

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

Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materno Neonatal”



Mesa de Concertación
para la Lucha contra la Pobreza

TÍTULO

**PERÚ: MORTALIDAD MATERNA SIGUE EN AUMENTO EN EL
CONTEXTO DE COVID-19. UN LLAMADO A LA ACCIÓN.**

Alerta N° 1-2021-SC/ GT Salud-MCLCP.

**-Versión aprobada por el Comité Ejecutivo Nacional-CEN de la
MCLCP en sesión del jueves 29 de abril del 2021-**

Lima, abril 2021

SEGUIMIENTO CONCERTADO A LAS POLÍTICAS DE SALUD



Sub Grupo de Trabajo “Salud Materno Neonatal” Alerta N° 1-2021-SC/ GT Salud-MCLCP.

PERÚ: Mortalidad Materna Sigue en Aumento en el Contexto de Covid-19. Un llamado a la Acción.

-Documento al mes de abril 2021-

En el actual contexto de emergencia por pandemia de Covid-19, se ha observado un incremento significativo de la mortalidad materna en el Perú. En el año 2020, las muertes maternas ascendieron a 440, 45.7% más que en el año 2019. A su vez, hasta la semana 13 (al 3 de abril) del año 2021 las muertes maternas ascienden a 136, 65.9% más que en el año 2020, en el mismo periodo. Ancash, Lambayeque, Lima Metropolitana y Piura son las regiones que presentan el mayor incremento de muertes maternas hasta la semana 13 del 2021.

Al analizar las causas de las muertes maternas ocurridas en el país entre los años 2020 y 2021, encontramos que muchas pudieron ser prevenidas, como las hemorragias y la hipertensión, pero también, estuvieron asociadas a la enfermedad por Covid-19, siendo ésta última la tercera causa de mortalidad materna en el año 2020 y la primera en el año 2021.

¿Qué explica esta situación de incremento? Es importante analizar las causas en las regiones del país donde estamos observando incremento de muertes maternas, sabiendo además que existen políticas y normas orientadas a dar continuidad a los servicios de salud materna neonatal en el actual contexto de emergencia por pandemia de la Covid-19 y que los establecimientos de salud se encuentran hoy sobrepasados e incluso colapsados por el incremento de pacientes con Covid-19 en el Perú.

Frente a esta grave situación presentamos esta alerta para hacer un llamado a la acción a nivel multi-institucional y territorial (nacional, regional y local) para prevenir y reducir la mortalidad materna en el contexto de Covid-19 y revertir el retroceso observado en el logro de la meta 3.1 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3).

1.-) ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19?

La **Organización Mundial de la Salud** define la muerte materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención”.

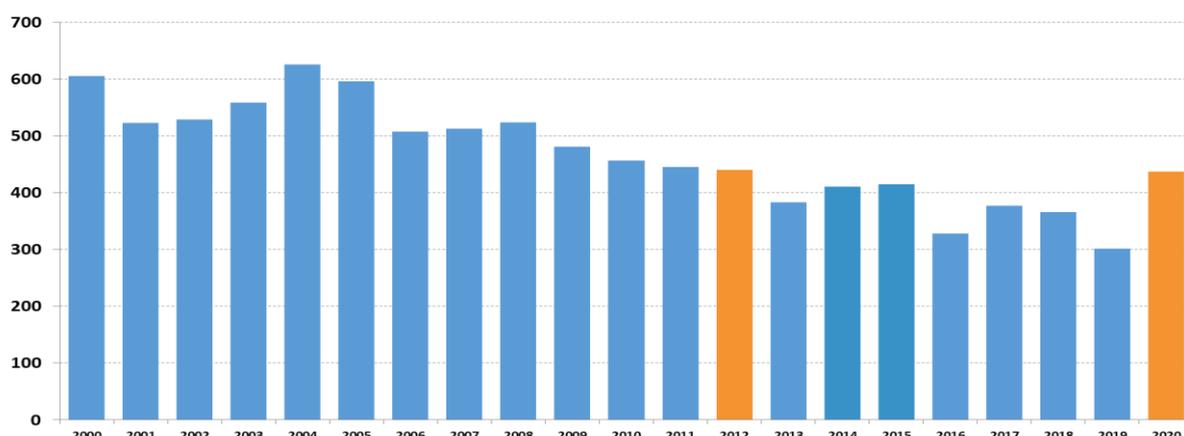
La mortalidad materna es un problema de salud pública, de servicios de salud de calidad, de derechos humanos y de desarrollo. Las muertes de mujeres gestantes pueden ser prevenidas con una atención adecuada y oportuna antes, durante o después del parto. Asimismo, la mortalidad materna es un indicador de la situación de los sistemas de salud y de la posición social de las mujeres.

En el Perú, la situación de la mortalidad materna es heterogénea y nos permite visualizar las situaciones de desigualdad en la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud al interior del país. En el contexto de Covid-19, las muertes por todas las causas y las muertes por Covid-19 se han incrementado¹, ocasionando sufrimiento en muchas familias en el país. Asimismo, con el incremento de muertes maternas, Perú se ha retrasado en su camino a su reducción debido al profundo impacto que ha tenido la Covid-19 en la provisión de los servicios de salud y por la situación de alto riesgo en que se encuentran las mujeres gestantes.

Desde 1990, el Perú fue uno de los países en el mundo que más había logrado avances en la reducción de la razón de mortalidad materna (RMM), y se encontraba encaminado al logro de la meta 3.1 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3)². Entre los años 2000 y 2017, se estimó que Perú redujo su razón de mortalidad materna de 144 a 88 por cada 100 mil nacidos vivos³. Lamentablemente, en el contexto de emergencia por la Covid-19, este avance tendría un retroceso y se proyecta un posible incremento.

En el 2020, año que marcó el inicio de la crisis sanitaria mundial por la pandemia de la Covid-19, **440 mujeres murieron** durante el embarazo o en los 42 días siguientes al parto en el Perú. Representó **un incremento de 45.7%** respecto al 2019 (+138 MM), es la cifra más alta de los últimos ocho años. Ver Gráfico 1.

Gráfico 1. Número de Muertes Maternas, 2000 al 2020



Fuente: MINSA-CDC. Vigilancia epidemiológica de la MM, 2000 al 2020. Elaboración: UNFPA Perú.

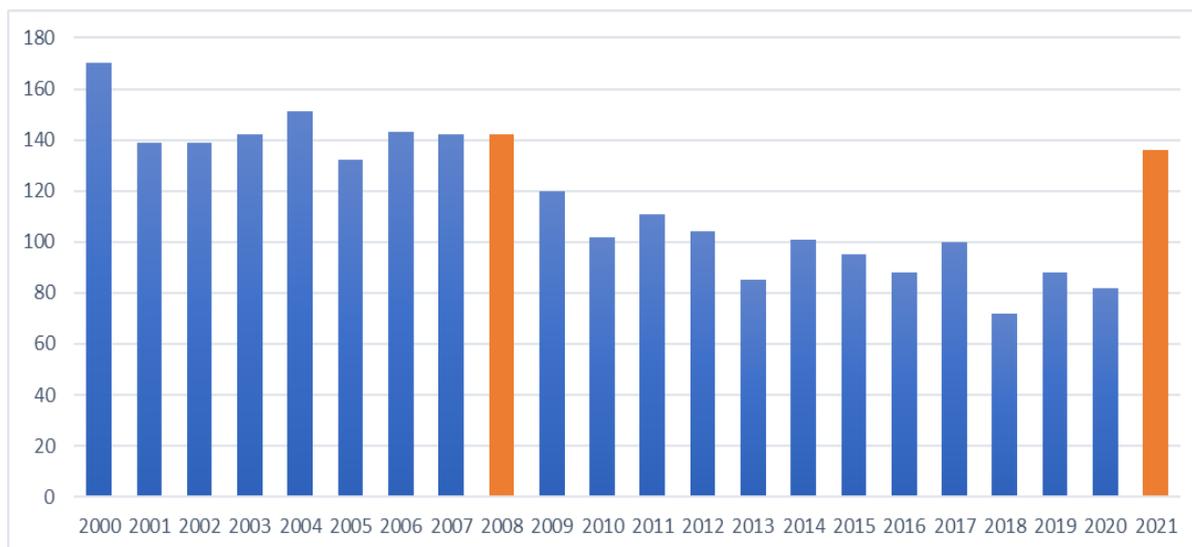
¹ Según la información del MINSA, el promedio de fallecidos diario por Covid-19 en la semana del 18 de abril fue de 332, la semana pasada fue de 289 y la semana antepasada de 201. El 18 de abril del 2021 se ha reportado 433 fallecidos por Covid-19, la cifra más alta de la pandemia, siendo un total 57,230 fallecidos en el país. La cifra de fallecidos diarios por toda causa también va en aumento.

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

³ Fuente: OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, y Banco Mundial. Estimación de la Mortalidad Materna 1990-2015 y 2000-2017.

Este año 2021, hasta la semana 13 (al 03 de abril), **136 mujeres murieron** durante el embarazo o en los 42 días siguientes al parto en el Perú, representa un **incremento de 65.9%** respecto al 2020 (+54 MM), en el mismo periodo. Esta cifra es muy cercana a lo reportado en el año 2008, y existe un alto riesgo de una tendencia hacia al incremento de muertes maternas durante este año 2021, en la que estamos en una segunda ola por la Covid-19 con la presencia de nuevas variantes del coronavirus mucho más contagiosas y con una tendencia al incremento de casos positivos de covid-19 y muertes por Covid-19. Ver Gráfico 2.

Gráfico 2. Número de Muertes Maternas hasta la semana 13, 2000 al 2021



Fuente: MINSA-CDC. Vigilancia epidemiológica de la MM-Semana 13, 2000 al 2021. Elaboración: MCLCP.

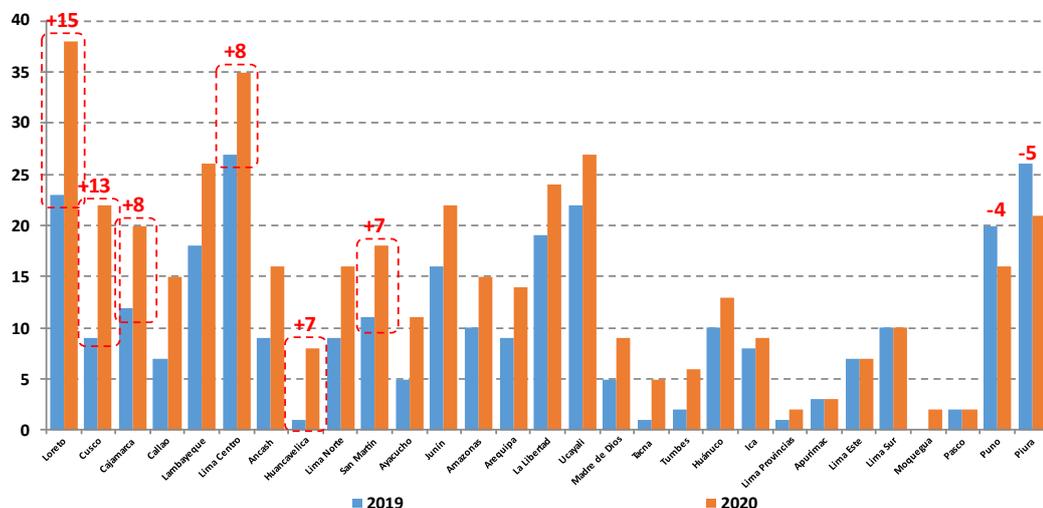
La mortalidad materna según departamento de ocurrencia:

En el Perú, la situación de la mortalidad materna es heterogénea y por lo general es más alta en los departamentos que concentran la mayor población del país.

Entre los años 2019 y 2020, 8 departamentos concentraron el 60% de las muertes maternas: Lima Metropolitana, Loreto, Ucayali, Lambayeque, La Libertad, Junín, Cusco y Piura. A su vez, se observaron los más altos incrementos de muertes maternas, en Loreto (+15 MM), Cusco (+13MM), Cajamarca (+8 MM), Lima Centro (+8 MM), Huancavelica (+7 MM) y San Martín (+7 MM). Ver Gráfico 3.

Gráfico 3.

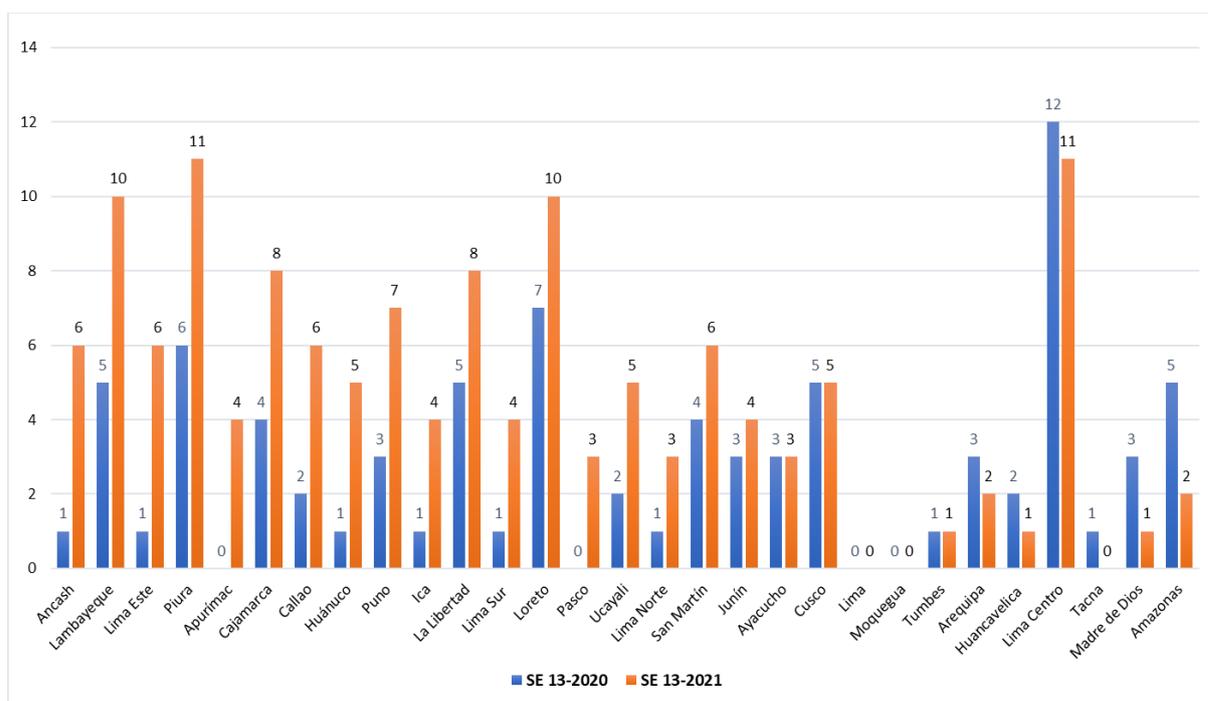
Variación en el registros de MM, por departamentos 2019 y 2020(ocurrencia)



Fuente: MINSA-CDC. Vigilancia epidemiológica de la MM, 2019 y 2020

Este año 2021, hasta la semana 13 (al 03 de abril), 4 departamentos reportan el más alto número de muertes maternas: Lima Centro (+11 MM), Piura (+ 11 MM), Lambayeque y Loreto (+10 MM). A su vez, al comparar la semana 13 de los años 2020 y 2021, observamos los más altos incrementos de muertes maternas en 4 departamentos del país: Ancash (+5 MM), Lambayeque (+ 5 MM), Lima Este (+ 5 MM), y Piura (+ 5 MM). Ver Gráfico 4.

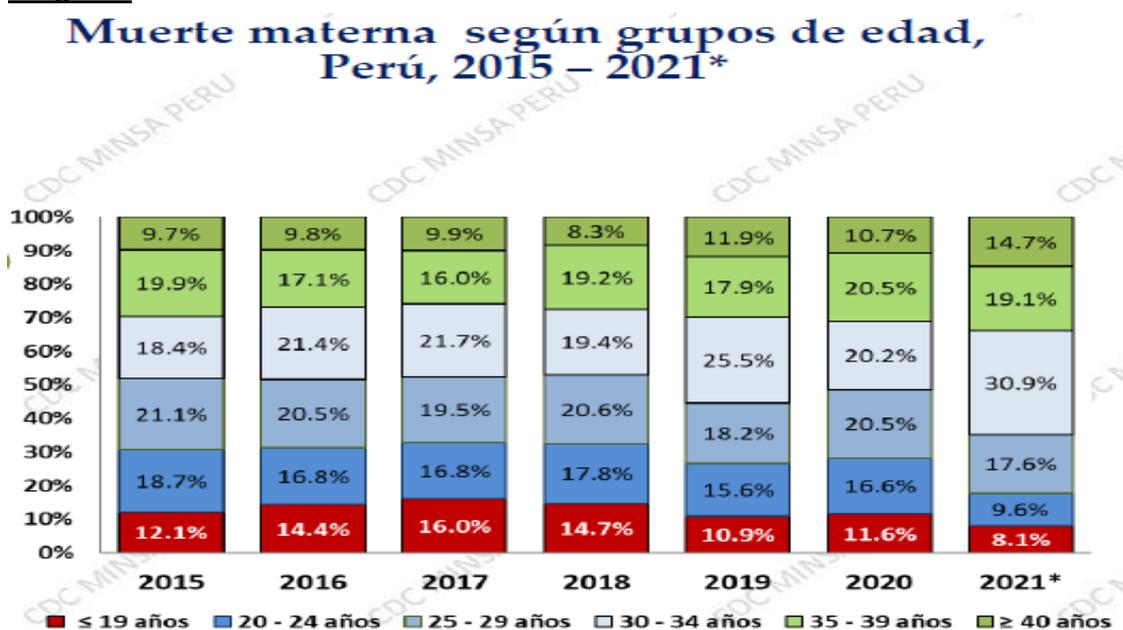
Gráfico 4. Variación del Número de Muertes Maternas por departamento de ocurrencia. Semana 13, 2020-2021.



Fuente: MINSA-CDC. Vigilancia epidemiológica de la MM-Semana 13, 2020 y 2021. Elaboración: MCLCP.

De acuerdo al grupo de edad, entre los años 2019 y 2020, se observa incrementos del porcentaje de muertes maternas en las mujeres de casi todos los grupos de edad. En el año 2020, el mayor incremento se observa en las mujeres de 35 a 39 años de edad. Le sigue las mujeres de 25 a 29 años de edad y de 20 a 24 años de edad. En las mujeres adolescentes de 19 años a menos de edad el incremento es leve, pasa de 10.9% a 11.6%. Al respecto, es importante indagar la relación entre nacimientos, embarazos en adolescentes, y muertes maternas en adolescentes, para saber la magnitud de la afectación en el grupo de adolescentes. En el año 2021, llama la atención el incremento en 10 puntos porcentuales de las muertes maternas en mujeres de 30 a 34 años de edad. Ver imagen 1.

Imagen 1.



Fuente: MINSA-CDC. Vigilancia epidemiológica de la MM, 2015 -2021.

En el año 2020, el 54,9% (28/51) de las adolescentes madres de 19 años a menos de edad que fallecieron, procedieron de los departamentos de Loreto (10), La libertad (5), Ucayali (5), Junín (4), y Amazonas (4). Al respecto, los embarazos en adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Asimismo, la mayoría de muertes maternas ocurren en zonas de la selva y las zonas rurales por el poco acceso a servicios de salud, entre ellos consejería y métodos anticonceptivos. En estas mismas zonas, estudios de PROMSEX y otros demuestran la problemática de altos niveles de embarazos en adolescentes en zonas de la selva por las normas sociales de inicio temprano de relaciones sexuales, además de violencia sexual y trata de mujeres menores de edad.

2.-) ¿QUÉ FACTORES EXPLICAN EL INCREMENTO DEL RIESGO DE MUERTES MATERNAS EN EL PAÍS?

Según la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)-MINSA, las muertes maternas en el país siguen ocurriendo en su mayoría durante el **puerperio**⁴ y esto se ha incrementado en el periodo 2019-2021: 2019

4 puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (normalmente 6 a 8 semanas luego del parto) para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el

(61%), 2020 (63.3%), y 2021 -Hasta la semana 13 (74%). A su vez, las principales causas asociadas a las muertes maternas siguen siendo directas: **trastornos hipertensivos y la hemorragia**, 21.4% y 19.5% en el 2020, 15.8% y 19.3% en el 2021 respectivamente. Ambas causas directas pueden ser prevenibles mediante una atención adecuada, oportuna y de calidad a través de los servicios de atención prenatal⁵. Esta atención se vio disminuida y en muchos casos cancelada por el cierre del primer nivel de atención (centros y puestos de salud), lo que incrementó que llegaran a los hospitales casos en un estado de gravedad.

En el contexto de pandemia, aparece la **muerte materna asociada a la enfermedad por Covid-19**, clasificada como causa indirecta; en el 2020 fue la tercera causa de muerte materna (16.6%) y en el 2021 aparece como la primera causa de muerte materna (36%). El 50% de las muertes maternas a causa del Covid-19, ocurrieron en Lima Metropolitana, Callao y Lambayeque. Estas muertes maternas también pudieron ser prevenidas, no obstante, un problema es que en el contexto de Covid-19 las mujeres embarazadas y en general las mujeres en edad reproductiva y la salud sexual y reproductiva no se asumieron como una prioridad por las autoridades sanitarias en el país. No obstante, se sabe que las mujeres embarazadas con comorbilidades, edad avanzada o muy jóvenes, o con sobrepeso u obesidad, son de alto riesgo y es probable que necesiten un tratamiento de cuidado intensivo para la Covid-19.

En cuanto a la **capacidad resolutive de los establecimientos de salud**, encontramos que el 74.5% de las muertes maternas ocurridas en el año 2020 fueron en establecimientos de salud, 13.5% en domicilio y 9.3% durante el trayecto. A la semana 13 del 2021, se encuentra que el 83.5% de las muertes maternas ocurrieron en los establecimientos de salud, 8.7% en domicilio y 7.1% durante el trayecto, lo que revela la poca capacidad resolutive de los servicios de emergencia en los establecimientos de salud, sin personal de salud suficiente (se estima una disminución de 30 % a 40% por licencia, comorbilidad, por contagio o fallecimiento por covid-19), sin equipos e insumos suficientes, sin oxígeno medicinal, sin UCI obstétricas y neonatales suficientes. También en un contexto de segunda ola por Covid-19, observamos una tendencia hacia el incremento de casos positivos de Covid-19 y de muertes por Covid-19, una situación que ha sobrepasado al sistema de salud del país.

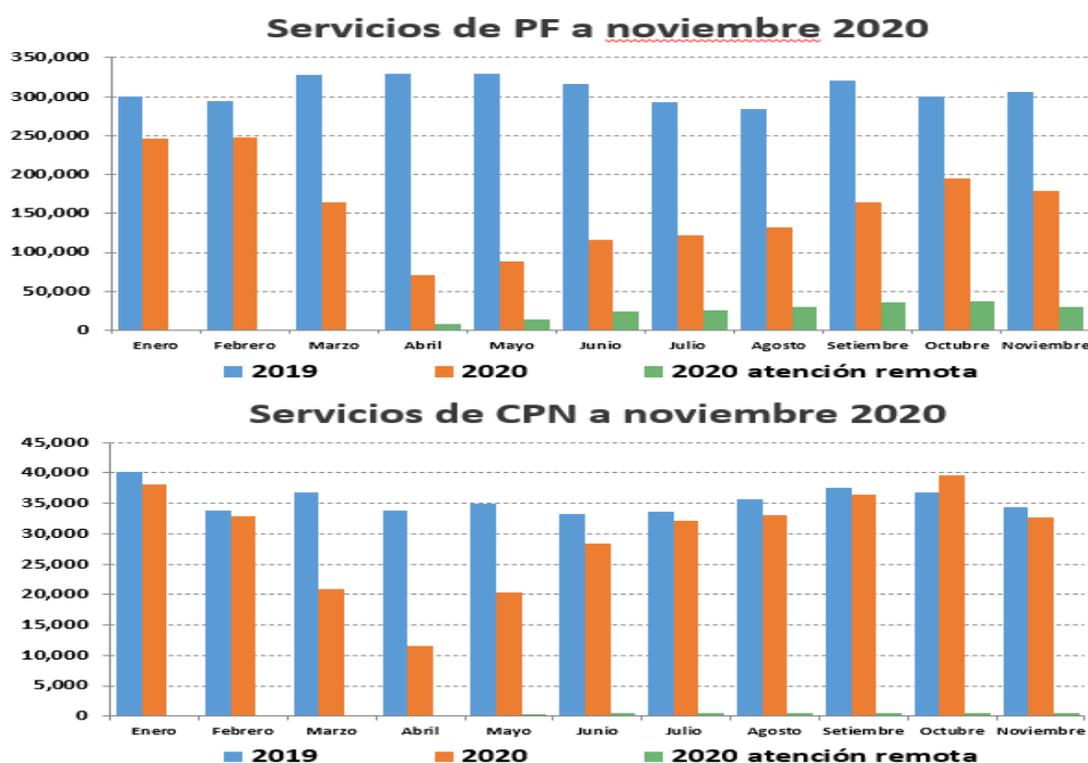
A la vez, observamos que entre las mujeres embarazadas que fallecieron en el año 2020, el 64.5% tuvo acceso a sus controles prenatales, la mayoría recibió entre 1 a 5 controles prenatales (67.3%), lo que revela poca calidad en este servicio. Mientras 35.5% no accedió a controles prenatales durante su embarazo. Este aspecto es de preocupación central porque también revela la dificultad que se han tenido las mujeres embarazadas para acceder a este servicio en el contexto de pandemia de Covid-19.

aparato reproductor femenino— vuelva a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

⁵ El control prenatal inadecuado en el embarazo significa que la gestante no recibe los multi-micronutrientes esenciales para el crecimiento cerebral fetal, ni la identificación y control de múltiples potenciales riesgos como infecciones, presión arterial alta, diabetes y anemia que ponen en riesgo mortal tanto a la gestante como a su bebé.

Si bien el Ministerio de Salud ha emitido normas y comunicados para dar continuidad a los servicios de salud materna y neonatal, incluido los servicios de planificación familiar⁶, y se ha implementado también las atenciones de salud sexual y reproductiva de manera remota o virtual, las atenciones a las mujeres gestantes y edad reproductiva tuvieron una caída en especial entre los meses de marzo-abril-mayo del 2020 en el que se cerraron las postas y centros de salud del primer nivel de atención. Por otro lado, los hospitales, en especial los servicios de emergencia, del segundo nivel de atención, se abocaron a atender principalmente pacientes covid-19. Aún las atenciones regulares no han podido reestablecerse del todo, la demanda ha sobrepasado a la capacidad de oferta de los servicios de salud del país. Ver imagen 3.

Imagen 3:



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA.

EN CONCLUSIÓN:

Como conclusión planteamos que la Covid-19, como un problema de salud pública, ha contribuido al incremento de la mortalidad materna en el país, debido a lo siguiente:

1. En el contexto de la emergencia por la pandemia de Covid-19, el sistema de salud del país se ha puesto bajo presión cuando se encontraban además debilitado. Al respecto se ha observado su impacto en la continuidad de los servicios regulares y de emergencia de salud materna y neonatal, en especial con el incremento de pacientes con Covid-19. Asimismo, se ha incrementado el temor en las mujeres

⁶ Directiva Sanitaria N° 97 -MINS/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria N° 094 -MINS/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria N.º 098-MINS/2020-DGIESP, entre otros.

embarazadas de acudir a los establecimientos de salud con lo cual se han incrementado los partos domiciliarios. Al respecto el CNV-MINSA, reporta en el 2019, 3,777 partos domiciliarios y en el 2020, 5,875 partos domiciliarios. Al mes de abril del 2021, ya se reportan 2, 461 partos domiciliarios.

2. Asimismo, en el contexto de pandemia, las mujeres embarazadas y, en general, las mujeres en edad reproductiva y la salud sexual y reproductiva no se asumieron como una prioridad por las autoridades sanitarias en el país.
3. La mortalidad materna es sensible a la desigualdad social, económica y cultural y revela la desigualdad de género. Lamentablemente, la pandemia de Covid 19 ha incrementado la pobreza, la desigualdad y la exclusión.
4. Los indicadores de mortalidad materna son sensibles a la capacidad del sistema de salud de brindar servicios sanitarios de calidad en el primer nivel de atención y, al respecto, tuvimos un periodo en que estos servicios fueron cerrados o disminuyeron en capacidad y cantidad de atenciones.
5. Las mujeres embarazadas están llegando muy tarde a los servicios de salud, no son trasladadas al establecimiento de salud para recibir la atención del parto de manera oportuna y con capacidad resolutive. Esto ha incrementado las muertes maternas en los establecimientos de salud del segundo nivel de atención (hospitales).
6. A su vez, los Hospitales disminuyeron su capacidad de brindar servicios obstétricos y neonatales complejos para orientarse a la atención de pacientes Covid-19. Actualmente, se tiene un grave problema de capacidad resolutive en establecimientos de salud que atienden materno infantil. El INMP tiene 90% de capacidad resolutive. Hay establecimientos de salud que tienen 20% de capacidad resolutive. Asimismo, se tiene menos recursos humanos disponibles y pocas camas UCI disponibles para gestantes y recién nacidos. Esto es preocupante, en la medida de que al menos el 65% de las mujeres embarazadas ingresa a UCI y tiene complicaciones. Sabiendo además que las comorbilidades en gestantes han aumentado, así como el nacimiento de recién nacidos prematuros de madres con Covid-19, que requieren UCI.
7. La mortalidad materna se previene mediante atención prenatal y de postparto de calidad. Lamentablemente en la pandemia se disminuyó las atenciones prenatales presenciales y la capacidad de diagnóstico de complicaciones durante el embarazo. Actualmente, las 2 principales causas de muertes maternas ocurren en el período postparto y son: hipertensión y las hemorragias. En el contexto de la pandemia, la enfermedad por Covid-19, es la tercera causa de mortalidad materna en el año 2020 y la primera en el año 2021. Todas estas causas son prevenibles.
8. Sabemos también que la mortalidad materna se encuentra asociado al número de nacimientos y a la falta de acceso de métodos de anticonceptivos. En el contexto de pandemia el acceso y uso de métodos anticonceptivos disminuyó entre las mujeres en edad fértil, debido a la disminución de los servicios de salud reproductiva, al temor de las mujeres de asistir a los establecimientos y a la falta de costumbre de utilización de métodos anticonceptivos de larga duración, que brindan una protección prolongada y son recomendados en contextos de emergencia y de difícil acceso. Asimismo, se observó un menor acceso al aborto terapéutico en los casos que lo hubiesen requerido.
9. Si bien se aprobaron normativas desde el sector salud para dar continuidad a los servicios de salud materno y neonatal, éstas requieren fortalecer su implementación, seguimiento y difusión.

3.-) UN LLAMADO A LA ACCIÓN. RECOMENDACIONES PARA ATENDER LA EMERGENCIA POR INCREMENTO DE MUERTES MATERNAS EN EL ACTUAL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19:

Frente a la grave situación de incremento de muertes maternas en el Perú, hacemos un llamado a la acción a nivel multi-institucional y territorial (nacional, regional y local) para prevenir y reducir la mortalidad materna en el contexto de covid-19 y revertir el retroceso observado en el logro de la meta 3.1 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), para lo cual planteamos las siguientes recomendaciones de medidas a corto, mediano y largo plazo:

a.-) RECOMENDACIONES DE MEDIDAS A CORTO PLAZO:

A la Presidencia del Consejo de Ministros y al Ministerio de Salud:

1. Aprobar una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, para que sea una prioridad en el país, así como la salud de las mujeres.

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

2. Destinar de manera urgente presupuesto para mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud que atienden materno infantil.
3. Asegurar la reactivación y fortalecimiento del primer nivel de atención, con una mayor prioridad en el presupuesto de salud.
4. Fortalecer la asignación, ejecución y el seguimiento del presupuesto del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. A su vez, brindar asistencia técnica en la programación y ejecución presupuestal tanto a nivel nacional y regional.

Al Ministerio de Salud, al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y al Ministerio de Cultura:

5. Articular con los programas sociales para fortalecer las intervenciones que contribuyan a la reducción de muertes maternas y neonatales desde un enfoque territorial e intercultural, generalizando la orientación y difusión de medidas preventivas tal como mensajes sobre la importancia del parto institucional, signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio, el uso de métodos anticonceptivos, y las redes de referencia a los establecimientos de salud que provean los servicios. Asimismo, reforzar los mensajes de prevención del Covid-19.

Al Ministerio de Salud, a los Gobiernos Regionales y Locales:

6. Declarar en emergencia a los establecimientos de salud de las regiones de Lima Metropolitana, Piura, Lambayeque, Loreto y Ancash, identificar e investigar las causas específicas del incremento de muertes maternas e implementar un plan de contingencia en el contexto de Covid-19.
7. Implementar un servicio para madres gestantes con Covid-19 que reciban una atención especial desde la vacuna, controles prenatales, y parto considerando que están en alto nivel de vulnerabilidad dado la tendencia al incremento de muertes maternas en el país, que viene desde el año 2020.

8. Reactivar y fortalecer los Comités de Prevención de Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y de las comunidades y familias donde ocurren las muertes.
9. Fortalecer la estrategia de comunicación y difusión de mensajes sobre la importancia del parto institucional, signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio y planificación familiar, con la participación de la comunidad. Asimismo, reforzar los mensajes de prevención de la enfermedad de Covid-19, la identificación de síntomas y búsqueda de atención. Estos mensajes deben adecuarse a cada realidad y contexto cultural, utilizando de ser posible sus lenguas originarias, y deben llegar a todos/as.
10. Extender los servicios de salud materna, incluido consejería y acceso a métodos anticonceptivos, a nivel comunitario mediante el trabajo con promotores y agentes comunitarios de salud y las Municipalidades, articulando con el primer nivel de atención. Asimismo, a través de brigadas de profesionales de salud en zonas remotas.
11. Investigar las causas específicas de muertes maternas en adolescentes en especial en los departamentos de Loreto, La libertad, Ucayali, Junín, y Amazonas, donde se concentran el mayor número de muertes maternas en adolescentes. Asimismo, fortalecer las estrategias para la atención integral de la salud de adolescentes y la prevención del embarazo a través de estrategias comunicacionales que consideran las normas sociales de cada zona.

A los Gobiernos Regionales:

12. Mejorar la ejecución de las actividades del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, priorizando la mejora de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contra referencia; garantizando además la calidad de los servicios de salud en sus diversos niveles y el apoyo a las acciones extramurales con capacitación y apoyo a los agentes comunitarios de salud.

Al Ministerio de Salud:

13. Acompañar y hacer seguimiento a la formulación e implementación de los planes de contingencia para reducir el número de muertes maternas en las cinco regiones y ayudar a identificar e investigar las causas específicas de estas muertes. Así mismo, seguir los procesos de programación y ejecución presupuestal en las cinco regiones asegurando además la inversión en las actividades identificadas como estratégicas para contribuir a revertir el incremento de muertes maternas.
14. Fortalecer la atención remota en los servicios de salud materna y planificación familiar organizando un sistema de monitoreo a través de telesalud, asegurando el acceso a internet en los establecimientos de salud.
15. Asegurar la disponibilidad necesaria y geolocalización de camas UCI obstétricas y neonatales.
16. Asegurar la vacunación contra la Covid-19 de todo el personal que presta servicios esenciales en salud sexual y reproductiva, y dotación de equipos de protección personal necesario.
17. Asegurar la vacunación para mujeres embarazadas⁷ y mujeres lactantes, incluido vacunación contra la Covid-19.

⁷ Influenza estacional y pertusis (tos convulsiva).

18. Garantizar la atención prenatal presencial a las mujeres gestantes en el número de atenciones que les corresponde, así como asegurar los exámenes auxiliares y la entrega y consumo de suplementos de hierro y ácido fólico, calcio y zinc.
19. Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos de larga duración, que brindan una protección prolongada cuando no es fácil conseguir otros métodos anticonceptivos en situaciones de emergencia como en la pandemia de Covid-19.
20. Incrementar recursos humanos (gineco-obstetras y obstetras) para atender la Salud Sexual y Reproductiva.
21. Incrementar las acciones de promoción de la salud para el cambio de comportamientos de la población a través de consejerías ampliadas durante las consultas en los establecimientos de salud; asimismo a través de la incorporación de agentes comunitarios de salud en el equipo de salud con su capacitación y apoyo para la realización de visitas domiciliarias para educar a familias y detectar y referir signos de alarma y casos sintomáticos oportunamente.
22. Fortalecer la difusión y desarrollo de capacidades en el manejo de las principales normativas aprobadas en el contexto de covid-19 para dar continuidad a los servicios de salud materna y neonatal, incluido los servicios de planificación familiar y la implementación del aborto terapéutico.
23. Coordinar acciones con las instituciones formadoras de profesionales de la salud para instar y enfatizar el cumplimiento de los planes curriculares en la adquisición de competencias para la orientación y aplicación de métodos anticonceptivos, por ser una competencia prioritaria, junto con la atención del parto y del recién nacido para la disminución de la mortalidad materna y neonatal.

A la sociedad civil y cooperación:

24. Acompañar y hacer seguimiento en las regiones donde se ha identificado el incremento de muertes maternas, ayudar a identificar e investigar las causas específicas de estas muertes, y brindar asistencia técnica para fortalecer las intervenciones estratégicas para revertir el incremento de muertes maternas, incluyendo la difusión de la estrategia de uso de métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo no planeado, de particular importancia en tiempos del COVID.
25. Apoyar en las estrategias de comunicación y difusión de mensajes sobre la importancia del parto institucional, signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio y la prevención del covid-19, así como el uso de métodos anticonceptivos, en particular de los métodos de larga duración; a nivel de mujeres, familias, y comunidad.
26. Colaborar con el sector salud en la capacitación y apoyo a los agentes comunitarios de salud para la educación en prevención, la vigilancia y la referencia comunitaria de signos de alarma y casos sintomáticos a los servicios de salud.

b.-) RECOMENDACIONES DE MEDIDAS A MEDIANO PLAZO:

Al Ministerio de Salud:

27. Formular, implementar y dar seguimiento al Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna que incluya un componente importante de servicios de anticoncepción.

28. Implementar un Tablero de Control en el Ministerio de Salud (MINSA) para el seguimiento de indicadores priorizados de salud materna y planificación familiar, a partir de la difusión abierta de los principales indicadores de producción de servicios y logro de metas a nivel nacional y subnacional.
29. Fortalecer el registro y reporte de muertes maternas y neonatales en el país.

c.-) RECOMENDACIONES DE MEDIDAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO:

Al Ministerio de Salud:

30. Es indispensable acelerar el ritmo de resolución de los problemas estructurales de los servicios de salud actualmente existentes como el desbalance entre la demanda y la oferta y la calidad de los servicios de salud, en este caso particular la calidad de la atención prenatal, y la debilidad en la gestión y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud del país y el poco avance de las actividades de planificación familiar. A su vez, este mayor ritmo y calidad requiere de una mejor asignación y ejecución del presupuesto del Programa Salud Materno Neonatal en el marco de las políticas nacionales.
31. Es igualmente indispensable establecer un programa nacional que incorpore al sistema de salud a la comunidad como actores y colaboradores claves en la prevención, detección oportuna y referencia de gestantes, parturientas y neonatos con signos de alarma.

Lima, abril 2021

ANEXOS:

- Anexo 1. UNFPA Perú. Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna en el Contexto de la Covid-19. Llamado a la Acción. Fecha: 18.03.2021.
- Anexo 2. MINSA- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú. Lic. Obst. Fabiola Gil Cipirán. Fecha: 08.04.2021.



MCLCP-Sub Grupo de Trabajo de Salud Materno Neonatal.

Participaron en la elaboración de la alerta las siguientes instituciones:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud (MINS): Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Etapa de Vida Niño/Componente Neonatal y Etapa de Vida Adolescente y Joven de la Dirección por Curso de Vida y Cuidado Integral. • Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). • Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). • Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). • OPS/OMS. • PRISMA. • CMP Flora Tristán. • PROMSEX. • INPPARES. • Salud Sin Límites, Perú. • Atipay. • APROPO. • Future Generations. • CMMB Perú. | <ul style="list-style-type: none"> • Colegio de Obstetras del Perú. • Iniciativa Regional Voces Ciudadanas. • Centro de Estudios y Publicaciones- CEP. • Plan International. • Defensoría del Pueblo: Adjuntía para los Derechos de la Mujer y Adjuntía para la Niñez y la Adolescencia. • Sociedad Peruana de Pediatría (SPP) • Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud (SPAJ). • Instituto de Investigación Nutricional (IIN). • Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)- Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública- Facultad de Medicina. • Foro Salud. |
|---|---|

Coordinación y facilitación:

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP)

Asistencia técnica:

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)