



PERÚ

Ministerio
de Salud

Documento Técnico

MODELO DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y USO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES





PERÚ

Ministerio
de Salud



Documento Técnico

MODELO DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y USO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales: Documento Técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2010.
58 p.; ilus.

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD, normas / CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, organización & administración / INSTITUCIONES DE SALUD, utilización / POLÍTICA DE SALUD / SALUD PÚBLICA / SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO / MORTALIDAD MATERNA, tendencias / MORTALIDAD PERINATAL / NEONATAL, tendencias / GESTIÓN EN SALUD

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-07615
ISBN: 978-9972-776-26-7

“Documento Técnico 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.

© MINSA, Setiembre 2010

Fotografías: MINSA, CARE Perú-Hospital Regional de Ayacucho, UNICEF

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, 2009
Primera reimpresión: Setiembre 2010
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 Anchiraco 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 Mascaro 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. Ángel 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 Changanauqui

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



Resolución Ministerial

Lima, 6 de ABRIL del 2009

Visto el Expediente N° 09-017379-001, que contiene el Informe N° 032/2009/DGSP/ESNSSyR/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe N° 255-2009-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657 establece que el Ministerio de Salud como órgano del Poder Ejecutivo es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;



M. Arce R.

Que, el literal k) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado Decreto Supremo N° 023-2005-SA, establece como una de las funciones generales de la Dirección General de las Personas, identificar y priorizar las investigaciones operativas que permitan el mejoramiento de las intervenciones sanitarias en el ámbito de su competencia;



E. CRUZ S.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA de fecha 20 de julio de 2007, se aprobó el Plan Nacional Concertado en Salud, el cual constituye un documento de gestión y de implementación de las políticas de salud, que establece las bases para la acción concertada del Estado orientada a mejorar la situación de la salud de la población, definiendo como uno de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2007-2020 el reducir la mortalidad materna;

Que, mediante documento del visto, la Dirección General de Salud de las Personas remite para su aprobación el Documento Técnico: "Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales", el cual amerita que sea socializado;



V. Rojas M.



Que, resulta conveniente aprobar la propuesta presentada por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "Documento Técnico: Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales", el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces a nivel regional, son responsables de la difusión del citado documento técnico y servirá de marco referencial dentro de su ámbito, para incorporarlos en sus planes y estrategias orientados a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Artículo 3°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, la difusión y la asistencia técnica para su implementación en los diversos ámbitos regionales.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial, en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portal/transparencia/normas.asp> del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.




OSCAR RAUL UGARTE URBILLA
MINISTRO DE SALUD



CONTENIDO

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
FINALIDAD	15
OBJETIVO	15
BASE LEGAL	16
ÁMBITO DE APLICACIÓN	17
MODELO DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y USO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES	19
I. MARCO DE REFERENCIA	19
1.1 Abordaje de la mortalidad materna y neonatal	19
a) Oferta de servicios	19
b) Demanda de servicios	21
II. ANTECEDENTES	21
2.1 La intervención del Proyecto FEMME	22
III. ANÁLISIS CAUSAL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL	23
3.1 Diagrama de causalidad	24
a) Principales cadenas de riesgo y trayectorias de causalidad	26
b) Principales resultados sanitarios en el diagrama de causalidad	26
c) Modelos explicativos de los principales resultados sanitarios en cada etapa de vida	28
IV. MODELO DE INTERVENCIÓN	33
4.1 Estructura del Modelo de Intervención	34
4.2 Bases conceptuales	36
a) Modelo lógico de la mortalidad materna y neonatal	37
b) Calidad de la atención en salud	37
c) Gestión por resultados	38
d) Educación Permanente en Salud	38
e) Enfoques transversales	39
4.3 Objetivos del Modelo de Intervención	40
a) General	40
b) Específicos	40
4.4 Productos esperados	41
4.5 Metodología de implementación	41
a) Criterios	41
b) Procesos previos o simultáneos que potencian la implementación del Modelo	42
c) Momentos para la implementación	42

V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN	46
5.1 Seguimiento	46
5.2 Evaluación	46
5.3 Indicadores del Modelo	47
VI. GESTIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN	48
6.1 Equipo Gestor Nacional	49
6.2 Equipo Gestor Regional	49
6.3 Equipo Implementador Institucional / Local	50
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
VIII. ANEXOS	53
ANEXO N° 1: Glosario de términos	54
ANEXO N° 2: Lista de acrónimos	56
ANEXO N° 3: Los seis Indicadores de Proceso de la ONU y los niveles recomendados. Adaptado para el Modelo de Intervención	57

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud consciente de su rol social, en el marco de las políticas de gobierno, viene impulsando diversas iniciativas en el área de salud con la finalidad de contribuir con el avance de las reformas sectoriales que garanticen el derecho pleno y progresivo de toda persona a la salud.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que constituye uno de los hitos más importantes en la historia de la salud pública de nuestro país, fue promulgada el 6 de abril de 2009. Su implementación en las regiones de mayor pobreza, priorizando la atención materno-infantil, permitirá desarrollar la descentralización en salud; además de contribuir, en un mediano plazo, a la gobernabilidad en salud y la promoción de políticas públicas desde el nivel local a favor de los menos favorecidos.

Por otro lado, el Estado Peruano en concordancia con los acuerdos internacionales, donde también es signatario, reafirma su compromiso de reducir la mortalidad materna y neonatal en nuestro país. Es un desafío que requiere del trabajo multisectorial y multidisciplinario, por lo que es necesario continuar mejorando la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, sobre todo en las regiones de mayor pobreza.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, con la intervención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el apoyo de la Cooperación Internacional, realizan esfuerzos conjuntos para elaborar propuestas innovadoras que promuevan la mejora en la calidad de atención en salud. Igualmente, a través de investigaciones y evidencias exitosas, desde las regiones y a nivel local, se ha venido sistematizando el conocimiento generado desde nuestras intervenciones y que organizadas en 8 módulos de implementación, seguirán contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud.

Siento una gran satisfacción de presentar las publicaciones del 'Modelo de Intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que brindan Funciones Obstétricas y Neonatales', en el marco de la implementación del Plan Nacional Estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015, y estoy seguro que serán herramientas útiles para el Programa Estratégico Salud Materno y Neonatal que se está implementando a través del Presupuesto por Resultados.

Es un material muy valioso que hacemos llegar a todo el personal de salud en el país: a investigadores, autoridades locales y regionales, a universidades, etc., con la finalidad de seguir mejorando la gestión sanitaria y, de manera conjunta, seguir generando iniciativas de inversión e identificando estrategias más eficaces a favor de la Salud Materna y Neonatal en todos los niveles, desde una perspectiva de respeto de los derechos, equidad, género y de interculturalidad en salud.

En nombre del Ministerio de Salud expreso un sincero reconocimiento y gratitud al personal de salud de las diversas Direcciones Regionales, a la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, al Instituto Nacional Materno Perinatal, a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, a la Sociedad Peruana de Pediatría e igualmente, a todas las personas y organizaciones de la Cooperación Internacional que han participado en la sistematización de estos documentos y han hecho posible su publicación.

Dr. Óscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud

INTRODUCCIÓN

La Mortalidad Materna y Neonatal es parte de la agenda pendiente de la salud pública en el Perú y el mundo. En el país, la voluntad por reducirla suscita desde hace décadas múltiples esfuerzos del Ministerio de Salud, la Seguridad Social, otras instituciones del Sector y la Cooperación Técnica Internacional. En las tres últimas décadas nuestro país ha alcanzado una mejor comprensión del problema, sus causas, sus efectos, los cursos de acción y la aproximación hacia intervenciones para su reducción; existiendo hoy valiosas experiencias, capacidades, evidencias y lecciones que reclaman múltiples espacios de socialización e institucionalización.

Los resultados logrados, en la última década, nos permiten observar que las causas implican casi todas las esferas de la condición humana: social, económica, política, cultural, pero que tiene como denominadores comunes, desde un enfoque de derechos, a la pobreza, inequidad, exclusión, falta de oportunidades, dispersión poblacional y una incompleta transición epidemiológica, entre otros aspectos.

Es también conocido el llamado “mapa de la mortalidad materna” en el cual la mayor incidencia se localiza en las regiones más afectadas por la pobreza y, por lo tanto, las que exhiben mayores problemas de acceso e inequidad. A pesar de los avances de las últimas décadas, la mortalidad materna se ubica aún en 185 x 100,000 nacidos vivos (DGE, 2006)¹ y representa una de las más altas de latinoamérica.

En cuanto a la mortalidad neonatal la tasa promedio en el Perú, según ENDES 2006, es de 18 X 1000 nacidos vivos, lo cual significa que por cada muerte materna ocurren 12 muertes perinatales y se estima que por cada recién nacido que muere, existe un mortinato. La mortalidad neonatal representa más del 60% de la mortalidad infantil y casi el 40% de la mortalidad de los menores de 5 años de edad (“Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y el niño” - OPS/OMS - Octubre 2008).

En relación a la problemática expuesta y en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, del cual el Estado Peruano es también signatario, el Ministerio de Salud con el apoyo de las agencias de cooperación internacional encaran la tarea de mejorar la salud materna y neonatal hasta el 2015.

Es así que el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección Regional de Salud Ayacucho y el Instituto Nacional Materno Perinatal, conjuntamente con el Proyecto FEMME², entre los años 2000 y 2005, han contribuido a establecer un modelo de abordaje costo efectivo basado en el mejoramiento del acceso de las mujeres rurales a servicios calificados de atención obstétrica de emergencia con un enfoque de derechos humanos.

Es importante destacar que existen experiencias exitosas de otras intervenciones que han logrado resultados y efectos importantes en la mejora de la atención de la gestante, puérpera y recién nacido, como por ejemplo, los desarrollados por el Proyecto 2000, Cobertura con calidad, PARSalud, Pathfinder, PACD, UNICEF, PASA, AMARES y los propios programas de gobierno (PSBPT, Programas verticales, hoy Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud).

1 Dirección General de Epidemiología. *Indicadores Básicos en Salud*, 2006

2 CARE Perú. *Propuesta Proyecto FEMME 2000*. www.care.org.pe

El presente Documento Técnico, recoge las distintas evidencias, costo-efectivas, validadas y estructuradas en ocho módulos de implementación; tomando como base el enfoque de la atención obstétrica de emergencia, cuya finalidad es mejorar la *Disponibilidad, Calidad y Uso de los establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales*.

Este Modelo de Intervención, es una propuesta técnica que se pone a disposición de los gobiernos regionales, direcciones de salud, direcciones regionales de salud, gobiernos locales, agencias y universidades en el ámbito nacional, como referencia de Herramientas Validadas para generar iniciativas o proyectos para reducir la mortalidad materna y neonatal en el Perú.



FINALIDAD

Poner a disposición de los gobiernos regionales y direcciones regionales de salud, un Modelo de Intervención, con herramientas validadas, que permitan generar iniciativas o proyectos para reducir la mortalidad materna y perinatal en el Perú.



OBJETIVO



Socializar un Modelo de Intervención que permita mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos de salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales en el Perú.



BASE LEGAL

- ✓ *Objetivos del Desarrollo del Milenio 2000 al 2015.*
- ✓ *Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM*, que aprobó la “Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM*, que aprobó el documento: “La Salud Integral Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA*, que aprobó las “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA*, se aprobó la “Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el ámbito de la Dirección General de Salud de las personas”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA*, que aprobó la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA*, que aprobó el “Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004-2006”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 598-2005*, que aprobó la “Norma Técnica para la Atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 713-2005/MINSA*, que aprobó la “Modificación de la Conformidad del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA*, que aprobó las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 1001-2005/MINSA*, que aprobó la “Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01 Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 453-2006*, que aprobó el “Reglamento de funcionamiento de los comités de prevención de la mortalidad materna y perinatal”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA*, que aprobó la “Actualización del reglamento para el funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 597-2006*, que aprobó la “N.T.S. N° 022-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA*, que aprobó la N.T.S. N° 047-MINSA/DGSPV. 01: “Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”.

- ✓ *Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA*, que aprobó el “Documento Técnico “Casas de espera Materna, Modelo para la implementación”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA*, que aprobó la “Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 792-2006/MINSA*, que aprobó el Documento Técnico: “Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad” - Marco Conceptual.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA*, que aprobó entre otros, la “Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA*, que aprobó el Documento Técnico: “Estándares e Indicadores de Calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA*, que aprobó el “Plan Nacional Concertado de Salud”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 654-2008/MINSA*, que aprobó el “Documento Técnico Procedimientos para el Monitoreo y Evaluación de Intervenciones Sanitarias”.
- ✓ *Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA*, que aprobó la N.T.S. N° 074-MINSA/DGSPV. 01. “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”.



ÁMBITO DE APLICACIÓN

Lo establecido en el presente Documento Técnico de Salud se pone a disposición como Modelo de Intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos del Sector Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales a nivel nacional (Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Clínicas y otros del sub sector privado).

MODELO DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y USO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

I. MARCO DE REFERENCIA

1.1 ABORDAJE DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

El Ministerio de Salud para enfrentar la situación de la salud materna y neonatal en el país, ha desarrollado intervenciones con el apoyo de entidades cooperantes en varias zonas rurales y poco accesibles, direccionando esfuerzos en la mejora de la capacidad resolutive de la oferta de servicios.

A nivel de los servicios de salud, han estado relacionadas a mejorar la calidad de atención y la oportunidad de las referencias desde zonas muy alejadas y de difícil acceso. Sin embargo, pese a los esfuerzos, son necesarios mayores recursos del Estado, suficientes y sostenibles, para contribuir eficazmente en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el país.

La prioridad de mejorar el parto institucional y el acceso a servicios de salud de las gestantes provenientes de las zonas de quintiles I y II³ de pobreza, hace necesario concentrar esfuerzos en dichas regiones. Si bien existe un enfoque multicausal para la mortalidad materna y perinatal, es necesario definir una intervención colectiva que involucre a otros sectores y optimice la capacidad resolutive y uso de los servicios de salud, así como el acceso a los mismos, intentando reducir gradualmente la mortalidad en dichas zonas, teniendo en cuenta que el Perú aún es un país en desarrollo, pluricultural y donde los recursos destinados a la inversión social no son suficientes.

El análisis de la situación de la mortalidad materna y perinatal en estas zonas incluye establecer la disponibilidad de equipos, medicamentos y suministros, el desarrollo de sistemas de gestión básica, desarrollo de capacidades del personal de salud, supervisión y referencia de gestantes y recién nacidos con complicaciones de emergencia, previa estabilización a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, según la Guía de Atención. Del mismo modo es necesario evaluar cómo se encuentra la información estadística de las atenciones relacionadas con las Emergencias Obstétricas y Neonatales, los registros, su actualización, y la calidad del llenado. Asimismo, el diagnóstico situacional, ha proporcionado información valiosa para establecer una línea de base, la misma que se correlaciona con los indicadores oficializados por el MINSA (R.M. N° 142-2007/MINSA)⁴ por lo que es necesario establecer un monitoreo permanente y evaluar el progreso de los procesos y acciones que determinen los avances llevados a cabo bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

En este sentido consideramos importante hacer una revisión en torno a los dos aspectos fundamentales de servicios materno neonatales: la oferta y la demanda.

a) Oferta de servicios

La oferta de los servicios del Ministerio de Salud en el ámbito nacional esta constituido por 7293 establecimientos de salud, de los cuales 5704 son puestos de salud (71%), 861 centros de salud (16%), 119 hospitales (1.6%) y 10 institutos (0.1%). (MINSA/OEI 2008).

3 Quintiles de pobreza propuestos por el FONCODES en el 2000 y mejorados por el MEF en 2001, a nivel distrital

4 Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA. Aprueba Documento Técnico: Estándares e Indicadores de Calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales

La oferta de los servicios en el Perú está constituida mayoritariamente por el primer nivel de atención donde el personal de salud, sobre todo en las regiones de mayor pobreza y con alta ruralidad, es técnico de enfermería. Los centros de salud y hospitales están más concentrados en la costa, seguidos de algunas regiones en la sierra y con menor disponibilidad en la selva. Por otro lado, se cuenta con un Instituto Especializado, el INMP que cumple Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)⁵.

En un estudio multicéntrico realizado por Paxton y Colaboradores en el 2004 (USA), respecto de la disponibilidad de establecimientos de salud con funciones obstétricas básicas, los resultados mostraron para el caso del Perú, que aproximadamente hay disponibilidad de 48% de establecimientos FONB. Las brechas serán mayores con relación a las regiones de sierra y selva, y en aquellas donde se registran alta mortalidad materna neonatal.

La Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP. V.01. "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 1001-2005/MINSA, da cuenta de los instrumentos e información necesaria para evaluar la capacidad resolutive que tienen los establecimientos de salud para enfrentar los problemas críticos o de emergencias para la atención de la gestante y recién nacido, basados en las Funciones Obstétricas y Neonatales, según nivel de atención.

Los recursos humanos constituyen otro desafío para mejorar la capacidad resolutive, la disponibilidad y oferta de los establecimientos de salud que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales. Con respecto a la disponibilidad de médicos, se encuentran más concentrados en la costa, siendo muy escaso el número de especialistas en gineco-obstetricia, pediatría y neonatología en los hospitales del interior del país.

La evidencia existente y la experiencia de varios países en la reducción de la mortalidad materna demuestran que, en última instancia, las muertes maternas ocurren porque las gestantes que sufren complicaciones (habitualmente en o cerca del momento del parto) no reciben el tratamiento adecuado (Maine, 1997). En ese sentido, el tema clave en la reducción de la mortalidad materna y perinatal es la atención oportuna y adecuada de las Emergencias Obstétricas y Neonatales. Para que ello ocurra, es necesario que se den ciertas condiciones a nivel de la oferta de servicios⁶.

En este contexto, de las intervenciones costo-efectivas, dirigidas a incrementar la demanda de atención materna y neonatal en los establecimientos de salud, en especial en las zonas rurales de las regiones con alta mortalidad, se recogen evidencias exitosas que han estado orientadas a organizar una red de establecimientos de salud con capacidad resolutive las 24 horas según niveles, priorizados para brindar atención a las Emergencias Obstétricas y Neonatales. Estos establecimientos deben contar con personal de salud calificado en la atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales, según niveles de atención; así mismo con una red de laboratorios y centros de hemoterapia que garantice sangre segura, además de ciertas condiciones en la organización de sus procesos como manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales. Es una organización del sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR) a nivel de la red de servicios priorizando la red de transportes, comunicación y la cartera de servicios, que incluye la organización del sistema de referencias (SR) desde la comunidad, mediante ejercicios de auditoría de las historias clínicas (HC) de las referencias maternas y neonatales; que son acciones para la prevención de infecciones en la salas de maternidad y neonatal, así como la revisión de la información de los servicios que permitan evaluar la mejora e incremento del uso de los servicios por parte de la población materna y neonatal del ámbito de influencia e incluir acciones desde una perspectiva de los derechos y la adecuación de los servicios según el contexto local.

Además los establecimientos de salud deben contar con un sistema regional de capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales (generalmente lo asume el Hospital Regional de referencia), con equipamiento, infraestructura, insumos, medicamentos, vestuarios, mobiliarios y otros relacionados para la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, según nivel de capacidad resolutive.

5 Sin embargo los hospitales regionales a través de la UCI están haciendo esfuerzos por cumplir con funciones obstétricas y neonatales intensivas. Es agenda pendiente del MINSA avanzar hacia el fortalecimiento e implementación de FONI Regional

6 La generación de propuestas para la evaluación de programas para disminuir la mortalidad materna, así como el enfoque causal y modelo de las tres demoras, tuvieron como una referencia inicial el trabajo realizado por Deborah Maine

Para que la oferta sea eficiente, resuelva emergencias y salve vidas, un aspecto muy importante es que las gestantes y los RN efectivamente utilicen estos servicios, sea por la atención del parto institucional⁷ o para resolver las complicaciones maternas y neonatales.

Garantizar la sostenibilidad de los procesos generados es posible, según las evidencias recogidas cuando el Hospital Regional asume un rol de liderazgo en la región, a través de la supervisión que mediante la capacitación apoya en la mejora de la capacidad de respuesta de los servicios, manteniendo los estándares establecidos en la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”. En el mismo sentido, la red de establecimientos de salud deberían realizar estas acciones con los establecimientos con FONB y éstos a su vez con los FONP.

El financiamiento de las atenciones maternas y neonatales se garantizan en el Perú a través del Seguro Integral de Salud-SIS, con prioridad a nivel de las regiones con altos índices de pobreza extrema. Actualmente el MINSA, está en proceso de implementación del Aseguramiento Universal en las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac; las prioridades de los paquetes de aseguramiento están centradas en la salud materna y neonatal. Este nuevo escenario va exigir que los establecimientos de salud garanticen la oferta y calidad de la atención, además de ampliar el horario de atención.

b) Demanda de servicios

Dentro de los determinantes más importantes que limitan el acceso de las gestantes, en especial de las que sufren complicaciones obstétricas mayores, al sistema de salud y en particular a los establecimientos con capacidad resolutoria tenemos: la dispersión geográfica poblacional que encarece el costo del transporte, los escasos recursos económicos familiares, la limitada responsabilidad social desde el nivel local y la participación ciudadana en el tema de salud materna, la situación de género y machismo en las familias rurales, las mujeres con bajo nivel educativo y por tanto con poco conocimiento y ejercicio de sus derechos en salud, además de las barreras culturales.

En este contexto, las intervenciones costo-efectivas que están dirigidas a incrementar la demanda de atención materna y neonatal en los establecimientos de salud, de las regiones con alta mortalidad en las zonas rurales, han sido a través de la sectorización por comunidad, seguimiento a las gestantes y recién nacidos, sea a través del radar de gestantes, los tarjeteros, la organización del SRCR con las comunidades, el trabajo con los agentes comunitarios de salud (ACS) para el reconocimiento de los signos de alarma de las emergencias maternas y neonatales, la implementación de casas maternas (en determinadas zonas han logrado demostrar que incrementan los partos institucionales), la adecuación intercultural de los servicios, el parto vertical, respeto y promoción de los derechos de las gestantes, sus recién nacidos y sus familias en los servicios de salud.



Los equipos de salud de los establecimientos de salud desempeñan un rol clave conjuntamente con los actores locales para la organización y desarrollo del trabajo con la comunidad desde un enfoque de derechos, promoción de la salud y participación ciudadana.

II. ANTECEDENTES

La construcción del Modelo de Intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los establecimientos de salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales, toman como base el enfoque y las evidencias generadas por el Proyecto FEMME; complementada con otras evidencias y experiencias que han sido desarrolladas por los distintos proyectos y programas del Ministerio de Salud y la Cooperación Internacional, entre otros, el Proyecto 2000

⁷ El indicador más cercano a la demanda de servicios de salud materno perinatales es la cobertura del parto institucional, siendo la meta institucional llegar a un valor no menor a 80% en cualquier región

Cobertura con calidad, USAID, Pathfinder, AMARES, UNICEF, PACD, PASA, los propios programas de gobierno (PSBPT, PARSalud, JUNTOS, CRECER, los programas verticales y la actual Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva), las direcciones del Ministerio de Salud y direcciones regionales o las que hagan sus veces en el ámbito regional.

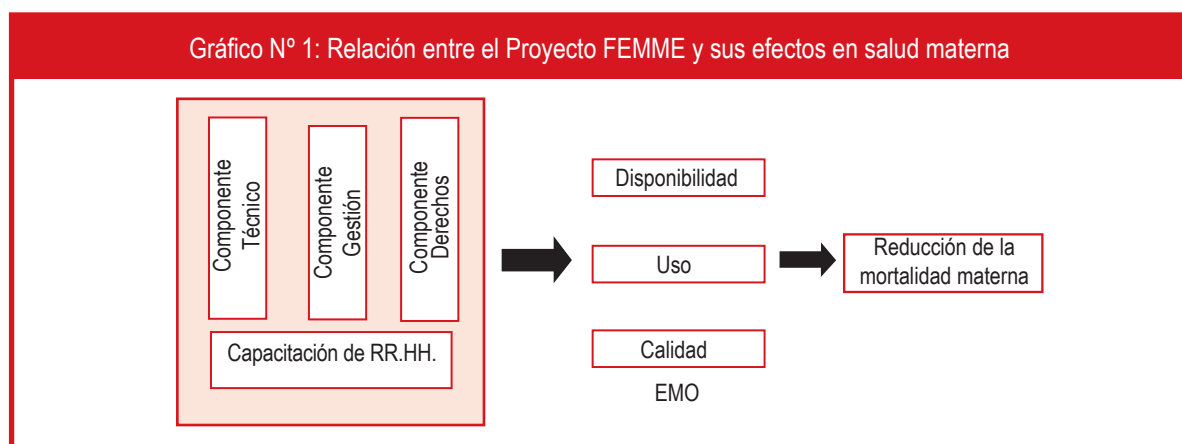
2.1 LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO FEMME

El Proyecto FEMME⁸ es el resultado de un esfuerzo de cooperación entre la Dirección Regional de Salud Ayacucho, el Ministerio de Salud (MINSA), el Hospital Regional de Ayacucho, el Instituto Especializado Materno Perinatal (INMP) y CARE Perú, entre los años 2000 y 2005. Su área de intervención prioritaria la constituyeron un conjunto de establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional de Ayacucho.

Su accionar estuvo orientado a mejorar la disponibilidad, utilización y la calidad de atención de las emergencias obstétricas. Para esta acción promovió que los establecimientos de salud obtuvieran la calificación del cuidado obstétrico esencial/básico (esta denominación es usada para el periodo de la intervención, en adelante se hará referencia a las Funciones Obstétricas Básicas y Esenciales) e incentivó la mejora de las competencias técnicas del personal de salud, el fortalecimiento de la gestión de servicios; colocando el enfoque de derechos como un elemento a considerar en la organización de la atención. Con todo este conjunto de esfuerzos se consideró, basado en la evidencia internacional, que se estaría contribuyendo efectivamente en la reducción de los altos índices de mortalidad materna, presentes en Ayacucho.

El enfoque del Cuidado Obstétrico de Emergencia - COEm, base de la propuesta FEMME, se sustenta en la existencia de ciertas condiciones (físicas, estructurales y funcionales) presentes en los establecimientos de salud, necesarias para una atención de calidad de las emergencias obstétricas (EMO). En ese sentido elementos como los recursos humanos, el equipamiento, mobiliario, materiales, medicinas, insumos clave y medios de transporte son elementos de valor en la determinación de la capacidad resolutive de los establecimientos frente al desafío de responder a las EMO. Esto puede ser medido, puntual o regularmente, en un esfuerzo por determinar la capacidad de respuesta disponible, sobre todo en el nivel rural.

Según la lógica causal del Proyecto FEMME, al mejorar simultáneamente las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad en los servicios obstétricos intervenidos se estaría contribuyendo positivamente en la reducción de la mortalidad materna. (Gráfico N° 1).



Un elemento adicional lo constituye el desempeño de los establecimientos de salud para responder a las EMO, es decir, las formas en que los procesos de atención obstétrica se desarrollan, se organizan y son puestos a disposición de la población objetivo (nivel prestacional - organizacional), los cuales dependen a su turno de las acciones del nivel gestor en el sentido de favorecer e implementar las políticas, normas, liderazgo, organización y recursos adecuados

⁸ FEMME (Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies) fue parte del Programa AMDD (Averting Maternal Deaths and Disabilities). Una iniciativa global promovida por la Universidad de Columbia - USA, con el apoyo financiero de la Fundación Bill & Melinda Gates. Estas intervenciones validaron estrategias orientadas a fortalecer los servicios que brindan cuidados obstétricos de emergencia. Esta misma filosofía considerando acciones para trabajar salud neonatal en los servicios pueden ser aplicados en la Estrategia de Organización de las Redes Obstétricas y Neonatales

para la atención (nivel gestor). Tanto la gestión como la organización-prestación se relacionan con los ejes de intervención del FEMME: capacidad resolutive, calidad de atención, gestión de servicios y enfoque de derechos humanos.

La evaluación final del Proyecto –realizada el año 2006– demostró un real funcionamiento del modelo de intervención en las redes; también un conjunto de cambios positivos, entre otros destacaron la mejora de la calidad de atención de las EMO, un incremento sustantivo en el uso de servicios, un sistema de capacitación regional funcional y la generación de una dinámica organizacional integrada entre el hospital de referencia y sus establecimientos, que denotaba una ágil red funcional de servicios de EMO. Estas acciones posibilitaron mayor capacidad resolutive ante las EMO, mayor número de muertes evitadas por causa obstétrica y una real contribución en la reducción del riesgo de mortalidad materna. El estudio, a través de técnicas cuantitativas y cualitativas, también identificó un conjunto de estrategias costo-efectivas, las cuales están siendo sistematizadas por el MINSA, para ponerlas disponibles en otras regiones del país.

La misma lógica de intervención se desarrolló con iniciativas similares para mejorar la salud neonatal. El liderazgo para este proceso recayó en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ayacucho, que con el apoyo técnico del Instituto Nacional Materno Perinatal y del PARSalud fue construyendo estos procesos y validando simultáneamente las siguientes estrategias: el manejo estandarizado, el sistema de capacitación, auditoría, SRCR y la prevención de infecciones; que significaron mejoras en los servicios involucrados por niveles de atención. Estos procesos fueron impulsados por ambos servicios (gineco-obstetricia y neonatología) a través del Sistema de Capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales.

De las estrategias identificadas en la evaluación externa del proyecto y a través del MINSA, se propone incorporar las siguientes:

1. Manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales
2. Gestión de la capacitación regional en Emergencias Obstétricas y Neonatales
3. Indicadores de calidad de los establecimientos con FON y de Proceso de la ONU (Organización de Naciones Unidas), y uso de registros estandarizados
4. Auditoría para la atención estandarizada de las Emergencias Obstétricas y Neonatales
5. Sistema de referencia y contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales
6. Prevención de infecciones en los establecimientos que brindan atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales
7. Equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud
8. Sistema de implementación, monitoreo y evaluación

III. ANÁLISIS CAUSAL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

La Mortalidad Materna es uno de los indicadores sanitarios que con más certidumbre expresa la inequidad, la exclusión social y permite evidenciar el grado de organización y accesibilidad a los servicios de salud. Refleja también la inequidad de género para la toma de decisiones, el respeto a los derechos humanos y el acceso a los servicios sociales⁹.

Dentro de cada país la muerte materna se concentra en las mujeres más pobres, de zonas rurales, no instruidas, con escasa autonomía y sin acceso a servicios de salud. Existen varios modelos de marcos conceptuales para ayudar a entender los factores que determinan la mortalidad materna. Así por ejemplo, “El Modelo de las Tres Demoras” que identifica los puntos en los que pueden ocurrir demoras para el tratamiento de las complicaciones obstétricas a nivel de la comunidad y del establecimiento de salud; a partir de la demora en la decisión de acudir a un servicio de salud, retraso en la movilización y, ya en el servicio, retraso en recibir la atención apropiada. Esta situación revela dos grandes problemas: 1) la limitada e insuficiente capacidad resolutive de los servicios de atención Materna y Neonatal y, 2) el bajo nivel de demanda de servicios de parte de las gestantes y sus familias¹⁰.

9 World Population, 1992. United Nations, Department of Economics and Social Development, Population Division, New York, 1992

10 Maine D, Akalin MZ, Ward V, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para Mortalidad Materna. Universidad de Columbia, Facultad de Salud Pública, Junio 1997

Sobre el primer problema, gracias a la experiencia mundial y a las evidencias científicas se tiene una propuesta para el manejo de la gran mayoría de emergencias obstétricas, con evidencias claramente establecidas en ensayos clínicos, estudios de observación, meta-análisis y revisiones sistemáticas. UNICEF, OMS-OPS y UNFPA¹¹, entre otras instituciones, han identificado un paquete de intervenciones claves, que en el Perú se ofrecen a través de los establecimientos que cumplen con las Funciones Obstétricas y Neonatales¹². Estos a su vez se dividen en cuatro niveles, de los cuales brindamos especial atención a los establecimientos con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB), cuyas funciones, entre otras, son: administración de oxitócicos, antibióticos y anticonvulsivantes parenterales, extracción manual de la placenta, remoción de productos retenidos y parto vaginal asistido. En los establecimientos con funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE) que cumplen las mismas funciones de los establecimientos FONB, se realiza cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos, transfusiones de sangre y atención de complicaciones mayores. Aquí, no se puede dejar de lado la necesidad que las atenciones obstétricas de emergencia deban ser realizadas por personal competente y entrenado, con habilidades para manejar embarazos normales y complicados, parto y puerperio inmediato, la identificación, manejo y referencia de complicaciones en mujeres y neonatos.

Toda esta realidad observada en torno a la Mortalidad Materna y Neonatal motivó la generación de experiencias que permitieron tomar conciencia del problema y clarificar las causas y factores desencadenantes, empezando a encontrar y señalar el camino para poder solucionarlos. Deborah Maine compiló parte de estas experiencias, rescatando la importancia de diseñar programas eficientes y efectivos a favor de la reducción de la mortalidad materna y perinatal, que permitan al personal de salud salvar más vidas. En su libro *Diseño y Evaluación de Programas de Mortalidad Materna*, propone que de las investigaciones que a la fecha han planteado preguntas tales como “¿Cuántas mujeres mueren?” y “¿De qué mueren?”, ahora necesitan enfocarse en preguntas como “¿Qué evita que las mujeres reciban tratamientos que les salven la vida?” y “¿Cómo está progresando nuestro programa?”. De esta manera se inició un sistemático enfoque de causalidad para la Mortalidad Materna.

El enfoque causal permite determinar los factores causantes del problema, diseñar y evaluar programas para ayudar a las mujeres que desarrollan dichos problemas, considerando las circunstancias geográficas, económicas, políticas y culturales, para monitorear la disponibilidad y uso de servicios obstétricos de calidad, considerando indicadores de procesos derivados directamente de las causas.

La propuesta de Maine ha servido tanto para el enfoque de los modelos causales como para la estrategia propuesta por FEMME en Ayacucho. Ha otorgado mayor importancia para evaluar el progreso en la reducción de muertes maternas utilizando los Indicadores de Proceso propuestos por la ONU. Al utilizar indicadores de proceso y resultado en vez de indicadores de impacto, se vulneran problemas específicos relacionados directamente con la atención que hacen más sencilla la intervención y se logran resultados a corto plazo.

3.1 DIAGRAMA DE CAUSALIDAD

Utilizando el enfoque de la “Epidemiología del ciclo de vida” y, en base a una revisión de la literatura disponible, se tiene un marco conceptual que contribuye a delimitar cuales son los resultados sanitarios claves en la salud materno infantil y sus principales interrelaciones de causalidad. Para representar este marco conceptual y las relaciones de causalidad (modelo causal) del Programa de Apoyo a la Reforma (PARSalud) elaboró el análisis (*Gráfico N° 2*), donde se indica los resultados sanitarios claves en cada etapa de vida y sus vínculos de causalidad¹³.

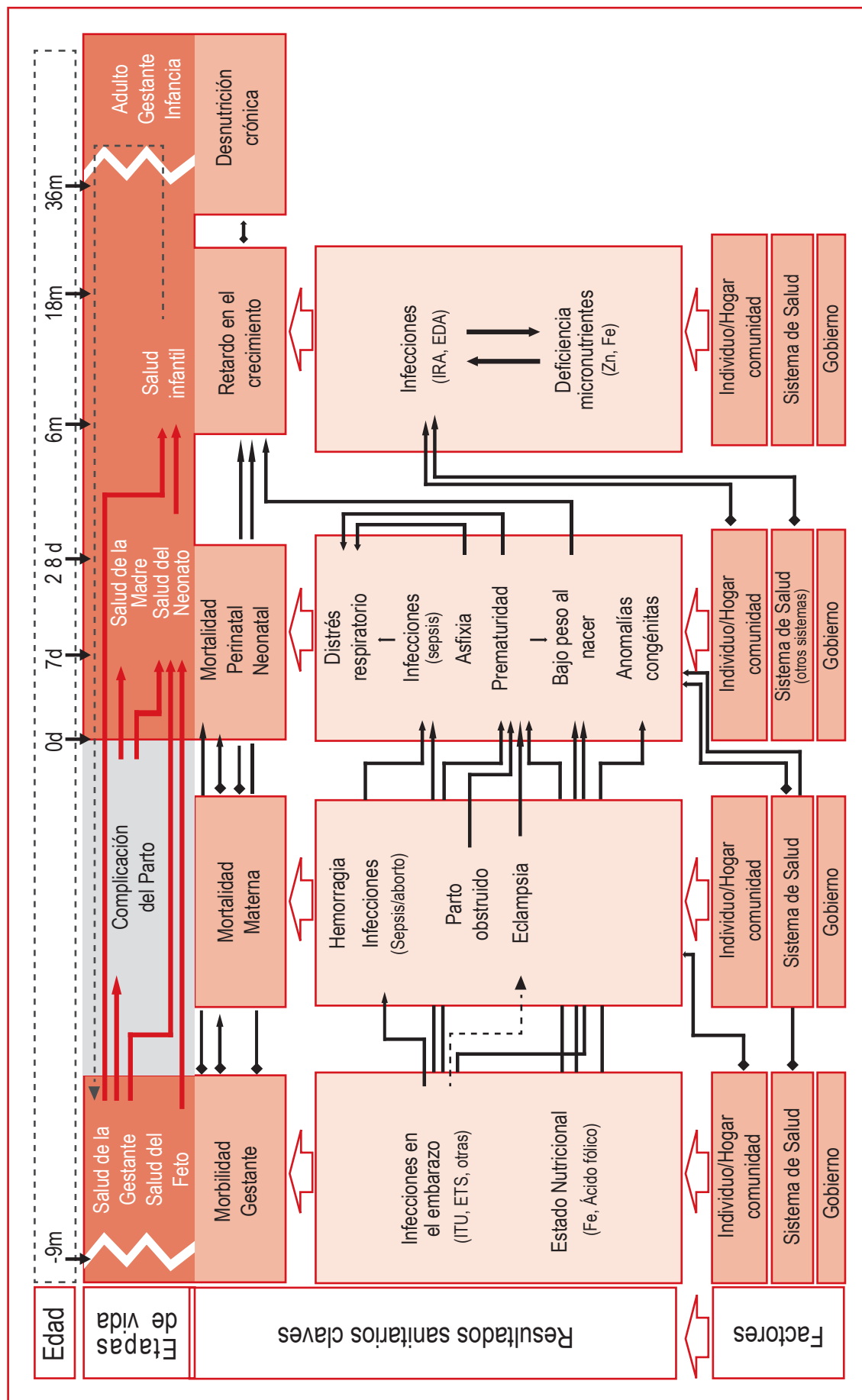
Reconociendo, como un elemento central del modelo de causalidad la variable tiempo, en la parte superior del diagrama, en la primera fila se ha marcado los hitos referenciales que separan diferentes etapas de la vida, desde los “menos” 9 meses (inicio de la gestación), pasando por los cero días (nacimiento), 7 días, 28 días, 6 meses, 18 meses y 36 meses. De esta manera, en el diagrama, se visualiza cual es el orden cronológico de exposición a los factores y la relación temporal entre causas (no tratamiento antibiótico de la infección urinaria), factores intermedios (infección urinaria en el embarazo) y efectos intermedios (prematuridad) y finales (mortalidad neonatal).

11 UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. 1997

12 Proyecto POLICY. Salvando Vidas: una guía de programas y políticas como argumento de intervenciones exitosas en Planificación Familiar, Maternidad Segura e ITS/VIH/SIDA. Enero 2003

13 La propuesta de modelos conceptuales basados en la evidencia y ciclos de vida trabajados por el PARSaI permitió tener insumos a la propuesta de Programas Estratégicos del Ministerio de Economía y Finanzas en el enfoque de Presupuesto por Resultados

Gráfico N° 2. Diagrama de causalidad en Salud Materno Infantil (PARSalud)



Entre los “menos” 9 meses (inicio de gestación) y 36 meses de vida, se suceden “periodos críticos” en el desarrollo del individuo uno tras otro; así mismo, en esta ventana de tiempo, se dan grandes cambios de estado a estado, y éstos ocurren con mucha rapidez. En base al concepto de “periodo crítico” y al de “acumulación de riesgos”, en la segunda fila del diagrama se indican las etapas de vida:

- I) Comenzando por la gestación, que es el primer momento del ciclo de vida y es donde la salud de los dos seres (gestante y feto) se encuentran en una relación de máxima interdependencia. El crecimiento intra útero del feto, sobre todo en el primer trimestre es dependiente del estado nutricional de la madre, aunque las consecuencias del déficit nutricional recién se verán al nacer o cuando el niño desarrolle retardo de crecimiento;
- II) En el parto, que es un evento de corta duración, pero que debido a las complicaciones obstétricas que se presenten, la salud de la madre y del neonato pueden ser severamente afectados, pudiendo ocasionar no solo discapacidades de por vida sino la muerte de uno de ellos o de ambos;
- III) Si ambos sobreviven al evento del parto, el neonato es expuesto bruscamente a un nuevo entorno ambiental (servicios de salud donde ocurrió el parto, el hogar y la comunidad), agregado a las exposiciones que previamente experimentó *in útero*, los que determinan mayor o menor riesgo de adquirir enfermedades y la probabilidad de sobrevivir los primeros siete días y su mayor o menor vulnerabilidad hasta antes de los 28 días;
- IV) Después de los 28 días, el niño (infante) inicia un rápido proceso de crecimiento y maduración marcado por una acelerada ganancia de peso y talla (es el único momento de la vida en la cual en un periodo de tres meses se duplica el peso); y tal como hoy se conoce, durante los primeros 24 meses el desarrollo neuronal es intenso. El déficit de ganancia de talla en los primeros 24 meses no es posible de ser corregido posteriormente, como tampoco lo es el déficit de desarrollo neuronal.

a) Principales cadenas de riesgo y trayectorias de causalidad

La desnutrición crónica que se observa en un niño, instalada de manera irreversible después de los 24 meses, es resultado principalmente del retardo de crecimiento que el niño experimenta entre los 6 y 18 meses; el mismo que a su vez es consecuencia de los riesgos y enfermedades al cual es expuesto durante la gestación (estado nutricional de la gestante) y el periodo posnatal (bajo peso al nacer, no lactancia materna exclusiva).

Así mismo, la mortalidad perinatal y neonatal son indicadores de resultado, no solamente de los riesgos y del sistema de salud al cual es expuesto el neonato al momento del parto y durante los primeros 28 días, sino esencialmente de los factores a los cuales fue expuesto durante el crecimiento intra-útero, en especial en el primer trimestre. El distress respiratorio que es la principal causa de muerte neonatal, es consecuencia de las infecciones, la prematuridad y el bajo peso al nacer. Estas tres morbilidades tienen sus orígenes en la gestación. Las malformaciones congénitas, si bien no se ubican en la lista de las primeras causas de morbi-mortalidad; sin embargo, por su carácter de irreversible y la severidad de la discapacidad que ocasionan, es una condición crítica a ser evitada en la medida que sus orígenes también se vinculan a exposiciones que ocurrieron en el primer trimestre del embarazo.

La gestación es el punto de encuentro entre generación y generación y, a través de ella, también se perpetúan los riesgos de enfermedad y condiciones de salud. El bajo peso al nacer, resultado de las desfavorables condiciones que experimenta el niño durante la gestación, es un factor vinculado causalmente con retardo de crecimiento y en el caso de las niñas cuando en la edad adulta resulten embarazadas, sus hijos tendrán mayor riesgo de presentar también bajo peso al nacer, reproduciéndose de esta manera de generación a generación el retardo en el crecimiento.

b) Principales resultados sanitarios en el diagrama de causalidad

Sustentado en el concepto de acumulación de riesgo y trayectorias causales, en la primera etapa de vida, se prioriza dos resultados sanitarios intermedios como claves, debido a su impacto no solo en la salud de la gestante y del feto, sino por sus efectos en las tres subsecuentes etapas de vida y por sus relaciones de causalidad con otros resultados sanitarios.

- ✓ El primero, *las infecciones en el embarazo*, que incluye en primer lugar las del tracto urinario (ITU) y las infecciones de transmisión sexual (ITS), y tal como se observa en el diagrama, esta condición de salud se vincula con: i) infecciones y sepsis en la madre durante el parto y el posparto (segunda columna); ii) infecciones y sepsis en el neonato, además de prematuridad y bajo peso al nacer

(tercera columna). La evidencia actual es limitada y no concluyente respecto de la relación entre infecciones en el embarazo con eclampsia (indicado con línea punteada).

- ✓ El segundo, es el **estado nutricional de la gestante**, principalmente asociado a deficiencias de micronutrientes, específicamente Ácido Fólico y Hierro, que han sido los más estudiados. De una parte, la deficiencia de Ácido fólico se vincula con Defectos del Tubo Neural (DTN); y de otra parte, la deficiencia de hierro, es decir la anemia por deficiencia de hierro se asocia con las dos principales causas de mortalidad neonatal que son la prematuridad y el bajo peso al nacer (tercera columna). Además de los dos micronutrientes antes mencionados, otros fueron evaluados (Zinc, Vitamina A, Cobre), y de ellos, existe evidencia de buena calidad que la deficiencia de calcio se asocia con preeclampsia y eclampsia, bajo peso al nacer y retardo de crecimiento.

En la segunda etapa de vida, en ventanas muy cortas de tiempo, se suceden eventos críticos que pueden tener resultados muy adversos de no ser apropiadamente manejados en el momento preciso. Por ejemplo, la eficacia de la oxitocina en reducir la hemorragia posparto es cuando se utiliza inmediatamente después de la expulsión del producto, 30 minutos después o más tarde deja de ser eficaz. Igualmente, la oportunidad de la cesárea, en el caso de un parto obstruido, es determinante para prevenir una atonía uterina, una mayor demora puede dejar severas secuelas.

Sustentado en la noción de “periodos críticos” para la salud de la madre, cuatro son los resultados sanitarios intermedios seleccionados:

- ✓ **La hemorragia**, específicamente la que se presenta en el intraparto o posparto inmediato, puede ocasionar la muerte materna y ante la ausencia de la madre, el neonato sin lactancia exclusiva tiene mayor riesgo de enfermedades infecciosas y con ello un retardo en el crecimiento.
- ✓ **La eclampsia**, que puede ser resultado del déficit de calcio o por exposición a infecciones durante el embarazo. Su aparición en el último trimestre del embarazo, conlleva al desarrollo de la complicación obstétrica de mayor letalidad para la madre. Debido a que la única opción de aliviar el cuadro de eclampsia es adelantar el parto, la preeclampsia se asocia con prematuridad y bajo peso al nacer.
- ✓ **Las infecciones**, que terminan en sepsis materna e infecciones en el neonato.
- ✓ **El parto obstruido**, requiere de atención especializada e independientemente de las condiciones socioeconómicas. Al menos 5% de las gestantes tienen la posibilidad de padecer de partos obstruidos. Este evento es difícil de predecir, sin embargo su resolución al requerir de servicios de mayor capacidad resolutoria, y ante la inaccesibilidad física y económica, incrementa el riesgo de mortalidad materna y perinatal.

En la tercera etapa, el neonatal, el foco de atención son los siguientes resultados:

- ✓ **Asfixia**, este es un resultado muy dependiente de las destrezas del profesional para atender el parto y del personal que realiza las primeras atenciones al recién nacido.
- ✓ **Prematuridad**, cuyos orígenes se vinculan con exposiciones de la madre durante el embarazo a infecciones y mal estado nutricional, es una de las patologías de mayor costo para tratamiento y con alto riesgo de secuelas.
- ✓ **Bajo peso al nacer**, evento asociado con la prematuridad y resultado esencialmente del déficit nutricional que experimenta la madre antes y durante el embarazo. Es un factor de riesgo vinculado con mayor peligro de retardo de crecimiento en los primeros años de vida, pero también con una amplia lista de enfermedades que se expresan a lo largo de la vida de una persona.
- ✓ **Infecciones**, resultado de un deficiente control de las infecciones durante el embarazo y por el no cumplimiento de las medidas de bioseguridad durante la atención del parto y en la atención inmediata del recién nacido.
- ✓ **Distress respiratorio**, es resultado de la acumulación de riesgos como prematuridad y bajo peso al nacer.
- ✓ **Anomalías congénitas**, vinculado con el déficit de ácido fólico antes de la gestación y en los primeros meses del embarazo, entre otras diferentes exposiciones de riesgo.

En la cuarta etapa, la infantil, la sucesión de eventos y factores de riesgo al que es expuesto el niño, se acumulan e incrementan los peligros para adquirir infecciones como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, o como resultado de los cuidados apropiados recibidos en el hogar desde cuando se encontraba *in útero*, el niño está protegido de adquirir estas infecciones. En esta etapa, el foco de atención tiene dos resultados:

- ✓ **Infecciones** por la clara relación entre las enfermedades infecciosas y el retardo en el crecimiento.
- ✓ **Deficiencia de micronutrientes** por el interés concentrado en el rol de los micronutrientes en el crecimiento y desarrollo del niño y sus vínculos con enfermedades infecciosas como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas. Dos micronutrientes evaluados son el Zinc y el Hierro. El Zinc tiene un efecto positivo en el control de diarrea y las infecciones respiratorias agudas.

c) Modelos explicativos de los principales resultados sanitarios en cada etapa de vida

El modelo explicativo base postula que los factores se pueden agrupar en tres factores:

- I) Aquellos que son intrínsecos a los individuos, familias y hogares;
- II) Los relacionados con la capacidad de respuesta del sistema de salud; y,
- III) Los relacionados con la capacidad de gobierno.

En el primer grupo de factores están los referidos a los comportamientos de las personas y factores intrínsecos de los individuos (hereditarios, genéticos, edad, sexo, lactancia, alimentación, estilo de vida, cultura, educación, etc.), las características de los hogares (condiciones de vida, acceso a servicios, condiciones de la vivienda, etc.) y el entorno donde residen como factores contextuales (medio ambiente, dispersión, ruralidad, etnicidad, etc).

En el segundo grupo están aquellos factores referidos a la capacidad de respuesta del sistema de salud y de otros sistemas que la sociedad y el Estado desarrollan. Dentro de estos factores, los dividimos en tres subgrupos:

- I) En aquellos servicios mediante los cuales directamente los usuarios se relacionan con el sistema de salud, como el acceso físico al establecimiento de mayor o menor capacidad resolutive, es decir la distribución geográfica de la capacidad resolutive que el sistema de salud ofrece a los usuarios. Otros factores, que están en relación directa con el usuario, son la calidad técnica que el servicio ofrece, las adecuaciones organizacionales e interculturales que la oferta realiza para establecer una mejor relación con los usuarios. También incluye las acciones de información, educación y comunicación que el servicio realiza con los usuarios. Finalmente, la continuidad de atención, que es la modalidad como los sistemas de salud tratan de ser eficientes y más efectivos para ofrecer a los usuarios desde los servicios de baja complejidad hasta los de más alta complejidad. Estas vendrían a ser las variables agregadas del sistema de salud; y que a su vez, incluyen otras variables que son insumos o procesos.
- II) Cuatro son los grandes grupos de requerimientos para ofrecer los servicios de salud, equipamiento, infraestructura, recursos humanos y medicamentos. La combinación apropiada de estos cuatro requerimientos determina mayor o menor complejidad y/o calidad técnica en la atención. Sin embargo, otra vez, aquí aparecen las situaciones de causalidad reversa. La competencia técnica para la atención de la complicación obstétrica, depende del número de veces, que por año, la realice el profesional, pero a su vez esta variable depende del volumen de la demanda del servicio.
- III) Los insumos antes indicados son dependientes de altos montos de inversión (infraestructura y equipos), y en el caso de los medicamentos no siempre es fácil lograr un eficiente sistema de suministros, con lo cual el costo de oportunidad y el riesgo de pérdidas por medicamentos vencidos son muy altos. El alto costo de inversión y la complejidad para gestionar estos insumos tiene un impacto directo en los servicios finales. Desde este punto de vista, tres variables que operan como determinantes de la disponibilidad de los insumos son las que hemos considerado. El costo unitario de la prestación, la capacidad de gestión y de organización de los servicios de salud a nivel del establecimiento, pero también a nivel de la Unidad Ejecutora, y finalmente, la capacidad de financiar el servicio que es dependiente, de una parte de los mecanismos que el Estado adopta para cubrir los gastos de salud y de la capacidad de pago de los usuarios.

En el tercer grupo, está el factor gobierno, reconociendo que el sistema de salud, en su organización, financiamiento y capacidad resolutive, es dependiente de la capacidad que el gobierno y sus instituciones tienen para establecer los mecanismos que regulan la prestación y financiamiento de la salud. Aquí como parte de un instrumento, bajo la premisa que incrementa la eficiencia, la descentralización y la modernización, estamos refiriéndonos a intervenciones macro a nivel de políticas nacionales que influyen positiva o negativamente en el sistema de salud.

En función de estos tres grupos de factores, durante la etapa de gestación, las infecciones y el estado nutricional de la mujer se convierten en vínculos de causalidad de enfermedades que se expresan en las subsecuentes etapas de vida del neonato.

Tanto para el control de las enfermedades infecciosas como para el estado nutricional, un elemento es la oportunidad de la primera atención prenatal (primer trimestre) y el segundo, es la realización de la prueba para diagnosticar anemia y el examen de orina para descartar infecciones asintomáticas.

La proporción de gestantes con exámenes de laboratorio dependen del acceso físico a establecimientos con laboratorio, es decir a establecimientos I-3 y I-4. Otro aspecto específico es la calidad técnica de la orientación/consejería que recibe la gestante y su entorno de decisión familiar (plan de parto, adherencia al tratamiento con el suplemento de hierro y ácido fólico y la continuidad de la atención).

En la etapa de la gestación, el manejo eficaz de las complicaciones obstétricas, es el resultado sanitario clave, exceptuando las complicaciones quirúrgicas. A diferencia de la etapa anterior, como parte de los factores del individuo/hogar/comunidad, se agrega el factor cultural. En cuanto a los factores del sistema de salud, el acceso no solo es a establecimientos de categoría I-4, sino también a establecimiento con capacidad para realizar cirugías (segundo nivel II-1, II-2). En el factor continuidad de atención, a diferencia de la etapa de gestación, que es con la finalidad de entregar servicios preventivos; es para atender emergencias obstétricas.

Lo mencionado anteriormente son algunos de los determinantes más importantes que limitan el acceso de la gestante a los servicios de salud. En este contexto, para reducir las altas tasas de mortalidad materna y perinatal se requiere promover la planificación familiar, la atención prenatal y el parto institucional, entre otras acciones orientadas tanto a la mejora de la calidad de la oferta como al incremento de la demanda del servicio, para fortalecer o cambiar prácticas durante el embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido. Dentro de la oferta, es importante resaltar que los temas incluidos necesariamente van de la mano con el apropiado registro de los datos en los sistemas de información, pues en los registros se reflejan la producción diaria de actividades y permiten la generación del monitoreo de las Funciones Obstétricas y Neonatales, entre otros indicadores materno perinatales y dan soporte de evidencias a las decisiones de mejora o ajustes de los servicios de salud para las propias políticas de salud.

A partir de estas experiencias se empezó a generar modelos causales para entender la mortalidad materna, tal como se ha presentado anteriormente con la propuesta del MINSA/PARSalud. De esta manera, el Estado Peruano con las instituciones cooperantes (en el caso de Salud: OMS-OPS, UNICEF, UNFPA, entre otras) ha desarrollado modelos lógicos causales para la generación de programas estratégicos en el marco del presupuesto por resultados.

Para el año 2008 se planteó la necesidad de asignar el presupuesto en base a resultados. Es así como nace la metodología de Presupuesto por Resultados a partir de cinco Programas Estratégicos (PE)¹⁴ monitoreados por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF):

- a) Salud Materno Neonatal
- b) Articulado Nutricional
- c) Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo
- d) Acceso de la Población a la Identidad
- e) Acceso a Servicios Sociales Básicos y Oportunidades de Mercado

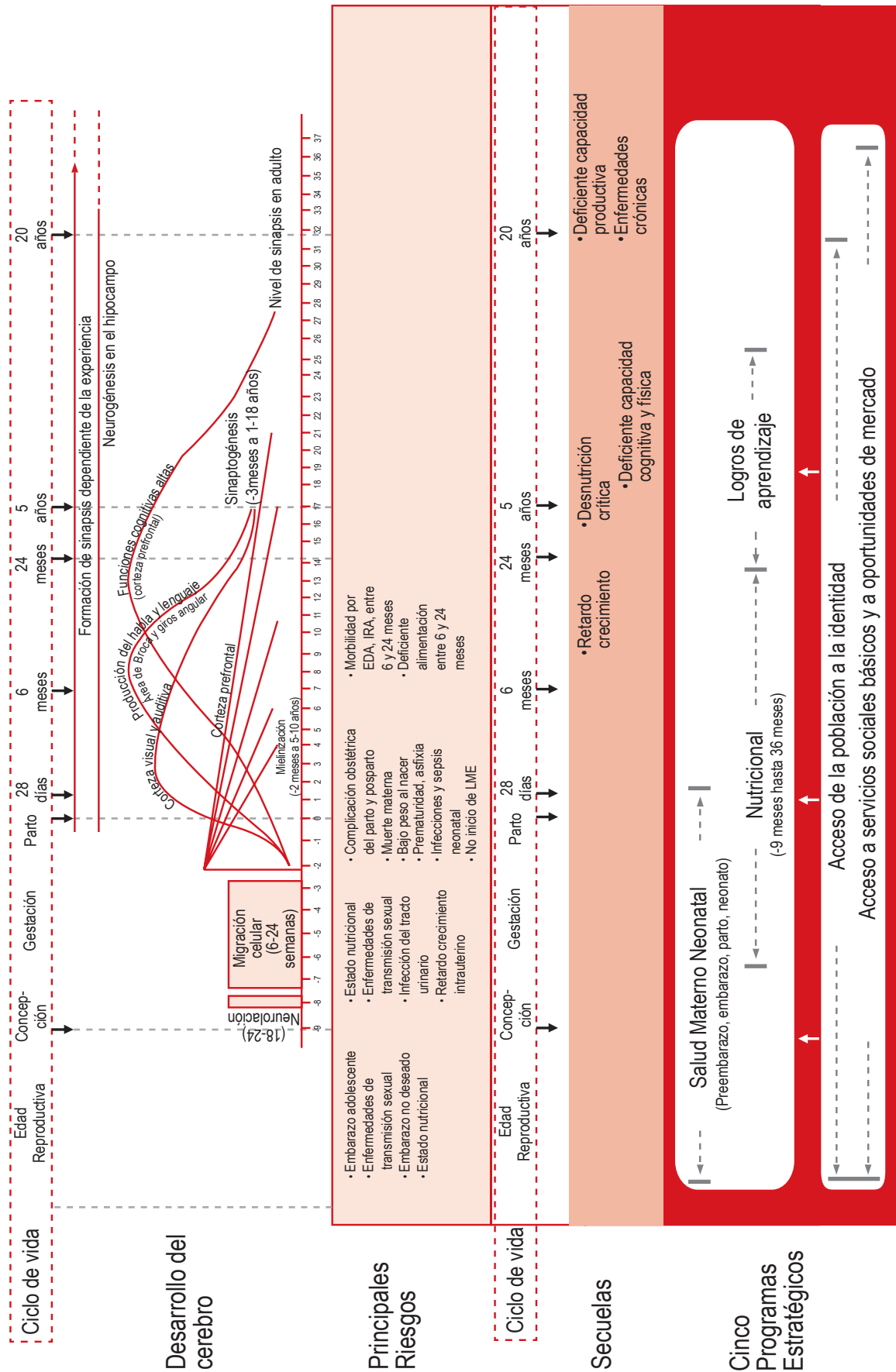
El enfoque de la contribución de los Programas Estratégicos en la reducción de la pobreza y exclusión social, se resume en la figura adjunta (*Gráfico N° 3*). En ella se muestra como los PE de Salud materno neonatal, Articulado nutricional y Logros de aprendizaje, acompañan sucesivamente a lo largo de los primeros años de vida, con la finalidad de reducir los riesgos de morbilidad, mortalidad y de secuelas fisiológicas y funcionales, a los que están expuestos los peruanos, en particular los más pobres. Además, se señala como los PE de Acceso a la identidad y de acceso a servicios básicos y de oportunidades de mercado, fortalecen la intervención de estos tres primeros PE.

Para el caso de la Salud Materna y Neonatal se propone el siguiente modelo lógico, el cual considera los temas involucrados en las Funciones Obstétricas y Neonatales que deben desarrollar los establecimientos de salud, y a su vez permite generar una serie de estrategias y actividades (con sus respectivos indicadores) a favor de la Salud Materna y Neonatal.

Recordemos que en el marco teórico de la Mortalidad Materna se tocaron estos temas en base a la causalidad, evidenciándose que la literatura demuestra el conjunto de actividades prioritarias (bajo el enfoque sistémico: estructura, procesos, resultado) para lograr combatir la problemática conocida.

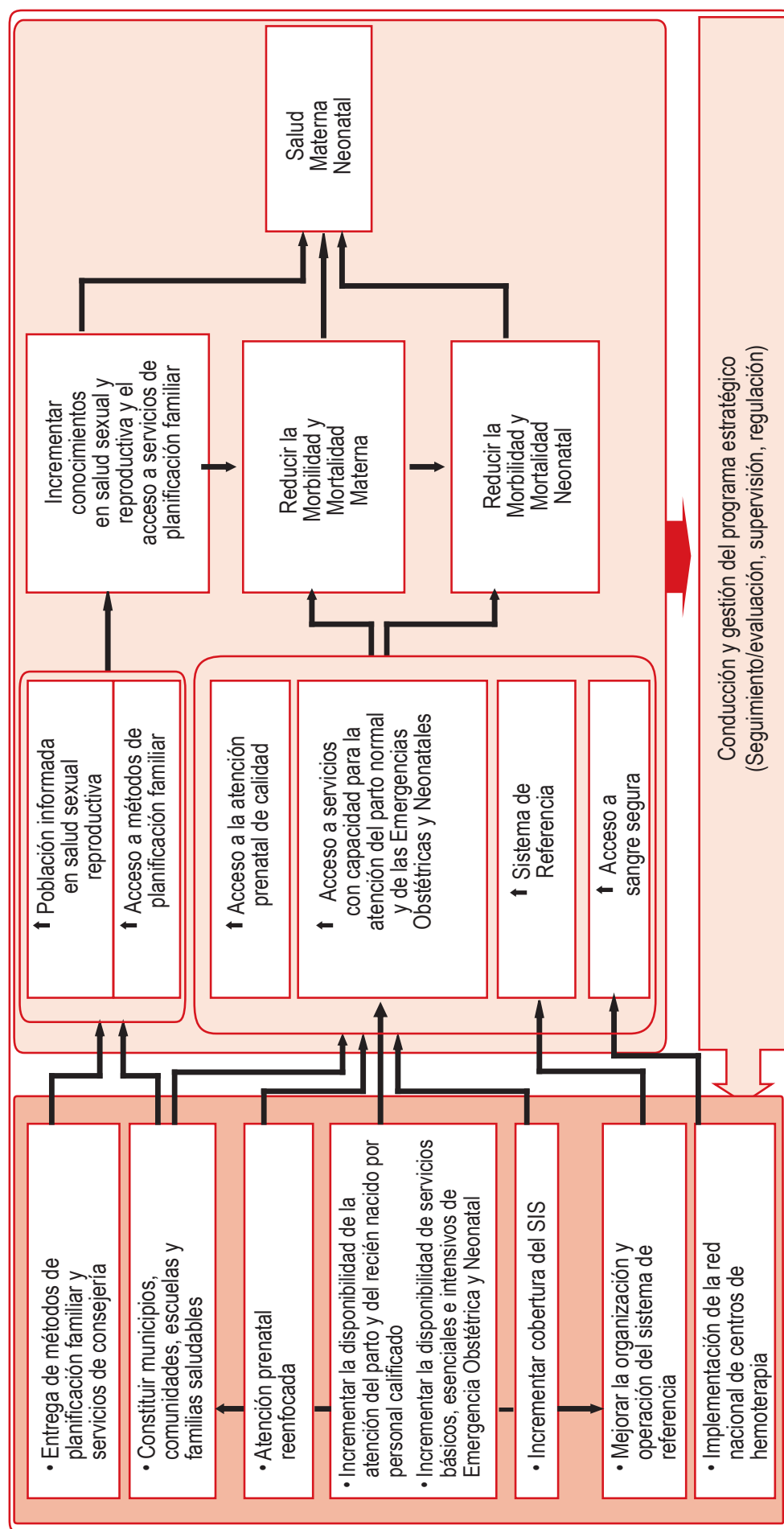
¹⁴ Ministerio de Economía y Finanzas. Exposición de motivos del Proyecto de Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2008. Actividades a favor de la infancia y los programas estratégicos en el marco del presupuesto por resultados. Lima, 2007

Gráfico N° 3: Riesgos sanitarios según Ciclos de Vida



Fuente: MINSA/PARSalud, 2006

Gráfico N° 4: Modelo Lógico para Salud Materna y Neonatal



Otros programas estratégicos que influyen:

- ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA IDENTIDAD
- ACCESO A SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS Y A OPORTUNIDADES DE MERCADO

Fuente: MEF, 2008

Observemos qué factores se proponen en el programa Estratégico Materno Neonatal de éste modelo (Gráfico N° 4).

Siguiendo la lógica del diagrama anterior y por orden de relevancia, la mortalidad neonatal, es el resultado principalmente de las siguientes causas:

1. La OMS estima que, en los países en desarrollo, cerca del 85% de las muertes de los recién nacidos se debe a infecciones que incluyen la sepsis (7%), neumonía (19%), tétanos (14%), asfixia al nacer (21%), traumas del parto (11%) y la prematuridad (10%)¹⁵. De acuerdo a los registros administrativos (certificados de defunción), las causas de muerte neonatal más frecuentes son los trastornos respiratorios específicos del periodo neonatal (en las zonas rurales el 60% de las muertes neonatales ocurre por asfixia¹⁶), el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la sepsis bacteriana del recién nacido y las malformaciones congénitas.

Las complicaciones respiratorias (principalmente la asfixia) tienen dos principales factores causales, el primero (el más relevante) está directamente relacionado con la atención del trabajo de parto, el parto y las complicaciones obstétricas; y el segundo, se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad. El síndrome de dificultad respiratoria por inmadurez pulmonar en los RN prematuros puede disminuir con el uso de corticoides durante la amenaza de parto pretérmino.

2. La duración de las complicaciones, resultado principalmente de la capacidad resolutive de los servicios de salud, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Aquí tiene relevancia las infecciones intrahospitalarias.
3. Como se indicó anteriormente, el bajo peso al nacer y la prematuridad son las patologías de fondo que incrementan el riesgo de las otras patologías que se presentan durante la etapa neonatal.

La mortalidad materna, es resultado principalmente de las siguientes causas:

- ✓ La hemorragia, específicamente la que se presenta en el intraparto o en el posparto inmediato (parto y durante las 24 horas del posparto), es la primera causa de muerte materna. Ésta complicación no es posible predecirla y es de presentación súbita. El sangrado es muy rápido y ante la ausencia de una inmediata atención (menor a dos horas), la cual incluye la administración de medicamentos para el control del sangrado, la extracción manual de placenta en caso de retención de esta, el masaje uterino para estimular la contracción y la transfusión de sangre; la probabilidad de fallecimiento de la gestante es de 100%. En las poblaciones con altas tasas de mortalidad materna, como las indígenas, aproximadamente el 25% de todas las muertes es debido a este tipo de hemorragia.
- ✓ La eclampsia, que se presenta por el déficit de calcio o por exposición a infecciones durante el embarazo. Su aparición en el último trimestre del embarazo, conlleva al desarrollo de la complicación obstétrica de mayor letalidad para la madre. Las muertes por preeclampsia pueden ser prevenidas por un cuidadoso monitoreo durante el embarazo y por tratamiento con sulfato de magnesio en caso de preeclampsia severa; pero cuando no se responde a este tratamiento, la única opción para aliviar el cuadro de eclampsia es adelantar el parto, con lo cual se incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer. Se ubica como la segunda causa de muerte materna.
- ✓ Las infecciones, específicamente la sepsis, que es consecuencia de la pobre higiene durante el parto, de condiciones de bioseguridad inadecuadas e infecciones no tratadas durante el embarazo. Estas infecciones pueden ser prevenidas de manera efectiva mediante la atención de un parto limpio o el tratamiento con antibióticos según etiología durante el embarazo. Para la resolución de esta complicación, tal como está demostrado en la literatura y en la experiencia acumulada de los países que han reducido la mortalidad materna, es indispensable el uso de al menos una combinación de tres antibióticos. En promedio el 15% de las muertes son debidas a esta causa y cuando se junta con las infecciones resultado del aborto, esta causa se ubica inmediatamente después de la hemorragia.
- ✓ El parto obstruido, que requiere de la atención especializada, y que independientemente de las condiciones socioeconómicas, cualquier gestante tiene una probabilidad de 15% de desarrollar complicaciones y al menos 5% padecer de partos obstruidos. Este evento es difícil de predecir, sin embargo su resolución al requerir de servicios de mayor capacidad resolutive, y ante la inaccesibilidad física y económica, incrementa el riesgo de mortalidad materna y también del feto. En promedio esta complicación explica alrededor del 8% de muertes maternas.

15 United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. Low Birth Weight. Report of a meeting. Dhaka, Bangladesh, 14-17 June 1999. Pojda J, Kelley L, editors. Nutrition policy paper N° 18. Geneva: ACC/SNC in collaboration with ICDDR. 2000

16 Oficina General de Epidemiología - Análisis Situacional de Salud 1999-2002

Las principales intervenciones contenidas en el Programa Estratégico se focalizan en tres momentos del ciclo de vida:

✓ *Antes del embarazo se propone:*

Incrementar en la población los conocimientos en salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos a través de: i) Constituir municipios, comunidades, escuelas y familias saludables que promuevan la salud sexual y reproductiva, ii) Incrementar la disponibilidad y acceso a la información y la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, y a métodos de planificación familiar.

✓ *Durante el embarazo y el parto se propone:*

- Incrementar el acceso de las gestantes a servicios de atención prenatal de calidad.
- Incrementar la atención del parto por profesional de salud calificado en establecimientos con capacidad resolutive.
- Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad resolutive básica, esencial e intensiva para resolver emergencias obstétricas.
- Incrementar el acceso a la red de centros de hemoterapia.
- Fortalecer el sistema de referencia en cuanto a su organización, operación y financiamiento.

✓ *Durante el periodo neonatal (primeros 28 días del recién nacido) se propone:*

- Incrementar el acceso al parto institucional con profesional de salud calificado.
- Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad resolutive básica, esencial e intensiva, para resolver emergencias neonatales.

IV. MODELO DE INTERVENCIÓN

El Modelo de Intervención toma como *eje central la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales*, que aunque éstas no puedan predecirse, pueden ser tratadas recogiendo las evidencias desarrolladas. Todas las mujeres embarazadas y los RN que corren el riesgo de sufrir complicaciones, necesitan tener acceso a establecimientos que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales.

Los programas para reducir la mortalidad materna en el nivel global, toman en cuenta la evidencia internacional que centra la atención alrededor de tres grandes intervenciones:

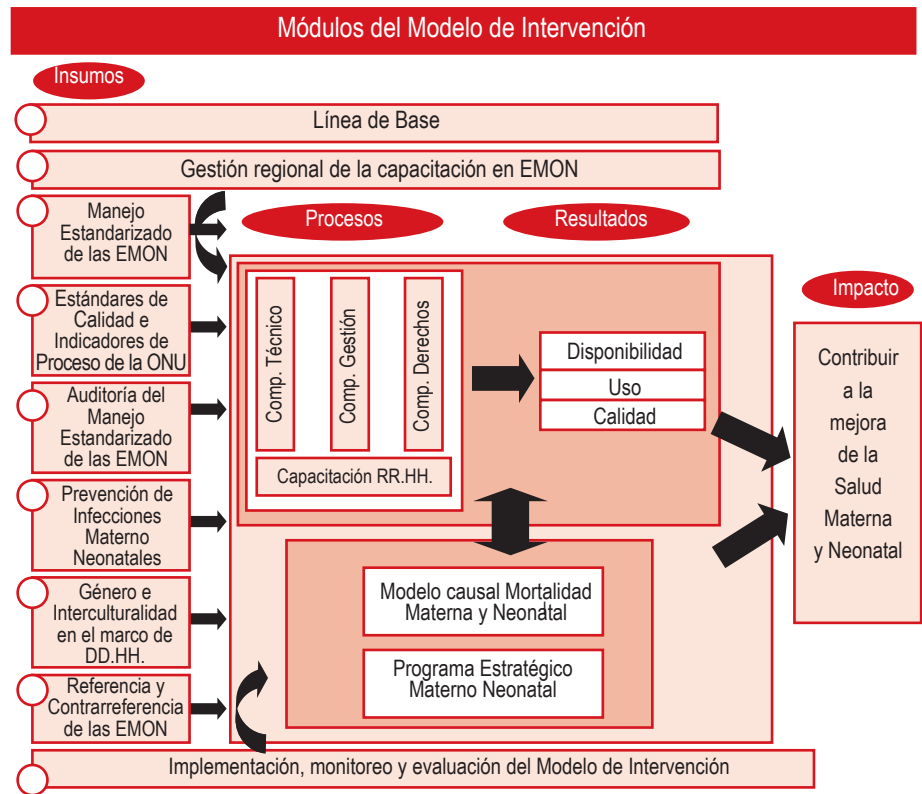
- a) Reducir las posibilidades de embarazo (programas de planificación familiar),
- b) Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente complicaciones durante el embarazo o parto (atención prenatal),
- c) Reducir las posibilidades de muerte entre las mujeres que experimentan complicaciones. (Enfoque de los cuidados obstétricos de emergencia (COEm), propuesto por Deborah Maine y Colab.).

La intervención del modelo FEMME se centró en ésta última, promoviendo el fortalecimiento y organización de los servicios rurales para lograr los estándares mínimos de infraestructura, equipamiento, personal de salud, insumos, medicamentos, equipos y otros y servicios de salud que brindan atención las 24 horas. Este proceso de organización, progresivo y movilizador hasta los actores locales, es conocido como Redes Obstétricas y Neonatales (El desarrollo explícito se puede encontrar en el módulo de Implementación, Monitoreo y Evaluación).

Por lo tanto, el acceso rápido a los establecimientos que brindan atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales deben ser el esfuerzo principal para reducir muertes de los RN y de las mujeres embarazadas, con prioridad en las regiones con alta ruralidad y dispersión. Esto se basa en varias premisas: 1) una proporción de gestantes desarrollará complicaciones obstétricas (15% de las mujeres gestantes esperadas van a sufrir emergencias obstétricas mayores que causan muerte materna); 2) la mayor parte de estas complicaciones no pueden ser prevenidas o evitadas; y 3) por lo tanto, las gestantes que sufren de complicaciones necesitarán atención oportuna y de calidad para salvar sus vidas y prevenir discapacidad y morbilidad a largo plazo. Significa que el enfoque está centrado en brindar servicios para gestantes con complicaciones obstétricas mayores que causan muerte materna y sus RN, garantizando que todas las gestantes puedan tener acceso a servicios con FON de calidad.

En base a lo observado en los diversos procesos generados para la disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal, y considerando como base el enfoque del proyecto FEMME, además de lo planteado por el MEF para el tema Presupuesto por Resultados, presentamos el siguiente gráfico que trata de resumir y relacionar dichas actividades incluidas en los modelos desarrollados en la lógica causal de intervención. (Gráfico N° 5).

Gráfico N° 5: Modelo de Intervención



Fuente: CARE Proyecto FEMME.

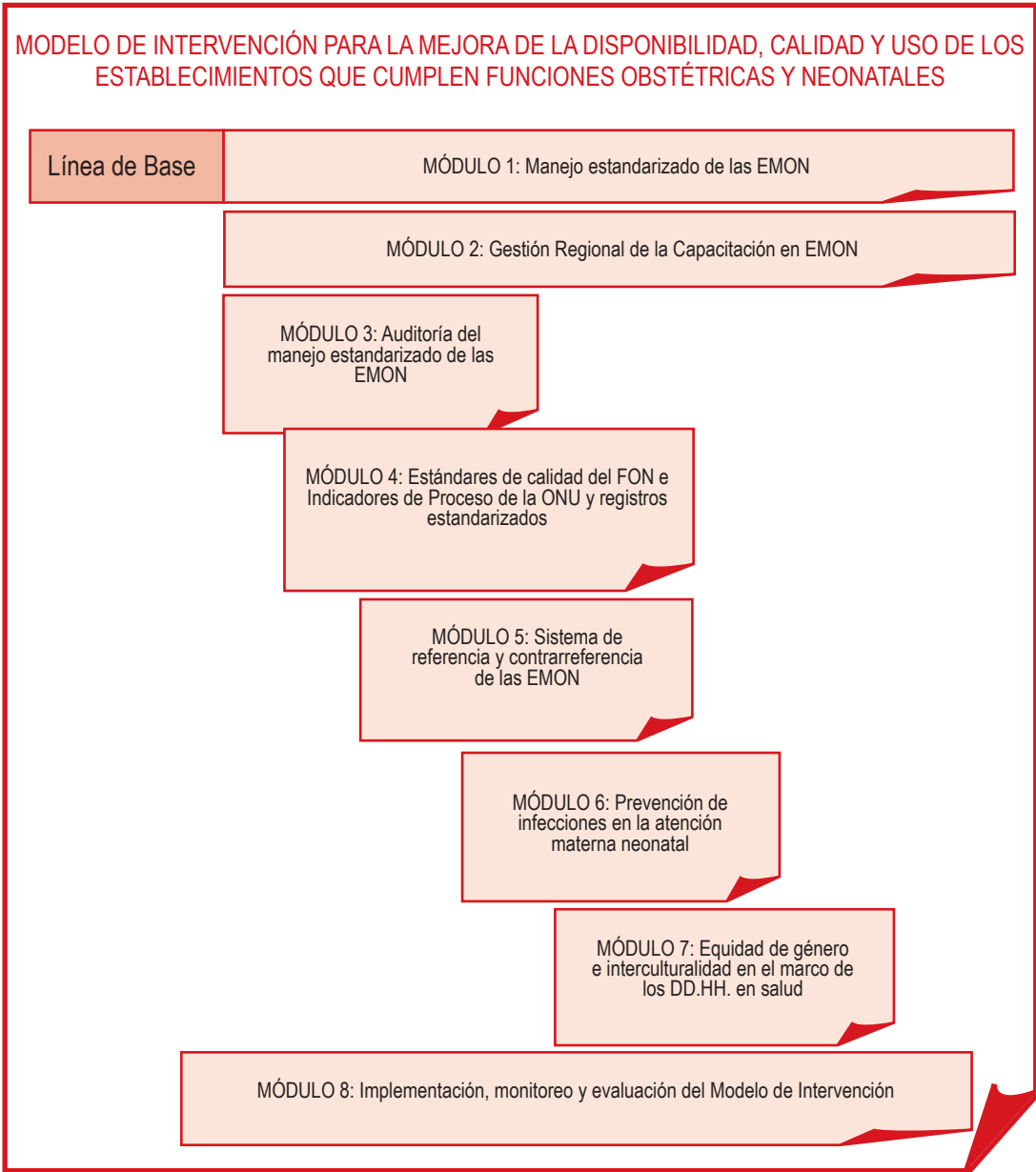
Como vemos, la propuesta incorpora los factores determinantes repasados en el modelo lógico causal, y que se complementan para poder lograr el impacto deseado en la mejora de la salud materna y neonatal. Así mismo, el Estado resalta la importancia del componente económico enlazado a las actividades de atención misma, pues como bien sabemos, la incorporación y generación de procesos a partir de la mejora de la oferta amerita inversión pública, para lo cual actualmente se maneja el Presupuesto por Resultados en los niveles ejecutores, en el marco de la lógica causal ya descrita.

La descentralización de las funciones de salud a las regiones, pueden ser la oportunidad para que las regiones prioricen estas intervenciones y encuentren estrategias validadas e instrumentalizadas, sugeridas para facilitar las adaptaciones locales y promover a través de diferentes fuentes de financiamiento (Presupuesto Participativo, Presupuesto por Resultados, Canon, donaciones privadas) proyectos para reducir la mortalidad materna y neonatal.

4.1 ESTRUCTURA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

El Modelo se desarrolla sobre la base de la implementación de las ocho estrategias validadas, que serán descritas a manera de Módulos, y que describen los momentos de cada estrategia y otras evidencias probadas que enriquecen la propuesta.

Los módulos a desarrollar son los siguientes:



A continuación se presenta una breve descripción de cada módulo/estrategia:

MÓDULO 1: Manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales

El Módulo se orienta a la aplicación del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales de acuerdo a la normatividad vigente. Para ello se parte de un marco conceptual de la medicina basada en evidencias, los beneficios del manejo estandarizado y la toma racional de decisiones en la práctica clínica diaria. La implementación de los procesos parten del análisis y priorización de brechas, la planificación de mejoras para el manejo estandarizado, la aplicación de guías de práctica clínica y finalmente el monitoreo, supervisión y evaluación de la aplicación de las mismas.

MÓDULO 2: Gestión Regional de la Capacitación en EMON

El Módulo tiene carácter transversal y permite la implementación de la Gestión Regional de la capacitación en el marco de la EPS. Abarca contenidos, metodología y actividades dirigidas a contar con un Centro de Desarrollo de Competencias Regional como referente para la capacitación de los trabajadores de salud de la Región. Así mismo, favorece el desarrollo de habilidades básicas para la reflexión de la práctica diaria, el trabajo en equipo, el manejo de conflictos, el liderazgo y el clima laboral favorable.

MÓDULO 3: Auditoría del manejo estandarizado de las EMON

Este Módulo plantea la importancia de los diversos tipos de auditoría, enfatizando la auditoría de registros (HC), dentro del marco de una atención estandarizada en los servicios obstétricos y neonatales, a partir del modelo de los diez pasos que conforman el sistema de auditoría basada en criterios (modelo FEMME) y la mejora continua de la calidad.

MÓDULO 4: Estándares de calidad del FON e Indicadores de Proceso de la ONU y registros estandarizados

Este Módulo enfoca la importancia de contar con registros adecuados y completos que permitan la generación de indicadores válidos y confiables, para el adecuado seguimiento de los indicadores propuestos en el monitoreo y seguimiento de la Mortalidad Materna y Neonatal, considerando los estándares internacionales en salud materna dados por la ONU o en los que generarán en adelante en base a las evidencias.

MÓDULO 5: Sistema de referencia y contrarreferencia de las EMON

El Módulo comprende los contenidos y actividades orientados a la organización y desarrollo de la referencia y contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales garantizando la continuidad, oportunidad y seguridad para la gestante, la puerpera y el recién nacido, según las normas establecidas. Cabe anotar que éste se inserta en el sistema de referencia y contrarreferencia de la DIRESA. En la Red Obstétrica y Neonatal se incluye la organización desde la comunidad.

MÓDULO 6: Prevención de infecciones en la atención materna neonatal

Este Módulo tiene como marco la gestión de riesgos y mejora de la seguridad en la atención Materna y Neonatal. Se parte del análisis de los riesgos de acuerdo a los resultados de la evaluación basal, para luego elaborar el plan para la seguridad de la atención que permita la implementación de buenas prácticas para la prevención de los riesgos, entre ellos las infecciones intrahospitalarias. Un momento importante en este módulo constituye la supervisión y vigilancia de infecciones y otros eventos adversos que llevan a la aplicación de procesos de mejora continua de la atención de salud.

MÓDULO 7: Equidad de género e interculturalidad en el marco de los DD.HH. en salud

El Módulo plantea contenidos y estrategias para incorporar los temas relacionados a la Equidad de Género e Interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud, en la atención Materna y Neonatal de acuerdo con el análisis de la realidad y las normas vigentes.

Un primer momento constituye el análisis de las brechas culturales, de género y en el ejercicio de los derechos en la atención materna neonatal que permiten identificar oportunidades de mejora en la adecuación de los servicios, su implementación, seguimiento y evaluación. La incorporación de estos contenidos tomará como base experiencias anteriormente validadas.

MÓDULO 8: Implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Intervención

Este Módulo desarrolla los conceptos de implementación, monitoreo, evaluación y supervisión en mortalidad materna y neonatal. Describe los indicadores e instrumentos prioritarios así como el sistema de seguimiento y evaluación propiamente dicho, considerando como punto de partida el modelo lógico causal, para luego relacionar el uso de los indicadores y la toma de decisiones en la Salud Materna y Neonatal como ciclo periódico institucionalizado.

4.2 BASES CONCEPTUALES

El Modelo plantea como principales bases conceptuales para la intervención lo siguiente:

a) Modelo lógico de la mortalidad materna y neonatal

La prioridad sanitaria o indicador de resultado a largo plazo (impacto) es la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Para obtener logros, las intervenciones, programas o actividades deben estar enmarcados con ese objetivo, partiendo del insumo que podamos tener, como el presupuesto destinado a este fin, el recurso humano, la infraestructura disponible, la normatividad vigente, que ayudará al uso adecuado de los insumos. El modelo lógico nos permite identificar tanto los procesos como los resultados necesarios para llegar a nuestro indicador de impacto a partir de un conjunto de insumos.

Recordemos que identificamos una serie de actividades a realizar, tanto en la oferta como en la demanda de servicios relacionados con la salud materna. A partir de estos hechos, se desprenden productos, que, por ejemplo, se deben agruparlos en temas como: competencias y disponibilidad del recurso humano, uso y acceso de medicamentos, y equipamiento e infraestructura (recordar que estos productos también pueden ser medidos a través de indicadores).

Revisemos ahora nuestros resultados. En el caso de los productos propuestos, podemos observar que los resultados permitirían mejorar la capacidad resolutoria necesaria para la atención obstétrica y neonatal de emergencia y que esta capacidad a su vez permitirá mejorar la disponibilidad, acceso y uso del parto institucional rural y de las EMON.

Tengamos en cuenta que los productos y resultados son consecuencia del camino causal crítico (uso de evidencias), y que lo importante es llegar al nivel de propuesta de indicadores de procesos y resultados (medibles en el corto, mediano o largo plazo). Además, tener en cuenta que los productos, resultados e impactos, van de la mano con la definición de las políticas, estrategias y metas, que ya han sido planteadas al inicio de la intervención (recordemos que éstas deben ser dinámicas).

b) Calidad de la atención en salud

Los conceptos que se han dado en torno a la calidad son diversos, desde los más genéricos, como el dado por Deming: “hacer lo correcto, en forma correcta desde la primera vez”, hasta los específicamente referidos a los servicios de Salud, planteado por Avedis Donabedian: “La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos...”¹⁷

La mejora continua de la calidad utiliza un conjunto de técnicas que incorporan el pensamiento sistémico, el análisis de información y el trabajo de equipos con el fin de conseguir mejores procesos y resultados, y por ende mayor satisfacción. Un aspecto clave es que en muchos casos, la calidad puede mejorar haciendo cambios en los procesos sin que necesariamente incremente la cantidad de recursos utilizados. La mejora de los procesos en salud crea mejores resultados y reduce los costos en la prestación de los servicios.¹⁸

Los principios básicos en el desarrollo de procesos de mejora continua de la calidad son:

- a) **Enfoque en el usuario:** Orientado en el conocimiento de las expectativas, valores y prioridades de quienes reciben el servicio. Los servicios de salud deberán responder a las necesidades y expectativas, requiriendo para ello analizar si cada paso, en un proceso de cambio, es relevante para alcanzar su satisfacción.
- b) **Enfoque sistémico:** Un sistema es un conjunto de elementos interactuando para conseguir un fin compartido. El sistema toma insumos y los transforma en resultados a través de un proceso o una serie de procesos.
- c) **Trabajo en equipo:** El equipo de trabajo establece compromisos entre sí para conseguir el mejor desempeño. En un equipo de mejoramiento la finalidad común es conseguir mejoras para un servicio, un área de trabajo, un proceso o toda la organización. Dar la oportunidad y capacidad de decisión a los equipos permite una mejor identificación de los problemas y la generación de ideas para resolverlos.
- d) **Probar los cambios y enfatizar el uso de datos:** Los cambios requieren ser probados para determinar si ellos generan la mejora que se requiere. Las mediciones y los datos son usados en el mejoramiento para: identificar y analizar problemas, verificar posibles causas de los problemas, mostrar si efectivamente un cambio es una mejora y monitorear procesos en el tiempo para ver si el cambio y la mejora se mantienen.

17 MINSA. *Sistema Nacional de Gestión de la Calidad*. 2006

18 Plsek P. *Section I: Evidence based quality improvement, principles, and perspectives. Quality improvement methods in clinical medicine*. 1999

c) Gestión por resultados

Uno de los enfoques de gestión más importantes que trae la nueva gerencia pública es la Gestión por Resultados-GpR. La adopción de este tipo de gestión implica que el desempeño de las entidades se orienta a la obtención de resultados y no únicamente al control de los recursos o al cumplimiento de procedimientos o normas. Esta requiere la instalación de un sistema de seguimiento a partir de indicadores apropiados, que informen los progresos hacia el logro de los resultados esperados haciendo un uso eficaz de los recursos con que se cuenta. Implica la identificación y la gestión de los riesgos, tomando en consideración los resultados esperados y los recursos requeridos.

Se basa en los siguientes principios¹⁹:

- ✓ **Sencillez:** es fácil de entender y de aplicar
- ✓ **Rigor:** aplicación estricta del significado de la terminología
- ✓ **Se aprende sobre la marcha:** se perfecciona a medida que adquiere experiencia
- ✓ **Responsabilidad:** debe contribuir a que los diferentes actores del proyecto asuman su responsabilidad en el logro de los resultados, utilizando los recursos de manera eficaz
- ✓ **Transparencia:** permite informar en forma clara, exacta y concisa los resultados obtenidos, sin esconder la realidad y sin disfrazar las situaciones

Un Estado opta por una GpR por diversas razones, como por ejemplo: (i) gerenciar con eficiencia y efectividad las entidades del Estado, incorporando a éstas el sistema de control interno y la rendición de cuentas; (ii) mejorar la toma de decisiones en el proceso presupuestario, y/o en la asignación de recursos y en la rendición de cuentas de las entidades hacia el Ministerio de Economía y Finanzas; (iii) mejorar la transparencia y rendición de cuentas hacia el parlamento y al público, aclarando los papeles y responsabilidades de políticos y funcionarios públicos; y (iv) generar ahorros.

El Perú necesita fortalecer la gestión para lograr calidad e integridad sobre todo en el gasto público. En tal sentido, es importante la creación de un Sistema de Gestión por Resultados que permita, gradualmente, optimizar los procesos de planificación, presupuesto, seguimiento y evaluación. De esta manera, el Perú logrará poner en marcha un instrumento innovador, eficaz y eficiente para la optimización del gasto público, que tenga un impacto sostenible en el mejoramiento de la calidad de vida y en el bienestar de los más pobres.²⁰

La aplicación de la GpR es un desafío nada despreciable, toda vez que significa un cambio completo en la manera de gestionar las entidades, los programas y las políticas públicas. Este cambio abarca diversos aspectos como la cultura organizacional, el liderazgo, la incorporación de nuevos procesos, las relaciones con los entes políticos, entre otros. Sin embargo, romper el tradicional esquema en el cual lo primordial es el cumplimiento de los procedimientos, constituye una tarea difícil no sólo porque la gestión tradicional se ha enraizado en las instituciones y funcionarios, sino porque el sector público es complejo, diverso y presenta características que lo hacen atípico para la implementación de una GpR como se aplicaría en el sector privado.

d) Educación Permanente en Salud

La educación permanente en salud, EPS, es una estrategia dinámica y eficaz para generar nuevos modelos y procesos de trabajo en los establecimientos y redes de salud. Está destinada a reflexionar e intervenir sobre el proceso de trabajo, en la mejora de la calidad de los servicios y en las mismas condiciones laborales. Por ello, se la considera como una estrategia transversal para la incorporación de programas e intervenciones relacionadas con la mejora de la calidad de los servicios de salud.

La EPS, hace de la educación de los proveedores de salud un proceso permanente, que se remite al trabajo como eje del proceso educativo, que privilegia la participación colectiva y multidisciplinaria, y que favorece la construcción dinámica de nuevos conocimientos a través de la investigación, el manejo analítico de la información y el intercambio de saberes y experiencias (Roschke, Davini y Haddad- OPS/OMS).

19 OCIMED Perú. *Guía simplificada de la gestión por resultados*. 2004

20 Francisco Córdova. *El Presupuesto por Resultados: Un Instrumento Innovativo de Gestión Pública*. 2007

A través de su modelo pedagógico, la Reflexión de la Práctica Diaria, RPD, o problematización, permite capacitar en el mismo servicio a todo el personal, esto se realiza de manera permanente y sostenida, con la participación multidisciplinaria de los trabajadores. Cabe anotar que la RPD, satisface el 80% de necesidades de capacitación del personal en el mismo servicio y se complementa con eventos específicos de capacitación o con la participación de actores externos al establecimiento. Por ello el 20% restante, requiere de actividades planificadas de capacitación o de la participación de especialistas o facilitadores externos, es decir que en algunas oportunidades, por ejemplo para la incorporación de una nueva tecnología o para mejorar el manejo de algunas complicaciones obstétricas, entre otros, el personal puede salir fuera de su institución o recibir personal técnico externo para satisfacer sus necesidades de capacitación, pero siempre tomando en cuenta las necesidades personales e institucionales o del servicio. Evidentemente que estas actividades se enmarcan dentro del plan de capacitación del establecimiento cuya estructuración de contenidos resultan de las necesidades de capacitación identificadas a través de la RPD o problematización.

Implementar procesos de EPS en un establecimiento o en la red, es trabajar con una estrategia que va a incluir el desarrollo de procesos de cambio de manera particular en el servicio de salud que se ofrece y en el establecimiento como un todo. Por consiguiente la estrategia permite lograr el desarrollo simultáneo de los recursos humanos es decir del trabajador y del trabajo ya que mejora la calidad del servicio que se ofrece siendo la RPD la herramienta que integra a ambos.

e) Enfoques transversales²¹

Los enfoques a ser considerados son tres: el enfoque de derechos humanos, el de equidad de género y el de interculturalidad en salud. A continuación se realiza una breve descripción tomando como principal referencia la norma para la transversalización de estos enfoques, aprobada por el Ministerio de Salud.

1) Derechos Humanos:

El programa toma como marco el enfoque de derechos humanos, el mismo que se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona. El enfoque de derechos humanos en salud incluye dimensiones particulares como la equidad de género y lo étnico-cultural.

Este enfoque también implica brindar las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, ya sea por género, raza, etnia u otros factores, ya que son los grupos en situación de vulnerabilidad los que llevan el peso de la mala salud.

El enfoque de derechos humanos toma como principios básicos:

- **No discriminación y la igualdad:** Los niveles de mortalidad materna altos, reflejan una discriminación combinada en base al género, raza, y origen étnico.
- **Participación:** Una forma de abordar la mortalidad materna, sería transfiriendo el poder para la planificación y la toma de decisiones a las personas, las comunidades y a los profesionales, pues ellos tienen poco control sobre los fondos y las políticas que deben seguir los EE.SS.
- **Empoderamiento:** Significa ampliar las libertades y capacidades de las personas para informarse, tomar decisiones, hacerse respetar y hacer respetar sus opiniones. La educación y el acceso a la información son importantes componentes del empoderamiento. Las mujeres y sus familias requieren entender las causas subyacentes de la deficiente salud materna y neonatal y saberse con posibilidades de intervenir y del cambio de esta situación.
- **Corresponsabilidad y transparencia:** Asegurar que las políticas y programas sean diseñados de manera responsable y sensible hacia el derecho a la salud.
- **Inclusión:** La pobreza y la deficiente salud son consecuencia de la exclusión – de acceso a recursos, información, servicios, etc. Esto se evidencia en la salud materna; mujeres sufren de exclusión del acceso a educación, empleo y servicios de salud; además las normas sociales y culturales mantienen el bajo estatus de las mujeres y eso restringe la participación e involucramiento de ellas, y las relaciones no equitativas de poder en los hogares y comunidades limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud de calidad.

2) Equidad de Género:

Género es una construcción social y cultural que organiza las relaciones sociales y define el comportamiento, las funciones, oportunidades y valoración de mujeres y hombres.

21 MINSA. Norma Técnica para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. 2006

La construcción social de género influye en la salud de la población mediante la socialización de comportamientos de riesgo y patrones de acceso y control de los recursos individuales y sociales para la salud, diferenciados, desiguales y desventajosos para uno o ambos géneros.

Para modificar las inequidades de género que afectan la salud integral de hombres y mujeres, se sugieren las siguientes medidas:

- ✓ Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemáticas específicas de mujeres y hombres como grupos diferenciados.
- ✓ Asignar recursos de acuerdo a las necesidades particulares de salud de hombres y mujeres en cada contexto socioeconómico.
- ✓ Distribuir, de manera justa y equitativa, las responsabilidades, poder y beneficios entre mujeres y varones 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 varones en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas, programas y servicios de salud.

3) Interculturalidad en Salud

La interculturalidad reconoce el derecho a la diversidad, a las diferentes racionalidades y perspectivas culturales de los pueblos. Implica reconocimiento y valoración del otro. Propone la interrelación, la comunicación y el diálogo permanente para favorecer la convivencia entre las distintas culturas. A través de la interculturalidad se propugna el respeto a la diferencia cultural como derecho humano y se promueve el diálogo intercultural como aporte a la construcción de una sociedad integrada y tolerante.

Para ello se propone algunas medidas de discriminación positiva como:

- ✓ Promover en los trabajadores actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad, así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales.
- ✓ Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.

4.3 OBJETIVOS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

a) General:

Contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal, mejorando la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales en la red de establecimientos del Ministerio de Salud.

b) Específicos:

- a) Desarrollar el modelo de implementación, monitoreo y evaluación de la Red Obstétrica y Neonatal en la red de establecimientos del Ministerio de Salud.
- b) Implementar la Gestión Regional de la capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales, que permita el desarrollo de las competencias del personal de salud, para la mejora de la atención de la gestante, puerpera y recién nacido en situación de emergencia.
- c) Implementar el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales de acuerdo a la normatividad vigente en los establecimientos de salud, según niveles de capacidad resolutive.
- d) Optimizar y desarrollar el uso de estándares e indicadores de calidad del establecimientos de salud con FON así como incluir los Indicadores de Proceso propuestos por la ONU en los servicios de salud.
- e) Desarrollar la auditoría del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales para mejorar la calidad de atención en la red de establecimientos del Ministerio de Salud.
- f) Fortalecer los mecanismos y estrategias para el cumplimiento de los estándares para la prevención y control de las infecciones en la atención Materna y Neonatal en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

- g) Organizar y desarrollar la referencia y contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales garantizando la continuidad, oportunidad y seguridad para la gestante, la puérpera y el recién nacido, según las normas establecidas.
- h) Incorporar los temas de equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud en la atención Materna y Neonatal, de acuerdo con el análisis de la realidad local y las normas sectoriales vigentes.

4.4 PRODUCTOS ESPERADOS

- a) Sistema de monitoreo y evaluación de la atención de las emergencias obstétricas en los establecimientos.
- b) Red Obstétrica y Neonatal implementada bajo los estándares del Ministerio de Salud, que cuenta con el apoyo de los actores locales y de las autoridades regionales.
- c) Programa de capacitación regional en Emergencias Obstétricas y Neonatales, implementado.
- d) Personal de salud con los conocimientos, habilidades y destrezas para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales según capacidad resolutive.
- e) El establecimiento de salud aplica el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, de acuerdo a normatividad vigente en el sistema de salud.
- f) El establecimiento de salud usa los estándares de calidad de las FON e Indicadores de Proceso - ONU, relacionados con las Emergencias Obstétricas y Neonatales.
- g) Los establecimientos han optimizado el uso de registros relacionados con la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.
- h) El establecimiento de salud hace uso de la auditoría para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.
- i) El establecimiento de salud cumple con estándares para la prevención y control de infecciones en la atención Materna y Neonatal.
- j) El establecimiento de salud ha mejorado la referencia y contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, garantizando la continuidad y oportunidad de la atención.
- k) El establecimiento de salud ha incorporado los temas de equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud, en la atención Materna y Neonatal.

4.5 METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación del Modelo de Intervención toma en cuenta lo siguiente:

a) Criterios

- ✓ La implementación se guía por el Modelo de Intervención anteriormente descrito en el marco de la atención integral y la normatividad relacionada con la atención Materna y Neonatal vigente.
- ✓ El Modelo está orientado a la *implementación de procesos* que permitan mejorar la Calidad, Disponibilidad y Uso de los servicios que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales. La implementación de procesos será a través del trabajo en equipo, a cargo de equipos multidisciplinarios a partir de las 8 estrategias validadas, las cuales están descritas en los Módulos de Implementación que presentan el paso a paso o los momentos de incorporación y desarrollo de cada estrategia.
- ✓ La Educación Permanente en Salud (EPS), es la estrategia base para implementar el programa, y el modelo pedagógico de la problematización o reflexión de la práctica diaria (RPD), es la herramienta que da operatividad a la EPS.
- ✓ La mejora de las competencias se hará sobre la base de la evaluación del desempeño del personal de salud en un programa de capacitación en servicio o pasantía según la naturaleza y características de las necesidades de capacitación.
- ✓ El monitoreo y evaluación se basa en el marco del modelo lógico causal.

- ✓ Los momentos de incorporación progresiva del Modelo son:
 - **Primer momento:** Inducción y toma de decisiones
 - **Segundo momento:** Determinación de la Línea de Base
 - **Tercer momento:** Ajustes organizacionales para la implementación de las estrategias
 - **Cuarto momento:** Planificación
 - **Quinto momento:** Implementación
 - **Sexto momento:** Seguimiento, evaluación y gestión del Modelo

b) Procesos previos o simultáneos que potencian la implementación del Modelo:

La implementación del Modelo, requiere que el establecimiento de salud desarrolle o fortalezca procesos previos o simultáneos descritos a continuación:

Fortalecimiento de actividades extramurales desarrolladas con la comunidad, entre ellas:

- ✓ La identificación de factores de riesgo a nivel comunal: para la mortalidad materna, mortalidad perinatal, niños protegidos, gestantes controladas, entre otros
- ✓ Mapeo/radar de gestantes, puérperas y recién nacidos
- ✓ Sectorización comunal como parte de la planificación territorial participativa y concertada
- ✓ La asignación de responsables por comunidad según el personal existente en el establecimiento de salud
- ✓ Tarjetero mensual para el seguimiento de gestantes, puérperas y RN
- ✓ Vigilancia comunal obstétrica de riesgo (Ejemplo: Ayacucho: Sistema informático comunal de vigilancia obstétrica de riesgo - SIVOR)
- ✓ Libro de seguimiento de gestantes por comunidad
- ✓ Libro de seguimiento de neonatos por comunidad
- ✓ Trabajo con los ACS e incidencia con las autoridades locales
- ✓ Plan de parto
- ✓ Casa de espera materna que cuenta con el apoyo local

Procesos de organización de los establecimientos de salud:

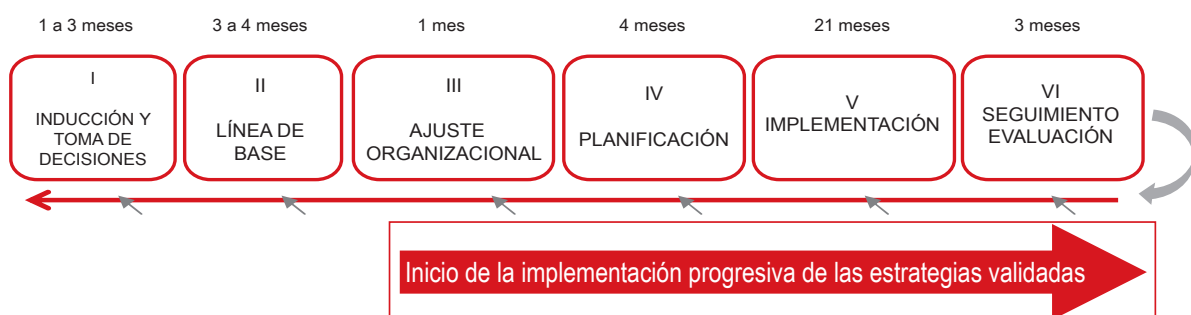
- ✓ Categorización de establecimientos de salud
- ✓ Organización de las Redes y Microrredes
- ✓ Sistema de Referencia y Contrarreferencia Regional (incluye la comunidad)

Fortalecimiento de la organización de los servicios que son calificados con FONB o FONE, que conforman la Red Obstétrica y Neonatal y tienen:

- ✓ Disponibilidad de RR.HH. calificados-entrenados que cumplen atención de 24 horas.
- ✓ Equipamiento, medicamentos, vestuarios, mobiliarios, insumos según Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.
- ✓ Sistema de información y uso de base de datos (SIP 2000, SIS, y registros estandarizados básicos para la atención de emergencias obstétricas).

c) Momentos para la implementación

La implementación del Modelo está organizada en seis momentos, con tiempos sugeridos a partir de la experiencia desarrollada, los cuales son referenciales y dependerá de las dinámicas propias de las regiones o proyectos:



Primer momento: **Inducción y toma de decisiones**

Es concebido como un momento que busca el apoyo y la decisión política para el desarrollo del Modelo. En esta etapa, se analiza los beneficios del Modelo, el interés regional e institucional y la factibilidad técnica, política y económica de su implementación.

Para ello, se convocará a los representantes del Gobierno Regional, Dirección Regional de Salud, equipos de gestión, universidad local, colegios profesionales, comunidad organizada y otros actores representativos de la localidad y entidades financieras, además de la asistencia técnica del nivel nacional, a través del Comité Nacional de Prevención de Muerte Materna y Perinatal. Por su importancia, está última se convertiría en el Equipo Gestor/Conductor Nacional del Modelo de Intervención. Posteriormente con la presencia de los representantes se realizaría el análisis respectivo para arribar al compromiso de la implementación del modelo. En la reunión también se definiría el *Equipo Gestor/Conductor Regional*, los niveles de coordinación y la firma de convenios con entidades técnicas y financieras para la implementación. Los objetivos que se proponen para este momento son:

- ✓ Analizar la viabilidad política, técnica y financiera de la implementación del Modelo
- ✓ Decidir la implementación del Modelo a partir de información relevante, evidencias y análisis de la viabilidad

Para ello se sugiere la realización de las siguientes actividades:

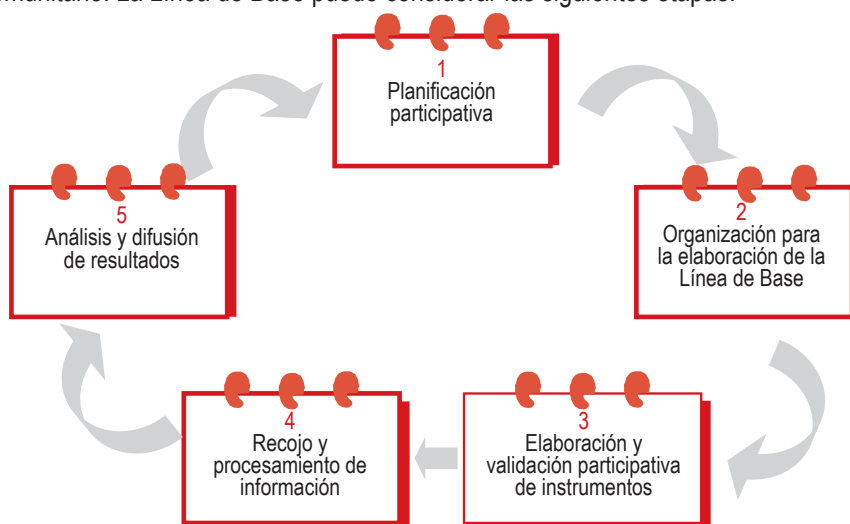
- ✓ Convocatoria de actores claves
- ✓ Reuniones técnicas para tomar decisiones a partir de información relevante:
 - Análisis de la factibilidad política de la implementación del Modelo en la Región
 - Análisis de la factibilidad técnica de la implementación del Modelo en la Región, para lo cual se debe revisar la situación de la Salud Materna y Neonatal de la Región y el presente Modelo como alternativa de mejora de la situación
 - Análisis de la factibilidad financiera de la implementación del Modelo en la Región
 - Conformación del Equipo Gestor Regional - Niveles de Coordinación Nacional y Regional - Plan de trabajo - Acuerdos y compromisos
- ✓ Emisión de Resoluciones y Normas legales
- ✓ Firma de convenios o contratos

Los productos que se espera alcanzar son:

- ✓ Acta de compromiso para la implementación del Modelo en la Región, firmada por actores claves
- ✓ Equipo Gestor Regional, conformado y formalizado
- ✓ Niveles de coordinación nacional y regional, establecidos
- ✓ Plan de trabajo del Equipo Gestor Regional, elaborado
- ✓ Resoluciones y normas que regulan la implementación del modelo, emitidas y firmadas
- ✓ Convenios o contratos firmados

Segundo momento: **Determinación de la Línea de Base**

Obtenida la aprobación y los compromisos respectivos, se procede al estudio de la Línea de Base de cada una de las estrategias del Modelo, la disponibilidad, calidad y uso de los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia a nivel de los servicios, así como también desarrollar un diagnóstico cualitativo comunitario. La Línea de Base puede considerar las siguientes etapas:



Estos resultados permitirán la determinación de las brechas y por consiguiente constituyen el punto de partida para la planificación de las prioridades a ser incorporadas en el plan del diseño de implementación del modelo. Su implementación involucrará a los diferentes actores en todos los niveles.

La propuesta para la elaboración de la Línea de Base y sus instrumentos se desarrollarán en el Módulo de implementación, monitoreo y evaluación.

Tercer momento: **Ajustes organizacionales para la implementación del Modelo**

Es el momento de análisis de la organización de los equipos existentes en el Sector, según niveles (MINSA, DIRESA, hospitales, redes de salud) para la implementación de las estrategias del modelo. Se sugiere realizar los siguientes pasos:

- ✓ Identificación de los equipos (tomar en cuenta los ya existentes).
- ✓ Descripción de funciones de los equipos responsables de la implementación.
- ✓ Propuesta de alternativas de organización e implementación del modelo.
- ✓ Determinación de los integrantes de los equipos implementadores y los niveles de coordinación con el Equipo Gestor Nacional y Regional. Se recomienda que estos equipos sean multidisciplinarios.
- ✓ Determinación de metodologías participativas e instrumentos para el trabajo de los equipos implementadores (planes de mejora, guías de supervisión, listas de chequeo, otros, su aplicación pueden tener una periodicidad flexible según la marcha de los procesos, las cuales pueden ser: semanal, quincenal o mensual).

Los equipos responsables de la implementación/locales del establecimiento o Red Obstétrica y Neonatal (sugeridos) para la implementación del modelo estarán conformados por el equipo multidisciplinario que debe incluir a los responsables de:

- ✓ Emergencia obstétrica
- ✓ Salud sexual y reproductiva
- ✓ Estadística
- ✓ Auditoría y calidad
- ✓ Capacitación
- ✓ Referencia y contrarreferencia

Estos equipos deberán adecuarse a la disponibilidad de los recursos humanos existentes en el establecimiento o red. (La descripción de las funciones de los equipos están referidos en el Plan de Implementación del Módulo 8.)



Los Equipos responsables de la implementación y de gestión deberán tener un acompañamiento para fortalecer sus competencias y habilidades para el trabajo en equipo, manejo y resolución de conflictos, autoestima y liderazgo. Esta condición potencia los resultados esperados de la implementación del Modelo en la Red Obstétrica y Neonatal.

Cuarto momento: **Planificación**

Este momento es conducido por el Equipo Gestor Regional del Modelo; en él participan los equipos responsables de la implementación de los establecimientos seleccionados de la Red Obstétrica y Neonatal.

La planificación de la intervención puede ser desarrollada a nivel regional o a nivel de la red de salud. En su desarrollo puede incluirse las ocho estrategias o priorizar algunas estrategias de mayor necesidad en la región o en la red de salud.

Las actividades sugeridas son:

- ✓ Elaboración del Plan del Modelo de Intervención tomando en cuenta los resultados y hallazgos de la Línea de Base, (definir el marco lógico del modelo, estableciendo finalidad, objetivos, indicadores, resultados y actividades).
- ✓ Aprobación del Plan del Modelo de Intervención, por la DIRESA o la Red de Salud, quienes han identificado las fuentes de financiamiento para su implementación.



Nota importante:

La participación del Hospital de mayor capacidad resolutive de la región que implemente este proceso es clave, porque el modelo articulará un sistema de red de servicios de manera efectiva y organizada por niveles de capacidad resolutive.

El Hospital Regional asumirá la implementación del Modelo Regional de Emergencias Obstétricas y Neonatales y se convierte en el referente regional y tendrá a su cargo la supervisión capacitante, auditoría del manejo estandarizado a nivel de la Red Obstétrica y Neonatal y apoyará todas las acciones de implementación de todas las estrategias del Modelo.

(El éxito en Ayacucho, fue el liderazgo y compromiso de los servicios de maternidad y neonatal del Hospital Regional).

Quinto momento: Implementación

Es la etapa donde se desarrollan las actividades previstas en la planificación ya sea a nivel regional o a nivel de red de salud, además según se haya priorizado, incluyendo las 8 estrategias o aquellas que hayan sido priorizadas. Para ello se puede contar con el apoyo o asistencia técnica externa (MINSA, DIRESA, el Hospital Regional de mayor capacidad resolutive u otros facilitadores).

Este momento cuenta con un Plan de Arranque de la implementación el cual se desarrolla en cada establecimiento de la Red Obstétrica y Neonatal seleccionada para la intervención, en el que el establecimiento establece una ruta para implementar las estrategias validadas y define acciones para mantener los estándares para desarrollar Funciones Obstétricas y Neonatales de emergencia, en el que también va a movilizar a las autoridades locales y grupos organizados de la comunidad.

Este momento incluye actividades como:

- ✓ Talleres o reuniones técnicas
- ✓ Visitas de supervisión capacitante
- ✓ Asistencia técnica en servicio
- ✓ Supervisiones cruzadas - intercambio
- ✓ Organización y adecuación de los servicios
- ✓ Implementación de procesos de mejora
- ✓ Incidencia con las autoridades locales - regionales
- ✓ Otros

El equipo responsables de la implementación lleva a cabo lo planificado, cuyas acciones específicas se describen en los respectivos módulos.



Este periodo cuenta con mayor tiempo para la implementación porque se instalará los procesos de organización, capacitación y supervisión de las estrategias.

Este es un proceso que cuenta con un Plan de seguimiento y de fortalecimiento de las capacidades del personal de salud, de monitoreo de las acciones de incidencia con los Gobiernos Locales y Gobierno Regional que fundamentalmente buscará el soporte para mantener estándares de calidad en los servicios de salud y avanzar hacia la participación responsable de las comunidades en el cuidado de la salud de la madre gestante y del RN.

El seguimiento y evaluación del Modelo, en general logra resultados cuando el Hospital Regional garantiza el acompañamiento técnico y de gestión de los servicios a las redes; los tutores del programa de capacitación regional desarrollarán la supervisión capacitante haciendo uso de herramientas de monitoreo del personal capacitado, del manejo estandarizado de las EMON, del manejo de las referencias, del uso de partograma, de la auditoría de las emergencias, del manejo de la información; además de mantener los estándares de calidad de los servicios que desarrollan FON en la Red Obstétrica y Neonatal, entre otros. (Ver Metodología de la supervisión capacitante - Módulo 8)

El nivel de acompañamiento es coordinado con la red de salud (sean establecimientos con FONE y FONB), debe ser continuo de 3 a 4 veces por año a cada establecimiento que participa en la intervención.

Si el Modelo de Intervención, tiene un periodo de tres años, considerar una evaluación intermedia y una evaluación final. (En las reuniones del establecimiento con FONB convocar a aquellos con FONP).

El Equipo Gestor Regional (DIRESA + Hospital Regional) si lo creen conveniente pueden pedir asistencia técnica externa en el nivel nacional al MINSA, al Instituto Nacional Materno Perinatal, a otros especialistas.

La información correspondiente a los logros alcanzados por el modelo debe ser adecuadamente difundida y conocida por todos los niveles.

El desarrollo de este momento se describe en cada uno de los Módulos y este proceso específicamente en el Módulo de Monitoreo y Evaluación.

V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

5.1 SEGUIMIENTO

Se considerará realizar una revisión mediante listas de chequeo u otros instrumentos de las actividades programadas según cada módulo/estrategia, las mismas que deben hacerse en periodos no mayores a un año, por el equipo gestor.

Aquí se tomará como referencia los avances programados, y el estado de los indicadores priorizados, relacionados con los procesos de capacitación del recurso humano. Es necesario que se verifique las condiciones y desempeño del personal de salud, las funciones que realizan y la eficacia - eficiencia que demuestran en las mismas.

PROPÓSITO DEL SEGUIMIENTO Y COMPONENTES DE INTERÉS	
Propósito	Componentes
Mejora de las actividades	Productos funcionales: Número y calidad de actividades realizadas en cada área, programa o estrategia Productos del servicio: Acceso a los servicios obstétricos, calidad de atención, imagen del modelo o estrategia
Verificación de resultados	Utilización del servicio Resultados producidos Cambios intermedios y en el largo plazo a nivel de la población

Si bien los niveles de capacitación dependerán del tipo de profesional y las competencias asimiladas durante el proceso, se propone que los instrumentos a utilizar permitan describir aspectos básicos observados en cada capacitación, además de considerar el punto de vista del evaluador.

5.2 EVALUACIÓN

A realizarse cada dos años, debe considerar los criterios claves desarrollados para cada estrategia, profundizando los aspectos técnicos, metodológicos, resultados y competencias desarrolladas en cada establecimiento. Sin embargo, consideramos clave la evaluación continua enfocándose en los criterios de evaluación propuestos por Maine:

- a. Utilización de información existente para la evaluación inicial y como información base:* Se enfatiza la utilización de información basal, mucha de la cual ya está siendo recopilada, para guiar las actividades, y luego utilizar esta información base para medir el progreso.
- b. Integración del diseño y evaluación de las actividades:* Importante para los programas de mortalidad materna y salud reproductiva que dependen en gran medida de los indicadores de proceso y resultado.
- c. Utilización de Indicadores de Proceso y resultado:* Se hace referencia al cuidadoso monitoreo del proceso e indicadores de rendimiento, al igual que la atención a factores externos que pueden afectar el desarrollo de la gestión y actividades programadas.

- d. Utilización de información de rendimiento basada en utilización de servicios:* La estrategia de evaluación depende de la recopilación de información sobre la utilización de servicios y desarrollo de competencias en el recurso humano. Esto puede verse en la utilización de los servicios obstétricos de emergencia clave para la reducción de la mortalidad materna.
- e. Recopilación de información sobre costos:* La información sobre costos es útil para informar a los que toman las decisiones sobre la sostenibilidad y replicabilidad de las actividades.
- f. Utilizar tanto la información cualitativa como la cuantitativa:* La información cuantitativa es utilizada para evaluar la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios. La información cualitativa brinda percepción acerca de las razones para los patrones observados en la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios.
- g. Revisión periódica de la información para la administración de las actividades.* Una ventaja de utilizar indicadores de proceso y resultado es que brindan información útil para los decisores. Los indicadores responden rápidamente a cambios y deben ser revisados continuamente.

ESQUEMA MODELO PARA UN PLAN DE INTERVENCIÓN	
Propósito	Componentes
Qué	Alcance de la evaluación: Metas y objetivos Marco causal (insumos, procesos, resultados)
Cómo	Enfoque metodológico: Diseño el estudio Indicadores Fuentes de datos
Quién, Cuándo, Cuáles fondos	Plan Implementación: Personas e instituciones responsables Cronograma de actividades Presupuesto
Por qué	Diseminación y uso de resultados: Audiencias Contenido

5.3 INDICADORES DEL MODELO

El Modelo toma en cuenta los estándares e Indicadores de calidad de los establecimientos de salud con FON del Ministerio de Salud, relacionadas con las Emergencias Obstétricas y Neonatales priorizadas se desarrolla en el Módulo de Monitoreo y Evaluación. Así mismo, se toma en cuenta los Indicadores de Proceso de las Naciones Unidas, punto de partida del trabajo reflejado en los modelos causales del Proyecto FEMME (ver Anexo).

A partir de estos indicadores se iniciaron las estrategias que reúne este Modelo, para la mejora de la disponibilidad, calidad y uso de los cuidados obstétricos y neonatales, por lo que se considera necesario determinar indicadores mínimos que permitan el seguimiento de las actividades del modelo para cada una de sus estrategias.

MÓDULO	INDICADOR PROPUESTO
1. Manejo estandarizado de las EMON	<ul style="list-style-type: none"> Número de EMON resueltas por establecimiento según nivel de competencia
2. Gestión Regional de las capacitación en EMON	<ul style="list-style-type: none"> Número de reuniones de capacitación a nivel de una Red Obstétrica y Neonatal Número de RR.HH. capacitados/con competencias en el manejo de las EMON según niveles Número de centros de desarrollo de competencias o sedes Docentes de capacitación en EMON Número de RPD por establecimiento

MÓDULO	INDICADOR PROPUESTO
3. Auditoría para la atención estandarizada de las EMON	<ul style="list-style-type: none"> Número de reportes de auditoría de la calidad del manejo estandarizado en la atención de las EMON en el establecimiento
4. Indicadores de calidad del establecimiento de salud con FON y de proceso ONU - Registros Estandarizados	<ul style="list-style-type: none"> Número de establecimientos con FONB y FONE que cumplen más del 90% de los estándares e indicadores de calidad Estándares de Calidad del FON implementados Indicadores de Proceso - ONU implementados Número de registros estandarizados que se utilizan para la generación de Indicadores de EMON por establecimiento
5. Referencia y contrarreferencia	<ul style="list-style-type: none"> Número de reportes mensuales de referencia y contrarreferencia de las EMON por establecimiento Referencia realizada de acuerdo a la normatividad vigente Referencias atendidas
6. Prevención de Infección en los establecimientos con FON	<ul style="list-style-type: none"> Incidencia de infecciones intrahospitalarias Número de trabajadores que cumplen el lavado de manos según técnica en áreas críticas
7. Equidad de Género, Interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud	<ul style="list-style-type: none"> Número de personal de salud con competencias en la incorporación de los temas de Equidad de Género e Interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud Servicios de salud adecuados a las necesidades específicas de género, derechos y cultura
8. Implementación, monitoreo y evaluación del modelo	<ul style="list-style-type: none"> Número de Redes Obstétricas y Neonatales implementadas Número de Redes Obstétricas y Neonatales que han logrado las metas propuestas en la intervención en el nivel de la red de salud / regional de salud

VI. GESTIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

Es recomendable que el Modelo de Intervención se aplique por los equipos gestores en los tres niveles de gestión:



6.1 EQUIPO GESTOR NACIONAL

El Equipo Gestor Nacional, estaría conducido desde el Ministerio de Salud y sería responsable de gestionar técnica y administrativamente la viabilidad, sostenibilidad e institucionalización del Modelo a nivel nacional.

Abarca acciones de conducción, regulación y desarrollo del Modelo en el marco de las funciones esenciales de la salud pública.

La *conducción* consiste en orientar a las regiones que implementarían el modelo; movilizar instituciones y grupos sociales para el apoyo e implementación del Modelo de Intervención a nivel nacional, y brindar asistencia técnica en el desarrollo del modelo.

El Equipo Gestor Nacional estaría representado por el Comité Nacional de Prevención Mortalidad Materna y Perinatal, integrado por:

1. Vice Ministro de Salud o su representante, quien lo presidirá
2. Coordinador de la estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva, que desempeñará la Secretaría Técnica
3. Director General de Salud de las Personas
4. Director General de Promoción de la Salud
5. Director General de Epidemiología
6. Director General de la Oficina de Estadística e Informática
7. Director General de la Oficina del Seguro Integral de Salud
8. Director de Servicios de Salud
9. Director de Calidad en Salud

6.2 EQUIPO GESTOR REGIONAL

De asumir el modelo de implementación, cada región deberá conformar EQUIPO GESTOR REGIONAL quienes realizarán la gestión técnica y administrativa del Modelo en su Región y cumplirán los roles de conducción y facilitación regional. La conducción consiste en convocar y orientar a las instituciones del Sector; y movilizar instituciones y grupos sociales de la Región para el apoyo a la implementación del Modelo, y la *facilitación* está relacionada con la asistencia técnica para la implementación de los procesos.

Así mismo, gestionarán la viabilidad, sostenibilidad e institucionalización del Modelo a nivel regional.

Es necesario que el Equipo Gestor Regional defina actividades y responsabilidades en el marco de la mejora de la gestión de las ocho estrategias, que a su vez prioricen la capacitación y el monitoreo continuo.

El Equipo Gestor Regional puede estar integrado por el Comité Regional Ampliado de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal que debe incluir:

- ✓ Representante de la Gerencia de Desarrollo Social
- ✓ Representante de la Dirección Regional de Salud
- ✓ Representante del Comité Regional de la Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal
- ✓ El Responsable de la Dirección de Salud de las Personas o su representante quien lo presidirá
- ✓ El Responsable de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva o su representante
- ✓ El Responsable de la Dirección de Atención Integral de salud -Etapa de Vida Niño o su representante
- ✓ El Responsable de la Dirección de Calidad o su representante
- ✓ El Responsable de la Dirección de Recursos Humanos o su representante
- ✓ El Responsable de la Dirección de Epidemiología o su representante
- ✓ El Responsable del SRCR
- ✓ El Responsable de la Dirección de Promoción de la Salud
- ✓ Director (es) del Hospital (es) Regional (es)
- ✓ Jefes de cabeceras de las Redes de Salud
- ✓ Otros que el equipo gestor regional considere

6.3 EQUIPO IMPLEMENTADOR INSTITUCIONAL/LOCAL

A nivel de la Red Obstétrica y Neonatal (se conformarán los EQUIPOS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN INSTITUCIONAL / LOCALES, en los hospitales (con FONE) o establecimientos con FONB, donde se implemente el modelo, quienes serán los responsables de la implementación de los procesos de las estrategias del Modelo de Intervención.

No se formarán nuevos equipos o comités, se trabajará sobre la base de los equipos existentes y del personal de salud disponible en el establecimiento.

La conformación de los equipos responsables de la implementación forma parte del tercer momento del Modelo de Intervención: Ajustes organizacionales, descrito anteriormente.

El EQUIPO/GESTOR/REGIONAL tendrá a su cargo, el proceso de fortalecimiento de capacidades de los Equipos responsables de la implementación/Locales, promoverá su liderazgo y compromiso así como establecerá estrategias para el reconocimiento de su desempeño en la implementación y funcionamiento de las Redes Obstétricas y Neonatales de la región.

Los Equipos responsables de la implementación /Locales del establecimiento o de la Red Obstétrica y Neonatal estarán conformados por el Comité Local de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal, que debe incluir al responsable de Centro Obstétrico, responsable de auditoría, al responsable del centro de Desarrollo de Competencias y/o responsable de capacitación y al responsable de referencia y contrarreferencia.

Las funciones de estos Equipos, según niveles, se describirán en el Módulo 8.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **CARE, Susan Rae Ross.** Promoviendo la Calidad del Cuidado Materno y del Recién Nacido: Un Manual de referencia para Gerentes de Programas, Atlanta: Diciembre 1998.
- **Engender Health.** Prevención de infecciones: Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. New York. 2002.
- **Graham W, Bell J, Bullough C.** Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? Studies in Health Services Organization and Policy. EE.UU, 2001; 17:97-130.
- **IDREH.** Estrategia de Educación permanente en los establecimientos de salud. Manual de implementación. 2006.
- **Maine D, Akalin MZ, Ward V, Kamara A.** Diseño y evaluación de programas para Mortalidad Materna. Universidad de Columbia, Facultad de Salud Pública. Junio 1997.
- **Maine D.** Programa de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos. Nueva York: Columbia University, Center for Population and Family Health, July 1992.
- **Margulies, M.** Intervención para prevenir la muerte en mujeres con alto riesgo de muerte materna. Argentina. 1995.
- **Mayca J.** Informe Final Consultoría: “Estudio de Percepción de la Comunidad y disponibilidad de recursos para el manejo de emergencias obstétricas en las Redes Collao y Chucuito - Juli, Puno”. Enero 2008. SOLARIS Perú.
- **MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS - BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO.** Informe Final: Consultoría local para el diseño de una metodología para la articulación entre instrumentos de seguimiento y evaluación sectorial e institucional aplicado al Sector Salud tomando como modelo el tema de Mortalidad Materna. Julio 2007. (MEF/BID)
- **MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.** Exposición de motivos del Proyecto de Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2008. Actividades a favor de la Infancia y los programas estratégicos en el marco del presupuesto por resultados. Lima 2007.
- **MINSA Proyecto 2000.** Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Lima, 1999.
- **MINSA.** “Guía para la Implementación y Seguimiento de Planes de Mejora Continua de la Calidad, en Servicios de Salud Materno-Infantil”. Perú, 2002.
- **MINSA.** Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA. que aprueba la N.T. N° 027-MINSA/DGSPV. 01: “Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica”. Perú, 2005.
- **MINSA.** Resolución Ministerial N° 474-2005, que aprueba la N.T. N° 029-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Auditoría de la calidad de la Atención en Salud”. Perú, 2005.
- **MINSA.** Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural. Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA que aprueba la N.T. N° 033-MINSA/DGSP-V.01. Perú, 2005.
- **MINSA.** Resolución Ministerial N° 1001-2005/MINSA. Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSPV. 01: “Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”. Perú, 2005.
- **MINSA.** N.T.S N° 047-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”. Aprobada por Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA. Perú, 2006.
- **MINSA.** N.T.S N° 050-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobada por R.M. N° 703- 2006/MINSA. Perú, 2006.

- **MINSA.** Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA. “Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive”. Perú, 2006.
- **MINSA - CARE Perú.** Evaluación del impacto del Proyecto FEMME en la reducción de la Mortalidad Materna y su importancia para la implementación de políticas de salud en el Perú. 2006.
- **MINSA.** Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA. “Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro”. Perú, 2006.
- **MINSA.** Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA. “Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales. Perú, 2007.
- **MINSA, UNICEF, USAID.** Tan cerca...tan lejos. Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú. Lima, 2007.
- **NACIONES UNIDAS.** Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008.
- **OPS-OMS.** Estrategia y plan de acción regional para la salud neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niñez. Draft. EE.UU, 2008.
- **OPS-OMS.** Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto: Guía para obstetrices y médicos. Ginebra, 2000.
- **PARSALUD - OGE - MINSA.** Guías para la Implementación del Sistema de Vigilancia y Monitoreo de la Mortalidad Materna en base a la Implementación de los Equipos de Inteligencia Sanitaria en las DISAS priorizadas. Perú, 2006.
- **PARSALUD - OGE - BID.** Informe Final Consultoría: “Asistencia técnica para la implementación de los equipos de Inteligencia Sanitaria responsables de la vigilancia de riesgos y muertes maternas en las Direcciones de Salud priorizadas”. Enero 2006.
- **PARSALUD.** Informe de Prefactibilidad para el PARSALUD II. Lima, Febrero 2007.
- **PHYSICIAN FOR HUMAN RIGHTS.** Demoras Fatales. Mortalidad Materna en el Perú: Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. 2007.
- **PROYECTO ACQUIRE** Engender Health-USAID. Sistema de actualización continúa. Bolivia 2008.
- **THE LANCET.** Supervivencia neonatal. Marzo 2005.
- **UNICEF, WHO and UNFPA.** Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York UNICEF; 1997.
- **UNFPA, OPS, UNICEF.** Guías para monitorear la disponibilidad y utilización de los servicios obstétricos. Nueva York, 1997.

ANEXOS

ANEXO N° 1

GLOSARIO DE TÉRMINOS

DESEMPEÑO: Grado en que una intervención de desarrollo o un asociado en el desarrollo operan de conformidad con determinados criterios, normas o directrices, o alcanzan resultados previstos en las metas o planes declarados.

EFFECTIVIDAD: Lograr cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población (grupo poblacional referente).

EFICACIA: Alcanzar el logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud, a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas

EFICIENCIA: Usar adecuadamente los recursos para alcanzar los resultados esperados

EMERGENCIAS NEONATALES: En función de los códigos de la CIE 10, se incluyen los diagnósticos más frecuentes de las complicaciones neonatales relacionados con las etapas antes del parto, durante el parto y en la etapa neonatal.

EMERGENCIA OBSTÉTRICA: Situación en la que existe un peligro inmediato, real o potencial, para la vida de la paciente y la de su hijo(a), o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención calificada sin demora.

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS: En función de los códigos de la CIE 10, se incluyen los diagnósticos más frecuentes de complicaciones obstétricas relacionados sobretodo a: hemorragia intra o post parto, parto obstruido/ mala presentación, hipertensión inducida por la gestación y sepsis.

EQUIDAD: Generar condiciones necesarias para eliminar las diferencias evitables e injustas en el estado de salud. Los recursos deben ser distribuidos de tal forma que la población sea atendida en función de sus necesidades.

EVALUACIÓN: Aplicación de procedimientos de investigación de las ciencias sociales para valorar y mejorar las políticas y programas sociales, desde sus primeras etapas de definición y diseño hasta su desarrollo e implementación.

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO: Evaluación generalmente relacionada con las actividades de monitoreo, que pasa por la selección y monitoreo de indicadores dentro del programa, de acuerdo con el modelo lógico.

FUNCIONES OBSTÉTRICAS BÁSICAS: Son las actividades en el área materna y perinatal, que no pueden dejar de realizar aquellos establecimientos que además cuentan con personal profesional (médico, obstetiz, enfermera), generalmente tienen atención de 24 horas, cuentan con sala de partos, disponen de área para la atención inmediata del recién nacido y cuentan con hospitalización. No cuentan con centro quirúrgico (generalmente Centros de salud). Cuentan con antibióticos, medicamentos oxitócicos, anticonvulsivantes, etc. y realizan la atención del parto institucional, extracción manual de la placenta, y otros procedimientos menores.

FUNCIONES OBSTÉTRICAS ESENCIALES: Son las actividades en el área materna y perinatal, que no pueden dejar de realizar aquellos establecimientos que cuentan con personal profesional especializado (Gineco-Obstetra, Pediatra, Cirujano, Médico Internista, Anestesiólogo), tienen atención especializada las 24 horas, cuentan con sala de partos, disponen de área para la atención inmediata del recién nacido, cuentan con hospitalización y con centro quirúrgico (generalmente Hospitales). Realizan procedimientos quirúrgicos (cesáreas) y transfusiones de sangre.

HEALTH INFORMATION SYSTEM (HIS): Sistema de Información de Salud del Ministerio de Salud, desarrollado para proveer información continua sobre la producción de servicios de salud y la morbilidad de la atención ambulatoria; mediante las acciones de registro, procesamiento y consolidación de las actividades de recuperación y preventivo promocionales.

IMPACTO: Cambio en la vida de las poblaciones objetivo de intervención, visto por ellas mismas y por sus asociados en el momento de la evaluación, más el cambio en su entorno al que haya contribuido el proyecto y que favorezca la sostenibilidad. El cambio puede ser positivo o negativo, previsto o imprevisto. En la terminología del marco lógico, estos "cambios percibidos en la vida de las poblaciones" pueden corresponder al nivel de los propósitos o al de las metas de una intervención.

INDICADOR: Variable medible para indicar directa o indirectamente, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud. Pueden definirse como los instrumentos destinados a simplificar, medir y comunicar acontecimientos complejos o tendencias. Todo indicador es una síntesis, una reducción, de una realidad multidimensional, tiene sentido si nos permite constatar una variación entre un antes y un después.

INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN: Atención centrada en la persona, su familia y contexto. Recibir las atenciones de salud que su caso requiere, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

MONITOREO: El monitoreo es una herramienta gerencial aplicada en la gestión de proyectos y programas, dirigida a verificar la ejecución de las actividades y el uso de los recursos que se plantearon en el momento del diseño del plan operativo del proyecto / programa. El monitoreo tiene como función conocer como se están realizando las actividades y sus tareas. Si éstas están cumpliendo con las metas diseñadas en los plazos previstos y con los recursos económicos y materiales asignados. Una característica adicional a la función definida para el monitoreo es la retroalimentación permanente que debe realizarse a partir de lo que se obtenga con dicha labor.

MUERTE MATERNA DOMICILIARIA: Todo caso de muerte materna ocurrida en el domicilio o durante el traslado hacia un establecimiento de salud por familiares, agente comunitario de salud o personal de salud. Si la gestante o puerpera llega cadáver al establecimiento, debe ser considerada muerte materna domiciliaria o en el trayecto.

MUERTE MATERNA INSTITUCIONAL: Todo caso de muerte materna ocurrida en un establecimiento de salud, independientemente del tiempo de permanencia en el mismo. También incluye las muertes sucedidas durante el traslado de un establecimiento de salud a otro, en cuyo caso se reportan por el establecimiento que traslada a la paciente.

MUERTE MATERNA TARDÍA: Muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días del fin del embarazo y antes de un año de su terminación.

MUERTE MATERNAS DIRECTAS: Muertes que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, o de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en las circunstancias mencionadas.

MUERTE MATERNAS INDIRECTAS: Muertes que resultan de una enfermedad existente previamente al embarazo o que ha evolucionado durante el mismo, que no se deben a causas obstétricas directas pero sí a circunstancias agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

MUERTE NEONATAL: Muerte de recién nacidos ocurridos antes de completar los 28 días de nacido.

MUERTE NEONATAL PRECOZ: Muerte del recién nacido hasta los 7 días de vida.

MUERTE NEONATAL TARDÍA: Muerte del recién nacido ocurrida después del día 7 hasta los 28 días de vida.

MUERTE O DEFUNCIÓN MATERNA: Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, cuando la muerte es ocasionada por cualquier circunstancia relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

MUERTE PERINATAL: Muerte del feto de 22 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinato u óbito fetal) y de nacidos vivos hasta los 7 días de vida.

OPORTUNIDAD: Brindar la atención en el momento que existe la necesidad de salud.

PROCESOS O PRODUCTOS: Conjunto de actividades en las cuales se utilizan y combinan los insumos en busca de los resultados esperados de éste. Los procesos de un programa incluyen todas las operaciones de entrega del servicio (gestión, capacitación, suministros, aspectos logísticos, información, educación, comunicación, investigación, y evaluación) que el programa realiza para proveer los servicios.

RECTORÍA: Es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre el Gobierno y la Sociedad. Entre las funciones que desarrolla son la conducción, la regulación, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización en la provisión de los servicios de salud.

REGISTRO: Conjunto de campos que contiene datos pertenecientes a una misma entidad. Un campo es una pieza única de información. Un registro es un sistema completo de campos. Un archivo es una colección de registros

RESULTADOS: Conjunto de efectos esperados en la población debido a las actividades del programa y a la generación de productos del programa. Estos pueden ser de corto, mediano y largo plazo (impacto).

SEGUIMIENTO: Se usa para determinar si un programa / proyecto es llevado a cabo apropiadamente en sus distintos niveles y a qué costo. Marca el cambio ocurrido a través del tiempo en la entrada de recursos, la producción y el uso de servicios. Implica la recolección y análisis regulares de la información para contribuir a la adopción oportuna de decisiones, garantizar la responsabilidad y sentar las bases de la evaluación y el aprendizaje. Se trata de una función continua basada en una operación metódica de recolección de datos para proporcionar a los gestores y a los principales interesados de un proyecto o programa en curso de ejecución las primeras indicaciones sobre los progresos y el logro de los objetivos.

SEGURIDAD: Optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud de los usuarios.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de una comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad de acuerdo a su necesidad.

ANEXO N° 2 LISTA DE ACRÓNIMOS

ACS	Agente Comunitario de Salud	MN	Materno Neonatal
AMARES	Proyecto Apoyo a la Reforma y Modernización del Sector Salud	MP	Materno Perinatal
AMDD	Averting Maternal Deaths and Disabilities	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergencia	OEI	Oficina de Estadística e Informática
DD.HH.	Derechos Humanos	OMS	Organización Mundial de la Salud
DER	Diagnóstico, Estabilización y Referencia	ONU	Organización de las Naciones Unidas
DGE	Dirección General de Epidemiología	OPS	Organización Panamericana de la Salud
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud	PAAG	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas	PACD	Proyecto de Atención a Comunidades Dispersas
DIRESA	Dirección Regional de Salud	PARSalud	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
DISA	Dirección de Salud	PASA	Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria - Comisión Europea
EE.SS.	Establecimiento de Salud	PPE	Programa Presupuestal Estratégico
EE.UU.	Estados Unidos de América	PSBPT	Programa de Salud Básica Para Todos
EMO	Emergencias Obstétricas	PSNB	Proyecto Salud y Nutrición Básica
EMON	Emergencias Obstétricas y Neonatales	RN	Recién Nacido
ENDES	Encuesta Demográfica y Salud Familiar	RON	Red Obstétrica y Neonatal
EPS	Educación Permanente en Salud	RPD	Reflexión de la Práctica Diaria
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	RR.HH.	Recursos Humanos
FEMME	Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies	SICAP	Sistema de Capacitación Personalizada
FON	Funciones Obstétricas y Neonatales	SIP 2000	Sistema Informático Perinatal
FONCODES	Fondo Nacional de Cooperación para el Desarrollo	SIS	Seguro Integral de Salud
FONE	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales	SIVOR	Sistema de Vigilancia Obstétrica Comunal
FONI	Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas	SR	Salud Reproductiva
FONP	Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias	SRCR	Sistema de Referencia y Contrarreferencia
GERESA	Gerencia Regional de Salud	SSR	Salud Sexual y Reproductiva
GpR	Gestión por Resultados	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
HC	Historia Clínica	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ITS/VIH/SIDA	Infección de Transmisión Sexual / Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas		
MINSA	Ministerio de Salud		
MM	Muertes Maternas		

Indicador de Proceso Naciones Unidas	Definición	Nivel recomendado	NUMERADOR	DENOMINADOR	Tipo de Indicador
1. Cantidad disponible de establecimientos que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales	<ul style="list-style-type: none">Número de establecimientos con FONBNúmero de establecimientos con FONE	<ul style="list-style-type: none">FONB: criterios sugeridos – Perú:<ul style="list-style-type: none">- Ubicación zona rural, dispersa y pobre- Población 10 a 30 mil habitantes- Partos: mínimo 70 - 80 anuales- 2-4 horas al FONELos hospitales con FONE en el Perú están definidos	<ul style="list-style-type: none">Número de establecimientos con FONB implementados que cumplen con más del 80% de las FONNúmero de establecimientos con FONE implementados que cumplen con más del 80% de las FON	<ul style="list-style-type: none">Número de establecimientos con FONB requeridosNúmero de establecimientos con FONE requeridos	DISPONIBILIDAD
2. Distribución geográfica de los establecimientos con FON	Conformación de la Red Obstétrica	100% de las regiones cuentan con el número mínimo aceptable de establecimientos con FONE y FONB	Red Obstétrica organizada y funcional por región	Número de regiones a nivel nacional	DISPONIBILIDAD
3. Proporción de todos los nacimientos en establecimientos con FON	Partos atendidos en establecimientos con FONB y FONE	Mínimo: 80% de partos esperados	<ul style="list-style-type: none">Número de partos atendidos en establecimiento con FONBNúmero de partos atendidos en establecimiento con FONE	<ul style="list-style-type: none">Número de partos esperados en establecimiento con FONBNúmero de partos esperados en establecimiento con FONE	USO
4. Necesidad satisfecha de atención de las complicaciones obstétricas en los establecimientos con FON	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en los establecimientos con FON	Mínimo: 80% de las complicaciones atendidas (se estima que el 15% de las gestantes se complican)	<ul style="list-style-type: none">Número de complicaciones resueltas en establecimiento con FONBNúmero de complicaciones resueltas en establecimiento con FONE	<ul style="list-style-type: none">Número de complicaciones esperadas en establecimiento con FONBNúmero de complicaciones esperadas en establecimiento con FONE	USO
5. Acceso a la cesárea	Partos por cesárea de gestantes que proceden de zona rural o de los quintiles I y II de pobreza	Mínimo: 10%	Número de cesáreas en mujeres que proceden de quintil I y II de pobreza	Número de gestantes esperadas que provienen de quintiles I y II de pobreza	USO
6. Tasa de letalidad	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas en un establecimiento que fallecen	Máximo: 1%	Número de muertes maternas en los EE.SS.	Total de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas en los EE.SS.	CALIDAD

22 Heilbrunn Department of Population & Family Health Mailman School of Public Health. <http://www.amdd.hs.columbia.edu/>.

ISBN: 978-9972-776-26-7



9 789972 776267

