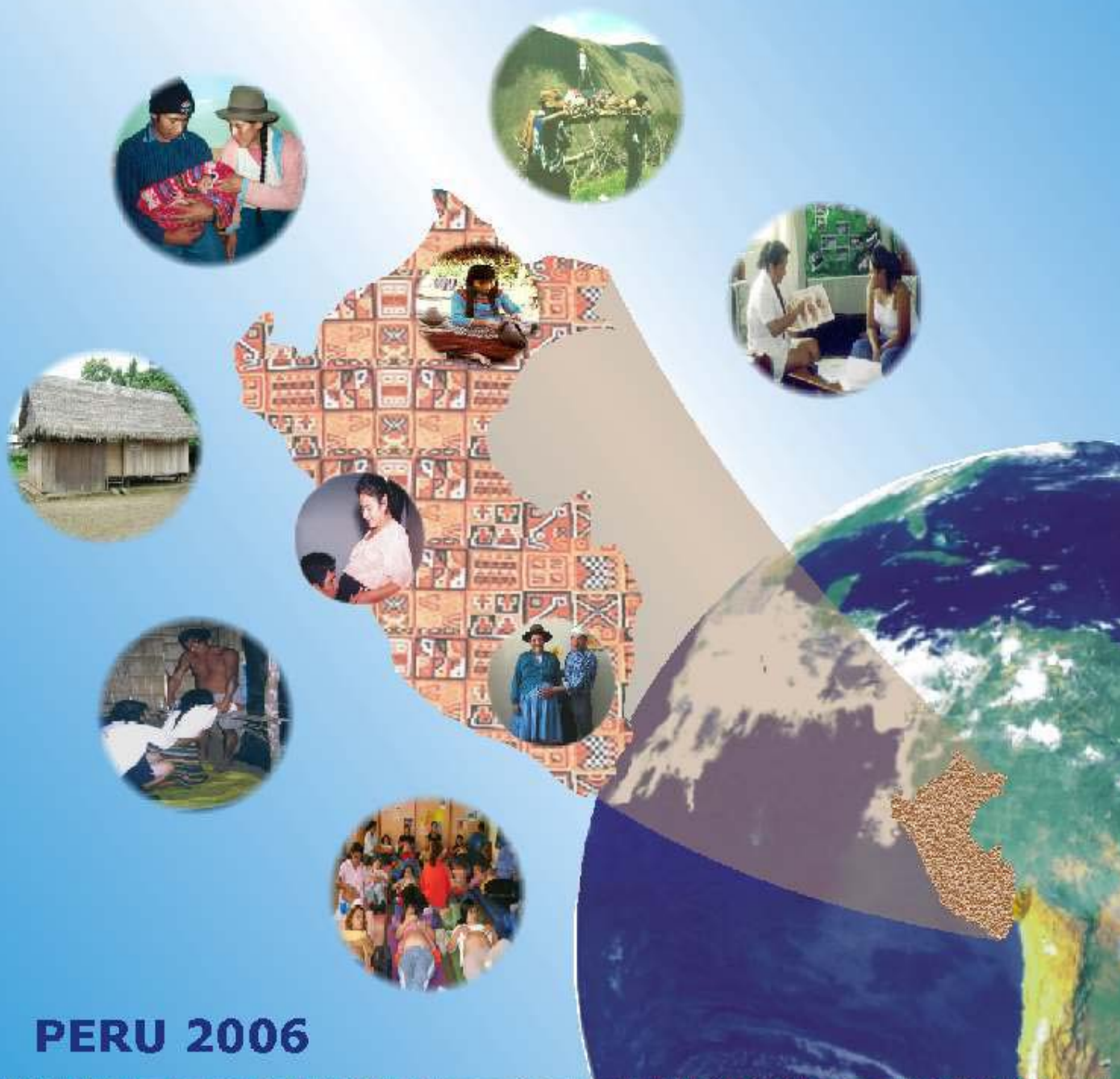




AVANZANDO HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA EN EL PERÚ:

DERECHO DE TODAS LAS MUJERES



PERU 2006



AVANZANDO HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA EN EL PERÚ: DERECHO DE TODAS LAS MUJERES

2006



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Avanzando hacia la maternidad segura en el Perú: un derecho de todas las mujeres / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2006
92 p.; illus.

MORTALIDAD MATERNA, tend / SERVICIOS DE SALUD MATERNA, normas / PLANIFICACION FAMILIAR / DIVERSIDAD CULTURAL / CASAS DE SALUD, org / ESTRATEGIAS NACIONALES / COOPERACION INTERNACIONAL / PERU

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No.: 2006-6001

©MINSA 2006

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801 - Jesús María, Lima - Perú
Teléfono: (51-1) 315-6600
<http://www.minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe

Primera Edición, Julio 2006
Tiraje: 1,000 ejemplares

Impreso en los Talleres de
HILMART S.A.
Telf.: 288-0366 Telefax: 287-5146
hilmart_sa@infonegocio.net.pe
hilmartsa@yahoo.es
Lima 42 - Perú




ÍNDICE

RELACIÓN DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	5
PRESENTACIÓN	11
RESÚMEN EJECUTIVO	13
I. ANTECEDENTES:	19
1.1. Situación de la Salud Materna	
1.2. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	
1.3. Reducción de la Mortalidad Materna como Objetivo de las Metas del Milenio	
II. MEJORANDO LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA:	27
2.1. Capacidad resolutive	
2.2. Funciones Obstetricias Neonatales (FON)	
2.3. Sistema Informático Perinatal (SIP 2000)	
2.4. Estándares e indicadores de la mejora continua de la calidad en la atención materna perinatal	
2.5. Estandarización del Manejo de Emergencias Obstétricas: Claves Roja, Azul y Amarilla	
2.6. Estandarización de habilidades y competencias: una alternativa para fortalecer la calidad de atención materno perinatal	
2.7. Normatividad	
III. MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO:	43
3.1. Casas de Espera	
3.2. Plan de Parto	
3.3. Mapeo y Radar de Gestantes y Púérperas	
IV. MEJORANDO LA ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA:	55
4.1. Adecuación Cultural de los Servicios de Salud	
4.2. Atención del Parto en Posición Vertical	
4.3. Implicancias y retos pendientes de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural	
V. AYUDANDO A LAS PERSONAS A LOGRAR SUS IDEALES REPRODUCTIVOS:	63
5.1. Mejorando las Competencias de los Proveedores de Salud	
5.2. Garantizando la disponibilidad de Medicamentos e Insumos Anticonceptivos	
5.3. Implementación de la Anticoncepción Oral de Emergencia	
5.4. Orientando a las/os Usuarios en Salud Sexual y Reproductiva	
5.5. Garantizando los niveles de seguridad y calidad para la oferta de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria	

VI.	ENFRENTANDO LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD	71
6.1.	Atención de la VBG desde los Servicios de Salud	
6.2.	Acciones e Iniciativas de la ESNSSR para enfrentar la VBG	
VII.	SUMANDO ESFUERZOS POR LA MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA	77
7.1.	El rol de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG)	
7.2.	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSalud)	
7.3.	Contribución de las Agencias Cooperantes	
VIII.	LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFÍOS	87
IX.	BIBLIOGRAFÍA	91

RELACIÓN DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AISPED	Equipos Itinerantes de Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
AOE	Anticoncepción Oral de Emergencia
BPA	Buenas Prácticas de Almacenamiento
CARE	Cooperative for American Relief Everywhere Inc.
CDC	Centros de Desarrollo de Competencia
CCMM	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)
CEDAW	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de discriminación contra la Mujer/NUU (1979), conocida también como Convención de la Mujer
CERD	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial/NUU /(1965)
CIAEF	Comisión Interministerial de Asuntos Económicos y Financieros
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)
CIPSEVCM	Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer/OEA (1994), conocida también como Convención de Belem do Pará
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CMDH	Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993)
CMDS	Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995)
CORDIPLAN	Comisión Nacional de Coordinación de Políticas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva
DAIA	Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DER	Diagnóstico, Estabilización y Referencia
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DISA	Dirección de Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos/NUU (1948)
EES	Establecimientos de Salud
ELITES	Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud
EMO	Emergencias médicas obstétricas
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y reproductiva
ENDES	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FEMME	Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencias
FIGO	Federación Internacional de Gineco Obstetricia
FONE	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
FONB	Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas
FONP	Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias
FONI	Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas
GI	Grupo de Intervención
GC	Grupo de Control
IDREH	Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
INMP	Instituto Nacional Materno Perinatal
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MINSA	Ministerio de Salud
MS	Maternidad Segura
MM	Muerte Materna



OMS	Organización Mundial de la Salud
ODM	Objetivos del Nuevo Milenio
OGCI	Oficina General de Cooperación Internacional
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDCP	Pacto de Derechos Civiles y Políticos/NNUU (1966)
PDESC	Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales/NNUU (1966)
PNSRPF	Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1996-2000)
PQRR	Prevención Quirúrgica de Riesgo Reproductivo
PROMUDEH	Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano
RMM	Razón de la Mortalidad Materna
RN	Recién Nacido
SIP	Sistema Informático Perinatal
SIS	Seguro Integral de Salud
SNCDS	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud
SISMED	Sistema de Medicamentos
RNPS	Red Nacional de Promoción de la Salud
RMM	Razón de Muerte Materna
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia Interamericana de Desarrollo de los Estados Unidos
VBG	Violencia Basada en Género



DR. ALEJANDRO TOLEDO MANRIQUE

Presidente del Perú

DRA. PILAR MAZZETTI SOLER

Ministra de Salud

DR. JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA

Viceministro de Salud

DR. LUIS ENRIQUE PODESTÁ GAVILANO

Director General de Salud de las Personas

DRA. ISABEL CHAW ORTEGA

Directora de Calidad en Salud

DRA. LUCY DEL CARPIO ANCAYA

Coordinadora Nacional

Estrategia Sanitaria Nacional

de Salud Sexual y Reproductiva

Equipo Técnico de la Estrategia

Dra. Raquel Hurtado La Rosa

Lic. Carmen Julia Carpio Becerra

Lic. Carmen Mayurí Morón

Lic. Marysol Campos Fanola

Apoyo Secretarial

Sra. Cecibel Granda Calagua



EQUIPO EDITOR

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano

Dra. Lucy del Carpio Ancaya

Dra. Maria Angela Caveró Romaña

Dra. Luz Loo Palomino

EQUIPO REDACTOR

Dra. Lucy del Carpio Ancaya

Dra. Raquel Hurtado La Rosa

Obst. Carmen Julia Carpio Becerra

Obst. Marysol Campos Fanola

Obst. Carmen Mayurí Morón



AGRADECIMIENTOS

Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Calidad en Salud
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Atención Integral de Salud
Dirección de Gestión Sanitaria
Direcciones de línea del Ministerio de Salud
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Instituto de Salud Reproductiva
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
UNICEF en el Perú
Pathfinder International
USAID
CARE
JICA
INPPARES
Colegio Médico del Perú
Colegio de Obstetrices del Perú
Defensoría del Pueblo
ONG PROMSEX
ONG MANUELA RAMOS
ONG FLORA TRISTAN
POLICY
Mesa de Vigilancia Ciudadana de los Derechos Sexuales y Reproductivos
Instituto Nacional Materno Perinatal
Organización Panamericana de la Salud filial Perú
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSalud)
Universidades
Directores Regionales de Salud
Directores de Hospitales
Coordinadores Regionales de Salud Sexual y Reproductiva



PRESENTACIÓN

La maternidad es un período privilegiado en la vida de la mujer pues enfrenta riesgos que no pueden ser prevenidos pero si evitados. Por lo tanto, la maternidad sin riesgos es un indicador del nivel de desarrollo humano y se constituye en un reto y un compromiso que es posible alcanzar con el esfuerzo articulado de los gobiernos, la sociedad civil, los sectores sociales y económicos, las comunidades científicas, los trabajadores de salud, las familias y las mujeres y hombres conscientes de su responsabilidad biopsicosocial con el futuro.

La iniciativa por la Maternidad Segura es el propósito fundamental del “Plan para Reducir la Mortalidad Materna” liderado por el Ministerio de Salud, cuyo objetivo principal es desarrollar acciones para mejorar la calidad de la atención prenatal y del parto institucional que se ofrece desde los establecimientos de salud. Esta iniciativa se basa en el principio de la atención integral y holística, que considera a la persona en su real dimensión, respeta su cultura, valora sus costumbres y toma en cuenta los ámbitos donde se desenvuelve, como son los espacios educativos, familiares y comunitarios.

Se reconocen dos condiciones para promover la Maternidad Segura a través de los derechos humanos: que la mortalidad materna evitable sea reconocida como un derecho de todas las mujeres y que los países sean capaces de reconocerla como un problema de salud pública de magnitud considerable.

Actualmente el abordaje de la Mortalidad Materna en el Ministerio de Salud es a través de tres enfoques: derechos humanos, equidad de género e interculturalidad.


Desde el enfoque de los derechos humanos, se debe respetar el derecho de las mujeres: a la vida, a la salud, a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, a la maternidad segura y a no ser discriminada por cuestiones de género.

Desde el enfoque de género, la subordinación de la mujer en el espacio familiar es determinante para la demora en la toma de decisión y la solicitud tardía de atención en los establecimientos.

Finalmente, desde el enfoque de la interculturalidad, existen barreras no sólo geográficas y económicas, sino culturales que tienen que ver con idioma, valores, el desencuentro del modelo de salud biomédico occidental, la cosmovisión de la salud y enfermedad de las poblaciones indígenas y rurales, la ética, la igualdad y la no discriminación por edad, raza, condición económica, social o género, los cuales son factores a tener en cuenta para garantizar la Maternidad Segura.

El presente documento presenta la información más relevante en cuanto a los avances en el mejoramiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud para la atención de la salud materna; así como en el incremento de la demanda del parto institucional tal como se demuestra a través de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDES) que reporta un incremento de 59% (ENDES 2000) a 70.1% (ENDES 2004-2005). La atención del parto por personal de salud para el área rural ha reportado un incremento importante del 24% al 42.9% (ENDES 2000-2005). Este avance se logró impulsando diversas estrategias como: el Seguro Integral de Salud, fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos (capacitación de los recursos humanos, infraestructura, equipamiento, dotación de medicamentos e insumos, etc.), atención del parto vertical con adecuación intercultural, implementación de las casas de espera, involucramiento de la comunidad, entre otras.

Desde el contexto internacional y en función de los compromisos asumidos por el Estado para la reducción de la Mortalidad Materna, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) plantearon el reto de disminuir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y el año 2015.



Por lo tanto, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR) de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), con el objetivo de mantener la prioridad del tema de la Maternidad Segura en la agenda de salud pública y considerando las lecciones aprendidas de las estrategias exitosas en el incremento del parto institucional, propone continuar articulando esfuerzos y la inversión en intervenciones que garanticen la disponibilidad de los servicios en salud materno infantil, teniendo en cuenta la accesibilidad y la aceptabilidad de la atención del parto con calidad y adecuado culturalmente a las necesidades de todas las mujeres del país.

Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud

RESÚMEN EJECUTIVO

Avanzando hacia una Maternidad Segura en el Perú: Derecho de todas las Mujeres, reconociendo la importancia del uso de evidencias para la toma de decisiones, presenta un resumen sistematizado de las principales acciones realizadas en los últimos años a favor de la Maternidad Segura desde el Ministerio de Salud, con la participación de todos los actores sociales involucrados y comprometidos en la salud materna.

Desde los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad, la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Salud de la Personas pone a disposición de las organizaciones del gobierno, la sociedad civil, las agencias cooperantes y otras entidades o grupos interesados en la salud materna, la información más relevante sobre los avances y retos pendientes en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, con el fin de mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres peruanas en general.

En el contexto de la situación de salud materna en el Perú, persisten los principales problemas de salud sexual y reproductiva como: la mortalidad materna y perinatal, el embarazo no deseado, el aborto, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la violencia basada en género, el cáncer de cuello uterino y mamario.

La mortalidad materna, es un problema de salud pública así como de desarrollo y si bien la Razón de Mortalidad Materna (RMM) promedio disminuyó en los últimos años en un 30%, continúa siendo elevada en América Latina: 185 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos (ENDES 2000), cifra que esconde grandes disparidades vinculadas con variables socioeconómicas (pobreza, nivel educativo, área de residencia, etnia, entre otros). Actualmente no se cuenta con una cifra comparable de la RMM, por cambios recientes en la forma de medición a través de la ENDES. Las cifras epidemiológicas evidencian que la RMM habría disminuido a 160 por 100,000 n.v. para el 2005. Las causas de muerte materna no se modificaron significativamente en los últimos años, continúan siendo en su gran mayoría complicaciones no predecibles, pero sí tratables, del embarazo, parto y puerperio inmediato, siendo la primera causa directa la hemorragia con un 55%, seguida de la hipertensión inducida por el embarazo con un 31 %, el aborto con un 9 % y la infección con un 5 %.

En este contexto, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva planteó como propósito mejorar la salud sexual y reproductiva de la población peruana, concentrando el mayor esfuerzo en la reducción de las tasas de mortalidad materna y perinatal a través de las siguientes líneas de intervención:

- Mejorar la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la atención prenatal reenforcada y a la atención institucional calificada del parto y del recién nacido, haciendo uso de la adecuación cultural;
- Ayudar a las personas a lograr sus ideales reproductivos;
- Mejorar la atención integral del aborto incompleto y reducir la tasa de aborto inducido;
- Mejorar la salud reproductiva en adolescentes.

Los principales logros del Plan General de la ESNSSR 2004-2006 han sido:


- Priorización de la reducción de la mortalidad materna en el Plan General de la ESNSSR 2004-2006 y abogacía para mantener el tema en la agenda política de salud.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud a nivel nacional (implementación de las claves, capacitación, infraestructura, equipamiento, etc.).
- Incremento del parto institucional del 58% (ENDES 2000) al 70.9% (ENDES 2004-2005), siendo más evidente en el área rural, del 24% (ENDES 2000) al 42.9% (ENDES 2004-2005), significando un incremento del 83% a través de las siguientes estrategias:

- Disminución de las barreras económicas mediante el Seguro Integral de Salud, al permitir el acceso de mayor número de mujeres de los quintiles I y II en situación de pobreza a la gratuidad del servicio de salud (55.6% del total de afiliadas al SIS);
- Disminución de las barreras geográficas a través de la implementación de 337 Casas de Espera para el alojamiento de la gestante antes y después del parto; y
- Sensibilización de las barreras culturales a través de la Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, modalidad de atención que viene siendo practicada en los establecimientos de salud de las regiones que atienden poblaciones rurales (Cajamarca, Cusco, Amazonas, Apurímac, Huánuco, Huancavelica, San Martín, Ayacucho, Puno, entre otras).
- Fortalecimiento de la vigilancia de la Mortalidad Materna.
- Participación activa y permanente en la elaboración de los Acuerdos de Gestión para incluir en la agenda de los Gobiernos Regionales la reducción de la mortalidad materna como prioridad.
- Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Adicionalmente, se ha incrementado el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna antes y después del parto, como se demuestra en las cifras obtenidas en la ENDES: atención prenatal del 84% (ENDES 2000) al 90.1% (ENDES 2004-2005) y atención durante el puerperio del 32% (ENDES 2000) al 37.8% (ENDES 2004-2005).

Los principales temas priorizados para seguir avanzando hacia la Maternidad Segura, son:

- Continuar las actividades propuestas para el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención de la salud materna, facilitando el acceso de las mujeres a la atención del parto con adecuación intercultural y garantizando la capacidad resolutoria de los establecimientos en la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales.
- Garantizar la difusión e implementación de la normatividad vigente a nivel nacional: Guías Nacionales de la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, Norma Técnica de Planificación Familiar, Norma Técnica para la Atención del Parto vertical con adecuación intercultural, Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de salud, Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Guía Técnica: Guías de práctica clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales según niveles de Capacidad Resolutoria, el Reglamento de funcionamiento de los Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal y el Reglamento de la Ley de Promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Continuar con las estrategias de adecuación cultural de los establecimientos de salud materna y la promoción de la oferta del parto vertical a nivel nacional, con el fin de mantener la demanda del parto institucional.
- Consolidar la institucionalización de la estrategia de la Casa de Espera como una experiencia exitosa para enfrentar la barrera de la accesibilidad geográfica para la atención del parto en los establecimientos de salud.
- Continuar con la capacitación del personal de salud en la atención del parto vertical, según estandarización oficializada en la Norma de Parto Vertical con Adecuación Intercultural, con el fin de garantizar la calidad de la atención en el marco de los derechos humanos y con enfoque de interculturalidad.
- Mantener la disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos modernos, efectivos y aceptables culturalmente, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia, a nivel nacional con el fin de garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, sin ningún factor de discriminación. Tener especial atención en los servicios diferenciados para las y los adolescentes y las mujeres del ámbito rural.

- 
- Continuar con las actividades de sensibilización y capacitación del personal de salud para la identificación de los casos de violencia basada en género y la oferta de una atención efectiva y oportuna a nivel nacional.

Finalmente se proponen las siguientes recomendaciones:

- Mantener la prioridad del tema de la Maternidad Segura en la agenda de salud pública con el fin de continuar con los esfuerzos y la inversión en las estrategias exitosas desarrolladas para garantizar el parto institucional y una adecuada atención al recién nacido; mejorando la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en la atención de la salud materna y neonatal.
- Promover la inclusión en la currícula universitaria de los profesionales de la salud y ciencias sociales los temas de derechos humanos, género e interculturalidad para la atención de la salud sexual y salud reproductiva, como la enseñanza de la atención del parto vertical, las aproximaciones fisiológicas, antropológicas y éticas, entre otras.
- Garantizar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos modernos, incluyendo la AOE a nivel nacional, en un marco de entrega de los servicios de planificación familiar que garanticen la calidad y la aceptabilidad sin ningún factor de discriminación (sexo, género, edad o condición social y económica).
- Continuar con la difusión e implementación de la normatividad vigente.

Con esta publicación ponemos a disposición la información más relevante con relación a la Salud Materna para sensibilizar a las personas que toman decisiones, así como a la sociedad en general respecto a la necesidad de continuar sumando esfuerzos para garantizar la maternidad segura en el Perú.

LUIS ENRIQUE PODESTÁ GAVILANO
Director General
Dirección General de Salud de las Personas



CAPÍTULO I

ANTECEDENTES





I. ANTECEDENTES

1.1.- Situación de la Salud Sexual y Reproductiva:

La salud sexual y la salud reproductiva son conceptos íntimamente relacionados e interdependientes. Desde esta perspectiva, la salud sexual y reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

En términos generales los problemas de salud sexual y reproductiva son comunes a todas las etapas del ciclo vital, pero tienen diferentes magnitudes e implicancias en cada una de éstas. Otra característica de estos problemas es que las consecuencias de los mismos, se manifiestan en etapas posteriores del ciclo de vida e influyen significativamente en el desarrollo y calidad de vida, no sólo de la persona como individuo sino también de su familia y de la comunidad a la que pertenece. Así, las infecciones de transmisión sexual adquiridas en la adolescencia, que no recibieron el tratamiento adecuado en el momento oportuno, pueden en la edad adulta, ser causa de infertilidad; o la mala nutrición de una niña durante la infancia puede retardar el crecimiento y puede ser causante, en la edad adulta, de parto obstruido.

Entre los principales problemas de salud sexual y reproductiva en nuestro país, se incluyen: la mortalidad materna y perinatal, el embarazo no deseado y aborto, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la violencia basada en género, el cáncer ginecológico, sin que esto signifique que no hayan otros componentes de la salud reproductiva que requieran atención.

Mortalidad Materna:

En el periodo 1990-2000 la RMM ha disminuido en 30%. La RMM estimada a nivel nacional por ENDES 1996 fue de 265 por cien mil nacidos vivos y en el 2000 fue de 185 por cien mil nacidos vivos. Actualmente aún no se cuenta con una muestra suficiente a través de la ENDES, que permita conocer el valor de este indicador, y por lo tanto la tendencia de variación de la mortalidad materna. Sin embargo contamos con la cifra registrada por la DGE del MINSA que reporta un valor para la mortalidad materna de 160 x 100,000 nacidos vivos, que si bien no es comparable con la cifra reportada por la ENDES, nos revela una tendencia a la disminución de este indicador.

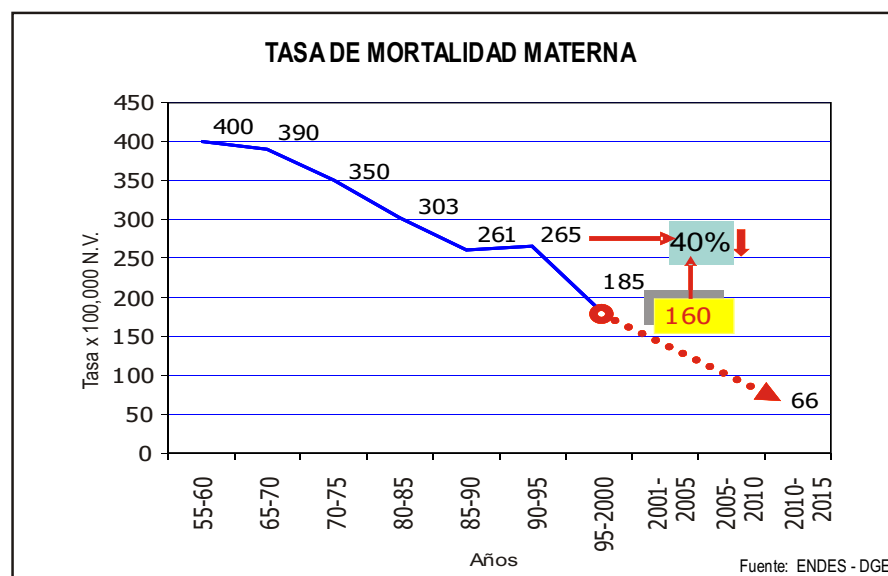
Así mismo contamos con indicadores de proceso, como son la tasa de letalidad para la atención de las emergencias obstétricas, el índice de cesáreas y la disponibilidad de los establecimientos con FONB y FONE, que dan cuenta de los avances, pertinencia y oportunidad de las estrategias implementadas para mejorar la salud materna.

En general, las mujeres continúan falleciendo por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, derivadas de hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones, aborto y parto obstruido. Es importante resaltar que la mujer está en riesgo durante todo el embarazo, riesgo que se acumula durante su vida reproductiva cada vez que se embaraza. Muchas de las mujeres que sufren complicaciones obstétricas y que logran sobrevivir, padecen serias dolencias en su función sexual y reproductiva y además padecen serias complicaciones de carácter social y familiar.

El fortalecimiento de los cuidados obstétricos de emergencia y la atención prenatal con nuevo enfoque, iniciativas articuladas con los esfuerzos de otros actores sociales de la sociedad civil, han mostrado, logros importantes en el cumplimiento de los objetivos del Programa de Acción de la CIPD y de una de la Metas del Milenio. Es importante precisar que las intervenciones que reducen las muertes maternas, reducen también la morbilidad de las mujeres;

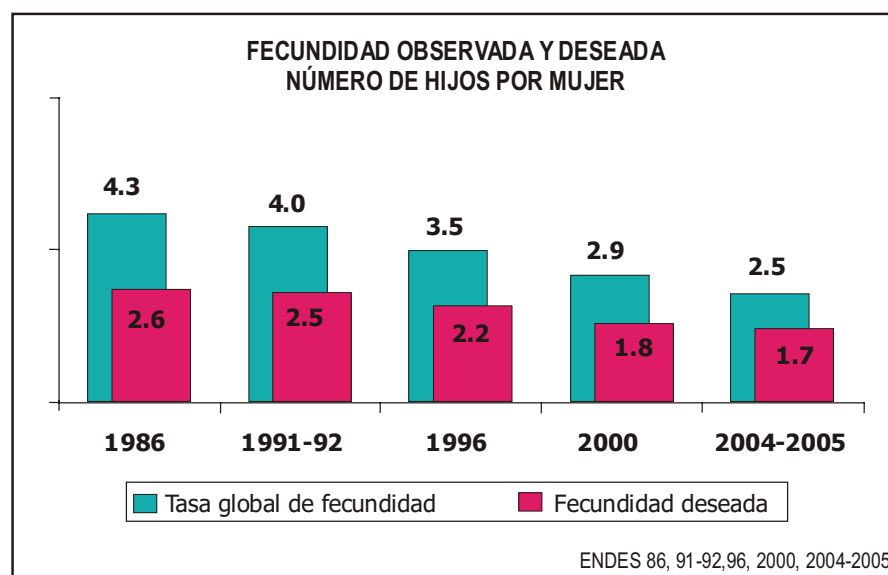
así como la morbilidad perinatal e infantil.

En el periodo 1990-2005 la Tasa de Mortalidad Materna habría disminuido en 40%, cifra que muestra una tendencia de disminución lenta para lograr la meta propuesta de reducir a tres cuartas partes equivalente a 66 muertes maternas x 100,000 Nacidos Vivos, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).



Planificación Familiar:

La Planificación Familiar es una estrategia fundamental en el logro de la reducción de la mortalidad materna. En países en donde la fecundidad es baja, las tasas de muerte materna son igualmente bajas, y éstas aumentan en la medida que la fecundidad aumenta, por el reconocido riesgo acumulativo que ocurre durante la vida reproductiva. En el Perú en los dos últimos años se han fortalecido las actividades de planificación familiar asegurando la oferta de toda la gama de métodos anticonceptivos, a fin de que las usuarias tengan la capacidad de elegir libre e informadamente el método que ellas requieran.



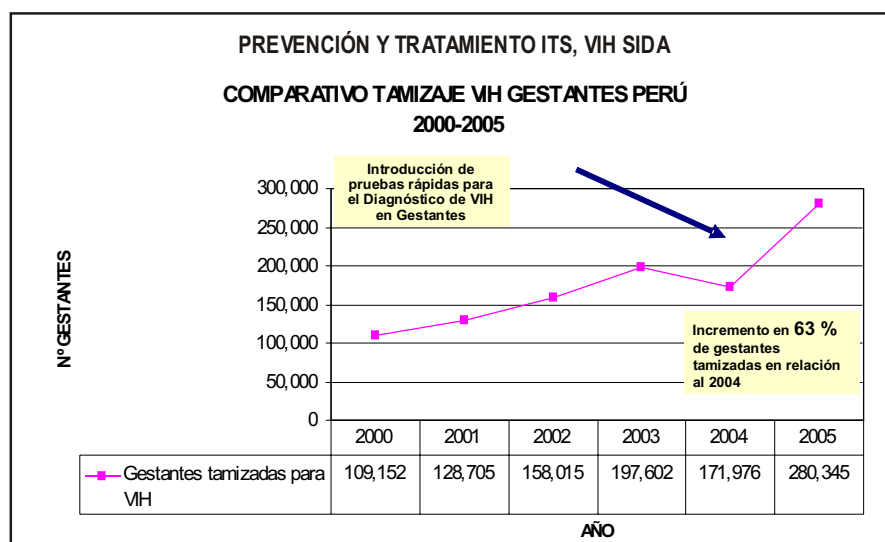
En la última década se ha evidenciado una disminución de la brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad observada, que ha variado de 1.8/2.9 según la ENDES 2000 a 1.7/2.5 según la ENDES 2004 - 2005, lo cual demuestra una reducción de la demanda insatisfecha de Servicios de Planificación Familiar en las mujeres y disminuyó de 12% (ENDES 2000) al 10% (ENDES 2004-2005). Estos porcentajes se incrementarían significativamente si se considera como parte de la demanda insatisfecha a aquellas mujeres que deseando limitar el tamaño de sus familias, están usando métodos poco efectivos de planificación familiar. Igualmente, se debe señalar que estos promedios nacionales esconden grandes diferencias al interior del país y entre estratos socioeconómicos.

Infecciones de Transmisión Sexual incluido VIH/SIDA:

La prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres de 15 a 49 años revela que por lo menos una de cada cinco mujeres ha tenido síntomas compatibles con infección de transmisión sexual. Entre los 25 y los 39 años el porcentaje es más alto, en función de la mayor actividad sexual y reproductiva de este grupo de edad. Varios factores influyen en este hallazgo, por un lado las ITS pueden dar poca sintomatología, lo que dificulta el diagnóstico. Por otro lado, las ITS están asociadas con frecuencia a trastornos de la micción, que pueden enmascararlas. Finalmente el estigma que significa la aceptación de este tipo de infecciones puede también explicar el alto nivel de subregistro.

No hay información disponible similar para el caso de los hombres, siendo de vital importancia el conocer el nivel de prevalencia de estas enfermedades en ellos, porque son los más expuestos a conductas de riesgo, por la promiscuidad, el bajo uso de condón como medida profiláctica y porque son los principales transmisores de estas infecciones a su pareja. El caso específico del SIDA por ejemplo, ha puesto de manifiesto la falta de capacidad de negociación de las mujeres en el ámbito sexual, la falta de prevención y autocontrol masculino, así como la bisexualidad negada por muchos de ellos. Así como existe una proporción creciente en mujeres, la infección es cada vez más frecuente en gente joven.

El VIH se puede transmitir por otras vías, sin embargo, la transmisión sexual es la predominante (95% en el Perú). Desde 1983 en que apareciera el primer caso de SIDA a la fecha, la relación hombre/mujer se ha acortado de 23/1 a 3/1. Se calcula además, que la sero prevalencia de VIH en la población general es 0.3%. Cabe señalar que las mujeres atacadas por el virus, pueden ser agentes de transmisión vertical hacia los niños que gestan en un 30%, disminuyendo este porcentaje al 8% si se aplica el protocolo de prevención de la transmisión vertical.



El Seguro Integral de Salud (SIS) y la ley 28243 (ley que amplía y modifica la ley 26626) que asegura el tamizaje a todas las gestantes previa orientación y consejería, ha permitido su incremento en un 63%, debido a la provisión de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH en gestantes.

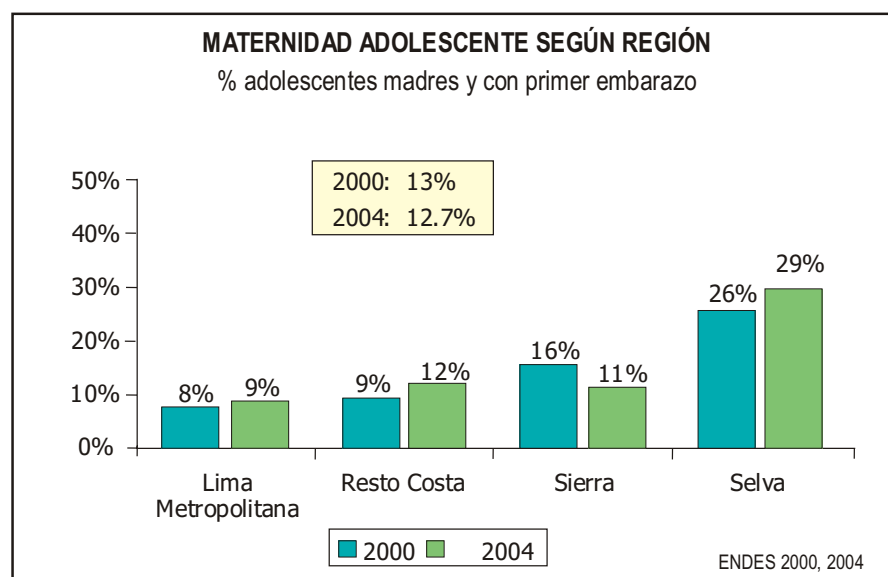
¹Hurtado, R. Perfil de Salud de las Mujeres y Hombres del Perú, Lima, Junio 2006. OPS, MINSA

²De Keijzer, B. 1992

Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes:

Con respecto a las adolescentes la encuesta ENDES Continua 2004-2005 reporta que el 12.7% de las adolescentes de 15 a 19 años son madres o están gestando por primera vez (11% y 2% respectivamente). Estos valores son más elevados en el área rural y selva, así como en las adolescentes con menor nivel educativo.

Los embarazos en adolescentes, generalmente, no son intencionados y se dan en parejas que no han iniciado vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual.



Violencia contra la mujer

La violencia basada en género (VBG) constituye un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico, o muerte, siendo las mujeres las víctimas en mayor porcentaje de este problema, reconocido actualmente como un problema de salud pública, expresión de la inequidad basada en género y de la situación de subordinación de la mujer.

La VBG es tan frecuente que ocurre en más del 50% de las mujeres peruanas en edad reproductiva. Entre las mujeres que acuden a los servicios de salud se ha encontrado igualmente una alta frecuencia y sus efectos perjudiciales han sido demostrados sobre la salud física, la salud mental y la salud reproductiva. Analizando las consecuencias de la VBG sobre la salud reproductiva se encuentra que está vinculada al dolor pélvico crónico, a la mayor frecuencia de ITS, a embarazos no deseados; así como al aborto espontáneo e inducido, parto prematuro, niños de bajo peso y cuadros de preeclampsia; en consecuencia afecta a las mujeres y a sus vástagos.

1.2.-Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, se crea a partir de la R.M. N° 771-2004, el 27 de julio de 2004, en consideración del artículo 5° de la Ley No 27657 del Ministerio de Salud, que establece la necesidad de diseñar y normar los procesos organizacionales correspondientes, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales como la cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de la población. Asimismo, responde a la función de la DGSP de institucionalizar las Estrategias Sanitarias Nacionales contempladas en el documento "La Salud Integral: Compromiso de todos - El Modelo de Atención Integral de Salud", como mecanismo necesario para mejorar la gestión sanitaria del Sector mejorando el acceso y la calidad de los servicios de atención materna con adecuación intercultural, ayudar a las personas a lograr sus ideales reproductivos, mejorar la atención integral del aborto incompleto, reducir la tasa de aborto inducido y mejorar la salud reproductiva en adolescentes.

La situación encontrada en julio del 2004 se caracterizó por la falta de presencia y legitimidad del tema de la salud sexual y salud reproductiva.

Las gestiones de los años 2001 a 2003 estuvieron orientadas a diseñar el Modelo de Atención Integral MAIS, desactivando los programas de salud reproductiva, de planificación familiar, de salud materna perinatal y de prevención y control de ITS, VIH/SIDA. Asimismo, se efectuaron cambios estructurales y programáticos que afectaron la ubicación y orientación de las iniciativas que venían operando años atrás en favor de las mujeres y adolescentes, que significaron cambios de enfoque, pérdida de prioridad y límites en cuanto a sus alcances.

El Programa Materno Perinatal, el Programa de Planificación Familiar y el Programa de Salud Escolar y Adolescente fueron integrados al Área Mujer y Adolescente, que estaban comprendidos dentro de la Dirección de Mujer, Niño y Adolescente que formaba parte de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de la Salud de la Dirección General de Salud de las Personas. Consecuentemente, estos programas pierden vigencia y prioridad política, quedando limitados a actividades específicas que son retomadas con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

A partir del año 2003, la nueva gestión del Ministerio de Salud intenta retomar los avances anteriores en el tema de salud reproductiva, asignando las actividades de la salud materna y perinatal a la Etapa de Vida Mujer; planificación familiar y mortalidad materna a la Dirección Sectorial de Atención a la Familia.

Por lo tanto, en el año 2004 se define la salud sexual y reproductiva como una de las prioridades nacionales de salud, reflejado en la creación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que en el organigrama funcional actual depende de la Dirección de Calidad de la DGSP.

El propósito de la ESNSSR es mejorar la salud sexual y reproductiva de la población peruana, el objetivo general es reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, y los objetivos específicos son:

- Mejorar la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la atención prenatal reenfocada y a la atención institucional calificada del parto y del recién nacido, haciendo uso de la adecuación cultural;
- Ayudar a las personas a lograr sus ideales reproductivos;
- Mejorar la atención integral del aborto incompleto y reducir la tasa de aborto inducido;
- Mejorar la salud reproductiva en adolescentes.

La estrategia tiene los siguientes lineamientos: enfoque de género, adopción de nuevos paradigmas en la atención prenatal, del parto y del recién nacido, mejoramiento de la oferta de servicios, intervenciones transversales en todas



las regiones, participación de la sociedad civil y organizaciones comunitarias y compromisos para la sostenibilidad.

Para cumplir con estos objetivos, y reconociendo la existencia de brechas para los indicadores de salud materna, se seleccionaron aquellas regiones con las más altas tasas/razón de mortalidad materna y perinatal: Puno, Cuzco, Huánuco, La libertad, Huancavelica, Cajamarca, Ancash, Piura, Junín, San Martín, Loreto y Ayacucho. Progresivamente se han extendido las mismas actividades a las demás regiones.

1.3.- Reducción de la Mortalidad Materna como Objetivo de Desarrollo del Milenio

Si bien la RMM promedio disminuyó en los últimos años, continúa siendo una de las más altas de América Latina y esconde grandes disparidades vinculadas con variables socioeconómicas (pobreza, nivel educativo, área de residencia y etnia, entre otros). El mayor número de muertes maternas se registraron en las regiones con menor Índice de Desarrollo Humano, mayores cifras en desnutrición, analfabetismo, y mayores índices de pobreza, tales como: Puno, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho, entre otras.

Las causas de muerte materna no se han modificado significativamente en los últimos años y continúan siendo, en su gran mayoría, complicaciones no predecibles, pero sí tratables, del embarazo, parto y puerperio inmediato.

Desafíos en el cumplimiento de las metas

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) plantean el reto de mejorar la salud materna con una disminución de la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y el año 2015.

El compromiso de la reducción de la mortalidad materna supone tomar en consideración las cifras e indicadores cuantitativos como son las tasas de Mortalidad Materna o el porcentaje de partos atendidos por personal calificado; pero desde el enfoque de género y de derechos humanos también se debe tomar en cuenta indicadores adicionales tales como: el estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva, la autonomía para la toma de decisiones, la fecundidad deseada vs. fecundidad alcanzada, la capacidad de decidir sobre el uso de anticonceptivos, lugar de ocurrencia del parto, entre otros³.

En la evaluación de los avances en el cumplimiento de las metas de los ODM podemos identificar los siguientes logros:

- Priorización de la “salud materna” en la agenda pública, promoviendo el compromiso multisectorial.
- Implementación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, como iniciativas que han permitido transversalizar las actividades a favor de una maternidad segura, traducida en experiencias exitosas, como son las Casas de Espera para la atención del parto y la Norma Técnica para la Atención del Parto vertical con adecuación intercultural.
- Cumplimiento de los compromisos internacionales por la maternidad segura en el marco de la descentralización; lo cual permitirá una mejor adecuación de las estrategias y acciones a las necesidades regionales en materia de maternidad saludable y segura, superar las significativas brechas que existen en cuanto a la mortalidad, entre regiones, entre las ciudades y las zonas rurales, entre las poblaciones nativas, entre mujeres adolescentes y mujeres adultas.
- Rol activo de la Sociedad Civil en la abogacía y la promoción de la maternidad segura.

³Indicadores propuestos por la CEPAL. Presentación de Silvia Loli sobre Mortalidad Materna, Metas del Milenio. Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2005.



CAPÍTULO II

MEJORANDO LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA





II. MEJORANDO LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA

En la actualidad existen evidencias suficientes que para enfrentar la mortalidad materna y perinatal se requiere poner en práctica intervenciones más complejas y que exigen una mejor organización.

Muchos estudios muestran que una parte de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse o evitarse, pero la mayor parte de ellas pueden ser tratadas.

En décadas pasadas se aplicó la lógica que a través del Control Pre Natal podría prevenirse los riesgos de padecer complicaciones. Esta interpretación dió paso más adelante al llamado enfoque de riesgo que hoy en día se ha reconocido que no dá resultados, por cuanto las complicaciones obstétricas ocurren en cualquier gestante y no pueden ser evitadas ni prevenidas. De ninguna manera esto niega las bondades de la atención prenatal, la misma que al ser reenfocada debe cumplir con los componentes básicos de una atención humanizada, basada en derechos humanos con enfoque de género que incluye a la pareja y a la familia, asegurando la atención institucional del parto.

Como no siempre se puede predecir la presentación de complicaciones en mujeres o en recién nacidos, una alternativa para evitar y/o reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal es garantizar que las mujeres gestantes tengan acceso a los cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad. Consecuentemente, la organización de los servicios en redes de atención con criterios de accesibilidad oportuna y efectiva puede ayudar a reducir significativamente la mortalidad materna y perinatal.

Debemos considerar que la atención obstétrica no sólo aborda la salud de la madre sino también la del perinato, incluyendo la etapa fetal, ya que todas las acciones que se realizan por ella, indudablemente también benefician al producto.

"El eje fundamental de las intervenciones para reducir la mortalidad materna y perinatal es que las gestantes tengan acceso oportuno a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención de las emergencias obstétricas y neonatales en establecimientos con capacidad resolutive adecuada".

Consecuentemente, desde el lado de la oferta, la ESNSSR ha promovido la implementación de herramientas con la finalidad de determinar y evaluar en forma periódica las Funciones Obstétricas y Neonatales y ha desarrollado una directiva así como algunos instrumentos, con el fin de contribuir a garantizar la capacidad resolutive para determinadas funciones obstétricas y neonatales de acuerdo a la complejidad del establecimiento y a la distribución que ocupa dentro de la red de atención.

2.1.- Capacidad Resolutiva

Es el nivel de suficiencia que tiene un establecimiento de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a una demanda de atención de salud, que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado a un paciente con un determinado grado de complejidad del daño.

Se han medido en base a tres parámetros:

- Estructura: Valoración del cruce de la variable "recursos" con la variable "funciones obstétricas y neonatales" (primarias, básicas, esenciales e intensivas).
- Proceso: Valoración de los "procedimientos" realizados en las actividades de las funciones obstétricas y neonatales.

- Resultados: Valoración de “indicadores de resultado” por cada actividad de las funciones obstétricas y neonatales.

2.2.- Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)

Las funciones obstétricas y neonatales son las actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado en el proceso de la gestación, parto, puerperio y recién nacido, de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos de salud y de acuerdo al rol que cumplen en el sistema de salud local.

El Ministerio de Salud consideró como eje fundamental de las intervenciones para reducir la mortalidad materna y perinatal en el país, el acceso de las mujeres a establecimientos de salud configurados dentro de una red de atención que cuenten con capacidad resolutive para enfrentar los problemas críticos como las emergencias obstétricas y neonatales.

En este contexto la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, puso a disposición de los establecimientos de salud, la Directiva para la evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON) en los establecimientos de Salud, la cual se constituye en una herramienta fundamental para la evaluación de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en la atención materna y neonatal, donde se establece 4 funciones específicas para los establecimientos de salud como son: Función Obstétrica y Neonatal Primaria (FONP), Función Obstétrica y Neonatal Básica (FONB), Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE) y Función Obstétrica y neonatal Intensivas (FONI).


Esta herramienta permite obtener datos comparables a nivel nacional, regional y local pudiéndose generar indicadores de gestión, en todos los niveles, realizando acciones oportunas dirigidas a fortalecer las redes funcionales de atención y a la mejora continua de la calidad del servicio según el nivel de complejidad.

La información producida se utiliza para que los establecimientos de salud (EESS), Microrredes, Redes, Direcciones Regionales de Salud y Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal en los diferentes niveles, tomen decisiones respecto a la implementación de las intervenciones como son:

- Evaluación de la capacidad resolutive de los EESS la cual mide la magnitud de respuesta que pueden tener los EESS de acuerdo a la función obstétrica y neonatal que cumplen (FONP, FONB, FONE y FONI).
- Determinación de los establecimientos de salud de referencia según selección de las FONB, FONE y FONI que cumplen con los mayores niveles de resolutive.
- Determinación de las redes funcionales de referencia de la emergencia según acceso geográfico, tiempos, carreteras, comunicación, etc.
- Construcción de los mapas con el flujo de las referencias hasta el nivel de FONI o establecimientos del tercer nivel.
- Desarrollo de los planes de fortalecimiento de la capacidad resolutive por niveles y funciones; determinando la cantidad de establecimientos necesarios para cumplir con demanda y establecer el incremento anual de las FONB, FONE y FONI.

2.3.- Sistema Informático Perinatal (SIP 2000)

Desde el año 2000 el Ministerio de Salud aprueba mediante Resolución Ministerial la Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios (SIP2000), reemplazando a la



Historia Clínica perinatal Base y su Aplicativo Analítico elaborados por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), con el apoyo técnico de Pathfinder, con el fin de brindar una herramienta que sirva para fortalecer los procesos de gestión local y estandarizar los indicadores de calidad de atención de la prestación de salud brindada al binomio madre niño. En este esfuerzo, se capacitó al personal de salud involucrado con la atención materna perinatal de los hospitales y centros de salud cabeceras de microrred, a fin de que puedan contar con un sistema que amplíe la capacidad de obtención de datos y genere información útil para optimizar la atención de la madre y el niño.

El SIP 2000 consta de tres instrumentos: La historia clínica materno perinatal, que permite un registro estandarizado de información de las características de cada gestación, parto, aborto y recién nacido; el carné perinatal, que duplica la información de la historia clínica y queda en poder de la usuaria para efectos de referencia; y un aplicativo informático para el análisis de los datos y cálculo de indicadores de producción y calidad de los servicios de salud. Además de una serie de módulos complementarios que permiten cuantificar automáticamente indicadores complejos sobre la calidad de la atención materna perinatal.

En la actualidad, el 80% de hospitales y el 60% de establecimientos cabecera de red a nivel nacional, utilizan el SIP 2000 y sus módulos complementarios para el registro de la historia clínica materno perinatal y para tomar decisiones basadas en evidencia e investigación.

El Sistema Informático perinatal ha permitido en estos últimos años que el personal de salud de los Departamentos de Gineco-Obstetricia y Pediatría se reúnan para analizar los indicadores maternos perinatales y tomen decisiones oportunas, correctas y acordes con las políticas del Sector.

Existen experiencias exitosas del uso del SIP 2000 como una herramienta para el seguimiento de gestantes con factores de riesgo de manera oportuna y evitar complicaciones.

Los Hospitales de nuestro país que llevan este sistema se han organizado formando Comités de uso de datos, unidades de Investigación e Informática y también a nivel de los comités de gestión de la calidad se analizan los indicadores materno perinatales en base al aplicativo analítico SIP 2000.

El campo de la investigación se ha visto enriquecido con la información valiosa que se puede obtener en base al procesamiento de los datos de las historias clínicas. Se sabe que el 60% de las tesis de los estudiantes de Medicina y Obstetricia de nuestro país las realizan sobre la base de los datos que genera el aplicativo analítico SIP 2000.

2.4.- Estándares e Indicadores de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Materna Perinatal

Para enfrentar los problemas de mortalidad materna se requiere que las gestantes tengan acceso a cuidados obstétricos y perinatales esenciales de calidad, los cuales se consideran como ejes fundamentales en las intervenciones ya que a la fecha no existen métodos confiables que permitan predecir las gestantes o los recién nacidos que puedan presentar complicaciones en algún momento de la evolución del embarazo, parto o puerperio.

Esto implica que se debe disponer de establecimientos que tengan la suficiente capacidad resolutive y calidad de atención, puedan realizar determinadas funciones obstétricas y neonatales de acuerdo a la complejidad del establecimiento y al lugar que ocupa dentro de la red de atención las cuales deben mejorar continuamente su calidad.

Dentro de este contexto la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se encuentra reforzando las acciones de mejora continua de la calidad en la atención materna y perinatal para lo cual se ha elaborado a través de reuniones técnicas y talleres de validación, estándares e indicadores de calidad para establecimientos de salud según niveles de atención los cuales constituyen herramientas de gestión para las Microrredes, REDES y

DIRESAS/DISAS.

A su vez estos estándares e indicadores han tenido un proceso de implementación iniciándose a nivel de los FONB, para luego con la experiencia obtenida implementarlos a nivel de los FONP y FONE. Actualmente se cuenta con evaluaciones trimestrales de estos indicadores en las que se evidencian un importante avance en las DIRESAS/DISAS seleccionadas: Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, Piura I, Piura II (Sullana), San Martín y Ucayali.

La mejora continua de la calidad de los servicios a partir de la línea basal obtenida ha sido utilizada para la elaboración de planes respectivos. Consecuentemente, se ha procedido a realizar la socialización a nivel de todas las DIRESA a nivel nacional, presentando a continuación la descripción de los indicadores así como algunos resultados de las diferentes evaluaciones realizadas por las DIRESA.

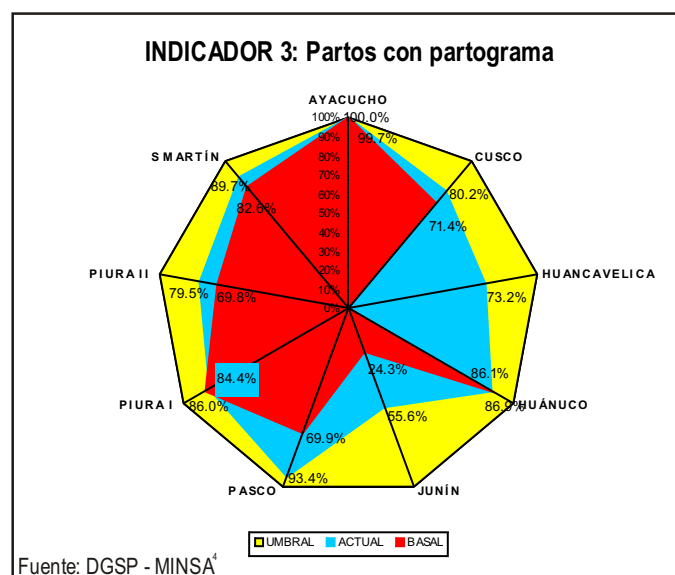
Resultados de la aplicación estándares e indicadores de calidad a nivel de los FONB

Se han evaluado los resultados obtenidos del análisis comparativo entre la primera evaluación que constituye nuestra Línea Basal realizada en el primer trimestre 2005 y la siguiente evaluación realizada en el cuarto trimestre 2005, siendo los resultados más resaltantes en los siguientes indicadores:

INDICADOR 3: Partos con partograma

Este indicador midió el proceso del parto con el uso del partograma de acuerdo a la norma específica aprobada, el cual fue aplicado por 08 DIRESAs, para la Línea de Base; y, por 09 DIRESAs, para el 4to. Trimestre. El espectro celeste muestra que hay un buen nivel de avance en las DIRESAs, a excepción de Junín, respecto al umbral (zona amarilla) que tiene este indicador. Asimismo, muestra que, salvo Ayacucho y Piura I, las otras 07 DIRESAs han incrementado sus valores respecto de la línea basal (zona roja) a Septiembre 2005.

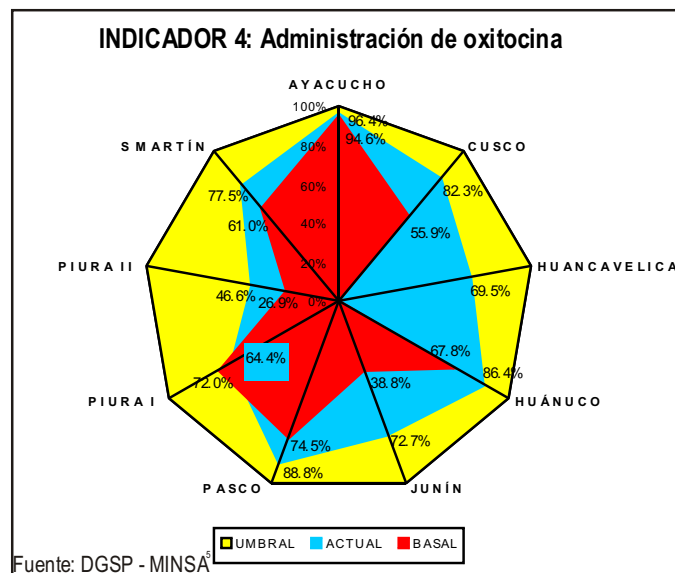
Los resultados evidencian que las DIRESA han superado problemas de abastecimiento, así como se han uniformizado los criterios para el uso de los partogramas.



⁴ Céspedes, G. Análisis de los resultados obtenidos en la Evaluación de indicadores seleccionados de Salud Materna y Perinatal y propuesta de criterios para la institucionalización del monitoreo y evaluación.

INDICADOR 4: Administración de oxitocina

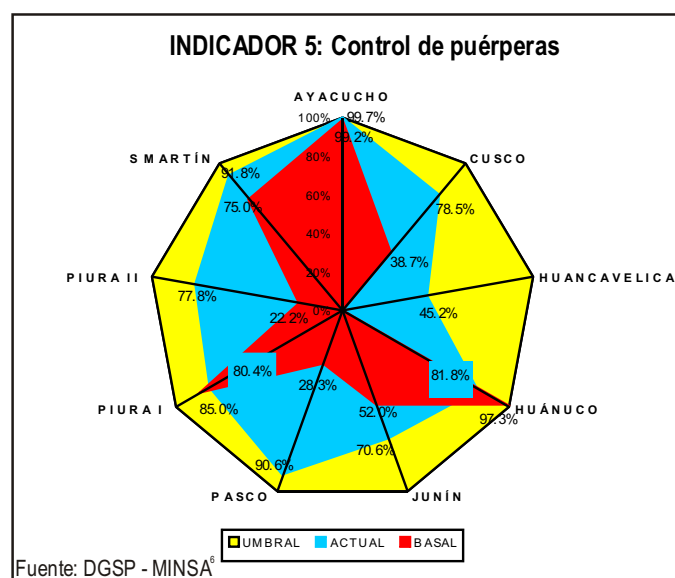
La administración de Oxitocina a las parturientas, como en el caso del anterior indicador, fue aplicado en 09 DIRESAs con resultados igual de variables y donde si bien ninguna de las DIRESAs alcanzaron el umbral, si superaron la zona roja de la línea de base, a excepción de Piura I, que disminuyó de 72% a 64,4% explicado quizá por la no aplicación del indicador en Santa Julia y los resultados variables en Canchaque y Castilla.



INDICADOR 5: Control de puérperas

En este indicador se mide el Porcentaje de puérperas que son controladas cada 30 minutos después del parto, puede observarse un notable incremento de los valores actuales, zona celeste, sobre la línea basal, zona roja, mostrándose, a la vez, la disminución dada en las DIRESA Huánuco y Piura I que bajaron al 81,8 y 80,4%, respectivamente. Huancavelica tiene un menor avance, con 45,2%, no obstante no contar con línea de base.

Se puede concluir que el incremento progresivo de los valores en el indicador para el ejercicio 2006, permitirá alcanzar los niveles del umbral, previa superación de los errores y la dotación de recursos necesarios.

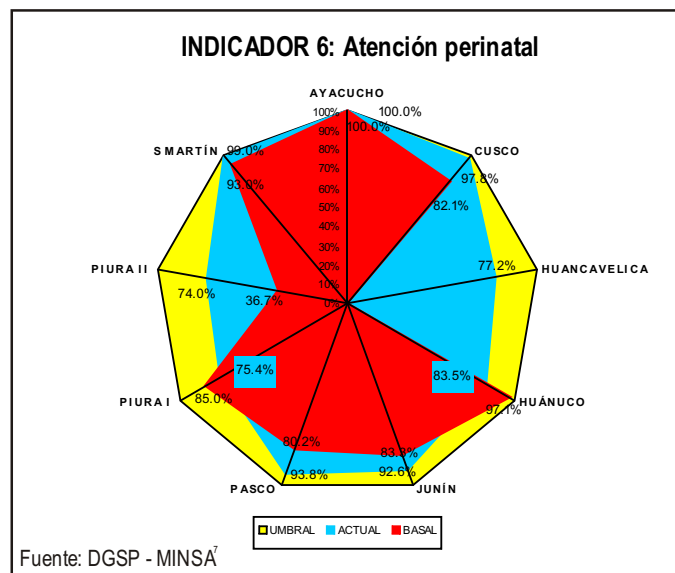


⁵ Céspedes, G. Análisis de los resultados obtenidos en la Evaluación de indicadores seleccionados de Salud Materna y Perinatal y propuesta de criterios para la institucionalización del monitoreo y evaluación

⁶ Céspedes, G. Análisis de los resultados obtenidos en la Evaluación de indicadores seleccionados de Salud Materna y Perinatal y propuesta de criterios para la institucionalización del monitoreo y evaluación

INDICADOR 6: Atención perinatal

Este indicador que mide la atención y registro de los recién nacidos de acuerdo a 07 actividades seleccionadas, muestra la evidente superación de los valores al 4to. Trimestre, respecto de la línea de base y, la cercanía con el umbral del 100% que, en el caso de Ayacucho ya es evidente. Lo pequeño de la zona amarilla y el copamiento de la zona celeste grafica lo afirmado.



2.5.- Estandarización del Manejo de Emergencias Obstétricas: Claves Roja, Azul y Amarilla

Las claves roja, azul y amarilla son protocolos para el manejo inmediato del shock hipovolémico, eclampsia y shock séptico respectivamente, que fueron diseñados por el Dr. Raúl Estuardo Arroyo Tirado y el equipo técnico del Centro Materno Perinatal de Tarapoto, establecimiento referencial en el área materno perinatal de la Región San Martín.

Considerando que era una estrategia exitosa que contribuía a evitar muertes maternas se procedió a difundirlas e implementarlas a nivel nacional.

La clave roja da las pautas en orden de prioridad para el manejo inmediato del shock hipovolémico de causa obstétrica que puede aplicarse desde el nivel primario, permite administrar las primeras medidas de estabilización a gestantes o púrpas con shock hipovolémico de causa obstétrica antes de ser referidas a un establecimiento de mayor nivel.

Las ventajas reconocidas en el uso de esta clave son:

- Mayor capacidad de respuesta en el manejo inmediato del shock hipovolémico de causa obstétrica, lo cual permite una estabilización rápida de la gestante o púrpas.
- Que las pacientes lleguen al establecimiento en mejores condiciones de referencia.
- Fortalecimiento del sistema de referencia.
- Mejora del trabajo en equipo.
- Mayor número de muertes maternas evitadas por esta causa.

⁷ Céspedes, 2005



La clave azul establece indicaciones en orden de prioridad para el manejo inmediato de la inminencia de eclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP y que puede aplicarse desde el nivel primario. Permite administrar las primeras medidas de estabilización a gestantes o púerperas con eclampsia o síndrome de HELLP antes de ser referidas a un establecimiento de mayor nivel.

Se reconocen las siguientes ventajas en su uso:

- Mayor capacidad de respuesta en el manejo inmediato de la Hipertensión inducida por el embarazo complicada con Inminencia de eclampsia, eclampsia y Síndrome de HELLP.
- Que las gestantes con estas complicaciones lleguen al establecimiento en mejores condiciones.
- Fortalecimiento del sistema de referencia.
- Mejora del trabajo en equipo.
- Mayor número de muertes maternas evitadas por esta causa.



La clave amarilla da las pautas en orden de prioridad para el manejo inmediato de la sepsis severa o del shock séptico de causa obstétrica, puede aplicarse desde el nivel primario. Permite administrar las primeras medidas de estabilización a pacientes con sepsis severa o shock séptico de causa obstétrica antes de ser referidas a un establecimiento de mayor nivel de complejidad.

Tiene las siguientes indicaciones:

- En todo caso de shock séptico o sepsis severa durante el embarazo, parto o puerperio.
- En todo caso de aborto con antecedente de maniobras abortivas.
- En todo caso de puerpera con infección generalizada.




2.6.- Estandarización de Habilidades y Competencias: Una Alternativa para Fortalecer la Calidad de Atención Materno-Perinatal

Los problemas en la calidad de la formación, la reducida oportunidad para la atención de las emergencias, la inadecuada gestión del recurso humano y la existencia de capacitaciones meramente teóricas no aseguran una atención integral oportuna y de calidad.

Desarrollar habilidades y destreza y fortalecer la competencia del recurso humano en la atención integral de la gestante y el recién nacido así como para intervenir oportuna y adecuadamente en los casos de complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales, se ha convertido en una de las principales estrategias de intervención en el tema de reducción de muerte materna.

Los desafíos planteados fueron:

- Fortalecer las competencias de los proveedores de salud, a fin de que el personal pueda desempeñarse adecuadamente atendiendo las demandas y necesidades de la gestante y el recién nacido, en particular cuando se encuentren en situaciones de urgencia y emergencia.
- Descentralizar los procesos de capacitación e impulsar que los programas sean totalmente renovados y orientados a una formación-capacitación basada en competencias.



En primer lugar, se diseñó un sistema regional de capacitación con enfoque de competencias mediante el cual el personal de salud, particularmente profesionales de la salud, que se encuentren ubicados en las redes y micro-redes, puedan realizar pasantías en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en los Hospitales Nacionales y/o en los Hospitales de las Direcciones Regionales. El propósito fue otorgar un espacio de entrenamiento y servicio para participar activamente de la atención integral de la gestante y el recién nacido en condiciones normales o patológicas.

En segundo lugar, fue creado un sistema de acreditación de sedes docentes mediante la generación de estándares e indicadores de estructura, procesos y resultados, así como la evaluación de las competencias de los pasantes.

Finalmente, alianzas estratégicas fueron impulsadas entre el Ministerio de Salud (Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la DGSP y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través de PATHFINDER, PAR Salud, a fin de que las DIRESAs conjuntamente con sus redes y microrredes, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, y el Instituto Nacional Materno Perinatal, participen en la sostenibilidad de este novedoso sistema de capacitación.

CENTROS DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS (CDC)


El Centro de Desarrollo de Competencia es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria de la Región que realiza actividades de mejora de capacidades, dirigidas al personal de salud, asistencial y administrativo; para que puedan brindar una atención de calidad a los problemas de salud priorizados en la región.

Para asumir esta función a nivel regional y garantizar la calidad de los procesos de mejora de capacidades, el CDC debe de cumplir con el 80% de los estándares e indicadores en las diferentes áreas (servicios, promoción, gestión, administración compartida, etc); los mismos que son propuestos por el IDREH.

Funciones de los Centros de Desarrollo de Competencias:

- Ejecutar las actividades relacionadas a la mejora de competencias
- Cumplir permanentemente los estándares e indicadores de un CDC
- Propiciar el desarrollo de procesos de Mejora Continua de la Calidad en los establecimientos
- Desarrollar procesos de actualización de los syllabus de capacitación y de los protocolos de atención
- Gestionar y disponer recursos para el desarrollo de las actividades planificadas
- Incorporar los procesos y metodología de educación permanente en salud
- Desarrollar los procesos de selección y evaluación de tutores
- Desarrollar jornadas de actualización y/o pasantías para los tutores
- Organizar los procesos de capacitación del personal de las redes y microrredes
- Organizar los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación del personal capacitado
- Evaluar semestral o anualmente las acciones realizadas y presentar el informe correspondiente.

Se han logrado formalizar e institucionalizar los Centros de Desarrollo de Competencias como unidades funcionales de las Oficinas de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos dependientes administrativamente de las Direcciones Regionales de Salud y con el vínculo técnico del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos IDREH. Asimismo la Dirección General de Capacitación y Perfeccionamiento ha oficializado, mediante normas y directivas, los procesos



para la acreditación de sedes docentes, los criterios para la designación de tutores y la evaluación de los pasantes por competencias. De igual manera, el sistema ha sido utilizado para la realización de pasantías con el apoyo de otras fuentes de cooperación como PARSALUD, JICA y el programa JUNTOS.

Con el apoyo financiero de Pathfinder Internacional se han implementado 06 Centros de Desarrollo de Competencias con sus respectivas sedes de pasantías y se han realizado 177 pasantías durante el año 2005 en las DIRESAs de Ucayali, San Martín, Huánuco, Junín, Pasco y Cusco. Todas han sido equipadas con simuladores, materiales e insumos para la realización de las actividades prácticas.

Los Centros de Desarrollo de Competencias están siendo evaluados por el IDREH con la finalidad de calificarlos como sedes de pasantías para el año 2006.

CALIFICACIÓN DE SEDES DOCENTES

El IDREH y la DGSP han iniciado el proceso de evaluación y calificación de sedes docentes para el desarrollo de pasantías en emergencias obstétricas y neonatales, siendo las DIRESAs (con las Redes de Atención) en coordinación con los hospitales los que tendrán, la responsabilidad de identificar las necesidades de capacitación, basados en el análisis de los problemas de la realidad local en la atención materna y neonatal.

Los establecimientos de mayor capacidad resolutive en coordinación con la DIRESA deciden acogerse voluntariamente al proceso para ser considerados como sedes de capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales. El proceso de calificación se desarrolla a través de un modelo que comprende la auto evaluación, la evaluación externa y la calificación.

La evaluación está a cargo de un equipo conformado por el IDREH y la DGSP (DAIS, ESNSR) que se constituye en la DIRESA que solicita ser evaluada, aplicando los estándares correspondientes en los diferentes servicios de obstetricia y neonatología: servicio de emergencia, sala de partos, sala de operaciones, hospitalización y consulta externa.

De acuerdo a los estándares e indicadores evaluados se otorga la calificación correspondiente que acredita a los establecimientos para ser sede de pasantías en emergencias obstétricas y neonatales.

Se ha iniciado el proceso de evaluación con las Direcciones Regionales que corresponden al Programa JUNTOS, llegando a calificar los Hospitales Regionales de Andahuaylas, Huancavelica, Ayacucho, Huánuco, Junín y Cusco.

2.7- Normatividad

Nº DE DISPOSITIVO O NORMA	FECHA DE PUBLICACIÓN	SUMILLA	ÓRGANO RESPONSABLE PARA LA EMISIÓN DE LA NORMA
Nº219-2004/MINSA NT Nº009-DGSP/ MINSA-VO1	25 DE FEBRERO 2004	Recalificación de los Puntos de Entrega de Servicios (PES) para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV).	DGSP-ESN SSR
Nº 668-2004/MINSA	21 DE JULIO 2004	Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.	DGSP-ESN SSR
Nº 195/2005/MINSA	29 DE MARZO 2005	Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	DGSP-ESN SSR
Nº 536/2005/MINSA NT Nº032-MINSA/DGSP	14 DE JULIO 2005	Norma Técnica de Planificación Familiar	DGSP-ESN SSR
Nº 598-2005/MINSA NT Nº033-MINSA/DGSP-VO1	02 DE AGOSTO 2005	Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.	DGSP-ESN SSR
Nº 713-2005/MINSA	20 DE SETIEMBRE 2005	Modificación de la Conformación del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional.	DGSP-ESN SSR
Nº 1001-2005/MINSA	29 DE DICIEMBRE 2005	Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.	DGSP-ESN SSR
LE Nº 28124 DS Nº002-2006/SA	11 DE FEBRERO 2006	Reglamento de la Ley de Promoción de la Estimulación Pre-natal y Temprana.	DGSP-ESN SSR
Nº290-2006/MINSA	20 DE MARZO DEL 2006	Manual de Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	DGSP-ESN SSR
Nº456-2006/MINSA	13 DE MAYO 2006	Reglamento para el funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.	DGSP-ESN SSR

PLAN GENERAL DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2004-2006

El Plan General de la Estrategia tiene un enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad, aborda la salud reproductiva en forma integral durante todo el ciclo de vida de las personas y considera como aspectos prioritarios la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Plantea, la necesidad del mejoramiento continuo de la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, el fortalecimiento de las competencias de proveedores para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de adolescentes, el manejo humanizado del aborto incompleto, y el apoyo a las personas para que alcancen sus ideales reproductivos. Finalmente se propone mejorar la atención de las complicaciones del embarazo, fortalecer los cuidados obstétricos de emergencia y planear individualmente el parto institucional con la participación de la pareja, la familia y la comunidad.

Para la implementación de este plan se priorizaron las regiones con las más altas tasas de mortalidad materna y perinatal y progresivamente se irá extendiendo a otras regiones. El plan se está implementando con la participación de la sociedad civil, Agencias de cooperación, Sociedades científicas, colegios profesionales, Universidades, ONGs y otros sectores involucrados en la salud sexual y reproductiva.

En el marco del modelo de atención integral de salud, la estrategia efectúa acciones preventivo promocionales al educar a la población con el uso de material de IEC y a través de medios de comunicación.

GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud es una necesidad sentida, y como tal se hace necesario mantener el nivel de competencia técnica por parte del personal de salud. Este documento va dirigido al personal de salud para que les sirva como pauta en la conducta diaria de atención a los usuarios/as que concurren a los establecimientos en demanda de servicios de salud sexual y reproductiva.

En el contexto de que la calidad del servicio se basa en que los proveedores de salud tengan una capacitación y competencia apropiada, este documento aspira a ser un instrumento fundamental en la educación y capacitación continua de los futuros profesionales de la salud que se forman en las aulas universitarias.

Las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva contienen los métodos, técnicas y servicios que contribuyen con la salud sexual y reproductiva. Están conformadas por 8 módulos: atención integral de la salud reproductiva; atención obstétrica; manejo de emergencias obstétricas; atención inmediata del recién nacido; manejo de emergencias neonatales; bioseguridad, infecciones de transmisión sexual y planificación familiar.

NORMA TÉCNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La Norma Técnica de Planificación Familiar establece los procedimientos para el manejo estandarizado, efectivo, y eficaz de las actividades de planificación familiar, con un enfoque de género, interculturalidad e integralidad, para que las personas alcancen sus ideales reproductivos sobre la base del respecto irrestricto de los derechos sexuales y reproductivos. La Norma busca fortalecer las competencias técnicas de los trabajadores de salud, para que proporcionen servicios accesibles, de calidad y que posibiliten a las personas el ejercicio de sus derechos reproductivos. La presente versión de la norma técnica incluye los procedimientos para el manejo de toda la gama de métodos anticonceptivos.



Esta norma contiene:

- Un componente administrativo (responsabilidades de los niveles administrativos en el MINSA, competencia de los proveedores para la atención en Planificación familiar, espacios para la prestación de la atención en PF y líneas de acción en Planificación Familiar).
- Un componente Técnico (Disposiciones para la atención en los servicios de Planificación Familiar y métodos anticonceptivos).

MANUAL DE ORIENTACION/CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Con el propósito de difundir a los proveedores de salud los conceptos y procedimientos para realizar actividades de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva como parte de la atención integral se elaboró el Manual de Orientación/consejería en Salud sexual y Reproductiva, documento normativo que desarrolla una metodología específica de la comunicación interpersonal, cuyo fin es motivar la reflexión de las personas respecto a su salud reproductiva para tomar decisiones libres e informadas, el manual incluye:

- Definiciones operativas.
- Disposiciones generales.
- Disposiciones específicas (perfil del orientador/a/consejero/a, ambiente físico, material de apoyo).

Procedimiento General para la orientación/consejería en Salud Sexual y reproductiva.

Procedimientos específicos para la orientación/consejería en Salud Sexual y Reproductiva

- Orientación/consejería en Anticoncepción: en el post parto, post aborto, Anticoncepción oral de Emergencia, Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
- Orientación/consejería para Adolescentes.
- Orientación/consejería para los varones.
- Orientación/consejería en la Prevención, Detección precóz y tratamiento de Cáncer de cuello uterino.
- Orientación/consejería para problemas de Fertilidad.
- Orientación/consejería para mujeres en la etapa de climaterio.
- Orientación/consejería por violencia basada en Género.
- Orientación/Consejería para la prevención, Detección y tratamiento de las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH/SIDA.

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL



En un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos, donde el dar a luz y nacer, son momentos decisivos para nuestra vida futura, el Ministerio de Salud enfrenta el reto de responder a la necesidad de buscar el equilibrio entre los efectivos cuidados clínicos modernos y la sensibilidad y significado que estos acontecimientos representan en la vida para gran parte de nuestra población. Asimismo, las evidencias científicas demuestran que la atención del parto en posición vertical es más fisiológico y facilita a la parturienta la expulsión del niño/a por nacer.

Consecuentemente, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud de las Personas, decidió apoyar la iniciativa de los departamentos de Cusco, Cajamarca, San Martín, Huancavelica, Huánuco,

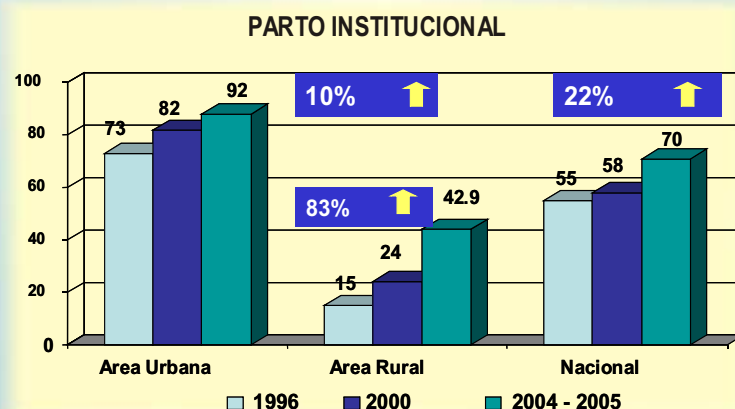
Ayacucho, Puno, Apurímac y Amazonas elaborando la “Norma para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural”.

El objetivo de esta norma es estandarizar la atención del parto vertical, de acuerdo a los criterios internacionales y a la experiencia nacional, respondiendo a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna.

Por lo tanto, a partir de esta oficialización, los profesionales de salud tendrán la posibilidad de ofrecer la modalidad del parto vertical en los establecimientos de salud, garantizando la calidad de la atención y respondiendo a la vez a una necesidad sentida de las mujeres peruanas.

CAPÍTULO III

MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO



III. MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

La interculturalidad implica una relación de respeto y comprensión en la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de información, educación y formación. La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una cultura a otra. Por eso, para poder entendernos con personas de otra cultura, es necesario establecer puentes de comprensión y respeto.

Es esencial en el respeto a la diversidad, ya que relaciona de manera sinérgica una propuesta para el respeto de los derechos humanos en salud, identificando canales de información sobre los derechos de las mujeres y hombres y de un código de ética para el personal de salud, enriquecido en una renovada relación con las personas que llegan, en el caso de los servicios públicos, a diferentes estratos sociales y económicos.

Significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo.

3.1.- Casas de Espera

La estrategia de las Casas de Espera u Hogares Maternos se han constituido en una experiencia exitosa para enfrentar las barreras de inaccesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, articulado a la adecuación cultural, la cual ha significado una estrategia muy valiosa para disminuir las barreras culturales y aumentar en forma sostenida la incidencia del parto institucional.



Hogar Materno de Huancarani-Cusco

Las Casas de Espera son los lugares de reposo y alojamiento de las gestantes que deciden dar a luz en algún establecimiento de salud y que viven en zonas alejadas que ponen en riesgo su seguridad en el caso que no lleguen a tiempo para la atención de su parto. También esta considerado para aquellas gestantes a las que se les ha identificado alguna condición de riesgo durante la atención prenatal y que deciden alojarse con anticipación para esperar el parto y/o la cesárea en el establecimiento de salud.

Se consideran experiencias desarrolladas en otros ámbitos (nacional e internacional), que respondieron a las expectativas de la población de zonas de difícil acceso geográfico, movilizando recursos de la comunidad, Sector Salud, organizaciones internacionales y proyectos.

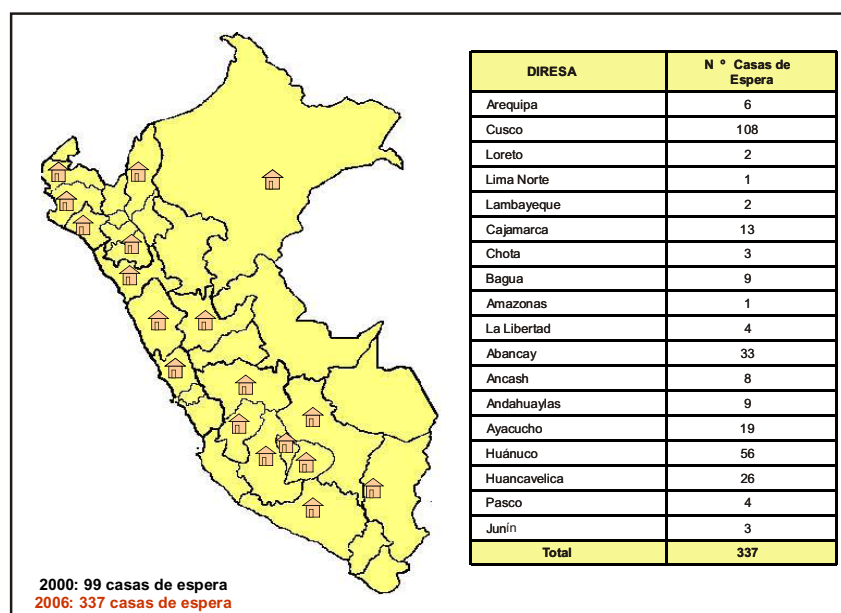
Es un proceso flexible, que adquiere particularidades según la realidad local. Inicialmente se consideró la implementación de hogares para mujeres con factores de riesgo; sin embargo a partir de iniciativas locales se generaron redes de casas de espera a nivel de distritos donde alojan a mujeres que desean que su parto sea atendido en un establecimiento de salud pero que viven en lugares muy alejados.

La implementación de intervenciones integradas ha permitido incrementar sustantivamente la cobertura de parto institucional; tal como se puede demostrar en los registros de cada uno de los establecimientos que cuentan con Casas de Espera. Está demostrado que la atención profesional en servicios con capacidad resolutive reduce el riesgo de muerte de la madre y el recién nacido. Por lo tanto, a partir de esta iniciativa ha disminuido el registro de defunciones maternas en la mayoría de los distritos que cuentan con este recurso, asimismo es evidente la reducción de las defunciones perinatales.

Los criterios para que una gestante acceda a los servicios de la casa de espera son:

- Vivir en una zona rural de difícil acceso.
- Estar expuesta a labor de parto sin soporte social o familiar, viuda, soltera, abandonada, etc.
- Ser víctima de violencia por parte de su pareja o de cualquier otro miembro de su familia.
- Atención por personal no calificado para la atención del parto o del recién nacido en su localidad.
- Presentar alguna complicación obstétrica que requiera manejo por personal especializado.

Actualmente se cuenta con 337 casas de espera que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones de Salud ubicadas en las zonas rurales:



El establecimiento de la Casa de Espera depende esencialmente de la movilización y organización de recursos locales de compromisos individuales, sobre la base de la solidaridad y responsabilidad social. Los recursos financieros son igualmente importantes pero son en menor escala y pueden ser hallados con más facilidad cuando todos los actores sociales natos de la comunidad comparten responsabilidades. La organización y funcionamiento de la Casa de Espera entraña una delicada y compleja responsabilidad basada en el compromiso y participación efectiva de las personas, organizaciones e instituciones dentro de un contexto poblacional, con un carácter tanto individual como institucional.

Desde el punto de vista de la interculturalidad en salud, esta experiencia es un intento de establecer puentes entre las expectativas y necesidades de la mujeres para la atención de la salud materna y el modelo biomédico generalizado de la oferta de servicios de salud pública. Merece un reconocimiento especial por haber logrado disminuir en forma importante las barreras de accesibilidad geográfica y cultural para la atención del parto, por lo cual esta experiencia ha sido sistematizada para identificar los logros y lecciones aprendidas y promover su institucionalización a nivel nacional.

A continuación se presenta los principales resultados, conclusiones y recomendaciones de la Sistematización de la intervención del proyecto Maternidad Segura del Programa de Cooperación UNICEF-PERÚ y en el marco del proyecto Cobertura con Calidad de USAID en el período 2000-2004, que se realizó entre agosto del 2005 y Abril del 2006:

- En todos los lugares seleccionados para la sistematización de la estrategia de Casas de Espera y adecuación cultural de los servicios, a nivel distrital y provincia en el ámbito de la intervención del proyecto Maternidad Segura del Programa de Cooperación UNICEF-PERÚ (Cajamarca, Cusco, Apurímac y Amazonas) y en el marco del proyecto Cobertura con Calidad de USAID (Huánuco, Pasco, Junín, Huancavelica, Ayacucho y San Martín en el período 2000-2004, se ha logrado un incremento en la cobertura del parto institucional y del control prenatal, evitando muertes maternas y perinatales.
- La estrategia de la adecuación cultural es imprescindible para garantizar el éxito del funcionamiento de las Casas de Espera, con la consiguiente aceptación de las mujeres que optan por elegir este lugar de alojamiento antes y después del parto, con un incremento importante del parto institucional y el evitamiento de las muertes maternas al tener una atención calificada y oportuna.



Casa de Espera Amazonas

- La experiencia de la incorporación de la atención del parto en la posición vertical como parte de la estrategia de la adecuación cultural, que además sirvió como experiencia piloto, promotora en el diseño y la implementación de la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural a nivel nacional, es uno de los logros más significativos de la intervención del proyecto Maternidad Segura de UNICEF.
- Uno de los factores que garantiza el éxito y la sostenibilidad de esta estrategia es el rol que desempeña el personal de salud, tanto en el apoyo logístico como en la aplicación de la adecuación cultural y las intervenciones oportunas y efectivas en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- Asimismo, con relación a la sostenibilidad y replicabilidad de la estrategia de la Casa de Espera, los diferentes actores sociales proponen la necesidad de considerar algún incentivo y/o reconocimiento al personal que asume la responsabilidad y la gestión de esta actividad.
- El escaso personal en los establecimientos de salud, así como su alta rotación y el cambio constante de las autoridades locales y comunales, resultan ser identificados como los principales obstáculos a considerar en la implementación de las estrategias y que atentan contra la sostenibilidad de las mismas.

- La participación comunitaria y familiar, con la incorporación de la salud materna en la agenda del gobierno local es una estrategia y factor clave para la articulación de la adecuación cultural y la aceptación, sostenibilidad y éxito de las Casas de Espera, como estrategias de acercamiento geográfico y cultural de los servicios de atención de la salud materna.
- La sensibilización y actualización permanente de las autoridades locales y comunales en cuanto a las implicancias de la situación de la salud materna, y la evitabilidad de este evento fatal es imprescindible para garantizar la puesta en agenda de este tema y la inversión local para mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.
- En cuanto al dialogo intercultural entre proveedores y usuarias que se ha logrado a través de la sensibilización del personal de salud, esta comunicación aún es muy asimétrica. Esta asimetría se identifica fundamentalmente desde la perspectiva de los médicos, quienes mantienen posiciones y visiones jerárquicas con respecto de la superioridad de la medicina occidental y sienten que al permitir las prácticas tradicionales están retrocediendo por el bien de las mujeres.



Sala de Parto-Apurimac.



Centro de Salud Colquepata-Cusco

- Sin embargo, la experiencia desarrollada con la adecuación cultural de los establecimientos y las casas de espera, así como la sensibilización del personal de salud para aceptar y combinar las practicas tradicionales en su quehacer profesional ha permitido rescatar lo más valioso y positivo de cada cultura, sin dejar de reconocer la diferencia y las prioridades de unas sobre las otras.
- Desde el enfoque de género, es recomendable incorporar la valoración de la salud integral y permanente de la mujer, no sólo como madre y por la salud del recién nacido, sino como sujeto de derechos sexuales y reproductivos que merece la atención y respeto por su condición y dignidad de ser humano, independientemente del sexo o rol social materno. Asimismo, la estrategia de las Casas de Espera y Adecuación Cultural no han considerado la participación del varón más allá del acompañamiento en el parto, faltando su involucramiento en términos de corresponsabilidad en los procesos tanto de toma de decisión (planificación familiar, paternidad y maternidad compartidas) como en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.



Padre e hijo recién nacido-Cusco



**Participación de la pareja en el cuidado de la gestante
Centro de Salud Obas, Huanuco**

- La confrontación inicial entre las parteras y el personal de salud, como consecuencia de la falta de claridad en los roles y el temor de las parteras en perder la legitimidad de su trabajo a nivel de la comunidad al disminuir los partos domiciliarios, se logró mitigar al permitir un diálogo armónico y la revaloración de su experiencia (por ejemplo en la atención del parto en posición vertical), así como del importante rol de interlocución que desempeñan estas mujeres para acompañar a la gestante que decide dar su parto en el establecimiento de salud.




Partera de San Marcos, Cajamarca



Madres, hijos y Partero en P.S. Chuco- Cajamarca

- El desconocimiento y/o la subvaloración de la estrategia de adecuación cultural, se traduce en la percepción de que ésta podría ser incluso aplicada atentando contra los estándares de calidad de atención en salud (desde el enfoque biomédico). En el caso de Jepelacio, el personal de salud ha creado los Protocolos de Interculturalidad para la Atención del Parto, Postparto y Control Prenatal. El Impacto de la aplicación de estos Protocolos en el incremento del parto institucional y evitamiento de la muerte materna y perinatal, ha merecido un premio nacional otorgado por la Sociedad Nacional de Industrias, para el equipo de salud de la zona. Compartir las lecciones aprendidas a partir de la experiencia de Jepelacio en las zonas en las que la implementación de esta estrategia es deficiente, podría facilitar su comprensión y posterior aplicación.
- Desde la voz de los diferentes actores las estrategias no han sido implementadas en forma uniforme en cada una de las zonas, por lo cual los resultados son disímiles entre sí, dependiendo del mayor o menor grado de sensibilización, motivación y/o compromiso de los actores involucrados. Por ello se recomienda uniformizar los



instrumentos de monitoreo desde la línea de base hasta los indicadores de procesos e impacto en las intervenciones.

- La intervención ha contribuido a generar una demanda de servicios de salud por parte de las poblaciones intervenidas. Ello implica que desde el Estado peruano, la cooperación y la sociedad civil, se realicen los esfuerzos necesarios a fin de satisfacer esta demanda. Lo contrario pudiera conllevar el riesgo de la desatención de la salud de la población, y el aumento o generación de conflictos entre los actores involucrados.
- Se evidencia un desfase entre la formación universitaria y técnica del personal de salud, que dificulta la incorporación del enfoque de interculturalidad en su ejercicio profesional. Se recomienda proponer la incorporación del enfoque interculturalidad y estrategias de adecuación cultural de los servicios dentro de la currícula universitaria y técnica.
- Aún no se ha invertido en forma sostenida para mejorar la capacidad resolutive de los hospitales y centros de salud en las zonas donde aún se registran altas cifras de mortalidad materna y perinatal. Para el caso del departamento de San Martín por ejemplo, en donde la estrategia de adecuación cultural ha sido implementada en forma creativa y efectiva, se reporta una alta incidencia de muerte materna hospitalaria del orden del 63%, lo cual amerita una reflexión seria sobre la necesidad de invertir en el mejoramiento de la capacidad resolutive para la atención de las complicaciones obstétricas, a fin no incurrir en el simple traslado del lugar de la muerte materna (del domicilio al establecimiento de salud).

3.2.- Plan de Parto

El plan de Parto es una herramienta que busca movilizar y organizar a la familia y a la comunidad para el traslado oportuno de la gestante, puérpera y/o RN al establecimiento de salud. Este instrumento tiene como propósito:

- Lograr que la gestante y su familia identifique los aspectos críticos que enfrenta en el momento del parto, puerperio o atención del RN.
- Reconocer los signos de alarma.
- Organizar las respuestas y alternativas con el apoyo del proveedor, a partir de la familia y comunidad.

Los instrumentos que se usan para este propósito son:

- Ficha de Plan de Parto (proveedor)
- Mi plan de Parto (para uso de la gestante y su familia)

Ficha de Plan de Parto:

La ficha consigna información obtenida con la gestante, familiar u otra persona que influye en la decisión de recibir atención oportuna. En base a ella se motivará a planificar el parto institucional y se identificarán las acciones a seguir ante una situación de emergencia.

La ficha contiene:

- Aspectos económicos
- Transporte y Comunicación
- Apoyo familiar y/o comunitario
- Identificación del establecimiento
- Observaciones

[illegible]

Contiene información sobre los siguientes temas:

-



3.3.- Mapeo y Radar de Gestantes y Puérperas

El radar es una herramienta dinámica que permite la ubicación y seguimiento de las gestantes y puérperas. Su uso apropiado y responsable, lo convierte en un valioso aliado en la reducción de muerte materna, ya que contribuye a operativizar con un enfoque preventivo la toma de decisiones y actividades orientadas a la salud de la gestante, puérpera y recién nacido.

Este instrumento de vigilancia epidemiológica y seguimiento de gestantes y puérperas está diseñado para adaptarse a los requerimientos y necesidades locales de las Direcciones Regionales de Salud y de los establecimientos de salud en sus diferentes niveles de complejidad.

El seguimiento de gestantes y puérperas debe ser una responsabilidad asumida por todo el personal de salud y liderada por los jefes de establecimientos. Por lo tanto, es necesario organizar el trabajo y asignar responsabilidades individuales sobre determinadas áreas geográficas, sectorizando calles, manzanas, barrios, comunidades, caseríos o anexos.

El radar de gestantes y puérperas debe cumplir con las siguientes características:

- Contar con un registro gráfico.
- Contar con un registro de tarjeta o cuaderno de seguimiento.
- Brindar información actual y permanente.
- Ser de fácil manejo y accesible al personal involucrado en el quehacer de la vigilancia o seguimiento de las gestantes.
- Ser proactivo, dado que es el punto de partida de una serie de mecanismos, acciones y estrategias para afrontar los riesgos inminentes con los mejores recursos disponibles en el establecimiento y en la red.

Para la identificación en el mapa y/o radar de la gestante, puérpera y RN se propone la siguiente tipificación:

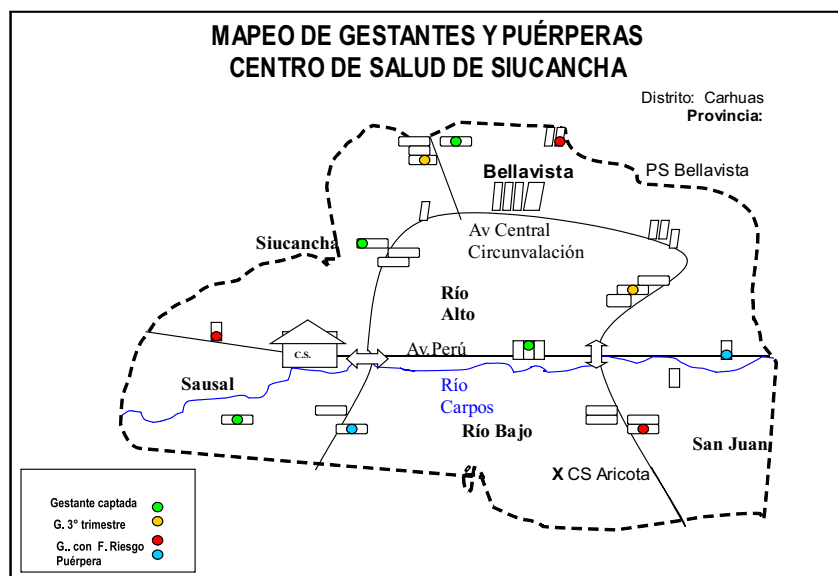
- Gestante captada
- Gestante en el tercer trimestre
- Gestantes con factores de riesgo.
- Puérpera/recién nacido

Conforme avanza el proceso de la gestación la condición que tipifica a la gestante va cambiando, de allí la importancia de que esta información sea actualizada diariamente.

Esta tipificación permite desarrollar acciones educativo comunicacionales a la pareja y al entorno familiar cercano a la gestante.

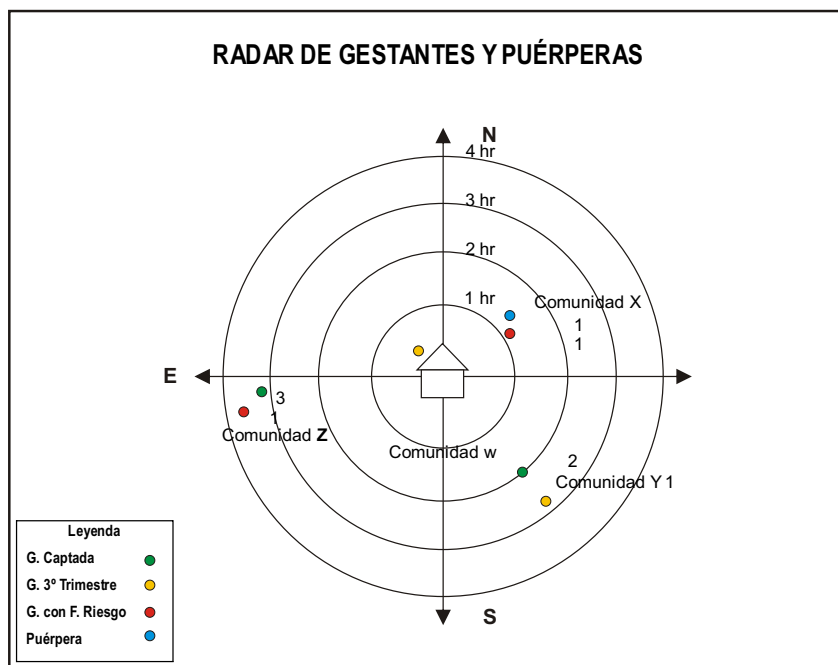
MAPEO


Este registro se construye sobre un plano de la ubicación de la jurisdicción asignada al establecimiento: barrios, calles, lugares públicos y vivienda de las familias o gestantes. Permite visualizar la ubicación precisa del lugar de residencia de la gestante o puérpera en relación al espacio geográfico. Se debe utilizar un símbolo, color o figura definidos regional o localmente para identificar y ubicar a cada gestante y puérpera de la comunidad según tipificación (gestante captada, gestante del tercer trimestre, gestante con factores de riesgo, puérperas). Finalmente, en el recuadro de la leyenda se indicará el símbolo-color o figura que corresponde al número total de gestantes de cada tipo.



RADAR

Es un registro gráfico que se construye sobre un cuadro de abscisas y ordenadas, que representan los cuatro puntos cardinales, sobre el cual se describen círculos concéntricos que corresponden a distancias horarias del punto medio, que representa al establecimiento de salud. Se debe utilizar un símbolo, color o figura definidos regional o localmente para identificar y ubicar a cada gestante y puérpera de la comunidad según su condición. En el recuadro de la leyenda se indicará el símbolo-color o figura que corresponde al número total de gestantes captadas, gestantes del tercer trimestre, gestantes con factores de riesgo y puérpera. Este instrumento tiene una mayor utilidad en zonas rurales, para la ubicación de las gestantes y puérperas en poblaciones (caseros, anexos) distantes del establecimiento de salud.





Para el caso de un hospital sin jurisdicción poblacional, se puede usar este tipo de gráfico ubicando los establecimientos que se relacionan directamente con él y la comunidad que cubren la población que accede a éste de manera directa. Para el seguimiento, se ubica el número total de gestantes (según tipificación) que son atendidas por el hospital según el lugar de residencia corresponde a cada establecimiento de salud. El cuadro mensual de partos esperados constituye un anexo del registro gráfico (mapeo o radar). Allí se registran semanalmente las gestantes cuyos partos están previstos en el mes.

El radar es dinámico y funcional cuando es utilizado conjuntamente con la tarjeta o cuaderno de seguimiento de modo que favorezcan el uso de la información en la toma de decisiones en el establecimiento de salud con jurisdicción poblacional asignada o sin ella. Esta dinámica en relación con la salud materna propone dos mecanismos: el seguimiento de gestantes, partos esperados, puérperas y el seguimiento a través del sistema de referencia y contrarreferencia.

CAPÍTULO IV

MEJORANDO LA ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA



CENTRO DE SALUD DE JEPELACIO

IV. MEJORANDO LA ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA



La atención de la salud es una construcción social y cultural de poblaciones y proveedores y no sólo de los proveedores. Si el diálogo intercultural se convirtiera en política pública, con los mismos recursos daríamos un inmenso salto hacia delante en la salud de nuestra población⁸.

La necesidad de revalorar la cultura como una dimensión imprescindible del proceso de atención de la salud ha sido considerada en el Perú luego de una década en que el restablecimiento del sistema de atención y el crecimiento de los establecimientos de salud en todos los rincones del país casi han doblegado el viejo problema de la inaccesibilidad geográfica, y que lleva a enfrentar el desafío de la inaccesibilidad cultural⁹.

Los establecimientos de salud se han multiplicado por todo el territorio nacional: entre 1992 y 1996 pasaron de 3,934 a 5,934, y actualmente hay más de 6,879. Sin embargo, cuanto más extensa y numerosa es la interacción entre usuarios/as y sus familiares y miles de médicos, enfermeras y trabajadores del sector salud, es necesario reconocer de que no será posible avanzar más en cuanto a equidad, eficiencia y calidad sólo tomando en cuenta los bienes y servicios vistos desde su exterioridad, desde el enfoque bio médico y desde la modernidad.



Visita domiciliaria del Personal de Salud de Obas-Huanuco

La alta incidencia de muerte materna en la ruralidad traducida en la resistencia de las mujeres al parto institucional o el grado de gravedad en el que llegan a los servicios, no responde tan sólo a las “distancias geográficas” entre ellas y los establecimientos; sino fundamentalmente al desencuentro cultural y al enfrentamiento de modelos antes mencionado siendo la “distancia emocional” la responsable de esta inaccesibilidad a los servicios del sector público¹⁰.

4.1. - Adecuación Cultural de los Servicios de Salud

El Ministerio de Salud asumiendo su rol de rectoría, en las dimensiones de conducción, regulación y armonización de la provisión de los servicios de salud, a través de la ESNSSR consideró necesario desarrollar iniciativas que faciliten la adecuación de los servicios para la atención materna con un enfoque de interculturalidad, género, equidad y respeto de los derechos de las poblaciones alto andinas y amazónicas, con el fin de mejorar la calidad, accesibilidad, satisfacción de los/as usuarios/as y proveedores, así como disminuir finalmente la mortalidad materna a través de proveer atención de parto institucional respetando las costumbres y cultura de nuestra población, y de este modo acercar los servicios de salud rompiendo las barreras de accesibilidad.

⁸ Arroyo, J. Interculturalidad en la atención de la salud. MINSA-OGE, Lima, 2001

⁹ MINSA, Oficina General de Epidemiología, Proyecto VIGIA. Interculturalidad en la atención de la salud. Estudio socio antropológico de enfermedades que cursan con síndrome ictero hemorrágico en Ayacucho y Cusco, Lima, 2001

¹⁰ Hurtado, R. Muerte materna en los establecimientos de salud pública del Departamento de Puno: Una aproximación al análisis desde la perspectiva de los derechos humanos. Tesis para optar el grado de Maestro en Políticas Sociales con Mención en Género, Población y Desarrollo, 2002.

El resultado de esta estrategia será el empoderamiento de la población, especialmente de la zona rural, al reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios.

Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición. La gran mayoría de nuestras gestantes de zonas alejadas (rurales ó centros poblados distintos de grandes ciudades y grupos amazónicos) prefieren dar a luz en forma vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodillada, entre otras. El personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición ginecológica. Estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos, poniendo en riesgo la salud y la vida tanto de ella como la del/la niño/a por nacer en el caso que se presenten complicaciones.

El enfoque biomédico y la influencia de la cultura urbana consolidan la convicción de las mujeres en cuanto a la conveniencia de la posición horizontal¹¹ al momento de parir: la decisión voluntaria de internarse en una clínica u hospital, supone obedecer todas las indicaciones de los médicos y colocarse en decúbito dorsal forma parte de la tecnología más avanzada. Pero la influencia de la ciencia de la cultura occidental y urbana también ignora cuáles son las prioridades y las necesidades del parir para las mujeres en general y para las mujeres rurales en particular, que conciben este proceso como un evento natural que no siempre precisa de intervenciones especializadas.

Por lo tanto la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud en respuesta al compromiso de contribuir con el objetivo común de la maternidad segura y el mejoramiento de la salud y sobre vivencia del recién nacido, emitió la Norma Técnica para la Atención del parto vertical con adecuación intercultural, política de salud que propone el reto de sensibilizar y capacitar al personal de salud para la oferta de esta modalidad de parto a nivel nacional.

En el año 2005, durante la semana de la Calidad y en el marco del concurso de Proyectos de Mejora en la categoría Empresa de Servicios, de la Sociedad Nacional de Industrias, el Centro de Salud Clas Jepelacio- Moyabamba de la DIRESA de San Martín, obtuvo el primer lugar con el Proyecto **"Adecuación Cultural de los Servicios de Salud Materna"**. En ceremonia pública, el premio fue recibido por la señora Ministra de Salud, Dra. Pilar Mazzetti Soler y el equipo de gestión del establecimiento ganador, constituyéndose en el primer premio que obtiene el Ministerio de Salud, en el tema de calidad.



¹¹ La modalidad del parto horizontal se le atribuye al famoso obstetra Mauriceau, en el siglo XVII. Fue el quien "acostó" a las mujeres para parir, en un principio, al parecer, para poder aplicar el instrumento de moda por esos tiempos, el fórceps. Hasta ese momento los partos, desde los albores de la humanidad, se habían realizado en distintas variantes de posición vertical como lo muestran grabados o esculturas de prácticamente todas las culturas.

4.2.- Atención del Parto en Posición Vertical



Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas.

En nuestro país, existe una importante experiencia en la atención del parto en posición vertical, con un enfoque de adecuación cultural, evidenciándose en los últimos años un notable incremento del porcentaje de partos atendidos por personal de salud.

Considerando que este incremento en la demanda de la atención del parto institucional puede estar relacionado con los esfuerzos desplegados por el personal de salud para adecuar culturalmente los establecimientos y ante la evidencia de la iniciativa para formular y estandarizar el Protocolo de atención del Parto Vertical en los departamentos de Cusco, Huancavelica, Ayacucho, Cajamarca, San Martín, Huánuco, Apurímac, Amazonas, la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la ESNSSR, decidió apoyar y normar esta estrategia, a través de la elaboración de la Norma Técnica para la atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.

La atención del parto vertical, de acuerdo a los criterios internacionales y a la experiencia, responde a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia de parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna.



Parto Vertical en establecimientos de salud de Huancavelica y Amazonas

4.3.- Implicancias y retos pendientes de la Norma Técnica para la atención del parto vertical con Adecuación Intercultural

La reciente aprobación de la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural ha generado por un lado una entusiasta acogida de parte de las personas que reconocen la importancia de generar cambios en la cultura médica a favor de las necesidades de las mujeres, pero también ha propiciado gran expectativa y algunas interrogantes en cuanto a las implicancias que puede generar la aplicación de dicha norma.

Algunas de las preocupaciones con relación a los procedimientos para la atención del parto y que tienen que ver con los contenidos de la Norma Técnica, que se refieren al manejo del parto vertical, al momento del pinzamiento del cordón y al alumbramiento dirigido. Surgen las interrogantes en cuanto a la capacidad técnica de los profesionales de salud que serán los responsables de ofrecer esta nueva modalidad de atención del parto, en posición de cuclillas, sentada o arrodillada. Quieren saber si será posible realizar esta atención en el domicilio de las mujeres o en los puestos y centros de salud, además de los hospitales.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección de Salud de las Personas, propone las siguientes iniciativas para garantizar una atención de calidad en el parto vertical:

- A partir del registro de los partos verticales, realizar un monitoreo permanente de la aplicación de la norma de parto vertical, consignando información relativa a las ventajas, desventajas, necesidades, limitaciones, oportunidades, etc. que servirán de insumo para posteriores normas, directivas y/o políticas que tengan a bien mejorar la atención de la salud materna.
- Proponer investigaciones que respondan a este tipo de interrogantes y que sirvan de evidencia científica para cualquier actualización del protocolo propuesto en la norma técnica.
- Iniciar el proceso de actualización y capacitación de los profesionales médicos, obstetras y técnicos de enfermería (para el caso que sean los únicos profesionales del establecimiento) que tengan dentro de sus funciones la atención del parto a nivel nacional para garantizar el conocimiento y las habilidades necesarias para garantizar una atención de calidad.
- Continuar con las estrategias de adecuación cultural de los establecimientos para la atención del parto.
- Promover el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para la atención del parto y de sus complicaciones, así como la atención del parto vertical de preferencia en los hospitales y centros de salud que cuenten con esta capacidad.

Impacto Nacional:

A partir de esta oficialización, los profesionales de salud tienen la posibilidad de ofrecer la modalidad del parto tradicional en los establecimientos de salud, garantizando la calidad de la atención y respondiendo a la vez a una necesidad sentida de las mujeres peruanas.

Esta estrategia contribuirá a incrementar el parto institucional y a la atención oportuna y efectiva de las posibles complicaciones obstétricas, con la consecuente disminución de la mortalidad materna y neonatal.

Impacto Regional e Internacional:

La adecuación cultural de los servicios de salud para disminuir las barreras de accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la atención del parto son una necesidad sentida y generalizada en los países de nuestra Región.

Esta experiencia se presenta como una demostración práctica de la aplicación de los enfoque de los derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención de la salud. Se trata del derecho de las mujeres en elegir la posición para dar a luz, que definitivamente incrementa la demanda de la atención del parto institucional. Se establece un diálogo, comunicación horizontal y respetuosa entre las mujeres; fundamentalmente indígenas y rurales con el personal de salud que esta sensible y capacitado para atender y acompañar a la parturienta en este momento tan trascendente y vital.



Muerte Evitada en el C.S. Huacar-Huánuco

CAPÍTULO V

AYUDANDO A LAS PERSONAS A LOGRAR SUS IDEALES REPRODUCTIVOS



V. AYUDANDO A LAS PERSONAS A LOGRAR SUS IDEALES REPRODUCTIVOS

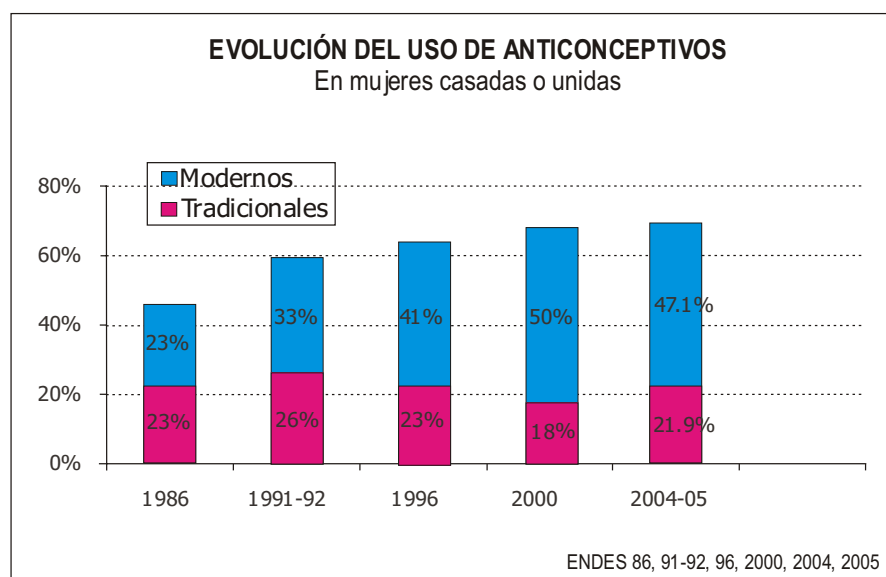
La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con el apoyo de la sociedad civil, Agencias Cooperantes y ONG han sumado esfuerzos en estos últimos años con la finalidad de garantizar que las mujeres y hombres de nuestro país puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida de las personas.

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población y para analizar el nivel de satisfacción de la demanda en planificación familiar. Está demostrado que los países que mantienen una brecha importante entre fecundidad deseada y la fecundidad real, tienen una alta prevalencia de embarazos no deseados y por lo tanto un mayor riesgo de morbilidad materna e infantil. Por lo tanto, el descenso de la fecundidad no deseado a través de la planificación familiar de calidad, que considere la equidad de género y que esté adecuada a la diversidad cultural, se constituye en una estrategia fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

En el país la Tasa Global de fecundidad (TGF) en los últimos años ha descendido de 2.9 hijos por mujer (1997 - 2000) a 2.5 hijos por mujer (2001-2005)¹², registrándose un descenso sustancial de la fecundidad para el área rural expresado en casi un hijo en los últimos cuatro años, es decir de 4.3 a 3.7 hijos por mujer, respectivamente.

Una forma de medir la efectividad de las acciones realizadas en planificación familiar es a través del nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y la mezcla de métodos utilizados. La ENDES continua 2004-2005 muestra que siete de cada diez mujeres en unión conyugal (71%) usaban algún método anticonceptivo, cifra que representa un incremento en dos puntos porcentuales con relación a la cifra reportada en la ENDES 2000. Sin embargo es preciso señalar que la misma ENDES 2000 y 2004 registra que el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos ha disminuido de 50% a 47%, y el uso de métodos tradicionales se ha incrementado de 19 a 24%.

Otro indicador que mide la necesidad satisfecha de Planificación Familiar es la proporción de mujeres que desean espaciar los nacimientos y/o limitar la familia. La ENDES 2004-2005 nos reporta que alrededor del 90% de la demanda total de planificación familiar está satisfecha, superior en dos puntos porcentuales a la encontrada en la ENDES 2000, que era de 88%.



¹²ENDES 2000 y ENDES 2004-2005

5.1.- Mejorando las Competencias de los Proveedores de Salud

Con el fin de garantizar la oferta de los métodos de planificación familiar en un marco de calidad de la atención con enfoque intercultural, se procedió a la difusión de los documentos técnicos normativos a los proveedores de salud, lo cual implicaba que los mismos tuvieran el conocimiento técnico y las habilidades para orientar y proveer los métodos anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva en forma segura y eficaz.

Por lo tanto, se consideró la realización de un plan para la capacitación de los proveedores de salud a nivel de las Direcciones Regionales del ámbito nacional:



1. Capacitación a Capacitadores: Un grupo de Expertos en materia de salud Sexual y Reproductiva capacitaron a profesionales Gineco-Obstetras y Obstetrices, los cuales fueron considerados como facilitadores nacionales.
2. Capacitaciones Regionales: Ejecución de talleres regionales dirigidos a personal involucrado con la atención en salud sexual y reproductiva.
3. Capacitación por niveles de atención: Capacitación al personal de salud de las redes y microrredes de las Direcciones regionales de Salud.

Los temas que se incluyeron en dichas capacitaciones fueron: aspectos técnicos de los anticonceptivos, Anticoncepción Oral de Emergencia, Derechos Sexuales y Reproductivos, manejo de la Violencia Basada en Género, prevención y manejo sindrómico de la ITS, Transmisión vertical (sífilis y VIH), Orientación/Consejería en Adolescentes y Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

5.2.- Garantizando la Disponibilidad de Medicamentos e Insumos Anticonceptivos

El Ministerio de Salud realiza la compra nacional e internacional de medicamentos e insumos anticonceptivos anualmente, para ser distribuidos de manera gratuita y oportuna a la población.

Los anticonceptivos que se distribuyen en nuestro país son: el condón sin nonoxinol, el dispositivo intrauterino (DIU), el Inyectable (acetato de medroxiprogesterona 150 mg.), la píldora (etinilestradiol + levonorgestrel + sal ferrosa) y la anticoncepción oral de emergencia (Levonorgestrel 0.75 mg.).

Con la finalidad de garantizar la disponibilidad de los medicamentos e insumos anticonceptivos a la población en situación de pobreza y de extrema pobreza, el Ministerio de Salud capacitó a profesionales que fueron denominados "Centinelas", los cuales son los encargados de verificar de manera semestral el stock físico de anticonceptivos, las buenas prácticas de almacenamiento (BPA), así como la logística respectiva de la totalidad de almacenes y sub almacenes especializados del SISMED.

Según la Directiva establecida por el Sistema de medicamentos (SISMED) un establecimiento de salud debe contar en stock, con medicamentos e insumos anticonceptivos para un periodo de dos a cuatro meses para ser considerado como Normostock. Este sistema viene siendo apoyado por el Fondo de Poblaciones Unidas (UNFPA) a través de proyectos de Atención Integral en Salud Reproductiva.

Por otro lado es importante señalar, la labor que cumplen los Equipos Itinerantes de Atención Integral de Salud para poblaciones excluidas y dispersas (AISPED), conformados por un equipo multidisciplinario (médico, obstetriz, enfermera y técnico de enfermería) quienes brindan atención a las poblaciones nativas y a las comunidades más excluidas de nuestro país, brindándoles atención en salud reproductiva, la misma que incluye la dotación de anticonceptivos previa orientación/consejería.



AISPED de la DIRESA

EL Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) constituye un espacio de apoyo conformado por la Sociedad Civil, Agencias Cooperantes, (USAID, UNFPA, DFID) ONG (APPRENDE, APROPO, INPPARES) y el Sector Salud (MINSA, EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales), con la finalidad de asegurar la disponibilidad de medicamentos e insumos anticonceptivos.

Estos aliados estratégicos apoyan los esfuerzos del Ministerio de Salud para mejorar la calidad del servicio. Anualmente POLICY monitorea el cumplimiento de la normatividad y la calidad asistencial, así como el abastecimiento de anticonceptivos en los servicios de Salud.

El papel del sector privado en el desarrollo de un mercado sostenible también es decisivo. Existe gran potencial para ampliar la participación del sector privado en la prestación de servicios y métodos de planificación familiar. Varias organizaciones no gubernamentales peruanas (ONG), poseen una gran capacidad institucional tanto para la prestación de servicios como para el mercadeo social.

Un reto pendiente para garantizar la oferta de planificación familiar es fortalecer el Comité DAIA como mecanismo para que se logre el diálogo, la planificación, la defensa e implementación conjunta de estrategias dirigidas hacia una disponibilidad segura, oportuna y permanente de medicamentos e insumos anticonceptivos.

5.3.-Implementación de la Anticoncepción Oral de Emergencia

- La anticoncepción Oral de emergencia, incorporada a las normas de Planificación Familiar mediante Resolución Ministerial N° 399-2001-SADM, posee pleno sustento constitucional y legal.
- La evidencia científica actual ha establecido claramente que los mecanismos de acción de la anticoncepción oral de emergencia impiden o retardan la ovulación e impiden la migración de los espermatozoides por


espesamiento del moco cervical. Por lo tanto, actúan antes de la fecundación.

- La disponibilidad de la anticoncepción hormonal oral de emergencia en los servicios del Ministerio de Salud para la población de menores recursos debe ser libre, voluntaria e informada, idéntica a la que se ofrece a las usuarias de mayores recursos en las farmacias privadas de todo el país, con el correspondiente registro sanitario.
- El personal profesional que brinda atención en salud reproductiva en los establecimientos de salud ha sido capacitado y se ha elaborado una cartilla con disposiciones de uso de la AOE.

Actualmente los proveedores de Salud incluyen la información y oferta de la AOE en la consejería y atención de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, para los casos que este indicado, siendo esta entrega gratuita y oportuna para todos los casos de embarazos no deseados y sobre todo para las relaciones no protegidos en el contexto de la VBG.

5.4.- Orientando a las/los Usuarios en Salud Sexual y Reproductiva

Un elemento importante constituye el material educativo en la prestación de servicios, orientados a reforzar la información brindada por el proveedor de salud.




ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

- La anticoncepción oral de emergencia (AOE), es un método de emergencia para prevenir un embarazo, **no reemplaza el uso continuado de otros métodos anticonceptivos**.
- En que casos usar la AOE:
 - Mujeres que han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación)
 - Si el condón se ha roto
 - Si el DIU ha sido expulsado
 - Si la mujer ha olvidado de tomar más de 2 días sus anticonceptivos orales, o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir un inyectable anticonceptivo (Acetato de Madrox/progestacional) y ha tenido una relación sexual sin usar otro método de planificación familiar.
 - Si la relación sexual tuvo lugar sin protección anticonceptiva y la mujer no desea quedar embarazada.
- Se debe usar como máximo dentro de las 72 horas después de la relación sexual sin protección.
- La anticoncepción oral de emergencia deberá ser distribuida en Institutos Especializados, Hospitales, Centros y Puestos de Salud que cuenten con personal profesional.
- Debe ser administrado por personal capacitado, en la consulta externa o en el servicio de emergencia del establecimiento de Salud, previa consejería y conservando la privacidad de la paciente.
- Existen 2 esquemas:

Composición		Dosis Inicial (Antes de 72 horas)	2da Dosis (12 horas después de la dosis inicial)
Levonorgestrel 0.75 mg	Píldoras de solo progestágeno	1 tableta	1 tableta
Ethinilgestralol + levonorgestrel	Píldoras combinadas	4 tabletas	4 tabletas

- La única contraindicación médica conocida para el uso de la Anticoncepción oral de emergencia es el embarazo.
- Los efectos secundarios más frecuentes con el uso de la AOE son las náuseas, vómitos, mareos, fatiga y tensión mamaria.
- Administrar antieméticos como el dimenhidrinato, media hora antes de tomar la píldora. Si la mujer vomita en las 2 horas siguientes de haber tomado la píldora debe tomar otras dosis.

- Este método no protege contra las infecciones de transmisión sexual ni el VIH/SIDA.
- En los casos de violación se debe dar un enfoque integral al problema, incluyendo prevención de ITS/VIH y SIDA, refiriendo a la mujer para apoyo psicológico y legal, dando mucho énfasis en la relación cordial y la privacidad.
- Recomendar a la mujer que regrese en su siguiente menstruación para iniciar con el método de planificación familiar de su elección.
- LA AOE NO ES UN MÉTODO RUTINARIO Y NO DEBE REEMPLAZAR EL USO DE OTROS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.** (Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva, Módulo VII, pag 32,33.)



MINISTERIO DE SALUD
SECCIÓN TÉCNICA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
CÓDIGO 1004-10000

Registro Diario de Atención y Otras Actividades

FECHA	LETO	PRO	SE	ESTADIST.	PROCESO	NOMBRE DEL ASISTENTE
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52	52	52
53	53	53	53	53	53	53
54	54	54	54	54	54	54
55	55	55	55	55	55	55
56	56	56	56	56	56	56
57	57	57	57	57	57	57
58	58	58	58	58	58	58
59	59	59	59	59	59	59
60	60	60	60	60	60	60
61	61	61	61	61	61	61
62	62	62	62	62	62	62
63	63	63	63	63	63	63
64	64	64	64	64	64	64
65	65	65	65	65	65	65
66	66	66	66	66	66	66
67	67	67	67	67	67	67
68	68	68	68	68	68	68
69	69	69	69	69	69	69
70	70	70	70	70	70	70
71	71	71	71	71	71	71
72	72	72	72	72	72	72
73	73	73	73	73	73	73
74	74	74	74	74	74	74
75	75	75	75	75	75	75
76	76	76	76	76	76	76
77	77	77	77	77	77	77
78	78	78	78	78	78	78
79	79	79	79	79	79	79
80	80	80	80	80	80	80
81	81	81	81	81	81	81
82	82	82	82	82	82	82
83	83	83	83	83	83	83
84	84	84	84	84	84	84
85	85	85	85	85	85	85
86	86	86	86	86	86	86
87	87	87	87	87	87	87
88	88	88	88	88	88	88
89	89	89	89	89	89	89
90	90	90	90	90	90	90
91	91	91	91	91	91	91
92	92	92	92	92	92	92
93	93	93	93	93	93	93
94	94	94	94	94	94	94
95	95	95	95	95	95	95
96	96	96	96	96	96	96
97	97	97	97	97	97	97
98	98	98	98	98	98	98
99	99	99	99	99	99	99
100	100	100	100	100	100	100

Este material fue cuidadosamente diseñado, con un enfoque de género derechos e interculturalidad, (afiches, folletos, trípticos y manuales de bolsillo para los proveedores). Asimismo se elaboró material educativo para personas iletradas y de acuerdo a las zonas (Costa, Sierra y Selva).





5.5.- Garantizando los Niveles de Seguridad y Calidad para la Oferta de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

Todos los establecimientos de Salud en donde se ofrece la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) femenina fueron calificados para garantizar niveles de seguridad y calidad para la oferta de este método de planificación familiar definitivo.

La evaluación estuvo a cargo de un equipo regional de calificación, el que a su vez fue monitoreado y supervisado por el equipo nacional de calificación. Los establecimientos sujetos a calificación fueron: Instituto Especializado, Hospital III, Hospital II, Hospital I y Centros de Salud con internamiento (que cuenten con salas de operaciones, recursos humanos calificados y hospitalización).

CAPÍTULO VI

ENFRENTANDO LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD



VI. ENFRENTANDO LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD



Cada vez más se reconoce que la violencia basada en género es un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos

Population Reports, 1999

“La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podremos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz”

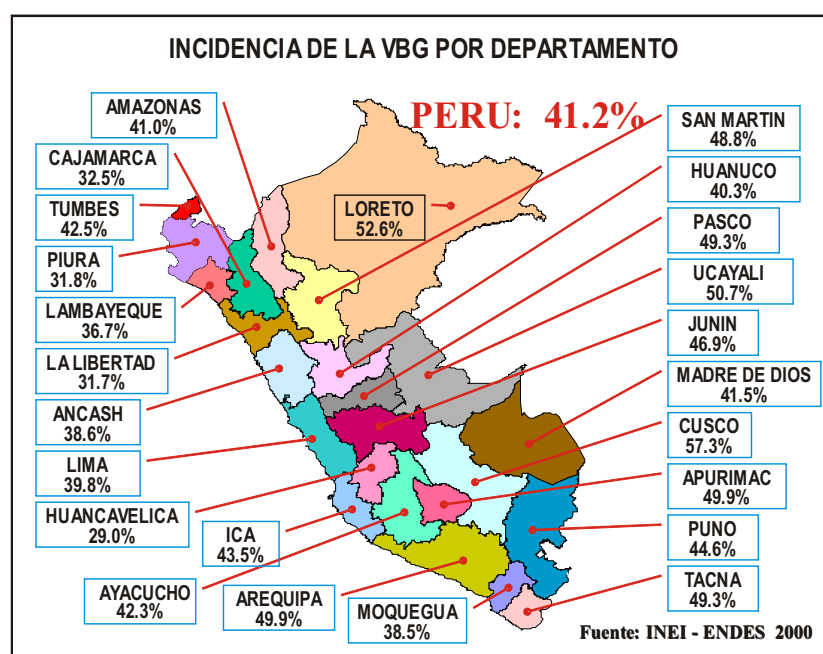
Kofi Annan,
Secretario General de las Naciones Unidas

Cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado¹³.

6.1.- Atención de la VBG desde los servicios de salud

La Violencia Basada en Género (VBG), constituye un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte. Es expresión de la inequidad basada en género

La VBG es tan frecuente que ocurre en más del 50% de las mujeres peruanas en edad reproductiva, han sido demostrados sus efectos perjudiciales que impactan sobre la salud física, sobre la salud mental y sobre la salud reproductiva. Cuando se examina las consecuencias de la VBG sobre la salud reproductiva encontramos que está vinculada al dolor pélvico crónico, a la mayor frecuencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazos no deseados; así como aborto espontáneo e inducido, parto prematuro, niños de bajo peso y cuadros de preeclampsia.



¹³ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belem do Para, 1994

El personal de salud tiene una gran responsabilidad en la identificación de los casos de VBG desde los servicios, ya que en la mayoría de los casos las mujeres no están dispuestas a reportar este tipo de agresiones y menos aún a denunciarlas. Por lo tanto la importancia de la atención de este problema de salud pública desde los servicios se justifica por las siguientes razones:

- Debido a que la VBG es una de las causas de incapacidad y muerte entre las mujeres.
- Porque produce consecuencias adversas para la salud sexual y reproductiva de las personas.
- Porque es una oportunidad única para identificar casos de mujeres en riesgo y puede ser motivo de diagnóstico erróneo o atención inadecuada.
- Posición excepcional con respecto a la posible modificación de las actitudes sociales hacia la VBG.
- Puede mejorar la calidad de atención de manera más amplia.



Defensoría Comunitaria de Chacabamba

6.2.- Acciones e iniciativas de la ESNSSR para enfrentar la VBG

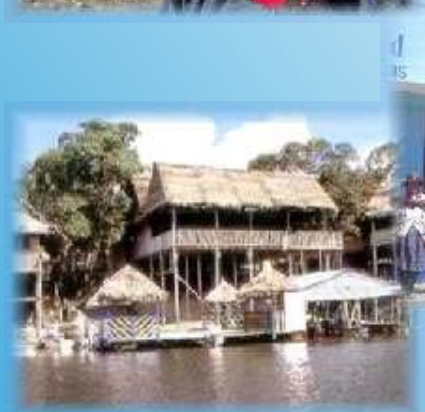
La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la DGSP, ha normado el manejo de la Violencia Basada en Género y en concordancia a ello, está realizando diversas acciones orientadas a la atención de la misma, entre las que se puede mencionar:

- **Protocolo de Atención para los casos de Violencia basada en Género contemplado en la Guía Nacional de Atención Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva**, que ha sido difundida a nivel nacional a los profesionales de la salud desde agosto del año 2004.
- Sensibilización y Capacitación del personal de salud en el tema de Violencia basada en Género y sobre el rol del proveedor de salud para identificar estos casos y aplicar el protocolo de atención integral en los talleres de Actualización en Planificación Familiar a nivel nacional.
- Participación en el **IV Curso de Capacitación “Protección y Desarrollo de la Mujer, el Niño y el Adolescente”** en el marco del Proyecto: Fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal en las Zonas Afectadas por la Violencia (MINSA-JICA-USAID-Instituto Especializado Materno-Perinatal) con el diseño de los contenidos del módulo de capacitación en el tema: Violencia Basada en Género que incluye el marco conceptual, la magnitud del problema de salud pública y desde el enfoque de los derechos humanos, una revisión de la legislación nacional e internacional sobre el tema y la Respuesta del Sector Salud frente al tema de VBG.

- Distribución de la Anticoncepción Oral de Emergencia (130,000 blister) a los establecimientos de salud las DIRESA y DISA del ámbito nacional.
- Aplicación de Lista de Chequeo en los Hospitales de Lima para verificar el uso del Protocolo de Atención para los casos de VBG y la disponibilidad de la AOE y de los antiretrovirales para su entrega oportuna en los casos que se requieran.
- Designación de Hospitales de referencia para la atención de los casos de VBG a nivel de Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital María Auxiliadora, Hospital Nacional Cayetano Heredia y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el Callao, con detección de AOE y kits de profilaxis de VIH.
- Reuniones de sensibilización al personal involucrado con el manejo de la violencia basada en género en cuatro hospitales de referencia.
- Elaboración del Fluxograma de atención para la Violencia Basada en Género a nivel Hospitales de Referencia.
- Elaboración y distribución de las hojas de referencia con sus respectivos instructivos a las comisarías de Lima y Callao.
- Taller de sensibilización en el manejo de la VBG dirigido al personal de las Comisarías de Lima y Callao.
- Diseño y aplicación de una Encuesta por el Buen trato en el marco de las actividades de **SEMANA POR EL BUEN TRATO Y POR UNA CULTURA DE PAZ** (Noviembre, 2005), en donde se incluye el tema de hostigamiento sexual a fin de identificar si las prácticas y el ambiente laboral al interior de la sede nacional del Ministerio de Salud responde a los objetivos del buen trato y de la cultura de paz.
- Participación activa en el diseño e implementación del **Plan de Atención para la Violencia Basada en Género**, en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud y con el apoyo del Proyecto POLICY, con el fin de mejorar la capacidad resolutive en la atención a las personas afectadas por VBG en redes seleccionadas en Junín, Lima y Ucayali.
- **Convenio de colaboración interinstitucional entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud** para el desarrollo de actividades de Capacitación, Investigación y Atención Integral de los casos de Violencia sexual a través de las Comisarías de Mujeres y establecimientos de salud de la Policía Nacional del Perú. El objetivo de este convenio es establecer las normas para el desarrollo de acciones de capacitación, investigación y atención integral de los casos de violencia sexual (prevención, promoción y recuperación), dirigida a la comunidad a través de las Comisarías de Mujeres y los Establecimientos de salud de la Policía Nacional del Perú. Este convenio ha sido aprobado en Enero 2006 y esta vigente hasta el 2007.

CAPÍTULO VII

SUMANDO ESFUERZOS POR LA MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA



VII. SUMANDO ESFUERZOS POR LA MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA

7.1.- El Rol de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología - SPOG

Durante los últimos años la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) ha trabajado conjuntamente con el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Salud de las Personas, con el objetivo de concertar esfuerzos mediante el desarrollo y articulación de las Políticas de Salud aplicadas por el MINSA, en favor de la salud de la mujer y de la familia.

- En calidad de miembro activo del Comité Consultivo del MINSA, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología se ha planteado los siguientes objetivos:
- Cooperar con el MINSA como ente rector en la consolidación de las políticas de Salud Reproductiva, Materno Perinatal y Planificación Familiar, con énfasis en el reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos.
- Contribuir a mejorar los indicadores de la salud de la mujer, con especial énfasis en la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- Brindar asistencia técnica para la capacitación del personal profesional y técnico de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, fortaleciendo la oferta de los servicios de salud reproductiva, materno perinatales y planificación familiar.
- Aportar con recursos humanos, médicos asociados de las filiales de la Sociedad, para la realización de estudios regionales o nacionales, cuyo objetivo sea el conocimiento de la realidad de salud regional o nacional y la elaboración, actualización o difusión de las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva.

7.2.- Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSalud)

A finales de 1999, el Ministerio de Salud formuló el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSalud), a ser financiado con préstamos del Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el objeto de proveer asistencia técnica y financiera para desarrollar estrategias orientadas principalmente a:

- Garantizar el acceso de los grupos de la población de bajos recursos a los servicios de salud.
- Reducir las barreras económicas y culturales para la utilización de los servicios de salud, Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios básicos de salud y adaptarlos a las prioridades locales.

Uno de los componentes del Programa fue el mejoramiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de las redes obstétricas conformadas. Con este fin, se ejecutaron 188 obras en las ocho Direcciones Regionales de salud en las que se intervinieron.



INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON FINANCIAMIENTO DEL PARSALUD

Se capacitaron alrededor de 900 profesionales de la salud, entre médicos, enfermeras y obstetras así como 620 técnicos, en emergencias obstétricas y neonatales, tecnología perinatal y laboratorio clínico. Se desarrolló un curso de quechua médico en el que se capacitaron 313 profesionales.

Asimismo, se han desarrollado acciones con el objetivo de promover prácticas saludables en maternidad, con un enfoque de género, interculturalidad y derechos.

7.3.- Contribucion de las Agencias Cooperantes

UNFPA:

El apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas durante el último quinquenio para el área de Salud Reproductiva tuvo como objetivo contribuir con los esfuerzos nacionales para mejorar la calidad de vida de la población peruana y reducir la mortalidad materno-perinatal, mediante:

- El mayor acceso a servicios de calidad que respondan a las necesidades específicas de la población y brinden atención con perspectiva de género y sociocultural en un marco de respeto y ejercicio pleno de los derechos de las personas incluyendo los derechos reproductivos; y
- La promoción de actividades de información educación y comunicación en derechos y salud sexual y reproductiva, dirigidos a la población en general, en especial a poblaciones en mayor pobreza, indígenas y adolescentes.

La atención de calidad, derecho básico de las personas, en salud sexual y reproductiva, debe asegurar la elección libre e informada entre una amplia gama de métodos anticonceptivos en un marco de equidad de género y respeto a las características culturales de las personas. Asimismo, debe ser proporcionada por proveedores con capacidades técnicas suficientes, en ambientes adecuados, que proporcionen, la privacidad y confidencialidad necesarias y debe incluir la entrega de información suficiente y adecuada.

Consecuentemente, UNFPA ha apoyado directamente al Ministerio de Salud en las siguientes áreas:

- Fortalecimiento de las capacidades de gerentes y proveedores;
- Disponibilidad y acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos y mejoramiento del sistema logístico de suministros; y,
- Disponibilidad de materiales informativos suficientes y adecuados.

En esta área el UNFPA ha contribuido con el Ministerio de salud brindando apoyo técnico y financiero para:

Fortalecimiento de capacidades a gerentes y proveedores

- Disponibilidad de Documentos Técnicos.
- Capacitación de Proveedores.
- Estudios e Investigaciones para la Toma de Decisiones.
- Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios.
- Reuniones Nacionales de Evaluación.



Reunión Nacional de Evaluación, Julio 2006



Reunión Nacional de Evaluación, Julio 2006 con apoyo financiero de UNFPA

Disponibilidad y acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos y mejoramiento del sistema logístico de suministros

- Promoción: fomentar la voluntad política para abastecer cantidades suficientes de suministros, prestar servicios de alta calidad a un costo accesible y mejorar el ambiente para los acuerdos de colaboración y la financiación, creando conciencia y eliminando barreras;
- Movilización de recursos: recaudar fondos para ayudar a financiar la adquisición de suministros;
- Fomento de la capacidad nacional: pronosticar, financiar, adquirir y distribuir ;
- Cooperación técnica: elaboración de instrumentos y orientación para asegurar el abastecimiento de suministros (DAIA);
- Coordinación: ejecutar estrategias conjuntas con la participación de gobiernos, organismos de las Naciones Unidas, Organizaciones No Gubernamentales, organismos técnicos, donantes, sector privado y otros asociados.

Disponibilidad de materiales informativos suficientes y adecuados

- Sistematización de materiales de IEC en maternidad saludable y salud sexual y reproductiva para adolescentes y hombres.
- Plan de Comunicaciones para proveedores y usuarios/as de servicios del Ministerio de salud.
- Materiales de IEC sobre salud reproductiva y sobre métodos anticonceptivos. Se elaboraron materiales de Información y comunicación diferenciados para la costa, sierra y selva entre estos Folletos sobre MAC, Derechos de usuario/a, condón, ligadura de trompas, vasectomía. DIU, inyectable, AOE, natural, píldoras combinadas, MELA, Signos de alarma durante gestación, cáncer ginecológico, afiches (MAC, derechos de usuario/a; Rotafolios sobre salud sexual y reproductiva; Guías de bolsillo: criterios de elegibilidad de métodos SR, cáncer, ITS; Afiches sin letras - MAC condón, ligadura de trompas, vasectomía. DIU, inyectable, AOE, métodos natural, píldoras combinadas, MELA, SR, PF. Afiches y trípticos sobre las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, folletos y mosquitos sobre prevención de VIH/SIDA y derechos de adolescentes.

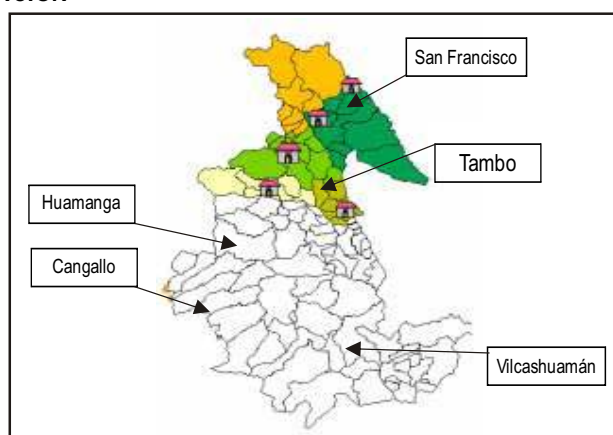
USAID: A través de CARE/PERU, PATHFINDER, POLICY, Proyecto Cobertura con Calidad, etc.

CARE

Dentro de las intervenciones desarrolladas en el Perú con el propósito de reducir la mortalidad materna en la última década, destaca el Proyecto FEMME (Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencias), el que inició sus intervenciones en el departamento de Ayacucho.

Se implementó una estrategia conjunta con el Ministerio de Salud, El Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, La Dirección Regional de Salud de Ayacucho, y el Proyecto FEMME PERU "Emergencias Obstétricas" del Programa AMDD de la Universidad de Columbia, con el propósito de mejorar el acceso e incrementar el uso de los Servicios de Cuidados Obstétricos de Emergencia de calidad de las mujeres gestantes, para disminuir las muertes y discapacidades maternas relacionadas con las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio. La

AMBITOS DE INTERVENCIÓN¹⁴



LOGROS Y RESULTADOS:

- Guía y Flujograma de Atención para las Emergencias Obstétricas.
- Metodología para realizar Auditoria Clínica Basada en Criterios.
- Sistema de Capacitación Regional de Emergencias Obstétricas.
- Sistema de Registros y uso de Indicadores de Proceso de la ONU.
- Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Metodología para prevenir infecciones intra hospitalarias en los Centros Obstétricos de Emergencia.
- Enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad.
- Promoviendo políticas públicas.



**Premio a los servicios Distinguidos a la Comunidad
En Cuidados Obstétricos de Emergencia
Otorgado por la FIGO Hospital Regional
de Ayacucho - 2004**

¹⁴ La población del ámbito de la intervención es aproximadamente 450 mil habitantes, y es la zona con mayor concentración de la población de la región.

PATHFINDER

Pathfinder ha desarrollado una importante labor en el fortalecimiento, expansión, acceso, mejora de la calidad de los servicios de atención e información en salud sexual y reproductiva, planificación familiar, salud materno-infantil y salud de los adolescentes:

Acreditación Aseguramiento de la calidad.

Los procesos de calidad permiten una mayor satisfacción de las usuarias, un mejor conocimiento de los signos de alarma en la gestación y una más dispuesta intencionalidad para acudir a los servicios de salud.

Capacidad resolutive y sistema de informacion materno perinatal para la mejora continua de la calidad

Pathfinder International ha brindado asistencia técnica en la elaboración de instrumentos que fortalecen el uso adecuado de la información, en la toma de decisiones.

Entre estos instrumentos, tenemos:

- **Sistema de información materno perinatal SIP 2000**, el 80% de Hospitales y el 60% de establecimientos cabecera de red a nivel nacional, utilizan el SIP 2000 y sus módulos complementarios para el registro de la historia clínica materno perinatal y para tomar decisiones basadas en evidencia e investigación.
- **Funciones obstétricas y neonatales FON**, el 51% de los establecimientos del país, es decir 3,500 establecimientos han realizado al menos un diagnóstico de capacidad resolutive basada en recursos y utilizan los resultados para identificar el equipamiento faltante para brindar una adecuada atención materna perinatal.
- **Indicadores materno-perinatales** en la implementación del modelo de atención integral de salud, los estándares de calidad e indicadores materno-perinatales están siendo aplicados en los establecimientos de salud de las microredes y los hospitales. Lo interesante del proceso es que fueron construidos concertadamente tomando atención al proceso de categorización de establecimientos de salud, el modelo de atención integral de salud, el sistema de gestión de calidad y el desarrollo de la acreditación de los servicios de salud.
- **Centros de desarrollo de competencias**, se encuentran en funcionamiento seis Centros de Desarrollo de Competencias con sus respectivas sedes de pasantías en las DIRESAs ámbito de PATHFINDER. Todas han sido equipadas con simuladores, materiales e insumos para la realización de las actividades prácticas.

Espaciamiento óptimo entre nacimientos

La iniciativa de intervenir en Espaciamiento Óptimo del Embarazo (EOE) fue diseñada con el objetivo primordial de colocar el tema en la agenda de la salud pública nacional y regional. Esta iniciativa incorpora la recomendación de intervalos de tres a cinco años entre nacimientos como estrategia para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

La intervención se inició con un taller multisectorial de nivel nacional y luego se desarrollaron 93 eventos con 3350 participantes, a nivel de todas las direcciones regionales de salud.



Premio Sarah Faith

El Premio Sarah-Faith, convocado anualmente por Pathfinder International, recompensa los esfuerzos realizados de una persona, organización de base, ó institución peruana para salvar la vida de mujeres amenazadas con complicaciones del embarazo, parto o puerperio, contribuyendo a reducir la mortalidad materna.



Premio Sarah Faith:

- 2004 Micro Red de Chungui, Ayacucho
- 2003 Puesto de Salud La Libertad de Pallán; Celendín, Cajamarca
- 2002 Centro Materno Perinatal de Tarapoto, San Martín.
- 2001 Hospital Departamental de Huancavelica



Lanzamiento Concurso Sarah Faith 2006

POLICY:

El objetivo estratégico de POLICY es contribuir a que las políticas respondan a las necesidades de los hombres y de las mujeres y que respondan a enfoques de participación social en salud, es decir que la comunidad y la sociedad civil puedan tomar decisiones y asuman responsabilidades en la atención de su salud, estableciendo diálogo con actores del Estado que permitan encontrar soluciones que favorezcan a las grandes mayorías.

La reforma de las políticas operativas exige:

- Comprender el funcionamiento del ámbito en que se originan las políticas.
- Establecer sistema de colaboración entre gerentes y prestadores para identificación de barreras.
- Analizar las políticas operativas para identificar causas de barreras.
- Adoptar recomendaciones y estrategias para eliminación de barreras producidas por las políticas operativas.

Con este enfoque y en búsqueda de contribuir a la reducción de la mortalidad materna, POLICY, entre septiembre del 2002 y junio del 2004, promueve una intervención, bajo el supuesto que son las mismas políticas operativas¹⁵ creadas por el Ministerio de Salud, las que generan barreras al acceso a los servicios materno perinatales. El proceso se construye de común acuerdo con funcionarios, prestadores de salud y miembros de la sociedad civil con el objetivo de identificar las barreras y propiciar su remoción.

El estudio tuvo tres fases. La primera recogió información que ayudó a identificar las barreras existentes. La segunda, correspondió a la divulgación de los resultados a las autoridades en salud a nivel nacional y regional, así como a la sociedad civil, generando debates y propuestas de solución. Finalmente, en la tercera fase, POLICY brindó asistencia técnica para creación e implementación de políticas de cambio en la prestación de los servicios de salud materna.

¹⁵ Políticas operativas: normas, leyes, códigos, pautas y reglas administrativas, que los Gobiernos emplean para convertir a las Leyes Nacionales en programas y servicios. Las políticas operativas se originan en todos los niveles del Sistema Gubernamental, desde la Constitución hasta el punto de entrega de servicios. Los problemas de las políticas operativas se manifiestan de diferentes maneras, atribuyéndolos a supuestas políticas operativas inexistentes, es decir son explícitas e implícitas,

UNICEF

En el marco del Programa de Cooperación 2001 al 2005, UNICEF cooperó con el Ministerio de Salud en la ejecución del Proyecto “Maternidad Segura”.

El Proyecto tuvo como propósito contribuir a mejorar el acceso de las mujeres gestantes de áreas rurales priorizadas a los establecimientos de salud. Las áreas de intervención fueron seleccionadas en razón de la baja cobertura de atención en salud materna y por las altas tasas de mortalidad materna y del recién nacido.

El rol específico de la cooperación de UNICEF estuvo focalizada en los aspectos de educación comunitaria, movilización social, en el desarrollo de estrategias locales para reducir la barrera geográfica, y en la adecuación de los servicios maternos a la cultura de los usuarios incluyendo la mejora de su capacidad resolutive.

Los objetivos específicos del proyecto fueron:

- Asegurar que el 75% de mujeres adquieren los conocimientos y prácticas necesarias para el auto-cuidado de la salud materna y el uso oportuno de los servicios de salud.
- Lograr que el 80% de los agentes comunitarios estén en capacidad de reconocer signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio y recién nacidos y realicen la referencia oportuna de las emergencias obstétricas y neonatales a los establecimientos de salud.
- Implementar 40 "Casas de Espera Maternas", una por cada establecimiento de salud con capacidad resolutive, con el propósito de reducir las distancias geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud, especialmente durante el momento del parto.
- Mejorar la capacidad resolutive y la calidad de atención (incluyendo la adecuación cultural) del 100% de los establecimientos de atención materna para que atiendan el control prenatal, atención calificada del parto y las emergencias obstétricas y neonatales.

El área de intervención considerada en el proyecto fueron 9 provincias con menor cobertura de control prenatal y de atención del parto en establecimientos de salud de los departamentos de Cajamarca, Cusco, Amazonas y Apurímac. El proyecto beneficiará directamente a 29,800 madres gestantes y un número similar de recién nacidos de los ámbitos antes mencionados.


Las principales actividades del proyecto contribuyeron a la implementación de “Casas de Espera” de gestión compartida entre la comunidad, autoridades y establecimiento de salud y al fortalecimiento de capacidades del personal de salud, profesional y técnico, para afrontar adecuada y oportunamente las complicaciones y emergencias médicas de la gestante y el recién nacido.

JICA

El Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral de Salud para la Población afectada por la Violencia y Violación de Derechos Humanos en la República del Perú es ejecutada conjuntamente por el Ministerio de Salud: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Salud Mental, Promoción de la Salud, el Instituto Nacional Materno Perinatal, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y La Agencia de Cooperación del Japón-JICA. Este proyecto se desarrolla en 9 DIRESA, priorizadas por mayor prevalencia de violencia: Lima Este, Junín, Ayacucho, Huancavelica, Cusco, Loreto, Cajamarca, Ancash y Huánuco.

La ejecución del proyecto considera los siguientes componentes:

- Atención integral de la salud comprendiendo aspectos de promoción y prevención atención curativa, orientada hacia el crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo incorporando el enfoque de género, derecho e interculturalidad.
- La atención a las víctimas de la violencia ocurrida durante el conflicto armado interno entre grupos terroristas y el Gobierno Peruano desde el año 1980 hasta 2000, violencia contra la mujer, niños y violencia sexual

- 
- prevalentes en las zonas del proyecto.
 - Asistencia técnica y capacitación de los recursos humanos en la atención integral de la mujer y el niño así como para la atención de las víctimas de violencia.

OPS/OMS PERÚ

La Organización Panamericana de la Salud en conjunto con otras agencias internacionales, se han comprometido a apoyar a las autoridades nacionales en sus esfuerzos para reducir la mortalidad materna y perinatal.

- En un principio de la presente década se ha apoyado la organización y desarrollo de acciones de la Mesa Multisectorial por la Maternidad Saludable y Segura, instancia liderada por el MINSA y que convocó la participación multisectorial de cerca de 40 instituciones, tanto del sector público como de la sociedad civil, sector académico, sociedades científicas, organizaciones sociales de base y cooperación internacional. La mesa desarrolló acciones de promoción en favor de la maternidad saludable y segura, pero dejó de funcionar en 2003.

CAPÍTULO VIII

LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFÍOS



VIII. LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFÍOS

LECCIONES APRENDIDAS

De la Conducción

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la DGSP, ha logrado el involucramiento de los diferentes actores, creando conciencia, definiendo alianzas estratégicas, e incorporando los conceptos de derechos y responsabilidad ciudadana.

De la Regulación

La elaboración de las normas de Salud Sexual y Reproductiva, con la participación de la sociedad civil, sociedades Científica, Universidades, Colegios Profesionales, Agencias cooperantes y ONGs, ha permitido fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud dentro de la dimensión de regulación.

La implementación de las normas no ha sido trabajo fácil y se ha convertido en una experiencia muy enriquecedora en donde los trabajadores de salud han dado muestras de identificación y compromiso para la implementación y cumplimiento efectivo de las mismas a favor de la salud materna.

De la capacitación

La capacitación bajo la modalidad de pasantías mejora las competencias de los profesionales por su participación activa y directa garantizando el aprendizaje, la adquisición de habilidades importantes para la resolución de las complicaciones obstétricas y neonatales y el cambio de actitud para el dialogo intercultural necesario para la atención de la salud materna en un país como es el Perú, caracterizado por la diversidad cultural y étnica.

De la Interculturalidad

El conocer las costumbres ancestrales de la población peruana con sus diversos matices, y la riqueza que aporta esta cosmovisión diferente de la salud y enfermedad, ha permitido que los profesionales de la salud se involucren y respeten las creencias de las mujeres y los hombres adecuando los servicios de salud con enfoque de interculturalidad, consiguiendo mejorar el acceso y la oportunidad de las atenciones.

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

El cumplimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva implica reconocer el respeto a la decisión libre y voluntaria de hombres y mujeres a decidir sobre el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, así como a la elección informada de alguno de los métodos anticonceptivos disponibles, de acuerdo a sus creencias, necesidades, sin ningún factor de discriminación o incentivo a favor de alguno de ellos.

Del Enfoque de Género

El involucramiento de los hombres como compañeros en la salud sexual y reproductiva es una estrategia válida que contribuye a garantizar la maternidad saludable, al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres y promueve relaciones más justas y solidarias.

De la Violencia Basada en Género

Que el trabajo coordinado del Ministerio de Salud con el Ministerio del Interior, el Ministerio Público y otros actores, esta garantizando que las mujeres que son objeto de violencia basada en género tenga la posibilidad de una atención de calidad oportuna.

De la Participación Ciudadana

Que el trabajo coordinado con la Comunidad organizada contribuye a la sostenibilidad y al éxito de las estrategias de lucha contra la Mortalidad Materna como Casas de Espera, Plan de Parto, Vigilancia Comunal, Radar y Mapeo de Gestantes y Puérperas, Referencia Comunal.

Logística de Anticonceptivos

Los requerimientos y programaciones de anticonceptivos se deben realizar oportunamente previa coordinación y trabajo de consistencia a nivel de los proveedores, (hospitales, centros de Salud), las Direcciones Regionales de Salud respectivas, la Oficina General de Administración, DIGEMID y la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la DGSP; teniendo en cuenta que las necesidades y provisiones tienen una dinámica constante para poder tener con mayor exactitud las proyecciones de los requerimientos y las actualizaciones periódicas.

Desafíos:

- El principal desafío que enfrenta el Ministerio de Salud y todos los sub sectores y actores sociales que han contribuido en la última década para la reducción de la mortalidad materna, es garantizar la sostenibilidad de las acciones y estrategias exitosas que se han realizado en los últimos años a favor de la maternidad saludable y segura fortaleciendo la reducción de muerte materna como prioridad política.
- En el contexto de la descentralización, es mandatario que los gobiernos regionales mantengan el compromiso formalizado en los Acuerdos de Gestión para la reducción de la mortalidad materna.
- Continuar con la estrategia del SIS para disminuir las barreras económicas y garantizar el acceso de la población pobre y extremadamente pobre a una atención materna de calidad.
- Institucionalizar la estrategia de las Casas de Espera para la atención del parto a nivel de las regiones en donde las barreras geográficas son factores que atentan contra la atención oportuna del parto.
- Que las mujeres peruanas ejerzan el derecho de elegir la posición al momento del parto, en el marco de una atención de calidad y respeto y sin ningún factor de discriminación.
- Incrementar el parto institucional, con prioridad en las poblaciones rurales donde es evidente la necesidad de los cuidados obstétricos y neonatales.
- Mejorar las estrategias a favor de la disminución del embarazo no deseado en adolescente, a través de la oferta de educación sexual y de servicios de salud sexual y reproductiva diferenciados y adecuados culturalmente en cada región.
- Promover la inclusión de los conceptos de derechos y salud sexual y reproductiva, equidad de género e interculturalidad en la educación escolar.
- Que las Universidades incorporen en su currículo los conceptos de derechos y salud sexual y reproductiva, equidad de género e interculturalidad.

CAPÍTULO IX

BIBLIOGRAFÍA



IX. BIBLIOGRAFÍA:

Camino, L, et al. Estudio Antropológico para conocer los factores que influyen en la mortalidad materna en el departamento de Huancavelica, Julio 2003.

Chávez, S. Sistematización del Proyecto de Maternidad Segura, periodo de ejecución 1997-2004. Cajamarca, 2004.

Hurtado, R. Muerte Materna en los Establecimientos de Salud Pública del Departamento de Puno: Una aproximación a la problemática desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Tesis para optar el grado de Maestría en Políticas Sociales con mención en Género, Población y Desarrollo. Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Postgrado, Lima, 2002.

INEI, ENDES CONTINUA 2004-2005, I Edición Lima-2006.

OMS, Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, III Edición - Ginebra 2005.

Moscoso, D. Mateos, H. Olivares, E. Sistematización de la Estrategia Integral en Salud Materno Infantil en la Provincia de Paruro, MINSA, Dirección Regional de Salud Cusco, UBASS Paruro, 2000.

Ministerio de Salud, Instructivo para el Registro de Datos de la Historia Clínica Materno Perinatal Primera Edición, Febrero-2000.

Ministerio de Salud, Norma Técnica de Planificación Familiar, I Edición. Lima-2006.

Ministerio de Salud, Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, I edición Lima, 2006 Imprenta Industrias Gráficas-Ausangate.

Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú 2003, Lima, Julio 2004.

Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología, Proyecto VIGIA. Interculturalidad en la atención de la salud. Estudio socio antropológico de enfermedades que cursan con síndrome íctero hemorrágico en Ayacucho y Cusco, Lima, 2001.


Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Caracterización de la Exclusión Social en Salud en el Perú, Informe Final. Lima, Julio del 2003.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos: Género, salud y desarrollo en el Perú, agosto, 2005.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2000. Lima, noviembre del 2004.

MINSA, Dirección Regional de Salud Cajamarca, evaluación de Resultados Etapa de Vida Adulto Mujer Año 2004-DISACajamarca.

MINSA, Consolidado de Casas de Espera a nivel nacional, Documento versión borrador, Dirección General de Promoción de la Salud, Noviembre, 2005.



MINSA, Dirección General de Promoción de la Salud, Las Casas de Espera en el Perú: Resumen de las experiencias de adecuación cultural en Microrredes priorizadas de Huancavelica, Puno, Bagua, Huánuco, Apurímac, Cuzco y Ayacucho.

Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador, Capítulo Perú. Desarrollo Humano: Desarrollo sostenible en el río Santiago, Línea de Base, septiembre 2003.

UNICEF, Proyecto Maternidad Segura: Programa de Cooperación Perú-UNICEF 2001-2005.

UNICEF, Indicadores de UNICEF: Apurímac, Cajamarca y Cusco, Maternidad Segura, 2001.

UNICEF, Experiencias exitosas en salud materna: Red V de Salud Cajabamba: Casa de Espera para las Mujeres Embarazadas.

UNICEF, Plan de Programación Anual, 2004. Programa Iniciativas para la inclusión social, Proyecto Maternidad Segura.

UNICEF, Dirección de Salud Cajamarca, Sistematización de la experiencia de adecuación cultural para la atención en salud materna, Cajamarca, setiembre 2004.

UNICEF, Propuesta de Programación 2003: Salud Materna e Infantil. Programa de Cooperación Perú-UNICEF.

UNICEF, Plan Estratégico para el funcionamiento de los hogares maternos.

UNICEF, Resultados del Proyecto de Maternidad Segura: Programa de Cooperación Perú-UNICEF, 2001-2005.

UNICEF, Barreras que limitan el acceso a los servicios de salud maternos en áreas rurales del Perú, Análisis situacional.

USAID/LAC/RSD-PHN, Disponibilidad Asegurada de Insumos, Anticonceptivos en Perú: Evaluación de Fortalezas y Debilidades Estudio Regional de Viabilidad de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. Setiembre -2003.

Vallenas, G. Mortalidad General, Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna. Asociación Peruana de Demografía y Población, Presentación en UNFPA, Julio 2005.



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas



**Estrategia Sanitaria Nacional de Salud
Sexual y Reproductiva**

