cuadro adicional 13-A.

| CUADRO 13 - A | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|-------------|-----------|------------|-----------------------------|-------------|-----------|------------|
| RAZONES DE LAS MUJERES PARA NO ATENDER EL PARTO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSA, 2000-2012 | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | |
| Años | | 2000 | | | | 2012 | | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | De oferta | Otro Seguro | No dinero | Culturales | De oferta | Otro Seguro | No dinero | Culturales |
| Costa | Urbana | 59,4 | 9,8 | 7,0 | 24,5 | 85,0 | 5,0 | 0,0 | 10,0 |
| | Rural | 52,7 | 2,1 | 9,6 | 36,4 | 79,2 | 1,5 | 1,5 | 17,6 |
| | Pob. Pobre | | | | | 85,3 | 3,3 | 0,0 | 11,3 |
| Sierra | Urbana | 64,4 | 8,1 | 7,5 | 20,4 | 83,6 | 4,1 | 0,0 | 12,6 |
| | Rural | 66,4 | 1,9 | 9,8 | 22,4 | 84,9 | 1,8 | 2,8 | 10,9 |
| | Pob. Pobre | | | | | 82,6 | 7,4 | 0,8 | 9,0 |
| Selva | Urbana | 54,7 | 11,0 | 14,7 | 19,1 | 78,3 | 5,6 | 2,8 | 13,3 |
| | Rural | 50,2 | 7,4 | 18,2 | 24,2 | 78,1 | 0,0 | 0,4 | 20,7 |
| | Pob. Pobre | | | | | 76,1 | 1,4 | 0,0 | 21,5 |

Fuente: ENDES 2000 y 2012

Elaboración propia

Se han recogido las razones, organizándolas en cuatro epígrafes principales. El primero corresponde a las de *oferta* que agrupa a razones relacionadas con el servicio sanitario (falta de establecimientos en la localidad, lejanía de ellos, falta de personal, falta de privacidad, maltrato, no es higiénico, desconfianza, personal descuidado, lleno o congestionado, no la quisieron atender, y otros); la segunda razón sería la de contar con otro seguro de salud; la tercera razón alude a la falta de dinero para atender su parto en el sector sanitario y, una última razón, sería la que se refiere a la que tiene que ver con argumentos culturales (negativa de la familia para atender el parto en EE.SS., y tradiciones del parto).

Podemos observar que en el año 2000 las razones de oferta se exponen como las principales para no asistir al parto en EE.SS., seguidas de las culturales y la falta de dinero. Para el año 2012, las razones de oferta prevalecen como posible obstáculo para el parto sanitario, disminuyendo las culturales mientras que la carencia económica casi no se percibe, probablemente por la cobertura del SIS.

Constituyendo la tendencia de parto en EE.SS., un aspecto de análisis de suma importancia en nuestra investigación, se precisa aplicar **la tasa de crecimiento** entre el periodo antes del SIS y en el periodo con el SIS. En la Costa rural, en el periodo pre SIS 1996-2000, la tasa de crecimiento alcanza 178,1% a la par que en el segundo periodo, 2000-2005, el crecimiento llega a 153,2% y en el tercer periodo, 2005-2010, se contrae hasta el -0,7%. La Sierra rural, compromete su crecimiento en el primer periodo hasta el 90,6%, en el segundo periodo se logra un 121,7%, y el tercer periodo alcanza el 55,8%. El parto en la Selva rural crece 67,6% en el primer quinquenio, en el segundo se logra el **186,2%** y en el tercero, el crecimiento alcanza el 29,0%. Por tanto, *la Selva Rural es la que logra la mayor tasa de crecimiento en el periodo con SIS 2000-2005*, aunque la Sierra también supera el 100% en el segundo periodo, mientras que la Costa lo hace en el primero.

Entre las tasas de crecimiento, la Costa rural en el tercer quinquenio muestra un crecimiento de -0,7%, lo que se explicaría por las coberturas porcentuales de partos en EE.SS., de los años 2005 y 2010, donde ellas se mantienen muy similares, 51,4% y 51,0% respectivamente, debido a que la cobertura en el sector privado se ha incrementado del 6,3% en el año 2005 al 11,8 hacia el año 2010 y, esta elección de las mujeres ha frenado de cierta forma la cobertura sanitaria en EE.SS., del MINSA, del año 2010, aun contando con la protección del SIS, lo que también nos indicaría la filtración al sistema de aseguramiento por gestantes que no son objetivo del mismo.

A partir de los resultados de atención de parto, observamos un evidente un hecho controversial: *la Costa tiene menos proporción de partos en EE.SS. y más porcentaje de partos en domicilio, al mismo tiempo que la tasa de mortalidad materna es menor, con relación a la Sierra, donde las coberturas de parto sanitario presentan un mayor porcentaje, e igualmente una mayor tasa de mortalidad materna. La Selva se encuentra en un nivel intermedio entre ambas áreas.*

Ante esta evidencia, se hace necesario indagar por posibles explicaciones que puedan esclarecer dicha controversia, lo cual desarrollaremos después del análisis de las coberturas del siguiente cuadro 14, donde se examina la participación de

profesionales calificados en el parto a fin de dar un enfoque más completo sobre el particular.

| CUADRO 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--------|------|------|------|------|------|------|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| PARTICIPACION PROFESIONAL Y TRADICIONAL EN LA ATENCION DEL PARTO, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | | | | |
| Años | | 1996 | | | | 2000 | | | | 2005 | | | | 2010 | | | | 2012 | | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Med | Obst | Otro | Trad | Med | Obst | Otro | Trad | Med | Obst | Otro | Trad | Med | Obst | Otro | Trad | Med | Obst | Otro | Trad |
| | | Costa | Urbana | 32,4 | 48,3 | 0,4 | 25,1 | 48,5 | 54,2 | 22,8 | 15,2 | 50,9 | 73,6 | 20,8 | 8,1 | 60,8 | 66,4 | 35,7 | 7,4 | 54,3 | 77,0 |
| Rural | 7,0 | | 8,8 | 0,5 | 57,2 | 17,1 | 17,2 | 17,8 | 53,4 | 27,0 | 39,6 | 13,5 | 48,6 | 33,8 | 47,9 | 25,0 | 33,8 | 22,8 | 50,4 | 23,9 | 41,6 |
| Pob. Pobre | | | | | | | | | | 23,5 | 44,5 | 14,2 | 50,4 | 43,2 | 53,3 | 27,7 | 27,2 | 32,1 | 57,7 | 28,7 | 31,8 |
| Sierra | Urbana | 24,8 | 41,7 | 0,5 | 31,6 | 39,1 | 54,3 | 35,5 | 13,3 | 32,4 | 71,2 | 31,0 | 18,0 | 49,6 | 84,4 | 33,5 | 3,8 | 56,2 | 80,1 | 42,2 | 5,0 |
| | Rural | 3,8 | 8,4 | 1,2 | 57,3 | 10,3 | 13,9 | 36,1 | 33,9 | 17,3 | 28,6 | 20,8 | 63,8 | 32,2 | 57,5 | 25,5 | 24,2 | 36,6 | 66,2 | 33,8 | 21,9 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | | | 16,6 | 29,1 | 19,8 | 54,2 | 33,3 | 59,4 | 27,5 | 39,3 | 37,9 | 66,9 | 34,3 | 20,7 |
| Selva | Urbana | 29,3 | 40,4 | 1,1 | 26,2 | 37,2 | 45,5 | 33,2 | 25,2 | 29,4 | 62,8 | 23,5 | 30,9 | 31,5 | 65,1 | 24,3 | 17,2 | 35,3 | 71,9 | 30,0 | 16,5 |
| | Rural | 4,9 | 5,8 | 3,5 | 57,5 | 9,7 | 13,1 | 24,8 | 54,1 | 18,2 | 24,8 | 10,2 | 78,4 | 24,0 | 39,2 | 26,9 | 46,3 | 19,5 | 34,7 | 22,9 | 56,6 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | | | 18,2 | 30,2 | 12,3 | 67,6 | 23,1 | 44,8 | 23,8 | 41,8 | 22,7 | 46,4 | 23,8 | 44,8 |

Fuente: ENDES, 1996,2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)

Elaboración Propia

El perfil profesional para la atención del parto, también se encuentra determinado por las Normas de atención materna del año 1995,²⁵⁵ así como las del año 2004 y documentos normativos posteriores del año 2010 y 2013.²⁵⁶ En estas últimas, se determina puntualmente la intervención del médico Gineco-Obstetra, médico general u Obstetra, como profesionales calificados para la atención del parto y, en ausencia de ellos, la participación de otro personal capacitado.

Para el análisis de contexto, también valoramos la intervención de otros profesionales; como la enfermera y auxiliares. Así mismo, la participación cultural o

²⁵⁵Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Salud de las Personas. Sub Programa de Salud Materno Perinatal. *Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal*. Perú 1995. Lima. Esta norma rige desde la fecha, hasta el año 2003. Establece que la salud de la madre y el Recién Nacido estará atendido por el por el equipo multidisciplinario, técnico y auxiliar, según nivel de complejidad. Pag. 19.

²⁵⁶Ministerio de Salud [MINSa] –Presupuesto por Resultados [PpR] (2010). *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, VIH SIDA y TBC, Metaxenicas-Zoonosis, Enfermedades no transmisibles*. Lima; Ministerio de Salud [MINSa] – Presupuesto por Resultados [PpR] Documento de trabajo preliminar (2012): Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013. Lima.

tradicional (parteras empíricas y/o familiar), dado el antecedente histórico de la atención del parto por comadronas, que data de los años de 1800 a.C.²⁵⁷ En la actualidad, Perú es uno de los países de Latinoamérica, donde las parteras tradicionales aún tienen participación significativa en los partos, especialmente en zonas rurales o entre la población más pobre, aunque con menos presencia en zonas urbanas.

En el Cuadro 14, al analizar la cobertura de parto por profesionales de salud y personas tradicionales, mencionamos el término "**participación**", debido a que las encuestas aplicadas por las ENDES hacen referencia a *una o más personas* que atienden el parto, lo que está implicando que la atención esté a cargo de uno o más proveedores y/o tradicionales. La asistencia afecta tanto a la mujer como al recién nacido, aunque la propia atención de parto está normado por médico y/u Obstetra y es su participación lo que evaluaremos a continuación.

Para **1996**, las profesionales *Obstetra/enfermera* (en este año la ENDES agrupa a ambos proveedores), participan entre el 5,8 y el 8,0% de los partos atendidos en *zonas rurales*; mientras que en los partos *de zonas urbanas*, el porcentaje de participación va del 40,4 hasta el 48,3%. Indicar que los médicos tienen una menor intervención, que fluctúa entre 3,8 a 7,0% en las zonas rurales y desde el 24,8 al 32,4% en las zonas urbanas. En este año, la presencia de las parteras en el parto, abarca un mayor porcentaje frente a los proveedores, alrededor del 57,5% en las zonas rurales y hasta un 31,6% en las urbanas, con atención básicamente en el domicilio.

Para los siguientes años crece la participación en la atención de parto de profesional médico/obstetra, tanto en zonas urbanas como en rurales. Así, en el año **2000**, la Obstetra participa desde un 13,1% hasta un 17,2% de los partos rurales, mientras que en la zona urbana la asistencia es mayor, desde el 45,5% al 54,3%. El médico presenta una participación más baja, en la atención de parto rural la cobertura se presenta entre el 9,7 y el 17,1%, con incremento de su asistencia en las zonas urbanas

²⁵⁷Serrano Monzo, I. (s.f.) *Apuntes Históricos de la profesión de matrona, a propósito de la exposición de "Matronas y Mujeres en la Historia"*. Pamplona 28 de Mayo a 2 de Junio. Asociación Navarra de Matronas. En <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf>.

desde el 37,2 hasta el 48,5%. Así mismo, la presencia de parteras disminuye levemente en la Costa y Selva rural, en tanto que en la Sierra se logra una disminución importante del 33,9%, dado que en el año anterior casi era el doble de este porcentaje.

Hacia el periodo con SIS **2005-2010**, continúa la tendencia de la mayor participación de profesionales calificados en el parto sanitario, donde la Obstetra adquiere la mayor responsabilidad del evento, seguida de la asistencia por médicos. Para el año **2010**, la presencia de la Obstetra en el parto logra el mayor porcentaje de participación en la Sierra rural y entre la población pobre, frente a Costa y Selva.

Para el año **2012**, la profesional obstetra se consolida como el proveedor que logra la mayor participación en el parto de zonas rurales y población pobre, con porcentajes que van desde el 34,7 al 66,2%, mientras que en los partos urbanos se alcanza hasta un 80%. Por su parte, el médico aumenta su presencia en los partos rurales hasta un máximo del 36,6%, y en los partos urbanos del 56,2%. Se resalta que la participación calificada, prevalece en mayor proporción entre los partos de la Sierra y en general entre la población pobre.

Aun los porcentajes importantes de la presencia de médicos y obstetras en la atención de parto sanitario, la asistencia por parteras empíricas prevalecen en la Selva hasta con el 56,6%, en la Costa con el 41,6% y en la Sierra con el 21,9%, pese a que la mujer gestante cuenta con el SIS.

También se destaca la presencia de la enfermera en los partos, aunque su labor principal sea la atención del Recién Nacido, sin embargo, pudiera atender el parto básicamente en el primer nivel de atención en ausencia del personal calificado. En suma, se muestra una mayor participación tanto de profesionales calificados como capacitados en las atenciones de parto, lo que conlleva a sopesar una mejor atención por el "equipo de salud", para la madre y para el recién nacido, aunque las cifras porcentuales todavía indiquen limitaciones para esta participación conjunta, por la deficiente distribución de personal, en los ámbitos de mayor pobreza, así como la concentración de profesionales

calificados principalmente en zonas de costa como lo señalaremos en apartados posteriores.

Ante la mejora creciente de la asistencia calificada en los partos, intentamos valorar el periodo de mayor incremento de ellos, a través de **la tasa de crecimiento**, con atención preferente en la zona rural. En relación a **la participación de médicos**, en la Costa rural en el periodo 1996-2000 antes del SIS, la tasa de crecimiento alcanza un 152,8%; en el segundo periodo 2000-2005, se logra el 52,5% y en el tercero, años 2005-2010, la tasa de crecimiento es del 25,1%. En la Sierra rural, en el primer periodo, la tasa de crecimiento alcanza el **171,0%**; en el segundo periodo el 67,9% y en el tercer quinquenio el 86,1%. En la Selva rural, el crecimiento porcentual logra el 97,9%; en el segundo quinquenio el 87,6% y en el tercer quinquenio el 31,8%. En suma, *la participación médica en los partos logra su máxima tasa de crecimiento en la Sierra rural, en el periodo 1996-2000 con un 171%.*

Respecto a la **participación del/la Obstetra en el parto**, en la Costa rural, para el primer quinquenio, la tasa de crecimiento llega al 95,4%, en el segundo al **130,2%** y en el tercer periodo al 20,9%. En la Sierra rural, para el primer periodo, el crecimiento porcentual alcanza el 65,4%, en el segundo periodo el 105,7% y en el tercero, el 101,0%. En la Selva rural, en el primer quinquenio, se logra un crecimiento del 125,8%, en el segundo del 89,3% y en el tercero del 58,0%. En resumen, *en el periodo con SIS 2000-2005, la mayor tasa de incremento de la atención de parto por obstetras, se produce en la Costa.*

Notamos que la tasa de crecimiento del médico en los partos, principalmente en la década de 1996-2000, tiene un fuerte crecimiento, por un lado porque los porcentajes de cobertura por estos profesionales a inicios de 1996 era mínima, mientras que en los siguientes quinquenios, disminuye el crecimiento por cuanto es superado por la de obstetras, debido a que estas profesionales se incorporan al sector sanitario, dada su formación profesional, principalmente para la atención materna, desplazando a la atención médica para los partos, aunque el médico participa cuando se producen complicaciones. Por ello, en la Costa y Sierra se muestra un mayor crecimiento en el

segundo periodo 2000-2005 con SIS. En la Selva el mayor crecimiento fue en el primer quinquenio.

En el cuadro 6 del capítulo actual, habíamos explicitado la presencia de recursos humanos a lo largo de la década de los años del 2000 en los establecimientos del MINSA, los cuales han logrado incorporarse al sistema sanitario para incrementar las coberturas pre natales. Añadir que la concentración de proveedores calificados no ha sido uniforme en todas las zonas, prevaleciendo en la Costa.

La OMS y la Joint learnig Initiative, han propuesto utilizar una medida llamada "Densidad de Recursos Humanos en Salud", conformada por la suma de médicos, enfermeras y obstetras. La densidad promedio de los recursos humanos *por población* se puede agrupar en países de alta disponibilidad con una razón superior a 50 por 10,000; países con disponibilidad media que tendrán una razón de 25 a 50 y países de baja disponibilidad, aquéllos que tienen un razón inferior a 25 por 10,000 habitantes. Bajo esta valoración, el Perú es un país con densidad baja de recursos humanos, porque solo concentra 22.4 profesionales por cada 10 mil habitantes.²⁵⁸

La evolución de la presencia del recurso humano calificado para el año 2009 casi no ha variado desde el año 2004, en el que la disponibilidad de los médicos alcanza un nivel de 11.5 x 10,000 habitantes y la de enfermeras 9.7 por 10,000 habitantes. La deficiencia de recursos humanos por especialidades es aún más severa, precisando la necesidad de aproximadamente 6,000 especialistas, que básicamente aumenta por tres motivos: aumento de la demanda por el acceso al Seguro Integral de Salud; la expansión de infraestructura y equipamiento y, por último, la migración interna y externa. La situación se agrava, además, por la inadecuada redistribución dado que el 56% de los especialistas se concentra en Lima y en ciudades de Costa peruana.²⁵⁹

²⁵⁸Esta medida está conformada por la suma de médicos y enfermeras, aunque es imperfecta es la más viable para efectuar comparaciones, agrupando a los países de alta, media y baja disponibilidad; aquellos con una razón superior a 50 por 10,000, aquellos con una razón de 25 a 50 y los que tienen una razón inferior a 25. En: Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud del Perú (IDREH). (2006). El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. n. 5 Lima. 75pp.

²⁵⁹Arroyo, J., Hartz, J., & Lau, M. (2011). Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. *Serie Bibliográfica de Recursos Humanos de Salud* (No. 14). Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Lima; **Observatorio** de Recursos Humanos en Salud. [IDREH] (MINSA) (2006). El

La OMS (2013),²⁶⁰ ya señala que existe una distribución poco adecuada de recursos humanos y falta de competencias para realizar un trabajo resolutivo y de calidad, particularmente en las áreas más alejadas y con población más vulnerable.

Concluyendo con el análisis de cobertura de parto por proveedor calificado, a continuación centraremos una primera discusión en torno a la controversia antes señalada, principalmente entre la Costa y Sierra. *La Costa tiene menos proporción de partos en EE.SS. y más porcentaje de partos en domicilio, al mismo tiempo que la tasa de mortalidad materna es menor con relación a la Sierra, donde las coberturas de parto sanitario presentan un mayor porcentaje e igualmente una mayor tasa de mortalidad materna; la Selva se encuentra en un nivel intermedio entre ambas áreas*.

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) se enfoca en mejorar la salud materna. En este marco, se establece que Perú para el año 2015, debe lograr un máximo de 66 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.²⁶¹ Según la publicación de la OMS (2012),²⁶² "Trends in maternal mortality: 1990 to 2010", la razón de mortalidad materna en el Perú es de 67 por 100, 000 nacidos vivos, con un rango mínimo de 42 y un máximo de 110, haciendo notable que nuestro país se encuentra entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, según el reporte del MINSA del año 2012,²⁶³ las muertes maternas se producen en el marco del SIS, dado que el 72% de las fallecidas estuvieron aseguradas en este sistema de salud.

Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. n. 5. Lima (Gráfico N°1 América del Sur: Tasa de médicos por 10,000 habitantes, 2009; Gráfico N°2 América del Sur: Tasa de enfermeras por 10,000 habitantes, 2009).

²⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). OPS/OMS en México. *Cobertura Universal De Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación* en México. México D.F.

²⁶¹ Del Carpio Ancaya, L. (2013). Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 461-464.

²⁶² WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2012). Trends in maternal Mortality: 1990 to 2010. Publications of the World Health Organization. Geneve. Pag. 35

²⁶³ Ministerio de Salud [MINSA] - Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología (2012). *ANÁLISIS DE SITUACION DE SALUD. Situación de la muerte materna en el Perú, en base a los datos de la vigilancia epidemiológica*. Boletín epidemiológico. Nro. 26. Vol. 21. Lima. Pág. 415

Como referencia de nuestra discusión, consideramos citar nuevamente los datos de la mortalidad materna según las diferencias que guardan entre áreas geográficas, zona de residencia y quintiles de pobreza. Entre los años 2007 al 2011, el valor de la razón de la mortalidad materna (RMM) en la **Sierra**, es de **152,6**; en cambio en la Costa llega a 56,4 y en la Selva 137,5. Respecto a la zona de residencia, es el ámbito **rural** donde la RMM alcanza más del doble de la zona urbana, **161,5** y 70, respectivamente. De otro lado, el **quintil I** de pobreza presenta una RMM de **188,7**, seguido del quintil II con 169,3, disminuyendo estos valores en los quintiles menos pobres.²⁶⁴

Evidentemente, notamos que este evento tiene mayor incidencia en la Sierra, en zona rural y quintiles más pobres. Sin embargo, según nuestros resultados, hay una mayor proporción de mujeres de Sierra que atienden sus partos en los EE.SS., del MINSA.

Al respecto, buscamos factores que puedan explicar esta controversia y empezamos analizando la capacidad resolutive de establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas, (FONB) y esenciales (FONE) de las tres áreas en estudio.²⁶⁵ Según el cuadro 3 del capítulo V, la capacidad resolutive de los EE.SS., con FONB de Sierra, y nivel primario de atención, llega al 57,3% en el año 2012, mientras que los de Costa al 61,0%. De la misma forma, la capacidad de los establecimientos de mayor nivel, FONE, considerando a hospitales, en la Sierra llega al 63,3% y en la Costa hasta el 67,5%.

Evidentemente, en los dos niveles de resolución sanitaria, FONB y FONE, existe una mejor capacidad de oferta en la Costa y por ende, aun cuando los partos sean en menor proporción que en la Sierra, su mayor nivel de respuesta posibilitaría una mejor atención ante la emergencia obstétrica y, por tanto, menor posibilidad de muertes maternas.

²⁶⁴Del Carpio Ancaya, L. (2013). Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 461-464.

²⁶⁵Las referencias para el año 2010, se obtiene de los 5 departamentos de Sierra considerados en nuestro estudio; Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Puno. Para la Costa el Departamento de La Libertad, y para la Selva el departamento de Amazonas. Para el año 2012 en la Costa se suma el departamento de Piura.

Otra explicación radicaría en la menor oportunidad de *cobertura del paquete pre natal básico* de las gestantes de Sierra, con relación a las de Costa, principalmente en los componentes de apoyo diagnóstico o exámenes de laboratorio, así como la limitada ingesta de hierro (cuadros 8, 8-A y 9, Cap. IV). Estas restricciones condicionan a una atención pre natal sub óptima, circunstancias en que la mujer gestante de Sierra llega al parto sanitario, con la mayor probabilidad de tener el desenlace de un parto con características de complicaciones imprevistas y cuya menor capacidad de oferta de los EE.SS., para responder a estas contingencias, agrava las posibilidades de la morbilidad o muerte materna.

Un siguiente aspecto a considerar en la controversia encontrada, creemos que se asocia a la *cobertura de parto por profesional calificado*, principalmente Obstetra. Relacionamos las coberturas de la asistencia del parto por profesionales (cuadro 14, Cap. IV) y los partos atendidos en EE.SS., (cuadro 13, Cap. IV). Evidenciamos que en la Costa urbana, rural y entre la población pobre, los partos serían atendidos casi en su totalidad por la Obstetra, mientras que en la Sierra, habiendo más partos atendidos en EE.SS., la atención sería diversificada en una alta proporción con otros profesionales y hasta con personal técnico de salud, ocurriendo lo mismo en la Selva. Estas diferencias, nos permiten estimar las brechas entre profesionales y partos. Así, la falta de atención calificada en toda la Costa oscila entre 0,6 hasta 3,3%, en tanto que en la Sierra se presenta entre el 7,1 y el 12,5%. En la Selva, la brecha es mayor y se sitúa entre el 10 y el 23,6%. Estos datos nos hacen ver la carencia de profesionales calificados para la atención de parto y, precisamente, la mayor necesidad se produce en la Sierra y Selva, donde las probabilidades de mortalidad materna son mayores.

A propósito de la atención de parto por personal calificado, según el INEI (2011),²⁶⁶ uno de los factores asociados a la reducción de la mortalidad materna es la atención del parto por parte de personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones y a remitir los casos a otros servicios. Señala que el 85,0% de los partos fueron asistidos por un profesional de salud: en las zonas urbanas la atención llega a

²⁶⁶Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2013). *Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011*. Lima. Pag 211.

96,0%, mientras que en las rurales al 64,4%. Otro estudio sobre la cobertura de atención de parto en unidades médicas del Sistema Nacional de Salud Mexicano, de acuerdo con la ENSANUT (2012), indica que son los médicos el tipo de personal de salud que predomina en la atención del parto.²⁶⁷ UNICEF (2008),²⁶⁸ en el reporte de 80 países del mundo, advierte que en América Latina, más del 70% de los partos alcanzan asistencia por personal calificado. En relación a estas referencias, los resultados nuestros se encuentran por debajo de estas coberturas.

Las implicancias que conlleva la atención materna en ausencia de profesional calificado, son diversas. Según el estudio de Murillo (2002),²⁶⁹ la ausencia de control prenatal por un Obstetra incrementa en 5 veces la exposición a la muerte y la ausencia de atención de parto por un médico, incrementa en 10 veces la exposición a la muerte infantil. Igualmente, Ronsmans C, Graham WJ. (2006),²⁷⁰ sugiere que los países en desarrollo, entre ellos Perú, las altas tasas de mortalidad materna se asocian al personal y a los establecimientos inadecuados, siendo los principales impedimentos para lograr avances en la disminución de la mortalidad materna.

Continuamos indagando por otras referencias que pudieran contribuir a explicar la mayor mortalidad en la Sierra a pesar de que se produce una mayor asistencia de parto en el sector sanitario. Un argumento relevante estaría asociado a las razones de "adelanto del parto" (en el cuadro 13-A, del Cap. IV, se considera dentro de las razones de oferta). En el año 2012, es una razón que las mujeres lo indican como justificación para no atender el parto en el sector sanitario y quedarse en casa: en la Sierra rural lo manifiestan el 40,9%, en la Costa el 12,9% y en la Selva el 16,0%. Vale mencionar que la

²⁶⁷Lazcano-Ponce, E., Schiavon, R., Uribe-Zúñiga, P., Walker, D., Suárez-López, L., Luna-Gordillo, R., & Ulloa-Aguirre, A. (2013). Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública México*. 55 (sup 2), 214-224.

²⁶⁸ UNICEF: PROGRESO PARA LA INFANCIA: *Un Balance sobre la mortalidad materna*. Número 7, Publicado por UNICEF. Nueva York. Pag. 9

²⁶⁹Murillo, J. P. (2002). *Efecto de las intervenciones en salud en el perfil de determinantes intermedios y próximos de la mortalidad infantil para el periodo 1990-2000*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, [INEI] - Centro de Investigación y Desarrollo, CIDE. Lima

²⁷⁰Ronsmans C., Graham WJ. (2006). Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where and why. *Lancet* .368(9542):1189-200.

fecha probable de parto es estimada, con rangos de 2 semanas antes o después de la fecha prevista, y en este punto es preciso recordar la insuficiente calidad del CPN que hemos detectado, lo que puede dar lugar a posibles diagnósticos inefectivos y complicaciones no identificadas, los que a su vez, pueden coadyuvar con "el adelanto del parto", lo que apoya a la decisión de atenderse en casa y ante posibles complicaciones, las mujeres optan por trasladarse a los EE.SS., unas encontrando recuperación y otras posiblemente la morbilidad y la mortalidad asociadas al parto, en circunstancias exiguas de capacidad resolutive de los establecimientos que las acogen.

Continuando con las explicaciones a la controversia, surgen otros factores y, a continuación, nos vamos a referir al nivel educativo.

Diversos estudios contribuyen a demostrar que el mayor nivel educativo contribuye a disminuir la mortalidad materna. Seguidamente citamos algunos de ellos.

La UNICEF (2008),²⁷¹ manifiesta que por cada 1,000 mujeres que acceden a un año adicional de estudio, se evitan dos muertes maternas. Lo justifica señalando que se incrementa el conocimiento de las prácticas de atención de salud, el acceso a los servicios médicos durante el embarazo y parto además de mejorar la nutrición y aumentar el intervalo entre nacimientos.

Otro estudio realizado en Chile,²⁷² el que evalúa los principales factores relacionados con la reducción de la mortalidad materna en un periodo de 50 años (1957-2007), señala los efectos en la reducción de la mortalidad materna con el mayor nivel educativo en la medida en que la educación modula factores clave como el acceso y utilización de los servicios de salud materna, cambios en la conducta reproductiva de las mujeres y la mejora del sistema sanitario. Este estudio refiere que por cada año adicional

²⁷¹UNICEF (2008). *PROGRESO PARA LA INFANCIA. Un Balance sobre la mortalidad materna*. Nro. 7. Publicado por UNICEF. Nueva York. Pág. 13.

²⁷²Koch, E., Thorp, J., Bravo, M., Gatica, S., Romero, C. X., Aguilera, H., & Ahlers, I. (2012). Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoSone*, 7(5), e36613 En: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036613>.

de educación de la madre, se observó una disminución en la RMM de 29,3 por cada 100.000 nacidos vivos.

Así mismo, Martínez, y Delgado (2013),²⁷³ en su investigación realizada en cuatro hospitales andaluces, encuentran que el mayor nivel educativo se asocia con el mayor acceso al programa de educación pre natal. En Colombia, Tipiani, O.(2006),²⁷⁴ encuentra que el grado de instrucción se correlaciona en forma positiva con el número de CPN, mientras que existe menor número de visitas en gestantes con menor grado de instrucción.

Otros estudios relacionados, como el de Arispe, et al., (2011),²⁷⁵ realizado en el Hospital Cayetano Heredia en Lima Perú, " *Frecuencia del Control Pre Natal Inadecuado y de Factores Asociados a su ocurrencia*", con una muestra de mujeres puérperas hospitalizadas, realizó un estudio del acceso al número de CPN, determinando con ello, el porcentaje de mujeres que accedieron al *CPN inadecuado*(las que tuvieron 0 a 5 CPN), y las que alcanzaron el número de *CPN adecuado*(6 a mas CPN); a su vez, esta valoración lo asocio con el nivel educativo. En los resultados se obtuvo que, de la muestra de las mujeres que tuvieron el *CPN inadecuado*, se asociaba en mayor proporción a una menor educación, es decir que, el 3% de ellas presentaron analfabetismo, el 38,3% educación primaria completa, el 50,4% cursaron con secundaria completa y solo el 8,3% tenían educación superior. En cambio, en la muestra de mujeres con *CPN adecuado*, encontró que esta determinación, se asociaba a un mayor nivel educativo, lo cual lo evidencia en los siguientes resultados: el 3,6% con analfabetismo tuvo el CPN adecuado, el 32,7% se asociaba a las que tenían primaria completa, el 49,8% con secundaria completa y en el 13,9% con educación superior. Es decir a una mayor proporción de mujeres que tenían el nivel superior, también le correspondía un mayor porcentaje de acceso para lograr el

²⁷³Martínez Galiano, J., M., y Delgado Rodríguez, M. (2013). Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gac Sanit*, 27(5), 447-449.[citado 2015-10-09]

²⁷⁴Tipiani, O., &Tomatis, C. (2015). El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(4), 247-252.

²⁷⁵Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-175.El autor define el CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. El control pre natal adecuado, cuando el número de CPN es de seis a más y el primer control antes de las 12 semanas de gestación.

CPN adecuado. Así mismo, Seinfeld, (2009),²⁷⁶ indica que las probabilidades de tener un parto institucional, se incrementa en 1.84 veces más, cuando se tiene un mayor nivel educativo.

Por otro lado, el menor nivel educativo también revela implicancias de mayor morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Al respecto, el estudio de Panduro, et al., (2011),²⁷⁷ señala que la escolaridad primaria o menor, está asociada a la muerte fetal tardía. Otro estudio de magnitud mundial entre 1980 al 2008, realizado en 181 países,²⁷⁸ revela que se ha mostrado una disminución sustancial de muertes maternas con cuatro poderosos impulsores como son, la tasa global de fecundidad, el ingreso per cápita, *el nivel de instrucción* y un asistente calificado para el parto. Otro estudio de la misma magnitud, también refiere que la mortalidad materna es inversamente proporcional al status social de la mujer, donde *la educación secundaria* aumenta el uso de los servicios maternos.²⁷⁹

Los efectos relativos de la educación y la economía sobre la mortalidad infantil,²⁸⁰ en países de renta "baja" o " de renta media-baja" (África, Asia y América Latina) entre el año 2003 y 2005, teniendo en cuenta el impacto de los niveles individual y comunitario, los resultados indican que la muerte infantil, disminuye solo en 10% para las que tienen algún grado de primaria, 28% al concluir la primaria y aproximadamente el 57% para niños con madres con educación secundaria.

²⁷⁶Seinfeld, J., (2011). *Mejorando el acceso al parto Institucional en las Poblaciones marginalizadas del Perú*. Cuaderno de Política. Fundación Canadiense para las Américas, FOCAL. Ottawa. En: <http://www.offnews.info/downloads/FocalPeruBirthES.pdf>.

²⁷⁷Panduro, B., J.G.; Pérez, M., J.J.; Panduro, M., E.G.; Castro, J. F., & Vázquez G., M. D. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(3), 169-174.

²⁷⁸Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M., ...& Murray, C. J. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The lancet*, 375(9726), 1609-1623. En: www.thelancet.com.

²⁷⁹Filippi, V., Ronsmans, C., Campbell, O. M., Graham, W. J., Mills, A., Borghi, J., & Osrin, D. (2006). Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet*, 368(9546), 1535-1541

²⁸⁰Pamuk, E. R., Fuchs, R., & Lutz, W. (2011). Comparing relative effects of education and economic resources on infant mortality in developing countries. *Population and Development Review*, 37(4), 637-664.

El aumento de la educación de las mujeres pobres,²⁸¹ contribuye a las mejores condiciones de salud de sus familias en el futuro, siendo un factor determinante de la reducción de la mortalidad y morbilidad infantiles el mejoramiento de la salud y nutrición familiares, la disminución de la fecundidad no deseada y los descensos de los niveles de violencia familiar. Así mismo,²⁸² completar cada año en la educación básica, también le otorga a una persona un 4% extra de renta en el futuro, incremento que en la enseñanza media se eleva a un 10% más de ingresos por cada año culminado, mientras que avanzar un año más en la educación superior, representa un 20% más en la remuneración.

En suma, vemos que el mayor nivel educativo, contribuye a mejores oportunidades de salud y a la reducción de la mortalidad materna. Para el caso peruano, en virtud de la controversia encontrada, entre el año 2000 y el 2012, las mujeres de la Sierra rural y población pobre, han incrementado su nivel educativo en porcentajes similares a las mujeres de la Costa, principalmente en el nivel secundario, mientras que se han reducido las mujeres sin educación y con nivel primario (cuadro 4-A, Cap. IV). No obstante, la población sin educación prevalece por encima de las de Costa. En consecuencia, parte de la mortalidad materna en la Sierra estaría relacionada con la mayor proporción de mujeres sin educación o con nivel primario, con las implicancias que conlleva para el acceso a la salud, pese a la protección del aseguramiento en salud.

Junto a la educación, también consideramos el idioma, *tradicional y el castellano*, como un factor que podrían estar asociados al comportamiento de la cobertura de parto y la mortalidad en la Sierra peruana. Varias investigaciones señalan que el idioma puede ser un factor limitante en el acceso a la salud. Citamos las siguientes:

²⁸¹Ramos, M., Choque, R. (2007). *La educación como determinante social de la salud en el Perú*. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; (Cuadernos de Promoción de la salud; 22). Lima

²⁸²TRANSPARENCIA, A. C. (2009). *La niñez en las políticas de educación: situación y propuestas*. Editorial y Grafica EBRAE.I.R.L. Lima Pág. 11.

Un estudio del año 1999, “El parto de la vida en los Andes y la Amazonia del Perú”,²⁸³ señala a la diferencia del idioma entre proveedores y usuario entre los factores que limitan el acceso a los servicios de salud en los ámbitos rurales. De la misma forma, Fernández (2013),²⁸⁴ analiza la comunicación de los servicios de salud pública con los ciudadanos y ciudadanas de nivel académico medio y alerta de que en ocasiones estas comunicaciones utilizan un lenguaje excesivamente técnico, alejado del nivel de comprensión de la población.

Igualmente, Von Glascoe (2007),²⁸⁵ encuentra que la relación entre la mujer embarazada y el médico se caracteriza por la falta de diálogo, la asimetría y el reforzamiento del poder médico, afirmando que este tipo de situación va en contra de la generación de un proceso de retroalimentación y el reconocimiento de las necesidades que tienen las mujeres de recibir información sobre su estado de salud y la aclaración de dudas sobre las indicaciones médicas. Refiere que la información que se proporciona, se expresa en un lenguaje técnico incomprensible para gran parte de las mujeres. Además, los proveedores de la atención médica pocas veces se esfuerzan por confirmar si las usuarias comprenden las instrucciones que ellos proporcionan.

En otro estudio, “Itinerario del Paciente Crónico”, realizado por Instituto Global de Salud Pública de la UIC (2013),²⁸⁶ los autores señalan que la falta de tiempo, el lenguaje técnico y las interrupciones durante la visita constituyen las principales barreras de comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios. Así mismo, Paz (2012),²⁸⁷ al estudiar sobre “factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en

²⁸³Dierna, R., Salazar, X., Vargas, R., Nacarato, P., & Guzmán, C. (1999). *Salvarse con bien: el parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú (técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido)*. Ministerio de Salud, Proyecto 2000. Lima

²⁸⁴Fernández de Sanmamed, A. F., Ruiz Eugenio, L., & Vreecer, N. (2013). La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Vol. XVII, núm. 427 (5).

²⁸⁵Camarena, L., & Von, C. (2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 25(1), 40-49.

²⁸⁶Itinerario del Paciente Crónico (2013). *Instituto Global de Salud Pública de la Universidad Internacional de Catalunya*. Madrid.

²⁸⁷Paz Zulueta, M. (2012). *Factores Asociados al Cumplimiento del Protocolo de Embarazo en Inmigrantes Africanas y su Repercusión en la Morbilidad Neonatal en Cantabria*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Cantabria”, concluye que la falta de control prenatal fue mayor en gestantes inmigrantes africanas que no conocían el idioma. El 84% de los incumplimientos se daba entre aquellas que no sabían hablar español.

Amnistía Internacional (2009),²⁸⁸ indica que aun cuando la atención de la salud está disponible, la falta de información conlleva que muchas mujeres no sepan a qué atención pueden acceder o a qué síntomas deben estar alertas. También señala que hay 71 grupos étnicos de Perú que utilizan idiomas diferentes y una importante proporción de la población tiene el español como segunda lengua o no lo habla en absoluto y esto afecta especialmente a las mujeres indígenas, que es menos probable que hablen español que los hombres, ya que no suelen viajar fuera de sus comunidades. Muchos profesionales de la salud de zonas rurales sólo hablan español y pueden no entender a las mujeres a las que tratan.

Para nuestro caso presentamos el cuadro 14-A, exponiendo el idioma que hablan las mujeres, estadística que se recoge de la muestra de gestantes según el lugar de atención del parto. Lo citamos en este punto, por la pertinencia del análisis y en relación al cuadro 14.

²⁸⁸Amnistía Internacional (2009). *La Salud Materna es un Derecho Humano. Deficiencias Fatales. Las Barreras de la Salud Materna en el Perú*. Editorial Amnistía Internacional. Madrid.

| CUADRO 14-A | | | | | |
|---|--|------------|-------------|------------|-------------|
| IDIOMA ENTRE LAS MUJERES GESTANTES, 2000 - 2012 | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | |
| Años | | 2000 | | 2012 | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Castellano | Tradicional | Castellano | Tradicional |
| Costa | Urbana | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 |
| | Rural | 97,0 | 3,0 | 98,0 | 2,0 |
| | Pob. Pobre | | | 98,7 | 1,3 |
| Sierra | Urbana | 88,0 | 12,0 | 88,6 | 11,4 |
| | Rural | 24,1 | 65,9 | 63,0 | 37,0 |
| | Pob. Pobre | | | 64,1 | 35,9 |
| Selva | Urbana | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 |
| | Rural | 71,1 | 27,4 | 79,1 | 20,1 |
| | Pob. Pobre | | | 86,4 | 13,6 |

Fuente: ENDES 2000 y 2012
Elaboración propia

Podemos observar que desde el año 2000 al 2012, el uso del idioma castellano se ha generalizado en las mujeres de la Costa, mientras que en la Sierra y Selva todavía se comparte con el idioma tradicional, hasta en un 37%.

Por lo tanto, aun cuando la mujer de Sierra acuda en mayor proporción al parto en EE.SS. y hayan recibido más del 95% de ellas la educación sanitaria durante el CPN, el uso del lenguaje tradicional, así como su menor nivel educativo, impedirían la mejor comprensión de las indicaciones por parte de los proveedores de salud, y con ello *la menor posibilidad de la identificación oportuna* de los riesgos de su embarazo. Consecuentemente, la probabilidad de llegar al parto en condiciones de mayores complicaciones y con mayor demora, es más alta.

Sobre el particular, se han descrito métodos de multicausalidad de la mortalidad materna, uno de ellos es el considerado ampliamente por el sistema de salud peruano,

el referido por Maine (1997),²⁸⁹ quien señala que para reducir la mortalidad materna, *no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan una serie de retrasos para poder acceder a ellos y utilizarlos*. Considera cuatro tiempos de demora: 1. Demora en reconocer el problema; 2. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda; 3. Demora en llegar al establecimiento de salud y, 4. Demora en recibir el tratamiento adecuado. Planteamiento que ha sido adaptado por el sistema de salud peruano.

Aplicamos esta perspectiva para la realidad de la salud materna peruana. Los cuatro tiempos de demora considerados como retrasos para acceder al servicio de salud los interpretamos como problemas paralelos a la eficiencia del servicio sanitario. Así, *la primera demora*, "el reconocer el problema", estaría asociado al contenido de la educación sanitaria que se imparte durante el CPN, dirigido a valorar principalmente las complicaciones pre natales,²⁹⁰ que las normas literalmente explicitan, "*Hacer énfasis y orientar a la gestante sobre los signos de alarma: cefalea, dolor abdominal, pérdida de líquido, sangrado, disminución de movimientos fetales y contracciones uterinas*"; educación que alcanza a alrededor del 95% de las gestantes entre todas las zonas, mas *no se enfatiza* sobre las complicaciones propias del parto como son *la hemorragia post parto y el trabajo de parto prolongado*, entre lo más frecuente.

Por tanto, al no tener esta información, las mujeres no están en la capacidad de reconocer el problema, ni mucho menos *la magnitud y la trascendencia* para su salud, y ante tal desinformación, muchas de ellas inician el parto en casa y solo cuando evidencian tales complicaciones optan por trasladarse al EE.SS., con la demora que ello significa, propiciando las siguientes demoras.

Entonces identificamos que la primera demora, *tiene origen en la ausencia de normativa explícita* para ello. Considerar la información de aspectos trascendentes del propio parto, en la educación sanitaria, implicaría generar un factor protector para la

²⁸⁹Maine, D., Akalin, M. Z., Ward, V. M., & Kamara, A. (1997). Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. *Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia. New York*

²⁹⁰Ministerio de Salud [MINSAL] - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima. Módulo II Atención Obstétrica.

decisión del parto sanitario oportuno, con el rápido reconocimiento del riesgo, revertiendo las siguientes demoras.

Concluyendo con el análisis de la controversia encontrada, **mayor atención de parto en EE.SS., de Sierra y mayor mortalidad materna** podemos señalar que esta situación se desencadenaría principalmente por factores propios de la oferta, *expresada en la atención sub óptima del paquete pre natal, lo que a su vez se comportaría como precursor de la calidad diagnóstica y las consecuencias que de ella pueden derivar.* Además, la controversia también se ve afectada por *características sociodemográficas (menor educación) y culturales (idioma)*, contribuyendo con la menor oportunidad de acceso sanitario entre la población rural y pobre.

Retomamos la afirmación de Maine, quien señala que para reducir la mortalidad materna *no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente, sino que es preciso considerar el entorno para el acceso.* Desde nuestro punto de vista y a partir de los resultados obtenidos, *establecemos una posible teoría, “los servicios de salud deben concentrarse en la eficiencia según la necesidad basada en la particularidad, comprometiendo contextos que compartan ciertas características de vida”.* Esto implicaría un marco de inclusión selectiva, que respondiera a las particularidades y, ello contribuiría a lo que Darwin²⁹¹ llama “la adaptación de las especies”, teoría que contextualizado en una población humana, buscaría por medio de las condiciones expuestas, perfeccionarse cada vez más, conduciendo al progreso gradual de la organización del mayor número de seres vivos. Un argumento que supondría servicios de salud adecuados, fortaleciendo a los más débiles, incluyéndolos entre los más aptos. Para Jacquard (1996),²⁹² la capacidad de acción y reacción de una estructura material concreta no es solamente la suma de capacidades de los elementos que la constituyen, a menudo la complejidad debido a la interacción entre esos elementos, provoca la aparición de nuevos poderes inesperados.

²⁹¹ Darwin. *El Origen de las especies*. Editorial EDAF, S.L. Madrid 2009

²⁹² Jacquard, A. (1996). *Yo Acuso a la Economía Triunfante*. Traducción Pilar Donoso. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.

Hemos analizado la cobertura de parto sanitario en EE.SS., teniendo en cuenta todos los elementos que lo caracterizan y lo condicionan, con especial referencia al resultado que provoca, sea normal o con complicaciones. Una complejidad que a continuación y dando un paso adicional en el proceso, estudiaremos a partir de las coberturas del tipo de parto que presentamos en el cuadro 15.

| CUADRO 15 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|------------------------|---------|--------------|------------------------|---------|-----------------------------|------------------------|---------|--------------|------------------------|---------|--------------|------------------------|---------|
| TIPO DE PARTO SEGÚN DIAGNOSTICO, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | |
| Años | | 1996 | | | 2000 | | | 2005 | | | 2010 | | | 2012 | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q-I-II) | Parto Normal | Complic. no quirúrgico | Cesarea | Parto Normal | Complic. no quirúrgico | Cesarea | Parto Normal | Complic. no quirúrgico | Cesarea | Parto Normal | Complic. no quirúrgico | Cesarea | Parto Normal | Complic. no quirúrgico | Cesarea |
| Costa | Urbana | 61,9 | 26,5 | 11,6 | 59,5 | 18,4 | 22,1 | 65,0 | 21,2 | 13,8 | 59,8 | 13,1 | 27,1 | 53,4 | 16,1 | 30,5 |
| | Rural | 65,7 | 32,6 | 1,7 | 73,2 | 20,2 | 6,6 | 78,7 | 18,8 | 2,5 | 75,8 | 13,0 | 11,2 | 77,0 | 14,8 | 8,2 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 71,2 | 19,0 | 9,9 | 72,6 | 14,4 | 13,1 | 69,0 | 16,8 | 14,2 |
| Sierra | Urbana | 56,7 | 36,2 | 7,1 | 55,2 | 33,1 | 11,7 | 64,8 | 29,1 | 5,3 | 67,8 | 18,2 | 14,0 | 58,8 | 19,3 | 21,9 |
| | Rural | 56,2 | 42,5 | 1,3 | 66,2 | 30,8 | 2,6 | 57,4 | 39,3 | 3,3 | 74,8 | 19,2 | 6,0 | 73,0 | 17,2 | 9,8 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 56,7 | 40,6 | 2,8 | 72,1 | 20,8 | 7,2 | 72,8 | 17,3 | 10,0 |
| Selva | Urbana | 66,1 | 26,5 | 7,4 | 57,1 | 31,6 | 11,3 | 56,9 | 32,4 | 10,7 | 72,8 | 13,7 | 13,5 | 75,2 | 10,6 | 14,2 |
| | Rural | 65,8 | 32,5 | 1,7 | 53,1 | 43,4 | 3,5 | 65,5 | 29,6 | 4,9 | 68,9 | 21,8 | 9,3 | 70,9 | 21,5 | 7,6 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | 72,4 | 24,0 | 3,6 | 70,1 | 21,2 | 8,8 | 71,5 | 18,3 | 10,3 |

Fuente: ENDES 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)
Elaboración propia

La segunda fase del embarazo, continúa en el parto, el cual se produce con implicancias de normalidad,²⁹³ como parto complicado no quirúrgico,²⁹⁴ o derivando a un parto quirúrgico o cesárea;²⁹⁵ entidades descritas en las Normas de atención materna del Ministerio de Salud.

²⁹³Las definiciones del parto normal se describen en las normas de atención materna: **Parto normal**, en condiciones normales, acontece un parto vaginal, cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina, y la grávida ha llegado al término de su embarazo, entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea. En: Schwarcz, R. et al.,(1986). *Obstetricia*. Editorial El Ateneo. Cuarta edición. Buenos Aires; **Parto normal**, es la atención de la gestante y del recién nacido durante el proceso del parto vaginal realizado por profesional competente en el establecimiento de salud. En: Ministerio de Salud [MINSa] – Presupuesto por Resultados [PpR] Documento de trabajo preliminar (2012): Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013. Lima.

²⁹⁴**Si durante el parto ocurriera** alguna alteración (contráctil, del mecanismo del parto, etc.), se le considera distócico: son las complicaciones que se presenta durante las fases del parto, independientemente si se trata de un parto eutócico o distócico y que puede o no terminar en cirugía. En Schwarcz, R.et al.(1986). *Obstetricia* Cuarta edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires.

²⁹⁵Parto que por complicación propia del embarazo o parto, culmina en cesárea o histerectomía, realizado por equipo de profesionales./... En: Ministerio de Salud [MINSa] – Presupuesto por Resultados [PpR] Documento de trabajo preliminar (2012): Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013. Lima.

La OMS indica que entre el 70 y el 80% de los partos son de bajo riesgo y el 18% presentan distocia; ²⁹⁶ término obstétrico que se emplea cuando el parto o alumbramiento procede de manera anormal o difícil y *puede o no* terminar en un parto por cesárea.

En el cuadro 15, observamos el tipo de parto según su condición de término. La estimación de estos datos se ha realizado de la forma siguiente: del total de partos atendidos, se obtiene el porcentaje de *parto por cesárea*, datos que precisan las ENDES; el *parto complicado no quirúrgico* se deduce de las referencias de las mujeres cuando señalan que durante el parto tuvieron alguna complicación y, los partos normales se han estimado por diferencia entre el total y el número de las cesáreas y los complicados. Entre los tres tipos de atención hacen el total de partos atendidos.

Los resultados nos muestran que los *partos normales*, aun con coberturas de picos y descensos, se incrementan desde 1996 al año 2012 en todas las zonas, excepto en la Costa urbana y población pobre. *Los partos complicados no quirúrgicos* aunque han disminuido a casi más de la mitad desde 1996, aún se mantienen con frecuencias importantes entre las zonas rurales y población pobre y, con cifras algo menores en la población urbana. Al mismo tiempo que disminuyen los partos complicados no quirúrgicos aumentan las cesáreas.

Para el **año 1996**, el porcentaje de *partos normales* entre las zonas rurales, oscila entre el 56,2% y el 65,8%, con porcentajes similares en las urbanas, desde el 56,7 al 66,1%. En los siguientes años, tiene una tendencia cíclica de variación y, en el **año 2012** el incremento incide principalmente en las zonas rurales, desde el 70,9 al 77%, con cifras cercanas en la población pobre. Por otro lado, en la zona urbana de Sierra y Selva las cifras son menores, cursando entre el 58,8% y del 75,2% respectivamente, mientras que en la Costa se produce una disminución más marcada, llegando al 53,4%.

²⁹⁶Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO] (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Gráficas Marte, S.L. Madrid. pp. 671, 737.

Paralelamente a esta evolución, el porcentaje de *partos complicados no quirúrgicos*, van en disminución, ya que en el **año 1996** entre las zonas rurales oscilaba entre el 32,6 y el 42,5% con predominio de la Sierra, y en el **año 2012**, la incidencia disminuye a menos de la mitad pasando a unos porcentajes que están entre el 14,8 y el 21,5%, cuya mayor proporción le corresponde a la Selva y la menor a la Costa. Se espera que cuando las complicaciones disminuyan, los partos normales se incrementaran o se resolverán mediante una intervención quirúrgica, como la cesárea.

Es así que el porcentaje de mujeres que tenían acceso a parto por *Cesárea* en **1996**, no sobrepasaba el 2% en las gestantes de las zonas rurales, y el 11% en las zonas urbanas. En el **año 2012**, la intervención de cesárea en la zona rural y población pobre se produce en el 7,6 y casi 10% de los casos. La zona urbana dobla los porcentajes al situarlos entre el 14,2 y el 30,5%.

Se observa, a lo largo del periodo, que el parto por cesárea se presenta con cifras porcentuales oscilantes, aunque al final del año 2012 haya una tendencia hacia mayores coberturas en las tres zonas. El movimiento con picos y descensos entre el periodo en estudio se debería básicamente a la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, los cuales en la medida de lograr la capacidad requerida según normas del MINSA²⁹⁷ para la atención materna, han sufrido logros y carencias. Y posiblemente es en este escenario donde se produce la cobertura fluctuante del tipo de parto, al igual que los exámenes de laboratorio especialmente el de sangre, (cuadro 8) y la cobertura de las 2 VAT (cuadro 9), ambos cuadros del Cap. IV. A su vez, este comportamiento de coberturas, condicionaría el diagnóstico adecuado y oportuno durante el embarazo y consecuentemente las probabilidades de un parto normal, complicado o el acto quirúrgico de la cesárea.

En suma, la tendencia al aumento en el parto normal casi se mantiene en la Sierra urbana, en tanto que el parto complicado disminuye y la cesárea aumenta. Proceso que se repite en la Selva aunque con menores porcentajes. En la Costa urbana, el parto

²⁹⁷Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011). *Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales ENESA 2009-2011. Principales Resultados*. Lima

normal y el complicado disminuyen, pero la cesárea se incrementa por encima de los porcentajes de Sierra y Selva.

El mayor acceso a cesárea en áreas *urbanas*, en el periodo con SIS, estaría vinculado a la mejora de oferta quirúrgica, dado que este servicio se ofrece en Hospitales de categoría II-1,²⁹⁸ y ellos se encuentran ubicados, básicamente, en capitales de departamento y provincias, donde la población mayoritariamente es urbana aunque también atienden casos por referencias, es decir, aquellos que son derivados desde centros y puestos de salud cuyo ámbito es principalmente población rural.

Según Althabe (2006),²⁹⁹ las tasas de cesárea están aumentando en todo el mundo y hay una preocupación creciente de que muchas se realizan simplemente porque se considera que el trabajo de parto no evoluciona lo suficientemente rápido y no indican, necesariamente, una mejor atención materna o perinatal y pueden estar asociadas con daño. Aunque según experiencia nuestra, es posible que también se relacione con el diagnóstico oportuno de la complicación, lo cual favorece la adecuada atención materna.

Llama la atención que en la *zona rural y población pobre*, de Costa y Sierra, haya una mayor incidencia de "partos normales" pues buena parte de estos, son atendidos en Centros, Puestos de salud y aun en el ámbito tradicional, con las limitaciones de oferta existente en los dos primeros y la precariedad del tradicional; mientras que en las zonas urbanas este tipo de parto es menor. Observaciones que podemos explicar en base a que las mujeres de zonas rurales acuden principalmente a establecimientos de primer nivel de atención, aun con la limitada oferta del servicio, en el que la asistencia podría verse comprometida con la posibilidad de riesgos para la salud de la mujer y aun

²⁹⁸El Ministerio de Salud, define a la Categoría de establecimientos de salud nivel II-1, que corresponde a hospitales, como establecimiento de Salud del segundo nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una **atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas** que puede ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud. En: Ministerio de Salud [MINSAL] (2004) - Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. *NORMA TÉCNICA – CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD..N T Nº 0021- MINSAL / DGSP V.01.* Pag. 45.

²⁹⁹Althabe, F., &Belizán, J. M (2006). *Caesarean section: the paradox*. The Lancet. 368(9546),1472-1473.

en tales condiciones, se atiende el parto vía canal vaginal, en tanto que, en las zonas urbanas, la capacidad de oferta alcanza a una mayor posibilidad de cesáreas, lo cual explicaría la diferencia del tipo de parto entre ambas zonas.

Seguidamente, enfocaremos el análisis enfatizando en la evolución del parto por cesárea, por su especial importancia en la contribución para disminuir la mortalidad materna. Entre los años 1996 y 2012, la evolución de este tipo de parto toma una tendencia ascendente, lo cual resulta favorable en la medida que supone una mejor atención materna. Sin embargo, necesitamos identificar en qué periodo se produce la mayor **tasa de crecimiento**, en virtud de la intervención del SIS.

En la *Costa rural*, en el primer periodo de 1996-2000 antes del SIS, la cobertura de cesárea tiene un crecimiento del 288,2%. En el segundo periodo decrece a -62,1% y en el tercer quinquenio la tasa de crecimiento alcanza el **348,0%**. En la *Sierra rural*, en el primer periodo la tasa de crecimiento llega al 100 %, en el segundo al 26,9%, y en el tercero a 81,8%. En la *Selva rural*, la tasa de crecimiento de cesárea en el primer periodo alcanza el 105,8%, en el segundo periodo el 40%, y en el tercer periodo el 89,7%. *Se evidencia que es la Costa rural la que concentra la mayor tasa de crecimiento del parto por cesárea, en el tercer periodo con SIS.*

Los datos estadísticos oficiales del SIS del año 2012,³⁰⁰(tomando la producción de atenciones de los departamentos que comprometen nuestro estudio), registran que en *la Costa*, la atención del parto normal alcanza el 75,1%, el parto complicado quirúrgico el 1,1% y la cesárea llega al 23,7%. En *la Sierra*, el parto normal llega al 77,3%, el parto complicado al 8,4% y la cesárea al 14,3%. Mientras que en *la Selva*, se atienden partos normales hasta un 75,5%, los partos complicados son el 4,9% y las cesáreas alcanzan el 19,6%.

Enfatizando en la cesárea por *lugar de residencia*, según los datos del SIS, *las mujeres rurales de Costa acceden al parto por cesárea en un 14,1% y las urbanas hasta*

³⁰⁰ Datos que se obtienen de la Página Oficial de Seguro Integral de Salud. Estadísticas SIS 2012. En línea: www.sis.gob.pe. Consulta: 12 de Junio 2015

un **27,9%**; en la *Sierra rural* la cesárea llega al 11,7% y entre las gestantes urbanas al 19%. En la *Selva rural* se alcanza el 16,7% y en la zona urbana el 23,8%.

Comparando nuestra cobertura del *parto normal* con las estadísticas del SIS; según nuestros resultados, el promedio urbano-rural del parto normal en la Costa llega al 60,0%; en la Sierra al 65,5% y en Selva al 72,5%. Las dos primeras áreas presentan casi un 10% menos que la cobertura del SIS, y sólo la Selva se acerca al porcentaje de este. Respecto al *parto complicado*, la prevalencia promedio de este tipo de parto en nuestro estudio es del 15,5% para la Costa; del 18,3% para la Sierra; y del 16,1% en la Selva. Por otro lado, los datos de parto complicado registrado por el SIS no sobrepasan del 8%, siendo la Sierra la de mayor prevalencia en ambas estadísticas.

Igualmente, la atención por Cesárea tanto en las coberturas del SIS como en las nuestras, prevalece en las zonas urbanas y es predominante en la Costa. En tanto que la cobertura nuestra en la zona rural y población pobre oscila entre el 7,6 y el 14%, para las estadísticas del SIS en la zona rural, la cobertura es mayor, y se encuentra entre el 11 y el 16,7%.

En resumen, la atención de partos normales se ha incrementado en todas las zonas de estudio, así como las cesáreas, mientras que los partos complicados han disminuido.

A continuación presentamos el cuadro 16, mostrando las complicaciones más frecuentes asociadas al parto.

| CUADRO 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|----------|-------------------------|---------------------|----------------|----------|-------------------------|---------------------|-----------------------------|----------|-------------------------|---------------------|----------------|----------|-------------------------|---------------------|------|------|-----|------|
| PREVALENCIA DE COMPLICACIONES MAS FRECUENTES ASOCIADAS AL PARTO, 1996, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | | | | | | | |
| Años | | 1996 | | | | 2000 | | | | 2005 | | | | 2010 | | 2012 | | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (QI-II) | Complicaciones | | | | Complicaciones | | | | Complicaciones | | | | Complicaciones | | Complicaciones | | | | | |
| | | Parto prolong. | Sangrado | Enfermedad Hipertensiva | Infecciones y otros | Parto prolong. | Sangrado | Enfermedad Hipertensiva | Infecciones y otros | Parto prolong. | Sangrado | Enfermedad Hipertensiva | Infecciones y otros | Parto prolong. | Sangrado | Enfermedad Hipertensiva | Infecciones y otros | | | | |
| Costa | Urbana | 44,0 | 40,4 | 2,9 | 12,9 | 46,2 | 31,5 | 2,5 | 19,7 | 40,0 | 42,2 | 4,3 | 15,2 | 39,5 | 23,4 | 3,1 | 43,9 | 39,2 | 36,4 | 1,5 | 23,7 |
| | Rural | 34,6 | 45,5 | 7,0 | 13,0 | 45,7 | 40,3 | 1,1 | 12,9 | 43,9 | 41,5 | 0,0 | 12,2 | 48,0 | 30,7 | 1,4 | 18,9 | 39,2 | 43,0 | 2,5 | 15,2 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | | | 42,3 | 37,9 | 0,0 | 11,4 | 42,4 | 29,2 | 2,6 | 25,4 | 39,6 | 41,2 | 2,3 | 17,7 |
| Sierra | Urbana | 38,5 | 39,2 | 8,9 | 13,3 | 37,6 | 33,0 | 7,1 | 22,3 | 50,0 | 28,3 | 4,3 | 17,4 | 37,3 | 39,2 | 5,0 | 25,0 | 42,2 | 34,3 | 2,6 | 20,9 |
| | Rural | 34,9 | 37,6 | 11,3 | 16,2 | 35,3 | 33,5 | 8,5 | 22,7 | 30,2 | 39,2 | 13,0 | 16,8 | 38,5 | 39,2 | 5,6 | 15,9 | 40,4 | 33,9 | 5,0 | 20,8 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | | | 30,1 | 40,6 | 12,8 | 17,2 | 38,7 | 39,0 | 5,5 | 17,5 | 41,2 | 32,1 | 5,1 | 21,7 |
| Selva | Urbana | 41,3 | 42,4 | 7,6 | 8,7 | 35,0 | 43,7 | 6,7 | 14,6 | 49,3 | 35,8 | 1,5 | 12,1 | 31,0 | 50,7 | 5,4 | 17,9 | 40,0 | 38,2 | 1,9 | 18,5 |
| | Rural | 37,3 | 40,4 | 8,4 | 13,5 | 33,7 | 41,8 | 7,1 | 17,4 | 46,2 | 37,2 | 1,3 | 14,3 | 39,4 | 50,6 | 2,5 | 7,5 | 40,6 | 44,8 | 1,8 | 12,7 |
| | Pob. Pobre | | | | | | | | | 47,1 | 29,0 | 0,9 | 14,2 | 37,0 | 52,3 | 3,0 | 8,0 | 42,0 | 39,8 | 2,4 | 14,6 |

Fuente: INEI-ENDES, 1996, 2000, 2005, 2010, 2012 (5 años anteriores a la encuesta)
Elaboración propia

La OMS señala que entre las complicaciones más frecuentes del parto, se encuentra las hemorragias,³⁰¹ la pre eclampsia y el parto obstruido. Entidades patológicas que tienen relación directa con la muerte materna.³⁰²

En el cuadro 16, se puede observar la prevalencia de las complicaciones más frecuentes asociadas al parto. Entre los años **1996 al 2012**, la incidencia de ellas ocurre con características oscilantes de ascenso y disminución, pero al final del periodo casi mantienen los porcentajes. Las más predominantes son, el trabajo de parto prolongado (TPP), y el sangrado intenso. Las infecciones y la enfermedad hipertensiva, toman los valores más bajos.

³⁰¹ **La hemorragia** posparto es una causa frecuente de mortalidad materna. De todas las muertes maternas que se producen al año en el mundo (aproximadamente 515,000) casi 30% de ellas, es debido a la presencia de esta grave complicación y se calcula que a nivel global se produce una muerte materna cada 4 minutos por esta patología. La Organización Mundial de la Salud ha calculado que 99% de todas las muertes maternas se producen en los países 'en desarrollo' En: Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2015). Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto. *Rev. Per Ginecol Obstet.* 2008; 54:233-243.; **En el Perú**, en el año 2012, la principal causa de muerte materna está relacionada con la hemorragia durante el parto, en segundo lugar la hipertensión inducida por el embarazo, seguida del aborto e infecciones relacionadas. En: Del Carpio Ancaya, L. (2013). Situación de la mortalidad maternal en el Perú, 2000-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública.* 30(3):461-4.

³⁰² Ministerio de Salud [MINSA] - Oficina General de Epidemiología (2002). *Mortalidad Materna en el Perú, 1997-2002*. Resumen Ejecutivo. Lima. En: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis06.pdf

El trabajo de parto prolongado (TPP), en las zonas rurales y entre la población pobre, en el año 1996, presenta un rango de prevalencia casi similar, con porcentajes que van del 34.6 al 37.3%. En el año 2012, ocurre una tendencia de incremento, alcanzando alrededor del 40% en las tres zonas. Mientras que *las hemorragias* para el año 1996 se presentan con márgenes entre el 37.6 y el 45.5%, y disminuyen levemente en el año 2012 con cifras de 33.9 al 44.8%. Los márgenes de variación que se presentan en ambas complicaciones no sobrepasan el 3% en el periodo 1996-2012. Así mismo, no se evidencia predominio marcado de su presencia en ninguna de las áreas.

Respecto a la *pre eclampsia o enfermedad hipertensiva*, de presentar un valor máximo del 11% entre las gestantes de zonas rurales en el año 1996, disminuye a un máximo del 5% en el año 2012, donde la Sierra guarda la mayor prevalencia, seguida de Costa y Selva. En las *infecciones* sucede lo contrario por cuanto, a lo largo del periodo, se han incrementado tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Particularizando la zona rural, para 1996, se presentaban entre el 13 y el 16%, y hacia el año 2012 la prevalencia ha alcanzado porcentajes desde 12 al 20%, aunque con mayor incidencia en las zonas urbanas.

En casi tres quinquenios, el TPP y las infecciones toman una tendencia ascendente, en un margen de aproximadamente del 5%, mientras que las hemorragias y la enfermedad hipertensiva del embarazo disminuyen en un rango de hasta el 8%. Variaciones mínimas que se producen aun con las intervenciones para mejorar la atención materna, tanto en el periodo antes del SIS, como en los años con intervención de éste.

Es posible que cuando se realiza la encuesta a la mujer sobre las complicaciones del parto identifiquen principalmente la hemorragia, dada la evidencia de ella, más, la enfermedad hipertensiva así como las infecciones, puedan ser subjetivamente identificadas o erróneamente señaladas, debido a que responden básicamente al diagnóstico clínico médico, casos que tendrían que ser corroborados con la información de historias clínicas del sector sanitario. No obstante, procederemos a comparar nuestros resultados con las siguientes investigaciones.

En la medida en que los porcentajes se mantienen a lo largo del periodo, principalmente en las dos primeras complicaciones, no consideramos preciso utilizar las tasas de crecimiento para profundizar con nuestro análisis.

A fin de encontrar referencias sobre las complicaciones asociadas al parto, recurrimos a algunas investigaciones. Con relación a las hemorragias, antes debemos indicar que sus causas pueden ser múltiples, como las derivadas de la condición etiológica, las propias del momento del parto y de los factores asociados, así como de los antecedentes obstétricos y algunas características especiales del embarazo.³⁰³ De los factores asociados, buena parte de ellos están sujetos a su identificación durante el CPN. Sosa (2009),³⁰⁴ en un estudio realizado en hospitales de maternidad de Uruguay y Argentina, determina que la mayoría de factores de riesgo para la hemorragia post parto, se relaciona con el propio proceso del parto y alumbramiento, lo cual implica prácticas de intervención preventiva en este periodo para prevenir la HPP en partos vaginales.

Sin embargo, Stephenson (2004),³⁰⁵ señala que no se pueden predecir quién experimentará una hemorragia post parto sobre la base de los factores de riesgo, indicando que el 90% de mujeres que lo sufrieron, no tenían factores de riesgo identificables.

De la misma forma, la enfermedad hipertensiva del embarazo no tiene causa conocida y según la OMS,³⁰⁶ la *pre eclampsia* es frecuente con una *prevalencia* estimada

³⁰³Las causas de orden etiológico, asociadas a las hemorragias son la atonía uterina, rotura uterina, retención placentaria, alumbramiento incompleto, laceraciones y desgarros cervicales y perineales; así mismo, inversión uterina, Coagulopatías (Enfermedad de von Willebrand) y desprendimiento Prematuro de Placenta. Además, parto prolongado, parto precipitado, fibromatosis uterina más gestación, antecedente de cesárea, legrado uterino, adherencia anormal de la placenta, mala conducción del parto, mal manejo del alumbramiento, inversión uterina previa, cirugía vagina previa. En: Ministerio de Salud [MINSAL] - Dirección de Atención de Salud a las Personas (2001). *GUIAS CLINICAS DE PROCEDIMIENTOS DE OBSTETRICIA, HEMORRAGIA POST PARTO*. Boletín informativo. Lima.

³⁰⁴Sosa, C., Althabe, F., Belizán, J., & Buekens, P. (2009). Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina. *ObstetGynecol*, 113(6), 1313-1319 en: www.greenjournal.org.

³⁰⁵Stephenson, P. (2005). Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Una Practica Simple Para Prevenir una Hemorragia Post Parto. *Informe Tecnico de Salud Mundial. The INFO project en Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs*. USAID. En: www.reeme.arizona.edu/.../Hemorragia%20Post%20Parto.pdf

³⁰⁶Vargas H., V. M; Acosta A., G. & Moreno E., M. A. (2012). La pre eclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 471-476. Recuperado en 28 de febrero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013&lng=es&tlng=es.

entre 2 a 10% de los embarazos, y estima que en los países en vías de desarrollo es siete veces mayor. Sánchez (2014),³⁰⁷ indica que es una de las condiciones más graves para la mujer embarazada y el feto y, una importante causa de morbilidad materno perinatal. El autor cita a varios estudios realizados en hospitales peruanos en los que los desórdenes hipertensivos leves a severos, han sido encontrados con diferentes frecuencias: desde el 4,11%^(a), 4,8%^(b), 5,36%^(c), 6,6%^(c), 7,9%^(d) hasta el 10,8%^(e). En nuestros datos observamos un rango desde 1,5 a 5,1% de esta enfermedad, donde la Sierra muestra la mayor prevalencia.

Otros autores también señalan que la hemorragia postparto,³⁰⁸ es la principal causa de muertes maternas a nivel mundial.

Según Ancaya (2012),³⁰⁹ en el año 2000 las causas directas de muertes maternas registradas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA fueron, principalmente, la hemorragia en un **49%** de los casos, la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) en el 16% y el aborto en el 7% de los casos. En el año 2012, las hemorragias disminuyeron al **40,2%**, mientras que las HIE se incrementaron hasta el 32% y el aborto hasta el 17,5%. Las infecciones relacionadas con el embarazo se presentaron en un 4,1% de los casos. Los datos que muestra Ancaya encuentran similitud con nuestros resultados, ya que en el año 2012 la incidencia de hemorragias, principalmente

³⁰⁷Sanchez, S. E. (2014). *Actualización en la epidemiología de la pre eclampsia: update. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol.60, n.4 [citado 2015-06-02], pp. 309-320. En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es&nrm=iso. Cita los siguientes autores que realizaron estudios de enfermedad hipertensiva en Hospitales peruanos: (a) Salviz Salhuana Manuel, Cordero Muñoz Luis, Saona Ugarte Pedro, (1996), con su estudio, "Pre-eclampsia: factores de riesgo", realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia; (b) Ruiz J, Trelles J, Gonzales del Riego M., (1985), cuyo estudio titula "Enfermedad hipertensiva en el embarazo, riesgo materno Perú"; (c) Ludmir A. (1995), "Hipertensión arterial durante el embarazo"; (d) Alcántara R, Casiano S. (1990) "Morbimortalidad perinatal en la pre eclampsia". Diagnóstico; (e) Moreno Z, Sánchez S, Piña F, Reyes A, Williams M. (2003), "Obesidad pre gestacional como factor de riesgo asociado a pre eclampsia"; (f) Morales Ruiz C. (2010), *Factores de riesgo asociados a pre eclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao*.

³⁰⁸Hill, K., Hermida, J., Boucar, M., Tawfik, Y., y Marquez, L. (2010). *Prevención de la Hemorragia Post-Parto: La Importancia del Mejoramiento de la Calidad. Reporte Técnico*. University Research Co., LLC (URC). Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Bethesda, Maryland.; Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). *Hemorragia postparto*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 32 (Supl. 1): 159-167. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.

³⁰⁹Del Carpio Ancaya L. (2013). Situación de la mortalidad maternal en el Perú, 2000-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública*. 30(3):461-464.

de Costa y Selva, se presenta en alrededor el 43% de los casos, mientras que en la Sierra estarían en el 33%, en tanto que la HIE alcanza menores proporciones.

Conociendo que las causas para algunas complicaciones como las hemorragias y la enfermedad hipertensiva del embarazo, para alguno autores, no sean predecibles y para otros se asocien con factores de riesgo, lo cierto es que nuestros resultados nos dan a entender que la prevalencia de las hemorragias a lo largo de tres periodos casi no se ha modificado, constituyendo ella una entidad patológica asociada a la mortalidad materna, así como las infecciones, las que más bien se han incrementado a lo largo del periodo, a pesar de la presencia del SIS. Referencias que estarían indicando que casi no ha mejorado la respuesta sanitaria ante estos eventos.

Otro evento importante asociado al parto, es el momento del puerperio, que a continuación presentamos en el cuadro 17, examinando la cobertura del primer control en el puerperio.

| CUADRO 17 | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|--------------|-----------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| MOMENTO DEL PRIMER CONTROL EN EL POST PARTO O PUERPERIO, 2000, 2005, 2010 Y 2012 | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | |
| Años | | 2000 | | 2005 | | 2010 | | 2012 | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Primeras 24 Horas | Hasta 7 días | Primeras 24 Horas | Hasta 7 días | Primeras 24 Horas | Hasta 7 días | Primeras 24 Horas | Hasta 7 días |
| Costa | Urbana | 10,3 | 73,9 | 16,2 | 80,8 | 95,1 | 4,7 | 98,3 | 1,2 |
| | Rural | 14,5 | 67,3 | 26,0 | 65,2 | 74,4 | 21,9 | 97,0 | 0,5 |
| | Pob. Pobre | | | 18,2 | 72,8 | 78,7 | 19,1 | 84,0 | 8,3 |
| Sierra | Urbana | 3,0 | 69,6 | 32,5 | 60,2 | 95,2 | 3,1 | 96,6 | 2,0 |
| | Rural | 5,7 | 62,1 | 30,1 | 55,5 | 85,6 | 12,2 | 98,4 | 0,9 |
| | Pob. Pobre | | | 31,7 | 54,0 | 87,0 | 10,8 | 94,5 | 4,3 |
| Selva | Urbana | 5,0 | 77,2 | 26,4 | 64,4 | 86,4 | 13,2 | 89,4 | 8,6 |
| | Rural | 12,0 | 50,4 | 28,2 | 50,0 | 72,7 | 23,3 | 94,6 | 1,8 |
| | Pob. Pobre | | | 30,1 | 58,2 | 78,1 | 19,3 | 80,3 | 16,9 |

Fuente: INEI-ENDES 2000, 2005, 2010, 2012. (5 años anteriores a la encuesta)

Elaboración propia

El puerperio, según el momento de atención, puede ser *Inmediato*, en las primeras 24 horas, siendo cruciales las dos primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto; *Mediato* hasta el límite de los primeros 7 días, por la posibilidad de infección puerperal y *Tardío* desde el octavo día hasta la sexta semana (42 días).³¹⁰ En virtud de dicha clasificación, en el cuadro 17, se analiza la cobertura de la primera atención dentro de las primeras 24 horas, dado el mayor riesgo de mortalidad en este periodo de tiempo. No se toma en consideración el año 1996 debido a que la ENDES no registra estos datos.

En el **año 2000**, menos del 14% de las *mujeres rurales* recibieron la primera atención del puerperio en las primeras 24 horas post parto y la mayor proporción, entre el 50,4 y el 67,3%, la recibió en los primeros 7 días. En el ámbito urbano esta atención es menor en las primeras 24 horas, y mayor en los siguientes 7 días.

La baja proporción de la primera atención en las primeras 24 horas, se explicaría porque los partos eran atendidos en mayor magnitud en el ámbito tradicional, sobre todo en zonas rurales, con limitada intervención profesional, en tanto que en las urbanas aun cuando hay una mayor atención de parto en EE.SS., se afectaría por la falta de normativa detallada de atención de puerperio Inmediato, lo cual no era explícito entre las mujeres atendidas en el sector sanitario.³¹¹

En los siguientes años, del **2005 al 2012**, la atención inmediata, evoluciona favorablemente hasta sobrepasar el 90% en ambas zonas y un poco más del 80% en la población pobre, principalmente de Costa y Selva. Respecto a la predominancia de atención, la Costa y Sierra presentan mayores índices de atención inmediata.

En tanto se incrementa la primera atención en las primeras 24 horas, esta se reduce en la siguiente semana. En el año 2004, se publican las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Reproductiva del Ministerio de Salud, en las cuales se toma

³¹⁰Ministerio de Salud [MINSa]. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima.

³¹¹Ministerio de Salud [MINSa]. Dirección General de Salud de las Personas. Sub Programa de Salud Materno Perinatal. *Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal*. Perú1995. Lima

en cuenta criterios de atención específicos con respecto a la asistencia de gestación, parto y puerperio, entre otros. Al ponerse en práctica esta normativa se produce una mejora en los registros por los proveedores de salud y estas actividades son percibidas por las mujeres, expresándolo en los resultados de las encuestas. Así mismo, la mayor atención también estaría relacionada a la mayor atención de partos en EE.SS.

Estrategias del Seguro Integral de Salud, normatividad vigente, mayor atención de parto en EE.SS., y la perspectiva de la lucha contra la mortalidad materna, además de las referencias de que aproximadamente el 45% de las defunciones maternas se producen durante las primeras 24 horas post parto,³¹² en el caso de Perú el 52% para el año 2011,³¹³ están influyendo significativamente en la mayor práctica de atenciones en las primeras 24 horas de puerperio.

Atención que también amerita sopesar **la tasa de crecimiento**, aunque solo tomamos el primer y segundo quinquenio del periodo con intervención SIS debido a que los datos no consideran el año de 1996. En la *Costa rural*, entre los años 2000-2005, la tasa de crecimiento ha sido del 79,6% y en el segundo periodo 2005-2010, el crecimiento llega hasta el 186,1%. En la *Sierra rural*, en el primer quinquenio se alcanza un crecimiento de **428,1%** y en el segundo del 184,3%. En la *Selva rural*, en el primer periodo la tasa de crecimiento es del 135,0% y en el segundo del 157,8%. *Evidentemente entre los años 2000-2005, la tasa de crecimiento supera fuertemente a la del periodo 2005-2010, siendo la Sierra rural la que presenta la mayor tasa, con el 428,1%.*

Evidentemente, son tasas de crecimiento bastante favorables en cuanto a la atención del puerperio en las primeras 24 horas post parto, posiblemente asociada a la normatividad explícita y a la mayor atención de parto en EE.SS., oferta que contribuye en la reducción de la mortalidad materna.

³¹²Li, X. F., Fortney, J. A., Kotelchuck, M., & Glover, L. H. (1996). The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 54(1), 1-10. School of Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, USA.

³¹³Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología. (2012). *ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD. Situación de la muerte materna en el Perú, en base a los datos de la vigilancia epidemiológica*. Boletín epidemiológico. Nro. 26. Vol. 21. Lima.

Para finalizar el análisis de la categoría "atención de parto y puerperio" presentamos, también, el cuadro resumen de la mayor tasa de crecimiento de estas atenciones, entre los periodos antes del SIS y en el periodo con la intervención de éste.

| CUADRO 18 | | | | | | | | | |
|--|----------------------|--------|-------|-----------------------------|--------|-------|-------------|--------|-------|
| RESUMEN: PREVALENCIA DE LA MAYOR TASA DE CRECIMIENTO DE LOS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN DE PARTO Y PUERPERIO EN LAS ZONAS RURALES | | | | | | | | | |
| Componentes de Parto y Puerperio | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | | | | |
| | 1996 - 2000 | | | 2000 - 2005 | | | 2005 - 2010 | | |
| | Costa | Sierra | Selva | Costa | Sierra | Selva | Costa | Sierra | Selva |
| Parto en EE.SS. | | | | | | X | | | |
| Atención por medico | | X | | | | | | | |
| Atención por Obstetra | | | | X | | | | | |
| Cesarea | | | | | | | X | | |
| Puerperio primeras 24 horas | | | | | X | | | | |

Fuente: Elaboración propia

Observamos que de los 5 componentes básicos involucrados en el parto, tres de ellos han tenido la incidencia del mayor crecimiento en el periodo 2005-2010, lo que también correspondería a la mayor incidencia de crecimiento en los componentes pre natales (Cuadro 12, Cap. IV).

Como **resumen general** del análisis realizado en la primera dimensión, "Cobertura General de Atención Materna" por componentes aislados, en sus categorías, *atención pre natal, parto y puerperio*, han generado resultados que por un lado, se asocian a la gran disposición de las mujeres gestantes rurales y de la población pobre para establecer contacto con los EE.SS., expresada en las importantes coberturas de asistencia pre natal (CPN), en cuanto al mayor número de ellos y al momento más temprano de acceso a esta atención, y donde la intervención del SIS mediante el aseguramiento (afiliaciones), al parecer, ha logrado un gran impulso para las coberturas alcanzadas. Por otro lado, la oferta sanitaria en lo que respecta a los procedimientos más concretos, como el paquete básico pre natal, no ha tenido la suficiente respuesta

ante la gran cobertura de aseguramiento del SIS, que inicialmente impulsaba a un mayor contacto de las mujeres gestantes con los EE.SS.

Así mismo, resaltamos que la mayor tasa de crecimiento entre los componentes pre natales, así como del parto y puerperio, aún con sus limitaciones, se ha producido en el primer periodo con intervención del SIS 2000-2005, en el que se ha producido un mayor crecimiento de la oferta pre natal y de la cobertura de parto y puerperio. Estos hechos, también tendrían correspondencia con la implementación del SIS, que en este periodo ha logrado afiliar al sistema a una parte importante de la población gestante rural y pobre, entre el 60 y el 70%.

Otro aspecto que sopesamos incluir en este resumen, es el que se refiere a la controversia encontrada entre la mayor cobertura de parto sanitario en la Sierra, por una parte, y la mayor mortalidad materna, por otra. Controversia que explicamos por la restringida oferta sanitaria, así como por las dificultades de algunos factores asociados, nivel educativo más bajo y el idioma tradicional, sobre todo en la población rural y pobre.

Finalizando el análisis de la primera dimensión queremos insistir en los efectos negativos derivados de la insuficiencia en la oferta sanitaria. Entre los años 1996-2012, la atención materna se ha desarrollado sobre una restringida oferta sanitaria, según los resultados de los cuadros precedentes, y en este contexto también ha venido disminuyendo la tasa de muerte materna en el Perú, aunque todavía con valores considerables, y, ante estas evidencias, surge una segunda preocupación: *tras una atención materna en condiciones sanitarias sub óptimas, con la probabilidad de evitar la muerte materna, ¿cuál será el grado de discapacidad asociada al parto, en las mujeres que sobreviven a este evento y, como influiría a corto y largo plazo en la salud materna, y en el contexto socioeconómico?*

Esta pregunta encuentra soporte en lo que señala Ashford (2002),³¹⁴ en su artículo, *“UN SUFRIMIENTO OCULTO: Discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados”*, en el que menciona que las complicaciones del embarazo y parto, aparte de ser causas de mortalidad materna, también generan discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva: casi 120 millones de mujeres que dan a luz cada año, sufren algún tipo de complicación durante su embarazo y entre 15 a 20 millones padecen discapacidades tales como anemia aguda, incontinencia, daño en los órganos reproductivos o el sistema nervioso, dolor crónico e infertilidad. Además, los efectos no afectan sólo al ámbito de la salud, sino que tendrá consecuencias sobre la productividad en el mejor momento de su vida, estando estrechamente asociadas a la mortalidad y a condiciones precarias de salud y crecimiento para los niños, con un impacto negativo en el bienestar y los ingresos de las familias. Problemática que no es ajena en el Perú y que dejamos aquí para darle una nueva oportunidad en otro proyecto de investigación, en tanto que nosotros, en esta tesis, debemos continuar centrados en nuestros objetivos.

Con el análisis de la Cobertura General de Atención materna a través de **“componentes aislados”**, se ha logrado identificar algunos resultados alentadores en lo que respecta al contacto de las mujeres gestantes con los EE.SS. para el control pre natal. Los resultados recogidos, cuando analizamos las atenciones más concretas, han sido más restringidos, llámese los componentes del paquete básico pre natal, que son coberturas que en buena cuenta nos proporcionan la generalidad de las circunstancias de la salud materna, pero que no rescatan la complejidad de la dinámica de la atención, lo cual lo precisaremos mediante el análisis de **“componentes Integrados”**, los cuales vamos a aplicar en el estudio de la **Cobertura de Oportunidad**, análisis que nos permitirá integrar los componentes aislados, inherentes a cada categoría, proporcionándonos una visión más amplia y holística de los problemas que estamos estudiando, en cuanto que estamos operando en un contexto de diversidad vinculante.

³¹⁴Ashford, L. (2002). *“Un Sufrimiento Oculto : Discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados”*. Boletín Normativo. Population Reference Boreau. Washington D.C., En: www.prb.org/pdf/HiddenSuffering_Sp.pdf.

De esta manera podremos estimar con mayor fiabilidad el grado con el que se satisfacen las necesidades sanitarias.

4.2.2 “Cobertura Especifica de Oportunidad” (por componentes integrados)

El análisis que vamos a llevar a cabo bajo este epígrafe, que consideramos muy relevante, utiliza como referencia básica las exigencias de atención materna vigente en las normas del MINSA, las cuales se precisan en los “Protocolos de Atención”, cuyo grado de satisfacción reclama el cumplimiento de diversas actividades, en el “momento oportuno y según la programación” que se establece durante la gestación, parto y puerperio, a fin de que la mujer gestante pueda lograr un parto y un recién nacido saludables.

En este análisis se contempla la cobertura de protocolos cumplidos de la atención materna, durante el CPN, así como en el parto y puerperio, incidiendo en el periodo con intervención del SIS, además comparando la tendencia con en periodo antes de la intervención del seguro.

El análisis se realiza integrando componentes de la atención materna bajo estándares establecidos por norma, *5 CPN para el año 2000 antes del SIS y, 6 CPN para el año 2012 con intervención del SIS*. En el marco de este contextos e evalúa la cobertura del paquete básico pre natal, incidiendo *en el momento definido y según esquema de cumplimiento del protocolo prenatal*. Así mismo, también se analiza el parto y puerperio atendido en EE.SS. del MINSA, bajo los criterios del número de CPN.

Se proponen los años 2000 y 2012 como referencia de estudio para medir la cobertura del cumplimiento de protocolos, horizontes que nos permiten responder al objetivo, e incidir en el periodo con la intervención del SIS. Por otro lado, establecemos diferencias según área geográfica (Costa, Sierra y Selva), según lugar de residencia (urbana-rural) y condición de población pobre (Q, I y II). La técnica de análisis está comprometida con proporciones, expresada en porcentajes.

Seguidamente, como complemento del análisis, consideramos a la **Cobertura poblacional**, con la finalidad de estimar la población de mujeres en edad fértil (MEF) sin cobertura de atención materna (en miles o millón). Se tomara como referencia los porcentajes de la Cobertura específica de oportunidad.

Para conseguir una exposición más eficiente de los resultados, vamos a organizar nuestro estudio de la "Cobertura de Oportunidad" en base al análisis por las categorías *pre natal, y parto-puerperio* de forma independiente. Tendremos en cuenta los grados de cobertura en los años 2000 antes del SIS, y 2012 con intervención del SIS.

Iniciamos el análisis de esta dimensión con el cuadro 19, determinando el porcentaje de cobertura de los componentes del paquete básico pre natal, en el marco de los 5 CPN establecidos por norma,³¹⁵ vigente al año 2000.

| CUADRO 19 | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|--------------|---------------|--------|--------------------------------------|--|
| COBERTURA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN EL MARCO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN MATERNA PRE NATAL, | | | | | | | | | |
| CUMPLIENDO LOS 5 CPN | | | | | | | | | |
| Año 2000 - PERIODO SIN INTERVENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de Residencia y Población Pobre (Q I-II) | 2 VAT | Peso | PA | Examen Orina | Examen Sangre | Hierro | Educación Sanitaria sobre complicac. | Educación Sanitaria sobre lugar a donde acudir |
| Costa | Urbana | 23,1 | 98,8 | 92,2 | 67,8 | 65,5 | 58,8 | 71,4 | 67,6 |
| | Rural | 29,9 | 97,9 | 100,0 | 42,0 | 46,2 | 62,4 | 75,6 | 70,7 |
| | Pob. Pobre | sd | sd | sd | sd | sd | sd | sd | sd |
| Sierra | Urbana | 27,8 | 100,0 | 100,0 | 74,0 | 71,3 | 63,1 | 84,0 | 84,0 |
| | Rural | 39,9 | 97,8 | 96,8 | 41,1 | 38,6 | 60,7 | 74,6 | 71,6 |
| | Pob. Pobre | sd | sd | sd | sd | sd | sd | sd | sd |
| Selva | Urbana | 32,3 | 94,4 | 100,0 | 58,8 | 55,1 | 51,3 | 77,6 | 77,7 |
| | Rural | 50,1 | 100,0 | 98,3 | 51,7 | 40,0 | 70,0 | 90,0 | 86,7 |
| | Pob. Pobre | sd | sd | sd | sd | sd | sd | sd | sd |

Fuente: Para datos de cobertura: INEI - ENDES 2000. Elaboración propia.

³¹⁵Las Normas de Atención Materna del año 1995, establece 5 CPN, como necesarios para cumplir con el paquete básico pre natal, vigente hasta el año 2003. En: Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Salud de las Personas, Sub Programa de Salud Materno Perinatal: Normas técnico administrativas para la atención integral de la salud materno perinatal, Perú, 1995. Lima.

Las Normas de atención materna del año 1995, determinan 5 controles prenatales (CPN), para que la mujer gestante tenga la posibilidad de acceder al paquete básico pre natal, estableciendo, además, el momento oportuno para la atención de cada componente.

El cuadro 19, para el año 2000, nos muestra la cobertura de la frecuencia porcentual de gestantes que reciben los componentes del paquete básico prenatal: *vacuna antitetánica (VAT), peso, presión arterial (PA), examen de orina y sangre, así como el acceso a hierro, y educación sanitaria*, en el marco del cumplimiento de los 5 CPN.

En una vista general, los resultados nos dan a conocer diferentes porcentajes de cobertura entre los componentes, lo cual nos indica que las mujeres gestantes, *no logran cumplir con el protocolo prenatal normado bajo el número pre natal establecido*.

Sin embargo, entre el hallazgo de las diferentes frecuencias, buscamos determinar una posible cobertura de cumplimiento de protocolos, para lo cual evaluamos linealmente los datos por área geográfica y lugar de residencia. Según cada componente, identificamos el que cuenta con el *menor porcentaje*, el que a su vez representaría *un probable umbral máximo de cumplimiento de protocolo pre natal normado*, sombreando para ello el recuadro de la fila correspondiente.

Esta evaluación nos permite determinar que en **la Costa**, entre todos los componentes de atención, es la VAT la que menos cobertura presenta, tanto en zonas urbanas como en rurales (no se considera población pobre porque la ENDES de este año no lo consigna), llegando a coberturas del 23,1 y el 29,9% respectivamente. En **la Sierra urbana** también se identifica que la cobertura de la VAT tiene el mínimo porcentaje, 27,8%, mientras que en la *Sierra rural*, la menor cobertura se expresa en el examen de sangre con el 38,6%. Situación similar experimenta **la Selva urbana**, que registra el menor acceso a la VAT con 32,3% y la *Selva rural* con el examen de sangre que llega a un 40%.

Estos porcentajes representarían el probable “máximo umbral de cumplimiento de protocolos pre natales” por cada área de estudio. Planteamos esta perspectiva en la medida que nos ayudara a visualizar al porcentaje de población materna que cumple con los protocolos normados, derivándose de ello, el otro porcentaje que no alcanza al acceso de atenciones necesarias y esto implicaría un problema de salud pública de mayor precisión, que las estadísticas oficiales del MINSA u otra institución sanitaria no las recoge, por lo tanto no se hacen visibles para coadyuvar en la problemática de la mortalidad y morbilidad materna.

Desde esta perspectiva, al identificar el probable “máximo umbral de cumplimiento de protocolos pre natales”, sería la Selva rural la que alcanzaría el máximo umbral, seguida de Sierra y Costa. Es posible que la incidencia de mejor cobertura entre las mujeres de zonas rurales esté vinculada a las intervenciones de proyectos de la Cooperación Internacional, cuyo objetivo principal era la mejora de la Salud Materna, principalmente entre la población rural y pobre. Esta referencia se ha descrito con detalle en el cuadro 2 del presente capítulo, correspondiente a la Cobertura General.

Este enfoque analítico, también se plasma en la cobertura de cumplimiento de protocolos del año 2012, resaltando la intervención del SIS, lo cual lo mostramos con el cuadro 20.

| CUADRO 20 | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------|--------|------------------------|--------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| COBERTURA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN EL MARCO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN MATERNA PRE NATAL, | | | | | | | | | | | | | |
| CUMPLIENDO LOS 6 CPN | | | | | | | | | | | | | |
| Año 2012 - PERIODO CON INTERVENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | | | | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | | | | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de Residencia y Población Pobre (Q I-II) | 2 VAT | Peso | PA | AU | LCF | Orina | | Sangre | | Hierro | Educación Sanitaria sobre complicac. | Educación sobre lugar a donde acudir |
| | | | | | | | % | % en el primer control | % | % en el primer control | | | |
| Costa | Urbana | 82,6 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 95,9 | 90,9 | 61,1 | 90,9 | 58,3 | 93,5 | 94,1 | 94,9 |
| | Rural | 62,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 77,0 | 45,4 | 78,0 | 45,0 | 92,8 | 98,9 | 93,9 |
| | Pob. Pobre | 52,4 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 83,5 | 46,9 | 76,3 | 44,1 | 90,1 | 99,0 | 97,0 |
| Sierra | Urbana | 68,7 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 92,7 | 52,4 | 94,7 | 50,0 | 88,7 | 96,7 | 96,7 |
| | Rural | 47,5 | 100,0 | 97,5 | 100,0 | 100,0 | 79,4 | 42,6 | 84,9 | 36,9 | 84,0 | 90,2 | 89,4 |
| | Pob. Pobre | 46,8 | 100,0 | 96,0 | 100,0 | 100,0 | 78,8 | 41,9 | 81,4 | 35,2 | 80,5 | 92,9 | 92,0 |
| Selva | Urbana | 63,7 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 89,5 | 63,9 | 82,6 | 60,0 | 91,3 | 88,2 | 88,2 |
| | Rural | 54,6 | 91,0 | 97,5 | 100,0 | 100,0 | 55,0 | 48,3 | 54,2 | 47,1 | 91,3 | 88,3 | 88,3 |
| | Pob. Pobre | 49,4 | 97,1 | 99,2 | 99,2 | 99,2 | 71,4 | 45,6 | 68,4 | 44,0 | 92,9 | 88,5 | 88,5 |

Fuente: Para datos de cobertura: INEI - ENDES 2012. Elaboración propia.

Este cuadro, nos muestra similar comportamiento de cobertura de los procedimientos pre natales, según protocolo normado, bajo los 6 CPN cumplidos.

Al igual que en el año 2000 *y aun con la salvedad del soporte del SIS, observamos que tampoco se logra equiparar el máximo porcentaje de cumplimiento protocolar*, entre los componentes del paquete básico pre natal. Aunque la tendencia de coberturas se ha incrementado para este periodo; es así que la VAT prevalece como el procedimiento al que menos acceso tiene la gestante en todas las zonas de estudio y entre la población pobre. Considerando este mínimo porcentaje (columna sombreada de la VAT), determinamos el probable "máximo umbral de cumplimiento del protocolo pre natal".

Particularizando las áreas geográficas, en **la Costa urbana**, el probable máximo umbral de cumplimiento protocolar pre natal alcanzaría el 82,6% y en la zona rural el 62,0%, con menor porcentaje en la población pobre. Así mismo, en **la Sierra urbana**, el porcentaje de cumplimiento es menor que en la Costa, logrando el 68,7%, y alrededor del 47,5% en la zona rural y población pobre. En **la Selva urbana**, se estima la cobertura del 63,7%, mientras que en la zona rural y población pobre se logra el 54,6% y el 49,4%

respectivamente. En este año, el ámbito rural y población pobre de la Sierra, son los que menos porcentaje de cumplimiento de protocolos alcanzan, aun cuando la mayor cobertura de afiliación al SIS incide en esta zona.

Al igual que en el año 2000, los porcentajes señalados establecerían el probable "máximo umbral de cumplimiento" del paquete básico pre natal, donde las zonas rurales y población pobre alcanzan un nivel máximo del 62% y un mínimo del 47,5%, que corresponden a la Costa y Sierra rural, respectivamente. Esta cobertura también refleja la oferta restringida de los procedimientos concretos pre natales que analizamos ampliamente en la categoría prenatal de la primera dimensión.

Por otro lado, si se trata de identificar *el momento oportuno* de acceso a los componentes pre natales, en nuestro cuadro observamos dos columnas en el interior del examen de orina y de sangre. Para ambos casos, la primera corresponde al porcentaje de cobertura de oportunidad en general, mientras que la segunda columna implica *el momento oportuno*, es decir, el examen realizado en el primer control natal según lo que establece la norma.

Al respecto, observamos una columna sombreada, la que corresponde al *examen de sangre en el primer control pre natal*, la que muestra porcentajes de cobertura más restringidos que la VAT; con un máximo de 60,0% entre las gestantes urbanas y el 47,1% entre las rurales. Por tanto, si consideramos esta columna para el probable umbral máximo de cumplimiento de protocolos, la cobertura disminuiría a niveles más bajos que los de la VAT. Al no contar con un referente de comparación con el año 2000, vamos a considerar la cobertura de la VAT como el probable "máximo umbral de cumplimiento", para el análisis posterior.

Bajo este criterio, para el año 2012, determinamos que el promedio de un "probable umbral máximo de cumplimiento del protocolo pre natal" entre las mujeres rurales alcanzaría en promedio, el 54,7% y sería del 49,5% entre la población pobre. La probabilidad entre las urbanas llegaría al 71,6%. En este contexto, sería la Sierra rural y

población pobre la que tiene menos probabilidades de cumplir con el protocolo (alrededor del 47%).

Para esta cobertura también consideramos importante evaluar **la tasa de crecimiento** del cumplimiento del protocolo pre natal, considerando la evolución de la cobertura desde el año 2000 al 2012. Resaltamos que esta comparación se establecerá entre áreas geográficas, determinando además la presencia del SIS en la población rural y pobre.

Para evaluar la tasa de crecimiento, obtenemos un porcentaje promedio entre todos los componentes pre natales del año 2000 y lo mismo realizamos para el año 2012, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. No se toma en cuenta la población pobre, por carecer de datos en el año 2000.

Así, entre los promedios de los componentes pre natales de ambos periodos, realizamos el análisis correspondiente. El resultado indica que la mayor tasa de crecimiento de cobertura del cumplimiento del paquete básico se produce en la Costa urbana, con el **38,3%** y en la zona rural el crecimiento alcanza el 27,1%. De la misma forma, la Sierra urbana tiene un crecimiento de 6,1%, y la rural logra el **34,0%**. La Selva urbana alcanza una tasa de crecimiento del 32,0%, mientras que en la zona rural se logra el 17,1%. Podemos resumir diciendo que, *el mayor crecimiento de cobertura de cumplimiento de protocolo pre natal se produce en la Costa urbana, sin desmerecer que entre las zonas rurales, es en la Sierra donde se registra la tasa más alta de crecimiento.*

En este punto creemos necesario compararlas coberturas del paquete básico pre natal de la "cobertura general" (cuadros 7 al 11, Cap. IV), con los de la "cobertura de oportunidad" (cuadro 20, Cap. IV), solo en el año 2012, con la finalidad de estimar las probabilidades de acceso a los componentes de la atención pre natal, según componentes aislados e integrados. Para ello, tomamos las coberturas de los componentes pre natales de los cuadros 7 al 11 (Cap. IV), obteniendo un promedio entre los porcentajes, lo mismo aplicamos para el cuadro 20. Los resultados del promedio de los porcentajes de los cuadros de la "**cobertura general**" (7 al 11) de la zona rural y

población pobre de la Costa, nos dan a conocer que el acceso a componentes pre natales se logra hasta el 83,7%, mientras que en la Sierra, se obtiene el 81,0% y en la Selva el 81,8%. Así mismo, los resultados promedio para la “cobertura de oportunidad” (sin considerar el momento oportuno), en la *Costa* alcanzan alrededor del 90,3%, en la *Sierra* el 87,3%, y en la *Selva* hasta 82,0%. En suma, cuando la gestante cumple con el número de CPN normado, la cobertura al paquete básico pre natal se incrementa, frente a las mujeres que se atienden independientemente del número de ellos.

Aunque estos resultados muestran claras evidencias de mejora de la atención materna en términos del número de CPN cumplidos, circunstancias que se hacen favorables para acceder a las atenciones acorde con la política sanitaria, donde oferta y demanda responden proporcionalmente, sin embargo, todavía se observan brechas de cumplimiento, aun con la presencia del SIS. Brechas que pudieran aumentar si consideramos el momento oportuno (en el primer CPN y antes de las 14 semanas de gestación). No obstante, es alentador que en términos del número de CPN establecido por norma se logre importantes coberturas, análisis complejo e integral que merecería ser considerado en la política de salud pública, dado que nos acerca a una real situación sanitaria, lo que a su vez nos proporciona elementos para precisar las intervenciones evitando su dispersión por información general.

Intentamos recurrir a estudios sobre cumplimiento de protocolos en la atención pre natal en otros contextos, sin embargo no encontramos ninguno con los requisitos necesarios para sopesar con nuestros resultados, aunque los citados en la cobertura general puedan, en parte, dar soporte a los resultados de nuestro cuadro actual.

Prosiguiendo con el estudio de “Cobertura de Oportunidad”, a continuación analizamos la cobertura de la categoría: *atención parto y puerperio*, productos que se muestran en los siguientes cuadros, entre el año 2000 antes del SIS y 2012 con intervención del SIS.

Cabe precisar que para el año 2012, uno de los indicadores del Seguro Integral de Salud, cuando evalúa la atención de parto, lo hace en función del parto atendido en

establecimientos de salud del MINSA, cumpliendo los 6 CPN. Aunque este indicador de cumplimiento no se precisa tal cual en las normas del año 1995, solo se establece como un referente para acceder al paquete básico pre natal, así como atender el parto en mejores condiciones. Con este análisis necesitamos identificar la proporción de mujeres que asisten al parto cumpliendo la norma, enfatizando en la diferencia del periodo con intervención del SIS.

| CUADRO 21 | | | | | | | |
|--|--|----------------------|----------|-------------|-----------------------------|----------|-------------|
| COBERTURA DE PARTO EN EL MARCO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MATERNA, CUMPLIENDO CON EL NÚMERO DE CPN, 2000 - 2012 | | | | | | | |
| (Porcentaje) | | | | | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | | | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS | | |
| Años | | 2000 (5 CPN) | | | 2012 (6 CPN) | | |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Lugar de Atención | | | Lugar de Atención | | |
| | | EE. SS. MINSA | Privados | Tradicional | EE. SS. MINSA | Privados | Tradicional |
| Costa | Urbana | 57,4 | 18,7 | 23,9 | 79,7 | 20,3 | 0,0 |
| | Rural | 21,8 | 9,5 | 68,7 | 61,0 | 3,1 | 35,1 |
| | Pob. Pobre | sd | sd | sd | 64,5 | 1,0 | 34,6 |
| Sierra | Urbana | 67,5 | 13,2 | 19,1 | 90,0 | 4,0 | 6,0 |
| | Rural | 27,9 | 1,6 | 70,5 | 79,2 | 1,2 | 19,7 |
| | Pob. Pobre | sd | sd | sd | 75,6 | 4,1 | 20,5 |
| Selva | Urbana | 47,9 | 16,7 | 35,4 | 76,1 | 17,0 | 5,9 |
| | Rural | 23,3 | 0,0 | 76,7 | 67,1 | 2,1 | 30,9 |
| | Pob. Pobre | sd | sd | sd | 65,8 | 2,6 | 32,5 |

Fuente: Elaboración propia. Para datos de cobertura: INEI - ENDES 2000, 2012.

El cuadro 21 muestra el parto por lugar de atención, en relación al número de CPN establecido por norma.

Se espera que el total de las mujeres que cumplen con el número de CPN normado, accedan a los establecimientos de salud para la atención de su parto. Observamos que en ambos periodos se evidencia diferentes proporciones de mujeres que acuden para al parto sanitario cumpliendo con los CPN normados, sin que en ningún área geográfica, ni lugar de residencia, se logre la máxima cobertura.

Para el **año 2000**, la máxima frecuencia porcentual del parto en EE.SS. del MINSA con cumplimiento de la norma, entre las zonas rurales solo llega al 27,9% y entre las urbanas hasta el 67,5%. Para el **año 2012**, aunque la cobertura se ha incrementado desde el año 2000, el máximo porcentaje en la zona rural llega al 79,2% y entre la población pobre al 75,6%, en tanto que en la zona urbana llega al 90,0%. Ni aun cuando sumamos el ámbito privado, excepto en la Costa urbana, el parto sanitario alcanza el 100 %. Un resultado que explicamos por la presencia de la atención del parto en el domicilio, mujeres que tienen los 6 CPN y afiliadas al SIS, con importantes porcentajes que van del 19,7% hasta el 35,1%.

Al parecer, ni el cumplimiento del número de CPN normado, ni la presencia del SIS, contribuyen en el máximo porcentaje de atención de parto en EE.SS., entre las mujeres de todas las áreas. Consideramos que factores asociados a la atención materna como las razones que manifiestan las mujeres para no buscar asistencia de parto sanitario (cuadro 13-A, Cap. IV) así como la falta de educación en las (cuadro 4-A, Cap. IV), estarían explicando la realidad de la limitada cobertura de oportunidad respecto al parto.

También consideramos necesario evaluar **la tasa de crecimiento** de la cobertura de oportunidad de la atención de parto en EE.SS. del MINSA, entre los años 2000 y 2012, comparando el crecimiento entre las áreas geográficas, y enfatizando la presencia del SIS. Así, en la Costa urbana, la tasa de crecimiento llega al 38,8%, y en la *zona rural* al 179,8%. En la Sierra urbana, se alcanza una tasa del 33,3%, y en la *zona rural* al 183,8%. Así mismo, en la Selva urbana, el crecimiento alcanza un 58,8% y en la *zona rural* hasta el **187,9%**. En suma, *entre las zonas rurales, es la Selva la que prevalece con el mayor crecimiento de cobertura de oportunidad en la atención de parto, aunque las zonas rurales de Sierra y Costa también muestran considerables porcentajes de crecimiento.*

En el marco de la cobertura de oportunidad, los resultados de la tasa de crecimiento de la atención al parto en EE.SS. del MINSA, especialmente de las zonas rurales de Sierra y Selva, donde se encuentra la mayor proporción de la población pobre, han conseguido crecimientos bastante importantes y algo mayor a la Costa rural, lo que

nos indica que la política del SIS, ha centrado su intervención en su población objetivo, incidiendo en incrementar la cobertura de atención sanitaria en las zonas de mayor pobreza, aunque los efectos de tendencia nos muestren que la mayor prevalencia del parto sanitario se encuentre en las zonas urbanas, tanto en la cobertura de oportunidad (cuadro 21, Cap. IV), como en la cobertura general (cuadro 13, Cap. IV).

Por otro lado, también precisamos establecer otros dos tipos de comparaciones solo para el año 2012, incidiendo en la presencia del SIS. La primera, *entre el cumplimiento del paquete básico pre natal y la cobertura de parto, ambos en el marco de la cobertura de oportunidad*. La segunda comparación, considerando *el parto de la cobertura general frente al parto de la cobertura de oportunidad*.

La primera comparación se realiza con la finalidad de determinar que las mujeres que llegan al parto sanitario, además de cumplir con los 6 CPN, reciben el paquete básico prenatal.

En este primer marco, el máximo umbral de **protocolo pre natal** cumplido (cuadro 20, Cap. IV), llega al 82,6% en las zonas urbanas, al 62,0% en la zona rural y al 52,4% entre la población pobre, mientras que el **parto sanitario** en el marco del número de CPN cumplidos (cuadro 21, Cap. IV), supera a las proporciones del protocolo pre natal: 90,0% como máximo entre las urbanas, 79,2% entre las rurales y 75,6% en la población pobre; lo que implicaría que no todas las mujeres que llegan al parto en EE.SS., cumpliendo los 6 CPN, logran acceder al paquete básico pre natal, cuya brecha sería del 8% para las urbanas, del 17% para las rurales y del 23% para las mujeres de la población pobre. Por tanto, cumplir con los 6 CPN, pero no acceder al paquete básico según las brechas, nos indicaría incidir en las probabilidades de complicaciones por diagnósticos equívocos o inadecuados en el momento del parto.

En nuestra segunda comparación buscamos obtener alguna diferencia de la asistencia al parto sanitario en función de la asistencia pre natal independiente del número de CPN alcanzado y cumplido. Así, establecemos las diferencias de las atenciones de parto sanitario de la *cobertura general* (cuadro 13, Cap. IV), y de la

cobertura de oportunidad (cuadro 21, Cap. IV). En la cobertura general, el porcentaje de atención de parto en EE.SS., entre las mujeres rurales, varía entre el 48,6% y el 80,1%, mientras que entre las mujeres rurales con los 6 CPN, la cobertura mínima es del 61% y la máxima llega al 79,2%. Por tanto, podemos afirmar que al cumplir el número de CPN normado, se incrementa las probabilidades de parto en EE.SS.

Los resultados de ambas comparaciones, nos llevan a indicar que el cumplimiento de protocolos de atención materna induce a mayores probabilidades del acceso a las atenciones sanitarias durante el parto, con las menores implicancias de complicaciones.

Sobre el particular, algunas referencias del parto sanitario en relación al número de control pre natal, lo recogemos de cifras oficiales del MINSA (2013),³¹⁶ donde la cobertura de gestantes que reciben 6 CPN y cumplen con el paquete básico pre natal, llegan a la atención de parto sanitario en un 53,6%; en la Sierra un 43,7% y en la Selva el 53,5%. Otros estudios como el Arispe (2011),³¹⁷ Tipiani (2006),³¹⁸ Bravi (2012),³¹⁹ Pérez (2013),³²⁰ citados para contribuir con el cuadro 3 (Cap. IV), coinciden en que cuando se cumple con el CPN adecuado o el número de CPN necesarios, hay una mayor proporción de partos que se atienden en el sector sanitario.

En relación a nuestros resultados, considerando el “máximo umbral de protocolo cumplido” (cuadro 20, columna sombreada, Cap. IV), y obteniendo promedios de los dos

³¹⁶El MINSA señala que la Gestante que ha cumplido seis atenciones prenatales y que ha recibido el paquete básico de atención, se denomina Gestante Controlada. Además, se han tomado cifras oficiales de atención de parto en función del número de CPN cumplidos de los departamentos asociados a nuestro estudio, tanto para la Costa, Sierra y Selva. En: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/Detalle_IndBSC.asp?lcind=7&lcobj=1&lcper=1&lfreg=14/4/2015. 28 de Abril 2015.

³¹⁷Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-175. En línea: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1072/1042>

³¹⁸Tipiani, O., & Tomatis, C. (2015). El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(4), 247-252.

³¹⁹Bravi, O., M. A., Pedrozo, L. R., Santillán, R. M. (2012). Características de los Controles Prenatales de Pacientes Puérperas Internadas en el Hospital “Dr. José R. Vidal” de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. N° 213: 5-8. Diciembre.

³²⁰Pérez, J., P. (2013). Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la Ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011, Tesis de Maestría. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Lanús en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/033885_Perez.pdf.

ámbitos (urbanos y rurales), por cada área geográfica, en la Costa se alcanza el 72,3% de partos en EE.SS., que probablemente tienen el protocolo cumplido. En la Sierra el 58,1% y en la Selva el 59,2%, frecuencias mayores a las del sistema oficial.

Otro estudio realizado en México, encuentra que de las mujeres que culminaron su embarazo en parto o cesárea, el 46,1% tuvieron un uso promedio de consultas prenatales de 6.2 ± 4.1 , sobre el estándar de 7 CPN según la norma oficial mexicana.³²¹ En comparación con los datos de México, los resultados nuestros superan a estos porcentajes.

Para cerrar el análisis del presente cuadro, reafirmamos que las mujeres de la Sierra rural y población pobre, son las que llegan en mayor proporción a los partos en el sector sanitario, pero que lo hacen con un menor grado de cumplimiento de los protocolos que las de Costa y Selva.

Presentamos el cuadro 21-A, como referencia de las brechas entre el cumplimiento de protocolos pre natales y el parto en EE.SS., donde las mujeres de la Costa casi equiparan las atenciones, en tanto que las de Sierra y Selva, son las que presentan las mayores brechas entre ambas atenciones. Este hallazgo de la mayor carencia pre natal en relación al parto, también apoyaría la deficiencia de diagnósticos oportunos y la mayor probabilidad de la mortalidad materna sobre todo en la Sierra, aspecto ampliamente abordado en la controversia analizada en el marco del cuadro 13 del presente capítulo.

³²¹Garza Elizondo, M. E., Rodríguez Casas, M. S., Villarreal Ríos, E., Salinas Martínez, A. M., & Núñez Rocha, G. M. (2003). Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Revista española de salud pública*, 77(2), 267-274.

| CUADRO 21-A | | | | |
|---|---------------------------------------|--|-----------------------------|----------------------------------|
| BRECHA ENTRE LA COBERTURA DE PARTO EN EE. SS. Y EL PROTOCOLO PRE NATAL CUMPLIDO | | | | |
| Año 2012 - PERIODO CON LA INTERVENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | |
| (Porcentaje) | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de Residencia y Población Pobre | Máximo umbral de Protocolo pre natal (cuadro 20) | Parto en EE.SS. (cuadro 21) | Brecha Protocolo pre natal/Parto |
| Costa | Urbana | 82,6 | 79,7 | 2,9 |
| | Rural | 62,0 | 61,0 | 1,0 |
| | Pob. Pobre | 52,4 | 64,5 | -12,1 |
| Sierra | Urbana | 68,7 | 90,0 | -21,3 |
| | Rural | 47,5 | 79,2 | -31,7 |
| | Pob. Pobre | 46,8 | 75,6 | -28,8 |
| Selva | Urbana | 63,7 | 76,1 | -12,4 |
| | Rural | 54,6 | 67,1 | -12,5 |
| | Pob. Pobre | 49,4 | 65,8 | -16,4 |

Fuente: Datos del cuadro 20 y 21. Elaboración propia

A continuación, abordamos el análisis de la tercera etapa del embarazo que corresponde al puerperio, especialmente el *inmediato*, atención que se brinda en las primeras 24 horas post parto,³²² y que constituye el momento de mayor riesgo ante la morbilidad y mortalidad materna. Abordaje que involucra el cumplimiento del número de CPN establecido por norma.

³²²Ministerio de Salud [MINSAL]. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva 2004*. Lima.

| CUADRO 22 | | | |
|---|--|-----------------------------|-----------------------------|
| COBERTURA DE PUERPERIO EN EL MARCO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MATERNA, CUMPLIENDO CON EL | | | |
| NUMERO DE CPN, 2000 - 2012 | | | |
| (Porcentaje) | | | |
| PERIODOS | | PRE INTERVENCIÓN SIS | DURANTE LA INTERVENCIÓN SIS |
| Años | | 2000 (5 CPN) | 2012 (6 CPN) |
| Área Geográfica | Lugar de residencia y Población Pobre (Q I-II) | Puerperio Primeras 24 Horas | Puerperio Primeras 24 Horas |
| Costa | Urbana | 2,4 | 90,0 |
| | Rural | 0,8 | 83,2 |
| | Pob. Pobre | sd | 88,5 |
| Sierra | Urbana | 9,8 | 78,0 |
| | Rural | 6,0 | 92,8 |
| | Pob. Pobre | sd | 83,8 |
| Selva | Urbana | 5,6 | 79,3 |
| | Rural | 1,7 | 79,7 |
| | Pob. Pobre | sd | 83,3 |

Fuente: Datos para cobertura: ENDES 2000 - 2012. Elaboración propia.

En el marco de los CPN normados, también se espera la máxima cobertura de la atención del puerperio en las primeras 24 horas post parto. Al realizar esta presentación, notamos que en el año 2000 esta atención era la menos percibida o referida por las mujeres, cuya evolución ha sido favorable a lo largo de todo el periodo, hasta encontrar porcentajes de 79,7 al 92,8% entre las mujeres rurales y población pobre, con coberturas casi similares a las de la zona urbana. La explicación para las importantes coberturas en todas las zonas, se debería al acceso de parto en EE.SS., del MINSA y aun por el parto atendido en el ámbito privado. Es de esperar que si los partos atendidos en el marco de protocolos no alcanzan la cobertura del 100%, también la atención de puerperio este por debajo de esta cifra, lo cual se expone en nuestros resultados.

No citamos referencias sobre el cumplimiento de protocolos del Puerperio según normas específicas, dado que ningún estudio recoge estos datos. Sólo encontramos estudios referidos a hallazgos de cobertura general o independiente, los que hemos

citado en el análisis en la "cobertura general" (cuadro 18, Cap. IV), que también serviría como referencias para los resultados actuales.

Para evidenciar las brechas de la cobertura de oportunidad (porcentaje de mujeres que no lograr acceder a protocolos completos), agregamos el análisis de la "Cobertura de Población" estimando en cifras absolutas las Mujeres en Edad Fértil, que probablemente no accederían a la atención, en el marco del cumplimiento de protocolos de atención materna.

- **Cobertura de Población**

El análisis porcentual de cobertura de oportunidad advierte logros todavía restringidos del cumplimiento de protocolos, aun cuando las mujeres cuentan con la afiliación del SIS, y nos pone al frente de poblaciones que por los porcentajes no se hacen visibles ante las brechas observadas, reflejándonos el insuficiente acceso a los protocolos, lo cual lo evidenciaremos con el análisis de "Cobertura de Población", en el que *estimaremos* la población MEF sin cobertura de protocolos cumplidos, lo que nos puede proporcionar de forma indirecta, información sobre la *falta de cobertura total* de los servicios de salud materna. Los resultados se expresan en números absolutos. Para este análisis tomaremos en cuenta dos indicadores de atención: pre natal y atención de parto.

Para la *estimación* de la población MEF sin cobertura de atención materna, procedemos a restar de 100, el porcentaje umbral por cada indicador, *pre natal y parto*, lo cual aparece en las columnas resaltadas de los cuadros 19, 20 y 21 (Cap. IV), obteniéndose así el porcentaje de población sin cobertura. Luego, este porcentaje se estima en números absolutos (miles/millón), de la población total MEF de cada departamento, agrupados por área geográfica, para los años 2000 y 2010.³²³ Esta cifra numérica es la que representa la *estimación* de la población MEF sin cobertura materna.

³²³El INEI, registra la población de mujeres en edad fértil del año 2010, según departamentos. Se toma esta población como referencia para el análisis de cobertura del año 2012.

Los siguientes cuadros 23 y 24 muestran la cobertura MEF de los años 2000 antes del SIS, y 2012 con el SIS. Se muestra al detalle la estimación antes señalada, y al sumar la población MEF sin cobertura entre las tres áreas, se observa un total general de mujeres MEF, que no reciben cobertura de atención en el marco de los protocolos cumplidos de atención materna.

| CUADRO 23 | | | | | | | | |
|--|---------------------|--------------------------|---|--|--|--|--|--|
| ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SIN COBERTURA DE ATENCIÓN MATERNA | | | | | | | | |
| Año 2000 - PERIODO SIN INTERVENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de Residencia | Población MEF (en miles) | Control Pre Natal | | | Atención de Parto | | |
| | | | Población con protocolo pre natal cumplido (Máximo umbral/cuadro 19) | Población sin protocolo pre natal cumplido | Estimación de Población MEF sin cobertura de protocolo pre natal | Población con atención de parto en EE.SS. Según protocolos (cuadro 21) | Población sin cobertura de parto en EE.SS.segun protocolos | Estimación de la Población MEF sin cobertura de parto en EE.SS. según protocolos |
| | | | % | % | Miles/millón | % | % | Miles/millón |
| Costa | Urbana | 816,638 | 23,1 | 76,9 | 627,974 | 58,0 | 42,0 | 342,988 |
| | Rural | 281,260 | 29,9 | 70,1 | 197,163 | 21,8 | 78,2 | 219,945 |
| Sierra | Urbana | 286,990 | 27,8 | 72,2 | 207,206 | 67,5 | 32,5 | 94,707 |
| | Rural | 497,687 | 38,6 | 61,4 | 305,579 | 27,9 | 72,1 | 358,832 |
| Selva | Urbana | 153,625 | 32,3 | 67,7 | 104,004 | 47,4 | 52,6 | 80,806 |
| | Rural | 134,329 | 40,0 | 60,0 | 80,597 | 23,3 | 76,7 | 103,030 |
| Total urbana | | 1 257,253 | - | - | 939,184 | - | - | 518,501 |
| Total rural | | 913,276 | - | - | 583,339 | - | - | 681,808 |
| Total General | | 2 170,529 | - | - | 1 522,523 | - | - | 1 200,309 |

Fuente: Elaboración propia y INEI. Población MEF año 2000³²⁴

El cuadro 23 para el año 2000, detalla en miles y/o millón, la estimación de la población MEF sin cobertura de protocolo de atención pre natal y de parto en EE.SS.

³²⁴Instituto de Estadística e Informática [INEI] (2009). PERU: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural, por Sexo y Edad Quinquenal, según Departamentos 2000 – 2015. *Boletín especial número 19*. Lima. Cuadros, 2.15, Perú: Población **urbana** femenina al 30 de Junio por grupos quinquenales de edad según departamento 2000; y Cuadro 2.19, Perú: Población **rural** femenina al 30 de Junio por grupos quinquenales de edad según departamento 2000. Se consigna el número de población, MEF, en base al total de las mujeres entre 15 a 49 años de edad, considerando los departamentos de nuestro estudio.

En relación al indicador, *Control pre natal*, se estima que las MEF que no reciben cobertura con protocolo cumplido, alcanzan algo más de 900,000 en las zonas urbanas y en menor cantidad, más de medio millón, entre las rurales. Explicamos estas diferencias indicando que en la zona urbana hay una mayor concentración de población MEF, que junto a una menor cobertura pre natal, se asocia a la mayor proporción de MEF que no recibirían el CPN de oportunidad, alcanzando aproximadamente a 939,184 mujeres. Por otro lado, en la zona rural se concentra una menor proporción de MEF, así como una mayor proporción de atención pre natal, consecuentemente se estimaría como resultado una menor cobertura de MEF con protocolo pre natal incumplido, 583,539 mujeres. La suma de los dos ámbitos llegaría aproximadamente a un 1 522,523 MEF, *sin acceso a cobertura de oportunidad pre natal*.

Respecto a la atención de parto, se estima que cerca de medio millón de mujeres MEF urbanas y más de 600,000 rurales, no tienen acceso al parto en establecimientos de salud del MINSA en el marco de cobertura de oportunidad. Entre ambas poblaciones, suman un poco más de un millón de MEF, sin posibilidades de cobertura de atención de parto en circunstancias de oportunidad.

| CUADRO 24 | | | | | | | | |
|--|---------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SIN COBERTURA DE ATENCIÓN MATERNA | | | | | | | | |
| Año 2012 - PERIODO DURANTE LA INTERVENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | | | | | |
| Área Geográfica | Lugar de Residencia | Población MEF (miles y millón) | Control Pre Natal | | | Atención de Parto | | |
| | | | Población con protocolo pre natal cumplido (máximo umbral/ cuadro 20) | Población sin protocolo pre natal cumplido | Estimación de población MEF sin cobertura de protocolo pre natal | Población con atención de parto en EE.SS. Según protocolos (cuadro 21) | Población sin cobertura de parto en EE.SS.según protocolos | Estimación de la Población MEF sin cobertura de parto en EE.SS. según protocolos |
| | | | % | % | Miles/millón | % | % | Miles/millón |
| Costa | Urbana | 1 005,200 | 82,7 | 17,3 | 173,900 | 79,7 | 20,3 | 204,056 |
| | Rural | 256,734 | 62,0 | 38,0 | 97,559 | 61,0 | 39,0 | 100,126 |
| Sierra | Urbana | 425,113 | 68,7 | 31,3 | 133,060 | 90,0 | 10,0 | 42,511 |
| | Rural | 497,372 | 48,5 | 51,5 | 256,147 | 79,2 | 20,8 | 103,453 |
| Selva | Urbana | 211,088 | 63,7 | 36,3 | 76,625 | 76,1 | 23,9 | 50,450 |
| | Rural | 129,481 | 54,6 | 45,4 | 58,784 | 67,1 | 32,9 | 42,599 |
| Total urbana | | 1 641,401 | – | – | 383,585 | – | – | 297,017 |
| Total rural | | 883,587 | – | – | 412,490 | – | – | 246,179 |
| Total General | | 2 524,988 | – | – | 796,075 | – | – | 543,196 |

Fuente: INEI, Población MEF año 2010.³²⁵Se toma la población MEF del año 2010, debido a que el INEI lo consigna por cada 5 años, siendo el más próximo a la cobertura de oportunidad del año 2012.

Continuando con la estimación, para el año 2012 se prevé que cerca de 400,000 MEF urbanas carecerían de cobertura completa en atención pre natal, mientras que las rurales superarían esta cifra. Entre ambas poblaciones, aproximadamente 796,075 MEF, se encontrarían sin cobertura de atención pre natal de oportunidad.

En relación al acceso a parto, aproximadamente 297,017 MEF urbanas no alcanzarían esta atención en EE.SS., y, alrededor de 246,179 MEF rurales tampoco lo harían. Entre los dos ámbitos, más de medio millón de MEF, quedarían al margen de las atenciones de oportunidad para la atención de parto en el sector sanitario.

³²⁵Instituto de Estadística e Informática [INEI] (2009). PERU: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural, por Sexo y Edad Quinquenal, según Departamentos 2000 – 2015. *Boletín especial número 19*. Lima. Cuadros, 2.37 Perú: Población **urbana** femenina al 30 de Junio por grupos quinquenales de edad según departamento 2010; y Cuadro 2.41, Perú: Población **rural** femenina al 30 de Junio por grupos quinquenales de edad según departamento 2010. Se consigna el número de población, MEF, en base al total de las mujeres entre 15 a 49 años de edad, considerando los departamentos de nuestro estudio.

En el siguiente cuadro, el 24-A, mostramos la estimación de las MEF que entre el año 2000 y el 2012 se han incorporado a las atenciones maternas según protocolo de oportunidad. Aunque estamos interesados en apreciar la estimación de la brecha de las mujeres con incumplimiento de protocolos pre natales, lo cual resulta de la resta de las mujeres con cobertura de parto menos la cobertura pre natal.

| CUADRO 24-A | | | |
|--|---------------------|--------------------|---|
| ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN MEF QUE SE INCORPORAN A LAS ATENCIONES MATERNAS DESDE EL AÑO 2000 AL 2012 | | | |
| Lugar de residencia | Cobertura Pre Natal | Cobertura de Parto | Brecha de incumplimiento de protocolo pre natal |
| | Nro. | Nro. | Nro. |
| Total Urbana | 572,035 | 597,316 | 25,281 |
| Total Rural | 101,420 | 395,732 | 294,312 |
| Total General | 673,455 | 993,049 | 319,594 |

Fuente: Elaboración propia

La presente estimación se obtiene de la resta de las MEF sin cobertura de oportunidad del año 2012 menos las del año 2000 (Cuadros 23 y 24, Cap. IV), cuyo resultado nos muestra las que se incorporan a las atenciones de cobertura oportuna pre natal y parto. Se estima que más de medio millón de mujeres han logrado el acceso a la asistencia pre natal de oportunidad y cerca de un millón al parto en EE.SS., sin embargo, existe una brecha de un poco más de 300,000 mujeres que acceden al parto pero sin cumplir los protocolos pre natales, y esta diferencia es mayor en las zonas rurales, con un número de 294,312, lo cual implicaría que no todas las mujeres que llegan al parto, lo harían en las mejores condiciones de atención pre natal y menos aún las más pobres.

La cobertura de parto en EE.SS., per sé, no es suficiente, la realidad nos muestra que todavía un gran número de mujeres carecen de los servicios de salud de calidad.

Concluyendo con este análisis de la cobertura de oportunidad, nuestra propuesta de investigación nos lleva seguidamente a evaluar la tercera dimensión de la Cobertura General de Atención materna, que vamos a desarrollar a continuación.

4.2.3 "Cobertura por Asociación y Dependencia"

A pesar de que el abordaje de esta cobertura se ha precisado en el capítulo III (Metodología de la Investigación), por razones de eficacia narrativa volvemos a hacer referencia puntual a los aspectos más relevantes con objeto de facilitar la lectura del texto que proponemos a continuación.

Nuestra definición contempla básicamente la precedencia de los procesos del embarazo: *atención pre natal, parto y puerperio*. El embarazo se enmarca en los tres procesos, donde la "atención prenatal" como la primera etapa, se circunscribe básicamente a la evolución de la gestación, de la salud de la madre y del producto de la concepción. Este proceso implica la atención pre natal con sus diversas actividades, y desemboca en la segunda etapa en la que tiene lugar el parto con su propia atención y las actividades inherentes a ello. Así mismo, el parto precederá a la tercera etapa que será la atención de puerperio. Procesos, todos ellos, que guardan claramente un comportamiento asociado y dependiente según la etapa del embarazo.

Identificando las precedencias pretendemos realizar el análisis de la **Cobertura por asociación y dependencia** entre tales procesos, buscando establecer el comportamiento de cada uno de ellos, en función de su antecesor. Consideramos que este análisis nos aportara información sobre la estimación de parámetros en el interior de un mismo fenómeno, pero con un factor de gran importancia, la presencia del Seguro Integral de Salud en la atención materna, en relación a un periodo donde no se contaba con esta intervención. Para ello aplicaremos la técnica estadística de **análisis de regresión simple**, descrito en el capítulo III.

Aplicamos esta técnica estadística con la intención de determinar el comportamiento de la cobertura de atención materna del año 2000, antes del SIS, y del 2012 con intervención del SIS, enfatizando en este segundo periodo por la importante cobertura del aseguramiento al sistema, principalmente en la población rural y pobre, además del financiamiento que implica fortalecer la oferta materna, condición casi inexistente en el año 2000.

Los datos aportaran principalmente la contribución del SIS en el impulso que generan cada uno de las etapas del embarazo, en relación a las otras.

Tomamos como primer referente al **número de controles pre natales** establecidos por norma, como predictor del cumplimiento de los componentes del paquete básico pre natal: *atención clínica obstétrica, vacuna antitetánica, examen de orina, examen de sangre, acceso a hierro y educación sanitaria*. Este referente también participa como predictor del *parto en EE.SS. del MINSA, ámbito privado y tradicional*. De la misma forma, se asocia al tipo de parto, *eutócico o normal, complicado y cesárea*.

Un segundo referente de análisis es **el parto en EE.SS. y ámbito tradicional**, en relación a las complicaciones del parto: *el trabajo de parto prolongado y las hemorragias*.

La muestra que se toma para esta cobertura se recoge de la base de datos elaborada para la cobertura de oportunidad. Al aplicarla técnica propuesta, evidenciamos que la cantidad de datos es insuficiente por área geográfica, por ello, decidimos agrupar a los 10 departamentos del estudio sin discriminar área geográfica, pero manteniendo el lugar de residencia (urbana–rural), con el propósito de diferenciar la cobertura de la atención entre ambos lugares. Ello nos permitirá incidir en la situación de la zona rural, dada la mayor proporción de mujeres pobres en ella, además de ser objetivo prioritario del Seguro Integral de Salud.

Ponemos a disposición los resultados en los siguientes cuadros.

| CUADRO 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|---------|--------|------|--------|------|----------|--------|------|-------------------------------------|------|---------|--------|-------|--------|------|---------|--------|------|
| PROCEDIMIENTOS PRE NATALES, EN RELACIÓN AL NUMERO DE CONTROL PRE NATAL ESTABLECIDO POR NORMA (REGRESIÓN SIMPLE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos en CPN | Año 2000 - Pre Intervención SIS (5 CPN) | | | | | | | | | | Año 2012 - Intervención SIS (6 CPN) | | | | | | | | | |
| | URBANA | | | | | RURAL | | | | | URBANA | | | | | RURAL | | | | |
| | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B |
| Clínico | ,989** | ,978 | 351,43* | 18,74* | ,966 | ,999** | ,998 | 4121,97* | 64,20* | ,988 | ,999** | ,959 | 188,50* | 13,72* | 1.000 | ,994** | ,987 | 625,71* | 25,01* | ,967 |
| VAT | ,761** | ,579 | 11,04* | 3,32* | ,270 | ,945** | ,892 | 66,27* | 8,14* | ,383 | ,877** | ,770 | 26,74* | 5,17* | ,429 | ,964** | ,929 | 105,26* | 10,25* | ,531 |
| Ex. Orina | ,938** | ,879 | 58,49* | 7,64* | ,678 | ,820** | ,672 | 16,38* | 4,04* | ,366 | ,981** | ,962 | 204,47* | 14,29* | ,977 | ,910** | ,828 | 38,53* | 6,20* | ,640 |
| Ex. Sangre | ,908** | ,824 | 37,67* | 6,13* | ,562 | ,839** | ,703 | ,704* | 4,36* | ,335 | ,981** | ,962 | 205,29* | 14,32* | ,981 | ,883** | ,780 | 28,32* | 5,32* | ,650 |
| Hierro | ,951** | ,904 | 74,92* | 8,65* | ,650 | ,935** | ,875 | 55,93* | 7,47* | ,651 | ,992** | ,984 | 503,86* | 22,44* | 1.000 | ,953** | ,908 | 78,88* | 8,88* | ,771 |
| Ed. Sanitaria | ,951** | ,906 | 75,96* | 8,71* | ,717 | ,983** | ,966 | 226,06* | 15,03* | ,763 | ,975** | ,951 | 156,17* | 12,49* | ,948 | ,992** | ,984 | 489,13* | 22,11* | ,915 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

*. p-valor asociado a t, es menor a 0.05

*. p-valor asociado a F, es menor a 0.05

Fuente: Se utiliza la base de datos elaborada para cobertura de oportunidad, en base a la ENDES 2000 y 2012.

Elaboración propia

En el cuadro 25, tomamos como referencia principal el número de controles pre natales establecidos por norma, 5 CPN para el año 2000 y 6 CPN para el 2012, perfil en el que se considera los procedimientos básicos prenatales.

Inciendo en las **zonas rurales**, en el **año 2000** antes del SIS, observamos que todos los componentes pre natales están *asociadas o correlacionados linealmente*, en la población que procede la muestra, en función al número de CPN cumplido. La *correlación, "r"*, entre el predictor, con el examen clínico, la educación sanitaria, la VAT, y el hierro, supera el nivel "muy fuerte", +0,90; mientras que con el examen de orina y sangre, se sitúa por encima de la "correlación considerablemente positiva", +0,75; con una significación que se encuentra en un nivel de $p < 0,01$. Así mismo, el modelo según el estadístico "F", y el valor de "t", presenta una significación de $p = \text{valor menor a } 0,05$. Estos valores nos muestran que efectivamente existe una dependencia estadística causa-efecto entre las variables correlacionadas.

Así mismo, la proporción de *variabilidad "R2"* de los componentes del paquete básico explicado por la presencia del cumplimiento del número pre natal normado, logra su mayor incidencia en los procedimientos *clínicos y en la educación sanitaria*, por encima del 90% (0,998 y 0,966); mientras que *la vacuna antitetánica y el hierro* varían en 89 (0,892) y 87% (0,875) respectivamente. Los procedimientos que responden con una menor proporción de variabilidad son *el examen de orina con el 67% (0,672) y el de sangre con el 70% (0,703)*.

Por otro lado, se espera que las mujeres que cumplen con la norma (predictor), incrementen al máximo las probabilidades de acceso a los componentes pre natales, lo cual se reflejara en los valores del estadístico del coeficiente "B".

En tal sentido, en este modelo, *el coeficiente "B"*, muestra una *relación directa* entre los componentes pre natales y el predictor. Así, observamos que el incremento de las probabilidades de acceso al *examen clínico y la educación sanitaria*, es mayor que en los demás componentes, alcanzando el 98% (0,988) y el 76% (0,763) respectivamente; le siguen en el acceso, *el hierro* con el 65% (0,655) de probabilidades, mientras que los

procedimientos restantes, *VAT, orina y sangre*, logran menos del 40% (0,383; 0366; y 0,335). Para el año 2000, la población gestante rural al cumplir con la norma del número de CPN, aunque incrementa sus probabilidades de acceso a la oferta, no lo hace en la misma proporción y, sobre todo, las atenciones que presentan la menor probabilidad de incremento, es posible que requieran de otras variables que pudieran fortalecer el impulso del CPN.

En segundo lugar, en referencia a las **zonas urbanas**, la cobertura de las variables en función del predictor indica una mayor asociación y variabilidad respecto a las zonas rurales, excepto la vacuna antitetánica que tiene una mayor incidencia rural. El total de componentes logran una correlación significativa a menos de 0,05, así como el modelo que resulta con una significación de $p < 0,01$, según los estadísticos "F" y el valor de "t".

El examen de orina y sangre, son los que acontecen con menor probabilidad de cobertura en ambas zonas.

Para el **año 2012**, con intervención del SIS, en la **zona rural**, *la correlación, "r"*, entre las variables y el predictor, se muestra considerablemente positiva +0,75, incluso superando la positiva muy fuerte +0,90, cuyo nivel de significación es $p < 0,01$. Así mismo, *la variabilidad "R2"*, logra un gran comportamiento en casi todos los componentes, superando el 90%, pero los exámenes de orina y sangre alcanzan el 82 y el 78% para cada uno; variabilidad explicada por el cumplimiento del número de CPN. Todo el conjunto de variables, según el p -valor asociados a los estadísticos "F" y "t", evidencian significación a menos de 0,05.

Respecto al *coeficiente "B"*, las probabilidades de incremento de los procedimientos pre natales a partir del cumplimiento del número de CPN normado, alcanzan valores que fluctúan desde 53% (0,531) hasta 96% (0,967); donde el *examen clínico y la educación sanitaria*, acontecen con el mayor incremento, 96% (0,967) y 91% (0,915) respectivamente. Seguidas del *acceso a hierro* con 77% (0,771), en tanto que los procedimientos restantes: *la VAT, el examen de orina y sangre*, logran menores

coberturas por impulso del predictor: el 53% (0,531); 64% (0,640) y 65% (0,650), respectivamente.

Aunque los estadísticos de asociación se incrementan entre todos los componentes pre natales para el año 2012 con el SIS y ante la norma cumplida, la cobertura de los exámenes de sangre y orina permanecen por debajo de los otros procedimientos, al igual que en el año 2000. No obstante, en cada uno de ellos se ha establecido una relación estadística significativa, lo cual nos demuestra que junto al número de CPN cumplido, el logro de la mayor cobertura ha recibido la influencia del Seguro Integral de Salud. Ciertamente que ninguno de ellos alcanza una cobertura del 100%, proporción que se obtiene cuando se cumple con el marco de una norma, como es el número de CPN. Por tanto, a pesar de las mejoras conseguidas con la intervención del SIS, el sistema sanitario sigue presentando deficiencias que habrá que tratar de corregir.

En relación con la **zona urbana**, evidentemente que los estadísticos guardan mayores valores de asociación y variabilidad. Casi en todos los componentes de la oferta pre natal (excepto la VAT), tienen valores que superan el 95% con un modelo que también adquiere la significación de $p < 0.05$. Así mismo, según el *coeficiente "B"*, el *examen clínico y el hierro*, en función del predictor, posibilitan su incremento hasta alcanzar el 100% de la cobertura (1,000), en tanto que *la educación sanitaria*, junto con el *examen de sangre y orina* se acercan a este valor. Por su parte, la vacuna antitetánica expresa el mínimo incremento del 42% (0,428). Para esta zona, el cumplimiento del número de CPN normado entre las mujeres gestantes adquiere la máxima protección por lo menos para dos componentes de la oferta pre natal, con fuerte cercanía de los restantes (excepto la VAT), condición que no se presta para la zona rural, pese a la mayor afiliación al SIS y la mayor población en pobreza.

Consideramos importante realizar comparaciones de los valores del estadístico "B" del año 2012 con relación al año 2000. La probabilidad de cobertura del *examen clínico* en función del cumplimiento del número de CPN normado del año 2000, se incrementaba hasta en 98% (0,98), mientras que para el año 2012, este valor disminuye ligeramente al 96% (0,96), seguido de la educación sanitaria con una probabilidad de

incremento del 76% (0,76) en el 2000 y para el año 2012 alcanza el 91% (0,91), con una diferencia positiva de **20%** (0,20).

Los siguientes procedimientos, como el acceso a hierro, presentaba para el año 2000 una probabilidad de incremento del 65% (0,65), en tanto que para el año 2012 alcanza el 77% (0,77), cuyo valor diferencial entre ambos incrementos es **12%** (0,12). Por otro lado, la probabilidad de incremento de *la vacuna antitetánica* en el año 2000 era del 38% (0,38) y hacia el 2012 se logra el 53% (0,53). Entre ambos valores se evidencia una diferencia positiva de **14%** (0,14).

Por debajo de estos valores, se sitúan los componentes de laboratorio. Aun cuando los valores de asociación del examen de sangre y orina permanecen por debajo de los demás componentes: sus probabilidades de incremento en el periodo 2000-2012, han superado a los demás. Así, *el examen de orina* en el año 2000, incrementa sus probabilidades de cobertura al 36% (0,36) en función del número de CPN cumplidos, mientras que para el año 2012 dobla esta cifra hasta 64% (0,64), con un margen de incremento en el periodo que llega al **27%** (0,27). *El examen de sangre*, por otro lado, se incrementaba hasta el 33% (0,33) para el año 2000, y hacia el 2012, aumentan hasta un 65% (0,65). La diferencia de incremento en el periodo es **31%** (0,31), incluso prevaleciendo por encima del valor del examen de orina.

En consecuencia, el cumplimiento del número de CPN, se muestra como un predictor que ha incidido en la mayor probabilidad de incremento de los exámenes de sangre y orina en el periodo 2000-2012, frente a los demás componentes, aunque en el año 2012 permanecen por debajo de los otros procedimientos pre natales. El sistema sanitario con sus limitaciones de oferta y con la presencia del SIS, ha incidido para que las gestantes accedan a una mayor cobertura de prestaciones que contribuyen al diagnóstico, dada la importancia de ellos, como se describió para el cuadro 8 (Cap. IV). No obstante, estas coberturas todavía permanecen entre las más bajas de los procedimientos pre natales.

Cuando valoramos las implicancias del número de CPN normados asociados al paquete básico pre natal, mediante el coeficiente "B", *inferimos en el cumplimiento de la norma*, pero en un marco sanitario de diferencias de oferta (antes y durante el SIS) lo que nos permite valorar la importancia de la presencia del SIS.

En general señalamos que, "el número de CPN según las normas del MINSA, se han establecido en la medida de cumplir con el paquete pre natal", sin embargo, el cumplimiento de esta norma *per se*, consideramos no es suficiente para alcanzar el máximo nivel de cobertura, como lo expresan los resultados del coeficiente "B" de los años 2000 y 2012. Es decir, no sería un predictor que resulte en un *referente de máximo cumplimiento*, ni aun con la intervención del SIS. Posiblemente se tendría que valorar la presencia de otros mediadores o variables de la oferta, para cada intervención, lo cual nos daría lugar a poder estimar el peso real de cada uno de ellos, en la contribución al máximo incremento. Estimación que al mismo tiempo nos permitiría tomar decisiones para fortalecer las intervenciones de salud.

En virtud del efecto de la variable predictora, trataremos de explicar las coberturas de cada componente del paquete básico pre natal. Encontramos que el número de CPN cumplido, se asocia en diferentes proporciones con los componentes pre natales, pero sin lograr el máximo esperado. Su fuerte asociación con el examen clínico y la educación sanitaria se explicaría por lo siguiente: el examen clínico al constituir un procedimiento concreto que se brinda durante la atención obstétrica (primera atención que recibe la gestante), se asociaría a la capacidad resolutive del consultorio pre natal, que según las estadísticas del INEI, logra superar el mínimo necesario de 80% para la atención pre natal. Además, a esta atención también se involucra la educación sanitaria, información que la gestante lo recibe en este marco de atención, por lo tanto, factores como la capacidad resolutive actuarían como mediadores de cobertura de los componentes pre natales en el marco del cumplimiento del número de CPN normado.

De este primer punto de atención clínica obstétrica, derivan los demás procedimientos establecidos por norma. Según la organización del sistema sanitario, el

acceso a los otros componentes se logra por la especificidad de cada uno. Para el caso de los exámenes de sangre y orina, evidentemente en los servicios de laboratorio. Para el hierro, la disponibilidad del insumo en la farmacia y en el caso de la vacuna antitetánica, a partir de la disponibilidad de la cadena de frío. En suma, se entrega cada procedimiento según área específica al que corresponde. Está claro que debemos considerar la mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios en la zona rural por contar con establecimiento de primer nivel de atención, sin que en varios de ellos, no se cuenten con las áreas de procedimientos necesarias, especialmente los laboratorio y muchas veces la carencia de los insumos para la vacuna antitetánica (los niveles de salud no permiten la disponibilidad continua de ellos, tal como lo señala el MINSA del año 2011).³²⁶

Sobre la organización sanitaria, Ruales (2004),³²⁷ señala que los marcos conceptuales más tradicionales se basan en el análisis de la estructura, los procesos y los resultados de estos servicios. La utilidad de este tipo de marcos es mayor para el análisis de organizaciones individuales o niveles organizacionales menores, aunque también se usan para el análisis de las redes y los sistemas de servicios de salud. Su principal limitación es que no logran discriminar los aspectos más estructurales del sistema. Además, tienden a centrar el análisis en la oferta y el uso de los servicios y no tanto en las necesidades y las demandas en salud de la población.

A continuación presentamos el cuadro 26, acogiendo una evaluación más específica de los exámenes de sangre y orina, en el marco del cumplimiento del número de CPN, además en el primer CPN.

³²⁶Castillo Velásquez, O., Días Nosiglia, J. J., & Reyes Flores, M. (2011). *Tercer Informe. Intervención Pública Evaluada: Servicio de Vacunación*. Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas. En: https://www.mef.gob.pe/.../2010_informe_final_VACUNACIONES.pdf. Pág. 48. (antecedentes considerados para el cuadro 9)

³²⁷Ruales, J. (2004). Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(99), 33-39.

CUADRO 26

**EXÁMENES DE LABORATORIO RELACIÓN AL NUMERO DE CPN ESTABLECIDO POR NORMA, Y REALIZADOS EN EL PRIMER CONTROL PRE NATAL
(REGRESIÓN SIMPLE)**

| Procedimientos en primer CPN | Año 2012 - Durante la Intervención del SIS (6 CPN) | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|------|---------|--------|------|--------|------|--------|-------|------|
| | URBANA | | | | | RURAL | | | | |
| | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B |
| Ex. Orina | ,974** | ,948 | 146,91* | 12,12* | ,669 | ,835** | ,698 | 18,44* | 4,29* | ,275 |
| Ex. Sangre | ,973** | ,948 | 144,85* | 12,03* | ,603 | ,781** | ,609 | 12,48* | 3,53* | ,250 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

* . p-valor asociado a t, es menor a 0.05

* . p-valor asociado a F, es menor a 0.05

Fuente: Base de datos elaborada para cobertura de oportunidad, en base a la ENDES 2012.
Elaboración propia.

Tanto en la cobertura general como en la de oportunidad, la cobertura de los exámenes básicos (sangre y orina) en todo el periodo en estudio, son los que menos alcance tienen; por ello, consideramos analizarlos adicionando variables más específicas como *el primer control pre natal*, solo en el año 2012 con presencia SIS, dado que se carece de tal información para el año 2000.

Observamos que en la **zona rural** ambos exámenes se involucran en la correlación positiva media “hacia considerable”, +0,50 a +0,75 y con significación estadística al nivel de $p < 0,01$. Los exámenes realizados en el primer CPN explican la *variabilidad* “ R^2 ”, de 69% (0,698) para orina y 60% (0,609) para sangre, y ambos modelos con significación a menos de 0,05 según el p -valor de “ F ” y “ t ”. En los dos casos, la relación es directa según *el coeficiente* “ B ”, aunque la probabilidad de incremento cuando estos exámenes se realizan en el primer CPN, solo llegan al 27% (0,27) para orina y al 25% (0,25) para sangre.

Notamos que el incremento de los valores de ambos exámenes según el coeficiente “ B ”, a partir del predictor “*primer control pre natal*”, son ínfimos, lo cual nos indica que este primer momento en que la gestante acude al CPN, no es una circunstancia a la que se le otorgue la debida importancia para realizar los procedimientos normados. Por lo tanto, el servicio de salud pierde la posibilidad de la atención oportuna, aun con la presencia del SIS, lo que se torna más deprimente en las poblaciones de mayor necesidad de salud.

Lamentablemente, no contamos con estudios específicos de esta naturaleza, de asociación entre componentes pre natales específicos, para los efectos de comparación o referencia. Aunque los estudios citados anteriormente (cuadro 8-A, Cap. IV), así como la oferta limitada, podrían servir como referentes para el comportamiento de la cobertura de ambos exámenes en circunstancias más específicas, como los resultados del cuadro actual.

Prosiguiendo con el análisis, el cuadro 27 nos muestra la asociación del número del CPN normado y el parto según lugar de atención. Incidiremos en el parto atendido en EE.SS., y como contexto de análisis, el parto tradicional y en el ámbito privado.

Con la estimación de estos parámetros, pretendemos determinar el comportamiento y las probabilidades del parto en los EE.SS., en función del cumplimiento del número de CPN normado, en las mujeres gestantes del año 2000 y en las del año 2012, estas con la protección del Seguro Integral de Salud. Concedemos atención preferente a los datos de zonas rurales.

CUADRO 27

PARTO POR LUGAR DE ATENCIÓN EN RELACIÓN AL AL NÚMERO DE CONTROL PRE NATAL ESTABLECIDO POR NORMA (REGRESION SIMPLE)

| Parto por lugar de Atención | Parto en EE.SS. Año 2000 - Pre Intervención SIS (5 CPN) | | | | | | | | | | Parto en EE.SS. Año 2012 - Durante la Intervención SIS (6 CPN) | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------|----------|---------|------|--------|------|----------|---------|------|--|------|----------|---------|------|-------|------|--------|--------|------|
| | Urbana | | | | | Rural | | | | | Urbana | | | | | RURAL | | | | |
| | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B |
| EE.SS. | ,786** | ,618 | 12,943** | 3,598** | ,481 | ,682* | ,465 | 6,954* | 2,637* | ,268 | ,991** | ,983 | 463,083* | 21,519* | ,800 | ,727* | ,529 | 8,979* | 2,996* | ,485 |
| Tradicional | ,755* | ,570 | 10,592** | 3,255* | ,379 | ,930** | ,865 | 51,174** | 7,154** | ,726 | ,866** | ,750 | 23,98* | 4,867* | ,145 | ,733* | ,538 | 9,305* | 3,050* | ,512 |
| Privados | ,467 | ,219 | 2,237 | 1,496 | ,140 | ,143 | ,020 | ,167 | ,409 | ,006 | ,571 | ,326 | 3,868 | 1,967 | ,055 | ,080 | ,006 | ,520 | ,228 | ,003 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01

*. p-valor asociado a t, es menor a 0.05

*. p-valor asociado a F, es menor a 0.05

Fuente: Base de datos elaborada para cobertura de oportunidad, en base a la ENDES 2000 y 2012.
Elaboración propia

Para el **año 2000** antes del SIS, en el contexto de la **zona rural**, observamos que las variables, *número de CPN y parto*, están asociadas linealmente en la población de donde proviene la muestra. La *correlación "r"* con el parto sanitario es significativa en $p < 0,05$, alcanzando hasta un 68% (0,68), lo que corresponde a la correlación positiva moderada, mientras que el predictor explica una *variabilidad "R2"* del 46% (0,46). Así mismo, el modelo y la relación entre variables, establecen la significación de $p < 0,05$, tanto para el valor asociado a "F", como para el estadístico "t". Según el *coeficiente "B"*, el parto en función del número de CPN cumplido, solo incrementa su probabilidad de ser atendido en el sector sanitario en 26% (0,26). Los estadísticos del parto, nos muestran una relación moderada con un leve incremento del parto en EE.SS., en función del predictor. Sin embargo, debemos considerar el comportamiento del parto en el ámbito tradicional para complementar con una posible explicación a estos valores tan limitados.

Veamos que los resultados estadísticos que representan a la atención del parto tradicional casi doblan a las cifras del parto en EE.SS., además, con la diferencia de que la significación para la correlación, para el modelo y entre variables, se establece en $p < 0,01$.

Aparentemente, para este año en las zonas rurales *el número de CPN previsto por las normas maternas* se comporta como el "mayor predictor" de la atención de parto tradicional, en relación al parto sanitario como consecuencia de que una buena proporción de gestantes se dejaban asistir en su domicilio, aun cumpliendo con el número de CPN. Sin embargo, es probable que el predictor, no se asociara en tal magnitud al parto tradicional, más bien, la elección en este ámbito, se relacionaba a la carencia económica para pagar el costo de la atención sanitaria si tenemos en cuenta que según la ENDES 2000, entre el 9,6 y el 18,8% de las mujeres rurales se quedaban en casa por la falta de dinero. Además, entre el 50,2 y el 66,4% señalaban la percepción negativa del servicio de salud refiriéndose a la lejanía o inexistencia de ellos, así como la falta de personal y de privacidad, entre otras limitantes. Igualmente, entre el 22,4 y el 36,4% de las mujeres justificaban su parto en domicilio por las costumbres y tradiciones (Cuadro 13-A, Cap. IV).

VARIABLES que se podrían considerar cuando un análisis de regresión múltiple, a fin de verificar el peso de cada una de ellas asociadas al lugar de parto.

Para **la zona urbana**, el parto en EE.SS., logra valores más altos en los estadísticos de correlación y de variabilidad frente al parto de la zona rural. Inversamente, el parto tradicional disminuye en esta zona y el parto atendido en el sector privado incrementa sus valores. Estos resultados guardan similitud con el comportamiento de lugar de parto, de los cuadros 13 y 21 del presente capítulo.

Para el **año 2012**, en la **zona rural**, la *correlación*, " r ", entre los partos en EE.SS y el número de CPN cumplido, encuentra una asociación lineal de 72% (0,72), cuya significación alcanza a $p < 0,01$ (cuando la significación alcanzaba a $p < 0,05$ para el año 2000); en tanto que la *variabilidad* " R^2 ", logra el 52%. La significación del modelo y entre variables, según el p -valor asociado a " F " y " t ", se enmarca en $p < 0,05$. Así mismo, el *coeficiente* " B ", muestra que el impulso del predictor para la probabilidad del incremento del parto en la atención sanitaria, llega hasta 48% (0,48).

Para este año, la cobertura de parto tradicional, aunque ha disminuido desde el año 2000, mantiene una presencia importante considerando que las mujeres cuentan con el número pre natal cumplido y afiliadas al Seguro Integral de Salud, circunstancias de aseguramiento que carecían en el anterior periodo. En esta atención tradicional, las cifras de correlación, variabilidad y del estadístico " B ", mantienen valores hasta por encima de las cifras del parto sanitario. Es posible que este comportamiento continúe en asociación a la percepción negativa del sistema sanitario y la lejanía de establecimientos de salud, manifestada por las mujeres que atendían su parto en casa, en el año 2000 y descrito en los cuadros 13 y 21 (Cap. IV).

Por lo tanto, más que el cumplimiento de la norma, las condiciones socio geográficas y de percepción negativa, condicionarían la inasistencia a la atención sanitaria. Razones que encontrarían respuesta en la limitada capacidad resolutoria de servicios de salud para la atención materna.

La situación del parto en EE.SS., atendidos en el **ámbito urbano**, para el **año 2012**, ante la presencia del número de CPN cumplido adquiere importantes cifras, donde el nivel de *correlación "r"*, alcanza el 99% (0,99), con una significación a $p < 0,01$; así como la variabilidad "*R²*" de la atención sanitaria que logra hasta el 98% (0,98). De igual forma, el impulso que genera el predictor según el coeficiente "*B*", alcanza valores de hasta 80% de incremento, (0,80) a las probabilidad para el acceso al parto sanitario. La significación es a $p < 0,05$, tanto del modelo como entre variables.

En suma, tanto para el año 2000 como para el 2012, entre las mujeres urbanas y rurales, "el número de CPN cumplido por norma" no es un predictor que genere la máxima probabilidad de incremento del parto sanitario y menos aún entre las mujeres rurales. Tampoco cuando la intervención del SIS, en el año 2012, adoptada para fortalecer y garantizar el acceso a las atenciones maternas principalmente en las más pobres. El coeficiente "*B*" nos muestra que la probabilidad de incremento del parto en el ámbito oficial, apenas alcanza el 48% en el ámbito rural.

Seguidamente, procedemos a comparar los datos del análisis de regresión (cuadro 27, Cap. IV)), con los resultados de la Cobertura de oportunidad (cuadro 21-A, Cap. IV). En el análisis de regresión, el comportamiento de la cobertura del parto en EE.SS., en función de la variable predictora (número de CPN cumplido) en el periodo con SIS (2012), muestra que, *cuando hay una mayor correlación con el parto en EE.SS., también acontece una mayor probabilidad de incremento y, ello se produce en las zonas urbanas, en tanto que en la zona rural, siendo la correlación menor aunque positiva, la probabilidad del parto sanitario también es menor.*

Esta situación también se produce en la Cobertura de oportunidad (cuadro 21-A, Cap. IV). Cuando se incrementa el "máximo umbral de protocolo pre natal", también se incrementa la asistencia al parto sanitario. Por ejemplo, entre las mujeres urbanas, el promedio del máximo umbral de protocolo pre natal, que alcanzaría al 71,7%, y se correspondería con un promedio de asistencia al parto sanitario (cumpliendo lo 6 CPN) de 81,9%, mientras que en la zona rural, aunque con menores valores, ante el 54,7% de cumplimiento de protocolo pre natal, la cobertura de parto logra el 69,1%.

En consecuencia, para una mayor proporción de protocolos cumplidos, acontece una mayor proporción de partos en establecimientos de salud.

Concluyendo con el análisis de este cuadro, señalamos que el número de CPN cumplidos, al asociarse con la atención de parto en EE.SS., no es un predictor suficientemente *per se*, ante el parto sanitario si tenemos en cuenta que en ambas poblaciones (urbana y rural), no se llega a concretar la máxima proporción de variabilidad ni de incremento de esta atención. Motivo evidente que también nos lleva a considerar factores mediadores, como la oferta pre natal, la educación, el idioma y las percepciones de la población respecto a los servicios sanitarios (descritos en la cobertura general), los cuales en las mejores circunstancias, contribuirían a concretar el mayor acceso de las gestantes a los servicios de parto sanitario.

Seguidamente, se pone a disposición los resultados de la cobertura del tipo de parto: eutócico o normal, complicado y por cesarea, teniendo como predictor, el número de CPN normado, resultados que ponemos a consideración en el cuadro 28.

CUADRO 28
TIPO DE PARTO EN RELACIÓN AL NÚMERO DE CONTROL PRE NATAL ESTABLECIDO POR NORMA
(REGRESIÓN SIMPLE)

| Tipo de Parto | Año 2000 - Pre Intervención SIS (5 CPN) | | | | | | | | | | Año 2012 - Intervención SIS (6 CPN) | | | | | | | | | |
|---------------|---|------|----------|---------|------|--------|------|-----------|----------|------|-------------------------------------|------|----------|---------|------|--------|------|----------|---------|------|
| | Urbana | | | | | Rural | | | | | Urbana | | | | | Rural | | | | |
| | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B |
| Eutócico | ,931** | ,866 | 51,763** | 7,195** | ,809 | ,994** | ,989 | 698.974** | 26,438** | ,811 | ,959** | ,920 | 92,159** | 9,602** | ,702 | ,957** | ,916 | 87,611** | 9,360** | ,869 |
| Complicado | ,041 | ,002 | ,013 | ,116 | ,003 | ,929** | ,863 | 50.558** | 7,110** | ,163 | ,524 | ,274 | 3,021 | 1,738 | ,860 | ,489 | ,239 | 2,518 | 1,587 | ,122 |
| Cesárea | ,562 | ,316 | 3,700 | 1,924 | ,188 | ,447 | ,200 | 1,999 | 1,414 | ,260 | ,797** | ,635 | 13,897** | 3,728** | ,212 | ,087 | ,080 | ,061 | ,247 | ,009 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

*. p-valor asociado a t, es menor a 0.05

*. p-valor asociado a F, es menor a 0.05

Fuente: Se utiliza la base de datos elaborada para cobertura de oportunidad, en base a la ENDES 2000 y 2012.
 Elaboración propia.

Para el **año 2000** en la **zona rural**, la *correlación lineal "r"*, entre el cumplimiento del número de CPN y el **parto eutócico o normal**, se sitúa en el nivel de correlación positiva muy fuerte 99% (0,99), donde la variabilidad explicada por el predictor ocurre en el 98%. Así mismo, el modelo y la relación entre las variables, obtienen significación según p -valor asociado a "F" y "t", de $p < 0.01$. Según el *coeficiente "B"*, al cumplirse el número de CPN, la probabilidad de que la mujer tenga un parto eutócico o normal se incrementa hasta en 81% (0,81).

Por otro lado, los valores que alcanza el parto complicado son menores que los del parto eutócico en el que los estadísticos de asociación y variabilidad, se encuentra ligeramente por debajo de este, adquiriendo también la significación correspondiente de $p < 0,01$, tanto en el modelo como entre variables. Así mismo, las cifras que corresponden al parto por cesárea, aún se muestran más disminuidas, excepto que el valor del coeficiente "B" logra el 26% (0,26) de probabilidades de incremento a partir de la mayor cobertura del número de CPN cumplido por norma.

En la **zona urbana**, la *correlación "r"* y la *variabilidad "R²"*, muestran proporciones levemente por debajo de los valores de la zona rural. No obstante, aumenta la probabilidad de incremento de este tipo de parto en 80% (0,80), en función del predictor, siendo mayor, que en la zona rural.

En definitiva, para este año 2000, tanto en la zona urbana como en la rural, *el número de CPN cumplido* es una variable significativa para la protección del parto eutócico si tenemos en cuenta las fuertes probabilidades de incremento en la atención de este tipo de parto. Consecuentemente, disminuye la protección para los partos complicados y las cesáreas.

Hacia el **año 2012** con intervención del SIS, enfocando la **zona rural**, las cifras que encontramos acerca del **parto eutócico** en relación al CPN cumplido serían las siguientes: la *correlación "r"* se alcanza al 95% (0,95) y la *variabilidad R²* hasta un 91% (0,91), coberturas que han disminuido ligeramente desde el año 2000. Sin embargo, notamos que el valor del *coeficiente "B"* se ha incrementado hasta 0,869, (de 0,811 del

año 2000), es decir, que las probabilidades de incremento al acceso de la atención del parto eutócico llega a 86% lo que nos evidencia que al tener mayores posibilidades de cumplimiento del número pre natal normado, también se incrementa la protección para el parto eutócico, y ello al parecer incide en un menor riesgo de partos complicados.

Ante estos resultados, se afirma que el número de CPN cumplido según norma, adquiere un carácter protector para la atención del parto eutócico y más aún cuando esta proporción se ha incrementado en el año 2012.

Respecto al siguiente tipo de parto, la *correlación "r"*, entre el predictor y el **parto complicado** ha disminuido al 48% (de 92% en el año 2000), así como la *variabilidad R2*, hasta 23% (de 86% en el año 2000), sin mostrar significación alguna ni en el modelo ni entre variables. De igual forma, según el *coeficiente "B"*, la probabilidad de incremento de este tipo de parto, también ha disminuido su valor hasta el 12% (16% en el año 2000). Datos que nos generan una primera impresión de satisfacción, cuando ello pudiera contribuir a disminuir la morbilidad materna.

Sin embargo, al evaluar las coberturas del parto complicado en la **zona urbana** (año 2012), notamos que sus valores se han incrementado con respecto al año 2000. El nivel de *correlación "r"*, alcanza hasta el 52% (de 4,1% en el año 2000) y, para la *variabilidad* hasta el 27% (de 2% en el año 2000) donde la probabilidad de incremento según el *coeficiente "B"*, alcanza el 86% (de 3% en el año 2000).

En suma, la tendencia de la cobertura del parto complicado, a partir del cumplimiento del número pre natal normado, que si bien han disminuido entre las zonas rurales desde el año 2000 al 2012 se ha incrementado en la *zona urbana* del año 2012. Lo cual parecería tener una suerte de "migración", desde la zona rural hacia el ámbito urbano, de tal forma que el parto complicado, permanecerían casi con la misma prevalencia en el año 2000 y 2012.

Ante tal percepción, analizamos la tendencia de este proceso de "migración" entre la zona rural a la urbana y en ambos años. Para ello tomamos como referencia las cifras del coeficiente B.

Considerando que la probabilidad de incremento del parto complicado en la zona rural del año 2000 alcanzaba el 16% (0,16), esta probabilidad disminuye a 12% (0,12) para el año 2012, pero al verificar las cifras entre las zonas urbanas, estas se incrementan desde 3% (0,003) en el año 2000, hasta 85% (0,85) para el 2012. Por tanto, mientras el parto complicado disminuye entre las zonas rurales, se incrementa entre las urbanas.

Respecto al parto por cesárea, ocurre similar tendencia de cobertura entre ambas zonas (urbana-rural), aunque la probabilidad de incremento para el año 2012 en la zona urbana, alcanza el 21% (0,21) de 18% (0,18) en el año 2000. Se resalta el ámbito urbano debido a que en esta zona se encuentran establecimientos de mayor capacidad resolutive para realizar las intervenciones del parto por cesárea.

Explicamos el comportamiento del parto complicado y la cesárea a partir del predictor, principalmente en las zonas rurales. Para el año 2000 antes de la intervención del SIS, las mujeres que lograban cumplir con el número de CPN normado (5 CPN), presentaban mayor probabilidad de incremento de las complicaciones durante el parto, que algunos desencadenaban en cesáreas, posiblemente por la limitada oferta prenatal, lo que se expresa en los cuadros 7 al 11 de la cobertura general. Para el año 2012 con intervención del SIS, se espera que tanto las complicaciones como las cesáreas disminuyan como consecuencia de contar en este periodo con la protección financiera del SIS, tanto para la demanda como para la oferta. Al parecer, esta intervención ofrece un resultado favorable para ambas entidades patológicas, que disminuyen sus valores para este año, mientras que se incrementa el parto eutócico. No obstante, nos llama la atención cuando verificamos las cifras de incremento del coeficiente B de los partos complicados y la cesárea en la zona urbana, hallazgos que son superiores a los de año 2012.

Al parecer, tanto el parto complicado como la atención de cesáreas, hubiesen sufrido una suerte de migración hacia las zonas urbanas. Comportamientos que pudieran encontrar explicación por el mayor incremento de la atención del parto eutócico en la zona rural. Por otro lado, el fortalecimiento del sistema de referencia,³²⁸ contribuye al traslado de las mujeres con partos complicados desde las zonas rurales con servicios de primer nivel de atención, hacia niveles de mayor complejidad, los que se encuentran en capitales de provincia o departamentos y brindan la atención más especializada, incluyendo la atención por cesárea. Otro factor que estaría vinculado a la disminución de las complicaciones en las zonas rurales sería la disminución de los partos en el domicilio, los que en su mayor proporción se atendían en esta zona para el año 2000, mientras que para el año 2012, disminuyen importantemente esta proporción (cuadro 13, Cap. IV).

Así mismo, vemos que en el año 2012 con el SIS, el parto eutócico se ha visto protegido en el marco del cumplimiento del número de CPN según la norma (coeficiente B: 0,81 año 2000 y 0,86 al año 2012), además de la presencia del seguro integral de salud. Añadir que el predictor junto al SIS, no han incidido en las probabilidades de disminución del parto complicado, dada su prevalencia en la zona urbana. Respecto al parto por cesárea, éste se incrementa hasta el 21% (del 18% en el año 2000), con la cobertura del número de CPN cumplido y la presencia del SIS. Sin embargo, no podemos afirmar que este incremento responda a la necesidad real de recurrir a este procedimiento, dada la prevalencia de las complicaciones. Aunque nos lleva a señalar el incremento de la oferta quirúrgica para dar una atención más especializada.

Careciendo de información de estudios sobre el particular, volvemos a citar a Munares (2005), quien en su estudio sobre la calidad del CPN en establecimientos de salud llevado a cabo en Lima,³²⁹ encuentra una mayor asociación entre el *control pre*

³²⁸ Ministerio de Salud [MINSAL]. Resolución Ministerial 751-2004/MINSAL. *Aprobar la Norma Técnica Nro. 018-MINSAL/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud"*. Lima, Julio 2004.

³²⁹ Munares-García, O., Gómez-Guizado, G., Carpio, B. D., & Sánchez-Abanto, J. (2012). Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 329-336.

natal adecuado (seis CPN a más) y *los partos eutócicos*; mientras que con las cesáreas solo se asocia en 7%. Esta referencia también guarda relación con nuestros resultados, dado que el cumplimiento del número de CPN normado ejerce mayor asociación con los partos eutócicos, que con los partos por cesárea.

Procediendo con el análisis de la cobertura por asociación en el cuadro 29, finalizamos este abordaje.

CUADRO 29
COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PARTO EN RELACIÓN AL LUGAR DE ATENCIÓN
(REGRESIÓN SIMPLE)

| Lugar de atención | Complicación | Año 2000 -Pre Intervención SIS (5 CPN) | | | | | | | | | | Año 2012 - Durante la Intervención SIS (6 CPN) | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------|--|------|--------|-------|------|--------|------|--------|-------|------|--|------|-------|-------|------|-------|------|-------|-------|------|
| | | Urbana | | | | | Rural | | | | | Urbana | | | | | Rural | | | | |
| | | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B | r | R2 | F | t | B |
| Parto en EE.SS | Hemorragias | ,305 | ,093 | ,818 | ,904 | ,074 | ,902** | ,813 | 34,80* | 5,90* | ,126 | ,713* | ,509 | 8,28* | 2,87* | ,162 | ,529 | ,280 | 3,104 | 1,792 | ,101 |
| | TPP | ,050 | ,003 | ,020 | ,142 | ,009 | ,732* | ,536 | 9,23* | 3,03* | ,159 | ,519 | ,269 | 2,94 | 1,71 | ,103 | ,513 | ,263 | 2,858 | 1,691 | ,201 |
| Parto en domicilio | Hemorragias | ,687* | ,472 | 7,142* | 2,67* | ,187 | ,891** | ,833 | 39,83* | 6,31* | ,251 | | | | | | ,183 | ,033 | ,277 | ,526 | ,037 |
| | TPP | ,612 | ,375 | 4,792 | 2,189 | ,110 | ,913** | ,794 | 30,91* | 5,55* | ,199 | | | | | | ,416 | ,173 | 1,678 | 1,296 | ,056 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral). * . La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

* . P=valor asociado a t, es menor a 0.05

* . P=valor asociado a F, es menor a 0.05

Filas sombreadas, no existen datos suficientes

Fuente: Base de datos elaborada para cobertura de oportunidad, en base a la ENDES 2000 y 2012.

Elaboración propia

En este cuadro, se enfoca las dos complicaciones más frecuentes asociadas al parto como son las *hemorragias y trabajo de parto prolongado (TPP)*, considerando, además, que ellas se encuentran entre las de mayor prevalencia, principalmente la primera, como uno de los precursores más importantes de la mortalidad materna. El análisis de estas complicaciones se realiza en relación del lugar de la atención al parto (EE.SS., y el domicilio), además, en el marco del cumplimiento del número de CPN normado.

Iniciamos nuestro estudio estimando la asociación entre, **las hemorragias** en función al parto atendido en EE.SS, en el **año 2000** e incidiendo en la **zona rural**. Los resultados nos dan a conocer que el nivel de *correlación "r"*, es significativo a $p < 0.01$, y llega al 90% (0,90); igualmente, la *variabilidad "R²"* explicada por el predictor alcanza el 81% (0,81). La significación del modelo y entre variables, se enmarca a menos de $p < 0.05$. Aunque según el *coeficiente "B"*, la probabilidad de incremento de la hemorragia asociada a partos atendidos en el sector sanitario y con el número de CPN cumplido llega al 12% (0,12)

Una complicación adicional, **el trabajo de parto prolongado**, muestra menores valores estadísticos respecto a las hemorragias, a excepción del *coeficiente "B"*, donde la probabilidad de incremento de esta complicación alcanza al 15% (0,15).

Respecto a las *complicaciones asociadas al parto atendido en el domicilio*, es de esperar que la presencia de la hemorragia y del TPP adquieran comportamientos más incidentes que en el sector sanitario, como consecuencia de la precariedad de la atención tradicional. Un argumento que se evidencia en los resultados. Los valores de la *correlación y variabilidad* superan a los valores de las complicaciones asociadas al parto sanitario, de la misma forma, la probabilidad de incremento según el *coeficiente "B"*, alcanza al 25% (0,25) para la hemorragia y al 19% (0,19) para el TPP, cuyos modelos son significativos en ambos casos, así como entre variables, según los valores de *"F"* y *"t"*, $p < 0.05$.

En la **zona urbana**, las complicaciones derivadas del parto en EE.SS., no se evalúan dado el ínfimo porcentaje de correlación. Sin embargo, las hemorragias asociadas a la atención de parto en domicilio muestran cifras considerables sobre todo de *correlación "r"*, alcanzando el 68% (0,68), en tanto que la probabilidad de incremento según el *coeficiente "B"*, logra el 18% (0,18). Respecto al TPP, la *correlación "r"*, llega al 61% (0,61) y la probabilidad de incremento al 11% (0,11).

Evidenciamos que las complicaciones asociadas a los partos asistidos en EE.SS., de primer nivel de atención, en el año 2000, a pesar de que alcanzan valores por debajo de las vinculadas al parto tradicional, posiblemente se debería a la insuficiente capacidad resolutoria de los servicios de salud y a la demora de las mujeres al llegar a los establecimientos cuando se presentó el parto. Por otro lado, las complicaciones vinculadas a la atención al parto tradicional, tendrían asidero en el importante porcentaje de mujeres, sobre todo rurales, que atendían su parto en el domicilio en condiciones insalubres y de mayor riesgo (cuadro 13, Cap. IV).

Para el **año 2012**, las complicaciones asociadas tanto al parto sanitario, como el llevado a cabo en domicilio, han disminuido entre **las zonas rurales**, desde el año 2000, presentándose una disminución más sensible, vinculadas al parto tradicional sin mostrar significación estadística alguna.

En referencia a las complicaciones asociadas a partos atendidos en EE.SS., la *correlación "r"* con las hemorragias llega alrededor del 52% (0,52), con una variabilidad " R^2 " de 28% (0,28); mientras que la probabilidad de incremento según el *coeficiente "B"*, alcanza a 10% (12% en el año 2000). Así mismo, el TPP también muestra valores por debajo de las hemorragias, excepto que la probabilidad de incremento según el *coeficiente "B"* ha aumentado al 20% (de 15% en el año 2000), y por encima del incremento de las hemorragias.

Los valores de regresión de las complicaciones asociadas al *parto en el domicilio* se muestran muy contraídos con respecto a las producidas por el parto sanitario.

Comportamiento que hallaría explicación en la disminución de los partos atendidos en el domicilio.

En apariencia, es alentadora la disminución de las complicaciones asociadas al parto (coeficiente B) en el periodo SIS, sobre todo en las zonas rurales, sin que en la actualidad ello tenga significación. Indudablemente que estas coberturas trascienden a la posibilidad de tener menos muertes maternas, sin embargo, llama la atención la mayor correlación, variabilidad y el incremento de las complicaciones, en la zona urbana para el año 2012, respecto al año 2000.

Buscamos explicar este comportamiento aplicando la misma lógica del análisis efectuado para verificar la real disminución o prevalencia del parto complicado entre la zona rural y urbana (cuadro 28, Cap. IV). Para este caso, trataremos de comprobar si las complicaciones realmente han disminuido para el año 2012, con intervención del SIS.

Para ello tomamos los resultados del coeficiente "B". Primero, evaluamos **la presencia de hemorragias por partos atendidos en EE.SS.**, de las zonas rurales. Verificamos que esta complicación, entre los años 2000 y 2012, ha disminuido su probabilidad de incrementarse en un **2%** (0,02), para lo cual restamos el incremento del año 2000 (0,12), de la cifra del año 2012 (0,10). No obstante, cuando evidenciamos la presencia de esta patología en entre las zonas urbanas, su probabilidad se ha incrementado entre los partos atendidos en EE.SS., hasta en el **9%** (restando: 0,16 año 2012 – 0,07 del año 2000). Vale decir que, mientras la probabilidad de incremento de las hemorragias asociadas al parto en EE.SS., *disminuyen* en la zona rural, ésta, *se incrementa* en los partos sanitarios de la zona urbana, evolución vinculada al parto complicado y a la cesárea, dado que las complicaciones generan estos dos tipos de parto. Por tanto, es posible que la "migración" que presenta sobre todo el parto complicado, se acompañe de las hemorragias y TPP.

Ante las evidencias, afirmamos que la prevalencia de las complicaciones relacionadas con el parto, no han tenido una variación significativa entre el año 2000 al 2012, encontrando respaldo en los resultados del cuadro 16 (complicaciones más

frecuentes durante el parto, Cap. IV), donde la proporción de ellas solo ha variado en, aproximadamente, 5% entre los años 2000-2012.

Consideramos que el análisis de regresión simple, aunque nos oferte una suerte de cobertura general, nos involucra a resultados más complejos, dado que se alimenta de variables integradas, lo cual nos acerca a una realidad sanitaria más elemental, que indudablemente con un análisis de regresión múltiple, sopesaríamos el valor real del complejo sistema sanitario.

La prevalencia de las complicaciones asociadas al parto, en los últimos 10 años, creemos que principalmente se asocia a un sistema sanitario cuya capacidad para resolverlas se encuentra por debajo del mínimo aceptable y, aunque algunas se resuelvan en tales condiciones, es probable que generen discapacidades asociadas a las circunstancias y al propio parto. Un perfil epidemiológico que se incrementará en tanto no se mejore la capacidad resolutoria del sistema de salud. Esta afirmación se corrobora con el informe de la OMS (2005) sobre la salud, "*Cada madre y cada niño contarán*",³³⁰ el que señala que las discapacidades y enfermedades maternas son abrumadoras en países con alta mortalidad, con sobrevivientes a menudo sufriendo discapacidades de por vida. Por cada mujer que muere, otras 30 mujeres sufren heridas o enfermedades permanentes que producen dolores de por vida, discapacidad y exclusión socioeconómica.

Concluyendo con el análisis de la Cobertura por Asociación y Dependencia, consideramos pertinente, resumir brevemente el hallazgo de los resultados más importantes.

Se ha propuesto esta cobertura, en función de la relación existente entre los procesos del embarazo, *pre natal, parto y puerperio*, cuyo carácter secuencial, permite

³³⁰ Organización Mundial de la Salud (2005). *Cada madre y cada niño contarán. Informe sobre la salud en el mundo 2005 Ginebra.*

establecer el **grado de asociación y dependencia**, analizando el comportamiento de cada uno, en función de su antecesor.

Para este análisis se ha aplicado la técnica estadística de **regresión simple**, con la intención de determinar la relación y la variación del comportamiento de las variables, así como el incremento de ellas a partir del predictor determinado.

El periodo considerado corresponde al año 2000 antes del SIS, y el año 2012 con presencia del SIS. Tomando como primer referente o variable predictora, el **número de control pre natal** establecido por norma, como necesario para el cumplimiento del paquete básico pre natal con sus propios componentes: *atención clínica obstétrica, vacuna antitetánica, examen de orina, examen de sangre, acceso a hierro y educación sanitaria*. Así mismo, este predictor también se considera para asociarlo con: *la atención de parto en EE.SS. del MINSA, ámbito privado y tradicional*. Igualmente, en relación al tipo de parto: *eutócico o normal, complicado y cesárea*.

Como un segundo referente de análisis o variable predictora, hemos identificado **al parto en EE.SS. y ámbito tradicional**, a fin de asociarlo con las complicaciones propias del parto: *hemorragias, y trabajo de parto prolongado*.

El resumen de los resultados respecto de la cobertura de "los componentes pre natales, asociados al número de CPN cumplido según norma", **en la zona rural para el año 2012**, ciertamente alcanzan diferentes valores, con rangos considerables y hasta significativos. Así, casi todos los componentes pre natales logran una correlación por encima del 90%, excepto el examen de sangre, que adquiere el valor del 88%. De igual forma, más del 90% de la variabilidad del examen clínico, la VAT, el hierro y la educación sanitaria, está explicada por la presencia del número de CPN cumplido, mientras que la variabilidad de los exámenes de sangre y orina, alcanza alrededor del 80%.

Igualmente, el impulso que genera el predictor para el incremento de los componentes pre natales (coeficiente B), incide con la mayor probabilidad de cobertura en el examen clínico y en la educación sanitaria en más del 90% (+ de 0,90), mientras

que los procedimientos restantes alcanzan hasta un nivel máximo de 70% (0,70) de probabilidad de incrementar la cobertura.

Este contexto de cobertura nos indica que aun cuando esperamos que el cumplimiento del número de CPN establecido por norma pueda implicar que se alcance el paquete básico pre natal en su máxima cobertura, sin embargo, los valores de las variables dependientes, principalmente del coeficiente B, nos muestran que nuestro predictor tendría que acompañarse de otras variables independientes de la oferta sanitaria, para obtener una mejor valoración de este, dado que por sí solo aun cuando se acompañe de la intervención del SIS, no se muestra con la suficiente fuerza para impulsar el logro hacia el máximo cumplimiento de la norma.

En segundo lugar, la correlación entre el parto atendido en EE.SS., a partir del CPN normado *en las zonas rurales*, alcanza al año 2012 el 72 %, con una menor variabilidad de 52%, explicada por el predictor, en tanto que el índice de probabilidades de incremento según el coeficiente "B", no supera el 40%. Aunque en las zonas urbana el comportamiento del parto a partir de la variable predictora casi dobla a las cifras de parto rural.

Podemos esperar que cuando se cumpla la norma del acceso de las gestantes para alcanzar el número de CPN necesarios, también se incremente la cobertura de parto al máximo porcentaje, más aun cuando se cuenta con la intervención del Seguro Integral de Salud, aunque los resultados nos dicen que no se cumple. Por lo tanto, deducimos que no es suficiente sólo con cumplir con el número de CPN normado, ya que al comportarse como una variable de limitada protección para que las mujeres accedan al parto en EE.SS., sobre todo entre las mujeres rurales; es posible que la intervención de otros factores o variables tengan algún grado de influencia y significación, que condicionen el bajo incremento del parto sanitario, como la limitada capacidad de oferta, factores inherentes a la propia población gestante como la percepción negativa de los servicios de salud, y sus razones culturales para no asistir al parto sanitario, los que pudieran, posiblemente, actuar como otros predictores que nos puedan proporcionar nuevos resultados.

Un siguiente escenario es el tipo de parto, *eutócico o normal, complicado y por cesárea*, los que asociamos al número del CPN cumplido. En el año 2012, en la zona urbana y rural, *el parto eutócico* logra valores muy importantes de correlación y variabilidad por encima del 90% para ambos estadísticos; así mismo, el coeficiente "B", nos indica que la probabilidad de este tipo de parto se incrementa en un 80% en la zona rural y en un 70% en la urbana. Es decir, que el predictor se comporta como factor protector para el parto eutócico, en tanto que las mujeres cumplan con el número de CPN normado, tienen mayores posibilidades para que su embarazo termine en un parto normal.

Cuando analizamos el parto complicado y la cesárea, estamos buscando que el predictor, disminuya ambas posibilidades, asumiendo que al cumplir el número de CPN, mejora la calidad de la atención, así como diagnóstico. Realmente, según nuestros resultados, *el parto con complicaciones* guarda una menor asociación de correlación, 48% y variabilidad 23%, cuya probabilidad de incremento solo alcanza a 12%. Así mismo, el parto por cesárea, presenta incluso valores más bajos que los partos complicados. *Al parecer*, en la zona rural, el cumplimiento del número de CPN, ofrecería protección para parto normal, pero su asociación sería muy baja con el parto complicado y cesárea.

Buscando evaluar todo el contexto, incluyendo la zona urbana, evidenciamos que la presencia de la atención de ambos tipos de parto, complicado y cesárea, se ha incrementado en relación al año 2000 y presentan una tendencia que casi no ha variado en los últimos 10 años.

Especialmente en el parto complicado se ha producido una suerte de migración desde el ámbito rural al urbano, donde los valores del parto complicado entre las mujeres de la zona rural del año 2000, disminuyen para el año 2012. Se incrementan, sin embargo, en la zona urbana, con valores superiores al año 2000, lo mismo ocurre con la cesárea. El número de CPN cumplido con la intervención del seguro Integral de salud ha contribuido principalmente con una mayor protección del parto eutócico, sin la misma magnitud para disminuir especialmente los partos complicados, que muchos de ellos terminan en la cesárea.

Concluyendo con el estudio de esta cobertura, observamos que la prevalencia de las complicaciones asociadas al parto, *hemorragias y trabajo de parto prolongado*, TPP, con el predictor del parto atendido en EE.SS., en el marco del cumplimiento del número de CPN, también han presentado una disminución de su presencia desde el año 2000 al 2012 entre las zonas rurales, en tanto que se ha incrementado en la zona urbana. Tendencia muy similar a la evolución del tipo de parto. En suma la prevalencia de las complicaciones asociadas al parto solo ha variado alrededor del 5% en los últimos 10 años.

CAPITULO V

ANALISIS DESCRIPTIVO II

COBERTURA FINANCIERA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA LA OFERTA DE ATENCION MATERNA

Con este capítulo, finalizamos el análisis de Coberturas propuestas en nuestra investigación, dándole respuesta a los dos últimos objetivos que hemos establecido.

Principalmente contemplamos la evaluación del Financiamiento del Seguro Integral de Salud y los procesos de ejecución del gasto, para el soporte financiero de la oferta sanitaria materna: *pre natal, parto y puerperio*.

El análisis se desarrolla en el marco de la dimensión de la “**Cobertura Financiera**”, con dos categorías asignadas: “Transferencia Financiera del Seguro Integral de Salud y Ejecución de Gasto” y, “Ejecución de Gasto, Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Salud y Cobertura de Oportunidad”. Categorías que integraremos en nuestro análisis con el objetivo de evidenciar las relaciones que puedan guardar entre ellas, concretando un marco de referencia del actual sistema sanitario peruano con la intervención del Seguro Integral de Salud.

El abordaje se sustenta en el enfoque de la “*Cobertura financiera y Ampliación de la protección financiera, en el Marco de la Reforma de Salud peruana*”, la cual establece como una de sus definiciones, *el incremento y optimización de la asignación de recursos para las intervenciones de salud pública basada en resultados sanitarios*.³³¹

A continuación desarrollamos la primera categoría de análisis:

³³¹Del Carmen Sara, J., C. (Vice Ministro de Salud) (2013). “*Antecedentes y Perspectivas de la Reforma de Salud en el Perú*”. Presentación en el VI Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud. Lima. En el marco de la presentación, uno de los temas que enfoca es el de “Cobertura financiera y ampliación de la protección financiera”, considerando como una de sus definiciones el Incrementar y optimizar la asignación de recursos para las intervenciones de salud pública basada en resultados sanitarios.

5.1 "Transferencia Financiera del Seguro Integral de Salud y Ejecución de Gasto"

En esta categoría, evaluaremos el gasto que se ejecuta en los componentes pre natal, parto y puerperio, a partir de las transferencias del Seguro Integral de Salud. Análisis que se expresa en proporciones (porcentajes).

La Resolución Ministerial 610-2008/MINSA del 09 de setiembre del 2008, establece que el SIS, realizará las transferencias por las prestaciones realizadas y aprobadas, a las DISAS³³² y DIRESAS,³³³ de acuerdo a la normatividad que regula el proceso de pago para dichas prestaciones. Además, se establece que el prestador deberá reponer el 100% del consumo reportado.

El proceso de financiación se basa en un "circuito" donde se involucran las actividades asistenciales (atenciones sanitarias), y las propiamente administrativas. Ilustramos este proceso de la siguiente manera: los establecimientos de salud generan atenciones en la población y ello se refleja en un sistema de registros por cada atención, para luego ser procesados y consolidados en las Unidades del Seguro Integral de Salud, ubicadas en el ámbito administrativo de cada Red de Salud. A su vez, esta información se transmite a la Unidad Descentralizada Regional (UDR), ubicada en las Direcciones de Salud (DISA/DIRESA), las que se encuentran en las capitales de departamentos. Así mismo, desde la UDR, una vez verificada la información procedente del registro de las atenciones, son enviadas al Seguro Integral de Salud (con sede en la capital del país), la cual es una Unidad Descentralizada del Ministerio de Salud, entidad que actúa como administrador de los fondos del financiamiento, para que la oferta brinde las atenciones de salud a la población adscrita a este seguro.

Desde esta sede, en virtud de las prestaciones realizadas y aprobadas, transfiere los montos financieros a las Unidades Ejecutoras (UE),³³⁴ en el interior de las Direcciones

³³²Direcciones de Salud (se encuentran en cada departamento peruano)

³³³ Direcciones Regionales de Salud (Otra denominación de las Direcciones actuales de salud)

³³⁴ Para nuestro estudio en número total de Unidades Ejecutoras (UE) de los diez departamentos suma 62, distribuidas de la siguiente manera: Amazonas con 6 UE; Apurímac con 4 UE; Ayacucho con 6 UE; Huancavelica con 7 UE; Huánuco con 5 UE; La Libertad con 9 UE; Lambayeque con 3 UE; Loreto con 4 UE; Piura con 7 UE; y Puno con 11

de Salud de cada departamento, para que ellas puedan proceder con lo reglamentado en el gasto, para sustentar las atenciones sanitarias, en nuestro caso las de la salud materna.

Las UE, tienen dependencia administrativa del sector salud, con capacidad para contraer compromisos, ordenar pagos e informar sobre el avance y/o cumplimiento de metas, es decir, administran los recursos financieros para la ejecución del gasto y con ello se pueda cubrir las necesidades de la oferta, con lo cual se brindaran las atenciones sanitarias correspondientes.

Con esta breve introducción, iniciamos el análisis de la Cobertura Financiera, presentando el cuadro 1 del presente capítulo, en el que se aborda las fases de la ejecución presupuestal a partir de las transferencias del financiamiento del SIS en los componentes de la oferta materna.

UE. A su vez, los departamentos conjuntamente con las UE que les corresponde, se han agrupado por Costa, Sierra y Selva.

| CUADRO 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|---|--------------------------------------|--------------------|--|----------------------|--|---|--------------------------------------|--------------------|--|----------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------|--|----------------------|--|
| PROCESOS DE FINANCIAMIENTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EJECUCIÓN DEL GASTO PARA LOS COMPONENTES DE LA OFERTA MATERNA, 2010 y 2012. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Área Geográfica | Unidades Ejecutoras por departamento | Años | Atención Prenatal | | | | | | Atención de Parto | | | | | | Atención Puerperio | | | | | |
| | | | Presupuesto Institucional Modificado PIM (Transferencia por el SIS, en millón de soles) | Compromiso (miles y millón de soles) | % Compromiso / PIM | Ejecucion de gasto (miles y millón de soles) | % Ejecucion de gasto | Saldo total (en miles/millón de soles) | Transferencia por el SIS, PIM, (en millón de soles) | Compromiso (miles y millón de soles) | % Compromiso / PIM | Ejecucion de gasto (miles y millón de soles) | % Ejecucion de gasto | Saldo total(en miles/millón de soles) | Transferencia por el SIS, PIM, (en millónde soles) | Compromiso (miles y millón de soles) | % Compromiso / PIM | Ejecucion de gasto (miles y millón de soles) | % Ejecucion de gasto | Saldo total(en miles/millón de soles) |
| | | | a | b | (b/a) | c | (c/b) | (a-c) | a | b | (b/a) | c | (c/b) | (a-c) | a | b | (b/a) | c | (c/b) | (a-c) |
| Costa | La Libertad, Lambayeque y Piura | 2010 | 4 273,836 | 3 614,463 | 84,6 | 3 614,250 | 100,0 | 659,586 | 9 262,175 | 6 000,744 | 64,8 | 4 797,908 | 80,0 | 4 464,267 | 405,856 | 380,128 | 93,7 | 377,550 | 99,3 | 28,306 |
| | | 2012 | 3 068,804 | 2 584,238 | 84,2 | 2 540,994 | 98,3 | 527,810 | 12 394,467 | 7 948,525 | 64,1 | 6 698,507 | 84,3 | 5 695,960 | 750,320 | 528,870 | 70,5 | 519,857 | 98,3 | 230,463 |
| Sierra | Apurimac, Ayacucho, Huancavelica, Huanuco, y Puno | 2010 | 6 185,724 | 3 946,933 | 63,8 | 3 938,273 | 99,8 | 2 247,451 | 4 441,374 | 2 538,664 | 57,2 | 2,517,049 | 99,1 | 1 924,325 | 1 093,257 | 727,952 | 66,6 | 727,953 | 100,0 | 365,304 |
| | | 2012 | 8 499,935 | 4 977,610 | 58,6 | 4 700,342 | 94,4 | 3 799,593 | 10 624,370 | 5 730,439 | 53,9 | 5 678,762 | 99,1 | 4 945,608 | 807,019 | 321,746 | 39,9 | 321,745 | 100,0 | 485,274 |
| Selva | Amazonas y Loreto | 2010 | 1 329,653 | 652,332 | 49,1 | 652,327 | 100,0 | 677,326 | 3 747,497 | 2 060,077 | 55,0 | 1 876,926 | 91,1 | 1 870,541 | 1 094,206 | 564,625 | 51,6 | 564,626 | 100,0 | 529,580 |
| | | 2012 | 1 495,805 | 866,230 | 57,9 | 813,612 | 93,9 | 682,193 | 2 393,600 | 1 885,505 | 78,8 | 1 876,420 | 99,5 | 517,180 | 529,362 | 234,077 | 44,2 | 234,077 | 100,0 | 295,285 |
| Total | Todas las areas | 2010 | 11 789,213 | 8 213,728 | 69,7 | 8 204,850 | 99,9 | 3 584,363 | 17 451,046 | 10 599,485 | 60,7 | 9 191,913 | 86,7 | 8 259,133 | 2 593,319 | 1 672,705 | 64,5 | 1 670,129 | 99,8 | 923,190 |
| Total | Todas las areas | 2012 | 13 064 544 | 8 428,078 | 65,5 | 8 054,948 | 95,6 | 5 009,596 | 25 412,437 | 15 564,469 | 61,2 | 14 253,689 | 91,6 | 4,954,037 | 2 086,701 | 1 084,693 | 52,0 | 1 075,679 | 99,1 | 1 011,022 |

Fuente: Portal del MEF, Portal de Transparencia económica. Presupuesto y ejecución de ingresos. En <http://apps5.mineco.gob.pe/transparenciaingresos/Navegador/default.aspx>.
Elaboración propia.

En el cuadro mencionado estimamos los recursos de la “Transferencia Financiera” del Seguro Integral de Salud, determinado para cada componente de la oferta materna: *pre natal, parto y puerperio*, en los años 2010 y 2012. No se considera en el análisis en los años precedentes, dado que la página web del Portal de Transparencia económica del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), del cual obtenemos los datos, no consigna los requeridos de acuerdo con los objetivos de nuestro estudio.

Cabe resaltar que las Transferencias Financieras del SIS, se corresponden con el *Pago o reembolso de la producción, de acuerdo a la disponibilidad de recursos*, lo que significa que con la información de las prestaciones maternas ya procesadas, la Gerencia de Financiamiento realiza la programación mensual de pagos, ajustándola de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.³³⁵

Es así que, entre los datos del cuadro se aprecian los recursos económicos provenientes de la financiación del Seguro Integral de Salud,³³⁶ transferidas³³⁷ a Unidades Ejecutoras (UE)³³⁸ de los departamentos de nuestro estudio, agrupándolos en tres áreas geográficas: Costa, Sierra y Selva.

³³⁵ Ministerio de Salud [MINSa] - Seguro Integral de Salud. (2010). *Guía de Orientación para la incorporación y Uso de las transferencias financieras efectuadas por el SIS*. En: http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/presupuesto/SIS-Guia-SIS-de-Orientacion-para-el-Uso-de-las-Transferencias-Financieras.pdf

³³⁶ Ministerio de Economía y Finanzas - Portal de Transparencia económica. *Presupuesto y ejecución de ingresos*. En <http://apps5.mineco.gob.pe/transparenciaingresos/Navegador/default.aspx>.

³³⁷ Transferencias Financieras: el pliego autorizado para ejecutar recursos mediante transferencias financieras en el marco de las disposiciones legales vigentes, deberá efectuar su registro de acuerdo a lo siguiente: a) Cuando la ejecución corresponda a gastos corrientes, se registran en una actividad y en la partida del gasto 2.4.1 Donaciones y Transferencias Corrientes. b) Cuando la ejecución corresponda a gastos de capital, se registran en una Actividad y en la partida del gasto 2.4.2 Donaciones y Transferencias de Capital. En: Ministerio de Economía y Finanzas. *DIRECTIVA PARA LA EJECUCION PRESUPUESTARIA*. Directiva Nro. 005-2010-EFE/ 76.01 modificada por la Resolución Directoral Nro. 022-2011-EF/50.01. Lima.

³³⁸ La Unidad Ejecutora, UE, es una dependencia que cuenta con un nivel significativo de desconcentración administrativa y económica para contraer compromisos, ordenar pagos, e informar sobre el avance y/o cumplimiento de metas, cuya identificación presupuestaria requiere autorización pertinente por parte de la Dirección Nacional de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas. Para efectos de aplicación de la Directiva, una UE, comprende también las Direcciones de Salud, DISAS, Direcciones Regionales de Salud, DRESAS, o las que hagan sus veces Prestadores Públicos de Salud y las Comunidades Locales de Administración de Salud, CLAS. En: MINSa/SIS, Resolución Jefatural Nro. 185-2011/SIS del 13 de diciembre 2011. Directiva Nro. 002-2011-SIS-GNF “*Directiva que Regula el Proceso de Revisión de la Ejecución de Gastos en las Unidades Ejecutoras que reciben Financiamiento del SIS para la Atención de los Asegurados Inscritos*”. 5.6 Definiciones Operativas: 5.6.5 Unidad Ejecutora (UE).

Los datos se organizan, considerando las transferencias por el SIS, expresado como el "Presupuesto Institucional Modificado" PIM (columna a), que según el Ministerio de Economía y Finanzas corresponde al presupuesto actualizado de la entidad pública, a consecuencia de las modificaciones presupuestarias, tanto a nivel institucional como a nivel funcional programático, efectuadas durante el año fiscal a partir del "Presupuesto Institucional de Apertura" PIA.³³⁹ En función de ello, se realiza la "Programación del Compromiso Anual" PCA (columna b), el que se define como un instrumento de programación del gasto público de corto plazo por toda fuente de financiamiento.³⁴⁰ Para nuestro estudio, el PCA expresa la programación del financiamiento del SIS para la adquisición de bienes y servicios y, este nos servirá como referencia para evaluar la ejecución de gasto, cuyo objeto se dirige a financiar la prestación de los bienes y servicios públicos; en nuestro cuadro se expresa como el gasto ejecutado en insumos para la atención materna.³⁴¹

³³⁹Presupuesto inicial de la entidad pública aprobado por su respectivo Titular con cargo a los créditos presupuestarios establecidos en la Ley Anual de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal respectivo. En línea: https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_glossary&letter=P&id=508&lang=es. 21 de Enero 2016

³⁴⁰**CAPÍTULO III FASE DE EJECUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO**, SUBCAPÍTULO I DE LA PROGRAMACIÓN DE COMPROMISOS ANUAL (PCA) Artículo 7°.- Programación de Compromisos Anual (PCA):7.1 La PCA es un instrumento de programación del gasto público de corto plazo, por toda fuente de financiamiento, que permite la constante compatibilización de la programación del presupuesto autorizado, con el marco macroeconómico multianual, las reglas fiscales contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal y la capacidad de financiamiento del año fiscal respectivo, en un marco de disciplina, prudencia y responsabilidad fiscal.../. la determinación de la PCA, constituye el monto inicial de la PCA para el año fiscal... En: Ministerio de Economía y Finanzas, Directiva Para la Ejecución Presupuestaria 005-2010-EFE/ 76.01 modificada por la Resolución Directoral Nro. 022-2011-EF/50.01; **El Compromiso o gasto comprometido**, es el acto en virtud del cual la autoridad competente acuerda concertadamente con un tercero, según los casos, y después del cumplimiento de los trámites correspondientes con sujeción al principio de legalidad, se proceda a las adquisiciones de bienes y servicios, a la realización de obras, al pago de planillas de activos y cesantes, transferencias y subvenciones, entre otros, que previamente hubieran sido autorizados. En: Art. 13 EL COMPROMISO, en Normas legales. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZA. PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PÚBLICO. Resolución Directoral Nro. 003-2007-EF/76.01. Directiva para la Ejecución Presupuestaria y Anexos por nivel de Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local. Apéndice "Lineamientos para la aplicación de la Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007 - Ley Nº 28927". Diario Oficial el Peruano 21 de enero 2007.

³⁴¹**SUBCAPÍTULO II: EJECUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO**, Artículo 12°.- Fase de Ejecución del Gasto Público. La ejecución del gasto público es el proceso a través del cual se atienden las obligaciones de gasto con el objeto de financiar la prestación de los bienes y servicios públicos y, a su vez, lograr resultados, conforme a los créditos presupuestarios autorizados en los respectivos presupuestos institucionales de los pliegos, en concordancia con la PCA, tomando en cuenta el principio de legalidad, y asignación de competencias y atribuciones que por Ley corresponde atender a cada entidad pública, así como los principios constitucionales de Programación y Equilibrio Presupuestario reconocidos en los artículos 77º y 78º de la Constitución Política del Perú. En: Directiva Para la Ejecución Presupuestaria 005-2010-EFE/ 76.01 modificada por la Resolución Directoral Nro. 022-2011-EF/50.01;

Estos procedimientos administrativos estimados, se aplican en los tres componentes de la atención materna (pre natal, parto y puerperio), considerados en el portal de transparencia del MEF.³⁴²

Los montos estimados que aparecen en las columnas: "Presupuesto Institucional Modificado/PIM", "Compromiso", y "Ejecución de gasto", resultan de la suma de las transferencias de los tres componentes, *pre natal parto y puerperio*, agrupando las Unidades Ejecutoras de los departamentos por área geográfica (Costa, Sierra y Selva), para los años 2010 y 2012. Los "porcentajes" obtenidos, derivan de la relación que se establece entre las columnas mencionadas. Así como el saldo total (columna a-c).

A continuación procedemos con el análisis.

Primero, apreciamos de forma general la estimación de la diferencia de los montos de transferencia para cada componente de atención (pre natal, parto y puerperio), observando que el mayor presupuesto le corresponde a la "atención de parto", debido a que las tarifas para esta prestación son mayores que para las de control pre natal y puerperio. Así, el SIS ha establecido una tarifa de S/10.00 nuevos soles para la atención de CPN; S/100.00 nuevos soles para la atención del parto vaginal y S/170.00 nuevos soles para la cesárea; además para el puerperio ha designado la suma de S/6.00 nuevos soles. (Cuadro 8, Cap. II).

En segundo lugar, se observa que en los componentes del CPN y parto, el presupuesto se ha incrementado entre el año 2010 al 2012 excepto en el rubro de puerperio. Se ha sombreado algunas columnas, con el fin de resaltar el monto financiero transferido, "PIM" y el saldo existente en función del gasto. Así, *las Unidades ejecutoras* de la Sierra, reciben mayor presupuesto en los componentes pre natal y puerperio,

³⁴² Se considera la suma de los gastos realizados en varios rubros que contempla el MEF, como personal y obligaciones sociales, pensiones y otras prestaciones, bienes y servicios, otros gastos, donaciones y transferencias, reserva de contingencia, adquisición de activos no financieros, activos financieros, servicios de deuda pública. En: Ministerio de Economía y Finanzas. *Portal de Transparencia económica. Presupuesto y ejecución de ingresos*. En <http://apps5.mineco.gob.pe/transparenciaingresos/Navegador/default.aspx>.

mostrando un mayor saldo. Mientras que las de Costa, lo muestran en el rubro para la atención del parto.

Esta evidencia nos lleva a determinar las brechas que existen entre el PIM destinado (columna a), y el gasto (columna c), resultando ello en el *saldo total*, (columna a-c) en cada uno de los componentes, monto presupuestal que no es ejecutado. Por ejemplo, en el *componente pre natal*, la mayor brecha se produce entre las Unidades Ejecutoras de la Sierra y Selva con alrededor del 45% para el año 2012. De igual forma, la mayor brecha para el parto y puerperio, lo tiene la Sierra con 47% y 60% respectivamente (si restamos los porcentajes de la columna b/a).

Este primer análisis financiero, nos plantea de cierta forma, los resultados de cobertura sanitaria materna, donde la Sierra responde con menos probabilidades de coberturas de atención pre natal, posiblemente por las mayores brechas financieras que presenta, es decir un mayor saldo o presupuesto que no se gasta en los requerimientos necesarios para fortalecer la oferta materna.

Otro aspecto a resaltar es el *porcentaje del Compromiso* (columna b/a), que resulta de la relación entre el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) (columna a), y el Compromiso (columna b), en los tres componentes de la oferta materna. Este porcentaje (columna b/a) nos dará el monto porcentual que es comprometido para el gasto de cada componente.

Así, el promedio de este monto para cada una de las tres áreas sería el siguiente: en la atención pre natal, llegaría aproximadamente al 69,7% para el año 2010, y al 64,5% para el año 2012, cuya brecha de presupuesto no comprometido alcanzaría cerca del 35%. De la misma forma, para la atención de parto, el presupuesto comprometido lograría alrededor del 60% para los dos años, mientras que para la atención de puerperio se comprometería cerca del 64,5% en el año 2010 y 52% del presupuesto para el año 2012. Para ambos componentes el monto no comprometido o brecha en este segundo año, alcanzaría entre el 40 a 50%. Esta situación implicaría la deficiente reposición de

insumos para cada componente de la oferta y, por ende, las limitadas coberturas de atención que analizaremos más adelante.

Particularizando el compromiso y gasto del presupuesto por áreas geográficas para el año 2012 (columna b/a); la Costa es la que presenta el mayor porcentaje comprometido, para el gasto de la atención pre natal y puerperio; en tanto que la Selva lo hace para la atención de parto. En este contexto presupuestal, las Unidades Ejecutoras de Sierra son las que menos inciden en comprometer el presupuesto para el gasto de las necesidades de la oferta sanitaria.

En suma, **entre un tercio y casi la mitad** de las transferencias que el SIS destina para garantizar la oferta materna, no se compromete para el gasto de los insumos que requiere el sistema sanitario para responder a la demanda materna.

Tratamos de buscar explicaciones al respecto, en base a referencias bibliográficas, mas no encontramos este material con las características requeridas para confrontar con nuestros resultados. No obstante, en una entrevista realizada a la Ministra de Economía y Finanzas, Mercedes Araoz, en el año 2009, donde se formulaba las críticas de la incapacidad de gasto del gobierno, la Ministra responde que, "los problemas de ejecución grande, las tienen los gobiernos regionales o las entidades de gobierno local, donde hemos visto que se quedan atorados porque no sólo es un tema de personas que tienen proyectos, sino a la hora de ver dónde están esos cuellos de botella, uno tiene que comenzar a mirar...[]...y quizás con un Ministerio que facilite la gestión y permita la toma de decisiones políticas de los Ministros, para que esa gestión se lleve a cabo; , uno va a poder encontrar soluciones a temas concretos".

(Stok, 2013)³⁴³ también señala que, en los últimos años, desde que se inició la descentralización de los gobiernos regionales³⁴⁴ (en el año 2003), han aumentado

³⁴³Stok J., R *Capacidad o Incapacidad de Gasto?* (Publicado el 22 de enero de 2013 en el diario Gestión). En: <http://gestion.pe/impres/capacidad-incapacidad-gasto-2057122>. Nota obtenida el 29 de Mayo 2015.

³⁴⁴Los Gobiernos Regionales fueron creados en el país el año 1993, a partir de la promulgación de la Ley Orgánica Constitucional 19175 sobre Gobierno y Administración Regional, lo que constituyó un significativo avance para el proceso de descentralización. Se encarga de la administración superior de la región.

ligeramente su capacidad de gasto y han alcanzado el 57% en el año 2002, mientras que los gobiernos locales y el nacional se han mantenido en el 51% (el porcentaje de la capacidad de gasto está en función del presupuesto asignado por cada nivel), calificando de "estrecha" la capacidad de gasto, *aun cuando se considera la urgente e ingente necesidad de tantas y tantas obras*, y la afortunada disponibilidad de recursos de los que ahora se dispone; indica además algunas causas para ello, como: gobernantes honrados pero algo temerosos de sufrir el mal uso de una fiscalización exhaustiva, lo que paraliza la capacidad de acción; desconocimiento por un lado y la complejidad de los procedimientos de autorización, por otro; también señala que una excesiva visión de corto plazo lleva a algunos gobernantes a preferir realizar inversiones rápidas y de efecto; habla, por último, de situaciones de engaño, fraude, y corrupción.

Para el año 2005, el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la página de transparencia,³⁴⁵ expone que el Gobierno Nacional, en función de su presupuesto comprometido, alcanza el 90% de ejecución del gasto, a la par que los gobiernos regionales gastan el 92,6%. Para el año 2010, el Gobierno nacional logra el 85,2% del gasto, mientras que los Gobiernos regionales ejecutan el gasto hasta un 81,3% y los gobiernos locales llegan al 77,7%. Es así, que tampoco en estos años se logra ejecutar el gasto según el presupuesto comprometido.

Las diferentes cifras consideradas, así como las encontradas en nuestro estudio sobre el presupuesto no comprometido con la limitada capacidad de gasto, son evidencias objetivas de las brechas que se producen entre las transferencias, el compromiso y la ejecución de gasto. A este comportamiento financiero, también le damos explicación recurriendo al estudio, que realizamos en un grupo focal de una red de salud de uno de los departamentos involucrados en nuestro estudio (que por razones de confidencialidad de datos, no es posible la exposición de evidencias personales), donde abordamos cualitativamente aspectos financieros respecto al Seguro Integral de salud.³⁴⁶

³⁴⁵ Ministerio de Economía y Finanzas - Transparencia Económica. Consulta de Ejecución del Gasto En: <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2005&ap=ActProy>. 12 set. 2015.

³⁴⁶ Para nuestra investigación, se ha considerado un grupo focal, donde intervinieron personas que laboran en áreas de Planificación, la Oficina del SIS, así como de Logística, los que están involucrados en el proceso financiero de la Red

Durante la investigación cualitativa, *en primer lugar*, hemos enfocado las fuentes de financiamiento, así como los montos de transferencia del SIS y el compromiso del presupuesto, enfatizando en la brecha que ocurre entre ambos, dejando saldos considerables hasta de 40%.

Uno de los participantes señala que el financiamiento para la salud, parte de tres ejes financieros, *recursos ordinarios (RO), recursos directamente recaudados (RDR), y los recursos por transferencias del SIS*. Sobre este último, señalan que este presupuesto está dirigido a cubrir principalmente las necesidades de salud de la población objetivo según la atención que se realiza.

Respecto a la brecha entre la Transferencia financiera -expresada como el Presupuesto Institucional Modificado (PIM), y el Compromiso de gasto, indican que se asocia con el retraso de los montos enviados. Los participantes opinan al respecto:

....porque ciertas transferencias llegan con retraso y eso pasa como saldo para el próximo año... (b)

...hasta el año 2012, algunas transferencias llegaban cada mes y ello hacía que no podamos programar oportunamente y por eso quedaba saldos... (b)

La “transferencia mensual” que mencionan los participantes, se respalda en las normas del SIS,³⁴⁷ en las que el pago o reembolso por la producción, se realiza de acuerdo a la disponibilidad de recursos, lo que significa que con la información de las prestaciones maternas ya procesadas, la Gerencia de Financiamiento realiza la programación mensual de pagos, ajustándola de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

de Salud, que por razones evidentes, no mencionaremos el nombre de la Red, porque el personal considera un tema delicado cuando se trata de financiamiento, tema sobre el cual desarrollamos un estudio breve cualitativo de opiniones, razones y percepciones sobre el particular.

³⁴⁷MINSA- Ministerio de Salud - Seguro Integral de Salud(2010). *Guía de Orientación para la incorporación y Uso de las transferencias financieras efectuadas por el SIS*. En: http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/presupuesto/SIS-Guia-SIS-de-Orientacion-para-el-Uso-de-las-Transferencias-Financieras.pdf

En vista de que la validación y valorización de las prestaciones mensuales, ocasionaban que el pago a los establecimientos de salud se demorase entre dos y tres meses, lo cual generaba molestias y reclamos, posteriormente, el Seguro Integral de Salud impulsa la expedición de la Resolución Ministerial 934-2010/MINSA, del 27 de noviembre del 2010, que lo faculta a utilizar las modalidades o mecanismos de pago más adecuados para el financiamiento de las prestaciones que brinda el Estado peruano, en el marco del proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud. Por tanto, el SIS propuso al MINSA una normativa para que las transferencias de recursos se programen con la debida oportunidad, a fin de garantizar el financiamiento de las prestaciones a nivel nacional.

Entonces, se recurre al “Pago-Capitado”, que es una modalidad de transferencia a los Gobiernos Regionales y estos, a su vez, a las Unidades Ejecutoras. Los recursos son el resultado de la proyección de las atenciones que brindarán los establecimientos de salud durante un año a cada persona afiliada al SIS gratuito. Para su aplicación, el gobierno regional y el SIS firman un Convenio de Financiamiento. El pago capitado está en relación con las atenciones del primer nivel, y se sujeta al cumplimiento de metas programadas por los Establecimientos de Salud, como, *eleva el número de prestaciones básicas, mejorar la calidad de la atención, brindar las prestaciones de salud con oportunidad, mejorar el acceso a la atención a todos los asegurados del SIS y velar por la entrega completa y gratuita de los medicamentos a los afiliados al SIS.*³⁴⁸ A junio del 2012 se han realizado cuatro (4) pagos prospectivos.

Aunque la norma ya establece el pago capitado, es posible que algunas transferencias hayan sido realizadas después de lo que se indica. Opinión sugerida por uno de los participantes al tratar de dar una explicación sobre los saldos, lo que puede respaldarse con lo siguiente:

Por ejemplo, con Resolución Jefatural del SIS, 212-2012/SIS, se RESUELVE:
Aprobar la transferencia por la suma de TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIDOS MIL

³⁴⁸ Seguro Integral de Salud [SIS]. (s.f.). *UN PASO ADELANTE en el financiamiento de las prestaciones en salud 2002-2012*. En:http://www.sis.gob.pe/Portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS_UnPasoAdelante.pdf

QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE con 00/100 nuevos soles.... correspondiente al mes de Diciembre 2012, cuya fecha de publicación data del *17 de Diciembre 2012*. Otra Resolución Jefatural205-2012/SIS, que también resuelve otro monto de transferencia para el mismo mes, es emitida en fecha *13 de diciembre 2012*. Procesos que nos muestra que dicha transferencia en las Unidades Ejecutoras llegan con retrasos, validando el comentario del participante antes mencionado.

Al insistir en otros argumentos ante la presencia de la brecha (saldos), aparte de las transferencias inoportunas, los participantes también lo vinculan con la programación inadecuada de los requerimientos: *como insumos médicos, medicamentos y otros*; lo cual se realiza de forma inoportuna y con falta de coordinación, dificultando la Programación del presupuesto según la transferencia y ello también resulte en los saldos.

De otro lado, manifiestan que el gasto se realiza casi a fines de año, recurriendo incluso a la improvisación, lo que no permite programar el presupuesto al 100% de acuerdo a la transferencia, afirmaciones que se recogen de los siguientes comentarios:

...cuando queremos atender los requerimientos, por ejemplo lo del año pasado pedimos gasolina y nos dijeron que no teníamos presupuesto por el SIS, y cuando llego diciembre si teníamos presupuesto, entonces no hay coordinación...(c)

El "RO" al que se refieren, es el presupuesto que corresponden a Recursos Ordinarios (fuente de financiamiento del tesoro público), el que también contribuye con el financiamiento de la oferta materna.³⁴⁹ Los participantes señalan que el personal administrativo se involucra mejor en los procesos de esta fuente financiera porque

³⁴⁹Los recursos ordinarios, corresponden a los ingresos provenientes de la recaudación tributaria y otros conceptos, los cuales no están vinculados a ninguna entidad y constituyen recursos disponibles de libre programación, incluyéndose los recursos provenientes de la venta de Empresas del Estado. Asimismo, comprende los recursos por la monetización de productos, entre los cuales se considera la donación en alimentos otorgada por el Gobierno de los Estados Unidos, a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) Ley Pública Nº 480. (Resolución Directoral Nº 052-2000-EF/76.01, Clasificadores y maestro del Clasificador de Ingresos y Financiamiento Año Fiscal 2001, publicada el 31 de diciembre del 2000) En: <http://www.unmsm.edu.pe/ogp/ARCHIVOS/Glosario/indr.htm#13>

conocen mejor el manejo administrativo de este y, ello determina las oportunas intervenciones, dejando de lado las transferencias por el SIS:

...la ejecución de gasto muchas veces ocurre entre noviembre y diciembre, cuando ya no hay tiempo y se da prioridad al RO, que de alguna manera se ha encaminado, y ya tiene una secuencia, pero que pasa con el SIS, le falta esa secuencia al SIS, porque los requerimientos no llegan a tiempo ni con las especificaciones técnicas, no se hace de acuerdo a las necesidades del usuario...(a)

Por otro lado, señalan una deficiente coordinación entre unidades administrativas comprometidas en el proceso de financiamiento, lo que dificulta la programación adecuada del presupuesto, según lo que se recoge de los siguientes comentarios:

...cada vez que llega una RJ, (Resolución Jefatural), nosotros al coordinador del SIS, bajo un oficio o resolución lo entregamos, para que ellos nos entreguen las propuestas y las actividades específicas de gasto que se van a programar, hemos pasado una y mil veces y no han devuelto las propuestas del presupuesto, en que se va a gastar ni cómo se va a gastar, y nosotros tampoco hemos podido alcanzar las propuestas ni al gobierno regional,.....porque tenemos la opción de proponer en que vamos a gastar, pero cuando no tenemos propuesta, la DIRESA lo asume en los gastos..... (C).

Al parecer los procedimientos administrativos inherentes a la planificación y ejecución del presupuesto, se desarrollan en un marco de improvisación, falta de coordinación, procesos no oportunos, lo cual permite la inadecuada ejecución del gasto, y con ello la ineficacia del financiamiento del SIS, comprometiendo el abastecimiento de insumos para la oferta materna.

En los últimos 30 años (desde 1980), el Perú ha incrementado el porcentaje de gasto para salud como porcentaje del producto interno bruto, desde el 1,1% y llegando

al 5% en el año 2010, (cuadro 2, Cap. II). Así mismo, el Gasto Total corriente per cápita³⁵⁰ (Nuevos Soles), en el año 1995 era S/218.8 nuevos soles, en el año 2012, asciende a S/873.0 nuevos soles. No obstante, el financiamiento de la salud aún prevalece en el bolsillo de las familias peruanas, con unos 37% de participación, porcentaje sobre el gasto superior al del gobierno, empleadores y cooperación externa (cuadro 3, Cap. II). Así mismo, el presupuesto destinado por el SIS para garantizar la oferta de servicios de salud, entre los años 2002 y 2012, ha evolucionado de 43 millones de nuevos soles a 613 millones (grafico 16, cap. II).

Con este presupuesto destinado, Perú es uno de los países de Latinoamérica con el menor gasto en salud, 5,0% del PIB, junto a Bolivia, Nicaragua y Venezuela. El resto de los demás países, destinan entre un 6 y casi un 11% de su presupuesto.³⁵¹

En suma, aun cuando tenemos un "insuficiente presupuesto" destinado para el sector sanitario, se unen los inadecuados procesos de la fase de ejecución presupuestal, donde los saldos generados dificultan la disponibilidad de la oferta materna, agudizando las limitadas coberturas de salud de la población.

En tercer lugar, se analiza las transferencias por el SIS, para cada área geográfica, y procedemos a sumar los montos presupuestales estimados de los tres componentes. Para el año **2010**, **la Costa** recibe, aproximadamente, un total de S/13 941,867 nuevos soles y, en promedio, cada uno de los tres departamentos que la conforman recibirían S/4 647,289 nuevos soles. Para el año **2012**, el monto asciende cerca a S/16 213,591 nuevos soles y en promedio cada departamento recibiría S/5 404,530 nuevos soles. Respecto a **la Sierra**, para el año **2010**, el monto total transferido fue de alrededor de S/11 720,355 de nuevos soles, con un promedio por departamento (cinco) de S/2 344,071 nuevos soles; para el año **2012**, el monto total transferido es de S/19 931,324 nuevos soles aproximadamente y, cada departamento recibiría en promedio

³⁵⁰ *Cuentas nacionales de salud, Perú 1995 - 2012*. Ministerio de Salud. Dirección General de Planeamiento y Presupuesto. Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Ministerio de Salud 2015. Lima: 156 p.; ilus., graf.

³⁵¹ **Banco Mundial**. *Gasto en salud per cápita y como porcentaje del PIB. Base de Dato del año 2010*. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>; **Organización Mundial de la Salud [OMS]** (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra. Pag. 131,133,135,137.

S/3 986,264 de nuevos soles, *menos que los departamentos de Costa*. Para el año **2010**, **la Selva**, recibe un monto total transferido cerca a S/6 171,356 nuevos soles, y entre los dos departamentos, se estimaría que les corresponde un promedio de S/3 085,678 nuevos soles. Para el año **2012**, la transferencia total es de S/4 418,767 nuevos soles y, en promedio, cada departamento recibe S/2 209,386 nuevos soles. En la Selva, el promedio aproximado de transferencias por departamento tiene un menor monto que la Costa, y la Sierra.

En el año 2012, es la Costa la que prevalece con el mayor monto promedio de la transferencia del SIS por departamento, un 27% más que la Sierra y 60% más que la Selva. La Sierra supera a la Selva en aproximadamente un 45% más por cada departamento.

Lo que llama la atención es el mayor monto promedio del presupuesto transferido que recibe la Costa por cada departamento, *aun cuando alberga una menor población rural y con menor índice de pobreza que Sierra y Selva*. Controversia que la confrontaremos con los resultados del cuadro 15 del Cap. IV (tipo de parto).

Obtenemos el promedio del tipo de parto (normal, complicado no quirúrgico y cesárea), entre la zona urbana y rural, por cada área geográfica del año 2012. *En la Costa* se atiende, en promedio, un 65,2% de partos normales, 15,4% de partos complicados y **19,3%** de cesáreas. *En la Sierra*, la atención del parto normal llega al 65,9%, el parto complicado al 18,2% y la cesárea al 15,8%. *En la Selva*, el parto normal alcanza un 73,5%, el complicado un 16,0%, mientras que las cesáreas se atienden en un 10,9%.

Señalamos que a cada tipo de prestación (parto), el SIS, designa tarifas diferentes y del número de prestaciones depende la producción, según el costo de ellas.

Sobre el particular, la tarifa según el tipo de intervención sanitaria (cuadro 8, del capítulo II, "Tarifario SIS para componentes subsidiado y semisubsidiado", según tipo de intervención sanitaria 2007-2010 en nuevos soles) es la siguiente: en lo que corresponde al componente **pre natal**, la tarifa para la atención a gestante es S/10.00, exámenes de

laboratorio S/25.00, y ecografía S/10.00. Mientras que el subsidio para el **parto**, significa S/100.00, y cuando este se complica, S/53.00 soles más. De la misma forma, la tarifa para la cesárea alcanza los S/170.00 y con complicaciones S/53.00 soles más. La atención de **puerperio** es la que esta normada con el menor costo, cuya tarifa solo es S/6.00 nuevos soles.

De esta manera, el costo que genera la atención de los partos en sus tres modalidades, superan ampliamente al que genera el CPN y el puerperio, dado que los insumos y otros recursos necesarios para el parto implican mayores costos.

Por lo tanto, una primera explicación a la controversia estaría relacionada con el número y tipo de prestaciones que se realiza en cada área. Así, la Costa y la Sierra, tienen similar atención de partos normales con casi igual producción según el costo para este tipo de parto, aunque la Sierra genera 3% más por la atención de partos complicados. En tanto que el número de atenciones por cesárea se supera en la Costa, y esta atención tiene un mayor costo que los otros dos tipos de parto, por lo que genera una mayor producción frente a Sierra y Selva.

En consecuencia, la proporción de las atenciones de mayor complejidad se producen en la Costa y con ello una mayor producción en función de costos, explicando en parte la mayor transferencia financiera hacia esta área geográfica.

Otra probable explicación para el mayor monto de transferencia hacia la Costa es la que encontramos en el siguiente cuadro 1-A, el que hemos elaborado como una referencia para dar respuesta a esta discusión, *“mayor transferencia financiera en la Costa, aun cuando tiene un menor índice de pobreza que Sierra y Selva”*

Como referencia, obtenemos datos estadísticos de las prestaciones de partos normales y partos con cesáreas de las estadísticas oficiales del SIS, y lo relacionamos con la producción por prestaciones en soles.

| CUADRO 1 - A | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|-----------------|-----------|-----------|
| SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | | |
| ESTIMACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE COSTOS POR LA ATENCIÓN DE PARTOS NORMALES Y CESÁREAS | | | | | |
| Año - 2012 | | | | | |
| Área Geográfica | Departamentos | Atenciones y Producción | Partos Normales | Cesáreas | Total |
| Costa | La Libertad, Lambayeque y Piura | Numero de Atenciones | 29,487 | 9,218 | 38,705 |
| | | Producción por prestación (soles) | 1 326,915 | 1 567,060 | 2 893,975 |
| Sierra | Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Puno | Numero de Atenciones | 35,495 | 5,951 | 41,446 |
| | | Producción por prestación (soles) | 1 597,275 | 1 011,670 | 2 608,945 |
| Selva | Amazonas y Loreto | Numero de Atenciones | 13,482 | 3,312 | 16,794 |
| | | Producción por prestación (soles) | 606,690 | 563,040 | 1 169,730 |

Fuente: Estadísticas del Seguro Integral de Salud, año 2012. *Estadística preliminar, SIS, a diciembre 2012, por Regiones y Unidades Ejecutoras. Elaboración Propia.*

La estimación de la producción por prestación en soles, se realiza en función del tarifario según tipo de intervención sanitaria. R.M.240-2009/MINSA; R.M. Nro. 226-2011 / MINSA.

Observamos, en el cuadro, el número de atenciones que corresponden a la atención de parto y cesárea según área geográfica, donde la *Sierra* es la que presta el mayor número de atenciones 41,446, mientras que la *Costa* alcanza a 38,705 prestaciones. El número total de atenciones en la *Selva* llega a 16,794.

Al respecto, estimamos la producción en soles a partir de las prestaciones que se atienden en cada área geográfica. Volvemos a tomar como referencia el cuadro 8 del capítulo II, donde se muestra las tarifas que corresponden a las atenciones maternas para, este caso, obtener el subsidio para el parto normal y la cesárea.

Así, multiplicamos el número de prestaciones de la atención de *parto normal* por la tarifa correspondiente (nro. de partos * S/100 nuevos soles), estimando diferentes montos según área geográfica, donde la *Sierra* logra la mayor producción del costo por la prestación de parto normal, S/1 597,275 nuevos soles, por encima de *Costa* y *Selva*. En tanto que en la *Costa*, la mayor producción del costo se logra por las mayores atenciones de parto por cesárea, y multiplicando el número de cesáreas por la tarifa asignada (nro. de cesáreas * S/170.00 soles), se logra una producción de S/2 893,975

soles, más que en Sierra y Selva. Entonces, si se suma el total de prestaciones (parto normal más cesárea), por cada área, es la Costa la que genera mayor producción de costos.

Así, estos resultados guardan correspondencia con las transferencias del cuadro 1 del presente capítulo, donde mostramos que la Costa recibe un mayor presupuesto. Es posible que la mayor capacidad resolutive de los establecimientos sanitarios de la Costa, también favorezcan, una mayor oportunidad de prestaciones más complejas, como es el caso del parto por cesárea.

Continuando con el análisis del cuadro 1, de nuestro actual capítulo, otro aspecto importante que mostramos dentro de la fase de ejecución presupuestal es el que se refiere a la **ejecución de gasto, en relación al compromiso**. Al respecto, evidenciamos que en el componente pre natal (en las tres áreas), el gasto se ejecuta hasta por encima del 93%. En lo que respecta al componente de la atención de parto podemos observar que en la Costa se ejecuta hasta un 84%, mientras que en Sierra y Selva llega al 99%. En cuanto al gasto en el componente de puerperio, se alcanza hasta más del 99% en las tres áreas geográficas.

En una primera impresión para el año 2012, vemos que el promedio de ejecución de gasto está por encima del 90% en relación al compromiso de las tres las áreas geográficas para toda la oferta materna, lo cual nos estaría indicando una "eficiente ejecución de gasto", lo que vamos a corroborar con nuestro siguiente cuadro 2, donde se valora el gasto incidiendo en el rubro "en que se gasta".

CUADRO 2
GASTO EN COMPONENTES DE REPOSICIÓN (INSUMOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPOS), 2010 - 2012

| Área Geográfica | Unidades Ejecutoras por departamentos | Años | Atención Pre Natal | | | | | Atención Parto | | | | | Atención Puerperio | | | | | Todos los Componentes | | |
|-----------------|---|------|--------------------------------------|---|---|------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|---|------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|---|------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------|
| | | | Compromiso (miles y millón de soles) | Gasto en Insumos médicos y Medicamentos (Miles y millón de soles) | Porcentaje de Gasto en Insumos médicos y Medicamentos | Gasto en Equipos | Porcentaje de Gasto en Equipos | Compromiso (miles y millón de soles) | Gasto en Insumos médicos y Medicamentos (Miles y millón de soles) | Porcentaje de Gasto en Insumos médicos y Medicamentos | Gasto en Equipos | Porcentaje de Gasto en Equipos | Compromiso (miles y millón de soles) | Gasto en Insumos médicos y Medicamentos (Miles y millón de soles) | Porcentaje de Gasto en Insumos médicos y Medicamentos | Gasto en Equipos | Porcentaje de Gasto en Equipos | Total de Compromiso (miles y millón) | Gasto en Insumos médicos, Medicamentos y Equipos | Porcentaje de gasto |
| Costa | La Libertad, Lambayeque y Piura | 2010 | 3 614,463 | 679,519 | 18,8 | 21,686 | 0,6 | 6 000,744 | 2 952,366 | 49,2 | 12,001 | 0,2 | 380,128 | 37,633 | 9,9 | 0,0 | 0,0 | 9 995,335 | 3 703,204 | 37,1 |
| | | 2012 | 2 584,238 | 857,967 | 33,2 | 85,279 | 3,3 | 7 948,525 | 3 211,204 | 40,4 | 731,264 | 9,2 | 528,870 | 249,098 | 47,1 | 0,0 | 0,0 | 11 061,633 | 5 134,811 | 46,4 |
| Sierra | Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Huanuco, y Puno | 2010 | 3 946,933 | 809,121 | 20,5 | 71,044 | 1,8 | 2 538,664 | 1 101,780 | 43,4 | 68,543 | 2,7 | 727,952 | 112,105 | 15,4 | 0,0 | 0,0 | 7 213,549 | 2 162,593 | 30,0 |
| | | 2012 | 4 977,610 | 1 050,275 | 21,1 | 871,081 | 17,5 | 5 730,439 | 2 670,384 | 46,6 | 424,052 | 7,4 | 321,746 | 142,212 | 44,2 | 16,409 | 5,1 | 11 029,795 | 5 174,414 | 46,7 |
| Selva | Amazonas y Loreto | 2010 | 652,332 | 409,012 | 62,7 | 0,0 | 0,0 | 2 060,077 | 1 542,997 | 74,9 | 0,0 | 0,0 | 564,625 | 35,571 | 6,3 | 0,0 | 0,0 | 3 277,034 | 1 987,581 | 60,6 |
| | | 2012 | 866,230 | 688,653 | 79,5 | 0,0 | 0,0 | 1 885,505 | 1 580,053 | 83,8 | 13,198 | 0,7 | 234,077 | 129,913 | 55,5 | 0,0 | 0,0 | 2 985,812 | 2 411,816 | 80,3 |

Fuente: Portal del MEF, Portal de Transparencia económica. Presupuesto y ejecución de ingresos. En <http://apps5.mineco.gob.pe/transparenciaingresos/Navegador/default.aspx>
 Elaboración propia.

Aplicamos este análisis según las normas que el SIS establece con respecto al gasto.

La Resolución Jefatural 185-2011/SIS, del 13 de diciembre del 2011, Directiva 02-2011-SIS/GNF, “ *Directiva que regula el Procesos de Revisión de la Ejecución de Gastos en las Unidades Ejecutoras que Reciben Financiamiento del SIS, para la Atención de los Asegurados Inscritos*”; contempla entre las disposiciones generales que el prestador público recibe financiamiento del SIS para las prestaciones de salud que brinda a los asegurados/inscritos del SIS, según el valor neto de producción, el cual para efecto de ejecución de gasto se desagrega en los componentes de *Reposición y Gestión*, por cada mes de producción.

El componente de Reposición (CR),³⁵² establece que la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública (IPRES), debe reponer como **primera prioridad** los medicamentos, los insumos médico quirúrgico específicos y los estomatológicos, así como procedimientos e intervenciones tercerizadas, con el propósito de garantizar de forma continua una atención de salud gratuita y de calidad. Como segunda prioridad, la IPRES repone el costo variable de servicios de hotelería, administrativos, incluidos en la prestación, materiales de escritorio, papelería, impresión de formularios de atención, historias clínicas, recetarios y otros afines que se utilizan en la prestación, lo cual se contempla en el Componente de Gestión. Este costo se determina por diferencia entre el valor neto de producción³⁵³ y el valor del componente de reposición, por la Unidad ejecutora.

De los recursos transferidos,³⁵⁴ el gasto máximo permitido para el componente de gestión es el 40% en los establecimientos desde el nivel I al II-1, Centros, puestos de

³⁵² Corresponde a la valorización del consumo de las prestaciones que incluye medicamentos, insumos, procedimientos médico quirúrgicos, gastos de hotelería y servicios administrativos incluidos en la prestación. En: Directiva Administrativa número 002-2012-SIS/GNF-V.01 Directiva administrativa que establece el proceso de valorización de las prestaciones de salud del seguro integral de salud. Pág 8. Mediante la RJNRO 076-2012/SIS del 15 de mayo 2012.

³⁵³ Es la diferencia del valor de producción bruto, menos el valor de las prestaciones observadas, brindadas a los asegurados inscritos en un periodo definido, como resultado del proceso de evaluación automática. RM-612-2010/MINSA. 2 de Agosto del 2010.

³⁵⁴ RM-612-2010/MINSA. 2 de Agosto del 2010.

salud y hospitales, lo cual infiere que el 60% del gasto, del debe estar destinado para el componente de reposición.

Particularizando el gasto, en el cuadro 2 (Cap. V), hemos priorizado el análisis sobre la adquisición de suministros médicos,³⁵⁵ dada la prioridad de gasto del SIS.³⁵⁶

Incidiremos en el gasto sobre el componente del parto, debido al mayor número de prestaciones y al costo que genera dicha atención. Se observa que entre los años 2010-2012, son *las UE de la Selva* las que en mayor proporción ejecutan el gasto en *suministros médicos*, entre 74,9 y 83,8%, mientras que para equipos solo destinan hasta un 0.7% del presupuesto comprometido. Por otro lado, *las UE de la Costa*, el gasto que realizan en insumos está entre el 49,2 y el 40,4%, y hasta un 9,2% en equipos. *La Sierra* gasta el 43,4 y 46,6% en insumos y el 7,4% en equipos.

Vemos que el mayor porcentaje de gasto en insumos médicos se prioriza en la Selva, de allí que los equipos representen un mínimo porcentaje, con la posibilidad de que este gasto sea cubierto por otra fuente de financiamiento como el de recursos ordinarios. Resaltamos que aun cuando el monto de transferencia es menor en esta área, el gasto es mayor que en Costa y Sierra.

El SIS contempla el componente de reposición,³⁵⁷ estableciendo que el proveedor deberá reponer el 100% del consumo reportado, pero lo que le corresponde al rubro de gestión se indica hasta en un 40%, siempre que se priorice los insumos

³⁵⁵ Los suministros médicos se definen como el gasto por la adquisición de materiales, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgico, odontológicos y de laboratorio, además productos farmacéuticos como vacunas y medicamentos. En: Ministerio de Economía y Finanzas. *Portal de Transparencia económica. Presupuesto y ejecución de ingresos*. En <http://apps5.mineco.gob.pe/transparenciaingresos/Navegador/default.aspx>.

³⁵⁶ Resolución Jefatural Nro. 185-2011/SIS del 13 de diciembre 2011. Directiva Nro. 002-2011-SIS-GNF "Directiva que Regula el Proceso de Revisión de la Ejecución de Gastos En las Unidades Ejecutoras que reciben Financiamiento del SIS para la Atención de los Asegurados Inscritos.

³⁵⁷ como aquel que reconoce el pago del consumo de las prestaciones y el costo de aquellas prestaciones que hayan sido tercerizadas por la Unidad Ejecutora, con la autorización respectiva del Seguro Integral de Salud, para la prestación de servicios de salud a los asegurados del SIS, según la tarifa pactada. Así mismo, el prestador deberá reponer el 100% del consumo reportado. En: Resolución Jefatural Nro. 185-2011/SIS del 13 de diciembre 2011. Directiva Nro. 002-2011-SIS-GNF "Directiva que Regula el Proceso de Revisión de la Ejecución de Gastos En las Unidades Ejecutoras que reciben Financiamiento del SIS para la Atención de los Asegurados Inscritos.

médicos, medicamentos y equipos. Bajo este criterio, solo la Selva alcanza cumplir con dicha norma, principalmente en insumos médicos.

Aun siendo la prioridad del gasto del SIS en los insumos médicos y equipos, en la Costa y Sierra el gasto no supera el 50%. Es posible que un buen porcentaje de este gasto se destine a otros rubros. Un probable explicación a este comportamiento, la apoyamos citando comentarios del estudio de caso realizado en un grupo focal (antes mencionado). Se aborda este tema a efectos de tener una posible justificación a la realidad del financiamiento que recoge nuestro estudio, además que este abordaje cualitativo nos permitirá esclarecer en mayor medida los comportamientos de financiación de la Administración en materia sanitaria, temática en el que se carece de investigaciones. La consulta al grupo focal pone de manifiesto que el gasto limitado en insumos y equipos médicos estaría asociado a la deficiente labor administrativa y, en particular, a su falta de coordinación;

..es importante que debe haber coordinación entre la parte usuaria y logística, ...hay descuido por falta de coordinación y seguimiento en la programación ...(D)

Por otro lado, el gasto no se efectúa en función de la norma, sino de las "necesidades" que se evidencian en el sector, principalmente la falta de recurso humano, de manera que el presupuesto prioriza que se destinen los recursos al contrato de personal para realizar labores que impliquen lograr con las coberturas del SIS. En consecuencia, al mismo tiempo se desabastecen las necesidades de insumos médicos. Sobre ello los participantes expresan lo siguiente:

.... el presupuesto se ha podido destinar al contrato de personal, porque había insumos y no había personal... (B)

...en algunos años la mayor parte de presupuesto se ha destinado a contratación de personal con más presupuesto, porque el 20% era ínfimos, casi no hemos dado prioridad a lo que es insumos...(A)

...en el 2013 por ejemplo el mayor presupuesto se ha gastado en contratación de personal y en lo que es medicamentos e insumos también pero será un 20% y aun así ha habido saldo balance que no se ha ejecutado todo entonces yo creo que ese saldo balance en el SIS no debería de existir, se debe de ejecutar... (E)

Otros argumentos que explican la ejecución de gasto, se asocia con la programación inadecuada de insumos, la cual es elaborada por las Coordinadoras de los programas presupuestales,³⁵⁸ que lo hacen posiblemente con una deficiente planificación ante la necesidad de la oferta. También se alude a la falta de inventarios en los EE.SS., condicionando el desconocimiento de la presencia, o falta de equipos. Tales referencias se señalan en las siguientes percepciones:

..los coordinadores no realizan un plan adecuado y muchas veces recurren a la improvisación y programan necesidades por encima de sus prioridades.....(B)

...se gasta en insumos y no se ve el destino final de esos insumos, yo particularmente he visto en los establecimientos de salud que si tiene equipamiento y año tras año están empaquetados, para eso hay que hacer un inventario real y una distribución de acuerdo a la categoría de establecimientos, ellos dicen no tengo, no tengo, nunca tienen, pero si realmente se revisa las pecosas, si hay, por eso digo que no estamos viendo el destino real de esos bienes que se distribuyen desde acá, a lo mejor algunos establecimientos siempre les falta y a otros les sobra...(C)

En definitiva, se produce una deficiente administración en las fases de ejecución del presupuesto que repercute en una falta de respuesta ante las prioridades sanitarias que se refleja en la insuficiencia de insumos médicos y medicamentos, lo que a su vez genera la limitada capacidad resolutive y, por ende, condiciona las coberturas, como lo mostraremos en la siguiente categoría de análisis.

³⁵⁸ Se denomina Programa Presupuestal a la categoría que constituye un instrumento del Presupuesto por Resultados, que es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos, para lograr un Resultado Específico en la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de política pública. En: *DEFINICIONES BASICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y DISEÑO DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES*. R.D. N° 002-2011-EF/76.01.

5.2 “Ejecución de Gasto, Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Salud y Cobertura de Oportunidad”

El financiamiento del sistema de salud, es un aspecto estructural que sustenta el nivel de suficiencia de la oferta sanitaria, y este a su vez, genera respuestas a la necesidad de salud, lo cual se expresa en las coberturas de atención.

Bajo esta perspectiva realizamos el análisis de posibles relaciones entre el porcentaje total de ejecución del gasto de los componentes, pre natal, parto y puerperio (cuadro 1 y 2, Cap. V), con el porcentaje de la capacidad resolutiva de establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) y Esenciales (FONE). Además, se integra en el análisis, la cobertura de oportunidad de atención materna (cuadro 20, Cap. IV). Al igual que en la categoría anterior, el estudio se realiza en los años 2010 y 2012.

La Capacidad resolutiva de establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) y Esenciales (FONE), se define como el nivel de suficiencia que tienen los establecimientos de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a la demanda de atención materna.³⁵⁹ Considerar el nivel de capacidad resolutiva, nos permitirá conocer las posibilidades de la oferta sanitaria materna (pre natal, parto y puerperio), con lo cual intentaremos evaluar la posible proporcionalidad de esta oferta con nuestros resultados de cobertura de atenciones y con el financiamiento del SIS.

Con esta integración, buscaremos establecer un marco de referencia más precisa e integral, de la situación sanitaria peruana, y con ello las sugerencias que de nuestros resultados puedan derivar.

³⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011). *Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales 2009-2010 ENESA. Principales Resultados*. Lima. Capítulo II: Capacidad resolutiva, que se define como , el nivel de suficiencia que tienen los establecimientos de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a una demanda de atención, como control del embarazo, atención del parto institucional, complicaciones obstétricas y neonatales, que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado a una gestante, puérpera o neonato. Pág. 15 (INEI: Base de datos de Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas y Esenciales).

Los datos los mostramos en el cuadro 3.

| CUADRO 3 | | | | | | | | | |
|--|------|--|--|--|---------------------------------------|---|--|---|--|
| RELACIÓN: PROCESO DE FINANCIAMIENTO, CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y COBERTURA DE ATENCIÓN MATERNA | | | | | | | | | |
| Años 2010 - 2012 | | | | | | | | | |
| Área Geográfica | Años | Proceso de Financiamiento y Gasto | | | | Capacidad Resolutiva de EE. SS. del MINSA, FONB - FONE (% promedio) | | | Cobertura de oportunidad (% promedio del máximo umbral urbano/rural cuadro 20 Cap. IV) |
| | | Total de Transferencia Financiera en miles y millón de soles (cuadro 1 Cap. V) | Ejecución total del gasto en miles y millón de soles (cuadro 1 Cap. V) | Gasto en Componentes de Reposición en miles y millón de soles (Insumos médicos, Medicamentos y Equipos, cuadro 2 Cap. V) | Porcentaje de Gasto / ejecución total | Capacidad Resolutiva de EE. SS. del MINSA FONB | Capacidad Resolutiva de EE. SS. del MINSA FONE | Capacidad Resolutiva FONB FONE (% Promedio) | |
| | | a | b | c | d (c/b) | e | f | g | |
| Costa | 2010 | 13 941,867 | 8 789,708 | 3 703,204 | 42,1 | 52,2 | 48,2 | 50,2 | 64,6 |
| | 2012 | 16 213,591 | 9 759,358 | 5 134,811 | 52,6 | 61,0 | 67,5 | 64,3 | 72,3 |
| Sierra | 2010 | 11 720,355 | 7 183,275 | 2 162,593 | 30,1 | 50,9 | 53,4 | 52,2 | 58,3 |
| | 2012 | 19 931,324 | 10 700,849 | 5 174,414 | 48,3 | 52,7 | 63,6 | 58,2 | 58,1 |
| Selva | 2010 | 61 713,56 | 3 093,879 | 1 987,581 | 64,2 | 42,0 | 27,2 | 34,6 | 55,4 |
| | 2012 | 4 418,767 | 2 924,109 | 2 411,816 | 82,4 | 52,7 | 54,7 | 53,7 | 59,2 |

Fuente: INEI: Base de datos de Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas, y Esenciales. (Los establecimientos del departamento de Loreto, Piura ni Lambayeque, no participan en el estudio de capacidad resolutiva del año 2010 y 2012).

Elaboración propia.

El enfoque integral de análisis “*Financiamiento - Capacidad Resolutiva de EE.SS. - Cobertura de atención materna*”, se plasma con el cuadro 3, donde apreciamos la evolución de cada proceso entre los años 2010 y 2012.

Primero, se estima que las transferencias financieras realizadas por el SIS hacia las Unidades Ejecutoras agrupadas por departamentos y según área geográfica, desde el año 2010 al 2012 (columna a), se han incrementado en Costa y Sierra, de forma contraria, en la Selva, ha disminuido. Paralelamente a esta tendencia, también acontece la evolución del gasto total (columna b). Respecto al gasto en componentes de reposición (columna c), el incremento entre ambos años se da en las tres áreas geográficas, resaltando que en la Selva, aun cuando las transferencias y el gasto total han disminuido hacia el año 2012, el gasto en insumos se ha incrementado, incluso por encima de Costa y Sierra (columna d).

Este proceso de incremento presupuestal y de gasto ha generado, a su vez, que la capacidad resolutive de establecimientos de salud, también respondan con un mayor nivel de oferta al año 2012, aunque por debajo de lo mínimo aceptable del 80% como necesario para realizar una atención adecuada (columna g). Ante este perfil financiero, la capacidad de oferta de los establecimientos FONB y FONE para el año 2012 no superan, en promedio, el 65% (columna g), y esta capacidad es menor en los establecimientos del primer nivel de atención (FONB, columna e), básicamente centros y puestos de salud, donde se atiende principalmente a población rural, alcanzando entre todos un máximo de oferta de 61%. En los establecimientos de mayor nivel (FONE), que corresponde a hospitales, el nivel resolutive de oferta es mayor que los establecimientos de primer nivel, logrando hasta un 67,5%.

Incidimos en la limitada capacidad de oferta en los dos niveles de atención y, consideramos que ello se asocia básicamente al inadecuado proceso de administración financiera, al incumplimiento de normas, el trabajo aislado en los procesos, es decir, falta de trabajo en equipo, y deficiente integración en la evaluación sanitaria-financiera. Son aspectos generadores de la restringida oferta sanitaria, en desmedro de la población pobre y rural.

Se esperaría que la cobertura de oportunidad (columna h), se incremente en tanto aumente la capacidad resolutive (columna g). Esta tendencia ocurre en Costa y Selva, con el 72,3% y el 59,2% respectivamente, en tanto que en la Sierra al tener una mayor capacidad de oferta que Selva, la cobertura de oportunidad es menor, 58%, y menos aún que en Costa. Situación que se explicaría porque la Sierra a lo largo del periodo en estudio, es la que presenta las menores coberturas de acceso a componentes pre natales y aunque alcance a menores proporciones de cobertura con respecto a Costa y Selva es la que más crecimiento ha tenido a lo largo del periodo, tal como se muestra en el cuadro 12 (Cap. IV). No obstante, entre las UE de este área, se presenta las mayores dificultades de las fases de ejecución de gasto (cuadro 1, Cap. V), presentando brechas más incidentes de saldos, con respecto a Costa y Selva.

Estos resultados de alguna forma se explican por las referencias del grupo focal. Cuando abordamos el gasto en relación a la capacidad resolutive, y de ésta respecto a las coberturas, donde los participantes, manifiestan que está relacionado a la insuficiencia del presupuesto y la inadecuada programación de necesidades, lo que mostramos con las siguientes afirmaciones:

...y la vista que se nota que el presupuesto siempre es insuficiente, y para ver que el presupuesto es suficiente tendríamos que ejecutar a su debido momento (F)

...Desde mi punto de vista el presupuesto del SIS, no es suficiente, porque al distribuir un monto que nos llega por centro de costo es poco, y eso no les puede alcanzar para gasolina, insumos y medicamentos, entonces las coordinadoras lo agrupan por microredes, programan los insumos y no alcanza la distribución.....los establecimientos vienen y se quejan de que no tienen suficiente insumos, no tienen medicamentos, entonces como les exigimos a ellos que cumplan.....bajan las coberturas....(C)

*....una meta tiene **bastantes finalidades** y lógicamente que el presupuesto no alcanza, que pasa, que el presupuesto se desglosa en pequeñas cosas, yo pienso que se debe priorizar que es lo que voy a alcanzar este año, y tal vez **esa meta** se puede alcanzar....el SIGA logístico es la fase de ejecución, porque se atrasa?....el SIGA PPR, se programa todo lo que se necesita, por ejemplo, en una meta se necesita 500,000 y solo llega 100,000, que pasa con los 400,000 es un déficit, y el momento de ingresar al proceso de ejecución del SIGA logística, tienen que reducir, tienen que ajustar a ese monto y ahí es donde se demora....(E)*

.....Si es que nosotros tuviéramos una programación exacta orientado a la meta de lo que quiero hacer, pienso que la ejecución sería más rápida.....esa me parece que es la mayor dificultada en la ejecución, no hay una programación oportuna y programamos por demás cosas que no vamos a cumplir.....(D)

Llama la atención el que la Sierra, con mayor capacidad resolutive que la Selva, tenga menores coberturas, lo cual se debería también a la ineficiencia del uso de recursos de la oferta, según la siguiente expresión:

...por ejemplo laboratorio dicen me falta jeringas guantes, pero yo veo que hay en el almacén y el administrador no distribuye conforme es, eso pasa también en las cabeceras de microredes, hay en sus almacenes pero en los establecimientos ya no tienen...(D)

Al parecer, tampoco está muy claro la información de la finalidad de cada fuente de financiamiento entre el personal involucrado en el proceso de planificación y la ejecución de gasto:

...no hemos entendido hasta ahora que el presupuesto SIS debe cubrir la brecha que deja el presupuesto RO, por ejemplo si vamos a comprar gasa, con 15,000 soles y nos falta 5000, este presupuesto debía cubrirlo el SIS, pero que pasa, el SIS lo toma como si fuera otro presupuesto y hace otra programación y ahí se demora.....y por cada crédito suplementario que llega ellos realizan una nueva programación y allí nos demoramos, todos deben entender que el presupuesto SIS debe complementar al RO...(A)

...el presupuesto SIS no es un presupuesto que debe cubrir esa brecha como dice, porque con este presupuesto (SIS), debemos comprar material, medicamentos insumos para cubrir los indicadores que nos están dando, porque si solicito por ejemplo algodón, el RO no lo va a cubrir , van a decir este es presupuesto de RO y no va a querer dar, medicamentos no es RO , con el SIS tienen que comprar ustedes.....con el sistema cápita dice que debemos de comprar material equipos y medicamentos para cumplir con los indicadores y atender a los centros de costo con todo lo que les falta.....(E)

Finalmente, **analizaremos de forma conjunta los resultados de los cuadros 1 al 3** del presente capítulo. Volvemos a citar el texto de cobertura financiera como referente para la discusión del caso, cuyo enfoque se basa en la definición de Cobertura financiera y Ampliación de la protección financiera, en el Marco de la Reforma de Salud

peruana, siendo una de sus dimensiones, “el incremento y optimización de la asignación de recursos para las intervenciones de salud pública basada en resultados sanitarios”.³⁶⁰

Lo sensato nos lleva a pensar que la oferta sanitaria o capacidad resolutive, subyace en las capacidades de financiamiento, lo cual implica el logro de coberturas de atención y el impacto de ellas en la morbilidad y mortalidad, asociadas a la atención sanitaria.

Aparentemente, la inequidad financiera se lleva la Sierra, con mayor cantidad de población pobre y menos financiamiento, que las dos áreas geográficas restantes. Para el año 2011, los departamentos de Sierra de nuestro estudio, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco, tienen una pobreza que va del 53 al 57%, excepto Puno, que se ubica entre los rangos del 35 al 48%, junto a los departamentos de Selva: Amazonas y Loreto. Los departamentos de Costa, Lambayeque y La Libertad, muestran una menor pobreza, entre el 24 y el 31%, mientras que Piura se ubica junto a Puno.³⁶¹

Tomando la referencia del financiamiento con respecto a la pobreza, objetivo del SIS, nuestros datos muestran que los recursos económicos se destinan en mayor proporción a zonas donde la pobreza es menor, como en la Costa, afectando negativamente al acceso a los servicios de salud de la población más pobre y, esto se ve reflejado en las coberturas de atención pre natal y parto, donde la carencia de la oferta es mayor en la Sierra y Selva que en la Costa, cuyos indicadores de mortalidad materna inciden en mayor proporción en las dos primeras áreas geográficas.

De otro lado, el insuficiente presupuesto se agudiza con la asignación inadecuada de incentivos por cada componente de atención materna, debido que el subsidio por atención tiene igual costo en las tres áreas, sin considerar las particularidades de ellas,

³⁶⁰ Del Carmen Sara, J., C. (Vice Ministro de Salud) (2013). “*Antecedentes y Perspectivas de la Reforma de Salud en el Perú*”. Presentación en el VI Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud. Lima. En el marco de la presentación, uno de los temas que enfoca es el de “Cobertura financiera y ampliación de la protección financiera”, considerando como una de sus definiciones el Incrementar y optimizar la asignación de recursos para las intervenciones de salud pública basada en resultados sanitarios.

³⁶¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. *Encuesta Nacional de Hogares 2010-2011*.

principalmente en las zonas de Sierra y Selva, donde las dificultades geográficas y de pobreza implican mayores necesidades que en la Costa. Así mismo, las ineficientes ejecuciones y procesos financieros administrativos deterioran aún más la calidad de la oferta en desmedro de las coberturas de atención.

Francke (2010),³⁶² indica que las prioridades, tanto de la política económica como de la política social, *no son levantar ese piso mínimo* para llegar a los excluidos. La política social en el Perú debe ser entendida en base a revalorar la importancia de los objetivos sociales, enfocando los problemas de la desigualdad, la exclusión y los derechos, como centrales, y ante la necesidad, dichas políticas pueden y deben convertirse en un instrumento fundamental para promover la igualdad e inclusión social.

En suma, el Seguro Integral de Salud, se implementa en un sistema sanitario débil y, aunque protegiendo el aseguramiento, no logra garantizar la oferta, respondiendo de forma limitada a las necesidades de la demanda materna, con unos efectos negativos especialmente intensos sobre la población pobre, objetivo primordial del SIS. Consecuentemente, las expectativas del logro de la reducción de la morbi-mortalidad materna, en "virtud de mejorar la cobertura materna", se ven afectadas por este escenario discrepante de restricción sanitaria, ante la garantía del aseguramiento al sistema de salud.

La mirada crítica que hemos adoptado en nuestro estudio, básicamente desde tres ángulos opuestos pero confluentes, *-Financiamiento SIS – Oferta - Coberturas-*, nos ha permitido buscar la integralidad en base a la particularidad. En este caso, buscando rescatar la esencia de la complejidad de nuestro sistema sanitario, aun cuando este evolucione entre perspectivas de modernidad, sin que haya logrado insertarse en las particularidades, es decir, tenemos un sistema sanitario, cuya modernidad es el "*Seguro Integral de Salud*", que garantiza el impulso hacia el servicio médico, pero no garantiza

³⁶²Francke, P. (2010). *Políticas para un crecimiento con equidad. Opciones de política económica en el Perú: 2011-2015*. En: <http://departamento.pucp.edu.pe/economia/images/documentos/LDE-2010-04-06.pdf>

la respuesta de éste, ante la necesidad de salud materna, por tanto, su esencia se empaña y no se alcanza la libertad de Amartya.

Concluimos nuestro trabajo de investigación, no sin antes, citar a Sócrates, “es bello lo justo, mejor la salud”.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Llegado a este momento, no sin antes haberme enriquecido de un vehemente esfuerzo, pongo el fruto de mi investigación a disposición de la salud pública, en la medida de que ello merezca una oportunidad de contribución al sistema sanitario peruano, el cual responda con un peldaño más de eficacia ante las necesidades de salud materna.

A continuación, describimos las conclusiones que consideramos las más relevantes de la investigación.

CONCLUSIONES

1. Entre las prioridades de los objetivos del SIS, se contempla el aseguramiento a la *población más vulnerable y en situación de pobreza y extrema pobreza*:

En un decenio de intervención del SIS, entre los años 2002 al 2012, no se logra la cobertura universal en la población gestante, acercándose al 95% de afiliación. Sin embargo, la mayor cobertura de aseguramiento, alcanza a su población objetivo de mujeres gestantes en pobreza y pobreza extrema, las que se encuentran principalmente en la Sierra peruana, (Q I: 94,9 % y Q II: 89,9 %), en relación a las gestantes de Costa (Q I: 83,3 % y Q II: 76,5 %), y de Selva (Q I: 84,8 % y Q II: 82,4%). Por tanto el SIS, es inclusivo en el aseguramiento a su población prioritaria.

2. En este punto, valoramos las conclusiones más importantes de la Cobertura General de Atención Materna:

- 2.1 Entre los años 1996 al 2012, la tendencia de la "Cobertura General de Atención Materna", ha logrado porcentajes importantes de cobertura, entre las mujeres rurales y población pobre. En promedio, la atención pre natal, alcanza el 99% y, el mayor número de CPN llega al 78,5%, aunque este porcentaje es superado por las gestantes de Sierra que

logran el 85,9%. Así mismo, la atención a más temprano momento de la gestación, tiene un promedio de 70%, respondiendo a la cobertura de aseguramiento del SIS.

Por lo tanto, a inicios del periodo en estudio, la renuencia que mostraban las mujeres gestantes especialmente de zonas rurales y población pobre, para establecer contacto con los establecimientos de salud y, a más temprano momento de la gestación, hacia el año 2012, deja de ser un problema para la salud pública peruana, dado el mayor contacto con el sector sanitario, aun en circunstancias de carencias sociales y geográficas, lo que se traduce en las considerables coberturas de atención materna, hechos que se posicionan como una gran oportunidad para el Sistema de Salud peruano.

- 2.2 En el marco del control pre natal, se desarrollan intervenciones concretas del paquete básico pre natal, como la *atención clínica (peso, presión arterial, latido fetal, medición de altura uterina), hierro, vacuna antitetánica, exámenes de laboratorio (sangre y orina) y educación sanitaria*, los cuales analizadas por componentes aislados, logran diferentes proporciones de cobertura, a pesar de las garantías que ofrece el aseguramiento del SIS. Los tres primeros componentes, responden tanto a la proporción de afiliación como al contacto pre natal, hasta por encima de 90%; mientras que la vacuna antitetánica y los exámenes de laboratorio logran coberturas por debajo de los primeros. La Sierra y Selva, con la mayor población pobre, muestran menores coberturas de atención del paquete básico pre natal, con respecto a la Costa, lo cual también se produce entre las zonas rurales y población pobre, donde la cobertura es menor que en las urbanas.

En el marco del Seguro Integral de Salud, la oferta sanitaria para la atención pre natal concreta (paquete básico pre natal), replica con restricciones a la inclusión del aseguramiento, en tanto que las

coberturas no se muestran proporcionales, ni en los componentes de atención y tampoco en la población pobre y rural.

- 2.3 Entre los componentes pre natales, encontramos un aspecto que consideramos importante llevarlo a la conclusión y profundizarlo en la reflexión. Es el que se refiere a la cobertura de hierro, donde las mujeres rurales y más pobres, acceden alrededor del 90%. No obstante entre las mujeres de todos los ámbitos, la ingesta de hierro hasta los 210 días, cumpliendo la norma, no sobrepasa el 10%. Las razones sobre el particular, se asocian principalmente a efectos secundarios que dicho producto causa en la salud de las mujeres.

Concluimos señalando que el sistema de salud garantiza la oferta del acceso a hierro entre las mujeres gestantes, pero no repara en la calidad del producto, lo cual conlleva a la insuficiente ingesta del hierro, y a continuar con la prevalencia de la anemia, al mismo tiempo que se produce una pérdida de eficiencia de los recursos financieros destinados particularmente para este componente.

Otro aspecto es el referente a la educación sanitaria, donde alrededor del 95% de las mujeres gestantes reciben la información sobre riesgos del CPN y el lugar a donde acudir cuando ellos se presenten, sin embargo las normas no abarcan los riesgos propios de parto, ante una inminente situación de elección de este evento en el domicilio.

- 2.4 Entre el año 1996 al 2012, la cobertura de partos en establecimientos de salud del MINSA se ha incrementado en las tres áreas geográficas. Para el año 2012, entre las zonas rurales y población pobre, la mayor cobertura de atención se alcanza en el ámbito de la Sierra peruana, con el 78,7%, frente a 48,0% de partos en la Costa y 58,3% en la Selva.

La población objetivo del SIS, alcanza el mayor beneficio de la atención de parto sanitario, aunque una buena proporción de mujeres gestantes rurales y población pobre, afiliadas al seguro integral de salud 18,3% al 40,6%, todavía atienden su parto en el ámbito tradicional. Por lo que concluimos que el Seguro Integral de Salud, no logra garantizar el parto de su población objetivo en el sector sanitario.

- 2.5 Considerando un balance de las atenciones mediante la tasa de crecimiento, hemos identificado que el mayor crecimiento de los componentes pre natales se produce en el periodo 2000-2005 con intervención del SIS, mientras que la mayor tasa de crecimiento de la atención de parto asociado a la atención calificada se produce en el periodo 2005 – 2010, también con presencia del SIS.

Estos resultados nos permiten ver un escenario **general de la Cobertura materna**, en el marco del Seguro Integral de Salud y, evidentemente, con logros importantes para la política de aseguramiento sanitario. Sin embargo, nuestras evidencias nos muestran que la gran proporción de mujeres rurales y pobres, al alcanzar una buena proporción de cobertura de parto en establecimientos de salud, llegan a este momento en condiciones sub óptimas de atención pre natal, con la probabilidad de complicaciones propias asociadas al parto, tanto para la madre como para su hijo.

Llegar a esta conclusión, nos induce a afirmar que se ha alojado una política de Aseguramiento en salud, sin considerar las condiciones internas del sistema sanitario peruano, cuya fuerza de respuesta no se muestra proporcional al grado de la reforma implementada. En suma, una moderna intervención del SIS, en un sistema debilitado de atención sanitaria.

- 2.6 En nuestro estudio, identificamos una controversia importante, entre las áreas geográficas. *La Sierra tiene mayor cobertura de parto en establecimientos de salud que la Costa y Selva, pero mayores tasas de mortalidad materna.* Encontramos que en la Sierra, se produce menores coberturas de atención pre natal entre los componentes básicos, así como menos atención calificada, acompañada también de menor capacidad resolutive del servicio sanitario. Hay una mayor atención de parto, pero en condiciones sanitarias más débiles, lo que posiblemente se asocie con la mayor prevalencia de las muertes maternas.

Bajo estas premisas, aun cuando el SIS, se muestra considerablemente inclinado hacia las poblaciones de mayor pobreza, con una política de protección de equidad para la población donde interviene, en el intento de moldear y adaptar una situación de salud favorable, las repercusiones del aseguramiento, se ven condicionadas por la respuesta de la oferta sanitaria, como el caso de la Sierra y, ello por una aplicación de normas irreflexivas ante las **diferencias** poblacionales, dado que la normativa vigente de intervenciones maternas no contempla el contexto en su dimensión holística.

3. Nuestra siguiente conclusión aborda la **Cobertura de Oportunidad**, en la expectativa del cumplimiento del protocolo pre natal y de parto, según las normas oficiales, con la intervención del SIS. Al respecto, la cobertura de gestantes que alcanzan el número de controles pre natales normados, no cumplen con el protocolo de atención pre natal, ni con el de atención de parto en establecimientos de salud, que al igual que en la cobertura general, muchas gestantes llegan a los partos institucionales con el antecedente de un insuficiente protocolo pre natal y, ello se agrava en las zonas rurales y población pobre.

El probable máximo umbral de cumplimiento de protocolos pre natales, (asumiendo como referencia la cobertura de procedimientos sin considerar el momento oportuno), para el año 2012, entre las mujeres gestantes rurales y

población pobre, oscila entre 46,8 y 62,0%, mientras que entre las urbanas entre el 63,7% y el 82,6%. Pero, si consideramos como referencia el momento oportuno de acceso a los componentes pre natales, la cobertura es aún menor: entre las mujeres gestantes rurales solo alcanzan desde el 35,2 y el 47,1%, en tanto que en las urbanas, oscila desde 50,0% y el 60,0%. En definitiva, existe una brecha considerable de mujeres gestantes que no logran acceder al cumplimiento de protocolos de atención materna, ni aun con la protección del SIS.

Respecto a la cobertura de parto en establecimientos de salud, con el número de CPN cumplido por norma, las gestantes de la zona rural acceden entre el 61,0% y el 79,2%, mientras que las urbanas lo hacen entre el 76,1 y el 90,0%. Brecha que es más amplia especialmente mujeres rurales y pobres, cuya condición pre natal es insuficiente para garantizar un parto en las mejores condiciones de salud.

Comparando la cobertura de oportunidad de atención materna entre el periodo con intervención del SIS, y el periodo anterior a éste, aun cuando se ha incrementado las atenciones, las brechas de cumplimiento de protocolos persisten en los dos periodos.

4. Seguidamente abordamos las conclusiones en el marco de la Cobertura por **Asociación y/o Dependencia:**

4.1 Afirmamos que el número de control pre natal cumplido según norma, es una variable de atención sanitaria significativa al 95% para el acceso a los componentes del paquete básico pre natal, sin embargo aun con la presencia del SIS, el CPN, per se, no adquiere la suficiente fuerza para impulsar la probabilidad de incremento de los componentes pre natales al 100% de cobertura.

4.2 El número de control pre natal cumplido según norma, también es una variable de atención sanitaria significativa al 95% para la atención de

parto en establecimientos de salud, aunque sin el impulso suficiente para la probabilidad de la atención de parto sanitario al 100 % en el ámbito oficial del MINSA, ni en las zonas urbanas, tampoco en las rurales, a pesar de la intervención del SIS.

- 4.3 El CPN como una variable predictora de cobertura de componentes pre natales y de parto en establecimientos de salud, no se identifica como un factor con la suficiente fuerza para el impulso a ambas atenciones sanitarias, ni en el periodo pre SIS, ni en el intervenido por el Seguro Integral de Salud.
 - 4.4 El número de CPN cumplidos por norma se consolida como un factor protector significativo al 95 %, para los partos eutócicos, cuya variación de comportamiento alcanza a más del 90%. El que la gestante cumpla con el número pre natal normado, implica un diagnóstico y posibles intervenciones médicas más oportunas, para lograr un parto en condiciones normales.
5. Finalmente, respecto a la **Cobertura Financiera**, Perú destina un gasto en salud, entre los más bajos de América Latina, considerado como insuficiente para el sector sanitario, pero en relación a nuestros resultados, pensamos que este no es el mayor problema a enfrentar. Más importante que el "insuficiente financiamiento", es el desarrollo de inapropiados procesos financieros que subyacen en un fragmentado sistema administrativo sanitario, *donde la planificación, la logística y la programación*, no toman direcciones coordinadas, superponiéndose unos a otros, concibiendo puntos de vista diferentes, aun cuando todo este proceso esta normado, generando inadecuadas decisiones financieras, cuya consecuencia termina en el incorrecto uso de recursos ante las necesidades prioritarias, lo cual se expresa en el 40% de saldos de las transferencias, presupuesto con destino incierto, así como un menor presupuesto destinado a la reposición de insumos médicos que en la región de más pobreza solo llega al 46%. Procedimientos que, a su vez, generan la limitada

capacidad resolutive u oferta sanitaria del 58% y, consecuentemente, las restringidas coberturas oportunas de las acciones de salud.

6. El análisis de las coberturas de salud y financieras en función de indicadores integrados, nos ha permitido valorar el sistema sanitario en función de particularidades relacionadas, así como conocer su realidad más concreta pero de forma holística, circunstancias que no se visualizan en la cobertura general.
7. El Seguro Integral de Salud, pensado y adaptado en la perspectiva de una reforma sanitaria que contribuya a mejorar la salud de poblaciones más necesitadas, guarda la garantía de las coberturas del aseguramiento, sin que eso se haya replicado en la oferta, predisponiendo a continuar con la prevalencia de la morbi-mortalidad materna.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados de mayor trascendencia obtenidos con nuestra investigación, nos permitimos dos sugerencias que pueden contribuir a la mejora del sistema de salud actual.

1. Las normas del Seguro Integral de Salud, acogen una perspectiva inclusiva y de equidad en su población objetivo (en pobreza y pobreza extrema), normas que son únicas y aplicables en todos los contextos, sin considerar las diferencias del entorno de Costa, Sierra y Selva. Así, el perfil epidemiológico de mortalidad materna es mayor en la Sierra y Selva con poblaciones más pobres, que en la Costa. De la misma forma, factores sociales como la educación, la cultura y el idioma, favorecen menos a las mujeres de los dos primeros ámbitos. A ello se suma la menor oferta sanitaria lo que predispone una menor posibilidad para el acceso a los servicios de salud.

Por tanto, se recomienda considerar las diferencias de contexto, por exposición de necesidades locales y/o particulares, con la finalidad de lograr mejores coberturas de atención lo que, a su vez, permitiría proteger el financiamiento, en una dimensión más eficiente.

2. La cobertura general de atención materna, en función del análisis de atenciones aisladas, nos expone un panorama general de la situación sanitaria, en tanto no evidencian la complejidad de la dinámica de las acciones de salud. Esta perspectiva, la hemos obtenido al aplicar un análisis de integración de componentes maternos en función del cumplimiento de protocolos, lo que nos ha mostrado una visión concreta, en un contexto de diversidad vinculante, con coberturas restringidas de cumplimiento de protocolos, lo cual alerta de la situación real del sistema sanitario peruano. Citamos algunos resultados de la aplicación de los Indicadores Integrados en el análisis de coberturas de oportunidad. En el marco del cumplimiento del número de CPN normado, la

Costa alcanza una cobertura de parto de 61%, con un máximo umbral de cumplimiento de protocolo pre natal del 62%, en tanto que en la Selva, el 67,1% de parto sanitario se atiende con un menor cumplimiento de protocolo pre natal, 54,5% , y lo mismo ocurre en la Sierra, donde un gran porcentaje de mujeres que atienden su parto con el número de CPN normado (72,2%), aproximadamente, solo el 47,5% lo hacen en condiciones de protocolo pre natal cumplido.

A ello se suma los resultados de la cobertura por asociación y dependencia, los que también exponen un marco de cobertura limitada, donde no se alcanza la respuesta esperada ante la influencia de un predictor que se esperaría justifique el mayor comportamiento de los componentes de la atención materna.

Estos resultados, inevitablemente, se sustentan en un sistema sanitario cuya capacidad de respuesta encuentra sujeción en el aspecto financiero, donde las incongruencias encontradas en el proceso del financiamiento del SIS y la ejecución del gasto, acontece en el desenlace de los resultados de cobertura materna.

Estas evidencias de análisis integrado, nos demuestran la verdadera dimensión del cumplimiento de protocolos sanitarios y, la estimación de brechas y coberturas concretas en la atención materna, sustentado en aspectos financieros. Aspectos que no se verifican con los indicadores aislados hasta hoy, aplicados por el Ministerio de Salud, que tienden a sub estimar la capacidad real del sistema en su conjunto.

En este sentido y dada la complejidad del sistema de salud, creemos importante sugerir la aplicación de "Indicadores Integrados". La valoración aislada que se emplea en la actualidad nos proporciona evidencias generales, pero resulta insuficiente para el análisis de acontecimientos de procesos que son dinámicos e interrelacionados y, que necesitan la estimación conjunta de ellos, en la medida de visualizar una realidad cohesionada, que nos fundamente un verdadero funcionamiento del sector sanitario.

Cuando la aplicación de los indicadores integrados rescaten estas evidencias, en tanto resultados deprimentes o exitosos, también sustentarán intervenciones de avance integradas, por ejemplo, el Seguro Integral de Salud, aplicado en un sistema institucional que responda a la innovación.

Con esta perspectiva de integridad, es necesario que las nuevas y futuras investigaciones acojan entre sus objetivos, el estudio conjunto de indicadores, para coadyuvar en el fortalecimiento de los sistemas, como un todo integrado.

BIBLIOGRAFIA

1. Alcántara, E., & Ortíz, J. (2002). *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú* (Vol. 7). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima.
2. Alfaro, N., y Campos, G. (2014). Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Revista de Enfermería actual de Costa Rica*, (26), 1-19. En: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/cuidado.pdf> ISSN 1409--4568.
3. Almeida, C. (2002). *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. *Cad. Saúde Pública*, 18 (4), 905-925.
4. Althabe, F., & Belizán, J. M (2006). *Caesarean section: the paradox*. *The Lancet*. 368. (9546), 1472-1473.
5. Alves, D., Guimaraes da Silva, M., y García, C. (2009). La exactitud del examen de orina simple para diagnosticar infecciones del tracto urinario en gestantes de bajo riesgo. *Revista Latinoamericana Enfermería*, 17(4), 507-513.
6. Alzina Forteza, A. (2006). *MEDICINA para el cuerpo y para el alma*. Editorial N.A. Madrid.
7. Amnistía Internacional (2009). *La Salud Materna es un Derecho Humano. Deficiencias Fatales. Las Barreras de la Salud Materna en el Perú*. Editorial Amnistía Internacional. Madrid.
8. Anaya, R., Artaza, O., González, E., Manuell, G., y Sagastuy, B. (2013). *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*. México D.F.: Organización Panamericana de la Salud, OPS/Organización Mundial de la Salud, OMS.
9. Aramburu, C., E. (2008). *Programas Sociales en el Perú, elementos para una propuesta desde el control gubernamental*. Contraloría General de la Republica, Agencia de Cooperación Alemana GTZ. En: <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/handle/123456789/1538>.
10. Arias, X., C. (2009). La crisis de 2008 y la naturaleza de la política económica. *Documentos de Trabajo (IAES, Instituto Universitario de Análisis Económico y Social)*, (4), 1.

11. Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., y Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-175.
12. Arósquipa, C., Pedroza, J., Cosentino, C., y Pardo, K. (2007). La ayuda oficial al desarrollo en salud en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 24(2), 163-178.
13. Arroyo Laguna, J. (2000). *SALUD: LA REFORMA SILENCIOSA. Políticas Sociales y de Salud en el Perú de los 90*. Facultad de Salud Pública y Administración- Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
14. Arroyo, J., Hartz, J., y Lau, M. (2011). Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. *Serie Bibliográfica de Recursos Humanos de Salud* (No. 14). Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Lima.
15. Archabald, K. L., Friedman, A., Raker, C. A., & Anderson, B. L. (2009). Impact of trimester on morbidity of acute pyelonephritis in pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 201(4), 406-e1.
16. Armijo, J., Soto-Aguilar, F., y Brito, C. (2012). Tétanos generalizado: caso clínico y revisión del tema. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(4), 229-233.
17. Ashford, L. (2002). Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados. *Boletín Normativo. Population Reference Bureau*. Washington, D.C.
18. Ávila, J., Tavera, M., y Carrasco, M. (2013). *Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011-2012*. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Lima.
19. Balarin, B., M. (2012). *El gobierno de la educación en Inglaterra y Perú: una mirada comparada desde la economía política*. Avances de Investigación, 5. Lima. GRADE. [solo versión digital]. En: <http://www.grade.org.pe/publicaciones/1081-el-gobierno-de-la-educacion-en-ingles-y-peru-una-mirada-comparada-desde-la-economia-politica>.
20. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). *Política de Salud Pública del Banco Interamericano de Desarrollo*. En: <http://www.iadb.org>.

21. Banco Mundial. *Gasto en Salud per cápita y como porcentaje del PIB*. Base de datos, año 2010. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>.
22. Banco Mundial. *Porcentaje de embarazadas que reciben atención médica pre natal*. Base de datos, año 2010. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador>.
23. Bardales del Águila, C. (2002). *Proyecto Observatorio de la Salud. La Salud en el Perú*. Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES. En: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pd.
24. Bérard, A., Santos, F., Ferreira, E., & Perreault, S. (2011). Urinary tract infections during pregnancy. En: <http://cdn.intechweb.org/pdfs/20569.pdf>
25. Berg, C., Danel, I., y Mora, G. (1996). *Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas. Washington D.C.
26. Berrocal de Montestrupe, L., Delgado Bocanegra, C., Vergara Príncipe, L., (2006). *Impacto de las intervenciones en salud perinatal sobre la mortalidad neonatal en el Perú*. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] - Centro de Investigación y Desarrollo. Lima.
27. Biblioteca virtual de la cooperación internacional. *Agentes Cooperantes*. Base de Datos. En: <http://www.bvcooperacion.pe>.
28. Birdsall, N., & Hecht, R. (1995). *Swimming against the tide: strategies for improving equity in health. Working papers*. World Bank. Washington, D.C. En: www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-305.pdf
29. Bhutta, Z. A., Rizvi, A., Raza, F., Hotwani, S., Zaidi, S., Hossain, S. M., & Bhutta, S. (2009). A comparative evaluation of multiple micronutrient and iron–folic acid supplementation during pregnancy in Pakistan: impact on pregnancy outcomes. *Food and nutrition bulletin*, 30 (4 suppl4), S496-S505.
30. Buvinic, M., Nomonde X., Stanton M., E. (2010). *The impact of Maternal Mortality and Morbidity on Economic Development*. Sexta Reunión de dialogo de Políticas de promoción de la salud materna. USAID. Washington, D.C.
31. Brabin BJ, Ginny M, Sapau J, Galme K & Paino J (1990). Consequences of maternal anemia on outcome of pregnancy in a malaria endemic area in Papua New Guinea. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 84(1), 11-24.

32. Bravi, O., M. A., Pedrozo, L. R., Santillán, R. M. (2012). Características de los Controles Prenatales de Pacientes Puérperas Internadas en el Hospital "Dr. José R. Vidal" de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. N° 213: 5-8. Diciembre.
33. Breyman, C. (2012). Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo y en el posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 58(4), 313-328.
34. Calle, A., Barrera, M., y Guerrero, A. (2015). Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia*, 54(4), 233-243.
35. Camarena, L., y Von, C. (2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. *RevFacNac Salud Pública*, 25(1), 40-49.
36. Campos Solórzano, T., Canchucaja Gutarra, L., y Gutarra-Vilchez, R. B. (2013). Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59(4), 267-274.
37. Capacidad Instalada del Sector Educativo, 1990-1995 (1998). *Revista Autoeducación*. Nro. 54. Lima.
38. Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Mugford, M., & WHO Antenatal Care Trial Research Group. (2001). WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *The Lancet*, 357(9268), 1565-1570.
39. Castillo Velásquez, O., Días Nosiglia, J. J., y Reyes Flores, M. (2011). *Tercer Informe. Intervención Pública Evaluada: Servicio de Vacunación*. Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas. En: https://www.mef.gob.pe/.../2010_informe_final_VACUNACIONES.pdf
40. Churchill, D., & Duley, L. (2007). Conducta activa versus conducta expectante para la preeclampsia severa antes de término. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2002, Issue 3. No.: CD003106. DOI: 10.1002/14651858.CD003106.
41. CIE-10 (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud*. Vol. 3. OPS. Washington, D.C.

42. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] - ONU (2001). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2000-2001*. Publicación de las Naciones Unidas LC/G.2138-P. Santiago de Chile.
43. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] – ONU (2010). *Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos Pendientes y Nuevos Desafíos*. Editorial CEPAL. Santiago de Chile.
44. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] - ONU. (2012). *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2012*. Santiago de Chile.
45. Consejo nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud afiliados al Seguro Popular*. México, D.F.
46. Consorcio de Investigación Económica y Social [CIES] (2003). *Proyecto de Desarrollo Comunitario Auto-sostenible en perspectiva Comparada. Informe Final de Investigación*. 1ª etapa. Lima.
47. Cordero, L., Herrera J., Yamada G. (2003). *Líneas de pobreza ajustadas por necesidades de salud: el caso peruano. Working Paper*. Universidad Cayetano Heredia / OPS. Lima.
48. Cram, L. F., Zapata, M. I., Toy, E. C., & Baker 3rd, B. (2002). Genitourinary infections and their association with preterm labor. *American family physician*, 65(2), 241-248.
49. Cuervo, L. G., & Mahomed, K. Treatments for iron deficiency anaemia in pregnancy. The Cochrane Library. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003094. DOI: 10.1002/14651858.CD003094. Published Online.
50. Darwin (2009). *El Origen de las especies*. Editorial EDAF, S.L. Madrid.
51. Decreto Supremo 016-2009-SA. “Aprueban Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS”. Lima, Noviembre del 2009.
52. Decreto de Urgencia 048-2010. “Establecen Medidas Extraordinarias para la Implementación de Mecanismos para el Incremento de la Cobertura para el Aseguramiento en Salud”. Lima, Julio del 2010.
53. Del Valle, M., y Alfageme, A. (2009). *Análisis de Focalización de la Política Social. Series de Documentos de Trabajo, DT*. Banco Central de Reserva del Perú. Lima.
54. Del Carpio Ancaya, L. (2013). Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 461-464.

55. Del Carmen Sara, J.,C. (Vice Ministro de Salud) (2013). *“Antecedentes y Perspectivas de la Reforma de Salud en el Perú”*. Presentación en el VI Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud. Lima.
56. Dierna, R., Salazar, X., Vargas, R., Nacarato, P., y Guzmán, C. (1999). *Salvarse con bien: el parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú (técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido)*. Ministerio de Salud, Proyecto 2000. Lima.
57. Dimetry, S. R., El-Tokhy, H. M., Abdo, N. M., Ebrahim, M. A., & Eissa, M. (2006). Urinary tract infection and adverse outcome of pregnancy. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 82(3-4), 203-218.
58. Duarte, G., Marcolin, A. C., Quintana, S. M., & Cavalli, R. C. (2008). Urinary tract infection in pregnancy. *Revista Brasileira de Ginecología e Obstetricia*, 30(2), 93-100.
59. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México (2012). En: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/AnemiaMujeres.pdf>
60. Escobal, J., Saavedra, J., y Torero, M. (1998). *Los activos de los pobres en el Perú. Documento de trabajo. Nro. 26*. GRADE, Lima.
61. Escobal, J., Saavedra, J., y Vakis, R. (2012). *¿Está el piso parejo para los niños en el Perú?: medición y comprensión de la evolución de las oportunidades*. Banco Mundial. GRADE. Lima.
62. Esguerra, Velandia, C. R., Esguerra de Cardenas, I. (1991). “Causas de Inasistencia al Control Pre Natal, Estudio Descriptivo en Bogotá”. *Avances en Enfermería*. VOL. IX (2), 99-107.
63. Fernández de Sanmamed, A. F., Ruiz Eugenio, L., y Vreecer, N. (2013). La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Vol. XVII, núm. 427 (5).
64. Ferreira Moura, E. R., Holanda Jr, F., & Pereira Rodríguez, M. S. (2003). Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil Evaluation of prenatal care in a micro-regional health system in the State of Ceará, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 19(6), 1791-1799.
65. Filippi, V., Ronsmans, C., Campbell, O. M., Graham, W. J., Mills, A., Borghi, J., & Osrin, D. (2006). Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet*, 368(9546), 1535-1541.

66. Francke, P. (1996). Programas sociales en el Perú: alcance actual y retos a futuro. En: *Cómo estamos? Análisis de la encuesta de niveles de vida*. Editorial Universo S.A. Instituto Cuanto. Lima.
67. Francke, P. (2010). Políticas para un crecimiento con equidad. En: *Opciones de política económica en el Perú: 2011-2015*. Fondo Editorial: Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
68. García Sayán, D. (2009). Impactos Económicos y Políticos en América Latina. *Revista Nueva Sociedad No 223*. 0251-3552. Setiembre-Octubre. En: www.nuso.org
69. Garza Elizondo, M. E., Rodríguez Casas, M. S., Villarreal Ríos, E., Salinas Martínez, A. M., & Núñez Rocha, G. M. (2003). Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Revista española de salud pública*, 77(2), 267-274.
70. Giddens, A. (1987). *Las Nuevas Reglas del Método Sociológico*. Amorrortu Eds. Buenos Aires.
71. Global Health Observatory Data Repository 2010. *Mortalidad Infantil*. En <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>
72. Global Health Observatory Data Repository 2010. *Mortalidad materna*. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>
73. Global Health Observatory Data Repository, 2010. *Mejora de las Instalaciones Sanitarias*. En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>.
74. Gomes-Temporão, J., y Faria, M. (2014). Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 740-746.
75. Gutiérrez, J.,P. (2013). Editorial: Cobertura Universal de Salud en México. Las brechas que persisten. *Salud Pública de México*, 55 (2), 153-154.
76. Haider, B. A., Yakoob, M. Y., & Bhutta, Z. A. (2011). Effect of multiple micronutrient supplementation during pregnancy on maternal and birth outcomes. *BMC Public Health*, 11(3), 1-9.
77. Heredia-Pi, I., Serván-Mori, E., Reyes-Morales, H., y Lozano, R. (2013). Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud Pública de México*, 55, S282-S288.

78. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación. 4ª edición. *Editorial McGraw-Hill*, México D.F.
79. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México, D.F.
80. Hill, K., Hermida, J., Boucar, M., Tawfik, Y., y Marquez, L. (2010). *Prevención de la Hemorragia Post-Parto: La Importancia del Mejoramiento de la Calidad. Reporte Técnico*. University Research Co., LLC (URC). Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Bethesda, Maryland.
81. Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M., & Murray, C. J. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The lancet*, 375(9726), 1609-1623.
82. Instituto Cuánto. ENNIV 1985-1986, 1991, 1994, 1997, 2000. Lima.
83. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. *Censo Nacional 1993. IX de Población y IV de Vivienda. Sistema de Consulta de Datos. Base de Datos*. En: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/censos>.
84. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (1996). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar, ENDES 1996. Resumen*. Lima.
85. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (1996). *Proyecciones Departamentales de la Población 1995-2015*. Lima.
86. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2002). *Condiciones de Vida en los Departamentos del Perú, 2001*. Lima.
87. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2009). *Perú, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050*. Lima.
88. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2009). *Estado de la Población Peruana 2009: Situación de la Mujer*. Lima.
89. Instituto de Estadística e Informática [INEI] (2009). Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural, por Sexo y Edad Quinquenal, según Departamentos 2000 – 2015. *Boletín especial número 19*. Lima.
90. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011). Perú: Perfil de la Pobreza por Departamentos, 2001-2010. *Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales*. Lima.

91. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2011). *Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales [ENESA] 2009 y 2011, Principales Resultados*. Lima.
92. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. Base de datos en Internet. *Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas y Esenciales*. En: <https://www.google.com.pe>
93. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] - *Encuesta Nacional de Hogares 2010-2011. Base de Datos*. En: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos>.
94. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES]. Sección: 4A. Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia, 1996, 2000, 2005, 2010 y 2012*. Base de datos. En: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos>.
95. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] – *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES] (2012). Atención de CPN por personal calificado*. Base de datos. En: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos>.
96. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2012). *Tasa de analfabetismo porcentaje de la población de 15 años a más, que no sabe leer ni escribir. 2003-2009, según departamentos*. Lima.
97. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2013). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2012. Nacional y Departamental*. Lima.
98. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2013). *Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011*. Lima.
99. Instituto Nacional Materno Perinatal [INMP] *ESTADÍSTICAS – INMP. Controles Prenatales del año 2010 y 2012*. En: <http://www.impn.gob.pe>
100. Itinerario del Paciente Crónico (2013). *Instituto Global de Salud Pública de la Universidad Internacional de Catalunya*. Madrid.
101. Jacquard, A. (1996). *Yo Acuso a la Economía Triunfante*. Traducción de Pilar Donoso. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.
102. Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., y Ghosh, G. (2015). Salud global 2035: un mundo convergiendo en el lapso de una generación. *Salud pública de México*, 57(5), 444-467.

103. Jaramillo, C. F., y Silva-Jáuregui, C. (2011). *Perú en el umbral de una nueva era: Lecciones y desafíos para consolidar el crecimiento económico y un desarrollo más incluyente*. Notas de Política. Vol. I. Banco Mundial. Lima.
104. Jaspers, D. (2010). Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Naciones Unidas, CEPAL, CELADE. Santiago.
105. *Joint Learning Initiative (2006): "Recursos Humanos para la Salud: Superemos la Crisis"*. En: Cueto M., y Zamora V., (ed): *Historia Salud y Globalización*. Lima: IEP, UPCH. pp. 181-204.
106. Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., y Kershenobich, D. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública de México*, 55(2), 207-235.
107. Karlsson, H., y Pérez Sanz, C. (2009). *Hemorragia postparto*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 32 (Supl. 1): 159-167. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.
108. Koch, E., Thorp, J., Bravo, M., Gatica, S., Romero, C. X., Aguilera, H., & Ahlers, I. (2012). Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoSone*, 7(5): e36613. doi:10.1371/journal.pone.0036613.
109. Lavilla Ruiz, H. (2012). *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009*. Informe Final. Consorcio de Investigación Económica y Social - CIES. Lima.
110. Lazarte, S., Isse, B. (2011). Prevalencia y Etiología de anemia en el embarazo. Estudio Observacional Descriptivo en el Instituto de Maternidad de Tucumán. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(8), 28-35
111. Lazcano-Ponce, E., Schiavon, R., Uribe-Zúñiga, P., Walker, D., Suárez-López, L., Luna-Gordillo, R., y Ulloa-Aguirre, A. (2013). Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública México*, 55 (2), 214-224.
112. Ley 27657. Ley del Ministerio de Salud. Inciso: 9.4 "El Seguro Integral de Salud." Lima, Enero 2002.
113. Ley 27853. "Ley del trabajo de la Obstetrix". Lima, Setiembre 2002.

114. Ley General de Salud NR - México. Última Reforma publicada DOF 25-01-2013.
115. Li, D., Ballarte, V. R., & Yamasato, L. K. (1996). *Perú: proyecciones departamentales de la población, 1995-2015*. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima.
116. Li, X. F., Fortney, J. A., Kotelchuck, M., & Glover, L. H. (1996). The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 54(1), 1-10.
117. Lyotard, J., F. (1991). *La Condición Postmoderna, Informe sobre el saber*. Editorial R.E.I. Buenos Aires.
118. López M., E. (s.f.) *Mujeres y Hombres en la Educación*. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Dirección General de Políticas de Desarrollo Social. En: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5A3B05ABDFEC7CF305257A3600727387/\\$FILE/mujeres_hombres_educacion.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5A3B05ABDFEC7CF305257A3600727387/$FILE/mujeres_hombres_educacion.pdf)
119. Lozano, R., Wang, H., Foreman, K. J., Rajaratnam, J. K., Naghavi, M., Marcus, J. R., & Lopez, A. D. (2011). Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *The Lancet*, 378(9797), 1139-1165.
120. Maine, D., Akalin, M. Z., Ward, V. M., y Kamara, A. (1997). Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. *Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia*. New York.
121. Martínez Usarralde, M., J. (2009). *La Educación en América Latina: entre la calidad y la equidad*. Editorial Octaedro (1ª edición.) Barcelona.
122. Martínez Galiano, J., M., y Delgado Rodríguez, M. (2013). Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *GacSanit*, 27(5), 447-449.
123. Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. *Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)*. En: <http://sisfoh-fse.sisfoh.gob.pe>.
124. Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. *¿Qué se entiende por Filtración y Subcobertura?* En: <http://www.mef.gob.pe>.
125. Ministerio de Economía y Finanzas [MEF] - Portal de Transparencia Económica. *Presupuesto y ejecución de ingresos*. En: <http://mineco.gob.pe>

126. Ministerio de Economía y Finanzas. Resolución Directoral N° 052-2000-EF/76.01. *Clasificadores y maestro del Clasificador de Ingresos y Financiamiento Año Fiscal 2001*. Lima.
127. Ministerio de Economía y Finanzas. Resolución Directoral 003-2007-EF/76.01. *Directiva para la Ejecución Presupuestaria y Anexos por nivel de Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local*. Lima.
128. Ministerio de Economía y Finanzas. Directiva 005-2010-EFE/76.01. *Directiva para la Ejecución Presupuestaria*. Modificada por la Resolución Directoral N° 022-2011-EF/50.01. Lima.
129. Ministerio de Educación [MINEDU] – Oficina de Medición de la Calidad de los Aprendizajes (s.f.). *Evaluaciones Internacionales: Se publican Resultados PISA 2012*. En: www.//umc.minedu.gob.pe
130. Ministerio de Salud [MINSA] Dirección técnica de Planificación Sectorial. (1990). *Política Nacional de Salud. Principales logros, 1985-1990*. Lima.
131. Ministerio de Salud [MINSA] (1991). *Hacia un sistema nacional regionalizado e integrado de salud (objetivos, políticas, metas): gestión gubernamental 1990-1995*. Lima.
132. Ministerio de Salud [MINSA] - Dirección General de Salud de las Personas - Sub Programa de Salud Materno Perinatal. *Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal, Perú 1995*. Lima.
133. Ministerio de Salud [MINSA]. 2° CENSO DE INFRAESTRUCTURA SANITARIA Y RECURSOS DEL SECTOR SALUD 1996. Manual de llenado de Hospitales – Clínicas. Lima.
134. Ministerio de Salud [MINSA] - Dirección de Atención de Salud a las Personas (2001). *GUIAS CLINICAS DE PROCEDIMIENTOS DE OBSTETRICIA, HEMORRAGIA POST PARTO*. Boletín informativo. Lima.
135. Ministerio de Salud [MINSA] *Resolución Ministerial 463-2001-SA-DM. Constituir la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del sistema Nacional de Salud*. Lima.
136. Ministerio de Salud [MINSA] - USAID (2002). *Perú: Estudio de demanda de servicios de salud*. Lima.

137. Ministerio de Salud [MINSA] (2002). *Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2000-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006*. Lima.
138. Ministerio de Salud [MINSA] – USAID. Proyecto 2000 (2002). *Agenda para la Sostenibilidad de los Procesos Instalados y los Productos Logrados con el Proyecto 2000*. Informe de la reunión técnica con las Mesas Departamentales de Concertación de Lucha contra la Pobreza. Documento Técnico n. 9. Lima.
139. Ministerio de Salud [MINSA] - Oficina General de Epidemiología (2003). *Mortalidad Materna en el Perú, 1997-2002*. En: <http://saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Enlaces/020.pdf>.
140. Ministerio de Salud [MINSA] - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud (2004). *NORMA TÉCNICA: CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SECTOR SALUD*. N T N° 0021- MINSA / DGSP V.01. Lima.
141. Ministerio de Salud [MINSA] - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Atención Integral a la Salud (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva*. Lima.
142. Ministerio de Salud. *Resolución Ministerial 751-2004/MINSA. Aprobar la Norma Técnica Nro. 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud"*. Lima.
143. Ministerio de salud [MINSA] Resolución Ministerial N° 725-2005/MINSA. Ampliar la vigencia de Tarifas del Seguro Integral de Salud. Lima.
144. Ministerio de Salud [MINSA] - Oficina General de Estadística e Informática (2005). *Especial de Infraestructura Sanitaria en el Perú*. Boletín. Vol. 5. En: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/boletines/InfraestructuraSanitaria.pdf>
145. Ministerio de Salud Perú [MINSA] - Dirección General de Epidemiología. (2007). *TENDENCIA Y SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE DAÑOS EN VIGILANCIA*. Boletín Epidemiológico. Vol. 16 (52). Lima.
146. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 315-2007/MINSA. *Aprueba la Directiva 110-2007- MINSA/DGSP-V.01 Implementación de Flujogramas de procesos de atención de afiliados del Seguro Integral de Salud, en los Establecimientos del MINSA*. Lima.

147. Ministerio de la Protección Social [MPS]- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud [PARS] (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Tomo I*. Editorial Scripto Ltda. Bogotá.
148. Ministerio de Salud [MINSa] R.M. N° 240-2009/MINSa. Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado. Lima
149. Ministerio de Salud [MINSa] –Presupuesto por Resultados [PpR] (2010). *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, VIH SIDA y TBC, Metaxenicas-Zoonosis, Enfermedades no transmisibles*. Lima.
150. Ministerio de Salud [MINSa], Dirección General de Epidemiología (2010). *Análisis de la Situación de Salud en el Perú*. Lima.
151. Ministerio de Salud [MINSa] (2010). *Aseguramiento Universal*. Boletín 07. Lima.
152. Ministerio de Salud [MINSa] - Seguro Integral de Salud. (2010). *Guía de Orientación para la incorporación y Uso de las transferencias financieras efectuadas por el SIS*. En: http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/presupuesto/SIS-Guia-SIS-de-Orientacion-para-el-Uso-de-las-Transferencias-Financieras.pdf.
153. Ministerio de Salud [MINSa] R.M. N° 612-2010/MINSa, Aprobó el Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado. Lima.
154. Ministerio de Salud [MINSa] - Instituto Nacional de Salud [INS] - Centro Nacional de Alimentación y Nutrición [CNAN] (2011). *Informe: Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas*. Lima
155. Ministerio de Salud [MINSa] - Seguro Integral de Salud. *Directiva 002-2011-SIS-GNF "Directiva que Regula el Proceso de Revisión de la Ejecución de Gastos en las Unidades Ejecutoras que reciben Financiamiento del SIS para la Atención de los Asegurados Inscritos"*. Aprobada con Resolución Jefatural Nro. 185-2011/SIS. Lima.
156. Ministerio de Salud [MINSa] - Seguro Integral de Salud. Directiva 003-2011-SIS/GO. *"Directiva que regula el proceso de afiliación a los componentes subsidiado y semisubsidiado del Seguro Integral de Salud en el ámbito donde no se aplica el aseguramiento universal de salud"*. Aprobada por Resolución Jefatural Nro. 063-2011/SIS. Lima.
157. Ministerio de Salud [MINSa] - Seguro Integral de Salud. *Directiva Administrativa número 002-2012-SIS/GNF-V.01 Directiva Administrativa que Establece el Procesos*

de Valorización de Prestaciones de Salud del Seguro Integral de Salud. Aprobada por Resolución Jefatural Nro. 076-2012/SIS. Lima.

158. Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología (2012). *ANALISIS DE SITUACION DE SALUD. Situación de la muerte materna en el Perú, en base a los datos de la vigilancia epidemiológica. Boletín epidemiológico*. Nro. 26. Vol. 21. Lima.
159. Ministerio de Salud [MINSa] – *Presupuesto por Resultados [PpR] Documento de trabajo preliminar (2012): Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013*. Lima.
160. Ministerio de Desarrollo Social – Gobierno de Chile. *SALUD. Informe de Política Social 2012*. En: www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl.
161. Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Epidemiología. (2013). *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011*. Lima.
162. Ministerio de Salud [MINSa] - Red de Salud Chucuito – Dirección de Salud Puno. Oficina de Estadística e informática (2013). *Estadísticas de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva*. Juli, Puno.
163. MINSALUD - Instituto Nacional de Salud (2014). *Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Tétanos Neonatal*. PRO-R02.035. Versión 01. Bogotá.
164. Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Planeamiento y Presupuesto, Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud (2015). *Cuentas nacionales de salud, Perú 1995 – 2012*. OPS/OMS. Lima.
165. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública-División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital-Programa Nacional Salud de la Mujer. *Guía Perinatal 2015*. Santiago de Chile.
166. Ministerio de Salud [MINSa] Dirección General de Planeamiento y Presupuesto (2015). *Cuentas nacionales de salud, Perú 1995-2012*. Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Lima
167. Ministerio de Salud [MINSa]- Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud [DARES]. En:www.dares.minsa.gob.pe
168. Mittal, P. & Wing, D.A. (2005). *Urinary tract infections in pregnancy*. Clinics in Perinatology. PubMed. 32(3), 749- 764.

169. Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., y Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Pan American Journal of PublicHealth*, 8, 71-83.
170. Moncada, G., Webb, R., Agüero, J., Cortez, R., Valle, M. D., Escobal, J., y Vinelli, A. (1996). *Cómo estamos? análisis de la encuesta de niveles de vida*. Instituto Cuánto. Lima.
171. Montenegro Torres, F., & Acevedo, O., B. (2013). Colombia case study: the subsidized regime of Colombia's National Health Insurance System. Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) No. 15. Washington, D.C.: World Bank Group.
172. Munares García, O., F. (2005). *Estudio de la Calidad del control pre natal en establecimientos de salud, del primer nivel de atención de Lima*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
173. Munares-García, O., Gómez-Guizado, G., Carpio, B. D., y Sánchez-Abanto, J. (2012). Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 329-336.
174. Murillo, J. P. (2002). *Efecto de las intervenciones en salud en el perfil de determinantes intermedios y próximos de la mortalidad infantil para el período 1990-2000*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, [INEI] - Centro de Investigación y Desarrollo, CIDE. Lima.
175. Naciones Unidas [NU] - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1996). *Quince Años de Desempeño Económico. América Latina y el Caribe, 1980-1995*. Editorial ECLAC. Santiago de Chile.
176. Ñañez, H., y Ruiz, A. (1999). *Infección urinaria y embarazo. Texto de obstetricia y perinatología*. Facultad de Medicina-Instituto Materno Infantil de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
177. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud del Perú [IDREH] (MINSA) (2006). *El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud*. n. 5. Lima.
178. Olivera, M., V. (2002). *Efecto de las intervenciones del Estado en la utilización de servicios de salud maternos en el Perú, 1991-2000: cambios y factores asociados*.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]-Centro de Investigación y Desarrollo [CIDE]. Lima.
179. Olivares, G., M., y Walter, K., T. (2003). Consecuencias de la deficiencia de hierro. *Revista chilena de nutrición*, 30(3), 226-233.
 180. Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). Salud 21. *Salud para todos en el siglo XXI*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
 181. Organización Mundial de la Salud (2005). *Cada madre y cada niño contarán. Informe sobre la salud en el mundo 2005*. Ginebra.
 182. Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*. Ginebra.
 183. OMS, UNICEF, BANCO MUNDIAL (2010). Vacunas e inmunización: situación mundial. Tercera Edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
 184. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Mortalidad Materna. Centro de Prensa, Nota Descriptiva n. 348*. Mayo. Ginebra.
 185. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Un Nuevo Enfoque Global sobre Nacimientos Prematuros*. Ginebra. En: www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_prematurity_day
 186. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Vacuna antitetánica. En: http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf?ua=1
 187. Organización Mundial de la Salud [OMS] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978). *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra.
 188. Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Agua. Centro de Prensa. Nota descriptiva Nro. 391*. En: <http://www.paho.org/Spanish>.
 189. Organización de Naciones Unidas [ONU] (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015*. Naciones Unidas. Nueva York.
 190. Paganini, J. M. (1998). La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Revista panamericana de salud pública*, 4(5), 305-3010.
 191. PAHO, O. (1996). Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en Las Américas 1990-1994. Washington, D.C.: OPS.

192. Pamuk, E. R., Fuchs, R., & Lutz, W. (2011). Comparing relative effects of education and economic resources on infant mortality in developing countries. *Population and Development Review*, 37(4), 637-664.
193. Panduro, B., J.G.; Pérez, M., J.J.; Panduro, M., E.G.; Castro, J. F., y Vázquez G., M. D. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(3), 169-174.
194. PATH (2004). "Preventing Postpartum Hemorrhage: Toolkit for Providers. Library Reference Version." Washington, DC: PATH.
195. Paz Zulueta, M. (2012). *Factores Asociados al Cumplimiento del Protocolo de Embarazo en Inmigrantes Africanas y su Repercusión en la Morbilidad Neonatal en Cantabria*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria, Santander.
196. Pena Rosas JP, Viteri FE. (2007). *Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy* (Review).Cochrane Database Syst Rev. 19 (3), 1-139.
197. Pérez, J., P. (2013). *Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la Ciudad de Villa Gobernador Galvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011*. Tesis de Maestría. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Lanús.
198. Pita Fernández, S., y Pértegas Díaz, S. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. A Coruña (España). 9: 76-78.
199. Presidencia del Consejo de Ministros. *Resolución Ministerial 399-2004-PCM. Sistema de Focalización de Hogares y Directiva de Funcionamiento*. Lima.
200. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2011). *Índice de Desarrollo Humano. Base de datos*. En: <http://www.undp.org/>
201. *Pschyrembel, W. (1981). Obstetricia Práctica*. Cuarta edición. Editorial Labor S.A. Barcelona.
202. Quiroga-Feuchter, G., Robles-Torres, R. E., Ruelas-Morán, A., y Gómez-Alcalá, A. V. (2007). *Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada*. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 45 (2), 169-172.

203. Ramos, M., Choque, R. (2007). *La educación como determinante social de la salud en el Perú*. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; (Cuadernos de Promoción de la salud; 22). Lima.
204. Resumen ejecutivo de la Serie sobre Supervivencia Materna de Lancet. The Lancet. En:
<http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Lancet%20MS%20Exec%20Summary%20Spanish.pdf>
205. Restrepo Sarmiento, M. M., y Restrepo, C. G. (2004). Sesgos en diseños analíticos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 327-335.
206. Rodríguez Haro, I., Salazar Castillo, M., Jiménez Cuneo, V., Del Rosario Chavarri, J. (2011). Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en el puesto de salud "San Martín" (La Esperanza, Trujillo-Perú). *Revista de la Facultad de Ciencias Biológicas. REBIOL*, 31(2), 1-9. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo.
207. Ronsmans C., Graham WJ. (2006). Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where and why. *Lancet*. 368(9542):1189-200.
208. Ruales, J. (2004). Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(99), 33-39.
209. Schwarcz, R., et al. (1986). *Obstetricia*. Editorial El Ateneo, cuarta edición, Buenos Aires.
210. Shamah-Levy, T., Villalpando, S., Mundo-Rosas, V., Cruz-Góngora, V. D. L., Mejía-Rodríguez, F., y Méndez Gómez-Humarán, I. (2013). Prevalencia de anemia en mujeres mexicanas en edad reproductiva, 1999-2012. *Salud pública de México*, 55(2): S190-S198.
211. Sanabria Montañez, C. A. (s.f.) *El ajuste estructural en el sistema de salud de servicios del Perú. Primera aproximación*. En:
<http://desalud.tripod.com/ajuste.htm>.
212. Sánchez, S. E. (2014). Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 309-320.
213. Santos JF., Ribeiro RM., Rossi P., Haddad JM., Guidi HG., Pacetta AM., Pinotti JA. (2002). *Urinary tract infections in pregnant women*. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 13(3):204-9.

214. Scholl, T. O., Hediger, M. L., Fischer, R. L., & Shearer, J. W. (1992). Anemia vs iron deficiency: increased risk of preterm delivery in a prospective study. *The American journal of clinical nutrition*, 55(5), 985-988.
215. Seclen-Palacín, J. A., Jacoby, E., Benavides, B., Novara, J., Velásquez, A., Watanabe, E., y Arroyo, C. (2003). Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto 2000. *Rev. bras. saúdematern. infant*, 3(4), 421-438.
216. Seguro Integral de Salud [SIS]. *Objetivos del Seguro Integral de Salud*. En: <http://www.sis.gob.pe>.
217. Seguro Integral de Salud [SIS] (2011). *Evaluación del efecto del Seguro Integral de Salud, en los indicadores de salud pública y gasto de bolsillo, periodo 2002-2009*. Lima.
218. Seguro Integral de Salud [SIS] (2014). *Estadísticas en Línea*: <http://www.sis.gob.pe>.
219. Seguro Integral de Salud [SIS]. *Adscripción al Seguro Integral de Salud*.
En: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html
220. Seguro Integral de Salud [SIS]. (s.f.). *UN PASO ADELANTE en el financiamiento de las prestaciones en salud 2002-2012*. En: http://www.sis.gob.pe/Portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS_UnPasoAdelante.pdf
221. Seinfeld, J. (2011). *Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú. Cuaderno de política*. Fundación Canadiense para las Américas, FOCAL. Ottawa.
222. Sen, A. (1999). *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta. Barcelona.
223. Sen, A. (2000). *La salud en el desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la revista internacional de salud pública: recopilación de artículos 2000; 2: 16-21*.
224. Serrano Monzo, I. (s.f.) *Apuntes Históricos de la profesión de matrona, a propósito de la exposición de "Matronas y Mujeres en la Historia"*. Pamplona 28 de Mayo a 2 de Junio. Asociación Navarra de Matronas.
225. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO] (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Gráficas Marte, S.L. Madrid.

226. Sosa, C., Althabe, F., Belizán, J., y Buekens, P. (2009). Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina. *ObstetGynecol*, 113(6), 1313-1319.
227. Stephenson, P. (2005). *Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Una Practica Simple Para Prevenir una Hemorragia Post Parto. Informe Tecnico de Salud Mundial*. The INFO project en Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. USAID. En: www.reeme.arizona.edu/.../Hemorragia%20Post%20Parto.pdf
228. Stok, J., R. *Capacidad o Incapacidad de Gasto?* (Publicado el 22 de enero del 2013 en diario Gestión).
229. Straface, F., y Basco, A. I. (2006). *La reforma del Estado en Perú. Documento de trabajo*. Inter-American Development Bank. Washington, D.C.
230. Suárez Berenguela, R. (2000). *Health Inequalitie in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implication*. Working Document. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Bank.
231. Suárez, R., Henderson, P., Barillas, E., y Vieira, C. (1994). Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la década de los noventa. *Serie Informes Técnicos* (No. 30). OPS. Washington, D.C.
232. Tanaka, M., Trivelli, C. (2002). *Las Trampas de la Focalización y la Participación. Pobreza y Políticas Sociales en el Perú durante la década de Fujimori. Documento de trabajo n. 121*. Instituto de Estudios peruanos. Lima.
233. Tarqui, C., y Barreda, A. (2005). Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 22(2), 109-116.
234. Tipiani, O., y Tomatis, C. (2015). El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(4), 247-252.
235. Turay, A. A., Eke, S. O., Oleghe, P. O., & Ozekhome, M. C. (2015). The prevalence of urinary tract infections among pregnant women attending antenatal clinic at Ujoelen primary health care centre, Ekpoma, Edo state, Nigeria. *International Journal of Basic, Applied and Innovative Research*, 3(3), 86-94.

236. Transparencia A.C. (2005). *La Niñez en las Políticas de Educación. Situación y Propuestas. Educación, Inversión y Posibilidades de Desarrollo International*. Editorial y Grafica EBRAE.I.R.L. Lima.
237. UNESCO (2001). *Situación Educativa de América, 1980-2000*. Proyecto Principal de Educación. Sistema Regional de Información-SIRI. UNESCO/OREALC. Santiago de Chile.
238. UNESCO (2011). *Compendio Mundial de la Educación 2010. Comparación de las Estadísticas de Educación en el Mundo*. Instituto de Estadística de la UNESCO. Montreal.
239. UNESCO (2015). *Educación para Todos 2000-2015: Logros y Desafíos. Resumen. Seguimiento de los Avances hacia la Consecución de los Objetivos de la EPT*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Instituto de Estadística de la UNESCO. Paris.
240. UNICEF (2008). *PROGRESO PARA LA INFANCIA, Un Balance sobre la mortalidad materna*. Nro. 7. Publicado por UNICEF. Nueva York.
241. United Nations. Economic Commission for Latin America (2004). *Una década de desarrollo social en América Latina, 1990-1999*. United Nations Publications. Santiago de Chile.
242. United Nations. Economic Commission for Latin America (2010). *Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos Pendientes y Nuevos Desafíos*. Santiago de Chile.
243. Vakis, R., Rigolini, J., y Lucchetti, L. (2015). *Los olvidados: pobreza crónica en América Latina y el Caribe. Resumen ejecutivo*. Washington, DC: Banco Mundial.
244. Valdez, W., Ramos, W., Miranda, J., y Tovar, J. (2010). *Análisis de la situación de salud del Perú*. Ministerio de Salud [MINSAL] – Dirección General de Epidemiología. Lima.
245. Valdivia, M., y Mesinas, J. (2002). *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú: ENDES 1986, 1991-1992, 1996 y 2000*. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], Centro de Investigación y Desarrollo. Lima.
246. Van der Hoeven, R. & Stewart, F. (1993). *Social Development During Periods of Structural Adjustment in Latin America*. Occasional Paper 18. International Labour Office, Geneva.

247. Varas, T. W. (2002). *Tendencia, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú 1992-2000*. Centro de Investigación y Desarrollo - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima
248. Vargas H., V. M., Acosta A., G. y Moreno E., M. A. (2012). La pre eclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 471-476. Recuperado en 28 de febrero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-75262012000600013
249. Vasconcelos-Pereira, E. F. D., Figueiró-Filho, E. A., Oliveira, V. M. D., Fernandes, A. C. O., Fé, C. S. D. M., Coelho, L. R., & Breda, I. (2013). Urinary tract infection in high risk pregnant women. *Rev. patol. trop*, 42(1), 21-29.
250. Vásquez, E. (2012). *El Perú de los pobres no visibles para el Estado: la inclusión social pendiente a julio del 2012*. Documento de Discusión. Centro de Investigación - Universidad del Pacífico. Lima
251. Velásquez Hurtado, J. E., Kusunoki Fuero, L., Paredes Quiliche, T., Hurtado La Rosa, R., Rosas Aguirre, Á. M., y Vigo Valdez, W. E. (2014). Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas del año 2011 neonatales en Huánuco y Ucayali, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(2), 228-236.
252. Verdera, F. (2007). *Pobreza, Desigualdad Social y Ciudadanía. En: Informe sobre La pobreza en el Perú: un análisis de sus causas y políticas para enfrentarla*. Fondo Editorial CLACSO. IEP. Lima.
253. Villamonte, W., Jerí, M., Callahui, R., y Lam, N. (2007). Bacteriuria asintomática en la gestante de altura. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.53(2), 135-139.
254. Von Bertalanffy L. (1987). *“Teoría General de Sistemas”*. Ed. Herder. Barcelona.
255. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2012). Trends in maternal Mortality: 1990 to 2010. Publications of the World Health Organization. Geneva.
256. World Health Organization (WHO) (2005). *World health report: make every mother and child count*. World Health Organization. Geneva. En: www.who.int/whr/2005/en.

257. Yakoob, M. Y., & Bhutta, Z. A. (2011). Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. *BMC public health*, *11* (Suppl3), S21. En: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501439.

ANEXOS

Cuestionario a Mujeres Gestantes sobre acceso e ingesta de Hierro

Se procede a informar y explicar el objetivo de la aplicación de la encuesta, solicitando su autorización; en caso de aceptación, se procede a la aplicación de preguntas breves sobre el particular, solicitando también el carnet de CPN.

Edad.....Procedencia.....urbana.....rural.....

Semanas de gestación (según el carnet de CPN).....

Post parto.....si.....no (pre parto).....

Numero de CPN (según el carnet de CPN).....

Lugar donde recibió la atención pre natal (según carnet pre natal).....Hospital, CS, PS, otros.....

Antes de iniciar con las preguntas, verificar si en el Carnet Pre natal contiene el registro de la prescripción de hierro.

Preguntas:

Tuviste acceso a hierro o sulfato ferroso?.....si.....no.....

Donde lo recibiste?.....hospital, CS, PS, otros.....

Cuántas veces lo recibiste?.....en cada control.....a veces....otros.....

Cuando te prescribían el hierro, te explicaban para que te daban y como tenías que tomar?.....si.....no.....

Si menciona "anemia" ...indagar que sabe de este trastorno.....

Como tenías que tomar?.....

Cuántas veces lo tomaste?.....

Porque no tomaste lo restante?.....cefaleas, dolor abdominal, nauseas, vómitos, otros.....

Grupo Focal

Tema de abordaje: Financiamiento del Seguro Integral de Salud, y ejecución de gasto en componentes, pre natal, parto y puerperio.

Líneas de referencia:

- 1. Transferencia del Seguro Integral de Salud**
- 2. Instancias involucradas en el proceso**
- 3. Procesos de ejecución de gasto**
- 4. Saldos y brechas entre transferencia, programación de gasto y ejecución del gasto**
- 5. Ejecución de gasto en insumos médicos según normas del SIS.**
- 6. Relación que perciben entre gasto, capacidad resolutiva de establecimientos de salud y coberturas de atención materna.**