

Cuaderno de Política Febrero de 2011

Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú

Janice N. Seinfeld



FOCAL

DIÁLOGO. INVESTIGACIÓN. SOLUCIONES.

Resumen ejecutivo

La reducción de la mortalidad materna en el Perú depende de la superación de barreras económicas, culturales y de accesibilidad relacionadas con el parto institucional. A pesar de las mejoras significativas de la salud materna durante los últimos 15 años, el Perú muestra un retraso importante en relación a los países desarrollados y todavía se encuentran grandes desigualdades entre diversos grupos y áreas del país, sobre todo entre las mujeres pobres que viven en la región de la Selva y en las áreas rurales.

En el Perú, la tasa de mortalidad materna disminuyó de 31.6 muertes por cada 100,000 mujeres en 1996 a 8.5 en 2009. Por su parte, el parto institucional aumentó significativamente en la última década, de menos de 50 por ciento en 2000 a 80 por ciento en 2009, pero todavía diversos grupos del país se encuentran marginalizados debido a las notables desigualdades existentes. Las mujeres que viven en las áreas rurales y en la Selva y las mujeres pobres y sin escolaridad presentan una tasa de partos institucionales significativamente inferior a la del resto de la población.

Si bien el gobierno ha implementado un programa estratégico para abordar la salud materna y neonatal con el objetivo principal de reducir las muertes, las evaluaciones sugieren que se debería mejorar aún más el cuidado de la salud materna. El presente cuaderno de política analiza las barreras al parto institucional para abordar el tema de mortalidad materna, puesto que el parto institucional es un buen indicador para predecir la mortalidad materna. Las recomendaciones más importantes que se desprenden del documento son las siguientes:

- 1.** Brecha económica: Se debería ampliar el programa actual de transferencias condicionadas en efectivo (TCE) para promover el parto institucional. La riqueza es una variable importante que determina el parto institucional y las experiencias internacionales sugieren que este tipo de programas disminuyen las barreras económicas relativas al parto institucional.
- 2.** Lagunas en el acceso: Es primordial invertir en mejorar la capacidad de los establecimientos de salud de bajo nivel resolutivo —es decir, los puestos de salud. Estos establecimientos se encuentran mayormente concentrados en las áreas rurales y pobres, donde es especialmente necesario aumentar el parto institucional.
- 3.** Diferencia cultural: El parto debe respetar criterios de adecuación cultural. Por ejemplo, facilitar el parto vertical, el entierro de la placenta, o la presencia de familiares durante el parto, entre otros, podrían alentar a diversos grupos étnicos y culturales a acudir a los establecimientos de salud para tener un parto atendido.

Introducción

Según el informe de 2008 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio más de 500,000 mujeres de países en vía de desarrollo murieron durante la gestación, el parto o durante las seis semanas posteriores al parto.¹ Los expertos indican que la mayoría de las muertes maternas suceden en casa y subrayan que la atención de personal cualificado es vital para reducir las tasas de mortalidad.²

En consecuencia, la ampliación de la cobertura de partos institucionales (PI)³ es una de las metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio para mejorar la salud materna. De hecho, proporcionar cuidados adecuados durante el parto tiene un impacto positivo en la salud materna y neonatal, ya que las complicaciones son una causa importante de la mortalidad. En 2009, más del 70 por ciento de la mortalidad materna en el Perú se dio durante el parto. Según el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (MEF),⁴ en 2003, los casos de hemorragia fueron la primera causa de mortalidad materna (43 por ciento) seguida por hipertensión gestacional (14 por ciento), sepsis (ocho por ciento) y abortos en condiciones de riesgo (ocho por ciento). La factibilidad de resolver estos tipos de complicaciones es mayor si los partos se realizan en lugares adecuados y con la ayuda de personal de salud cualificado: los expertos señalan que la mortalidad materna se podría reducir entre un 16 y 33 por ciento en los países en vía de desarrollo si se contara con personal de salud cualificado para prevenir las complicaciones durante el parto.⁵

La tasa de mortalidad materna (TMM) y la proporción de partos institucionales son dos indicadores universalmente aceptados de salud materna. En el Perú, la tasa de mortalidad materna en 2009 fue de 103 muertes por 100,000 nacidos vivos⁶ y la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud por personal de salud especializado fue de 59.3 por ciento. Ambos indicadores muestran una situación crítica en comparación con países desarrollados, donde se aprecia, en el año 2008, una TMM promedio de 14 muertes por 100,000 nacidos vivos y una proporción de partos atendidos por personal de salud especializado de 99 por ciento. Incluso, la tasa de mortalidad materna del Perú está por encima del promedio de América Latina y el Caribe, 85 muertes por 100,000 nacidos vivos en 2008.

Recientemente, el gobierno peruano decidió dar prioridad al parto institucional con el objetivo de reducir la TMM. El gobierno tomó acciones específicas para mejorar los ratios de partos en los establecimientos de salud y atendidos por profesionales de la salud. Por ejemplo, el gobierno creó el Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN) con un presupuesto de 138 millones de dólares en 2008 y 170 millones de dólares en 2009.

Los esfuerzos gubernamentales han contribuido a la reducción de la TMM. Las estimaciones para 2009, muestran una tasa de 8.5 por 100,000 mujeres, cerca de la mitad de la tasa del año 2000, 18.3 por 100,000 mujeres. Sin embargo, se necesitan más esfuerzos para seguir reduciendo la TMM. Además, es primordial reducir las disparidades referentes a la TMM de grupos marginalizados, especialmente las poblaciones rurales y los pobres.

Este documento de política presenta un breve panorama de las intervenciones gubernamentales en materia de salud materna en el Perú. Posteriormente, describe la relación entre las tasas de mortalidad materna y los partos institucionales para luego ilustrar la situación actual de los partos institucionales según las características de las mujeres y sus hogares. Finalmente, se presentan estimaciones econométricas sobre la

relación entre la probabilidad de tener un parto institucional y variables de demanda —relacionadas con las características de la mujer y su hogar— y oferta —número de profesionales y establecimientos de salud a nivel distrital provistos por el gobierno; todo ello con la finalidad de formular conclusiones y recomendaciones en materia de políticas de salud.

Programas gubernamentales de salud materna

La salud materna e infantil es una prioridad para el Perú desde hace dos décadas. Una de las primeras políticas significativas en la materia fue implementada en la década de los 90 cuando se introdujo el Seguro Materno Infantil (SMI) con mira para mejorar la salud de las mujeres y niños más pobres.

El SMI se transformó en un seguro más completo que se denomina Seguro Integral de Salud (SIS) y tiene como objetivo dar cobertura a todos los pobres. Este seguro de salud, subvencionado por el sector público, cubría al 31 por ciento de la población asegurada y el 63 por ciento de la población más pobre en 2008. Las afiliaciones al SIS se duplicaron entre 2005 y 2008, reflejando el éxito del programa, al menos en cuanto a la cantidad de población asegurada. En cambio, la cobertura del Seguro Social de Salud (EsSalud), pagada por todos los trabajadores del sector formal, está estancada desde hace años.

Más aun, el proyecto de ley de seguro universal transitó por el proceso legislativo peruano y fue aprobado por el Congreso en marzo de 2009. Según esta ley marco, el objetivo del seguro universal es dar acceso a los servicios de salud básicos (incluyendo prevención, promoción, convalecencia y rehabilitación) a todos los peruanos residentes en el país. La lista de servicios cubiertos por el seguro está determinada por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). El PEAS se basa en la carga de enfermedad y contiene 185 beneficios que cubren enfermedades obstétricas, ginecológicas, pediátricas, oncológicas, contagiosas y no contagiosas. La ley será aplicada de manera progresiva, comenzando por las regiones más pobres del país.

Con la finalidad de mejorar la salud materna, el gobierno peruano ha priorizado la promoción de los partos institucionales y ha puesto a la reducción de la mortalidad materna como el primer Objetivo Sanitario Nacional en el Plan Nacional Concertado de Salud (2007-2020), con las metas específicas de reducir el embarazo en adolescentes; reducir las complicaciones durante la gestación, el parto y el post parto; y ampliar el acceso a diferentes métodos de contracepción.⁷

Para ello, uno de los cinco programas presupuestales creados en 2008 fue el PSMN, con el propósito de reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal. El financiamiento de este programa estratégico representa aproximadamente 0.5 por ciento del presupuesto total del gobierno peruano y cuatro por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud, y se distribuye entre el Ministerio de Salud (34 por ciento), el SIS (23 por ciento) y las autoridades regionales (43 por ciento); en el marco del PSMN se ejercen actividades específicas como aumentar la atención institucional del parto, mejorar la hemoterapia, aumentar la cobertura del SIS para mujeres en edad fértil y elaborar guías técnicas sobre la atención materna y neonatal.⁸

Los esfuerzos recientes del gobierno han tenido éxito en reducir la TMM. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2009 indica una TMM de 8.5 por 100,000 mujeres, lo que representa una reducción

significativa si la comparamos con la TMM de 18.3 en el año 2000. Sin embargo, este cuaderno de política justifica la necesidad de mantener esfuerzos continuos para reducir aún más la TMM y llegar más eficazmente a los grupos marginalizados.

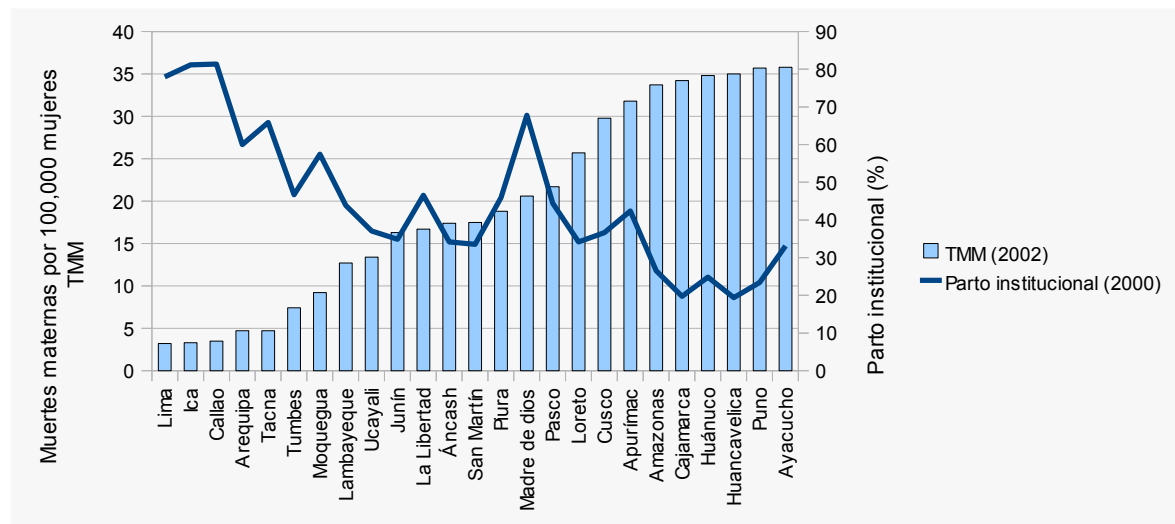
Desigualdades en la salud materna

Los datos de la TMM a nivel nacional revelan una disminución importante en las últimas dos décadas, de 31.6 muertes maternas por 100,000 mujeres en 1996 a 8.5 en 2009. Los datos de la TMM desagregados por grupo de edad muestran una mejora substancial en todos los grupos, destacando los grupos de edad entre 40 y 44 años y entre 15 y 19 años, con reducciones superiores al 45 y 20 por ciento, respectivamente.

No obstante, se duda de la fiabilidad de los datos desagregados.⁹ Para analizar de manera conveniente la salud materna de los grupos marginalizados, se considera el porcentaje de los PI ya que es un factor fundamental para prevenir la mortalidad. En efecto, existe una fuerte correlación negativa entre los índices de la TMM y los ratios de PI. La Figura 1 muestra esta relación entre la TMM proporcionada por el Ministerio de Salud (MINSa) y los ratios de PI por regiones políticas en el Perú —anteriormente conocidas como departamentos. Los resultados muestran una fuerte relación negativa, con un coeficiente de correlación de -0.82. Por lo tanto, en este cuaderno de política se analiza la tasa de parto institucional como una variable aproximativa (*proxy*) de la TMM y de la salud materna.

Figura 1

Tasa de mortalidad materna y ratio de parto institucional en cada región política



Fuente: ENDES 2000, MINSa 2002.

En la Figura 1 se observa que las regiones más prósperas, localizadas normalmente en la Costa, presentan una TMM menor (inferior a cinco por ciento) y niveles más altos de PI. Las regiones de ingresos bajos, localizadas en la Sierra y Selva, muestran TMM significativamente mayores y ratios de PI bastante más bajos que el promedio. Es importante señalar que la población de las regiones más pobres es mayoritariamente indígena, de los grupos de habla quechua y aymara.

Brecha en tasas de parto institucional según área de residencia

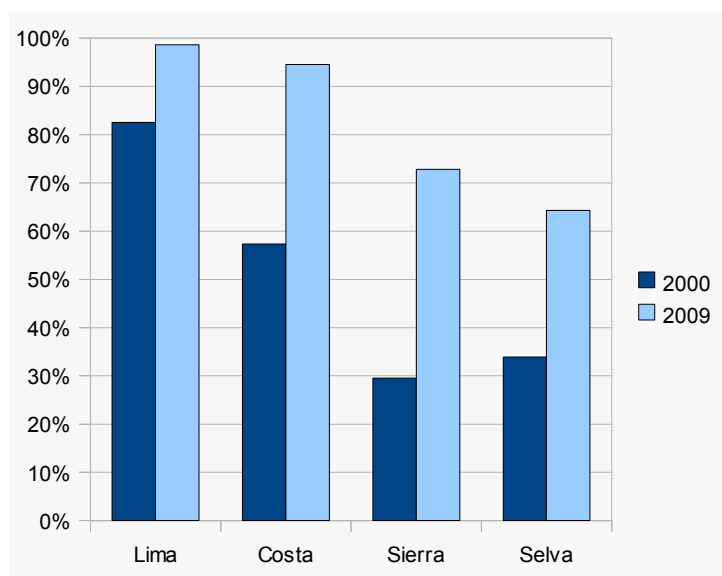
Aunque los partos institucionales han aumentado significativamente en la última década, hay grandes desigualdades que todavía marginalizan a diversos grupos del país. Los datos muestran que los ratios de PI han aumentado, desde cerca de 50 hasta 80 por ciento entre 2000 y 2009. Sin embargo, en 2009, aproximadamente una de cada dos mujeres en las áreas rurales seguía aún sin acceder al parto institucional, comparado con 7.6 por ciento en las áreas urbanas.

Además, las diferencias en cuanto al ratio de PI entre las regiones geográficas del Perú son también significativas. Se consideraron cuatro regiones geográficas: Costa, Sierra, Selva y Lima Metropolitana. La Costa se extiende en el lado oeste del país y alberga cerca del 23 por ciento de la población del país. Aunque Lima Metropolitana está situada en la Costa, se la analiza de manera separada puesto que aloja cerca del 28 por ciento de la población del país. La región de la Sierra se compone de ciudades y pueblos localizados en los Andes y alberga al 35 por ciento de los peruanos. Finalmente, la región de la Selva se sitúa en la selva amazónica. Es la más grande de las cuatro regiones en términos de superficie pero sólo constituye un 14 por ciento de la población.

La Figura 2 muestra que mientras en Lima Metropolitana y la Costa los ratios de PI fueron respectivamente 99 y 95 por ciento en 2009, los indicadores de la Selva y la Sierra se situaron en 64 y 73 por ciento. Todas las regiones han progresado durante la última década. La Sierra ha sido la más exitosa, aumentando de 30 por ciento en 2000 a 73 por ciento en 2009, mientras que la Selva ha mostrado un menor progreso, aumentando el ratio de PI desde 34 por ciento en el año 2000 hasta 62 por ciento en 2009.

Figura 2

Ratio de partos institucionales, según región geográfica, Perú 2000 y 2009



Fuente: ENDES 2000, 2009.

Cuando se analizan los datos de región geográfica y la riqueza del hogar de forma conjunta, la concentración del déficit de PI resalta que los índices más bajos se encuentran en los quintiles de riqueza más bajos en las tres regiones —la Costa (77 por ciento, excluyendo Lima), la Sierra (50 por ciento) y la Selva (35 por ciento). Las peores situaciones se encuentran en la Sierra y la Selva, donde hay índices bajos de PI incluso en el segundo quintil de riqueza.

Cuadro 1

Ratios de partos institucionales, según quintil de riqueza y región geográfica, Perú 2009 (%)

Región/Quintil de riqueza	Más bajo	Segundo	Tercero	Cuarto	Más alto
Lima	N.A.	98	96	98	97
Costa	77	86	96	96	97
Sierra	50	68	88	93	99
Selva	35	76	93	99	93

Fuente: ENDES 2009

Por otra parte, los datos de ENDES para 2009 muestran que las áreas rurales de la Sierra y la Selva presentan índices de PI menores que las áreas urbanas en las mismas regiones. Por ejemplo, en la Selva, los partos institucionales en las ciudades alcanzan 83 por ciento mientras que sólo llegan a 43 por ciento en las áreas rurales.

Para analizar de manera más extensiva las diferencias en PI según el área de residencia, es conveniente incluir dos variables que permiten evaluar la calidad de PI: la capacidad del profesional que atiende el parto y el tipo de establecimiento de salud. En relación al profesional de la salud, la columna izquierda del Cuadro 2 indica una participación más grande de doctores y obstetras en el parto institucional en las áreas urbanas: 76 por ciento comparado con 40 por ciento en las áreas rurales. Las enfermeras, parteras y la categoría “otro” son más comunes en las áreas rurales, aunque no se puede concluir nada sobre el nivel de cualificación de la categoría “otro”.¹⁰

Al analizar los establecimientos de salud por área de residencia, la columna derecha del Cuadro 2 muestra que cerca de una de cada dos mujeres da a luz en los hospitales del MINSA en las áreas urbanas mientras que en las áreas rurales es una mujer de cada cuatro. El lugar más común para dar a luz en las áreas rurales es el hogar (41.5 por ciento). Esto representa un riesgo alto para las mujeres y los recién nacidos, dadas las complicaciones que puedan surgir y la falta de atención de personal cualificado en un ambiente adecuado.

Se observa también que un 13.5 por ciento de mujeres campesinas dan a luz en los puestos de salud del MINSA, aunque estos establecimientos no son aptos para atender partos porque no tienen la capacidad resolutoria suficiente para tratar complicaciones. Este porcentaje es siete veces superior al de mujeres en áreas urbanas. Las desigualdades en relación al acceso a los servicios de salud entre las poblaciones de diferentes áreas saltan a la vista. Además, sabiendo que el hospital es el mejor lugar para dar a luz y que el hogar u “otro” establecimiento es el peor, resulta claro que las poblaciones urbanas no sólo tienen un mejor acceso a los servicios de salud referentes al parto sino que también reciben un servicio de mejor calidad.

Cuadro 2

Partos según profesional de la salud y área de residencia, Perú 2009 (%)

Cuidador	Urbana	Rural
Doctor	63.1	24.4
Enfermera	18.3	20.7
Obstetra	12.9	15.9
Técnico de salud	0.1	1.7
Parteras	2.8	16.4
Otro	2.7	20.3
Ningún	0.1	0.6

Fuente: ENDES 2000, 2009.

Partos según tipo de establecimiento de salud y área de residencia, Perú 2009 (%)

Establecimiento	Urbana	Rural
En la casa	5.9	41.5
En la casa de la partera	0.2	0.3
Hospital del MINSA	48.3	23.2
Hospital de EsSalud	14.9	2.1
Hospital de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional	0.6	0.0
Centro de salud del MINSA	13.8	16.5
Puesto de salud del MINSA	2.0	13.5
Puesto/Centro de EsSalud	1.7	0.1
Práctica privada	11.5	1.3
Otro	1.2	1.6

Fuente: ENDES 2000, 2009.

Desigualdades socioeconómicas y culturales en los partos institucionales

Las características de la madre y del hogar son indicadores que ayudan también a identificar a grupos marginalizados en lo que respecta al PI. Al respecto, se analiza el nivel máximo de estudios alcanzado por la madre, el idioma materno y el quintil de riqueza del hogar, según los datos de ENDES.

Si bien el Perú ha experimentado un crecimiento de PI para las mujeres de todos los niveles de educación, es evidente que todavía se observan diferencias importantes: mientras que el índice de PI es 98 por ciento para las mujeres con un nivel escolar terciario y 91 por ciento para las mujeres con un nivel secundario, sólo es 63 por ciento para aquellas con educación primaria y 50 por ciento para las que no tienen educación formal.

En relación a los índices de PI según la lengua materna —utilizada como variable *proxy* de etnia— se observa un aumento importante de PI en la población de mujeres que hablan español: desde 55 por ciento en 2000 hasta 82 por ciento en 2009. Igualmente, las mujeres de habla quechua y aymara presentan un aumento de PI importante: de 13 por ciento a 60 por ciento y de 12 por ciento a 51 por ciento, respectivamente, en el mismo periodo.¹¹ Sin embargo, en otras comunidades indígenas que habitan sobre todo en la Selva, los

índices de PI son extremadamente bajos; sólo una de cada nueve mujeres que hablan un idioma indígena que no es ni quechua ni aymara y dieron a luz en 2009 se han beneficiado de un parto institucional.

Desde 2005, el acceso al parto institucional ha mejorado para las mujeres más pobres. El ratio de PI del quintil más bajo aumentó de 27 a 49 por ciento en 2009, mientras que los dos quintiles más altos se estancaron dado que ya eran superiores a 90 por ciento. Los datos estadísticos muestran que pasar del quintil más bajo al segundo más bajo aumenta en más de 27 puntos porcentuales la probabilidad de beneficiarse de un parto institucional; pasar del segundo menos bajo al tercero aumenta la probabilidad en cerca de 18 puntos porcentuales. La probabilidad de beneficiarse de un parto institucional continúa aumentando a través de los quintiles de riqueza, pero a un ritmo más lento.

Importancia de los diferentes factores de marginalización

Resulta difícil identificar a primera vista la importancia para el PI de los distintos factores de marginalización. Para resolver este problema, este cuaderno de política presenta un estudio estadístico sobre los impactos de estos factores en la probabilidad de tener un parto institucional.

Se parte de la hipótesis de que una mujer espera obtener beneficios por dar a luz en un establecimiento de salud (ej. una reducción de la probabilidad de fallecer o mejor salud para el recién nacido) pero, sin embargo, incurre en mayores costos (ej. transporte o el choque cultural del parto). La diferencia entre los beneficios y los costos es la utilidad que una mujer recibe de tener un parto institucional (y_i^*). Una mujer escogerá un parto institucional si la utilidad es positiva. La utilidad que obtiene una mujer de un parto institucional se deduce de la siguiente fórmula:

$$\begin{aligned} y_i^* = & \alpha + \beta_1 \text{ Nivel Educativo} + \beta_2 \text{ Lengua Materna} + \beta_3 \text{ Región Natural} \\ & + \beta_4 \text{ Área Rural} + \beta_5 \text{ Quintil de Riqueza} + \beta_6 \text{ Doctores} + \beta_7 \text{ Enfermeras} \\ & + \beta_8 \text{ Obstetras} + \beta_9 \text{ Hospitales} + \beta_{10} \text{ Centros de Salud} \\ & + \beta_{11} \text{ Puestos de Salud} + \mu \end{aligned}$$
$$\Pr(\text{parto institucional}) = \Pr(y_i^* > 0)$$

Donde:

- “Nivel educativo” es una variable discreta, que indica el nivel de educación, cuyos valores van de uno (ninguna escolaridad) hasta cuatro (educación terciaria).
- “Lengua materna” incluye variables dicótomas¹² para cada una de las lenguas maternas del muestreo (quechua, aymara y otras lenguas indígenas).
- “Región natural” incluye variables dicótomas según la región de localización del hogar.
- “Área rural” recibe el valor de uno si el hogar se sitúa en un área rural y cero en el caso contrario.
- “Riqueza” es una variable discreta que va de uno hasta cinco representando el quintil de riqueza de la familia.

- “Doctores” representa el número de doctores disponibles por cada 1,000 personas residentes en un mismo distrito. Las variables “Enfermeras” y “Obstetras” se definen de la misma forma.
- “Hospitales” representa el número de hospitales disponibles por cada 1,000 personas residentes en un mismo distrito. Las variables “Centros de salud” y “Puestos de salud” se definen de la misma forma.
- “ μ ” es el error de estimación.

Los datos provienen de la ENDES del 2009 y de la información del MINSA referente a los establecimientos y el personal de salud, que incluyen la relación de doctores, enfermeras, obstetras y hospitales por 1,000 habitantes, así como las categorías de otros establecimientos de salud en cada distrito.

El Cuadro 3 muestra los resultados de la estimación. La lengua materna tiene el efecto negativo más fuerte sobre el parto institucional: las minorías indígenas y las mujeres de habla aymara están en una situación de desventaja si se las compara con las mujeres de habla española. La probabilidad de tener un parto institucional para las mujeres de habla aymara es 40 por ciento más baja que la de las mujeres de habla española y la probabilidad para las minorías indígenas es sólo el 20 por ciento de la de las mujeres de habla española. De manera general, la etnia parece ser un factor significativo que se debe considerar cuando se analiza el parto institucional; en este sentido, las barreras culturales son importantes y deben de tomarse en cuenta.

Otro efecto negativo importante se presenta para las mujeres que viven en la Sierra y la Selva, pues la probabilidad de que puedan acceder a un parto institucional es cerca de un tercio de la probabilidad de las mujeres de la Costa y Lima (no se encontraron diferencias entre la región de la Costa y Lima). Además, vivir en áreas rurales tiene un efecto negativo, reduciendo la probabilidad estimada de PI para estas poblaciones a menos del 60 por ciento de la de mujeres en áreas urbanas. Se concluye que la localización geográfica —y las barreras de acceso concomitantes— afectan negativamente los PI.

Es importante destacar también el efecto de la riqueza sobre la asistencia al parto institucional. Así, cada incremento de un quintil de riqueza de la mujer gestante aumenta la probabilidad del parto institucional en 78 por ciento. En este sentido, la barrera económica es una limitación importante para los PI.

En relación al efecto del nivel educativo, el modelo indica que cada incremento de un nivel educativo —del primario al secundario o del secundario al terciario— aumenta la probabilidad de beneficiarse de un parto institucional en 84 por ciento.

Por el lado de la oferta, se constata que la presencia de un hospital en el distrito de domicilio aumenta significativamente la probabilidad de parto institucional. Los otros tipos de establecimientos, que son los más presentes en las áreas rurales, no demuestran tener un efecto significativo sobre el parto institucional porque probablemente tienen poca capacidad para atender las complicaciones. Esto refleja la urgencia de una inversión de capital ya que más de la mitad de los establecimientos de salud en el Perú tienen una capacidad muy reducida para resolver las complicaciones. Por último, el número de enfermeras y obstetras disponibles en el distrito ostenta un efecto importante en el parto institucional.

Cuadro 3

Probabilidad de tener un parto institucional, Perú 2009, estimación econométrica

Variable	Razón de probabilidades	EE.	z	P>z
Sierra	0.33***	0.04	-9.25	0.000
Selva	0.30***	0.04	-10.17	0.000
Rural	0.43***	0.04	-9.19	0.000
Quintil de la riqueza (valores de 1 hasta 5)	1.78***	0.10	10.37	0.000
Nivel educativo (escolaridad)	1.84***	0.12	9.68	0.000
Lengua materna: Quechua	1.58***	0.15	4.72	0.000
Lengua materna: Aymara	0.60**	0.15	-1.97	0.049
Lengua materna: Otras lenguas indígenas	0.19***	0.04	-8.38	0.000
Lengua materna: Extranjera	0.79	0.48	-0.39	0.697
Doctores x 1,000 res.	1.07	0.10	0.74	0.461
Enfermeras x 1,000 res.	1.21**	0.10	2.35	0.019
Obstetra x 1,000 res.	1.43***	0.17	2.96	0.003
Hospitales x 1,000 res.	102,491***	274,066.90	4.31	0.000
Establecimientos de nivel mediano x 1,000 res. (Centros de salud)	1.24	0.47	0.57	0.570
Establecimientos de nivel bajo x 1,000 res. (Puestos de salud)	1.03	0.09	0.40	0.687
Observaciones	10,220			
Proyecciones correctas (porcentaje)	83.11			

* Estadísticamente significativo a nivel de confianza de 90 por ciento.

** Estadísticamente significativo a nivel de confianza de 95 por ciento.

*** Estadísticamente significativo a nivel de confianza de 99 por ciento.

Nota: No se encontraron diferencias entre la región de la Costa y Lima.

Fuente: ENDES 2009.

Conclusiones

El análisis presentado en este cuaderno de política apoya cuatro conclusiones importantes. Primero, el efecto positivo que tienen la riqueza y la educación sobre el PI sugiere que se deberían realizar más esfuerzos para aumentar el ingreso de los hogares. El actual programa de transferencias condicionadas en efectivo (TCE) —Programa Juntos— va en la dirección correcta pero no es suficiente, pues las mujeres más pobres continúan presentando índices bajos de partos institucionales.

Segundo, las desventajas de las mujeres que viven en la Sierra, en la Selva y en las áreas rurales demuestran los efectos perversos de algunas barreras de acceso. De manera más específica, debido a una población dispersa y un transporte difícil, es necesario desarrollar nuevos modelos de prestación de servicios que incluyan, por ejemplo, la contratación con las iglesias y las ONG que suministran actualmente servicios médicos a las poblaciones en la Sierra y la Selva.

Tercero, el fuerte efecto negativo que tienen el idioma materno aymara y otras lenguas indígenas, excluyendo la quechua, en el parto institucional, muestra la importancia de ciertas barreras culturales que impiden a estos grupos recurrir a los establecimientos apropiados para el parto.

Finalmente, el presente análisis concluye que los establecimientos de salud de bajo nivel resolutivo (puestos de salud) no ayudan a aumentar el parto institucional. Es necesario mejorar su capacidad resolutiva para que sean más eficaces en mejorar la salud de la población.

Recomendaciones

Se constata la presencia de tres barreras importantes para el parto institucional en el Perú: económica, de acceso y cultural. Aunque el gobierno ha intentado enfrentarlas, las políticas han sido en su mayoría destinadas a las barreras económicas y no del todo exitosas. La relación costo-beneficio de estas políticas no ha sido buena y no se ha logrado alcanzar los resultados esperados. Las recomendaciones principales son las siguientes:

1. Para continuar reduciendo las barreras económicas, se debería agregar el PI a las condiciones del programa de TCE Juntos, similar a los casos de Bolivia y la India.¹³ De esta manera, todas las condiciones —las actuales de los controles pre y post natales, así como el parto institucional— tendrían que cumplirse para que la familia pueda recibir TCE. Sin embargo, se debería tomar en cuenta la oferta actual de establecimientos y profesionales y mejorarla. Estos deberían ser capaces de recibir y atender un número mayor de pacientes con atenciones oportunas y de calidad.
2. Para mejorar el acceso al parto institucional, los puestos de salud deberían aumentar su capacidad resolutiva, de manera que puedan atender y resolver las complicaciones del parto y abordar un número más grande de problemas de salud, especialmente en las áreas rurales. Además, el Ministerio de Salud y sus direcciones regionales necesitan implementar nuevos modelos de atención más eficaces, a través de la subcontratación de servicios —como los de laboratorio y bancos de sangre— y la contratación con diversas instituciones de salud privadas o sin fines de lucro —como por ejemplo las iglesias en la Selva que utilizan hospitales flotantes (embarcaciones con equipos médicos). Se deben utilizar todos los recursos existentes, privados y públicos, antes de considerar la construcción de nuevos establecimientos de salud.

Las barreras de acceso son particularmente altas en la región amazónica, donde la dispersión geográfica y los altos costos de transporte reducen la posibilidad de acceder a un establecimiento de salud para obtener una atención adecuada durante el parto. Este es un gran desafío, pues mejorar esta situación requiere altos niveles de inversión pública. Un ejemplo de buena práctica y modelo creativo es el de las “casas de espera”. Las mujeres gestantes se trasladan a estas casas semanas antes de dar a luz y esperan el momento del parto cerca de un establecimiento de salud. Sin embargo, habría que analizar la viabilidad de extender la disponibilidad de estas casas a una proporción mayor de la población.

3. Se observa, a través de las desventajas que enfrentan las minorías indígenas, que las barreras culturales y lingüísticas relacionadas con el parto institucional persisten en el Perú. Para hacer frente a estas barreras, el gobierno debería aumentar los partos que respeten criterios de adecuación cultural. Esta adecuación debe mejorar el bienestar de la madre durante el parto. Entre las diversas prácticas sensibles a los aspectos culturales, se encuentran el parto vertical —tipo de parto durante el cual la madre está parada y no echada—, la capacidad de enterrar la placenta, la presencia de miembros de la familia durante el parto y el ajuste de la temperatura del cuarto para comodidad de la madre y no del doctor.

Sobre la autora

Janice Natalie Seinfeld es doctora en Economía por la Universidad de Harvard. Realizó estudios de postdoctorado en Economía de la Salud en el *National Bureau of Economic Research* (NBER) en Cambridge, Massachusetts. Desde 2003 se desempeña como profesora e investigadora de la Universidad del Pacífico, Perú y es consultora de organizaciones nacionales e internacionales como el Ministerio de Salud, el Proyecto Amares, la Defensoría del Pueblo, el Banco Mundial, la Fundación Ford, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y *Global Development Network* (GDN), entre otras, en temas relacionados con las políticas públicas en el Perú. Ha publicado el libro *Repensando la Salud en el Perú* en 2007 así como diversos artículos sobre este tema.

Referencias

- ¹ Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2008*. Ginebra: ONU, 2008.
- ² Costello, Anthony, David Osrin, y Dharma Manandhar. "Reducing Maternal and Neonatal Mortality in the Poorest Communities". *BMJ* 329, no. 7475 (2004): 1166-68. ENDES, la fuente de datos oficial del Perú en lo que se refiere a la salud materna y neonatal, no incluye datos sobre el lugar de nacimiento en la sección referente a la mortalidad. Por esto, no se puede comparar el fallecimiento durante el embarazo entre los partos realizados en casa y los institucionales.
- ³ Los partos institucionales son aquellos atendidos en un establecimiento de salud por doctores, enfermeras u obstetras.
- ⁴ Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). *Programa Estratégico Salud Materno Neonatal*. Lima: MEF, 2008.
- ⁵ Graham, Wendy, Jacqueline Bell, y Colin Bullough. "Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries?" *Studies in Health Services Organisation and Policy* 17 (2001): 97-130.
- ⁶ En el Perú, las tasas de mortalidad materna se estiman en relación al número de nacidos vivos y también en relación al número de mujeres. En el presente documento, se estima generalmente la tasa por cada 100,000 mujeres pero también por cada 100,000 nacidos vivos, especialmente cuando se quiere compararla con indicadores internacionales.
- ⁷ Los indicadores específicos asociados a los objetivos del plan se encuentran en: Ministerio de Salud (MINSa). *Plan Nacional Concertado de Salud*. Lima: MINSa, 2007, 21.
- ⁸ Según la evaluación de 2009 de la *Comisión de Seguimiento Concertado del PSMN*, el presupuesto no se destinó a la infraestructura de salud ni al mejoramiento de la capacidad de los establecimientos de salud y bancos de sangre. Esta evaluación también detectó una distribución presupuestal desigual entre las diferentes regiones. Por último, la evaluación sugiere que se necesita mejorar la hemoterapia invirtiendo en el "acceso de la mujer gestante a sangre segura" y "bancos de sangre".
- ⁹ En el Perú, la TMM se estima con datos referente al fallecimiento de las hermanas de las encuestadas en la ENDES. Sin embargo, los datos de la ENDES presentan una gran limitación puesto que el número de observaciones es muy reducido. Al repetir las medidas de los indicadores se comprobó que algunas desagregaciones utilizan sólo dos observaciones (se utilizó un total de 218 observaciones en las estimaciones nacionales del año 2009).
- ¹⁰ La categoría "otro" se construyó tomando en cuenta los partos atendidos por una partera —trabajador de la salud que no sea especialista—, un amigo, familiar o la categoría "otros" de la ENDES que representa cualquiera persona sin código. El porcentaje de estas categorías varía según el área de domicilio. De manera colectiva, el porcentaje de familiares o amigos es más alto que las otras categorías, mientras que en el área urbana la categoría "otro" es más importante. En las áreas rurales, los familiares o amigos son los componentes principales de los porcentajes mostrados en el Cuadro 1.
- ¹¹ Sorprendentemente, las mujeres de habla quechua están en mejor situación que las de habla española. Probablemente esto refleja la migración de este grupo étnico hacia las ciudades grandes, si se compara con otros grupos que no hablan español.
- ¹² Una variable dicótoma sólo puede representar el valor uno o cero. Por ejemplo, una variable dicótoma para la lengua materna quechua, tiene el valor uno para una mujer de habla quechua y cero para una que no lo es.
- ¹³ Lim, Stephen, Dandona Lalit, Joseph A. Hoisington, Spencer L. James, Margaret C. Hogan y Emmanuela

Gakidou. "India's Janani Suraksha Yojana, a Conditional Cash Transfer Programme to Increase Births in Health Facilities: An Impact Evaluation". *Lancet* 375 (2010): 2009-23. Moloney, Anastasia. "Difficulties Hit Bolivia's Programme for Pregnant Women". *Lancet* 375 (2010): 1609-23.

FOCAL

Fundación Canadiense para las Américas
1 Nicholas St., Suite 720, Ottawa, ON K1N 7B7
Tel: 613-562-0005, Fax: 613-562-2525
Correo: focal@focal.ca

www.focal.ca

Crédito Fotos: © Centro de Estudios y de Cooperación Internacional (CECI); Michel Huneault y Terry Sebastian

Las opiniones expresadas en este documento son de responsabilidad del autor y no necesariamente reflejan la posición de FOCAL, su junta directiva o su personal.
© Fundación Canadiense para las Américas. Todos los derechos reservados.

SOBRE ESTE PROGRAMA:

El programa de salud de FOCAL propone utilizar herramientas analíticas para generar evidencia empírica sobre el grado de desigualdades e inequidades y sus determinantes en salud dentro de las poblaciones marginalizadas, tales como las poblaciones indígenas y afro descendientes en Bolivia, Colombia y Perú. El valor de esta iniciativa es el de ayudar a identificar elementos no examinados por la política pública para el desarrollo, la discusión y el intercambio de ideas a fin de diseñar políticas de salud más precisas. Las reformas que se han estado llevando a cabo en el Perú, y que aún se realizan hoy en día, están esencialmente relacionadas con la implementación de seguros de salud subvencionados con fondos públicos. A pesar de estos esfuerzos y a la mejora en la salud materna en los últimos años, el Perú aún se enfrenta a grandes desigualdades, especialmente entre los diferentes grupos étnicos y socioeconómicos.

FOCAL projects are undertaken with the financial support of the Government of Canada provided through the Canadian International Development Agency (CIDA)

Les projets de FOCAL sont réalisés avec l'appui financier du gouvernement du Canada agissant par l'entremise de l'Agence canadienne de développement international (ACDI)



Canadian International
Development Agency Agence canadienne de
développement international

Canada