



Factor clave para la erradicación de la pobreza

# Salud Materno Neonatal

*“Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”*

RESUMEN EJECUTIVO

---

**Elaboración:**

*Equipo Técnico del Grupo Impulsor  
Iniciativa Ciudadana Inversión en la Infancia*

*MARZO 2013*

## INTRODUCCIÓN

---

A pesar de los importantes esfuerzos realizados, la mortalidad materna y neonatal sigue siendo un problema de salud pública en nuestro país: cada año mueren más de 400 mujeres (93 por cada 100,000 nacidos vivos) durante el embarazo, parto o puerperio<sup>1</sup>, y alrededor de 4,480 niños y niñas antes del primer mes de vida (10 para cada 1,000 nacidos vivos).

Aunque ésta se ha reducido en los últimos años, todavía hay una importante brecha urbano-rural en la mortalidad neonatal: por cada 1,000 nacidos vivos, 8 recién nacidos mueren en las ciudades y 13 en el campo antes de cumplir el primer mes de vida. La mortalidad también es mayor entre los recién nacidos con madres poco educadas (16 por 1,000), frente a los hijos de aquellas que tienen educación superior (7 por 1,000). La mortalidad neonatal en Lima (4 por 1,000) es menor que en la sierra (12 por 1,000) y selva (10 por 1,000), donde los índices de pobreza, analfabetismo y malnutrición son más elevados<sup>2</sup>.

Las mujeres embarazadas mueren principalmente por hemorragia postparto y enfermedad hipertensiva, y los neonatos por infecciones, asfixia, prematuridad y bajo peso. Más de la mitad de las muertes neonatales, es decir más de 2,000 niños y niñas, podría evitarse con medidas sencillas y de bajo costo, y aplicables de manera inmediata al recién nacido. Las muertes maternas y neonatales pueden disminuirse mejorando la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, dotándolos de recursos físicos y humanos calificados, así como mejorando su acceso.

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

---

La madre y el recién nacido son un continuo inseparable y su supervivencia depende de la atención que reciban. El momento más vulnerable para las embarazadas y los recién nacidos se presenta durante el parto y en los días posteriores. Por eso es importante saber qué sucede en lo que respecta a la atención a las madres y neonatos: cuántos mueren, por qué, qué está haciendo el Estado y qué debería hacer.

En el año 2000 el país se propuso, de acuerdo con los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas, reducir para el año 2015 la mortalidad materna a 66 por 100,000 nacidos vivos, aunque aún no hay una meta específica de reducción de la mortalidad neonatal.

La mayor reducción de la mortalidad neonatal empezó en el año 2000, con un descenso de 23 muertes por 1,000 nacidos vivos ese año a 10 por 1,000 en el

---

<sup>1</sup> Puerperio es el período inmediatamente posterior al parto; se extiende entre seis y ocho semanas.

<sup>2</sup> Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2011

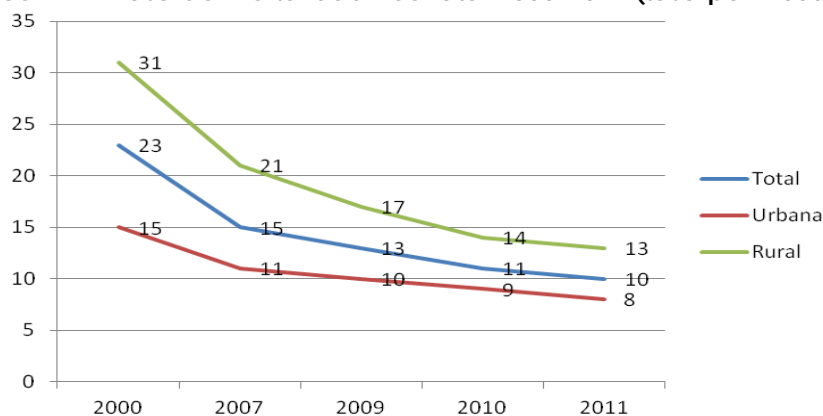
# INFORME SOBRE SALUD MATERNO NEONATAL EN EL PERÚ

## “Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”



2011<sup>3</sup>. En las áreas urbanas bajó de 15 por 1,000 a 8 por 1,000, y en las zonas rurales la disminución fue de 31 por 1,000 a 13 por 1,000. La notable caída en el área rural explica la reducción de la brecha existente, aunque ésta todavía es significativa.

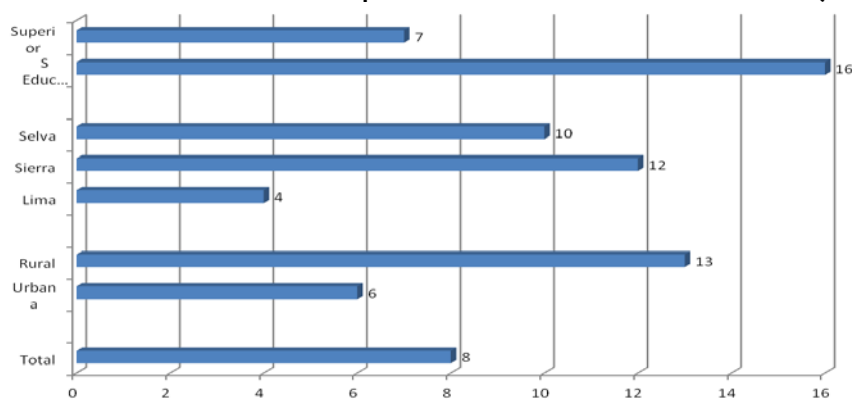
Gráfico N.º 1. Tasa de mortalidad neonatal 2000-2011 (tasa por 1 000 N.V.)



FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES.

Las regiones con menor mortalidad neonatal son La Libertad (5 por 1,000), Lima (7 por 1,000) y Tacna (7 por 1,000), mientras que Tumbes (18 por 1,000), Madre de Dios (17 por 1,000) y Cusco (17 por 1,000), presentan las tasas más altas de mortalidad neonatal en el país. En el gráfico 3 se muestra la mortalidad neonatal según ciertas características seleccionadas.

Gráfico N.º 2. Mortalidad Neonatal por Características Seleccionadas (Perú 2011)



FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011.

## CAUSAS DE LA MORTALIDAD NEONATAL

El 51,2% de las muertes neonatales, más 2,200 recién nacidos al año, se debe a **infecciones, asfixia, prematuridad y bajo peso al nacer** (menos de 2,5 kg)<sup>4</sup>. Estas muertes pueden evitarse con acciones sencillas y de bajo costo, y

<sup>3</sup> ENDES 200 y ENDES 2011: mortalidad neonatal en los 10 años anteriores a la encuesta.

<sup>4</sup> Estado de la Niñez. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Instituto Nacional de Informática y Estadística. Perú. Febrero 2011.

aplicables de manera inmediata al recién nacido: asepsia, lavado de manos de la persona que atiende el parto, reanimación neonatal con aire ambiental y abrigo, y ligadura del cordón entre uno y tres minutos después del nacimiento<sup>5</sup>. La asepsia previene infecciones, y la detección de síntomas de asfixia es clave para evitar la muerte neonatal. Llama la atención que en el Perú, a pesar del incremento significativo del parto institucional, estas sigan siendo las principales causas de muerte neonatal, lo que expresaría problemas en la calidad de la atención del parto y del recién nacido.

**Cuadro N.º 1. Causas registradas de la mortalidad neonatal**

Causas	defunciones	%
1. <i>Sepsis bacteriana del recién nacido</i>	673	22,3
2. <i>Asfixia neonatal</i>	462	15,3
3. <i>Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer</i>	409	13,6
4. Otras malformaciones congénitas	216	7,2
5. Dificultad respiratoria del recién nacido	204	6,8
6. Otros problemas respiratorios del recién nacido	183	6,1
7. Neumonía congénita	140	4,6
8. Síndrome de aspiración neonatal	123	4,1
9. Otras malformaciones congénitas del corazón	98	3,3
10. Otras causas	507	16,8
<b>Total</b>	<b>3,015</b>	<b>100</b>

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA 2010.

En cuanto al bajo peso al nacer, a pesar del descenso en la tasa nacional en el período 2007-2011 (de 8,4% a 6,5%), en ese período aumentó en las regiones de Apurímac (de 7,2% a 10,6%), Madre de Dios (de 4,3% a 7,3%) y Huancavelica (de 7% a 9,1%)<sup>6</sup>. Ello incrementa las probabilidades de morir en los primeros años o de padecer enfermedades como la diabetes, seguir mal nutridos y alcanzar menores coeficientes de inteligencia<sup>7</sup>.

### ¿En qué momento ocurre la muerte neonatal?

El 82% de las muertes neonatales, cerca de 3,700 niños cada año, ocurre en los primeros siete días, y el 33%, aproximadamente 1,500 niños anualmente, durante las primeras 24 horas. Por lo tanto, el control de la gestante, el parto institucional, la atención inmediata del recién nacido y el seguimiento en el domicilio durante la primera semana después del parto, se constituyen en intervenciones claves.

La desnutrición materna está estrechamente vinculada a una incidencia más elevada de recién nacidos con bajo peso<sup>8</sup>. El peso al nacer no solo es un buen indicador del estado de salud y nutrición de la madre, sino también de las posibilidades de supervivencia, salud y desarrollo psicosocial del niño<sup>9</sup>. Con

<sup>5</sup> Lancet, sobre salud neonatal.

<sup>6</sup> Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011.

<sup>7</sup> Fuente: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2012.

<sup>8</sup> Número de defunciones de fetos mayores a 28 semanas de gestación y/o peso superior a 1 000 gramos, más los recién nacidos fallecidos antes de los siete días, por cada 1 000 nacidos vivos en un año determinado.

<sup>9</sup> Fuente: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2012.

una detección precoz, un tratamiento adecuado y una buena alimentación de la gestante, esta condición puede mantenerse bajo control<sup>10</sup>.

### Muerte neonatal tardía (8 - 28 días)

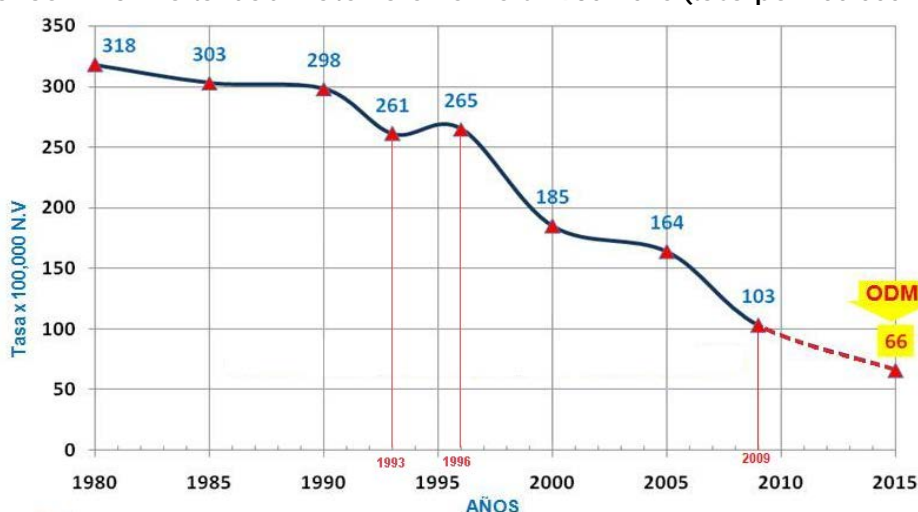
Un 18% de las muertes neonatales, alrededor de 800 niños al año, se produce después de los ocho días del nacimiento y pueden atribuirse a las condiciones del cuidado de los recién nacidos en el hogar. Las principales causas de estas muertes por infecciones son:

- (i) las condiciones de la vivienda: falta de acceso a agua y saneamiento, hacinamiento, falta de espacios protegidos para el recién nacido y bajas temperaturas en zonas alto-andinas;
- (ii) la limitada educación sanitaria de las familias, lo que incluye falta de medidas de protección para el recién nacido y falta de reconocimiento de las complicaciones;
- (iii) la falta de acciones de seguimiento del niño, especialmente del que tiene alguna condición de riesgo.

## ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN NUESTRO PAÍS?

Entre 2000 y 2010, la tasa de mortalidad materna se redujo de 185 a 93 por 100 000 nacidos vivos, superando la meta nacional planteada para 2011 (120 por 100 000).

Gráfico N.º 3. Mortalidad materna en el Perú 1980-2015 (tasa por 100 000 N.V.)

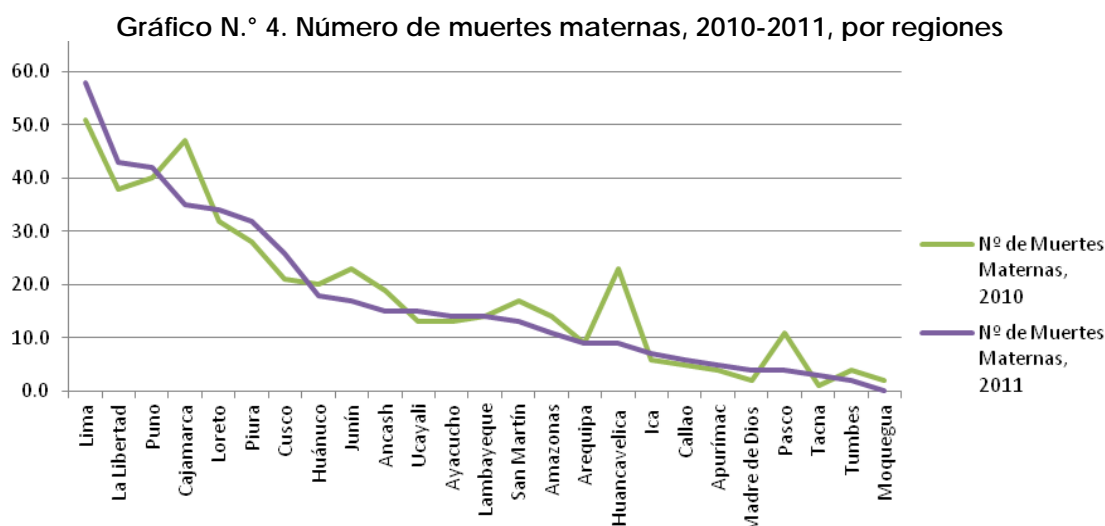


Fuente:  
INEI - UNFPA. "Estado de la Población Peruana, 1997", Julio 1997.  
INEI, ENDES 1996, ENDES 2000, ENDES 2009.

Vemos que la mortalidad materna ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 20 años. Aunque aún se mantienen las inequidades, el promedio

<sup>10</sup> Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. UNICEF.

nacional ha disminuido ostensiblemente. Sin embargo, cada año todavía mueren más de 400 madres por causas relacionadas con el embarazo. En las regiones, este cambio se ha dado de manera diferenciada, tal como se aprecia en el siguiente gráfico:



Fuente: Dirección General de Epidemiología-RENACE-MINSA. Hasta la semana 52-2011. Reporte de balance del Programa Materno Neonatal - MCLCP.

## ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA?

El número de muertes maternas el año 2010 fue de 457 y en el año 2011 de 445<sup>11</sup>. Las dos primeras causas de mortalidad materna: hemorragia y enfermedad hipertensiva del embarazo, representan un 75% de las muertes maternas. Se calcula que al finalizar el 2012 habría alrededor de 427 mujeres muertas por razones vinculadas con el embarazo<sup>12</sup>.

## MEDIDAS PARA PREVENIR LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

Las principales medidas directamente vinculadas con la reducción de la mortalidad materna y neonatal son las siguientes:

1. **Espaciamiento de nacimientos.** Conocimiento y uso de algún método de planificación familiar. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar solo alcanza el **44,4%**.
2. **Acceso a atención prenatal de calidad.** En el período 2000-2011 la cobertura de gestantes que en el último nacimiento tuvieron seis o más controles **prenatales** pasó de **76,4% a 83,5%**, aunque la **brecha urbano-**

<sup>11</sup> Dirección General de Epidemiología - MINSA. 2010, 2011.

<sup>12</sup> Las cifras oficiales de este dato serán publicadas en el informe ENDES 2012 en mayo del 2013.

rural sigue superando los 10 puntos porcentuales. Es necesario mejorar la calidad de este servicio.

3. **Acceso a la atención de parto institucional.** La cobertura de atención de partos institucionales en zonas rurales alcanzó, al año 2011, **62,5%**, 13 puntos porcentuales más que en 2007. Hay **poco avance** en la cobertura de partos institucionales en **la selva rural** (3 puntos porcentuales en cinco años), siendo la población de lengua originaria amazónica la más afectada (18,2%<sup>13</sup> de cobertura).
4. **Administración de micronutrientes a las gestantes.** Controlar la anemia, que afecta a un 28%<sup>14</sup> de las gestantes y hace que las mujeres desarrollen su embarazo con reservas insuficientes de hierro, lo que afecta su salud y la del recién nacido.
5. **Acceso a establecimientos de salud con capacidad resolutive para la atención de las complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales.** En el interior del país hay muchos establecimientos de salud con poca capacidad resolutive, es decir con insuficientes recursos físicos y humanos debidamente calificados para diagnosticar y tratar adecuadamente una emergencia y/o complicación, y los pocos que la tienen suelen estar ubicados en la capital regional o cerca de ella.
6. **La lactancia materna precoz.** La lactancia es clave en la salud del recién nacido. Sin embargo, el 50% de bebés, 320,000 recién nacidos cada año, no la inicia en la primera hora de vida, lo que afecta su sistema inmunológico y los hace más vulnerables a enfermedades<sup>15</sup>.
7. **Abordaje intercultural.** Es importante brindar atenciones interculturales en embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, respetando la cultura de la madre y optimizando la calidad de las atenciones. La partera tradicional aún es un factor importante en la atención del parto en algunas zonas del país.

## ¿CUÁL HA SIDO LA RESPUESTA DEL ESTADO PARA RESOLVER EL PROBLEMA?

Para abordar este problema, el Estado ha planteado una serie de medidas: la **Norma Técnica de Salud**, que establece intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal; la **Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva**; y el **Plan Estratégico 2009-2015** para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. El **Programa Salud Materno Neonatal** busca

<sup>13</sup> Reporte de Balance Enero-Octubre 2011. Seguimiento concertado a dos finalidades del programa presupuestal Salud Materna Neonatal: Atención del Parto Normal y Atención del Parto Complicado no Quirúrgico. Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal. MCLCP.

<sup>14</sup> INFORME Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas 2011 - JUNIO – 2012. Instituto Nacional de Salud

<sup>15</sup> La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. 47.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 58ª Sesión del Comité Regional Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006.



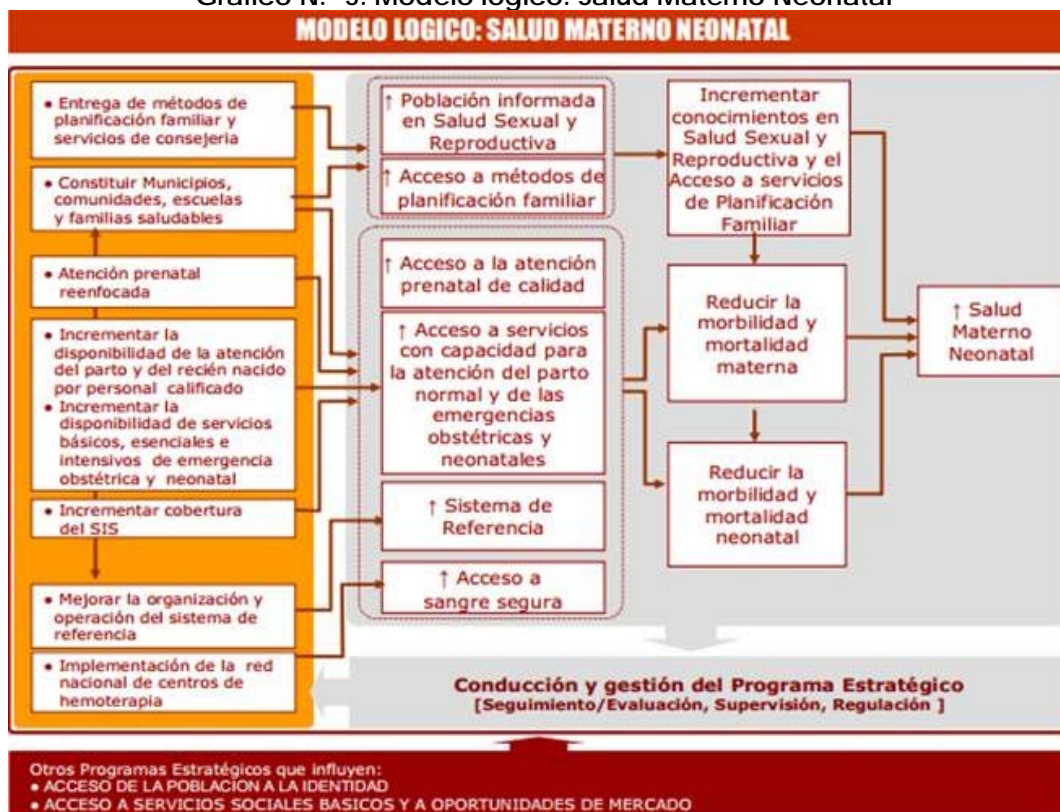
# INFORME SOBRE SALUD MATERNO NEONATAL EN EL PERÚ

## “Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”



contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad materno neonatal. Por su orientación y el volumen de recursos asignados, es una de las principales medidas de la política pública en temas de salud.

Gráfico N.º 5. Modelo lógico: Salud Materno Neonatal



FUENTE: Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal - MEF.

La importancia de este programa ha ido en aumento, lo que se refleja en el incremento en más de tres veces entre el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de 2009 y 2012<sup>16</sup>.

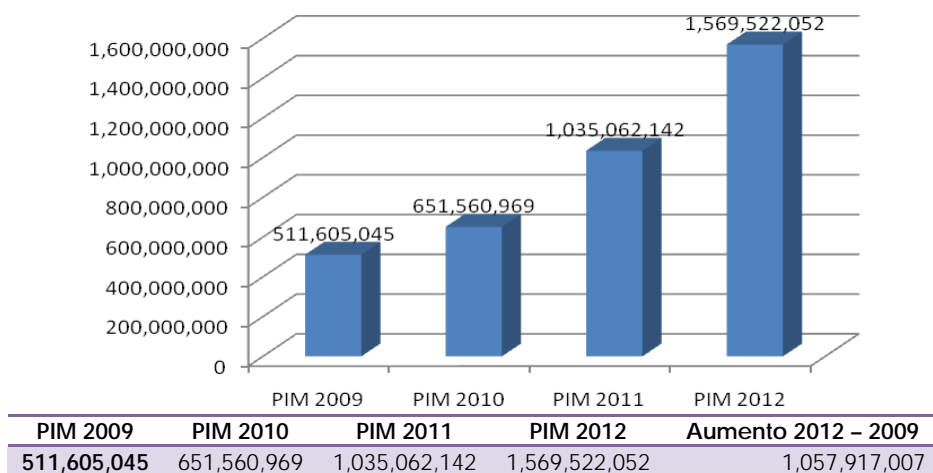
Gráfico N.º 6. Evolución del PIM correspondiente al PSMN, período 2009-2012

<sup>16</sup> PIM: Presupuesto actualizado de la entidad pública como consecuencia de las modificaciones presupuestarias efectuadas durante el año fiscal, a partir del PIA. En el caso de las empresas y organismos públicos descentralizados de los gobiernos regionales y locales, los créditos presupuestarios son establecidos mediante Decreto Supremo.



# INFORME SOBRE SALUD MATERNO NEONATAL EN EL PERÚ

## “Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”



FUENTE: Sistema Integrado de Administración Financiera del Estado SIAF - MEF.  
Fecha de corte: 31 de diciembre de 2012.

Si bien el presupuesto del Programa Salud Materno Neonatal se ha triplicado entre 2009 y 2012, la ejecución presupuestal de este programa ha ido disminuyendo, pasando de 95,4% el 2009 a 80,9% el 2011, y a 82,8% el año 2012.

Para el 2013<sup>17</sup>, el PIM de este programa es de 1,102'302,759 nuevos soles. Si bien ha tenido una caída global en el presupuesto, esto se debe principalmente a una disminución importante en el presupuesto del gobierno nacional y de los gobiernos locales. Sobre este tema se observa que:

- (i) el gobierno nacional ha disminuido su presupuesto para este programa en 232 mil millones;
- (ii) los gobiernos locales han disminuido su presupuesto en 186 mil millones;
- (iii) los gobiernos regionales han incrementado su presupuesto en 103 mil millones con respecto a lo asignado en el 2012. Esto es un retroceso en la apuesta que se estaba haciendo en los gobiernos locales, que vuelven a tener menos del 1% del total del presupuesto de este programa.

**Cuadro N.º 2. Evolución de la ejecución presupuestal correspondiente al PSMN**

Programa estratégico	PIM	Ejecución Devengado	Avance %
2009	511,605,045	487 867 006	95,4
2010	651,560,969	540 511 031	83
2011	1,035,062,142	837 192 021	80,9
2012	1,569,522,052	1 299 270 983	82,8

FUENTE: Sistema Integrado de Administración Financiera del Estado SIAF - MEF.  
Fecha de corte: 31 de octubre de 2012.

Siguiendo el análisis de los principales productos, en los últimos cuatro años (2009-2012) destacan los incrementos presupuestales de los productos “Atención del parto normal” (de 89 millones de nuevos soles a 217 millones), “Atención prenatal reenfocada” (de 62 millones a 178 millones) y “Acceso al

<sup>17</sup> Consulta amigable SIAF al 26 de Enero de 2013.

# INFORME SOBRE SALUD MATERNO NEONATAL EN EL PERÚ

## “Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”



sistema de referencia institucional” (de 15 millones a 93 millones de nuevos soles). Este último producto tiene que ver con todo el sistema dispuesto para trasladar a pacientes si se presentan complicaciones. En estos cuatro productos se han presupuestado 631 millones de nuevos soles (36,7% del total asignado para el 2012). Esta asignación refleja un mejor alineamiento en los recursos.

La mayor ejecución presupuestal del 2012<sup>18</sup> fue la de “Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva” (98,6%), y la que terminó con menor ejecución presupuestal fue “Acceso al Sistema de Referencia Institucional” —uno de los de mayor asignación— con un 80,7%. Una de las causas de esta baja ejecución presupuestal puede ser la dificultad para la adquisición de bienes de capital.

**Cuadro N.º 3. Ejecución del PIM correspondiente al Programa Salud Materno Neonatal, 2012 para principales productos**

PRODUCTOS	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
3033304: acceso al sistema de referencia institucional	107,886,659	51,631,795	41,674,110	80,7
3033297: atención del parto complicado quirúrgico	71,736,488	157,247,279	136,909,311	87,1
3033305: atención del recién nacido normal	83,261,789	80,363,445	72,907,593	90,7
3033306: atención del recién nacido con complicaciones	66,334,898	94,292,636	84,276,918	89,4
3033307: atención del recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales – ucin	58,941,967	59,235,387	54,693,769	92,3
3033296: atención del parto complicado no quirúrgico	41,452,566	46,652,279	44,579,238	95,6
3033294: atención de la gestante con complicaciones	56,409,096	75,284,885	70,255,431	93,3
3033298: atención del puerperio	31,634,967	37,268,566	35,130,542	94,3
3033299: atención del puerperio con complicaciones	24,944,731	27,690,283	26,904,916	97,2
3033300: atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos	12,981,811	25,394,795	23,628,933	93
3033412: familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva	7,868,504	11,729,048	11,568,212	98,6
3033291: población accede a métodos de planificación familiar	35,714,232	34,588,690	32,383,799	93,6
3033292: población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	14,275,224	19,168,941	13,903,757	72,5
3033289: comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva	4,344,025	9,072,380	8,295,815	91,4
3033287: desarrollo de normas y guías técnicas en salud materno neonatal	6,843,887	4,859,815	4,582,904	94,3
3033290: instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva	5,618,395	6,451,846	6,413,604	99,4
3033288: municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva	5,294,615	5,505,637	5,406,029	98,2

<sup>18</sup> Consulta amigable SIAF – fecha de corte 31 de Diciembre 2012, fecha de consulta 6 de enero 2013.

# INFORME SOBRE SALUD MATERNO NEONATAL EN EL PERÚ

## “Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”



FUENTE: Sistema Integrado de Administración Financiera del Estado SIAF - MEF.  
Fecha de corte: 31 de diciembre de 2012.

### CONCLUSIONES

---

- En el país mueren anualmente alrededor de 4,480 niños durante el primer mes debido a **infecciones, asfixia, prematuridad y bajo peso al nacer**<sup>19</sup>. Más de la mitad de estas muertes, es decir más de 2,200 vidas humanas que recién se inician, pueden prevenirse y evitarse con acciones sencillas y de bajo costo, y aplicables de manera inmediata al recién nacido. Se estima la muerte de 427 madres por razones vinculadas a la maternidad en el 2012. No más muertes de madres y recién nacidos por causas evitables debe ser la meta nacional a la que todos, como sociedad, debemos aspirar.
- Las acciones que pueden aplicarse al recién nacido para evitar su muerte son: asepsia, lavado de manos de la persona que atiende el parto<sup>20</sup>, reanimación neonatal con aire ambiental y abrigo, así como la ligadura del cordón entre uno y tres minutos después del nacimiento. Del mismo modo, la lactancia antes de la primera hora de nacido es vital para la supervivencia y desarrollo del niño.
- El contacto piel a piel entre madre y recién nacido es fundamental para la regulación de la temperatura del niño y su relación afectiva.
- La lactancia materna es clave en la salud del neonato. Sin embargo, aproximadamente 320,000 recién nacidos registrados cada año<sup>21</sup> no acceden a ella en la primera hora de vida. La práctica de la lactancia materna precoz debe ser fortalecida en los servicios de salud, evitándose la promoción del uso de las fórmulas de leche artificial entre los recién nacidos. La lactancia reduce la mortalidad neonatal, ayuda a los recién nacidos a mantener el calor, fortalece su sistema inmunológico y refuerza el apego entre la madre y el bebé. La lactancia contribuye a que tengamos niños más sanos, inteligentes y seguros.
- Es prioritario lograr el acceso universal de las gestantes y neonatos a servicios de salud con atención de calidad, y para ello se requieren recursos. El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal se ha triplicado entre 2009 y 2012 (un aumento de 1,057´917,007 nuevos soles), lo que refleja la voluntad política por atender la problemática. No obstante, preocupa la tendencia de invertir más en salud materna que en atención neonatal.
- Durante el año 2012 se destinaron cerca de 1,570 millones de nuevos soles para la ejecución del Programa Salud Materno Neonatal, de los cuales 896 millones fueron a los gobiernos regionales, 139 millones a los gobiernos

---

<sup>19</sup> Estado de la Niñez. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Instituto Nacional de Informática y Estadística. Perú. Febrero 2011.

<sup>20</sup> Lancet, sobre salud neonatal.

<sup>21</sup> Registro nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC. Elaborado por INEI.

## INFORME SOBRE SALUD MATERNO NEONATAL EN EL PERÚ “Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”



locales y 535 millones al gobierno central. Preocupa que para el 2013 haya disminuido el presupuesto para este programa.

- Según los índices de mortalidad materna y neonatal, el Estado debería prestar especial atención a las regiones de Cusco, Madre de Dios y Tumbes, que tienen las más altas tasas de mortalidad neonatal, y a las regiones de Lima, La Libertad y Puno, que tienen las mayores tasas de muertes maternas.
- La ejecución del presupuesto asignado a este programa ha venido disminuyendo: en el año 2012 solo se logró ejecutar del 82,8% del presupuesto.
- Es indispensable el trabajo articulado entre los diferentes niveles de gobierno. Los acuerdos de gestión con los gobiernos regionales son claves para establecer y lograr las metas, y con ello asegurar una priorización de las acciones necesarias para lograr los resultados en la prestación de servicios en torno al cuidado de la salud materno neonatal.
- Los gobiernos regionales deben fortalecer su red de servicios para asegurar el acceso a las gestantes y neonatos en no más de dos horas a un establecimiento que les brinde funciones obstétricas neonatales para tratar adecuada y oportunamente las complicaciones.
- Los gobiernos locales, en el marco de una gestión local territorial y con acceso a los recursos necesarios, deben implementar actividades y proyectos de inversión pública y social que permitan crear condiciones favorables para la madre y el recién nacido:
  - Implementar casas de espera maternas, especialmente en zonas de limitado acceso a servicios de salud.
  - Promover el parto institucional y una adecuada atención del recién nacido.
  - Promover la vigilancia comunitaria para una maternidad saludable.
  - Implementar centros de desarrollo del joven y adolescente.
  - Promover prácticas en salud sexual y reproductiva con énfasis en la maternidad saludable y la salud del neonato.
- La organización comunal es clave para la salud de las gestantes y de los recién nacidos y puede liderar la promoción de prácticas saludables, como:
  - Conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
  - Cuidados adecuados a la mujer durante la gestación.
  - Atención del parto en un establecimiento de salud.
  - Cuidados adecuados a la madre y a los recién nacidos.
  - Fortalecimiento de acciones de información a adolescentes en autocuidado, comportamiento frente al embarazo no deseado, prostitución, entre otros.
- Se requiere generar sistemas distritales de información sobre el estado de la salud materno neonatal, para hacer un seguimiento y auditoría de los

## INFORME SOBRE SALUD MATERNO NEONATAL EN EL PERÚ “Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”



progresos hacia el cumplimiento de las metas. Esa base de datos ayudaría a monitorear el impacto de los programas a nivel distrital, y a tomar decisiones para mejorar resultados.

- Se deben implementar acciones de información orientadas a crear conciencia para que la población participe del logro de la meta: “no más muertes maternas y neonatales por causas prevenibles”. En especial, deben informar sobre los signos de alarma y el cuidado que debe tener la gestante durante su embarazo. En este aspecto es fundamental el rol de los medios de comunicación masiva.