



PERÚ

Ministerio
de Salud

Módulo 7

ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CON EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD





PERÚ

Ministerio
de Salud

Módulo 7

ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CON EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Atención Materna y Neonatal con Equidad de Género e Interculturalidad en el Marco de Derechos Humanos en Salud: Módulo 7 (Modelo de Intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2010. 78 p.; ilus.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD / DERECHOS HUMANOS / EQUIDAD / GÉNERO Y SALUD / SALUD MATERNA/ NEONATOLOGÍA/ ATENCIÓN PERINATAL / DIVERSIDAD CULTURAL / INDICADORES DE SALUD

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-07622

ISBN: 978-9972-776-33-5

Documento Técnico Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. "Atención Materna y Neonatal con Equidad de Género e Interculturalidad en el Marco de Derechos Humanos en Salud: Módulo 7"

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

© MINSA, Setiembre 2010

Fotografías: MINSA, CARE Perú, Medicus Mundi Navarra

La foto de parto vertical de la portada proviene del libro *Cerrando brechas aproximando culturas: la experiencia en Salud Materno Perinatal con adecuación intercultural desarrollada en Churcampa - Huancavelica*, por Calandria, Kallpa, Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801, Jesús María
Lima 11 - Perú
Teléfono: (511) 315 6600
<http://www.minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe

Primera edición
Tiraje: 1000 ejemplares

Diseño, diagramación e impresión
Publimagen ABC sac
Calle Collasuyo 125, Lima 28
publimagenabc@yahoo.es
Teléfono: (511) 526 9392

Versión digital disponible: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>
Versión en DVD Multimedia

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de las agencias de Cooperación Internacional que trabajan en el Perú. Tiene además la generosa contribución del pueblo de los Estados Unidos de América, USAID Perú; a través del Proyecto Calidad en Salud/USAID. USAID no comparte necesariamente las opiniones vertidas en esta publicación.

Derechos reservados.

La reproducción total o parcial de esta publicación está permitida siempre que se cite su procedencia y no tenga fines comerciales o de lucro.

Dr. ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

Dr. ELÍAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ
Vice Ministro de Salud

Dr. CARLOS MANUEL ACOSTA SAAL
Director General
Dirección General de Salud de las Personas

Dra. LUCY VIRGINIA DEL CARPIO ANCAYA
Coordinadora Nacional
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud
Sexual y Reproductiva

2010

EL MODELO DE INTERVENCIÓN FUE ELABORADO CON LA PARTICIPACIÓN DE:

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Carlos Manuel Acosta Saal
Dr. Orlando Martín Clendenes Alvarado
Dr. Edward Cruz Sánchez
Dr. Pedro Abad Barredo
Dr. Esteban Chiotti Kaneshima
Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Lic. Carmen Julia Carpio Becerra
Lic. Carmen Mayurí Morón
Lic. Marisol Campos Fanola
Lic. Ulalia Cárdenas Cruzatti
Lic. Marita de los Ríos Guevara
Lic. Neri Fernández Michuy
Lic. Sandra Barraza Soto
Lic. Doris Valdez Robles
Lic. Tatiana Ramírez Aldea
Dr. Manuel Núñez Vergara
Dr. Luis García Corcuera
Dr. Víctor Correa Tineo
Dr. Luis Alfonso Meza Santibañez
Dr. Luis Miguel León García
Dra. Fresia Cárdenas García
Dra. Rosa Vilca Bengoa
Dra. Graciela Zacarías Aguirre
Dra. María Pereyra Quiros
Ing. Dulcinea Zúñiga Abregú
Dra. Ariela Luna Flores
Dra. Janet Apac Robles
Dr. José Bolarte Espinoza
Dr. José Fernando Arias Robles
Dra. Nadia Martínez Jiménez
Dra. Ana Carmela Vásquez Quispe Gonzáles
Lic. Jessica Graña Espinoza
Lic. Elva Edith Huamán Ávila
Lic. Miriam Solís Rojas
Ing. Luis Enrique de la Cruz
Ing. Enrique Gómez Reyes
Lic. William Anchiraico Agudo
Lic. Judith Fabián Manzano
Lic. Olinda Yaringaño Quispe
Lic. Mila Villegas Pérez

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD OFICINA GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA

Lic. Gladys Garro Núñez

CENTRO DE SALUD INTERCULTURAL

Dr. Neptalí Cueva Maza
Dr. Pedro Ipanaque Luyo
Lic. Aura Rivas Chiroque
Lic. Doris Meneses Tutaya

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Dr. Jorge Corimanya Paredes

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Dr. Pedro Mascaró Sánchez
Dr. Julio E. Portella Mendoza
Dra. Tania Paredes Quiliche
Dra. Julia Rosmery Hinojosa Pérez
Dra. María Mur Dueñas
Dra. Marta Santillán Mercado
Dra. Carmen Rosa Dávila Aliaga
Dr. Juan Carlos Olivos Rengifo
Lic. Reyna Aranda Guillén

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Dr. Ángelo Pino Cárdenas

HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ

Dr. Santiago Cabrera Ramos

SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA

Dra. Luz Dodobara Sadamori
Dr. Raúl Urquiza Aréstegui

SOCIEDAD PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Nazario Carrasco Izquierdo
Dr. Alfonso Villacorta Bazán
Dr. Eduardo Maradiegue Méndez

REGIÓN AYACUCHO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO

Lic. Walter Bedriñana Carrasco
Dr. Percy Barrios Ramos
Dra. Flor de María Melgar Salcedo
Lic. Amadea Huamaní Palomino
Lic. Ricardo Alcarraz Curi
Lic. Liliana Vásquez Zárate
Lic. Rosa Pomasonco Pomasonco
Lic. Milagritos Carrasco Arones
Lic. María Cleofé Cárdenas Cora
Lic. Janet Arce Hernández
Lic. Cleymer Bautista Prado
Lic. Absel Acori Tinoco

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

Dr. Jorge Rodríguez Rivas
Dr. Máximo Vega Alcázar
Dr. Pablo Salinas Alvarado
Dr. Sergio Mena Mujica
Dr. Víctor Hugo Salcedo
Dr. Jorge Cevallos Sáez
Dra. Marilú Obando Corzo
Dra. María Moquillaza Barrios
Dra. Irene Valencia Anglas
Dr. Juan Rondinelli Zaga
Dr. Alfonso Parra Aybar
Dr. Héctor Pari Pari
Dr. Antonio Sulca Báez
Lic. Janet Peñaloza Vargas
Lic. Haydeé Alarcón Castilla
Lic. Bacilia Vivanco Garfias
Lic. Norma Córdova Flores
Lic. Cresencia Palomino Mayhua
Lic. Elena Miranda Vilca
Lic. Luce Morán Martínez
Lic. Narda Acosta Tello
Lic. Lidia Janampa Gutiérrez
Lic. Yolanda Cueto Sulca
Lic. Martha Hurtado Ramírez
Lic. Haydee Bonifacio Fernández
Lic. Martha Carrasco Soto
Lic. Abigail Aramburú Castilla
Lic. Luz Muñoz Lázaro
Lic. Demetria Accpucclla Noriega
Lic. Celia Palomino Martínez
Lic. Zenaída Gutiérrez Fuentes
Lic. Serafina Pimentel Godoy
Lic. Ana Mávila Velarde - Álvarez
Lic. Fredy Fernández Valdivia
Lic. Rubén Achallma Galindo
Lic. Judith Gutiérrez Sulca
Lic. Catherine Rodríguez
Lic. María Fernández Cuti
Lic. Víctor Anchay Vergara
Lic. María Estela Solano Inca
Lic. Sabina Díaz Medina
Lic. María Bautista Gómez
Téc. Justiniano Barrientos

REDES DE SALUD

Lic. Josefina Montes Pérez, *C.S. Vilcashuamán*
Lic. Zulema Urbina Carrasco, *C.S. de San José de Secce*
Lic. Graciela Alca de la Cruz, *Hospital de Apoyo San Miguel*
Lic. Edith Toro Quinto, *Centro de Salud Huancapi*

REGIÓN ANCASH

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ANCASH

Dr. Edgar Caballero Cano
Dr. Javier Revilla Aguilar
Lic. Sonia Rodríguez Soto
Lic. Hugo Valentín Rodríguez
Lic. Mónica Luján Rodríguez
Lic. Tula Marilú Sáenz Uribe
Lic. Guisell Espinoza Castromonte

HOSPITALES

Dr. Alberto Peñaranda Tarazona, *Hospital V. Ramos Guardia*
Lic. Judith Dávila Bonilla, *Hospital La Caleta*
Lic. Rocío Coral Oliva Paredes, *Hospital Sihuas*
Lic. Jenny Cabrera Aquino, *Hospital Sihuas*
Dra. Celia J. Mendoza Loyola, *Hospital Sihuas*
Lic. Nancy Lozano Flores, *Hospital Wari*
Lic. María Bartolomé Maguiña, *Hospital de Huari*
Lic. Marlitt M. Huané Alvarado, *Hospital Carhuaz*
Lic. Katia Dávila Dávila, *Hospital de Casma*
Lic. Amelia Dextre Rosales, *Hospital de Huarmey*
Lic. Nancy López Vargas, *Hospital La Caleta*
Lic. Maritza Carranza Aguilar, *Hospital La Caleta*
Lic. Carmen Navarro Cáceres, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Miriam Ramos Tapia, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Julia Díaz Rosas, *Hospital Yungay*
Lic. Rosa Sáenz Durán, *Hospital de Caraz*
Lic. Galo Pachas Ríos, *Hospital Pomabamba*
Lic. Edith Salomé Vásquez de la Cruz, *Hospital La Caleta*
Lic. Zulema Alva Zurita, *Hospital de Pombamba*
Lic. Silvia Untiveros Palacios, *Hospital Recuay*
Lic. Zita Saavedra Alva, *Hospital La Caleta*
Lic. Cirila Cano Herrera, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Rubén Blácido Gonzáles, *Hospital Recuay*
Lic. Noé Alva de la Cruz, *Hospital de Casma*
Lic. Miguel Santisteban Cárdenas, *Hospital Casma*
Lic. Flor Lezama Zavaleta, *Hospital de Caraz*
Lic. Jessi Cóndor Villanueva, *Hospital de Carhuaz*
Lic. Sandra Alvarado Tineo, *Hospital de Yungay*

REDES DE SALUD

Dr. Juan Carlos Peña Donayre, *Red Conchucos Sur*
Lic. Jorge Luis Cárdenas Díaz, *MR. San Marcos*
Lic. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa, *MR. Yugoslavia*
Lic. Amparo Soledad Maza Neyra, *Red Pacífico Sur*
Lic. María del Pilar Horna López, *Red Pacífico Norte*
Lic. Karin Príncipe Orosco, *Red Conchucos Norte*
Lic. Rina Marilú Horna Gonzáles, *Red Conchucos Sur*
Lic. Claudia Rodríguez Airac, *Red Conchucos Norte*
Lic. Amador Rojas Cárdenas, *Red Pacífico Sur*
Lic. Mercedes Miranda Vargas, *Red Conchucos Sur*

CARE ANCASH

PROYECTO EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Dr. Alfonso Medina Bocanegra
Lic. Flor de Liz Guerrero Milla
Lic. Víctor Olaza Maguiña
Lic. Carmen Rosa Gonzáles Reyes

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Dr. Jorge Díaz Herrera
Lic. Elizabeth Ahumada Ledesma

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Dr. Manuel Hermilio Acosta Chávez

UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES

Lic. Tula Zegarra Samamé

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Lic. Mayela Cajachagua Castro

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

Dr. Jorge Gutarra Canchucaja

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Dr. Héctor Mala Derix

COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

Lic. Elsa Contreras Canorio

ASOCIACIÓN PERUANA DE OBSTETRICES

Lic. Mónica Vidalón Mayor
Lic. Nelly Moreno Gutiérrez

UNFPA

Dra. Gracia Subiria Franco
Dra. Milagros Sánchez Torrejón
Lic. Armando Medina Ibáñez

CALIDAD EN SALUD/USAID

Dra. Beatriz Ugaz Estrada

PATHFINDER INTERNATIONAL

Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

INSTITUTO DE SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Luisa Sacieta Carbajo

MÉDICOS MUNDI NAVARRA

Dr. Fernando Carbone Campoverde

SALUD SIN LÍMITES

Katerine Ludeña Egoavil

PARSALUD II

Dra. Paulina Guisti Hundskopf
Dr. Miguel Garabito Farro
Dra. Nidia Guardia Aguirre

CARE PERÚ

Jay Goulden
Elena Esquiche León
Ariel Frisancho Arroyo
Danilo Fernández Borjas

OPS - OMS

Dr. Alfredo Guzmán Changanaku

REVISORES TÉCNICOS

Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Dr. Luis Alfonso Meza Santibáñez
Lic. Carmen Mayurí Morón
Lic. Elva Edith Huamán Ávila
Lic. Elena Esquiche León

COLABORADORES

Dra. María del Pilar Torres Lévano
Deborah Caro, *Cultural Practice, LLC / USA*

CONSULTORES

Lic. Jessica Niño de Guzmán
Lic. Eva Miranda Ramón
Dr. Julio Mayca Pérez

APOYO

Cesibel Granda Calagua
Fiorella Oneeglio Repetto
Jossy Romero Villanueva

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
LISTA DE ACRÓNIMOS	11
CÓMO APLICAR O DESARROLLAR EL MÓDULO	13
OBJETIVO DEL MÓDULO	14
PRODUCTO DEL MÓDULO	14
PROCESOS QUE FAVORECEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO	15
ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:	17
I. MARCO CONCEPTUAL EN LA INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD, LA EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD	17
Análisis de:	
1. Conceptos básicos de:	19
• Derechos Humanos: Fundamentos y características	19
• Equidad de género en salud	20
• Interculturalidad en salud	21
2. Componentes para su incorporación:	22
• Organización	22
• Promoción de la salud	23
• Prestación	24
• Gestión	25
II. MOMENTOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD, LA EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD	27
MOMENTO 1:	
Análisis de las brechas culturales y de género en el marco del ejercicio de los derechos en la atención materna y neonatal	28
1. Análisis de las inequidades en la salud materna y neonatal	29
2. Identificar el perfil de hombres y mujeres en salud	31
3. Profundizar en el conocimiento de costumbres, saberes y expectativas de la población andina/nativa	32
MOMENTO 2:	
Planificación de cambios para incorporar los derechos humanos, la equidad de género e interculturalidad en salud	37
1. Formar un Comité Multisectorial para la reducción de la mortalidad materna y neonatal	38
2. Sensibilización a nivel de los servicios de salud y del Comité Multisectorial en temas de:	39
3. Plan Continuo de Capacitación	40
4. Reorientación de los servicios	40

MOMENTO 3:	
Incorporación de los Derechos Humanos, la equidad de género e interculturalidad	41
1. Implementación de las siguientes acciones:	
• Promoción y respeto de los derechos humanos a través del desarrollo de capacidades	42
• Adecuación Intercultural de los servicios: Parto Vertical	43
• Participación del esposo y familiares	44
• Casas de espera materna	45
• Orientación /Consejería	46
• Información al usuario y señalización	46
• Privacidad	47
• Buen trato	47
• Concurso Regional de “Muertes Maternas y Neonatales Evitadas”	48
MOMENTO 4:	
Seguimiento y evaluación	49
1. Indicadores para el seguimiento y evaluación	50
2. Instrumentos que favorezcan la medición	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	53
ANEXO N° 1: Investigación cualitativa: “Percepción de las usuarias, familias y la comunidad frente a los servicios de salud y rol de los actores sociales en las Emergencias Obstétricas y Neonatales - 2010” / Guía de la entrevista a grupo focal de mujeres	54
ANEXO N° 2: Investigación cualitativa: “Percepcion de las usuarias, familias y la comunidad frente a los servicios de salud y rol de los actores sociales en las Emergencias Obstétricas y Neonatales - 2010” / Guía de la entrevista a grupo focal de hombres	59
ANEXO N° 3: Programación (sugerida) de actividades claves del Comité Multisectorial para disminuir la Mortalidad Materna y neonatal. (Tomado del Plan Multisectorial Región Ayacucho 2004)	64
ANEXO N° 4: Convocatoria del Concurso Regional: “Evitando las Muertes Maternas y Neonatales en la Región Ayacucho - 2010” / Lineamientos para la selección. (Adaptado del Plan Multisectorial Región Ayacucho)	73

INTRODUCCIÓN

El Módulo forma parte del Modelo de Intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, aprobado con R.M. N° 223 - 2009/MINSA, del 6 de abril de 2009. El documento plantea contenidos y estrategias para incorporar la equidad de género e interculturalidad en la atención de la madre, el niño y la niña en los establecimientos del Ministerio de Salud, a partir de la sistematización de las experiencias desarrolladas, el análisis de la realidad y revisión de las normas vigentes.

En el marco de los Derechos Humanos, la salud es un derecho fundamental porque está directamente vinculado a la vida, la integridad moral, psíquica y física, que son la base y condición para el ejercicio de los Derechos.

La no discriminación y la igualdad constituyen principios transversales. Los indicadores de mortalidad materna en el Perú, reflejan la discriminación e inequidad de género.

La implementación de esta propuesta está dirigida a promover la mejora del trato entre proveedores y usuarios, el respeto y promoción de los derechos de la salud de la población en situación de vulnerabilidad, como son la madre y el recién nacido; por otro lado permite organizar y analizar la información en el marco de los Derechos Humanos, con enfoque de Género y de Interculturalidad, y también, facilitar la participación y vigilancia ciudadana en las instituciones de salud.

En este sentido, el presente Módulo recoge distintas experiencias que permiten mejorar no sólo el acceso* sino también la calidad de los servicios, a través de actividades que han sido organizadas en cuatro momentos. El primero constituye el análisis de las brechas en el ejercicio de los derechos en la atención materno neonatal, a fin de identificar oportunidades de mejora en éstos servicios; el segundo su implementación, el tercero seguimiento y el cuarto la evaluación.

En el marco de las prioridades del Sector, que busca el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en el ámbito nacional, este documento como parte del Modelo de Intervención será de utilidad para implementar los lineamientos, objetivos, metas, líneas estratégicas establecidas en el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015, del Ministerio de Salud; además de la implementación del Programa Presupuestal Estratégico Materno Neonatal del Ministerio de Salud / Ministerio de Economía y Finanzas.

Asimismo, las acciones sugeridas a ser desarrolladas en los establecimientos de salud, esperamos contribuya con fortalecer la gestión sanitaria desde el nivel local, para brindar calidad de atención, con oportunidad, en el marco del Aseguramiento Universal (Ley N° 29334) y de los procesos de descentralización en salud que se vienen implementando.

Finalmente, auguramos que su establecimiento de salud y su red de salud, logre implementar "Buenas Prácticas" relacionadas con los derechos en salud, el enfoque de género y la interculturalidad en los servicios, como un medio para alcanzar la equidad y justicia social de acercar los servicios de salud con calidad a la población, con prioridad a los que viven en las zonas más pobres del país.

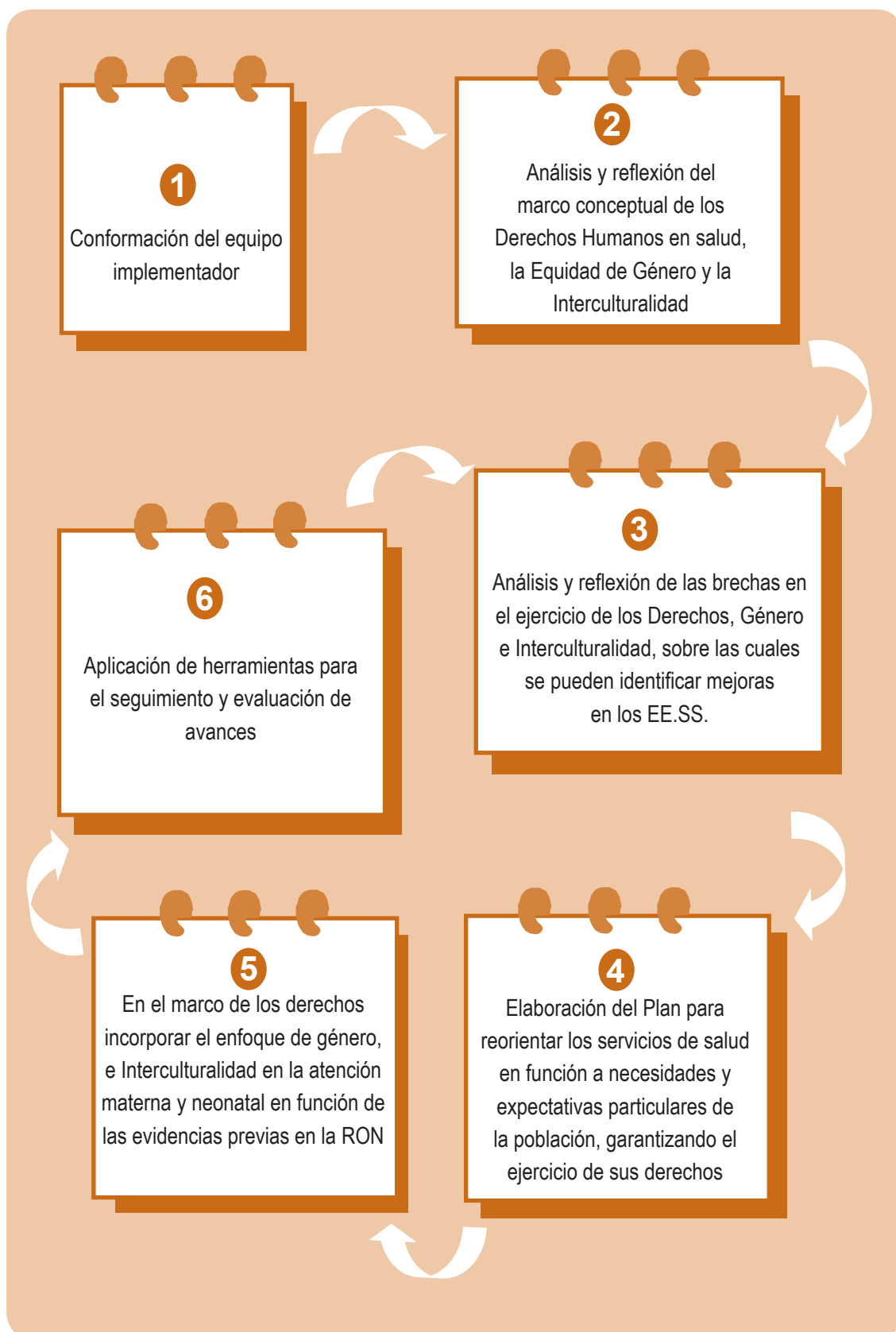
* El criterio de accesibilidad no sólo debe entenderse con el acceso económico, sino geográfico, cultural, además; este último entendido como "Buen trato"

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACS	Agente Comunitario de Salud	GO	Gineco-Obstetricia
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	HRA	Hospital Regional de Ayacucho
ALAMES	Asociación Latino Americana de Medicina Social	JUNTOS	Programa Social Dirigido a la Población de Mayor Vulnerabilidad
APRODEH	Asociación Pro Derechos Humanos	LB	Línea de Base
CEPRECS	Centro de Prevención de Resolución de Conflictos en Saud	MAMIS	Módulo de Atención de Maltrato Infantil
CIES	Consortio de Investigación Económica y Social	MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
CLAS	Comité Local de Administración en Salud	MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
CNPMMP	Comité Nacional de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal	MINSA	Ministerio de Salud
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergencia	MM	Muertes Maternas
CRECER	Estrategia Nacional de Intervención articulada de Lucha contra la Pobreza y la Desnutrición Crónica Infantil	MMN	Muerte Materna y Neonatal
CRPMMN	Comité Regional de Prevención de Mortalidad Materna y Neonatal	MOF	Manual de Organizaciones y Funciones
DESP	Dirección Ejecutiva de la Salud de las Personas	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
DGE	Dirección General de Epidemiología	OMS	Organización Mundial de la Salud
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud	ONG	Organización No Gubernamental
DIRESA	Dirección Regional de Salud	OPS	Organización Panamericana de la Salud
DISA	Dirección de Salud	PARSalud	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
EE.SS.	Establecimiento de Salud	PPE	Programa Presupuestal Estratégico
EMO	Emergencias Obstétricas	RN	Recién Nacido
EMON	Emergencias Obstétricas y Neonatales	RR.HH.	Recursos Humanos
EPS	Educación Permanente en Salud	SERUMS	Servicio Rural, Urbano, Marginal en Salud
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	SIS	Seguro Integral de Salud
FEDECMA	Federación Departamental de Club de Madres de Ayacucho	SIVICOS	Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud
FEMME	Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies	SRCR	Sistema de Referencia y Contrarreferencia
FON	Funciones Obstétricas y Neonatales	UCEO	Unidad de Cuidados Esenciales Obstétricos
FONE	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
FONI	Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
FONP	Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias	UNSCH	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
GERESA	Gerencia Regional de Salud	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
		VIH-SIDA	Virus Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



CÓMO APLICAR O DESARROLLAR EL MÓDULO





OBJETIVO DEL MÓDULO

Incorporar la equidad de género, interculturalidad y el ejercicio de los derechos en salud en la atención materna y neonatal en los establecimientos de salud, de acuerdo con el análisis de la realidad y las normas sectoriales vigentes; favoreciendo la mejora de la calidad en los servicios que se ofrecen.



PRODUCTO DEL MÓDULO

El establecimiento de salud ha incorporado la equidad de género y la interculturalidad en la atención materna y neonatal en el marco de los derechos en salud.



PROCESOS QUE FAVORECEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO

Existen algunas condiciones que favorecen la incorporación del enfoque de género e interculturalidad en la atención materna y neonatal; en el marco de los derechos que contribuyen a la mejora continua de la calidad en los servicios, entre ellos:

- ✓ Presencia de personal de salud que maneja el idioma de la zona en la que se interviene.
- ✓ Establecimiento de salud que aplica estrategias de acercamiento a la comunidad y promueve la participación comunitaria en las acciones de salud.
- ✓ Existencia de un trabajo articulado con los agentes comunitarios de salud y las autoridades locales en los espacios de concertación.
- ✓ Personal de salud que muestra una actitud favorable y de respeto a la comunidad y su cultura local.
- ✓ Servicios de atención materna y neonatal que han sido adecuados a la cultura local.
- ✓ Personal de salud que conoce los derechos y responsabilidades en salud y que promueve su cumplimiento.
- ✓ Personas usuarias de los servicios de salud que reciben información oportuna y adecuada sobre la atención en el establecimiento de salud.
- ✓ Personal de salud, los responsables de las redes y microrredes que promueven, aceptan y respetan mecanismos eficaces de participación ciudadana, como el fortalecimiento de las Asociaciones CLAS, las iniciativas de vigilancia ciudadana organizadas desde la población, etc.
- ✓ El personal de salud y los responsables de las redes y microrredes que implementan mecanismos de rendición de cuentas a la población y sus representantes, respecto a su gestión y resultados.
- ✓ Implementación del parto vertical y las casas de espera materna según criterios de las normas sectoriales.
- ✓ Participación activa de las mujeres organizadas de la comunidad en los servicios de salud y el establecimiento de salud promueve el diálogo permanente y la rendición de cuentas con la comunidad, respecto de las acciones de la gestión sanitaria.

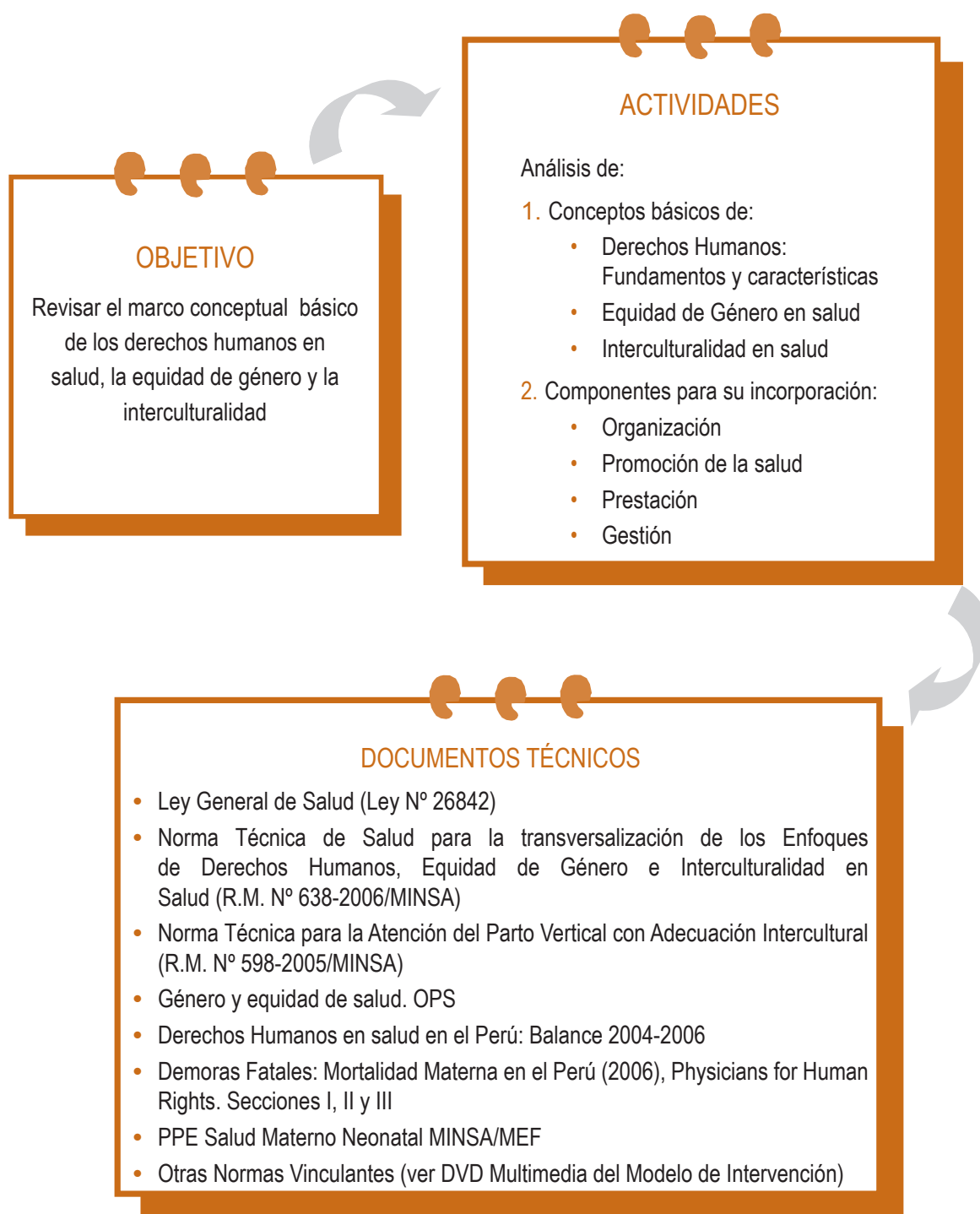
En el caso de no contarse con ellos, es necesario generar los mecanismos para lograrlos



ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

I. MARCO CONCEPTUAL EN LA INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD, LA EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD

I. MARCO CONCEPTUAL EN LA INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD, LA EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD



1. CONCEPTOS BÁSICOS

a) Derechos Humanos: Fundamentos y características

Los derechos humanos son definidos como el conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y de la igualdad humana, los cuales deben ser reconocidos por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional¹.

Los derechos humanos se caracterizan por ser²:

- ✓ **Universales**, en tanto constituyen patrimonio de todos los seres humanos.
- ✓ **Indivisibles**, en la medida en que no se pueden escindir ni sacrificar el respeto de unos derechos como requisito para el disfrute de otros.
- ✓ **Integrales**, ya que cubren todas las esferas que guardan relación con la dignidad humana.
- ✓ **Imprescriptibles**, ya que su vigencia está relacionada con la existencia del género humano.
- ✓ **Irrenunciables e inalienables**, ya que dada su naturaleza no cabe renuncia ni disponer arbitrariamente de los mismos.
- ✓ **Inviolables**, ya que su sola existencia impone al estado, a la comunidad internacional y a todas las personas, un deber genérico e inalienable de respeto, protección y promoción.
- ✓ **Progresivos**, ya que el desarrollo de la conciencia social en torno a la esencia individual y colectiva de la dignidad humana amplia y no reduce su ámbito de protección.

A lo largo de la historia se han conquistado derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, a la libertad, a participar en la vida política de la sociedad. En las últimas décadas se ha definido un conjunto de derechos económicos, culturales y sociales entre los cuales se encuentra el derecho a la salud.

El derecho a la salud puede definirse como aquel en virtud del cual la persona y los grupos sociales, especialmente la familia, deben gozar del más alto estándar posible de salud física, mental y social. Este derecho involucra la garantía de disponibilidad y acceso universal a servicios de salud de calidad, pero también a la intervención de la sociedad para asegurar que los distintos determinantes de la salud contribuyan a la continua mejora de ésta. Constituye deber del Estado asegurar el acceso a servicios de salud en los que se brinde un trato digno respetando la cultura de las personas y aportando información veraz, oportuna y completa sobre cada proceso personal y acerca de las características del servicio. Pero, además, al centro del derecho a la salud se encuentra el derecho a la información, individual y colectiva, sobre la salud y la gestión de salud, así como el derecho a la participación de las personas en las decisiones que influyen en su salud y bienestar³.

Por lo tanto, el requerimiento de una acción positiva del Estado para el cumplimiento del derecho a la salud, ratifica la naturaleza social de este derecho y resalta las características de interdependencia, indivisibilidad, universalidad y fundamentalmente de progresividad para alcanzar el bienestar y el desarrollo humano sostenible, y no sólo la ausencia de enfermedad física y mental⁴.

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, donde se establece que “todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.

Según la Ley General de Salud (Ley 26842), la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública es irrenunciable y es su deber intervenir en la provisión de servicios de atención médica con principios de equidad. Toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. Las personas usuarias tienen derecho a exigir que los servicios que se prestan para la atención de su salud cumplan con niveles de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales. Como usuarios de servicios de salud, se tiene derecho al respeto de la persona,

1 Vínculos entre Salud Pública y Derechos Humanos, publicado por el Observatorio del Derecho a la Salud del CIES, 2004

2 Módulo Educativo para promover iniciativas a favor de los DESC. Cuaderno de Trabajo N° 3. Unidad 1 Para vivir dignamente. Fundamentos e integralidad de los derechos humanos. CEDAL, ALTERNATIVA y APRODEH

3 Frisancho Arroyo, A. (2006) *Buscando Políticas de Salud más Inclusivas y Sostenibles: El Rol de la Participación Ciudadana*. Memoria de la Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Organizaciones de Salud y Derechos Humanos

4 *Derecho a la Salud: Situación en países de América Latina*- ALAMES

dignidad e intimidad; a la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica; a no ser sometidos/as sin consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; a no ser objeto de experimentación; a recibir información veraz, oportuna y completa, en términos comprensibles sobre su proceso, etcétera.

La OMS establece que el Derecho a la Salud es “el derecho al más alto estándar posible de salud física, mental y social”, esto implica acceso a servicios de salud de calidad (trato digno, respeto a la cultura de las personas, información veraz, oportuna y completa sobre cada proceso personal y las características del servicio que se brinda) e impulsar determinantes y condiciones que contribuyan con un buen estado de salud.

Este enfoque implica que el Estado brinde las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, impidiendo así toda discriminación y maltrato en la atención de la salud y en lo referente a los factores determinantes básicos de la salud.

La discriminación por motivo de género, raza, etnia u otros factores es un determinante social de la salud, lo que lleva a que sean los grupos de vulnerabilidad y marginación los que lleven el peso de la mala atención en salud. De allí la importancia de que los servicios de salud sean accesibles en particular a estos grupos que se encuentran en vulnerabilidad, según sus necesidades y capacidad económica. Esto no significa negar el principio del derecho a la igualdad, entre ellas la igualdad de oportunidades para el goce de una buena salud entre mujeres y hombres, y para los diversos grupos étnico culturales⁵.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (en el año 2007), aborda temas como los derechos colectivos, los derechos culturales y la identidad; los derechos a la salud, educación, salud y el empleo, entre otros. La Declaración, enfatiza el derecho de los pueblos indígenas de preservar y fortalecer sus propias instituciones, culturas y tradiciones, y de trabajar por su desarrollo de acuerdo a sus aspiraciones y necesidades. Se afirma en esta Declaración que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos y se reconoce al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales; reafirmando que, en el ejercicio de sus derechos, los pueblos indígenas deben estar libres de toda forma de discriminación. En este sentido, el Estado Peruano debe garantizar un trato igualitario y respetuoso de las diferencias culturales y las prácticas tradicionales, de tal manera que se garantice un reconocimiento y respeto por los derechos colectivos, que son justamente el derecho a una identidad cultural, colectiva e histórica de los pueblos indígenas. El respeto de la diversidad cultural y por ende el derecho a una interculturalidad en salud se refrenda en el título XVII de la Ley General de Salud que señala “La promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado. Es en este sentido que el reconocimiento y ejercicio de los derechos colectivos implica la convivencia en el marco de la diversidad de los pueblos”.

b) Equidad de Género en Salud

Género es la construcción social de las diferencias entre las mujeres y los hombres. Género es un comportamiento aprendido y socialmente determinado, y se expresa en los comportamientos, tareas, actitudes, formas de ser y pensar de hombres y mujeres. Género no significa sexo, tampoco es sinónimo de mujer.

El concepto de género se empieza a usar en los años setenta para referirse a la construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes, valores y sentimientos de los hombres y mujeres. Esta construcción socio cultural ha ido derivando en un proceso histórico de prácticas y relaciones sociales de dominación y poder que se manifiestan en diferentes ámbitos. La equidad de género, de manera amplia, se refiere a la igualdad de oportunidades. La incorporación de un enfoque de género es fundamental para lograr un desarrollo humano sostenible, equitativo e incluyente.

La Equidad de Género en Salud implica eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres que son innecesarias, evitables e injustas. El abordaje de género en salud va más allá de la simple diferenciación biológica entre hombres y mujeres, exige reconocer y dar respuestas adecuadas a las necesidades específicas de cada sexo, eliminar las desigualdades de poder y comprender estas diferencias, que promuevan la equidad e inclusión social en todos sus ámbitos de intervención con las personas y en los diversos espacios sociales donde se desenvuelven.

⁵ Norma Técnica de transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad. MINSA. (2006)

Ligado al concepto de género, se deberá incluir los conceptos de:

Acceso, definido como la capacidad de acceder a los recursos: materiales, económicos, políticos, de información, salud, educación, de tiempo, entre otros.

Control, se refiere a la capacidad para decidir respecto al uso de estos recursos.

Beneficios, se refiere a la ganancia o resultados en la mejora de las condiciones de vida de hombres y mujeres.

En salud, el género define⁶:

- ✓ El estado y los determinantes de salud para hombres y mujeres
- ✓ Los obstáculos basados en género a los servicios y recursos de salud
- ✓ El impacto de políticas y programas de salud
- ✓ La distribución y remuneración del trabajo de salud
- ✓ La participación en la formulación de políticas y toma de decisiones en salud

La construcción social de género incide en la salud de la población mediante la socialización a través de las instituciones sociales que generan comportamientos de riesgo, patrones de acceso y control de los recursos individuales y sociales para la salud, diferenciados, desiguales y desventajosos para uno o ambos géneros⁷.

La equidad es la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas en grupos poblacionales que implican la misma oportunidad para gozar de condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar, o morir por causas que son injustas y evitables.

Para modificar las inequidades de género que afectan la salud integral y el desarrollo humano de hombres y mujeres, es importante la aplicación del principio de relevancia según el cual deben adoptarse medidas de acción afirmativas, entre ellas:

- ✓ Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemáticas específicas de mujeres y hombres como grupos diferenciados.
- ✓ Asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo a las necesidades particulares de salud de cada sexo en cada etapa de sus vidas, en cada contexto socioeconómico y exigir aporte financiero en función de la capacidad de pago.
- ✓ Distribuir justa y equitativa responsabilidades, poder y beneficios entre mujeres y hombres en la atención formal e informal de salud prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones del sistema de salud.
- ✓ Asegurar la participación equitativa de mujeres y hombres en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas, programas y servicios de salud.

c) Interculturalidad en Salud

La Interculturalidad es el proceso de reconocimiento mutuo y respeto entre culturas diferentes. Su proceso implica el diálogo e intercambio de opiniones y conocimientos, sin imposiciones ni prejuicios, con una apertura a entender al otro, propiciando una convivencia respetuosa, plural y democrática, que lleve a un enriquecimiento mutuo⁸.

La construcción de una propuesta de salud intercultural pasa por la definición de modelos de atención de salud entre culturas que coexisten en un espacio geográfico. Se debe considerar, por ejemplo, la gran riqueza de conocimientos propios caracterizados por una visión holística de la salud humana y de su propio "sistema de salud" (curanderos, chamanes, parteras, etc.) que poseen las poblaciones rurales. De allí que la interculturalidad es reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los grupos humanos en base al diálogo, la interrelación en simetría de condiciones –con igualdad de prestigio cultural, con igualdad de sabiduría– y la promoción de la convivencia humana.

La Interculturalidad también, la entendemos como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y espirituales. El enfoque intercultural supera

6 OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo

7 Derecho a la salud: Situación en países de América Latina - ALAMES

8 AMARES. Interculturalidad en Salud: Avances y perspectivas (2006)

contraposiciones, concibiendo a la salud como un derecho y tomando en cuenta la manera en que los pueblos entienden la vida⁹.

El diálogo intercultural pasa por cinco momentos¹⁰:

- 1) **Reconocimiento:** Es la acción de reconocer y aceptar a las personas con quienes interactuamos y de nosotros mismos, reconociendo la heterogeneidad.
- 2) **Conocimiento:** Facultad de reconocer que somos diferentes y que podemos compartir recíprocamente conocimientos. Es conocer procedencia, necesidades, expectativas, saber quien es la otra persona, qué piensa y qué siente.
- 3) **Colaboración:** Desarrollo de hechos y circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar vínculos de reciprocidad. Al establecer una cultura de reciprocidad espontánea se logra un trabajo con mayor horizontalidad.
- 4) **Cooperación:** Acción de establecer formas sistemáticas de cooperación ante un problema común para compartir actividades. Su ejecución permite que las personas establezcan un trabajo conjunto cooperativo, buscando corresponsabilidad en las acciones.
- 5) **Asociación:** Es el nivel óptimo de la construcción, que está encaminado a compartir responsabilidades y recursos en un marco de respeto y horizontalidad. Es reconocer que cada uno de los niveles es el cimiento que sirve de soporte al siguiente.

La pluralidad de grupos étnicos culturales con conocimientos, prácticas, recursos propios y distintos del sistema de salud oficial, ha generado conductas discriminatorias y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales¹¹.

Las acciones por desarrollarse, por lo tanto, deben enmarcarse en el respeto a los patrones culturales propios del lugar, prioritariamente en la atención a los pueblos indígenas amazónicos, por presentar mayores brechas y tener mayor vulnerabilidad.

Para erradicar esta discriminación es necesaria la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas que tiendan a eliminar la discriminación, tales como:

- ✓ Promover en los agentes del sistema de salud occidental actitudes de respeto a las diferencias y la diversidad cultural, así como de reconocimiento y valoración de la contribución de la medicina tradicional.
- ✓ Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.
- ✓ Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de los miembros de las comunidades étnico culturales.

2. COMPONENTES PARA SU INCORPORACIÓN

La Norma Técnica de transversalización de los enfoques, propuesta por el Ministerio de Salud, considera cuatro componentes para su incorporación, los que son descritos a continuación como marco de referencia para la implementación de acciones¹²:

a) Organización

Se requiere actuar en los siguientes aspectos:

Recursos humanos

- ✓ Incorporación de programas de fortalecimiento de capacidades, priorizando al personal de salud que trabaja en zonas indígenas.
- ✓ Incorporación de diagnósticos participativos con perspectiva de género, derechos en salud y de diálogo intercultural.
- ✓ Incorporación de trabajadores de salud, hombres y mujeres de diversos grupos étnicos culturales que utilizan y/o hablan lenguas o idiomas locales.

9 OPS (2005)

10 Proyecto AMARES. Informe de Consultoría. 2006

11 Derecho a la salud: Situación en países de América Latina - ALAMES

12 Norma Técnica de Salud para la transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. (R.M. N° 638-2006/MINSA)

- ✓ Implementación de mecanismos de motivación e incentivo laboral que contribuyan a mejorar la calidad de la atención de salud.
- ✓ Implementación de una política de eliminación de la violencia basada en género entre el personal del sector, generando un ambiente laboral libre de discriminación.
- ✓ Incorporación de un sistema de fortalecimiento de habilidades en el personal de salud para el trabajo con autoridades locales y en la participación para la toma de decisiones.

Servicios

- ✓ En los pueblos y comunidades étnico culturales, los servicios y las actividades integrales de atención de la salud se estructurarán sobre la base de la organización ancestral, sus valores y sus concepciones sobre los procesos de salud enfermedad y en el diálogo entre la comunidad y los trabajadores de salud.
- ✓ El servicio debe disponer de material educativo comunicacional y mecanismos de información: verbal, escrita o visual, veraz, completa, oportuna en lenguaje comprensible para las usuarias y usuarios, y respetuoso de su cosmovisión. Así mismo deberán promover la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres en el cuidado de la salud.
- ✓ Considerar mecanismos que midan la satisfacción y aceptación de los servicios de salud por parte de los usuarios o usuarias.
- ✓ Fortalecer la estrategia de Administración Compartida de los Servicios de Salud, de acuerdo a la Ley de Cogestión y Participación Ciudadana en Salud (2007) y su Reglamento.

Equipamiento y mobiliario

- ✓ Contar con condiciones que garanticen confidencialidad y privacidad en la atención durante la consulta y hospitalización.
- ✓ El espacio debe permitir la presencia de un acompañante.
- ✓ Considerar la consulta de la población usuaria con respecto a cómo desea un servicio de salud que considere sus necesidades sociales y culturales.

Referencia y contrarreferencia

- ✓ Garantizar una atención inmediata, oportuna, sin discriminación de ninguna índole.
- ✓ Usuarios y usuarias, podrán ir acompañados de un familiar y de un agente comunitario.
- ✓ La referencia por maltrato se realizará a los módulos de atención de maltrato infantil (MAMIS) y a los servicios de salud mental.
- ✓ Considerar mecanismos de incorporación y aceptación de la referencia comunitaria en la red de servicio de salud.
- ✓ Asegurar el cumplimiento de lo establecido en el Seguro Integral de Salud, respecto al traslado de pacientes, asegurando los recursos financieros y materiales para ello.

Trabajo extramural

- ✓ Realizar las intervenciones de información, educación y comunicación con participación de los agentes comunitarios de salud, incorporando los aspectos interculturales (cosmovisión, costumbres, historia e idioma de la comunidad).
- ✓ Incrementar las visitas domiciliarias a las comunidades étnico culturales y la comunicación se deberá hacer en el idioma de la zona. Sobre todo a mujeres en el periodo de gestación y post parto, y con la participación de la pareja u otro familiar o persona que la usuaria señale.
- ✓ Fortalecer la red de Agentes Comunitarios de Salud capacitándolos y certificándolos en un marco de reconocimiento institucional, e incentivando la formación de otras redes sociales existentes.
- ✓ Capacitar al personal de salud que sale a comunidades respecto a la cultura de la población. Asegurar un buen conocimiento y manejo del idioma local y su capacidad de interactuar con poblaciones poco contactadas.

b) Promoción de la salud

Se requiere actuar en los siguientes aspectos:

Integración multisectorial

- ✓ Promover políticas, planes y programas que resguarden, protejan y garanticen los derechos a la salud de toda la población, en particular de los pobladores en situación de vulnerabilidad.

- ✓ Desarrollar acciones de defensa con autoridades políticas de la zona para que incluyan en sus agendas públicas y planes de desarrollo local o regional acciones que hagan visible la problemática de los pobladores excluidos e impacten positivamente en los pobladores en situación de vulnerabilidad (mujeres, grupos étnicos culturales).
- ✓ Participar activamente del órgano de articulación de la Estrategia CRECER y JUNTOS.

Participación ciudadana

- ✓ Establecer espacios de diálogo y concertación con la comunidad y la sociedad civil con respaldo institucional y poder vinculante para las políticas locales de salud.
- ✓ Facilitar procesos de fortalecimiento de la autoestima e identidad individual y colectiva, y de reflexión sobre el derecho a la salud, la eliminación de la inequidad y discriminación, como es el caso de la mortalidad materna.
- ✓ Incluir acciones que permitan incorporar a los hombres en el proceso de la salud de sus parejas y familia, considerando que son sujetos de derechos y obligaciones en salud.
- ✓ Contar con la participación de decisores de los diferentes grupos étnicos culturales y del sistema de salud oficial que comparten un mismo territorio, tomando decisiones conjuntas sobre el diseño e implementación de los servicios de salud para garantizar la adecuación de los mismos a las necesidades reales y diferenciadas de la población.

Vigilancia y rendición de cuentas

- ✓ Establecer mecanismos de difusión de las políticas de salud y de las características de su implementación para mantener permanentemente informada a la comunidad del cumplimiento y resultados alcanzados en la implementación de las mismas. Los acuerdos deben aprobarse con la participación de los líderes comunales.
- ✓ Crear y fortalecer espacios de control externos como comités de vigilancia o defensorías que velen por el respeto y cumplimiento del ejercicio de los derechos de las personas usuarias. Aceptar y colaborar con las iniciativas de vigilancia ciudadana implementadas por redes de sociedad civil e iniciativa ciudadana.
- ✓ Promover la rendición periódica de cuentas a la comunidad respecto de la gestión en salud, en el espacio regional y local.

c) Prestación

Atención

- ✓ Garantizar la atención integral de la salud como un derecho de las personas, con independencia del motivo de consulta y respondiendo a los estándares de calidad sin discriminación de ningún tipo.
- ✓ Atender a la población con total respeto de su dignidad, identidad cultural y de manera horizontal, equitativa, inclusiva y empática.
- ✓ El personal destacado a comunidades con idioma o lengua distinta deberá contar con conocimientos mínimos del idioma local, de lo contrario deberá pedir apoyo de la comunidad.
- ✓ Garantizar el respeto del derecho de las personas como usuarias a tomar decisiones informadas, sobre aspectos que atañen a su salud individual y familiar (intervenciones quirúrgicas, exámenes especiales, uso de métodos anticonceptivos y otros).
- ✓ Brindar absoluta garantía de confidencialidad de la información recibida en la atención.
- ✓ Respetar el pudor y hábito de las usuarias y sus familias, sobre todo en el ámbito rural.
- ✓ Promover la participación de la pareja o acompañante en el parto institucional.
- ✓ Brindar atención de parto con pertinencia cultural.
- ✓ Detectar, informar y detener oportuna y adecuadamente la violencia de género, maltrato o abuso sexual.
- ✓ Respetar las prácticas y creencias de la población usuaria, promover la articulación de saberes y la complementariedad con la medicina tradicional, siempre que no vulnere derechos fundamentales o se atente contra la salud.

d) Gestión

Planificación y programación

- ✓ Participación de las y los decisores de los diferentes grupos étnico culturales en la formulación, planificación, programación y evaluación de las políticas locales de salud.
- ✓ Establecer mecanismos de consulta con la población para identificar de manera diferenciada las necesidades y prioridades declaradas por la propia población según género, etapa de vida, situación socioeconómica, étnico racial, entre otras diferencias.

Asistencia técnica y supervisión

- ✓ Elaborar indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto para el monitoreo y evaluación de la incorporación de los enfoques, los mismos que deben ser revisados y actualizados periódicamente, según los lineamientos de política nacional.

Gestión del conocimiento

- ✓ Incluir en los planes de capacitación espacios formales de reflexión y debate sobre los enfoques.
- ✓ Implementar convenios con entidades de formación superior para establecer procesos de diálogo académico, político, capacitación y educación permanente.
- ✓ Promover la formación de mujeres y hombres que practican la medicina tradicional a ser formados como agentes comunitarios de salud.

Gestión de la información

- ✓ Incorporar en el sistema de información actual, el recojo de datos desagregados según sexo, etnia, lengua materna y condición socioeconómica a fin de identificar la mayor inequidad y mayor discriminación en el acceso al derecho a la salud.

Investigación en salud

- ✓ Garantizar el respeto de los Derechos Humanos de las personas que participan en investigaciones, como confidencialidad, seguridad, integridad, consentimiento informado y garantía de resarcimiento en caso resultasen afectadas por ensayos clínicos, etc.
- ✓ Promover el desarrollo de investigaciones sobre factores determinantes de la salud así como enfermedades desatendidas o emergentes nuevas que suelen afectar a poblaciones víctimas de distintas formas de discriminación.
- ✓ Las investigaciones identificarán de manera diferenciada los impactos que las políticas e intervenciones de salud, tratamientos médicos, hábitos, enfermedades y en general los determinantes de la salud tienen sobre la población femenina y masculina, los diferentes grupos etarios y las poblaciones étnicas culturales.
- ✓ Analizar el desempeño del Sistema de Salud sobre la base de estándares basados en el derecho a la salud¹³.

13 The Lancet Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries, Gunilla Backman MSc, Paul Hunt MJur, The Lancet, vol 372 December 13, 2008, pp. 2047 - 2085



ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

II. MOMENTOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD, LA EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD



MOMENTO 1: ANÁLISIS DE LAS BRECHAS CULTURALES Y DE GÉNERO EN EL MARCO DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS EN LA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL

OBJETIVOS

Analizar las brechas culturales y de género en el marco del ejercicio de derechos en salud, a partir de los resultados de la Línea de Base y de otras investigaciones con relación a la atención Materna y Neonatal

ACTIVIDADES

1. Análisis de las inequidades en la salud Materna y Neonatal
2. Identificar el perfil de hombres y mujeres en salud
3. Profundizar en el conocimiento de costumbres, saberes y expectativas de la población andina/nativa

PRODUCTOS

- Inequidades en la atención Materna y Neonatal identificadas
- Listado de brechas entre las expectativas y percepciones de la población, a partir de un mayor conocimiento de la realidad local, y la oferta de servicios

DOCUMENTOS TECNICOS

- Mujeres de Negro. MINSA Proyecto 2000
- Demoras Fatales: mortalidad materna en el Perú. Physicians for Human Rights. 2007
- Perfil de salud de las mujeres y de los hombres del Perú. OPS MINSA
- Madre nativa. Salud Sin Límites. Análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía. DGE
- Otros estudios vinculantes
- PPE Salud Materno Neonatal MINSA/MEF
- Otras Normas vinculantes (ver DVD Multimedia del Modelo de Intervención)

El Comité Implementador, que en muchos casos podrá ser presidido por el responsable de Promoción de la Salud en la Diresa/DISA/GERESA, Red, Microrred, que en coordinación con el Equipo de Calidad del Establecimiento de Salud (para ambos casos, se sugiere la incorporación de representantes de la población, para garantizar que se tome en cuenta su opinión), serán quienes faciliten el desarrollo de las distintas actividades que incluye este momento:

1. ANÁLISIS DE LAS INEQUIDADES EN LA SALUD MATERNA Y NEONATAL ———

La identificación de las brechas o inequidades, parte por el reconocimiento de las diferencias y los requerimientos específicos de mujeres y hombres, y de los grupos étnicos culturales; para luego implementar acciones que conduzcan a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni obviar las diferencias, y el ejercicio de los derechos de salud.

Tomando en cuenta los sistemas de información disponibles en el país y la aplicación de algunas encuestas complementarias, es posible identificar brechas que nos permitan visibilizar condiciones específicas de mujeres, hombres (por etapas de vida) y población según ubicación geográfica, raza y etnia. Estos pueden ser:

- ✓ Morbilidad y mortalidad diferenciada (por género, lugar de residencia, etnia, etc.)
- ✓ Mortalidad diferenciada por sexo y etapas de vida
- ✓ Acceso a los servicios diferenciados por sexo y lugar de residencia
- ✓ Prevalencia de violencia física y sexual
- ✓ Conductas de riesgo en hombres y mujeres
- ✓ Participación de hombres y mujeres en la toma de decisiones que tienen que ver con su salud
- ✓ Satisfacción de mujeres y hombres respecto al servicio recibido

En el análisis de las brechas culturales es importante resaltar que existen diferencias entre el sistema médico formal y el tradicional; en cada uno de ellos los conceptos y percepciones del proceso de salud enfermedad son distintas.

Perú es uno de los países con uno de los más altos porcentajes de población indígena (9.3 millones) después de México (12 millones). También se han podido identificar amplias brechas entre la población indígena y no indígena, que se ha ampliado en ámbitos sub nacionales.

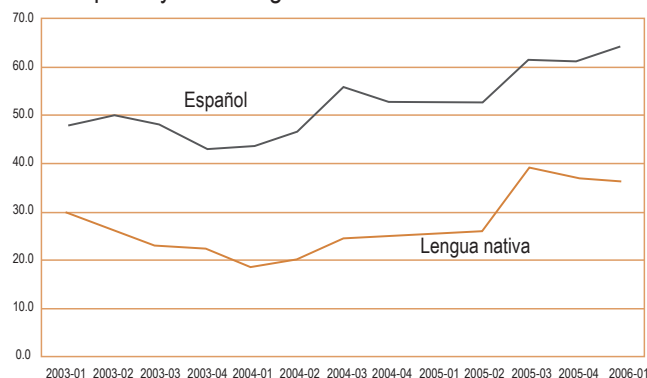
El análisis de las brechas podemos hacerlo sobre la base de tres aspectos:

Acceso físico¹⁴

¿A qué distancia se encuentra la población que se atiende?, ¿esta población tiene acceso a servicios con capacidad resolutive?

Por lo general las poblaciones indígenas se ubican en áreas geográficas de difícil acceso, siendo las poblaciones dispersas y muy dispersas las de mayor vulnerabilidad. Si existe acceso a servicios de salud, no necesariamente tienen capacidad resolutive para diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, parto y posparto. Los servicios de salud con capacidad resolutive se concentran en las zonas urbanas y no se optimiza el acceso físico de las poblaciones dispersas.

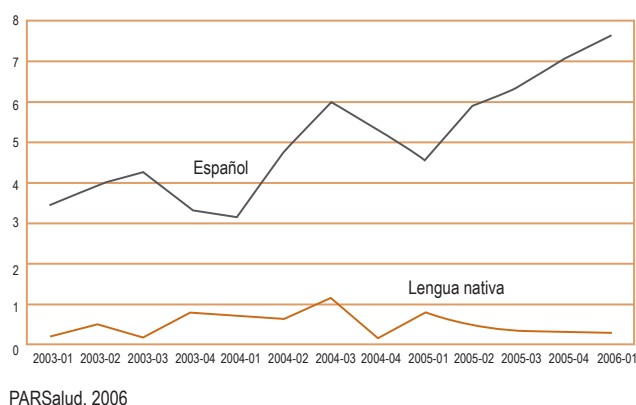
Un ejemplo de esto es el acceso al parto institucional que si bien ha ido en aumento, la brecha entre la población que habla español y el de lengua nativa se mantiene.



PARSalud, 2006.

14 A. Luna. *Presentación Seminario Internacional de Salud Intercultural*. Ayacucho, 2006

En el caso de cesáreas, la brecha es mucho mayor:



Barrera cultural

Existen una serie de factores culturales que limitan el acceso a los servicios de salud. Éstos están relacionados a ciertas costumbres que marcan la atención de la madre y el recién nacido en las comunidades, las mismas que han sido adquiridas de generación en generación.

La aplicación de entrevistas en grupos focales puede ayudar a su identificación. Estos instrumentos se adjuntan en el anexo 1 y 2. Por ejemplo, en un estudio cualitativo realizado en los EE.SS. (Ayacucho 2000) se realizó entrevistas e identificó como factores culturales que limitan el acceso al servicio, los siguientes:



- Las mujeres se quedan solas en sus dolores de parto en una habitación del EE.SS.
- No realizan masajes en la cintura y cadera como lo hacen las parteras o familiares
- Las parteras señalan que el personal de salud no tiene paciencia en la atención del parto
- No permiten que estén cerca de ellas ningún familiar, menos una partera
- No hay confianza en el Puesto de Salud porque son personas desconocidas
- No permiten consumo de alimentos (sopas) durante el puerperio
- No permiten la posición de cuclillas para el parto
- En el servicio de parto hace frío, en las casas es caliente y se las cuida del mal del aire
- El cambio del personal de salud no da confianza y algunas veces la atención de varones les da vergüenza
- Las doctoras hablan sólo castellano

Sumado al tema cultural, está el mal trato referido como una de las principales causas de rechazo para acudir al establecimiento de salud¹⁵. La acción a tomar es el análisis, al interior del equipo, sobre la base del diálogo con los representantes de la población, organizaciones de mujeres u ONGs que trabajan el tema. El trato que se brinda en los servicios no es siempre el trato que uno quisiera recibir en un servicio público (tiempo de espera, información que se brinda, saludo y calidez de la atención, idioma, construcción de empatía, etc.)

Acceso económico

La mayoría de mecanismos de financiamiento cubren parcialmente las necesidades de las poblaciones dispersas. Para los seguros públicos, frente a la diversidad geográfica, resulta complejo establecer tarifas de reembolsos que cubran los costos de las referencias. Las casas de espera maternas son una buena alternativa pero su principal debilidad sigue siendo el financiamiento.

15 Identificado a través del estudio de Demoras Fatales, la Carta de la Salud del MINSA 2005-2006, el Informe de Amnistía Internacional sobre Mortalidad Materna en el Perú, entre otros

Por esta razón este punto tiene que contar con recursos suficientes para brindar atención, un sistema de referencia y contrareferencia funcionando, reembolsos oportunos del SIS, políticas de recursos humanos que alienten la mejora de la calidad, entre otros.



Por lo tanto, existen distintas herramientas que nos pueden acercar a tener un conocimiento de cuáles son las brechas en cuanto al ejercicio de derechos, Equidad de Género e Interculturalidad; que no sólo limitan el acceso a los servicios sino que tienen un impacto en la calidad de los mismos.

Con estos insumos el equipo implementador ya puede identificar acciones sobre las cuales intervenir.

2. IDENTIFICAR EL PERFIL DE HOMBRES Y MUJERES EN SALUD

El Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud elaboraron el Perfil de Salud de las Mujeres y Hombres del Perú. Este documento constituye un esfuerzo por avanzar en la sistematización de información disponible sobre la salud de mujeres y hombres, a la luz de los determinantes económicos, sociales y culturales. Así mismo comunicar en forma breve, simple y clara, cómo se percibe la salud en la población, sabiendo que los hechos de la vida cotidiana afectan en forma distinta a mujeres y hombres.

El Perú es un país pluricultural, multilingüe y multiétnico, situación estructural que contribuye a la situación de inequidad de género. La población indígena constituye 47% de la población total del país (11.655.000 personas) y está organizada en más de 50 grupos etnolingüísticos.

En el contexto de la diversidad de las condiciones geográficas, sociales, culturales y económicas del Perú, el análisis desde la perspectiva del desarrollo social y el ejercicio de los derechos fundamentales nos revela una alarmante situación de inequidad y exclusión social para gran parte de la población. Cabe destacar la marcada heterogeneidad distributiva: 54,3% de la población nacional se encuentra en condición de pobreza y 23,4% en pobreza extrema.

El género contribuye a las diferencias observadas en la morbilidad y mortalidad de mujeres y hombres*. Las principales conclusiones a las que se llega con el estudio son las siguientes:

- ✓ La esperanza de vida al nacer, para el año 2009, fue 76,2 años para las mujeres y 70,8 años para los hombres.
- ✓ Las mujeres mueren a mayor edad que los hombres, excepto en el estrato que está en extrema pobreza, en el que la muerte ocurre a la misma edad.
- ✓ En el período 2000-2005, la evolución de la magnitud de la mortalidad de las mujeres fue más baja que la de los hombres. Las mujeres mueren en mayor porcentaje que los hombres debido a las llamadas causas naturales y los hombres mueren proporcionalmente más que las mujeres por causas externas. Ellas mueren por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. Se enferman por neoplasias de mama y cuello uterino, la violencia y sus consecuencias. Los hombres son más propensos a morir por accidentes de tránsito, violencia, adicciones a drogas legales e ilegales, y a contraer enfermedades infecciosas, cirrosis y ciertas enfermedades crónicas del hígado.
- ✓ Entre los 20 y 34 años son más frecuentes las defunciones por causas externas, seguidas del VIH-Sida y la tuberculosis. Entre las causas de muerte de las mujeres, las relacionadas con la maternidad fueron las más relevantes, mientras que los accidentes de tránsito y el VIH-Sida fueron más comunes en los hombres.
- ✓ El analfabetismo afecta fundamentalmente a las mujeres pobres, rurales y de edades avanzadas.
- ✓ La brecha en el ingreso promedio mensual entre hombres y mujeres, en el ámbito nacional es de 25%; aumenta a 30% en el área urbana y a 61% en la rural. La desigual participación de mujeres y hombres en el trabajo remunerado es la causa principal de la mayor pobreza de las mujeres.

* INEI. Encuesta Demográfica de Salud Familiar - ENDES 2009

- ✓ El 20,4% de los hogares están bajo la responsabilidad de una mujer. El 63,1% de los hogares monoparentales están liderados y sostenidos por mujeres madres. De éstos, 42,6% están en situación de pobreza y 18,6% en extrema pobreza.
- ✓ La información sobre sexualidad y reproducción está referida casi exclusivamente a la información reportada desde y acerca de las mujeres. Existe poca información sobre el inicio sexual, la fecundidad deseada, el conocimiento, uso y/o preferencia de métodos anticonceptivos ni de las enfermedades de transmisión sexual en los hombres.
- ✓ Entre la fecundidad deseada y la real existe una brecha de 1.6 y 2,6*, es decir que las mujeres peruanas todavía tienen un hijo más de los que quisieron o planificaron tener. Esta brecha es mayor en mujeres analfabetas, residentes en área rural y en situación de pobreza.
- ✓ La frecuencia del embarazo en la población de adolescentes se ha mantenido constante (13%) durante los últimos años. Los embarazos son más frecuentes en el área rural y entre las mujeres con menor acceso a la educación.
- ✓ La razón hombre/mujer para los casos de Sida ha disminuido hasta 2,6 en el 2003. La prevalencia más alta está entre los 20 y 39 años, en que la razón hombre/mujer es 3 a 1. La feminización del VIH-Sida podría estar en relación con la mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres y con la construcción sociocultural de la sexualidad femenina.
- ✓ La mortalidad materna es de 103* por 100.000 nacidos vivos; es una de las cifras más altas en la región. Las mujeres sin educación o con educación primaria constituyen menos del 6% de las gestantes que acceden a la cesárea cuando se requiere emplear este procedimiento para evitar la muerte materna.
- ✓ La prevalencia de la violencia infligida por la pareja estuvo presente en 49% de las mujeres de Lima y en 61% de las mujeres del Cusco que habían tenido pareja alguna vez. En lo que se refiere a la violencia sexual, estos porcentajes fueron de 23% en Lima y 47% en Cusco.
- ✓ En cuanto a la salud mental, el estudio revela que en general y a todas las edades, las mujeres reportan estados de tensión o angustia en mayor proporción que los hombres.

3. PROFUNDIZAR EN EL CONOCIMIENTO DE COSTUMBRES, SABERES Y EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN ANDINA/NATIVA*

El análisis de las brechas, sobre todo en el tema cultural, requiere de la aplicación de herramientas de investigación cualitativa que permita profundizar en el conocimiento de costumbres, saberes, necesidades y expectativas de la población a la que se atiende.

Para ello el equipo implementador conjuntamente con personas que tengan habilidades y compromiso por trabajar el tema elaborarán un perfil de investigación cualitativa o un diagnóstico participativo.

Un insumo importante es identificar el problema o brecha, producto del paso anterior, sobre el que se quiere profundizar.



Es importante que las investigaciones operativas o los diagnósticos participativos se lleven a cabo con la participación de los distintos actores involucrados: Mujeres, hombres, personal de salud, agentes comunitarios de salud, autoridades y líderes de la comunidad, organizaciones de base, etc; generando espacios de diálogo cercanos con la población.

Estos son insumos importantes no sólo para identificar las brechas sino para ir definiendo juntos las posibles intervenciones.

A continuación se presenta un esquema sencillo de investigación operativa que servirá de referencia al desarrollo de este trabajo:

* INEI. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2009

1. Tema / Título de la investigación

Deberá expresar el mensaje principal de la investigación, ser relevante, corto y de formulación clara.

- 1.1. Espacio geográfico: Área de investigación o ejecución del estudio
- 1.2. Tiempo: Tiempo en que se ejecutará el estudio

2. Planteamiento del problema

Preguntas de la investigación

- 2.1. Antecedentes del problema: Deberá incluir los antecedentes del estudio, en lo posible resultados de estudios locales y/o nacionales acerca del tema que está abordando.
- 2.2. Justificación (pertinencia, relevancia, factibilidad): Describe el tipo de conocimiento que se desea obtener y la finalidad que se persigue en términos de su aplicación. Se deberá indicar la estrategia o metodologías y la utilización de los hallazgos de la investigación de acuerdo a los potenciales usuarios del conocimiento producido.

3. Objetivos de la investigación

Constituyen los logros observables al cabo de la investigación.

- 3.1. Generales
- 3.2. Específicos

4. Metodología

- 4.1. Tipo de investigación (cualitativa / cuantitativa)
Deberá partir de los objetivos propuestos y de la disponibilidad de recursos. Enunciar con claridad el tipo de estudio que realizará y una explicación del diseño.
- 4.2. Técnica: Entrevista, observación, focus group, estudios de caso (testimonio o historia de vida).
- 4.3. Instrumentos: Guías para cada técnica, herramientas, grabadora, video filmadora, cámara fotográfica.
- 4.4. Población y muestra: Mencionar el tamaño de la población y el número de sujetos en estudio.
- 4.5. Informantes claves.

5. Cronograma

El equipo debe tener claro cuál es el tiempo que durará el estudio, la secuencia de sus actividades y la duración de cada una de ellas, para lo cual es necesario un cronograma.

6. Presupuesto

Elaborar un presupuesto que tome en cuenta los siguientes puntos:

- Recursos humanos.
- Materiales e insumos (útiles de oficina), incluyendo: transporte local y otros costos directos como: servicios, fotocopias, comunicaciones, etc.

7. Glosario

8. Bibliografía

9. Anexos

Las técnicas más usadas para recoger este tipo de información son:

a) Entrevistas

Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas, a través de una guía de preguntas, sobre el tema propuesto.

Por ejemplo:

Guía de preguntas a parteras de comunidades alto andinas¹⁶

Tiempo: El tiempo de entrevista es de 60 minutos.

Nota: El instrumento se traducirá al quechua al momento de realizar las preguntas de acuerdo al idioma de las parteras.

- ✓ ¿Cómo reconoces que una mujer dará a luz o se enfermará?
- ✓ ¿Qué se hace antes de que una parturienta de a luz y por qué?
- ✓ ¿En qué posición prefieren las gestantes dar a luz y por qué?
- ✓ ¿Quiénes deberían de estar presentes en el momento del parto y por qué?
- ✓ ¿Cuál es su participación durante el parto?
- ✓ ¿Qué relación tiene el frío y el calor durante el parto y por qué?
- ✓ ¿Qué masajes se realizan durante el parto y por qué?
- ✓ ¿Cómo debe de ser el lugar donde dan a luz las gestantes y qué debe de tener?
- ✓ ¿Cómo y con qué reciben al bebé en el momento que nace?
- ✓ ¿Qué usan para cortar el cordón umbilical, cómo lo hacen y en qué momento?
- ✓ ¿En que tiempo después que nace el niño debe salir la placenta, qué utilizan si la placenta no sale?
- ✓ ¿Qué hacen con la placenta y por qué? Comenta.
- ✓ ¿Qué mates debería de tomar cuando están dando a luz y cuando ya nació el niño? ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué haces si el parto se complica?

“... a la hora del parto nosotros buscamos el sitio más caliente, porque si hace frío la mujer se debilita más; entonces tenemos que sahumar, prender candela dentro del cuarto donde se va atender, igualmente damos agua caliente que puede ser de marmaquilla, congona o también de perejil, es bueno y le ayuda a la mujer. También le sobamos con grasa de cabra, si es de llama mucho mejor... también hacemos oraciones para que su cuerpo y su alma estén de acuerdo y si el alma está tranquila su cuerpo también está bien, el genio de la mujer juega mucho a la hora del parto por eso es bueno hacer los pagos...” (Partero de 72 años).

b) Reunión de Grupos focales (otras referencias ver Anexo N° 1 y 2)

Es la reunión de un grupo de personas con conocimiento del tema a tratar y que son seleccionados para discutir el objeto de la investigación. Al igual que en las entrevistas se aplica una guía de preguntas para motivar la discusión.

Por ejemplo:

Grupos focales a gestantes de comunidades alto andinas¹⁷

Nota: Antes de iniciar la sesión dar la bienvenida y promover la participación de todas las participantes y agradecer por el tiempo brindado. También solicitar el permiso para grabar la conversación y recordarles que la información es totalmente confidencial y que será utilizada para mejorar la atención en los servicios de salud.

- ✓ ¿Qué piensan sobre el embarazo?
- ✓ ¿Qué relación tiene el entorno natural con el embarazo (sol, luna, tierra, cerro, agua, puquial, rayo, trueno, lluvia, arco iris, relámpago, eclipse, etc.) y ¿cómo se trata?
- ✓ ¿Cómo reconoces que estás embarazada?
- ✓ ¿Cómo sabes en que mes de embarazo estás?
- ✓ ¿Qué prohibiciones debes de tener durante tu embarazo?
- ✓ ¿Qué relación tiene el antojo con el embarazo y cómo se maneja?
- ✓ ¿Cómo sabes si es varón o mujer y en qué tiempo nacerá?

16 Yataco, C. Informe de estudio de investigación. Diplomado de Salud Intercultural. Huancavelica, 2007

17 Derecho a la salud: Situación en países de América Latina - ALAMES

- ✓ ¿Por qué nacen dos niños?
- ✓ ¿Sabes si los dioses o espíritus embarazan a las mujeres? Comente
- ✓ ¿Qué cuidados tienes que tener durante el embarazo? Comente
- ✓ ¿Cómo controlas tu embarazo y qué elementos utilizas?
- ✓ ¿Cuáles son los peligros durante el embarazo, cómo se identifican y cómo se tratan?
- ✓ ¿Cómo sabes en qué posición está tu bebe?
- ✓ ¿Qué actividades debe realizar el esposo y los familiares durante el embarazo?
- ✓ ¿Qué se debe hacer para que el embarazo no se complique?

“O sea, yo he tenido miedo porque cuando vamos a tener un bebito es un riesgo la vida, hay veces morimos. Nos libramos, hay veces que la criatura pasa de la hora y no nace pero, cuando nace así, a su hora, nace. Ya pue, ya estamos tranquilos, contentos; para que ya ir a la posta” (Grupo focal de la comunidad X)



Es importante que el facilitador promueva el diálogo espontáneo a partir de las preguntas, sin que necesariamente haya un orden que esquematice las respuestas, esto es, conectando las expresiones sobre los temas específicos y agregando las preguntas a partir del desarrollo de la conversación.

c) Estudio de caso:

Es un método que permite el estudio del individuo o una institución en un entorno o situación única y de la forma más intensa y detallada posible. Por ejemplo:

Un instrumento valioso en estos casos es la autopsia verbal, la cual a través de la historia clínica y la entrevista a los familiares se pueden reconstruir casos e investigar causas de las complicaciones o muerte.

En el estudio de *Mujeres de Negro* se describen algunos casos, como el que describimos a continuación:

“Se hicieron autopsias verbales de cuatro casos de muerte materna ocurridas en el entorno de Vischongo, en la provincia de Cangallo y Vilcashuamán. En tres de los cuatro casos, se trataba de mujeres primerizas, dos de ellas muy jóvenes (18 años) y otra de unos 26 años de edad. La cuarta era una mujer mayor (42 años) y múltipara (ocho embarazos).

Tres de las muertes ocurrieron a pocas horas de haberse producido el parto y la causa directa fue hemorragia (las más jóvenes) y retención de placenta con hemorragia interna (la mayor). La mujer de 26 años murió dos semanas después del parto por septicemia puerperal a causa de la retención de restos de placenta. Los cuatro partos dejaron a bebitos que están siendo cuidados por los familiares. Un elemento que marca los casos de muerte es la desestructuración y conflictos familiares: Dos de las mujeres no estaban unidas y corrían el riesgo de permanecer como madres solteras. En un caso el padre obligaba al joven a casarse y en el otro, el padre de la criatura no era aceptable para la familia de ella. Ambas trataron de esconder su embarazo hasta el último momento y tuvieron, por lo tanto, pocos consejos y apoyo.

En los cuatro casos hay elementos que reflejan una relación problemática entre la población, sus prácticas y creencias, y los establecimientos de salud: Los cuatro partos fueron domiciliarios, aunque en todos hubo familiares que abogaban a favor de llevar a las mujeres a la posta, al centro de salud, e incluso al hospital regional de Huamanga, para que dieran a luz. Los dos maridos de las mujeres unidas querían un parto institucional pero su propuesta fue descartada por los familiares de las mujeres. En los hechos, los cuatro partos fueron atendidos por familiares, algunas de las cuales atendían partos en calidad de “curiosas”. No hubo ni siquiera la presencia de parteras/os especializadas/os y experimentadas/os, que parecen ser escasas/os en la zona, tal vez aludiendo a otra situación de ruptura y discontinuidad con el pasado.

Las parturientas mismas tenían mucho miedo frente a la posibilidad de ser llevadas a los establecimientos de salud por lo que “inyectan”, “cortan” y “amarran”. Sin embargo, una vez producida la crisis se buscó la ayuda de los establecimientos de salud. Los casos en realidad reflejan una compenetración bastante estrecha entre la comunidad y los establecimientos. Pese a ello, los familiares y el personal de salud se hicieron acusaciones mutuas respecto a quién fue el responsable de las demoras en lograr la atención de emergencia y hasta qué punto cada parte se esforzó.

En dos casos las familias perciben que el personal de salud llegó a la casa sin haber traído todo el equipo que necesitaban; el personal insiste que no se les avisó lo que pasaba exactamente con la mujer y en qué fase estaba su parto. Inclusive, en las escenas de las emergencias, se produjeron fuertes discusiones entre los familiares y el personal de salud sobre los procedimientos a usarse y el tipo de atención que las mujeres debían tener. Las entrevistas a los trabajadores de salud contienen muchas referencias a una actitud difundida en la población, de entregarse al destino y aceptar la muerte sin tratar de agotar todos los recursos para evitarla”.

MINSA - Proyecto 2000. *Mujeres de Negro: La muerte materna en zonas rurales del Perú*. 1999.

d) Testimonios o historias de vida

Son experiencias de vida contadas por los propios actores. Los testimonios suelen ser importantes medios para sensibilizar y generar compromisos.

El estudio de *Demoras Fatales: Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos*, muestra historias de casos de muertes maternas, como la que detallamos a continuación:

“Antonia tenía 40 años cuando murió de hemorragia posparto debido a una atonía uterina en su domicilio. Tres semanas antes de su fecha de parto, Antonia empezó a sentir los dolores de parto en la tarde. Aproximadamente a las 6:00 pm del 6 de abril, empezaron sus contracciones. Lorenzo, el esposo quería ir inmediatamente al hospital, ya que había recibido las indicaciones del personal de salud pero, Antonia se negó que no la dejara. Aproximadamente a las 6:00 pm nació el bebé, pasó media hora y la placenta no había sido expulsada... Lorenzo dejó a Antonia con su mamá y fue a buscar ayuda. Lamentablemente Lorenzo decidió buscar ayuda, no en el Puesto de Salud que estaba más cerca, sino en el Hospital de Azángaro, lo cual le tomó más tiempo en llegar. Cuando Lorenzo llegó al hospital ni el médico de turno ni el chofer de la ambulancia podían. Luego de súplicas de Lorenzo y de una demora de 30 min, el médico y la obstetriz fueron a la casa en un camión, que estaba siendo usado de ambulancia, ya que la ambulancia estaba malograda. A pesar de que Antonia estaba asegurada al SIS, le pidieron que pagara 1.50 soles por los guantes, antes de salir.

Mientras Lorenzo estaba buscando ayuda, Antonia permanecía con su madre e hijos. Poco después que Lorenzo se fuera, la placenta fue expulsada pero, Antonia siguió sangrando. La madre le trató de dar mates y caldo de chuño pero no podía comer. Alrededor de las 9:00 pm el vehículo llegó a la comunidad, pero se atascó en un campo de lodo, lo cual ocasionó mayores demoras. Cuando el doctor llegó a la casa examinó a Antonia que aún estaba en los brazos de su madre, pero Antonia ya había fallecido.

Al día siguiente el doctor regresó a la casa de Antonia para hacer la autopsia, y se determinó que la causa de la muerte había sido un paro cardíaco debido a un shock hipovolémico causado por la hemorragia. La causa de la hemorragia fue la atonía uterina...”

Yamin, A. *Demoras Fatales: Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos*. 2007

MOMENTO 2: PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS PARA INCORPORAR LOS DERECHOS HUMANOS, LA EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN SALUD

OBJETIVO

Desarrollar la planificación de acciones que favorezcan la incorporación de los derechos, la equidad de género y la interculturalidad en salud

ACTIVIDADES

1. Formar un Comité Multisectorial para la prevención de la mortalidad materna y neonatal
2. Sensibilización a nivel de los servicios de salud y del Comité Multisectorial en temas de:
 - Derechos y responsabilidades en salud
 - Reconocimiento de las especificidades de la población
 - Modelos y sistemas médicos
 - Humanización de los servicios de salud: Relación médico - paciente
 - Programas de salud comunitaria con enfoque intercultural
3. Plan Continuo de Capacitación
4. Reorientación de los servicios

PRODUCTOS

- Plan de sensibilización y capacitación para la incorporación de los enfoques
- Plan para la reorientación de los servicios con los enfoques
- Plan del Comité Multisectorial para la prevención de la MMN

DOCUMENTOS TÉCNICOS

- Norma Técnica de Salud para la transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud (R.M. N° 638-2006/MINSA)
- Guía de capacitación: Derechos de las personas usuarias y resolución de conflictos. USAID
- Reconocimiento a los Comités de Vigilancia Ciudadana (MINSA)
- Libros y testimonios escritos respecto de la mortalidad materna y neonatal en el Perú
- Videos varios de SMN
- Demoras Fatales. Mortalidad Materna en el Perú. 2007
- PPE Salud Materno Neonatal MINSA/MEF
- Otras Normas vinculantes (ver DVD Multimedia del Modelo de Intervención)

El abordaje de las brechas identificadas en el ejercicio de los derechos, la equidad de género y la interculturalidad en salud, nos lleva al desarrollo de acciones que estén centradas en la sensibilización y capacitación a autoridades y personal de salud; así como a la organización y adecuación de los servicios.

Para el desarrollo de este momento, es necesario que el Equipo implementador cuente con un Plan de sensibilización para el Comité Multisectorial y los Servicios.

1. FORMAR UN COMITÉ MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL¹⁸

El Comité multisectorial para la prevención de la mortalidad materna y neonatal, constituye un espacio importante de sensibilización y concientización de autoridades políticas y sociales, que permiten crear una conciencia progresiva de aunar esfuerzos para mejorar la salud de la madre gestante y el recién nacido.

La información obtenida en el análisis de brechas constituye un importante insumo para generar conciencia y promover voluntad política en las autoridades que desde un enfoque de derechos, la salud de la madre y el niño debe partir de las prioridades sanitarias de la región.

El Comité podrá estar integrado por:

- ✓ El Presidente del Gobierno Regional
- ✓ Director de la Dirección Regional de Salud
- ✓ Representante de EsSalud
- ✓ Representante de las Fuerzas Armadas y Policiales
- ✓ Representante de educación
- ✓ Representante de las municipalidades
- ✓ Representantes de la sociedad civil
- ✓ Representante de colegios profesionales
- ✓ Representante de las universidades
- ✓ Representantes de ONGs de la región
- ✓ Representante del SIS
- ✓ Representante de JUNTOS y CRECER
- ✓ Representantes de organizaciones de mujeres, donde hubiera
- ✓ Otros líderes locales

La composición de este Comité es muy parecida al del Consejo Regional de Salud, por lo que este último podría asumir sus funciones y reunirse una vez al mes para analizar el tema materno neonatal.

Este Comité es el que elabora el Plan de Acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal, articulando las distintas acciones del sistema de salud y otros actores, en un intento por mejorar la accesibilidad, disponibilidad y uso de los servicios que brindan atención de las EMON en las zonas rurales más pobres. Su labor será fortalecer la gestión, incrementar la disponibilidad de RR.HH. calificados en la RON, mejora de la infraestructura y equipamiento de los servicios, y también en la atención de las madres y los recién nacidos, en servicios de salud de calidad, donde atributos como: el buen trato, la privacidad, la información que reciban las/os usuarios/as de los servicios, el respeto a su cultura, como promover las casas maternas, entre otros, sean priorizados como política regional.

Con esta gestión se busca tener un importante espacio, no solo de articulación de actividades técnicas, sino de la canalización de recursos necesarios para impulsar acciones en la región y que provengan de las distintas instituciones que conforman el sistema de salud, y con la participación de ONGs, Cooperantes, empresas privadas, que canalizan los recursos hacia la atención de la madre y el recién nacido. Lo ideal es que, esta instancia tenga un adecuado balance entre la representación de prestadores, la sociedad civil organizada, representantes de mujeres y de la comunidad justamente para evitar hegemonías que limitan el aporte desde la mirada de los usuarios¹⁹.

Una vez instalado el Comité, se recomienda su oficialización a través de una Resolución Regional u ordenanza, y que éste pueda proceder a conformar grupos de tareas o sub comités, en el marco del Plan de Acción elaborado. (Ver Anexo N° 3)

¹⁸ Ver referencia: Reglamento de funcionamiento de los comités de prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal. R.M. N° 453-2006/MINSA

¹⁹ Referencia y adaptación de: Andrea Cronwall, del Institute for Development Studies



Las acciones desarrolladas por el Comité Multisectorial para la prevención de la Mortalidad Materna y Neonatal en la Región Ayacucho, fue uno de los factores de éxito para LOGRAR la reducción de la MMN. Fortaleció la gestión sanitaria de los servicios, convocó a los actores claves en la promoción de políticas locales, unificó los esfuerzos y sobre todo MOVILIZÓ LA VOLUNTAD POLÍTICA REGIONAL, consolidando una Red Social Multisectorial que trabajó en Equipo con los recursos disponibles para contribuir con las metas regionales sanitarias.

2. SENSIBILIZACION A NIVEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DEL COMITE MULTISECTORIAL EN TEMAS DE: DERECHOS HUMANOS, LA EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Objetivos:

- ✓ Manejar el marco conceptual y herramientas.
- ✓ Desarrollar proyectos de investigación operativa que favorezcan el cambio de los servicios a partir de un conocimiento cercano de la realidad.

Día 1		Día 2		Día 3	
8.00	Inscripción de participantes	8.00	Marco conceptual de la equidad de género Exposición y diálogo	8.00	Interculturalidad en la salud materna: experiencias y lecciones aprendidas
8.30	Presentación de objetivos y metodología				
8.45	Presentación de participantes y facilitadores				
9.00	Derechos humanos: marco conceptual y características Exposición y diálogo	9.00	Equidad de género en salud:	9.00	Exposición y diálogo
11.00	Derechos humanos en salud: avances y retos. Exposición y diálogo	11.00	Perfil de salud de las mujeres y hombres en el Perú: Análisis de brechas. - Trabajo de grupos - Plenaria	11.00	Humanización de los servicios: relación proveedor usuario Exposición y diálogo
1.00	Receso				
2.30	El derecho a la calidad de la atención en salud: marco conceptual y metodológico. Exposición y diálogo	2.30	Interculturalidad en salud: avances y desafíos. Exposición y diálogo	2.30	Metodología de investigación acción Exposición y diálogo
4.00	Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud. - Trabajo de grupos - Plenaria	4.00	Modelos y sistemas médicos Exposición y diálogo	4.00	Elaboración de estructura del proyecto de investigación/acción
5.00	Identificación de acciones a ser implementadas para garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios - Trabajo de grupos - Plenaria	5.00	Saberes, costumbres y vivencias durante el embarazo, parto y puerperio - Trabajo de grupos - Plenaria	5.00	- Trabajo de grupos - Plenaria

Es importante que todo el personal esté involucrado en este proceso de sensibilización y capacitación, desde directivos hasta personal técnico y de apoyo.

3. PLAN CONTINUO DE CAPACITACIÓN

El proceso se llevará a cabo a través de un sistema de capacitación continua y mediante talleres orientados a fortalecer competencias de los profesionales de salud para mejorar la calidad de la atención y la humanización de los servicios.

Este plan recogerá de manera concertada todas las necesidades que tenga el personal de salud en los diversos niveles de prestación, programados en un esquema de capacitación. Ejemplo taller para tres días, donde se recomienda realizar refuerzos periódicos de los contenidos.

La GERESA/DIRESA/DISA, puede incluir cursos mediante la modalidad de Diplomado para fortalecer conocimientos y competencias en el tema para el personal de salud.

4. REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS

La capacitación constituye un espacio importante para identificar posibles cambios a implementar, sin embargo el despliegue de herramientas de investigación cualitativa sobre saberes, costumbres, percepciones y expectativas de la población permite que se mejore la calidad y pertinencia de los servicios.

La Norma Técnica de transversalización de los enfoques, plantea una serie de acciones por componentes a ser implementados en los servicios de salud. Por lo que es importante que sobre la base de las brechas identificadas en el momento anterior el equipo del establecimiento de salud planifique acciones que favorezcan su incorporación y reduzcan dichas brechas. Para ello puede usarse el siguiente esquema de planificación:

Plan para la incorporación de los Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud															
Componentes y Actividades	Meta	Cronograma												Costos	Resp.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Organización															
1. Identificar y capacitar a agentes comunitarios de salud															
2.															
3.															
Prestación															
1. Permitir la participación del esposo y familiares en la atención.															
2. Adecuación cultural de los servicios															
3. Implementación del parto vertical															
4. Implementación de casas de espera maternas															
Promoción															
1. Mecanismos de promoción de la participación ciudadana y rendición de cuentas															
2. Instalar espacios de vigilancia de la calidad desde la población.															
3. Identificación de “Buenas Prácticas” que promuevan el respeto de los derechos en salud															
Gestión															
1. Elaborar indicadores para el monitoreo y evaluación de la incorporación de los enfoques															
2.															
3.															



MOMENTO 3: INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS, LA EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD

OBJETIVO

Desarrollar acciones que favorezcan la reorientación de los servicios en función de las necesidades y expectativas de la población y las evidencias previas

ACTIVIDADES

1. Implementación de las siguientes acciones:
 - a. Promoción y respeto de los derechos humanos a través del desarrollo de capacidades
 - b. Adecuación Intercultural de los servicios: Parto Vertical
 - c. Participación del esposo y familiares
 - d. Casas de espera materna
 - e. Orientación / Consejería
 - f. Información al usuario y señalización
 - g. Privacidad
 - h. Buen trato
 - i. Concurso Regional de “Muertes Maternas y Neonatales Evitadas”
- Nota: Se puede considerar otras priorizadas por el equipo de salud o de los diálogos con las mujeres y la comunidad

PRODUCTOS

- Personal de salud con capacidades para incorporar la equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos en salud
- Servicios de salud que responden a las necesidades específicas de la población y a sus expectativas
- Mecanismos de Rendición de Cuentas y de Vigilancia Ciudadana implementados
- EE.SS. que promueven la participación ciudadana

DOCUMENTOS TÉCNICOS

- Norma Técnica de Salud para la transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. (R.M. N° 638-2006/MINSA)
- Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (R.M. N° 598-2005/MINSA)
- Norma Técnica de Casas de Espera. (R.M. N° 674-2006/MINSA)
- Manual para la adecuación cultural de los servicios.
- Estudio: Tan cerca... tan lejos. MINSA
- Reconocimiento a la Vigilancia Ciudadana en Salud
- Ley de Cogestión y Participación Ciudadana en Salud
- PPE Salud Materno Neonatal MINSA/MEF
- Otras Normas vinculantes (ver DVD Multimedia Modelo de Intervención)

Quizás uno de los aspectos más difíciles sigue siendo la incorporación de los derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención de salud, porque su mejora pasa por un compromiso explícito y el cambio de actitud del personal.

Existen evidencias exitosas que con bajo costo, pueden producir cambios significativos y hacer la diferencia. Gran parte de estas experiencias han sido implementadas en los EE.SS. y constituyen evidencias que deben ser adecuadas a la realidad específica en la que se interviene.

a) **Promoción y respeto de los derechos humanos a través del desarrollo de capacidades**

La capacitación debe constituirse en un espacio permanente de sensibilización, diálogo con los distintos actores y búsqueda continua de soluciones que respondan a las necesidades específicas de la población, desde una perspectiva de mejora de la calidad.

- ✓ El esquema planteado en el momento anterior, si bien ha sido estructurado para tres días, puede ser flexible de acuerdo a la disponibilidad del personal. También puede plantearse un taller regional y luego talleres por redes o microrredes.
- ✓ Los contenidos propuestos también pueden ser desarrollados en el marco de otros procesos de capacitación que tenga previsto el establecimiento.
- ✓ La metodología que se propone, parte del conocimiento y la experiencia de los participantes. Es importante que en estos procesos de capacitación, puedan establecerse diálogos cercanos con la población y con los agentes tradicionales; para ello la aplicación de algunas herramientas deben favorecer el conocimiento y compartir de saberes, costumbres y vivencias.
- ✓ La capacitación propuesta, si bien tiene un marco teórico importante, debe traducirse en un Plan o Proyecto de Investigación-Acción, que reoriente las acciones hacia el ejercicio de los derechos en salud, la equidad de género y la interculturalidad. Todo proyecto, además de tener objetivos claros, debe plantear indicadores que permitan evaluar la aceptabilidad ante los cambios por parte de la población. Las siguientes son las capacidades que se esperan alcanzar del proceso de capacitación:

- a) Identificar las brechas o listado de oportunidades de mejora.

b) Elaborar proyectos de investigación-acción que permitan avanzar en la incorporación de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.

Conocimientos	Habilidades	Actitudes
<ul style="list-style-type: none">• Derechos humanos• Derechos en salud• Políticas y sistemas de gestión de la calidad• Equidad de género en salud• Interculturalidad• Modelos y sistemas de salud• Mecanismos de participación ciudadana, transparencia y rendición de cuentas• Metodologías de investigación	<ul style="list-style-type: none">• Identifica saberes y costumbres de la población• Identifica oportunidades de mejora sobre las cuales intervenir• Elabora proyectos de mejora o investigación• Aplica herramientas de mejora continua• Sabe cómo promover participación ciudadana• Sabe implementar mecanismos de información / rendición de cuentas• Usa información desde la población para tomar decisiones	<ul style="list-style-type: none">• Se compromete con la población y respeta las diferencias• Respeta y reconoce aspectos culturales y de género• Muestra una actitud proactiva frente a los posibles cambios• Muestra liderazgo• Como servidores de salud, considera a las mujeres andinas y rurales como iguales a ellos.• Respeta y acepta iniciativas de participación ciudadana y vigilancia social, sin considerarlos amenazas• Predisposición a relaciones armónicas de aceptación del otro, que favorecen la convivencia humana

b) Adecuación intercultural de los servicios: parto vertical

Las expectativas de las mujeres y sus familias de cómo les gustaría la atención del parto y del recién nacido, pasa por tener espacios de diálogos previos que permitan elaborar la propuesta de incorporación del enfoque intercultural que tiene que hacer el servicio para un parto y nacimiento humanizado. La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural constituye un referente, pero no es la receta que hay que aplicar, dependerá de cada realidad en la que se interviene.

La OMS lo define como el derecho que tienen todas las mujeres de llevar la maternidad, disfrutándola como una experiencia vital y por sobre todo voluntaria, donde la mujer sea la que lleve adelante el proceso de hacer nacer a una criatura; es decir ser protagonista del proceso de su parto. En este marco el Ministerio de Salud ha considerado necesario el desarrollo de una Norma Técnica que facilite la adecuación de los servicios para la atención de parto vertical, incorporando la interculturalidad, la equidad de género y el respeto a los derechos de las poblaciones alto andinas y amazónicas que permita mejorar la calidad, accesibilidad y satisfacción de los usuarios/as y proveedores.

En el Perú, la práctica de la atención del parto vertical se ha venido implementando en los establecimientos de salud de las regiones que atienden poblaciones rurales como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de atención materna. El parto vertical presenta ventajas anatómo-fisiológicas¹⁹, entre ellas:

- ✓ Que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné
- ✓ Que los miembros inferiores constituyan un punto de apoyo
- ✓ Aumento de los diámetros del canal del parto
- ✓ Que la posición vertical determine el ángulo de encaje y la progresión del feto
- ✓ Que la acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorezca el encaje y el descenso del feto ganando entre 30 y 40mmHg la acción contráctil de la prensa abdominal
- ✓ Que el parto vertical es menos doloroso
- ✓ Mayor participación de la gestante en el nacimiento de su hijo

Esta propuesta propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional. También intenta reconocer y revalorar las costumbres y posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma que desean ser atendidas, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, el bebe y el entorno familiar.

La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural plantea una serie de acciones que favorecen el cuidado de la gestante por parte del personal de salud, la familia y comunidad.

- ✓ Un paso importante es la elaboración del Plan de Parto, a través del cual la mujer expresa su voluntad respecto a la posición en que desea ser atendida. El plan tiene que ser elaborado con la participación de la gestante y la familia para lograr que ella y su familia se sientan que son tomados en cuenta en sus necesidades de salud materna y se interesen en dar solución en los aspectos críticos que enfrentan durante el embarazo, parto y nacimiento; a partir de los recursos individuales, familiares y comunitarios disponibles.
- ✓ La atención de parto vertical presenta indicaciones y contraindicaciones:

Indicaciones	Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Gestante sin complicaciones obstétricas • Presentación cefálica del feto • Compatibilidad feto-pélvica 	<p>Todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación la cesárea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea anterior o iterativa • Incompatibilidad feto pélvica • Sufrimiento fetal • Feto en podálica • Embarazo gemelar • Hemorragia • Ruptura prematura de membranas, otros

- ✓ Al momento de la *recepción de la gestante* es importante recibirla con cortesía y amabilidad, que sienta que es una persona especial para el servicio y también es importante explicarle los

19 Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (R.M. N° 033 - MINSA / DGSP - V.01)

procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias y costumbres. Otro detalle valioso es la identificación de signos de alarma y la determinación del inicio del trabajo de parto.

- ✓ Permitir el *acompañamiento* de las personas elegidas por la parturienta: su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. El personal debe saber que este aspecto es un derecho de la usuaria y una de las recomendaciones de la OMS para el parto. El personal de salud, informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.
- ✓ El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcione energía y le brinde una sensación de calor.
- ✓ Durante el *periodo de dilatación*, los tactos vaginales se deben limitar a los estrictamente necesarios. Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el por qué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares. Ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento. Si hubiera necesidad de que otra persona, aparte del médico u obstetriz tratante, realice este procedimiento con la usuaria, ésta debe ser consultada con el mayor respeto posible a sus inquietudes, dudas y temores, para luego dar el consentimiento por propia voluntad.
- ✓ Para el *control del dolor*, el personal de salud debe brindar soporte emocional con el apoyo del familiar elegido por la parturienta. Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.
- ✓ La mujer debe *elegir la posición que prefiera* para dar a luz
- ✓ Un aspecto importante en este periodo es el desarrollo de masajes que deben realizarse con las manos tibias usando la palma de las manos y la yema de los dedos y también ejerciendo presión suave y pareja en la zona lumbar. Se recomienda usar aceite o talco para deslizar mejor las manos.
- ✓ Durante el *periodo expulsivo*, el personal de salud deberá tener la sala preparada con lo siguiente:
 - Calor producido por calefactores
 - Camilla o silla adecuada para el parto vertical
 - Colchoneta en el piso cubierta con campos sobre el que nacerá el bebé
 - Colocar el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita
- ✓ Durante este periodo las posiciones que puede adaptar la mujer son las siguientes:
 - Posición de cuclillas: Variedad anterior
 - Posición de cuclillas: Variedad posterior
 - Posición de rodillas
 - Posición sentada
 - Posición semisentada
 - Posición colgadas en la soga
 - Posición de pies y manos

Si la mujer decide dar a luz en posición vertical la intervención del personal de salud en el período expulsivo está limitada a la recepción del bebé, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o detectar o atender cualquier complicación.

- ✓ Durante el periodo de alumbramiento existen algunas técnicas usadas tradicionalmente para facilitar la expulsión de la placenta: Provocar náuseas, soplar una botella, pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna para evitar que se meta de nuevo.
- ✓ Considerar el manejo activo del tercer periodo del parto.
- ✓ Permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en los casos que se identifique que existen situaciones de riesgo (VIH-Sida, infecciones de transmisión sexual y otras). De existir alguno de los casos anteriores entregarla en bolsa cerrada siguiendo criterios de bioseguridad.
- ✓ En la atención del parto vertical podrían presentarse las siguientes complicaciones:
 - Aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina
 - Laceraciones a nivel de periné
 - Salida brusca del feto
 - Prolapso de cordón
 - Procidencia de miembros superiores
 - Distocia de hombros

c) Participación del esposo y familiares

La participación de la pareja y familia es necesaria en el momento del parto. El parto es concebido como un hecho familiar, y el poder compartirlo sobre todo con el esposo refuerza el lazo que existe entre el padre, la madre y el niño.

La participación del esposo se debe ir fortaleciendo durante las diferentes etapas del embarazo:

- ✓ Durante la gestación, la participación del esposo y la familia permite involucrarlos en el cuidado de la madre durante los controles prenatales y mantener la relación cercana con el niño, así como de las decisiones que pueden ayudar a prevenir complicaciones, como el plan de parto.
- ✓ Durante el trabajo de parto, la participación del esposo y familiares es fundamental, para darle ánimos y fuerza a la mujer. Por lo general, son los esposos y miembros de la familia quienes brindan el masaje y ofrecen a la madre los mates calientes que ayudan a relajarla.
- ✓ Durante el trabajo de parto, el esposo y familiares juegan un papel importante ayudando a la madre a encontrar posiciones cómodas.
- ✓ Durante el puerperio es importante promover el alojamiento conjunto de la madre-niño y su entorno familiar.

d) Casa de espera materna

La implementación de las casas de espera maternas es una estrategia que tiene como finalidad facilitar el acceso geográfico a los servicios, especialmente de las mujeres de las comunidades más alejadas.

Esta estrategia busca cogestionar de manera óptima la salud; siendo la comunidad la que evidencie la necesidad de tener un espacio comunal de este tipo y al estar involucrado en su construcción sentirá la necesidad de cuidar esta casa que se generó con su esfuerzo.

La casa de espera materna es un lugar destinado al alojamiento de las mujeres gestantes, sus niños pequeños y de algún acompañante que la gestante decida, que le permite el acceso al sistema de salud en las semanas previas al parto para asegurar un parto institucional y contribuir a la prevención de muertes maternas y perinatales, principalmente en zonas rurales²⁰.

Los espacios intermedios de acercamiento entre los servicios de salud y la población, están ubicadas en un lugar vecino al establecimiento; idealmente a una distancia cuyo traslado toma menos de diez minutos. Su uso, aceptación y sostenibilidad es proporcional al involucramiento del personal de salud, de la comunidad y sus autoridades²¹.

La sostenibilidad de las casas de espera maternas implicará que también las comunidades estén involucradas en su mantenimiento y sostenibilidad. Una forma de sostenerlas es involucrar desde el inicio a las municipalidades locales en su construcción o mantenimiento dado que ellas poseen presupuestos que podrían ser destinados para este propósito.

Para que las casas de espera maternas funcionen requieren lo siguiente:

- ✓ De un ambiente propio
- ✓ Estar adecuadamente amobladas y equipadas (Camas, cocina mejorada, utensilios, etc), tomando en cuenta la cultura y costumbres de las familias para que éstas se sientan cómodas y que les ayude a mejorar su calidad de vida.
- ✓ Contar con ambientes de reposo, atención y cocina.
- ✓ Permitir el acompañamiento de los familiares de la gestante durante su estadía.
- ✓ Recibir la visita periódica del personal de salud.
- ✓ La presencia de los Agentes Comunitarios de Salud también resulta fundamental a efectos de tender un puente comunicativo y colaborador en la atención de la gestante.

En algunos lugares la participación de los agentes comunitarios, sobre todo de las parteras, ofreciendo su casa y cuidados ha sido fundamental, no sólo por las ventajas de estar en un ambiente más familiar sino porque la casa de la partera se convierte en una vivienda saludable, a través de la cual se pueden generar una serie de cambios.

Las mujeres de comunidades a más de una hora de distancia deben acudir 2 ó 3 semanas antes de la fecha probable de parto, no sólo por la distancia sino porque, por lo general, las mujeres no saben cuando ha sido su última regla y por el tamaño del bebé y las condiciones de desnutrición no es posible conocer la fecha del parto.

20 Norma Técnica de Casas de Espera Materna. (R.M. Nº 674-2006/MINSA)

21 Tan cerca... Tan lejos. Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú. 2007. MINSA / UNICEF

Existen algunas ventajas y limitaciones por considerar en la implementación de esta estrategia, entre otras, las siguientes:

Ventajas	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none">• Permite el acercamiento de las gestantes al sistema de salud.• Incrementa la cobertura del parto institucional.• Contribuye a generar una actitud favorable hacia una maternidad saludable y segura en las comunidades, compartiendo responsabilidades y formando redes de solidaridad.• Desarrolla acciones de educación para la salud y otras actividades de tipo productivo con las gestantes.• Permite la participación de las familias en la atención a la madre.• Permite establecer puentes culturales entre los prestadores y usuarias/os• Permite brindar atención oportuna de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.	<ul style="list-style-type: none">• La sostenibilidad de las casas de espera materna sigue siendo la principal limitante, por los recursos que se requieren para mantenerse. En ausencia del compromiso sostenido de las autoridades, el uso de casas comunales puede ser una buena alternativa.• Poco involucramiento de la población si la casa de espera materna no es una actividad sentida y priorizada por la comunidad.• La estadía en la casa de espera materna –especialmente si es prolongada– supone para las mujeres y sus familias un alto costo emocional, en la medida en que están alejadas de su entorno familiar y sus actividades cotidianas.• En algunos casos la estadía en las casas de espera materna se concibe como una coacción a su libertad.



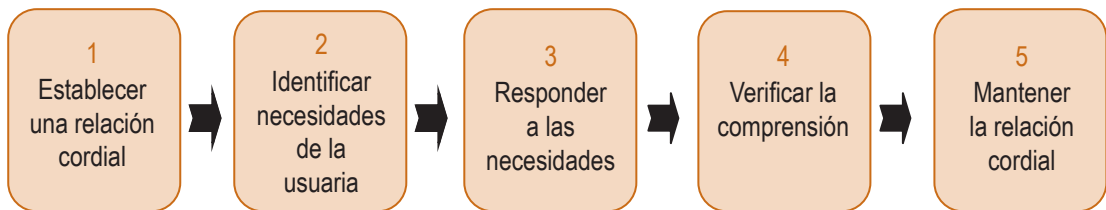
Los Gobiernos Locales son los actores claves en la construcción e instalación de las casas de espera maternas. La población debe participar activamente en la definición de las características que ésta debe tener para garantizar su uso y sostenibilidad.

La Norma Técnica de Casa de Espera Materna elaborada por el MINSA describe al detalle cada una de las fases para su implementación, así como la metodología e instrumentos a usar.

e) Orientación / consejería

Es en el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas o parejas, tomen decisiones voluntarias, informadas y satisfactorias, además de brindarles apoyo para el análisis y búsqueda de solución de sus problemas²².

El Ministerio de Salud ha desarrollado una metodología que permite la orientación / consejería basada en una comunicación horizontal, respecto de los derechos en salud y la promoción de la equidad de género. Se planifica sobre la base de la cultura comunal, sus valores y concepciones relacionadas a la salud y la enfermedad. Para su ejecución se aplica el modelo de los cinco pasos, que a continuación se ilustra en el siguiente diagrama²³.



f) Información al usuario²⁴ y señalización

La información constituye una de las principales necesidades sentidas y un derecho fundamental de toda persona. Para ello y en el marco de la normatividad actual se establece:

22. Manual de Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (R.M. N° 290-2006/MINSA)

23. Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (278-2008/MINSA)

24. Yataco, C. Informe de estudio de investigación. Diplomado de Salud Intercultural. Huancavelica, 2007

- ✓ Obtener de toda persona responsable de su atención, la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento o procedimiento. Dicha información será comunicada a la persona claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje haya sido comprendido.
- ✓ Recibir por escrito, a su solicitud, los resultados de análisis y otras pruebas diagnósticas, las indicaciones, procedimientos y tratamiento, así como la epicrisis o resumen de historia clínica al alta.
- ✓ No ofrecer información a terceras personas ni a familiares sobre los motivos de atención, sino no es autorizado por la persona usuaria, excepto en los casos que la ley lo señale.

Parte de la información que se brinde a los usuarios/as es la identidad de las personas proveedoras de servicios:

- ✓ El personal de salud debe estar debidamente identificado para brindar el servicio (identificador, fotochek, etc).
- ✓ Conocer el nombre de la persona que está a cargo de su atención.
- ✓ Conocer quiénes son las personas responsables de autorizar o llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.

Luego de recibir la información, la persona:

- ✓ Puede tomar decisiones respecto a su tratamiento o atención en salud.
- ✓ No ser sometido a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario.
- ✓ Consultar a otros profesionales antes de dar su consentimiento sin perder ningún beneficio o derecho de atención.
- ✓ Rehусar su participación en investigaciones o actividades de entrenamiento clínico sin perder su derecho a la atención de salud.

Señalización: El establecimiento debe contar con señalización de los servicios y en las zonas rurales (amazónicas/andinas) deben tener un enfoque intercultural

g) Privacidad²⁵

Desde un enfoque de derechos es importante RECORDAR lo siguiente:

- ✓ Que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no hayan personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento.
- ✓ Que la reserva respecto al motivo de consulta se mantenga en todos los servicios de los establecimientos de salud: desde admisión, triaje, farmacia y otros.
- ✓ Esperar que toda comunicación y registros pertinentes al tratamiento de la persona sean tratados confidencialmente.
- ✓ Ser examinada en instalaciones que ofrezcan privacidad visual y auditiva.
- ✓ Solicitar que esté presente una persona de su confianza y con su autorización durante todo el examen, el tratamiento y el procedimiento.
- ✓ El usuario o usuaria tiene derecho a permanecer en bata sólo por el tiempo que requiera el procedimiento.

h) Buen trato

El buen trato o el trato digno y respetuoso es uno de los atributos de la calidad más sentidos por usuario/a, y que se ha constituido en uno de los motivos principales de queja.

La percepción de un “mal trato” es resultado de una deshumanización en la atención, en la que se suman una serie de condicionantes que marcan la atención en los servicios, como por ejemplo: tiempos de espera prolongados, escasa o nula información, indiferencia por parte del personal, insultos, engaño a la población respecto a los derechos que les asisten al estar incorporadas al Seguro Integral de Salud, cobros indebidos a las usuarias del Programa JUNTOS, cobros indebidos para obligar a las mujeres a dar a luz en los establecimientos de salud, etc.

Si bien el cambio está en la actitud del personal y su vocación de servicio, la experiencia desarrollada en los establecimientos de salud muestra que existen algunas acciones a desarrollar dentro de los establecimientos que permitan ir creando una cultura de cambio:

25 Manual de Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (R.M. N° 290-2006/MINSA)

- ✓ Sesiones de clima organizacional, donde se aborden aspectos de autoestima, liderazgo, valores, trabajo en equipo, clima organizacional, etc.
- ✓ Evaluaciones periódicas al personal para ser ubicados en lugares donde pueden alcanzar su mejor desempeño.
- ✓ Implementar estrategias de información personalizada al usuario en las diferentes áreas de los servicios (anfitriones, módulos de atención, otros).
- ✓ Favorecer y apoyar el desarrollo de iniciativas de vigilancia en los servicios de salud.
- ✓ En los establecimientos que funcionan bajo el modelo de Administración Compartida de los Servicios de Salud, promover reuniones de análisis con los representantes de la población que gestionan los servicios.
- ✓ Promover audiencias públicas para que la población esté informada de los cambios que el establecimiento ha propuesto y cómo ellos van a percibir los cambios.
- ✓ Implementar cursos de quechua, aymara y de los idiomas predominantes en la población del área de trabajo.
- ✓ Implementar (en los hospitales y establecimientos de cierta complejidad) ventanillas de atención a las personas, en su idioma natal, para evitar su desorientación al interior de los establecimientos.
- ✓ Implementar mecanismos de recojo y respuesta a las quejas y sugerencias que tengan las personas que acuden a los servicios. Muchas veces el hecho mismo de poder ser escuchados alivia la tensión.
- ✓ Desarrollar proyectos de mejora que aborden las necesidades sentidas de la población.
- ✓ Aplicar incentivos individuales y colectivos al personal de salud.
- ✓ Establecer procesos de educación permanente en salud para la problematización y propuesta de alternativas de solución conjunta frente a situaciones o problemas que se encontrarán.

i) Concurso regional de muertes maternas y neonatales evitadas

Promover los derechos en los servicios de salud que, no sólo deben estar dirigidos al usuario, la familia y la comunidad. También deben promoverse las buenas prácticas en las políticas de los recursos humanos que trabajan en los establecimientos de salud, desarrollando esfuerzos invalorable y movilizándolo a la comunidad y a otros actores locales para salvar las vidas de mujeres gestantes y de los recién nacidos, que en situación de emergencia requieren ser evacuados a establecimientos de mayor capacidad resolutoria.

Se conoce de experiencias que cuando se han presentado casos de muertes maternas el personal de salud ha sido despedido y algunas veces el equipo completo de salud; tomándose como indicadores de medición sólo las muertes materna o neonatales en la gestión de las redes y GERESAS/DIRESAS/DISAS, cuando también es meritorio las muertes evitadas.

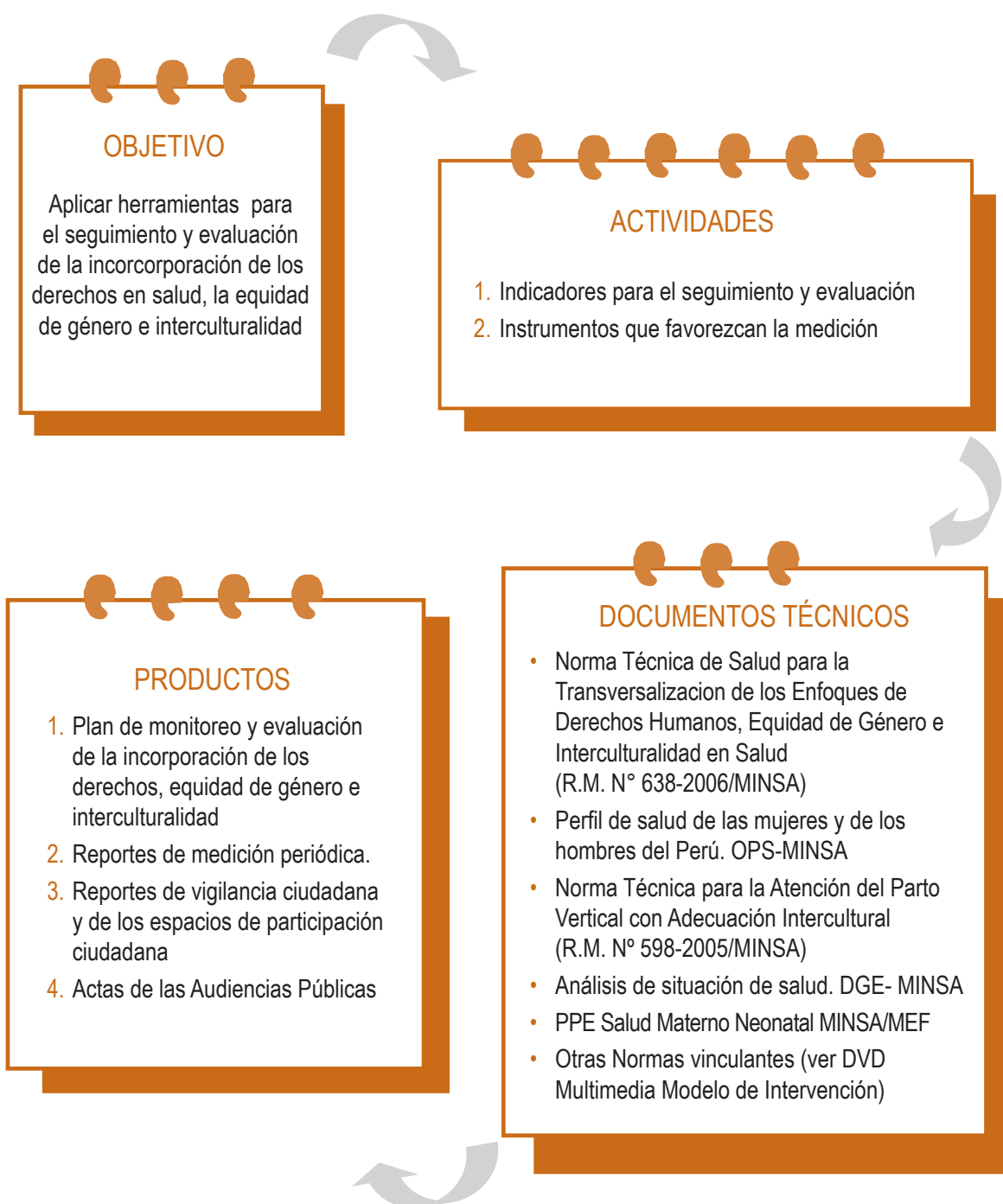
En este esfuerzo, la Comisión Multisectorial para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal de la región Ayacucho, conforma una comisión para organizar el Concurso Regional de Muertes Maternas Evitadas.

Esta convocatoria brinda la posibilidad de conocer el drama de los esfuerzos del personal de salud que en condiciones muy difíciles se movilizaron para lograr salvar vidas, y cuyas historias no eran necesariamente conocidas, ni mucho menos de aprender de esas lecciones de vida, menos de valorar el esfuerzo del personal de salud y la comunidad.

Los resultados de la convocatoria regional fueron más que alentadoras, algunas lecciones aprendidas fueron:

- ✓ Que promover este concurso regional, es una manera de reconocer el trabajo del personal de salud.
- ✓ Las experiencias vividas por el personal de salud son historias de vida invalorable en su lucha por la reducción de la mortalidad materna, en condiciones difíciles del contexto como: alta ruralidad, dispersión geográfica, barreras culturales, religiosas, pobreza, dificultades para referir, demoras en los servicios, necesidad de fortalecer el equipo con los actores locales, etc.
- ✓ Conocer estas historias por el personal de la GERESA/DIRESA/DISA y el Hospital Regional, además de las autoridades locales, ha movilizó a elevar el concepto de respeto del personal de salud que trabaja en las zonas rurales.
- ✓ Animar a los equipos locales, es promover estos concursos que permiten socializar los esfuerzos vividos, así como se vive el reconocimiento fortaleciendo la autoestima del personal de salud.
- ✓ Otras GERESAS/DIRESAS/DISAS, Redes pueden convocar estas iniciativas para promover las buenas prácticas desde los servicios y con la participación de la comunidad para salvar vidas. (Ver Anexo N° 4).

MOMENTO 4: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN



1. INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

En el marco de los Derechos Humanos la incorporación de los enfoques de Género e Interculturalidad, requiere un seguimiento y evaluación sobre la base de los indicadores propuestos en el análisis de brechas.

Algunos de estos indicadores son los siguientes:

Derechos Humanos en Salud	Equidad de Género	Interculturalidad
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de la población (hombres y mujeres) que conoce sus derechos y responsabilidades en salud 	<ul style="list-style-type: none"> Morbilidad diferenciada por sexo y razón H/M.(Tomar las diez primeras causas de morbilidad) Ejemplo: Prevalencia de IRAS 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de partos institucionales con adecuación cultural de población nativa (o rural, excluida/ dispersa)
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de la población (hombres y mujeres) que percibe que la información que recibe es clara, completa y con pertinencia cultural 	<ul style="list-style-type: none"> Mortalidad diferenciada por sexo y razón H/M (Tomar las diez primeras causas de morbilidad). Ejemplo: Tasa de mortalidad ajustada por causas externas 	<ul style="list-style-type: none"> Número de EE.SS que cuentan con señalización adecuada culturalmente
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de la población (hombres y mujeres) que manifiesta buen trato en la atención recibida 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de hombres que reciben información respecto a la sexualidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres que eligen la posición y tienen su parto de esa manera
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de la población (hombres y mujeres) que manifiesta satisfacción por la atención recibida 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres que reciben información respecto a la sexualidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de la población que manifiesta que el servicio que recibe incorpora su cultura
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje del personal de salud que conoce los derechos y responsabilidades de usuarios/as 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de hombres que reciben atención respecto a la sexualidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> Número de gestantes (potenciales usuarias) que hacen uso de la casa de espera materna / total de gestantes atendidas
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje del personal de salud que da cumplimiento al ejercicio de derechos en salud de los usuarios /as 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres que reciben atención respecto a la sexualidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de comunidades que cuentan con ACS activo y con trabajo articulado con el EE.SS.
<ul style="list-style-type: none"> Número y tipo de mecanismos de participación ciudadana, y acuerdos que estén cumpliéndose (incluye mecanismos de vigilancia ciudadana de los servicios de salud) 		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de partos atendidos con adecuación cultural Número de casas de espera maternas implementadas sostenibles con la participación local
<ul style="list-style-type: none"> Número y tipo de mecanismos de rendición de cuentas a la población sobre la gestión de los servicios de salud 		<ul style="list-style-type: none"> Número de EE.SS. que tiene personal que hable el idioma local Número de EE.SS. que han realizado adecuación cultural de sus servicios

Entre los mecanismos que pueden usarse para el seguimiento y evaluación de los avances en el ejercicio de los derechos y la incorporación de la equidad de género e interculturalidad son los siguientes:

- ✓ Reuniones mensuales con todo el personal de salud que permitan hacer un seguimiento de los avances en la implementación de las actividades y en el cumplimiento de algunos resultados.
- ✓ Reuniones semestrales y anuales para evaluar los avances de los indicadores, que incluyan la participación informada de representantes de la población (incluye audiencias públicas).

- ✓ Grupos focales con actores claves y representantes de grupos de interés.
- ✓ Reuniones de evaluación participativa con agentes de medicina tradicional, comunitarios y líderes de organizaciones sociales y comunitarias.
- ✓ Análisis al interior de los CLAS (mensual).
- ✓ Promover en la comunidad espacios de vigilancia ciudadana, a través de la participación de grupos organizados de la población, autoridades locales y agentes comunitarios de salud, quienes a través del uso de algunas herramientas puedan recoger las percepciones en la población de los servicios que se ofrecen y de propuestas de mejora a ser canalizadas al equipo implementador y directivos del establecimiento.

2. INSTRUMENTOS QUE FAVOREZCAN LA MEDICIÓN

Los instrumentos serán los mismos a los propuestos en el análisis de brechas:

- ✓ Matriz para evaluación de macroprocesos
- ✓ Encuestas
- ✓ Entrevistas
- ✓ Grupos focales
- ✓ Estudios de casos
- ✓ Testimonios

La aplicación de estos instrumentos estará a cargo del equipo implementador de la estrategia, aunque es responsabilidad esencial de los jefes de establecimiento, microrred y red de servicios de salud y, en primer lugar, del Director Regional de Salud, se debe informar al Comité Multisectorial y al Consejo Regional de Salud de sus avances y logros, así como promover el análisis de las limitaciones encontradas para su cumplimiento.

La frecuencia de aplicación dependerá de los mecanismos que emplee el establecimiento para evaluar los avances; sin embargo se sugiere que dependiendo de la profundidad del análisis no debe ser mayor de 3 a 6 meses.

Recordar también que la evaluación de los avances debe hacerse con la población, mujeres, hombres, líderes, etc; quienes serán los que finalmente manifiesten su satisfacción o insatisfacción por los servicios recibidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre, M. Frisancho, A. Jugo, M. Pérez, M. *Derechos Humanos en Salud en el Perú: Balance 2004 - 2006 desde la Sociedad Civil a dos años de la visita del Sr. Paúl Hunt, Relator Especial de Naciones Unidas.*
- AMARES. Interculturalidad en Salud en la Región Andina: Avances y perspectivas. 2006.
- AMARES. Módulos Diplomado Internacional de Salud. 2006.
- Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Construyendo la equidad de género: propuestas políticas. Lima, 2006.
- CIES, Flora Tristán, APRODEH. Derechos Humanos en Salud: Vinculando dos perspectivas. Lima, 2002.
- Congreso de la República. Ley General de Salud (Ley N° 26842). 1997.
- CARE. Proyecto FEMME. Documentos varios. 2008
- Frisancho Arroyo, A. Buscando políticas de salud más inclusivas y sostenibles: el rol de la participación ciudadana. Memoria de la Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Organizaciones de Salud y Derechos Humanos. 2006.
- MINSA. Salvarse con bien. El parto de la vida en los andes y Amazonía del Perú. Lima, 1999.
- MINSA. Mujeres de Negro: La muerte materna en zonas rurales en el Perú. Estudios de Caso. Lima, 1999.
- MINSA. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. 2005.
- MINSA / OPS. Perfil de salud de las mujeres y los hombres en el Perú. 2005.
- MINSA. Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. 2006.
- MINSA. Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. 2006.
- MINSA / UNICEF. Tan cerca...Tan lejos. Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú. 2007.
- MINSA. Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. 2008
- OPS. Género y Equidad de Salud. 2008.
- OPS, ASDI, USAID. Agencia Española de Cooperación Internacional. Esquemas de protección social para la población materna e infantil. 2006.
- PHR. Demoras Fatales mortalidad materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. 2007.
- Ríos, M. / Yanin, A. / Hurtado, R. Aspectos conceptuales de derechos humanos y salud. Seminario de vínculos entre salud pública y derechos humanos.
- Salud Sin Límites. Madre Nativa: Experiencias a cerca de la salud materna en las comunidades ashaninkas y nomatsiguengas. Lima, 2008.
- The Lancet (2008) Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries, Gunilla Backman MSc, Paul Hunt MJur, Rajat Khosla LLM, Camila Jaramillo-Strouss LLM, Belachew Mekuria Fikre LLM, Caroline Rumble MBChB, David Pevalin PhD, David Acurio Páez MPH, Mónica Armijos Pineda MA, Ariel Frisancho MHPPF, Duniska Tarco MD, Mitra Motlagh LLM, Dana Farcasanu MPH, Cristian Vladescu PhD, The Lancet, Vol 372 December 13, 2008, pp 2047 - 2085)
- USAID POLICY APDS. Guía de capacitación. Derechos de las personas usuarias y resolución de conflictos en Salud.
- Yamin, A., Physicians for Human Rights (PHR) (2007) Demoras fatales: mortalidad Materna en el Perú. Una mirada desde los derechos humanos. Boston, USA.
- Yamin, A. Conjurando inequidades. Vigilancia Social del Derecho a la Salud.

ANEXOS²⁶

26 Los Anexos 1 y 2, corresponden a la Línea de Base. Proyecto FEMME. Estudio Cualitativo Percepción de la Comunidad. E. Esquiche. Rebecca Allen. Universidad de Columbia. Ayacucho. 2000

ANEXO N° 1
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA:
“PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS, FAMILIAS Y LA COMUNIDAD FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD
Y ROL DE LOS ACTORES SOCIALES EN LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES - 2010”

GUÍA PARA EL GRUPO FOCAL DE MUJERES

Aspectos generales

El equipo estará conformado por un facilitador/a a cargo, de la conducción del grupo y un personal de apoyo. Se realizará grupos focales de mujeres en el marco de los DDHH, con enfoque de Género e Interculturalidad para conocer las percepciones respecto de los propósitos del estudio con relación a las Emergencias Obstétricas y Neonatales. Para el caso de los grupos focales los integrantes son familiares: madres, hijas (edad promedio 16 +), hermanas, primas, suegras y otras, de las mujeres que murieron por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y de recién nacidos que murieron por complicaciones neonatales en lo posible en los últimos 6 meses a 1 año.

La identificación de casos y convocatoria se desarrollará con el personal de los establecimientos de salud seleccionados previas coordinaciones establecidas.

Propósito

- Complementar la información de los servicios con una perspectiva de los actores sociales de la comunidad frente a la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

Objetivos

- Conocer las percepciones de la comunidad frente a la atención que recibieron en las Emergencias Obstétricas y Neonatales de sus parientes.
- Identificar las demoras desde la comunidad y los servicios de salud que tuvieron para recibir atención oportuna en los servicios de salud frente a las Emergencias Obstétricas y Neonatales de sus familiares.
- Explorar desde la comunidad la perspectiva de la Equidad de Género, Derechos Humanos e Interculturalidad en la atención materna y neonatal.
- Conocer las recomendaciones y sugerencias para mejorar la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en la comunidad.
- Identificar los roles de los actores sociales para reducir la muerte materna y neonatal.

Condiciones de trabajo

Para desarrollar el trabajo con el grupo focal comunitario se propone tener en cuenta las siguientes sugerencias:

- La participación será de un mínimo de 6 y un máximo de 8 personas.
- Los participantes serán miembros de la comunidad que han sufrido la pérdida de una madre por causas de una complicación obstétrica y/o la muerte de un RN por complicaciones neonatales de algún pariente cercano.
- Identificar a las personas que participarían en el grupo focal.
- Para el desarrollo del grupo focal identificar un ambiente apropiado, no recomendable el establecimiento de salud, mejor es buscar otro ambiente como una escuela, casa comunal o local municipal, que sea tranquilo, ventilado y alejado de los ruidos.
- Tenga cuidado con los sentimientos de los familiares porque recordarán eventos difíciles, tenga en todo momento respeto por sus sentimientos.
- Las sillas, en lo posible, ubicarlas en semicírculo, media luna o círculo.
- Designar una persona para el apoyo logístico.
- Colocar un papelógrafo y construir con ellos el flujo que la comunidad usa para referir a los/las usuarios/as que presentan una Emergencia Obstétrica Neonatal al establecimiento de salud

Materiales

Tarjetas de identificación, marcadores, papelógrafos, grabadoras, cintas de audio, pilas duracell, tableros, lápices, cinta maskin tape, refrigerios, cámara fotográfica, filmadora.

Departamento:
 Red:
 Municipio:
 Establecimiento de Salud:
 Comunidad:
 Facilitador: Observador:

Introducción

Salude, identifíquese y presente brevemente la importancia del estudio: “Muchas gracias por participar en esta entrevista”. Comente brevemente sobre la situación de la Salud Materna y Neonatal y las dificultades que las madres y recién nacidos están teniendo para acceder a una buena atención y oportuna en los EE.SS. Resalte que la información que nos pueden brindar será muy útil para mejorar las estrategias a nivel de los servicios, organizarnos desde la comunidad y buscar la participación de las autoridades de la comunidad y otros líderes. Sea sencillo en sus explicaciones, use palabras y/o significados relacionados a la salud materna y neonatal acorde a la realidad local. Informe y solicite el consentimiento informado para participar en el estudio y referir sobre privacidad y confidencialidad de la información. Solicite autorización para grabar. Recalque que los resultados servirán para ayudar a otras mujeres y sus recién nacidos a recibir atención oportuna en los servicios de salud y comprometer en el tema a las autoridades locales y otros actores.

A. EXPLORANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO

1. En el grupo alguien puede comentarnos la experiencia de haber tenido algún familiar (esposa, hermana, tía, prima, hija); que haya presentado complicaciones en su embarazo, parto o después del parto?

.....

2. ¿Pueden comentarnos si el recién nacido presentó alguna complicación / enfermedad?

.....

3. ¿Por qué creen ustedes que algunas mujeres tienen un parto difícil?

.....

4. ¿Ustedes conocen algunos signos de alarma del embarazo, parto y después del parto? ¿Cuáles? Menciónenlos

.....

5. ¿Ustedes conocen algunos signos de alarma del recién nacido/a? ¿Cuáles? Menciónenlos

.....

6. ¿Cree usted que el maltrato influye en el embarazo? ¿Por qué?

.....

B. OBTENIENDO INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES, EN LA FAMILIA Y ENTORNO

1. ¿Cuándo ocurrió la emergencia de la madre o del RN (según corresponda) con quien (es) se encontraban? ¿Dónde se encontraban?

.....

2. ¿Qué hicieron cuando este familiar presentó estos problemas?

.....

3. ¿Quiénes brindaron su ayuda?

.....

.....

4. ¿A dónde la llevaron primero?

.....

.....

5. ¿Qué medios se usó para el transporte? (indagar sobre el costo de transporte)

.....

.....

6. Y después, ¿Qué problemas se presentaron al buscar la ayuda?

.....

.....

7. ¿Cómo se solucionaron los problemas?

(Alquilaron movilidad, la ambulancia los apoyó, una institución los apoyó, se prestaron el dinero para el transporte, la comunidad apoyó con el transporte o para llevarlos en camilla)

.....

.....

8. ¿Qué hacen ahora cuando una madre o un bebé presenta algún problema en la comunidad?

.....

.....

C. OBTENIENDO INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. ¿Qué opinión tiene de la atención recibida en el establecimiento? Puede describirlo

.....

.....

2. ¿Cuáles fueron las dificultades que tuvieron en el establecimiento? (no estaba el personal de salud, estaba cerrado, no había combustible para la referencia, consideran que recibieron maltrato por el personal, tenían el seguro integral de salud)

.....

.....

3. ¿Cuánto tiempo demoraron en el establecimiento para brindarle la atención? (Puede hacer una aproximación del tiempo en horas y minutos)

.....

.....

4. ¿Había disponible ambulancia, si la emergencia lo requería, para referirse a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive?

.....

.....

D. TOMA DE DECISIONES CONCERNIENTES A LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES, DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS Y EQUIDAD DE GÉNERO

1. En la familia o comunidad ¿A quién (es) se le consulta sobre la toma de decisiones para buscar ayuda? (cuando ha ocurrido alguna emergencia obstétrica con la madre o alguna complicación con el recién nacido)

.....

.....

2. ¿Quién toma la decisión final de buscar ayuda si una mujer presenta problemas en el parto? (indagar en quienes recae la toma de decisiones, siempre es el esposo u algún familiar)

.....

.....

3. ¿Quién toma la decisión de buscar ayuda si su hijo recién nacido se enferma?

.....

.....

4. ¿Consideran ustedes que principalmente los varones pueden tomar las decisiones? ¿Por qué?
.....
.....
5. En el caso que una mujer haya muerto por una complicación del embarazo o parto: ¿Que habría pasado si la llevaban a tiempo al establecimiento de salud?
.....
.....
6. ¿Cómo se valora la vida de una mujer en la comunidad? ¿Cuándo los miembros de la familia se enferman quienes tienen la prioridad de atención en la casa?
.....
.....
7. ¿Cómo se valora la vida de un bebé recién nacido en la comunidad? (hacer que las participantes brinden toda la información posible)
.....
.....

E. NIVEL DE ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD FRENTE A LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

1. ¿Cómo se organizan en su comunidad para solucionar estos problemas de salud? ¿Tiene una autoridad local de salud? ¿Tiene un comité local de salud? ¿Cuentan con un plan de actividades el comité local de salud?
.....
.....
2. ¿Cómo creen que deben organizar el Comité local de salud de su comunidad para apoyar las Emergencias Obstétricas y Neonatales? ¿Existe un comité de vigilancia de la mortalidad materna y neonatal comunitaria?
.....
.....
3. ¿Qué líderes y qué autoridades tienen y cómo participan en la solución de estos problemas?
.....
.....
4. ¿Conoce o ha escuchado del Programa JUNTOS? ¿Conoce o ha escuchado de la Estrategia CRECER? Está en algún programa mencionado? ¿Cómo participa?
.....
.....
5. ¿Creen ustedes que estos programas están contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las familias en su comunidad?
.....
.....
6. El gobierno ha implementado desde el 2009 el Aseguramiento Universal ¿Conoce los beneficios del Aseguramiento Universal? ¿Cuáles?
.....
.....
7. ¿Qué dificultades conocen para que las mujeres embarazadas de su comunidad no accedan al Aseguramiento Universal?
.....
.....
8. ¿Qué deben hacer sus autoridades locales para difundir el Aseguramiento Universal?
.....
.....

F. SUGERENCIAS PARA EL ABORDAJE DE LAS BARRERAS IDENTIFICADAS EN LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

El moderador hace un resumen de algunos problemas que la comunidad ha identificado.

Ejemplo:

Ustedes han mencionado que algunos problemas como dinero, transporte, el trato del personal de salud, distancia de la comunidad, ¿algunos esposos y familiares se niegan a llevar a la señora y al recién nacido al establecimiento de salud cuando requieren algún cuidado de emergencia?

1. ¿Qué puede hacer la autoridad, el comité local de salud y el municipio, para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal en la comunidad?
.....
.....
2. ¿Qué se puede hacer desde la comunidad?
.....
.....
3. ¿Qué se puede cambiar en el establecimiento de salud?
.....
.....
4. ¿Qué se puede hacer desde la familia?
.....
.....
5. ¿Qué pueden hacer los líderes y las autoridades locales?
.....
.....
6. ¿Quiénes en la comunidad deberían trabajar activamente para solucionar estos problemas?
.....
.....
7. ¿Ustedes consideran que sería importante implementar una casa de espera materna para que las mujeres y los recién nacidos que sufren complicaciones y otros puedan alojarse cerca del EE.SS. para recibir atención oportuna?
.....
.....
8. ¿Quiénes deberían apoyar la implementación de la casa de espera materna?
.....
.....
9. ¿Cómo pueden participar los municipios, los actores locales y las comunidades?
.....
.....
10. ¿Ustedes creen que el servicio de salud debe ofrecer el parto con adecuación cultural para las mujeres embarazadas?
.....
.....
11. Si se desarrollan estas mejoras en adelante ¿ustedes acudirían y llevarían a sus bebés al establecimiento de salud, si se presenta alguna emergencia?
.....
.....

Dar palabras de agradecimientos a los entrevistados.

Muchas gracias.

ANEXO N° 2

INVESTIGACION CUALITATIVA:

“PERCEPCION DE LAS USUARIAS, FAMILIAS Y LA COMUNIDAD FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD Y ROL DE LOS ACTORES SOCIALES EN LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES - 2010”

GUÍA PARA EL GRUPO FOCAL DE HOMBRES

Aspectos generales

El equipo estará conformado por un facilitador/a a cargo, de la conducción del grupo y un personal de apoyo. Se realizará grupos focales a mujeres desde un enfoque de DDHH, Género e Interculturalidad para conocer las percepciones respecto de los propósitos del estudio con relación a las Emergencias Obstétricas y Neonatales. Para el caso de los grupos focales a hombres los integrantes son familiares, padres, hijos (edad promedio 16 +) hermanos, primos, suegros y otros, de las mujeres que murieron por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y de recién nacidos que murieron por complicaciones neonatales en lo posible en los últimos 6 meses a 1 año.

La identificación de casos y convocatoria se desarrollará con los establecimientos de salud seleccionados previa coordinación establecida.

Propósito

- Complementar la información de los servicios con una perspectiva de los actores sociales de la comunidad frente a la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

Objetivos

- Conocer las percepciones de la comunidad frente a los servicios de salud, de la atención que recibieron frente a las complicaciones de las Emergencias Obstétricas y Neonatales de sus parientes.
- Identificar las demoras desde la comunidad y los servicios de salud que tuvieron para recibir atención frente a las Emergencias Obstétricas y Neonatales de sus familiares.
- Explorar desde la comunidad la perspectiva de la equidad de género, derechos humanos e interculturalidad en la atención materna y neonatal.
- Conocer las recomendaciones y sugerencias para mejorar la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en la comunidad.
- Identificar los roles de los actores sociales para reducir la muerte materna y neonatal

Condiciones de trabajo

Para trabajar el desarrollo del grupo focal comunitario se propone tener en cuenta las siguientes sugerencias:

- La participación será de un mínimo de 6 y un máximo de 8 personas.
- Los participantes serán miembros de la comunidad que han sufrido la pérdida de una madre por causas de una complicación obstétrica y/o la muerte de un RN por complicaciones neonatales.
- Identificar a las personas que participarían en el grupo focal.
- Para el desarrollo del grupo focal identificar un ambiente apropiado, no es recomendable el establecimiento de salud, mejor es buscar otro ambiente como una escuela, casa comunal o local municipal, que sea tranquilo, ventilado y alejado de los ruidos.
- Tenga cuidado con los sentimientos de los familiares porque recordarán eventos difíciles, tenga en todo momento respeto por sus sentimientos.
- Las sillas, en lo posible, ubicarlas en semicírculo, media luna o círculo.
- Designar un personal para el apoyo logístico.
- Colocar un papelógrafo que previamente tenga la referencia de la comunidad y construir con ellos el flujo frecuente que la comunidad usa para referir a los usuarios que sufren Emergencias Obstétricas y Neonatales al establecimiento de salud.

Materiales:

Identificación, marcadores, papelógrafos, grabadoras, cintas de audio, pilas duracell, tableros, lápices, cinta maskin tape, refrigerios, cámara fotográfica, filmadora.

Departamento:
 Red:
 Municipio:
 Establecimiento de Salud:
 Comunidad:
 Facilitador: Observador:

Introducción:

Salude, identifíquese y presente brevemente la importancia del Estudio: “Muchas gracias por participar en esta entrevista”. Comente brevemente sobre la situación de la salud materna y neonatal y las dificultades que las madres y recién nacidos están teniendo para acceder a una buena atención y oportuna en los EE.SS. Resalte que la información que nos pueden brindar será muy útil para mejorar las estrategias a nivel de los servicios, organizarnos desde la comunidad y buscar la participación de las autoridades de la comunidad y otros líderes. Sea sencillo en sus explicaciones, use palabras y/o significados relacionados a la salud materna y neonatal acorde a la realidad local. Informe y solicite el consentimiento informado de los participantes para participar en el estudio y refiera sobre la privacidad y confidencialidad de la información. Solicite autorización para grabar. Recalque que los resultados servirán para ayudar a otras mujeres y sus recién nacidos a recibir atención oportuna en los servicios de salud y comprometer en el tema a las autoridades locales y otros actores.

A. EXPLORANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO

1. En el grupo alguien puede comentarnos la experiencia de haber tenido algún familiar (esposa, hermana, tía, prima, hija); que haya presentado complicaciones en su embarazo, parto o después del parto?

.....

2. ¿Pueden comentarnos si el recién nacido presentó alguna complicación / enfermedad?

.....

3. ¿Por qué creen ustedes que algunas mujeres tienen un parto difícil?

.....

4. ¿Ustedes conocen algunos signos de alarma del embarazo, del parto y después del parto? ¿Cuáles? Menciónenlos

.....

5. ¿Ustedes conocen algunos signos de alarma del recién nacido/a? ¿Cuáles? Menciónenlos

.....

6. ¿Cree usted que el maltrato influye en el embarazo? ¿Por qué?

.....

B. OBTENIENDO INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN LA FAMILIA Y ENTORNO

1. ¿Cuándo ocurrió la emergencia de la madre o del RN (según corresponda) con quien (es) se encontraban? ¿Dónde se encontraban?

.....

2. ¿Qué hicieron cuando este familiar presentó estos problemas?

.....

3. ¿Quiénes brindaron su ayuda?

.....

.....

4. ¿A dónde la llevaron primero?

.....

.....

5. ¿Qué medios se usó para el transporte? (indagar sobre el costo de transporte)

.....

.....

6. Y después, ¿Qué problemas se presentaron al buscar la ayuda?

.....

.....

7. ¿Cómo se solucionaron los problemas?

(Alquilan movilidad, la ambulancia los apoyó, una institución los apoyó, se prestaron el dinero para el transporte, la comunidad apoyó con el transporte o para llevarlos en camilla)

.....

.....

8. ¿Qué hacen ahora cuando una madre o un bebé presenta algún problema en la comunidad?

.....

.....

C. OBTENIENDO INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. ¿Qué opinión tiene de la atención recibida en el establecimiento? Puede describirlo

.....

.....

2. ¿Cuáles fueron las dificultades que tuvieron en el establecimiento? (no estaba el personal de salud, estaba cerrado, no había combustible para la referencia, consideran que recibieron maltrato por el personal, tenían el seguro integral de salud)

.....

.....

3. ¿Cuánto tiempo demoraron en el establecimiento para brindarle la atención? (Puede hacer una aproximación del tiempo en horas y minutos)

.....

.....

4. ¿Había disponible ambulancia, si la emergencia lo requería, para referirse a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive?

.....

.....

D. TOMA DE DECISIONES CONCERNIENTES A LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES, DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS Y EQUIDAD DE GÉNERO

1. En la familia o comunidad ¿A quién (es) se le consulta sobre la toma de decisiones para buscar ayuda? (cuando ha ocurrido alguna emergencia obstétrica con la madre o alguna complicación con el recién nacido)

.....

.....

2. ¿Ustedes creen que en su comunidad existe el machismo? ¿ustedes creen que este problema afecta la salud de las madres y los niños cuando sufren complicaciones en su salud?

.....

.....

3. ¿Quién toma la decisión final de buscar ayuda si una mujer presenta problemas en el parto? (indagar en quienes recae la toma de decisiones, el esposo, la suegra, la partera o algún familiar)

.....

.....

4. ¿Quién toma la decisión de buscar ayuda si su hijo recién nacido se enferma?

.....

.....

5. ¿Consideran ustedes que principalmente los varones pueden tomar las decisiones? ¿Por qué?

.....

.....

6. En el caso que una mujer haya muerto por una complicación del embarazo o parto: ¿Qué habría pasado si la llevaban a tiempo al establecimiento de salud?

.....

.....

7. ¿Cómo se valora la vida de una mujer en la comunidad? ¿Cuándo los miembros de la familia se enferman ¿quienes tienen la prioridad de atención en la casa cuando se enferman? ¿Por qué?

.....

.....

8. ¿Cómo se valora la vida de un bebé recién nacido en la comunidad? (hacer que las participantes brinden toda la información posible)

.....

.....

9. Ustedes creen que las mujeres podrían tomar decisiones de buscar ayuda cuando su salud o la de sus hijos está peligro?

.....

.....

E. NIVEL DE ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD FRENTE A LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

1. ¿Cómo se organizan en su comunidad para solucionar estos problemas de salud? ¿Tiene una autoridad local de salud? ¿Tiene un comité local de salud? ¿Cuentan con un plan de actividades el comité local de salud?

.....

.....

2. ¿Cómo creen que deben organizar el Comité local de salud de su comunidad para apoyar las Emergencias Obstétricas y Neonatales en la comunidad? ¿existe un comité de vigilancia de la mortalidad materna y neonatal comunitaria?

.....

.....

3. ¿Qué líderes y qué autoridades tienen y como participan en la solución de estos problemas?

.....

.....

4. ¿Conoce o ha escuchado del Programa JUNTOS? ¿Conoce o ha escuchado de la Estrategia CRECER? Está en algún programa mencionado? ¿Cómo participa?

.....

.....

5. ¿Creen ustedes que estos programas están contribuyendo en mejorar la calidad de vida de las familias en su comunidad?

.....

.....

6. El gobierno ha implementado desde el 2009 el Aseguramiento Universal ¿Conoce los beneficios del Aseguramiento Universal? ¿Cuáles?

.....

.....

7. ¿Qué dificultades conocen para que las mujeres embarazadas de su comunidad no accedan al Aseguramiento Universal?

.....

.....

8. ¿Qué deben hacer sus autoridades locales para difundir el Aseguramiento Universal?

.....

.....

F. SUGERENCIAS PARA EL ABORDAJE DE LAS BARRERAS IDENTIFICADAS EN LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

El moderador hace un resumen de algunos problemas que la comunidad ha identificado. Ejemplo:
Ustedes han mencionado que algunos problemas como dinero, transporte, el trato del personal de salud, distancia de la comunidad, ¿algunos esposos y familiares se niegan a llevar a la señora y al recién nacido al establecimiento de salud cuando requieren algún cuidado de emergencia?

1. ¿Qué puede hacer la autoridad, el comité local de salud y el municipio para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal en la comunidad?

.....

.....

2. ¿Qué se puede hacer desde la comunidad?

.....

.....

3. ¿Qué se puede cambiar en el establecimiento de salud?

.....

.....

4. ¿Qué se puede hacer desde la familia?

.....

.....

5. ¿Qué pueden hacer los líderes y las autoridades locales?

.....

.....

6. ¿Quiénes en la comunidad deberían trabajar activamente para solucionar estos problemas?

.....

.....

7. ¿Ustedes consideran que sería importante implementar una casa de espera materna para que las mujeres y los recién nacidos que sufren complicaciones y otros puedan alojarse cerca del EE.SS. para recibir atención oportuna?

.....

.....

8. ¿Quiénes deberían apoyar la implementación de la casa de espera materna?

.....

.....

9. ¿Cómo pueden participar los municipios y los actores locales, las comunidades?

.....

.....

10. ¿Ustedes creen que el servicio de salud debe ofrecer el parto con adecuación cultural para las mujeres embarazadas?

.....

.....

11. Si se desarrollan estas mejoras en adelante ustedes llevarían a sus esposas o sus bebés al establecimiento de salud, si se presenta alguna emergencia?

.....

.....

Dar palabras de agradecimientos a los entrevistados, y despedida.

Muchas gracias.

ANEXO N° 3

PROGRAMACIÓN (SUGERIDA) DE ACTIVIDADES CLAVES DEL COMITÉ MULTISECTORIAL PARA DISMINUIR
LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL.

(TOMADO DEL PLAN MULTISECTORIAL REGIÓN AYACUCHO 2004)

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSO	CRONOGRAMA
Comité de Calidad en el manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas y neonatales	Fortalecer la capacidad resolutoria y estandarizar el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales en los servicios de salud en la Región de Ayacucho	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de los establecimientos FONB: (Tambo, Vilcashuamán, Cangallo) Implementar los establecimientos FONB: Querosbamba, Sivia, San Miguel, Huanta, Coracora, Pausa, Huancasancos. Fortalecer los hospitales de San Francisco y Puquio con capacidad quirúrgica para que cumplan Funciones Obstétricas y Neonatales esenciales, y mejore la calidad de atención obstétrica neonatal Incorporar al Centro de Recursos de las Redes de Salud las FON Fortalecer el uso de las guías de atención obstétrica y neonatal por niveles Ampliar el petitorio farmacológico para la atención neonatal y obstétrica Implementar la UCI del HRA (infraestructura, equipos) Implementar centros de hemoterapia en los centros FONB 	<ul style="list-style-type: none"> 10 EE.SS. FONB disponibles y funcionando 3 establecimientos FONB disponibles y funcionando Redes implementadas con EE.SS. FONB (10) y FONE(3) Guías de atención de manejo obstétricos actualizadas, implementadas por niveles Guías o normas elaboradas de atención del RN y manejo de complicaciones neonatales por niveles con participación de las redes de salud El comité farmacológico ha incorporado en el petitorio los requerimientos de medicamentos para la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales Los EE.SS. cuentan con stock de medicamentos para la atención de EMON UCI implementado Establecimientos FONB con centros de hemoterapia implementados 	<p>Responsable comisión: Salud de las personas DIRESA-DESP</p> <p>Integrantes: PARSalud AMARES FEMME ESSSR Servicios de salud DAIS Dirección Calidad DIREMID HRA (G.O y Pediatría) Manuela Ramos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DIRESA - PARSaLud - AMARES - PRISMA - CARE (FEMME) - Cobertura con calidad - SIS - Gobierno Regional - Hospital Regional 	

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Comité de Gestión y de desarrollo de Recursos Humanos	Generar las competencias, habilidades y destrezas en los profesionales y técnicos de salud del ámbito de la región, para la atención estandarizada de las Emergencias Obstétricas y Neonatales por niveles	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar el plan de formación para tutores en el HRA SICAP – REGIONAL Cumplir con el Plan de capacitación para los profesionales y técnicos de salud de la región.(que incluye SERUMS) Actualizar el directorio de todo el personal capacitado en EMON Racionalización adecuada de los proveedores capacitados según las necesidades de la región asegurando su permanencia Incorporar a la UNSCH (Facultades de Obstetricia y Enfermería) en los programas de capacitación regional para fortalecer la currícula de formación de profesionales de salud Descentralizar los centros de capacitación en la región (ejemplo: Huanta) Capacitación del personal de UCI del HRA en manejo de complicaciones mayores obstétricas y neonatales La Dirección de RR.HH. y la UNSCH debe implementar un Plan de capacitación en relaciones humanas para las redes 	<ul style="list-style-type: none"> Plan elaborado y en implementación Nº tutores capacitados Compromiso entre la DIRESA y el personal capacitado de permanencia en los servicios priorizados para garantizar el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales La universidad ha logrado incorporar cambios en la currícula universitaria (Facultades de Obstetricia y Enfermería) 	<p>Responsable Comisión: RR.HH. - DIRESA</p> <p>Integrantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> HRA (Centro de Capacitación) UNSCH AMARES Servicios de Salud Gobierno Regional PARSalud ESSSR 	AMARES PARSalud CATALYS	

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Comité de Gestión Proyectos	<p>Implementar una cartera de proyectos revisados y aprobados por un comité técnico</p> <p>Canalizar perfiles de inversión orientados a mejorar la calidad de la atención obstétrica y neonatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el Banco de Sangre Regional y centros de hemoterapia • Elaborar los expedientes técnicos para el centro de hemoterapia tipo II (Banco de Sangre) en la Región Ayacucho • Elaborar y ejecutar Proyectos de mejoramiento continuo de la calidad en gerencia de programas Materno y Neonatal a nivel de las redes de salud • Elaborar proyectos de supervisión y monitoreo integral para fortalecer las capacidades obstétricas y neonatales en los servicios • Canalizar el proyecto de ampliación de la UCI del HRA • Ampliación y equipamiento del servicio de neonatología • Equipamiento del servicio de GO • Seguimiento a la construcción y equipamiento de centros materno infantiles: Vilcashuamán, San Fco, Puquio, San Miguel, (Tambo en proyecto), Huanta, Cora Cora • Construcción del centro materno infantil en Palma Pampa • Canalizar los perfiles aprobados que no cuentan con presupuesto. con el Gobierno Regional y otras agencias 	<p>Nº Proyectos aprobados, canalizados y ejecutados</p> <p>Nº de perfiles de inversión producidos</p>	<p>Responsable Comisión: Planificación DIRESA</p> <p>Integrantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gobierno regional • Servicios de salud • ESSSR • Planificación HRA CARE • PARSalud • AMARES 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional • AMARES • PARSalud • Cobertura con calidad • USAID • Otros 	

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Comité de promoción de políticas públicas sanitarias a nivel regional	Promover, elaborar, difundir e implementar políticas públicas, sanitarias, regionales y establecer mecanismos de vigilancia para su cumplimiento Mesa temática del Consejo Regional canaliza propuestas de políticas regionales en salud (el Gobierno Regional y los municipios serán los responsables de emitir y hacer cumplir las normas)	<ul style="list-style-type: none"> • Canalizar a través del Consejo Regional de Salud propuestas de políticas regionales en salud • Declarar alerta amarilla en la región por incremento de muerte materna y neonatal • Emitir y difundir la ordenanza municipal a fin de que las unidades de transporte urbano e interprovincial apoyen las referencias a nivel de las 11 provincias • Emitir una resolución regional para facilitar la comunicación y transporte oportuna de las emergencias, mediante el uso de radios - teléfonos (sean oficiales o privados), vehículos oficiales, privados y de transporte urbano interprovinciales y otros, a nivel de ámbito de la Región Ayacucho • Compromiso de la Policía Nacional, el Ejército y Defensa Civil a fin de que estén disponibles movilidad y radios en el ámbito Regional • Emitir documentos regionales dirigido a sensibilizar e involucrar a los medios de comunicación para que faciliten y se involucren en las estrategias comunicacionales en todo el ámbito regional 	<p>Políticas sanitarias, regionales y locales emitidas</p> <p>Nº de ordenanzas municipales y regionales emitidas</p> <p>Nº de mecanismos de vigilancia implementados en la región y en las provincias</p> <p>Nº de casos referidos con la participación de la Policía y el Ejército</p>	<p>Responsable comisión: Gobierno regional (con las oficinas descentralizadas y las unidades operativas)</p> <p>Integrantes: DIRESA DGPS Planificación DESP - DISA Gobiernos Locales Defensoría Prefectura (Gobernadores y jueces de paz) CEPRECS Ministerio de Transportes y Comunicaciones Fiscalía Policía y Ejército COTMA/RNPM FEDECMA ESSR</p>	<p>Gobierno Regional DIRESA Gobiernos Locales</p>	

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Comité del monitoreo-supervisión y evaluación Multisectorial de las funciones obstétricas y neonatales en los servicios	Implementar un sistema de monitoreo-supervisión y evaluación multisectorial a los establecimientos de la DIRESA en todos los procesos de la atención estandarizada de las emergencias obstétricas y neonatales	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar el Plan de Monitoreo Supervisión y Evaluación Multisectorial con participación de la comunidad Organizar equipos de supervisión con participación multisectorial, interdisciplinario y de usuarios, con presencia del HRA para brindar asistencia técnica en los procesos clínicos Reformular los instrumentos de supervisión para EE.SS. que brindan Funciones Obstétricas y Neonatales básicos y esenciales Acompañamiento de los equipos de las redes para la supervisión de los servicios Seguimiento del Plan de Trabajo de los pasantes capacitados 	<p>Equipos de supervisión Multisectorial operativos con participación de la comunidad</p> <p>N° de supervisiones realizadas con equipos multidisciplinarios de acuerdo al Plan</p>	<p>Responsable Comisión: DESP: DIRESA</p> <p>Integrantes:</p> <p>HRA</p> <p>ESSALUD</p> <p>Sanidad</p> <p>Defensoría</p> <p>CEPRECS</p> <p>Colegios Profesionales</p> <p>UNSCH</p> <p>ESSSR</p>	<p>PARSalud</p> <p>AMARES</p> <p>DIRESA</p> <p>ESSALUD</p> <p>Sanidad</p>	

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Comité del sistema de referencia y contrarreferencia	Fortalecer el SRCR, para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el departamento de Ayacucho, asegurando la continuidad e integralidad de la atención en los servicios de salud con calidad y participación ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar, identificar, y difundir el mapeo y flujo de referencias (emergencias y apoyo al dx) de mayor capacidad resolutiva obstétrica y neonatal • Difundir cartera de servicios de los establecimientos en la comunidad • Taller para difusión de las normas de RCR e implementación de la documentación normativa en las redes y microrredes • Organización de la URC interna en las en las redes y microrredes articuladas desde cuando la comunidad identifica la emergencia • Implementación de un sistema de transporte operativo con PERSONAL CAPACITADO, maletín de emergencia para referencias con participación y corresponsabilidad de la comunidad • Mantenimiento preventivo y correctivo de los medios de comunicación en los servicios salud • Equipo multisectorial de respuesta a la emergencia con cronograma rotativo, con personal multidisciplinario disponible al llamado de cualquier emergencia obstétrica que requiera una atención adecuada durante la referencia en la zona norte, sur, centro de Ayacucho • Seguimiento de las contrarreferencias en los establecimientos de salud • Institucionalizar el piloto del SRCR instalado en el HRA (MOF, directivas...) • Convenio interinstitucional con DIRESAS limitrofes para las referencias • MEJORAR el sistema de comunicación para atención 24 horas el SRCR en el HRA 	<p>Sistema de referencia operativa en el ámbito regional con participación interinstitucional y de organizaciones de base</p> <p>Contrarreferencia operativa hasta el nivel comunitario</p> <p>Unidad de RCR hospitalaria institucional y operativa</p>	<p>Responsable Comisión: Servicios de Salud DIRESA</p> <p>Integrantes: DAIS HRA EsSALUD Sanidad SIS Gobierno Regional Oficinas descentralizadas Prefectura Defensoría Gobiernos locales Organizaciones de base CARE PRISMA ADRA Caritas Manuela Ramos Fiscalía PARSalud Red de promotores y promotoras ESSSR</p>	<p>PARSalud AMARES DIRESA: SIS Cobertura con calidad EsSALUD Sanidad</p>	

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Comité de Promoción de la Salud	Difundir a nivel local, regional y nacional, el plan multisectorial y los avances del mismo Fortalecer capacidades en la población para promover la corresponsabilidad en el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar boletines informativos, conferencias de prensa nacional y regional trimestrales, del avance del trabajo del Comité Multisectorial (audiencia: MINSA: DESP, DAIS, DSS, promoción de la salud, epidemiología, calidad, estadística, SIS, medios de comunicación nacional: TV, escrita, nacional y regional) Implementación del Comité local multisectorial de aliados para evitar la Mortalidad Materna Neonatal. (mesa de concertación) Implementar juntas vecinales y comunales (SIVICOS) de vigilancia de la morbi - mortalidad materna y neonatal a través de los gobiernos locales y comunales Implementar y adecuar estrategias de comunicaciones de educación en salud para mejorar el nivel de conocimiento de los signos de alarma del ambarazo, parto, puerperio y del recién nacido Operativizar las normas regionales de trabajo con los medios de comunicación radial, escrita y televisiva, Red de Comunicadores en salud, UNSCH, y ONGs que trabajan proyectos de comunicación en salud Implementar un piloto de orientación / consejería personalizada y focalizada en mujeres gestantes que no acuden al servicio en domicilio y comunidad Captar el Trabajo voluntario con promotores para la RCR de las emergencias obstétricas y neonatales a través de la metodología de AIEPI Comunitario & SIVICOS Institucionalización de la Radio conferencia según requerimientos de las redes de salud y necesidades identificadas en las supervisiones Fomentar espacios de educación de la salud a través de actividades culturales 	Publicaciones y acciones informativas trimestrales Nº de comités provinciales multisectoriales implementados Nº Juntas vecinales y comunales que realizan la vigilancia de la morbilidad materna neonatal Promotores de salud capacitados en AIEPI comunitario y SIVICOS	<p>Responsable Comisión: Promoción de la salud</p> <p>Integrantes:</p> <p>Municipios</p> <p>Mesas de concertación</p> <p>FEDECMA</p> <p>FADA</p> <p>Todas las ONGs</p> <p>Medios de comunicación (radio, TV, escrita)</p> <p>UNSCH</p> <p>Frente de defensa de Ayacucho</p> <p>Defensoría</p> <p>CARE: Proyecto derechos en salud</p> <p>CORECS</p> <p>PRISMA</p> <p>AMARES</p> <p>PARSalud</p> <p>ESSR</p>	<p>PARSalud</p> <p>AMARES</p> <p>OPS</p> <p>DIRESA</p> <p>PRISMA</p> <p>CHANGE -</p> <p>CORECS</p> <p>ADRA</p> <p>Manuela Ramos</p> <p>CARE</p> <p>CEDAP</p> <p>KALLPA</p> <p>TADEPA</p> <p>TAREA</p> <p>World visión</p> <p>Caritas</p> <p>Vecinos Perú</p>	

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Comité de los deberes y derechos en salud e interculturalidad y género	Promover estrategias de socialización intersectorial, con proveedores de salud y los usuarios para fomentar el ejercicio de los deberes, derechos y la corresponsabilidad en el autocuidado de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones multisectoriales con las organizaciones que trabajan temas relacionados con los derechos humanos a fin de unificar criterios para incorporar en sus proyectos institucionales mensajes apropiados del ejercicio de los deberes y derechos y la corresponsabilidad del autocuidado de la salud Desarrollar actividades informativas sobre los deberes y derechos en salud en los servicios de salud para los proveedores y los usuarios Sensibilizar en los servicios de salud a los proveedores sobre el respeto a la diversidad cultural Encuentro Regional de experiencias exitosas de adecuación cultural y hogares maternos Implementar espacios en donde se apliquen mecanismos de resolución de quejas de los usuarios de los servicios de salud Implementar servicios de salud que promuevan el respeto de la diversidad culturalidad A través de la directiva del GR para CASOS ESPECIALES buscar el apoyo de las autoridades como la fiscalía, Poder Judicial, Defensoría del pueblo, Policía Nacional, Ejército, a fin de facilitar las referencias de las emergencias obstétricas y neonatales en los casos de que la familia o la comunidad se oponga Buscar mecanismos para brindar alojamiento y estadía a los familiares de pacientes referidas de zonas de extrema pobreza (hogares maternas) Emitir normas complementarias para promover el ejercicio de los deberes ciudadanos 	<p>N° de organizaciones que participan en reuniones de coordinación</p> <p>N° de acuerdos asumidos</p> <p>Establecimientos de salud que promueven y respetan los deberes y derechos en salud con enfoque de interculturalidad y género</p> <p>Reuniones del Comité de resolución de quejas de los usuarios en los servicios de salud</p>	<p>Responsable Comisión: DIRESA-DAIS DEFENSORIA</p> <p>Integrantes: DIRECCIÓN DE CALIDAD, DIRECCIÓN DE SERVICIOS, DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN, DEFENSORÍA MANUELA RAMOS FISCALÍA DE FAMILIA POLICIA EJÉRCITO DEMUNAS CARE COTMA/RNPM FEDECMA FADA SIS CEPRECS</p> <p>Dirección Regional de Educación Ayacucho MIMDES PRISMA ESSR</p>	<p>PARSALUD AMARES MANUELA RAMOS CARE DIRESA: COBERTURA DE CALIDAD</p>	

COMITÉ	OBJETIVO	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES	RESPONSABLES	RECURSOS	CRONOGRAMA
Comité Ampliado de Análisis de la Mortalidad Materna y Neonatal	Identificar la problemática de las muertes maternas y neonatales y socializarlo con el comité multisectorial para la toma de decisiones en la DIRESA y el CRPMMN	<ul style="list-style-type: none"> Estudios técnicos de las MMN trimestral. Definición de las funciones del Comité Ampliado Multisectorial de análisis de muertes maternas y Neonatales en la Región Ayacucho. Incluir al servicio de pediatría del HRA Elaboración de las recomendaciones para LA DIRESA, el Comité Multisectorial, redes y EE.SS. Implementación de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad neonatal a nivel de la región Ayacucho. 	<p>Muertes maternas y neonatales analizadas y presentadas al comité Multisectorial y publicadas.</p> <p>Toma decisiones e implementaciones de las recomendaciones del Comité.</p>	<p>Responsable Comisión: GO, PEDIATRÍA y EPIDEMIOLOGÍA</p> <p>Integrantes: UNSCH Colegios profesionales ESSR FEMME SIS ESSALUD SANIDAD Inteligencia sanitaria</p>	<p>PARSalud AMARES DIRESA: CALIDAD, DAIS</p>	
Comité de Concurso Regional de Muertes Maternas y Neonatales Evitadas	Socializar las experiencias exitosas que han permitido evitar muertes maternas y neonatales en el ámbito de las redes de los servicios de salud de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho en el periodo enero - diciembre 2004.	<ul style="list-style-type: none"> Publicación de los testimonios del Concurso 2003 Seguimiento a la comunidad ganadora (Huaylla - Chungui) Realizar la Convocatoria 2004 a las instituciones de salud (ESSALUD, SANIDAD, MINSA) del concurso regional Evitando las MM y N Establecer etapas en las redes Constituir un equipo técnico para la convocatoria y evaluación permanente 	<p>Documento publicado.</p> <p>Concurso realizado.</p>	<p>Responsable Comisión: DIRESA: DGSP</p> <p>Integrantes: ESSR DAIS HRA PROMOCIÓN UNSCH ESSALUD SANIDAD FEMME Colegio profesionales: Médico, Obstetras, Enfermeros</p>	<p>AUSPICIO: Gobierno regional Municipalidad UNSCH Colegios profesionales MINSA DIRESA AMARES Otros</p>	

ANEXO N° 4

CONVOCATORIA DEL CONCURSO REGIONAL: “EVITANDO LAS MUERTES MATERNAS Y NEONATALES EN LA REGIÓN AYACUCHO - 2010” / LINEAMIENTOS PARA LA SELECCIÓN. (ADAPTADO DEL PLAN MULTISECTORIAL REGIÓN AYACUCHO)²⁷

1. Justificación

El Perú ha firmado el compromiso de los ODM para reducir la Mortalidad Materna en 75% en el 2015, además de mejorar la salud infantil.

El Ministerio de Salud tiene entre sus prioridades reducir la Mortalidad Materna y Neonatal en los próximos años. Según los Acuerdos de Gestión existe la prioridad de trabajar en este contexto.

El Gobierno Regional de Ayacucho entre las prioridades regionales de salud ha priorizado reducir la MMN, para lo cual se están promoviendo políticas públicas regionales de salud para lograr mejorar los indicadores sanitarios de la salud materna y neonatal en la población ayacuchana.

La Dirección Regional de Salud de Ayacucho, en el marco de las prioridades de salud ha venido promoviendo acciones sectoriales e interinstitucionales orientadas a la reducción de las Muertes Maternas y Neonatales, en particular en analizar las principales causas que las producen y promover intervenciones que permitan acciones más eficaces y eficientes.

En el marco de dichos lineamientos, la DIRESA Ayacucho en trabajo conjunto con otros socios ha venido implementando acciones orientadas a mejorar el acceso, uso y calidad de los servicios obstétricos de emergencia en los establecimientos de salud, así como mejorar la salud de la infancia en el ámbito regional.

En tal sentido, y como resultado del trabajo intersectorial en los últimos dos años, en las cuales se identificó como prioridad, implementar acciones para mejorar la calidad de respuesta del personal en el manejo de las Emergencias Obstétricas y Neonatales y del análisis realizado en el modelo de las demoras y condicionado por las características geográficas, socio culturales de nuestra región; nos exige una participación concertada de las instituciones públicas, privadas, organizaciones de base, autoridades locales, líderes comunales a fin de apoyar las referencias oportunas desde las zonas de difícil acceso para la atención de la Salud Materna y Neonatal.

En este contexto, la DIRESA Ayacucho dentro del marco del Trabajo Multisectorial para reducir las Muertes Maternas y Neonatales, toma en consideración el trabajo realizado anteriormente en el I Concurso Regional “Evitando Muertes maternas y neonatales en la Región Ayacucho” con el auspicio del proyecto de Emergencias Obstétricas FEMME de CARE Perú, y la participación de instituciones representativas como el Gobierno Regional, La Municipalidad Provincial de Huamanga, UNSCH, DIRESA, Hospital Regional de Ayacucho, Sanidad, EsSalud, FADA, FEDECMA, entre otros. Con resultados importantes se busca promover políticas de reconocimiento al personal de salud que desarrolla esfuerzos invalorable y humanitarios en salvar las vidas de las mujeres y los RN en situación de emergencias y ahora incluye la situación de la atención desde la comunidad y la oferta de servicios.

El I Concurso Regional en Ayacucho (2004), ha tenido un impacto importante en el personal de salud de la región Ayacucho, logrando fortalecer sus compromisos y liderazgo de trabajar por la mejora de la calidad de los servicios de salud, el trabajo con la comunidad y los actores locales así como ha fortalecido su realización y autoestima.

En el marco de las prioridades regionales de salud, y tomando en cuenta los resultados positivos en el personal de salud de la región y de la socialización de esta experiencia. La Comisión Multisectorial ha tomado el acuerdo de realizar el lanzamiento del mencionado Concurso Regional en el período 2010. Por lo que se hace un llamado a dicha convocatoria al personal de salud de la Región para su participación.

2. Objetivos del Concurso

Identificar y difundir los casos presentados por los EE.SS para compartir las experiencias exitosas realizadas por la comunidad, instituciones locales y los servicios de salud para salvar las vidas de las mujeres y sus RN que sufrieron complicaciones.

3. Organización del Concurso

Este concurso esta siendo organizado por las siguientes instituciones:

- Gerencia Social - GRA
- Dirección Regional de Salud, Ayacucho
- Miembros del Comité Multisectorial para reducir las Muertes Maternas y Neonatales en la Región - Ayacucho 2010.
- Auspiciadores:
Comisión multisectorial para disminuir la mortalidad materno neonatal en la región Ayacucho 2010

²⁷ La presente propuesta es una Adaptación de los Lineamientos de la Convocatoria Nacional de Sarah Fait”, convocada en el Perú por Pathfinder Internacional y el MINSA. Se realizó la primera versión adaptada en la DIRESA Ayacucho, con el apoyo del proyecto FEMME - CARE Ayacucho.2004. Actualmente es parte de las propuestas de las estrategias que promueven el reconocimiento de la labor del personal en la Región de Salud Ayacucho. En esta versión se incluye el tema neonatal por ser prioridad también mejorar su documentación y hacerlo relevante. También puede tomarse como referencia la convocatoria Héroes Anónimos. Ver DVD Multimedia Modelo de Intervención

4. Propósito

El presente concurso pretende:

- Documentar casos de mujeres y de los recién nacidos, cuyas vidas hayan estado amenazadas por complicaciones y fueron salvadas mediante intervenciones apropiadas y oportunas bajo circunstancias difíciles.
- Fortalecer las capacidades de las Redes de Salud del ámbito de la DIRESA Ayacucho, para mejorar su respuesta a las Emergencias Obstétricas y Neonatales y en seguir buscando iniciativas para disminuir la Mortalidad materna y neonatal;
- Reconocer y recompensar los esfuerzos realizados desde la comunidad y los servicios de salud y alentar el trabajo en equipo dentro del Sistema de Referencia y contrarreferencia hasta el nivel comunitario.
- Sensibilizar la participación social frente al problema de la Mortalidad Materna y Neonatal y motivar a las instituciones públicas y privadas para que brinden apoyo efectivo y tomen medidas que ayuden a salvar vidas.
- Documentar y difundir lecciones aprendidas.

5. De la premiación

La Comisión Central será la responsable de comunicar oportunamente la modalidad de la premiación del presente concurso.

- El Gobierno Regional de Ayacucho otorgará una Resolución Ejecutiva Regional a las Redes de Salud ganadoras, Microrredes de Salud, Establecimientos de Salud, así como a todos el personal de salud que participaron en la presentación de los casos.
- La DIRESA otorgará una Resolución Directoral a las Redes de Salud ganadoras, Microrredes de Salud, Establecimientos de Salud, así como a todo el personal de salud que participaron en la presentación.
- La Municipalidad de Huamanga, los Colegios Profesionales y universidades, otorgarán una Resolución de Felicitación y reconocimiento público a los proveedores y establecimientos ganadores del presente concurso que hayan hecho esfuerzos humanitarios para salvar la vida de las mujeres y/o RN que sufrieron complicaciones obstétricas.
- Todos los casos presentados serán materia de una publicación oficial a cargo de la DIRESA con el apoyo de otras organizaciones, a los responsables de presentar el caso se les reconocerá su derecho de autor. Este material bibliográfico será enviado al nivel central del Ministerio de salud y otras Regiones de Salud. Adicionalmente se establecerán premios para los establecimientos ganadores otorgado por los auspiciadores del Comité Multisectorial de disminución de Mortalidad Materna y Neonatal.
- Se otorgará un reconocimiento especial a la comunidad que haya participado activamente para salvar la vida de una mujer con complicaciones obstétricas durante su embarazo, parto y puerperio o salvado la vida de un neonato que ha sufrido complicaciones.

6. Criterios de elegibilidad

- Establecimientos de salud (Puesto de Salud, Centro de Salud, CLAS, hospitales) del ámbito de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, Postas y policlínicos de la SANIDAD y Postas y policlínicos de ESSALUD, que brindan atención de salud con capacidad resolutive en el manejo de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en el ámbito del departamento de Ayacucho.
- No se considerarán en este concurso a las clínicas ni policlínicos privados.
- Se aceptarán propuestas de experiencias verificables que demuestren además un trabajo conjunto con las organizaciones comunitarias del área de influencia de dichos establecimientos.
- No serán elegibles el Hospital Regional (MINSA), Hospital de la SANIDAD, y Hospital de ESSALUD; por ser miembros del Comité Calificador y ser centros de capacidad resolutive de Emergencias Obstétricas y Neonatales en la región.
- Serán considerados únicamente los casos bien documentados y que puedan ser verificados de manera objetiva.
- Podrán ser presentados todos los casos de muertes evitadas de mujeres que presentaron complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio, y muertes evitadas de recién nacidos que hayan tenido complicaciones en los establecimientos de salud entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2009.

7. Participantes

- DIRESA Ayacucho (Puestos de Salud, Centros de Salud, CLAS, Hospitales de Apoyo, brigadas de comunidades dispersas)
- SANIDAD: postas y policlínicos
- EsSALUD: postas y policlínicos

8. De la difusión

La DIRESA coordinará la difusión de las bases mediante afiches a nivel de la región Ayacucho.

La Comisión Multisectorial para disminuir la Mortalidad Materna y Neonatal apoyará en la difusión en el ámbito la región.

9. Lineamientos para la presentación de nominaciones

Son invitados todas los proveedores de salud y establecimientos de salud de las Redes y Microrredes de servicios de salud del ámbito de la DIRESA Ayacucho, brigadas de comunidades dispersas, Postas y policlínicos de la SANIDAD

y Postas policlínicos de EsSALUD, que hayan realizado esfuerzos extraordinarios para salvar la vida a mujeres con complicaciones de embarazo, parto, puerperio o neonatos.

Las nominaciones deben ser presentadas por personas con conocimiento personal o directamente involucradas en salvar la vida de una mujer o un neonato.

Se recomienda que los servicios de salud del ámbito de la Región que deseen participar en el presente concurso, sigan los Lineamientos para la Presentación de Nominaciones.

Cada trabajo será presentado con una carta dirigida a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas DIRESA Ayacucho, I Convocatoria Regional Evitando las Muertes Maternas y Neonatales Ayacucho - 2010. Como parte del proceso de selección, el Comité de Selección, o el representante designado, se reserva el derecho de visitar el lugar donde ocurrió la intervención, revisar documentos, y entrevistar al personal clave así como a la persona cuya vida fue salvada. Un miembro de la institución ganadora del premio participará en el comité de selección para el siguiente año.

Toda nominación debe ir acompañada de una carta de presentación firmada por el responsable del establecimiento de salud (Puesto de Salud, Centro de Salud, CLAS, Hospital de Apoyo, o brigadas), SANIDAD o EsSALUD. La carta de presentación debe incluir el nombre, dirección, número telefónico, correo electrónico y persona contacto del establecimiento que presenta la nominación.

Las nominaciones deben ser presentadas en forma impresa y en CD no debe exceder de 8 páginas, incluyendo la siguiente información:

- Nombre, dirección, número telefónico, correo electrónico y persona contacto del establecimiento de salud
- Personas directamente involucradas, su profesión y cuál es el rol de cada uno. Personal no profesional comprendido en el caso. Nombre de los miembros de la familia de la paciente así como de los promotores de salud y/o parteras tradicionales que participaron, así como miembros de la comunidad.
- Nombre completo y dirección de la mujer o neonato cuya vida fue salvada. Persona de contacto. Edad, paridad y ocupación de la paciente, y/o datos del RN según corresponda.
- Indicar si la institución sigue en contacto con la mujer o neonato puede contactarla, en caso sea necesario.
- Lugar y fecha de la ocurrencia.
- Selección de los casos a ser presentados:
El criterio de selección de experiencias será establecido en base a la definición de muertes evitadas. (Parte A)
- Circunstancias del incidente. Describir el caso y su relación con las 4 Demoras. (Parte B) Mencionar las barreras u obstáculos que se encontraron, así como los problemas médicos y cómo fueron enfrentados para salvar la vida de la mujer. Incluir horas, fechas, personal clave y cuanto detalle puedan dar sobre el caso. Si el caso fue referido, explicitar el manejo durante el traslado. Describir si el establecimiento contó con proveedor calificado.
- Indicar cual es el estado actual y que ha sucedido con la mujer o neonato desde su recuperación.
- Si la información está disponible, o aplicable a las circunstancias, señalar la condición del recién nacido y su estado actual.
- Para cada caso presentado individualizar las lecciones aprendidas, describir las dificultades encontradas desde el conocimiento de la emergencia (ejemplo: las barreras físicas, geográficas y culturales que se presentaron durante el proceso de salvar la vida de una mujer, la organización de los servicios, el sistema de referencia y contrarreferencias)
- Cada establecimiento puede presentar más de un caso de muerte evitada.
- Toda experiencia que haya movilizado a los equipos de salud para salvar vidas identifica debilidades en los procesos de atención, describa con claridad las recomendaciones para futuras intervenciones.
- Fotos, acompañadas de una explicación, para ilustrar el caso. También se aceptarán videos, mapas u otro material que ayude a la comprensión del caso.

Nota: Describir todos los detalles posibles sobre el caso, es importante una descripción cronológica de los hechos como del desempeño (manejo clínico) del equipo en relación con el caso, ejemplo: el contacto de la mujer o neonato con el establecimiento (CPN), visitas domiciliarias si hubieran, visitas de contrarreferencias, como fue el manejo clínico de la emergencia obstétrica y/o neonatal; adjunte una copia de los documentos que considere que ayude ver los criterios de verificación por parte del Comité de Selección. La comisión de selección tendrá en cuenta en los criterios de evaluación el desempeño por niveles de atención, por lo que no debería ser una dificultad documentar los casos identificados de muertes evitadas.

10. El Comité de selección

Serán miembros del Comité de Selección un representante de la:

- Dirección Regional de Salud de Ayacucho
- Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho
- Servicios de Pediatría - Neonatología del Hospital Regional de Ayacucho
- SANIDAD (Serv. Gineco Obstetricia y Pediatría)
- EsSALUD (Serv. Gineco Obstetricia y Pediatría)
- Organizaciones no gubernamentales presentes en la región
- Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- Universidad: representantes, de las Facultades de Medicina (2 si lo hubiera), Obstetricia (1) y Enfermería (1)

Las propuestas recibidas serán revisadas por el Comité de Selección para la evaluación de los casos, el Comité de selección puede usar el Anexo parte C. El ganador del premio será notificado a la dirección proporcionada en la carta de presentación. Los ganadores serán invitados a asistir a la ceremonia de entrega del premio en fecha a determinar. El Comité de Selección realizará una evaluación de las experiencias presentadas para lo que realizará citas de verificación en los propios servicios de salud participantes.

El Comité de Selección no devolverá las propuestas o fotos y no será responsable por la información equivocada proporcionada por el candidato o por demoras en la entrega de la información. La GERESA/DIRESA/DISA se reserva el derecho de utilizar las fotos y los casos en futuras publicaciones.

11. Del cronograma

- / / Publicación y lanzamiento de las bases en la GERESA/DIRESA/DISA
- / / Convocatoria en todas las Redes de Salud
- / / Absolución de consultas de las redes de salud (DIRESA-DESP)

Etapas de Pre selección:
Recepción de las nominaciones en la Oficina de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas DIRESA Ayacucho, será hasta el de 2010.

Nota: el Comité de Selección de los casos, visitará a los establecimientos que hayan salido preseleccionados para verificar, entrevistar a los participantes en el caso, en las fechas que se serán comunicadas oportunamente.

12. Otros

Cualquier otro punto no previsto en la presente convocatoria será resuelto por la Comisión Central.

PARTE A

Muerte Evitada:

Se considera muerte materna evitada a la ocurrencia de una complicación obstétrica, en una gestante o puerpera, que recibe atención oportuna y eficaz en un servicio de salud calificado. Puede incluir la participación activa de la comunidad.

En el caso del neonato es la situación grave de salud del neonato (dentro de los 28 días de vida) quien logra recuperarse completamente, gracias a la intervención oportuna y adecuada de quienes lo atienden en los servicios de salud.

LISTA DE ETIOLOGÍAS CLÍNICAS
DEFINIDAS COMO EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

1. Hemorragias	Placenta previa Desprendimiento Prematuro de Placenta Hemorragia Postparto Retención de Placenta Inversión Uterina
2. Parto obstruido/prolongado	Primer periodo de trabajo de parto prolongado Segundo periodo de trabajo de parto prolongado Desproporción céfalo pélvica Mala presentación (nalgas, hombro o transversa)
3. Sepsis postparto	
4. Complicaciones de Abortos:	Aborto séptico Aborto retenido / frustrado
5. Pre - eclampsia, eclampsia	
6. Embarazo ectópico	
7. Ruptura de útero	

Nota: elaborar la lista de etiologías clínicas de Emergencias Neonatales a cargo del Comité Central

Fuente: Federación Internacional de Ginecoobstetricia - Gynecology & Obstetric Junio 1999

PARTE B: “ANÁLISIS DE LAS 4 DEMORAS”

DEMORA 1: RECONOCER A TIEMPO LOS SIGNOS DE ALARMA

En la mayoría de casos de mujeres que murieron a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio sobrevivieron para contarlo, se identifican las dificultades que tuvieron ellas mismas y sus familias en reconocer los signos de alarma que desencadenan emergencias obstétricas que las llevaron a la muerte o ha ocasionado discapacidad materna.

Muchas veces el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma llevan a las familias de estas mujeres a asumir prácticas tradicionales que demoran en acudir a los servicios de salud, en la mayoría de estas familias las condiciones culturales y sociales en poblaciones rurales y en zonas muy dispersas están condicionando el acceso a los servicios de salud.

Similares situaciones se apreciarían para la atención neonatal de emergencia.

DEMORA 2: TOMAR LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA

La decisión de buscar ayuda es el primer paso para que una mujer o neonato que sufre una complicación reciba atención médica. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores. Primero, que exista la habilidad en reconocer que hay una complicación que amenaza la vida de la madre o la de su recién nacido. También deben saber a donde acudir por ayuda.

El personal de salud frecuentemente asume que la falta de información en la comunidad es el mayor obstáculo para obtener tratamiento. En algunas situaciones, esto puede que no sea verdad. Puede ser que las personas saben cuando se necesita ayuda pero escogen no ir a un EE.SS porque saben que no hay médicos o no cuentan con capacidad resolutive.

La distancia a la instalación de salud, disponibilidad y eficiencia del transporte, y costo de la atención a la salud y transporte influyen en la toma de decisión de la persona en buscar ayuda. Además, la reputación del establecimiento de salud puede jugar un papel clave. Puede que las personas no busquen ayuda médica rápida o en absoluto si creen que los servicios son de mala calidad.

DEMORA 3: LLEGANDO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, deben llegar al establecimiento de salud. La accesibilidad al establecimiento de salud por lo tanto influenciará la demora en este paso. La accesibilidad está en función de la distancia al establecimiento de salud, de la disponibilidad y eficiencia del transporte, y el costo.

La accesibilidad también es una función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud. Por ejemplo, contar con EE.SS con FONB en las zonas rurales en funcionamiento aumenta las posibilidades de que las familias pobres usen los servicios de salud.

DEMORA 4: RECIBIENDO TRATAMIENTO

Es importante recordar que todavía las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las primeras barreras. La capacidad resolutive de los EE.SS que brinda FON dependen de un número de factores, que incluyen el personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros, equipos operativos, SRCR operativo, etc.

PARTE C: CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN
(APLICADA PARA MUERTE EVITADA MATERNA O NEONATAL)

Fecha de pre calificación:
Fecha de verificación:
Condición:
Preseleccionado: () Seleccionado: ()
PUNTAJE:

I. Datos generales de la institucion			
Establecimiento de Salud			
Red de Salud, Policlínico de salud:			
Centro o Puesto de Salud: (para el caso del MINSA)			
Persona contacto:	Dirección:	Email:	Teléfono y/o radio:

Personas involucradas en el caso: (1)

(mencionar a todos los que hayan participado)

Proveedores de salud:.....

Nombres y apellidos:.....Profesión:.....

.....

.....

Instituciones y autoridades locales:

Nombres y apellidos:.....Cargo:.....

.....

.....

Agentes comunitarios:

Nombres y apellidos:.....

.....

Otras personas de la comunidad:

.....

.....

II. Presentación de la muerte evitada:

Nombre de la mujer o neonato:

Fecha de la ocurrencia:.....N° HC:.....

Dirección actual de la mujer que sufrió la Emergencia Obstétrica del Neonato que sufrió la Emergencia Neonatal:
(Según la documentación presentada por el concursante, precise con detalles como llegar a ubicar a la mujer o neonato en caso de ser preseleccionado)

.....

Ubicación donde ocurrió la Emergencia Obstétrica y Neonatal según corresponda:

Ubicación geográfica:.....Provincia:.....Distrito:.....Comunidad:.....Anexo:.....

Tipo de la Emergencia Obstétrica y Neonatal según CIE 10:

III. Datos de la Historia Clínica, y manejo estandarizado de la emergencia obstétrica o emergencia neonatal por niveles de atención (P.S., C.S., Policlínico, Hospital de Apoyo:

Anamnesis; diagnóstico, tratamiento, evolución, epicrisis ...

(El Comité de Selección afinará los criterios a evaluar en este campo. Puede consultar Módulo 1 y 3)

IV. Sistema de Referencia y Contrarreferencia

(Si el caso no se resolvió en el establecimiento que presenta el caso y fue necesario referirlo, se considera los siguientes criterios de referencia según guías de atención:).

V. Análisis de las 4 demoras:

Analizar con la Metodología de las 4 Demoras los casos presentados.

(Ayudará al equipo de la GERESA/DIRESA/DISA a focalizar mejor sus estrategias, por lo que se debe describir el caso que se presenta lo más real posible como sucedieron los hechos)

Descripción de las 4 demoras:

1. Demora en reconocer los signos de alarma:

2. Demora en la toma de decisiones:

3. Demora en llegar al EE.SS.:

4. Demora en recibir atención en los EE.SS.:

VI. Lecciones aprendidas

Este espacio permite a los establecimientos explicar las dificultades que se presentaron, las medidas que les permitió mejorar la organización del servicio, en la comunidad, se pueden explicar también las recomendaciones para los hacedores de políticas locales, proyectos de salud con intervención en el ámbito, las autoridades locales de su jurisdicción, los espacios de concertación y otros criterios que consideren. (No olvide que sus sugerencias y observaciones van ayudar a la GERESA/DIRESA/DISA a mejorar la intervención en programas para reducir la Muerte Materna o Neonatal en el departamento.)

NOTA: El Comité de Selección será el único responsable de comunicar oportunamente modificaciones al presente documento "CRITERIOS DE EVALUACIÓN". (Se debe levantar un acta de la reunión)

COMITÉ DE SELECCIÓN (RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN DEL CASO - FIRMAS)

GERESA/DIRESA/DISA (EQUIPOS TÉCNICOS DEFINIDOS)	HOSPITALES REGIONALES:
SANIDAD:	Representante ONGs:
EsSALUD:	FACULTADES UNIVERSIDAD:
Otros representantes del Comité Multisectorial	

ISBN: 978-9972-776-33-5



9 789972 776335

