

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Seminario Internacional de perspectiva de igualdad de género en salud
en el marco de los DDHH. Avances y Retos para México.
18 al 20 de septiembre 2013. Ciudad de México.

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

**“ESTRATEGIAS COSTO EFECTIVAS PARA LA
REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA, DESDE
UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS
Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL PERÚ.
RETOS Y DESAFÍOS POST 2015”.**

Elena Esquiche

eesquiche@care.org.pe

www.care.org.pe

Asesora Nacional de Salud Materna /CARE PERU



Contenidos



- ✓ Antecedentes
- ✓ Iniciativas, innovaciones y experiencias costo efectivas que generaron políticas públicas
- ✓ Generando Evidencias
- ✓ Conclusiones
- ✓ Desafíos para el Perú post 2015



Antecedentes



- Lento progreso de los ODM, sobre todo el ODM5
- El consejo de DDHH de la ONU reconoce en forma explícita la mortalidad materna prevenible como un tema de DDHH
- Tratados internacionales y suficiente legislación
- Las intervenciones efectivas son conocidas y existen recursos financieros pero los resultados no son consistentes
- Limitaciones en la capacidad resolutive en el sistema de salud con pertinencia cultural
- Necesidad de establecer mecanismos participación y vigilancia ciudadana
- En el contexto de la reforma de los sistemas de salud para satisfacer las necesidades de salud materna, la rendición de cuentas abarca aspectos financieros, administrativos, regulatorios, políticos e institucionales, así como medidas legales
- No sólo la mortalidad materna está relacionada de forma fundamental con la posición socioeconómica de las mujeres en la sociedad, sino que además la desigualdad de género y las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres constituyen graves injusticias... (ICPD, 1994; ONU 1999)

PERÚ



Población: 30, 375,174 hab

Pobreza: 27.8% (2011)

PBI: \$ 301.5 miles de Mlls (2011)

Crec. Económ.: 6% anual

AUS: 81.96% (2011) P. extrema

MM: 93 x 100000 nv (2009)

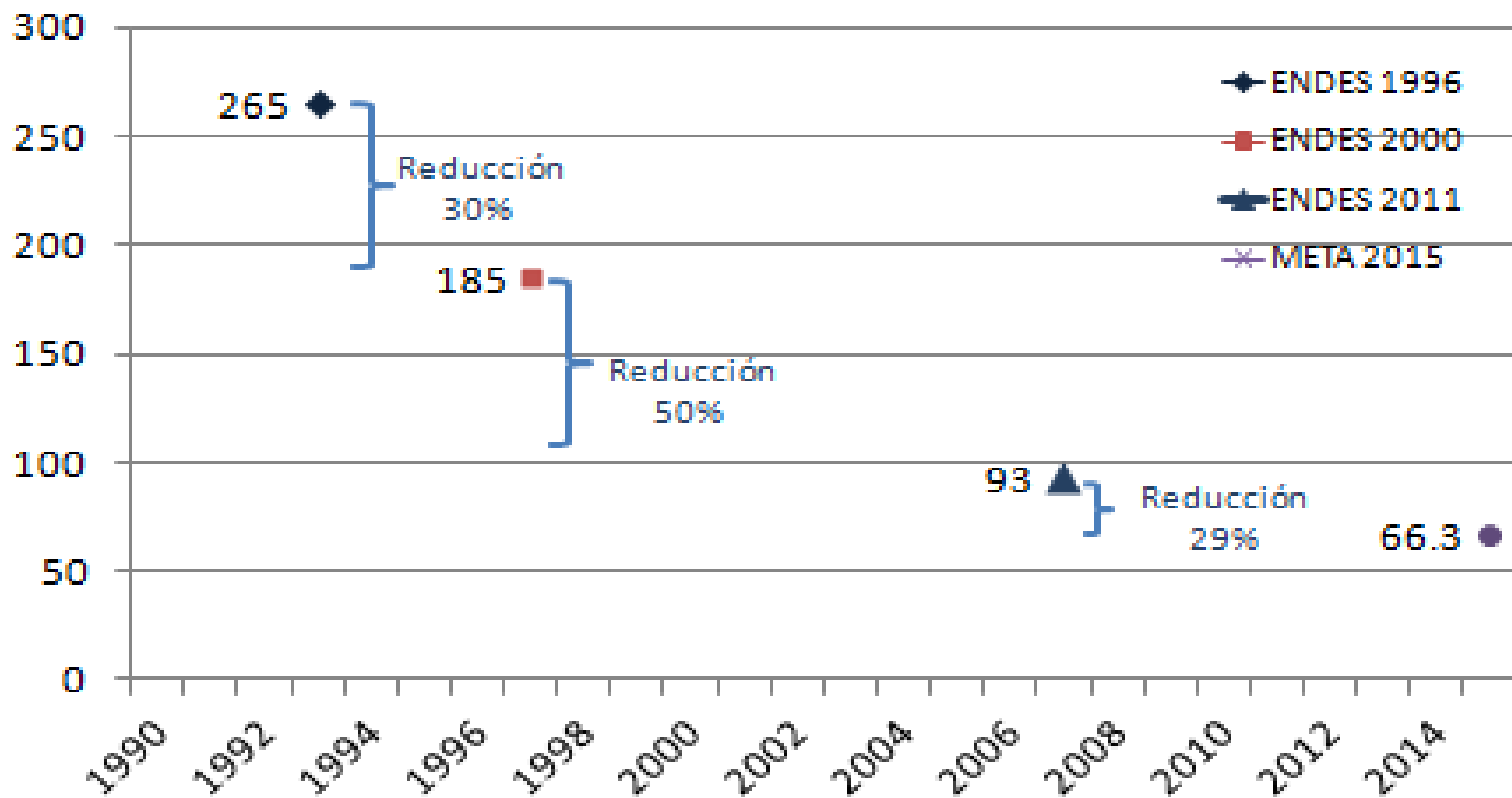
Desnutrición (OMS): 10.8% (2012)

GPR (2007) Cambio financiamiento

Multiétnico - multicultural

Regiones: Costa, Sierra, Selva

Gráfico 1
Muertes maternas por 100,000 nacidos vivos

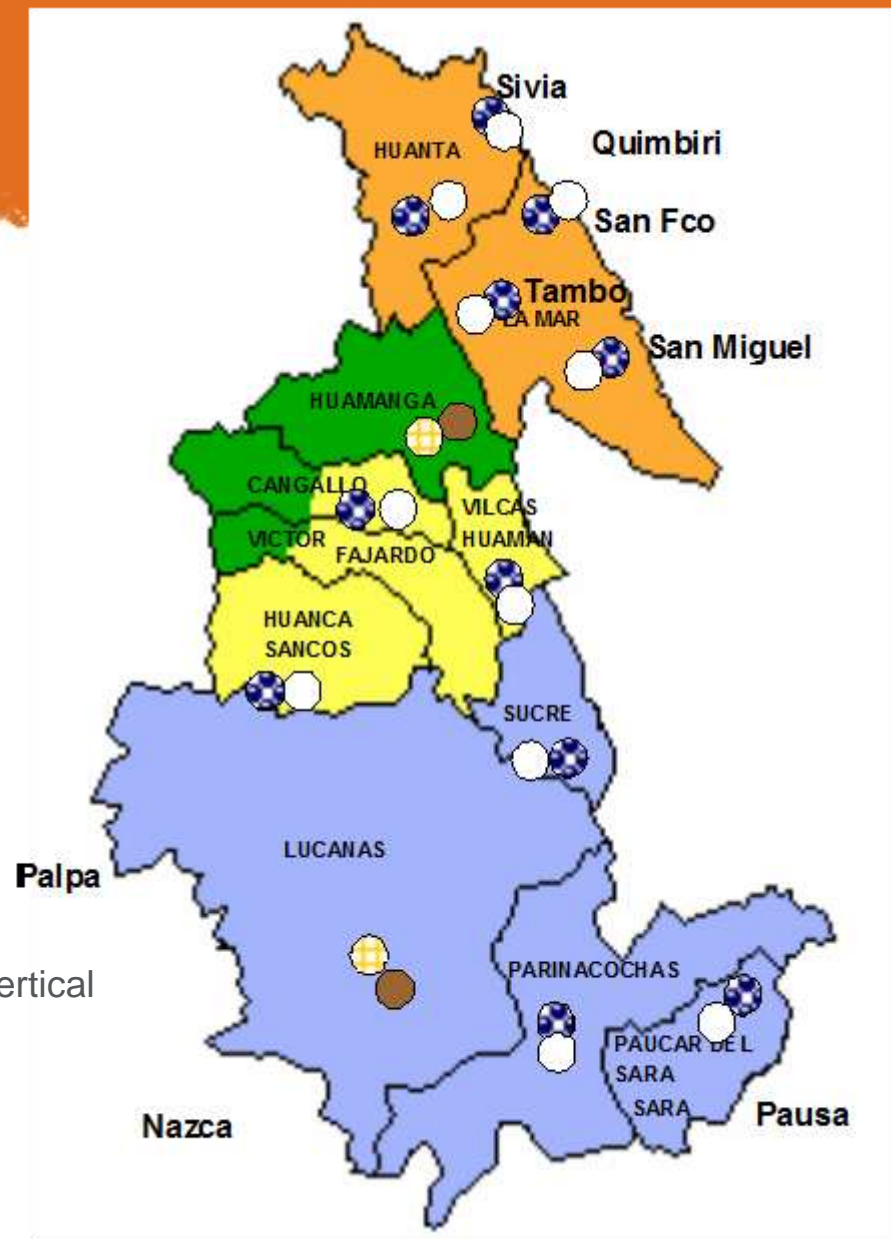


Fuente: ENDES 1995, 2000 y 2011

Red Obstétrica y Neonatal - Ayacucho

-  **Establecimientos FOB**
-  **Establecimientos FOE**
-  **Centros de Hemoterapia III**
-  **Centros de Hemoterapia I**

Red de Laboratorio
Casa Materna en FONB
100% de los ee.ss ofertan Parto vertical



POBLACIÓN: 700 mil hab. Aprox. La DIRESA Ayacucho cuenta con 395 establecimientos de salud; 7 REDES; 30 MICRORREDES; 8 Hospitales; 51 Centros de Salud; 336 Puestos de salud



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas



**CONSTRUYENDO EVIDENCIAS COSTO EFECTIVAS
EN REGIONES POBRES Y DISPERSAS CON
ENFOQUE DE DERECHOS, GÉNERO Y
PERTINENCIA CULTURAL:**

**!Organizando las Redes
Obstétricas y
Neonatales!**

Finalidad

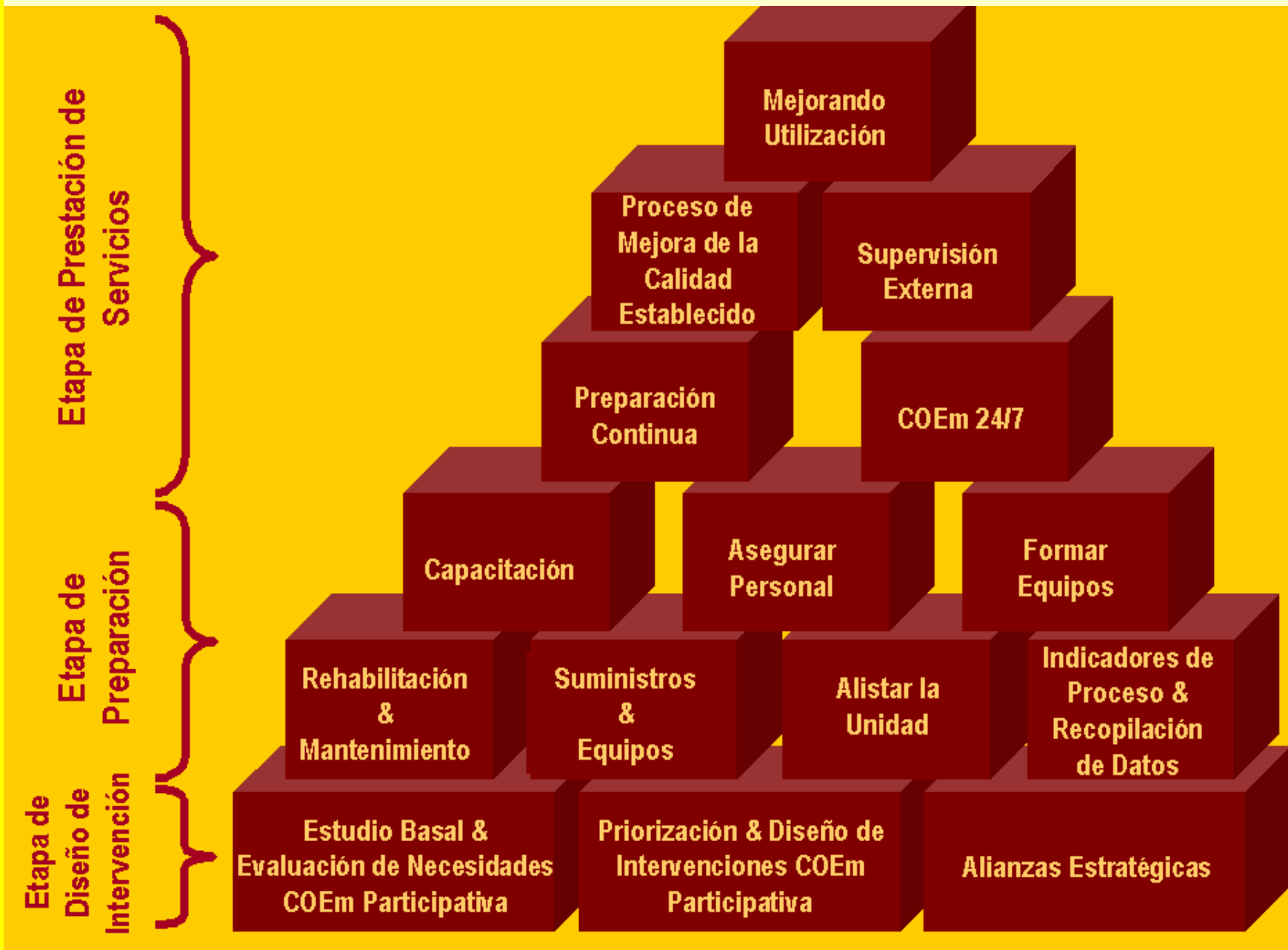
Mejorar la disponibilidad, acceso e incrementar el uso de los Servicios de Cuidados Obstétricos de Emergencia de calidad de las mujeres gestantes en las provincias de la zona norte de departamento de Ayacucho.



GUIA DE ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS POR NIVELES

ENFOQUE DDHH GENERO INTERCULTURALIDAD

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFEN



CATEGORIZACION DE LOS SISTEMA DE SALUD EN COEm POR NIVELES

(1) MANEJO ESTANDARIZADO de las complicaciones obstétricas por nivel de atención ...

Construcción regional
El hospital regional es el LIDER
Coordinación y dialogo con las Redes
Implementación x REDES
Monitoreo mediante ABC en SS y SRCR



2

Capacitación en manejo estandarizado

1

Presentación y discusión de la Propuesta...



3

Implementación en las redes de salud

(2) Sistema de capacitación Regional



Cada región debe implementar su SICAP
Formar tutores/docentes
Manejo estandarizado en servicio
Trabajo en Equipo DIRES/HR/REDES
Articular al SRCR
Equipo parte del Sistema de S & M
El SICAP institucionalizó protocolos
Los médicos brindan AT permanente



1

El fortalecimiento de competencias es personalizada



2

Desarrolló metodologías de capacitación



3

INMPN brindó acompañamiento al Programa de capacitación

(3) Auditoria para la calidad de atención



Esta herramienta fue muy útil
Para el nivel local de salud aplicable
Desde la DIRESA/HR/Redes
Puede ser usado en el SRCR
Se realiza AUDITORIA, en la atención de
la emergencia, una historia, etc
El Equipo de Auditoria trabaja cada
mes/ trimestre/ semestre
Se identifican procesos de CALIDAD



Presentación de los resultados de la AUDITORIA
Propuesta de mejora Hospital San Francisco



AUDITORIA en el Hospital Regional con el IEMPN

- Implementación de libros de registros estandarizados en la RON (seguimiento gestantes, partos, Emoc, Hospitalización)
- Cultura del buen registro
- Medidas de prevención de Infecciones, bioseguridad, seguridad del paciente en los centros rurales
- Apoyo de la asistencia desde los Hospitales regionales



(6) Sistema de Referencia de complicaciones obstétricas según manejo estandarizado por nivel de atención



1 Movilizar a la comunidad en el transporte
Con apoyo de los actores locales



2 Sistema de comunicación de las EO desde
la comunidad, y los FONB y FONE



3 Mujeres referidas oportunamente y el SRCR
organizado en el hospital regional



4 Atención de CALIDAD y Resolución de las
complicación obstétricas en equipo

(7) Derechos Humanos, Género e Intercultural en los servicios de salud:

- ✓ Brindar atención con respeto a la cultura local
- ✓ Trato digno en el idioma local
- ✓ Privacidad, atención desde un enfoque de género
- ✓ Llamadas por su nombre
- ✓ Alimentación caliente y sin horario
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Acompañamiento de su partera y familiar en el momento del parto
- ✓ Comunicación con familiares
- ✓ Señalización con adecuación cultural



Enfoque de Derechos Humanos en las Redes Obstétricas y Neonatales promoviendo la participaciones de las mujeres y la responsabilidad social



PARTO VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL



CASAS DE ESPERA

Disminuyendo la barrera geográfica, mejorando el acceso al parto institucional

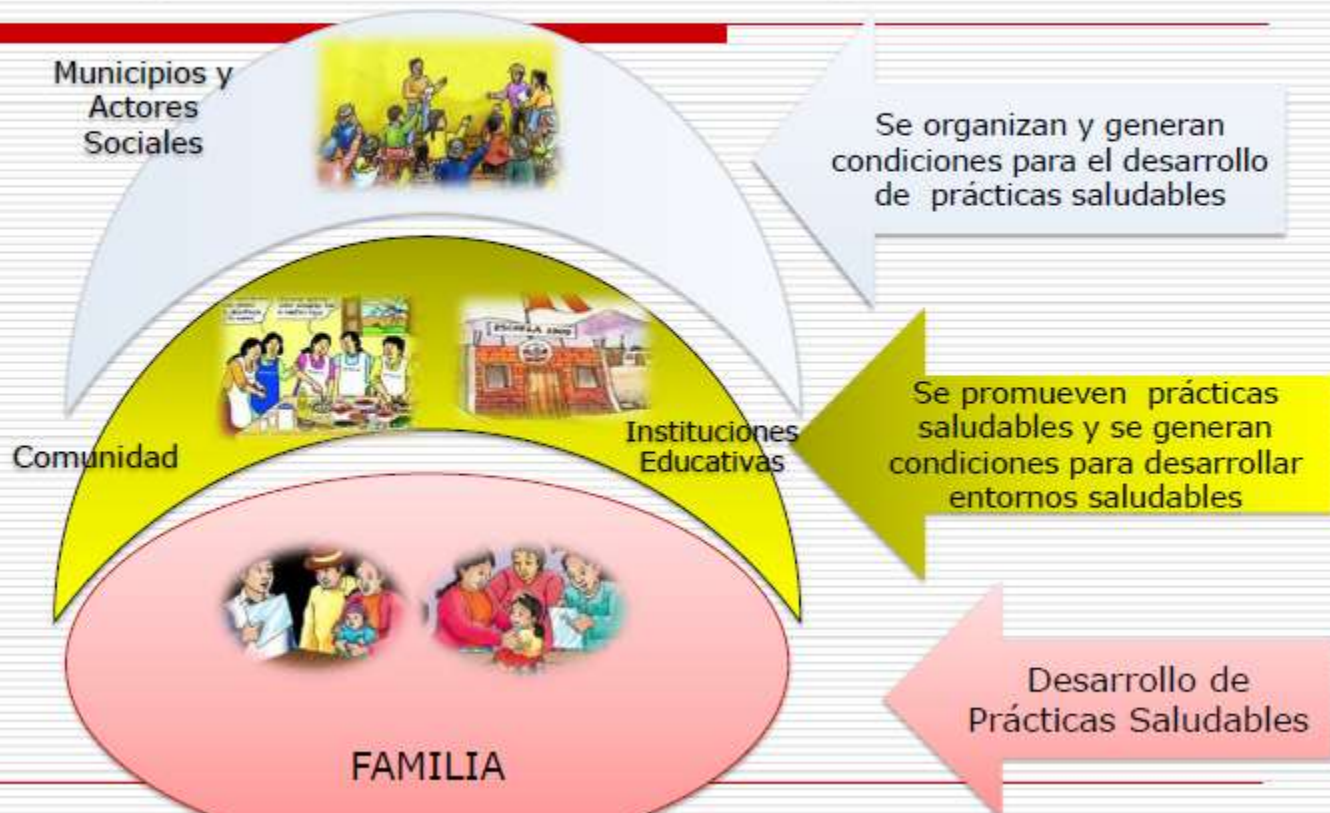


Casa construida o acondicionada por los Gob. regionales, locales y la comunidad para alojar temporalmente a las gestantes o puérperas con dificultad de acceso a los servicios de salud.

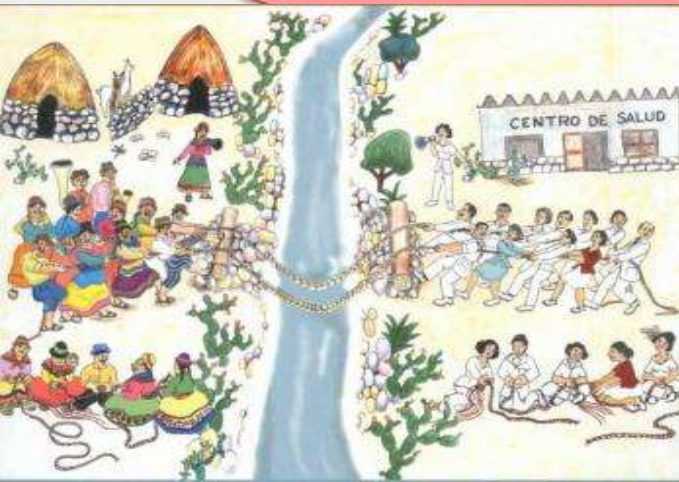


CASAS DE ESPERA	AÑOS				
	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	367	403	465	475	501

Intervenciones de Promoción de la Salud con Enfoque Territorial y de Gestión por Resultados



Iniciativas que promueven la participación y vigilancia ciudadana que se promueven con el MINSA, las ONGs, CI, OSB, los Programas Sociales





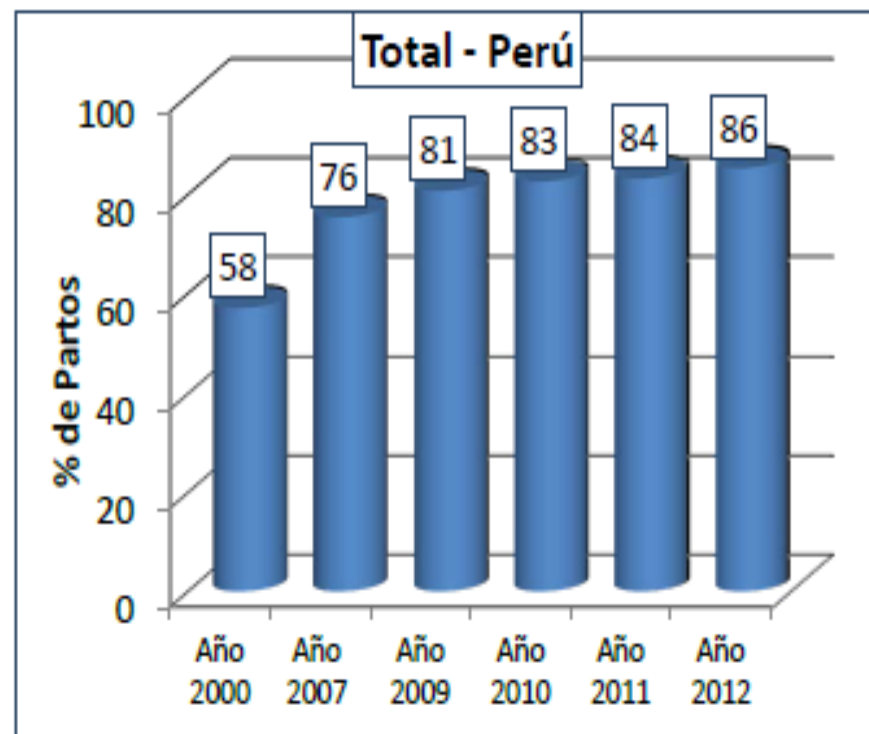
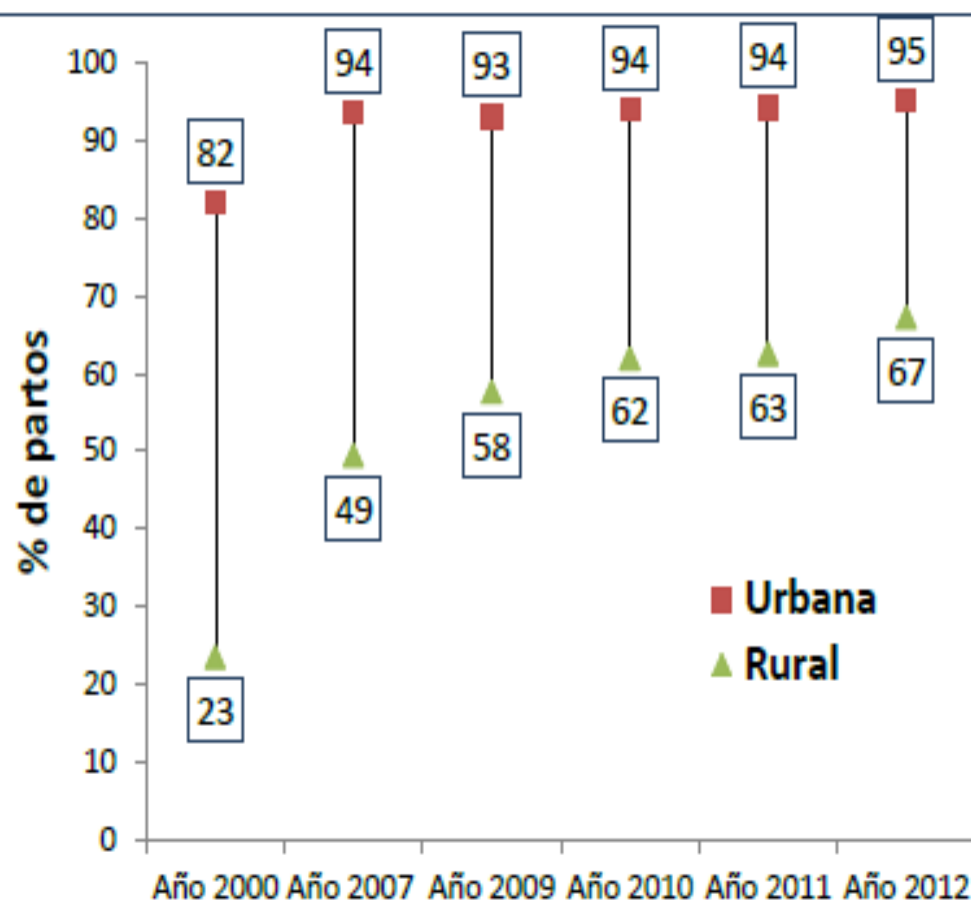
Diálogo Interculturales / Mapeo y sectorización comunitaria
Comités Multisectoriales
Visitas inopinadas a los EE.SS por Organizaciones de Mujeres
Parto Humanizado / Casas Maternas



PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD



PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL (DEL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA)



Fuente: INEI. ENDES 2000-2012

(8) Supervisión, Monitoreo, y Evaluación de los Centros Obstétricos de Emergencia

El HR tiene un rol clave
Es periódico (4 a 6 veces al año)
Revisar la organización,
Implementación, insumos, equipos,
SRCR, personal, talleres clínicos,
Auditoria, información, DDHH,
Simulacros, duración 2 a 3 días



1 ESTRATEGIA CLAVE: El Hospital Regional Construye un rol principal



2 Supervisión y monitoreo al nivel de la organización de los servicios COEm: equipamiento, medicamentos, Registros, personal 24/7, banco de sangre, etc



3 Reforzando las estrategias con todo el Equipo local ...

Generando Evidencias: Evaluación Final de FEMME (CARE/MINSA) 2006



AYACUCHO-GI: HRA, Tambo, Vilcashuamán, San Francisco y Cangallo



HRA: Hospital Regional de Ayacucho

PUNO-GC: HMNB, Juli, Ilave, Huancané, Azángaro



HMNB: Hospital Manuel Nuñez Butrón

Desempeño



Ejes de intervención	Puntaje mayor	Grupo Intervención (n = 5)		Grupo Comparación (n = 5)		Variación %	Valor P
		Puntaje (X)	s	Puntaje (X)	s		
			/1				/2
Capacitación de recursos humanos (incluye supervisión de la capacitación)	23.0	14.6	4.3	0.4	0.9	1272.7	0.008
Auditoría clínica	17.0	10.9	2.9	0.4	0.9	1975.0	0.008
Gestión de la información	14.0	9.7	4.4	5.2	5.0	173.4	0.04
Sistema de referencia y contrarreferencia	14.0	8.9	1.9	5.3	3.2	112.8	0.027
Gestión de servicios de salud	21.0	14.4	1.6	7.3	4.4	101.1	0.003
Prevención de infecciones	6.0	4.5	1.0	3.5	2.3	128.6	0.690
Registros de información en obstetricia	5.0	3.9	0.8	2.0	1.2	190.0	0.032
Puntaje Global	100.0	66.9	10.9	24.1	13.2	182.2	0.032

/1 La sigla "s" = desviación típica

/2 Nivel de significación obtenido a través de la prueba U-Mann Whitney para la comparación de los puntajes promedios de los establecimientos de salud del grupo de intervención y del grupo control.

Fuente: Evaluación femme 2006

Capacitación obstétrica regional

SICAP Ayacucho vs Pasantías Puno

Criterios de operacionalización	Grupo de intervención (SICAP – HRA)	Grupo de comparación (HMNB Puno)
Inicio del proceso	2002	2004
Involucramiento de la DIRESA	√	-
Involucramiento de la dirección del Hospital	√	+/-
Asistencia institucional externa	√ (del IEMP)	-
Participación de proyectos cooperantes	Financiera (FEMME, PAR) Técnica (FEMME)	Financiera (PAR)
Existencia de un plan de pasantía	√	√
Beneficiarios profesionales de salud	√	√
Beneficiarios técnicos de enfermería	√	-
Protocolos consensuados y reconocidos por la autoridad sanitaria disponibles para las pasantías	√	-
Supervisión de campo post pasantía	√	-
Sostenibilidad operacional	√ (hasta la actualidad funciona)	- Suspendido el 2004

Fuente: Evaluación femme 2006

Derechos Humanos



Derechos a la atención e interculturalidad: cambios en la oferta

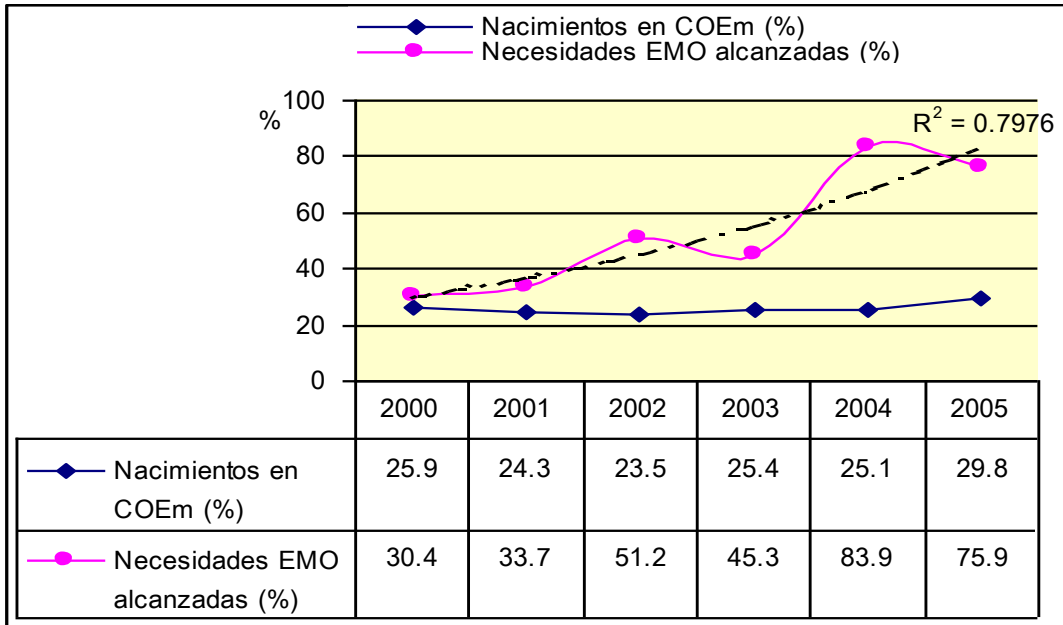
Cambios en la oferta:	Grupo de Intervención					Grupo de comparación				
	HRA	HCA	HSF	CSV	CST	HMNB	HHU	HAZ	HJU	HIL
Parto vertical	✓		✓	✓	✓					
Hogar materno			✓	✓	✓		✓			✓
Permiso para la alimentación de la mamá durante el trabajo de parto	✓		✓	✓	✓		✓			✓
Permiso para la ingesta de líquidos (mates) durante el trabajo de parto	✓		✓	✓	✓		✓			✓
Información a la usuaria durante el proceso del parto	✓		✓	✓	✓			✓		✓
Identificación de la usuaria durante su hospitalización	✓	✓	✓	✓	✓					
Internamiento con presencia de familiares	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓
Presencia del esposo durante el momento del parto	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓
Respeto a la privacidad durante el parto	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓
Alumbramiento dirigido	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓

Fuente: Evaluación femme 2006

Resultados

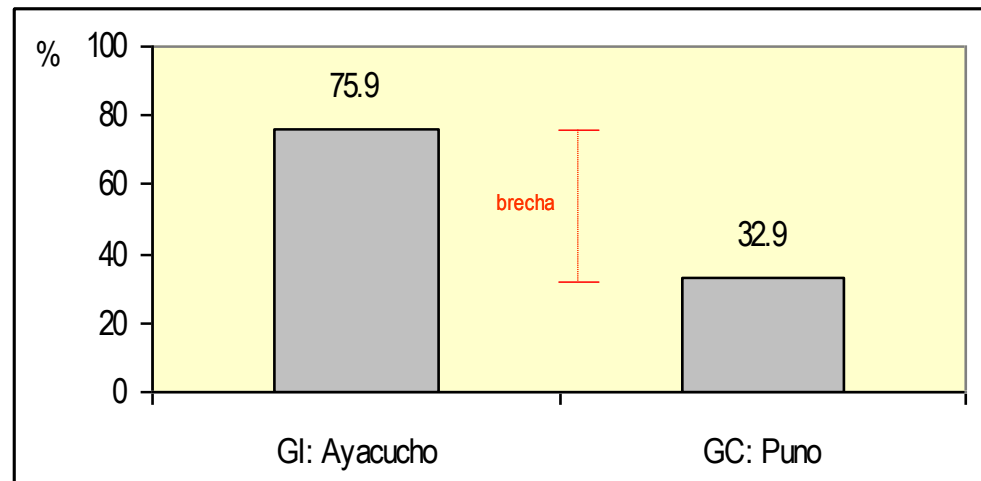


Necesidades de emergencia alcanzadas



← Grupo Intervención (2000-2005)

GI vs GC (2005) →

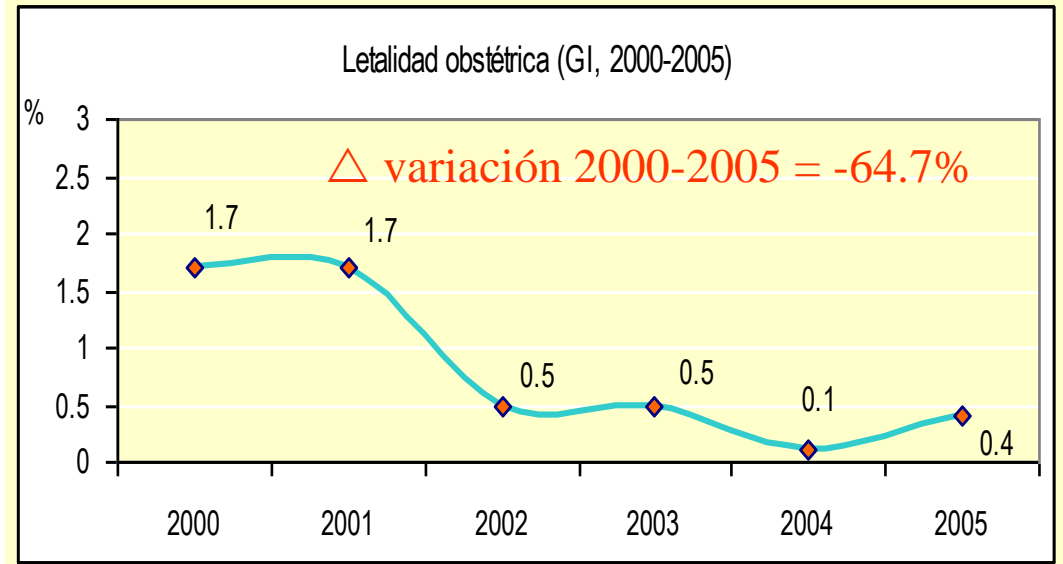


Fuente: Evaluación femme 2006

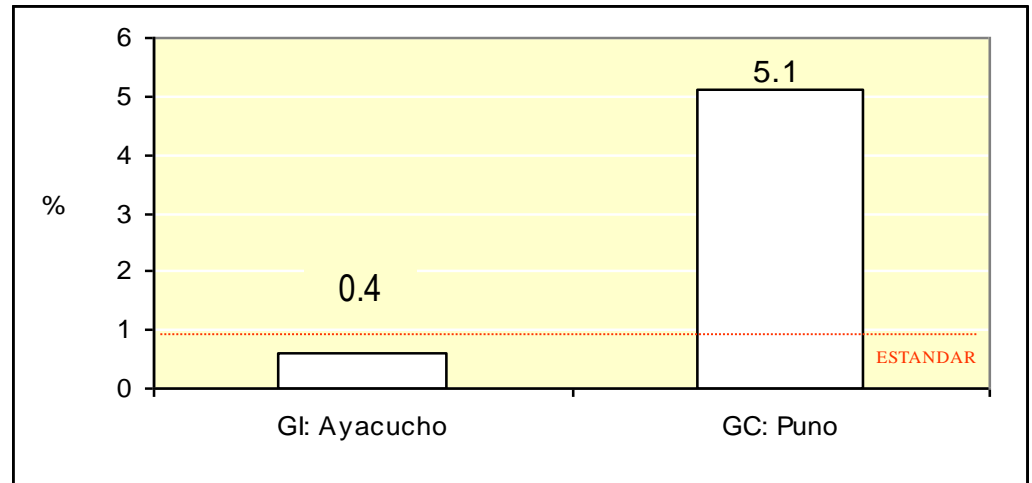
Letalidad obstétrica



Grupo Intervención
(2000-2005)



GI vs GC (2005)

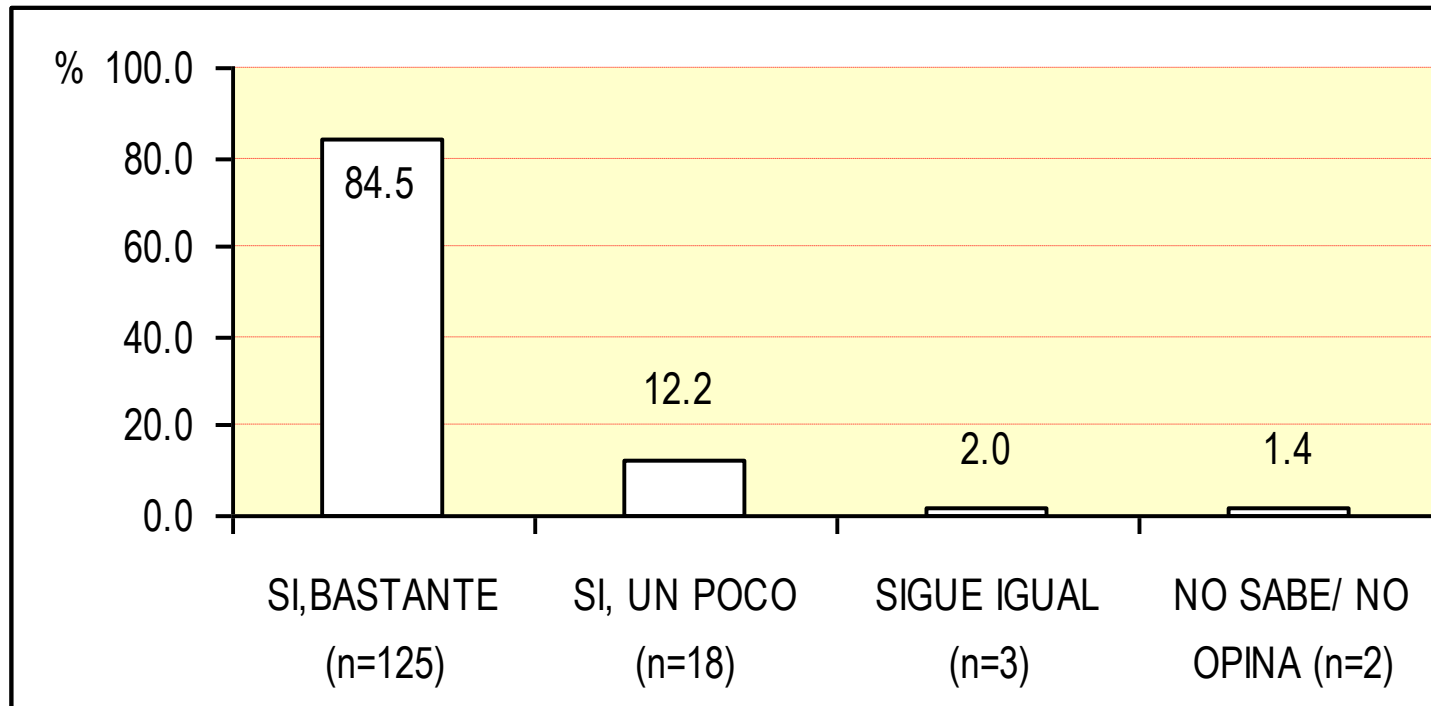


Fuente: Evaluación femme 2006

Percepción de personal de salud



Percepción de los pasantes al HRA sobre la mejora en su capacidad de respuesta frente a las EMO
(¿Luego de la pasantía se sintió más preparado para atender las EMO?)

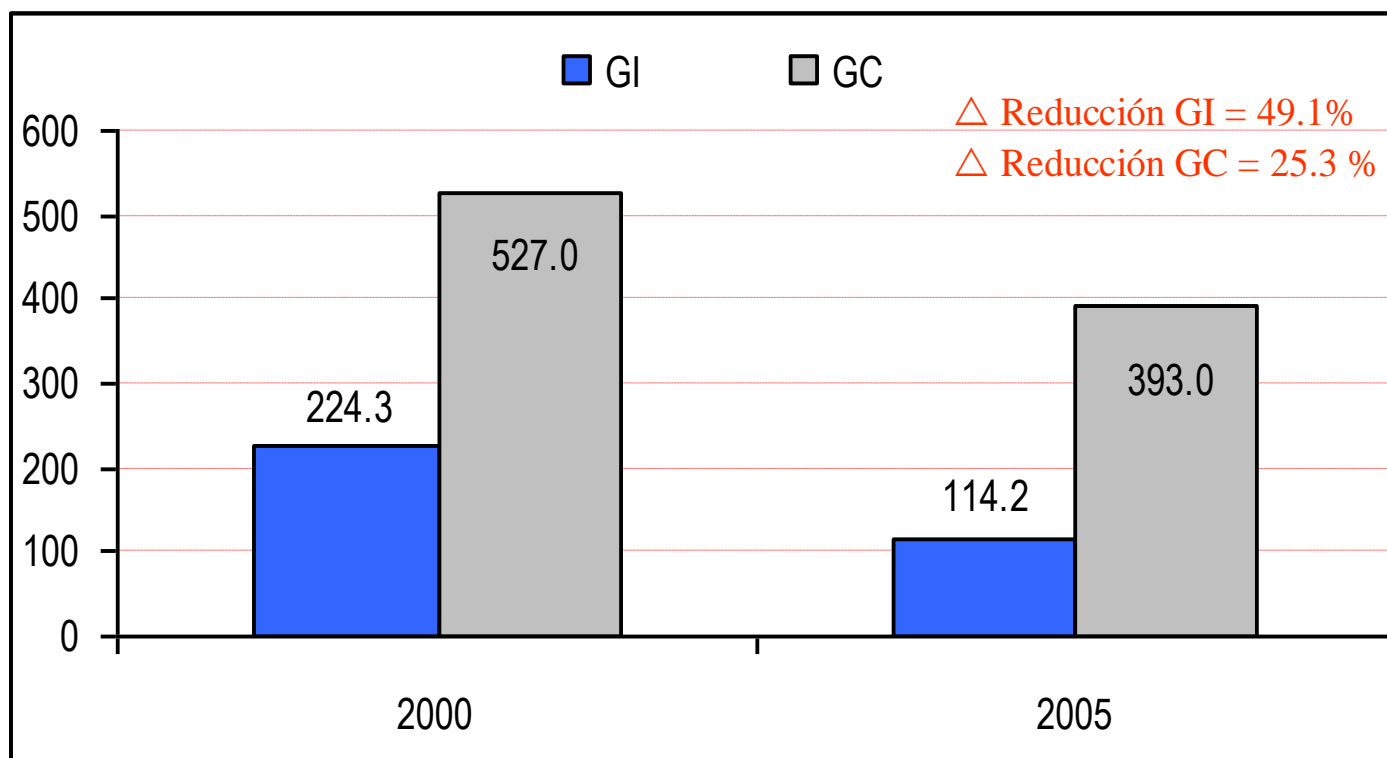


Fuente: Evaluación femme 2006

Impacto en la Reducción de la Mortalidad Materna



Cambios en la RMM notificada ajustada: GI vs GC (2000-2005)

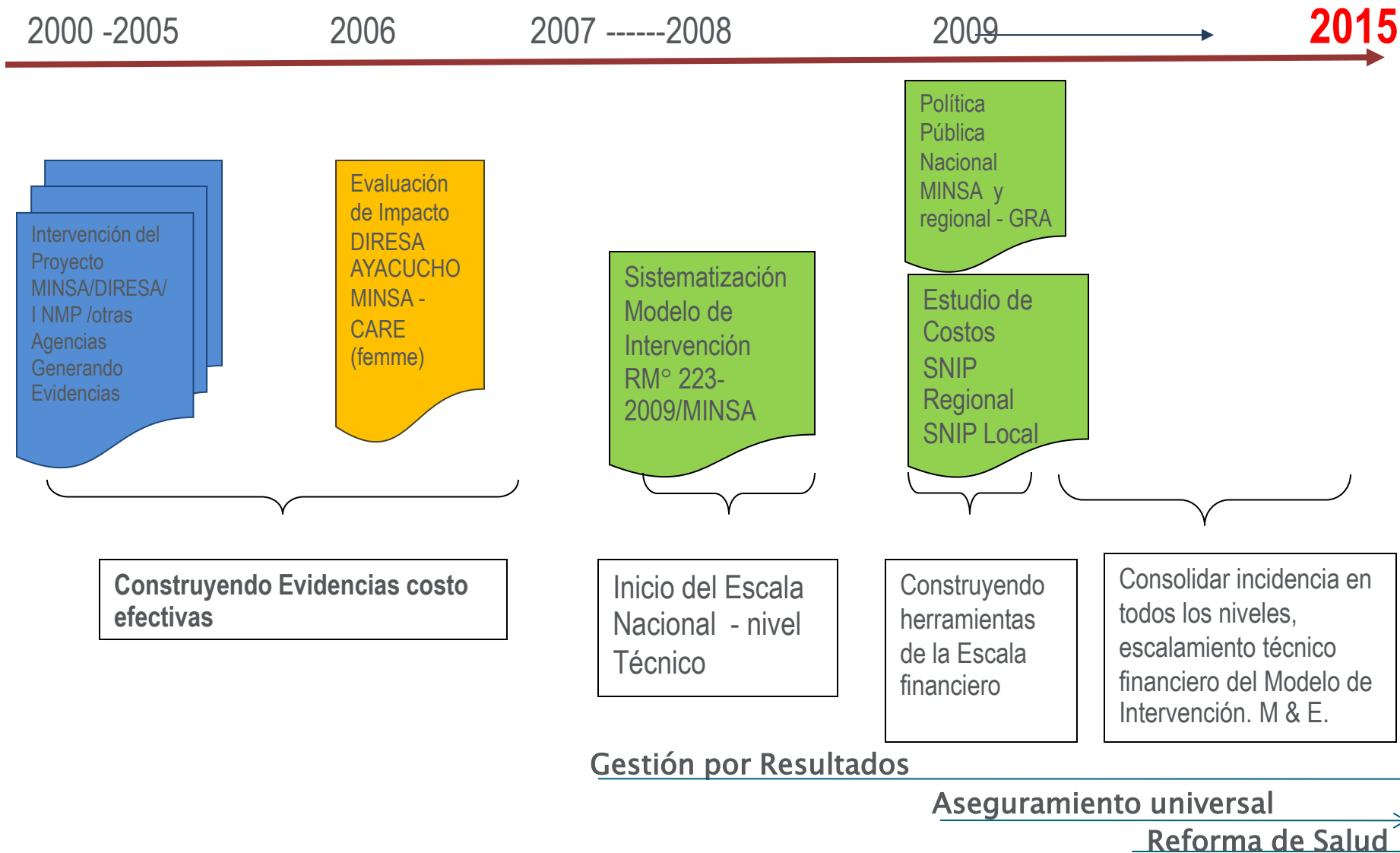


RMM notificada = [(N° MM notificadas) / (Población total x TB Natalidad rural) x 100,000] * [tasa de sub registro de mortalidad]

Fuente: Evaluación femme 2006

CONTRIBUCIÓN A LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN EL PERU. CARE PERU. (FEMME)

Plan Nacional Estratégico de Reducción de la Mortalidad Materna y perinatal 2009 – 2015.



PUBLICACIONES QUE SUSTENTAN LAS EVIDENCIAS DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA REGIÓN AYACUCHO:



http://www.care.org.pe/programas/salud/salud4_4.htm

Video – Sistematización de la Intervención en el Proyecto FEMME. DIRESA Ayacucho /CARE 2004.

Guías Clínicas de manejo de emergencias obstétricas región Ayacucho 2002 y versión 2004.

Guías de Clínicas de atención de las emergencias obstétricas y neonatales según niveles de capacidad resolutive. MINSA.2006.

Reconocimiento de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia – FIGO al Hospital regional de Ayacucho por acercar los servicios obstétricos de emergencia en el 2004.

Primer Premio Sarah Faith 2004. C.S. Chungui – Micro Red Chungui. Provincia La Mar. Por los esfuerzos distinguidos de salvar vidas con la participación de la comunidad.

Evaluación de 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.

VOCES DEL PUEBLO: Mejorando Vidas por medio de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de CARE. El Proyecto FEMME en Perú. Asocio para Mejorar la Salud. N° 2 / mayo 2007. Serie de publicación auspiciado por USAID – CARE – AMMD de la Universidad de Columbia).

Buenas prácticas – Publicación CARE.

Visita de Cristhy T – publicaciones diarios de circulación nacional.

Artículo Lynn Fredman – Evento EducaSalud Lima.

Estudio de casos con relación a las buenas prácticas de los servicios de salud. Equipo de trabajo personal de salud del Hospital de Ayacucho.

Certificado de reconocimiento del MINSA a los profesionales de Ayacucho como facilitadores nacionales.

Incluir los Links de los videos de P. Borges de Ayacucho.

CONCLUSIONES



“Sin voluntad política y un compromiso firme con la población, la salud reproductiva y las cuestiones de género, es improbable que se cumplan los objetivos y las metas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de la Cumbre del Milenio” (ONU, 2009).

Desde un enfoque género la mortalidad y la morbilidad maternas basado en los derechos humanos requiere destruir una amplia variedad de “patologías del poder” que marginan sistemáticamente a las mujeres y sus necesidades sanitarias.

DDHH: La mortalidad materna no es principalmente un problema médico; es fundamentalmente un problema social y un problema de voluntad política a nivel local, federal, nacional e internacional.

La razón por la cual cientos de miles de mujeres y niñas mueren todos los años no es que no sepamos cómo salvarlas. Las mujeres siguen muriendo en cantidades masivas en todo el mundo porque no se valora la vida de las mujeres, porque sus voces no son escuchadas, porque son discriminadas y excluidas dentro de sus hogares y sus comunidades, y por sistemas de salud que no dan prioridad a sus necesidades.

- ✓ Asegurar la inclusión en la salud materna y neonatal, reduciendo brechas
- ✓ Garantizar una mejor gestión pública y presupuesto y asegurar recursos suficientes para mejorar la salud materna neonatal
- ✓ Implementación de las estrategias reconocidas para reducir MMN.
- ✓ Participación ciudadana y diálogo democrático en la esfera local, regional y nacional
- ✓ Promoción de la Rendición de Cuentas en Salud desde el nivel local
- ✓ Reducir el embarazo en adolescentes



Gracias

