

Inequidades en la atención perinatal en el Perú

Dr. Manuel Ticona Rendón

Doctor en Medicina. Profesor Principal, Universidad Jorge Basadre de Tacna

Mg. Diana Huanco Apaza

Magíster en Salud Pública. Obstetrix del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Dr. Johnny Paz Valderrama

Médico Pediatra. Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Docente, Universidad Jorge Basadre de Tacna

Dr. Julio Neyra Pinto

Médico Pediatra. Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Docente, Universidad Jorge Basadre de Tacna

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la mortalidad perinatal es un hecho de gran importancia, porque nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Además, permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 6 días de vida extrauterina.

La mortalidad perinatal no ha disminuido en forma significativa y las brechas con los países desarrollados están aumentando. Asimismo, el mayor componente de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal, 60% de las muertes infantiles se producen en el primer mes de vida ⁽¹⁾.

¿Cómo lograr entonces en nuestra región una sustancial mejoría de la salud materna perinatal? En primer lugar, es necesario analizar la situación actual en nuestra región. América Latina es la región del mundo donde existen mayores inequidades en la distribución de las riquezas. La mayor carga de mortalidad y morbilidad se da en las poblaciones con menores recursos; es en ellos que debemos concentrar nuestros esfuerzos. Las diferencias en los indicadores de salud entre los sectores socioeconómicos más altos comparados con los más bajos son alarmantes y ello se debe no sólo a las peores condiciones de estas poblaciones, sino también a la menor concentración y calidad de las prestaciones de salud en las que concurren a recibir atención ⁽²⁾.

En nuestra región se está viendo que aumenta el porcentaje de mujeres que asisten a los hospitales a tener sus partos; en la actualidad, 86% de los partos son hospitalarios ⁽¹⁾. La concurrencia a la atención durante el embarazo no es tan alta y el número de visitas es bajo. La atención preconcepcional es casi nula lo que se traduce en que los embarazos no deseados representan 60 a 70% de los embarazos; el embarazo en adolescentes es superior a 20% de todas

las embarazadas y continúa habiendo un alto porcentaje de grandes múltiparas ⁽³⁾.

Ante esta realidad, se necesita una enérgica respuesta de los trabajadores de salud. Si bien sabemos que las condiciones socioeconómicas son las mayores determinantes de los malos resultados, se necesita tomar acciones y estrategias de salud que puedan mejorar los indicadores. La atención prenatal del parto y del recién nacido necesitan de una serie de controles e intervenciones. No obstante, debemos explorar acciones puntuales que puedan ser aplicadas en forma masiva, que puedan llegar a poblaciones aisladas y aliviar en parte la no concurrencia de las mujeres a controles muy frecuentes.

Es necesario reforzar las investigaciones para poder lograr intervenciones concretas y masivas que puedan brindarse en forma sencilla a todas las embarazadas. La actitud del profesional debe ser muy activa, informándose de los resultados de las investigaciones, aplicando las conductas que surjan de investigaciones de buen diseño. También las normas de atención deben basarse en las mejores evidencias con una activa actualización ⁽⁴⁾. El prestador de salud debe hacer partícipe a la mujer en las decisiones, respetando sus creencias, su cultura y sus derechos.

La realidad de la región de América Latina y el Caribe es un reto para todos aquellos que deseamos una mejor salud de las madres y niños de nuestra región. De la actitud individual resultará que logremos estos objetivos. Esta actitud debe ser de humildad, para aceptar mejorías y para aceptar unirnos todos en el logro del bien común. Debe ser generosa, para rechazar prebendas individuales en beneficio de todos. Debe ser sacrificada, poniendo los mayores esfuerzos en la mejoría de la atención. Debe ser solidaria, contemplando todos los aspectos de aquellos que más lo necesitan. Debe ser científica, dedicándonos al estudio reflexivo y a la investigación, para lograr las mejores soluciones. Tenemos un gran reto que

afrontar. No podemos eludirlo. Es nuestra responsabilidad mejorar la salud materna y perinatal de América Latina y el Caribe. Unamos esfuerzos para cumplir esta meta.

MORTALIDAD PERINATAL

Según la OMS, la mortalidad perinatal tiene dos componentes: fetal tardía y neonatal precoz. La fetal tardía ocurre a partir de las 28 semanas (1000 g) hasta el parto, y la neonatal precoz es la muerte de un recién nacido vivo hasta antes de los 7 días de existencia ⁽⁵⁾.

Alrededor de 8,1 millones de infantes fallecen todos los años en el mundo, más de la mitad de ellos durante el primer mes de vida y una gran proporción en los primeros días. Muchas de estas muertes neonatales son consecuencia directa de embarazos y partos con manejo muy pobre. Millones de niños sobreviven, pero con un daño que afecta su rendimiento físico y mental toda la vida. Las causas son similares alrededor del mundo (los recién nacidos mueren o quedan dañados) por asfixia, traumatismo, infecciones o malformaciones congénitas.

El origen de la gran mayoría de este grupo de fetos y recién nacidos son las madres con complicaciones mayores durante el embarazo (hemorragias, sepsis, enfermedad hipertensiva del embarazo, etc.) y parto complicado. Muchas mujeres sobrevivirán a estas complicaciones, pero sus hijos fallecerán antes, durante y después del nacimiento ^(6,7).

El más completo de los estudios sobre mortalidad perinatal fue realizado en 1958 en Inglaterra, permite importantes conclusiones y ha servido como referencia para comparaciones en todos los países del mundo ⁽⁸⁾.

Los estudios nacionales y extranjeros demuestran claramente que la morbimortalidad materna y perinatal se concentra en grupos de población que han sido denominados de alto riesgo, los cuales deben ser identificados antes que sucedan las complicaciones. El embarazo de alto riesgo tiene una incidencia del 30% y aporta alrededor de 75% de la morbimortalidad perinatal ^(9,10).

INEQUIDADES EN EL PERÚ Y AMÉRICA LATINA

En el ámbito latinoamericano y el Caribe, Perú es el país que presenta los más marcados contrastes estructurales. Confronta la más grave crisis económica social de su historia; la referencia apunta fundamentalmente al trasfondo de las manifestaciones coyunturales, a la estructura económica social que se ha ido sedimentando a través de generaciones, presentando contornos cada vez más agudos.

La mayoría de los estudiosos concuerdan en que «el patrón de crecimiento adoptado por la sociedad peruana ha privilegiado tipos de explotación y organización productiva ajenos a las necesidades nacionales y a su rural potencial productivo». Su funcionamiento se expresa en un proceso concentración - marginación que excluye de su dinámica a vastos sectores de la población y a una gran proporción de los recursos y espacios geoeconómicos del país, especialmente de la sierra y selva.

Como consecuencia del irracional modelo de desarrollo, desde hace cinco décadas se inicia una intensa migración del campo a la ciudad, que ha motivado la inadecuada distribución de la población, trocando al Perú en un monstruo macrocefálico y cuerpo pequeño. Sólo 10% de la población se apropia del 52% del ingreso, mientras 40% de los peruanos sobreviven únicamente con 10% del ingreso.

Más de la mitad de la población (54%), unos 13 millones de habitantes de las áreas urbanas y rurales viven en situación de pobreza, y por ello, en forma especial las madres y los niños, se encuentran expuestos en mayor grado al riesgo de enfermar y morir.

Los datos estadísticos presentados en las Tablas N° 1, 2 y 3 muestran las inequidades entre el promedio latinoamericano y el Perú; la información proviene de 22 países de Latinoamérica y el Caribe ⁽¹¹⁾.

A nivel demográfico y sanitario, estos indicadores nos ubican en el promedio latinoamericano (Tabla N° 1).

Tabla N° 1. Indicaciones demográficos y acceso a servicios sanitarios

Indicadores	Perú	ALC	Diferencias () Perú - ALC
Esperanza de vida (años) ambos sexos	69	70	Similar
Alfabetismo (%) (>14 años)	90	88	+2%
Tasa de natalidad (c/1000 habitantes)	24	28	4 c/1000 habitantes (-14%)
Tasa de fecundidad (hijos por mujer)	2,8	2,7	Similar
Acceso a agua potable (%)	77	85	-8%
Acceso a alcantarillado y eliminación excretas (%)	76	76	Igual
Crecimiento demográfico anual (%)	1,7	1,5	0,2% (+13%)

Fuente: UNICEF. Estado mundial de la Infancia. 2001. Nueva York, USA.

ALC: América Latina y el Caribe

En todos los indicadores, los recursos de salud son inferiores en el Perú en relación al promedio de la Región de América Latina y el Caribe. El mayor déficit está en el número de médicos (-45%) y camas hospitalarias (-38%) (Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Indicadores de recursos de salud

Indicadores	Perú	ALC	Diferencias	() Perú - ALC
Gasto en salud (% del PBI)	6	7.2	1.2%	(-17%)
PNB per cápita (\$)	2390	3806	\$ 1416	(- 37%)
Población que vive con menos de \$1 diario (%)	25	12	13	(+ 108%)
Camas hospitalarias por 1000 habitantes	1.8	2.9	1.1	(-38%)
Médicos cada 10000 habitantes	11.7	21.4	9.7	(-45%)
Enfermeras por 10000 habitantes	6	7.4	1.4	(-19%)
Personal capacitado en atención de embarazo (%)	67	67	Igual	
Personal capacitado en atención del parto (%)	56	85.6	29.6%	(-35%)

Fuente: UNICEF. Estado mundial de la Infancia. 2001. Nueva York, USA.

Las tasas de mortalidad (materna, infantil y en menores de 5 años) y las muertes por enfermedades evitables (IRA) son mayores en el Perú que en Latinoamérica y el Caribe. Las máximas diferencias están en la mortalidad materna (2,3 veces más), y en menores de 5 años 2 veces, siendo la tasa de mortalidad perinatal similar al promedio latinoamericano (Tabla 3).

Tabla N° 3. Morbilidad y Mortalidad

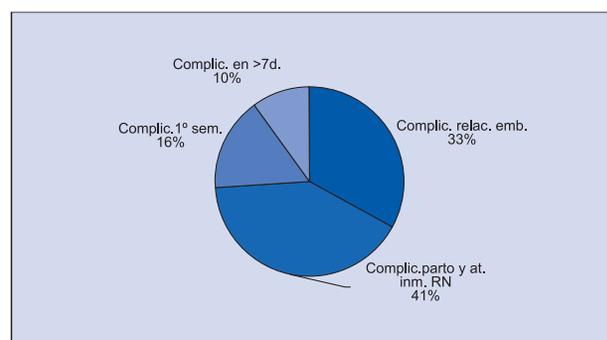
Indicadores	Perú	ALC	Diferencias	() Perú - ALC
Mortalidad materna por 100000 nacidos vivos	185	80.4	2,3 veces mayor	
Mortalidad perinatal por mil nacidos vivos	35	36	Similar	
Mortalidad infantil por mil nacidos vivos	33	29	1,1 veces mayor	
Mortalidad en < 5 años	73	39	2 veces mayor	
Mortalidad de menores de 5 años por EDA (%)	4.6	8.2	2 veces menor	
Mortalidad de menores de 5 años por IRA (%)	18.6	10.7	1.7 veces mayor	
Desnutrición crónica en < 5 años (%)	26	17	1.5 veces mayor	
Bajo peso al nacer (%)	11	9	1.2 veces mayor	

Fuente: UNICEF. Estado mundial de la Infancia. 2001. Nueva York, USA.

DIMENSIÓN DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL PERÚ

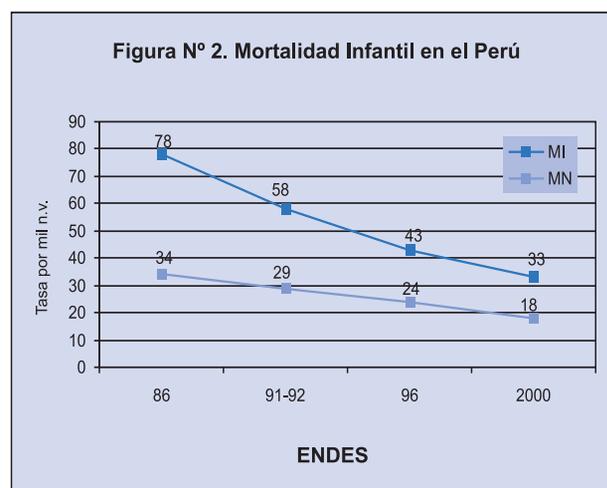
No cabe ninguna duda que en el Perú, las interurrencias y complicaciones que surgen durante el embarazo, parto y los primeros días del período neonatal gravitan para la salud del feto y del recién nacido y el desarrollo final del niño constituyen el mayor problema de salud de la población, que ocasiona muchas veces mortalidad infantil y principalmente neonatal. Del 100% de muertes neonatales en el año 2002, las complicaciones fueron 41% producidas durante el parto y atención inmediata del recién nacido; 33%, relacionadas al embarazo; 16%, en la primera semana de vida y sólo 10%, después de los 7 días de vida ⁽¹²⁾. (Figura 1).

Figura N° 1. Causas de mortalidad neonatal - Perú 2002



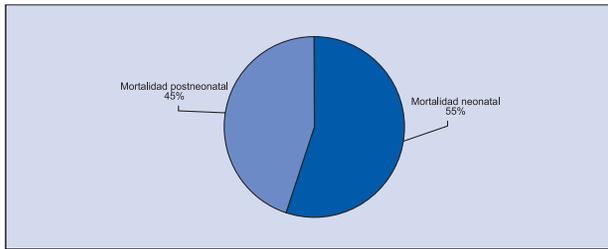
Fuente: Dirección de Mujer, Niño y Adolescente. Ministerio de Salud.

En los últimos años ha existido una importante reducción de la mortalidad infantil, llegando a 23 por 1000 nacidos vivos según ENDES 2004⁽¹⁸⁾, pero ésta aún continúa siendo elevada; estos logros han sido obtenidos a través del fortalecimiento de programas y aplicación de estrategias exitosas, especialmente en el campo de las inmunizaciones y en el control de las enfermedades diarreica y respiratoria aguda, por lo que las «causas asociadas al periodo perinatal» constituyen en la actualidad la causa más importante de la mortalidad infantil ⁽¹³⁾ (Figura 2). Esta evolución observada en nuestro país es la misma que se ha observado en otros países del mundo, y sugiere con mucho énfasis, que los esfuerzos actuales deben estar orientados hacia el control del embarazo y la asistencia del parto. En un estudio colaborativo del CLAP (en siete países latinoamericanos) se comprobó disminución de la mortalidad infantil a expensas del componente postneonatal, no habiendo variaciones en el componente neonatal ^(14,15).



En los últimos quince años la proporción de la mortalidad neonatal se ha incrementado llegando al 55% de la mortalidad infantil (Figura 3 y Tabla 4).

Figura N° 3. Mortalidad infantil - Perú 2000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES 2000

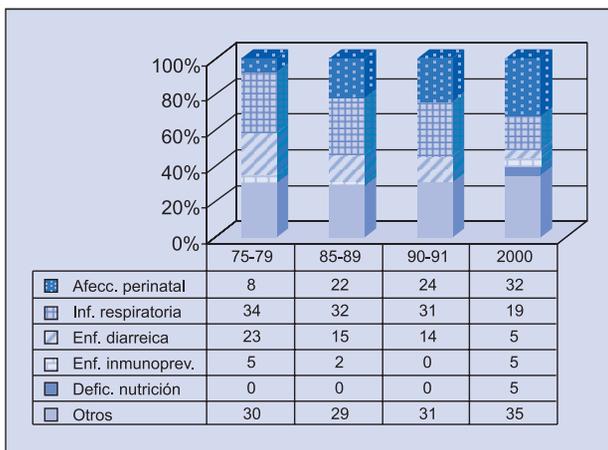
Tabla N° 4. Evolución porcentual de mortalidad en menores de 1 año

EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN MENORES DE 1 AÑO				
AÑOS	1986	1991 - 92	1996	2000
%	44	47	52	55

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES.

En los últimos 25 años, la evolución proporcional de la mortalidad en menores de 5 años, descritos por causas, según informes de la Dirección de Estadística e Informática del Ministerio de Salud nos señala que se ha reducido progresivamente la mortalidad por infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles principalmente, ocasionando un incremento de la mortalidad por afecciones perinatales de 8 a 32%. (Figura 4).

Figura N° 4. Evolución proporcional de la mortalidad en menores de 5 años por causas. Perú 1975 - 2000

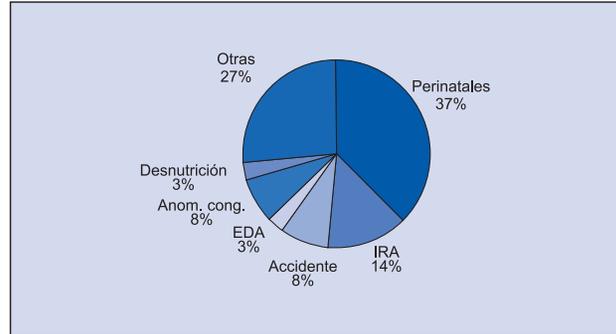


Fuente: Dirección de Estadística e Informática. Ministerio de Salud

De igual manera, en el primer año de vida en el país, la primera causa de mortalidad infantil fue afecciones perinatales (37%), seguida de infecciones respiratorias

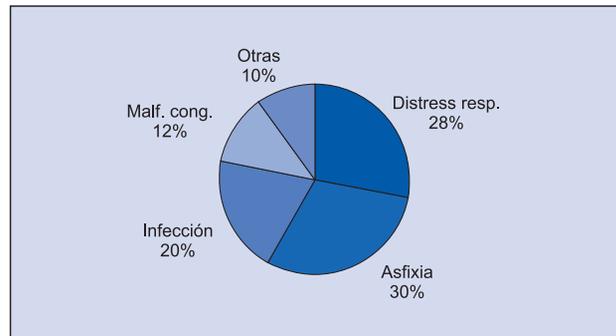
(14%), accidentes (8%), anomalías congénitas (8%), entre otros (Figura 5). Y, en el primer mes de vida, los recién nacidos fallecen principalmente por asfixia, distress respiratorio, infección o malformación congénita (Figura 6).

Figura N° 5. Causas de mortalidad infantil - Perú 2000



Fuente: Dirección de Mujer, Niño y Adolescente. Ministerio de Salud

Figura N° 6. Causas de mortalidad neonatal - Perú 2001



Fuente: Dirección de Mujer, Niño y Adolescente. Ministerio de Salud

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA MORTALIDAD PERINATAL

Resulta en apariencia sumamente difícil plantear alternativas que signifiquen soluciones para la realidad latinoamericana de la salud perinatal que hemos tratado de presentar, especialmente si persistimos en el enfoque que actualmente se tiene sobre el problema tan complejo y en general tan poco estudiado. Indudablemente debemos apartarnos de los modelos que se utilizan en países desarrollados y cuya literatura es abundante en los niveles docentes. Basados en la información obtenida, planteamos las siguientes recomendaciones:

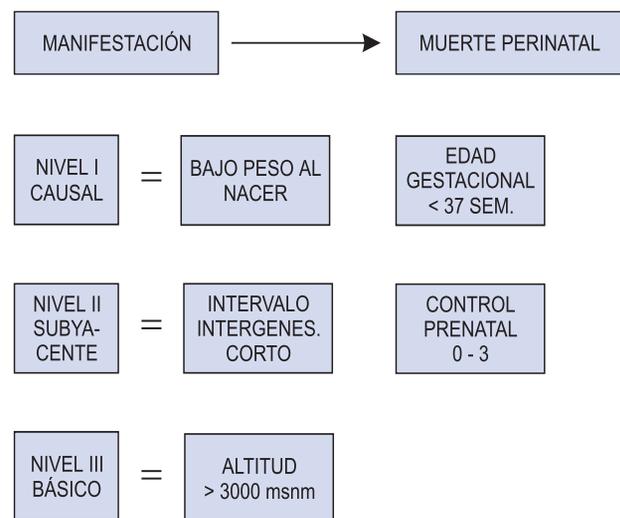
1. Reconocer y difundir que la etapa perinatal es la de riesgo más alto en la vida de la población latinoamericana, no sólo por la cantidad elevada de muertes; sino además, por la elevada incidencia de daños graves e irreversibles que se producen en esta etapa de la vida.

2. Utilizar la metodología del enfoque de Riesgo Perinatal, primero en forma simple de modo cualitativo (tiene o no riesgo) y luego cuantitativo (riesgo alto o bajo), para poder redistribuir en forma eficiente los recursos humanos, tecnológicos y económicos a los grupos de riesgo ⁽¹⁶⁾.
3. Utilizar el modelo epidemiológico para la reducción de la mortalidad perinatal propuesto en el estudio «Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en el Perú» ⁽¹⁷⁾. Este modelo epidemiológico (Figura 7) se plantea utilizando los nueve factores de riesgo responsables de la mortalidad perinatal en el Perú encontrados en este estudio - producto del análisis multivariado-, tres factores de riesgo encontrados por la ENDES y seis factores de riesgo del estudio hospitalario (SIP2000), para poder intervenir en la reducción de la muerte perinatal en el Perú, en donde los factores de riesgo los hemos clasificado en tres niveles:
 - a) Nivel I o causal, donde están los factores que provocan directamente la mortalidad; estos son: bajo peso, prematuridad, depresión al minuto y a los 5 minutos y morbilidad del recién nacido. Se requiere servicios hospitalarios obstétricos y neonatales de referencia, con un equipo de salud especializado y con equipamiento adecuado; es de alto costo.
 - b) Nivel II o subyacente, conformado por factores de riesgo maternos responsables de los factores causales; estos factores son: intervalo intergenésico corto, ausencia o control prenatal inadecuado y multiparidad. Requieren de intervención integral en el nivel primario, realizando acciones preventivas promocionales a corto plazo, principalmente ampliando la cobertura del control prenatal y atención de parto institucional y brindado educación sexual, que incluye planificación familiar. Es de bajo costo
 - c) Nivel III o básico, se encuentra el factor de riesgo altitud > 3000 msnm, que es un indicador del ambiente donde vive la madre, es decir, poblaciones de altura que se encuentran en región de sierra, estas condiciones previas generalmente se asocian a ruralidad, baja escolaridad, no hablan castellano y se dedican a labores agrícolas, las que probablemente desencadenan los factores biomédicos que se encuentran en los niveles subyacentes y causales. Para la reducción de la mortalidad perinatal a este nivel, se requiere implementar políticas de

estado con intervención de diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistema de salud, educación, económico, social, etc.), siendo estos a largo plazo.

4. Es necesario lograr involucrar a todas las organizaciones de la comunidad y actores sociales de la misma en el cuidado de la etapa más importante del individuo.
5. Regionalizar los Servicios de Salud de acuerdo a las políticas de salud y en concordancia con la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con el objetivo de asegurar el acceso de la población a los servicios de salud, especialmente de los más pobres, principalmente de los grupos vulnerables, como son las madres y sus recién nacidos.
6. Brindar adecuada atención de las emergencias obstétricas y neonatales. Los servicios neonatales logran, muchas veces, un desarrollo disarmónico de sus unidades de atención, generalmente orientados en implementar los de cuidados intensivos con equipos de alto costo, que generalmente son mal utilizados o subutilizados, descuidando las unidades básicas, especialmente las de reanimación neonatal.
7. Implementar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Perinatal, ya que constituye un instrumento valioso para una adecuada y oportuna toma de decisiones y una acción inmediata a través de los programas de salud, para planificar las nuevas estrategias de intervención.

Figura N° 7. Modelo epidemiológico propuesto para la reducción de la mortalidad perinatal



BIBLIOGRAFÍA

1. Belizán J, Martínez G, Capurro H. Perinatal health in Latin America. In: Carrera J, Cabero L, Baraibar R, eds. World th. Congress of Perinatal Medicine 5. Barcelona, September 23-27 2001. Bologna: Monduzzi; 2001. p. 19-24.
2. Barros F, Victora C, Vaughan J, Tomasi E, Horta B, Cesar J, Menezes M, Halpern R, Post C, del Mar García M. The epidemiological transition in maternal and child health in a Brazilian city, 1988-93: a comparison of two population-based cohorts. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2001; 15:4-11.
3. Conde-Agudelo A, Belizan J. Maternal morbidity and mortality associated with inter pregnancy interval: cross sectional study. *British Medical Journal* 2000; 321:1255-1259.
4. Althabe F, Buekens P, Belizán J, Belizán M. Introduction of evidence-based medicine in perinatology. In: Carrera J, th Cabero L, Baraibar R, eds. World Congress of Perinatal Medicine 5. Barcelona, September 23-27 2001. Bologna: Monduzzi; 2001. p. 1146-1152.
5. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Boletín del CLAP*. Montevideo, Uruguay. 1984; 1 (3).
6. Alvarez, C. Morbimortalidad Perinatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. XVIII Congreso Nacional de Pediatría. Ica. 1995.
7. Campa, M. Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. La Habana. 1995.
8. Bradford, G. Infant mortality in Alaska: A historical perspective. *JAMA*. 1991; 265: 217-221.
9. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Boletín Salud Perinatal*. 1998. Montevideo, Uruguay.
10. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *El Control Prenatal*. *Boletín Salud Perinatal*. Montevideo, Uruguay. 1990; 3 (10).
11. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Situación Materna y Perinatal*. *Boletín Salud Perinatal* N° 19. 2001. Montevideo, Uruguay.
12. Ticona M. Mortalidad Perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Enero-marzo 2004; 50 (1):61-71.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Lima 2001.
14. Gonzales del Riego, M. *El Control Prenatal: Mejorando desde abajo*. *Revista Niños*. 1989; 7:2-3.
15. Schwarcz R. y col. *Obstetricia*. Quinta edición. Editorial El Ateneo. 1995 Buenos Aires, Argentina.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil*. Serie Paltex Para Ejecutores de Programas de Salud N° 7, 1986. Washington.
17. Ticona M. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Octubre-diciembre 2003; 49 (4):227-236.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. ENDES Continua 2004. Informe Principal, Lima noviembre 2005.