

# *Citizen participation, accountability and respectful maternal care: challenges and opportunities*

**Ariel Frisancho**

**Social Rights Programs National Coordinator - CARE Peru**

**National Coordinator – ForoSalud**

**[afrisancho@care.org.pe](mailto:afrisancho@care.org.pe)**

**[afrisanchoarroyo@yahoo.es](mailto:afrisanchoarroyo@yahoo.es)**

*Measuring Advocacy for Policy Change: the case for respectful maternal care*

*Technical Meeting convened by USAID/TRAction and Maternal Health Task Force*

*Simmons College, Boston, Massachusetts, October 21-22, 2013*

***“Now you shout, now you are  
claiming, aren’t you?”***

***Why you didn’t shout or claim  
the moment you were ‘doing it’?”***

*(incredibly frequent phrase told by some health providers – mostly, women themselves - to pregnant women when claiming due to labor or delivery pain)*

# *Why Women don't go to health facilities?*

- Ministry of Health established “Maternal Health Insurance” – Public reimbursement to eliminate the financial barrier to access (1998) Now Universal Health Insurance
- Still rural, indigenous pregnant women reject going to health facilities due to lack of knowledge / respect for people's cultural beliefs & practices
- There are frequent episodes of women's dis-respect, abuse, under-estimation of women's “voice” and rights and under-the-table-payments
- *“Teaching hospitals and people's invisibility”*

*Amnesty International (2006) Peru: poor and excluded women – Denial of the right to maternal and child health. Pp 26-30 / Ministerio de Salud del Perú (2006). Carta de la Salud: Escuchando la Voz de la Población. Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud. / PHR USA (2007) Deadly delays:*

*maternal mortality in Peru: a rights-based approach to safe motherhood*

# **FOROSALUD – National Health Forum**

**ForoSalud: major health civil-society network, space for policy dialogue**

**ForoSalud has strengthened the capacity of citizens to participate in the formulation of health-policy proposals 11 years of existence. Wide range of allies, including CARE Peru, which now is a national NGO**

## **Major achievements**

- Law on Health Services Users' Rights**
- Balancing representation at “invited spaces”**
- Law on Healthy Nutrition for Children**
- Citizen monitoring on quality – main issue: rights and entitlements – of health services and social programs implementation**

# Stages (“Moments”) and Processes of Citizen Monitoring

ORGANIZATION  
& COMPREHENSIVE  
PLANNING

SELECTION / CAPACITY  
BUILDING / PLANNING

IMPLEMENTATION OF FIELD  
ACTIVITIES

MONITORING &  
EVALUATION

Process I

Process II

Process III

Process IV

Process V

Process VI

Process of  
Organization /  
Planning –  
Constituting of the  
technical supporting  
and facilitating team  
of the citizen  
monitoring of health  
services

Public  
announc-  
ment &  
selection  
process of the  
citizen  
monitors of  
health  
services’  
quality

Capacity  
building,  
planning of the  
visits to health  
facilities and  
introduction to  
health  
authorities

Implementation of  
monitoring visits  
to health facilities  
and meetings for  
the participatory  
analysis of the  
findings

Dialogue and  
negotiation to  
agree commit-  
ments to  
improve health  
services’  
quality

Monitoring of the  
Commit-ments  
made and  
planning of the  
next steps for  
monitoring  
health services’  
quality

(transversal) SOCIAL COMMUNICATION / INFORMATION TO THE PEOPLE / COMMUNITY

# ***Achievements***

- Identification of practices that were deterring women from utilizing services, such as unavailability of services at times of day most needed, disrespect of women, disrespect on their culture and denial / charging for medicines and services that should be free
- Space for a sustained, systematic dialogue on what women expect from the health care system and the achievements and pitfalls of health care delivery
- Commitments to improve health care (opportunity, treat, information, language, culture appropriateness)

*“When I introduced myself with the hospital doctor he asked me: ‘What is all this ‘Quality surveillance’ thing about? Here we are working hard, you should be doing the same instead of losing your time...or would you like me going into your home and watching all what you make there?’*

*I told him*

*‘Doctor, we are vigilantes and we have been trained for this activity. We know the laws. You can not go to my home because my house is private, but I can come to the hospital because this is a public service, and here are my credentials...’*

Nilda Chambi, Azangaro women leader

- Empowerment of women community leaders
- Improvement in obstetric & child care (access to integral pre-natal control, vertical birth delivery, change of attitudes amongst health providers).
- Increased demand of maternal health services and institutional birth deliver (and vertical birth deliver)
- Medical practitioners and health authorities more accountable to people's needs
- Increased general awareness of rights among health authorities and within patients and local communities



# ***Advocating and Promoting Political will (more sustained political framework)***

Visit of Peruvian Minister of Health to Ayaviri and Azángaro (Puno): national norm for institutional recognition of citizen monitoring initiatives (2008)

Advocacy and technical assistance: Peruvian MoH took citizen monitoring into account within the design of changes for the current Health Sector Reform Policy: National Policy Guidelines for CM promotion (2011)

National Health Quality Guidelines include as the 12th National Health Quality Policy the promotion of citizen surveillance

# *Lessons Learned*

- Improving the health of the poor and marginalized in countries with deep, unjust inequalities can not be achieved solely through technical interventions and funding: significant, sustainable change will only happen if the poor and their leaders have a much greater involvement in shaping policies, practices and programs and ensuring what is agreed actually happens
- Key Partnership and alliances with public (Ombudsman, SIS) and non-state (NGOs) actors to increase women's agency and to address unequal power relations

# *Lessons Learned*

- International human rights framework/principles used at a local level in an effort to strengthen the quality of attention given in health service delivery
- Accountability based on dialogue and governance strengthening, not public *“name and shame”*: *building mutual understanding, confidence and credibility*
- *But...Accountability can not be transformed into a “check-list” process. Accountability should have the people at the center of its design and implementation*

***Conditions – requirements to propel RMC, people – centeredness approaches (premise: Working WITH the People)***

**a) Political will**

**b) Context and people-based norms**

**c) “appropriateness” and support to the transforming initiatives by Peruvian authorities: institutional arrangements for implementation, analysis and allocation of resources**

**d) Capacity building on both rights-holders and duty-bearers**

**e) Policy-dialogue spaces:**

- Clear, participatory rules of the game (“learn to listen”)**
- responsiveness**
- Binding decisions**

**f) Informed citizens on their rights and responsibilities , with inter-acting capacities (attention to gender approaches)**

**g) Implementation of a social communication strategy**

**h) Articulation amongst diverse civil society organizations («especialized»)**

**i) Civil society organizational “maturity”:**

- Share leadership**
- downplay own power relations**
- leadership of women and young people**
- social mobilization and advocacy skills**

# ***RMC and Health Systems challenges***

- **Poor quality and performance standards**
- **Weak local management of health services decentralization “autonomy”**
- **Discrimination (both individual & political: resource allocation gaps / disperse, indigenous populations)**
- **Medical schizophrenia / High officers turn-over / lack of supplies / poor working conditions / poor salaries / lack of a career path**
- **Non-just power relations**

***Reflect of our most influential society (“normalization”)***

# Salud firma acuerdo con administrativos y exhorta a médicos a retomar el diálogo

Unos 95 mil trabajadores administrativos levantaron la huelga iniciada el miércoles. Los médicos, en tanto, reafirmaron su paralización.

Con la promesa de una reforma que mejore los salarios de los trabajadores de la salud, la ministra Midori de Habich frenó ayer la huelga iniciada por el personal administrativo del sector. En la firma del acuerdo, instó a los médicos a dialogar.

**32** DÍAS DE PARALIZACIÓN NACIONAL INDEFINIDA DE MÉDICOS DEL MINSA

SANTIAGO GÓMEZ PARIENTE

En menos de 24 horas fue levantada la huelga de los trabajadores administrativos del Ministerio de Salud (Minsa). La ministra Midori de Habich dio a conocer ayer el acuerdo que puso fin a la paralización iniciada el miércoles por dicho gremio en reclamo de mejoras laborales.

Durante la firma del acta, en el auditorio principal del Ministerio de Salud (Minsa), De Habich detalló que el acuerdo con la Federación Nacional Unificada de Trabajadores del Sector Salud (Fenutssa) incluye nombramientos al 100% para el 2013 y el pago de asignaciones extraordinarias por trabajo asistencial, lo que mejoraría las pensiones de retiro de esta categoría de trabajadores.

“Esta acta pretende compensar algunos atrasos en nombramientos y compromisos que no se venían cumpliendo con celeridad”, remarcó De Habich.

A su turno, el secretario general de la Fenutssa, Bethman Quevedo, calificó de histórico el acuerdo con el Minsa y dijo



**PIDE UNIDAD.** De Habich cuenta con el apoyo de 12 gremios del sector, a cuyos dirigentes ofreció participar del proyecto de reforma.

que los nombramientos beneficiarán a 11.600 trabajadores de los 95.000 que conforman el gremio en todo el país.

“Esta es una propuesta concreta y después de ocho años de espera se ha hecho justicia”, manifestó el dirigente.

La ministra aprovechó para hacer un llamado a la unidad de todos los gremios del sector con miras a la reforma propuesta por el Gobierno.

Esto, luego de que el martes suscribiera un acuerdo con las enfermeras, obstetras, dentistas, químico-farmacéuticos, nutricionistas, asistentes socia-

les, psicólogos, biólogos, médicos veterinarios, ingenieros sanitarios y tecnólogos médicos.

“El objetivo [de estos compromisos] es acelerar todos los procesos anteriores para poder entrar a la reforma sin problemas”, precisó De Habich,

## Gremio en discordia

La ministra también tuvo palabras para los médicos que acatan una huelga indefinida desde el 18 de setiembre: “Vuelvo a exhortar a los médicos para que retornen a la mesa de diálogo y así esta huelga no dure un día más”, dijo luego de confirmar

**PIDEN RENUNCIA**  
**La dirigencia médica**  
**señaló que la actual**  
**ministra “no está**  
**facultada” para liderar**  
**el sector Salud.**

que los descuentos se aplicarán desde mañana.

En tanto, el presidente de la Federación Médica, César Palomino, insistió en que su gremio radicalizará su protesta este lunes con la entrega de hospitales.

Ayer unos 200 médicos hicieron un plantón en el hospital Hermilio Valdizán, de Santa Anita, donde también hubo re-

nuncias de jefes médicos.

El dirigente criticó la labor de la Fiscalía de Prevención del Delito que desde la semana pasada realiza inspecciones en los hospitales para evaluar las responsabilidades penales en la huelga.

Además señaló que no dialogarán con las autoridades hasta que estas no hagan contrapropuestas a su demanda de un aumento inmediato de S/1.500.

Palomino insistió en la necesidad de que la ministra De Habich deje el cargo, sin embargo esta evitó hacer comentarios al respecto por considerar irrelevante el pedido.

## PUNTO DE VISTA

“La reforma no debe ser solo salarial”

**ARIEL FRISANCHO**  
Coordinador Nacional de Forosahud



La actual gestión ha empezado a pagar una deuda histórica con el personal de salud y en ese sentido se debe felicitar el consenso alcanzado con los gremios porque estos evitan nuevas paralizaciones que podrían atentar contra el derecho a la salud de las personas.

La propuesta de reforma es más que necesaria y debe trabajarse con los representantes del personal que labora en el sector y los usuarios del servicio. Pero hay que saber que si bien las medidas anunciadas son un avance importante, no constituyen una reforma integral. La reforma no puede ser solo salarial, sino que debe incluir la mejora del financiamiento general del sector que permita incrementar el gasto en salud en aproximadamente 0,5% del PBI cada año para superar el limitado 5%, que nos sitúa por debajo de los demás países de Latinoamérica. El Gobierno debe asegurar un verdadero sistema nacional que garantice un acceso de calidad, universal, integral y digno a la salud.

# Crearán nueva entidad que gestione hospitales y dos viceministerios

**REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EMPIEZA ESTE AÑO.** Así lo anunció el ministro de Economía. Según la reforma, se mejorará además la escala salarial de galenos, considerando criterios como la especialización y el desempeño.

Carlos Contreras Chipana

Un problema común que encuentran los miles de pacientes que acuden a una posta u hospital del Ministerio de Salud es la escasa cantidad de medicamentos que se encuentra hoy en día y el alto déficit de personal médico especializado.

Otro factor que complica esta grave situación son los continuos reclamos de los galenos por mejoras salariales.

Estos son unos de los principales aspectos que se tratan de solucionar. Precisamente, el miércoles último, el Ejecutivo solicitó facultades extraordinarias al Congreso de la República para impulsar una reforma integral del sistema de salud pública, a través de decretos legislativos.

Hay que indicar que son seis las materias que compondrán dicha reforma que comenzará este año y que "será de carácter prioritario", como aseguró ayer el ministro de Economía y Finanzas, Luis



**ANÁLISIS.** Una comisión dirá cómo están los hospitales.

## ¿Y LOS GREMIOS?

El titular de la Federación Médica Peruana, César Palomino, señaló que el Ministerio de Salud no ha puesto hasta ahora en debate la reforma del sistema de salud. Anunció que desde el 16 de julio se reiniciará la huelga nacional indefinida.

Miguel Castilla "El año pasado se empezó la reforma del sector Educación y ahora viene la reforma del sector Salud, donde hay una comisión del Ejecutivo que está trabajando y que a fines de este mes entregará su informe", respondió.

Una de las materias que se atenderán -en la reforma- será la reorganización de la estructura del Minsa, que es "antigua y concentra muchas funciones en el viceministerio, que vano se da abasto", sostuvo Edgardo

Nepo Linares, asesor de la Alta Dirección del Ministerio de Salud (Minsa).

Así, entre las novedades que traerá esta reforma de la salud pública está la implementación de un nuevo organismo público, adscrito al Minsa, que se responsabilice por la gestión de todos los hospitales nacionales. "Este aparato, con una capacidad de autonomía y una gestión moderna podrá responder rápidamente a estas urgencias de mejora de calidad y disponibilidad de insumos para la atención", detalló.

También se instaurará una entidad estatal que fortalecerá la fiscalización que se debe ejercer a los medicamentos. A esto se suma la creación de dos viceministerios. Uno encargado de la conducción política y otro, de las intervenciones de salud pública.

**NUEVA ESCALA SALARIAL** Esta reforma del sector Salud propone también una nueva política integral de remuneraciones donde se unifique y ordene las 18 normas que

componen el concepto fijo del pago que perciben los médicos. Actualmente, señaló Nepo, los distintos niveles que hay en la escala salarial se basan solo en el tiempo de servicio de un médico. "Eso no es suficiente y se necesita premiar los méritos. Por eso se añadirán criterios vinculados a las especializaciones, calificaciones de desempeño y por zonas alejadas donde laboran", agregó.

Y es que hoy la diferencia salarial entre un galeno que recién entra a trabajar y uno que tiene 25 años es solo de dos soles por hora.

## DÉFICIT DE GALENOS

Se conoció que otro aspecto a tratar en la reforma es la reducción del déficit de médicos. Se prevé que a través de un decreto legislativo se permita que los especialistas de salud que laboran en un sector puedan brindar sus servicios en otro. "Por ejemplo, hoy un anestesiólogo nombrado en Essalud no puede atender por la tarde en el área de cirugía de un hospital del Minsa, por las restricciones normativas. Eso se trata de aprobar", resaltó.

Otra medida que se tomará para atender es la gran brecha en la infraestructura en el país, tal y como lo informó la titular de Salud, Midori de Habich. Ella mencionó que se han identificado 750 establecimientos estratégicos y 170 hospitales intermedios con las especialidades básicas.

## FECHA DE LEGISLACIÓN

Midori de Habich también confió que en los próximos días el Congreso apruebe delegar las facultades extraordinarias que solicitó el Poder Ejecutivo. Por su parte, Nepo precisó que dentro de 120 días, después de la decisión del Congreso, se irán legislando los anuncios mencionados.

## ENFOQUE

**ARIEL FRISANCHO**  
ForoSalud



## TEMAS QUE NO SE TOCAN EN LA REFORMA

La reforma en el sector Salud es importante porque trata de optimizar lo que existe hoy, e intenta profundizar algunos temas como el aseguramiento universal. Sin embargo, no es suficiente para garantizar un acceso efectivo a servicios de salud de calidad para todos los peruanos. El componente de cómo garantizar un trato digno es débil y casi inexistente. Tampoco se aborda el tema de la interculturalidad de los servicios de salud, y ni siquiera hay un mecanismo de protección de los derechos de las personas en las atenciones. Esto es lo que más interesa a la población.

Esta reforma no aborda otros determinantes sociales que tienen que ver con la prevención de riesgos y la promoción de hábitos saludables. No incluye nada nuevo en el tema de la participación ciudadana en el diseño, definición y seguimiento de las políticas de salud.

Además, la consulta en regiones ha sido muy limitada, solo se ha hablado con direcciones regionales y gobiernos regionales, pero no se ha conversado con colectivos de pacientes ni se ha recogido la visión de las personas con discapacidad.



# Context and Health System Challenges

- Donors are focused on value for money and performance metrics ( pressure to our M&E and Advocacy work)
- Defining impact and results of complex, long run processes with not necessarily predictable resources? (Empowerment measures)
- Same words, different meanings (Universal Health Coverage = Universal Health Insurance?)
- Lack of an Accountability Culture (Acctability to whom?)
- Costs of citizen participation
- Co-option and partisans political interests

# **Facilitating People's centeredness**

- Empowerment, fighting discrimination, capacity of duty bearers, alliances***
- Working with duty bearers and rights-holders and strengthening spaces for negotiation***
- Political will & technical assistance***
- Learn to listen (Listen to women!!)***
- Gender equality approach***
- Work at all levels, including global / Windows of Opportunity***
- Come together and keep on learning***

# **The Global Arena: Windows of Opportunity: a win-win Marriage?**

- *Office of High Commissioner of Human Rights (OHCHR)- Technical Guidance on a Human Rights-Based Approach to Reduce Maternal Mortality and Morbidity.*
- *UN Secretary Initiative on iERG on Accountability on Maternal and Child Health: 10 Recommendations*
- *Not self- reports, but participatory ones*
- *Avoiding the capture of the concepts*
- *Analysing Health Systems through RBA lenses*

## Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries

Gunilla Backman, Paul Hunt, Rajat Khosla, Camila Jaramillo-Strauss, Belachew Mekuria Fikre, Caroline Rumble, David Pevdín, David Acurio Pérez, Mónica Armijos Pineda, Ariel Frisancho, Duniska Tarco, Mitra Motlagh, Dana Farcasanu, Cristian Vladescu

60 years ago, the Universal Declaration of Human Rights laid the foundations for the right to the highest attainable standard of health. This right is central to the creation of equitable health systems. We identify some of the right-to-health features of health systems, such as a comprehensive national health plan, and propose 72 indicators that reflect some of these features. We collect globally processed data on these indicators for 194 countries and national data for Ecuador, Mozambique, Peru, Romania, and Sweden. Globally processed data were not available for 18 indicators for any country, suggesting that organisations that obtain such data give insufficient attention to the right-to-health features of health systems. Where they are available, the indicators show where health systems need to be improved to better realise the right to health. We provide recommendations for governments, international bodies, civil-society organisations, and other institutions and suggest that these indicators and data, although not perfect, provide a basis for the monitoring of health systems and the progressive realisation of the right to health. Right-to-health features are not just good management, justice, or humanitarianism, they are obligations under human-rights law.

### Introduction

December, 2008, marks the 60th anniversary of the Universal Declaration of Human Rights.<sup>1</sup> The declaration provides the foundation for the international code of human rights.<sup>2</sup> This code gives an internationally agreed set of standards to guide and assess the conduct of governments across a wide range of sectors and has a direct, close bearing on medicine, public health, and the strengthening of health systems.<sup>3</sup>

The international code of human rights consists of legally binding international components. Among the most important of these components for health systems are the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR)<sup>4</sup> and the Convention on the Rights of the Child (CRC).<sup>5</sup> Both these human-rights treaties are legally binding for those countries that have ratified them. Most states have ratified the ICESCR, and all but two (Somalia and the USA) have ratified the CRC. The right of everyone to enjoy the highest attainable standard of physical and mental health—sometimes known as the right to the highest attainable standard of health or the right to health—is an integral part of both of these international treaties. All countries have ratified one or more binding treaty that includes the right to health, such as the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination.<sup>6</sup> Also, many countries include this right in their national constitutions.<sup>8</sup> The Constitution of WHO,<sup>9</sup> the Declaration of Alma-Ata,<sup>10</sup> the Ottawa Charter for Health Promotion,<sup>11</sup> the Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World,<sup>12</sup> and other important documents agreed by the health community also recognise this fundamental human right.

In recent years, national and international policy makers, courts, non-governmental organisations, and other

human rights, health, and poverty reduction.<sup>14</sup> Courts, too, are explicitly relying on the right to health in their decisions, most recently in a landmark judgment of the Colombian Constitutional Court.<sup>15–19</sup> On the basis of a detailed understanding of the right to health, this court effectively ordered a phased restructuring of the country's health system by way of a participatory and transparent process based on current epidemiological information.<sup>20</sup> Civil-society guides to the right to health are increasing in number, and many civil-society organisations use these in their work.<sup>21–24</sup> Both the UN General Assembly and Human Rights Council have discussed numerous reports on the right to health, covering a wide range of issues, such as neglected diseases,<sup>25</sup> sexual and reproductive health,<sup>25</sup> maternal mortality,<sup>26</sup> mental disability,<sup>27</sup> the Millennium Development Goals (MDGs),<sup>28</sup> medicines,<sup>29</sup> and water and sanitation.<sup>29</sup>

Recognition that a strong health system is an essential element of a healthy and equitable society is growing. However, according to a recent WHO publication, health systems in many countries are failing and collapsing.<sup>30</sup> Too many health systems are inequitable, regressive, and unsafe.<sup>30</sup> WHO also confirms that sustainable development, including achievement of the MDGs, depends on effective health systems.<sup>30</sup>

As with a fair court system, an effective health system is a core social institution and, for this reason, crucially, both systems are protected by human rights.<sup>31,32</sup> Although many human rights are important to a well-functioning court system, the key one is the right to a fair trial.<sup>33</sup> Through human-rights treaties, national laws and policies, judicial decisions, and so on, the right to a fair trial has helped to identify the key features of a fair court system, such as an independent judiciary and trials without undue delay. The right to a fair trial has not only



Published Online  
December 10, 2008  
DOI:10.1016/S0140-6736(08)61781-X

See Online/Editorial  
DOI:10.1016/S0140-6736(08)61814-0

See Online/Comment  
DOI:10.1016/S0140-6736(08)61783-3  
DOI:10.1016/S0140-6736(08)61785-7  
DOI:10.1016/S0140-6736(08)61786-9  
DOI:10.1016/S0140-6736(08)61784-5

Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden (G Backman MSc); Human Rights Centre (P Hunt MJur, R Khosla LL.M., B Mekuria Fikre LL.M., C Rumble MBChB) and School of Health and Human Sciences (David Pevdín PhD) University of Essex, Colchester, UK; Office of the Mayor of Bogota, Colombia (C Jaramillo-Strauss LL.M.); Foundation for Alternative Social Development, Cuenca, Ecuador (David Acurio Paer MPH, M Armijos Pineda MA); Health Team National Coordinator, CARE Peru, Lima, Peru (Ariel Frisancho MHPFF); National Health Council Secretariat, Ministry of Health, Lima, Peru (D Tarco MD); WHO-Western Pacific Regional Office, Manila, Philippines (M Motlagh LL.M.); Centre of Health Policies and Services, Bucharest, Romania (D Farcasanu MPH); Department of Public Health, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania (C Vladescu PhD)

Correspondence to:  
Gunilla Backman, Nordic School of Public Health, Gothenburg SE-402 42, Sweden  
gunilla.backman@yahoo.com

# Ways forward

- *Is RMC a “quality issue” ? a “human resources issue” ? a “management issue”? a “health system issue?”*
- *What are the non-explicit ingredients that Universal Health Coverage should make explicit to address a “mandate” on RMC?*
- *Beware on forgetting “minorities” : the fashionable speech of the “accomplished task” and “post-transition”*
- *What could we learn from national, in-country efforts? (New platforms to leverage existing capacity?)*
- *How do we work an alliance with health providers?*