



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

Evaluación del impacto del Proyecto FEMME en la reducción de la Mortalidad Materna y su importancia para la implementación de Políticas de Salud en el Perú (2006)



AMDD



Columbia University
MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Evaluación de impacto del Proyecto FEMME en la reducción de la mortalidad materna y su importancia para la implementación de políticas de salud en el Perú / Ministerio de Salud. Oficina General de Cooperación Internacional; CARE PERU -- Lima: Ministerio de Salud; 2006

144 p.; ilus.; tab.

POLITICA DE SALUD / MORTALIDAD MATERNA / SALUD PUBLICA, instrum / FORMULACION DE PROYECTOS / COOPERACION INTERNACIONAL / INDICADORES DE SALUD / EVALUACION DE IMPACTO / SERVICIOS DE SALUD / PERU

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No.: 2006-5753

© **MINSA, 2006**

Tiraje: 1,000 ejemplares

Ministerio de Salud

Av. Salaverry cuadra 8 s/n. Lima 11 -Perú

Teléfono: (511) 315-6600

www.minsa.gob.pe

webmaster@minsa.gob.pe

CARE PERÚ

Av. Santa Cruz 659. Lima 11 -Perú

Teléfono: (511) 421-7430

www.care.org.pe

postmaster@care.org.pe

Impreso en:

A4 IMPRESORES SRL

Jr. Pachacutec 915 Jesús María

Telef.: 3323964

www.a4impresores.com

MINISTERIO DE SALUD

Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud

Dr. José Carlos del Carmen Sara
Viceministro de Salud

Dr. Luis Podesta Gavilano
Director General
Dirección General de Salud de las Personas

Dr. Carlos Cosentino Esquerre
Director General
Oficina General de Cooperación Internacional –OGCI

Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Coordinadora
Estrategia Nacional Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva

Dr. José Castro Quiroz
Director Ejecutivo
Oficina Ejecutiva de Evaluación de Cooperación Internacional –OEECI

CARE PERU

Milo Stanojevich
Director Nacional

Jay Goulden
Director de Programas CARE - Perú

EQUIPO EVALUADOR MINSA–CARE PERÚ

Alta Dirección

Dra. María Paulina Giusti Hundskopf

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Lucy del Carpio Ancaya

Dra. Raquel Hurtado La Rosa

OGCI

Dr. José Alberto Castro Quiroz

Mg. Victor Carlos Salazar Condor

CARE PERÚ

Dr. Jay Goulden

Dr. Guillermo Frias Martinelli

Dr. Ariel Frisancho Arroyo

Dr. Danilo Fernandez Borjas

Mg. Elena Esquiche León

Consultores

Dr. Juan A. Seclen Palacín (*Consultor Principal*)

Soc. Cecilia La Torre (*apoyo en diseño y análisis cualitativo*)

Lic. Luis Roldan (*apoyo en análisis estadístico*)

Revisión de textos

Dra. Lucy del Carpio Ancaya

Dra. Raquel Hurtado La Rosa

Dr. José Alberto Castro Quiroz

Dr. Victor Carlos Salazar Condor

Dr. Jay Goulden

Dr. Guillermo Frias Martinelli

Dr. Danilo Fernandez Borjas

Mg. Elena Esquiche León

Dr. Juan A. Seclen Palacín

Edición

Dr. Pedro Guerrero Romero

El presente estudio, ha sido conjuntamente financiado por AMARES, Columbia University Mailman School of Public Health y CARE PERU –Programa Derechos en Salud

Índice

Prólogo	vii
Índice de gráficos	viii
Resumen Ejecutivo	ix
Lista de acrónimos	xxiii
I. Introducción	1
II. Naturaleza de la intervención: El proyecto FEMME	5
III. Naturaleza del estudio evaluativo	13
IV. Objetivos evaluativos	15
V. Metodología	17
VI. Resultados	33
VII. Conclusiones	97
VIII. Recomendaciones	103
Referencias bibliográficas	106
Anexos	111

Agradecimientos

La labor realizada por el Proyecto FEMME movilizó un conjunto de actores, a diferente nivel, quienes en conjunto fueron los principales gestores de los cambios ocurridos. A todos ellos van los agradecimientos.

CARE PERU, quiere en primer lugar reconocer y agradecer muy en especial al personal de salud (médicos, obstetrices, enfermeras y técnicos) del Hospital Regional de Ayacucho y de las redes de salud San Francisco, Vilcashuamán, Tambo (San Miguel) y Cangallo, por su esfuerzo permanente, indesmayable, disciplinado y desmedido en hacer de las acciones del Proyecto una impresionante realidad en los servicios de salud ofrecidos a las mujeres ayacuchanas. Su participación y liderazgo efectivo ha permitido avances concretos en la mejora de la salud de las madres gestantes.

Reconocer la labor de la DIRESA Ayacucho y sus autoridades, por haber sido un agente proactivo y facilitador continuo en el desarrollo de las diversas acciones relacionadas con la experiencia FEMME. Su rol de aliado estratégico se dejó sentir en todos los años de trabajo.

Reconocer la labor de liderazgo político y social desplegada por el Gobierno Regional de Ayacucho, las autoridades de gobierno y la sociedad civil organizada por el inmenso apoyo recibido en el desarrollo de las acciones de concertación intersectorial por mejorar la salud materna en la región.

Agradecer al IEMP por haber ejercido un rol protagónico y esencial en las sesiones de capacitación y acompañamiento del SICAP regional.

Agradecer al MINSA, nivel central, y sus autoridades por haber seguido estrechamente el proceso y sobretodo haber tomado la acertada decisión de rescatar de la experiencia ayacuchana estrategias y tecnologías de valor para expandirlas a otras regiones y al país en su conjunto.

Reconocer y agradecer muy especialmente el apoyo financiero de la Fundación Bill Gates que posibilitó el desarrollo del Proyecto FEMME, y reconocer la asistencia técnica permanente recibida desde las oficinas de CARE-USA, del Programa AMDD y de la Universidad de Columbia.

Prólogo

Los Proyectos que se ejecutan con apoyo de la Cooperación Internacional complementan el esfuerzo que permanentemente realiza el Ministerio de Salud por mejorar las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables y más pobres de nuestro país. Se convierten así en instrumentos de cooperación y sobre todo en herramientas de solución de problemas sobre la base de lazos de confianza.

Dentro de las Políticas Sectoriales, el tema de la mortalidad materna ha ido ganando un espacio como un nuevo indicador de pobreza y de la realidad en que una sociedad vive. Es un tema largamente analizado y hondamente sentido que genera pesar cuando se incrementa así como una reflexión intensa por buscar la solución inmediata y definitiva de sus causas.

Es por ello, que causa un gran interés cuando un proyecto demuestra haber probado una estrategia efectiva para reducir la muerte materna y explora la posibilidad de institucionalizarse para lograr su sostenibilidad en el tiempo.

Considero necesario que las Políticas Públicas en Salud se construyan también sobre la base de lecciones aprendidas exitosas de proyectos realizados conjuntamente entre el Ministerio de Salud y la Sociedad Civil. Ello no sólo contribuirá a mejorar la eficacia de la Cooperación Internacional sino que servirá para ir construyendo en conjunto nuestra ciudadanía.

No puedo más que presentar con beneplácito los resultados de este estudio, realizado por la Oficina General de Cooperación Internacional y la Estrategia Sanitaria de Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud de las Personas, las que en asocio con CARE PERU (creador y formulador de la estrategia FEMME), han podido demostrar académicamente y en la práctica las bondades del proyecto y su potencialidad en la contribución de ir generando políticas públicas en Salud.

Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud

Índice de gráficos

- Gráfico 1: Tendencia de las muertes maternas registradas en el Perú (MINSA, 2000-2005)
- Gráfico 2: Relación entre el Proyecto FEMME y sus efectos en salud materna
- Gráfico 3: Distribución de las complicaciones obstétricas en Ayacucho (2000)
- Gráfico 4: Inversión financiera del Proyecto FEMME (2005-2006)
- Gráfico 5: Marco de referencia de la evaluación del Proyecto FEMME
- Gráfico 6: Modelo de evaluación de resultados e impacto aplicado al Proyecto FEMME (2006)
- Gráfico 7: Capacidad estructural según establecimientos de salud
- Gráfico 8: Fases de desarrollo del SICAP (Región Ayacucho: 2002-2005)
- Gráfico 9: Percepción de los pasantes al HRA sobre la mejora en su capacidad de respuesta frente a las EMO
- Gráfico 10: Relación entre la guía protocolizada EMO, el SICAP en relación con los EESS periféricos
- Gráfico 11: Puntajes mostrados en barras de error sobre el uso de protocolos EMO según grupos de estudio
- Gráfico 12: Utilización: Nacimientos y necesidades EMO alcanzadas (GI, 2000-2005)
- Gráfico 13: Necesidades alcanzadas en los COEm: comparación según grupos de estudio (2005)
- Gráfico 14: Tasa de cesáreas en el HRA (2000-2005)
- Gráfico 15: Letalidad obstétrica en el grupo de intervención FEMME (2000-2005)
- Gráfico 16: Tasa de letalidad obstétrica comparada según grupos de estudio (2005)
- Gráfico 17: Tasa de letalidad obstétrica comparada según Hospitales de mayor complejidad (Ayacucho y Puno, 2005)
- Gráfico 18: Principales aportes del Proyecto FEMME según el personal de salud (n=148)
- Gráfico 19: Percepción del personal de salud sobre la actuación del Proyecto FEMME (n=148)
- Gráfico 20: Número de muertes maternas según tipo en la DIRESA y el ámbito de intervención del Proyecto FEMME (2000-2005)
- Gráfico 21: N° de muertes maternas notificadas por el MINSA según DIRESAs y grupos de estudio
- Gráfico 22: Establecimientos que registran ausencia de MM en el 2005 según grupos de estudio
- Gráfico 23: Cambios en la RMM notificada según grupos de estudio (2000-2005)
- Gráfico 24: Modelo interpretativo indicadores de progreso y razón de mortalidad materna
- Gráfico 25: Modelo interpretativo indicadores de progreso y razón de mortalidad materna aplicado al Proyecto FEMME.

Resumen ejecutivo

Introducción:

Dentro de las intervenciones desarrolladas en el Perú con el propósito de reducir la mortalidad materna en este último lustro, destaca el Proyecto FEMME (*Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies*), el cual ha venido actuando en algunas provincias de Ayacucho.

El proyecto FEMME es el resultado de un esfuerzo de asocio entre CARE Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) a través de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP) y el Hospital Regional de Ayacucho (HRA), entre los años 2000 y 2005. Su área de intervención prioritaria la constituyeron un conjunto de establecimientos de salud del MINSA.

El MINSA, a través de la Oficina General de Cooperación Internacional y la Estrategia Nacional Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, ha mostrado interés en evaluar los resultados y el posible impacto de esta experiencia, en el marco del cumplimiento de los compromisos internacionales de alineamiento y armonización de la cooperación internacional, y evidenciar los resultados y lecciones aprendidas de las intervenciones sanitarias que nos permitan mejorar la eficacia y eficiencia de la cooperación y su contribución real en la generación de políticas públicas.

Ante ello fue considerada necesaria la realización de un estudio evaluativo en la perspectiva de evidenciar por un lado, los resultados e impacto alcanzados por el proyecto, y de otro, discutir, analizar y consensuar sobre las estrategias y mecanismos a implementar en el propósito colectivo de sostener e institucionalizar estrategias, métodos e instrumentos eficaces propios del accionar del Proyecto FEMME.

Objetivos del estudio:

Objetivo General: Analizar la capacidad estructural, el desempeño, los resultados y el impacto del Proyecto FEMME sobre la reducción de la mortalidad materna en los establecimientos intervenidos en la Región Ayacucho durante el periodo 2000–2005.

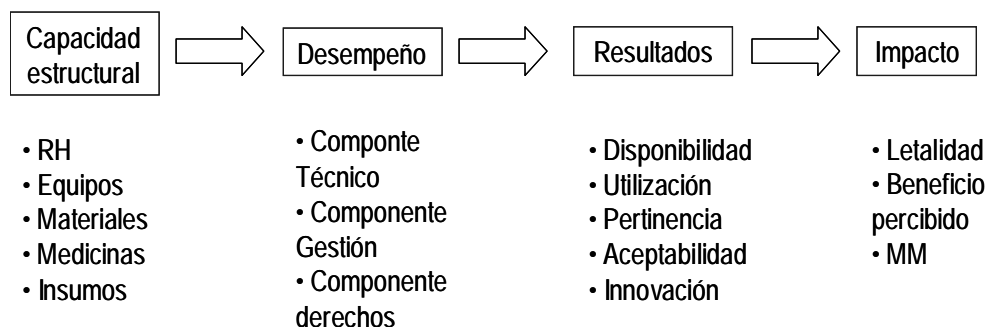
Objetivos Específicos:

1. Evaluar comparativamente la capacidad estructural, el desempeño y los resultados alcanzados por el Proyecto FEMME y sus ejes de acción, en los establecimientos de salud intervenidos.
2. Estimar el impacto y la contribución del Proyecto FEMME en la reducción de la mortalidad materna en su área de intervención.
3. Evaluar bajo criterios de sostenibilidad y replicabilidad las estrategias exitosas del FEMME y su potencial institucionalización en la red de establecimientos del MINSA

Lógica de la evaluación:

En la intención de responder a los objetivos planteados, la evaluación tiene varias aristas de investigación complementarias y sinérgicas para determinar los resultados e impacto del Proyecto FEMME (Figura 1).

Figura 1: Lógica de la evaluación del Proyecto FEMME:



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Metodología: Se utilizó un diseño de estudio cuasi-experimental con grupo de control no equivalente empleándose técnicas de estudio cuantitativas y cualitativas.

Fueron estudiados durante los meses de abril y mayo 2006 un total de 10 establecimientos de salud de los cuales, cinco pertenecieron al grupo de intervención en Ayacucho (GI) y otros cinco fueron parte del grupo de comparación (GC) en Puno. También fueron estudiados actores clave de ambas DIRESA, del Instituto Materno Perinatal de Lima, del nivel central del MINSA, CARE y de la sociedad civil de la Región Ayacucho.

Fueron seleccionadas un conjunto de variables principales relacionadas con la intervención FEMME, entre otras: capacidad resolutiva, calidad de atención, gestión de servicios y derechos en salud de la mujer. Cada una de ellas tuvo un grupo de subvariables de interés (Tabla 1).

Tabla 1: Componentes de evaluación, ejes de intervención y variables del estudio

Componentes del Proyecto FEMME	Ejes de intervención	Variables / Indicadores
Técnico	Capacidad estructural EMO	1. Calificación COEm / COB
	Calidad de atención de las EMO	2. Sistema de Capacitación de los RH para las EMO (SICAP) 3. Recursos Humanos capacitados en EMO 4. Efectos de la capacitación EMO proporcionada a los RH 5. Uso correcto de protocolos EMO 6. Sistema de Auditorías clínicas de EMO y MM 7. Análisis de las MM en el ámbito de intervención
Gestión	Gestión de servicios	8. Gestión de la información de las EMO / MM 9. Sistemas de Supervisión de la capacitación en EMO 10. Sistema de referencia / contrarreferencia 11. Monitoreo de progresos: Indicadores de seguimiento en salud materna (<i>UN indicators</i>) 12. Prevención de infecciones
	Promoción de políticas públicas regionales en salud	13. Acciones del Comité Multisectorial Regional para la reducción de MM en Ayacucho
Derechos en salud	Derechos en salud de las mujeres	14. Promoción de derechos de la mujer entre el personal de salud de los EESS

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Fueron diseñados un conjunto de instrumentos cuantitativos (cuestionarios, formatos para obtención de datos secundarios) y cualitativos (guías de entrevistas, grupos focales, guía de observación). El manejo de las emergencias obstétricas (EMO) fue evaluado a través de la revisión de historias clínicas.

La recolección de datos se realizó en los hospitales y centros de salud intervenidos y del GC, específicamente en los servicios de gineco-obstetricia, pediatría, emergencia, hospitalización, sala quirúrgica, dirección general, dirección de epidemiología, estadística, planificación, oficina de personal, administración, capacitación, referencias, seguro integral de salud y programas de salud materna.

También se capturó información de las DIRESA y de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga y del Gobierno Regional de Ayacucho. Del nivel central MINSA fue obtenida información de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de la Dirección de Calidad en Salud, Sistema de Referencias y de la sede central de CARE. También fueron realizadas entrevistas a personal del IEMP.

El análisis de datos se realizó a través de estadísticos de tendencia central y de dispersión, así como de relación binaria. La significancia aceptada fue del 5% para las pruebas no paramétricas utilizadas. El análisis cualitativo fue realizado a través de mapas conceptuales.

En ambos enfoques el procesamiento de la información se hizo con la ayuda de *softwares* como el SPSS versión 13.0 y el Atlas-T.

Resultados:

Desempeño del Proyecto FEMME:

El Proyecto FEMME constituyó una intervención integral dirigida a los servicios de atención obstétrica en el sentido de optimizar la organización, gestión y operación con el propósito de mejorar la calidad de atención frente a las emergencias obstétricas. Adicionalmente, el Proyecto fomentó la utilización creciente de tales servicios de salud.

En esa línea, la Tabla 2 muestra comparativamente los resultados de los puntajes para los principales ejes de intervención del Proyecto. Destaca que los establecimientos del grupo de intervención muestran mayores niveles de desempeño que los del grupo de comparación en casi todos los ejes de estudio excepto en el de prevención de infecciones ($p < 0.05$). Lo cual refleja un mejor desempeño de las acciones evaluadas en los EESS intervenidos, lo cual concuerda plenamente con lo observado en nuestro trabajo de campo. En relación al propio FEMME se observa que las áreas en las que se alcanzó mejor desempeño fueron capacitación de recursos humanos, auditoría clínica y registros de información.

A nivel global, se observa que el grupo de intervención alcanzó un puntaje de 66.9 puntos lo cual en relación a lo alcanzado por el grupo de comparación (24.1 puntos) representa una diferencia significativa ($p < 0.05$). Estos valores pueden interpretarse como que existen efectos diferenciados y aditivos del Proyecto FEMME en la mejora de los niveles de desempeño en los ejes de intervención estudiados.

Tabla 2: Desempeño del Proyecto FEMME: Puntajes según grupos de estudio

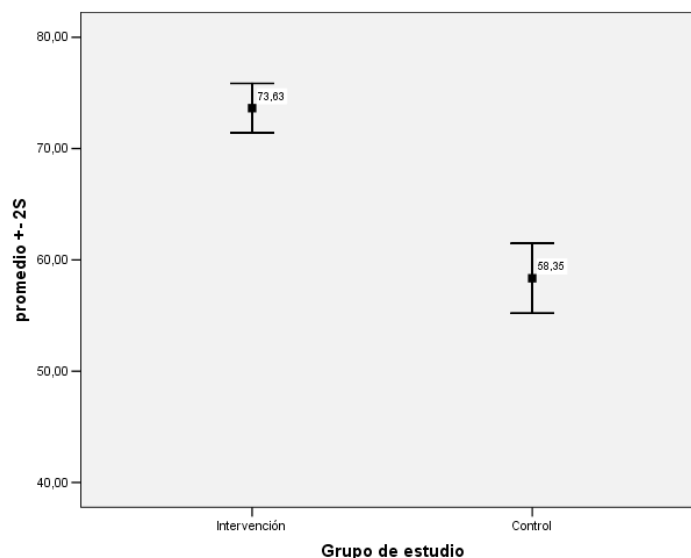
Ejes de intervención	Puntaje mayor	Grupo Intervención (n = 5)		Grupo Comparación (n = 5)		Variación %	Valor P
		Puntaje (X)	s	Puntaje (X)	s		
			/1				/2
Capacitación de recursos humanos (incluye supervisión de la capacitación)	23.0	14.6	4.3	0.4	0.9	1272.7	<u>0.008</u>
Auditoría clínica	17.0	10.9	2.9	0.4	0.9	1975.0	<u>0.008</u>
Gestión de la información	14.0	9.7	4.4	5.2	5.0	173.4	<u>0.04</u>
Sistema de referencia y contrarreferencia	14.0	8.9	1.9	5.3	3.2	112.8	<u>0.027</u>
Gestión de servicios de salud	21.0	14.4	1.6	7.3	4.4	101.1	<u>0.003</u>
Prevención de infecciones	6.0	4.5	1.0	3.5	2.3	128.6	0.690
Registros de información en obstetricia	5.0	3.9	0.8	2.0	1.2	190.0	<u>0.032</u>
Puntaje Global	100.0	66.9	10.9	24.1	13.2	182.2	<u>0.032</u>
/1 La sigla "s" = desviación típica							
/2 Nivel de significación obtenido a través de la prueba U-Mann Whitney para la comparación de los puntajes promedios de los establecimientos de salud del grupo de intervención y del grupo control.							

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Componente técnico:

El componente técnico del Proyecto FEMME incluye los aspectos relacionados con la mejora de la calidad de atención de las emergencias obstétricas a través del manejo estandarizado de los casos clínicos. La elaboración, validación e implementación regional de la «*Guía de atención de emergencias obstétricas*» es la cristalización de tal esfuerzo. El Gráfico 1 muestra los resultados del análisis del uso de los protocolos obstétricos en la práctica clínica, así en el grupo de intervención se alcanzó un puntaje de 74 puntos (en una escala centesimal) el cual fue significativamente mayor al puntaje del GC (58 puntos).

Gráfico 1: Diagrama de caja de los puntajes de uso de protocolos EMO según grupos de estudio



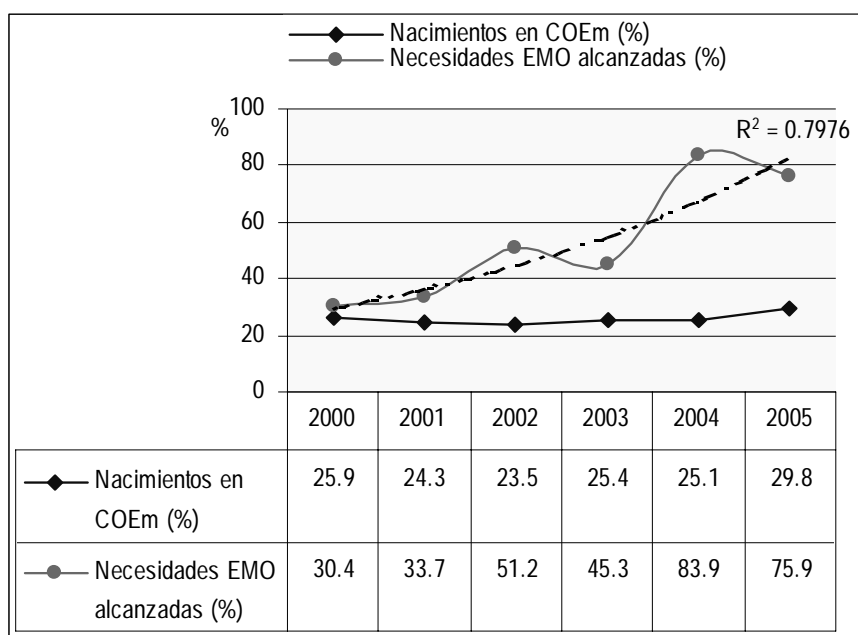
Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Componente Derechos: El enfoque del respeto de los derechos de las mujeres a una atención digna y humana se plasma en una serie de cambios organizacionales ocurridos en los servicios obstétricos de los hospitales y centros de salud intervenidos. El personal de salud interiorizó este enfoque y ello se tradujo en mejoras de la atención en las consultas ambulatorias y de emergencias y en los internamientos, así pueden citarse prácticas relacionadas con el trato humanizado a los pacientes, la incorporación del enfoque intercultural en la atención del parto, la información al usuario, la privacidad durante la atención, el respeto de creencias y costumbres locales, entre otros.

Resultados e Impacto en Indicadores de salud materna:

1. Necesidades de emergencias obstétricas alcanzadas: Este indicador mide la utilización de los servicios COEm por la población, en el año 2000 en el área de intervención se alcanzaron el 30.4% de la población con complicaciones obstétricas, al año 2005 dicho indicador se incrementó al 75.9 % (Gráfico 2). Comparando los datos con el GC se observa diferencias sustantivas, en los establecimientos de Puno sólo se llega a cubrir al 32.9% de la población en necesidad de atención COEm (2005).
2. Letalidad obstétrica: Este es otro de los indicadores de valor, mide la calidad de atención de las emergencias obstétricas, la recomendación internacional exige valores menores al 1%. En el año 2000 la letalidad obstétrica en el GI fue del 1.7% y en el año 2005 llegó al 0.4%, esto representa una reducción del 80% para el periodo 2000–2005 (Gráfico 2). Cuando se compara este indicador con lo que ocurre en Puno (5.1%) se observa una diferencia estadísticamente relevante (2005).

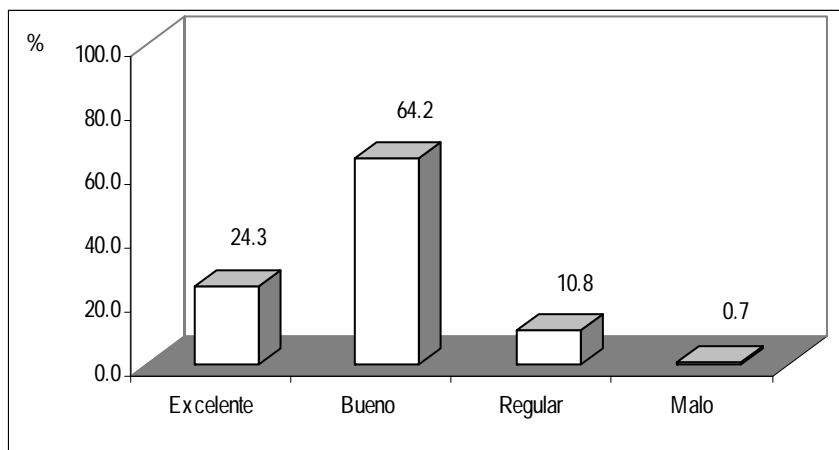
Gráfico 2: Utilización: Nacimientos y necesidades EMO alcanzadas (GI 2000-2005)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

3. Aceptabilidad: La aceptabilidad del Proyecto FEMME por parte del personal de salud fue otra de las aristas del estudio, se exploró la percepción del personal de salud (médicos, obstetrices, enfermeras) sobre la actuación del Proyecto en su establecimiento de salud (Gráfico 3). Los resultados muestran que cerca al 90% de los entrevistados expresa que el accionar del Proyecto estuvo entre excelente y bueno. El personal reconoció los aportes y la contribución del Proyecto FEMME en relación a la mejora de la salud materna, destaca que los aportes más significativos del Proyecto fueron las pasantías (75%), el modo de capacitación (59%), las guías protocolizadas y su uso para la atención de las EMO (52%). Resalta también la forma participativa, horizontal y de adaptabilidad local que el Proyecto tuvo durante la implementación de las estrategias.

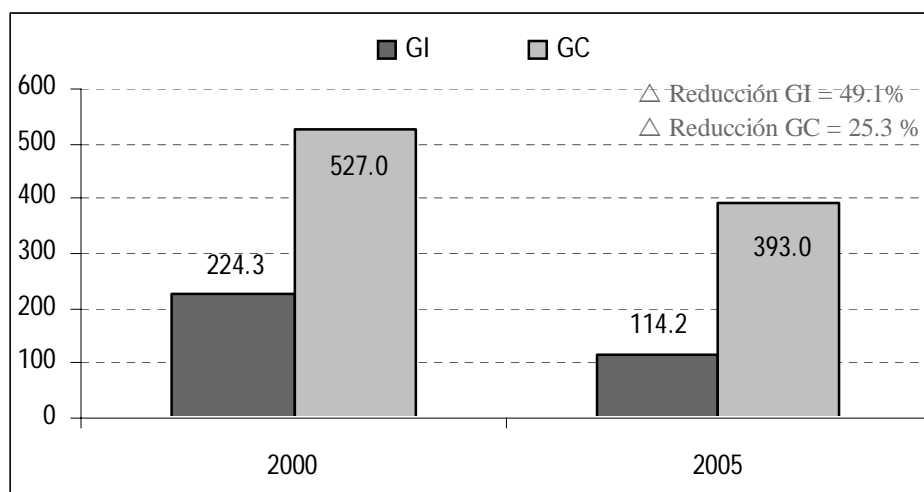
Gráfico 3: Percepción del personal de salud sobre la actuación del Proyecto FEMME (n=148)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

4. Cambios en la mortalidad materna: Al término de su periodo de actuación el proyecto FEMME logró una disminución de la RMM notificada del 49%, en tanto que en el grupo de comparación la velocidad de reducción fue del 25.3% (Gráfico 4)

Gráfico 4: Cambios en la RMM notificada según grupos de estudio (2000–2005)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Conclusiones:

1. El proyecto FEMME representa la articulación de esfuerzos entre el MINSA, el IEMP, CARE Perú, el AMDD internacional y la Universidad de Columbia. Desde el año 2000 y durante cinco años ha desarrollado acciones en la zona norte rural de la región Ayacucho, direccionando su intervención hacia cinco establecimientos de salud (HRA y cuatro establecimientos periféricos). Su accionar estuvo orientado a mejorar la disponibilidad, utilización y la calidad de atención de las EMO, para ello promovió que los establecimientos obtuvieran la calificación del cuidado obstétrico esencial/básico, incentivó la mejora de las competencias técnicas del personal de salud, el fortalecimiento de la gestión de servicios y colocó el enfoque de derechos como un elemento a considerar en la organización de la atención. Con todo este conjunto de esfuerzos se consideró, basado en la evidencia internacional, que se estaría contribuyendo efectivamente en la reducción de los altos índices de mortalidad maternas presentes en la región Ayacucho.

2. Sobre el desempeño del Proyecto FEMME:

- 2.1 Capacidad estructural: La estructura disponible en los establecimientos visitados muestra un nivel de cumplimiento aceptable según la aplicación de los instrumentos FOE–FOB del MINSA. No se aprecian diferencias según grupos, lo que representa una similaridad estructural en ambas zonas. Surge la necesidad de fortalecer los establecimientos de periferia con médicos especialistas para poder ofrecer servicios de cesárea y otros.
- 2.2. SICAP: iniciativa del HRA, basada en la experiencia y la asistencia técnica del IEMP que ya venía desarrollando este modelo años atrás, para convertirse en un centro de capacitación en la aplicación de un modelo regional para las EMO. El SICAP regional, a lo largo de sus años de implementación (2002–2005), ha mostrado una evolución positiva, se ha convertido en un centro de referencia nacional y regional en capacitación obstétrica, ha atraído la atención del nivel central del MINSA, de las DIRESA vecinas y de algunas instituciones del extranjero. Es bien aceptado por el personal de salud que tuvo pasaje por ella, destaca su modalidad de capacitación, los contenidos desarrollados, la educación en servicio y la disponibilidad de materiales de capacitación EMO actualizados y aplicados a la realidad local. Las acciones de capacitación regional han sido mucho más dinámicas y sostenidas en los últimos años en el grupo de intervención.
- 2.3 Efectos en los pasantes: Luego de la pasantía SICAP (la cual tenía una duración de 15 días) los pasantes retornaban a su establecimiento con un plan de trabajo y recibían meridianamente la visita de supervisión del personal del propio HRA, con el propósito de impulsar la ocurrencia de cambios en la oferta, mejorar competencias y la calidad de los servicios EMO. Los pasantes fueron de la opinión que su capacidad de respuesta y manejo de las EMO mejoró sustantivamente; más aun, en el corto plazo ya aplicaban tales conocimientos en su práctica clínica lo cual evidenció la pertinencia y utilidad del entrenamiento, todo ello favoreció la mejora de la capacidad resolutive del sistema de salud en su conjunto.
- 2.4 Manejo estandarizado: Las acciones del Proyecto impulsaron la elaboración, validación, implementación y seguimiento de la «*Guía protocolizada de la atención de las EMO en la Región Ayacucho*». Este documento constituye el emblema del accionar del Proyecto en la redes de salud y en la propia DIRESA, es la principal contribución objetiva y reconocida del Proyecto en la mejora de la salud materna en la región. El factor clave de éxito en esta área fue la naturaleza participativa, horizontal y basada en la realidad local que tuvo el proceso de elaboración de dicho instrumento. Durante las pasantías la guía y sus respectivos flujogramas, se constituyeron en el referente fundamental del entrenamiento. La guía favoreció el manejo estandarizado de las EMO y las referencias obstétricas en toda la región, lo cual aunado a su amplia aceptación y utilización en la práctica rutinaria reflejan la contribución efectiva del proyecto. Al ser reconocida por el gobierno regional y la DIRESA se le dio una plataforma normativa de gran valor en la perspectiva de su difusión y sostenibilidad. En el grupo de comparación, esta línea de trabajo ha tenido algunos años de inacción, empero desde el primer trimestre del presente año está siendo retomada.
- 2.5 Auditoría basada en criterios: Esta estrategia estuvo orientada a la implementación de acciones de monitorización de la calidad de atención de las EMO, para ello se conformaron equipos de trabajo y bajo la asistencia técnica el proyecto se logró realizar la revisión de historias clínicas. Todos los establecimientos participaron en este proceso, sin embargo la dinámica de la misma no se ha mantenido conforme lo esperado a lo largo de los años, incluso en el propio HRA; es por ello que este último en un intento por retomar este tema lo ha incluido en su plan de acciones 2006.

El principal aporte del Proyecto con esta estrategia, es haber colocado el tema de la auditoría en la agenda de acciones de los servicios de salud como un medio objetivo para mejorar la calidad de atención de las emergencias obstétricas, señalando su naturaleza colectiva, constructiva y de búsqueda de la mejora continua; y simultáneamente, debilitar el falso mito de la punición ligado al término auditoría en el personal de salud. Estos avances facilitarán las acciones y propósitos que el nivel central del MINSA viene planteando recientemente en el tema de auditoría en salud (2006). En el grupo de comparación la práctica de la auditoría es muy incipiente.

- 2.6 Análisis de las muertes maternas: En los establecimientos visitados se observa la práctica de la discusión y análisis de las muertes maternas ocurridas, el reto reside en generar mecanismos organizacionales para implementar y monitorizar el cumplimiento y alcance de los acuerdos. En el grupo de intervención, la discusión tiene orientaciones fundamentalmente de la mejora de calidad antes que la punición. Aún existe el reto de virar estas discusiones al tema de las muertes maternas evitadas y/o calidad de la respuesta a las principales complicaciones obstétricas.
- 2.7 Gestión de la información: Este tema parte por la existencia de un adecuado registro de la información, en esa línea el proyecto ha contribuido positivamente a través de la estandarización de los registros de las atenciones de las EMO, de la atención de partos, hospitalización y seguimiento. Esto aunado a un entrenamiento individualizado en el uso, ha favorecido la disponibilidad de información válida y útil que permite la obtención de los indicadores utilizados en la gestión diaria. En el área de comparación, se observó en los establecimientos visitados una multiplicidad de formatos de registro que adolecían de homogeneidad y validez (sobre todo de constructo), y en donde la calidad del registro era muy débil y la accesibilidad de los mismos para su revisión y análisis fue muy difícil.
- 2.8 Supervisión de la capacitación: Consistió en la visita de equipos multidisciplinarios del HRA, DIRESA y del FEMME a los establecimientos de origen de los pasantes. El personal de salud destaca el gran aporte de esta estrategia, ha sido considerada como algo innovador que ha beneficiado al personal de salud y ha robustecido su capacidad de respuesta ante las EMO. Existe la concepción de que tales visitas han permitido adaptar el manejo de las EMO a la realidad local existente, las han difundido en las microrredes, y se han creado condiciones para la sostenibilidad y la mejora continua.
- 2.9 Referencias y contrarreferencias: Las acciones del proyecto, sobretodo las pasantías y el uso de la guía protocolizada, han fortalecido las referencias obstétricas. Se aprecia una mejora en la calidad de las referencias EMO, con una mayor precisión diagnóstica, un mejor manejo inicial, mejores condiciones de referencia. También se han observado mejoras en la oportunidad, capacidad de respuesta y calidad de atención de las EMO producto de una mejor organización interna y bajo el enfoque de redes. En el grupo de comparación, al no existir un patrón de orientación o criterios comunes sobre este tema, las referencias dependen de la competencia y experiencia clínica acumulada del personal de salud.
- 2.10 Prevención de infecciones: Las prácticas de medidas de bioseguridad fueron impulsadas en los EESS de intervención a través de sesiones de capacitación, el FEMME también apoyo la adecuación física y de la estructura para facilitar la higiene y el lavado de manos. Esta actividad se realiza rutinariamente en todos los servicios, sin embargo, existe el desafío por incluir estas actividades en la agenda local de gestión y planeamiento. En el grupo de comparación, también se vienen desarrollando acciones de este tipo, se observan debilidades en las acciones de refrescamiento del personal de salud.
- 2.11 Planeamiento y gestión de servicios: De los ejes de intervención desarrollados por el proyecto FEMME se apreció que buen número de ellas se han colocado en los planes operativos del 2006, lo cual refleja la aceptación y percepción de su utilidad en la gestión local de servicios. Destaca el uso de protocolos (manejo estandarizado) y el fortalecimiento de las referencias. Adicionalmente se han observado modificaciones de la oferta de servicios en la perspectiva de mejorar el manejo de las pacientes EMO, así en el servicio de gineco-obstetricia del HRA se ha abierto la unidad de cuidados intermedios. En dicho proceso la asistencia del proyecto fue de valor.
- 2.12 Comité multisectorial para la prevención de la mortalidad materna en Ayacucho: El proyecto entendió que el respaldo político, institucional y social es de valor en la implementación y soporte de las acciones de salud, más aún en el tema de mortalidad materna. El Comité representó el escenario de discusión y acción donde las autoridades y la sociedad civil conjugaron esfuerzos colectivos y tomaron acciones concertadas para mejorar la accesibilidad a los servicios y su capacidad de respuesta. Esta dinámica también llegó a los establecimientos de salud y constituyó un factor a destacar que estimuló el esfuerzo del sector por mejorar su

atención. También se propiciaron espacios para el reconocimiento y motivación del personal de salud a través por ejemplo, de la promoción y posterior institucionalización del concurso de muertes maternas evitadas.

- 2.13 Derechos en salud: Las acciones se dirigieron al personal de salud, en el sentido de sensibilizarlos y concientizarlos en el tema del respeto de los derechos de las mujeres a la atención de salud bajo normas de respeto, privacidad y valoración de su cultura y entorno social. Lo que se promovió fue que este enfoque se expresara en una atención accesible pero humana basada en la calidez, el buen trato, la información oportuna y clara. Hay un cúmulo de cambios organizacionales en los servicios obstétricos que constituyen la traducción del enfoque de derechos e interculturalidad, sobre las características de la oferta.
3. Sobre los resultados alcanzados por el Proyecto FEMME:
 - 3.1 La disponibilidad de los servicios con competencias de cuidado obstétrico, esencial o básico, ha mejorado ostensiblemente en el área de intervención, los COEm están disponibles y reflejan un cambio positivo comparado con su punto de partida, actualmente existe una correspondencia entre el cuidado obstétrico disponible y la categorización realizada por el MINSA. En el grupo de comparación, de los cinco EESS evaluados, tres de ellos cumplen con los criterios COEm, empero existen dos de ellos que siendo hospitales de apoyo brindan cuidado obstétrico básico al igual que fuesen centros de salud.
 - 3.2 La utilización de los servicios COEm muestra incrementos sustantivos en el grupo de intervención, el indicador que más elevación ha mostrado es el de necesidades EMO alcanzadas por los COEm, es decir el porcentual de complicaciones obstétricas que son atendidas en los establecimientos, el cual llegó al 75% (año 2005). En el grupo de comparación, las necesidades EMO bordean el 30%. El índice de cesáreas también se ha incrementado y se encuentra dentro de los niveles internacionalmente aceptables (GI, 2005).
 - 3.3 La pertinencia de la intervención es positiva, según la opinión del personal el FEMME se enlazó acertadamente con las necesidades locales en salud y con las necesidades de la oferta. Se distinguió en el sentido de dirigirse a los puntos críticos de los factores concurrentes que limitaban una atención materna accesible, oportuna y de calidad.
 - 3.4 La aceptabilidad del FEMME es clara tanto en el personal de los EESS, como en los gestores de la DIRESA y MINSA, y en los actores sociales del nivel regional (GRA, demás instancias). Destaca la flexibilidad del proyecto para poder interactuar positivamente con la realidad y cultura organizacional de la red de servicios. Las estrategias de acción fueron interiorizadas al estar presente, en su diseño y implementación, la opinión del personal de salud.
 - 3.5 La innovación, se le reconoce al proyecto varios aportes en esta línea por ejemplo, la forma de trabajo horizontal y la creación de puentes comunicativos entre el HRA y los establecimientos de periferia; también se destaca la forma constructiva de elaboración de los materiales de capacitación; las estrategias de abogacía con las autoridades clave de la región que tuvieron resultados en el ejercicio de un liderazgo y conducción del GRA con la DIRESA en el tema de muerte materna; los cambios organizacionales de los servicios obstétricos basados en la reflexión de la realidad local; los mecanismos de supervisión pos-pasantías de parte de los profesionales especialistas del HRA; la inclusión del enfoque intercultural en la oferta de servicios de parto y atención EMO; entre otros.
4. Sobre el impacto:
 - 4.1 Considerando como impacto los cambios deseados atribuibles a una intervención al ser operacionalizada en un sustrato de acción; fue considerado que el impacto del FEMME tuviera presencia a tres niveles: sistema de salud, personal de salud y la salud de la población
 - 4.2 En el caso del sistema de salud, se promovió la mejora de la calidad de atención EMO y su indicador fue la letalidad obstétrica. En el periodo de estudio se observó en el GI una reducción progresiva de este indicador, hacia el año 2005 llegó al 0.4%, nivel por debajo del estándar internacional letalidad < 1%. En el caso del grupo de comparación en el mismo año dicho indicador llega al 5.1%. Esta diferencia en los niveles de la calidad de atención EMO

es bastante similar a la encontrada en los hospitales regionales de ambos escenarios, en el HRA la letalidad es del 0.7% y en el HMNB es del 3.1%.

- 4.3 Asimismo en el periodo de intervención viene ocurriendo una progresiva reducción de las muertes domiciliarias lo cual refleja un incremento en el acceso a servicios COEm.
 - 4.4 A nivel del personal de salud, el impacto fue determinado a nivel del beneficio percibido. Dicho beneficio entendido al nivel de los servicios y del desarrollo personal. El personal de salud entrevistado es de la opinión que el proyecto fue sumamente beneficioso en la mejora de la atención (mas del 80% opina así) y en facilitar un acercamiento entre los diversos niveles de atención (DIRESA–HRA y periferia). Dentro de los principales aportes reconocidos del proyecto, el personal de salud señaló la modalidad de capacitación a través de pasantía, la metodología de elaboración de los protocolos y la mejora del sistema de referencias, como los de mayor destaque. Al nivel individual, el personal de salud identificó al FEMME como el facilitador de espacios comunicacionales que les ha demostrado que su conocimiento, praxis y empirismo local son de valor en la definición de estrategias y metodologías de alcance regional, también les ha permitido mejorar su capacidad clínica individual ante las EMO, entender la importancia del enfoque intercultural, y les ha fortalecido el espíritu del trabajo en equipo, la construcción colectiva y la búsqueda de consensos.
 - 4.5 Hay un conjunto de resultados alcanzados que señalan que viene ocurriendo una reducción de la mortalidad materna en la zona de intervención. Por ejemplo, se ha observado la mejora en la disponibilidad de los servicios COEm y en la calidad y cantidad de las referencias, simultáneamente existe un incremento en la utilización de los servicios de salud de partos y emergencias obstétricas, todo ello refleja un mayor acceso a la atención EMO. Estos cambios aunados a una mejor calidad de atención (menores índices de letalidad) hacen presumir una disminución efectiva en la mortalidad materna. Más aún, el beneficio percibido de parte del personal de salud en esa línea y en la mejora de la salud materna es positivo.
 - 4.6 Basado en lo anterior y conociendo de las limitaciones metodológicas e interpretativas para determinar indicadores confiables de la razón de mortalidad materna en escenarios rurales con niveles de subregistro diverso, se planteó y utilizó criterios del diseño pre–experimental («antes y después») para estimar el cambio para el periodo 2000–2005, sobre la probabilidad de mortalidad materna, utilizando información oficial del INEI y del MINSA se calcularon indicadores relacionados con la probabilidad de muerte, nacimientos esperados y tasas de subregistro los cuales sirvieron de base para las estimaciones comparativas según grupos de estudio. Con este enfoque se encontró en el GI que ha ocurrido una disminución de la RMM notificada ajustada del 49.1% (disminución en el quinquenio 2000–2005); en el área de comparación hubo un menor grado de reducción (25%). Es de interpretar que la tendencia en la reducción de la mortalidad materna en el GI se ha acelerado, y en esa situación la acción contributiva del FEMME es evidente.
5. Efectos inesperados: Hubieron un conjunto de efectos inesperados del Proyecto, dichos cambios positivos fueron propios del desarrollo de la experiencia. Destaca el inicio del proceso de réplica del SICAP a nivel de las provincias («SICAP periférico»), la vinculación efectiva y con calidez entre los diversos niveles de atención, el reconocimiento del modelo de capacitación HRA como modelo nacional y el merecido reconocimiento de parte del IEMP como centro regional de capacitación en EMO, la mejora efectiva del sistema de referencias, la implementación de la atención del parto vertical en el HRA, la disponibilidad de las metodologías e instrumentos FEMME al MINSA para su adaptación y difusión nacional, entre otros aspectos.
 6. Con todo este conjunto de evidencias surge una apreciación que invita a la reflexión: «la situación de salud materna y la naturaleza del desempeño del sistema de salud materno en Puno 2005 es bastante similar a lo que ocurría en Ayacucho en el año 2000».
 7. El proyecto FEMME ha desarrollado e implementando un conjunto de estrategias integrales en la perspectiva de la mejora de la calidad de atención de las emergencias obstétricas, a lo largo de sus

cinco años de actuación ha contribuido efectivamente en la reducción de la mortalidad materna a través de cambios positivos en gestión de los servicios y el sistema de referencias, y en la mejora de la disponibilidad de establecimientos calificados en el cuidado obstétrico, una incrementada utilización de los COEm y haber conducido una optimización de la calidad de atención y la capacidad de resolución ante las EMO.

8. Los resultados de la presente evaluación externa de impacto muestran concordancia con los reportes de monitoreo y evaluación interna que el proyecto ha desarrollado. Dicho sistema de monitoreo interno ha sido regular y se ha basado en el seguimiento de los indicadores de progreso y del número de muertes maternas. Las mayores áreas de concordancia radican en los indicadores de resultados. El valor agregado del presente estudio es que ha mirado integralmente la intervención, ha identificado aspectos clave de medición y a través de técnicas cuantitativas y cualitativas ha dado respuesta a los objetivos de la evaluación.
9. Basados en los indicadores de desempeño, resultado e impacto podemos afirmar que el Proyecto se ha constituido en una experiencia exitosa y ha contribuido efectivamente en la reducción de la mortalidad materna en su ámbito de intervención. Asimismo, se han identificado estrategias efectivas y de relativo bajo costo que ameritan ser institucionalizadas y transformadas en políticas y normas de aplicación de alcance nacional.

Recomendaciones

1. Factores operacionales y relacionados con la intervención:
 - 1.1 Incorporar la atención del parto institucional y la mejora de su accesibilidad y calidad como uno de los ejes de intervención prioritarios de la mano con la mejora de la atención de las EMO; está demostrado que ambos factores son fundamentales en la reducción de la MM, tal beneficio no es percibido claramente por el personal de salud
 - 1.2 Incorporar a la intervención FEMME el componente de salud neonatal, la región Ayacucho y en general la sierra sur muestra índices dramáticos en mortalidad perinatal.
 - 1.3 En esa línea revalorar la utilidad del control prenatal mejorando su calidad y oportunidad. Basados en la evidencia, este servicio es crucial en generar adherencia de la usuaria por la utilización de los servicios de parto y adicionalmente se asocia a una menor prevalencia de bajo peso al nacer y menor número de complicaciones neonatales al momento del parto, lo cual demuestra su beneficio en la salud del binomio madre–niño.
 - 1.4 Impulsar la mejora de la disponibilidad de centros de hemoterapia en la zona de intervención.
 - 1.5 Fortalecer los mecanismos de contrarreferencia en las redes de servicios.
 - 1.6 Optimizar la indicación de las referencias, se está observando un incremento de partos eutócicos referidos por establecimientos donde existen competencias locales para brindar dicho servicio. Esto podría generar en un futuro altos costos de atención al sistema de salud, al Estado (vía el SIS) y a la economía de los pacientes.
 - 1.7 Generar mayor capacidad resolutiva en los Hospitales de Apoyo, especialmente en los servicios de cesárea y cirugía especializada, a fin de resolver los problemas localmente y evitar el exceso de demanda y saturación de pacientes que se observa en los servicios de gineco–obstetricia del HRA. Ahí el sistema de referencias puede apoyar en el desarrollo de iniciativas hacia la contención racional de la demanda.
 - 1.8 Facilitar que el desarrollo de una cultura de la información entre el personal de salud
 - 1.9 Promover un fortalecimiento del enfoque gerencial basado en el uso de información, la discusión colectiva y el monitoreo y evaluación de las acciones.
 - 1.10 Impulsar una política de reconocimientos al personal de salud más distributiva y que alcance también al personal que brinda la atención directa a los usuarios.
 - 1.11 Dinamizar el funcionamiento del comité regional multisectorial de mortalidad materna.

2. Sostenibilidad:

- 2.1 Crear condiciones facilitadoras para que los procesos iniciados en los servicios de salud intervenidos se mantengan e incluso se profundicen, al momento del estudio se ha observado (abril 2006) una preocupante disminución de la dinámica operacional de los procesos de atención instaurados, sobre todo en los establecimientos periféricos.
- 2.2 Sostenibilidad institucional: Se requiere una participación activa de las actuales autoridades de la DIRESA en el sentido de optimizar la distribución del personal bajo criterios de necesidades en salud, mejorar las condiciones laborales y tipo de contrato del personal de periferia, impulsar una política de desarrollo efectivo de los recursos humanos más equitativa y distributiva, atender el tema de las recompensas y reconocimientos al desempeño, y facilitar el conjunto de normas necesarias para la profundización de los procesos exitosos del FEMME en la región. De otro lado, la actual dirección del HRA debería robustecer su política de facilitación de los cambios inducidos por el FEMME en el servicio de gineco-obstetricia.
- 2.3 Sostenibilidad técnica: Implementar la educación permanente en servicio como la estrategia clave para la mejora de las competencias del personal de salud. Para ello, la conformación de un sistema tutorial y supervisión capacitante según niveles sería de singular valor.
- 2.4 Sostenibilidad política: Deberían de articularse esfuerzos para reactivar el funcionamiento del comité regional multisectorial, en el presente año y hasta el momento de la visita evaluativa, no había ocurrido sesión alguna. El liderazgo del comité, en un escenario donde los procesos de descentralización continúan en marcha, se hace necesario para mantener el trabajo de los demás sectores, de la propia DIRESA y de los establecimientos de salud. Mantener la atención social por este problema de salud, aun muy distante de ser completamente solucionado, es fundamental.
- 2.5 Sostenibilidad financiera: Este es un tema álgido, que necesita de esfuerzos y cambios en el modo burocrático de operación que tiene el Estado, que requiere de criterios de modernización en la asignación de recursos y de optimización de la inversión pública. Para ello deberían crearse espacios de diálogo y acercamiento entre el personal gestor / decisor (DIRESA, Unidades ejecutoras), el personal de administración y el personal de la red de servicios con el propósito de identificar necesidades reales, atenderlas y favorecer así un uso más racional de los recursos actualmente disponibles. La experiencia acumulada muestra que logrando un equilibrio entre las necesidades identificadas y los recursos necesarios para ello, se puede lograr eficiencia en el uso de recursos públicos. Esto para el tema de la mortalidad materna es de crucial importancia.

3. Institucionalización y Políticas a favor de la salud materna

- 3.1 El proyecto FEMME ha desarrollado estrategias de acción que han tenido un impacto positivo en la organización y provisión de servicios maternos, algunas de ellas ya son parte de las políticas sanitarias regionales. Sin embargo, a luz de sus resultados, sería de valor para el país darles un marco de política nacional que permita institucionalizar estrategias efectivas.
- 3.2 En ese sentido, el SICAP, hoy denominado centro de desarrollo de competencias, es una experiencia interesante cuya modalidad de acción y operación podría ser de valor difundirla en el contexto nacional. El enfoque de gerencia aplicado a la capacitación en EMO ha sido de valor, empero sería positivo ligarlo a un sistema de indicadores de proceso de la capacitación que permitan a modo de seguimiento ir analizando el progreso y las acciones por mejorar del sistema.
- 3.3 Otra metodología de valor, plausible de ser institucionalizada es la «Guía de atención protocolizada de las EMO», este documento tiene la ventaja de una génesis colectiva, compartida y multidisciplinaria que sin perder su soporte basado en la evidencia, supo articular la realidad local, y más aun señala el comportamiento ante las EMO según niveles de atención. Este documento con cierta adaptación para el nivel nacional podría constituirse en el complemento ideal, en el tema del manejo de las emergencias, de las recientemente actualizadas «Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva» del MINSA.

- 3.4 El sistema de supervisión capacitante es otra estrategia que puede aportar en el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud del MINSA. Sería de valor analizar la racionalidad y el costo-beneficio de desplazar especialistas a lugares donde la situación no lo amerita, para ello adecuados criterios de selección de los establecimientos beneficiarios basado en un enfoque según resultados podría ser un excelente modo de partida.
 - 3.5 Los indicadores de proceso han mostrado utilidad en varios escenarios del mundo, tanto a nivel nacional como subnacional. Para el caso peruano y dada la dificultad metodológica que existe determinar de manera periódica la RMM, sería de sumo valor incorporar tales indicadores ellos (por ejemplo, las necesidades EMO alcanzadas y la letalidad obstétrica) junto con otros más, como indicadores oficiales en el seguimiento del progreso de la atención materna en el País.
 - 3.6 La estrategia de la calificación de los establecimientos en el propósito de brindar cuidados obstétricos esenciales / básicos ante las EMO es una estrategia que actualmente es parte del conjunto de metodologías que el MINSA impulsa, sin embargo, tal actividad no goza de indicadores que midan su realización, sus avances y logros en el ámbito nacional. Sería de valor que el MINSA norme la utilización de dicho criterio y coloque estándares de aplicación nacional para el área obstétrica (COEm/COBm).
 - 3.7 La estrategia de abogacía y de búsqueda de consenso político institucional para la implementación y sostenibilidad de las acciones del FEMME, han demostrado que el trabajo intersectorial es posible en la medida que existan propósitos compartidos y claros así como un liderazgo efectivo de las autoridades competentes. Esta situación puede ser el punto de inicio para que desde el nivel central del MINSA se den políticas a favor de la implementación universal de esta estrategia partiendo de la experiencia ayacuchana y otras, que en esta línea vienen ocurriendo en el país. Por ejemplo, el desarrollo de políticas y metodologías como las «pautas metodológicas para la conformación, operación, implementación, seguimiento y evaluación de los comités regionales multisectoriales en salud», sería de extrema utilidad para fortalecer la gestión regional.
4. Factores del contexto
 - 4.1 El 2006 es un año singular, ya que será escenario de sucesivos cambios políticos a diversos niveles, los cuales pueden significar una barrera al fortalecimiento de los cambios organizacionales inducidos por el Proyecto FEMME a nivel de los establecimientos de salud. Luego de culminadas las elecciones presidenciales (inicios 2006) se está asistiendo al proceso de transferencia de gobierno, así también el nuevo parlamento elegido asumirá funciones a mediados de año, las próximas elecciones municipales y regionales están planificadas para realizarse a fines del 2006; aunado a ello el proceso de elección del director de la DIRESA (hasta abril 2006) se encontraba en pleno desarrollo. Toda esta dinámica política propia de nuestro sistema democrático tendrá repercusión inevitable en la gestión en salud regional y local. Por tanto se debe disponer de estrategias y acciones conjuntas desde el sector salud para poner a disposición de las nuevas autoridades información sobre las experiencias acumuladas y exitosas en la región. En ese aspecto el rol del comité multisectorial podría ser protagónico. Esto es fundamental en el sentido de hacer frente al común comportamiento peruano de quien asume el gobierno...»nueva gestión, nuevas acciones ya que lo que hizo el anterior no fue útil»
 - 4.2 La asignación de recursos al sector salud no se ha incrementado, por el contrario en los últimos años los fondos para inversión se han visto reducidos y la inversión en salud materna, aun siendo parte de las políticas nacionales, es reducida. Este panorama no cambiará en el mediano plazo, lo que debe motivar que los recursos locales de los gobiernos regionales y de las municipalidades puedan direccionarse en parte a la solución de este problema. Aquí nuevamente las acciones de abogacía y el liderazgo del comité multisectorial sería de valor.
 - 4.3 La política nacional del Estado por aumentar el empleo formal en el sector público ha suscitado que los médicos, en su gran mayoría, hayan accedido al ansiado nombramiento. Esta

situación de alcance nacional ha alcanzado insuficientemente a otras profesiones como enfermeras y obstetras; políticas poco distributivas del nivel regional han ocasionado falsas expectativas, descontento y frustración en parte del personal contratado debido a la percepción de inequidades en el nombramiento. Estos aspectos debieran ser bien gerenciados en el futuro en el sentido de crear condiciones adecuadas para un buen clima institucional que facilite buen nivel de desempeño.

- 4.4 Algo similar sucede con la ausencia de una política regional de estímulo al desempeño, y de estrategias de recompensa y motivación del personal de salud: Los trabajadores de salud desarrollan un conjunto de acciones con altruismo y responsabilidad en lugares alejados y con poco acceso a la modernidad, lo cual merece de parte de su institución un reconocimiento real y motivador. Esto va mucho más allá del incentivo económico, se relaciona más bien con el reconocimiento al trabajo.

5. Documentación y difusión de la experiencia

- 5.1 En nuestro país se vienen desarrollando, sobre todo en las últimas dos décadas, varias experiencias exitosas en salud pública; sin embargo, pocas de ellas documentan sus acciones y menos aún las difunden entre la comunidad sanitaria. Asistiendo a la documentación del Proyecto FEMME para la realización del presente estudio se ha revisado un conjunto de documentos de gran valor como la línea de base, el diagnóstico de necesidades, la evaluación intermedia, evaluaciones interna, avances de indicadores, y otros que no han pasado de la frontera del FEMME.
- 5.2 En ese sentido, sería extremadamente positivo la documentación de la experiencia, precisando sus estrategias y metodologías de implementación, sus alcances, logros, lecciones aprendidas y desafíos futuros hacia la sostenibilidad. Los resultados del presente estudio indican que la autoridades, gestores y comunidad sanitaria en general tienen mucho que aprender de esta experiencia.
- 5.3 Mucho mejor, si se difunde los resultados de esta experiencia en el contexto internacional, sea en foros internacionales, via website o a través de artículos científicos de alcance y presencia en el contexto latinoamericano.

Lista de acrónimos

AMDD: Averting Maternal Deaths and Disabilities

COEm: Cuidados esenciales de las emergencias obstétricas

COB: Cuidados Obstétricos Básicos

DGSP: Dirección General de Salud de las Personas

EESS: Establecimientos de Salud

EMO: Emergencias Obstétricas

ESNSSR: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA

FEMME: Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies

GC: Grupo de comparación (Puno)

GI: Grupo de intervención (Ayacucho)

HRA: Hospital Regional de Ayacucho

IEMP: Instituto Especializado Materno Perinatal

MINSA: Ministerio de Salud

MM: Muertes maternas

OGCI: Oficina General de Cooperación Internacional

RMM: Razón de la Mortalidad Materna

R/CR: Referencia / Contrarreferencia

SICAP: Sistema de Capacitación personalizada en EMO

SM: Salud Materna



I. Introducción

La reducción de la mortalidad materna es de alta prioridad en la salud pública internacional, prueba de ello es que es parte constitutiva de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). La evidencia acumulada ha demostrado que el incremento de las muertes maternas es consecuencia, entre otros factores, de los riesgos atribuibles al embarazo y parto, así como de la pobre calidad de atención de los servicios de salud¹.

Como parte de la respuesta internacional, se han desarrollado intervenciones en los países en vías de desarrollo dirigidas a disminuir las muertes maternas; resultante de ello se ha concluido que las muertes maternas son evitables en su mayoría y que para hacer frente a este problema se requiere de la acción decidida del sector salud y de algunos otros sectores sociales. La OMS reconoce la necesidad de identificar intervenciones efectivas y que signifiquen un costo racional frente a este problema, en esa línea han sido identificados la atención obstétrica esencial (que incluye el enfoque de cuidado obstétrico esencial), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios maternos de buena calidad, como las estrategias de mayor efectividad². Otras instituciones internacionales han reconocido la importancia del fortalecimiento de la calidad de la atención en salud materna aunado a una mejora de la accesibilidad, como pilares fundamentales en el propósito de reducir la inequidad social que significa la mortalidad materna en el mundo³.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, representan el compromiso de 189 países quienes reunidos en Nueva York, USA (2000) decidieron asumir objetivos comunes para conseguir el desarrollo social y la disminución de las brechas de desigualdad entre las naciones. Ahí fueron establecidos compromisos en siete esferas: paz, seguridad y desarme, el desarrollo y la erradicación de la pobreza, la protección del medio común, democracia, derechos humanos y buen gobierno, la protección de las personas vulnerables, la atención de las necesidades especiales de África, y el fortalecimiento de las Naciones Unidas. En la agenda de compromisos sociales que incluye al sector salud, se precisan varias metas e indicadores objetivos; en el área de salud materna se plantea como uno de los ODM la disminución de las muertes maternas (razón de mortalidad materna) en tres cuartas partes hacia el 2015, siendo el punto de comparación el año 2000⁴. Estos compromisos vienen suscitando un conjunto de políticas, intervenciones y acciones de los gobiernos y de la cooperación internacional, siendo América Latina y El Caribe una de las regiones más dinámicas en dicho propósito.

El Reporte Mundial de Salud (2005): «Haciendo que cada madre y niño cuenten», destaca la necesidad de seguir invirtiendo recursos en pro de la mejora de la salud materna e infantil, y hace un llamado a la acción sobre el énfasis a colocar más atención e inversión en la mejora de la atención de la salud del recién nacido. En dicho documento, se reconoce la necesidad de impulsar el desarrollo de los servicios de salud para la atención oportuna y de calidad de las madres, los recién nacidos y los niños bajo un abordaje integral y longitudinal (a lo largo de las etapas de vida). También se señala que la atención inmediata de las complicaciones obstétricas por personal de salud calificado es una estrategia singularmente eficaz⁵.

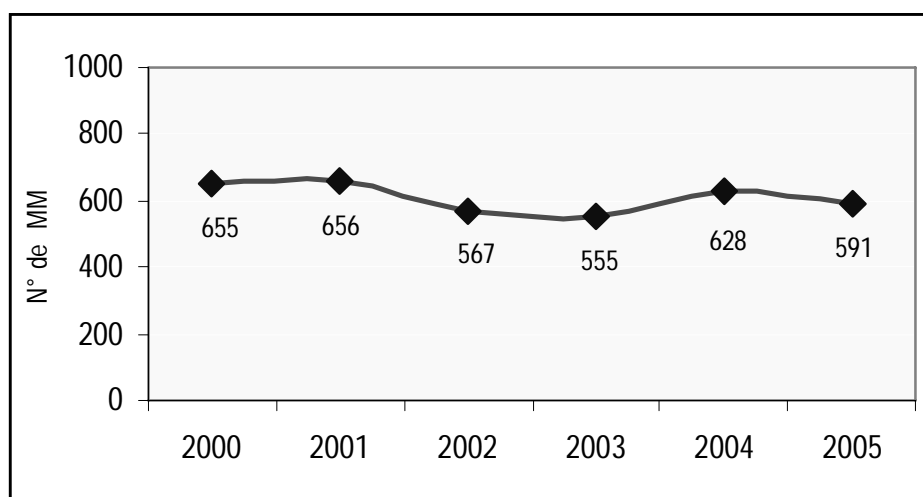
En el Perú, desde mediados de los años 90 se han desarrollado intervenciones dirigidas a la mejora de la salud materna e infantil. Tanto desde el propio Estado como a través de la cooperación internacional han ocurrido esfuerzos conjuntos en las áreas donde los indicadores de salud materna e infantil eran críticos. Adicionalmente, las políticas sanitarias han colocado el tema de salud materna en la

agenda política peruana, desde fines de los años 90⁶, y aun en la actualidad forma parte de las prioridades en salud⁷. Desafortunadamente, este posicionamiento político no ha tenido una traducción sostenida en la asignación de recursos públicos.

La mortalidad materna en el Perú viene mostrando una tendencia decreciente en las últimas décadas, sin embargo en el contexto latinoamericano se sitúa entre los países con niveles más críticos. Según los datos ENDES 1996 la razón de mortalidad materna estimada para el país fue de 265 x 100,000 nacidos vivos, el mismo indicador para el año 2000 y con el uso de la misma metodología de medición evidenció una reducción cercana al 30% (RMM = 185,000 x 100,000 nacidos vivos)⁸. Tal estimación permite afirmar que alrededor de 1,100 mujeres mueren anualmente en el Perú por causa materna, o dicho de otro modo cada día tres mujeres peruanas fallecen por causa relacionada al embarazo, parto y puerperio (2000).

Sin embargo, los datos oficiales del MINSA registraron para el año 2000 un total de 655 muertes maternas, las cuales representan un subregistro nacional para ese año cercano al 40% (Tasa de subregistro nacional). Aún así los datos oficiales del MINSA revelan para el periodo 2000–2005 una leve tendencia decreciente, de alrededor del 10%, en el número de muertes maternas en nuestro país (Gráfico 1).

Gráfico 1: Tendencia de las muertes maternas registradas en el Perú (MINSA, 2000–2005)



Fuente: Oficina de Estadística e Informática del MINSA (2006)

Una estimación realizada por la Dirección General de Epidemiología del MINSA (2004) evidencia que los departamentos de la sierra sur son los que tienen mayor criticidad en la probabilidad de muerte materna por causa obstétrica⁹ (Tabla 1).

Para enfrentar la crítica situación de la salud materna, se han desarrollado algunas intervenciones con apoyo financiero de la cooperación internacional, destacando por ejemplo el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (1995–2000), el Proyecto Salud y Nutrición Básica (1996–2000), el Proyecto 2000 (1996–2002), el Proyecto Cobertura con Calidad (1998–2005), entre otros, quienes actuando en varias regiones de intervención, incluyendo fundamentalmente zonas rurales y poco accesibles, direccionaron esfuerzos en la mejora de la capacidad resolutoria de la oferta de servicios¹⁰. A este conjunto de iniciativas en favor de la salud materna las hemos denominado de la «primera generación» de los años 90.

El Proyecto FEMME (*Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies*), es parte de la «segunda generación» de intervenciones a favor de la salud materna desarrolladas desde inicios

de la presente década. FEMME representa una experiencia focalizada en una región de la sierra sur del País donde las necesidades acumuladas de salud de las mujeres embarazadas eran sustantivas¹¹. Perteneció a este grupo otra experiencia de alcance nacional, que surge de la preocupación del Estado por mejorar el acceso a la atención materna e infantil, sobre todo de la población socialmente excluida, denominada Seguro Integral de Salud (SIS).

Tabla 1: Indicadores de mortalidad materna (Perú, 2002)

Ámbito	Probabilidad de morir por causa materna (x 1000)	Razón de mortalidad materna (x 100,000 nacidos vivos)
Puno	12.50	323.1
Ayacucho	12.49	304.7
Huancavelica	12.18	238.7
Apurímac	11.17	251.7
Cusco	9.92	271.2
Perú (nivel nacional)	4.92	164.2

Fuente: Dirección General de Epidemiología, MINSA (2004)

De las experiencias de la «primera generación», una de ellas documentó acertadamente los efectos de su intervención y la difundió entre la comunidad de salubristas del nivel nacional¹², y más aún circularon sus hallazgos a la discusión internacional mostrando sus alcances, logros y dificultades^{13, 14, 15}. Esta decisión de medir efectos e impacto de programas en salud en aquella época, hace aproximadamente un lustro, marcó una idea renovada de la gestión sanitaria en la búsqueda de intervenciones efectivas y plausibles de ser sostenidas e institucionalizadas en el sistema de salud en su conjunto.

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

El MINSA, a través de sus altas autoridades, la Oficina General de Cooperación Internacional (OGCI) y la Estrategia Nacional Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSSR), han mostrado interés en evaluar esta experiencia con el objetivo de conocer sus posibles logros y aportes en la mejora de la atención materna y su contribución en la reducción de la morbi-mortalidad materna-perinatal, establecidas como prioridad en las actuales políticas nacionales de salud sexual y reproductiva.

Ante ello fue considerado necesario la realización de un estudio evaluativo en la perspectiva de evidenciar por un lado, los efectos alcanzados por el Proyecto, y de otro, discutir, analizar y consensuar sobre las estrategias y mecanismos a implementar en el propósito colectivo de sostener e institucionalizar estrategias, métodos e instrumentos eficaces propios del accionar del Proyecto FEMME.

El presente reporte expone los resultados de la evaluación de resultados e impacto del Proyecto en su área de intervención.

Vertical line



II. Naturaleza de la intervención: el Proyecto FEMME

El proyecto FEMME (*Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies*), es parte del AMDD (*Averting Maternal Deaths and Disabilities*), una iniciativa promovida a nivel internacional por la Universidad de Columbia en asocio con CARE USA y bajo el apoyo financiero de la Bill Gates Foundation. El Proyecto forma parte de una red internacional de intervenciones orientadas a contribuir en la reducción de las muertes maternas en varios países del orbe¹⁶.

En el Perú, desde el año 2000 el Proyecto FEMME, bajo la estructura del programa AMDD, se ha venido implementando en asocio con el Ministerio de Salud a través de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, CARE Perú y el Instituto Especializado Materno Perinatal.

Los fundamentos que promovieron la implementación del proyecto FEMME tuvieron sustento en las siguientes consideraciones:

- La mayoría de las complicaciones no pueden ser previstas ni prevenidas. Pero, si se recibe tratamiento efectivo a tiempo, casi todas las mujeres pueden salvarse.
- Las complicaciones obstétricas representan cerca del 85% responsable de las muertes maternas. En el Perú, las causas más importantes de muerte por causa obstétrica son las hemorragias, la enfermedad hipertensiva del embarazo y las infecciones.

El abordaje se basó en la consideración estratégica de siete causas mayores de muerte materna, las cuales pueden ser tratadas con éxito en la gran mayoría de los casos con servicios obstétricos adecuados. Las Guías y recomendaciones a nivel internacional (OMS) incluye: hemorragias (pre-parto y post-parto), parto prolongado u obstruido, sepsis mayormente post-parto, las condiciones del aborto complicado, la enfermedad hipertensiva durante el embarazo (pre-eclampsia, eclampsia), el embarazo ectópico o extrauterino, y la ruptura uterina. Cada una de estas complicaciones demandan la existencia de un conjunto de servicios (funciones) obstétricos de calidad que al estar disponibles reducen eficazmente el riesgo de muerte materna (Tabla 2).

El Objetivo del Proyecto FEMME fue la mejora del acceso, utilización y calidad de los servicios obstétricos de emergencia por parte de la población gestante del ámbito de intervención

Los ámbitos de acción del Proyecto FEMME fueron los siguientes establecimientos de salud pertenecientes a la zona norte y centro de Ayacucho:

- Red San Francisco:
 - Hospital San Francisco
- Red Cangallo:
 - Hospital de Cangallo
- Red Vilcashuamán:
 - Centro de Salud Vilcashuamán
- Red San Miguel:
 - Centro de Salud Tambo

Tabla 2: Complicaciones obstétricas mayores y funciones obstétricas necesarias para su resolución

Complicaciones Obstétricas Mayores	Funciones obstétricas necesarias para salvar vidas	
Hemorragia	<p>Ante-parto</p> <p>Post-parto</p>	<p>Transfusión sanguínea</p> <p>Cirugía (cesárea para placenta previa)</p> <p>Medicamentos oxitócicos parenterales</p> <p>Transfusión sanguínea</p> <p>Extracción manual de placenta</p> <p>Extracción de productos retenidos</p>
Parto obstruido	Parto asistido Cirugía (cesárea)	
Parto prolongado	Parto asistido Cirugía (cesárea)	
Sepsis	Antibióticos parenterales (IV o por vía inyectable intramuscular) Extracción de productos retenidos	
Aborto complicado	Asociado a hemorragia: Transfusión sanguínea, y extracción de productos retenidos Asociados a sepsis: Antibióticos parenterales; extracción de productos retenidos	
Enfermedad hipertensiva del embarazo (pre-eclampsia, eclampsia)	Anticonvulsivantes Cirugía (cesárea)	
Embarazo ectópico	Cirugía Transfusión sanguínea	
Ruptura uterina	Transfusión sanguínea Cirugía Antibióticos parenterales	

Fuente: Equipo de evaluación basado en la propuesta Maternidad saludable y segura, OPS (1990)

El proyecto ha basado la implementación de intervenciones en base a promover la calificación de los servicios para que brinden Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm), en base a la definición de las siguientes funciones:

- Seis funciones mínimas para calificar como servicios COEm Básicos:
 - a) Administrar antibióticos parenterales (intravenosos o por inyección),
 - b) Administrar medicamentos oxitócicos parenterales,
 - c) Administrar anticonvulsivantes parenterales,
 - d) Realizar extracción manual de la placenta,
 - e) Realizar extracción de productos retenidos, y,
 - f) Realizar parto vaginal asistido (vacuum, fórceps)
- Las funciones de servicios COEm Completos son las seis anteriores más:
 - g) Realizar cirugía (cesárea)
 - h) Realizar transfusión de sangre

Las intervenciones principales realizadas por el Proyecto FEMME orientan su accionar a través de cuatro componentes en forma integrada:

1. Mejorar la capacidad resolutoria y la calidad de atención en los servicios de salud. Incluye:
 - Sistema de capacitación personalizada en manejo estandarizado de las emergencias obstétricas en el Hospital Regional Ayacucho
 - Elaboración e implementación de protocolos para el manejo estandarizado de la atención obstétrica de emergencia por niveles de resolución
 - Auditorias clínicas y de gestión de los servicios

2. Mejorar las capacidades de gestión de los servicios de atención obstétrica, mediante:
 - o Sistema de supervisión clínica
 - o Análisis, y uso de sistemas de información de los casos y los registros de atención obstétrica,
 - o Sistema simplificado de registros mediante el diseño y elaboración de un sistema de referencia y contrarreferencia
 - o Monitoreo de progresos mediante indicadores de uso, acceso, disponibilidad y calidad
 - o Promoción de los niveles de prevención de infecciones en los servicios que brindan Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm)
3. Promover el enfoque de derechos de las mujeres durante la atención obstétrica
4. Promover el impulso de las políticas públicas de salud, a través del trabajo con la Comisión Multisectorial para reducir la Mortalidad Materna (Tabla 3)

Tabla 3: Componentes, Ejes y Áreas de intervención del Proyecto FEMME

Componentes de intervención del Proyecto FEMME	Ejes de intervención	Áreas específicas
Técnico	Capacidad estructural (resolutiva) ante EMO	1. Calificación COEm / COB
	Calidad de atención de las EMO	2. Sistema de Capacitación personalizada (SICAP) de los RH en EMO 3. Recursos Humanos capacitados en EMO (D) 4. Efectos de la capacitación EMO proporcionada a los RH 5. Uso correcto de protocolos EMO 6. Sistema de Auditorías clínicas de EMO y MM 7. Análisis de las MM en el ámbito de intervención
Gestión	Gestión de servicios	8. Gestión de la información de las EMO / MM 9. Sistemas de Supervisión de la capacitación en EMO 10. Sistema de referencia / contrarreferencia 11. Monitoreo de progresos: Indicadores de seguimiento en salud materna (<i>UN indicators</i>) 12. Prevención de infecciones
	Promoción de políticas públicas regionales en salud	13. Acciones del Comité Multisectorial Regional para la reducción de MM en Ayacucho
Derechos en salud	Derechos en salud de las mujeres	14. Promoción de derechos de la mujer entre el personal de salud de los EESS

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

El componente técnico incluyó un conjunto de características organizacionales y de prestación de servicios. El componente de gestión se relaciona con las acciones de gerencia de servicios, abogacía y acción intersectorial. El componente de derechos fue enfocado sobretodo en su aspecto organizacional al promover cambios en la cartera de servicios considerando los derechos de las mujeres y la interculturalidad.

Respecto al monitoreo utilizado por el proyecto en un intento por evidenciar el progreso de las acciones se utilizaron un conjunto de «indicadores de proceso» (Tabla 4).

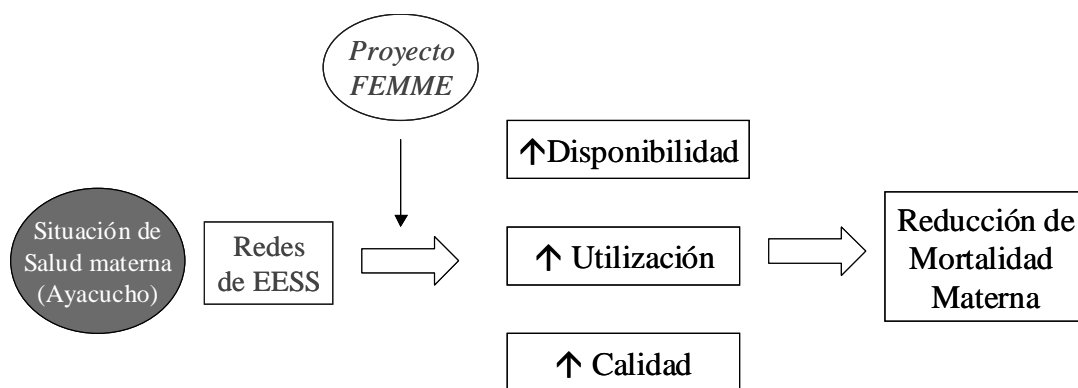
Tabla 4: Indicadores de Proceso en salud materna (Naciones Unidas, 1997)

Indicador: Tipo y denominación	Definición	Nivel recomendado
DISPONIBILIDAD 1.- Cantidad disponible de servicios COEm	Numero de establecimientos que suministran COEm	Mínimo: 1 establecimiento completo Mínimo: 4 establecimientos COEm básicos por cada 500,000 personas
DISPONIBILIDAD 2.- Distribución geográfica de los establecimientos COEm	Establecimientos que suministran COEm bien distribuidos a nivel subnacional	Mínimo: 100% de las zonas subnacionales tienen el numero mínimo aceptable de establecimientos COEm básicos y completos
UTILIZACION 3.- Proporción de todos los nacimientos en establecimientos COEm	Proporción de todos los nacimientos entre la población que tienen lugar en los establecimientos COEm	Mínimo 15%
UTILIZACION 4.- Necesidades alcanzadas de los servicios de atención obstétrica COEm	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en los establecimientos COEm	Al menos 100% Estimado en 15% de nacimientos esperados
UTILIZACION 5.- Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos	Partos por cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos	Mínimo 5% Máximo: 15%
CALIDAD 6.- Tasa de Letalidad obstétrica	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas a un establecimiento que mueren	Máximo aceptable: 1%

Fuente: Uso de los indicadores de proceso de la ONU para los cuidados obstétricos de emergencia (COEm) -Autores: Anne Paxton, Oficial Principal de Programas , Monitoreo y Evaluación, AMDD; Deborah Maine, Directora de Programas, AMDD; Nadia Hijab, Consultora AMDD

Según la lógica causal del Proyecto FEMME, al mejorar simultáneamente las condiciones de accesibilidad, utilización y calidad en los servicios obstétricos intervenidos se estaría contribuyendo positivamente en la reducción de la mortalidad materna (Gráfico 2).

Gráfico 2: Relación entre el Proyecto FEMME y sus efectos en salud materna



Un marco referencial para las acciones del Proyecto FEMME lo constituye el modelo de los retrasos propuesto por Thadeus y Maine (1994), el cual reconoce la existencia de tres retrasos involucrados en la ocurrencia de las muertes maternas, el modelo interpreta que cada uno de los retrasos tiene un conjunto de factores explicativos, susceptibles de ser superados a través de intervenciones integrales. El modelo identifica también factores dependientes del sector salud, los cuales al ser abordados disminuirían el riesgo de muerte materna por causa obstétrica (Tabla 5)¹⁷.

Tabla 5: Modelo de los tres retrasos en la ocurrencia de las muertes maternas

Retraso	Factores explicativos
RETRASO 1: DECISIÓN PARA BUSCAR ATENCIÓN O AUXILIO	Factores socioeconómicos y culturales
	Factores de la enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de las complicaciones • Severidad percibida • Etiología percibida Aspectos sociológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Aborto ilegal • Sanciones o infidelidad Estado de la mujer: <ul style="list-style-type: none"> • Acceso al dinero • Movilidad restringida • Valorización de la salud de la mujer Estado económico Estado educacional
	Accesibilidad percibida
	Distancia Transporte Costos asociados
RETRASO 2: IDENTIFICACIÓN Y ALCANCE DEL ESTABLECIMIENTO	Calidad de atención percibida
	<ul style="list-style-type: none"> • Reputación, experiencia previa • Satisfacción con los resultados de la atención: efectividad de tratamiento • Satisfacción con el servicio: actitudes del personal, procedimientos del hospital, tiempo de espera, consistente con las creencias locales, privacidad, respeto, etc
RETRASO 3: RECIBIR EL TRATAMIENTO OPORTUNO Y ADECUADO	Calidad de atención: <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud: inadecuadas competencias, escasos en número • Equipamiento de establecimientos: disponibilidad de sangre, medicinas, otros insumos • Manejo clínico: diagnóstico y/o acción incorrectas

Fuente: Equipo de evaluación basado en la propuesta Thaddeus S y Maine D (1990)

A su vez los retrasos se relacionan con el lugar de ocurrencias de las muertes maternas, así aquellas que ocurren en el domicilio (comunidad) se relacionan fundamentalmente con el retraso 1. Las muertes maternas que ocurren en el trayecto al establecimiento de salud se relacionan sobretodo con el retraso 2, mientras que las muertes maternas en el establecimiento de salud se relacionan con problemas en la calidad de atención y la oportunidad y condiciones de las referencias (retraso 3). Este enfoque fue de valor para el desarrollo de las acciones del Proyecto FEMME en la perspectiva de su aspiración de contribuir en la reducción de las muertes maternas.

Evolución del Proyecto:

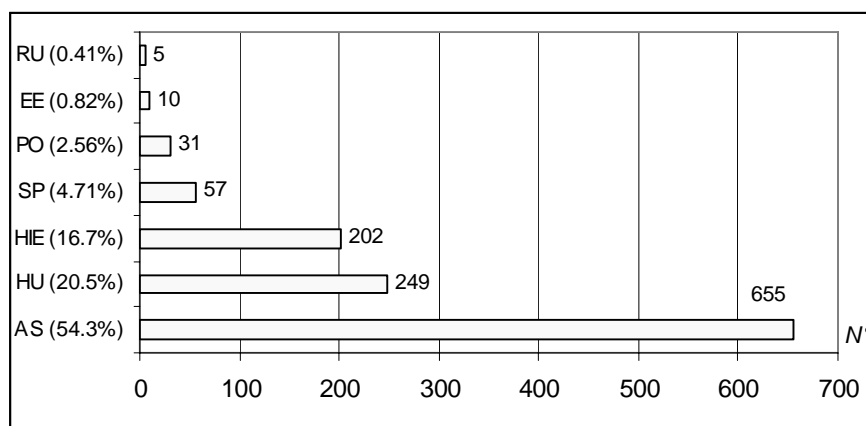
En julio del año 2000, el Proyecto realizó un estudio denominado «Disponibilidad de Recursos para el manejo de las Emergencias Obstétricas en los Establecimientos de Salud», el cual fue el referente para la línea de base, el diagnóstico de necesidades y la definición del área y estrategias de intervención.

Aquel estudio tuvo los siguientes objetivos:

- Describir la Capacidad Resolutiva en el manejo de Emergencias Obstétricas Mayores, de los Establecimientos de Salud del MINSA, por niveles de complejidad.
- Estudiar el comportamiento epidemiológico de las Emergencias Obstétricas Mayores en el ámbito del proyecto.
- Describir la disponibilidad de infraestructura, mobiliario, equipo médico, suministros médicos y de laboratorio de los establecimientos de salud del MINSA, por niveles de complejidad.
- Describir el Sistema de Registros, donde se consigna la data con la que se genera la información útil para el cálculo de los indicadores de procesos y resultados.
- Describir el número y distribución de los Recursos Humanos y su nivel de capacitación en el manejo de Emergencias Obstétricas Mayores.
- Definir la Línea de Base de los Indicadores que miden los procesos y resultados en el manejo institucional de las Emergencias Obstétricas Mayores.

Aquel estudio también analizó la distribución de las complicaciones obstétricas en la zona norte de Ayacucho (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribución de las complicaciones obstétricas en Ayacucho (2000)



Siglas: HU= Hemorragia Uterina; RU= Ruptura Uterina; PO= Parto Obstruido / Prolongado; SP= Sepsis Puerperal; HIE= Hipertensión Inducida por el Embarazo; AS= Aborto Séptico / Complicado; EE= Embarazo Ectópico.

Fuente: Línea de base de la evaluación de necesidades de emergencias obstétricas de los servicios de salud -Ámbito de la intervención

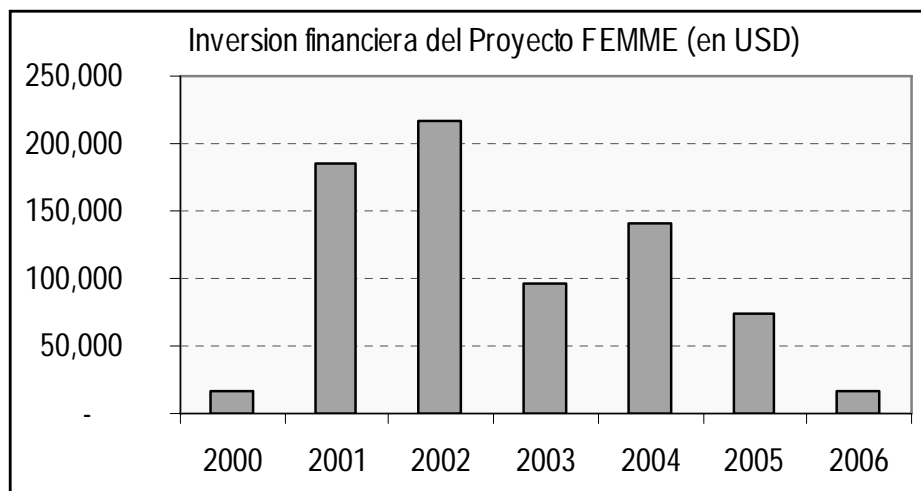
Dicho estudio concluyó que la capacidad resolutiva de los establecimientos a intervenir era deficiente, los recursos humanos no estaban adecuadamente capacitados en el manejo y organización de emergencias obstétricas y habían debilidades en el sistema de los registros de información. Asimismo la línea de base evidenció serias necesidades de capacitación y bajos niveles de calidad de respuesta antes las EMO en Ayacucho.

Tal información fue de valor en el planeamiento de las estrategias a desarrollar en el ámbito de intervención.

El proyecto ha tenido dos etapas de intervención, la primera más intensiva, del año 2000 al 2003, en las cinco áreas del proyecto, con un presupuesto anual promedio de alrededor de \$ USD 200,000, y la segunda etapa más de acompañamiento a los procesos, y de sostenibilidad y transferencia, con un presupuesto anual de alrededor de \$ USD 100,000 (2004–2005). Esta segunda etapa ha incluido, además, el impulso por parte de CARE y la Dirección Regional de Salud de Ayacucho de un programa de pasantías por parte de otras Direcciones Regionales de Salud como Huancavelica, La Libertad, Cajamarca y Huaraz, para conocer la experiencia en Ayacucho y sus enfoques, estrategias, resultados y lecciones aprendidas, en coordinación estrecha con la Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud y la unidad responsable para la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud a nivel nacional.

En suma, la inversión financiera del Proyecto FEMME en la región Ayacucho (Gráfico 4) bordea los 750,000 USD para los años de intervención y las acciones del cierre administrativo y documental (2000–2006).

Gráfico 4: Intervención financiera del Proyecto FEMME (2006)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Durante la vida del proyecto, en adición a las visitas de monitoreo externo por parte del equipo de AMDD de la Universidad de Columbia, se han efectuado dos actividades de evaluación externa. La primera, efectuada por las consultoras Lynn Johnson y Ann Davenport en septiembre del 2003, que concluyó que se había mejorado el acceso a y el uso de los servicios de COEm para 47,955 mujeres embarazadas en la región Norte de Ayacucho, aumentando las necesidades alcanzadas de los servicios de atención obstétrica COEm de manera «significativa», de 22% en el año 2000 a 57% en el 2002, y reduciendo de manera «dramática» la tasa de letalidad, de 10.18% a 0.26%, resultado que demuestra que «la calidad de las intervenciones otorgadas por el Proyecto FEMME ha contribuido a la reducción de muertes maternas». Igualmente se resaltó que el impacto del proyecto se había extendido más allá de las cinco facilidades COEm a través de la implementación de capacitación clínica para el personal de todos los Centros de Salud en el Departamento de Ayacucho.

Durante el 2004, se efectuó la evaluación final del programa AMDD a nivel global por parte de un equipo de consultores (Deborah A. Caro, Susan F. Murray y Pamela Putney). Si bien para el caso de FEMME Perú no se realizó una evaluación exhaustiva y sistemática, una de ellas visitó al proyecto y se entrevistó con los actores claves involucrados. El informe de esta evaluación final cita al proyecto FEMME en Perú como ejemplo de una iniciativa que ha logrado la adopción de nuevos instrumentos y protocolos por parte del Gobierno, y cita el trabajo en Perú como uno de los programas «más maduros» y uno de los «mejores casos» como referencia internacional en salud materna. Una evaluación interna del propio FEMME (2005) encontró mejoras destacables en el acceso y utilización de los servicios obstétricos, así como una reducción sustantiva de la letalidad obstétrica y el número de muertes maternas en la región Ayacucho¹⁸.

La agenda pendiente del proyecto señaló la necesidad de realizar una evaluación externa de impacto de la intervención de FEMME, y conocer en más detalle lo que el proyecto ha logrado, y cómo –y cuáles de– las estrategias implementadas podrían ser institucionalizadas en políticas públicas o replicadas por parte del Ministerio de Salud en otras regiones.

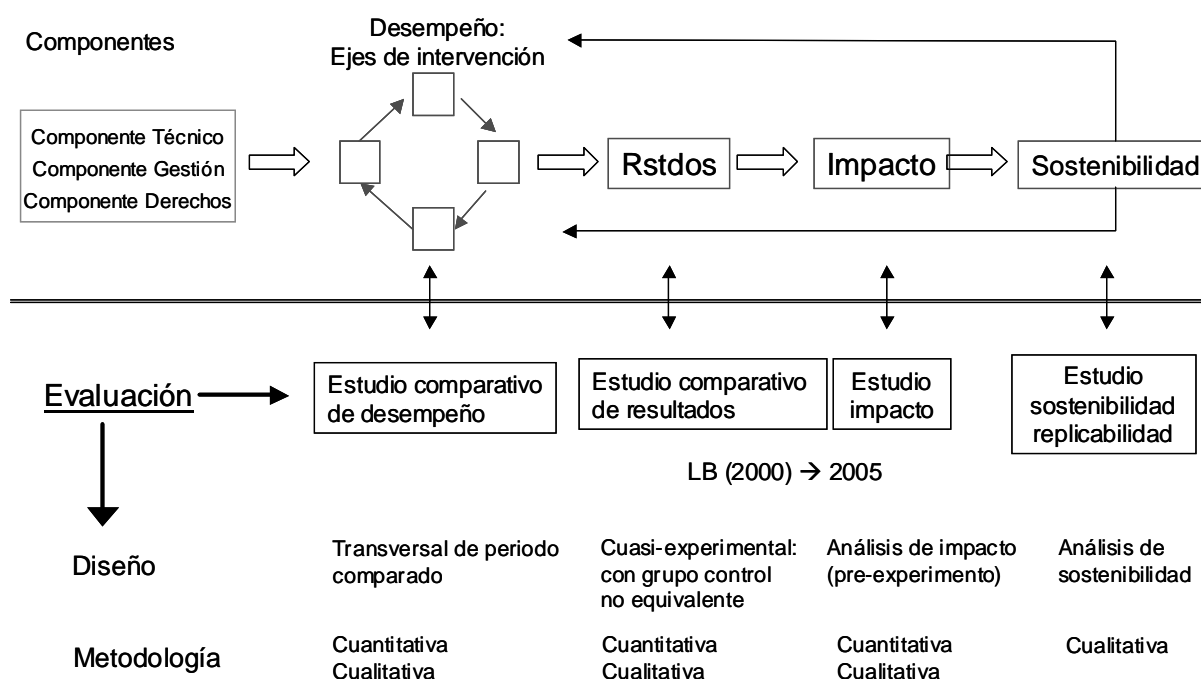
12



III. Naturaleza del estudio evaluativo

En la intención de responder a los objetivos evaluativos, el estudio tiene varias aristas de investigación complementarias y sinérgicas para determinar el impacto y sostenibilidad del Proyecto FEMME (Gráfico 5).

Gráfico 5: Marco de referencia de la evaluación del Proyecto FEMME:



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Modelo evaluativo: resultados e impacto (Gráfico 6)

Siendo el proyecto FEMME considerado, según la teoría de evaluación de programas, una intervención sanitaria, es decir un conjunto organizado de propósitos, métodos y modos de aplicación para resolver una situación de salud e inducir cambios¹⁹, es susceptible de ser analizada en función de sus logros.

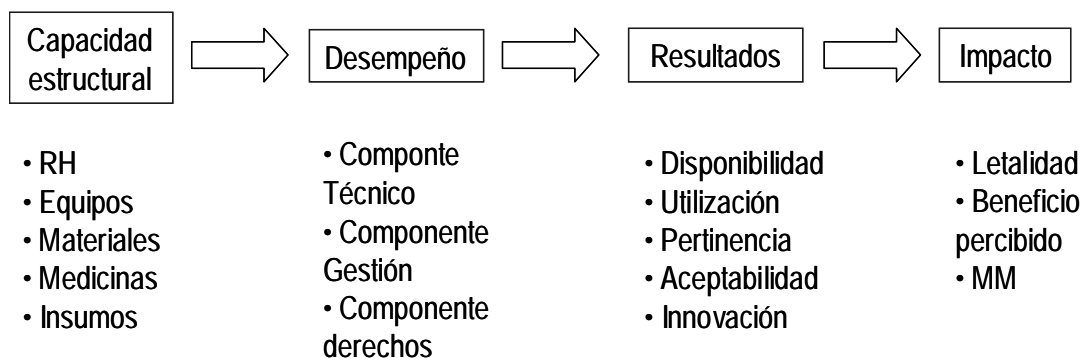
El enfoque del cuidado obstétrico, base de la propuesta FEMME, se soporta en la existencia de ciertas condiciones (físicas, estructurales y operacionales) existentes en los establecimientos de salud necesarios para una atención de calidad. En ese sentido elementos como los recursos humanos, el equipamiento, mobiliarios, materiales, medicinas, e insumos clave son elementos de valor en la determinación de la capacidad estructural de los establecimientos frente al desafío de responder a las EMO. Esto puede ser medido, puntual o regularmente, en un esfuerzo por determinar la capacidad de respuesta disponible.

Un elemento adicional lo constituye el desempeño de los establecimientos de salud para responder a las EMO, es decir las formas en que los procesos de atención obstétrica se desarrollan, se organizan y son puestos a disposición de la población objetivo (nivel prestacional–organizacional), los cuales a su turno dependen de las acciones del nivel gestor en el sentido de favorecer políticas, normas, liderazgo, organización y recursos adecuados para la atención (nivel gestor). Tanto la gestión como la organización–prestación se relacionan con los ejes de intervención del FEMME: capacidad resolutive y calidad de atención, gestión de servicios, enfoque de derechos humanos y acciones del comité regional de mortalidad materna.

Estas acciones en conjunto se traducen en el logro de un conjunto de indicadores de resultados, los cuales secuencialmente consideran: 1. La disponibilidad de establecimientos con un nivel estandarizado mínimo de recursos, 2. La utilización, es decir que la población albo realice un uso efectivo de los servicios disponibles. Otros indicadores de resultados, sobre todo de naturaleza cualitativos, incluyen la pertinencia, la aceptabilidad y la innovación de la intervención para responder ante las necesidades de salud detectadas.

En el caso del proyecto FEMME, el denominado impacto considera el cambio positivo a alcanzar en la situación inicialmente encontrada²⁰, dicho cambio debe ocurrir en tres niveles, primero a nivel de la atención de salud (determinada a través de la calidad efectiva de la atención obstétrica y medida a través de indicador de letalidad), segundo, a nivel del personal de salud que recibió la intervención (beneficio percibido) y, en tercer lugar, en la situación de salud propiamente dicha (muertes maternas).

Gráfico 6: Modelo de evaluación de resultados e impacto aplicado al Proyecto FEMME (2006)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

IV. Objetivos evaluativos

Objetivo General: Analizar la capacidad estructural, el desempeño, los resultados y el impacto del Proyecto FEMME sobre la reducción de la mortalidad materna en los establecimientos intervenidos en la Región Ayacucho durante el periodo 2000–2005.

Objetivos Específicos:

- a. Evaluar comparativamente la capacidad estructural, el desempeño y los resultados alcanzados por el Proyecto FEMME y sus ejes de acción, en los establecimientos de salud intervenidos.
- b. Estimar el impacto y la contribución del Proyecto FEMME en la reducción de la mortalidad materna en su área de intervención.
- c. Evaluar bajo criterios de sostenibilidad y replicabilidad las estrategias exitosas del FEMME y su potencial institucionalización en la red de establecimientos del MINSA



V. Metodología

Objetivo 1: Evaluar comparativamente la capacidad estructural, el desempeño institucional y los resultados alcanzados por el Proyecto FEMME y sus ejes de acción, en los establecimientos de salud intervenidos.

5.1 Metodología cuantitativa

Diseño: Estudio cuasi-experimental con grupo de comparación no equivalente, ex-post, con utilización de metodología cuantitativa y cualitativa.

Grupo	Preprueba	Variable independiente	Posprueba
I		X	O ₂
C		-	O ₂

Grupo de intervención (I): EESS donde actuó el Proyecto

Grupo de comparación (C): EESS sin acción del Proyecto

O₂ = Observación ex-post

X = Proyecto FEMME

Modelo de evaluación: Se realizó una evaluación de desempeño del Proyecto, para ello se consideraron como referentes de estudio los ejes de intervención, además se definieron las variables e indicadores (Tabla 6).

- Población de estudio:
 - a) *Grupo de Intervención:* El Hospital Regional de Ayacucho, dos Hospitales Provinciales: Cangallo y San Francisco, dos centros de salud: Vilcashuamán y Tambo.
 - b) *Grupo de Comparación:* El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno y cuatro Hospitales localizados en las provincias de Puno: Huancané, Azángaro, Juli e Ilave.

Tabla 6: Desempeño del Proyecto FEMME: Componentes, ejes de intervención y mediciones consideradas en la evaluación del proyecto

DESEMPEÑO DEL PROYECTO FEMME		
Componentes de intervención del Proyecto FEMME	Ejes de intervención	Variables / Indicadores (Tipo) /1
Técnico	Capacidad estructural (resolutiva) ante EMO	1. Calificación COEm / COB (CE)
	Calidad de atención de las EMO	2. Sistema de Capacitación personalizada (SICAP) de los RH en EMO (D) 3. Recursos Humanos capacitados en EMO (D) 4. Efectos de la capacitación EMO proporcionada a los RH (R) 5. Uso correcto de protocolos EMO (D) 6. Sistema de Auditorías clínicas de EMO y MM (D) 7. Análisis de las MM en el ámbito de intervención (D)
Gestión	Gestión de servicios	8. Gestión de la información de las EMO / MM (D) 9. Sistemas de Supervisión de la capacitación en EMO (D) 10. Sistema de referencia / contrarreferencia (D) 11. Monitoreo de progresos: Indicadores de seguimiento en salud materna (<i>UN indicators</i>) (R) 12. Prevención de infecciones (D)
	Promoción de políticas públicas regionales en salud	13. Acciones del Comité Multisectorial Regional para la reducción de MM en Ayacucho (D)
Derechos en salud	Derechos en salud de las mujeres	14. Promoción de derechos de la mujer entre el personal de salud de los EESS (D)

/1 Tipo de indicador: Según el esquema utilizado existen tres tipos de indicadores, los cuales se relacionan con el enfoque evaluativo, así CE= Capacidad Estructural, D= Desempeño; R= Resultados.

Fuente: Estudios de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

- Selección del grupo de comparación:

Para la selección del grupo de comparación se aplicó un proceso metodológico bi-etápico, la primera etapa fue dirigida a la selección de la DIRESA de comparación (grupo no equivalente) y la segunda, direccionada a elegir los EESS de comparación.

Los indicadores utilizados fueron:

Nivel DIRESA	Nivel EESS
Propósito: Elegir una región similar a Ayacucho que sirva de comparación	Propósito: Elegir redes comparables
	Grupo I / Grupo C = Relación: 1/1
Criterios:	Criterios:
Indicadores sociales: índice de desarrollo humano, nivel de ruralidad.	Complejidad del establecimiento, camas hospitalarias, personal de salud, producción de servicios maternos
Indicador educativo: Analfabetismo	Localización geográfica
Indicadores económicos: pobreza	
Indicadores de fecundidad	
Indicadores de salud materna	
Indicadores de salud infantil	
Localización geográfica	
Intervenciones previas en salud materna	

La aplicación detallada de esta metodología se muestra en la sección Anexos (Anexo 1).

Luego que la DIRESA Puno fuera seleccionada como el área de comparación, se procedió a la identificación de los establecimientos de salud.

Al final del proceso y considerando los indicadores mencionados en el Anexo 2, fueron elegidos un total de cinco establecimientos:

Nombre del establecimiento	Localización geográfica
Hospital Regional Manuel Núñez Butrón	Puno ciudad
Hospital Lucio Aldezabal P.	Provincia de Huancané
Hospital Carlos Cornejo Roselló V.	Provincia de Azángaro
Hospital de Apoyo Chucuito	Provincia de Juli
Hospital de Apoyo Ilave	Provincia de Ilave

- Unidad de análisis: Grupo de estudio (intervención / comparación)
- Procedimientos y Técnicas de muestreo: Para las variables de estudio no se aplicó en general, ninguna técnica de muestreo debido a que la población total, cinco establecimientos por grupo, fue incluida en el estudio.

Excepto en el estudio de la variable manejo estandarizado / uso de protocolos se utilizó un muestreo probabilístico, aleatorizado y proporcional para el periodo de setiembre 2005–marzo 2006. El tamaño muestral fue estimado según un poder del 80%, una significancia con un valor $p < 0.05$ siendo la técnica utilizada la de comparación de proporciones para dos intervenciones²¹. La fórmula aplicada fue:

$$n = [(Z_1 + Z_2)^2 2 p (1-p)] / (p_1 - p_2)^2$$

Para lo cual se asumió una diferencia de proporciones del 0.25, con un p_1 (proporción inicial estimada) del 0.35 y un p_2 (proporción final estimada) del 0.55–0.6. Con estos datos se estimó que el número mínimo de historias clínicas a estudiar por cada grupo de estudio era de $n=61$.

La selección de las cuotas en cada grupo fue establecida según proporcionalidad a la atención de las complicaciones obstétricas y complejidad del establecimiento de estudio. Establecida la cuota mínima por cada EESS, se acudió a los registros primarios de atención, se contabilizó las principales emergencias obstétricas y luego de ello se seleccionó con la técnica de muestreo aleatorio sistemático (periodo setiembre 2005–marzo 2006).

- Ejes de estudio: El Proyecto FEMME tuvo las siguientes líneas de intervención:
 - a) Capacidad resolutoria ante las EMO
 - b) Calidad de atención de las EMO
 - c) Gestión de servicios
 - d) Derechos en salud de la mujer
 - e) Promoción de políticas públicas
- Matriz de operacionalización de Variables e Indicadores: Se diseñaron un conjunto de definiciones operacionales e indicadores para las variables del estudio (Tabla 7).
- Mediciones / Escalas de puntuación:

Determinación de escalas de puntuación cuantitativas, aplicadas a cada uno de los ejes de intervención y a nivel global con el propósito de obtener calificaciones numéricas para cada uno de los grupos de estudio (Tabla 8).

- Instrumentos de recolección de información: (Tabla 9)

Fueron utilizados un conjunto de instrumentos, los cuales fueron diseñados específicamente para el presente estudio evaluativo. Luego de ser elaborados por el equipo de evaluación, los mismos fueron socializados con personas de experiencia en el tema de salud materna en la idea de analizar su pertinencia y aplicabilidad.

Tabla 7: Operacionalización de las variables e indicadores del estudio

DESEMPEÑO DEL PROYECTO FEMME				
Ejes de estudio	Variables / Indicadores	Definición	Indicador / Medición	Instrumento (Fuente)
Capacidad estructural (resolutiva)	* Calificación COEm	Condiciones básicas de infraestructura y recursos humanos requeridas para garantizar una adecuada atención de las EMO	Establecimiento calificado / Numérica	Eval 1: Lista de chequeo y verificación: (Primaria, EESS)
Calidad de atención	* Sistema de capacitación personalizada (SICAP) de RH en EMO	Disponibilidad y funcionamiento de un sistema local de capacitación de los RH en EMO	Sistema operativo / numérica	Eval 2: Lista de chequeo y verificación (Primaria, EESS)
	* RH capacitados en EMO	Número y % de RH de los EESS (profesionales y no profesionales) capacitados en EMO	Personal entrenado según profesión ubicación geográfica / Numérica	Eval 2: Lista de chequeo y verificación (Secundaria, EESS)
	* Efectos de la capacitación EMO proporcionadas a los RH	Percepción de los pasantes SICAP de la red de EESS sobre los efectos de la capacitación	Efectos de la capacitación según pasantes / Jerárquica	Eval 3: Encuesta sobre percepciones (Primaria, EESS)
	* Uso correcto de protocolos EMO (Manejo estandarizado)	Uso adecuado por parte del personal de salud de los protocolos de atención de las 7 principales causas de EMO	Uso adecuado de protocolos / Numérica	Eval 8: Instrumento de Auditoría de Historias clínicas (Secundaria, EESS)
	* Sistema de Auditorías clínicas de las EMO y de MM	Disponibilidad y funcionamiento en el EESS de un sistema de auditorías clínicas de las EMO y MM	Sistema de auditoría operativo / Numérica	Eval 2: Lista de chequeo y verificación (Primaria, EESS)
	* Análisis de las MM en el ámbito de intervención	Análisis descriptivo y relacional de las MM según el modelo de retrasos ocurridas en el periodo 2000–2005 en las zonas de estudio	N. casos/ tipificación y lugar de ocurrencia de MM	Eval 4: Análisis de las fichas de investigación de MM (Secundaria, EESS)

Siglas: EESS = Establecimiento de salud; MM = muertes maternas; EMO = Emergencia Obstétrica

Fuente: Estudios de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

**Tabla 7: Operacionalización de las variables e indicadores del estudio
(continuación)**

DESEMPEÑO DEL PROYECTO FEMME				
Ejes de estudio	Variables / Indicadores	Definición	Indicador / Medición	Instrument (Fuente)
Gestión de servicios	* Gestión de la información de las MM	Implementación en el EESS de acciones relacionadas con la colecta, flujo, control de calidad, procesamiento, reportes, discusión y/o análisis y uso de información de las MM	Gestión de la información operativa / Jerárquica	Eval 2: Lista de chequeo (Primaria, EESS)
	* Sistemas de supervisión de la capacitación en EMO	Existencia y funcionamiento de un sistema de supervisión y/o seguimiento de los procesos de capacitación desarrollados por el SICAP	Sistema de supervisión en funcionamiento / Jerárquica	Eval 2: Lista de chequeo (Primaria, EESS)
	* Sistema de referencia / contrarreferencia	Disponibilidad de recursos y funcionamiento de los sistemas de R/CR en cada EESS	Indicadores de funcionamiento y seguimiento del SR / CR / Numérica	Eval 2: Lista de chequeo y verificación (Primaria, EESS)
		Análisis de la calidad de las referencias	N. casos, tipificación, pertinencia, condición de referencia y desenlace / Numérica	Eval 5: Lista de chequeo y verificación (Primaria, EESS)
	* Monitoreo de progresos: Indicadores de proceso de la atención materna (UN indicators)	Medición de los indicadores de proceso de la atención obstétrica (ver Anexo 2)	Análisis de tendencias: tipificación y nivel de cambio / Numérica	Eval 6: Lista de verificación (Primaria, EESS)
	* Prevención de infecciones	Acciones de capacitación e implementación de aspectos relacionados con la prevención de infecciones	Indicador de implementación / Numérica	Eval 2: Lista de Chequeo (Primaria, EESS)
Derechos en salud de la mujer	* Promoción de derechos de la mujer entre el personal de los EESS	Personal del EESS reconocen y fomentan los derechos en salud de la mujer y los traduce en adaptaciones de la oferta	Personal reconoce los derechos / Numérica	Eval 7: Encuesta a proveedores (Primaria, EESS)
			Características de la Oferta que reflejen enfoque de derechos / cualitativo	Eval proveedor: Cualitativo (Primaria, EESS)
Promoción de políticas públicas y regionales en salud	* Funcionamiento del comité regional para la reducción de la MM	Comité regional emite y difunde políticas públicas	Políticas emitidas y difundidas (Numérica-Cualitativa)	Eval Gestión: Entrevistas a actores políticos (Secundaria, EESS)

Siglas: EESS = Establecimiento de salud; MM = muertes maternas; EMO = Emergencia Obstétrica

Fuente: Estudios de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Tabla 8: Escala de puntuación según ejes de estudio y variables (1)

DESEMPEÑO DEL PROYECTO FEMME				
Ejes de estudio	Variables / Indicadores	Instrumento	Items considerados para la puntuación	Puntuación máxima asignada al eje
Capacidad estructural (resolutiva)	Calificación COEm	Eval 1: adaptado para COEm, COB	Todos los items: Si = 1 punto Si, compartido= 0.5 puntos No, NA = 0 puntos	Escala centesimal: 0-100 puntos
Calidad de atención	Sistema de capacitación de RH para las EMO (SICAP)	Eval 2	2,3,4,5,6,6a,7,7a	18 puntos
	RH capacitados en EMO	Eval 2	Dato anual 2003= 1 punto Dato anual 2003/4= 2 puntos Dato anual 2003-5= 3 puntos	3 puntos
	Efectos de la capacitación EMO	Eval 3	Todos los items	Distribución de frecuencia simple
	Uso correcto de protocolos	Eval 8	Todos los items: Si =1 punto No, NA = 0 puntos	Escala centesimal: 0-100 puntos
	Sistema de Auditorias clínicas	Eval 2	8,9,10,11,12,13,14,16a	17 puntos
Gestión	Gestión de la información	Eval 2	17,18,19,20,21,22,23	14 puntos
	Sistemas de supervisión de la capacitación en EMO	Eval 2	24,25,26	4 puntos
	Sistema de referencia y contrarreferencia	Eval 2	27,28,29,30,31,32,33	14 puntos
	Aspectos globales de la Gestión de servicios	Eval 2	38,39,40,41,42,43,44,44a	21 puntos
	Prevención de infecciones	Eval 2	34,34a,35,36,37	6 puntos
	Registro de información	Eval 2	50	5 puntos
Derechos en salud de la mujer	Promoción de derechos	Gestor	NA	NA
Políticas regionales en salud	Funcionamiento del comité regional para la reducción de MM	Gestor	NA	NA

(1) La sumatoria de las puntuaciones del Eval 2 es 100 puntos (Escala centesimal). NA= No Aplica.

Fuente: Estudios de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Tabla 9: Instrumentos de naturaleza cuantitativa utilizados en la evaluación del Proyecto FEMME

Código	Nombre del instrumento	Descripción	Modo de selección (muestreo)
Eval-1	Capacidad estructural	Lista de chequeo que se aplicó a cada EESS evaluado en ambos grupos de estudio	Directo
Eval-2	Medición de la gestión global	Instrumento que se aplicó en los servicios de los EESS de ambos grupos	Directo
Eval-3	Pasantes	Encuesta aplicada a los pasantes SICAP	Intencionada, según la disponibilidad de los pasantes al momento del estudio
Eval-4	Mortalidad materna	Instrumento para captura de datos secundarios sobre las muertes maternas ocurridas en el periodo de estudio	Directo
Eval-5	Referencias	Instrumento que recabó datos de las referencias recibidas por el Hospital Regional de Ayacucho y Puno	Directo
Eval-6	Indicadores de progreso	Instrumento para capturar datos relacionados con la construcción de los indicadores de progreso en salud materna	Directo. Revisión de fuentes secundarias
Eval-7	Personal de salud	Encuesta aplicada a todo el personal del servicio de G-O del HRA y de los EESS de periferia	Intencionada, según la disponibilidad del personal de salud al momento del estudio
Eval-8	Manejo estandarizado	Análisis de las HCl de las pacientes hospitalizadas por alguna de las causas obstétricas mayores.	Probabilística. Revisión documental de las HCl de las pacientes hospitalizadas por causa EMO mayor en el periodo Set-Dic 2005 y en el periodo Ene-Marzo 2006.

Fuente: Estudios de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

- Fuentes de información:

Primarias: Obtención directa mediante técnicas de observación, encuestas y entrevistas.

Secundarias: Revisión de registros de gestión, historias clínicas de EMO, reportes de evaluación, reportes de monitoreo de avances, libros de actas de sesiones de discusión técnicas de las EMO y/o MM.

- Métodos de recolección:

Entrenamiento de personal de campo (encuestadoras):

Luego de la definición de instrumentos se procedió a la sesión de entrenamiento del equipo de encuestadores de campo, obstetras y enfermeras. En sesiones grupales de capacitación se trataron aspectos relacionados al propósito del estudio, naturaleza de la intervención, ámbito de estudio, instrumentos a utilizar, personas claves para los aspectos de coordinación, áreas y actores de referencia para la obtención y acopio de la información. También se realizaron sesiones prácticas sobre la aplicación de los instrumentos. El periodo de inducción teórica se hizo en un día (presencial) y existió además una capacitación previa vía virtual durante una semana, la sesión práctica se hizo durante un día con ejercicios aplicativos locales.

Desplazamiento de personal y visitas a los establecimientos:

El personal residente en Lima (Investigador principal, socióloga y el asistente en investigación cualitativa) se desplazaron a la ciudad de Huamanga y Puno con la intención de unirse al equipo local de encuestadores de obstetras y enfermera e iniciar los trabajos de entrenamiento, coordinación e inicio de la recolección de información. Cabe señalar que los encuestadores era ajenos a los servicios de salud estudiados.

La recolección de datos tuvo una duración de seis semanas efectivas, realizada en los meses de abril y mayo 2006. Se trabajó durante dos semanas en la ciudad de Huamanga y establecimientos periféricos (DIRESA Ayacucho y otras instancias), dos semanas en la ciudad de Puno y establecimientos de provincia (DIRESA Puno) y dos semanas en la ciudad de Lima.

La recolección de datos se realizó en los hospitales y centros de salud intervenidos y en los pertenecientes al grupo de comparación, específicamente en los servicios de gineco-obstetricia, pediatría, emergencia, hospitalización, sala quirúrgica, dirección general, dirección de epidemiología, estadística, planificación, oficina de personal, administración, capacitación, oficina de referencias, seguro integral de salud y programa de salud materna.

En la región Ayacucho fueron visitadas la DIRESA, los cinco establecimientos de intervención, la Universidad San Cristóbal de Huamanga (Facultad de Obstetricia), el Gobierno Regional (Gerencia Social).

En la región Puno, fue visitada la DIRESA y los cinco hospitales seleccionados para la comparación.

En Lima fueron visitados actores clave del MINSA (nivel central), CARE (sede central) y del IEMP.

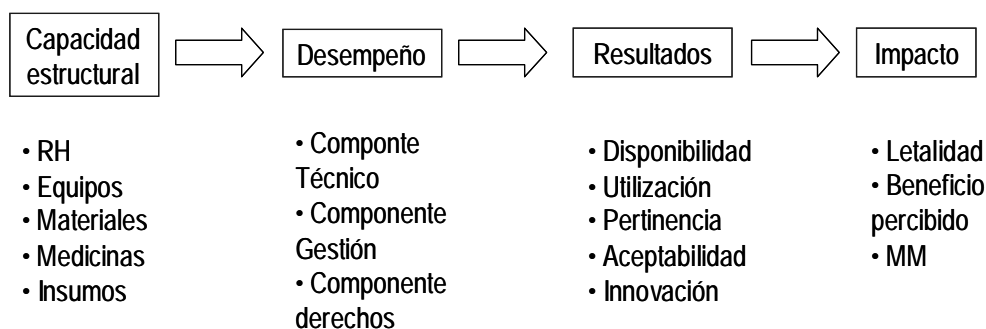
Al finalizar el trabajo de campo se realizó un balance numérico de las aplicaciones realizadas (Tabla 10).

Tabla 10: Aplicaciones de los instrumentos cuantitativos (Fase de campo)

Instrumentos	Lugar de aplicación	Numero de aplicaciones
Eval 1: Capacidad resolutive	EESS: Hospitales y Centros de salud de ambos grupos	10 (cinco por grupo)
Eval 2: Medición de la Gestión Global	EESS: Hospitales y Centros de salud de ambos grupos	10 (cinco por grupo)
Eval 3: Cuestionario autoinstructivo pasantes	EESS del grupo de intervención	39 pasantes (4 establecimientos)
Eval 4: Muertes maternas	EESS: Hospitales y Centros de salud de ambos grupos	10 (cinco por grupo)
Eval 5: Referencias	EESS: Hospitales y Centros de salud de ambos grupos	10 (cinco por grupo)
Eval 6: Procesos	EESS: Hospitales y Centros de salud de ambos grupos	10 (cinco por grupo)
Eval 7: Personal de salud	EESS del grupo de intervención	148 personas (5 establecimientos)
Eval 8: Manejo estandarizado (Uso de protocolos)	EESS: Hospitales y Centros de salud de ambos grupos	139 historias clínicas auditadas (66 del GI y 72 del GC)

- Control de calidad de datos: Los formatos de recolección una vez llenados tuvieron un control de calidad en la sede regional y en la ciudad de Lima. Se revisó la legibilidad, codificación, campos sin información, inconsistencias de registro, notas y observaciones. Hecho ello y comprobado el número de formatos de cada instrumento se procedió a enviar la documentación al estadístico en la ciudad de Lima.
- Procesamiento de datos y análisis de consistencia de la base de datos: Los datos de los formatos cuantitativos fueron ingresados en formato Epi-6 (versión 6.06) y otros directamente en SPSS (versión 13.0) a doble entrada para minimizar errores de digitación. Fue construida una base de datos en formato *.sav para el procesamiento y análisis. Luego se procedió a elaborar el diccionario de variables, y se realizó un análisis de consistencia de la base de datos el cual consistió en la obtención de tablas descriptivas para cada una de las variables de los diversos formatos, se calcularon estadísticos descriptivos (media, mediana, rango, desviación estándar). Esta información fue de valor en el propósito fortalecer la calidad de la información detectando precozmente inconsistencias y/o outliers.
- Análisis de información:

Basados en el enfoque de evaluación mostrado líneas arriba, se realizó el análisis de la información.



- a) Así, para la determinación de la capacidad estructural de los establecimientos de salud según grupos de estudio, se utilizó:

Estadística descriptiva:

El análisis de datos se realizó a través de estadísticos descriptivos de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, rangos), para cada una de las variables (*items*) seleccionadas. Se realizaron cálculos numéricos de puntuación acumulada según los ejes de estudio siendo los promedios la base para la comparación de grupo, la escala utilizada fue centesimal. El nivel de confianza aceptado para dichas comparaciones fue del 95% (Valor $P < 0.05$) siendo la prueba no paramétrica utilizada Mann Whitney.

- b) Para la determinación del desempeño de los establecimientos de salud según grupo, se utilizó:

Estadística descriptiva:

El análisis de datos se realizó a través de estadísticos descriptivos de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, rangos), para cada una de las variables (*items*) seleccionadas. Se realizaron cálculos numéricos de puntuación acumulada según los ejes de estudio siendo los promedios con sus desviaciones estándar la base para la comparación de grupo, la escala utilizada fue centesimal. El nivel de confianza acep-

tado para dichas comparaciones fue del 95% (Valor $P < 0.05$) siendo la prueba no paramétrica utilizada Mann Whitney.

Los cálculos se realizaron para los componentes Gestión y Organización–Prestación de servicios.

- c) Para la determinación de resultados de los establecimientos de salud según grupos de estudio, se utilizó:

Estadística descriptiva:

El análisis de datos se realizó a través de las estimaciones estadísticas, para cada uno de los indicadores seleccionados: disponibilidad, utilización (necesidades EMO alcanzadas, tasa de cesáreas). La comparación según grupos consideró un nivel de confianza equivalente al 95% (Valor $P < 0.05$) siendo la prueba no paramétrica utilizada Mann Whitney.

Los resultados también tuvieron un abordaje cualitativo, el mismo se expresa líneas adelante.

Estadística de relaciones:

Los análisis de correlación entre las puntuaciones de capacidad estructural y desempeño versus resultados fueron realizadas a través del uso de coeficientes «r» pearson, valores $P < 0.05$ fueron aceptados como significativos.

Todas las estimaciones estadísticas fueron realizadas a través del uso del *software* SPSS versión 13.0.

5.2 Metodología cualitativa

Diseño de estudio: El diseño del estudio consideró la obtención de información cualitativa en un intento de búsqueda explicativa a los hallazgos cuantitativos. Se realizó un estudio fenomenológico e interpretativo.

Ejes de análisis cualitativo: Fueron definidos como los elementos de conducción de la reflexión e interpretación cualitativas.

- **Pertinencia:** Característica relacionada con la asociación entre el Proyecto FEMME y las necesidades sentidas por el personal de salud para atender las demandas locales en salud materna.
- **Aceptabilidad:** Condición en que las estrategias y el modo de operación del FEMME fueron recepcionados y/o incorporados en las acciones rutinarias del personal de salud.
- **Beneficio percibido:** Aspectos atribuibles al FEMME que han contribuido directamente en una mejora del desempeño del personal de salud, una mejora en la organización de la atención y/o en la calidad de atención brindada a las gestantes por motivos de las EMO.
- **Innovación:** Condición de diferenciación del FEMME en relación a otras experiencias u otros proyectos similares dedicados a la mejora de la atención en salud materna.

Campos de análisis: Constituyen los elementos propios de la intervención FEMME que fueron estudiados.

Ejes de análisis cualitativo	Campos de análisis
Pertinencia Aceptabilidad Beneficio percibido Innovación	Calificación COEm
	Programas de capacitación: SICAP
	Manejo estandarizado (uso de protocolos)
	Gestión de la información
	Supervisión de la calidad
	Sistema Referencia y Contrarreferencia
	Enfoque de derechos
	Comité intersectorial de reducción de la MM en la región Ayacucho
Otros (efectos inesperados del FEMME)	

Adicionalmente se investigó sobre los efectos inesperados o no previstos que el Proyecto FEMME tuvo en la mejora de los servicios obstétricos.

Instrumentos: Fueron aplicados un conjunto de instrumentos como guías de entrevistas, guías de grupos focales (Tabla 11)

Tabla 11: Instrumentos cualitativos y aplicaciones: estudio evaluativo

Código	Nombre del instrumento	A quién se aplicó?	Técnica de estudio
Gestor-1	Guía de entrevistas para gestores y decisores	Actores DIRESA Actores Gobierno Regional Ayacucho Actores MINSA Actores CARE Jefe de EESS	Entrevista directa
Gestor 2	Guía para actor de la Universidad	Representante Escuela Enfermería Universidad de Huamanga	Entrevista directa
Gestor 3	Guía para actores comité mortalidad materna	Miembros del comité intersectorial para la reducción de la mortalidad materna de Ayacucho	Grupo focal
Gestor 4	Guía para actores IEMP	Médicos que participaron en las capacitaciones del SICAP y las redes	Grupo focal
Proveedor 1	Guía de entrevistas de médicos del HRA	Médicos del servicio de G-O relacionados con la implementación del Proyecto FEMME	Entrevista directa
Proveedor 2	Guía para Obstetrices del HRA	Obstetrices que han desempeñado una acción directa con las acciones del Proyecto FEMME	Grupo Focal
Proveedor 3	Guía para personal de los EESS	Médicos y obstetrices del Hospital Provincial y/o centro de salud que se han relacionado directamente con las acciones del Proyecto FEMME	Grupo Focal
Usuaris 1	Guía para usuarias	Ex usuarias de servicios de salud maternos	Grupo focal

Actores entrevistados: Para la obtención de la información fueron visitados un conjunto de actores clave (Tabla 12).

Tabla 12: Relación de actores clave visitados para el estudio cualitativo

Nivel	Actores	Técnicas de investigación
Nivel Nacional	CARE: Gerentes del Proyecto FEMME	Entrevistas
Nivel Regional	Gestores: DISA, Hospital, Gobierno regional, autoridades locales, las ONG, Universidad de Huamanga, Comité Regional de Mortalidad Materna.	Entrevistas
	* Personal de salud: DISA: Director, DAIS, DGSP, Oficina de Calidad, RH, responsable de salud materna	Entrevistas
	* Hospital: Director, Jefe G-O, Jefe Obstetrix, Jefe de Capacitación, Actores clave de los servicios	Entrevistas
	* Hospital y EESS: Equipo de Médicos y Obstetrixes	Grupo focal
Nivel periferia (EES)	* Centros de salud: Medico Jefe, Coordinadora ES-SSR	Entrevistas
	Médicos / Obstetrixes	Grupo focal

Procesamiento de información: Tanto las entrevistas como los grupos focales estuvieron a cargo del asesor en sociología, las mismas fueron grabadas. Luego de culminada la ronda de aplicación de las herramientas cualitativas se realizó un balance de lo recolectado (Tabla 13).

Tabla 13: Balance de la aplicación de los instrumentos cualitativos

Aplicación de la técnica	HRA	4 Centros de salud	DIRESA	Actores sociales (Región Ayacucho)	Actores clave (Lima)	Usuaris (Región Ayacucho)	Total
Entrevistas (N°)	7	4	5	1	6		23
Grupo focal (N°)	1	4		1	1	5	12
Total	8	8	5	2	7	5	35

HRA: Hospital Regional de Ayacucho; DIRESA: Dirección Regional de Salud

La desgrabación de la información fue realizada en matrices de registro de datos cualitativos y las mismas fueron el referente para los momentos de análisis de información. Este trabajo fue realizado por los encargos del análisis cualitativo y socializado con el resto del equipo de evaluación.

Análisis de información: Los ejes de análisis mostrados líneas arriba fueron las guías para el análisis cualitativo partiendo del fenómeno de estudio (campo de análisis) e interpretando según niveles de información (nacional, regional y local).

Las declaraciones textuales de cada uno de los actores fueron seleccionadas según el campo de análisis estudiado y citadas en la sección resultados en una lógica interpretativa y de soporte técnico a los hallazgos cuantitativos.

Según el modelo de evaluación utilizadas los indicadores cualitativos pertinencia, aceptabilidad e innovación fueron parte del enfoque de evaluación de resultados en tanto que el beneficio percibido fue parte de la evaluación de impacto.

Integración de resultados: El reporte cualitativo fue el referente para los aspectos explicativos de la información brindada por el análisis cuantitativo. Para esto se utilizará análisis de triangulación. En cada una de las secciones de resultados se incluye la secuencia datos cuantitativos, interpretaciones, explicaciones posibles y contraste con la información cualitativa obtenida.

Objetivo 2: Estimar el impacto y la contribución del Proyecto FEMME en la reducción de la mortalidad materna en su área de intervención.

Propósito del análisis: Determinación del impacto

Diseño: Análisis de tendencia comparada (Grupo Intervención / Grupo Comparación)

Periodo de estudio: 2000–2005

Modelo de evaluación: Evaluación antes, ex–post

Unidad de análisis: Grupo de establecimiento

Grupos de comparación: Intervención versus Comparación

Indicadores y mediciones: Los indicadores referentes para la estimación del impacto del proyecto se presentan en la Tabla 14.

Tabla 14: Indicadores de estimación de impacto del Proyecto FEMME

Indicador	Descripción	Fuente
Tasa de letalidad obstétrica / periodo 2000–2005	N° de muertes maternas x complicaciones obstétricas / N° de complicaciones obstétricas X 100%. Comparado según grupo de estudio	Primaria, DIRESA, EESS
Muertes maternas según modelo de los retrasos / periodo 2000–2005	Análisis proporcional comparado en función al lugar de ocurrencia de la muerte materna según modelo de retrasos: en el domicilio, en camino al establecimiento de salud, o en el propio EESS.	Secundaria, DIRESA, EESS
Número de muertes maternas / año (2000–2005)	Muertes maternas registradas / año	Secundaria, DIRESA, EESS
Razón de Mortalidad Materna notificada (registrada) para el periodo 2000–2005	Cambio proporcional observado de la razón de mortalidad materna según grupos de estudio.	Secundaria, DIRESA, EESS, Población INEI

Fuente: Estudios de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

Instrumentos de recolección: Formatos para captura de datos secundarios.

Fuentes de información: Registros del nivel DIRESA, EESS: registros de emergencias y hospitalizaciones obstétricas, sala de cirugía, sala de partos, reportes de gestión y de evaluación. Las variables de población y ajuste fueron obtenidas de encuestas nacionales realizadas por el INEI tanto del área social como de salud: ENAHO (2000, 2005) y ENDES (2000, 2004). También fue revisado el informe poblacional del censo INEI 2005.

Métodos de recolección: revisión documentaria

Análisis de información: Cuantitativo, análisis de tendencias con comparación de dos grupos. Significancia estadística aceptable: 5%.

La estimación de los cambios en la mortalidad materna se realizaron utilizando el indicador razón de mortalidad materna (RMM).

La RMM notificada (registrada) fue calculada a través de la siguiente fórmula:

$$\text{RMM} = [\text{Muertes maternas notificadas} / (\text{Tasa bruta de natalidad rural} \times \text{Población estimada})] / (1 - \text{Tasa de subregistro de mortalidad})$$

Para los efectos comparados se estimó dicho indicador para el año 2000 y el 2005, luego se cálculo el delta proporcional para dicho periodo, para finalmente realizar la comparación según grupos de estudio. Esto debido a que sólo de disponen de cinco puntos en el tiempo para los cálculos.

El efecto atribuible a la intervención fue estimado a través del cambio (Delta: Δ) en las razones de mortalidad materna notificada ajustada, comparando según grupos de estudio.



VI. Resultados

Características de los servicios estudiados según grupos de estudio:

Los establecimientos de estudio fueron clasificados en dos grupos, el de intervención y de comparación, la Tabla 15 muestra algunas características descriptivas. Se estudiaron cinco establecimientos por cada grupo, incluido los hospitales regionales de Ayacucho y Puno. Nótese que la disponibilidad de servicios especializados en gineco-obstetricia y de sus recursos humanos es muy similar en ambos grupos.

Tabla 15: Características de los servicios de G-O según grupos de estudio

Características de estudio	Grupo de intervención (Ayacucho)	Grupo de comparación (Puno)
A. Nivel regional:		
N° de EESS según tipo:		
Hospital Regional	1	1
Hospital Provincial (de apoyo)	2	4
Centros de Salud	2	-
Localización:		
Urbana	1	1
Rural	4	4
N° de EESS con servicios especializados de gineco-obstetricia	2	2
N° de EESS que realizan cesáreas	3	3
Médicos x 1000 habitantes	0.3	0.23
Obstetrices por 1000 habitantes	0.4	0.2
Enfermeras por 1000 habitantes	0.6	0.4
B. Hospital Regional:		
N° de gineco-obstetras	9	9
N° de pediatras	10	10
N° de Obstetrices	34	10
N° de camas de internamiento en gineco-obstetricia	43	29
N° camas para cuidados obstétricos intermedios	4	-

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

6.1 Desempeño del Proyecto FEMME

El Proyecto FEMME constituyó una intervención integral dirigida a los servicios de atención obstétrica en el sentido de optimizar la organización, gestión y operación con el propósito de mejorar la calidad de atención frente a las emergencias obstétricas. Adicionalmente, el Proyecto fomentó la utilización creciente de tales servicios de salud.

En esa línea, la Tabla 16 muestra comparativamente los resultados de los puntajes para los principales ejes de intervención del Proyecto. Destaca que los establecimientos del grupo de intervención muestran mayores niveles de desempeño que los del grupo de comparación en casi todos los ejes de

estudio excepto en el de prevención de infecciones ($p < 0.05$). Lo cual refleja un mejor desempeño de las acciones evaluadas en los EESS intervenidos, lo cual concuerda plenamente con lo observado en nuestro trabajo de campo. En relación al propio FEMME se observa que las áreas en las que se alcanzó mejor desempeño fueron capacitación de recursos humanos, auditoría clínica y registros de información.

A nivel global, se observa que el grupo de intervención alcanzó un puntaje de 66.9 puntos lo cual en relación a lo alcanzado por el grupo de comparación (24.1 puntos) representa una diferencia significativa ($p < 0.05$). Estos valores pueden interpretarse como que existen efectos diferenciados y aditivos del Proyecto FEMME en la mejora de los niveles de desempeño en los ejes de intervención estudiados.

Tabla 16: Desempeño del Proyecto FEMME: Ejes de intervención según grupos de estudio

Ejes de intervención	Puntaje mayor	Grupo Intervención (n = 5)		Grupo Comparación (n = 5)		Variación %	Valor P
		Puntaje (X)	s	Puntaje (X)	s		
			/1				/2
Capacitación de recursos humanos (incluye supervisión de la capacitación)	23.0	14.6	4.3	0.4	0.9	1272.7	<u>0.008</u>
Auditoría clínica	17.0	10.9	2.9	0.4	0.9	1975.0	<u>0.008</u>
Gestión de la información	14.0	9.7	4.4	5.2	5.0	173.4	<u>0.04</u>
Sistema de referencia y contrarreferencia	14.0	8.9	1.9	5.3	3.2	112.8	<u>0.027</u>
Gestión de servicios de salud	21.0	14.4	1.6	7.3	4.4	101.1	<u>0.003</u>
Prevención de infecciones	6.0	4.5	1.0	3.5	2.3	128.6	0.690
Registros de información en obstetricia	5.0	3.9	0.8	2.0	1.2	190.0	<u>0.032</u>
Puntaje Global	100.0	66.9	10.9	24.1	13.2	182.2	<u>0.032</u>
/1 La sigla "s" = desviación típica							
/2 Nivel de significación obtenido a través de la prueba U-Mann Whitney para la comparación de los puntajes promedios de los establecimientos de salud del grupo de intervención y del grupo control.							

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

6.1.1 Componente Técnico:

- a) Capacidad estructural (resolutiva): Acorde con las normas actuales del MINSA²²

El conjunto de condiciones básicas requeridas para garantizar una adecuada atención ante las emergencias obstétricas es entendido, según los criterios del MINSA resumidos en las denominadas Funciones Obstétricas Esenciales, como capacidad resolutiva. Los elementos considerados en la lista de verificación del presente estudio corresponden a la disponibilidad de recursos humanos, materiales, medicamentos, insumos, instrumental y otras condiciones en los servicios de emergencia, sala de partos, sala de legrado uterino, sala de operaciones y laboratorio en los establecimientos COEm. Bajo este enfoque es de destacar que lo que se mide aquí son aspectos relacionados fundamentalmente con la estructura. La tabla comparada (Tabla 17) muestra que no existen diferencias significativas en la capacidad resolutiva según grupos de estudio (Puntaje medio, 76 puntos en cada uno); más aún analizando los elementos que componen la capacidad resolutiva tampoco se evidencian diferencias estadísticas relevantes. Sin embargo, es de resaltar que existe una tendencia leve a que las condiciones existentes en el grupo de comparación pudieran tener un mejor nivel, sobretodo en lo referente a las intervenciones quirúrgicas (sala de operaciones y legrados).

Tabla 17: Capacidad estructural de los COEm según grupos de estudio

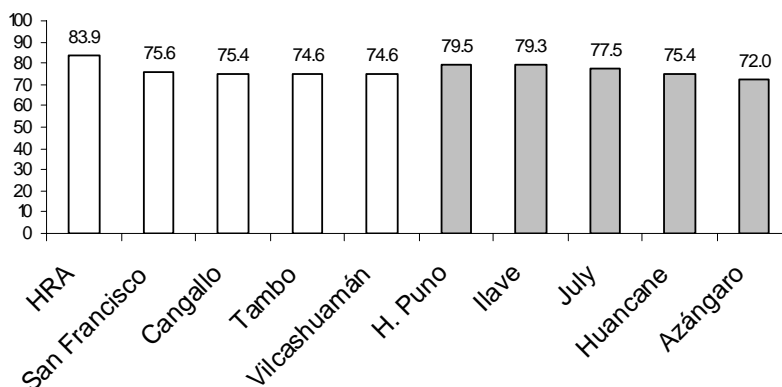
Capacidad estructural	Grupo Intervención (n=5)		Grupo de Comparación (n=5)		Variación %	p
	Promedio	s	Promedio	s		
<i>Puntaje global Eval1</i> (máximo=100 ptos)	76.7	4.0	76.8	3.1	0.1	<u>0.421</u>
Recursos Humanos	68.3	17.1	80.0	11.2	-14.6	<u>0.841</u>
Centro obstétrico–Sala de partos	57.2	12.7	60.0	4.2	-4.6	<u>0.310</u>
Tópico de emergencia obstétrica / neonatal	45.3	31.4	66.9	7.9	-32.2	<u>0.421</u>
Hospitalización obstétrica	50.7	36.9	75.6	13.9	-32.9	<u>0.095</u>
Sala de legrado uterino	48.0	44.2	86.8	10.9	-44.7	<u>0.690</u>
Sala de operaciones	51.4	47.0	83.0	5.5	-38.1	<u>0.690</u>
Exámenes auxiliares disponibles	65.7	26.5	80.0	8.2	-17.9	<u>0.690</u>

¹ Nivel de significación obtenido a través de la prueba U–Mann Whitney para la comparación de los puntajes promedios de los establecimientos de salud del grupo de intervención y del grupo control.

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

A nivel de cada EESS los puntajes alcanzados no muestran diferencias (Gráfico 7) excepto al comparar extremos, en donde el HRA muestra poco más de 10 puntos de diferencia que el H. Azángaro.

Gráfico 7: Capacidad estructural según establecimientos de salud (*)



(*) Puntajes en escala centesimal. Barras claras = GI, Barras oscuras: GC.

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Debe considerarse que la intervención FEMME no se caracterizó por una fuerte inversión en el fortalecimiento de la estructura en los EESS, lo que si se realizó fueron arreglos de mediana inversión financiera en las áreas de hospitalización obstétrica y de emergencia (rampas de acceso, división de ambientes, señalización, entre otros). Hubo poca inversión en el rubro equipamiento. Es probable que esto último sea uno de los explicativos de la ausencia de diferencias en este eje de estudio. Es de señalar también que en lo referente a recursos humanos especializados en G–O, se encontró tal disponibilidad sólo en dos hospitales de Puno (H. Manuel Núñez Butrón y Huancané) y en el caso de Ayacucho únicamente en el Hospital Regional, lo cual demuestra una limitada presencia de especialistas en tales escenarios.

b) Calidad de atención de las emergencias obstétricas:

b.1) Sistema de capacitación de los Recursos Humanos en EMO (SICAP)

El Proyecto consideró como uno de sus principales ejes de intervención la mejora de la capacidad de respuesta de los COEm a través del fortalecimiento de las capacidades y competencias clínicas de los recursos humanos. Para ello de manera paulatina, participativa y gradual impulsó el desarrollo de una modalidad de capacitación continua de los profesionales de salud.

El SICAP fue la estrategia impulsada por el Proyecto FEMME para mejorar la competencia clínica y consistió en una modalidad de capacitación basada en la educación permanente en servicio de profesionales de salud bajo la asistencia continua de tutores locales.

El SICAP surge en el año 2002 como una iniciativa del personal del HRA en la idea de convertir dicho establecimiento en un centro regional para el entrenamiento del personal de salud y favorecer un manejo con calidad de las EMO. El Proyecto FEMME fue un continuo y cercano asistente técnico y organizacional durante todo el proceso de implementación y desarrollo.

El SICAP tuvo varias fases de implementación:

- Fase I, de inicio: Consistió en que a iniciativa del Proyecto FEMME, un conjunto de profesionales de salud (médicos, obstetrces y enfermeras) del HRA y de los EESS de intervención acudieron al IEMP (sito en Lima) para ser entrenados en el manejo y organización de servicios ante las EMO (2002).
- Fase II, de seguimiento inicial: El personal del IEMP realizaba visitas de seguimiento al personal del HRA en la idea de impulsar y/o fortalecer cambios organizacionales en los servicios obstétricos que mejoren la atención de las EMO.
- Fase III, de interrelación: El personal del HRA desarrolla la iniciativa de ser sede de capacitación regional en EMO para ello potencia la organización de los servicios de G–O y elabora un plan local de capacitación para recibir pasantes externos. Esto facilita la llegada al hospital de un conjunto de profesionales de salud de las redes de establecimientos de toda la región Ayacucho (zonas norte y sur). En un inicio el programa de capacitación, de naturaleza tutorial, fue dirigido a los médicos, obstetrces y enfermeras, y desde el año 2005 tuvo una extensión hacia los técnicos de enfermería.

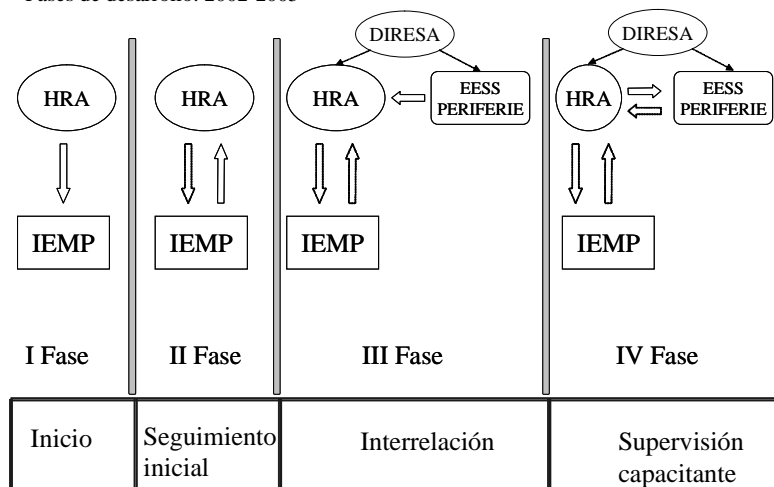
La pasantía tenía una duración promedio de dos semanas y estaba a cargo de un equipo de profesionales del propio servicio de G–O, médicos y obstetrces con diversos niveles de responsabilidad. En este proceso el apoyo y facilitación de las autoridades de la DIRESA fue de suma importancia.

- Fase IV, de supervisión capacitante: Consistía en las visitas integrales que el personal de gíneco–obstetricia del HRA, de la DIRESA Ayacucho y del Proyecto FEMME realizaban con cierta periodicidad (trimestral o semestral) a los EESS de intervención en un esfuerzo por fortalecer la capacidad resolutive de los recursos humanos (ex–pasantes) e inducir y/o consolidar cambios organizacionales destinados a mejorar la calidad de atención de las EMO (Gráfico 8)

Gráfico 8: Fases de desarrollo del SICAP (Región Ayacucho: 2002–2005)

SICAP (Sistema de capacitación personalizada)

Fases de desarrollo: 2002-2005



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

La organización de las pasantías desde los establecimientos periféricos hacia el HRA fue realizada en la intención de mejorar la calidad de la atención EMO y por ende reducir el riesgo de morir por causa obstétrica. La experiencia, que al inicio fue financiada por el Proyecto FEMME, logró posteriormente la adherencia e involucramiento de diversos actores y otros proyectos de intervención en la zona como el PAR Salud quién asumió un rol participativo y de soporte financiero desde el 2003 en adelante. En tales circunstancias, la acción del personal FEMME estuvo focalizada en brindar asistencia técnica para los momentos de planeamiento, organización, desarrollo y supervisión de las pasantías.

Las acciones de capacitación tuvieron una evolución progresiva que se construía en función al desarrollo de la experiencia y lecciones aprendidas, luego que cada grupo pasante (6–8 personas) terminaba su estancia los responsables de capacitación y los tutores analizaban los resultados educacionales alcanzados basados en la información generada por los instrumentos de seguimiento y evaluación que se utilizaron, todo esto en el propósito de la mejora de los planes curriculares, los horarios, dedicación tutorial, modalidades de enseñanza, entre otros aspectos.

Los pasantes que recibió el HRA fueron de varias disciplinas lo cual reflejaba el enfoque de la multiplicidad de profesionales involucrados en el abordaje de las EMO. Fueron capacitados médicos, obstetrces e incluso enfermeras y técnicos de enfermería, estos últimos provenían de establecimientos periféricos y en riesgo de mortalidad materna. La inclusión de los técnicos y auxiliares no constituyó un hecho fortuito, por el contrario significó el entendimiento en los directivos de que era necesario involucrar a todo el personal que brinda atención obstétrica en las redes de servicios, más aun cuando existen EESS unipersonales, rurales y muy distantes en donde debilidades en el reconocimiento, manejo y derivación oportuna y adecuada de las EMO puede significar complicaciones desastrosas para las usuarias.

En el periodo 2002–2005, habían sido capacitados un total de 550 personas de las cuales el 24% fueron enfermeras, el 23% obstetrces y el 21% médicos. Los técnicos de enfermería aun a pesar de haber iniciado sus rotaciones en el 2004, representan en el acumulado un 28% del total de personal pasante (Tabla 18). Esta experiencia concluyó en el último trimestre del 2005, hasta el momento del presente estudio (abril 2006) aun no se reiniciaban las acciones del SICAP lo cual explica la ausencia de datos del año 2006.

Tabla 18: Total de pasantes al SICAP según tipo de profesión (HRA; 2002–2005)

Personal de salud	2002	2003	2004	2005	Acumulado 2002–2005	%
Médicos	20	32	39	29	120	21.8
Obstetricas	45	31	32	20	128	23.3
Enfermeras	24	43	46	20	133	24.2
Técnicos de enfermería	0	0	80	77	157	28.5
Otros profesionales (biólogos, odontólogos, etc.)	0	0	0	12	12	2.2
Total	89	106	197	158	550	100.0

SICAP = Sistema de capacitación personalizada; HRA = Hospital Regional de Ayacucho
Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Un aspecto clave a resaltar fue que dentro del plan de pasantía, la «*Guía protocolizada de atención de las EMO*» se constituyó en el referente sustantivo de las acciones educativas. Su discusión teórico, práctica y aplicada permitió legitimar su aceptabilidad, identificación y por ende su utilización por los pasantes.

Los pasantes al retornar a sus establecimientos de origen tenían la responsabilidad de inducir cambios organizacionales locales que permitiesen una mejor atención de las EMO, para ello durante su estancia hospitalaria diseñaban un plan operacional. Este plan era socializado con el personal de salud residente en su establecimiento de origen para ser adaptado y optimizado. El avance de este plan era uno de los temas de trabajo durante las sesiones de supervisión post-pasantía.

Los factores del contexto a favor del SICAP fueron el apoyo de los gestores locales del hospital y de la DIRESA quienes se constituyeron en actores facilitadores del proceso, en ese aspecto la labor de abogacía desarrollada por el Proyecto FEMME fue de singular valor.

En el grupo de comparación, si bien es cierto no se encontró un sistema estructurado a favor de la capacitación en EMO, es de mencionar que han existido iniciativas esporádicas y poco sostenibles por mejorar la capacitación en el manejo obstétrico del personal de salud. Por ejemplo, a iniciativa del PAR Salud en el año 2004 se diseñó un plan de pasantías en la región con dos sedes operacionales (los hospitales de Puno y Juliaca) quienes recibieron durante 4–5 meses a un grupo de profesionales de la salud de los establecimientos provinciales. Sin embargo los planes de capacitación locales fueron basados en la atención de una pluralidad de temas obstétricos que para el corto periodo de estancia (1–2 semanas) hacían poco asimilable las lecciones. Llama la atención que por aquella época no se disponía de un posicionamiento claro y consensado en los hospitales sede de Puno en relación al uso de protocolos de las EMO lo cual se convirtió en una dificultad para los pasantes. En el año 2004 tal actividad fue suspendida en el hospital de Puno. No ha existido desde los gestores un seguimiento del resultado y efectos de estas pasantías. La DIRESA aún no asume esta línea como una de las prioridades en salud materna.

En la Tabla 19, se muestran las características operacionales de las modalidades de capacitación en ambos grupos de estudio.

Tabla 19: Criterios de operacionalización de los esfuerzos de capacitación obstétrica regional: SICAP Ayacucho vs Pasantías al HMNB Puno.

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

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Estas características pueden explicar en parte lo encontrado en la tabla 16 en donde los puntajes alcanzados en el GI son sustantivamente más altos que el GC. Cabe destacar que en el GI, el HRA es, quien al ser la sede operacional de esta iniciativa, el que ha alcanzado el mayor puntaje, en tanto que los establecimientos periféricos intervenidos han sido, en este sistema, los beneficiados directos con la capacitación en servicio y las visitas de seguimiento. Aún no se observan réplicas locales de este modelo, salvo la iniciativa vista en el Hospital de San Francisco (ver más adelante: efectos inesperados del Proyecto).

b.2) Efectos de la capacitación EMO

La capacitación bajo la modalidad de pasantías dinamizó la organización de los servicios obstétricos dentro del HRA y en las redes de establecimientos, hacia la mejora de la atención de las EMO. Esta estrategia, tuvo la característica de ser evolutiva y participativa, es decir abrió espacios a la incorporación de planteamientos y alternativas provenientes de los propios receptores de la capacitación, lo cual fue una muestra de su flexibilidad y adaptabilidad.

El presente estudio, capturó información de un grupo de pasantes 2005 con el propósito de determinar su opinión sobre esta estrategia (Tabla 20). Según los pasantes, el 97% realizó un ciclo de rotación por el HRA. Para el 47% de ellos la duración de la misma tuvo 15 días y para el 44% entre 7 y 14 días. Los pasantes reconocieron que el mayor tiempo de la pasantía fue dedicada a los aspectos prácticos (46%) y teóricos (40%). Un 97% de los mismos expresó que realizó al menos una guardia nocturna.

Las pasantías tuvieron como propósito lograr que el personal de salud pudiese aplicar acertadamente sus conocimientos ante casos reales en su práctica diaria, así la encuesta arrojó que el 82% ya estaba aplicando los conocimientos aprendidos en sus establecimientos de origen a los tres meses luego del entrenamiento.

De otro lado, el 61% de los pasantes reportó haber recibido visitas de seguimiento de parte del nivel regional, en su gran parte posterior a los tres meses de la rotación.

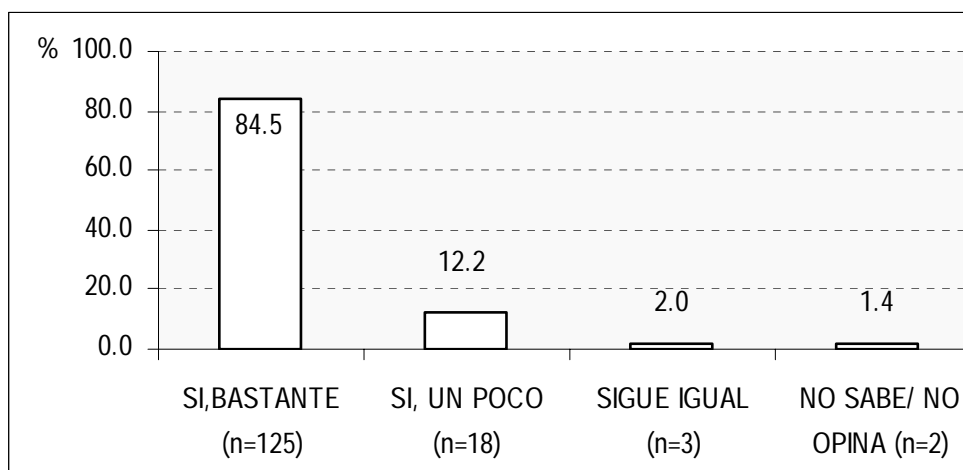
Tabla 20: Características de las pasantías EMO en el HRA (2005)

Características de estudio	Opinión de los pasantes que fueron encuestados (n=39)
N° de pasantías	1 pasantía = 97.4% 2 pasantías = 2.6%
Duración de las pasantías	7-14 días = 44.7% 15 días = 47.4% 15-30 días = 7.8%
Distribución del tiempo de la pasantía [% (DS)]	Aspectos teóricos = 40.2% (2.6) Aspectos prácticos = 46.1% (2.9) Tutorías = 13.6% (2.7)
Guardias nocturnas durante la pasantía	Si se realizó = 97%
Atención de EMO (tres meses después de la pasantía)	Si atendió = 82%
Visitas de seguimiento del personal HRA al establecimiento de origen	Recibió visitas = 61.8%
Tiempo post pasantía en que recibió visita de seguimiento HRA en su establecimiento de origen	1-2 meses = 10.5% 3 meses = 36.8% mas de cuatro meses = 13.2% No recibió visita = 39.5%

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

La percepción de los pasantes sobre el beneficio de esta estrategia en relación a la mejora de sus competencias clínicas para responder ante las EMO, fue investigada por la encuesta. Así, se encontró que poco más del 80% reportó que su capacidad de respuesta ante las EMO había mejorado gracias a la capacitación, sólo alrededor del 10% no expresó cambios positivos (Gráfico 9). Esta percepción es coincidente con los hallazgos cualitativos (Véase líneas abajo) en el sentido de la pertinencia y utilidad de la capacitación.

Gráfico 9: Percepción de los pasantes al HRA sobre la mejora en su capacidad de respuesta frente a las EMO
(¿Luego de la pasantía se sintió más preparado para atender las EMO?)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Esta percepción sobre la mejora de la capacidad respuesta del personal de salud pasante ante las EMO aunado a la aplicabilidad de tales competencias (82% atendía EMO a los tres meses post-pasantía) fueron indicadores que mostraban que la capacidad de resolución del sistema de salud en su conjunto se vio fortalecida con la acción del SICAP.

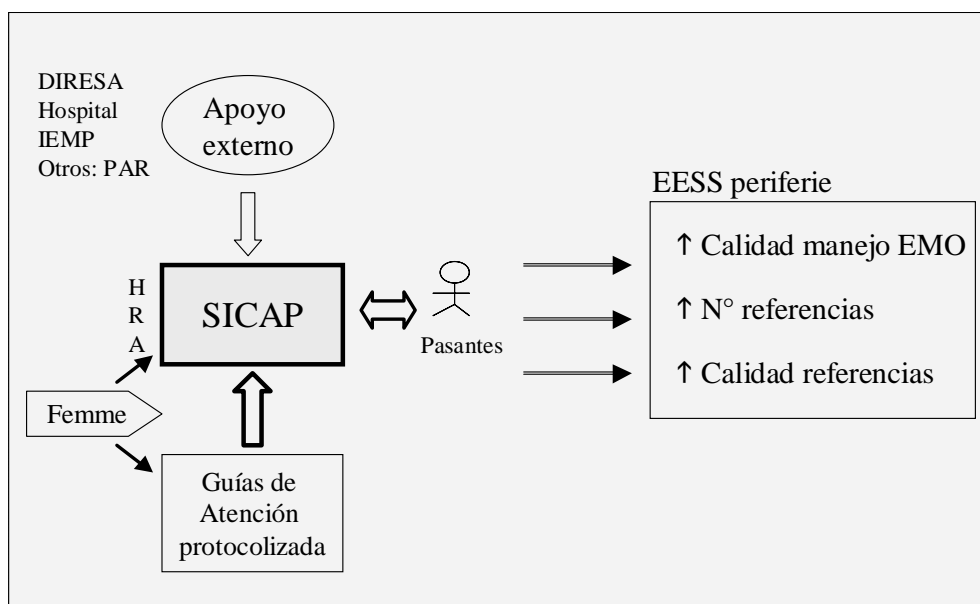
b.3) Uso correcto de protocolos: Manejo estandarizado

El enfoque de mejora de la calidad de atención de las EMO reside en la existencia de prácticas clínicas estandarizadas en la red de establecimientos. El manejo estandarizado a través de protocolos constituye un elemento sustantivo en la mejora de la atención, que reduce los riesgos de complicaciones en los usuarios de los servicios. El Proyecto FEMME desde el inicio de su actuación colocó especial dedicación a la implementación de esta estrategia.

Las acciones del Proyecto impulsaron la elaboración, validación, implementación y seguimiento de la «*Guía protocolizada de la atención de las EMO en la Región Ayacucho*». Este documento es el emblema del accionar del Proyecto en las redes de salud y en la propia DIRESA, es la principal contribución objetiva y reconocida del Proyecto en la mejora de la salud materna en la región.

Este proceso fue articulado con las actividades de implementación del SICAP de modo tal que la guía constituyó el referente durante las acciones de capacitación en el manejo de las EMO. El personal de salud pasante y los tutores del HRA dinamizaron la potencia de estas dos estrategias, lo cual favoreció no sólo la calidad de atención de las EMO sino la optimización del proceso de referencias obstétricas en los diversos niveles, y significó por tanto un fortalecimiento de la resolutivez de las redes de servicios de salud ante las EMO. El pasante luego de su entrenamiento se constituyó en el agente inductor de estos cambios y logros en su establecimiento de origen (Gráfico 10).

Gráfico 10: Relación entre la guía protocolizada EMO, el SICAP y su relación con los EESS periféricos



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

El factor clave de éxito de la guía protocolizada fue su construcción participativa y horizontal; en su elaboración participó tanto el personal del HRA y del IEMP como el propio personal de las redes de los establecimientos. Bajo la asistencia técnica, organizacional y financiera del Proyecto FEMME se desarrollaron desde el año 2002 un conjunto de reuniones técnicas entre profesionales especialistas en gineco-obstetricia, médicos, obstetrices y enfermeras del nivel regional y de la periferia. Esto permitió que el documento tuviese una legitimización colectiva entre la comunidad sanitaria, lo que contribuyó positivamente en su aceptación, identificación y lógicamente se favoreció su uso en el personal de salud de los establecimientos.

Se tienen desde su inicio, tres versiones de la guía de atención, en la última de ellas se señala el comportamiento diagnóstico y terapéutico ante las principales causas de muerte materna de causa directa. Uno de los aspectos de resaltar de la guía es que puntualiza cada nivel de atención con sus responsabilidades y conductas ante determinada emergencia obstétrica. Los llamados flujogramas de atención han sido claramente definidos para las principales EMO, son parte fundamental de las guías y adicionalmente se encuentran disponibles incluso en las salas de emergencia obstétrica del HRA y de los establecimientos de salud visitados (modalidad afiches).

Es de resaltar la identificación del personal de salud tanto del HRA, la DIRESA como de los establecimientos periféricos con esta guía, consideran este elemento mucho más que un simple documento, significa la traducción de un esfuerzo colectivo de la comunidad sanitaria y constituye un verdadero aporte local por la salud pública y los esfuerzos por disminuir las muertes maternas en la región. La identificación del personal es evidente.

Por ello, no es de sorprender que durante el estudio de auditoría de historias clínicas y la verificación de la aplicación de los protocolos (Tabla 21) se encuentre un amplio uso de los mismos. Las historias clínicas de hemorragias obstétricas, hipertensión en el embarazo, sepsis y/o infección, abortos, entre otras, fueron comparadas con el cumplimiento de los protocolos, encontrándose una alta puntuación (74 puntos en una escala centesimal) la cual fue sustancialmente mayor a lo evidenciado en el grupo de comparación (puntaje promedio 58 puntos, $p < 0.05$).

Tabla 21: Calidad del manejo clínico de las emergencias obstétricas

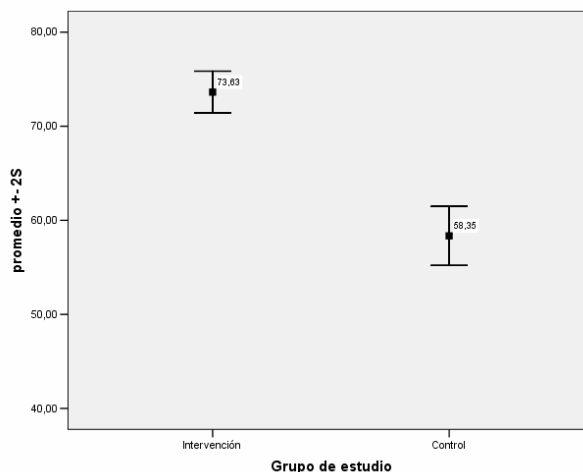
Variable	Puntaje máximo	Grupo Intervención (n=66)		Grupo de comparación (n=72)		% variación	Valor P ¹
		Promedio	s /2	Promedio	s /2		
Grupo de estudio	100.0	73.6	9.0	58.3	13.3	26.2	0.000

¹ Nivel de significación obtenido a través de la prueba U-Mann Whitney para la comparación de los puntajes promedios de los establecimientos de salud del grupo de intervención y del grupo control.
² La sigla "s" significa desviación típica

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Los puntajes alcanzados en cada uno de los grupos de estudio muestran que las diferencias son significativas (Gráfico 11).

Gráfico 11: Puntajes mostrados en barras de error sobre el uso de protocolos EMO según grupos de estudio



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Es oportuno señalar que el manejo estandarizado de las EMO y su producto la guía tuvieron efectos adicionales:

- La guía contribuyó directamente en el fortalecimiento de la organización de las referencias desde la periferia a los niveles de mayor complejidad.
- El proceso de elaboración de las guías colocó puentes de comunicación, dialogo e intercambio de pareceres y saberes, y se constituyó en un enlace para el trabajo coordinado entre el HRA y los establecimientos de periferia hacia el abordaje integral de las EMO.
- La guía está dando una sensación de «confianza y seguridad» ante el desafío del manejo de las EMO, sobre todo al personal que labora en los establecimientos de salud periféricos.
- La guía al ser interpretada como producto de un esfuerzo colectivo goza de aceptación entre la comunidad médica, obstétrica y de enfermería lo que favorece su amplio uso en las redes visitadas.
- La guía está contribuyendo a un reconocimiento y derivación precoz de las pacientes EMO (como por ejemplos pacientes con enfermedad hipertensiva de la gestación o hemorragia) lo cual está disminuyendo la casuística de complicaciones severas (por ejemplo, son menos los casos atendidos de eclampsias, síndromes HELLP, choque hipovolémico, entre otros). Esto repercute no sólo en la disminución de la letalidad obstétrica y la mortalidad materna sino también en la reducción de las discapacidades atribuibles a tales complicaciones obstétricas severas.
- Las gestantes con EMO que buscan atención tienen mayor probabilidad de diagnóstico y tratamiento oportuno, precoz y eficaz cuando son atendidas por personal que utiliza adecuadamente la guía, lo cual consolida al manejo estandarizado como un factor protector de la salud.
- Hay un efecto económico implícito en el uso de las guías y el reconocimiento y accionar precoz ante las EMO, hay por un lado menor gasto en los insumos necesarios para la recuperación de la salud lo que abona a favor de la eficiencia sanitaria, y por otro lado reduce el gasto de bolsillo que las familias de las pacientes debe realizar durante los cuidados pre y post internamiento, lo cual es un punto a favor en la protección de la economía familiar.

b.4) Auditoría de historias clínicas de las EMO

La práctica de auditoría en la red de establecimientos de salud del Perú es muy reciente, se han desarrollado experiencias en algunos hospitales de Lima y algunas otras grandes ciudades del país. El MINSA desde este año está iniciando todo un proceso de implementación del sistema nacional de auditorías clínicas y existe una norma técnica nacional recientemente promulgada (2005)²³

La auditoría clínica es entendida como el proceso rutinario de verificación del cumplimiento de los estándares mínimos establecidos para el manejo de los principales problemas de salud que significan consecuencia negativa en los índices de morbi-mortalidad. Su intencionalidad es garantizar una adecuada, oportuna y eficaz atención en salud, vale decir verificar una correcta calidad en la atención clínica ofrecida a los usuarios de los servicios. No es un elemento de punición ni sanción, por el contrario procura la mejora de la calidad los servicios en su conjunto.

El Proyecto FEMME viene desarrollando acciones a favor de la auditoría clínica basada en criterios desde los inicios de su accionar en Ayacucho. La misma se inició en el HRA y luego gradualmente se extendió al resto de establecimientos intervenidos. En un inicio, el proceso generó cierta resistencia ya que existía la concepción de la palabra auditoría como sinónimo de sanción o amonestación lo cual repercutió en una explicable resistencia de parte del perso-

nal de salud. El Proyecto tuvo especial manejo de este aspecto y encontró el camino hacia la puesta en marcha de acciones a favor de esta estrategia, aclarando sus propósitos y exponiendo el concepto de que el gran beneficiado de todo el esfuerzo es el propio personal de salud y lógicamente el usuario.

Fueron desarrollados un conjunto de talleres sobre auditoría basada en criterios con la presencia de expertos nacionales y asistencia técnica incluso internacional; el HRA fue el primero en implementar la estrategia y se conformaron comités de auditoría clínica, similar situación ocurrió posteriormente en los establecimientos restantes.

Luego de las capacitaciones lo que se promovía era que los comités locales de auditoría, sensibilicen al personal y establezcan un rol de actividades que incluya la realización de auto-revisiones clínicas periódicas realizadas por el comité, quien era el responsable de elaborar un informe que tendría que ser socializado al resto del personal para la discusión, análisis, toma de decisiones e inicio de medidas correctivas.

Esta estrategia funcionó parcialmente, se llegaron a conformar comités de auditoría en el HRA y en todos los EESS ámbito del Proyecto pero su actividad ha sido limitada, incluso en el propio HRA la adherencia del personal por esta estrategia se ha diluido en el tiempo y no se ha convertido en un eje fundamental en la mejora de la calidad. El propio personal HRA reconoce de esta limitante y señala que algunas auditorías realizadas en el 2005 no tuvieron ningún espacio para la discusión y reflexión lo que contribuyó a la desmotivación. En los establecimientos de salud restantes, la implementación fue más incipiente, los comités están inactivos desde el 2005, su accionar ha sido esporádico y en los planes del 2006 no se ve colocado el desarrollo de esta estrategia dentro de las prioridades de acción.

En el ámbito de comparación (Puno) la situación de auditoría clínica es prácticamente inexistente, sobretodo en periferia; el tema es considerado como un tabú y un medio para sanciones administrativas. Recientemente (marzo 2006), el HMNB de Puno ha elegido un comité hospitalario de auditoría clínica integrado por representantes de cada uno de los grandes servicios, sin embargo, hasta el momento de la recolección de datos (mayo 2006) sus integrantes no habían tenido ninguna sesión de trabajo. Esta iniciativa fue secundaria a un pedido expreso del nivel central.

Estos argumentos explican las gruesas diferencias en los puntajes alcanzados en el eje de auditorías clínicas en el GI (Ayacucho) en comparación con el GC ($p < 0.0001$). Es evidente los avances en este tema alcanzados en la región Ayacucho, sin embargo se precisa profundizar las acciones de implementación, optimizar el seguimiento y promover el uso de la información a favor de la calidad de atención.

Sin embargo, con la reciente norma técnica sobre auditoría clínica emanada desde la DGSP del MINSA se avizora todo un paulatino proceso de implementación, que para el caso de los establecimientos del Proyecto FEMME significará una oportunidad para el fortalecimiento, dinamización y consolidación de los esfuerzos colectivos que desde el año 2004 vienen desarrollando.

El principal aporte del Proyecto con esta estrategia, es haber colocado el tema de la auditoría en la agenda de acciones de los servicios de salud como un medio objetivo para mejorar la calidad de atención de las emergencias obstétricas, señalando su naturaleza colectiva, constructiva y de búsqueda de la mejora continua, y simultáneamente, quebrando el falso mito de la punición dentro del personal de salud.

b.5) Análisis de las muertes maternas

En los establecimientos de salud el evento muerte materna debe ser entendido como el momento de mayor criticidad en la calidad, oportunidad y/o capacidad de respuesta del establecimiento de salud ante determinada complicación o emergencia obstétrica. Es decir, su ocurrencia debe desencadenar una reflexión colectiva en la búsqueda de debilidades y factores «cuellos de botella» que están atentando contra una adecuada atención en salud.

La práctica de la discusión de las muertes maternas es parte del accionar rutinario de los establecimientos de salud de ambos grupos de estudio, la limitante radica en que el enfoque actual sigue siendo punitivo sobre todo en el GC (Puno). Las decisiones que se toman producto de la discusión grupal debieran merecer el apoyo de los gestores, directivos y del resto personal, esto último viene ocurriendo parcialmente en los establecimientos del ámbito FEMME (sobre todo en el HRA y el H. San Francisco), y es poco practicado en los EESS del GC.

Este enfoque de discusión reactiva de la «búsqueda de fallas» cuando la muerte ya ha ocurrido es insuficiente en la óptica de la mejora de la calidad con enfoque preventivo, y por ende su práctica debe ser reformulada; lo que debiera alentarse es el criterio colectivo de la evitabilidad de las muertes maternas a través de la mejora continua de la calidad, en esa línea la recolección y discusión sistemática y periódica de los indicadores de proceso, de la información proveniente de la auditoría clínica y de ciertos indicadores de productividad, permitirán una mejor visión sobre la calidad de atención de los servicios, este fue el enfoque que el Proyecto FEMME intentó instaurar entre el personal de salud sobretodo en el última fase de su intervención (2004–2005). La discusión de la calidad de atención de las EMO y las muertes evitadas debiera ser el eje fundamental de análisis.

La DIRESA Puno, está promoviendo desde marzo 2006, discusiones bimensuales y descentralizadas sobre la situación de la mortalidad materna en la región, para lo cual se reúne el comité regional de mortalidad materna con todos los directores de las redes y los responsables de la estrategia sanitaria SSR. Allí se discuten problemas comunes relacionados con la calidad de atención en salud materna colocando énfasis a las EMO, se asumen compromisos colectivos y los mismos se exponen en las sesiones siguientes. Aun es corto el tiempo transcurrido para identificar cambios sustantivos, pero lo que sí hemos percibido es que ello está motivando una dinamización de las acciones a favor de la mejora de la atención de las EMO en las cabeceras de red visitadas. También se observa una sana competencia entre los directores de las redes por mostrar avances en este tema.

Aquí el aporte del Proyecto FEMME estriba en que la discusión colectiva de las EMO resueltas y las muertes maternas debe reflejar un conjunto de cambios organizacionales en los servicios que deben establecerse y verificar su cumplimiento. Sin embargo, debe incorporarse con el análisis y discusión de otros indicadores de igual importancia.

6.1.2 Componente de Gestión:

a) Gestión de la información

El desarrollo de procesos de toma de decisión basados en información es de valor en la medida que exista dentro del personal de salud una cultura de valor por la información y exista la disponibilidad de fuentes válidas y organizadas que generen información de calidad.

En al área de intervención se ha impulsado el ordenamiento de los registros de datos en las áreas obstétricas y se ha fortalecido la organización de los servicios en el propósito de generar todo un esfuerzo colectivo a favor del uso de información confiable y válida. Los libros de los

registros de las EMO, de las atenciones de parto, de atención y seguimiento de puérperas, de las referencias y otros han permitido una mejor disposición del registro de información; dicha estandarización de los registros es de singular importancia en la medida que es la base para futuros análisis de información, reales y confiables. Esta situación contrasta sustantivamente con el área de comparación en donde existe información incompleta, poco accesible, en formatos no estandarizados y de poco valor en términos de gestión de servicios. Para ejemplificar se observó que no se disponen de formatos específicos para el registro de atención de las EMO, en cada establecimiento existen libros de emergencia general con campos de registro diferentes, en versiones diferentes y cuya calidad de registro es deficiente.

Esta situación se refleja en los puntajes alcanzados en el rubro registros de información, así el puntaje del grupo de intervención (3.9 puntos) es significativamente más elevado que el del grupo de comparación ($p < 0.001$).

El Proyecto también ha promovido en los establecimientos la discusión y análisis de los indicadores de proceso, de salud materna y de la productividad de servicios, se impulsó para ello el trabajo en equipo, la problematización de los factores clave y la asunción de decisiones colectivas. Esto caminó adecuadamente en los inicios del accionar del proyecto, pero en el último año la discusión grupal y los procesos de decisiones basadas en información de manera regular se están apagando. Destaca sí el HRA quien de manera regular continua con el trabajo de gestión basada en información pero su utilización debe ser optimizada. Ahí existe un soporte informático de singular valor denominado Sistema Informático Perinatal SIP-2000 el cual es una herramienta valiosa en generar información obstétrica relevante para la gestión, en el HRA existe personal de obstetricia dedicado especialmente a la tarea de administrar el SIP-2000 y se emiten reportes gerenciales de manera trimestral, sin embargo aún queda el desafío de sensibilizar a los gestores locales por la discusión y análisis colectivo de tal documentación. La acción del SIP-2000 es inexistente en el resto de establecimientos del área de intervención excepto en el Hospital San Francisco donde desde marzo 2006 se están registrando las historias clínicas en dicho software. El análisis y uso regular de la información en la gestión es un aspecto que debe fortalecerse en el futuro en toda la red de establecimientos intervenidos.

En el ámbito de comparación, la situación de la gestión de la información es bastante crítica, tanto en el HMNB como en los establecimientos periféricos. En el Hospital Regional por ejemplo, los reportes basados en indicadores de salud materna son escasos, poco valorados y el soporte de fuentes de información es muy débil. El SIP 2000 está desfasado y no existen regularidad de reportes desde hace dos años. No percibimos entre los gestores del establecimiento ni entre el personal preocupación alguna por el tema y la cultura de la información es incipiente. De los establecimientos de periferia, sólo el Hospital de Ilave viene documentando sus actividades, utiliza regularmente el SIP, lo mantiene actualizado, realiza reportes trimestrales que deriva a los gestores locales, pero otra vez se evidencia la ausencia de espacios para la discusión y análisis de reportes. En los restantes hospitales provinciales del grupo de comparación, las debilidades en información obstétrica (relacionada con los registros, recolección, documentación, organización, análisis y decisiones) son marcadas y ameritan una acción urgente desde el nivel regional.

b) Supervisión de la capacitación en EMO

El SICAP tuvo una fase de seguimiento post-pasantía que consistió en la visita de los profesionales que recibían la capacitación en su propio centro de operaciones. Tradicionalmente las capacitaciones o entrenamientos en servicio tienen un periodo presencial intenso luego del cual las acciones de seguimiento especializado para evidenciar la utilización del conocimiento adquirido y su traducción en prácticas son débiles. En la región Ayacucho son varias las

experiencias de capacitación que, debido al escaso seguimiento y otros factores, no alcanzaron sus propósitos.

A iniciativa del Proyecto FEMME lo que se impulsó y realizó fueron las visitas de seguimiento de los pasantes con el propósito de fortalecer las acciones a favor de la mejora de la calidad en la atención de las EMO. Desde un inicio se dejó en claro que la actividad se desarrollaría bajo el enfoque de supervisión capacitante. Para ello se desarrolló todo un esfuerzo colectivo para identificar los propósitos de las visitas, el planeamiento de las acciones a realizar, la selección de los materiales de enseñanza y el diseño de los instrumentos de supervisión. Las visitas eran realizadas por personal del HRA (gineco-obstetras, obstetrices, enfermeras), personal de la DIRESA (cuando era posible) y personal del Proyecto FEMME. Su frecuencia era en promedio tres veces por año, sobre todo desde mediados del 2004 al primer semestre del 2005). La visita tenía una duración promedio de entre 1–2 días.

Durante las visitas a los EESS periféricos se realizaba lo siguiente:

- Seguimiento del plan operacional elaborado por el pasante.
- Verificación rápida de la calidad de atención obstétrica (auditoría, mejora en la atención, adaptación de la oferta según enfoque cultural, indicadores de proceso y producción de servicios, reuniones de problematización realizadas, entre otros).
- Revisión de historias clínicas y análisis del uso de protocolos.
- Análisis de las referencias.
- Reforzamiento en el manejo clínico de las EMO.
- Verificación de la calidad de los registros de información.
- Sesión conjunta con todo el personal del establecimiento y de las microrredes para analizar la situación encontrada.
- Planeamiento de agenda futura.

Estas actividades eran planeadas y coordinadas con el establecimiento periférico, el cual comunicaba a los jefes de las microrredes en la idea de promover su participación.

El personal de salud de los establecimientos visitados destaca el gran aporte de esta estrategia, ha sido considerada como algo innovador que ha beneficiado al personal de salud y ha robustecido su capacidad de respuesta ante las EMO. Existe la concepción de que tales visitas han permitido adaptar el manejo de las EMO a la realidad local existente y se ha creado condiciones para la sostenibilidad y la mejora continua.

Lo que sí es preciso señalar es que esta actividad ha sido detenida desde el tercer trimestre del 2005, lo cual ha despertado una demanda del personal de periferia por su re-instalación.

En el ámbito de comparación son inexistentes las acciones de seguimiento después de las pocas capacitaciones que se han realizado en materia de la calidad de las EMO. El tema no tiene espacios en la agenda de prioridades de la gestión actual de la DIRESA y el Hospital. Es todo un desafío implementar a nivel regional este tipo de acciones.

El principal aporte del Proyecto FEMME en este rubro, es haber contribuido a establecer vínculos de cooperación técnica del HRA con los establecimientos de periferia y haberle dado el valor real a la supervisión como una estrategia de fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud. Todo esto ha contribuido en una mejor organización de servicios locales y una mejor resolución frente a las EMO.

c) Sistema de referencia y contrarreferencias

La referencia de las EMO fue un elemento clave dentro de la discusión de la guía de atención protocolizada, en ella las características a ser reconocidas para el diagnóstico del problema, la

conducta terapéutica de inicio y las condiciones para una oportuna y adecuada referencia, fueron elementos sustantivos. Cabe señalar que esta línea de trabajo surgió con el desarrollo propio de la intervención FEMME, no estuvo desde un inicio considerada como una de los ejes estratégicos de intervención, su desarrollo ha permitido que las microrredes conozcan los momentos de referencia de las EMO y las condiciones mínimas de manejo en que deben referir.

Tanto el HRA como el HCA y el HSF son cabezas de red o microrred (CSV, CST) y por tanto reciben referencias periféricas (de los establecimientos de menor complejidad). El personal de salud de dichos EESS señala que la calidad de las referencias ha mejorado ostensiblemente. Las pacientes EMO llegan en mejores condiciones clínicas, con un mejor manejo inicial (por ejemplo con vía EV permeable o doble vía en casos de hemorragias, con un manejo preventivo de complicaciones neurológicas en caso de pre-eclampsias severas), más tempranamente, con un mejor registro de los procedimientos realizados y del comportamiento terapéutico inicial; todo ello posibilita una mejor resolución del problema y una reducción de muertes y de la morbilidad post-evento.

En el grupo de comparación las referencias vienen ocurriendo de manera rutinaria según niveles de atención pero sin una clara y definida organización sobre el momento y oportunidad por las EMO, las referencias se realizan según criterios clínicos individuales no estandarizados. Algunos establecimientos cabezas de red han recibido la última versión de la «*Guías Nacionales de la Atención Integral de SSR*» del MINSA y han señalado que la pretenden utilizar en un futuro próximo dentro del enfoque de redes. Ahí lo de referencias podría ser fortalecido. Sin embargo, en Huancané se observó que el manejo de las pacientes por hipertensión gravídica ha mejorado ostensiblemente con la incorporación en todas las microrredes de diagnóstico cualitativo de proteínas en orina, mediante el uso de ácido sulfosalicílico, para el descarte precoz de pre-eclampsia, ello según el propio establecimiento ha favorecido la oportunidad de las referencias y ha permitido ausencia de muertes maternas por esta causa en el último año.

La visión «sistema» de las referencias aun está en proceso de construcción, en el ámbito de intervención (Ayacucho) hay una mejor capacidad estructural (unidades móviles, equipos de comunicación, personal, etc.) y los procesos de las referencias están mejorando entre el HRA y los establecimientos de periféricos. En este aspecto, la contribución de la guía de atención protocolizada está permitiendo que las redes con el hospital se vean como un sistema local de salud articulado y con responsabilidades según niveles.

Sin embargo, esta dinámica organizacional aun no logra hacer incorporarse en la agenda de la discusión al interior de los equipos de gestión de los EESS, se nota la ausencia de esfuerzos por monitorizar el funcionamiento de la referencias a través del uso de indicadores. Desde el año 2005, el MINSA viene impulsando el funcionamiento de un sistema de referencias y contrarreferencias en las redes de todo el país²⁴, actualmente en el caso de Ayacucho su implementación se sitúa a nivel de la difusión de la normativa y la organización del flujo de referencias quedando el reto de fortalecer la gestión de servicios a favor de dicho sistema, pero ello es parte de un proceso que tiene que ir construyéndose paulatinamente. El aporte del FEMME radica que su accionar ha permitido que la decisión central del MINSA encuentre una región Ayacucho con una experiencia acumulada en este tema que facilitará los procesos de implementación y operación regional.

En el grupo de comparación, la organización y funcionamiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en los establecimientos visitados se encuentra en etapas muy iniciales; empero al estar ligada a las acciones del Seguro Integral de Salud es vista como parte de sus actividades administrativas y se tiene la idea que referencias se reduce al llenado de formatos en el propósito de la obtención de los desembolsos financieros de parte del Seguro. En el

futuro deberían realizarse acciones de articulación de esfuerzos para realzar el verdadero valor de las referencias en el fortalecimiento del sistema de salud.

Las contrarreferencias a los establecimientos de origen es un tema a potenciar en ambos grupos de estudio; en el HRA se viene realizando regularmente siendo su tasa de registro ascendente en el tiempo, el detalle es que se delega el llenado de dichos formularios a los internos de medicina lo cual, sin desmerecer capacidades, puede tener efectos involuntarios de omisión y/o de calidad de información u orientación para los establecimientos periféricos o para las propias usuarias. Este aspecto puede y debe mejorarse, y ayudar así al personal de los establecimientos periféricos (cabeceras de red) quienes expresan que es crucial para ellos tener las notas de contrarreferencia para motivos de seguimiento del paciente. En el grupo de comparación, las contrarreferencias no se realizan o ocurren muy limitadamente, la concepción de sistema según niveles en dicho escenario aun dista mucho de ser parte de un proceso en desarrollo.

Lo anterior explica las diferencias encontradas en la calidad de las referencias, nótese que revisando las historias clínicas de las referencias EMO (Hemorragias y HIE) de la periferia a los Hospitales regionales (Tabla 22) se observa que el uso de la hoja de la referencia y la pertinencia de la misma son más altas en el grupo de intervención, similar condición se observa para los casos referidos en lo concerniente a la condición en la que las pacientes son referidas (tienen menor compromiso clínico en el GI lo que podría reflejar una mejor detección, reconocimiento y oportunidad en la referencia) y el manejo inicial adecuado (usualmente basado en los protocolos de atención). Este mejor manejo de las referencias tiene repercusiones en la curación clínica (78% en el GI vs un 56% en el GC) y en la estancia hospitalaria (menor estancia en el GI).

Tabla 22: Calidad de las referencias EMO según grupos de estudio (*)

Criterio	Grupo Intervención (n=50)	Grupo comparación (n=50)	Valor P
	%	%	
Hoja de referencia presente en la historia	92	60	P < 0.05
Pertinencia: Adecuado	82	46	P < 0.001
Condición de referencia: FVs estables	68	52	P < 0.05
Manejo inicial adecuado	84	44	P < 0.001
Curado al alta	78	56	P < 0.05
Estancia hospitalaria (promedio en días)	3.7	5.6	P < 0.05

(*) Calidad de referencias desde los EESS a los hospitales regionales, examinadas para los casos de hemorragias obstétricas e hipertensión gravídica, periodo I Trimestre 2006.

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

d) Prevención de infecciones

Una de las actividades del proyecto fue realizar algunos cursos de capacitación en el tema de prevención de infecciones y bioseguridad, desde 2004 este rubro cobró alguna vigencia en la agenda del Proyecto FEMME.

En los establecimientos intervenidos FEMME se han promovido arreglos organizacionales y adaptaciones de la estructura para la mejora de la higiene y favorecer el lavado de manos entre el personal de salud. Esta situación ha tenido aceptación en los servicios, sin embargo

tales actividades no son parte de los indicadores de gestión ni del seguimiento en los EESS ni de parte del Proyecto.

En el HRA, luego de las capacitaciones el personal de obstetricia ha impulsado mejoras estructurales a favor de la bioseguridad que las articulan con resultados en la calidad de atención, por ejemplo vienen realizando junto con la oficina de Epidemiología, un seguimiento de indicadores como tasa de infecciones hospitalarias, flebitis por vías EV infiltradas, infecciones de heridas operatorias, entre otros. Lo que queda por realizar es la socialización, discusión y análisis de dichos indicadores con el personal en pleno del servicio de gineco-obstetricia. En los restantes establecimientos del GI, las acciones de la higiene y el lavado de manos se vienen realizando como parte de la rutina clínica, sin embargo no son parte de la discusión del equipo de gestión.

En el grupo de comparación, existen algunas medidas a favor de la bioseguridad que en el caso del HMNB están a cargo de la Oficina de Epidemiología quien viene realizando un seguimiento de las infecciones intrahospitalarias pero desafortunadamente sin chance de poder discutir sus resultados con los gestores. En los establecimientos periféricos de Puno hay responsables de bioseguridad pero sus acciones de capacitación del personal son muy limitadas y el seguimiento de indicadores es inexistente.

e) Planeamiento y Gestión de servicios

Otro de los aspectos analizados fue la incorporación en los planes operativos 2006 de algunos de los ejes de intervención del FEMME, es decir la potencia del proyecto para insertarse en el planeamiento; de ocurrir ello podría afirmarse que el EESS considera de valor dichas actividades por las cuales considera necesario hacerlas sostenibles, lo cual reflejaría, ente otros aspectos, la eficacia de la labor de abogacía del FEMME hacia cambios y acciones locales para la reducción de las muertes maternas (Tabla 23). Como puede apreciarse son los ejes de manejo estandarizado y la mejora del sistema de referencia los que más han sido interiorizados por los establecimientos para el presente año, nótese que estas dos acciones se encuentran intrínsecamente ligadas a la guía protocolizada de las EMO. De otro lado, existen dos establecimientos que han incorporado acciones intersectoriales a favor de la reducción de la mortalidad materna (MR Tambo y H. Cangallo), lo cual refleja una mirada más amplia y el reconocimiento de parte del personal de salud de la necesidad de promover una participación y movilización social local efectiva como una estrategia clave para enfrentar el problema de la mortalidad materna. La acción de auditoría continuará siendo parte del accionar del HRA para el presente año, lo cual sintoniza con lo expresado por el personal del servicio de gineco-obstetricia.

Tabla 23: Ejes relacionados con salud materna incluidos en los planes operativos 2006 (Grupo de intervención)

Ejes de intervención	HRA	H. San Francisco	H. Cangallo	CS Tambo	CS Vilcashuamán
Capacidad estructural (resolutiva)		√			
Manejo estandarizado	√	√	√	√	
Sistema de referencia	√	√		√	√
Acciones intersectoriales para reducir MM			√	√	
Derechos en salud				√	
Supervisión de las microrredes		√			√
Auditoría clínica	√				
Prevención de infecciones					
Gestión de la información					

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

También se analizó la organización de los servicios en función a la normatividad dada a favor de las acciones impulsadas por el FEMME, en ello se consideran aspectos de resaltar como la conformación y el reconocimiento de los comités de auditoría, supervisión interna, respuesta ante las EMO, análisis de información en el ámbito de intervención, dichos comités fueron clave en impulsar cambios organizacionales de gran valor en la mejora de calidad de atención y la respuesta ante las EMO.

Otro rubro de análisis fue la señalización interna en los establecimientos. El Proyecto FEMME apoyó en esta línea impulsando un «sistema de señalización y mejora del acceso». Así en todos los establecimientos, en especial el HRA, existen un conjunto de carteles y señales orientadoras que facilitan el itinerario y desplazamiento de las usuarias dentro del establecimiento. Así también, con aporte financiero del proyecto, fueron construidas rampas de acceso a las salas de EMO, lo cual facilita la llegada de pacientes en emergencia. Estos aspectos aparte de su utilidad funcional le brindan al HRA una sensación de orden y limpieza que hace más confortable la estancia. Situación similar se observa en el resto de establecimientos intervenidos.

En el grupo de comparación, los planes operativos del 2006 incluyen acciones de capacitación del personal de salud en el tema de mejora de la atención de las EMO (HIL, HHU) y la elaboración de protocolos de atención obstétrica (HAZ). Recientemente (marzo 2006), los ESSS están desarrollando esfuerzos por elaborar o actualizar los protocolos de atención obstétricos ante un requerimiento expreso de la DIRESA por fortalecer este tema.

f) Comité regional multisectorial para la reducción de la mortalidad materna (Ayacucho)

El Proyecto FEMME consideró dentro de sus ejes de intervención la promoción de la acción multisectorial a favor de la reducción de la mortalidad materna. Para ello a través de intensos momentos de sensibilización y concientización de las autoridades políticas y sociales de Ayacucho llegó a despertarse en el nivel regional una conciencia colectiva por aunar esfuerzos por mejorar la salud de la mujer gestante. Es así que en el segundo semestre del año 2003 surge el Comité Multisectorial para la prevención y reducción de la mortalidad materna en Ayacucho, el cual es reconocido oficialmente por la máxima autoridad política de la región, es decir el Gobierno Regional de Ayacucho (GRA). Dicho comité al ser instalado, fue liderado por el propio presidente regional del GRA teniendo como adjunto a la DIRESA y cuya secretaría técnica estuvo a cargo del Proyecto FEMME, esto último ya denotaba un posicionamiento estratégico sólido del proyecto frente al tema; desde un inicio el Comité estuvo conformado por todos los representantes de los estamentos regionales del Estado (salud, educación, defensoría del pueblo, ministerio público, entre otros), de las redes de servicios de salud (HRA, ESSALUD, otros prestadores), representantes de las municipalidades, representantes de la sociedad civil, colegios de profesionales de salud, de la universidad local y de un conjunto de ONG que venían desarrollando acciones a favor de la salud en la región. Luego de su instalación se elaboró un Plan de Contingencia para la reducción de la mortalidad materna en Ayacucho (2003), el cual estipulaba el cumplimiento de una serie de actividades a realizar en toda la región y en diversos niveles del sector salud y afines, en un intento por mejorar la accesibilidad y la atención de las mujeres embarazadas a las redes de servicios obstétricos de calidad. Los esfuerzos técnicos eran complementados por soporte financiero provenientes de varios de los convocados por el comité. El año 2004 se lanzó el plan multisectorial para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en Ayacucho.

«...la causalidad de la MM es variada y muchas veces el MINSA solo no puede actuar frente a todas esas causas, entonces aquí en ayacucho decidimos también gracias a FEMME comprometer no sólo al MINSA y a todos los actores directos (...) comprometer a todos los entes sociales... vaso de leche, policía, las fuerzas armadas, gobierno regional, universidad...» (Dr. Pablo Salinas-HRA)

«...En el Comité de MM hay una fuerte cohesión entre el gobierno regional, con la DIRESA, con la comunidad eso me parece clave (...) han identificado cada uno su rol...»
(Dra. Isabel Chaw –MINSA)

«... (Sobre la mortalidad materna) no era solamente tema del sector salud, sino era un tema social, entonces eso era de rescatar, que la gente saliera e inclusive hablando del Presidente del Gobierno Regional entendió la magnitud del problema (...) el Comité Multisectorial permitió orientar a través de diversos sectores como educación, la policía, sanidad, entonces todos articulados (...) ese es el valor agregado que te digo...» (Dra. Amadea Palomino –DIRESA)

«aprendimos del comité que se puede lograr cosas, que se puede concertar y puedes sentar a los enemigos en una sola mesa; y sin embargo, el tema los une...» (Lic. Elena Esquiche –CARE)

«...la universidad participa en el Comité de MM como ente formadora de recursos humanos con la alta responsabilidad de formar recursos integralmente formados y mucho más en este aspecto de emergencias obstétricas (...) esto nos ha exigido realizar una serie de actividades, en primer lugar la capacitación de docentes (...) luego, transmitir a nuestra facultad, hacer efecto multiplicador y luego lo más importante incluir esta temática en nuestro currículo (...) y también como resultado el que los estudiantes estén también recibiendo, no solamente información, sino este proceso de mejoramiento» (Grupo Focal – Universidad de Huamanga)

El comité estuvo constituido por un conjunto de grupos de tareas denominados subcomités, los cuales trabajaban en el área de capacitación, respuesta a la emergencia obstétrica, de proyectos, de promoción de directivas, supervisión multisectorial, referencias y contrarreferencias, promoción de salud, abogacía, de análisis de las muertes maternas, del concurso regional de muertes evitadas, entre otros. Sus acciones estaban orientadas a cumplir lo establecido en el plan. Las reuniones del comité eran regulares y en ellas se discutían los avances, se encontraban tareas pendientes y se tomaban decisiones estratégicas y operacionales a favor de la mejora de la atención materna.

La labor del comité fue de valor en el sentido de constituirse en el soporte político y social de las iniciativas a favor de la salud materna, era el escenario crucial para la definición de estrategias y acciones conjuntas que motivó la atención y el interés de parte de los diversos actores participantes. Esta dinámica también llegó a los establecimientos de salud y constituyó un factor a destacar que estimuló el esfuerzo del sector por mejorar su atención. Por ejemplo, cuando en el año 2004 el GRA, a iniciativa del comité, reconoce oficialmente a través de una ordenanza municipal la guía protocolizada de atención de las EMO dándoles aplicación regional, el personal de salud sintió un gran respaldo de la autoridad política a su labor y esfuerzo cotidianos, y ello contribuyó en la profundización de cambios positivos en los servicios de salud. Para que esto ocurra la labor de abogacía y negociación permanentes del proyecto FEMME fue fundamental.

«...creo q sobretodo hemos involucrado a través de FEMME la participación de las autoridades, del gobierno regional, de los gobiernos locales, de los promotores, de otras organizaciones que venían trabajando, haciendo algunas cosas para que no mueran las madres; pero, creo que este proyecto ha apoyado sobretodo en el ordenamiento de este proceso...» (Dra. Flor de María Melgar –DIRESA)

«...creíamos fundamental tener la participación de las instituciones involucradas en este trabajo o que deben ser involucradas también, porque como sector solo no podemos hacer

nada (...) o no mucho, entonces decidimos desde la DIRESA con personal del proyecto FEMME llamar a una reunión multisectorial...» (Obs. Rosa Pomasoncco –DIRESA)

El Comité a través de una documentación oficial ha establecido la disponibilidad de los transportes oficiales del Estado a favor de la evacuación inmediata de gestantes con complicaciones obstétricas en situación de emergencia, esto fortalece el sistema de referencias.

«...si hay una emergencia donde hay un ejército y pudieran de repente apoyarnos con un vehículo, apoyaban (...) el gobierno local ha sacado una ordenanza en la cual se obliga a que todo medio de transporte está en la obligación de transportar a una gestante dejando de hacer sus actividades...» (Grupo Focal Obstetricas –HRA)

Otro ejemplo destacable que sirvió de reconocimiento y estímulo a los avances que ocurrían en los servicios de salud fue la realización del concurso regional «evitando las muertes maternas», el cual promovía que los EESS presenten sus experiencias exitosas a favor de la reducción de las muertes maternas. Su éxito fue tal que ahora la DIRESA la ha institucionalizado y la desarrolla anualmente.

«... (Sobre el Concurso de Muertes Maternas Evitadas) se ha visto el esfuerzo y trabajo que muy poco conocemos: la vocación de servicio, la humanidad, la solidaridad con la cual debe contar todo profesional y nos sentimos halagados de que nuestros egresados estén demostrando con los hechos...» (Grupo Focal –Universidad de Huamanga)

«... lo rescatable es que hemos hecho un concurso evitando las muertes maternas, entonces los casos más difíciles, de sitios lejanos, la accesibilidad, hemos premiado a los mejores proveedores que han salvado vidas...» (Grupo Focal Obstetricas –HRA)

Las acciones de concertación intersectorial y participación social también han tenido desarrollo en los niveles provinciales desde los comités de prevención de mortalidad materna.

«...este Comité nos ha ayudado bastante en la socialización de nuestro trabajo mismo, ¿no?, la aceptación de la comunidad y de la población de que pueda acudir a sus partos y disminuir los partos domiciliarios...» (Dr. Alex Gallegos –Vilcashuamán)

«...la Concertación en Tambo ha sido un éxito (...) nosotros éramos lo que encabezábamos con concertación, donde iba el gobernador iba a hablar de materno, donde iba el alcalde iba a hablar de materno, no podíamos ir nosotros, pero iban ellos y llevaban la voz: Acudan al centro de salud, en todo lugar que iban hablaban de materno ¿porqué? Porque se les hizo ver que en el 2003 murieron seis madres y ellos no sabían y se les sensibilizó cual era el problema y que este año queríamos estar en 0...» (Dr. Jesús Huayne –Tambo)

«...dentro de lo que anteriormente se hacía que era la conformación de comités internos de muerte materna y habían otros comités que eran desagregados y de repente se hacían trabajo duplicándose esfuerzos; la idea nuestra más que nada es que estos esfuerzos se convoquen de manera más concentrada, más integrada a través de un equipo técnico más grande; FEMME ha dado las pautas técnicas, de cómo priorizar, como articular con las autoridades, la parte de gestión...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –San Francisco)

Hacia el periodo 2006 (enero–abril), el comité regional ha tenido un paréntesis de inacción por diversas razones del orden político institucional (cambio de autoridades en sectores como salud, elecciones presidenciales, rotación de autoridades, etc.), según personal del GRA es probable que en el segundo semestre 2006, las acciones se retomen.

6.1.3 Derechos en salud:

El enfoque de derechos en salud constituyó otro de los ejes de intervención del FEMME, y estuvo orientado a acercar los servicios de salud a las madres y mujeres a través del quiebre de las barreras de accesibilidad sociocultural. Este enfoque basado en el respeto de una serie de derechos a la atención de salud en las madres de familia, ha sido parte de programas en salud materna en otras latitudes²⁵.

Las acciones del Proyecto FEMME se dirigieron al personal de salud, en el sentido de sensibilizarlos en el tema del respeto de los derechos de las mujeres a la atención de salud, bajo normas de respeto, privacidad y valoración de su cultura y entorno social. Lo que se promovió fue que este enfoque se expresara en una atención accesible pero humana basada en la calidez, el buen trato, la información oportuna y clara, el respeto a la privacidad.

Lo que se pretendía era que este conjunto de concepciones tuviesen una traducción efectiva en la naturaleza de la oferta de servicios, vale decir que ocurriesen cambios en los servicios maternos fundamentalmente del parto y de la atención ambulatoria y hospitalaria de las emergencias y complicaciones obstétricas.

Adicionalmente, este enfoque de derechos colocaba el tema de la interculturalidad como un factor de relevancia en la organización de la atención. Lo cual para la zona de Ayacucho significa un importante aspecto a valorar.

Este enfoque al ser colocado en la agenda de debate local despertó en el personal de salud una progresiva atención por mejorar su atención y situarse cada vez más cerca de la población de su jurisdicción.

Si bien es cierto esta reflexión no empezó con el Proyecto FEMME, puesto que experiencias anteriores habían tratado en parte este tema, lo que sí impulsó fue la concientización, su análisis y un conjunto de cambios progresivos que fueron paulatinamente reconocidos por el entorno social.

En nuestro estudio se ha constatado que el personal de salud de los EESS reconoce el tema de derechos y lo valora en términos de brindar un trato adecuado y horizontal a las usuarias, los aspectos del respeto por la cultura local forman parte del accionar del personal de salud tanto en los hospitales como en los centros de salud visitados.

Haciendo un balance, los cambios en la organización de servicios, se nota que el enfoque intercultural ha tenido una posición relevante (Tabla 24). Tales características, al momento del estudio, fueron observadas sobretodo en el grupo de intervención.

Incluso en el propio HRA se han observado cambios en esta línea, en los servicios de emergencia y hospitalización obstétrica se observa por ejemplo un mejor trato, más información a las usuarias, señalización, respeto a la privacidad e identificación personal, respeto de la cultura local, la opción del parto vertical, ente otros aspectos; lo cual rompe el falso mito de que los hospitales no modifican oferta en función al factor de culturalidad, según nuestro parecer ello es cuestión de la actitud del personal de salud y de decisiones facilitadores de los gestores locales. En ese aspecto el Proyecto desarrolló una acertada estrategia de concientización.

Como puede apreciarse el enfoque de derechos que impulsó el Proyecto FEMME en su ámbito de intervención ha contribuido en la modificación positiva y efectiva de la oferta de los servicios obstétricos.

Tabla 24: Cambios en la oferta de servicios obstétricos relacionados al enfoque de derechos e interculturalidad según grupos de estudio (2005)

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

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

El esfuerzo de los establecimientos en esta línea fue reconocido por las propias usuarias de los servicios maternos, percibiéndose recepciones positivas en el trato, tipo y oportunidad de atención, respeto, entre otros aspectos.

«... yo he venido de Canayré desde ahí desde San Pacho me han traído con ambulancia, de emergencia llegué acá, yo llegué a las 4:30 a.m., ...me han atendido bien, me dijeron que me iban a hacer cesárea, pero al final parto normal me hicieron (...) han sido bien sus tratos...» (Usuaria –HRA)

«...la atención, la explicación y el permiso que le han dado a mi esposo (...) a mí me han explicado, me han enseñado, me sacaron ecografía (...) hay días que hay varios pacientes y demoran, pero de eso no puedo decir que no atienden rápido, si hay pacientes uno debe entender, pero si no hay pacientes, la atención es rápida...» (Usuaria –H. San Francisco)

«...la atención era inmediata (...) las enfermeras todas son buenas, nada de quejarme, en el centro de salud también, todos los técnicos, todos te atienden bien...» (Usuaria –CS. Tambo)

«...Rápido, rápido me han atendido (...) lo que nos ha atendido cuando hemos dado a luz, así en el suelo, ampollitas, eso si nos gusta (...) para que no suframos pues (...) di a luz sentada, estuvo mi esposo (...) la señorita ha salido a llamar al doctor para que le atienda...» (Usuaria –CS. Vilcashuamán)

«...desde el primer día de mi embarazo he asistido, siempre me han atendido las señoritas de ahí, buen trato siempre me han dado, me han hecho sentir más como en casa (...) me daban más valor, me decían que todo va a salir bien m, cada vez que iba siempre me hablaban, entonces me sentía más segura ...» (Usuaria –H. San Francisco)

«...lo que a mí me gustó de la atención es que estaban permanente de mi caso porque tenía presión alta, eso es lo que me ha gustado...» (Usuaria –H. San Francisco)

«...yo cuando he llegado de emergencia me han atendido rápido, al toque me han sacado ecografía y al toque me han internado, y yo hacía cualquier pregunta y me han atendido bien, me han contestado...» (Usuaría –HRA)

«...primera vez que vengo al hospital (...) solita he llegado, ni un sol tenía y al toque ellos también han traído remedio han hecho posible (...) se han portado bien...» (Usuaría – HRA)

«...con la comida si ya no querías tampoco te decían, ni te exigían porque a veces por ejemplo salí con mi dolor y no comí nada, la señora me dijo come mamita, come; señora no puedo, gracias le digo; ya me dijo y normal recogió las cosas; yo pensaba que se iba a molestar...» (Usuaría –HRA)

«...bien atendido, bien controlado, en la mañana tus medicinas no te faltan a cualquier hora que vienen a pasar revisión médica...» (Usuaría –CS. Tambo)

«antes tratan muy mal, no había especialistas (...) el trato no era así como ahora, ahora de anexos, de distritos vienen acá y son atendidos, ahora viene más gente (...) más antes mi señora no iba al hospital a dar a luz, a ayacucho iba antes, aquí se han muerto bebe, se han muerto madres, no había ambulancia, ahora si hay, antes no había combi, ni carro, ni cualquier carro, (...) si ahora está mejor, hay bastantes obstetriz, doctores...» (Esposo de Usuaría –CS Vilcashuamán)

«...antes los doctores dejaban a las pacientes esperar, no había ecografía; ahora los doctores están puntuales, existe el hogar materno con cama grande y limpia...» (Usuaría –CS Vilcashuamán)

«...yo fui con mi esposo...mi parto demoró mucho, mucho; pero los doctores me explicaron porque demoraba (...) La señora obstetriz estaba al tanto, la señorita enfermera también...» (Usuaría –H. Cangallo)

La autoridad regional también se vio sensibilizada en el tema de derechos en salud.

«...Los derechos son importantes pero no puede concentrarse sólo en ellos. Debe haber un correlato con el tema de los deberes. Debe plantearse que la madre gestante tiene el deber de acercarse al centro de salud a hacerse sus controles, a atenderse sus problemas de gestación, a tomar sus medicinas y a recibir atención de parto. Es su deber no evadirse de dicha responsabilidad para con ella y su hijo, no puede exponerse a si misma y a su hijo por más razones culturales o creencias religiosas que se invoquen...» (Sr. Jorge Rimarachín –Gobierno Regional).

6.2 Resultados del Proyecto FEMME:

6.2.1 Enfoque cuantitativo:

Existe un conjunto de indicadores en salud materna denominados «Indicadores de proceso», los cuales son de valor en determinar los avances y el progreso de la mejora de la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios de atención de salud materna.

El Proyecto FEMME utilizó estos indicadores durante todo su accionar en Ayacucho, apoyó a los establecimientos en disponer de adecuadas fuentes de información y promovió su medición regular, el HRA destacó nítidamente por la mejor organización de sus registros de información.

Disponibilidad de cuidado obstétrico:

La línea de base del año 2000 arrojó un diagnóstico de partida bastante interesante, en aquella ocasión ninguno de los establecimientos brindaban los cuidados obstétricos esenciales (HRA) ni básicos (resto de establecimientos seleccionados). Al momento de la evaluación final (2006) el HRA y el HCA reunían las condiciones de un COEm, mientras los tres establecimientos periféricos restantes del grupo de intervención brindaban cuidados obstétricos básicos (Tabla 25), lo cual refleja una mejora en la capacidad resolutive de los EESS y un impacto positivo en Ayacucho para el periodo 2000–2005. En el grupo de comparación, los establecimientos HMNB y HHU, cumplen los criterios COE, el HAZ brinda cuidados obstétricos pero aún no ofrece AMEU, en tanto que existen dos establecimientos en calificación COB (HJU, HIL), estos dos últimos aun siendo hospitales brindan cuidados obstétricos del nivel de los dos centros de salud de Ayacucho (Tambo y Vilcashuamán).

Tabla 25: Calificación de establecimientos según el criterio de cuidado obstétrico y grupos de estudio

Nivel	Procedimiento clínico / quirúrgico	Grupo intervención					Grupo de comparación				
		HRA	HCA	HSF	CSV	CST	HMNB	HHU	HAZ	HJU	HIL
COB	Administración ATB parenteral	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Administración parenteral oxióticos	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Administración anticonvulsivantes parenterales	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Extracción de restos: LU / AMEU	√	√	√	√	√	√	√			
	Parto instrumentado: vacuum, fórceps	√					√				
COE	Cesárea	√	√				√	√	√		
	Transfusión sanguínea	√	√	√			√	√	√		
<i>Valoración final →</i>		<i>COE</i>	<i>COE-1</i>	<i>COB-1</i>	<i>COB-1</i>	<i>COB-1</i>	<i>COE</i>	<i>COE-1</i>	<i>COE-2</i>	<i>COB-2</i>	<i>COB-2</i>

Donde: HRA= Hospital Regional de Ayacucho; HCA= Hospital de Apoyo Cangallo; HSF= Hospital San Francisco; CSV= Centro de Salud Vilcashuamán; CST= Centro de Salud Tambo-San Miguel; HMNB= Hospital Manuel Núñez Butrón; HHU= Hospital de Apoyo Huancané; HAZ= Hospital de Apoyo Azángaro; HJU= Hospital de Apoyo Juli; HIL= Hospital de Apoyo Ilave.

COE= Cuidado Obstétrico Esencial; COB= Cuidado Obstétrico Básico.

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

El cumplimiento de los criterios de calificación en el tema de cuidado obstétrico requiere de un conjunto de iniciativas de mejora en la gestión, organización y optimización del suministro de medicamentos, recursos e insumos al interior de los EESS. Para ello deben de existir momentos de reflexión colectiva, autodiagnóstico (autoevaluación), sesiones grupales de problematización y análisis de la práctica, soluciones, ejecución y verificación de cambios. Toda esta ruta de la gestión hacia la mejora ha venido ocurriendo en los EESS de Ayacucho, siendo la asistencia técnica del Proyecto FEMME clave para dicho proceso. Por ello, no es de sorprender que la mayoría de los EESS del GI tengan un nivel de cuidado obstétrico acorde con la categoría que les asigna el MINSA, el único EESS que no está en esa condición es el HSF, el cual hasta inicios del presente 2006 ofrecía servicios de cesárea, actualmente (abril

2006) no lo hace debido a ausencia de médico gineco-obstetra, aun a pesar de contar con los recursos financieros para ello (Tabla 26). Según lo indicado por el director de aquel establecimiento se ha iniciado el proceso de convocatoria para cubrir dicha vacante.

Tabla 26: Relación entre la categorización MINSA y la calificación del cuidado obstétrico según EESS y grupos de estudio

Categorización MINSA	Grupo de intervención			Grupo de comparación		
	EESS	Calificación cuidado obstétrico	Balance Categorización-COE	EESS	Calificación cuidado obstétrico	Balance Categorización-COE
II.1	HRA	COE	Adecuado	HMNB	COE	Adecuado
I.4	HCA	COE-1	Adecuado	HHU	COE-1	Adecuado
	HSF	COB-1	Inadecuado	HAZ	COE-2	Inadecuado
I.3	CSV	COB-1	Adecuado	HJU	COB-2	Inadecuado
	CST	COB-1	Adecuado	HIL	COB-2	Inadecuado

Donde: HRA= Hospital Regional de Ayacucho; HCA= Hospital de Apoyo Cangallo; HSF= Hospital San Francisco; CSV= Centro de Salud Vilcashuamán; CST= Centro de Salud Tambo-San Miguel; HMNB= Hospital Manuel Núñez Butrón; HHU= Hospital de Apoyo Huancané; HAZ= Hospital de Apoyo Azángaro; HJU= Hospital de Apoyo Juli; HIL= Hospital de Apoyo Ilave.

COE= Cuidado Obstétrico Esencial; COB= Cuidado Obstétrico Básico.

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Utilización del cuidado obstétrico: Nacimientos en establecimientos COE, Necesidades EMO alcanzadas y cesáreas como porcentual de todos los nacimientos (Gráfico 12).

Nacimientos en establecimientos COEm:

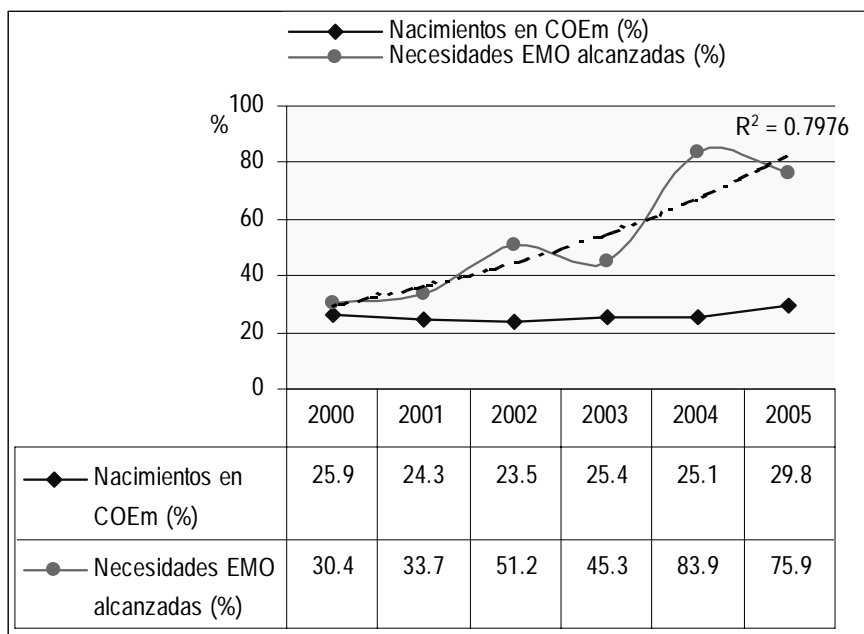
En relación a los nacimientos en los establecimientos de salud se ha observado a nivel nacional un incremento del parto institucional del 57.9% (ENDES 2000) al 70% (ENDES continua 2004), esto representa un incremento porcentual del 22% en dicho periodo. La misma encuesta mostró en Ayacucho que el 47% de los partos y nacimientos ocurrían en servicios de salud (2000). En el caso del indicador de progreso nacimientos en establecimientos, el cual mide la utilización de los servicios de salud obstétricos en los momentos de parto, se observó que el año 2000 el 25% de los nacimientos ocurrían en los COEm de Ayacucho y en el año 2005 se elevó al 30% (incremento porcentual en alrededor de un 15%). Esto significa que la población está más cerca de los establecimientos de salud, los utiliza y ello favorece su salud y la de sus niños, sin embargo es posible acelerar aun más este proceso. Aun cuando el Proyecto FEMME no trabajó directamente la línea de promoción del parto institucional y el nacimiento en los establecimientos de salud intervenidos, se observa un incremento.

Necesidades EMO alcanzadas por los COEm:

Un indicador a destacar dentro de la evolución del proyecto fue el de las necesidades EMO alcanzadas el cual mide la utilización de los servicios de salud ante las EMO ocurridas en una jurisdicción determinada. El año 2000, los establecimientos de salud de Ayacucho (GI) sólo atendían el 30% de las emergencias que ocurrían en la comunidad, de ahí en adelante se aprecia un patrón ascendente el cual llega a su punto máximo el año 2005 en que se alcanza el 75.9% de las necesidades EMO, esto representa poco más de una duplicidad en las atenciones de las emergencias obstétricas durante el periodo de intervención. Este hallazgo destacable desde toda óptica, refleja todo el esfuerzo organizacional de los establecimientos de salud sobretodo periféricos por la detección y respuesta ante las EMO en la comunidad.

Nótese que de mantenerse los esfuerzos en los EESS la curva de las necesidades EMO continuará en ascenso ($R_2=0.79$).

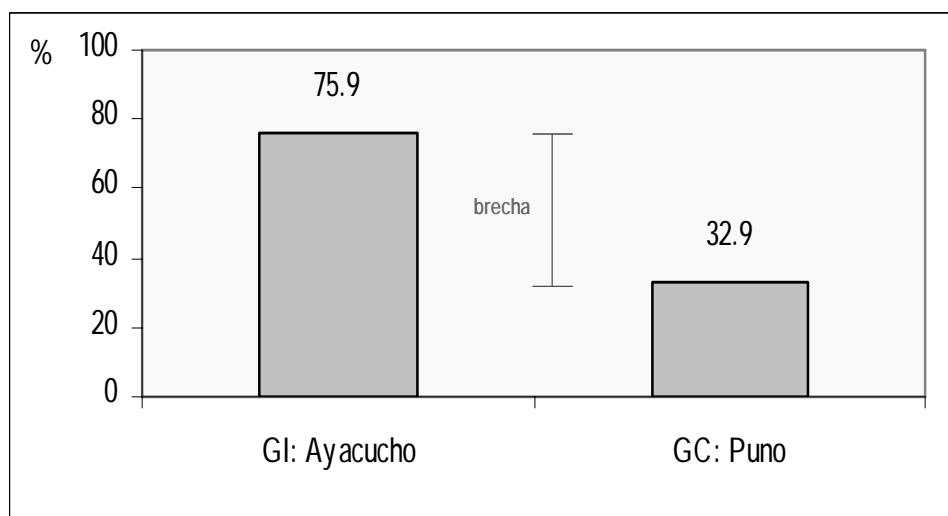
Gráfico 12: Utilización: Nacimientos y necesidades EMO alcanzadas (GI, 2000–2005)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

El análisis comparado de este indicador muestra para el año 2005 en el ámbito de intervención que las necesidades EMO alcanzadas llegaron al 75.9%, es decir tres de cada cuatro mujeres EMO llegaron a recibir atención institucional, en tanto que en el ámbito de comparación sólo el 32% de las mujeres con complicaciones obstétricas accedieron a los establecimientos de salud (diferencias significativas, $p < 0.001$). Esto significa que «en los establecimientos con iniciativas de mejora de la calidad de las EMO existen al menos dos veces más posibilidades que las mujeres con complicaciones obstétricas tengan un acceso efectivo a la atención». (Gráfico 13).

Gráfico 13: Necesidades alcanzadas en los COEm: comparación según grupos de estudio (2005)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

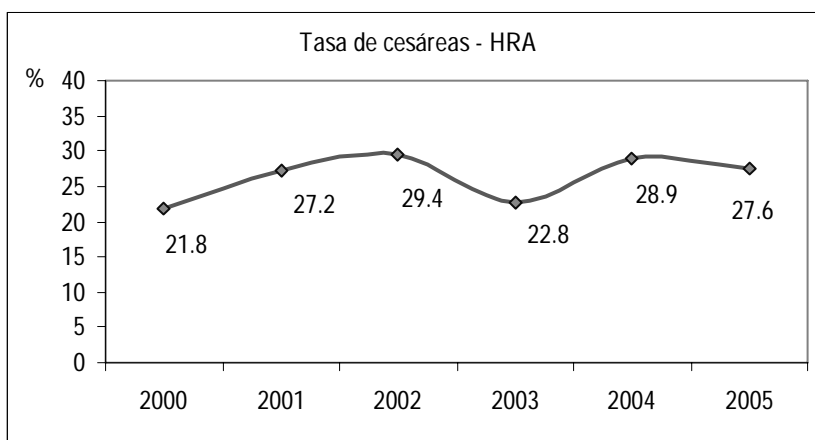
Cesáreas como porcentual de todos los nacimientos:

Este indicador mide la accesibilidad efectiva de los servicios de cesáreas de parte de la población en la resolución de las EMO. Se observa que en el año 2000 el 3.9% de nacimientos ocurridos en el área de intervención fueron vía cesárea y hacia el año 2005 se evidencia un incremento al 7.9%. Esto significa que las mujeres han tenido un mayor acceso a este tipo de servicio ante la presencia de EMO.

Siendo el valor aceptado como estándar internacional para este indicador el rango del 5–15%, en el GI existe un desempeño positivo.

En el HRA el porcentual de nacimientos vía cesárea ha mostrado un incremento progresivo en el periodo de intervención del Proyecto, desde un 21% en el año 2000 llegó al 27% en el año 2005 lo cual revela un incremento de seis puntos en el periodo de análisis, y representa un incremento del 30% en relación al punto de inicio (Gráfico 14). Aun cuando el estándar internacional recomienda no sobrepasar el 15%, deberían hacerse esfuerzos por revisar las indicaciones de las cesáreas en el HRA para evitar someter a las usuarias a riesgos innecesarios para su salud. Es probable que el HRA al ser el único hospital de referencia para la zona norte de la región Ayacucho tenga un indicador de cesáreas que supere lo esperado, sin embargo la adopción de medidas a favor de la indicación racional de las cesáreas sería de sumo valor. Más aún cuando un reporte internacional reciente en Latinoamérica justifica la realización de esfuerzos para indicar este procedimiento con la mayor racionalidad clínica posible²⁶.

Gráfico 14: Tasa de cesáreas en el HRA (2000–2005)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

En el HMNB para el año 2005 se observó un porcentual de cesáreas del 33%.

6.2.2 Enfoque cualitativo: «El sentir y pensar de los protagonistas de la experiencia»

La presente evaluación consideró importante rescatar la percepción de los principales protagonistas de la experiencia FEMME: el personal de salud y los actores involucrados en la gestión e implementación del proyecto, para ello se aplicaron técnicas de investigación cualitativa. Como se señaló en la sección metodología se investigó la percepción y opinión de los diversos actores utilizando los denominados campos de análisis sobre los ejes clave que caracterizaron la actuación del Proyecto. Se muestran los resultados.

Campo de análisis 1: Pertinencia

Calificación de COEm

Al respecto de esta estrategia se tienen diferentes opiniones según niveles de atención MINSA, DIRESA, HRA. En el nivel central indican que la calificación a través de COEm es una forma práctica que induce la organización del servicio, según niveles de atención, cada EESS sabe cual es su nivel de capacidad resolutive, y según ello atiende a la paciente o la deriva rápidamente. Además, fue expresado que motiva a los centros de periferia a buscar cumplir con los requisitos de la acreditación (calificación).

El nivel hospitalario considera que este proceso permite una mejor respuesta ante las EMO y es considerado como un estímulo para la mejora continua de la capacidad resolutive. Los establecimientos de salud de la periferia también han respondido al desafío y ello ha permitido una mejora sustantiva de su capacidad de respuesta ante las EMO.

«...la utilidad, hace que los trabajadores de ese establecimiento se preocupen por cumplir para acreditar, para tener ellos los insumos, tener su capacidad resolutive y no regresionamos...»
(Dr. Máximo Vega –HRA)

«...cuando uno también sale acreditado a tal nivel y piensa que hay otro nivel al que puede aspirar, también sirve como motivación para ese establecimiento de querer: me falta tal y cuales cosas, voy a tratar de conseguirlas, me falta tal profesional, me falta tal capacitación y pueda hacerlo y acreditar como un centro de mayor nivel, eso es lo saludable de la acreditación: primero sincerarnos en que nivel estamos, si podemos acreditar o calificar a un nivel superior o de lo contrario hacer lo que nos compete como nivel de atención que somos, pero hacerlo de la mejor manera...» (Dr. Pablo Salinas –HRA)

«...y además eso ha permitido también el equipamiento del establecimiento, ya el personal está equipado de acuerdo a las necesidades: si tenemos esta emergencia, entonces no debe faltar este medicamento o este insumo...» (Dra. Amadea Palomino –RR.HH. DIRESA)

«... los COE Básicos es un tema que lo hemos aprendido a través del proyecto FEMME, son pocos en la región Ayacucho y son los que de alguna manera cumplen con los requisitos y uno de ellos es Tambo. Nosotros hemos tratado de fortalecer, a parte del fortalecimiento que nos ha dado el proyecto FEMME con las pasantías, a parte de la capacitación en cuanto a las funciones específicas del COEB; nosotros por nuestra parte hemos tratado de fortalecer con personal de salud con la finalidad de que nunca falte un equipo acá (...) y hoy si está funcionando...» (Dr. Jesús Huayne –CS Tambo)

«...nosotros nos sentimos halagados de que Tambo sea COE Básico porque no todos son COEB y ser COEB significa que nosotros estamos dispuestos, disponibles y capacitados para responder a cualquier EMOS...» (Dr. Jesús Huayne –CS Tambo)

«... hemos mejorado nuestra capacidad resolutive y los FOB, hasta hace poco hacíamos cesáreas y estábamos mejor pero ahora no tenemos ginecólogo, pero pronto tendremos uno nuevo...» (Grupo Focal –H San Francisco)

De otro lado, desde la periferia se solicita mayor flexibilidad con la disponibilidad de especialistas, quienes ven poco atractivo trabajar en provincias, una alternativa viable es capacitar a los médicos generales en competencias quirúrgicas o en anestesiología. De hecho, el H. San

Francisco ya ha capacitado personal médico nombrado en anestesiología (rotación en el HRA) y al momento del presente estudio el Director de dicho establecimiento se encontraba en la búsqueda de un cirujano/gineco-obstetra para reabrir los servicios quirúrgicos obstétricos.

«... pero mucho de lo que nos pide la norma es bastante vertical, tantos especialistas según nivel; pero la otra opción es que un médico general se capacite en determina área (...) que es lo que se requiere acá...» (Dr. Luis Enrique Miguel de la Cruz –H. Cangallo)

«... nosotros queremos ser un establecimiento COE, tenemos un colega médico que ha sido capacitado en anestesiología y queremos reiniciar con las cesáreas, estamos haciendo esfuerzos para el contrato de un especialista en gineco-obstetricia...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

Sistema de Capacitación Personalizada (SICAP)

La capacitación de los recursos humanos es una acción fundamental que tiene respaldo desde el nivel central del MINSA, ese fue un elemento positivo del Proyecto.

«...el hecho de que capacite en el nivel operativo es básico, sino se capacita en el nivel operativo nada ganamos capacitamos a los directivos, a los responsables generalmente no se replica (...) preferible se capacita al personal responsable» (Dra. Pilar Torres – MINSA)

Entre los años 2000–2001, algunos miembros del personal del HRA fueron enviados a capacitarse al IEMP, en aquella ocasión la experiencia sirvió para motivar en ellos a mejora de las competencias a nivel regional. Esta experiencia de capacitación sembró en los pasantes la idea de replicar este sistema de capacitación en Ayacucho.

Cuando se decidió desarrollar el SICAP Ayacucho, se vio la necesidad de adaptar la capacitación a la realidad ayacuchana la cual se caracterizaba por puestos de salud unipersonales que en muchos casos eran atendidos por personal técnico, establecimientos donde el personal médico estaba ausente lo que hacía necesario que todo el personal asistencial esté preparado para atender las emergencias. Bajo esta visión, se articula un SICAP que responda a estas necesidades y bajo el enfoque de atención integral se inicia la experiencia; aunque ello no significó un quiebre con el IEMP, sino más se le asignó un nuevo rol: el de la asesoría técnica, así el IEMP participó activamente en la organización y validación del SICAP Ayacucho. Este proceso también significó una mejor articulación del HRA con los establecimientos periféricos creando así puentes de comunicación. En todo este proceso la conducción y cooperación del Proyecto FEMME fue fundamental.

... «nosotros nos dimos cuenta que en esa capacitación que se daba en la Maternidad era un poco rígida, por perfiles profesionales y lo que se necesitaba de nosotros para periferia era básicamente capacitar en EMO a todo el profesional sin importar si era enfermera, obstetrix o biólogo. Se comenzó a hacer un paquete para ellos, a capacitarse...» (Dr. Máximo Vega –HRA)

«...FEMME ha jugado, diría yo un rol primordial, principalmente motivador, que nosotros podíamos hacerlo, que no nos faltaba nada (...) el rol facilitador de traer profesionales de otras instituciones como la Maternidad (IEMP) para que supervisen nuestro trabajo y le den una validez institucional a nuestro protocolo; también ha sido un comunicador y un enlazador con la periferia porque no hubiera sido posible que nosotros nos reuniéramos con la periferia sino hubiera sido por FEMME...» (Dr. Pablo Salinas –HRA)

«...pero nunca hemos roto el vínculo con la Maternidad, por ejemplo lo que significa los protocolos sindrómicos, en lo que significa yo iba y le decía a FEMME por el convenio que se tenía que venga (IEMP) a supervisar, cuando teníamos reuniones para analizar las muertes maternas, que nos apoye la gente del instituto y venía...»
(Dr. Jorge Rodríguez –HRA)

«...una vez que se tuvo ese equipo definido, se coordinó para realizar todo un curso en Ayacucho. Pero, en esto se empezó desde la base, como se organiza el curso para eso fue el Dr. Mercado para apoyarlos a cómo se hace los contactos, coordinaciones previas para iniciar el curso, el Dr. Medina estaba apoyando en cómo se realiza el curso: como van los temas, las ponencias. Y también se aprovechó esta etapa para hacer una supervisión de los pasantes que habíamos tenido y se realizó al inicio del curso con nuestro acompañamiento y se les dejó ciertos comentarios y observaciones para las mejoras...»
(Grupo Focal –IEMP)

«...nosotros vimos esta evaluación del sistema de capacitación como una necesidad de impulsarla con mucha fuerza en ayacucho, porque había elementos que nos hacían ver que la estrategia que estábamos trabajando a nivel de las capacitaciones en el IEMP no eran suficientes. Primero porque era costosa, segundo porque no se dejaba al personal de enfermería hacer EMOS, cuando la prioridad sanitaria en el país dice que o hay una enfermera, hay un técnico o hay una obstetriz; entonces como no trabajar con el equipo multidisciplinario, en zonas de extrema pobreza...» (Lic. Elena Esquiche –CARE)

«...la percepción era que la capacitación (en el IEMP) no ayudaba a fortalecer la capacidad de una obstetriz que trabajara en un centro de salud, porque un centro de salud digamos que vean un problema de manejo de una eclampsia severa que necesita un monitoreo permanente y con una unidad de cuidados intermedios (...) lo ideal, lo que se buscaba era que las obstetrices resuelvan en su nivel de complejidad, que ahí donde están no dejen de hacer lo que deben de hacer y lo que pueden y que deriven y que garanticen que es en el mejor bienestar del paciente (...) entonces la conclusión era hagamos un programa de capacitación más *ad-hoc*, más adecuado a las necesidades de capacitación en los establecimiento de salud que queremos que se construyan como COE...» (Dr. Guillermo Frías –CARE)

Fue tan destacable la experiencia SICAP que el propio IEMP designó al HRA como un centro regional de capacitación en EMO (2005). Esta nominación fue de singular valor y despertó la atención de algunas DIRESAS vecinas, del propio MINSA y otras ONG.

«.... la maternidad (IEMP) ha reconocido la labor del HRA en la capacitación ahora es un sede regional, se ha recibido personal de otras DIRESA, del ministerio y de las ONG del extranjero...ahí están los relatorios y las fotos...» (Lic. Elena Esquiche –CARE)

Esta visión de trabajo multidisciplinario permitió incluir dentro de las capacitaciones al personal técnico, que por lo general eran los encargados de los puestos unipersonales de periferia. A ellos se les entrenó en las acciones de diagnóstico precoz, manejo inicial y derivación oportuna. Esto fue muy atinado ya que significó un gran estímulo para dicho personal y representó su inclusión plena dentro de los equipos de salud ante las EMO.

«...los beneficios que se pueden tener con la pasantía es que es dirigida a puestos unipersonales, el personal técnico muchas veces; quizás la política de salud, de la dirección o del nivel central no capacita a su personal, no le da ese valor agregado que se merece y ellos no están acorde a las zonas alejadas donde trabajan. Entonces al captarlos

y darles una capacitación directa mediante el uso del protocolo, ellos se sienten motivados...» (Dr. Alex Gallegos –CS Vilcashuamán)

«...como ha sido sede (HRA) se ha implementado lo que es la capacitación al personal técnico, que antes no había dado esa oportunidad al personal técnico que es la mano derecha de todo profesional que está en el establecimiento. El valorar al personal técnico en la capacitación es importante...» (Grupo Focal –H. Cangallo)

«...una de las cosas más importantes que hizo FEMME fue la capacitación al personal técnico que tenemos en periferia, porque nosotros en los establecimientos de periferia por lo general hay un personal y es personal técnico y son los primeros que se enfrentan a los problemas materno– perinatales; y como ya se han fortalecido sus capacidades también hace que disminuya estos riesgos y nos hace una referencia oportuna...» (Grupo Focal – H. San Francisco)

«...después de la capacitación como que los temores se aminoraron, podemos nosotros resolver y uno va creando mayor liderazgo al personal de salud sobre el que uno trabaja, y de una u otra manera uno adquiere seguridad en las decisiones que uno toma y por ende, una mayor capacidad e imagen...» (Grupo Focal –H. San Francisco)

Y no sólo el personal técnico se siente integrado, sino también todos aquellos que participaron en las capacitaciones se sintieron motivados y comprometidos.

«...la motivación más que actividades que nos han dado han sido las pasantías, que han valorado nuestro trabajo, a ver llegado en los primeros puestos de interculturalidad, visitas de diferentes países, departamentos, y de igual manera que todo el personal pueda hacer su pasantía en el HRA...» (Dr. Alex Gallegos –CS Vilcashuamán)

«...sobretudo sabes que han logrado con el asesoramiento de FEMME, con su participación, es que han logrado que el equipo, el personal que trabajaba de forma muy individualizada el médico con su perfil, la obstetrix con su perfil han logrado que ellos se integren a un equipo sólido, eso es lo más importante...» (Dra. Flor de María Melgar – DIRESA)

«...las pasantías han hecho que el hospital sea un personal docente, facilitador, y que ellos estén disponibles, lo que antes el personal del hospital muy poco salía; pero creo que el cambio ha permitido en el cambio de actitud de ellos mismos; o sea ahora están disponibles, en una emergencia cumplen, salen...» (Dra. Flor de María Melgar –DIRESA)

«...agradezco bastante el aporte que nos han dado en cuanto las capacitaciones porque nos reconocían y eso nos da un gran apoyo a nosotros en cuanto a reconocer los diagnósticos y referirlos y evitar la muerte materna...» (Grupo Focal –CS Vilcashuamán)

«...las pasantías nos ha sido muy útil para mejorar nuestras capacidades, también nos ha enseñado a trabajar más unidos, en equipo. Nosotros ya estamos preparados para enfrentar una EMO en todas las áreas, ya sabemos más o menos cuáles son nuestras funciones bien definidos: la enfermera, el técnico, la obstetrix y el médico...» (Grupo Focal –H. San Francisco)

«... las pasantías lo que nos ha reforzado es estrechar la relación con el personal que nos recibe las emergencias allá en Ayacucho, es muy bueno; porque antes que hubiese eso...llevar una emergencia era como un temor de nosotros porque a veces nos reclamaban un montón de cosas, no había esa confianza, no nos conocíamos (...) pero a raíz de

las pasantías la relación ha mejorado entre el personal del hospital de referencia con el de periferia y eso debe continuarse porque el personal de periferia casi siempre es cambiante, no todo el tiempo permanecen ellos ahí, entonces el personal nuevo que llega debería ir a las capacitaciones, pasantías...» (Grupo Focal –CS Tambo)

Finalmente, es importante señalar que parte de la pertinencia y efectividad del SICAP reside en su forma de organización, y por vincular acertadamente lo teórico y lo práctico, definiendo responsabilidades que cumplir, así por ejemplo cada pasante debía traer un plan de trabajo desde su propio centro, reforzar lo necesario de acuerdo a la problemática de su EESS de origen y finalmente implementar este plan de trabajo. Es decir que, se buscaba brindar la capacitación de acuerdo a las problemática y necesidades específicas de cada EESS y a la vez se aseguraba el compromiso del pasante por replicar y utilizar los conocimientos aprendidos.

Manejo estandarizado

El desarrollo, difusión y aplicación de la «*Guía protocolizada de las EMO*» es indicado por muchos de los actores como una de las estrategias claves y principales aportes del Proyecto FEMME. En ello influyó la forma en que fue elaborada, la participación horizontal, es decir convocando a todos los actores (IEMP como consultor y asesor técnico, HRA, DIRESA y periferia); de manera que se recogió las opiniones, experiencias y expectativas de todos los participantes. Hubo un sentimiento de identificación y apropiación de parte del personal de salud por la Guía debido a que en su elaboración y contenido estaban plasmadas sus ideas, su realidad, su cultura y su realidad social.

«...lo interesante era la elaboración de estas guías, primero FEMME hizo una propuesta de la institución para que Ayacucho lo vea y lo revise, pero lo importante era como en base a esta guía propuesta comenzaron a hacerse las correcciones o adaptaciones a su realidad y se notó una separación bien marcada entre la DIRESA y el Hospital (...) Entonces estas discusiones sobre determinados temas de emergencias obstétricas hacían tomando como referencia la propuesta del instituto, que ellos observaran; desde la DIRESA se apoyaba nuestra propuesta, pero desde el hospital había resistencia porque no respetábamos su protocolo (...) Estas conversaciones fueron bastante interesantes porque se llegaba a consenso y sacaban los puntos de concordancia, esto permitió que cuando las Guías se aprueben, ya es un trabajo de los dos, ambos reconocen esa Guía, ambos la respetan, ambos la usan...» (Grupo Focal –IEMP)

«... finalmente podemos decir que en Ayacucho usamos un estándar (...) ya no es como antes que nos imponían desde el nivel central: estos son los protocolos a seguir, pero ahora no, nosotros manejamos los protocolos estandarizados elaborados por los propios médicos de ayacucho con participación de todo el personal, ellos como lo sienten suyo y además como en el proceso han aprendido es más fácil el uso de sus protocolos en ellos...» (Dra. Amadea Palomino –DIRESA)

«...lo más importante de la guía es que hemos participado personas de la sede para elaborar la guía, que ha sido una elaboración de guía participativa con lo que es la parte de la comunidad (...) es una guía por niveles, donde se ha incorporado algunas cosas de la comunidad para que pueda hacer referencia desde su comunidad al establecimiento (...) el personal incluso ha estado modificando las guías de EMOS, no ha sido guía estática, sino que se han ido implementando cosas nuevas...» (Grupo Focal –H. Cangallo)

«...las guías son como nuestras, en este caso la guía la sentimos como nuestra porque hemos participado en su elaboración, todo el personal ha participado aportando sus puntos

de vista (...) ha venido personal de Lima, de la DIRESA, entonces es un trabajo arduo que se ha hecho a todo nivel...» (Grupo Focal –CS Vilcashuamán)

«... El proyecto ha sido importante porque se ha permitido desde abajo ir construyendo consenso en el personal para esta guía (...) cada vez que hemos visto (...) el personal se sentía totalmente identificado con estos instrumentos porque se había construido conjuntamente con ellos y con el apoyo del IEMP...» (Dr. Guillermo Frías –CARE)

Si bien esta elaboración participativa de la Guía hizo que cada participante «sintiera como suyo» este instrumento; el proceso no se limitó a ello, sino que como estrategia de consolidación se trabajó un proceso de difusión a cada establecimiento de salud de la región. Es decir, la Guía fue percibida como un instrumento propio y cuyos conocimientos han sido interiorizados y por tanto utilizados en la atención cotidiana de las pacientes.

... «La idea de la guía es que todos funcionen bajo el mismo pensamiento, desde el primer nivel de atención; y para ello es importante que el primer nivel de atención comprenda y maneje los flujogramas (...) Entonces comenzamos a salir en periferia y en periferia comenzamos a capacitar en el uso de los flujogramas y los protocolos, nos reuníamos con todos los establecimientos de esa red y le dábamos una teoría de cómo se debía utilizar, luego leíamos juntos el protocolo...» (Dr. Max Vega –HRA)

«...hemos tenido tantas reuniones, tantos seminarios –talleres que todo el personal del departamento de G–O ha sido sensibilizado y ha participado en la elaboración de estas guías (...) otra estrategia con la que hemos trabajado de la mano es por ejemplo compartiendo experiencias en periferia, dando a conocer las guías, enseñándoles como es el uso de esas guías, porque no solamente es repartir y toma tu guía...» (Grupo focal Obstetricas –HRA)

«...las guías sirvieron para hacer la capacitación, de tal manera que ellos venían en la mañana a hacer una parte asistencial según su perfil profesional y en las tardes nos sentábamos a revisar las guías porque lo tenían todo los temas por los cuales ellas ellos habían sido capacitados. Eso fue una etapa de validación de las guías...» (Grupo Focal –IEMP)

«...ahora la guía es utilizada en todas nuestras microrredes, a nivel puestos también, es el documento que utilizamos en las capacitaciones con los técnicos...» (Grupo Focal –H San Francisco)

El tema de auditoría fue percibido por los EESS como de utilidad para el seguimiento de las acciones a favor del manejo estandarizado y el uso de protocolos.

«...manejo de guías, registros, auditorías eso ha sido la contribución de FEMME (...) De mi experiencia como trabajadora de salud en un establecimiento de periferia, nunca se hizo auditorías; yo aprendí a hacer una auditoría desde que me vine a la DIRESA y trabajé con FEMME...» (Obs. Rosa Pomassonco –DIRESA)

«... aquí en el hospital hemos conformado nuestro comité de auditoría, hicimos algunas reuniones y auditamos pero nos ha faltado continuar, para este año pensamos retomar la auditoría ya que nos parece que es importante para mejorar la atención...» (Dr. Jorge Rodríguez –HRA)

«...me pareció interesante el trabajo con las historias clínicas, me parecería implementarlos como algo regular, porque yo creo que la auditoría de las historias clínicas y su posterior

socialización estaríamos viendo cuáles todavía son nuestras debilidades, yo creo que de los errores son los que más se aprenden también ...» (Grupo Focal –H. San Francisco)

«...a partir de eso lo más importante es la auditoria al ser un tema nuevo para nosotros, con la auditoria de historias clínicas (...) el sistema de R y CR desde la comunidad acá, otro nos ha apoyado en la utilización de historias, eso ha hecho que hemos mejorado la calidad de atención y se ha incrementado el acceso de usuarios a nuestro establecimiento...» (Grupo Focal –CS Tambo)

Gestión de la información:

En este ítem se destaca la organización de los sistemas de información con registros exclusivos para la atención obstétrica; de modo que, la información se encuentra estandarizada y sea más fácil el trabajar el procesamiento, análisis y la interpretación de los datos, así como realizar un seguimiento más adecuado de la situación de salud materna. La contribución del Proyecto FEMME residió en que a diferencia de años anteriores en que el registro de datos se realizaba en distintos formatos, se introdujo una serie de formatos estandarizados que son parte actual del registro obstétrico. La elaboración y validación de dichos formatos incluyó la participación de personal de salud del HRA y del resto de establecimientos lo que favoreció su aplicabilidad.

«...anteriormente, antes de la capacitación el hospital dentro del departamento de G–O contaba con varios libros, cuadernos o registros donde uno anotaba un mismo dato en varios libros; entonces a partir del trabajo con FEMME y la capacitación que se tuvo se ha empezado a sistematizar el registro de información hasta llevarlo a 3 ó 4 libros que se utilizan a nivel de toda la región, ya no solamente al hospital sino que se ha estandarizado su manejo a toda la región...»
(Obs. Norma Córdova –HRA)

«...en la actualidad se está siguiendo los registros, todos los pacientes están inscritos y todos los pacientes que acuden, de ahí sacamos el registro, tenemos un equipo de análisis de información y todos los datos los sacamos de ese registro, ningún paciente pasa por alto, todo esta anotado en ese registro y sirve también para las auditorias de nosotros, también para las supervisiones internas...»
(Dr. Jesús Huayne –CS Tambo)

«... anteriormente sólo se registraba la información del paciente con un registro único de emergencia, actualmente se depura eso y todas las pacientes, incluso las que son referidas, todas ellas se registran en un libro único de referencia; ya es más sistematizado. El registro de aquí de emergencia en general, desde ahí se corrobora de las pacientes que no puedan estar registradas para que sea más coherente (...) El sistema de información ha mejorado bastante y de esa manera también al momento de hacer nosotros una evaluación de nuestras pacientes son más confiables los datos...»
(Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

«...Al sistema de registros no le tomaban importancia, no lo hacían mayormente el personal; pero ahora si se está haciendo semanal, se está controlando quienes están haciendo...» (Grupo Focal –H. Cangallo)

«...nuestro sistema de registro de las atenciones ha mejorado, ahora con los libros es más fácil obtener los datos que nos piden...» (Lic Obs. Yuki Vega –H. San Francisco)

Supervisión de la calidad

Se resaltó esta estrategia como importante por su utilidad para evaluar el desarrollo de los procesos: avances, dificultades, cumplimiento, etc. Su enfoque de capacitante y facilitadora de los procesos de atención fue bien recibida por el personal de los establecimientos periféricos.

«...tienen también un instrumento de auditoria para verificar constantemente que el proceso se mantenga con los mismo niveles de funcionamiento y que no caiga, porque a veces cuando uno trabaja proyectos de mejora tienden a subir y de pronto cuando los descuida, caen...» (Dra. Isabel Chaw –MINSa)

«...no sólo monitoreo, sino supervisión con la misma persona, ver como estaban aplicando, salíamos incluso cuando ellos estaban teniendo pasantes propios salíamos a los sitios locales para ver como a los pasantes de ellos, como es que esos pasantes estaban aplicando lo que les habían enseñado allá en el HRA...» (Grupo Focal –IEMP)

«...las supervisiones eran para nosotros la oportunidad para darnos cuenta de lo que no hacíamos bien y aprendíamos más sobre las emergencias, fue muy bien recibido aquí por ello invitábamos al personal de las microrredes...» (Grupo Focal –H. San Francisco)

«...ya tenemos una forma de supervisar o de monitorizar el proceso de calidad, anteriormente era una supervisión más de tipo punitiva, de buscar culpables; pero actualmente esa supervisión o acompañamiento, es capacitante (...) se ha tratado de hacer coincidir estas visitas a los establecimientos en los fines de mes o los días en que todo el personal de una red o microrred se reúne en ese establecimiento, entonces ya no es capacitar como 5 ó 6 personas, sino 30–40 personas...» (Obs. Norma Córdova –HRA)

Asimismo, se indica que la forma de supervisión adquirió una nueva mística con la intervención del proyecto. Previamente las supervisiones se realizaban enfatizando el cumplimiento de metas y con una orientación punitiva, de encontrar el error y colocar la sanción. En la actualidad, la supervisión incluye tanto el aspecto de gestión (DIRESA) como el de análisis de la práctica (HRA), con una nueva orientación: se torna una supervisión capacitante cuyo eje es analizar los aspectos del proceso en que se estaba fallando y comprometer al personal en la implementación de soluciones a través de compromisos escritos.

«...Antes nosotros hacíamos capacitaciones y seguimientos en cascadas, yo te capacito, tu capacitas y así; pero no se veía la efectividad. En cambio aquí el mismo tutor va y ve si se ha cumplido lo que están aplicando el protocolo por ejemplo, se evidencia que lo están haciendo...» (Dra. Amadea Palomino –DIRESA)

«... las supervisiones nos han ayudado en capacitarnos y organizar mejor nuestra atención y también ha beneficiado a las microrredes» (Grupo Focal –H. San Francisco)

«...cada pasante fue seleccionado por cada uno de los establecimientos y el hospital también y cada uno de los pasantes tenía un compromiso de desarrollar un plan de trabajo, y ahí empezamos a articular los otros componentes de la cuestión, porque la supervisión se desarrollaba clásicamente en los establecimiento de manera impersonal, a veces punitiva, a veces la conclusión de la supervisión «oye estás muy mal», «que malo está este centro. Entonces, había este tema de los mecanismo más perverso, de clasificaciones adversas de personal: el personal que estaba muy bien y el personal que estaba muy mal, al bien lo felicitaban y al mal... Pero el tema es que el problema involucra a lo que están mal y lo que están bien, que hacemos con los malos para tratar de mejorar y que hay con

los que están bien para que se mantengan bien y de repente influenciar en lo que están mal. Ese componente de articulación es el que ha desarrollado el proyecto como elemento estratégico clave para viabilizar la implementación de las actividades...»
(Dr. Guillermo Frías –CARE)

El realizar las supervisiones les permitió al personal del HRA conocer y comprender la realidad local de la periferia; lo cual tuvo también una influencia positiva en lo que respecta al sistema de referencias y contrarreferencias, adecuando y entendiendo sus carencias y posibilidades y buscando estrategias acordes con esta realidad.

«...al conversar con los de periferia te das cuenta acá tienes todo lo que puede funcionar adecuadamente, pero allá muchas veces no tienen todos los insumos ni la prueba de laboratorio, nos poníamos en su lugar y de ahí buscamos estrategias para eso...» (Dr. Máximo Vega –HRA)

El aporte de FEMME en este aspecto fue fortalecer una cadena de supervisión capacitante que partía desde el HRA, con asesoría del IEMP; y continuaba con los centros de periferia y que luego estos mismos replicaban hasta sus puestos más lejanos.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia (R y CR)

La estrategia del Sistema de R y CR está muy ligada a las capacitaciones y la aplicación de la guía protocolizada (en este último se indica en que situaciones la paciente debe ser referida a un centro de salud con mayor capacidad resolutive). Su desarrollo ha sido muy importante para reforzar las carencias y debilidades que se tenían en la R y CR; así por ejemplo: al encontrarse el personal capacitado trae a la paciente referida en menor tiempo y en mejor estado, la paciente siempre viene acompañada de personal de salud capacitado, no sólo con el chofer; las condiciones de referencia han mejorado.

«...la referencia es *super*, llega mejor; por ejemplo en una atonía la paciente no viene con una sola vía, viene con doble vía, viene con su sonda vesical, ponen la vía, ellos dicen estoy trayendo una paciente con vía segura (...) aquí por lo menos la paciente llegue como llegue está por lo menos con una buena vía canalizada; porque si me trae sin una vía bien colocada, la paciente llega en choque, para poder canalizar ya las venas están colapsadas. Entonces a nosotros si nos fortalece y nos reconforta que la capacitación si está haciendo efecto, entonces está llegándonos una buena referencia...» (Obs. Basilia Vivanco –HRA)

«... ahora el personal deriva mejor a las pacientes, ya no vemos muchas convulsiones ni pacientes muy complicadas como antes...» (Dr. Jorge Rodríguez –HRA)

«...ese personal de referencia veía que el paciente sea atendido inmediatamente, al día siguiente estaba informándose en que situación estaba esa paciente, como ellos tienen radio, tienen computadora, etc. Inmediatamente comunicaban al lugar de origen (...) entonces los familiares allá tenían la información al día de cómo iba a su paciente, cuando venían los familiares venían con la orden de que vengán a la unidad de R y CR, sino sabían leer los enviaban con un papel. Eso ha hecho que la gente venga también más...»
(Dr. Jorge Rodríguez –HRA)

«... ahora reconocemos a tiempo las complicaciones y como ya sabemos que hacer, también sabemos cuando referir, esto nos ha ayudado a evitar muertes maternas, en este año ya hemos evitado dos de ellas...» (Grupo Focal –H. San Francisco)

Enfoque de Derechos

El trabajar con el enfoque de derechos e interculturalidad, que implica el respeto por sus costumbres, el uso del quechua en la atención, trato personalizado y con la menor demora posible, parto vertical, entre otros aspectos, en una zona como Ayacucho ha sido muy útil y ha permitido enlazar al Proyecto con la realidad sociocultural. Para ello la modificación de la oferta obstétrica en base a las preferencias de las madres de familia rurales ha permitido una mayor utilización de los servicios, sobre todo de parto.

«...FEMME de alguna manera ha considerado no sólo competencia técnica de los proveedores sino también la competencia cultural del personal de salud, que se refiere al respeto y uso del idioma de las mujeres rurales, a la incorporación de las practicas tradicionales en la atención del parto y sus complicaciones, de todas aquellas costumbres que no son dañinas ni se enfrentan con los protocolos biomédicos (...) creo que si no hubiera trabajado en estos cuellos de botella, no habría tenido el éxito que ha tenido» (Dra. Raquel Hurtado –MINSa)

«...la interculturalidad es referencial para estas zonas, nosotros realmente si somos médicos o profesionales nosotros no podemos imponer a la sociedad o a las gestantes nuestro modo de pensar, también tenemos que rescatar sus ideas, sus costumbres, su cultura; y los resultados más interesantes es que se aumentó los partos, disminuyó los partos domiciliarios y aumentó los partos institucionales por la aceptación (...) También tenemos mayor accesibilidad a nuestro hogar materno...» (Dr. Alex Gallegos –CS Vilcashuamán)

«...cuando atendí el parto lo hice con el alumbramiento dirigido, como el tiempo es tan cortito y no sangran; bueno, ya habíamos terminado y estaban preparando a mi paciente para pasarla de la camilla a la cama y la paciente me dice: señora y la placenta, ya mamá le digo, ya la placenta ya salió; si me dice porque nosotros antes esperábamos media hora y sangrábamos bastante, en cambio ahora ya no...» (Grupo Focal Obstetricas –HRA)

«...en la parte humana al darle un enfoque más de derecho en la mujer, también cambia un poco las barreras mentales que había en el personal, todos cambian sus paradigmas, y es más abierto para poder atender a la usuaria con más calidad humana; y en la parte de gestión a mejorado la parte de procesos, ha mejorado el servicio materno...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

«... aquí en la atención se ha implementado lo que son los partos verticales y es algo que ha favorecido a las gestantes, que están muy contentas con ese tipo de parto; aparte de todos esos beneficios de la atención, ellas se pasan la voz: que te permiten dar un parto como tú quieras o sea parada, sentada, echada y les gusta, los familiares pueden estar presentes porque antes no entraba ni un familiar...» (Grupo Focal –H. San Francisco)

«...hemos mejorado bastante lo que es el acceso al centro de salud, pero primero se ha hecho una línea de base de comunidad en comunidad, haciendo sólo dos preguntas: ¿por qué no acudían acá y cómo quisieran atenderse? Entonces de acuerdo a eso hemos socializado con el personal de salud y hemos mejorado en interculturalidad...» (Grupo Focal –CS Tambo)

Comité de Mortalidad Materna:

Los actores entrevistados coinciden en que coordinar y unificar el trabajo en torno a la Mortalidad Materna como una problemática prioritaria, dentro de Ayacucho ha sido muy impor-

tante para reforzar el trabajo que se ha venido realizando incorporando acciones de abogacía e incidencia política. Este grupo de trabajo incluye a las autoridades locales y regionales, personal asistencial y personal de gestión en salud, miembros de organismos públicos (Defensoría del Pueblo, FF.AA., Universidad), organizaciones de la sociedad civil y las ONG; grupo en el que FEMME jugó un rol importante como facilitador y coordinador. Cada uno desde su espacio de acción realiza acciones a favor de la reducción de la mortalidad materna en la región.

«...En el Comité de MM hay una fuerte cohesión entre el gobierno regional, con la DIRESA, con la comunidad eso me parece clave (...) han identificado cada uno su rol...»

Dra. Isabel Chaw –MINSA)

«... (Sobre la mortalidad materna) no era solamente tema del sector salud, sino era un tema social, entonces eso era de rescatar, que la gente saliera e inclusive hablando del

Presidente del Gobierno Regional entendió la magnitud del problema (...) el Comité Multisectorial permitió orientar a través de diversos sectores como educación, la policía, sanidad, entonces todos articulados (...) ese es el valor agregado que te digo...» (Dra.

Amadea Palomino –DIRESA)

«...aprendimos del comité que se puede lograr cosas, que se puede concertar y puedes sentar a los enemigos en una sola mesa; y sin embargo, el tema los une...» (Lic. Elena

Esquiche –CARE)

«...la universidad participa en el Comité de MM, la universidad es un ente formador de recursos humanos con la alta responsabilidad de formar recursos integralmente formados y mucho más en este aspecto de emergencias obstétricas (...) esto nos ha exigido realizar una serie de actividades, en primer lugar la capacitación de docentes (...) luego, transmitir

a nuestra facultad, hacer efecto multiplicador y luego lo más importante incluir esta temática en nuestro currículo (...) y también como resultado el que los estudiantes estén también recibiendo, no solamente información, sino este proceso de mejoramiento» (Grupo

Focal –Universidad de Huamanga)

«...Entonces en un momento dado, se dio un punto de inflexión; creo que una buena estrategia que se tuvo fue discutir con ellos los temas de muerte materna, porque en este momento los comités de MM estaban desactivados, habían comités que se habían conformado anteriormente con otros proyectos, proyecto 2000, que habían conformado un

comité pero lo habían conformado de nombre o sea estaba la gente y se sentaban a revisar los datos y no tomaban decisiones (...) pero no era un comité que analizara y tomara decisiones a planificar: ¿qué cosa tenemos que hacer? ¿Cómo fortalecemos? Es

una de las cosas que el proyecto si tomó incorporarse e insertarse en la discusión con la DIRESA Ayacucho en el análisis de las muertes maternas porque cuando se empezó a discutir eso se especificaron muchas de las condiciones sobre las que se gestionan los

servicios de salud y que pueden obstaculizar el desarrollo de un programa de calidad...»

(Dr. Guillermo Frías –CARE)

A través de este Comité se ha trabajado con la base del análisis de casos de MM en la región. Se han formado sub-comisiones de trabajo para abordar las diferentes aristas de la problemática de MM, así cada uno de los actores involucrados se comprometía en el cumplimiento de tareas de acuerdo a su área de competencia. De modo que, todos los actores involucrados trabajaban bajo la misma orientación, no había contraposiciones o yuxtaposiciones en las acciones que realizaban.

Un ejemplo a citar es la coordinación entre la Defensoría del Pueblo y los demás miembros del Comité de MM para abordar la problemática. Previo a la formación del Comité, la Defensoría del Pueblo al defender los derechos de las pacientes apoyaba la atención domiciliaria del parto. Sin embargo, a través del Comité se destacó la importancia de articular deberes y derechos de los pacientes con los de los proveedores de salud, el paciente era también responsable sobre su cuerpo y el proveedor debía brindar la mejor calidad de atención posible.

«...Los derechos son importantes pero no puede concentrarse sólo en ellos. Debe haber un correlato con el tema de los deberes. Debe plantearse que la madre gestante tiene el deber de acercarse al centro de salud a hacerse sus controles, a atenderse sus problemas de gestación, a tomar sus medicinas y a recibir atención de parto. Es su deber no evadirse de dicha responsabilidad para con ella y su hijo, no puede exponerse a si misma y a su hijo por más razones culturales o creencias religiosas que se invoquen...» (Lic. Jorge Rimarachín –Gobierno Regional)

De este modo, se trabajó bajo la consigna de una mejor atención de la paciente pero con la condición de que esta se atienda en el centro de salud.

Otro ejemplo visible de la acción de este Comité es que el Gobierno Regional elevó una ordenanza en la que se reconocía que la Guía protocolizada de las EMO es de aplicación regional dentro de los establecimientos de salud. De otro lado, los gobiernos locales han trabajado ordenanzas en relación al sistema de R y CR que incluyen que todo vehículo tiene que dar prioridad en el transporte a toda paciente con EMO.

A nivel de la periferia, se indica que el Comité ha permitido unificar los esfuerzos y realizar trabajo con la comunidad, depositando confianza en su establecimiento de salud.

«...este Comité nos ha ayudado bastante en la socialización de nuestro trabajo mismo, ¿no?, la aceptación de la comunidad y de la población de que pueda acudir a sus partos y disminuir los partos domiciliarios...» (Dr. Alex Gallegos –CS Cangallo)

«...la Concertación en Tambo ha sido un éxito (...) nosotros éramos lo que encabezábamos con concertación, donde iba el gobernador iba a hablar de materno, donde iba el alcalde iba a hablar de materno, no podíamos ir nosotros, pero iban ellos y llevaban la voz: Acudan al centro de salud, en todo lugar que iban hablaban de materno ¿porqué? Porque se les hizo ver que en el 2003 murieron seis madres y ellos no sabían y se les sensibilizó cual era el problema y que este año queríamos estar en 0...» (Dr. Jesús Huayne –CS Tambo)

«...las prioridades del valle en este momento son dos: la primera que es prevención de la mortalidad materna perinatal, y la segunda que es control de las enfermedades metaxénicas: malaria, fiebre amarilla, etc.; en estos aspectos puntuales están trabajando a nivel intersectorial, ellos nos apoyan de diferente manera. Por ejemplo: la red de comunicadores nos apoya con la difusión de noticias, en el caso de los alcaldes nos apoyan con la convocatoria de los tenientes gobernadores, en el caso de los consejos distritales menores nos apoyan con las convocatorias a los promotores y a veces nos apoyan con movilidad...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

«...dentro de lo que anteriormente se hacía que era la conformación de comités internos de muerte materna y habían otros comités que eran desagregados y de repente se hacían trabajo duplicándose esfuerzos; la idea nuestra más que nada es que estos esfuerzos se convoquen de manera más concentrada, más integrada a través de un equipo técnico más

grande; FEMME ha dado las pautas técnicas, de cómo priorizar, como articular con las autoridades, la parte de gestión...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

Sin embargo, existen amenazas a la labor de los comités, del tipo sobretodo financiero, ya que por ejemplo no se asigna una partida presupuestal de los gobiernos locales al tema de la mortalidad materna, en los presupuestos participativos de los gobiernos locales se podría considerar su inclusión.

«...estamos trabajando concertadamente, pero el problema radica en el apoyo directo por ejemplo contrata de un personal, no lo dan. Sabemos que hay partidas económicas de la municipalidad, pero no lo dan; es un apoyo moral, por ejemplo de salir y que ellos, la Municipalidad sale en sus camionetas a las comunidades que ellos lleven la voz de nosotros: que acudan a la posta...» (Dr. Jesús Huayne –CS Tambo)

Campo de análisis 2: Aceptabilidad

Existen un conjunto de acciones que reflejan la aceptación e incorporación de las estrategias FEMME, es decir actividades que son parte del rutinario en los servicios de salud:

- Uso del sistema de registros elaborado por FEMME, se sistematiza y unifica la forma de anotar las historias clínicas de las pacientes.
- Sistema de referencia y contrarreferencia, organizado con el apoyo de las autoridades locales, instituciones y la comunidad (apoyo a través del Comité de Mortalidad Materna)
- La unidad de cuidados intermedios en el HRA, es reflejo de la reflexión colectiva por dar una mejor atención a las pacientes EMO. La idea de implementación, impulsada por FEMME, fue aceptada y el servicio de gineco-obstetricia lo hizo realidad. Actualmente viene funcionando con cuatro camas de internamiento y un equipamiento de valor.
- Utilización de la guía protocolizada de las EMO en toda la región Ayacucho. El protocolo ha permitido un mejor y más oportuno manejo de las principales causas de la MM; así por ejemplo se está utilizando la compresión bimanual para tratar casos de atonía uterina, con resultados bastante satisfactorios. De otro lado, se ha logrado que incluso las clínicas y la Policía Nacional la utilicen.
- Sobre el respeto a las pacientes. En el caso de periferia encontramos por ejemplo la Casa de Espera para la paciente y sus familiares (CS Vilcashuamán). En el HRA, la mejora en el trato a las pacientes se expresa a través de la personalización de la atención: carteles con los nombres de las pacientes, menor tiempo de espera, atención del parto vertical, etc.
- Parto vertical, en los establecimientos intervenidos esta es una modalidad de servicio ofrecida.
- Los hogares maternos como estrategia para proteger la vida y salud de la madre y su niño
- La capacitación bajo la modalidad de pasantía, esto ha permitido que por ejemplo el H. San Francisco utilice esta modalidad para capacitar a sus microrredes en el tema de salud materna y atención de las EMO.
- El sistema de señalización en los establecimientos ha tenido sustantiva aceptación
- Las rampas de acceso para la mejora del acceso a las salas de emergencia

«...aquí en la atención del parto ya se les pregunta como quieren dar a luz: puede ser horizontal o vertical...»

«...los pacientes se sienten satisfechos, acá incluso se les da mate caliente, se les permite fajarse, se les permite hacer su sahumero; todas esas cosas que no atentan contra su salud de ella, del niño, el acompañamiento del esposo, adoptar la postura que quieran (...) todo este trabajo intercultural, en ciudadanía, promueve un acercamiento entre la oferta y la demanda...» (Grupo Focal Vilcashuamán)

«... con FEMME hemos hecho todo lo que son las señalizaciones de cada servicio, tanto de hospitalización como de consultorios externos; se ha separado lo que es emergencia obstétrica de lo que es emergencia general para brindar más privacidad a las usuarias, que eso es también lo que ellas quieren, porque que pasaba anteriormente de que se estaba en la emergencia general, se le estaba atendiendo y venía una EMO y ahí mismo, no había privacidad...» (Grupo Focal San Francisco)

«...allá en el hogar materno tienen su televisor, tienen su buena cama, no es como en otros hogares maternos que yo he visto donde la casa es de adobe, es de tierra y dicen «estamos respetando su cultura», eso es no respetar su cultura. Interculturalidad para nosotros les damos lo esencial, respetando lo que piensan y acá salen con otra mentalidad de tener su cuarto, sus hijos otro cuarto, su cocina y su comedor; entonces ya van con otra idea...» (Dr. Alex Gallegos –Vilcashuamán)

« (Sobre las Casas de Espera)...me parecía raro que se queden ahí dos semanas algunas no, una o dos semanas, ellas mientras cocinan, llevan sus cosas, están como en casa; porque a veces uno construye algo y la gente no viene, menos deja a sus hijos, sus animales o sus cosas. Pero ya entendió que si está más cerca de un hospital no se va a morir en el camino, eso no es fácil de cambiar, entonces se nota que las personas están convencidas que les va a ir mejor...» (Dra. Isabel Chaw –MINSa)

- El trabajo a través de las encuestas de satisfacción del usuario. Dicha práctica se ha incorporado en el HRA y en los centros visitados, bajo la visión de servicios de calidad. De esta manera, los usuarios dejan sus opiniones acerca del servicio, luego se analizan estas opiniones en reuniones de problematización con el personal del servicio; de modo que, sirven como medida de evaluación del servicio en su conjunto.

«...la encuesta de calidad, algunos promotores de Cangallo que participan acá para hacer la encuesta de calidad, de satisfacción del usuario, y la satisfacción del usuario lo hace una persona ajena al establecimiento, o sea se hace cruzado (...) son estrategias que se han implementado para saber realmente como estamos en lo que es satisfacción del usuario...» (Grupo Focal –H. Cangallo)

- El modelo y enfoque de FEMME para enfrentar las EMO y la mortalidad materna están ya integrados como parte de una política pública regional de salud materna de carácter prioritario junto a la política contra la desnutrición infantil.

«...hay una mejora de la calidad del servicio por cuanto hay una asistencia técnica y una propuesta técnica para mejorar los pasos en atención, desde la atención, las R y CR tener cuidado de tales o cuales aspectos para disminuir los riesgos, tiene como resultado positivo que ha mejorado la calidad de servicio y la gente está informada, el personal asistencial de salud; dos, que esto se ha convertido en una política pública regional o sea me refiero a la guía G–O para reducir las EMOS y tenemos que la mortalidad materna está en segundo lugar en las políticas regionales de salud (...) también está como prioritario en los acuerdos de gestión de la DIRESA, Gobierno Regional y MINSa el año pasado y este año también se va a atender a la mortalidad materna dentro de los acuerdos de gestión...» (Lic. Jorge Rimarachín –Gobierno Regional)

Campo de análisis 3: Innovación

Flexibilidad

FEMME se adaptaba y era flexible a la realidad ayacuchana y del propio servicio de G–O del HRA, buscó el consenso, la interacción y coordinación entre personal más joven y personal con mayor tiempo de servicio; otros proyectos de intervención se mantenían estrictamente sujetos a su planificación inicial sin mostrar adaptabilidad.

(Sobre FEMME) «... siempre ha jugado el rol de facilitador dirigiéndose a que nosotros hagamos el trabajo y que ellos, FEMME, nos brinden todas las facilidades para realizar este trabajo; entonces no era como antiguamente: cumple este protocolo, o haz esta estrategia y aplica, nosotros siempre hemos pensado que si nosotros mismos hacemos algo, nos sentimos partícipes de ese compromiso, entonces como nos sentimos partícipes de eso lo hacemos con mucha más ganas (...) lo importante de FEMME es que ha sido participativo todo, no centralizándolo en el hospital sino haciéndolo lo más grande posible, sino haciendo participar a otras instituciones...» (Dr. Pablo Salinas –HRA)

«...no era lo típico de bueno esto es mi proyecto, te lo presenté, tómalo así; se involucró en todo; entonces eso es lo que le dio el realce a FEMME ¿no? (...)se veía la parte de integración, buscando todos los espacios...» (Dra. Amadea Palomino –DIRESA)

«...lo que más me agrada es que este proyecto era bastante participativo, dieron bastante importancia a nuestras opiniones. Ayacucho es muy sui generis, hay gente en el servicio como yo que están años acá, y acá se juntaron con un grupo que gente que también llegó el año 99, 2000 que recién salía de su resindentado; en ese tiempo yo era jefe del servicio, en ese tiempo la estrategia mía fue amalgamar eso, que no existiera ese choque generacional (...) sino que lo nuevo con su entusiasmo impulsara a los que estábamos y ellos fueran receptivos con la experiencia que nosotros teníamos; creo que fue uno de los elementos que logró que el proyecto FEMME fuera exitoso...» (Dr. Jorge Rodríguez –HRA)

«...Uno de los temas fue tratar de estructurar las actividades del proyecto porque era muy rígido, había que buscar un manejo y una atención más flexible, más adaptativa; es decir, si yo tengo un proceso por ejemplo donde estamos viendo que hay que construir un sistema de capacitación, el sistema de capacitación debemos adecuarlo un poco a las propias lógicas del proyecto porque el proyecto ve como una oportunidad el apoyar este tipo de propuestas porque contribuye a mejorar la gestión en calidad...» (Dr. Guillermo Frías –CARE)

Capacidad de articulación y compromiso

Se crea y fortalece un lazo entre comunidad–sector salud (DIRESA, HRA, Centros de salud, proveedores)–Gobierno Regional; que deriva en compromiso de los actores involucrados.

«... realmente el secreto que yo veo ahí primero es un involucramiento bastante importante desde las autoridades más altas hasta el último trabajador, o sea prácticamente es un trabajo en equipo gigantesco, que se adueña del objetivo de reducir la MM y el equipo incluye a la comunidad y eso tampoco es tan sencillo (...) la conciencia de las personas está en el tema, están bien sensibilizados; están entusiastas de reducir la MM, están contentos por los resultados y entonces, tienen motivación para seguir trabajando en el tema, tienen entrenamiento para poderlo hacer y tienen el liderazgo de sus autoridades...» (Dra. Isable Chaw –MINSA)

«...hay otras agencias que también han tratado de replicar el modelo en esa zona, pero ahí nosotros observamos que piden la participación del instituto, piden el apoyo; pero notamos una debilidad en los acuerdos políticos, de integración que se puedan dar en cada una de estas regiones, no es el efecto que tuvo o pudo lograr el equipo de FEMME en ayacucho; eso estamos viendo hoy día: hay compromisos, hay voluntad, el modelo se ha establecido...» (Grupo Focal IEMP)

«...FEMME ha sido uno de los proyectos que ayudó a que las relaciones interpersonales dentro del establecimiento, dentro del servicio de G-O hayan mejorado porque entendemos que el trabajo era en equipo y todos nos sumábamos al esfuerzo de mejorar el trabajo que ya estábamos realizando...» (Obs. Norma Córdova –HRA)

«...el logro básicamente es de que la problemática que antes se veía solamente como sector MINSA ahora se ve de manera más integrada; ellos se empapan también de los problemas que ocurren dentro del valle; porque ya no es sólo problema de salud, es problema de todos...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –San Francisco)

«...la Concertación en Tambo ha sido un éxito (...) nosotros éramos lo que encabezábamos con concertación, donde iba el gobernador iba a hablar de materno, donde iba el alcalde iba a hablar de materno, no podíamos ir nosotros, pero iban ellos y llevaban la voz: Acudan al centro de salud, en todo lugar que iban hablaban de materno ¿porqué? Porque se les hizo ver que en el 2003 murieron seis madres y ellos no sabían y se les sensibilizó cual era el problema y que este año queríamos estar en 0...» (Dr. Jesús Huayne –Tambo)

Trabajar con eje en la oferta

La mayoría de proyectos de intervención sobre la problemática materna se había centrado en la demanda (aumento del parto institucional, trabajo con la comunidad para asistir a los establecimientos de salud, etc.); sin embargo, quedaba una paradoja: como pedirles a las usuarias que asistan a los servicios de salud si no les ofrecían calidad, seguridad y buen trato. Es por ello que, en este contexto, FEMME constituyó un proyecto innovador en tanto que centró su trabajo en la oferta (calidad de los servicios).

«...entonces el proyecto FEMME que tiene su primera experiencia en el período del 2000–2005, que tienen básicamente un enfoque de derechos; tiene esta particularidad, de trabajar mucho y enfocarse en lo que es la oferta de los servicios. Creo que esto es la razón fundamental y el aporte y la relevancia del proyecto en términos de enfocarse en este tema y de haber validado o haber propuesto lecciones y experiencias costo –efectivas para poder trabajar la parte de oferta y capacidad resolutive de las EMO (...) sino invertimos en la oferta, no se disminuye la mortalidad materna...» (Dra. Raquel Hurtado –MINSA)

Pocos recursos, grandes logros:

El trabajar en sinergia conectando la misión y visión de FEMME para motivar a los actores estratégicos, sumado a la lógica de corresponsabilidad, permitió que con pocos recursos se tuvieran logros importantes.

«...con pocos recursos ha conseguido trabajar con el recurso humano, que es rentable; no es necesario tener grandes cosas para salvar vida, con lo que hay a la mano se puede salvar muchas vidas (...) con pocos recursos se ha conseguido bastante, fortaleciendo lo local...» (Grupo Focal Vilcashuamán)

«...lo que ha puesto FEMME como proyecto nadie lo cree (...) sin embargo, se ha movilizado más del triple en otros recursos: se han construido centros asistenciales en Cangallo, se ha construido un centro materno infantil pagado por el propio gobierno regional de Ayacucho, se han gastado 250 mil dólares por PARSALUD en lo que son las pasantías, se han hecho renovaciones con otros proyectos, esto ha interesado a AMARES que han financiado en el hospital la habilitación de nuevos ambientes para darle un enfoque de más respeto a la persona (...) todo ese tipo de cambios posteriores son producto yo diría de un proceso de movilización de recursos adicionales que el propio proyecto, porque la gente sintonizaba, compartía la misión y el proyecto había contribuido a ello...»
(Dr. Guillermo Frías –CARE)

«...y ese es otro tema importante que se establece la cultura de la corresponsabilidad, que de eso me parece que el proyecto si ha empezado a tener muestras de corresponsabilidad, a tal punto que en el caso de la capacitación por ejemplo como evolucionó: el proyecto no tenía más que 15–20 mil dólares para la capacitación y ya en la primera etapa se había capacitado a 10–15 personas, la segunda se había capacitado a 15 y el tema de la capacitación al hospital no había como financiarla o sea se veía como una necesidad pero no había como financiarla, había un saldo e FEMME pero era un saldo mínimo, no había más de 4 –5 mil dólares (...) cuando empezamos a ver los resultados de la evaluación una de las cosas que se discutía con el hospital: ¿Por qué no montamos este programa de capacitación y buscamos comprometer a las instituciones interesadas, primero hablamos con AMARES que recién empezaba ese proyecto con la Unión Europea, parece que ellos no estaban interesados pero se presentó una posibilidad con el PASALUD(...) se creo una situación en Ayacucho que si había recursos disponibles pero había que habilitarlos...»
(Dr. Guillermo Frías –FEMME)

Efectos inesperados del Proyecto FEMME: La intervención, durante sus cinco años de actuación, tuvo un conjunto de efectos inesperados, vale decir no previstos al inicio de la intervención (Tabla 27):

Tabla 27: Los 11 efectos inesperados del Proyecto FEMME

Efecto inesperado del Proyecto	Descripción
1. HRA–SICAP: Centro regional de capacitación EMO	La experiencia del SICAP en el HRA ha sido reconocida por el IEMP y ha permitido el otorgamiento de la categoría de centro regional para la capacitación de las EMO.
2. SICAP descentralizado: experiencia en San Francisco	La experiencia de los pasantes de periferia ha motivado que el Hospital San Francisco inicie el proceso de réplica del modelo con sus microrredes de servicios (2006). El proceso se ha iniciado y esta siendo financiado con recursos propios y una fuerte decisión política del equipo de gestión de dicho establecimiento.
3. Mejora de las referencias obstétricas	El desarrollo de las acciones del proyecto reveló que la mejora de la atención de las EMO pasa por el desarrollo de acciones conjuntas entre el manejo estandarizado y la organización del sistema de referencias. Esto último surgió del proceso de desarrollo e implementación de las guías protocolizadas de atención.
4. Vinculación y coordinación efectiva entre el HRA y el personal de los EESS periféricos	Las acciones desarrolladas por el Proyecto han permitido un acercamiento del HRA con los establecimientos de periferia y ha generado vínculos de respeto, confianza y coordinación efectiva para el manejo integral de las EMO.
5. Servicios de parto vertical en el HRA e identificación de las pacientes hospitalizadas	En el HRA se asistió a la apertura del servicio de parto vertical y el respeto de costumbres locales en la atención del mismo. Se dispone de equipamiento especialmente diseñado para tal fin. En las salas de hospitalización el uso de carteles de identificación de las usuarias permite un trato más horizontal y cordial. Esto es traducción del enfoque de derechos de las mujeres a una atención basada en el respeto y la dignidad intercultural.

Tabla 27: Los 11 efectos inesperados del Proyecto FEMME (cont.)

Efecto inesperado del Proyecto	Descripción
6. Legitimización institucional de la guía protocolizada de atención	La guía protocolizada de atención de las EMO tiene un soporte normativo desde el nivel hospitalario, DIRESA e incluso dispone de una ordenanza del gobierno regional que la reconoce como de uso oficial en todo Ayacucho; sin embargo, la mayor legitimización que soporta la guía en su vigencia y praxis es la que le otorga el pleno del personal de salud del HRA y de los EESS periféricos.
7. Mística del personal de salud por la mejora de la atención obstétrica	Existe dentro del personal de salud un sentimiento de mística por la institución y de responsabilidad por brindar servicios con enfoque preventivo y con capacidad de respuesta ante las EMO.
8. Experiencia modelo en el ámbito nacional	La experiencia del Proyecto FEMME ha sido merecedora de la atención y reconocimiento del nivel central del MINSA y de otras DIRESA.
9. Premio FIGO internacional	La experiencia de mejora de la calidad de la atención de las EMO en el HRA ha permitido el reconocimiento internacional de la FIGO (2005)
10. Estrategias e Instrumentos del Proyecto FEMME son parte de políticas nacionales y experiencias en otras latitudes	La guía protocolizada de atención EMO está siendo revisada y adaptada y en breve será una norma nacional (MINSA). El modelo de las pasantías está siendo tomado por DIRESA vecinas. El modelo de intervención del FEMME está siendo asumido por una ONG que está iniciando su intervención en una provincia de la ciudad de Puno.
11. Capacitación de serumistas	El SICAP recibió pasantes serumistas, lo cual no era parte de la conducta habitual de la capacitación puesto que este personal es "temporal", pero en el lapso de un año es parte del conjunto de actores que asumen el desafío del manejo de las EMO. Por tal motivo se les incluyó en el rol de pasantes. Actualmente la DIRESA ha institucionalizado la rotación de este tipo de personal por el SICAP, como paso previo a su incorporación al centro de salud.

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

6.3 Impacto del Proyecto FEMME

El conjunto de cambios inducidos por una intervención sobre un sustrato de aplicación recibe la denominación de impacto, en ese aspecto el modelo de evaluación del Proyecto FEMME incluye el impacto según niveles (Tabla 28).

Tabla 28: Niveles de impacto del Proyecto FEMME

Nivel de impacto	Área	Indicadores
Sistema de salud	Calidad de atención de las EMO	Letalidad obstétrica
Personal de salud	Beneficio percibido	Beneficios y aportes del proyecto
Población	Mortalidad materna	Razón de mortalidad materna registrada

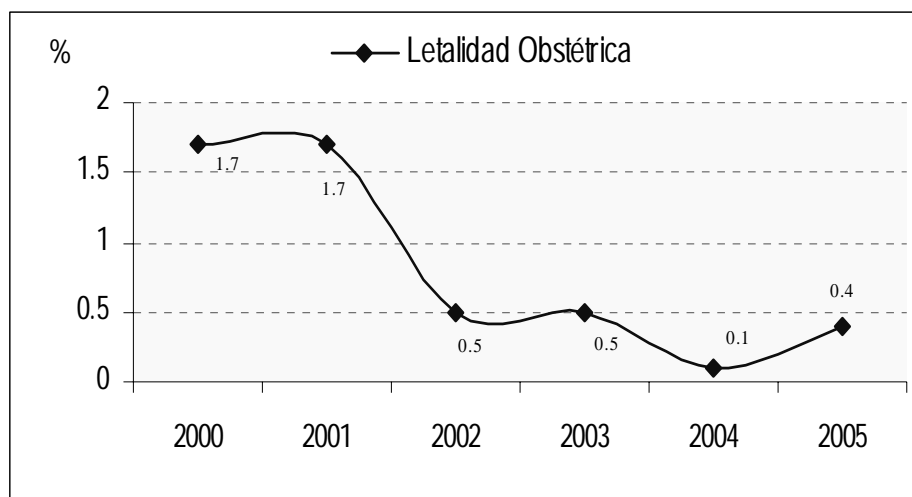
Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

La determinación del impacto del Proyecto FEMME incluyó la medición de los indicadores seleccionados en ambos grupos de estudio.

6.3.1 Calidad de atención de las EMO: Letalidad obstétrica:

La recomendación internacional exige valores menores al 1% para este indicador. En el año 2000, la letalidad obstétrica en los establecimientos donde trabajó el Proyecto fue del 1.7% y en el año 2005 llegó al 0.41%, esto representa una reducción del 80% para el periodo 2000–2005 (Gráfico 17), lo cual constituye un impacto positivo.

Gráfico 15: Letalidad obstétrica en el grupo de intervención FEMME (2000–2005)

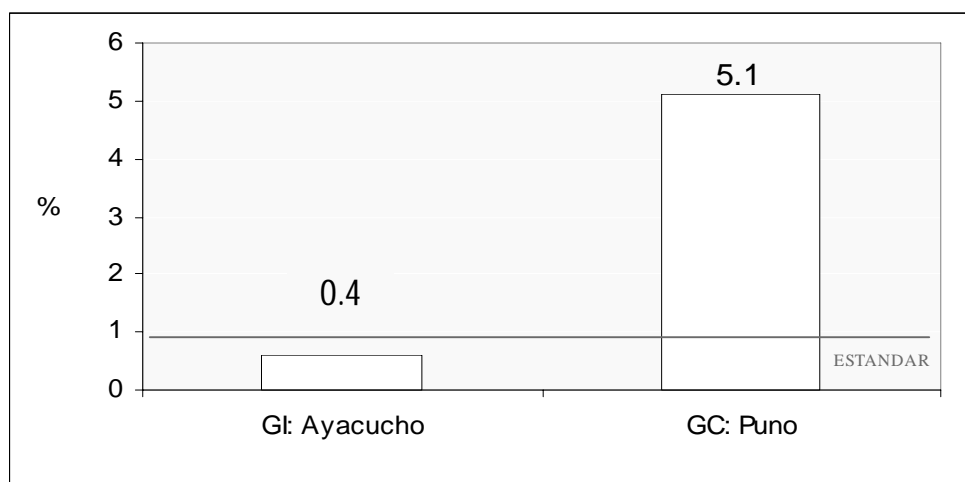


Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

El desempeño de este indicador traduce el esfuerzo del personal de salud en practicar el reconocimiento precoz de las EMO, la oportunidad del manejo, la adecuada referencia de casos, el acertado uso y aplicación de la guía protocolizada de atención y sobretodo refleja la mejora de las referencias obstétricas. También es fruto de la capacidad organizacional y de gestión de los establecimientos por disponer de equipos organizados ante las EMO y de un adecuado suplemento de insumos para la atención de emergencia (medicamentos, insumos de reanimación, equipos de venoclisis, unidades de comunicación y transporte, entre otros).

En el análisis comparado según grupos de estudio, se observó para el año 2005 un nivel del 0.4 % mientras que en los establecimientos del grupo de comparación la letalidad obstétrica fue del 5.1% ($p < 0.001$). Estas diferencias son sustantivas y reflejan de un lado el éxito del Proyecto FEMME en mejorar la calidad de las EMO y proteger la salud de las pacientes, y por otro lado desnuda una delicada y crítica situación en Puno que debe ser atendida en la brevedad por las autoridades sanitarias competentes. La ausencia en el GC de una atención protocolizada para la atención de las EMO y sus referencias, la limitada presencia de personal adecuadamente entrenado y la alta prevalencia de atenciones EMO inoportunas se reflejan en la magnitud de dicho indicador (Gráfico 16).

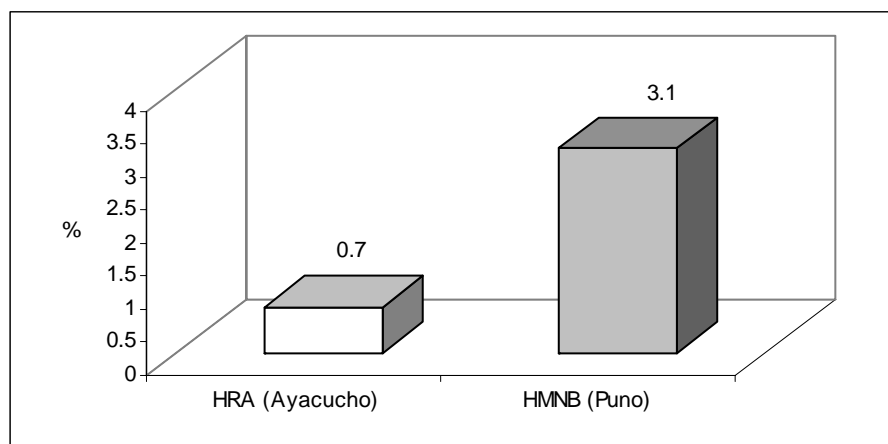
Gráfico 16: Tasa de letalidad obstétrica comparada según grupos de estudio (2005)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

El comportamiento de este indicador también fue analizado en los establecimientos de mayor complejidad de ambos grupos de estudio: el HRA de Ayacucho y el HMNB de Puno (Gráfico 17). Se encontró que la tasa de letalidad en el HRA fue de 0.7%, en tanto que en el Hospital MNB de Puno la letalidad llegó al 3.1% (diferencias $p < 0.001$).

Gráfico 17: Tasa de letalidad obstétrica comparada según Hospitales de mayor complejidad (Ayacucho y Puno, 2005)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Estos valores reflejan la distinta situación de la calidad de la atención de las EMO y ejemplifican el impacto atribuible al Proyecto FEMME. En síntesis, puede afirmarse que: «*El riesgo de morir por una complicación obstétrica se reduce en cuatro veces al atenderse en hospitales que desarrollan programas de mejora de la calidad EMO*».

6.3.2 Beneficio percibido:

El personal de salud expresó su opinión sobre lo que significó el Proyecto FEMME en términos de su aporte y contribución con la atención materna

Auto percepción positiva de los diferentes EESS

El personal de salud sintió que su trabajo en la estrategia contra las EMO (FEMME) tiene resultados tangibles y positivos que son reflejados en las últimas estadísticas sobre la MM, en las que se disminuyó de 35 a 17 muertes (2000–2005); de manera que, el compromiso con su trabajo y la estrategia se refuerza, lo cual evidencia un logro.

«sobre todo el orgullo de competir a nivel nacional, de que gente en Vilcas sea conocido ya no por su muerte materna sino por sus ruinas y su trabajo...» (Dr. Alex Gallegos – Vilcashuamán)

«...el trabajo que se ve en Tambo es un trabajo en equipo, desde el jefe del establecimiento hay un involucramiento en el proceso, que permite que esto se haga sostenible, porque si el lo dejara de lado es un tema que se trabaja dos o tres meses y luego se pierde...» (Dra. Pilar Torres – MINSA)

«han mejorado el equipamiento, mueble, (...) han mejorado lo que es la parte de bioseguridad (...) eso ha permitido que las personas que han visitado nuestro hospital se han ido con otra imagen, inclusive ex alumnas de la universidad de Huamanga han venido y han dicho antes era otra cosa y ahora ha mejorado, se le da un mayor enfoque al servicio de G–O...» (Dra. Flor de María Melgar – DIRESA)

«...gracias a este proyecto en el departamento de G–O, nosotros como ustedes saben a nivel nacional se sabe que en el departamento de Ayacucho había muchas muertes maternas; ha sido oportuno que el proyecto entre al departamento de G–O para poder nosotros tomar las estrategias que nos habían traído (...) nosotros, tanto las obstetrices como los médicos, teníamos que empoderarnos de las enseñanzas que nos están trayendo para luego nosotros ser también las personas que vamos a capacitar al resto de los profesionales de diferentes provincias de nuestro departamento (...) y también creo que somos el ejemplo para todos los departamentos» (Grupo Focal Obstetrices –HRA)

«nosotros nos sentimos muy orgullosos como ayacuchanos que somos de que este hospital de Ayacucho no solamente sea visto a nivel nacional sino también internacional, hemos ganado el premio de la FIGO (...) no sólo con nuestro manejo estandarizado lo tenga nuestro departamento de Ayacucho sino que también lo estén viendo otros departamentos (Apurímac)...» (Obs. Basilia Vivanco –HRA)

«...esto ha permitido de que el personal todito estemos involucrados, no solamente el personal que esté bastante en contacto con las mujeres. Sino toditos: el portero, el biólogo, el personal de transporte estamos sensibilizados, y lo que permitió esté trabajo de equipo es querer evitar estas muertes maternas...» (Grupo Focal Tambo)

Mejora en la calidad del servicio–diagnóstico más preciso y atención más rápida

De manera sinérgica, las estrategias del proyecto FEMME, trajeron como beneficio la mejora en la calidad del servicio con una atención más rápida y un diagnóstico más preciso. Es así que, las capacitaciones le dieron mayor seguridad al personal para diagnosticar y tratar las patologías más comunes en relación a las EMO; el protocolo permitió que todos «hablasen el mismo lenguaje» y le daba pautas claras al personal para atender a las pacientes o para derivarlas de acuerdo a su estado; la información sistematizada a través de los registros permitía hacer un seguimiento más efectivo y organizado de las pacientes, entre otros.

«...por parte de emergencia obstétrica veo de cerca el cambio que ha sucedido en cuanto a las referencias, recibimos a las pacientes; pero veo que las colegas que han hecho pasantía acá gracias al proyecto FEMME, llegan muy oportunamente detectada su emergencia y llegan sabiendo que es lo que vamos a hacer por ella, lo que antes no pasaba...» (Grupo Focal Obstetrices –HRA)

«...podemos resolver problemas que antes no podíamos resolver, ahora los podemos resolver ya por ejemplo los procedimientos más que todo, antes teníamos miedo de realizar una extracción manual de placenta (...) pero con la capacitación del proyecto, al fin y al cabo se atiende la emergencia...» (Grupo Focal –CS Vilcashuamán)

«...le ha dado más empujada para realizar determinadas acciones un poco más resolutivas que anteriormente, por ejemplo las acciones de atención de emergencia ha sido más integral, un trabajo más de equipo; anteriormente por ejemplo el único personal que hacía guardia con presencia de piso era el médico, actualmente el personal que hace guardia es un equipo completo y esto garantiza la atención 24 horas y de calidad, este personal también ha hecho pasantía...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

«...el acceso de las emergencias hacia Ayacucho por ejemplo, la cantidad de referencias justificadas ha mejorado, el año 2004 estábamos en 75% de las justificadas, en el año 2005 esto se ha incrementado a 98%, esto quiere decir que la calidad del diagnóstico ha mejorado, ahora se refiere con mejor criterio y la paciente queda satisfecha...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

Mejora el trato a las pacientes y el respeto de la realidad sociocultural

Este aspecto se ve reflejado en el aumento de afluencia de pacientes a los diferentes EESS (mayor atención de partos institucionales), sienten más confianza al ser atendidas por el personal de salud; ya que se les llama por su nombre, se les habla en quechua, se respeta sus costumbres, entre otros.

«...la gente se identifica más con nosotros, antiguamente se creía que la gente acudía más a las parteras porque eran de sus comunidades, las conocían, hablaban su mismo idioma (...) en el hospital, en el servicio también casi la mayoría son quechuahablantes (...) la empatía ha mejorado con los pacientes, ya no nos ven a nosotros como antiguamente de lejos, sino que tienen mucha más confianza en nosotros (...) nosotros respetamos mucho sus creencias, a veces vienen con que han hecho unos procedimientos antes de ir al médico, procedimientos tradicionales como el manteo, gracias a que ya nos tienen confianza es que hemos podido trabajar en dejar de usar algunos métodos tradicionales que son perjudiciales para ellos ...» (Dr. Pablo Salinas –HRA)

«...están contentas, a mí me causaba sorpresa de que estuvieran ahí varias; lo que pasa es que basta que vaya una que comience a tener confianza o hay una que va a su comunidad y después conversa y ya las demás se animan...» (Dra. Isabel Chaw –MINSA)

«...ha permitido crear una empatía entre proveedor y usuario, ya ellos buscan esta la señorita tal, el Dr. o la Dra. X,...» (Obs. Rosa Pomassonco –DIRESA)

«...una paciente y su familia se acercaron a la jefatura y me dice: señora quiero; yo pensé que venían a quejarse y me dice señora quiero expresarle mi agradecimiento a nombre de toda mi familia porque le han atendido a mi esposa como una reina, la verdad es que ella es asegurada pero por referencias la hemos traído acá y no me arrepiento (...) eso refleja que hay cambio de conducta en el personal, se nota y quien percibe son los usuarios...» (Grupo Focal Obstetrices –HRA)

«...hemos mejorado bastante lo que es el acceso al centro de salud, pero primero se ha hecho una línea de base de comunidad en comunidad, haciendo sólo dos preguntas: ¿por qué no acudían acá y cómo quisieran atenderse? Entonces de acuerdo a eso hemos socializado con el personal de salud y hemos mejorado en interculturalidad...» (Grupo Focal –CS Tambo)

«... hubo un caso de una paciente que no quería subirse a la camilla, entonces dio en posición de cuclillas; gracias a las capacitaciones que habíamos tenido y el respeto a sus costumbres, la hemos atendido y eso ha hecho que las pacientes entre ellas comenten y accedan entonces a venir, tenemos por eso mayor número de partos institucionales...» (Grupo Focal –CS Tambo)

«...la parte de la organización interna...por ejemplo aquí el gran aporte de las señalizaciones ha hecho que el público se ubique mejor en el centro de salud. El hecho de que anteriormente por ejemplo, la cultura de decir la cama tal o la cama cual ha desaparecido del personal, ahora ya es la señora tal (...) y eso ha cambiado bastante lo que es la satisfacción del usuario...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

«...buscamos atender a las pacientes a través de una cuestión intercultural, por ejemplo en la cuestión de partos, antes de manera obligatoria se le trataba de atender con parto horizontal, actualmente no es a través de un plan de parto, en la cual la paciente elige la manera en la que quiere dar su parto: si ella quiere dar de manera vertical, hay las pautas técnicas del ministerio para abordar eso...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

«...también nos han enseñado como se debe tratar a la paciente, el trato deber ser amable (...) y también sobre referencias oportunas, se respeta su cultura, sus costumbres...»
(Grupo Focal –H. Cangallo)

«...aquí se ha trabajado lo que es ciudadanía, los derechos de los usuarios entonces se ha hecho trabajos de investigación, de porque no acudían acá 80% control prenatal, pero parto 50%, entonces a que se debía esa deserción y era por factores culturales; y se trabajó lo que era la interculturalidad, en el sentido es que esto fuera una negociación de ambas partes: ella con sus puntos de vista, nosotros con el nuestro y donde hay puntos de encuentro, trabajamos...» (Grupo Focal –CS Vilcashuamán)

«...estamos trabajando con adecuación cultural y siempre en los partos estamos contando con la presencia del esposo, de algún familiar que la paciente le tiene más confianza, y ya pues entre ellos ya se cuentan, avisan todo eso y ellos ya vienen con más confianza porque saben que van a estar más presentes al momento del parto...» (Grupo Focal –CS Vilcashuamán)

Mejora en las relaciones entre el personal del HRA y, entre HRA y personal de periferia.

La capacitación se convirtió en un espacio de socialización para todo el personal de salud de Ayacucho, que se expresa en la cultura organizacional guiada por el lema de «conocerse, sentirse como un gran equipo».

... «cosa importante de la capacitación fue que nos conocimos, porque antes había un divorcio entre lo que es periferia y Hospital Regional (...) y en las capacitaciones comenzamos a conocer al personal que trabajaba en periferia, ya de cierta forma nos hicimos amigos, porque al final hasta nos íbamos a una reunión (...) y eso le daba confianza al personal de la periferia...» (Dr. Máximo Vega –HRA)

«...el trabajo en equipo ha sido lo más importante, entendiendo que uno sólo no puede enfrentar un problema que tienen muchas aristas, muchas causas, se puede entender que se tiene que tomar desde un punto de vista multidisciplinario; y es por ello que nosotros hemos tenido que mejorar nuestra actitud y nuestro manejo en grupo (...) confluir en una sola idea (...) que gracias a FEMME lo hemos podido mejorar, institucionalizar sobre todo en el hospital (...) sobretodo nos ha servido a nosotros mismos como una estrategia para mantenernos interesados en seguir trabajando (...) nos ha servido mucho para motivarnos...» (Dr. Pablo Salinas –HRA)

«...FEMME significa y significó aprendizaje, durante todo este proceso hemos aprendido en diferentes aspectos no solamente en lo que es capacitación, sino en lo que son las relaciones interpersonales, hemos aprendido a trabajar en equipo, hemos aprendido a problematizar (...) que nos ha permitido utilización de datos, análisis para poder mejorar nuestros procesos. Aprendizaje positivo, no solamente para nosotras sino también para todas las personas que han trabajado con nosotros: al personal técnico, a los médicos, las obstetrices y también a los pasantes...» (Grupo Focal Obstetrices –HRA)

«...antes el trabajo era muy diferente, ahora el trabajo es más en equipo, coordinado y con mayor resolución...» (Grupo Focal –H. San Francisco)

«...esto ha permitido de que el personal todito estemos involucrados, no solamente el personal que esté bastante en contacto con las mujeres. Sino toditos: el portero, el biólogo, el personal de transporte estamos sensibilizados, y lo que permitió este trabajo de equipo es querer evitar estas muertes maternas...» (Grupo Focal –CS Tambo)

Es decir que, se da un cambio de actitudes en el personal de salud.

«...uno de los casos fue el de un médico, el típico personaje de la contradicción, desde el inicio nos decía para que sirven los protocolos (...) fue más dramática cuando el doctor asumió la jefatura del departamento de G-O, fue duro; pero otra vez vuelvo a decir el tema del diálogo, del respeto, de buscar acercar evidencia a los gerentes, el hecho de motivar resultados al final del camino ha resultado, hay que tomar la paciencia, todo lo que signifique ser tolerante pero dio resultados (...). Luego, era increíble ver al doctor que estaba defendiendo de repente el modelo, no se en que momento fue el cambio, pero el hecho de que nosotros estábamos ahí día a día» (Lic. Elena Esquiche -CARE)

Cambio entre los diferentes perfiles profesionales que laboran juntos, la idea de equipo sumada a la sensibilización ha reforzado este cambio.

«...Muchas de las cosas que tienen que ver con este tema de falta de un diálogo horizontal y de poder darle a cada uno la prerrogativa del manejo hasta donde puede y debe, esta cuestión medio patriarcal entre los médicos y obstetras causaba demoras y negligencias en la atención del personal (...) yo creo que de alguna forma FEMME lo ha resuelto, lo ha enfrentado (...),creo que si no hubiera trabajado en estos cuellos de botella, no habría tenido el éxito que ha tenido» (Dra. Raquel Hurtado -MINSa)

Un claro ejemplo que permite visualizar ello es en el sistema de R y CR. Previo al proyecto, el trato con el personal de periferia que refería a una paciente estaba cargado de negativismo; actualmente, el hecho de que el personal de periferia conozca al personal del HRA sumado a la mayor confianza por el manejo protocolizado, hace que ya no se tenga miedo o incomodidad al referir a una paciente.

«...Había bastante queja del personal de periferia acerca del maltrato que se hacía acá, habían personas de periferia que referían a una paciente y para referir no es fácil, tienes que convencer a la familia de la mujer de la necesidad de ser traída acá y es muy difícil y después de una vez que la han convencido, que han hecho el viaje de 4-5 horas, llegaban acá y se les decía para que la traes si no lo necesita...» (Dr. Máximo Vega- HRA)

«...la actitud ha cambiado un 100% en el hospital definitivamente y de la misma forma la actitud del personal que netamente trae esta referencia, se siente más seguro porque se que estamos en comunicación con los puestos unipersonales (...) esa interrelación de comunidades con puestos, de puestos con centros, con hospitales...» (Dr. Alex Gallegos - CS Vilcashuamán)

«... se está disminuyendo la MM porque ellas traen pacientes, las referencias es oportuna y adecuada, porque ellas le traen a la paciente estabilizada, ya no pues a morir como antes...» (Grupo Focal Obstetras -HRA)

«...quizás lo más importante es la sensibilización del personal de salud para la atención a nuestras gestantes. Siempre ha habido maltrato del hospital al personal de salud y más aún a nuestras gestantes; pero ese ha sido un gran éxito de FEMME para poder sensibilizar a los trabajadores del Hospital para que se la atención que se merecen, tanto a los comunitarios como al personal de salud...» (Dr. Jesús Huayne -CS Tambo)

«...un aporte ha sido por ejemplo el organizar y esquematizar por niveles de atención las emergencias obstétricas a través de una guía estandarizada y valida, eso no sólo ha servido para que el hospital maneje sus casos bajo un solo esquema, sino a nivel de toda la red y esto se ha ampliado aún más a la zona de Quimbirí (Cusco) y ya está aplicando a

partir de esta guía los mismos procesos, y es por eso que la misma razón que ahora oportunamente ya vienen menos complicados los casos porque está oportuna la referencia...» (Dr. Wilfredo Sifuentes –H. San Francisco)

«...Entrevistador: ¿y cómo así las guías les ha ayudado más? (...)

Respuesta: porque está elaborado de acuerdo al nivel del establecimiento, hasta donde por ejemplo un técnico podría usar la guía y hasta donde abarca y en qué momento podría hacer la referencia...» (Grupo Focal –H. Cangallo)

Protocolo, sinónimo de confianza

El protocolo les brinda una base de atención estandarizada para los principales casos de atención a las EMO; entonces, su utilización les da más confianza a los proveedores de salud en el ejercicio de su actividad. Ello a su vez, repercute en el sistema de R y CR con una atención más rápida, adecuada y oportuna; mejor trato al paciente, «todos hablan el mismo idioma».

«...tenemos destrezas para identificar riesgos oportunamente, por ejemplo de atonía uterina que nos pasa...» (Grupo Focal Obstetricas –HRA)

«...Gracias al uso de los protocolos se puede manejar la patología desde un mismo enfoque y desde un primer nivel de atención, entonces todo es secuencial, todo gira en una misma dirección y el manejo es adecuado y oportuno sobretodo...» (Dr. Pablo Salinas – HRA)

« (a través del proyecto FEMME se) ...ha potenciado y ha incrementado la *expertise* de los proveedores, ha potenciado sus habilidades, les ha hecho cambiar su forma de pensar, ellos creen muchísimo en si mismos, creen mucho en lo que hacen ayuda a salvar vidas, entonces están bien comprometidos (...) los veo en conjunto como un equipo muy grande, que está convencido de lo que hace, que está entrenado para hacer lo que tiene que hacer, de que están muy contentos con los resultados que tienen...» (Dra. Isabel Chaw – MINSA)

«... yo creo que un beneficio es que se tiene mayor seguridad en el manejo, en mayor confianza tanto ganada del personal de los establecimientos (...)

Entrevistador: ¿De qué manera es que ustedes tienen esa sensación de mayor seguridad?

Cuando se trabaja en equipo están presentes todos los profesionales capacitados de acuerdo a su rango: está el obstetra y nos da la seguridad de que el parto, está la enfermera que atiende al bebe (...) es un equipo que no solamente nos sentimos seguros nosotros sino también la paciente...»

(Grupo Focal Vilcashuamán)

«...permite al personal, sobretodo los centros que brindan cuidados obstétricos básicos, permite tener una herramienta con la cual ya sea médico, obstetrix o enfermera puedan proceder (...) le explico si no está el médico y está la enfermera o la obstetrix por lo menos ellas tienen la herramienta sobre la cual hacer el procedimiento...» (Dr. Luis Miguel De la Cruz –Cangallo)

«...algo importante que he visto es el uso de protocolos, por ejemplo en el servicio no tenemos al ginecólogo, entonces usamos bastante los protocolos, tratamos de estandarizar las atenciones para todo lo que es emergencia, tanto médicos como obstetricas, como otros profesionales...» (Grupo Focal San Francisco)

Involucramiento de diferentes actores centrados en el objetivo de reducir la MM

La sensibilización, que coloca a la reducción de la MM como un tema social eje en Ayacucho, ha permitido el involucramiento de los diferentes actores para este objetivo común. Las autoridades regionales, provinciales y distritales, organismos públicos y otras instituciones participan con los aportes correspondientes de acuerdo su sector.

Se crea y fortalece un lazo entre comunidad–sector salud (DIRESA, HRA, Centros de salud, proveedores)–Gobierno Regional; que deriva en compromiso de los actores involucrados.

(Sobre FEMME) «...Realmente esto es un modelo y un ejemplo de lo que se puede lograr con pocos recursos y sobretodo con mucho trabajo de sensibilización, motivación y hasta convencimiento del personal médico y paramédico de una DIRESA, (...) porque podemos ponerle todo el mejor equipamiento y capacitar, pero si no hay ese compromiso, sino hay ese trabajo en equipo, si no hay una comprensión de la relevancia del tema creo que pocos son los logros (...) Personalmente yo rescato esta capacidad y esta fortaleza del equipo de CARE de haber logrado motivar, sensibilizar y cambiar estos procesos de relación interpersonal, de gestión, de mejor utilización de recursos...»
(Dra. Raquel Hurtado –MINSa)

«...tratar de lograr mayor involucramiento del personal que es importante porque por más que se de capacidad resolutive y se da capacitación, si el personal no está involucrado, no siento que esto es suyo, no lograría los resultados...» (Dra. Lucy del Carpio –MINSa)

«...el beneficio para la región es que a nosotros nos ha enseñado que debemos trabajar en equipo, es muy importante organizar el servicio es fundamental que todo el personal tengo un manejo así estandarizado...» (Dra. Rosa Pomassonco –DIRESA)

«...lo bueno de este proyecto es que ha fortalecido la relación entre comunidad, institución y el ministerio de salud (...) en realidad hay una convergencia de muchas cosas con el proyecto, el desarrollo de la capacidad humana ha mejorado»
(Grupo Focal Vilcashuamán)

«... se logró convocar a la universidad para cambiar el currículo adecuado, mejorar, implementarla a todo el proceso que vivía la región; (...) hemos visto que a nivel de las incidencias políticas, una lección que aprendimos es que los políticos, los actores sociales nunca están reacios a tratar temas sociales, lo que pasa es que hasta ahora no hemos construido herramientas y metodologías que nos permitan trabajar en asocio con ellos la mortalidad materna...»
(Lic. Elena Esquiche –CARE)

«...teníamos que pasar a la fase de diagnóstico a la de intervención, eso ayudo a definir las áreas de intervención del proyecto porque finalmente el análisis digamos que fue un análisis hecho con el Ministerio, o sea todo el proceso ha sido participativo. El Ministerio ha sido un actor clave para también contribuir a la toma de decisiones...»
(Dr. Guillermo Frías –CARE)

«...considero que este proyecto tiene futuro, nos deja con un resultado expresado no sólo en palabras sino en cifras; y si bien es cierto falta mucho por hacer, sin embargo esos resultados hacen que nosotros como universidad estemos muchos

más motivados, recibimos las críticas con espíritu de avanzar y desarrollar en la formación de nuestros recursos humanos...»
(Grupo Focal Universidad de Huamanga)

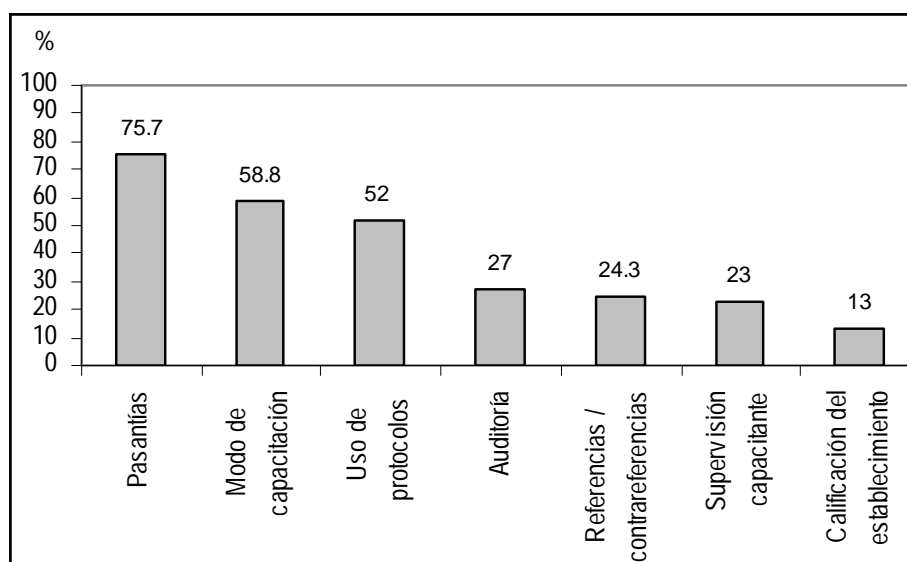
«...esto se ha convertido en una política pública regional o sea me refiero a la guía G-O para reducir las EMOS y tenemos que la mortalidad materna está en segundo lugar en las políticas regionales de salud (...) también está como prioritario en los acuerdos de gestión de la DIRESA, Gobierno Regional y MINSA el año pasado y este año también se va a atender a la mortalidad materna dentro de los acuerdos de gestión...» (Sr. Jorge Rimarachín –Gobierno Regional)

Percepción del personal de salud sobre los aportes y la significancia del proyecto FEMME:

El personal de salud reconoció un conjunto de aportes tangibles del Proyecto FEMME en relación a la mejora de la atención de las EMO. Se destaca que las pasantías (75%), el modo de capacitación horizontal y participativa (59%) y el uso de protocolos estandarizados para la atención de las EMO (52%) fueron los aspectos más destacables del Proyecto (Gráfico 18).

Un 27% de los entrevistados reconoció la auditoría como un elemento importante, sobretodo el personal HRA es de esta opinión.

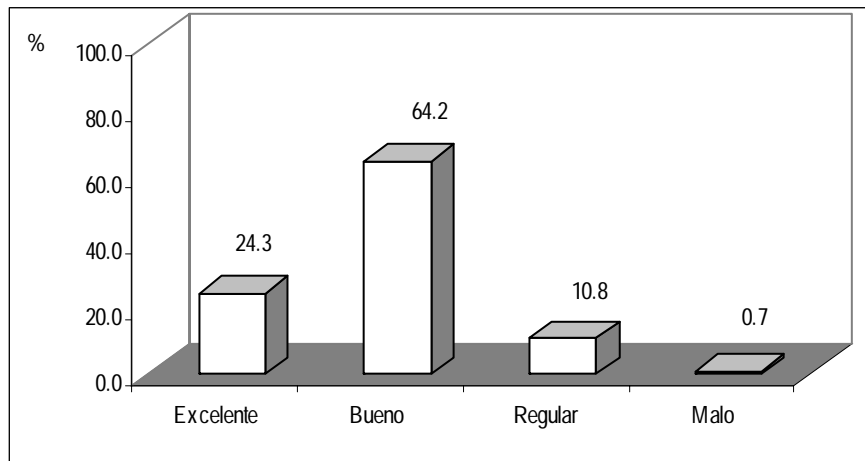
Gráfico 18: Principales aportes del Proyecto FEMME según el personal de salud (n=148)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

También fue investigada la percepción del personal de salud (médicos, obstetrices, enfermeras y técnicos de enfermería) sobre la significancia y modo de trabajo del Proyecto FEMME (Gráfico 19). Los resultados muestran que el 88% de los entrevistados considera que la significancia y forma de trabajo del Proyecto estuvo en la categoría de excelente y bueno. Dichos resultados reconocen como positiva la acción del Proyecto y coinciden con la información cualitativa obtenida (pertinencia, aceptabilidad e innovación).

Gráfico 19: Percepción del personal de salud sobre la actuación del Proyecto FEMME (n=148)



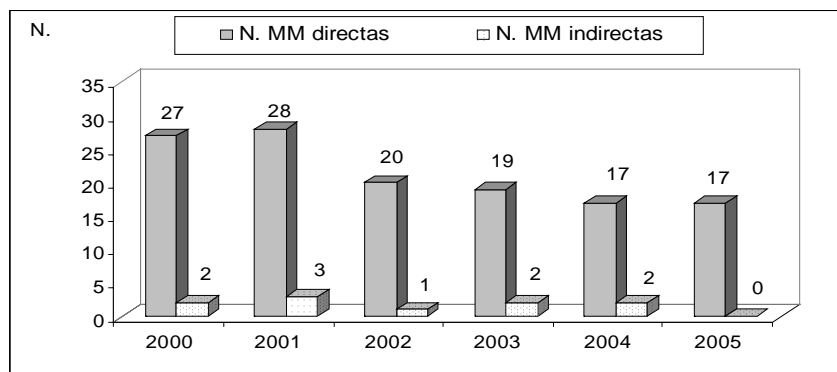
Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

6.3.3 Muertes maternas:

El análisis del número de muertes maternas en la DIRESA y en el ámbito de intervención muestra una tendencia decreciente, encontrándose que la magnitud de dicha disminución muestra similitudes, por ejemplo en la zona de intervención del Proyecto para el periodo 2000–2005 la reducción del número de muertes maternas por causa directa (obstétrica) fue del 35% en tanto que en la DIRESA Ayacucho tal disminución fue del 36% (Gráfico 20). Aun cuando el pequeño número de MM en el ámbito FEMME no permite establecer afirmaciones contundentes y válidas, podría afirmarse que la ocurrencia de patrones similares en ambos escenarios.

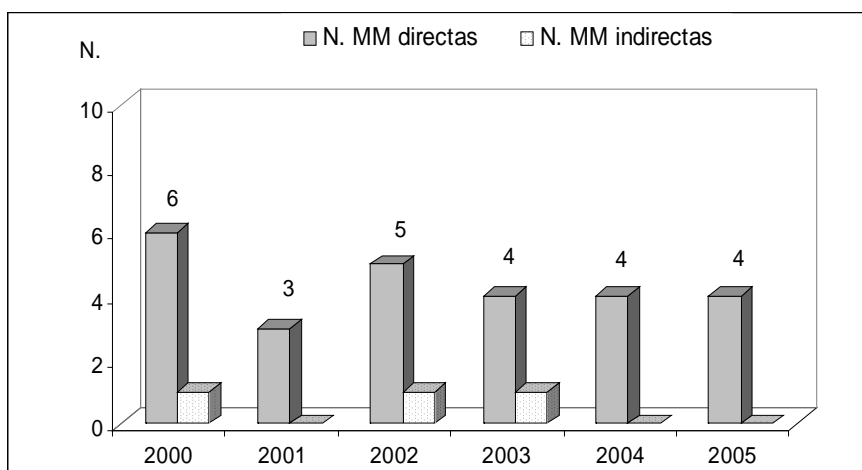
Gráfico 20: Número de muertes maternas según tipo en la DIRESA y el ámbito de intervención del Proyecto FEMME (2000–2005)

DIRESA AYACUCHO



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

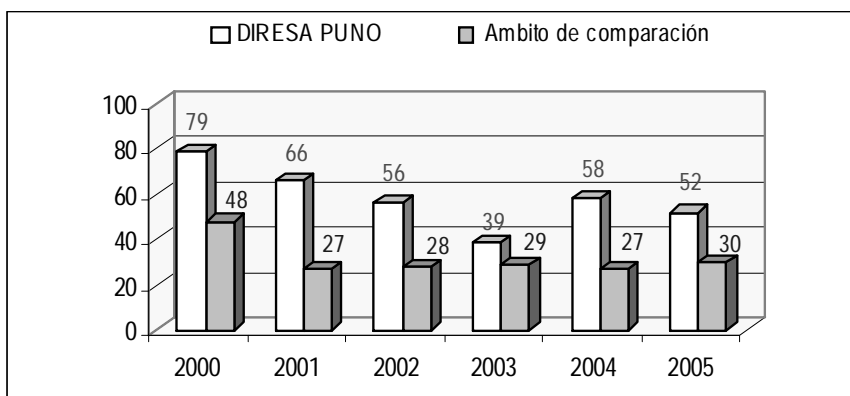
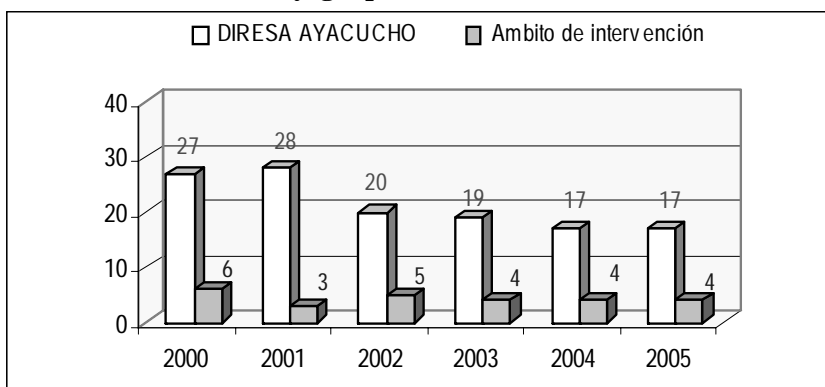
AMBITOS DE INTERVENCIÓN: PROYECTO FEMME



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Analizando comparativamente el número de muertes maternas entre los grupos de estudio (Gráfico 21), se observa que en toda la DIRESA Puno ocurrieron 79 muertes en el 2000 y en el año 2005 registraron 52. Sin embargo, en el ámbito de comparación de Puno, es decir en los cinco EESS del GC, se han notificado 48 muertes en el 2000 y 30 en el año 2005, nótese que en dicho ámbito en el periodo 2001–2005 se aprecia un patrón ascendente en el número de MM (27 al inicio y 30 en el 2005) lo cual estaría reflejando que un estancamiento de la reducción de la mortalidad materna en dicho escenario y ameritaría la toma de acciones integrales para su análisis y corrección.

Gráfico 21: N° de muertes maternas notificadas por el MINSA según DIRESA y grupos de estudio



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Analizando las muertes maternas según causa específica, para el caso de la región Ayacucho se observa que las principales causas continúan siendo las mismas para el periodo de estudio 2000–2005, empero se nota una reducción del 25% en las muertes por hemorragia obstétrica, se observa también una persistencia de la hipertensión gravídica como causa importante de MM. Situación similar ocurre con las infecciones y el aborto complicado (Tabla 29).

Tabla 29: Distribución proporcional de las muertes maternas según causa específica (DIRESA Ayacucho, 2000–2005)

Causa específica MM	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	%	%	%	%	%	%
Hemorragia Obstétrica	62.1	58.1	38.9	47.6	57.9	47.1
Hipertension gravídica	24.1	27.6	33.3	9.5	15.8	29.4
Infecciones / Sepsis	3.4	6.9	16.7	4.8	15.8	11.8
Aborto complicado	3.4	0.0	0.0	14.3	0.0	11.8
Parto obstruido	0.0	0.0	0.0	4.8	0.0	0.0
Embarazo ectopico	0.0	0.0	5.6	4.8	0.0	0.0
Otros	0.0	0.0	0.0	4.8	0.0	0.0
N. MM indirectas	6.9	10.3	5.6	9.5	10.5	0.0
Total MM en porcentual	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total MM DIRESA	29	29	18	21	19	17

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

En el ámbito FEMME, lo que se observó fue una persistencia de la hipertensión en el embarazo como la primera causa importante de muerte materna (2000–2005), excepto el año 2004; la hemorragia obstétrica fue la segunda causa de muerte en dicho periodo y en el 2005 no se registraron casos de MM por esta causa. Esto refleja que existe una mejora en la resolución ante las hemorragias obstétricas pero queda por mejorar fundamentalmente el acceso al tratamiento oportuno de las pacientes con hipertensión gravídica.

En la DIRESA Puno, la hemorragia obstétrica continua siendo la primera causa de MM en un nivel proporcional estacionario (alrededor del 70% al 2005), la hipertensión gravídica y las infecciones le siguen en frecuencia. Similar situación ocurre en el área de comparación (Ver Anexos).

Adicionalmente, desde el año 2005 hay un conjunto de EESS del ámbito FEMME que no reportan ocurrencia de MM, situación que no ocurre en ninguno de los establecimientos de comparación de Puno. Gráfico 22

Gráfico 22: Establecimientos que registran ausencia de MM en el 2005 según grupos de estudio

	GRUPO DE INTERVENCION	GRUPO DE COMPARACION
EES <u>SIN</u> MUERTES MATERNAS EN EL ULTIMO AÑO (2005)	3	0
EES <u>CON</u> MUERTES MATERNAS EN EL ULTIMO AÑO	2	5

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME, 2006

6.3.4 Modelo de los retrasos

El modelo de los retrasos es de utilidad en el análisis de las muertes maternas, permite identificar los motivos asociados a la limitación para reconocer situaciones de peligro, a la falta de decisión para la búsqueda de atención especializada o a la oferta inoportuna de la atención.

El Proyecto FEMME, siendo parte de la iniciativa mundial del AMDD, utilizó el modelo de los retrasos para analizar la ocurrencia y causalidad de las muertes maternas. Se parte del principio de que las muertes domiciliarias son un descrédito para el sistema de salud y reflejan una crítica situación de inaccesibilidad a servicios de salud obstétricos, desinformación de las usuarias sobre los signos de peligro obstétricos, comportamiento pasivo ante ellos y el limitado conocimiento sobre la existencia de servicios de salud para su resolución, esto último trasluce serias debilidades en las estrategias de comunicación y educación sanitaria desde los EESS a la periferia.

De otro lado, las muertes en el trayecto a los EESS pueden interpretarse como la existencia de inoportunos sistemas de referencia obstétrica, vale decir debilidades operacionales en el reconocimiento, manejo inicial, derivación oportuna, transporte y/o la recepción de los pacientes.

Las muertes en el EESS reflejan debilidades en la calidad de atención de las EMO (manejo inoportuno e inadecuado), limitada capacidad de resolución y/o actuaciones frente a casos sumamente complicados e incluso irreversibles producto de anomalías funcionales en las referencias desde los niveles de menor complejidad. Estas fases o retrasos en la atención se encuentran interrelacionados entre sí y su análisis permite la identificación de factores «cuellos de botella» susceptibles de ser modificados.

Los resultados del estudio muestran que en el año 2000 del total de muertes analizadas en la región ayacucho, el 62% de ellas ocurrían en domicilio y 28% en los establecimientos; hacia el año 2005 esta situación ha mostrado un llamativo viraje, un 23% de las muertes han ocurrido en el domicilio y las muertes en los establecimientos de salud llega al 54%. También se observa un incremento porcentual de las muertes en el trayecto a establecimientos de mayor complejidad (Tabla 30). Esto podría estar reflejando una mayor accesibilidad de las pacientes EMO a los EESS (recordar el incremento de las necesidades EMO alcanzadas), lo cual aunado a la menor letalidad obstétrica está mostrando una mayor accesibilidad, un incremento en la utilización y un mejorado nivel de resolutivez en los EESS, siendo estas últimas los objetivos que se planteó el Proyecto FEMME y que fueron alcanzados a la luz de los hallazgos.

Del otro lado de la medalla, se observa en el grupo de comparación (Puno) que el porcentual de MM domiciliarias fue del 70% en el año 2000 y en el año 2005 dicho valor se redujo al 53%, vale decir que actualmente de cada dos muertes maternas una de ellas ocurre en el domicilio (comunidad). Este hallazgo aunado al reducido 30 % de necesidades EMO alcanzadas puede ser interpretado como una limitada accesibilidad de las pacientes con EMO a los EESS y una reducida utilización de los servicios obstétricos.

Adicionalmente, la calidad de atención es un problema serio (letalidad obstétrica alta) en el GC lo que agudiza ostensiblemente la situación de la atención materna y obstétrica en dicho escenario.

Obsérvese que el patrón distributivo de las muertes maternas en el año 2005 en la región Puno es bastante similar al que mostró Ayacucho en el año 2000, justo antes del inicio del Proyecto FEMME.

Tabla 30: Ocurrencia de las muertes maternas según el modelo de los retrasos (GC vs GI, 2000–2005)

DIRESA	Año	Lugar de ocurrencia de MM ⇒	Muerte en domicilio	Muerte en el trayecto	Muerte en el EESS
		Factor relacionado ⇒	Reconocimiento	Búsqueda	Atención oportuna y/o de calidad
			Decisión	Referencia	
AYACUCHO	2000	⇒	62%	10%	28%
	2005	⇒	23%	23%	54%
PUNO	2000	⇒	70%	6%	24%
	2005	⇒	53%	23%	24%

Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

6.3.5 Razón de mortalidad materna

Sabido es que el impacto de los programas y/o intervenciones en salud obstétrica se miden a través de cambios en la razón de mortalidad materna. Sin embargo, también es conocida la dificultad para obtener este indicador ya que desde el punto de vista poblacional la muerte materna es un evento poco frecuente. más aún estudios revelan que en la evaluación de programas de maternidad saludable y segura, no deberían considerar sus efectos basándose únicamente en el indicador RMM, debido a que depende de una multiplicidad de factores causales o relacionados, su técnica de medición es difícil de aplicar, y el tiempo para su modificación es de largo plazo; antes bien se debiera medir efectos a nivel de los servicios obstétricos, de las referencias y de las estrategias de comunicación y educación con la comunidad²⁷, en esa línea los indicadores de proceso han mostrado una utilidad en términos de gestión sanitaria a destacar.

El método de las hermanas es el más usado en la medición poblacional de este indicador, según la encuesta ENDES 2000 la RMM a nivel país era de 185 x 100,000 nacidos vivos. Dicha encuesta pese a ser nacional no tuvo un poder muestral ni estadístico suficiente como para estimar RMM a nivel de ámbitos geográficos y menos aun al nivel departamental. La estimación de este indicador exige estudios poblacionales de gran magnitud.

Hay varias alternativas para determinar el impacto de programas de salud materna, algunos de los indicadores ya han sido mostrados en este documento, los indicadores de progreso son una excelente opción^{28,29}; sin embargo es de valor utilizar, sobre todo en estudios comparados de impacto, el cambio en la razón de mortalidad notificada (registrada) la cual calcula la probabilidad de muerte por causa materna basados en los datos de los registros del sistema de salud oficial (MINSA). La potencia del indicador va a depender de los niveles de subregistro de la mortalidad materna, la fineza de las estimaciones de población, la validez de los indicadores de natalidad no sólo nacional sino también por ámbito geográfico y de estimaciones adecuadas de las tasas de crecimiento. Cabe señalar que esta metodología es posible aplicarla colocando especial cuidado en su interpretación ya que sus valores absolutos pueden no tener sintonía con las estimaciones poblacionales oficiales. El valor de esta alternativa radica en la posibilidad de realizar análisis comparativos de impacto a través del cálculo de diferencias proporcionales.

En el caso peruano, desde el año 1996 se viene registrando y notificando el número de muertes maternas a través del Sistema Nacional de Vigilancia de las muertes maternas, todas las dependencias de salud del MINSA antes departamentales y ahora regionales han implementado dicho registro, hoy a cerca de una década de funcionamiento de tal sistema de notificación, es

poco probable que las tasas de subregistro sean altas, aun cuando no se disponga de dicha estimación. En la última década las políticas nacionales y regionales han tenido un fuerte enfoque hacia la maternidad saludable y segura lo que ha favorecido toda una movilización del sector salud e incluso social por conocer la magnitud real del problema, lo que apunta hacia subregistros no tan elevados. Se dispone de tasas de subregistro de mortalidad departamental estimadas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA, dicho indicador para el año 2002 es el que se ha utilizado como una medida aproximada del subregistro de muertes.

El año 2005 se realizó en el Perú el censo nacional el cual actualizó las poblaciones del nivel país, departamentos y demás instancias, lo cual es de gran valor en la perspectiva de estimaciones y cálculo de indicadores sociales y de salud. Las tasas de natalidad están disponibles también.

Todo esto facilita el uso del indicador de la RMM notificada como un referente imperfecto pero útil en términos de salud pública para determinar el impacto de programas de salud materna como el FEMME.

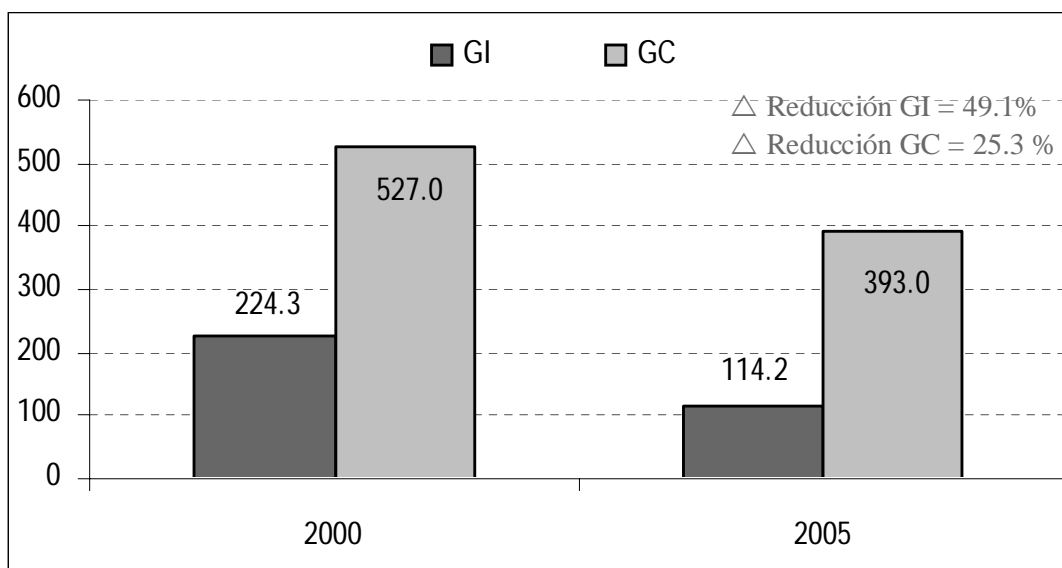
En el periodo de estudio 2000–2005 (6 años calendario) se observó en ambos grupos de comparación una disminución de la probabilidad de muerte por causa materna (RMM notificada). Para el año de inicio, en el grupo de intervención se estimó 224 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos esperados y el año 2005 dicho indicador se redujo a 114. En el grupo de comparación la RMM notificada fue de 527 muertes por cada 100,000 nacimientos esperados (2000) y el año final tal valor disminuyó a 393. Tales cambios representan en términos porcentuales (comparando el punto de inicio y el final) una reducción de la probabilidad de muertes maternas en el GI del 49% durante los años de estudio en comparación con una reducción del 25% en el GC. Esto significa que en el grupo de intervención del Proyecto FEMME ocurrió una aceleración de la reducción de mortalidad materna equivalente a una ganancia neta del 24% (Gráfico 23).

Esta diferencia obedece a varios factores que interactúan en el ámbito de intervención (GI) no es un efecto exclusivo del FEMME. Sin embargo, es conocido que la muerte materna obedece a factores causales múltiples, empero estudios poblacionales y de servicios de salud con rigurosidad de métodos y de validez comprobada reconocen que la accesibilidad a servicios obstétricos de calidad³⁰, el incremento del parto institucional³¹, los sistemas de referencia y transporte adecuados³², el nivel educacional de las madres, y el nivel socioeconómico (NSE) son los factores de mayor asociación a la mortalidad materna^{33, 34}.

En nuestro ámbito de estudio nosotros concluimos que gran parte de las diferencias observadas en la reducción de la MM, ganancia neta del 24%, se debe a la acción directa del Proyecto FEMME (por tanto asumimos que ese es su efecto atribuible), debido a varios fundamentos, las coberturas de parto institucional muestran niveles ascendentes al interior del GI, el indicador de nivel socioeconómico y el nivel educacional de las mujeres fueron criterios de ajuste para la selección del grupo de comparación, siendo por tanto variables homogéneas en ambos grupos de estudio; así también de las intervenciones actuales o antiguas relacionadas con la mejora de la salud materna, que podrían mejorar el acceso a servicios de salud, tenemos intervenciones pasadas como el Proyecto 2000 y actuales como el PAR Salud que han estado presentes en ambos escenarios de estudio y en cada uno de los EESS considerados en la evaluación. La calidad de atención obstétrica es sustantivamente superior en el GI conforme los resultados al inicio de este reporte. En suma, el diseño del estudio ha minimizado el «ruido» estadístico y la posibilidad de sesgos y efectos de factores de confusión.

Esta discusión permite afirmar con alta validez que el Proyecto FEMME ha contribuido directamente en la reducción de la mortalidad materna en su área de intervención.

Gráfico 23: Cambios en la RMM notificada según grupos de estudio (2000–2005)



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Finalmente, retomando el enfoque de impacto esperado del Proyecto mostrado líneas arriba, se puede afirmar que el Proyecto FEMME tuvo un impacto positivo a nivel del sistema de salud, a nivel del personal de salud y en la salud de la población de mujeres del área de influencia de los EESS intervenidos.

6.4 Modelo interpretativo de los indicadores utilizados en la evaluación de impacto: Balanza gerencial

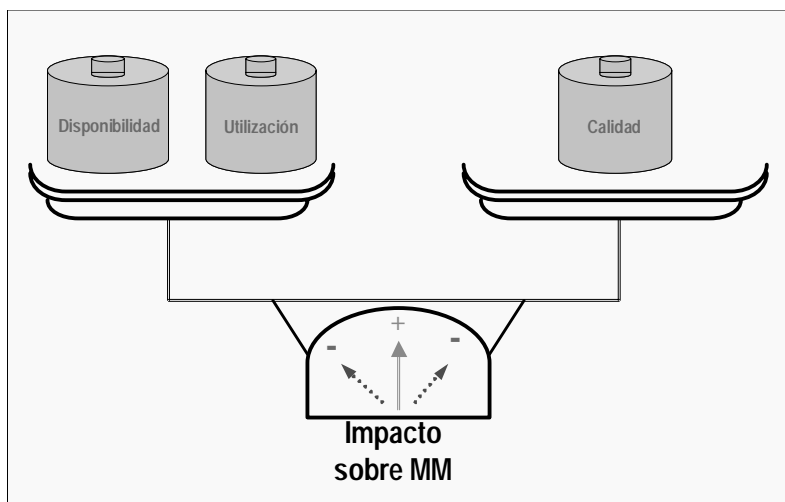
Debido a las razones expuestas líneas arriba existen dificultades en la medición directa de la RMM como un indicador de impacto de los programas de salud materna. Sin embargo, los indicadores de progreso en salud materna brindan una alternativa útil en gestión sanitaria; así en el Gráfico 24 se muestra la relación entre dichos indicadores y el impacto sobre la mortalidad materna.

La evidencia de diversos estudios sustenta el gráfico, el cual señala la necesidad de efectos simultáneos en la disponibilidad de los establecimientos COEm, en la utilización efectiva de tales servicios y de una mejora en la calidad de atención, para tener efectos en la mortalidad materna. Usualmente los programas destinan muchos recursos a medir esto último, muchas veces sin éxito.

La mejora de la disponibilidad sin un progreso simultáneo de los otros indicadores no se traducirá en un efecto positivo sobre MM, sólo expresará un fortalecimiento de la oferta de servicios. Una mayor utilización de los servicios aunado a baja disponibilidad de cuidados obstétricos y limitada calidad de atención, tendrá débil impacto en la salud materna.

Finalmente, la existencia de establecimientos con alta resolutividad y calidad, con poca utilización de parte de la población objetivo, lógicamente que tendrá un alcance débil en la reducción de la mortalidad materna.

Gráfico 24: Modelo interpretativo indicadores de progreso y razón de mortalidad materna

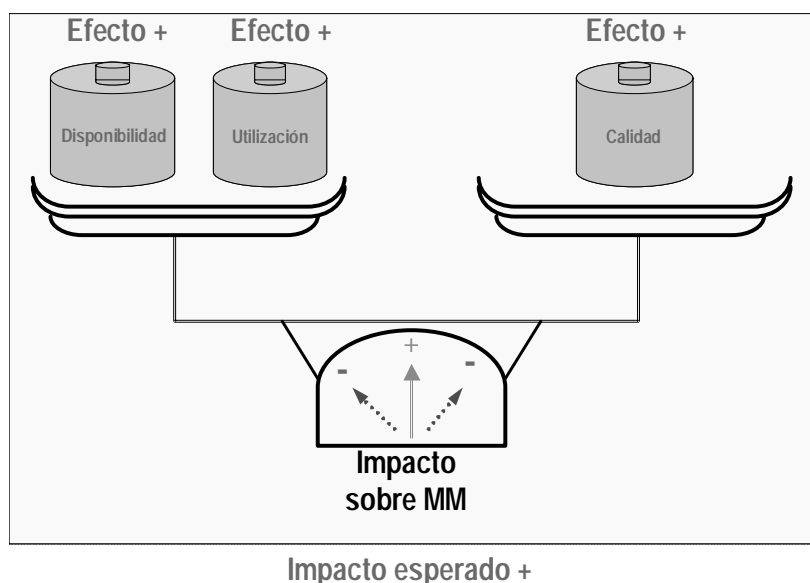


Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006

Paxton y cols, han reportado una relación positiva entre las necesidades EMO alcanzadas y la razón de mortalidad materna, similar relación a la reportada entre la coberturas de parto institucional y MM³⁵.

En el caso del proyecto FEMME (Gráfico 25), se observa una mejora sustantiva en la disponibilidad de establecimientos COEm para el periodo 2000–2005, una mejora en la utilización de los servicios obstétricos (aumento de las necesidades EMO alcanzadas y del número de partos) y una mejor calidad de atención (tasa de letalidad obstétrica dentro de los estándares internacionales). Todo esto según nuestro modelo interpretativo de la balanza hace prever con alto grado de veracidad que existirá un impacto positivo en la reducción de la mortalidad materna. La magnitud de la reducción encontrada con el método de diferencias de proporciones fue del 24% (efecto atribuible al proyecto).

Gráfico 25: Modelo interpretativo indicadores de progreso y razón de mortalidad materna aplicado al Proyecto FEMME.



Fuente: Estudio de resultados e impacto del Proyecto Femme, 2006



VII. Conclusiones

1. El proyecto FEMME representa la articulación de esfuerzos entre el MINSA, el IEMP, CARE Perú, el AMDD internacional y la Universidad de Columbia. Desde el año 2000 y durante cinco años ha desarrollado acciones en la zona norte rural de la región Ayacucho, direccionando su intervención hacia cinco establecimientos de salud (HRA y cuatro establecimientos periféricos). Su accionar estuvo orientado a mejorar la disponibilidad, utilización y la calidad de atención de las EMO, para ello promovió que los establecimientos obtuvieran la calificación del cuidado obstétrico esencial/básico, incentivó la mejora de las competencias técnicas del personal de salud, el fortalecimiento de la gestión de servicios y colocó el enfoque de derechos como un elemento a considerar en la organización de la atención. Con todo este conjunto de esfuerzos se consideró, basado en la evidencia internacional, que se estaría contribuyendo efectivamente en la reducción de los altos índices de mortalidad maternas presentes en la región Ayacucho.
2. Sobre el desempeño del Proyecto FEMME:
 - 2.1 Capacidad estructural: La estructura disponible en los establecimientos visitados muestra un nivel de cumplimiento aceptable según la aplicación de los instrumentos FOE–FOB del MINSA. No se aprecian diferencias según grupos, lo que representa una similaridad estructural en ambas zonas. Surge la necesidad de fortalecer los establecimientos de periferia con médicos especialistas para poder ofrecer servicios de cesárea y otros.
 - 2.2 SICAP: Iniciativa del HRA para convertirse en un centro de capacitación para las EMO. El SICAP a lo largo de sus años de implementación (2002–2005) ha mostrado una evolución positiva, se ha convertido en un centro de referencia nacional y regional en capacitación obstétrica, ha atraído la atención del nivel central del MINSA, de DIRESA vecinas y de algunas instituciones del extranjero. Es bien aceptado por el personal de salud que tuvo pasaje por ella, destaca su modalidad de capacitación, los contenidos desarrollados, la educación en servicio y la disponibilidad de materiales de capacitación EMO actualizados y aplicados a la realidad local. Las acciones de capacitación regional han sido mucho más dinámicas y sostenidas en los últimos años en el grupo de intervención.
 - 2.3 Efectos en los pasantes: Luego de la pasantía SICAP (la cual tenía una duración de 15 días) los pasantes retornaban a su establecimiento con un plan de trabajo y recibían con cierta meridianidad la visita de supervisión del propio personal del propio HRA, con el propósito de impulsar la ocurrencia de cambios en la oferta, mejorar competencias y la calidad de los servicios EMO. Los pasantes fueron de la opinión que su capacidad de respuesta y manejo de las EMO mejoró sustantivamente; más aun, en el corto plazo ya aplicaban tales conocimientos en su práctica clínica lo cual evidenció la pertinencia y utilidad del entrenamiento, todo ello favoreció la mejora de la capacidad resolutive del sistema de salud en su conjunto.
 - 2.4 Manejo estandarizado: Las acciones del Proyecto impulsaron la elaboración, validación, implementación y seguimiento de la «*Guía protocolizada de la atención de las EMO en la Región Ayacucho*». Este documento constituye el emblema del accionar del Proyecto en la redes de salud y en la propia DIRESA, es la principal contribución objetiva y reconocida del Proyecto en la mejora de la salud materna en la región. El factor clave de éxito en esta área fue la naturaleza participativa, horizontal y basada en la realidad local que tuvo el proceso de elaboración de dicho instrumento. Durante las pasantías la guía y sus respectivos flujogramas,

se constituyeron en el referente fundamental del entrenamiento. La guía favoreció el manejo estandarizado de las EMO y las referencias obstétricas en toda la región, lo cual aunado a su amplia aceptación y utilización en la práctica rutinaria reflejan la contribución efectiva del proyecto. Al ser reconocida por el gobierno regional y la DIRESA le dio una plataforma normativa de gran valor en la perspectiva de su difusión y sostenibilidad. En el grupo de comparación, esta línea de trabajo ha tenido algunos años de inacción, empero desde el primer trimestre del presente año está siendo retomada.

- 2.5 Auditoría basada en criterios: Esta estrategia estuvo orientada a la implementación de acciones de monitorización de la calidad de atención de las EMO, para ello se conformaron equipos de trabajo y bajo la asistencia técnica el proyecto se logró realizar la revisión de historias clínicas. Todos los establecimientos participaron en este proceso, sin embargo la dinámica de la misma no se ha mantenido conforme lo esperado a lo largo de los años, incluso en el propio HRA; es por ello que este último en un intento por retomar este tema lo ha incluido en su plan de acciones 2006.

El principal aporte del Proyecto con esta estrategia, es haber colocado el tema de la auditoría en la agenda de acciones de los servicios de salud como un medio objetivo para mejorar la calidad de atención de las emergencias obstétricas, señalando su naturaleza colectiva, constructiva y de búsqueda de la mejora continua; y simultáneamente, debilitar el falso mito de la punición ligado al término auditoría en el personal de salud. Estos avances facilitarán las acciones y propósitos que el nivel central del MINSA viene planteando recientemente en el tema de auditoría en salud (2006). En el grupo de comparación la práctica de la auditoría es muy incipiente.

- 2.6 Análisis de las muertes maternas: En los establecimientos visitados se observa la práctica de la discusión y análisis de las muertes maternas ocurridas, el reto reside en generar mecanismos organizacionales para implementar y monitorizar el cumplimiento y alcance de los acuerdos. En el grupo de intervención, la discusión tiene orientaciones fundamentalmente de la mejora de calidad antes que la punición. Aún existe el reto de virar estas discusiones al tema de las muertes maternas evitadas y/o calidad de la respuesta a las principales complicaciones obstétricas.
- 2.7 Gestión de la información: Este tema parte por la existencia de un adecuado registro de la información, en esa línea el proyecto ha contribuido positivamente a través de la estandarización de los registros de las atenciones de las EMO, de la atención de partos, hospitalización y seguimiento. Esto aunado a un entrenamiento individualizado en el uso, ha favorecido la disponibilidad de información válida y útil que permite la obtención de los indicadores utilizados en la gestión diaria. En el área de comparación, se observó en los establecimientos visitados una multiplicidad de formatos de registro que adolecían de homogeneidad y validez (sobre todo de constructo), y en donde la calidad del registro era muy débil y la accesibilidad de los mismos para su revisión y análisis fue muy difícil.
- 2.8 Supervisión de la capacitación: Consistió en la visita de equipos multidisciplinarios del HRA, DIRESA y del FEMME a los establecimientos de origen de los pasantes. El personal de salud destaca el gran aporte de esta estrategia, ha sido considerada como algo innovador que ha beneficiado al personal de salud y ha robustecido su capacidad de respuesta ante las EMO. Existe la concepción de que tales visitas han permitido adaptar el manejo de las EMO a la realidad local existente, las han difundido en las microrredes, y se han creado condiciones para la sostenibilidad y la mejora continua.
- 2.9 Referencias y contrarreferencias: Las acciones del proyecto, sobretudo las pasantías y el uso de la guía protocolizada, han fortalecido las referencias obstétricas. Se aprecia una mejora en la calidad de las referencias EMO, con una mayor precisión diagnóstica, un mejor manejo inicial, mejores condiciones de referencia. También se han observado mejoras en la oportunidad, capacidad de respuesta y calidad de atención de las EMO producto de una mejor organización interna y bajo el enfoque de redes. En el grupo de comparación, al no existir un patrón de orientación o criterios comunes sobre este tema, las referencias dependen de la competencia y experiencia clínica acumulada del personal de salud.

- 2.10 Prevención de infecciones: Las prácticas de medidas de bioseguridad fueron impulsadas en los EESS de intervención a través de sesiones de capacitación, el FEMME también apoyo la adecuación física y de la estructura para facilitar la higiene y el lavado de manos. Esta actividad se realiza rutinariamente en todos los servicios, sin embargo, existe el desafío por incluir estas actividades en la agenda local de gestión y planeamiento. En el grupo de comparación, también se vienen desarrollando acciones de este tipo, se observan debilidades en las acciones de refrescamiento del personal de salud.
 - 2.11 Planeamiento y gestión de servicios: De los ejes de intervención desarrollados por el proyecto FEMME se apreció que buen número de ellas se han colocado en los planes operativos del 2006, lo cual refleja la aceptación y percepción de su utilidad en la gestión local de servicios. Destaca el uso de protocolos (manejo estandarizado) y el fortalecimiento de las referencias. Adicionalmente se han observado modificaciones de la oferta de servicios en la perspectiva de mejorar el manejo de las pacientes EMO, así en el servicio de gineco-obstetricia del HRA se ha aperturado la unidad de cuidados intermedios. En dicho proceso la asistencia del proyecto fue de valor.
 - 2.12 Comité multisectorial para la prevención de la mortalidad materna en Ayacucho: El proyecto entendió que el respaldo político, institucional y social es de valor en la implementación y soporte de las acciones de salud, más aún en el tema de mortalidad materna. El Comité representó el escenario de discusión y acción donde las autoridades y la sociedad civil conjugaron esfuerzos colectivos y tomaron acciones concertadas para mejorar la accesibilidad a los servicios y su capacidad de respuesta. Esta dinámica también llegó a los establecimientos de salud y constituyó un factor a destacar que estimuló el esfuerzo del sector por mejorar su atención. También se propiciaron espacios para el reconocimiento y motivación del personal de salud a través por ejemplo, de la promoción y posterior institucionalización del concurso de muertes maternas evitadas.
 - 2.13 Derechos en salud: Las acciones se dirigieron al personal de salud, en el sentido de sensibilizarlos y concientizarlos en el tema del respeto de los derechos de las mujeres a la atención de salud bajo normas de respeto, privacidad y valoración de su cultura y entorno social. Lo que se promovió fue que este enfoque se expresara en una atención accesible pero humana basada en la calidez, el buen trato, la información oportuna y clara. Hay un cúmulo de cambios organizacionales en los servicios obstétricos que constituyen la traducción del enfoque de derechos e interculturalidad, sobre las características de la oferta.
3. Sobre los resultados alcanzados por el Proyecto FEMME:
 - 3.1 La disponibilidad de los servicios con competencias de cuidado obstétrico, esencial o básico, ha mejorado ostensiblemente en el área de intervención, los COEm están disponibles y reflejan un cambio positivo comparado con su punto de partida, actualmente existe una correspondencia entre el cuidado obstétrico disponible y la categorización realizada por el MINSA. En el grupo de comparación, de los cinco EESS evaluados, tres de ellos cumplen con los criterios COEm, empero existen dos de ellos que siendo hospitales de apoyo brindan cuidado obstétrico básico al igual que fuesen centros de salud.
 - 3.2 La utilización de los servicios COEm muestra incrementos sustantivos en el grupo de intervención, el indicador que más elevación ha mostrado es el de necesidades EMO alcanzadas por los COEm, es decir el porcentual de complicaciones obstétricas que son atendidas en los establecimientos, el cual llegó al 75% (año 2005). En el grupo de comparación, las necesidades EMO bordean el 30%. El índice de cesáreas también se ha incrementado y se encuentra dentro de los niveles internacionalmente aceptables (GI, 2005).
 - 3.3 La pertinencia de la intervención es positiva, según la opinión del personal el FEMME se enlazó acertadamente con las necesidades locales en salud y con las necesidades de la oferta. Se distinguió en el sentido de dirigirse a los puntos críticos de los factores concurrentes que limitaban una atención materna accesible, oportuna y de calidad.
 - 3.4 La aceptabilidad del FEMME es clara tanto en el personal de los EESS, como en los gestores de la DIRESA y MINSA, y en los actores sociales del nivel regional (GRA, demás instan-

cias). Destaca la flexibilidad del proyecto para poder interactuar positivamente con la realidad y cultura organizacional de la red de servicios. Las estrategias de acción fueron interiorizadas al estar presente, en su diseño y implementación, la opinión del personal de salud.

- 3.5 La innovación, se le reconoce al proyecto varios aportes en esta línea por ejemplo, la forma de trabajo horizontal y la creación de puentes comunicativos entre el HRA y los establecimientos de periferia; también se destaca la forma constructiva de elaboración de los materiales de capacitación; las estrategias de abogacía con las autoridades clave de la región que tuvieron resultados en el ejercicio de un liderazgo y conducción del GRA con la DIRESA en el tema de muerte materna; los cambios organizacionales de los servicios obstétricos basados en la reflexión de la realidad local; los mecanismos de supervisión pos-pasantías de parte de los profesionales especialistas del HRA; la inclusión del enfoque intercultural en la oferta de servicios de parto y atención EMO; entre otros.

4. Sobre el impacto:

- 4.1 Considerando como impacto los cambios deseados atribuibles a una intervención al ser operacionalizada en un sustrato de acción; fue considerado que el impacto del FEMME tuviera presencia a tres niveles: sistema de salud, personal de salud y la salud de la población
- 4.2 En el caso del sistema de salud, se promovió la mejora de la calidad de atención EMO y su indicador fue la letalidad obstétrica. En el periodo de estudio se observó en el GI una reducción progresiva de este indicador, hacia el año 2005 llegó al 0.4%, nivel por debajo del estándar internacional letalidad < 1%. En el caso del grupo de comparación en el mismo año dicho indicador llega al 5.1%. Esta diferencia en los niveles de la calidad de atención EMO es bastante similar a la encontrada en los hospitales regionales de ambos escenarios, en el HRA la letalidad es del 0.7% y en el HMNB es del 3.1%.
- 4.3 Asimismo en el periodo de intervención viene ocurriendo una progresiva reducción de las muertes domiciliarias lo cual refleja un incremento en el acceso a servicios COEm.
- 4.4 A nivel del personal de salud, el impacto fue determinado a nivel del beneficio percibido. Dicho beneficio entendido al nivel de los servicios y del desarrollo personal. El personal de salud entrevistado es de la opinión que el proyecto fue sumamente beneficioso en la mejora de la atención (mas del 80% opina así) y en facilitar un acercamiento entre los diversos niveles de atención (DIRESA-HRA y periferia). Dentro de los principales aportes reconocidos del proyecto, el personal de salud señaló la modalidad de capacitación a través de pasantía, la metodología de elaboración de los protocolos y la mejora del sistema de referencias, como los de mayor destaque. Al nivel individual, el personal de salud identificó al FEMME como el facilitador de espacios comunicacionales que les ha demostrado que su conocimiento, praxis y empirismo local son de valor en la definición de estrategias y metodologías de alcance regional, también les ha permitido mejorar su capacidad clínica individual ante las EMO, entender la importancia del enfoque intercultural, y les ha fortalecido el espíritu del trabajo en equipo, la construcción colectiva y la búsqueda de consensos.
- 4.5 Hay un conjunto de resultados alcanzados que señalan que viene ocurriendo una reducción de la mortalidad materna en la zona de intervención. Por ejemplo, se ha observado la mejora en la disponibilidad de los servicios COEm y en la calidad y cantidad de las referencias, simultáneamente existe un incremento en la utilización de los servicios de salud de partos y emergencias obstétricas, todo ello refleja un mayor acceso a la atención EMO. Estos cambios aunados a una mejor calidad de atención (menores índices de letalidad) hacen presumir una disminución efectiva en la mortalidad materna. Más aún, el beneficio percibido de parte del personal de salud en esa línea y en la mejora de la salud materna es positivo.
- 4.6 Basado en lo anterior y conociendo de las limitaciones metodológicas e interpretativas para determinar indicadores confiables de la razón de mortalidad materna en escenarios rurales con niveles de subregistro diverso, se planteó y utilizó criterios del diseño pre-experimental («antes y después») para estimar el cambio para el periodo 2000-2005, sobre la probabilidad de mortalidad materna, utilizando información oficial del INEI y del MINSA se calcularon

indicadores relacionados con la probabilidad de muerte, nacimientos esperados y tasas de subregistro los cuales sirvieron de base para las estimaciones comparativas según grupos de estudio. Con este enfoque se encontró en el GI que ha ocurrido una disminución de la RMM notificada ajustada del 49.1% (disminución en el quinquenio 2000–2005); en el área de comparación hubo un menor grado de reducción (25%). Es de interpretar que la tendencia en la reducción de la mortalidad materna en el GI se ha acelerado, y en esa situación la acción contributiva del FEMME es evidente.

5. Efectos inesperados: Hubieron un conjunto de efectos inesperados del Proyecto, dichos cambios positivos fueron propios del desarrollo de la experiencia. Destaca el inicio del proceso de réplica del SICAP a nivel de las provincias («SICAP periférico»), la vinculación efectiva y con calidez entre los diversos niveles de atención, el reconocimiento del modelo de capacitación HRA como modelo nacional y el merecido reconocimiento de parte del IEMP como centro regional de capacitación en EMO, la mejora efectiva del sistema de referencias, la implementación de la atención del parto vertical en el HRA, la disponibilidad de las metodologías e instrumentos FEMME al MINSA para su adaptación y difusión nacional, entre otros aspectos.
6. Con todo este conjunto de evidencias surge una apreciación que invita a la reflexión: «la situación de salud materna y la naturaleza del desempeño del sistema de salud materno en Puno 2005 muestra bastante similitud con lo que ocurría en Ayacucho en el año 2000».
7. El proyecto FEMME ha desarrollado e implementando un conjunto de estrategias integrales en la perspectiva de la mejora de la calidad de atención de las emergencias obstétricas, a lo largo de sus cinco años de actuación ha contribuido efectivamente en la reducción de la mortalidad materna a través de cambios positivos en gestión de los servicios y el sistema de referencias, y en la mejora de la disponibilidad de establecimientos calificados en el cuidado obstétrico, una incrementada utilización de los COEm y haber conducido una optimización de la calidad de atención y resolutivez ante las EMO.
8. Los resultados de la presente evaluación externa de impacto muestran concordancia con los reportes de monitoreo y evaluación interna que el proyecto ha desarrollado. Dicho sistema de monitoreo interno ha sido regular y se ha basado en el seguimiento de los indicadores de progreso y del número de muertes maternas. Las mayores áreas de concordancia radican en los indicadores de resultados. El valor agregado del presente estudio es que ha mirado integralmente la intervención, ha identificado aspectos clave de medición y a través de técnicas cuantitativas y cualitativas ha dado respuesta a los objetivos de la evaluación.
9. Basados en los indicadores de desempeño, resultado e impacto podemos afirmar que el Proyecto se ha constituido en una experiencia exitosa y ha contribuido efectivamente en la reducción de la mortalidad materna en su ámbito de intervención. Asimismo, se han identificado estrategias efectivas y de relativo bajo costo que ameritan ser institucionalizadas y transformadas en políticas y normas de aplicación de alcance nacional.

102



VIII. Recomendaciones

1. Factores operacionales y relacionados con la intervención:

- 1.1 Incorporar la atención del parto institucional y la mejora de su accesibilidad y calidad como uno de los ejes de intervención prioritarios de la mano con la mejora de la atención de las EMO; está demostrado que ambos factores son fundamentales en la reducción de la MM, tal beneficio no es percibido claramente por el personal de salud
- 1.2 Incorporar a la intervención FEMME el componente de salud neonatal, la región Ayacucho y en general la sierra sur muestra índices dramáticos en mortalidad perinatal.
- 1.3 En esa línea revalorar la utilidad del control prenatal mejorando su calidad y oportunidad. Basados en la evidencia, este servicio es crucial en generar adherencia de la usuaria por la utilización de los servicios de parto y adicionalmente se asocia a una menor prevalencia de bajo peso al nacer y menor complicaciones neonatales al momento del parto, lo cual demuestra su beneficio en la salud del binomio madre–niño³⁶
- 1.4 Impulsar la mejora de la disponibilidad de centros de hemoterapia en la zona de intervención.
- 1.5 Fortalecer los mecanismos de contrarreferencia en las redes de servicios.
- 1.6 Optimizar la indicación de las referencias, se está observando un incremento de partos eutócicos referidos por establecimientos donde existen competencias locales para brindar dicho servicio. Esto podría generar en un futuro altos costos de atención al sistema de salud, al Estado (vía el SIS) y a la economía de los pacientes.
- 1.7 Generar mayor capacidad resolutive en los Hospitales de Apoyo, especialmente en los servicios de cesárea y cirugía especializada, a fin de resolver los problemas localmente y evitar el exceso de demanda y saturación de pacientes que se observa en los servicios de gineco–obstetricia del HRA. Ahí el sistema de referencias puede apoyar en el desarrollo de iniciativas hacia la contención racional de la demanda.
- 1.8 Facilitar que el desarrollo de una cultura de la información entre el personal de salud
- 1.9 Promover un fortalecimiento del enfoque gerencial basado en el uso de información, la discusión colectiva y el monitoreo y evaluación de las acciones.
- 1.10 Impulsar una política de reconocimientos al personal de salud más distributiva y que alcance también al personal que brinda la atención directa a los usuarios.
- 1.11 Dinamizar el funcionamiento del comité regional multisectorial de mortalidad materna.

2. Sostenibilidad

- 2.1 Crear condiciones facilitadoras para que los procesos iniciados en los servicios de salud intervenidos se mantengan e incluso se profundicen, al momento del estudio se ha observado (abril 2006) una preocupante disminución de la dinámica operacional de los procesos de atención instaurados, sobre todo en los establecimientos periféricos.
- 2.2 Sostenibilidad institucional: Se requiere una participación activa de las actuales autoridades de la DIRESA en el sentido de optimizar la distribución del personal bajo criterios de necesidades en salud, mejorar las condiciones laborales y tipo de contrato del personal de periferia, impulsar una política de desarrollo efectivo de los recursos humanos más equitativa y distributiva, atender el tema de las recompensas y reconocimientos al desempeño, y facilitar el conjunto de normas necesarias para la profundización de los procesos exitosos del FEMME en la

región. De otro lado, la actual dirección del HRA debería robustecer su política de facilitación de los cambios inducidos por el FEMME en el servicio de gineco-obstetricia.

- 2.3 Sostenibilidad técnica: Implementar la educación permanente en servicio como la estrategia clave para la mejora de las competencias del personal de salud. Para ello, la conformación de un sistema tutorial y supervisión capacitante según niveles sería de singular valor.
 - 2.4 Sostenibilidad política: Deberían de articularse esfuerzos para reactivar el funcionamiento del comité regional multisectorial, en el presente año y hasta el momento de la visita evaluativa, no había ocurrido sesión alguna. El liderazgo del comité, en un escenario donde los procesos de descentralización continúan en marcha, se hace necesario para mantener el trabajo de los demás sectores, de la propia DIRESA y de los establecimientos de salud. Mantener la atención social por este problema de salud, aun muy distante de ser completamente solucionado, es fundamental.
 - 2.5 Sostenibilidad financiera: Este es un tema álgido, que necesita de esfuerzos y cambios en el modo burocrático de operación que tiene el Estado, que requiere de criterios de modernización en la asignación de recursos y de optimización de la inversión pública. Para ello deberían crearse espacios de diálogo y acercamiento entre el personal gestor /decisor (DIRESA, Unidades ejecutoras), el personal de administración y el personal de la red de servicios con el propósito de identificar necesidades reales, atenderlas y favorecer así un uso más racional de los recursos actualmente disponibles. La experiencia acumulada muestra que logrando un equilibrio entre las necesidades identificadas y los recursos necesarios para ello, se puede lograr eficiencia en el uso de recursos públicos. Esto para el tema de la mortalidad materna es de crucial importancia.
3. Institucionalización y Políticas a favor de la salud materna
 - 3.1 El proyecto FEMME ha desarrollado estrategias de acción que han tenido un impacto positivo en la organización y provisión de servicios maternos, algunas de ellas ya son parte de las políticas sanitarias regionales. Sin embargo, a luz de sus resultados, sería de valor para el país darles un marco de política nacional que permita institucionalizar estrategias efectivas.
 - 3.2 En ese sentido, el SICAP, hoy denominado centro de desarrollo de competencias, es una experiencia interesante cuya modalidad de acción y operación podría ser de valor difundirla en el contexto nacional. El enfoque de gerencia aplicado a la capacitación en EMO ha sido de valor, empero sería positivo ligarlo a un sistema de indicadores de proceso de la capacitación que permitan a modo de seguimiento ir analizando el progreso y las acciones por mejorar del sistema.
 - 3.3 Otra metodología de valor, plausible de ser institucionalizada es la «*Guía de atención protocolizada de las EMO*», este documento tiene la ventaja de una génesis colectiva, compartida y multidisciplinaria que sin perder su soporte basado en la evidencia, supo articular la realidad local, y más aun señala el comportamiento ante las EMO según niveles de atención. Este documento con cierta adaptación para el nivel nacional podría constituirse en el complemento ideal, en el tema del manejo de las emergencias, de las recientemente actualizadas «*Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*» del MINSA.
 - 3.4 El sistema de supervisión capacitante es otra estrategia que puede aportar en el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud del MINSA. Sería de valor analizar la racionalidad y el costo-beneficio de desplazar especialistas a lugares donde la situación no lo amerita, para ello adecuados criterios de selección de los establecimientos beneficiarios basado en un enfoque según resultados podría ser un excelente modo de partida.
 - 3.5 Los indicadores de proceso han mostrado utilidad en varios escenarios del mundo, tanto a nivel nacional como subnacional. Para el caso peruano y dada la dificultad metodológica que existe determinar de manera periódica la RMM, sería de sumo valor incorporar tales indicadores ellos (por ejemplo, las necesidades EMO alcanzadas y la letalidad obstétrica) junto con otros más, como indicadores oficiales en el seguimiento del progreso de la atención materna en el País.

- 3.6 La estrategia de la calificación de los establecimientos en el propósito de brindar cuidados obstétricos esenciales / básicos ante las EMO es una estrategia que actualmente es parte del conjunto de metodologías que el MINSA impulsa, sin embargo, tal actividad no goza de indicadores que midan su realización, sus avances y logros en el ámbito nacional. Sería de valor que el MINSA norme la utilización de dicho criterio y coloque estándares de aplicación nacional para el área obstétrica (COEm/COBm).
 - 3.7 La estrategia de abogacía y de búsqueda de consenso político institucional para la implementación y sostenibilidad de las acciones del FEMME, han demostrado que el trabajo intersectorial es posible en la medida que existan propósitos compartidos y claros así como un liderazgo efectivo de las autoridades competentes. Esta situación puede ser el punto de inicio para que desde el nivel central del MINSA se den políticas a favor de la implementación universal de esta estrategia partiendo de la experiencia ayacuchana y otras, que en esta línea vienen ocurriendo en el país. Por ejemplo, el desarrollo de políticas y metodologías como las «pautas metodológicas para la conformación, operación, implementación, seguimiento y evaluación de los comités regionales multisectoriales en salud», sería de extrema utilidad para fortalecer la gestión regional.
4. Factores del contexto
 - 4.1 El 2006 es un año singular, ya que será escenario de sucesivos cambios políticos a diversos niveles, los cuales pueden significar una barrera al fortalecimiento de los cambios organizacionales inducidos por el Proyecto FEMME a nivel de los establecimientos de salud. Luego de culminadas las elecciones presidenciales (inicios 2006) se está asistiendo al proceso de transferencia de gobierno, así también el nuevo parlamento elegido asumirá funciones a mediados de año, las próximas elecciones municipales y regionales están planificadas para realizarse a fines del 2006; aunado a ello el proceso de elección del director de la DIRESA (hasta abril 2006) se encontraba en pleno desarrollo. Toda esta dinámica política propia de nuestro sistema democrático tendrá repercusión inevitable en la gestión en salud regional y local. Por tanto se debe disponer de estrategias y acciones conjuntas desde el sector salud para poner a disposición de las nuevas autoridades información sobre las experiencias acumuladas y exitosas en la región. En ese aspecto el rol del comité multisectorial podría ser protagónico. Esto es fundamental en el sentido de hacer frente al común comportamiento peruano de quien asume el gobierno...»nueva gestión, nuevas acciones ya que lo que hizo el anterior no fue útil»
 - 4.2 La asignación de recursos al sector salud no se ha incrementado, por el contrario en los últimos años los fondos para inversión se han visto reducidos y la inversión en salud materna, aun siendo parte de las políticas nacionales, es reducida. Este panorama no cambiará en el mediano plazo, lo que debe motivar que los recursos locales de los gobiernos regionales y de las municipalidades puedan direccionarse en parte a la solución de este problema. Aquí nuevamente las acciones de abogacía y el liderazgo del comité multisectorial sería de valor.
 - 4.3 La política nacional del Estado por aumentar el empleo formal en el sector público ha suscitado que los médicos, en su gran mayoría, hayan accedido al ansiado nombramiento. Esta situación de alcance nacional ha alcanzado insuficientemente a otras profesiones como enfermeras y obstetras; políticas poco distributivas del nivel regional han ocasionado falsas expectativas, descontento y frustración en parte del personal contratado debido a la percepción de inequidades en el nombramiento. Estos aspectos debieran ser bien gerenciados en el futuro en el sentido de crear condiciones adecuadas para un buen clima institucional que facilite buen nivel de desempeño.
 - 4.4 Algo similar sucede con la ausencia de una política regional de estímulo al desempeño, y de estrategias de recompensa y motivación del personal de salud: Los trabajadores de salud desarrollan un conjunto de acciones con altruismo y responsabilidad en lugares alejados y con poco acceso a la modernidad, lo cual merece de parte de su institución un reconocimiento real y motivador. Esto va mucho más allá del incentivo económico, se relaciona más bien con el reconocimiento al trabajo.

5. Documentación y difusión de la experiencia

- 5.1 En nuestro país se vienen desarrollando, sobre todo en las últimas dos décadas, varias experiencias exitosas en salud pública; sin embargo, pocas de ellas documentan sus acciones y menos aún las difunden entre la comunidad sanitaria. Asistiendo a la documentación del Proyecto FEMME para la realización del presente estudio se ha revisado un conjunto de documentos de gran valor como la línea de base, el diagnóstico de necesidades, la evaluación intermedia, evaluaciones interna, avances de indicadores, y otros que no han pasado de la frontera del FEMME.
- 5.2 En ese sentido, sería extremadamente positivo la documentación de la experiencia, precisando sus estrategias y metodologías de implementación, sus alcances, logros, lecciones aprendidas y desafíos futuros hacia la sostenibilidad. Los resultados del presente estudio indican que la autoridades, gestores y comunidad sanitaria en general tienen mucho que aprender de esta experiencia.
- 5.3 Mucho mejor, si se difunde los resultados de esta experiencia en el contexto internacional, sea en foros internacionales, vía *website* o a través de artículos científicos de alcance y presencia en el contexto latinoamericano.

Referencias bibliográficas

- ¹ Khan K, Wojdyla d, Saley L, Gulmezolgu M, Van Look P. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet* 2006, 367:1066-1074.
- ² Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para la disminución de la mortalidad y morbilidad maternas. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, setiembre 2002. Disponible en www.paho.org, accesada el 15 de mayo de 2006.
- ³ Donnay F. Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 70: 89-97.
- ⁴ United Nations. Millenium Developement Goals. Disponible en www.un.org/english/milleniumgoals/, accedido el 1 de mayo de 2006.
- ⁵ World Health Organization. The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Disponible en www.who.int, accesado el 15 de abril de 2006.
- ⁶ MINSA (Perú). Lineamientos de políticas del sector salud: Perú, 1995-2000. Disponible en www.minsa.gob.pe, accesado el 10 de abril de 2006.
- ⁷ MINSA (Perú). Lineamientos de políticas del sector salud: Perú, 2002-2012. Disponible en www.minsa.gob.pe, accesado el 15 de abril de 2006.
- ⁸ INEI (Perú, 2000). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 (ENDES 2000).
- ⁹ MINSA (2004). Mortalidad Materna en el Perú: 1997-2002. Oficina General de Epidemiología, Lima –Perú.
- ¹⁰ MINSA. Proyectos de inversión de cooperación internacional. Disponible en www.minsa.gob.pe/ogci/, accesado el 30 de enero de 2006.
- ¹¹ CARE (2005), FEMME Project. Disponible en www.care.org.pe, accesado el 17 de marzo de 2006.
- ¹² Proyecto 2000: Estudio comparativo de la calidad y uso de servicios de salud materno-perinatal (1997-2002). Informe Final de la evaluación del Proyecto 2000. Lima, Perú, mayo 2003.
- ¹³ Seclen-Palacin J, Benavides B, Jacoby E, Novara J, Velásquez A, Watanabe E, Arroyo C. Effects of a continuous quality improvement program in maternal and perinatal health services in Peru: the experience of Project 2000. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2003, 3(4): 421-438.
- ¹⁴ Seclen-Palacin J, Jacoby E, Benavides B, Velásquez A, De la Cruz F, Watanabe E. Is there relationship between continuous quality improvement programs and user satisfaction of prenatal care? *Rev Panam Salud Pública* 2004, 16(3): 149-157.

- 15 McQuestion M, Velasquez A. Evaluating program effects on institutional delivery in Peru. *Health Policy* 2006, 77: 221-232..
- 16 Maine D, Rosenfield A. The AMDD program: history, focus and structure. *Int J Gynecol Obst* 2001, 74: 99-103
- 17 Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994, 38(8):1091-1110.
- 18 Kayongo M, Esquiche E, Luna M, Frias G, Vega-Centeno L, Bailey P. Strengthening emergency obstetric care in Ayacucho, Peru. *Int J Gynecol Obstet* 2006, 92:299-307.
- 19 Ovreteit J. *Evaluating Health Interventions*. Open University Press, Philadelphia, USA, 2000.
- 20 Grembowski D. *The practice of Health Program Evaluation*. Sage Publications. California, USA, 2001.
- 21 Smith P, Morrow R. *Ensayos de campo de intervenciones en salud en países en desarrollo*. Publicación OPS, 1998. Washington DCc, USA.
- 22 MINSA (2006). *Directiva sanitaria de evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud*. Lima, Perú.
- 23 MINSA (2005). *Norma Técnica de Auditoría de la calidad de atención en salud (NT N. 029-MINSA/DGSP-V.01)*. Lima, Perú.
- 24 MINSA (2005). *Norma Técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (NT N.018-MINSA/DGSP-V.01)*. Lima, Perú.
- 25 Freedman L.P. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *Int J Gynecol Obst* 2001, 75:51-60.
- 26 Villar J, Valladares E, Zavaleta N, Carroli G, Velasco A, et al. Caesarian delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin American. *The Lancet* 2006, 367: 1819-29.
- 27 Ronsmans C, Varneste AM, Chakraborty J, Van Ginneken J. Decline in maternal mortality in Matlab. Bangladesh: a cautionary tale. *The Lancet* 1997 (9094); 1810-14.
- 28 UNICEF, WHO, UNFPA. *Guidelines to monitoring the availability and use of obstetric services*. New York, 1997.
- 29 AMDD (2003). *Uso de los indicadores de proceso de la ONU para los cuidados obstétricos de emergencia (COEm): Cuaderno de trabajo AMDD*. Disponible en <http://www.amdd.hs-columbia.edu/>, accesado el 15 de marzo de 2006
- 30 Midhet F, Becker S, Berendes H. Contextual determinants of maternal mortality in rural Pakistan. *Soc Sci Med* 1998, 46(12):1587-1598
- 31 Shiffman J. Can poor countries surmount high maternal mortality? *Studies in Family Planning* 2000, 31(4): 274-289.

- ³² Le Bacq F, Rietsema A. High maternal mortality levels and additional risk from poor accessibility in two districts of northern Province, Zambia. *Int J Epidemiol* 1997, 28(2):357-363.
- ³³ Kwast B and Liff J. Factors associated with maternal mortality in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Epidemiol* 1988, 17(1): 115-121.
- ³⁴ Walraven g, Tefer M, Rowley, Ronsmans C. Maternal mortality in rural Gambia: level, causes and contributing factors. *Bull WHO* 2000,78(5): 603-613.
- ³⁵ Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobys S. The evidence for emergency care obstetric. *Int J Gynecol Obst* 2005, 88: 181-193.
- ³⁶ Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2001, Vol 15 (Suppl 1): 1-42

110



Anexo 1: Método de selección del grupo de comparación

Estratificación de regiones:

Indicadores utilizados: % de mujeres alfabetas, % de uso de métodos anticonceptivos, % de partos atendidos en servicios de salud, % desnutrición crónica en niños menores de 5 años e índice de pobreza. Los datos de cada departamento fueron obtenidos de la ENDES 2000, ENAHO 2004. El Índice de Pobreza fue obtenido del Mapa de Pobreza 2000 de FONCODES. Se escogió el año 2000 porque fue el inicio de las acciones del FEMME y significa el punto de partida de condiciones socioeconómicas y de salud entre regiones.

De primera intención fueron determinados los valores reales de cada indicador para cada una de las regiones, se tomaron como fuentes Encuestas Nacionales realizadas por el INEI (Tabla 1).

Tabla 1. Indicadores para la estratificación de los Departamento a los que pertenecen las Direcciones de Salud.

Departamentos	Mujeres alfabetas (ENAHO 2000)	Uso de M. Anticop. Modernos (ENDES 2000)	Partos en servicios de salud (ENDES 2000)	Desnutric. crónica <5 (ENDES 2000)	Índice de Pobreza (FONCODES 2000)
SAN MARTIN	88.5	57.5	45.8	19.9	42.1
LA LIBERTAD	87.6	46.7	51.6	27.9	33.2
ANCASH	76.7	40.9	38.4	34.5	36.3
UCAYALI	91.9	58.9	46.3	33.6	44.4
HUANCAVELICA	71.1	24.6	19.6	53.4	51.7
AYACUCHO	72.9	33.1	47.2	33.6	47.2
ICA	93.2	60.9	92.5	12.1	25.4
MOQUEGUA	90.3	60.3	83.6	9.3	22.5
TACNA	91.7	60.1	82.2	5.4	21.3
PUNO	78.0	24.2	20.5	29.7	43.0
LIMA	94.4	58.1	89.5	8.3	19.8
TUMBES	92.9	69.1	85.7	12.9	26.9
PIURA	87.3	57.0	63.4	24.1	37.7
LAMBAYEQUE	89.0	50.8	57.4	23.6	32.4
AMAZONAS	84.0	44.3	27.3	36.0	49.4
AREQUIPA	91.2	57.6	79.4	12.3	24.8
APURIMAC	71.0	47.6	49.3	43.0	48.1
CUSCO	77.2	43.8	39.4	43.2	43.0
PASCO	83.2	50.4	50.7	26.4	39.7
HUANUCO	75.4	46.0	28.3	42.8	48.8
LIMA (CALLAO)	94.4	58.1	89.5	8.3	19.8
MADRE DE DIOS	90.1	54.5	74.9	18.7	34.9

Enseguida fueron elaborados estándares para la comparación de los indicadores (Tabla 2). Estos valores serían los referentes para el momento de la puntuación de regiones y obtención de estratos.

Tabla 2: Estándares para la comparación

Indicador	Puntuación
Alfabetismo	Menos de 80 =0
	81-90 = 1
	Más de 90 = 2
Uso de métodos modernos	Menos de 45 =0
	5-58 =1
	Más de 58 =2
Atención de partos en servicios de salud	Menos de 40 =0
	40-75= 1
	Más de 75 =2
Desnutrición crónica en niños menores de 5 años	Más de 40 =0
	20-40 =1
	Menos de 20 =2
Razón de mortalidad materna	Más de 150 =0
	100-150= 1
	Menos de 100 =2
Índice de Pobreza	Más de 47 = 0
	36-47 = 1
	Menos de 36 =2

Se conformaron tres estratos: Alto, Medio y Bajo, luego de asignar un puntaje para cada valor de los indicadores seleccionados para la estratificación. El mayor puntaje se le asignó a las que tenían mejores niveles de alfabetismo de las mujeres, mayor porcentaje de atención de partos en servicios de salud, mayor uso de métodos anticonceptivos modernos, menor desnutrición crónica en niños menores de 5 años y menor mortalidad materna, y mejor condición económica.

Con ello se obtuvieron un conjunto de regiones comparables con Ayacucho, es decir aquellas que tuvieron un puntaje entre 1 y 3 según la escala (Tabla 3).

Tabla 3. Regiones clasificadas (*) por estrato en base a Ponderación según criterios de estandarización:

Estrato	Regiones	Puntaje
ALTO	ICA	10
	MOQUEGUA	10
	TACNA	10
	LIMA (CALLAO)	10
	TUMBES	10
	AREQUIPA	9
MEDIO	MADRE DE DIOS	8
	UCAYALI	7
	LAMBAYEQUE	6
	SAN MARTIN	6
	LA LIBERTAD	4
	PIURA	5
	PASCO	3
	CAJAMARCA	3
BAJO	ANCASH	2
	APURIMAC	2
	AMAZONAS	2
	AYACUCHO	2
	PUNO	2
	CUSCO	1
	HUANCAVELICA	0

* Regiones sombreadas son aquellas comparables según los indicadores socioeconómicos con la región Ayacucho.

Tabla 4: Regiones pertenecientes al estrato Ayacucho y selectividad según criterios de viabilidad

Regiones similares	Criterios de viabilidad				
	% MEF quechua hablante				
PASCO	Si				
CAJAMARCA	Si				
ANCASH	Si				
APURIMAC	Si				
AMAZONAS					
PUNO	Si				
CUSCO	Si				
	→	No relación con FEMME			
PASCO		Si			
CAJAMARCA		Si			
ANCASH		Si			
APURIMAC					
PUNO		Si			
CUSCO		Si			
		→	Proyectos en SMP previos (PAR) + (Py 2000 ó PSNB u otros)		
PASCO					
CAJAMARCA			Si		
ANCASH					
PUNO			Si		
CUSCO			Si		
				→	REGIONES ELEGIBLES
CAJAMARCA					Si
CUSCO					Si
PUNO					Si

* Cabe señalar que las tres regiones elegibles tienen un ámbito selva, que es una condición existente en la región Ayacucho (C.S San Francisco)

La relación de las regiones fue expuesta al MINSA, quien en base a criterios de priorización sanitaria determinó que la DIRESA Puno sea el área de comparación.

Anexo 2: Establecimientos de salud elegidos para el estudio: indicadores básicos de servicios maternos (2005)

DIRESA PUNO (2005)	Establecimientos de salud elegidos				
Año 2005	HMB Puno	H.A Collao	H. A. Azángaro	H.A Huancané	H.A. Chucuito
N° de partos institucionales	2059	561	361	337	397
N° de médicos que dan atención G-O	9	7	5	6	5
N° de obstetrices	11	2	2	4	2
N° de enfermeras	86	17	14	13	15
N° de técnicos de enfermería	76	12	11	19	16
N° de técnicos sanitarios	11	1	5	0	3
N° de atenciones prenatales	328	532	222	247	177
Población MEF asignada	20617	7318	5728	3744	1887
Distancia en horas a Puno ciudad	NA	1	2.5	1.35	1.30
Realizan cesárea?	si	no	si	si	no
Realizan LU?	si	si	si	si	si
Realizan AMEU?	si	no	si	no	no
N. muertes maternas	3	0	0	0	0
DIRESA AYACUCHO (2005)	Establecimientos de salud elegidos				
	H. HUAMANGA	H. SAN FRANCISCO	H. CANGALLO	CS. TAMBO	CS. VILCASHUAMAN
Nª partos institucionales	2621	293	155	294	269
Nª médicos	9	5	7	3	4
Nª obstetrices	38	5	3	4	3
Nª enfermeras	85	6	6	3	4
Nª de técnicos de enfermería	28	8	7	6	7
Nª atenciones prenatales					
Población mef asignada					
Distancia en horas a huamanga	NA	6	2.5	2.5	3.5
Realiza cesáreas	si	no	si	no	no
Realiza LU	si	si	si	si	si

Anexo 3: Relación de los actores investigados y técnicas de estudio

Hospital Regional de Ayacucho:

Actor a investigar:		Técnica de estudio
Jefe de servicio G-O	Dr. Jorge Cevallos Sáenz Dr. Jorge Rodríguez (ex Jefe del servicio G-O)	Entrevista
Responsable UCIM	Dra. Marilú Obando	Entrevista
Responsable SICAP	Obs. Basilia Vivanco	Entrevista
Responsable Manejo estandarizado	Dr. Max Vega	Entrevista
Responsable Organización de la atención de emergencia	Dr. Max Vega	Entrevista
Responsable supervisión de pasantes	Dr. Pablo Salinas	Entrevista
Responsable de Gestión de la Información.	Obs. Norma Córdova	Entrevista
Obstetrices G-O	<ul style="list-style-type: none"> • Haydeé Alarcón – Jefe del servicio de Obstetricia • Nilda Mallina Sinforoso - Coordinadora del SIP. • Ceniaida Gutierrez - Coordinadora del Centro • Elvira Parado Pacheco – Coordinadora de EMOs • Abigail Aramburu - Coordinación de Calidad • María Jesús Quispe - Coordinación del Pabellón 2 • Cerafina Pimentel • Gloria Figueroa Chávez 	Grupo Focal
Usuaris	Diversas mujeres de los EESS visitados	Grupo Focal
Responsable de información	Lic Norma Córdova	Recolección de datos cuantitativos: revisión de registros hospitalarios y de emergencia
Responsable de Referencias y contrarreferencias	Lic Ruth Casavilca	
Personal del servicio G-O	Todo el personal	Encuesta de opinión

Pasantes:

Actor a investigar:	Técnica de estudio
Todo el personal pasante del SICAP	Encuesta de opinión

Hospital Provincial / Centro de Salud:

Actor a investigar	Cangallo	San Francisco	Tambo	Vilcashuamán	Té
Jefe EESS	Dr. Luis Enrique Miguel de la Cruz	Dr. Wilfredo Sifuentes Mendoza	Dr. Jesús Huayne Díaz	Dr. Alex Gallegos	Entrevi
Médicos y Obsteteces del servicio G-O	<ul style="list-style-type: none"> • María Elena Almeida – Área Estadística • Eleodora Guzmán – Área Mujer Obstetiz. • Zulma Jara – Emergencia y hospitalización • Enfermera • Arsenio Yanca – Servicio de obstetricia. Técnico en enfermería. • Miriam Aronés – Área Adulto Mujer Obstetiz • Alcira Pozo – Área de esterilización 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricardo Angulo – Médico Cirujano • Joseph Díaz – Jefe del servicio de medicina • Lupita Vega Baldeón – Obstetiz • Elizabeth Conticora – Obstetiz • Vicente la Cruz Cerna – Obstetra Encargado de la Jefatura de Obstetricia • Reyna Duran – Obstetiz 	<ul style="list-style-type: none"> • Marilú Gómez Saiba – Área Materno Perinatal – Obstetiz. • Elizabeth Tapaosco – Obstetiz • Irma Traipe Huamán – Obstetiz • Carlos Meza Hernández – Médico • Rina Paredes – Jefa de Enfermeras • Grissell Paucar Sulcas – Obstetiz 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricardo Alcántara – Obstetra • Gladis Bautista – Farmacéutica • Saturnino Carhuas – Admisión • Norma Quispe – Servicio de Laboratorio. Bióloga • Amelia Toledo – Área Niño • Josefina Montes – Obstetiz • Rocío Fernández – Hogar Materno • García Pérez – Tópico 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Entrevi
Usuarías					Grupo
Personal del servicio G-O					Encues
Responsable de R/CR					

DIRESA:

Actor a investigar		Técnica de estudio
Director DGSP	Obs. Atzel Acconritinoco	Entrevista
Director DAIS	Dra. Flor de María Melgar	Entrevista
Director Área Adulto	Obs. Rosa Pomasonco	Entrevista
Director Calidad en Salud	Dra. Cleofé Cárdenas	Entrevista
Director Recursos Humanos	Dra. Amadea Huamaní	Entrevista
Responsable de información	Obs. Rosa Pomasonco	Revisión de registros: reportes de gestión, reportes de evaluación o de análisis sobre salud materna

Actores sociales de la Región Ayacucho:

Actor a investigar		Técnica de estudio
Gobierno Regional (Gerente de Programas sociales)	Lic. Jorge Rimarachín	Entrevista
Universidad de Huamanga (representante Escuela de Obstetricia)	<ul style="list-style-type: none">• Obs. Brigida Ramírez – Facultad de Obstetricia, UNSCH• María Luisa León Mendoza – Comité de MM, representando a la Facultad de Obstetricia.	Entrevista
Comité intersectorial para la reducción de la MM	Actores diversos del comité	Grupo Focal

Actores clave en Lima

Actor a investigar		Técnica de estudio
MINSA: Director DECS	Dra. Isabel Chaw	Entrevista
MINSA: DAIS (Encargada de evaluación de Sistema de R y CR)	Lic. Pilar Torres	Entrevista
MINSA: Responsable ESN-SSR	Dra. Lucy del Carpio Dra. Raquel Hurtado	Entrevista
CARE: Responsable Proyecto FEMME (2)	Dr. Guillermo Frías Lic. Elena Esquiche	Entrevista
IEMP: Facilitadores del SICAP (3)	<ul style="list-style-type: none">• Dr. Alfonso Medina Bocanegra - Coordinador del Programa Materno Perinatal 2001- 2002• Dr. Ramiro Mercado - Dirección de Normas y Programas - Pasantía SICAP• Dr. Luis Meza Santibáñez - Subdirección IEMP	Grupo Focal

Anexo 4: N° de muertes maternas por región de estudio (2000-2005)

DIRESA AYACUCHO: N° DE MUERTES MATERNAS, 2000-2005						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
N° total de muertes por año (Suma 1 +3)	29	31	21	21	19	17
1 N° MM directas	27	28	20	19	17	17
2 Causas básicas						
Hemorragia Obstétrica	18	18	7	10	11	8
ante parto	3	2	1	0	0	2
parto	7	5	0	0	0	0
posparto	8	11	6	10	11	6
Infecciones / Sepsis	1	2	3	1	3	2
Hipertensión dravídica-HIE	7	8	6	2	3	5
Parto obstruido	0	0	0	1	0	0
Aborto	1	0	0	3	0	2
asociado a infección	0	0	0	1	0	1
asociada a hemorragia	1	0	0	2	0	1
Embarazo ectópico	0	0	1	1	0	0
Ruptura uterina	0	0	3	0	0	0
Otros	0	0	0	1	0	0
3 N° MM indirectas	2	3	1	2	2	0
4 Causas						
TBC	2	0	1	1	1	0
HIV	0	0	0	0	0	0
Otros.....ICC	0	3	0	1	1	0
5 Lugar de deceso						
Hospital Regional	8	8	6	3	3	5
EESS: CS/PS	0	3	2	1	1	4
Trayecto al EESS	3	3	5	5	2	4
Domicilio	18	17	7	12	13	4
Otro lugar (especifique)	0	0	1	0	0	0

DIRESA PUNO: N° DE MUERTES MATERNAS, 2000-2005						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1	N° MM directas		43	29	43	
2	Causas básicas:					
	Hemorragia Obstétrica		21	16	25	
	anteparto					
	posparto					
	Infecciones		6	5	4	
	Enfermedad hipertensiva		9	4	9	
	Parto obstruido					
	Aborto		1	0	2	
	asociado a infección					
	asociado a hemorragia					
	Embarazo ectópico		0	0	0	
	Ruptura uterina					
	Otros.....		6	4	3	
3	N° MM indirectas		0	0	0	
4	Causas básicas:					
5	Lugar de deceso					
	Hospital Regional		9	7	14	
	EESS de periferie		0	0	3	
	Trayecto al EESS		8	3	3	
	Domicilio		23	19	22	
	Otro (especifique)		3	0	1	
6	Momento fisiológico del deceso					
	Embarazo		19	3	7	
	Parto		8	15	16	
	Puerperio inmediato (24 horas pos parto)		13	9	15	
	Puerperio mediato		2	2	5	
	no consigna datos		1			

Anexo 5: N° de partos institucionales en los establecimientos de salud donde se realizó el estudio (2000-2005)

PARTOS INSTITUCIONALES: AMBITO DE ESTUDIO							
AMBITO FEMME: GRUPO DE INTERVENCION (GI)							
EESS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Diferencia % 2000-2005
HRA	2027	1549	1565	1972	1581	2119	4.5
HSF	195	256	175	219	195	292	49.7
HCA	75	82	66	88	103	155	106.7
CSV	78	157	148	160	212	207	165.4
CST	177	227	213	201	247	257	45.2
TOTAL GI	2552	2271	2167	2640	2338	3030	18.7
AMBITO PUNO: GRUPO DE COMPARACION (GC)							
EESS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Diferencia % 2000-2005
HMNB	SD	3013	3195	3476	1842	1875	-37.8
HHU	SD	1233	1422	304	303	317	-74.3
HAZ	SD	1394	1495	368	244	466	-66.6
HJU	SD	1043	1400	301	356	397	-61.9
HIL	SD	318	451	654	576	561	76.4
TOTAL GC	SD	7001	7963	5103	3321	3616	-48.4

Donde: HRA= Hospital Regional de Ayacucho; HCA= Hospital de Apoyo Cangallo; HSF= Hospital San Francisco; CSV= Centro de Salud Vilcashuamán; CST= Centro de Salud Tambo-San Miguel; HMNB= Hospital Manuel Núñez Butrón; HHU= Hospital de Apoyo Huancané; HAZ= Hospital de Apoyo Azángaro; HJU= Hospital de Apoyo Juli; HIL= Hospital de Apoyo Ilave. SD= Sin Dato disponible.

Los instrumentos utilizados se encuentran disponibles en www.care.org.pe

Anexo 6: Anexos cualitativos

Guía de entrevista¹ – Gestor 1

Introducción: Muy buenas... Esta entrevista tiene por objetivo recoger sus impresiones y opiniones sobre la implementación y desarrollo del proyecto FEMME para la prevención de EMOS.

¿Cuál es su nombre?

¿Cuál es el cargo que ocupa? ¿Desde hace cuánto tiempo?

Por favor, cuéntenos sobre su experiencia en el proyecto FEMME. ¿Qué es lo que más recuerda?
¿Por qué?

Objetivo 1:

¿Qué servicio de los ofrecidos a través del programa FEMME para emergencias obstétricas les ha parecido el más útil? ¿Cómo así? ¿En qué casos los ha utilizado?
¿Y cuál le pareció el menos útil? ¿Por qué?

¿Cree que el Programa FEMME ha traído beneficios (en relación a las usuarias, a nivel de trato personal de salud – usuarias, para el propio personal de salud)?
SI ¿Cómo qué beneficios? ¿De qué manera? Ó No ¿Por qué?

En relación a la atención de las usuarias, ¿Cuál es la respuesta de las usuarias? ¿Cómo reaccionan?
¿Por qué cree que es así?
¿Cuáles son las características del servicio promovido por FEMME?

¿Creen que el Programa FEMME ha traído ventajas?
SI ¿Cómo cuáles? o No ¿Por qué?

¿Cree que el programa FEMME ha incluido aportes, aspectos nuevos para el tratamiento de las EMOS? Si ¿Cómo cuáles? No ¿Por qué?

Preguntas dirigidas según área de gestión del entrevistado

Calificación COEM

Dentro de las actividades desarrolladas a través del proyecto FEMME encontramos la calificación de las COEM, ¿Cómo se llevo a cabo este proceso? ¿Cree que es un proceso útil y necesario para ser replicado en otros programas de atención de EMOS?

Capacitación y protocolos

En una etapa inicial del proyecto se trabajo con capacitaciones dirigidas al personal de salud encargado y /o vinculado de la atención de las EMOS. En general, ¿Cuál es su opinión acerca de la capacitación recibida?

¹ Según el entrevistado se profundizará más en su área de intervención. Por ejemplo: en el caso del responsable del SICAP se ahondará mas en los aspectos de capacitación.

¿Cree que la información recibida en la capacitación fue útil para la atención de las EMOs?
Si la respuesta es SI, ¿Cuál fue la información más útil que recibió? Explicar

Si la respuesta es No. ¿Por qué?

¿Cree que la capacitación recibida trajo algunas propuestas o métodos nuevos para la atención de las EMOs? Sea la respuesta SI o NO, preguntar ¿Cómo así?

Luego de la capacitación se implementaron (¿o se sugirió implementar?) protocolos de atención para las EMOs. El personal de salud a su cargo ¿utiliza dichos protocolos?

Si la respuesta es SI, ¿qué aspectos? ¿Por qué? ¿En qué casos utiliza el protocolo? ¿Considera que es de utilidad aplicar los protocolos? ¿Por qué?

Si la respuesta es No ¿por qué?

Gestión de la información

¿Se utiliza algún sistema de información de casos y el registro de atención obstétrica de las pacientes?

Si la respuesta es SI ¿Cómo está organizado? // Si la respuesta es No, ¿Por qué?

¿Cuál es su opinión sobre el uso de este sistema? ¿Cómo así? Explicar

¿Cree que dicho sistema es de utilidad para una mejor atención de las EMOs? ¿Cómo así?

Supervisión de la calidad

¿Se utiliza algún sistema supervisión y o seguimiento de los procesos de mejora de la calidad en la atención de EMOs?

Si la respuesta es SI ¿Cómo está organizado? // Si la respuesta es No, ¿Por qué?

¿Cuál es su opinión sobre el uso de este sistema? ¿Cómo así? Explicar

¿Cree que dicho sistema es de utilidad para una mejor atención de las EMOs? ¿Cómo así?

Sistema de referencia y contrarreferencia

¿Qué características tiene su sistema de referencia y contrarreferencia?

El modelo que me describió, ¿desde hace cuánto tiempo lo vienen aplicando?

Si han tomado las recomendaciones dadas en la capacitación ¿les parece más útil que su modelo previo? Si o No ¿En qué aspectos si? ¿En qué aspectos no?

Si no las han seguido, preguntar ¿Por qué?

¿Qué resultados ha producido usar este sistema de referencia y contrarreferencia? (¿Positivos? ¿Negativos?)

Enfoque de derechos

Cuando hablamos de los derechos de la mujer en la atención de las EMOs ¿a qué nos referimos?

¿Cree que aplicar este enfoque es útil para la atención de las EMOs?

¿En qué situaciones? Describanos algún caso.

Objetivo 3: Sostenibilidad y replicabilidad.

En términos generales, ¿cuáles son los aspectos / estrategias positivos que ud. destacaría del proyecto FEMME? De estos aspectos positivos, dígame ¿cuál o cuáles piensa que deben continuarse para la atención de EMOs? ¿Qué cree que sería necesario para darle continuidad a estas estrategias positivas? ¿Cuáles son los actores estratégicos que podrían apoyar esta continuidad? ¿De qué manera? ¿Cuál sería el rol del MINSA en este proceso de apoyo a la sostenibilidad del proyecto?

¿Cuál o cuáles de las estrategias /aspectos de FEMME sería preferible / mejor no incluir? ¿Por qué?
Si pudiera cambiar algo de estas estrategias para mejorarlas ¿qué sería? ¿Cómo se haría?

¿Qué aspecto/estrategia considera que definitivamente no debe ser incluido? ¿Por qué?
De las estrategias aplicadas por FEMME ¿Cuáles cree que deberían ser replicadas en otros
escenarios?¿En qué zonas?
¿De qué manera? ¿Por etapas? ¿Simultáneamente?

¿Algún otro comentario que quisiera agregar?

Gracias.

Guía de Entrevista –Gestor 2 Universidad de Huamanga

Introducción: Muy buenas... Esta entrevista tiene por objetivo recoger sus impresiones y opiniones sobre la implementación y desarrollo del proyecto FEMME para la atención de las emergencias durante el embarazo y el parto.

¿Cuál es su nombre?

¿Cuál es el cargo que ocupa?

Objetivo 1: evaluar los efectos de FEMME

Por favor, cuéntenos sobre su experiencia en el proyecto FEMME. ¿Qué es lo que más recuerda?
¿Por qué?

¿Qué servicio de los ofrecidos a través del programa de emergencias obstétricas les ha parecido el más útil? ¿Por qué?

¿Y cuál le pareció el menos útil? ¿Por qué?

¿Cree que el Programa FEMME ha traído beneficios (en relación a las usuarias, a nivel de trato personal de salud – usuarias, para el propio personal de salud)?

SI ¿Cómo qué beneficios? ¿De qué manera? o No ¿Por qué?

¿Creen que el Programa FEMME ha traído ventajas?

SI ¿Cómo cuáles? o No ¿Por qué?

Conversando específicamente de las acciones realizadas a través de la universidad, ¿Cuál es el rol que cumplió la universidad a lo largo del programa? ¿Qué actividades realizó?

De estas actividades que realizó la universidad, ¿cuáles fueron las más útiles? ¿Cómo así? ¿Por qué?

¿Cuáles cree que podrían ser mejoradas? ¿Cuáles no deberían incluirse?

¿Qué otras actividades o funciones podría asumir la Universidad en el marco de la atención de EMOs?

¿Cuál es el vínculo que percibe entre la universidad y un programa como FEMME para la prevención de las EMOs?

Objetivo 3

De las ventajas, beneficios o servicio más útiles de FEMME que mencionaron ¿Cuáles consideran uds. que deberían seguir aplicándose?

¿Cuáles consideran uds. deberían replicarse, repetirse en otros programas para la atención de EMOs?

¿Qué actores estratégicos podrían apoyar a la sostenibilidad y continuidad? ¿Cuál cree que sería el rol de la Universidad en este aspecto? ¿Apoyarían la continuidad de las estrategias exitosas? ¿De qué manera?

¿Qué aspectos/estrategias podrían mejorarse? ¿Cuáles sería preferible / mejor no incluir?

Si comparamos el programa FEMME con otros programas relacionados a la atención de las EMOs ¿Cree que el programa FEMME ha incluido aportes, aspectos nuevos para el tratamiento de las EMOs? Si ¿Cómo cuáles? No ¿Por qué?

Guía de Grupo Focal – Gestor 3
Comité intersectorial para la reducción de la MM

Introducción: Muy buenas... Este grupo focal tiene por objetivo recoger sus impresiones y opiniones sobre la implementación y desarrollo del proyecto FEMME para la atención de las emergencias durante el embarazo y el parto.

(Luego, presentación de cada uno de los participantes, indicando su nombre y su rol dentro del comité)

Objetivo 1: evaluar los efectos de FEMME

Cuéntenos los inicios y organización del Comité ¿Qué actor propuso dicha iniciativa? ¿de qué manera se llevó a cabo ese proceso? ¿Cuál fue el rol del Proyecto FEMME en dicho proceso?

Por favor, coméntenos sobre la labor que realiza el Comité. ¿Qué tareas tiene encargado? ¿Cómo desarrolla estas tareas? ¿Ha tenido dificultades? ¿Cuáles? ¿Situaciones favorables? ¿Cuáles?

¿Qué actores estratégicos les ayudan con el cumplimiento de sus tareas?

¿Cómo se relaciona con la comunidad? ¿Cómo da a conocer su labor?

¿Cuáles han sido los logros más importantes que ha tenido el Comité? Cual ha sido del rol del Proyecto FEMME en dichos logros?

Tienen normativas?, planes de acción?, como los implementan?, cómo los evalúan?

En los casos en que se ha presentado una muerte materna (emergencia durante el embarazo o el parto), ¿cuál ha sido la labor del comité?

¿Cuál es su opinión sobre la labor o aporte del Proyecto FEMME sobre la atención de las EMO?

¿Creen que el Programa FEMME ha traído ventajas?

SI ¿Cómo cuáles? o No ¿Por qué?

Objetivo 3

De las estrategias aplicadas por el proyecto FEMME ¿Cuáles consideran uds. que son las más útiles? ¿Por qué?

De estos aspectos positivos, dígame ¿cuál o cuáles piensa que deben continuarse para la atención de EMOs? ¿Qué cree que sería necesario para darle continuidad a estas estrategias positivas? ¿Cuáles son los actores estratégicos que podrían apoyar esta continuidad? ¿De qué manera? ¿Cuál cree que sería el rol del Comité en este aspecto?

¿Cuáles consideran uds. deberían replicarse, repetirse en otros programas para la atención de EMOs?

¿Qué aspectos/estrategias podrían mejorarse? ¿Cuáles sería preferible / mejor no incluir?

Si comparamos el programa FEMME con otros programas relacionados a la atención de las EMOs ¿Creen que el programa FEMME ha incluido aportes, aspectos nuevos para el tratamiento de las EMOs? Si ¿Cómo cuáles? No ¿Por qué?

Que se requiere para mantener y consolidar los avances del comité?

(Principales logros: Protocolos (período 2001 – 2003)

Carta de pedido de reactivación del comité en el 2004)

Guía de entrevista¹ – Gestor 4

Introducción: Muy buenas... Este grupo focal tiene por objetivo recoger sus impresiones y opiniones sobre la implementación y desarrollo del proyecto FEMME para la prevención de EMOs.

Presentación

¿Cuál es su nombre?

¿Cuál es el cargo que ocupa? ¿Desde hace cuánto tiempo?

Objetivo 1:

En una etapa inicial del proyecto FEMME se trabajo con capacitaciones dirigidas al personal de salud encargado y /o vinculado de la atención de las EMOs, en dichas capacitaciones el IMP jugó un rol fundamental.

Por favor, cuéntenos sobre su experiencia en el proyecto FEMME. ¿Qué es lo que más recuerda? ¿Por qué?

Por favor describanos como se desarrolló el proceso de capacitación a través del SICAP.

¿Qué aspectos positivos puede resaltar de este proceso?

¿Qué dificultades se presentaron? ¿Se resolvieron? ¿De qué manera?

¿Cuál fue la respuesta / reacción del personal frente a las capacitaciones impartidas? ¿Qué aspectos de la capacitación señalaban como los más útiles? ¿Por qué?

¿Qué aspectos de la capacitación señalaban como los menos útiles? ¿Por qué?

¿Cree que la capacitación coordinada a través del programa FEMME y desarrollada por el IMP trajo algunas propuestas o métodos nuevos para la atención de las EMOs? Sea la respuesta SI o NO, preguntar ¿Cómo así?

Luego de la capacitación se implementaron protocolos de atención para las EMOs.

Por favor describanos este proceso de implementación de los protocolos.

¿Qué aspectos positivos puede resaltar de este proceso?

¿Qué dificultades se presentaron? ¿Se resolvieron? ¿De qué manera?

¿Quiénes fueron los actores claves en la implementación de los protocolos? ¿De qué manera lo hicieron?

¿Qué aspectos positivos trajo consigo la implementación de los protocolos de atención? ¿Qué puntos débiles se presentaron?

En términos generales ¿cuál es su opinión sobre el programa FEMME? ¿Cree que el Programa FEMME ha traído beneficios (en relación a las usuarias, a nivel de trato personal de salud – usuarias, para el propio personal de salud)?

SI ¿Cómo qué beneficios? ¿De qué manera? Ó No ¿Por qué?

¿Creen que el Programa FEMME ha traído ventajas?

SI ¿Cómo cuáles? o No ¿Por qué?

¿Cree que el programa FEMME ha incluido aportes, aspectos nuevos para el tratamiento de las EMOS? Si ¿Cómo cuáles? No ¿Por qué?

¹ Según el entrevistado se profundizará más en su área de intervención. Por ejemplo: en el caso del responsable del SICAP se ahondará mas en los aspectos de capacitación.

Objetivo 3: Sostenibilidad y replicabilidad.

En términos generales, ¿cuáles son los aspectos / estrategias positivos que ud. destacaría del proyecto FEMME? De estos aspectos positivos, dígame ¿cuál o cuáles piensa que deben continuarse para la atención de EMOs? ¿Qué cree que sería necesario para darle continuidad a estas estrategias positivas? ¿Cuáles son los actores estratégicos que podrían apoyar esta continuidad? ¿De qué manera? ¿Cuál sería el rol del MINSA en este proceso de apoyo a la sostenibilidad del proyecto?

¿Cuál o cuáles de las estrategias /aspectos de FEMME sería preferible / mejor no incluir? ¿Por qué? Si pudiera cambiar algo de estas estrategias para mejorarlas ¿qué sería? ¿Cómo se haría?

¿Qué aspecto/estrategia considera que definitivamente no debe ser incluido? ¿Por qué?
De las estrategias aplicadas por FEMME ¿Cuáles cree que deberían ser replicadas en otros escenarios? ¿En qué zonas?
¿De qué manera? ¿Por etapas? ¿Simultáneamente?

¿Algún otro comentario que quisiera agregar?

Gracias.

Guía de entrevista¹ – Proveedor 1

Introducción: Muy buenas... Esta entrevista tiene por objetivo recoger sus impresiones y opiniones sobre la implementación y desarrollo del proyecto FEMME para la prevención de EMOs.

¿Cuál es su nombre?

¿Cuál es el cargo que ocupa? ¿Desde hace cuánto tiempo?

Por favor, cuéntenos sobre su experiencia en el proyecto FEMME. ¿Qué es lo que más recuerda?
¿Por qué?

Objetivo 1:

¿Qué servicio de los ofrecidos a través del programa FEMME para emergencias obstétricas les ha parecido el más útil? ¿Cómo así? ¿En qué casos los ha utilizado?
¿Y cuál le pareció el menos útil? ¿Por qué?

¿Cree que el Programa FEMME ha traído beneficios (en relación a las usuarias, a nivel de trato personal de salud – usuarias, para el propio personal de salud)?
SI ¿Cómo qué beneficios? ¿De qué manera? Ó No ¿Por qué?

En relación a la atención de las usuarias, ¿Cuál es la respuesta de las usuarias? ¿Cómo reaccionan?
¿Por qué cree que es así?
¿Cuáles son las características del servicio promovido por FEMME?

¿Creen que el Programa FEMME ha traído ventajas?
SI ¿Cómo cuáles? o No ¿Por qué?

¿Cree que el programa FEMME ha incluido aportes, aspectos nuevos para el tratamiento de las EMOS? Si ¿Cómo cuáles? No ¿Por qué?

Preguntas dirigidas según área de gestión del entrevistado

Calificación COEM

Dentro de las actividades desarrolladas a través del proyecto FEMME encontramos la calificación de las COEM, ¿Cómo se llevo a cabo este proceso? ¿Cree que es un proceso útil y necesario para ser replicado en otros programas de atención de EMOs?

Capacitación y protocolos

En una etapa inicial del proyecto se trabajo con capacitaciones dirigidas al personal de salud encargado y/o vinculado de la atención de las EMOs. En general, ¿Cuál es su opinión acerca de la capacitación recibida?

¿Cree que la información recibida en la capacitación fue útil para la atención de las EMOs?
Si la respuesta es SI, ¿Cuál fue la información más útil que recibió? Explicar
Si la respuesta es No. ¿Por qué?

¹ Según el entrevistado se profundizará más en su área de intervención. Por ejemplo: en el caso del responsable del SICAP se ahondará mas en los aspectos de capacitación.

¿Cree que la capacitación recibida trajo algunas propuestas o métodos nuevos para la atención de las EMOs? Sea la respuesta SI o NO, preguntar ¿Cómo así?

Luego de la capacitación se implementaron (¿o se sugirió implementar?) protocolos de atención para las EMOs. El personal de salud a su cargo ¿utiliza dichos protocolos?

Si la respuesta es SI, ¿qué aspectos? ¿Por qué? ¿En qué casos utiliza el protocolo? ¿Considera que es de utilidad aplicar los protocolos? ¿Por qué?

Si la respuesta es No ¿por qué?

Gestión de la información

¿Se utiliza algún sistema de información de casos y el registro de atención obstétrica de las pacientes?

Si la respuesta es SI ¿Cómo está organizado? // Si la respuesta es No, ¿Por qué?

¿Cuál es su opinión sobre el uso de este sistema? ¿Cómo así? Explicar

¿Cree que dicho sistema es de utilidad para una mejor atención de las EMOs? ¿Cómo así?

Supervisión de la calidad

¿Se utiliza algún sistema supervisión y o seguimiento de los procesos de mejora de la calidad en la atención de EMOs?

Si la respuesta es SI ¿Cómo está organizado? // Si la respuesta es No, ¿Por qué?

¿Cuál es su opinión sobre el uso de este sistema? ¿Cómo así? Explicar

¿Cree que dicho sistema es de utilidad para una mejor atención de las EMOs? ¿Cómo así?

Sistema de referencia y contrarreferencia

¿Qué características tiene su sistema de referencia y contrarreferencia?

El modelo que me describió, ¿desde hace cuánto tiempo lo vienen aplicando?

Si han tomado las recomendaciones dadas en la capacitación ¿les parece más útil que su modelo previo? Si o No ¿En qué aspectos si? ¿En qué aspectos no?

Si no las han seguido, preguntar ¿Por qué?

¿Qué resultados ha producido usar este sistema de referencia y contrarreferencia? (¿Positivos? ¿Negativos?)

Enfoque de derechos

Cuando hablamos de los derechos de la mujer en la atención de las EMOs ¿a qué nos referimos?

¿Cree que aplicar este enfoque es útil para la atención de las EMOs?

¿En qué situaciones? Descríbanos algún caso.

Objetivo 3: Sostenibilidad y replicabilidad.

En términos generales, ¿cuáles son los aspectos / estrategias positivos que ud. destacaría del proyecto FEMME? De estos aspectos positivos, dígame ¿cuál o cuáles piensa que deben continuarse para la atención de EMOs? ¿Qué cree que sería necesario para darle continuidad a estas estrategias positivas? ¿Cuáles son los actores estratégicos que podrían apoyar esta continuidad? ¿De qué manera? ¿Cuál sería el rol del MINSA en este proceso de apoyo a la sostenibilidad del proyecto?

¿Cuál o cuáles de las estrategias / aspectos de FEMME sería preferible / mejor no incluir? ¿Por qué? Si pudiera cambiar algo de estas estrategias para mejorarlas ¿qué sería? ¿Cómo se haría?

¿Qué aspecto/estrategia considera que definitivamente no debe ser incluido? ¿Por qué?
De las estrategias aplicadas por FEMME ¿Cuáles cree que deberían ser replicadas en otros escenarios? ¿En qué zonas?
¿De qué manera? ¿Por etapas? ¿Simultáneamente?

¿Algún otro comentario que quisiera agregar?

Gracias.

Guía de grupo focal: Proveedor 2

Introducción: Muy buenas... Este grupo focal a tiene por objetivo recoger sus impresiones y opiniones sobre la implementación y desarrollo del proyecto FEMME para la prevención de EMOs.

Presentación de cada uno de los participantes.

Dinámica: Solicitarles a los participantes que digan una palabra que exprese su opinión del proyecto FEMME para la atención de las emergencias obstétricas; y qué la expliquen. (Alternativa: dar hojas de papel para que escriban dicha palabra y luego la mostraran a todos los miembros del grupo focal, para explicar porque la escogieron)

Objetivo 1:

Por favor, cuéntenos sobre su experiencia en el proyecto FEMME. ¿Qué es lo que más recuerda?
¿Por qué?

¿Qué servicio de los ofrecidos a través del programa FEMME para emergencias obstétricas les ha parecido el más útil? ¿Cómo así? ¿En qué casos los ha utilizado?

¿Y cuál le pareció el menos útil? ¿Por qué?

¿Cree que el Programa FEMME ha traído beneficios (en relación a las usuarias, a nivel de trato personal de salud – usuarias, para el propio personal de salud, entre médicos y obstetras)?

SI ¿Cómo qué beneficios? ¿De qué manera? Ó No ¿Por qué?

En relación a la atención de las usuarias, ¿Qué efectos creen que el Programa Femme ha tenido en lo que se refiere a la atención de las pacientes? ¿qué efectos positivos? ¿qué efectos negativos? ¿Por qué cree que es así?

¿Creen que el Programa FEMME ha traído ventajas?

SI ¿Cómo cuáles? o No ¿Por qué?

En comparación con otros programas que trabajan el tema de la atención a las EMOS ¿Creen que el programa FEMME ha incluido aportes, aspectos nuevos para el tratamiento de las EMOS? Si ¿Cómo cuáles? No ¿Por qué?

Objetivo 3:

¿Cuáles consideran uds. que son puntos fuertes del programa FEMME que deberían continuarse en otros programas para la atención de EMOs? ¿Cuáles consideran uds. deberían replicarse, repetirse en otros programas para la atención de EMOs? ¿qué actores estratégicos podrían apoyar a la sostenibilidad y continuidad?

¿Qué aspectos/estrategias podrían mejorarse? ¿Cuáles sería preferible / mejor no incluir?

Guía de grupo focal: Proveedor 3

Introducción: Muy buenas... Este grupo focal a tiene por objetivo recoger sus impresiones y opiniones sobre la implementación y desarrollo del proyecto FEMME para la prevención de EMOs.

Presentación de cada uno de los participantes.

Dinámica: Solicitarles a los participantes que digan una palabra que exprese su opinión del proyecto FEMME para la atención de las emergencias obstétricas; y qué la expliquen. (Alternativa: dar hojas de papel para que escriban dicha palabra y luego la mostraran a todos los miembros del grupo focal, para explicar porque la escogieron)

Objetivo 1:

Por favor, cuéntenos sobre su experiencia en el proyecto FEMME. ¿Qué es lo que más recuerda?
¿Por qué?

¿Qué servicio de los ofrecidos a través del programa FEMME para emergencias obstétricas les ha parecido el más útil? ¿Cómo así? ¿En qué casos los ha utilizado?
¿Y cuál le pareció el menos útil? ¿Por qué?

¿Cree que el Programa FEMME ha traído beneficios (en relación a las usuarias, a nivel de trato personal de salud – usuarias, para el propio personal de salud, entre médicos - obstetrices)?
SI ¿Cómo qué beneficios? ¿De qué manera? Ó No ¿Por qué?

En relación a la atención de las usuarias, ¿Qué efectos creen que el Programa Femme ha tenido en lo que se refiere a la atención de las pacientes? Relate alguna experiencia
¿qué efectos positivos? ¿qué efectos negativos? ¿Por qué cree que es así?

¿Creen que el Programa FEMME ha traído ventajas?
SI ¿Cómo cuáles? o No ¿Por qué?

En comparación con otros programas que trabajan el tema de la atención a las EMOS ¿Creen que el programa FEMME ha incluido aportes, aspectos nuevos para el tratamiento de las EMOS? Si ¿Cómo cuáles? No ¿Por qué?

Objetivo 3:

¿Cuáles consideran uds. que son puntos fuertes del programa FEMME que deberían continuarse en otros programas para la atención de EMOs? ¿Cuáles consideran uds. deberían replicarse, repetirse en otros programas para la atención de EMOs? ¿qué actores estratégicos podrían apoyar a la sostenibilidad y continuidad?

¿Qué aspectos/estrategias podrían mejorarse? ¿Cuáles sería preferible / mejor no incluir?

Anexo 7: Anexos cuantitativos

Evaluación del Proyecto Femme

Establecimiento :

DISA :

Eval 1

Funciones Obstetricas Basicas

Recursos Humanos

Médico general con: competencias obstetricas disponible durante el horario de atención (24 horas)

Obstetriz calificada en manejo de gestantes y puerperas disponible durante el horario de atención (24 horas)

Técnico(a) en enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica durante 24 horas

Técnico en laboratorio

Técnico en farmacia

Chofer disponible las 24 horas

Topico de Emergencia

Equipo

1 Aspirador electrico con sonda de aspiración

1 Balanza de pie

1 Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado

1 Cinta obstétrica CLAP

1 Coche de curaciones

1 Depósito para desechos con bolsa descartable

1 Gestograma

1 Lámpara de pie con cuello de ganso

1 Linterna a pilas o similar OPERATIVA

1 Mesa para exámen con piñeras, tobilleras o taconeras / Camilla

1 Recipiente para descontaminación

1 Soporte para soluciones

Instrumental

1 Bolsa autoinflable de reanimación con máscara para adulto

1 Bolsa autoinflable de reanimación con reservorio y máscara para recién nacido a término y prematuro

1 Cánula Mayo Guedel (2 ó 3)

1 Equipo de flebotomía

1 Equipo Doppler de detección de latidos fetales

Espéculos vaginales de Graves

1 Estetoscopio biauricular

1 Fetoscopio de Pinard

1 Martillo de reflejos

1 Tensiómetro

Material fungible

Algodón

Catéter endovenoso # 18

Cinta reactiva para albúmina en orina (Labstix) o ac. Sulfosalicilico

Cinta reactiva para glucosa

Clamp o cinta para cordón umbilical o ligauras estériles

Equipo de venoclisis

Esparadrapo

Gasa esteril

Guantes quirúrgicos 6.5 - 8

Papel tornasol rosado o nitrazina

Sondas de Nélaton 12 o 14

1 Termómetro oral / axilar

Medicamentos e insumos

Analgésicos orales y/o parenterales
Antibióticos orales y/o parenterales
Antiespasmódicos orales y parenterales
Antihipertensivos: Metil Dopa, Nifedipina
Bicarbonato de sodio 8.4%
Cloruro de sodio al 9 ‰
Corticoides: Hidrocortisona, Betametasona, Dexametasona parenteral
Dextrosa al 5% en agua destilada
Diazepan 10 mg parenteral
Digitálicos parenteral
Diuréticos orales y parenterales
Epinefrina
Ergonovínicos parenterales
Etilefrina (Effortil)
Expansores plasmáticos
Fenobarbital parenteral
Gluconato de Calcio 10% parenteral
Lidocaina al 1% y 2% sin epidefrina, sin preservantes parenteral
Oxitócico Parental
Sulfato de magnesio
Tocolíticos

Ropa disponible en función al número de procedimientos

Batas para pacientes
Mandilón estéril
Pierneras de tela esteril o campos
Sábanas para camilla
Soleras
Vestuario : pantalón, chaqueta, botas, gorro y máscara

Soluciones

Alcohol Iodado
Bencina Iodada
Jabón Líquido
Solución antiséptica (Iodo-polividona)
Solución de hipoclorito de sodio

HOSPITALIZACION OBSTETRICA**Equipo**

1 Balanza de pie
1 Camilla o mesa de examen ginecológico con pierneras, tobilleras o taconeras
1 Depósito para desechos con bolsa descartable
1 Linterna a pilas o similar OPERATIVA
1 Recipiente para descontaminacion
1 Soporte para soluciones

Instrumental

1 Equipo de curaciones
Espéculos vaginales de Graves
1 Estetoscopio biauricular
1 Tensiómetro

Material fungible

Algodón
Catéter endovenoso # 18
Cinta reactiva para albúmina en orina (Labstix) o ac. Sulfosalicilico
Equipo de venoclisis
Esparadrapo
Gasa esteril
Guantes quirúrgicos 6.5 - 8
Papel secante o secador de manos
Sondas de Nélaton 12 o 14

Sondas vesicales Foley 14 y 16

Termómetro oral o rectal

Ropa disponible en función al número de procedimientos

Batas para pacientes

Sábanas para camas

Sábanas para camilla

Soleras

Soluciones

Alcohol Iodado

Bencina Iodada

Solución antiséptica (Iodo-polividona)

Solución de hipoclorito de sodio

EXAMENES AUXILIARES DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO

Bioquímica

Creatinina

Glucosa

Urea

Hematología

Frotís de sangre periférica

Gota gruesa en áreas endémicas

Hematocrito

Hemoglobina

Hemograma

Tiempo de coagulación

Tiempo de sangría

Velocidad de sedimentación

Inmunología

Aglutinaciones

Elisa - VIH

Factor Rh

Grupo sanguíneo

RPR/VDRL

Microbiología

BK en esputo

Gram

Orina

Examen completo de orina

TRANSPORTE Y COMUNICACIONES DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO

1Ambulancia equipada

1Equipo de radio transmisor/receptor

1Teléfono disponible

EQUIPOS PARA ESTERILIZACION

Equipo

1Esterilizador Eléctrico de aire caliente seco

Fecha : / /

Disponible = 1

No disponible = 2

Compartido= 3

No operativo = 4

Evaluación del Proyecto Femme

Establecimiento :

DIRESA :

EVAL1 - COE FUNCIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES ESENCIALES RECURSOS HUMANOS

Gineco-Obstetra calificado o Médico general calificado en G-O disponible las 24 horas
Médico calificado en operaciones de cirugía general solicitadas en las FONE disponible las 24 horas

Anestesiólogo o médico calificado en anestesia obstétrica y neonatal disponible las 24 horas

Obstetrix calificada en la atención prenatal, puerperal y planificación familiar

Obstetrix calificada en la atención del parto disponible las 24 horas

Obstetrix calificada en manejo de gestantes o puerperas disponible las 24 horas

Técnico en enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica

Técnico de Enfermería con competencia en Central de Esterilización disponible las 24 horas

Técnico de Laboratorio disponible las 24 horas

Técnico de RX y Ecografía disponible las 24 horas

Chofer disponible las 24 horas

IMAGENES / ECOGRAFIA

1Ecógrafo

1Equipo de Rx

SANGRE SEGURA Y DERIVADOS

Bolsas para colección de sangre

Paquete globular

Plasma fresco congelado a -20°C

Sangre total

CENTRO OBSTETRICO - SALA DE PARTOS

Equipos

1Aspirador eléctrico con sonda de aspiración

1Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado

1Depósito para desechos con bolsa descartable

1Depósito para placenta

1Equipo Doppler de detección de latidos fetales

1Fuente de calor en lugares fríos

1Lámpara de cuello de ganso

Lavamanos

1Linterna a pilas o similar OPERATIVA

1Mesa de Mayo para instrumental

1Mesa de Partos con mecanismo para Trendelenburg con piñeras, tobilleras o taconeras

1Recipiente para descontaminación

1Soporte para soluciones

Instrumental

1Bolsa autoinflable de reanimación con máscara para adulto

2 Cánula Mayo Guedel (2 ó 3)

1Equipo de flebotomía

1Estetoscopio biauricular

1Fetoscopio de Pinard

1Laringoscopio para adultos

1Tensiómetro

1Termómetro ambiental

3 Tubos endotraqueales para adulto (28, 30, 32)

Material fungible

Algodón

Catéter endovenoso # 18

Catgut crómico 2/0, 1 c/a MR35

Clamp o cinta para cordón umbilical o ligaduras estériles

Equipo de transfusión sanguínea

Equipo de venoclisis
Esparadrapo
Gasa esteril
Guantes quirúrgicos 6.5 - 8
Jeringas descartables 3,5,10 y 20 cc
Pera de aspiración
Sondas de Nélaton 12 o 14
Sondas vesicales Foley 14 y 16
1Termómetro oral / axilar

Medicamentos e insumos
Analgésicos orales y/o parenterales
Anestésico regional
Antibióticos orales y/o parenterales
Antihipertensivos: Metil Dopa, Nifedipina
Bicarbonato de sodio 8.4%
Catgut crómico 00 c/a MR 35
Cloruro de Potasio al 14.9%
Cloruro de sodio al 11.7 %
Cloruro de sodio al 9 °/oo
Corticoides: Hidrocortisona, Betametasona, Dexametasona parenteral
Dextrosa al 5% en agua destilada
Diazepan 10 mg parenteral
Digitálicos parenteral
Diuréticos parenterales
Epinefrina
Ergonovínicos parenterales
Expansores plasmáticos
Fenobarbital parenteral
Gluconato de Calcio 10% parenteral
Lidocaina al 1% y 2% sin epidefrina, sin preservantes parenteral
Meperidina
Oxitócico Parental
Sulfato de atropina
Sulfato de magnesio
Vitamina K parenteral

Ropa en función al número de procedimientos
Batas para pacientes
2 Campo Estéril
Mandilón estéril
Piñeras de tela esteril o campos
Sábanas para camilla
Vestuario : pantalón, chaqueta, botas, gorro y máscara

Set para episiotomía
Pinza de disección mediana con uña
1Portagujas recto Mayo Hegar

Set para legrado puerperal
1Cureta para legrado puerperal
2 Pinza de Anillo Foerster (curva y recta)
1Pinza de restos placentarios de Winter (Kelly) recta
2 Valva vaginales de Doyen

Set para parto distócico
1Equipo de extracción de vacío Mallstrom
1Forceps Simpson mediano
1Oxímetro de pulso

Set para partos
Clamp o cinta para cordón umbilical o ligauras estériles
1Pinza de limpieza de Pean larga
2Pinzas de Kocher o Rochester Pean

1 Tijera de cordón umbilical

1 Tijera Mayo Recta

Set para revisión de cuello uterino o vagina

4 Pinza de Anillo Foerster (curva y recta)

1 Pinza de disección sin uña larga

1 Portagujas Mayo Hegar

1 Tijera Mayo Harrington

2 Valva vaginales de Doyen

Soluciones

Alcohol yodado

Jabón Líquido

Solución antiséptica (Iodo-polividona)

Solución de hipoclorito de sodio

TOPICO DE EMERGENCIA OBSTETRICA/NEONATAL

Equipo

1 Aspirador eléctrico con sonda de aspiración

1 Balanza de pie con tallímetro

1 Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado

1 Cinta obstétrica CLAP

1 Coche de curaciones

1 Depósito para desechos con bolsa descartable

Escalera de uno ó dos pasos

1 Gestograma

1 Lámpara de pie con cuello de ganso

1 Linterna a pilas o similar OPERATIVA

1 Mesa para examen con pierneras, tobilleras o taconeras / Camilla

1 Recipiente para descontaminación

1 Soporte para soluciones

Instrumental

1 Bolsa autoinflable de reanimación con máscara para adulto

1 Bolsa autoinflable de reanimación con reservorio y máscara para recién nacido a término y prematuro

1 Cánula Mayo Guedel (2 ó 3)

1 Equipo de flebotomía

1 Equipo Doppler de detección de latidos fetales

Espéculos vaginales de Graves

1 Estetoscopio biauricular

1 Estetoscopio para recién nacido

1 Fetoscopio de Pinard

1 Laringoscopio con hojas rectas No. 0 y 1

1 Laringoscopio para adultos

1 Martillo de reflejos

1 Tensiómetro

Tubos endotraqueales 2.5, 3, 3.5 y 4

3 Tubos endotraqueales para adulto (28, 30, 32)

Material fungible

Algodón

Catéter endovenoso # 18

Catgut crómico 2/0 c/a MR35

Cinta reactiva para albúmina en orina (Labstix) o ac. Sulfosalicílico

Cinta reactiva para glucosa

Clamp o cinta para cordón umbilical o ligaduras estériles

Equipo de transfusión sanguínea

Equipo de venoclisis

Esparadrapo

Gasa estéril

Guantes quirúrgicos 6.5 - 8

Papel tornasol rosado o nitrazina

Pera de aspiración
Sonda de aspiración 5F y 8F
Sondas de Nélaton 12 o 14
Sondas vesicales Foley 14 y 16
1Termómetro oral / axilar
Termómetro rectal

Medicamentos e insumos

Analgésicos orales y/o parenterales
Antibióticos orales y/o parenterales
Antihipertensivos: Metil Dopa, Nifedipina
Bicarbonato de sodio 8.4%
Cloruro de Potasio al 14.9%
Cloruro de sodio al 9 %/oo
Corticoides: Hidrocortisona, Betametasona, Dexametasona parenteral
Dextrosa al 5% en agua destilada
Diazepan 10 mg parenteral
Digitálicos parenteral
Diuréticos parenterales
Epinefrina
Ergonovínicos parenterales
Expansores plasmáticos
Fenobarbital parenteral
Gluconato de Calcio 10% parenteral
Lidocaina al 1% y 2% sin epidefrina, sin preservantes parenteral
Oxitócico Parental
Sulfato de atropina
Sulfato de magnesio
Tocolíticos

Ropa disponible en función al número de procedimientos

Batas para pacientes
Campo Estéril
Sábanas para camilla
Set de ropa para atención de partos
Soleras

Set para partos

1Pinza de limpieza de Pean larga
2 Pinzas de Kocher
1Tijera de cordón umbilical
1Tijera Mayo Recta

Soluciones

Alcohol Iodado
Bencina Iodada
Jabón Líquido
Solución antiséptica (Iodo-polividona)
Solución de hipoclorito de sodio

HOSPITALIZACION OBSTETRICA

Equipo

1Balanza de pie con tallimetro
1Depósito para desechos con bolsa descartable
1Equipo de inserción de DIU
Escalera de uno ó dos pasos
1Lámpara de pie con cuello de ganso
Lavamanos
1Linterna a pilas o similar OPERATIVA
1Mesa para exámen con pierneras, tobilleras o taconeras / Camilla
1Recipiente para descontaminacion
1Soporte para soluciones

Instrumental

1 Equipo de curaciones
Espéculos vaginales de Graves
1 Estetoscopio biauricular
2 Pinza de Anillo Foerster (curva y recta)
1 Tensiómetro

Material fungible

Algodón
Catéter endovenoso # 18
Cinta reactiva para albúmina en orina (Labstix) o ac. Sulfosalicilico
Equipo de transfusión sanguínea
Equipo de venoclisis
Esparadrapo
Gasa esteril
Guantes quirúrgicos 6.5 - 8
Papel secante o Secador de manos
Sondas de Nélaton 12 o 14
Sondas vesicales Foley 14 y 16
Termómetro oral o rectal

Ropa disponible en función al número de procedimientos

Batas para pacientes
Sábanas para camas
Sábanas para camilla
Soleras

Soluciones

Alcohol Iodado
Bencina Iodada
Jabón Líquido
Solución antiséptica (Iodo-polividona)
Solución de hipoclorito de sodio

SALA DE LEGRADO UTERINO (ANEXA A LA SALA DE OPERACIONES) O SIMILAR

Equipo

1 Aspirador eléctrico con sonda de aspiración
1 Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado
1 Depósito para desechos con bolsa descartable
1 Equipo de aspiración endouterina (AMEU) operativo
1 Equipo de inserción de DIU
1 Lámpara cialítica o Lámpara cuello de ganso
1 Mesa de Mayo para instrumental
1 Mesa de Partos con mecanismo para Trendelenburg con piñeras, tobilleras o taconeras
1 Recipiente para descontaminación
1 Soporte para soluciones

Instrumental

Bolsa para reanimación con máscara para adulto
2 Cánula Mayo Guedel (2 ó 3)
1 Estetoscopio biauricular
1 Laringoscopio para adultos
1 Tensiómetro
Tubo endotraqueal para adulto (28, 30, 32)

Material fungible

Algodón
Catéter endovenoso # 18
Equipo de transfusión sanguínea
Equipo de venoclisis
Esparadrapo
Gasa esteril
Guantes quirúrgicos 6.5 - 8
Jeringas descartables 3,5,10 y 20 cc
Sondas de Nélaton 12 o 14

Set para legrado uterino

3Curetetas uterinas fenestradas (2 - 4 - 6 cortantes)
1Histerómetro maleable graduado en cm de Sims
1Pinza Bozeman para limpieza vaginal
2Pinza de Anillo Foerster (curva y recta)
1Pinza de limpieza de Pean larga
1Pinza de restos placentarios de Winter (Kelly) recta
1Pinza Tirabala de diente (Schroeder)
1Valva vaginal de peso Auvard
1Valva vaginales de Doyen

Soluciones

Agua destilada
Alcohol yodado
Jabón Líquido
Solución antiséptica (yodo-polividona)
Solución de hipoclorito de sodio
Vaselina líquida

SALA DE OPERACIONES**Equipo**

1Aspirador eléctrico con sonda de aspiración para adulto
1Aspirador eléctrico con sonda de aspiración para recién nacido
2Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado
1Equipo de aire acondicionado (zonas calurosas)
1Equipo para ligadura de trompas post parto
1Fuente de calor en lugares fríos
Incubadora o cuna para transporte
1Lámpara cialítica auxiliar rodable
1Lámpara cialítica de techo
1Linterna a pilas o similar OPERATIVA
1Máquina de anestesia (con vaporizador de gases)
1Mesa auxiliar semicircular para instrumental
1Mesa de Mayo para instrumental
1Mesa de Partos con mecanismo para Trendelenburg con pierneras, tobilleras o taconeras
1Monitor cardiovascular con desfibrilador
1Oxímetro de pulso
Servocuna o mesa con fuente de calor para la atención del recién nacido
1Soporte para soluciones

Equipo para flebotomía disponible

1Estilete
1Mango de bisturí # 3 ó 4
1Pinza de disección con uña
1Pinza de disección sin uña
1Pinza Kelly
3Pinzas hemostáticas Kelly curvas o tipo mosquito
1Porta agujas
1Tijera de Metzembraun
1Tijera Mayo Recta

Instrumental

1Bolsa autoinflable de reanimación con máscara para adulto
1Bolsa autoinflable de reanimación con reservorio y máscara para recién nacido a término y prematuro
2Cánula Mayo Guedel (2 ó 3)
1Estetoscopio biauricular
1Laringoscopio con hojas rectas No. 0 y 1
1Laringoscopio para adultos
1Tensiómetro
1Termómetro ambiental
Tubos endotraqueales 2.5, 3, 3.5 y 4

Tubos endotraqueales para adulto (28, 30, 32)

Material fungible

Algodón

Catéter endovenoso # 18

Clamp Y CATETERES UMBILICALES

Equipo de transfusión sanguínea

Equipo de venoclisis

Esparadrapo

Gasa esteril

Guantes quirúrgicos 6.5 - 8

Hoja para bisturí # 20 ó 23

Jeringas descartables 3,5,10 y 20 cc

Sonda de alimentación 5F y 8F

Sondas de Nélaton 12 o 14

Sondas vesicales Foley 14 y 16

Medicamentos e insumos

Analgésicos orales y/o parenterales

Anestésico general parenteral o inhalatorio

Anestésico regional

Antibióticos orales y/o parenterales

Bicarbonato de sodio 8.4%

Cloruro de Potasio al 14.9%

Cloruro de sodio al 11.7 %

Cloruro de sodio al 9 °/oo

Corticoides: Hidrocortisona, Betametasona, Dexametasona parenteral

Dextrosa al 5% en agua destilada

Diazepan 10 mg parenteral

Epinefrina

Ergonovínicos parenterales

Etilefrina (Effortil)

Expansores plasmáticos

Gluconato de Calcio 10% parenteral

Ketamina o tiopental sódico

Oxitócico Parental

Sulfato de atropina

Ropa disponible

Campo Estéril

Mandilón estéril

Poncho quirúrgico estéril

Sábanas estériles

Sábanas para mesa de operaciones

Soleras

Vestuario : pantalón, chaqueta, botas, gorro y máscara

Set de suturas para cesárea, laparotomía, histerectomía y otros

Catgut crómico 0 c/a MR35

Catgut crómico 00 c/a MR 35

Catgut crómico 000 MC 25 c/aguja o Vycril 000

Catgut crómico 1 c/a MR35

Catgut simple 0 c/a MR35

Seda 0 s/a

Vycril Nº 1 c/a o Dexon No 1 c/a

Set para anestesia epidural

1Aguja Tohuy 16

Jeringa de 20 cc de vidrio

Jeringa de 3 cc de vidrio

Set para cesárea

1'Bisturí No. 3 con hojas No. 20

1Cánula de succión de Yankauer

1Juego de separadores de Farabeauff mediano
3Pinza de Anillo Foerster (2 curvas y 1 recta)
5Pinza de Backhaus o similar
1Pinza de disección con uña
1Pinza de disección sin uña
1Pinza de limpieza de Pean larga
6Pinzas de Kelly Curvas Medianas
2Pinzas de Koecher rectas
2Porta agujas Mayo Hegar mediano
1Tijera de cordón umbilical
1Tijera de Metzembaun mediana
1Tijera Mayo Curva
1Tijera Mayo Recta
1Valva suprapúbica tipo Balfour
Set para laparotomía / histerectomía abdominal
1Bisturí No. 3 con hojas No. 20
1Cánula de succión de Yankauer
1Juego de separadores de Balfour con valva suprapúbica disponible
1Juego de separadores de Farabeauff mediano
2Pinza Babcock
2Pinza de Allis
2Pinza de Anillo Foerster (curva y recta)
5Pinza de Backhaus o similar
2Pinza de Crafoord con pico fino
1Pinza de disección con uña
1Pinza de disección sin uña
1Pinza de disección sin uña larga
2Pinza de Heaney de dos puentes
1Pinza de limpieza de Pean larga
8Pinzas de Kelly Curvas Medianas
2Pinzas de Kelly Rectas Medianas
2Pinzas de Koecher rectas
2Pinzas Rochester Pean
1Porta agujas Mayo Hegar grande
1Portagujas Mayo Hegar
2Separadores de Deaver medianos o valvas maleables disponible
1Tijera de Metzembaun mediana
1Tijera Mayo Curva
1Tijera Mayo Harrington
1Tijera Mayo Recta

Soluciones

Alcohol yodado
Jabón Líquido
Solución antiséptica (yodo-polividona)

EXAMENES AUXILIARES DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO

Bioquímica

Acido úrico
Bilirrubinas
Creatinina
Depuración de creatinina
Fosfatasa alcalina
Glucosa
LCR: estudio citoquímico
Tolerancia a la glucosa
Transaminasa oxalacética
Transaminasa pirúvica
Urea

Hematología

Fibrinógeno
Frotis de sangre periférica
Gota gruesa en áreas endémicas
Hematocrito
Hemoglobina
Hemograma
Plaquetas
Tiempo de coagulación
Tiempo de protrombina
Tiempo de sangría
Velocidad de sedimentación

Inmunología

Aglutinaciones
Coombs directo
Coombs indirecto
Elisa - VIH
Factor Rh
FTA, ABS o TPH
Gonadotrofinas coriónicas en orina
Gonadotrofinas coriónicas en sangre Sub unidad Beta
Grupo sanguíneo
RPR/VDRL

Microbiología

BK en esputo
Cultivo de fluidos corporales
Gram
Hemocultivo
Urocultivo

Orina

Examen completo de orina
Proteinuria de 24 horas

Riesgo quirúrgico

Riesgo quirúrgico

TRANSPORTE Y COMUNICACIONES DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO

1 Ambulancia equipada
1 Equipo de radio transmisor/receptor
1 Teléfono disponible

EQUIPOS PARA HEMOTERAPIA DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO

1 Congelador a -20°C
1 Conservador de sangre (para 50 unidades)

EQUIPOS PARA UNIDAD DE ESTERILIZACION CENTRAL

Equipo

1 Esterilizador Eléctrico de aire caliente seco
1 Mesa exclusiva para preparación de material

Material fungible

Guantes de Jefe para examen de material a esterilizar
Indicadores de esterilización para material esterilizado en ambiente húmedo interno y externo
Indicadores de esterilización para material esterilizado en ambiente seco interno y externo
Papel Kraff

Ropa disponible

Mandilón estéril

Soluciones

Detergente
Jabón Líquido
Disponible = 1
No disponible = 2
Compartido = 3
No operativo = 4

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: EVAL 2
(APLICABLE A CADA UNO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD)

INFORMACION BASICA		RESULTADO	CODIGO
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:			
1	CODIGO DEL ESTABLECIMIENTO	Asignado por BSM	1 _ _ _ _ _
2	TIPO DE ESTABLECIMIENTO:	Hospital Regional = 1 ; Hospital Provincial = 2 ; Centro de Salud = 3	2 _ _ _ _
3	FECHA INICIO ESTUDIO	dd/mm/aa	3 _ _ / _ _ / _ _ _ _
ACCIONES DE CAPACITACION (SICAP)			
ORIENTACIONES PARA LA RECOLECCION			
Plantear las preguntas al responsable SICAP, jefe del servicio del BESS. Verificar cada una de las respuestas.			
ITEM		RESULTADO	CODIGO
PREGUNTE Y VERIFIQUE:			Número
1. Desea que año funcione el SICAP?		1. Colocar año _ _ _ _ _	SI = 1 ; NO = 0 NS = 9
2. Tiene resolución oficial de reconocimiento?		2. _ _ _ _	Hospital = 1 ; OISA = 2 ; Otro = 3
2.a Quién firma la resolución?		2.a _ _ _ _	Diario = 1 ; Semanal = 2 ; Quincenal = 3 ; Mensual = 4 ; Trimestral = 5
3. Con qué frecuencia recibe pasantías?		3. _ _ _ _	SI = 1 ; NO = 0 NS = 9
4. Existe plan de pasantías?		4. _ _ _ _	SI = 1 ; NO = 0 NS = 9
5. El Plan es monitoreado?		5. _ _ _ _	SI = 1 ; NO = 0 NS = 9
6. El Plan es evaluado?		6. _ _ _ _	SI = 1 ; NO = 0 NS = 9
6.a Con qué frecuencia se evalúa?		6.a _ _ _ _	Trimestral = 1 ; Semanal = 2 ; Anual = 3 ; No se evalúa = 0
7. Existe algún profesional G —o responsable del SICAP (con resolución formal)?		7. _ _ _ _	SI = 1 ; NO = 0 NS = 9

7.A ESTADÍSTICA SICAP: Solicitar al responsable de la capacitación

ITEM	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1. N. Médicos pasantes						
2. N. Obstetrices pasantes						
3. N. Enfermeras pasantes						
4. N. Técnicos enfermería pasantes						
5. N. Otros profesionales pasantes en el SICAP						
6. N. Pasantes Huamanga						
7. N. Pasantes Cangallo						
8. N. Pasantes San Miguel						
9. N. Pasantes San Francisco						
10. N. Pasantes Vilcasuaman						
11. N. Pasantes Víctor Fajardo						
12. N. Pasantes Puno						
13. N. Pasantes Sucre						
14. N. Pasantes Huancasancos						
15. N. Pasantes Huanta						
16. N. Pasantes Cora Cora						
18. N. Pasantes Laramate						
19. N. Pasantes Pausa						
20. N. Pasantes de otras DIRESAS						
21. N. total de médicos región ayacucho periférico (no incluir hospital ni DIRESA)						
22. N. total de obstetrices región ayacucho periférico (no incluir hospital ni DIRESA)						
23. N. total de enfermeras región ayacucho periférico (no incluir hospital ni DIRESA)						

SISTEMA DE AUDITORIA BASADO EN CRITERIOS

ORIENTACIONES PARA LA RECOLECCION	ITEM	PREGUNTE Y VERIFIQUE	RESULTADO	CODIGO
Entregar el jefe del servicio o el responsable del sistema de auditorias del servicio de G.O. Por documentos sustentativos	8.	Existe algun comité de auditoria clinica del servicio G-O?	8. _____	SI= 1; NO= 0 NS= 3
	9.	Está reconocido formalmente?	9. _____	SI= 1; NO= 0 NS= 3
	10.	Desde cuando funciona?	10. _____ (año)	Número
	11.	Dispone de Plan de actividades 2005?	11. _____	SI= 1; NO= 0 NS= 3
	12.	Registro de reuniones del comité?	12. _____	SI= 1; NO= 0 NS= 3
	13.	Frecuencia de auditorías (2005)	13. _____	Días = 1; Semanal = 2; Quincenal = 3; Mensual = 4; Trimestral = 5; Semestral = 6, Anual = 7, No se realiza = 8
	14.1	El comité durante sus reportes dió recomendaciones de qué tipo (2005)?	14.1 _____	SI= 1; NO= 0 NS= 3
	14.2	14.1 Punitivas	14.2 _____	
	14.3	14.2 Mejora en la organización de servicios	14.3 _____	
	14.4	14.3 Mejora en la capacitación del personal	14.4 _____	
	14.5	14.4 Mejora en el equipamiento / infraestructura	14.5 _____	
	14.6	14.5 Mejora en la referencia	14.6 _____	
	14.7	14.6 Mejora en el uso de protocolos	14.7 _____	
15.	14.7 Otros (especifique)	_____		
15.	Aspectos en los que debe mejorar el comité?	15. _____		
16.	Logros a destacar de las auditorías?	16. _____		
16.a	Motivos de las auditorías?	16.a _____	1= programada, 2= por indicación de superiores, 3= por pedido mg, 4 = Todas	

GESTION DE LA INFORMACION
ORIENTACIONES PARA LA RECOLECCION

ITEM	RESULTADO	CODIGO
<p>Plantear las preguntas al jefe del establecimiento o al responsable de información. Verificar cada una de las respuestas</p> <p>PREGUNTE Y VERIFIQUE: 17. Desde cuando funciona el SIP 2000?</p>	<p>1. Colocar año ____ - ____ - ____</p>	<p>Número</p>
<p>18. Balance del SIP: 18.1 PC propia 18.2 Impresora propia</p>	<p>18.1 ____ 18.2 ____</p>	
<p>18.3 Personal exclusivo dedicado a la introducción de datos</p>	<p>18.3 ____</p>	<p>SI = 1 ; NO = 0</p>
<p>18.4 Los reportes se presentan en periódico mural / vitrina</p>	<p>18.4 ____</p>	
<p>18.5 Ingreso diario de datos</p>	<p>18.5 ____</p>	
<p>19. Frecuencia de reportes de las atenciones obstétricas, incluye EM O?</p>	<p>19. ____</p>	<p>Díno = 1; Semanal = 2; Quincenal = 3; Mensual = 4; Trimestral = 5; Semestral = 6</p>
<p>20. Reportes de atenciones G-O (Setiembre – Diciembre 2005)</p>	<p>20. ____</p>	<p>SI = 1 ; NO = 0</p>
<p>21. Análisis de información ?, frecuencia?</p>	<p>21. ____</p>	<p>Díno = 1; Semanal = 2; Quincenal = 3; Mensual = 4; Trimestral = 5; Semestral = 6, No se realiza = 7</p>
<p>22. Difusión de reportes?, frecuencia</p>	<p>22. ____</p>	<p>Díno = 1; Semanal = 2; Quincenal = 3; Mensual = 4; Trimestral = 5; Semestral = 6; No se realiza = 7</p>
<p>23. N. de reuniones documentadas para analizar la situación de los partos institucionales, EM O y/o muertes maternas. Periodo Jun- Dic / Servicio G-O</p>	<p>23. ____</p>	<p>Número</p>

SUPERVISIÓN DE LA CAPACITACIÓN DE LAS EMO

ORIENTACIONES PARA LA RECOLECCIÓN	ITEM	RESULTADO	CODIGO
Plantear la pregunta al jefe del establecimiento o al responsable de la supervisión de la capacitación de las EMO.	PREGUNTE Y VERIFIQUE:		
	24. Desde cuándo funciona la supervisión de los pasantes de perifera?	24. Colocar mes / año ____ / ____	Número
	25. Con qué frecuencia se realiza?	25. _____	Mensual = 1; Bimensual = 2; Trimestral = 3, Semestral = 4 SI = 1, NO = 0
	26. ¿Qué acciones se realizan durante la supervisión?	26.1 _____	
	26.1 Evaluación de la calidad de atención (revisión de HCI)	26.2 _____	
	26.2 Fortalecimiento de prácticas en seminario del pasante	26.3 _____	
	26.3 Seguimiento de los planes operativos del pasante	26.4 _____	
	26.4 Organización de la referencia EESS → HR/A	26.5 _____	
	26.5 Reuniones con los EESS del primer nivel de atención	26.6 _____	
	26.6 Recordatorios de aspectos técnicos al pasante	26.7 _____	
26.7 Planeamiento de acciones futuras	26.8 _____		
26.8 Otros (especifique) _____			

ESTADÍSTICA SISTEMA DE SUPERVISIÓN

ITEM	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1. N. de supervisiones a perifera						

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - EMO (HRA/EES)

ORIENTACIONES PARA LA RECOLECCIÓN	ITEM	RESULTADO	CODIGO
Preguntar a la persona responsable del sistema de referencia o al jefe de servicio G-O	PREGUNTE Y VERIFIQUE:		
	27. Desde que año funciona el sistema de referencia en el HRA?	27. Colocar año _____	Número
	27.1 Tiene resolución direccional o similar?	27.1 _____	SI = 1; No = 0
	28. Con relación a la disponibilidad de recursos:		
28.1 RH exclusivo para las referencias y contra referencias	28.1 _____	SI = 1, NO = 0 NS = 9	
28.2 Normas del sistema R/CR dadas por el Hospital	28.2 _____	SI = 1, NO = 0 NS = 9	

28.3 Instrumentos de R / CR actualizados y disponibles	28.3 _____	SI= 1 ; NO= 0 NS= 9
28.4 Servicio de radiofonía propio y operativo	28.4 _____	SI= 1 ; NO= 0 NS= 9
28.5 N. de horas / día de funcionamiento de la radiofonía	28.5 _____	Número
28.6 N. Ambulancias disponibles	28.6 _____	Número
28.7 N. Choferes disponibles	28.7 _____	Número
28.8 Origen del combustible utilizado para las referencias	28.8 _____	Recursos del BESS: 1, botánk del paciente=2; municp y voa P 3; donación de voluntarios = 4, NS=5
28.9 Origen del combustible utilizado en la ULTIMA referencia	28.9 _____	Recursos del BESS: 1, botánk 3; donación de voluntarios = 4, NS=5
28.10 Camilla de transporte de pacientes (en sala de EMG)	28.10 _____	SI= 1 ; NO= 0 NS= 9
29.11 Software informático RCR operativo y actualizado	28.11 _____	SI= 1 ; NO= 0 NS= 9
30. Existieron reuniones en el servicio de G-O para discutir las RCR (período Set – Dic 2005)?	30. _____	SI= 1 ; NO= 0 NS= 9
31. La discusión de los reportes de RCR incluyó cambios organizacionales?, a que nivel? (período Set-Dic 2005)	31. _____	Servicio EMG= 1; Servicio Cruga = 2; Hospitalización =3 ; Rebación con los ESS de perfite = 4; No ocurrieron cambios = 5
32. En el período Set-Dic 2005 existió alguna sesión de evaluación del sistema RCR?	32. _____	SI= 1 ; NO= 0 NS= 9
33. Tal sesión evaluativa incluyó personal de perfite?	33. _____	SI= 1 ; NO= 0 NS= 9
33.A Rampa de acceso a emergencia disponible?	33.A _____	

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

ORIENTACIONES PARA LA RECOLECCIÓN	ITEM	RESULTADO	CODIGO
Hacer las preguntas al responsable de cada iniciativa o al jefe del servicio del EESS. Verificar cada una las respuestas	PREGUNTE Y VERIFIQUE: 34. Existe personal del servicio G-O encargado de prevención de infecciones / Bioseguridad?	34. _____	SI = 1, NO = 0 NS = 9
	34.a Existe alguna política / norma en el establecimiento a favor de bioseguridad o prevención de infecciones	34.a _____	SI = 1, NO = 0 NS = 9
	35. Han existido cursos de capacitación en prevención de infecciones en el año 2005?	35. _____	SI = 1, NO = 0 NS = 9
	36. Los materiales de capacitación están disponibles en el servicio G-O	36. _____	SI = 1, NO = 0 NS = 9
	37. Se discuten al interior del servicio G-O los indicadores de IIR u otras relacionadas con bioseguridad?, con que frecuencia? (2005)	37. _____	Diario = 1; Semanal = 2; Quincenal = 3; Mensual = 4; Trimestral = 5; Semestral = 6; No se realiza = 7

ASPECTOS GLOBALES DE GESTIÓN

ORIENTACIONES PARA LA RECOLECCIÓN	ITEM	RESULTADO	CODIGO
Hacer las preguntas al responsable de cada iniciativa o al jefe del servicio del EESS. Verificar cada una las respuestas	PREGUNTE Y VERIFIQUE: 38. El Plan de gestión o plan operativo 2005/6 del servicio G-O incluye aspectos relacionados con: 38.1 Capacidad resolutoria (equipamiento / infraestructura para ser COEm)	38.1 _____	
	38.2 Manejo estandarizado	38.2 _____	
	38.3 Referencias / CR	38.3 _____	
	38.4 Prevención de infecciones	38.4 _____	SI = 1, NO = 0 NS = 9
	38.5 Derechos en salud	38.5 _____	
	38.6 Supervisión capacitante de las redes ESS	38.6 _____	
	38.7 Auditorías en salud	38.7 _____	
	38.8 Gestión de la información	38.8 _____	
	38.9 Promover acciones intersectoriales a favor de la reducción de MM	38.9 _____	

49. RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: AÑO 2006

(Información proporcionada por la Dirección de personal HR0.)

	N.
N. DE MEDICOS DISPONIBLES EN GINECO-OBSTETRICIA	
N. MEDICOS DISPONIBLES EN PEDIATRIA	
N. MEDICOS ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA	
N. DE MEDICOS EN EL ESTABLECIMIENTO	
N. DE PROFESIONALES NO ESPECIALISTAS CAPACITADO EN BRINDAR ANESTESIA Y QUE ACTUALMENTE LO HACE	
N. DE TECNICOS CAPACITADOS EN BRINDAR ANESTESIA Y QUE ACTUALMENTE LO HACE	
N. DE PROFESIONALES Y/O TECNICOS DE LABORATORIO	
N. DE OBSTETRICES QUE TRABAJAN EN GINECO-OBSTETRICIA	
N. DE ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN PEDIATRIA: CONSULT. EXTERNOS + HOSPITALIZACION + EMERGENCIA PEDIATRICA	
N. DE ENFERMERAS DEL ESTABLECIMIENTO: SE INCLUYE PROGRAMAS Y SERUMS A TIEMPO COMPLETO	
N. DE OBSTETRICES DEL ESTABLECIMIENTO	
N. DE MEDICOS SERUMS EQUIVALENTE DEL ESTABLECIMIENTO	
N. DE OBSTETRICES SERUMS EQUIVALENTE DEL ESTABLECIMIENTO	
N. DE ENFERMERAS SERUMS EQUIVALENTE DEL ESTABLECIMIENTO	

50. Disponibilidad de registros de información

	Si	No	Observaciones (actualización, calidad de llenado)
Libro de emergencias obstétricas			
Libro de seguimiento de gestantes / Puérperas			
Libro de Hospitalización			
Libro de sala de partos			
Libro de sala de operaciones			
Libro de egresos			
Libro de referencias / contrareferencias			

EVAL3**EVALUACIÓN DE DEFECTOS DEL A CALACITACIÓN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS****CUESTIONARIO AUTOINSTRUCTIVO: PASANTES**

Instrucciones: Este formato debe ser llenado de manera ANONIMA por el personal de salud que realizó pasantías en el tema de Emergencias Obstétricas en el Hospital Regional de Ayacucho (HRA) durante el período (2000-2005).

1. Cuántas pasantías realizó en el HRA en manejo de emergencias obstétricas /Femme? _____ (colocar número)
2. Fecha de la última pasantía: / / (dd/mm/aa) 3. Cuántos días duró?: _____ (número de días)
4. Qué porcentaje del tiempo de su entrenamiento en la última pasantía fue dedicado a:
Aspectos teóricos: _____ Aspectos prácticos: _____ Tutoría personalizada : _____ (colocar %, entre 0-100%)
5. En su última pasantía realizó guardias nocturnas en emergencia: _____ (Sí / No)

6. Con relación a su última capacitación marcar con un ASPA en cada casilla según corresponda:

Complicación obstétrica	Entrenamiento recibido			Complicación obstétrica	Entrenamiento recibido		
	Teórico	Práctico	Tutoría		Teórico	Práctico	Tutoría
Hemorragia obstétrica				Aborto			
Enfermedad hipertensiva				Embarazo ectópico			
Infecciones / Sepsis				Ruptura uterina			
Parto Obstruido							

Teórico: teoría, conferencias, seminarios, cursos de día. Práctico: procedimientos de emergencia. Tutoría: Personal de la Unidad C-0 del Hospital Regional de Ayacucho le enseñó a manejar procedimientos de la capacitación.

- 6.a En los últimos 3 meses, usted ha atendido alguna emergencia obstétrica?: _____ (Sí / No)
7. Luego de su pasantía en el HRA siente que su capacidad clínica para atender emergencias obstétricas ha:
 mejorado bastante; mejorado algo; sigue igual; no mejoró; No sabe / No opina
8. Opine sobre (escribir legible con mayúscula):

PRINCIPALES APORTES DEL FEMME	EN QUE ASPECTOS PODRÍA MEJORAR EL FEMME

9. Luego de su última pasantía recibió visita del HRA en su centro de salud para versar avances: _____ (Sí / No)
10. Cuánto tiempo luego de su pasantía recibió la visita del HRA?: 1 mes después; 2 meses; 3 meses; más de 4 meses después; No recibió visita. (marcar con ASPA)
- 11.Cuál es su profesión?: Médico; Enfermera; Obstetrix; Técnico de enfermería; Otro.....
12. Años trabajando en el MINS.A: _____ (colocar años) 13. FECHA DELLENADO: / /

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: EVAL 4 (MUERTES MATERNAS)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1 N. M. directas						
2 Causas básicas:						
Hemorragia Obstétrica						
a) pre parto						
b) pos parto						
Infecciones						
Enfermedad hipotensiva						
Parto obstruído						
Aborto						
asociado a infección						
asociado a hemorragia						
Embarazo ectópico						
Ruptura uterina						
Otros						

3 N. M. indirectas						
4 Causas básicas:						
5 Lugar de deceso						
Hospital Regional						
EES de enfermería						
Travecto al EES						
Domicilio						
Otro (especificar)						
6 Momento fisiológico del deceso						
Embarazo						
Parto						
Puerperio inmediato (24 horas pos parto)						
Puerperio mediato						
7 N. Total de MM / año						

DIRESA HOSPITAL REGIONAL HOSPITAL PROVINCIAL CENTRO DE SALUD

Nombre de DIRESA /EES _____ **Fecha:** ____/____/____

Formato de recolección de Indicadores de Proceso: Eval6
(Año: 2005)

Red: **Adaptación**
Establecimiento de Salud: **COBEG Basico, Completa.**

Funciones señaladas en Set-Dic 2005	Código	Cuidado Obstétrico Disponible	No disponible	MEF asignadas (MINSA-Censo local)
1. Administración de abortivos parenterales a EO				Gestantes esperadas
2. Administración de abortivos parenterales a EO				Partos esperados
3. Administración de abortivos parenterales a EO				
4. Extracción de restos a EO (LJ y/o AMEU)				
5. Extracción manual de placenta				
6. Parto instrumentado (vacuum y/o fórceps)				
7. Cesárea				
8. Transición sangüínea				

Producción de servicios (AÑO 2005)	F	F	F	F	TOTAL
9. Número de hemorragia obstétrica					
10. Número de parto obstruido / prolongado					
11. Número de sepsis postparto					
12. Número de abortos complicados					
13. Número de preeclampsia / eclampsia					
14. Número de embarazos ectópico					
15. Número de ruptura uterina					
16. Número de partos en el establecimiento					
17. Número de recién nacidos en el establecimiento					
18. Número de partos de mellizos					
19. Número de recién nacidos vivos de parto domiciliario					
20. Número de muertes e vitaldas					
21. Número de muertes maternas en el establecimiento					
22. Número de muertes maternas domiciliarias					
23. Número de muertes perinatales en el establecimiento					
24. Número de muertes perinatales en domicilio					
24.A Número de cesáreas					

Nota: Para todas las celdas se aplicaron los reglas de redondeo establecidas con las operaciones de división de decimales. Para incluir una E.O. debe ser comparada con los siguientes subíndices:

- o Fecha de inicio de atención por día, desde el primer día de atención hasta el día de alta, excluyendo el día de ingreso
- o Sexo: P= parto
- o Alta: C= Completa; A= alta selectiva; M= alta de emergencia
- o Paciente: E= embarazada; N= no embarazada
- o Referencia: E= Emergencia

Número de muertes evitables, para el CDRP Salud es igual al número de E.O. resueltas o no resueltas en condiciones óptimas y que sobrevive en el CDRP comparado.

ENCUESTA anónima AL PERSONAL DE SALUD (Obj-1): EVAL-7
LEA ATENTAMENTE EL FORMATO Y MARQUE CON UNA ASIA (X) O UN O VEA ALTERNATIVA
SEGÚN CORRESPONDA

1. QUE LE PARECE EL TRABAJO DEL PROYECTO FEMME EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

1. Excelente () 2. Bueno () 3. Regular () 4. Malo () 5. Muy malo ()
 6. No sabe / No opina ()

2. SEGÚN SU OPINIÓN, EL MODO O LA FORMA DE TRABAJO DEL PROYECTO FEMME CON EL ESTABLECIMIENTO / SERVICIO FUE?

1. Excelente () 2. Bueno () 3. Regular () 4. Malo () 5. Muy malo ()
 6. No sabe / No opina ()

3. EL PROYECTO FEMME RESPONDIÓ A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE GESTANTES DE SU JURISDICCIÓN?

1. Si totalmente ()
 2. Si parcialmente ()
 3. No, respondió ()
 4. No sabe / No opina ()

4. SEGÚN SU OPINIÓN, CON LA PRESENCIA DEL PROYECTO FEMME SU CAPACIDAD PARA ATENDER LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS HA MEJORADO?

1. Si bastante ()
 2. Si un poco ()
 3. Sigue igual ()
 4. Ha empeorado ()
 5. No sabe / No opina ()

5. PRINCIPALES APOYOS DEL FEMME (escriba lo gible)	6. EN QUE ASPECTOS PODERÍA MEJORAR EL FEMME (escriba lo gible)

7. TIPO DE PROFESIONAL: Médico Enfermera Obstetra Técnico Enfermería
 Otro (escriba cuál).....

8. TIEMPO EN AÑOS TRABAJANDO EN EL MINSA: _____ **FECHA DE LLENADO:** / /

9. SEGÚN SU OPINIÓN, QUE EXPERIENCIA DEL FEMME DEBERÍA SEGUIR SUJECIONANDO EN EL HRA O EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD? Ponga un círculo más de uno
a. El modo de capacitación b. Pasantías c. Supervisión d. Uso de protocolos e. Auditorías
f. Calificación del establecimiento g. Referencias h. Otros, escriba cuál?

10. Si desea, puede agregar alguna opinión final sobre el Proyecto FEMME?

Registro de datos de revisión de Historias Clínicas Obstétricas: Manejo Estandarizado

HCI revisada

Variables	ME-1	ME-2	ME-3	ME-4	ME-5	ME-6	ME-7	ME-8	ME-9	ME-10	ME-11	ME-12	ME-13	ME-14	ME-15	ME
N. HCI																
Dx egreso (cod)																
Fecha egreso																
Edad (años)																
Edad-gestacion (meses)																
N. gestas previas																
N. hijos vivos																
Dias hospitalización																
Referida (Si=1/ No=2)																
Desenlace clinico(curado=1, mejor=2, referid=3, muerte=4, ND=8)																
RN (vivo=1 ; muerto=2)																
	Si lo hizo=1 , No lo hizo= 2, No Aplica=3, ND= Sin dato															
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																

Estadísticas de las Referencias EMO al HRA: 2003 - 2006

Establecimiento de salud	Número de las referencias EMO												
	Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
H. San Francisco	2003												
	2004												
	2005												
	2006												
H. Cangallo	2003												
	2004												
	2005												
	2006												
MR. Vitcashuamán	2003												
	2004												
	2005												
	2006												
MR. Tambo (San Miguel)	2003												
	2004												
	2005												
	2006												

Estadísticas de partos normales procedentes de las referencias

Establecimiento de salud	Año	N. Partos normales (eutócicos) referidos
H. San Francisco	2003	
	2004	
	2005	
	2006	
H. Cangallo	2003	
	2004	
	2005	
	2006	
MR. Vitcashuamán	2003	
	2004	
	2005	
	2006	
MR. Tambo (San Miguel)	2003	
	2004	
	2005	
	2006	

162

