

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA

ESCUELA DE POST - GRADO

MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



“EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PLAN
ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL GERSA 2003-2006 EN SU COMPONENTE
MATERNO INFANTIL EN LA REGIÓN AREQUIPA.”

TESIS PRESENTADA POR LA BACHILLER:

FABIOLA CARMEN MEZA FLORES

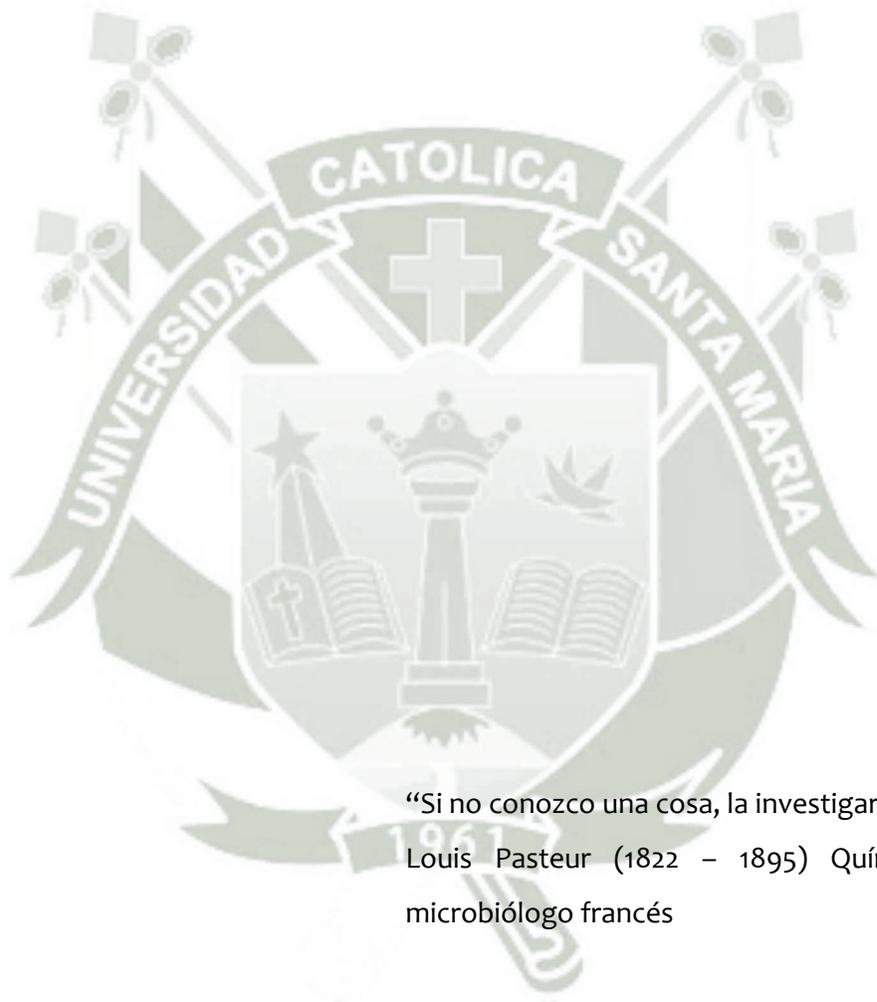
Para optar el Grado Académico
de Magister de Gerencia en Salud.

AREQUIPA - PERU

2013



A mis padres, fuente de toda virtud en mi vida



“Si no conozco una cosa, la investigaré”
Louis Pasteur (1822 – 1895) Químico y
microbiólogo francés

INDICE GENERAL

Resumen.	5
Abstract.	7
Introducción.	9
Capítulo Único: Resultados.	
1. Fuentes Documentales.	12
2. Tasa de Mortalidad Materna.	13
3. Tasa de Mortalidad Perinatal.	22
4. Incidencia de Embarazo en Adolescentes.	27
5. Discusión y Comentarios.	29
Conclusiones.	38
Recomendaciones	39
Propuesta	40
Bibliografía.	45
Anexos.	
Anexo 1. Proyecto de Investigación.	48

RESUMEN

Antecedentes: El Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 es aplicado como política de salud pública en dicho periodo de tiempo, sin embargo, las metas planteadas parecieran no corresponder a la realidad observada durante dichos años.

Objetivo: Comparar las metas a alcanzar por el PEI GERSA 2003-2006 en su componente materno perinatal con los datos epidemiológicos correspondientes a tal periodo de tiempo.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal. Se recopiló la información estadística de los años 2003 a 2006 en el área de salud materna y perinatal.

Resultados: Se encontró que las metas propuestas por el PEI GERSA 2003-2006 en cuanto a mortalidad materna, perinatal y en porcentaje de adolescentes gestantes no pudo ser reducida como fue planteada, debido principalmente a un inadecuado diagnóstico situacional, a la escasa valoración de factores externos e internos y a la

falta del compromiso institucional de las autoridades del sector salud. La propuesta realizada parece ser un ejercicio burocrático antes que una política clara de cambio.

Conclusiones: Se concluye que para impulsar verdaderas políticas de cambio se requiere de investigación adecuada, motivación del personal de salud para estimular la eficiencia y eficacia del logro de objetivos y un monitoreo y evaluación permanente.

Palabras Clave: Planificación estratégica, Mortalidad materna, Mortalidad perinatal.



ABSTRACT

Background: The Institutional Strategic Plan GERSA 2003-2006 was applied as a Public Health policy during those years, however, the health goals planned to be reached seem to be far from reality.

Objective: To compare PEI GERSA 2006-2003' planned health rates in its mother-child health component with actual epidemiological data for that period of time.

Methodology: Descriptive and transversal study. Epidemiological and statistical data was gathered from public and non-public sources to fulfill requirements of maternal mortality, birth-mortality rates and percentages of pregnant teenagers. Descriptive statistics were used to compare rates.

Results: It was found that the proposals made by PEI GERSA 2003-2006 about maternal mortality, birth mortality and percentages of pregnant teenagers couldn't be reached as they were thought; mainly because an inaccurate situational diagnosis, poor assessment of inner and outer factors and lack of commitment of health care authorities. The proposal seems to be a bureaucratic essay rather than a clear change policy.

Conclusions: In order to promote actual change health-policies it is mandatory to perform research, to obtain commitment of all the social actors involved and clear and honest political will from health care authorities.

Key Words: Strategic planning, Motherhood mortality, Birth mortality.



INTRODUCCIÓN

La planificación estratégica parte de una realidad visualizada en el contexto de los datos epidemiológicos que determinan y describen la situación problema, de tal manera que su solución o la aplicación de intervenciones orientadas a su solución puedan ser cuantificadas de acuerdo a los indicadores que se desarrollaron a partir de los datos epidemiológicos previamente establecidos; del mismo modo el análisis del contexto situacional permite establecer las ventajas, oportunidades y fortalezas que la entidad ejecutora posee, así como las debilidades, desventajas y amenazas a las que esta entidad se halla expuesta. Con todo ello y en base al seguimiento de este análisis se plantean estrategias y actividades que inciden en la solución del problema.

Si logramos comprender que si bien la ambición por lograr solucionar los problemas de salud de la población nos obligan a colocarnos metas cada vez más altas, es importante también reconocer nuestras limitaciones, para no caer en la inadecuada utilización de recursos. Esta situación es más preponderante en la administración pública, donde el adecuado expendio de los recursos es parte de las estrategias planteadas para un estado más organizado y eficiente.

En nuestro país la situación actual supone el adecuado uso de los recursos, es decir se promueve la eficiencia y la eficacia en la consecución de los objetivos, de allí que una práctica administrativa relacionada a planificación de actividades o aplicación

de estrategias requiere de un diagnóstico situacional que considere de manera fidedigna aquellos factores internos y externos que puedan alterar el resultado de la ejecución de dichas actividades. Naturalmente el planificador intenta desarrollar actividades y estrategias que solucionan sus problemas sin la presencia de tales factores que suponen un riesgo de fracaso, y allí reside la capacidad del gerente en salud para “lidar” con dichas amenazas a fin de asegurarse el éxito de su empresa. Identificar esos aspectos supone una adecuada motivación para el ejercicio de nuestra maestría, además de un ejercicio práctico para el desarrollo de nuestra experiencia gerencial.

La aplicación de un plan estratégico institucional propuesto por una autoridad o institución de salud supone la ejecución de una política de salud pública que va a tener un efecto en el estado de salud de una población determinada y que a su vez involucra el uso de un determinado número de recursos que serán utilizados en conseguir el objetivo específico de dicha planificación. Ambos hechos suponen un costo y/o un beneficio directo e indirecto para la población seleccionada. Es decir la población va a recibir un beneficio pero no sin “asumir” un costo por dicha acción.

Con el presente trabajo nos hemos propuesto enfocarnos en ese particular aspecto de la ejecución de la labor gerencial en salud, evaluando la aplicación del Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 en su componente materno perinatal, teniendo en cuenta las metas que dicho plan se planteaba en cuanto a los aspectos de mortalidad materna, perinatal y porcentaje de adolescentes embarazadas. Con ello intentamos valorar si la perspectiva de la planificación en administración pública va de acuerdo con la realidad de la práctica asistencial diaria, o en su defecto se convierte en un rutinario elemento de trámite burocrático durante los cambios de cargos gerenciales que obedece más al contexto coyuntural o político-proselitista del momento en el que se toman las decisiones antes que a una priorización de problemas de acuerdo a la importancia del impacto en la salud de la población.

Finalmente, nos queda la natural expectativa de que el presente trabajo sirva como base para posteriores ejercicios de evaluación en el área desarrollada o en otras

similares. No queremos culminar esta introducción sin agradecer a aquellas personas quienes nos ofrecieron la más desinteresada ayuda para cumplimiento de nuestros objetivos.



Capítulo Único

RESULTADOS

1. Estrategia de Recolección de datos.

Para la ejecución del presente trabajo hemos establecido como unidades de estudio a los reportes epidemiológicos realizados por la Oficina de Epidemiología de la Gerencia Regional de Salud (GERSA) correspondientes a los años 2003, 2004, 2005 y 2006. Los datos obtenidos permitieron el llenado del instrumento, de acuerdo a lo solicitado por los objetivos del estudio. Sin embargo, cabe destacar que si bien la información correspondiente a la maternidad materna se encuentra registrada en cada uno de los boletines epidemiológicos mencionados, no sucede lo mismo con los datos referentes a la mortalidad perinatal ni con datos acerca del porcentaje de gestantes adolescentes.

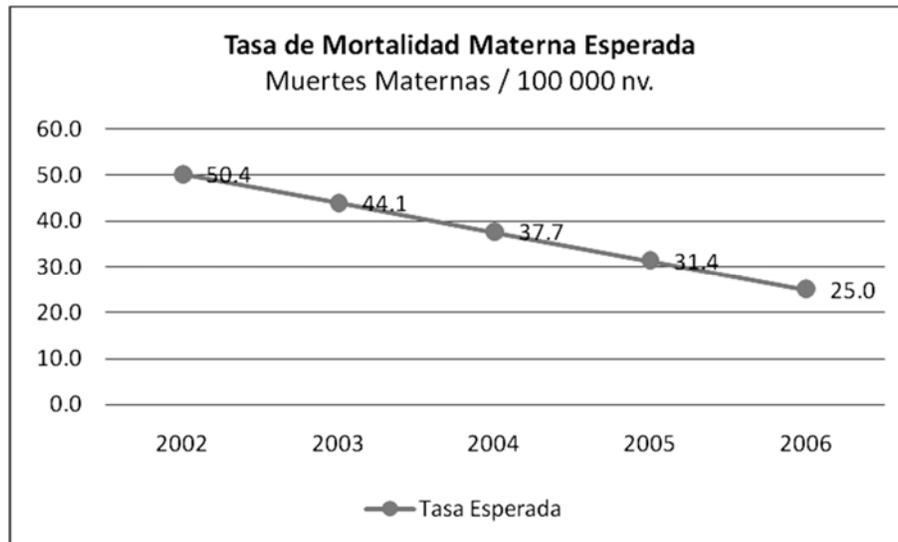
De acuerdo a los criterios de exclusión que indicamos en el proyecto se procedió a buscar un estimado de los datos que no fueron encontrados en los reportes epidemiológicos, para tal fin se procedió a la utilización de otros reportes de uso público como son: Reporte de Morbilidad y Mortalidad Anual de la Oficina de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud Arequipa, así como otras fuentes de uso no público como es el Reporte Interno de Mortalidad Materna, en algunos casos se utilizó la información expuesta en presentaciones Power Point acerca de los casos de muerte materna en cada año.

2. Tasa de Mortalidad Materna.

Para la comparación de las tasas de mortalidad materna necesitamos mostrar la línea de tendencia planteada por el PEI-GERSA-2003-2006 (Gráfico 1).

Gráfico 1

Línea de tendencia de variación de tasas de mortalidad materna.



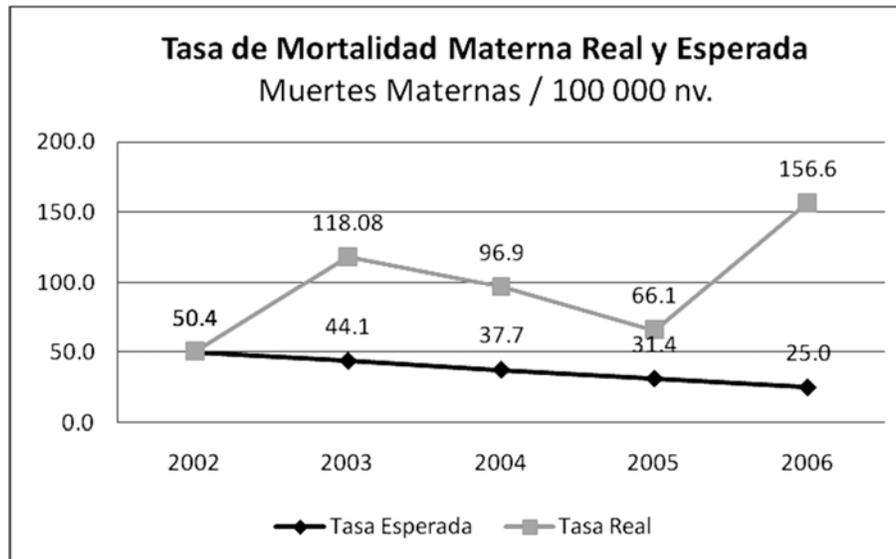
En la Figura 1 observamos que la tendencia de la tasa de mortalidad materna debería disminuir de 50,4 muertes maternas por cada 100 00 nacimientos a un valor de 25 para el año 2006. Para alcanzar tal resultado la estrategia programada fue:

- A) Promoción del Control Pre Natal y el Parto Institucional de las mujeres gestantes y,
- B) Prevención de los riesgos y daños por enfermedades en las gestantes

Ambas estrategias requerían la aplicación de actividades, de una normatividad institucional que avale las estrategias, en forma similar se requería la capacitación del personal que llevara a cabo los diferentes objetivos desde el nivel más básico de atención. Los resultados que se han obtenido en los cuatro años de observación se muestran conjuntamente con los esperados en el Gráfico 2.

Gráfico 2

Tasa de Mortalidad Materna Esperada y Observada 2003-2006



Como se aprecia claramente las tasas de mortalidad materna registradas a partir de la información epidemiológica excedieron en más del 100% las tasas que se esperaban. Cuando llevamos estas cifras a números crudos podemos entender más claramente la situación en la que se viene desarrollando y el contexto que la rodea, esto lo notamos en la Tabla 1.

En la siguiente tabla enumeramos las estrategias aplicadas para la consecución de los objetivos de disminuir la tasa de mortalidad materna, con los diferentes elementos que se pusieron en marcha y el nivel donde fueron aplicados, esto lo visualizamos en la Tabla 2.

Tabla 1.
Muertes Maternas (GERSA) por Año de Evaluación.

Año de Estudio	2002	2003	2004	2005	2006
Muertes Maternas	04	16	14	10	23

El número de muertes maternas alcanzó hasta los 23 casos en el año 2006, siendo uno de los más altos en lo que va de la década.

Tabla 2.
Estrategias y actividades planificadas para la reducción de la mortalidad materna aplicados en el ámbito de la GERSA – GERSA 2003-2006.

Estrategia/Actividad	Ventajas	Desventajas
<i>Seguro Integral de Salud. Nivel Central.</i>	Sistema de provisión de servicios de salud a toda gestante.	Escasa difusión. Problemas en la referencia de pacientes.
<i>Protocolo de Atención de Emergencias Obstétricas. Nivel Central</i>	Búsqueda de una atención obstétrica estandarizada.	Poca o nula difusión, escasos ejemplares impresos, difusión por internet.
<i>Plan de Priorización de la atención materno infantil. Nivel Regional.</i>	Concentrar la información de las atenciones materno-infantiles.	Poca incidencia sobre centros privados, sub-registro en zonas rurales por mala accesibilidad.
<i>Plan de Capacitaciones en Salud Materno Infantil DIRESA – GERSA. Nivel Regional</i>	Capacitaciones dirigidas a personal asistencial de cada establecimiento, haciendo incidencia en la identificación de factores problema en cada uno.	Capacitaciones con réplicas inadecuadas o nulas, dirigidas a personal nombrado con poca “motivación” para interiorizar el objetivo.
<i>Aplicación de Normatividad desarrollada desde niveles superiores. Nivel Básico Asistencial</i>	Esfuerzo por buscar participación del personal asistencial en desarrollar propuestas de cambio.	Escasa asignación de recursos de niveles superiores con exigencia de resultados.

En la tabla previa apreciamos los esfuerzos a diferentes niveles para lograr el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad materna, si bien el PEI GERSA 2003-2006 se enfocaba en dos aspectos; Control Prenatal y Disminución del Riesgo por Morbilidad en la Gestante; estas estrategias permitieron ampliar la capacidad de la atención del binomio madre niño, sin embargo como detallaremos a continuación dichas también adolecieron de algunos inconvenientes.

- **Seguro Integral de Salud;** aplicado para la gestante desde el 2003, permite que la totalidad de las gestantes (en forma automática y a simple solicitud) gocen de atenciones en todos los establecimientos a través de una afiliación SIS, subvencionando el control prenatal, la atención del parto y el control puerperal. Esta estrategia se aplica a nivel nacional y ha sido el mayor avance en el cuidado de la salud materna infantil dado que se elimina la inaccesibilidad económica para la atención materna.
- **Protocolo de Atención de Emergencias Obstétricas;** elaborado y puesto en vigencia desde el 2004, es un documento que busca estandarizar la atención de las principales patologías cuyo grado de severidad puede generar la muerte de la paciente. Se complementa con el protocolo de emergencias neonatales.
- **Priorización de la Atención Materno Infantil;** uno de los lineamientos de la política de salud aplicada durante los últimos años, ha logrado generar una cultura de “priorización” de la gestante como paciente “mimada” en la mayoría de los establecimientos asistenciales de la región.
- **Capacitaciones en Salud Materno Perinatal;** dirigida a los diferentes profesionales y no profesionales de la salud, y no únicamente a obstetras, se encarga de actualizar conocimientos relacionados con la atención materna.
- **Aplicación de los Lineamientos de Política en Salud Materno Perinatal;** en cada establecimiento se crean comités de salud materno perinatal para la atención priorizada del binomio madre-niño, los comités son integrados por personal de salud profesional y no profesional.

En los dos primeros puntos la estrategia del PEI-GERSA 2003-2006 contaba con el apoyo de políticas de aplicación nacional (SIS y Guía de Emergencias Obstétricas) y las tres últimas reflejaban los esfuerzos de la autoridad regional de salud para alcanzar las metas propuestas. Sin embargo, estas estrategias presentaron algunos inconvenientes que medraron de alguna manera en su eficacia:

- El SIS cubre la mayor parte de las necesidades de las gestantes, pero adolece de problemas en las referencias de establecimientos de menor a mayor nivel, debido a la actitud de menosprecio a la capacidad diagnóstica del personal de centros periféricos.
- La Guía de Atención de Emergencias Obstétricas se difundió como documento en formato electrónico, en muchas zonas rurales el servicio eléctrico es restringido, y es casi imposible encontrar una computadora conectada a internet.
- La priorización de la gestante en la atención se ha desarrollado esencialmente en los establecimientos del MINSA. EsSalud dispone de sus propios lineamientos; la situación no es distinta en los centros de las fuerzas armadas y completamente ignorada en el sector privado.
- La capacitación personalizada no era replicada adecuadamente en los centros periféricos, el personal de salud busca que la capacitación se realice en horas laborales.
- La aplicación de los lineamientos nacionales y regionales de salud en los centros asistenciales es cumplido con grandes sacrificios, teniendo en cuenta que el presupuesto signado para dichas actividades es escaso o nulo, sin embargo se exigen resultados apelando a la “creatividad” del personal involucrado.

Pese a los inconvenientes cuando incidimos en las dos principales políticas propuestas en el PEI-GERSA 2003-2006, control prenatal y prevención de la mortalidad esta se llevó a cabo de la siguiente manera (Tabla 3):

Tabla 3.
Atención materna, Prenatal, Parto y Puerperio 2002-2006.

Actividad	Atendidas por año				
	2002	2003	2004	2005	2006
Control Prenatal	21 418	22 821	22 521	22 518	22 218
Atención Parto	12 719	13 795	14 449	15 245	15 064
Control Puerperio	12 050	14 531	13 906	14 368	12 759

Como se aprecia el número de gestantes atendidas en el periodo de estudio no tiene grandes diferencias de año a año, en cualquiera de sus aspectos, el comportamiento pareciera ser similar.

En la siguiente tabla observamos cuantas de estas pacientes cumplieron con el requisito de acudir a 6 controle prenatales a lo largo del embarazo, hecho que le asigna a la gestante la categoría de “gestante controlada”. Este número de controles se asocia con los mínimos recomendados por los organismos internacionales de salud para asegurar la salud materna y perinatal y de forma similar disminuir los riesgos potenciales de morbilidad y mortalidad a lo largo de la gestación.

Tabla 4.
Gestantes controladas de acuerdo al periodo de estudio.

Condición	2002	2003	2004	2005	2006
Gestante Controlada	13 922	16 781	15 772	16 536	16 684
Porcentaje del total de gestantes.	65,3 %	73,5%	70,0%	73,4%	75,1%

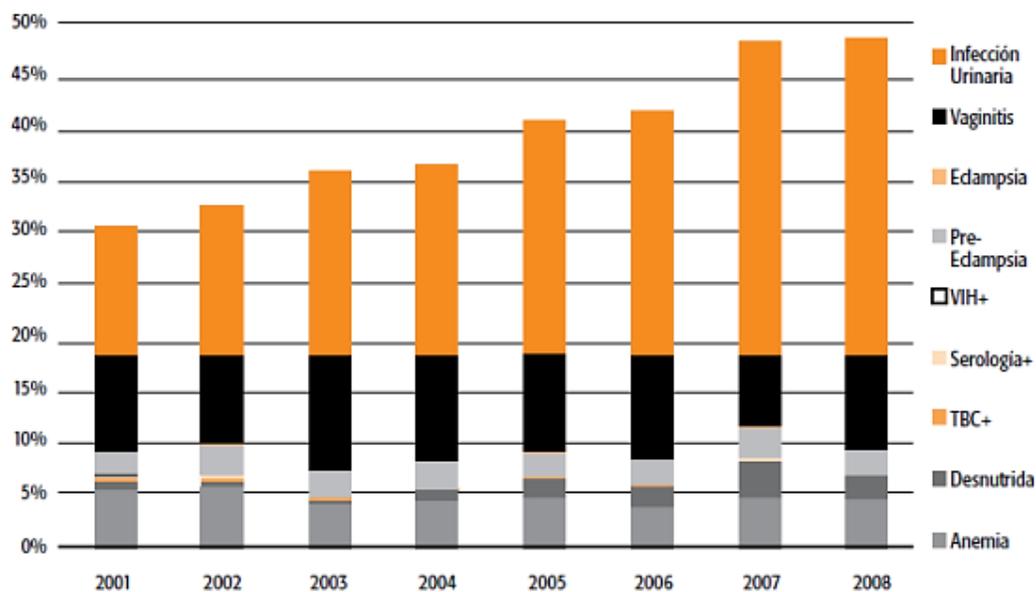
La tabla muestra un importante incremento en la cantidad de gestantes controladas de año a año siendo 2003 donde se obtiene el mayor incremento, así como el incremento proporcional de mujeres controladas del total de gestantes captadas durante dichos años.

Los siguientes datos muestran las principales patologías encontradas en mujeres gestantes desde 2001, fue extraído del trabajo de la Dra. Mercedes Neves Murillo, a quien agradecemos por su importante aporte.

Gráfico 3

Morbilidad Materna. Principales Causas.

Gráfico N° 7: MORBILIDAD MATERNA - GERSA AREQUIPA (2001-2008)



Como se advierte a partir del gráfico una de las principales causas de morbilidad en gestantes son las infecciones del tracto urinario, seguida por infecciones del canal vaginal, agrupadas como “vaginitis”, y seguidas por las enfermedades carenciales de micronutrientes como la anemia ferropénica principalmente. En las tres primeras causas de morbilidad tenemos pues cuadros clínicos que son prevenibles y además curables, y cuyo diagnóstico no conlleva la necesidad de medios auxiliares complejos o de alto costo, basta un laboratorio bastante básico para desarrollar una dosificación de hemoglobina, un examen completo de orina y una tinción de Gram de secreción vaginal o un examen directo de secreciones.

Análisis de la Mortalidad Materna.

Cuando se obtienen los datos epidemiológicos acerca de la mortalidad materna y se les agrega la información relacionada con el control prenatal y las causas de mortalidad, es decir, si las muertes tienen un origen directo o indirecto relacionado con la gestación se obtienen los siguientes datos:

Tabla 5.

Análisis de las muertes maternas de acuerdo al control prenatal.

Control Prenatal	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%
Sí	03	11	12	00	17	43	64,18
No	00	03	02	02	06	13	19,40
No reporta.	01	02	00	08	00	11	16,42
TOTAL	04	16	14	10	23	67	100

Al evaluar el cumplimiento del control prenatal como medida para “evitar” la muerte materna, para el caso de la Región Arequipa durante el 2002 al 2006, esta medida no pareciera modificar la mortalidad, dado que hasta un 64, 18% de las gestantes que fallecieron habían cumplido con el Control Prenatal.

El hecho podría indicar que el control prenatal no es suficiente para asegurar el ideal avance de la gestación en aras de llegar a un parto institucional atendido adecuadamente y con el respectivo control puerperal correspondiente. Es probable que se requiera otras actividades y estrategias que complementen al Control Prenatal.

Cuando se evalúa los daños directos (patologías propias del embarazo) o indirectos que causaron las muertes maternas nos encontramos con una situación que asemeja la hallada anteriormente en el Control Prenatal, lo observamos en la Tabla 7.

Tabla 6.

Causas Directas o Indirectas en la Muerte Materna 2002-2006

Tipo de Daño	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%
Directo	03	12	08	06	14	43	64,18
Indirecto	01	04	06	04	09	24	35,82
TOTAL	04	16	14	10	23	67	100

Las causas directas implican patologías asociadas al embarazo en sí, la atención del parto y el puerperio, como en la tabla previa observamos que hasta casi 2 de cada 3 gestantes fallecidas sufrieron su deceso a causa de estas patologías. Mientras que las otras causas fueron debidas a patologías no asociadas a la gestación como Suicidio, Neumonía, Accidentes, etc.

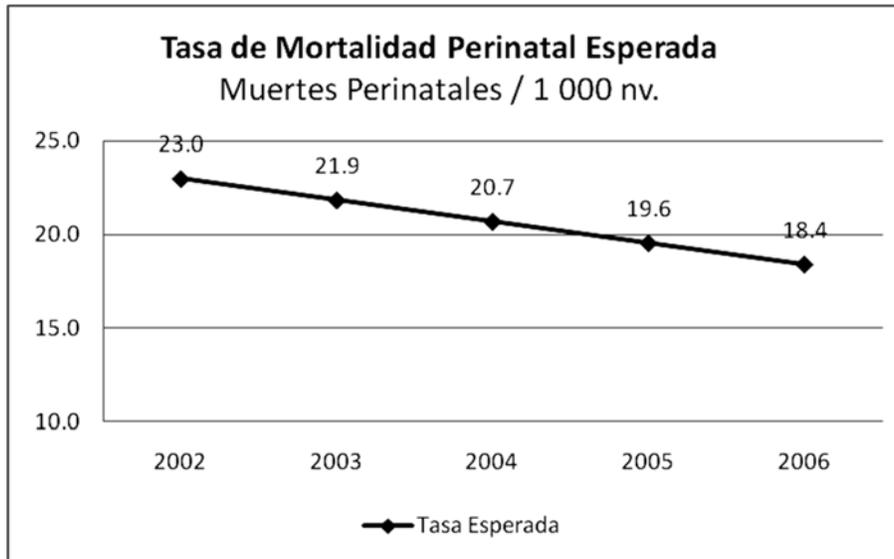


3. Tasa de Mortalidad Perinatal.

En forma similar a lo actuado con la mortalidad materna procederemos con la evaluación de la mortalidad perinatal. Inicialmente mostramos la línea de tendencia de la mortalidad perinatal propuesta por el PEI-GERSA 2003-2006.

Gráfico 4

Línea de tendencia de variación de tasas de mortalidad perinatal.

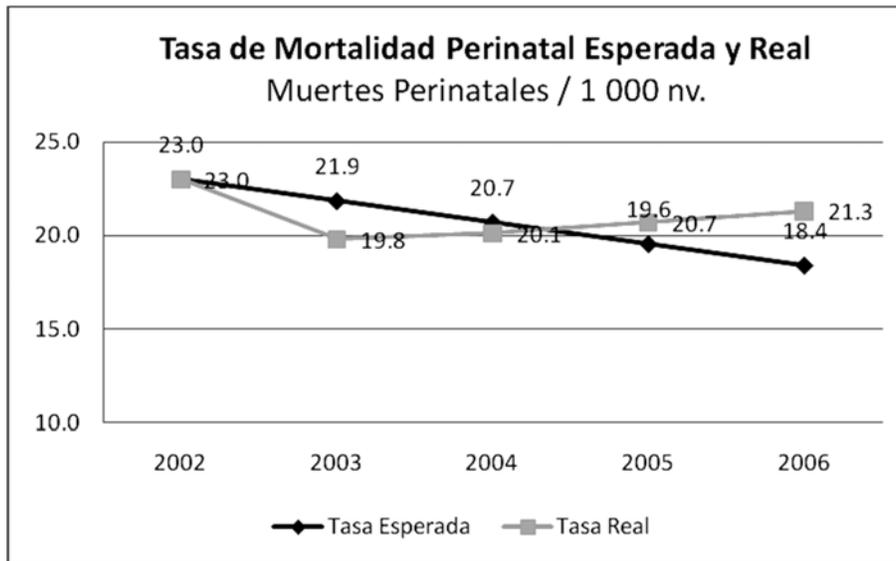


Nuevamente vemos la tasa proyectada para la mortalidad perinatal que debería descender a un promedio de 18,4 niños fallecidos por cada mil nacimientos. A diferencia de la anterior la proyección desarrollada por la DIRESA pareciera ser menos ambiciosa, sin embargo como veremos más adelante dicha proyección guarda un margen más estrecho de similitud con los datos epidemiológicos finalmente hallados.

En el Gráfico 4 observamos la comparación de las dos tasas, la esperada y la real, y podemos observar la tendencia ya claramente señalada en el párrafo anterior.

Gráfico 5.

Tasa de mortalidad perinatal esperada y real. GERSA-GERSA 2002-2006.



Las estrategias programadas y desarrolladas para la reducción de la mortalidad perinatal obviamente complementan las estrategias puestas en marcha para la reducción de la mortalidad materna y se engloban dentro de estas últimas. Para el caso de la mortalidad perinatal enumeraremos a continuación las estrategias implementadas:

- **Seguro Integral de Salud:** Se prioriza la atención del neonato y el niño hasta los 5 años de edad, cubriendo casi la totalidad de los cuadros morbosos propios de esta etapa, para ello se requiere la acreditar la identidad del niño con la correspondiente partida de nacimiento.
- **Guía de Atención de Emergencias Neonatales:** En forma similar a la atención de las emergencias obstétricas se ha puesto en vigencia esta guía práctica para estandarizar los procedimientos de atención.
- **Priorización de las atenciones perinatales:** La atención del neonato no solo se limita al momento del nacimiento, se le solicita a la madre que acuda con el neonato a dos controles posteriores a los 7 y 14 días de vida para la evaluación de su estado de salud, incluso se “condiciona” la realización de estos controles como requisito para la entrega del Certificado de Nacimiento.

- **Plan de Capacitación en Salud Perinatal:** El esfuerzo realizado para mejorar la salud materna se complementa con el cuidado perinatal, las capacitaciones desarrolladas buscan la actualización de conocimientos y técnicas en el personal asistencial para un adecuado manejo.
- **Aplicación de la normatividad desde niveles superiores:** La mayor parte de las estrategias programadas son comunicadas para su ejecución en los establecimientos periféricos, especialmente en aquellos donde se tiene la atención de partos.

En forma similar al caso de la mortalidad materna también se presentan algunos problemas en la atención del paciente neonato, y en la aplicación de las estrategias indicadas para su atención, estas son enumeradas a continuación:

- Seguro Integral de Salud; si bien es cierto permite casi una atención total del niño, el trámite de afiliación es un elemento que genera algunos conflictos entre los padres del niño y el personal asistencial. La cobertura del neonato es sólo durante la atención del parto, debiera cubrir por lo menos los primeros 28 días de vida.
- En forma similar a lo sucedido con la Guía de Atención de Emergencias Obstétricas, la versión para neonatos se halla en formato electrónico y son pocos los ejemplares impresos disponibles.
- Priorización de atenciones perinatales, el cumplimiento de los dos controles perinatales de los neonatos no es cumplido a cabalidad, sobretodo cuando se le indica a la madre que con el control de puerperio se otorga el certificado de nacimiento.
- La capacitación en problemas neonatales es escasa y está dirigida mayormente a los pediatras, no se incide en los profesionales que manejan niños (médicos, obstetras y enfermeras).
- Aplicación de la normatividad institucional, similar al caso anterior demasiadas exigencias pero poco porte para actividades, estrategias o propuestas de trabajo.

Análisis de la Mortalidad Perinatal.

Con los datos epidemiológicos obtenidos de la GERSA-GERSA podemos realizar la distribución de frecuencias de las muertes perinatales en los años 2003-2006, como se aprecia en la Tabla 8.

Tabla 7.
Distribución de muertes perinatales 2003-2006.

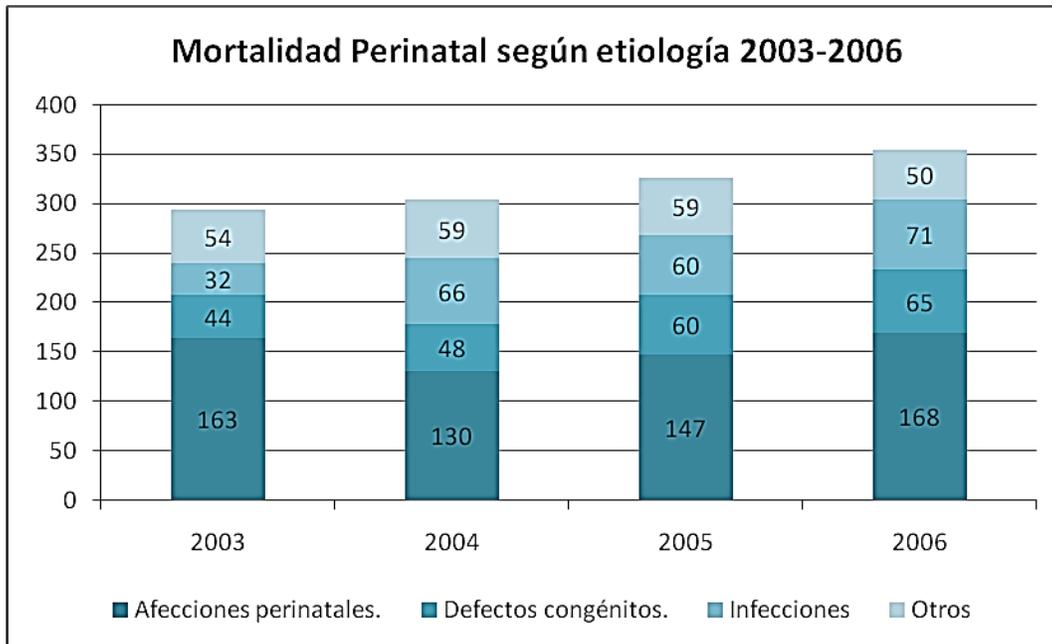
<i>Tipo de Daño</i>	2003	2004	2005	2006	Total	%
<i>Afecciones perinatales</i>	163	130	147	168	608	47,65
<i>Defectos congénitos</i>	44	48	60	65	217	17,01
<i>Infecciones</i>	32	66	60	71	229	17,95
<i>Otros</i>	54	59	59	50	222	17,39
TOTAL	293	303	326	354	1276	100

La evaluación de la muerte perinatal nos muestra la presencia de afecciones perinatales, (complicaciones de la atención del parto o propias de las primeras horas de vida, incluso de óbitos fetales o abortos) como la primera causa de muerte con un 47,65% del total, seguido de las infecciones perinatales como segunda causa de muerte que si nos percatamos va en un continuo ascenso antes que mantenerse estática.

En el Gráfico 5 observamos la distribución de cada una de las patologías y el peso que significan sobre el total de casos de muerte perinatal ocurridos durante el periodo de la aplicación del PEI-GERSA 2003-2006, el gráfico mencionado también nos permite apreciar la tendencia al ascenso del número de muertes maternas, en números reales.

Gráfico 6.

Distribución de la mortalidad perinatal de acuerdo a su etiología. GERSA-GERSA
2003-2006.



Pese a nuestros esfuerzos no logramos encontrar información más precisa acerca de la mortalidad perinatal, la que si estuvo parcialmente disponible en lo referido a mortalidad materna, donde existen incluso trabajos desarrollados específicamente al análisis de la mortalidad materna. La información epidemiológica encontrada no permite identificar condiciones importantes de la mortalidad perinatal como el lugar de ocurrencia, manejo inicial, autopsia verbal, etc., como si se hace con la mortalidad materna donde se elaboran incluso análisis situacionales en los centros asistenciales, en las micro redes e incluso a nivel regional.

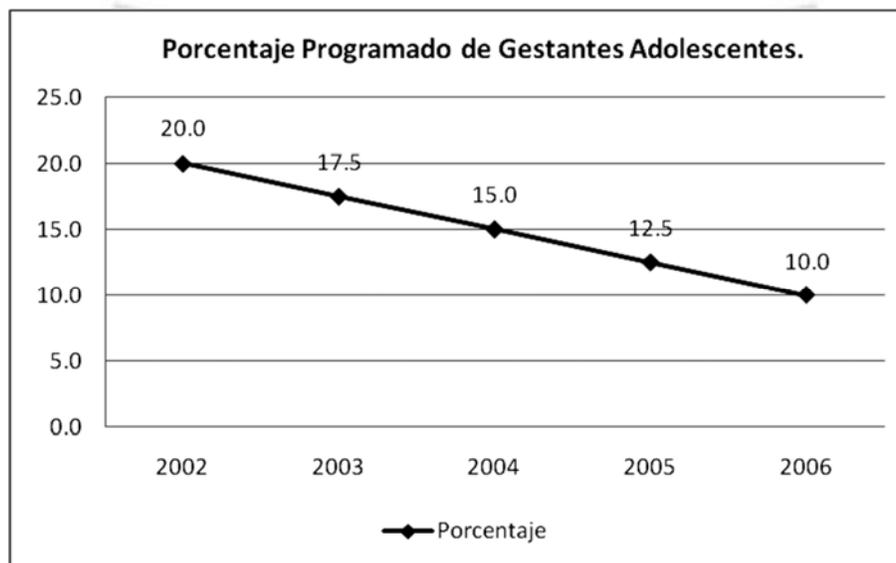
La utilización de estas técnicas en la muerte perinatal podría ayudarnos a comprender alguna recurrencia en eventos similares y servirían para un mejor entendimiento del problema en sí.

4. Incidencia del Embarazo en Adolescentes.

El PEI-GERSA 2003-2006 se planteaba la reducción del porcentaje de gestantes adolescentes a una cifra cercana al 10% del total de gestantes captadas y registradas. La línea de la tendencia de dicha propuesta se muestra en el Gráfico 6.

Gráfico 7.

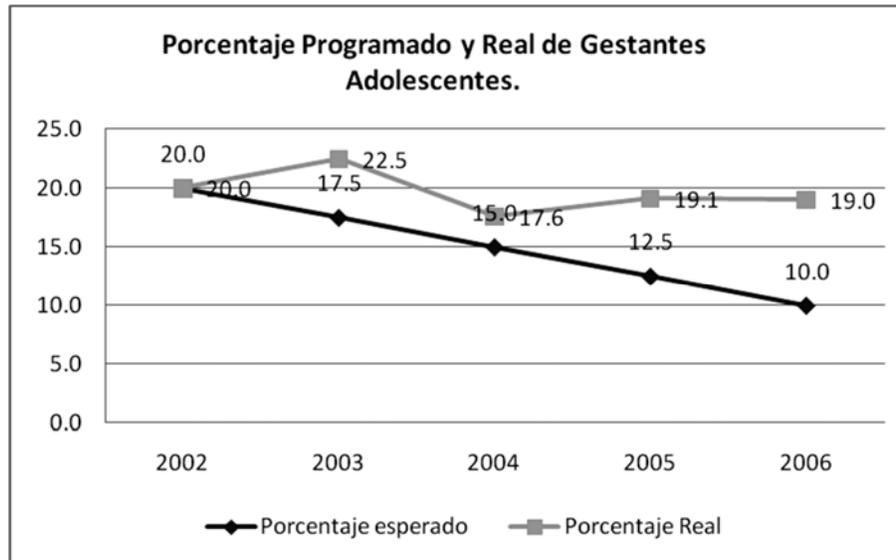
Porcentaje Programado de Gestantes Adolescentes a partir del total de Gestantes GERSA-GERSA 2003-2006.



La cifra programada por la GERSA-GERSA apuntaba a una reducción del porcentaje de mujeres adolescentes en gestación en alrededor del 50% del total de gestantes registradas. En este aspecto se esperaba la participación conjunta entre dos sectores fundamentales, salud y educación, ambos trabajarían para promocionar conductas sexuales seguras y saludables en los centros educativos a fin de conseguir que los jóvenes que ya se han iniciado sexualmente tengan conciencia del riesgo de un embarazo no deseado. Por otro lado el PEI-GERSA pretendía encontrar sostenimiento de estos valores a través del tiempo. Veamos la comparación con los datos obtenidos en la realidad. Gráfico 7.

Gráfico 8.

Porcentaje de adolescentes gestantes real y el esperado durante la aplicación del PEI-GERSA 2003-2006.



Como se aprecia en el Gráfico 7, la tendencia encontrada parece acompañar en un primer momento las cifras programadas, sin embargo a medida que pasa el tiempo se presenta un ligero estancamiento del porcentaje observado, con una cierta tendencia a ascender lentamente.

Análisis del porcentaje de adolescentes gestantes.

Como ya hemos visto no pareciera existir una tendencia a la disminución del problema, sino por el contrario un lento pero constante trayecto ascendente que pareciera mantenerse. Pero la utilización del porcentaje de adolescentes gestantes a partir del total de las gestantes puede parecer una cifra poco entendible. Por tal motivo decidimos encontrar cifras con mayor significancia y para ello buscamos los datos de gestantes adolescentes que tuvieron su atención del parto en los establecimientos del sector en el periodo comprendido en el estudio, y relacionarlos con los demás partos atendidos en dicho periodo de tiempo. Esta información se muestra en la siguiente tabla, donde colocamos el número de partos en adolescentes y el porcentaje que ello significa en el total de partos a lado de dicha cifra.

Tabla 8

Partos de gestantes adolescentes y porcentaje del total de partos en los establecimientos del sector salud. GERSA-GERSA 2003-2006.

Año	2003	2004	2005	2006	Total
Partos de adolescentes	1 228	2 197	2 157	2 461	8 043
Porcentaje del total de partos	8,9%	15,2	14,1	16,3	–

Se aprecia que la cifra va en crecimiento y hay un importante salto entre las cifras del 2003 y las de los otros años. No hemos encontrado referencia de algún esfuerzo importante entre los sectores educación y salud para reducir el porcentaje de adolescentes que se embarazan.

Con la información que hemos presentado nos encontramos en la posibilidad de discutir nuestro trabajo con otras fuentes que han estudiado el tema o la problemática relacionada con el tema. Tal ejercicio académico lo hacemos en la siguiente sección.

5. Discusión y Comentarios.

La ejecución de un plan estratégico supone considerar escenarios dinámicos y distintos que pueden o no ser favorables para aquellas metas que uno se propone alcanzar con la puesta en marcha del plan. Pero a su vez, esta propuesta debe partir de diagnósticos situacionales específicos de acuerdo a los factores socioculturales que emanan de las poblaciones a ser beneficiadas, y que sólo pueden ser generadas como producto de estudios epidemiológicos realizados con un enfoque socio-cultural, tal como recomiendan algunas entidades de salud de América Latina.¹

En nuestra región, advertimos al menos dos realidades interculturales bastante marcadas, por un lado la realidad rural, quechua-hablante, andina, comunitaria, y

¹ “Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque intercultural. Guía Básica para Equipos de Salud”. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile, 2006.

tradicionalista; mientras que por otro lado tenemos a la realidad metropolitana, de habla española, occidentalizada, individual y “modernista”; con una tercera realidad en ciernes, “la migrante” que se mueve entre las dos primeras, tratando de alcanzar a la última sin desapegarse de la primera. Estos grupos culturales no han sido adecuadamente estudiados, por lo menos bajo las condiciones socio-epidemiológicas. De allí que el diagnóstico situacional sobre el que parte el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 reconoce como principales barreras, entre lo rural y lo urbano, a la accesibilidad geográfica y la económica; relegando la barrera cultural y la aceptación de un medicina occidentalizada sobre una tradicional por parte del poblador rural, y es aquí donde se comete el primer error; considerar a dos realidades como homogéneas y tratarlas como tal. El punto de partida inicial del éxito de un Plan Estratégico es el adecuado Diagnóstico de Salud², en el documento en estudio consideramos que este paso fue subestimado.

Cuando se agrupa la información acerca de morbilidad y mortalidad no se tiene en cuenta que las mismas realidades o “barreras” señaladas en las primeras páginas del documento no permiten que consideremos al medio rural como similar al medio urbano; por lo tanto, su morbilidad y mortalidad tiene componentes adicionales distintos que deben tenerse en cuenta al realizar el enfoque de las estrategias y actividades a aplicar.

Un importante segundo factor que afectó de manera negativa el resultado de la aplicación del PEI GERSA 2003-2006, y que incluso se señala como problema dentro del Diagnóstico Situacional es la Administración del Recurso Humano de la GERSA, que en ese momento se reorganizaba en los CLAS, Micro redes y redes de salud; así como la situación del personal de salud habituado al tradicional modelo asistencialista y transversal, que tuvo escaso tiempo en adaptarse a un modelo distinto, tanto administrativo como asistencial. El nuevo modelo por redes permite la formulación de **Planes Locales de Salud** ejemplos claros de propuestas diseñadas para

² “Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe” Serie Paltex N° 41 OPS/OMS 1999.

espacios más pequeños, pero más centrados en realidades socio-culturales de poblaciones más específicas.

Sin embargo, en nuestro medio pese a iniciarse el proceso de natural adaptación al modelo de adaptación en redes se propone un Plan Estratégico bastante ambicioso en cuanto a metas y que pareciera no tomar en cuenta los esfuerzos que las propias redes asistenciales proponen en sus primeros planes locales de salud.

Es importante conocer que el trabajo en redes supone: “La organización de los establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad, y cartera de servicios, que participan en los distintos procesos de la atención de salud. Se entenderá por **sistema de atención de salud en red** el ordenamiento de estos establecimientos, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales y por lo tanto con mutua interdependencia y complementariedad en sus respuestas, cubriendo de esta manera la amplia gama de necesidades de salud.³

El presente estudio valora sólo el ámbito de la atención materno-perinatal de la totalidad de otras estrategias y otros ámbitos que dicho plan desarrolla, como son prevención y promoción de daños no transmisibles y transmisibles, la extensión en el uso del SIS, política de manejo de recursos humanos, aplicación de un nuevo modelo de atención integral en salud, etc., todas ellas con metas de gran impacto que sin embargo no son disgregadas en actividades específicas, que permitan entender más claramente la manera en que van a ocasionar un impacto. El documento si hace hincapié en los gastos presupuestales que suponen dichos lineamientos de acción, sin establecer un mecanismo de control o de monitoreo de las actividades desarrolladas.

³ "Orientaciones para la Programación en Red. 2007". Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL. Chile. 2007.

Respecto al tema de nuestro estudio que se orienta al manejo de la mortalidad materna, perinatal y al embarazo en adolescentes analizaremos cada uno de los objetivos en forma individual y dilucidaremos la eficacia del documento en estudio.

Mortalidad Materna.

La reducción de la tasa de mortalidad materna hasta en un 50% en un plazo de 4 años era una meta bastante ambiciosa, sobretodo en un contexto en el que no se ha desarrollado una “cultura organizacional” que enfoque la maternidad como una situación riesgosa para cualquier mujer en edad fértil. Recordemos que las mejores experiencias sobre salud materna infantil se han desarrollado en el Proyecto 2000, que no fue puesto en ejecución en la Región Arequipa. Por ello no utilizamos el comportamiento de la población como una medida de prevención, no utilizamos la intervención sanitaria como una medida de prevención y reparación de los problemas maternos con lo cual nuestra intervención se ve limitada a clasificar a las mujeres gestantes sin tener en cuenta que ella también debe ser parte del proceso del cuidado de su embarazo.⁴ Además la mujer gestante aporta con sus conocimientos culturales para la mejora de su propia atención, hasta el momento la mejor experiencia en nuestra región ha sido la instalación de las casas de espera y el parto vertical instalado en las zonas altas de Caylloma.⁵

Los resultados encontrados en nuestro estudio indican que la mortalidad materna escapó al control que se pretendía realizar, llegando hasta a quintuplicar las cifras que eran consideradas las metas definitivas (156,6 muertes maternas/100 000 nv), para el año 2006 en una región considerada de adecuado grado de atención de salud. El número de gestantes fallecidas alcanzó a las 23 para toda la Región Arequipa.

En la evaluación de las líneas de acción del Plan Estratégico observamos que su cumplimiento reside en el incremento a la cobertura de la atención materna, llámese a la afiliación de las gestantes por el SIS y el incremento del número de establecimientos. Condición que sirvió para mejorar la cobertura de atenciones de

⁴ Bruno Benavides. “Reducción de la mortalidad materna en el Perú. ¿Por dónde empezar? Lima 2002.

⁵ Muñoz Del Carpio, Águeda. “Mortalidad Materna en al mujer alto-andina de Arequipa: Problemas de demandas culturales o de adecuación de oferta de servicios”. Arequipa. 2003.

partos y de controles prenatales, como se aprecia en la tabla 3. Sin embargo se observó que los controles puerperales no eran cubiertos. Se puede presumir que esta atención no es cubierta o en su defecto se desarrolla en el sector privado.

Por otro lado si bien es cierto que se incrementa la cobertura, no se tiene similares datos con el número de gestantes controladas que llegan al 75% del total de gestantes en promedio, (Tabla 4) señalando que si bien es cierto la gestante es captada solo se logra que 3 de cada 4 culminen con sus controles completos. La razón es probablemente la falta de interés de la gestante (por ausencia de una intervención sanitaria de cambio de conducta) y la falta de acuciosidad de la profesional en incidir en la necesidad de los controles continuos (ausencia de identificación con la actividad programada). No hay lamentablemente estudios que determinan el peso de cada uno.

La evaluación de las medidas de prevención de enfermedades durante la gestación también muestra datos importantes, la existencia de enfermedades infecciosas como vaginitis e ITU entre las más prevalentes nos hacen cuestionar la atención en consultorios y la capacidad que se tiene de un diagnóstico precoz de estas patologías. De aquí que podemos indicar que la aplicación de los lineamientos de política relacionado con la mortalidad materna conlleva no solo la instalación de un programa, sino la preparación suficiente para mantenerlo y sostenerlo en el tiempo. Algunos autores como la Dra. Neves señala la escasa o nula continuidad que existe en el proceso de mantener una línea programática dirigida a reducir la mortalidad materna, ya sea por la falta de recursos, por las diferencias socioculturales, y por la existencia de una falta de preocupación de la sociedad y del estado en conjunto por el problema.⁶

Finalmente se evalúa la causalidad directa o indirecta de las muertes maternas, donde se encontró que el daño que produjo la muerte se relacionaba con la gestación directamente hasta en un 64,18% en el acumulado de los cinco años. Y de acuerdo a la propia evaluación de la GERSA en el 2006, las muertes ocurrieron mayoritariamente

⁶ Mercedes Neves Murillo. "Mortalidad materna en Arequipa: Un problema de Justicia Social, de Ética y de Equidad". Arequipa 2009.

en establecimientos de salud.⁷ Tal situación puede indicarnos que es en los mismos centros asistenciales donde las gestantes no son priorizadas en cuanto a su atención, o no logran ser atendidas oportunamente. Consideramos que estos hechos merecen un estudio más profundo para la identificación de los elementos críticos que impiden la atención integral.

Mortalidad Perinatal.

En el caso de la mortalidad perinatal se propuso una meta de reducción de 5 puntos para los cinco años, este objetivo si bien es cierto no se alcanzó en su totalidad no guarda gran diferencia con las cifras reales. De cualquier modo la cifra de mortalidad perinatal se ha reducido en 3 puntos. Consideramos que la diferencia principal entre la salud del neonato y de la parturienta tiene que ver también con un factor cultural, la llegada de un nuevo miembro a la familia supone expectativa y atención, cuidados que muchas veces son obviados para la gestante.

La mortalidad perinatal se halla más relacionada al trabajo hospitalario, donde también ya se habían indicado deficiencias, sobretodo en el aspecto asistencial, así como en el equipamiento técnico.⁸ Además la variación entre las causas de muerte tampoco pareciera ser significativa, las afecciones perinatales (asfixia, etc.) continúan como la principal causas de muerte perinatal. Sin embargo, hay un hecho que merecería mayor atención y está relacionado con el leve incremento del número de infecciones en el periodo neonatal y como causa de muerte. Si lo relacionamos con la morbilidad materna que nos habla de infecciones del tracto genital y urinario como principal causas de enfermedad podríamos establecer si existe tal grado de correspondencia.

La salud del neonato se halla inherentemente ligada a la de la madre, y la salud de las madres pues se relaciona con el cuidado durante la etapa gestacional. Los factores de riesgo intrínsecos del periodo perinatal están en proceso de estudio y se dan en realidades que también difieren de la nuestra. De todas formas, se reconoce

⁷ Comité Regional de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal. "Análisis de la Muerte Materna. 2006". Arequipa 2007.

⁸ Manuel Ticona Rendón et. al. "Mortalidad Perinatal: Estudio Cooperativo Institucional Hospitales del Sur del Perú. 2000".

que la existencia de un control prenatal, el valorar el peso del neonato y las condiciones del parto son esenciales en la reducción de la mortalidad perinatal. El estudio utilizado se dio en una realidad socio-cultural distinta a la nuestra, la costa norte del Perú.⁹

Los escasos estudios diagnósticos de las condiciones de parto que se han realizado en nuestra región y en nuestro país indican que son dos los principales problemas en cuanto a la atención de la gestante, por un lado las condiciones de personal y material necesarios para proveer un cuidado neonatal de calidad y por otro lado la protección de la madre a través de la promoción de una cultura del “Control Prenatal” como elemento dinámico de interrelación mutua, donde tanto el personal de salud como la gestante identifiquen situaciones riesgosas y tomen las precauciones necesarias para controlarlas.¹⁰

Otro aspecto importante en la reducción de la mortalidad materna es la necesidad de más estudios de investigación epidemiológica y de tecnología de control prenatal de acuerdo a nuestras propias características, estudios que propongan soluciones a los variados problemas, tal necesidad es también urgente para el caso de la mortalidad materna. En nuestro país no disponemos de una cultura investigativa que nos permita conocer a cabalidad la diversidad de factores que no son similares a aquellos que recibimos de otras latitudes, llámese CLAP u otra escuela latinoamericana y distan mucho más de escuelas del primer mundo.¹¹

Embarazo en Adolescentes

La meta del PEI-GERSA 2003-2006 relacionada con el embarazo en adolescentes sugería la disminución de hasta un 100% de la cifra estimada. Dicha meta es bastante ambiciosa, más aún cuando para su ejecución se requiera de la participación de un sector de la sociedad distinto a salud como lo es educación. Con lo cual la probabilidad

⁹ Clever Leiva Herrada et. al. “Mortalidad Neonatal en el Hospital de Sullana. Un estudio Caso Control”. 2007.

¹⁰ Ministerio de Economía y Finanzas. “Programa Salud Materno Neonatal”. Lima 2002.

¹¹ Manuel Ticona Rendón. “Identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo con la curva peruana de crecimiento fetal”. Tacna 2007.

de éxito se ve reducida si tenemos en cuenta que ambos sectores adolecen de una crónica falta de recursos para su mantenimiento y mucho menos aún para nuevas propuestas de cambio.

Debemos de tener en cuenta que el embarazo en adolescentes representa un problema que no sólo se limita a la adolescente en sí, sino que traduce nuestra inoperancia social en cuanto a salud sexual y reproductiva; dado que una adolescente gestante probablemente fue violada, agredida por un familiar o persona de su más cercano entorno, no tuvo accesos a métodos anticonceptivos, no pudo ejercer el derecho al aborto, probablemente sea analfabeta o abandonada por la pareja, y además es una paciente con un mayor riesgo de complicaciones perinatales, todo ello englobado en una sola persona.¹²

Todas esas diversas características propias de la adolescente gestante se hacen más evidentes en una sociedad con doble estándar moral como la nuestra, donde hay un pedido constante de enfrentar el problema del embarazo en adolescentes, pero que a la vez esto signifique no “tocar” temas sexuales en las aulas escolares o difundir conocimientos sobre sexualidad segura y responsable.

El embarazo en adolescentes muestra también la injusticia social, la inequidad y la ausencia de un Estado que no es capaz de proteger a sus miembros más jóvenes permitiendo y perennizando la precariedad social.

Con todo lo ya indicado estamos en condiciones de indicar que la aplicación del PEI GERSA 2003-2006 en nuestra región no ha tenido el impacto deseado, debido principalmente a deficiencias en cuanto a la manera de realizar el diagnóstico, a la forma de proponer las metas a alcanzar, al proceso de formulación del plan en sí, que indicaría una necesidad de “cumplir con procesos o requerimientos políticos – administrativos” antes que elaborar una propuesta fundamentada y seria en relación a los principales problemas de salud de la sociedad urbana y rural en su conjunto.

¹² Yolanda León Villalobos. “Embarazo en la adolescencia en el Perú”. Cusco 2004.

Respecto a la aplicación del PEI-GERSA 2003-2006 en su componente Materno Perinatal podemos indicar que se colocaron metas muy altas y no se prestó la debida atención a los procesos que llevarían a esas metas, dejando que la sola mención del Plan Estratégico obligara al personal de salud a dar todo de sí a fin de cumplir con estas expectativas dadas desde el nivel superior. Consideramos que ningún verdadero cambio o ningún éxito es posible sin la participación del beneficiario (población), el actor social del cambio (personal de salud) y la voluntad política para un verdadero cambio (recursos y apoyo de las autoridades de salud); todo lo demás queda únicamente en el campo de la especulación y en un uso inútil e infructuoso del recurso humano y material tan poco valorado en nuestro país.



CONCLUSIONES

Primera.

En la Región Arequipa, la Tasa de Mortalidad materna ocurrida en los años 2003 – 2006, no fue alcanzada con respecto a la tasa propuesta como meta en el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003 – 2006.

Segunda.

La tasa de Mortalidad Perinatal ocurrida en los años 2003 – 2006 en la Región Arequipa, no fue alcanzada con respecto a la tasa propuesta como meta en el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003 – 2006, pero ésta sí llegó a reducir.

Tercera.

El porcentaje de Gestantes Adolescentes reportadas en la región Arequipa ocurrida en los años 2003 – 2006, no fue alcanzada con respecto a la tasa propuesta como meta en el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003 – 2006

Cuarta.

El fracaso en alcanzar las metas propuestas, procede a un mal diagnóstico situacional, de no poseer mecanismos de monitoreo ni control, las deficiencias encontradas en el equipo de salud para el logro de objetivos y de la falta de esfuerzos serios de cambio por parte de las autoridades del sector.

RECOMENDACIONES

Primera.

La GERZA debe realizar un buen diagnóstico situacional con el fin de hacer viable las metas propuestas y examinar las capacidades de los establecimientos de salud que van a ejecutar el plan

Segunda.

La GERZA y las autoridades de las Redes de Salud tendrán la consigna de motivar y sensibilizar al personal de salud en un trabajo en equipo estableciendo actividades que tengan una capacidad resolutive y específica sobre el problema así como el compromiso de las autoridades del sector.

Tercera.

La GERZA y las autoridades de las Redes de Salud deberán realizar un monitoreo y control adecuado del plan, permanente que permita establecer la idoneidad de las actividades y su correcta aplicación en el logro de los objetivos.

Cuarta

Crear conciencia y responsabilidad en la población para el cuidado de su propia salud, a través de spot publicitarios, cuñas radiales, distribución de trifoliados con temas alusivos, etc. lo que conlleva a ser parte actuante en las propuestas de intervención del plan.

PROPUESTA

Para disminuir la tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad perinatal y el porcentaje de gestantes adolescentes en la región Arequipa, los cuales forman parte del objetivo general de la política de gobierno, se hace la siguiente propuesta.

1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS REGIONALES.

1.1 Asistenciales:

1. Reducir la morbimortalidad materna.
2. Reducir la morbimortalidad perinatal.
3. Disminuir la tasa de embarazo en adolescentes.
4. Fortalecer la participación activa del individuo, familia y comunidad, promoviendo comportamientos saludables en su entorno social.

1.2 De Gestión:

1. Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables.
2. Fortalecer el rol de rectoría de salud en los diferentes niveles de gobierno.
3. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad.
4. Fortalecer el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud.
5. Asegurar el acceso sostenido a un seguro de salud con un enfoque de atención integral en sus diferentes modalidades de aseguramiento.

1.3 De Infraestructura e Inversiones:

1. Fortalecer la infraestructura sanitaria y equipamiento de los establecimientos.

2. CAPACIDAD OPERATIVA

2.1 Oferta de Recursos Humanos

Del Total de personas que laboran en la Región Arequipa, el 50% se considera estable, pero existe un importante porcentaje de inestabilidad, como el personal CAS, personal SERUMS y personal bajo el D.S 728.

2.2 Oferta de Infraestructura.

La Red de Salud Arequipa Caylloma cuenta con Micro redes que contienen a los establecimientos operativos entre Centros y Puestos de Salud, distribuidos en función a las horas de atención por establecimiento, la oferta de los servicios en la Región Arequipa varía desde establecimientos de 24 horas, 12 horas y 6 horas.

2.3 Equipamiento

A nivel de todos los establecimientos de la Región Arequipa, tanto la suficiencia del equipamiento como la modernidad del mismo, en los dos últimos años ha ido paulatinamente mejorando sea por gestión de proyectos de mejoramiento ante las autoridades locales o de otras instituciones; igualmente desde el nivel central se ha impulsado el reequipamiento y mejora de la infraestructura con recursos ordinarios por concepto de mantenimiento de los establecimientos de salud.

2.4 Recursos financieros.

El Gobierno Regional Arequipa, mediante Acuerdo de Consejo Regional es el encargado, de asignar el presupuesto.

3. PROGRAMACION DE RESULTADOS DE ACTIVIDADES

3.1 REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA, PERINATAL Y LA TASA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Objetivo Sanitario:

- Reducir el embarazo en adolescentes.
- Reducir complicaciones del embarazo, parto, post parto.

- Ampliar el acceso a la planificación familiar.
- Ampliar la cobertura de prenatal y del parto institucional, especialmente en las zonas rurales de la Región Arequipa.

Es prioridad sanitaria de la GERSA reducir la mortalidad materna, para lo cual se ha diseñado e implementado estrategias asumidas por el Estado como la afiliación de las gestantes al Seguro Integral de Salud (SIS), la aplicación del enfoque de interculturalidad en la atención de parto, por lo que con la finalidad de incrementar el porcentaje de partos institucionales de gestantes en zonas rurales se realizará las siguientes intervenciones:

- Mejorar la calidad de su atención y con ello brindar una mejor atención a las gestantes y recién nacidos para contribuir a reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad.
- Introducir métodos altamente eficaces para prevenir los riesgos relacionados al embarazo y al parto.
- Adecuación de los servicios de salud para una atención integral enfatizando a la salud sexual y reproductiva y diferenciada por grupos: adolescente, grupos de mayor vulnerabilidad, entre otros.
- Reducir sustancialmente la mortalidad materna en la región Arequipa, gracias a medidas como el parto vertical y capacitación del personal de salud.
- Se espera obtener como resultado el incrementar el porcentaje de partos institucionales de gestantes en las zonas rurales.
- Es necesario que los padres de familia y colegios brinden más información y educación sobre salud sexual de las adolescentes para poder revertir las altas cifras de embarazos en este grupo poblacional.

4. LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS.

Para reducir la Mortalidad Materna, Perinatal y Tasa de Embarazo en Adolescentes en la Región Arequipa, se realizará las siguientes intervenciones:

1. Desarrollar la cobertura de atención prenatal y del parto institucional en zonas rurales y dispersas e introducir métodos altamente eficaces para prevenir los riesgos relacionados al embarazo y al parto.
2. Fortalecimiento de la capacidad resolutive y de la adecuación intercultural (incluyendo el sistema de la referencia y contra referencia) de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales (FON) Primarias, básicas y esenciales con énfasis en zonas rurales.
3. Desarrollo de capacidades para la atención de emergencias obstétricas y perinatales por parte de los profesionales de la salud (médicos, obstetras y enfermeras).
4. Formación de recursos humanos para eventos obstétricos.
5. Ampliación del plan de cobertura del SIS para la prevención y control de la anemia en gestantes.
6. Adecuación de los servicios para una atención integral (con énfasis en salud sexual y reproductiva) y diferenciada de adolescentes, en general y para atender algunos grupos específicos en mayor situación de vulnerabilidad, como: madres adolescentes, adolescentes en situación de calle, adolescentes en conflicto con la ley y adolescentes víctimas de abuso y de explotación sexual.
7. Promoción de la importancia de la maternidad saludable y segura e implementación de un plan de información y comunicación.
8. Promoción de la estrategia de educadores de pares y promotores juveniles capacitados para la promoción de una salud sexual responsable de adolescentes y jóvenes.
9. Reducción de la barrera geográfica, mejorando el acceso de la gestante con factores de riesgo a los servicios de salud mediante la estrategia de implementación de casa de espera.
10. Mejorar y facilitar el acceso universal a los métodos de planificación familiar con énfasis en las familias pobres y de mayor riesgo.

11. Implementar acciones intersectoriales, intergubernamentales y con participación de redes sociales de programas de educación sexual y reproductiva para la población adolescente.

5. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE GESTION.

El proceso de Planeamiento y Presupuesto, así como los procesos asistenciales de salud, cumplen un rol fundamental de asesoramiento y apoyo a la GERSA así como a la ejecución técnica de las actividades que realizan las Redes de Salud; por lo que, para el cumplimiento de los objetivos, se ha programado las siguientes actividades:

1. Socialización de los documentos de gestión.
2. Formulación Plan Operativo.
3. Evaluación POA.
4. Apoyo y Consolidación PSL.
5. Formulación Plan Estratégico de la GERSA.
6. Formulación Plan de Gestión de la Calidad.
7. Evaluación Ejecución PSL.
8. Informes epidemiológicos semanales.
9. Boletín epidemiológico Trimestral.
10. Propuesta modificación TUPA Institucional.
11. Supervisión Integral.
12. Apoyo al desarrollo de Proyectos de Inversión a Redes de Salud.
13. Formulación Presupuesto Institucional 2013- 14.

BIBLIOGRAFÍA

- BENAVIDES, Bruno. **Reducción de la Mortalidad Materna en el Perú. ¿Por dónde empezar?** Anales de la Facultad De Medicina. UNMSM. Vol.63Nº1.2002.
- BERMEJO ORTEGA, Rogelio. **La Planificación de la Salud en el Perú.** Artículo en: OEA: Cien años de cooperación al Perú. Editorial OEA. Lima 2003.
- BRITO, Pedro E.; PADILLA, Mónica y RÍGOLI, Félix. **Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud.** Rev. Cubana Educ Med Super. 2002; 16(4).
- CAMISAZA, Elena; GUERRERO, Miguel y DE DIOS; Rubén. **Planificación Estratégica. Metodología y plan estratégico de las organizaciones comunitarias.** Documento Manual de capacitación a distancia de las organizaciones comunitarias. Publicación DEAS. Buenos Aires. 2001.
- COMITÉ DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. **Análisis de la Muerte Materna 2006.** Presentación para discusión. Formato ppt. Arequipa 2007.
- CORTADELLAS, Joan. **Proceso de Planificación Estratégica.** Presentación en Microsoft® Power Point. Cátedra UNESCO. Universitat Politècnica de Catalunya. Barcelona. 2001.
- DEL CAMPO, Francis. **Manual de Planificación Estratégica para los Sectores.** Serie Manuales de Capacitación Gerencial. Publicación ISPEG. Santiago de Chile 2005.
- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN. **Manual de Gestión de las acciones en Salud Pública. Estrategias en el marco de la Calidad.** Publicaciones Oficiales de la Comunidad de Madrid. 2ª Edición. Madrid. 2006.
- HEALTH CANADA 2002. **Steady State. Finding a sustainable balance point.** International Review of Health Workforce Planning. Work Sheet. Ottawa. 2002.
- LEIVA HERRADA, Cléver y PARRA ALEJANDRO, Jenny. **Mortalidad neonatal en el Hospital de Sullana. Un estudio caso control.** Rev Electron Biomed/Electron J Biomed. 2008;2:72-77.

- LEÓN VILLALOBOS, Yolanda. **Embarazo en la Adolescencia en el Perú**. Presentación en Microsoft® Power Point. Cusco 2004.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. **Programa Salud Materno Neonatal**. Serie Documentos elevados por sectores para el Plan Estratégico Nacional 2002-2006. Lima 2001.
- MINSA - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA: **Plan Estratégico Institucional 2003-2006**. Documento de Gestión MINSA. Arequipa 2002.
- MINSA – DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA – APRISABAC. **Planificación de los servicios de salud. Gestión de los Servicios de Salud**. Manuales de Gestión de Servicios. Serie 3. Editorial APRISABAC. 1ª Edición. Cajamarca 1998.
- MINSAL – SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. DIVISIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL. **Orientaciones para la Programación en Red 2007**. Documento de Gestión. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Santiago de Chile. 2007.
- MINSAL – SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. **Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque intercultural. Guía Básica para Equipos de Salud**. Documento de Gestión. Ministerio de Salud. Chile. 2006.
- MUÑOZ DEL CARPIO, Águeda. **Mortalidad Materna en la Mujer Altoandina de Arequipa: Problemas de demandas culturales o de adecuación de oferta de servicios**. Comité de Ética para los Pueblos Latinoamericanos – Hola Perú. Arequipa. 2003.
- NEVES MURILLO, Mercedes. **Mortalidad Materna en Arequipa: Un problema de Justicia Social, de Ética y de Equidad**. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. PROMSEX. Lima 2009.
- OPS – OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector Salud**. Documento Oficial CD43-9. 43º Consejo Directivo de la OPS. Washington DC. 2001.
- OPS – OMS. **Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe**. Serie Paltex N° 41. 1999.
- SÁNCHEZ ALBAVERA, Fernando. **Planificación estratégica y gestión pública por objetivos**. Serie Gestión Pública. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES. Comisión Económica para América

Latina y el Caribe – CEPAL. Publicación de Naciones Unidas. Santiago de Chile.
2003.

SHAPIRO, Janet. **Herramienta de Planificación Estratégica.** Organización CIVICUS
World Alliance for Citizen Participation. Documento de Trabajo. Madrid 2002.

THE CENTRE FOR DEVELOPMENT AND POPULATION ACTIVITIES. **Planificación
Estratégica: Un enfoque de indagación.** Publicación CEDPA. Washington
2000.

TICONA RENDÓN, M., HUANCA, D., ET. AL. **Mortalidad Perinatal / Estudio
Colaborativo Institucional Hospitales del Sur del Perú – 2000.** Diagnóstico.
Ene-Feb. 2004.

TICONA RM, HUANCO AD. **Identificación de una nueva población neonatal de alto
riesgo con la curva peruana de crecimiento fetal.** Ginecol Obstet Mex 2008;
76 (10): 597-603.

Documentos en Internet:

ACOSTA YPARRAGUIRRE, José Antonio. **Proceso de Planificación Estratégica de un
puesto de salud.** Artículo citado en Monografías.Com:
http://www.monografias.com/trabajos8/plane/proc_plane_ps.html

ANÓNIMO. **Planeación Estratégica.** Artículo citado en Monografías.Com
<http://www.monografias.com/trabajos7/plane/plane.html>

GISPERT, R y TRESERRAS, R. **Elaboración de planes de salud.** En: Políticas y Planes de
Salud. Artículo Monográfico en Internet:: [http://perso.wanado.es/aniorte-
nic/apunt_polit_plan_3.htm](http://perso.wanado.es/aniorte-
nic/apunt_polit_plan_3.htm)

WIKIPEDIA. **Planificación en Salud.** Artículo en Wikipedia, la enciclopedia libre.
Wikimedia Corp. http://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci3n_en_salud.html

ANEXO N° 01

Proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST - GRADO

MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



“EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PLAN
ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL GERSA 2003-2006 EN SU COMPONENTE
MATERNO INFANTIL EN LA REGIÓN AREQUIPA.”

PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR LA BACHILLER:

FABIOLA CARMEN MEZA FLORES

Para optar el Grado Académico
de Magister de Gerencia en Salud.

AREQUIPA - PERU

2011

I. PREÁMBULO

Una de las herramientas más importantes de gestión en salud, desarrollada en las últimas décadas como un instrumento para la solución de problemas sanitarios, es la elaboración de planes estratégicos. La principal cualidad del plan estratégico es la aplicación de una metodología científica y lógica basada en un diagnóstico de una situación considerada problema y la elaboración de una propuesta racional diseñada para aliviar o solucionar la situación problema motivo de estudio.

La planificación estratégica parte de una realidad visualizada en el contexto de los datos epidemiológicos que determinan y describen la situación problema, de tal manera que su solución o la aplicación de intervenciones orientadas a su solución puedan ser cuantificadas de acuerdo a los indicadores que se desarrollaron a partir de los datos epidemiológicos previamente establecidos; del mismo modo el análisis del contexto situacional permite establecer las ventajas, oportunidades y fortalezas que la entidad ejecutora posee, así como las debilidades, desventajas y amenazas a las que esta entidad se halla expuesta. Con todo ello y en base al seguimiento de este análisis se plantean estrategias y actividades que inciden en la solución del problema.

Esta herramienta viene siendo utilizada con mayor frecuencia por los diversos sistemas de salud en el mundo; y por lo tanto también en nuestro medio. Es así, que en el año 2002 la Dirección Regional de Salud Arequipa (GERSA) elaboró un Plan Estratégico Institucional para ser ejecutado desde el año 2003 al 2006 teniendo como su visión el obtener una población sana como expresión de un crecimiento y un desarrollo socio-económico sostenible del país. Siendo a la vez uno de sus problemas prioritarios, la elevada mortalidad materno-perinatal en las zonas alto andinas de la región. Como respuesta ante tal problemática se propusieron estrategias y actividades a fin de disminuir la

indicada mortalidad; intervenciones que se plantearon desarrollarse durante los cuatro años de vigencia del plan.

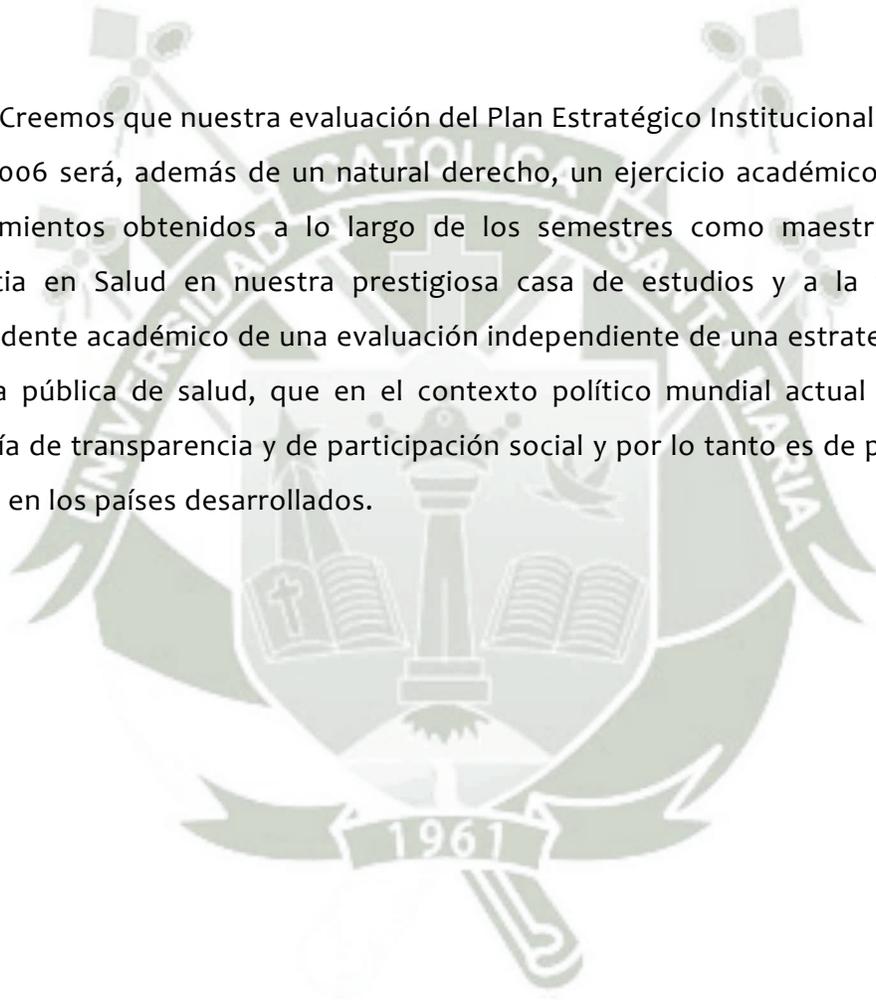
Los cuatro años que fueron planteados para la consecución de los objetivos ya han pasado y el contexto actual de la situación de la atención materno perinatal pareciera no haber variado sustancialmente. Más aún, cuando a la fecha nos enteramos de nuevos casos de muertes maternas (11 casos), que en los medios de comunicación masiva se muestran como una situación alarmante y que obviamente genera en la población materna un comprensible temor frente a la atención materna por parte del sector público, y que también afecta naturalmente al desempeño de las profesionales del campo de la Obstetricia, que en este contexto son señaladas como responsables directas de tal problema.

Por ello, consideramos necesario realizar una evaluación de las estrategias planteadas por el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 en el campo Materno-Perinatal a través del análisis de sus metas esperadas en comparación con la estadística disponible actualmente sobre la atención materno-perinatal en nuestra región, con el fin de establecer el impacto social de dichas estrategias en su aplicación. Del mismo modo, se plantea evaluar el contexto situacional en el cual este Plan Estratégico Institucional fue ejecutado para determinar las situaciones que influyeron positiva y negativamente en el mismo; hecho que nos permite establecer las estrategias gerenciales desarrolladas por los ejecutores con el objetivo de alcanzar las metas del plan ya mencionado.

En nuestra calidad de profesional en el campo de la Obstetricia y como maestra en Gerencia en Salud podemos señalar que este problema prioritario de mortalidad materno-perinatal, previamente señalado y priorizado por el plan mencionado, es un motivo de preocupación personal y profesional que no puede

pasarse por alto y por consiguiente exige de parte de nosotros una actitud de mayor responsabilidad social, que consideramos, no sólo debe limitarse al vertical seguimiento de estrategias establecidas por los niveles superiores de la administración pública de la salud, sino que también nos compromete a desarrollar una actitud crítica y constructiva frente a las propuestas planteadas por los niveles ya establecidos, dado que los profesionales asistenciales somos los directos ejecutores de dichas estrategias y por lo tanto, ante la población, los responsables directos de el éxito o fracaso de las mencionadas estrategias.

Creemos que nuestra evaluación del Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 será, además de un natural derecho, un ejercicio académico de los conocimientos obtenidos a lo largo de los semestres como maestría en Gerencia en Salud en nuestra prestigiosa casa de estudios y a la vez un antecedente académico de una evaluación independiente de una estrategia y/o política pública de salud, que en el contexto político mundial actual es una garantía de transparencia y de participación social y por lo tanto es de práctica común en los países desarrollados.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Evaluación de los resultados de la aplicación del Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 en su componente Materno Perinatal en la Región Arequipa.”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Área de conocimiento: El problema se halla enmarcado en el Área de las Ciencias de la Salud, en el área de Gerencia en Salud y Salud Pública.

1.2.2 Análisis u Operacionalización de Variables.

Variable única: Componente Materno-Perinatal del Plan Estratégico Institucional GERSA.

Cuadro 1. Operacionalización de Variable

Variable	Definición	Indicadores	Sub indicadores
Componente Materno Perinatal del PEI GERSA.	Son aquellos objetivos planteados por el PEI GERSA 2003-2006 relacionados con el área de la atención materno-perinatal definidos por indicadores.	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad materna. Tasa de mortalidad perinatal. Incidencia de embarazo en adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> Muertes maternas esperadas al 2006 (25/10000nv) Muertes perinatales esperadas al 2006 (18,4/1000 nv) Porcentaje gest. Adolescentes al 2006 = 10%

Interrogantes de investigación:

- ¿Cuál es la tasa de mortalidad materna como resultado del Plan Estratégico Institucional GERSA 2003 - 2006?
- ¿Cuál es la tasa de mortalidad perinatal como resultado del Plan Estratégico Institucional GERSA 2003 - 2006?
- ¿Cuál es la incidencia del embarazo en adolescentes como resultado del Plan Estratégico Institucional GERSA 2003 - 2006?

1.2.3 Tipo de estudio: Documental.

Nivel: Descriptivo

1.3. JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo tiene relevancia en los siguientes entornos:

1.3.1. Relevancia científica: El estudio a desarrollarse pretende constituirse en un antecedente académico en el ejercicio de la función de evaluación del impacto social de los planes estratégicos, entiéndase esto como la evaluación de estrategias y/o políticas de salud pública. Función o actividad que pocas veces es desarrollada en forma independiente en el sector público y a la que no se le presta la debida importancia, dada las características tan particulares e idiosincrásicas de la gerencia de los recursos públicos en nuestro país.

1.3.2. Relevancia humana: El estudio es importante desde el punto de vista humano, porque tiene que ver con la administración de recursos públicos que van a ser destinados a la atención de salud de grupos poblacionales vulnerables: gestantes, neonatos y mujeres adolescentes, en la modalidad de la aplicación de una estrategia o un plan estratégico por parte de una entidad

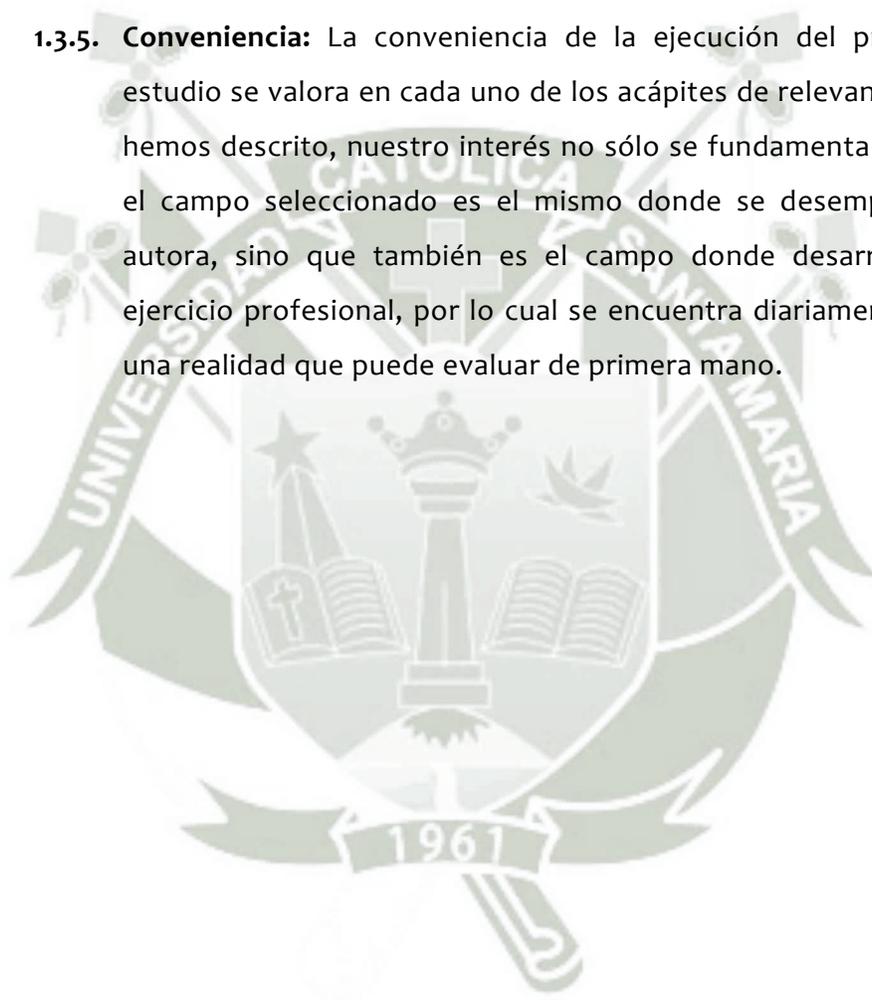
pública. Esto es relevante en la medida de que nos encontramos en un país donde los recursos públicos son insuficientes para la adecuada atención de salud de la generalidad de poblaciones; si a esto agregamos la prioridad que se le debe conceder al binomio madre-niño, y a la mujer adolescente que poco o nada recibe de parte del estado; estamos pues frente a dos puntos sensibles en plena confluencia.

1.3.3. Relevancia contemporánea: La experiencia del planeamiento estratégico no ha sido un elemento habitual en la administración de recursos públicos en salud sino hasta hace un par de décadas, y es una herramienta que poco a poco se viene integrando en la práctica del profesional de salud asistencial en los tiempos actuales, si bien es cierto que dadas sus reconocidas ventajas es importante para el profesional saber diseñar y elaborar un plan estratégico, también debe ser conveniente tener la capacidad para discutirlo y evaluarlo; sobretodo en un contexto contemporáneo donde la eficacia y la eficiencia de la aplicación de estrategias son conceptos fundamentales en la continuidad o no de dichas estrategias. Evaluar la eficacia y eficiencia del PEI GERSA 2003-2006 es evaluar modelos de salud pública de acuerdo a las tendencias de un mundo más preocupado por la responsabilidad social que va de la mano con la eficiencia del expendio de recursos públicos.

1.3.4. Relevancia social: La aplicación de estrategias de salud pública destinadas a cualquier segmento poblacional supone una preocupación social, más aún cuando se trata de una política pública que va a incidir sobretodo en segmentos poblacionales que cuentan con el sector público como única fuente disponible de atención de salud. El hecho de evaluar la eficacia y eficiencia de estas estrategias es cumplir con el rol social de asegurar que

poblaciones con problemas de accesibilidad a servicios de salud puedan obtener una atención pública de calidad y que los profesionales nos involucremos con mejorar sus condiciones de salud, la evaluación supone la corrección de los problemas que se puedan presentar, pero también la valoración de los aspectos positivos y negativos producto de la aplicación de tales estrategias.

- 1.3.5. Conveniencia:** La conveniencia de la ejecución del presente estudio se valora en cada uno de los acápites de relevancia que hemos descrito, nuestro interés no sólo se fundamenta en que el campo seleccionado es el mismo donde se desempeña la autora, sino que también es el campo donde desarrolla su ejercicio profesional, por lo cual se encuentra diariamente con una realidad que puede evaluar de primera mano.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

2.1.1. INTRODUCCIÓN:

El planeamiento estratégico o planificación estratégica como también es conocido es un proceso que supone el análisis de una situación en búsqueda de un objetivo frente a la misma. Toda empresa diseña planes estratégicos para el logro de sus objetivos y metas planteadas, estos planes pueden ser a corto, mediano y largo plazo, según la amplitud y magnitud de la empresa. Es decir, su tamaño, ya que esto implica que cantidad de planes y actividades debe ejecutar cada unidad operativa, ya sea de niveles superiores o niveles inferiores. Ha de destacarse que el presupuesto refleja el resultado obtenido de la aplicación de los planes estratégicos, es de considerarse que es fundamental conocer y ejecutar correctamente los objetivos para poder lograr las metas trazadas por las empresas.¹³

La planificación estratégica tiene que ver con la toma de decisiones en el mundo de hoy, parte esencial de ella es la identificación de las condiciones del entorno que influirán en la realización de las actividades a fin de conseguir los objetivos propuestos.

2.1.2. CONCEPTO:

La planificación estratégica es una herramienta por excelencia de la Gerencia Estratégica, consiste en la búsqueda de una o más ventajas competitivas de la organización y la formulación y puesta en marcha de estrategias permitiendo crear o preservar sus ventajas, todo esto en función de la Misión y de sus objetivos, del medio ambiente y sus presiones y de los recursos disponibles.

¹³ Planeación Estratégica En: <http://www.monografias.com/trabajos7/plane/plane.html> Administración Financiera.

La expresión Planificación Estratégica es un Plan Estratégico Corporativo, el cual se caracteriza fundamentalmente por coadyuvar a la racionalización de la toma de decisiones, se basa en la eficiencia institucional e integra la visión de largo plazo (filosofía de gestión), mediano plazo (planes estratégicos funcionales) y corto plazo (planes operativos).

Es el conjunto de actividades formales encaminadas a producir una formulación estratégica. Estas actividades son de muy variado tipo y van desde una reunión anual de directivos para discutir las metas para el ejercicio entrante, hasta la obligatoria recopilación y envío de datos presupuestarios por parte de todas las unidades de la empresa a la unidad superior. Son aquellos mecanismos formales, es decir, de obligado cumplimiento a plazo fijo, que "fuerzan" el desarrollo de un plan estratégico para la empresa.

2.1.3. PUNTOS DE VISTA DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA:

La Planeación Estratégica considera cuatro puntos de vista para desarrollar la ejecución de los objetivos, la misión o meta propuesta:

- **El Porvenir de las decisiones actuales:** La planeación estratégica observa la cadena de causas y consecuencias en un periodo de tiempo, que a su vez son frutos de la toma de decisiones intencionadas o no intencionadas hechas por una autoridad. La planeación estratégica identificará, basada en esta observación, las oportunidades y peligros que surgen en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes permitirá que se tomen decisiones más acertadas a fin de explotar las oportunidades y evitar los peligros. Planificar significa: diseñar un futuro deseado e identificar las formas de alcanzarlo.
- **Proceso:** La planeación estratégica supone un proceso que se inicia con la formulación de metas organizacionales, define estrategias y políticas para alcanzar estas metas y desarrolla

planes detallados para asegurar la implantación y cumplimiento de las estrategias, de tal modo que se obtengan las metas deseadas. Es un proceso también por el hecho de asignar responsabilidades, decide como hacerse, cuando y como debe realizarse. La planeación estratégica es sistematizada en el sentido que está organizada y conducida en base a una realidad entendida.

- **Filosofía:** La planeación estratégica es una actitud, una forma de vida, requiere de dedicación para saber actuar en base a la observación del futuro y una determinación para planificar de manera constante y sistemática de acuerdo a los cambios que se presentan, lo cual requiere flexibilidad. Por lo cual, la planeación estratégica es más un ejercicio mental que el sólo seguimiento de protocolos, estructuras, esquemas o técnicas pre-escritas.
- **Estructura:** En la planeación estratégica se unen tres tipos de planes fundamentales: planes estratégicos, programas y presupuestos. Elementos con los cuales la empresa o la organización que se plantea un objetivo pretende cumplir con el mismo.

2.1.4. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO ¿POR QUÉ LO HACEMOS?:

La razón de ejecutar el Planeamiento Estratégico se basa en los siguientes aspectos:¹⁴

- **Afirmar la organización;** con el planeamiento estratégico permite la reunión de los miembros de una organización, lo cual de por sí es una poderosa herramienta organizativa. Permite a través de ella compartir y debatir criterios e ideas y crea lazos de compromiso

¹⁴ The Centre for Development and Population Activities. **Planificación Estratégica Un enfoque de indagación.** CEDPA Washington 2000.

con la organización al identificar y afirmar las razones porque uno se hace miembro de ellas.

- **Descubrir “lo mejor de la organización”;** la planificación constructiva permite que las personas participen en la toma de decisiones y por consiguiente valoran de mejor manera el desempeño de la organización, entendiendo con mayor objetividad el valor de la organización y su capacidad en afrontar situaciones que son consideradas problema.
- **Aclarar ideas futuras;** el planeamiento estratégico permite que la organización haga una pausa en su actividad y pueda posicionarse adecuadamente en el alcanzar sus objetivos, es decir permite aclarar el futuro, establecer si la organización está siguiendo los fines para los cuales fue creada. Además, al mismo tiempo la organización se nutre de nuevas ideas, genera nuevas estrategias y alternativas y se vuelve a analizar la visión de la organización.
- **Transforma la visión en acción;** el planeamiento estratégico supone la oportunidad para trazar el mapa de la organización, un mapa que permite ver los pasos que permitirán hacer realidad la visión organizativa. El desarrollo de un plan de acción es la manera como la organización construye su futuro y transforma su sueño en realidad.

2.1.5. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y PLANIFICACIÓN OPERATIVA:

Cuando tenemos en cuenta la planificación estratégica como una herramienta de desarrollo para el alcanzar un determinado objetivo nos encontramos que algunos consideran dos tipos de planificación, la planificación estratégica que implica el alcanzar un objetivo enmarcado en una determinada visión del futuro, y por otro lado se habla de una

planificación operativa, la que estaría más relacionada con la “conducción” de esta organización hacia las metas esperadas.¹⁵

La planificación operativa desde este punto de vista, tiene que ver con el desarrollo de una gestión que permita alcanzar el marco diseñado por la planificación estratégica. Así, la planificación operativa se articula con la planificación estratégica mediante la gestión de los objetivos y los resultados. Mientras la primera es una herramienta administrativa de los recursos disponibles, la segunda se comportaría como una “carta de navegación” sobre la que se va dando el día a día de la organización.

La “planificación operativa” es más que la gestión presupuestal. Tiene que ver con la motivación de los miembros de una organización; con el ambiente para la creatividad y la innovación; con las condiciones de trabajo para estimular la excelencia y eficiencia de los funcionarios; con la creación de una cultura organizacional; con tradiciones y experiencias que unen a sus integrantes con el mundo del pensamiento y con los creadores de “ideas fuerza de gobierno”; y con los lazos de articulación con la sociedad civil. Con la planificación operativa se crea el “capital social”, elemento fundamental y dinamizador de la gestión y componente esencial de la organización.

2.1.6. EL PROCESO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.

La planificación estratégica se desarrolla a partir de un proceso de formulación de preguntas, las que son esenciales para establecer los aspectos más relevantes de la motivación que lleva a la organización a planificar.^{16,17}

¹⁵ Sánchez Albavera, Fernando. **Planificación estratégica y gestión pública por objetivos**. Serie Gestión Pública. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. Naciones Unidas ONU. Santiago de Chile. 2003.

¹⁶ Cortadellas, Joan. **Proceso de Planificación Estratégica**. Presentación en Microsoft® Power Point. Catedra UNESCO. Universitat Politècnica de Catalunya. Barcelona 2001.

¹⁷ Camisaza, Elena; Guerrero, Miguel y De Dios, Rubén. **Planificación Estratégica. Metodología y plan estratégico de las organizaciones comunitarias**. Capacitación a distancia de las organizaciones comunitarias. DEAS. Buenos Aires. 2001.

Estas preguntas son las siguientes:

- **¿Cuál es la razón de ser de la organización?** La respuesta a esta pregunta expondrá la misión de la organización, describiendo los principales valores y objetivos de la entidad.
- **¿Qué da vida y sentido a la organización?** Esta pregunta permite identificar la “fuerza impulsora” de la organización y se descubre en los momentos en los cuales la organización alcanza su desempeño más óptimo.
- **¿Qué desea hacer la organización?** La respuesta a esta pregunta identifica las proposiciones a futuro (metas estratégicas) que desarrollaría la organización en forma ideal, es decir cuando la organización alcance ese nivel óptimo de desempeño.
- **¿Qué hace bien la organización?** Responder a esta pregunta es evaluar objetivamente los éxitos alcanzados y las estrategias o factores que permitieron el logro de dichos objetivos, para de esta manera entender la capacidad de enfrentar nuevos retos.
- **¿Adónde desea ir la organización?** Una respuesta a esta cuestión nos dará la idea de la Visión de la organización, es decir una exposición del futuro óptimo de la misma, de lo que desea crear y lo que se propone hacer.
- **¿Cómo llegará la organización a ese destino?** La respuesta a esta pregunta no es otra cosa que la exposición de un “plan de acción” que indica las acciones concretas que la organización tomará para cumplir con sus objetivos. Este plan de acción también supone indicar el responsable de cada acción y un programa para su ejecución.

Como conclusión podemos indicar que la planificación estratégica o planeamiento estratégico o planificación por objetivos es una de los métodos más utilizados en los últimos decenios que han resultado ser más fructíferos para racionalizar y guiar las políticas.^{18,19} Uno de los usos más frecuentes de la planificación estratégica se da en el sector salud.

2.2. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD.

2.2.1. CONCEPTO.

La planificación estratégica es un proceso gerencial continuo de evaluación y formulación de la misión del equipo de salud; identificación de oportunidades y amenazas; de fortalezas y debilidades (Análisis FODA)²⁰. Este concepto no es diferente del aplicado a otros sectores o a otras organizaciones, la diferencia radica en que la ejecución de la planificación estratégica está a cargo de un equipo de salud y que la mayoría de objetivos están directamente relacionados con el tratamiento de enfermedades o con políticas específicas de salud pública.

Sin embargo, existe una tendencia en los últimos años a planificar no sólo como un ejercicio administrativo que permitirá alcanzar soluciones a problemas de salud específicos; sino también hay una marcada preocupación por la necesidad de planificar adecuadamente los recursos humanos que se hallan disponibles para la ejecución de una planificación estratégica. Hecho que proviene de los estudios desarrollados por OPS en la década pasada y que muestran una falta de planificación operativa de los recursos humanos (llámese equipos de salud).²¹ Este hecho ha

¹⁸ Gispert, R. y Tresserras, R. **Elaboración de planes de salud.** En: Políticas y Planes de Salud. Documento monográfico en Internet: http://perso.wanadoo.es/aniorte-nic/apunt_polit_plan_3.htm.#Inicio

¹⁹ Shapiro, Janet. **Herramienta de Planificación Estratégica.** Organización CIVICUS World Alliance for Citizen Participation. Madrid 2002.

²⁰ Del Campo, Francis. **Manual de Planificación Estratégica para los Sectores.** Serie Manuales de Capacitación Gerencial. Santiago 2005.

²¹ OPS-OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector Salud.** Documento Oficial CD43-9. 43º Consejo Directivo de la OPS, Washington DC: 2001.

motivado a organizaciones como la OPS a brindar apoyo a los diversos organismos rectores de la salud en América Latina mediante la capacitación de funcionarios en herramientas de planificación, entendiéndose la necesidad de la planificación como una parte integral del desarrollo económico y social de los países latinoamericanos.²²

2.2.2. ANTECEDENTES DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA.

Existen cuatro momentos clave en la evolución de la Planificación en Salud en América Latina:

- **Planificación normativa**, basada en el contexto de la propuesta desarrollista a causa de la conferencia de ministros de Punta del Este en 1961, el objetivo desarrollar la planificación como una herramienta para los países subdesarrollados de América Latina en su empeño de alcanzar al “primer mundo desarrollado”; esta corriente indica que la planificación se basa en el tecnicismo (la ciencia como rectora de la planificación), la importancia de la eficacia en el manejo de los escasos recursos y la aplicación de la “ciencia positiva” (la realidad es objetiva, los problemas tienen una causa que sigue leyes y teorías objetivas, el control de esa causa es el objetivo de la planificación, siguiendo esa realidad objetiva solo existe una solución al problema: -la más eficiente-), el fracaso de este modelo de planificación se da por el hecho de que no reconoce que el contexto que rodea a la realidad influye en su desarrollo o su solución, y le asigna una causalidad científica a los problemas que se presentan en la sociedad.
- **Plan decenal**, el fracaso del modelo anterior y la convulsión de los movimientos sociales en Latinoamérica en los setentas, origino el

²² Bermejo Ortega, Rogelio. **La planificación de la salud en el Perú**. En: OEA. Cien años de cooperación al Perú. Lima 2003.

replanteamiento del modelo de planificación, surge allí el Plan Decenal (Santiago de Chile, 1972) donde se reconoce el papel que el estado debe afrontar en la salud de las personas, reconociendo derechos sociales como la universalidad y la cobertura de salud, aporta conceptos como el entender que la salud es parte de un todo social y no un fenómeno aislado del mismo, señalando la necesidad de integrar en la planificación el concepto de participación social y el factor político.

- **Formulación de políticas de salud**, en 1975 el Centro Panamericano de Planificación en Salud (CPPS/OPS) elabora el documento ‘Formulación de Políticas de Salud’ donde se reconoce las múltiples relaciones existentes entre la salud y el medio social, incorporando nuevas ciencias y enfoques que permiten múltiples diagnósticos y soluciones de los problemas, y reconociendo que los fenómenos sociales no son unicausales. Por lo tanto, la planificación debe lidiar con tensiones provenientes de los contextos sociales que son complejos y que por ello requieren que ésta no sea lineal ni prescriptiva.
- **El enfoque estratégico de los años 80**, el reconocimiento de la complejidad y la indeterminación de los problemas sociales lleva a la incertidumbre como la principal característica del nuevo paradigma; “es imposible predecir el futuro” no existe la certeza en no equivocarse en la definición de los problemas ni en la solución a los mismos; por lo tanto, la planificación se configura como un mecanismo para disminuir los niveles de incertidumbre de las sociedades. La planificación moderna es un acto político, racional encaminado al futuro.²³

²³ WIKIMEDIA. Wikipedia, la enciclopedia libre. **Planificación en Salud**. Documento en Internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci3n_en_salud.html

2.2.3. ENFOQUES ESTRATÉGICOS EN AMÉRICA LATINA.

Luego de establecido los momentos por los cuales la planificación en salud ha evolucionado en nuestro continente, es importante conocer quienes son en la actualidad los autores que más han influenciado la nueva corriente de planificación, de acuerdo a los diferentes enfoques estratégicos que han teorizado:

- **Planificación de situaciones**, Carlos Matus (CEPAL, 1968) indica que la planificación es una herramienta al servicio del hombre para someter los acontecimientos y su curso, y a la vez sirve a los gobiernos para construir gobernabilidad. La planificación para Matus pasa por tres etapas: A. *Explicativa*, donde se buscan las causas de los fenómenos, B. *Acción*, donde se asumen las misiones y los compromisos y C. *Operaciones y planes*, donde se materializan las dos anteriores.
- **Pensamiento estratégico**, Mario Testa (CENDES/OPS, 1962) indica que el centro de la problemática estratégica es el poder como capacidad liberadora del pueblo, La planificación se desarrolla en dos aspectos; político (distribución del poder) y estratégico (formas de poner en práctica el poder), Para que la planificación tenga éxito se debe lograr la coherencia entre los propósitos políticos del estado, los métodos aplicados y el accionar de las instituciones u organizaciones. En conclusión, la planificación estratégica no sólo busca un objetivo, sino que es un proceso social que gira en torno de objetivos políticos definidos.
- **Enfoque estratégico**, propuesto por catedráticos de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía, en este enfoque la planificación debe vincularse al desarrollo económico y social, flexibilizando métodos y enfoques para adaptarse a las circunstancias concretas e incorporando activamente a la

población. El objeto de la planificación son los “espacios población”, espacios complejos históricos, sociales, económicos, culturales-demográficos inmersos en un contexto social mayor.

2.2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA PLANIFICACIÓN EN SALUD.

La planificación en salud, al igual que la planificación en otras áreas de la gestión y la gerencia en diversos campos del quehacer humano, tiene algunas características que permiten una mejor formulación del mismo. Para el caso del Ministerio de Salud²⁴ de nuestro país algunas recomendaciones son:

- El plan debe ser **flexible** para responder a los problemas y necesidades y potencialidades de la población.
- **Adaptable** para garantizarla continuidad de las actividades, a partir de modificaciones, ampliaciones o renovaciones de acuerdo a los cambios que se presenten en la salud y el contexto socioeconómico.
- **Simple y coherente**, que pueda ser entendido por todos los trabajadores y los actores sociales que han participado en su elaboración.
- **Realista**, para que las metas y objetivos sean alcanzables, respondan a los problemas prioritarios y a los recursos materiales y/o financieros con que se cuentan.
- **Integral**, porque comprende las actividades de salud pública, así como aquellas atenciones al individuo, la familia y al contexto social donde se desarrolla.

²⁴ Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Cajamarca- APRISABAC. **Planificación de los servicios de salud. Gestión de Servicios de Salud.** Serie 3. Manuales de Gestión de Servicios. APRISABAC 1ª Edición. Cajamarca 1998.

2.2.5. MOMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN EN SALUD.

Para el desarrollo de la planificación se requiere seguir una secuencia lógica, la cual es retroactiva y permanente, esta secuencia lógica permitirá ejecutar el proceso de la planificación teniendo en cuenta los diversos factores, que como ya hemos visto anteriormente, van a ejercer algún grado de influencia sobre las decisiones que sean tomadas:

- **Análisis situacional**, se trata del diagnóstico de la situación problema, evaluando la totalidad o en su defecto la mayoría de las causas y factores que tienen influencia en el problema, de igual manera se analizan las consecuencias de este problema, determinando así el ámbito de la propuesta a realizar, ya sea este geográfico, poblacional, cultural, etc., de esta manera, se logra un enfoque inicial del problema en cuestión, en este momento es también imprescindible examinar las capacidades de la organización que va a ejecutar el plan de salud.
- **Visión y Misión**, la misión responde a cuatro preguntas fundamentales: ¿Qué hacemos?, ¿Para qué lo hacemos?, ¿Cómo lo hacemos? y ¿Porqué lo hacemos?, así, al contestar estas preguntas se formula la misión de la organización, que es una “idea fuerza” que movilizará las energías institucionales, maximizando la creatividad y el compromiso de sus miembros. La visión, por su parte, no es otra cosa que la proyección de la acción a desarrollar desde el presente hacia el futuro, en el caso de salud es el contexto sanitario que se espera obtener a partir de la intervención de la organización.
- **Priorización y análisis de problemas**, los problemas que influyen en el contexto sanitario son variados y “solucionar” los mismos puede exceder la capacidad de la organización, por ello es necesario priorizar los problemas a atender, de acuerdo a la

importancia de su atención; se debe tener en cuenta la capacidad de intervención, la factibilidad del éxito, el impacto social, etc., y otros factores que determinarán la prioridad o no del problema. Este momento requiere de un profundo análisis, para encausar adecuadamente las energías del equipo de salud en la solución de la situación problema; los problemas priorizados no excederán la capacidad operativa del equipo, ni por el contrario al solucionarlos se observe que tienen poco o nulo impacto en la situación de salud diagnosticada.

- **Formulación de objetivos viables**, establecido el(los) problema(s) prioritario(s) se analizarán sus causas (se puede utilizar el árbol de problemas) para redactar los objetivos y los resultados esperados en el lapso de tiempo previsto. En este momento es también de suma importancia analizar la viabilidad de los objetivos, de acuerdo a las situaciones que faciliten o dificulten la posibilidad de llevar el objetivo a término. De preferencia el número de objetivos será similar al número de problemas a atender.
- **Programación de actividades**, la concepción de formas concretas y específicas de intervención sobre los problemas constituyen el momento de la programación, aquí se estiman las metas y el tiempo que tomará alcanzar cada objetivo y la acción que permitirá alcanzar aquello es la actividad. El conjunto de actividades y su resultado son el punto operativo de la planificación, de allí que sea fundamental establecer actividades que tengan una capacidad resolutive y específica sobre el problema.
- **Estimación de los recursos**, toda actividad demandará un gasto, ya sea en recursos materiales y/o humanos, y este momento es importante debido a que determinará el presupuesto que se requiere para la ejecución de las actividades, a partir de este

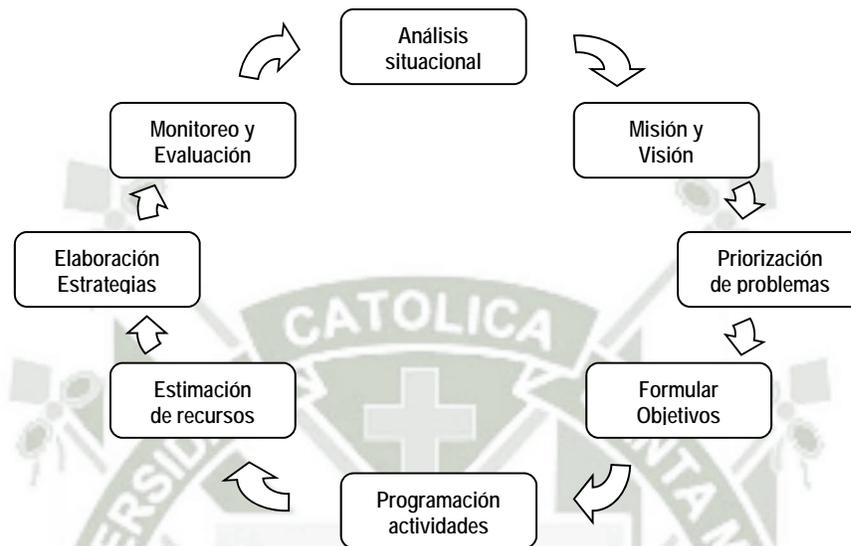
presupuesto se obtendrá el valor del costo-beneficio de la actividad ejecutada. Es también de suma importancia comprender la necesidad de distribuir los recursos adecuadamente, sin olvidar que la gerencia de los mismos debe buscar dinamismo, flexibilidad y oportunidad.

- **Elaboración de estrategias**, la estrategia no es otra cosa que la forma de hacer posible la ejecución del plan, la manera como se sortearán los obstáculos o dificultades que enfrentará la ejecución del plan, para lo cual será necesario buscar en el contexto social aliados que aporten en la solución del problema, así como, se requiere confrontar las amenazas que se presenten, ya sea minimizando su impacto o generando alternativas viables frente a su probable presencia. La herramienta fundamental para este momento es la aplicación del Análisis FODA (Fortaleza-Oportunidad-Debilidad-Amenaza) que evalúa el contexto interno y externo de la organización, para de esta manera formular estrategias que identifiquen la forma de disminuir la debilidad, bloquear o minimizar la amenaza, mantener la fortaleza y aprovechar la oportunidad.
- **Monitoreo y evaluación del plan**, ningún plan puede eximirse de un monitoreo y una evaluación, en el primer caso el monitoreo permite establecer la idoneidad de las actividades, su correcta aplicación, la necesidad de ajustes en las mismas, etc., permitiendo al equipo dinamizar, flexibilizar y re-orientar las actividades para que cumplan con el objetivo planteado. En segundo lugar la evaluación permitirá establecer el valor de la aplicación del plan, el impacto social que obtuvo, identificará nuevos factores que influyen en el problema o en la posibilidad de solución al mismo, determinará en forma cuantitativa y cualitativa el grado de cumplimiento de los objetivos; y finalmente será el diagnóstico

situacional de un nuevo plan a formular, con lo que se cierra el círculo para volver a iniciarse, como se aprecia en el gráfico 1.

Gráfico 1

Momentos de la Planificación Estratégica.



2.2.6. MODELO DE PLANIFICACIÓN EN SALUD.

La aplicación de la planificación en salud conlleva la existencia de diversos modelos de planificación, de acuerdo a las diferencias existentes entre los contextos sociales que son disímiles aún entre establecimientos de salud de una misma área jurisdiccional. Sin embargo, en líneas generales la mayoría de la planificación en salud sigue la secuencia previa, en algunos casos se pueden adoptar algunos elementos al proceso de planificación para fundamentar e incidir en la necesidad de la ejecución del objetivo planteado. Podemos citar como ejemplo el caso de la Comunidad de Madrid²⁵, que aporta algunos elementos adicionales a su plan estratégico:

²⁵ Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid. **Manual de Gestión de las acciones en Salud Pública. Estrategias en el marco de la Calidad.** Segunda edición. Madrid. Julio 2006.

Plan Estratégico de Salud de la Comunidad de Madrid.

Organización ejecutora: Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

Misión: Preservar, proteger y promover la salud de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Visión: Erigirse en el referente social y profesional en los ámbitos de la Salud Pública y la Alimentación, a través del desarrollo de actividades de formación, información, prevención y evaluación desde la evidencia científica y desde la percepción de los ciudadanos.

Valores: Los valores aplicados son:

- La Salud es el principal componente de la calidad de vida.
- La garantía de una vida sana se asienta en dos pilares: Prevención, como forma más efectiva de desarrollo y mantenimiento de una población saludable y la Promoción de hábitos saludables.
- El equipo humano es el activo más importante de la organización y es esencial para ofrecer programas y servicios eficaces y eficientes a la población.
- Desarrollo de programas desde el conocimiento técnico científico y promueve la innovación para posicionarse como una entidad de referencia.
- Programas y servicios accesibles y efectivos.
- La visibilidad de las actividades transmite seguridad y asegura la confianza de los conciudadanos.

Base de diagnóstico situacional: Informe del estado de salud de la población Madrid 2004. De la cual se extraen 05 conclusiones:

- La demografía y los movimientos migratorios condicionan la salud de los madrileños. El envejecimiento y la migración son elementos determinantes para el sistema sanitario.

- Existen desigualdades en salud relacionadas con las diferencias socio-económicas y determinantes socioculturales. Se debe prestar atención a la salud materno-infantil y a la salud infantil.
- Los jóvenes deben ser un claro objetivo de las políticas de promoción de la salud, con la finalidad de favorecer la incorporación de hábitos de salud positivos en la colectividad.
- Los mayores condicionarán el futuro del sistema de salud madriño, si es que no se desarrollan acciones sociales que descarguen al sistema sanitario de una presión socio-sanitaria, permitiendo que la carga de las atenciones también sea compartida por otros sectores sociales.
- El mantenimiento de hábitos y ambientes saludables en el hogar, el trabajo y la ciudad es la clave para un mejor estado de salud de la población.

Desarrollo del diagnóstico estratégico: Se encuentra cimentado en:

- La Visión de la organización, como referencia permanente,
- El diagnóstico interno de las actuaciones, desde el impacto conseguido.
- El diagnóstico externo, desde la percepción de los ciudadanos.
- Las nuevas necesidades sociales.
- Los cambios legislativos aplicables.

Líneas estratégicas; Son dos los ejes sobre los cuales se estructura la línea estratégica: Eje estratégico de organización interna y el eje estratégico de orientación social.

En el primer caso este eje busca los siguientes objetivos:

- Adecuar la organización para prestar un mejor servicio.
- Potenciar e impulsar nuevas líneas de desarrollo estratégico.
- Acercar la organización a la sociedad y aumentar la eficacia de las actuaciones.

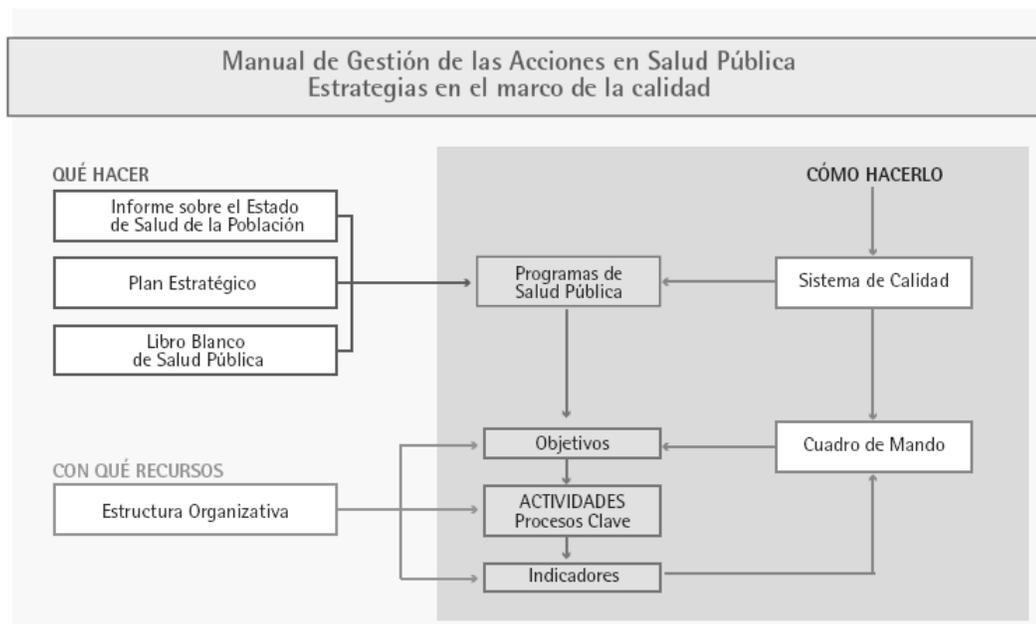
En el segundo eje de orientación social se busca:

- Estructurar las acciones en función de la población diana.
- Acercar la DGSPA a la población.
- Incorporar la opinión del ciudadano como referencia de actuación.
- Reforzar la comunicación con la sociedad.

Como se ha podido apreciar, la planificación esta dirigida específicamente a entender la importancia de la participación ciudadana y a comprender que el más importante elemento para alcanzar el éxito es la adecuada gerencia del recurso humano (equipo de salud). A partir de ello podremos establecer no sólo la eficacia en la ejecución de la planificación, sino también dedicarnos a promover la calidad como valor infaltable de la atención de salud, desde el momento de su planificación. En el Gráfico 2 observamos como todos estos actores se complementan en la formulación de planes y políticas de salud.

Gráfico 2
Componentes de la planificación y complementación con otros actores sanitarios.

Tomado de: Manual de Gestión de las Acciones en Salud Pública. Madrid 2006.



2.2.7. PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

La planificación de los recursos humanos en salud supone cambios importantes en el modo de realizar la planificación en nuestros países, dándose escaso interés a la planificación de los recursos humanos, que como hemos podido apreciar en el modelo anterior es elemento capital para la ejecución de la planificación. Esta actitud por parte de los sistemas de planificación de los gobiernos en América Latina ha condicionado que se presenten problemas de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en casi todos los países. A estos problemas se suman algunos “nuevos” como son: limitaciones de recursos para el funcionamiento u operación de los sistemas de salud, cambios sectoriales, ya sea de financiamiento o de estructura de los sistemas de salud, cambios en los modos de regulación laboral, o cambios en las estructuras programáticas de los servicios de salud (la propia planificación estratégica supone cambios en la manera en que el personal debe ser “preparado” para afrontar el reto, sino constituirá un elemento de amenaza para el mismo)²⁶

En América Latina el proceso de planificación de recursos humanos ha sufrido serios reveses por diferentes factores ya sea por causas coyunturales a la política establecida durante el proceso de planificación o a otros intereses entre los que podemos citar:

- Los políticos no quieren perderse el rédito que da abrir nuevas escuelas médicas, sin pensar en las necesidades, calidad y situación de los mercados de trabajo.
- La sociedad no quiere perder oportunidades de educarse en carreras privilegiadas.

²⁶ Brito, Pedro E.; Padilla, Mónica y Rígoli, Félix. **Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud.** Rev Cubana Educ Med Super 2002;16(4).

- Las corporaciones defienden sus intereses utilizando la oportunidad de formación como un recurso estratégico de acuerdo con la situación de los médicos en el trabajo.
- Donde hay modalidad de pago “free for service” la tendencia es a resistirse a aumentos muy grandes de “competidores” especialmente si la economía está mal.
- Las autoridades de las universidades se resisten a la disminución de la matrícula por riesgo a su supervivencia, a pesar de no tener condiciones adecuadas para la formación masiva.
- No existen políticas sanitarias ni claridad en los modelos de atención que sirvan de orientación a la formación, ni a la gestión del personal.²⁷

Frente a ello la posición del Programa de Recursos Humanos de la OPS es clara: La planificación es una intervención estratégica y necesaria para la factibilidad, viabilidad y ejecución de las políticas, para orientar la intervención regulatoria y para, junto a la orientación política de los recursos humanos, definir marcos para la gestión de recursos humanos en las jurisdicciones descentralizadas y organizaciones de salud.

Para llevar a cabo este concepto se requiere que además del proceso de planificación estratégica se desarrolle una planificación de recursos humanos, de acuerdo a una adecuada reforma del sector salud, teniendo en cuenta algunos factores y algunos puntos importantes para aprovechar la capacidad y calidad del recurso humano existente, como se indica en el Cuadro 2:

²⁷ Health Canada 2002. Steady State. **Finding a sustainable balance point.** International Review of Health Workforce Planning. Ottawa 2002.

Cuadro 1
Implicaciones de la Reforma en Salud para la intervención sobre la
fuerza de trabajo

Objetivos	Implicaciones para las intervenciones estratégicas en la fuerza de trabajo
Equidad	<p>Distribución geográfica y por condiciones sociales.</p> <p>Distribución entre subsectores: público, privado, seguridad social.</p> <p>Equidad en las remuneraciones.</p> <p>Equidad de género</p>
Eficiencia distributiva	<p>Descentralización: Transferencia de poder de decisión y de la autoridad, transferencia de presupuestos y otros recursos.</p> <p>Transferencia y desarrollo de las capacidades efectivas de la gestión de recursos humanos.</p> <p>Garantía de efectividad en programas especiales de ampliación o recuperación de cobertura.</p>
Eficacia económica	<p>Cambios en las relaciones de trabajo; contrato y salario.</p> <p>Garantía de adecuadas condiciones de trabajo.</p> <p>Gestión y sostenibilidad de sistemas de incentivos.</p> <p>Regulación de la flexibilidad y gestión de la tercerización: Negociación colectiva.</p>
Calidad	<p>Cambios positivos en las competencias y calificaciones del personal en relación con los modelos y resultados de la atención.</p> <p>Regulación de la oferta educacional superior y técnica basada en evaluación de la calidad de procesos educacionales y de la competencia de los egresados.</p> <p>Nuevas formas de organización y división del trabajo.</p> <p>Garantía del desarrollo profesional permanente.</p>
Participación	<p>Balance de poder entre el personal de salud y usuarios de los servicios.</p> <p>Apertura de espacios institucionales sostenibles para la participación de los actores en las decisiones.</p> <p>Participación del sector Salud en las decisiones económicas y políticas que lo afectan.</p>

Fuente: Brito PE et. al. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. Ref. 14

Como se puede apreciar se establecen elementos de participación y gestión que hacen necesaria una reformulación de las políticas de recursos llevadas a cabo en América Latina en los últimos 20 años, ya otros países han iniciado dicho cambio, esperamos que el nuestro sea también parte cooperante con esta nueva corriente gerencial, y para ello cuenta con la ayuda de OPS mediante los documentos de Políticas y Gestión de Recursos Humanos en Salud.²⁸

2.3. PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL GERSA 2003-2006

El Plan Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Salud Arequipa para el periodo 2003 – 2006 es un documento de gestión formulado durante el año 2002 para servir de guía normativa para el “desarrollo del cambio del Sistema de Salud a nuevos modelos de prestación de servicios”, que se rige bajo la normativa de la formulación de planes estratégicos institucionales del año 200-2006 del Ministerio de Salud, y aprobada por la Resolución Ministerial N° 399-2001-EF/10.²⁹

El mencionado Plan Estratégico se compone de tres secciones que mencionamos a continuación en mayor detalle:

2.3.1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD.

El diagnóstico de la salud realizado por el Plan Estratégico Institucional GERSA está enfocado en la observación y la enumeración de los principales factores que afectan la realidad sanitaria de la región Arequipa y que por ende son un reto para el sistema de salud.

Los factores que inciden en los problemas del sistema de salud en la región, identificados por el diagnóstico situacional expuesto en el Plan

²⁸ OPS-OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector Salud.** Documento Oficial CD43-9. 43° Consejo Directivo de la OPS, Washington DC: 2001.

²⁹ Dirección Regional de Salud Arequipa. **Plan Estratégico Institucional 2003 – 2006.** Documento de Gestión. MINSA. Arequipa 2002.

Estratégico Institucional GERSA 2003-2006, pueden enumerarse de la siguiente manera:

- **Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles y crecimiento de las no transmisibles**, se mantiene aún una elevada presencia de enfermedades infecciosas como infecciones respiratorias y gastrointestinales, así como, el crecimiento de los casos de enfermedades crónicas y degenerativas como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y neoplasias.
- **Elevada desnutrición infantil y materna**, a la que se suman los problemas relacionados con la mortalidad materno-infantil y la desnutrición expresada también como malnutrición.
- **Reducida cobertura e incremento de la exclusión**, la subsistencia de barreras de acceso de la población a los servicios de salud condiciona problemas en la atención de la población, entre estas barreras podemos destacar:
 - **Barreras económicas:** Aún con los bajos costos de la atención de salud, existen poblaciones con escasos recursos como campesinos, desempleados y subempleados que no disponen de la accesibilidad a los servicios, a los que debe agregarse el costo por medicamentos, transporte, exámenes complementarios, y el valor que asignan los usuarios al tiempo que utilizan en las consultas y que le “originan” una pérdida de ingresos.
 - **Barreras geográficas:** Las dificultades en la comunicación y el transporte son factores adicionales que también son valoradas por el usuario.

- **Barreras culturales:** La gran diversidad cultural de nuestra población, originada por los procesos migratorios, genera percepciones diversas del proceso salud-enfermedad, que a veces no es comprendida por los equipos de salud, hecho que se evidencia sobretodo en la atención del embarazo, parto y puerperio, donde aún persiste una desconfianza a la atención del parto por equipos profesionales. A ello se debe agregar la incomprensión y escasa aceptación, por parte de algunos profesionales, de la medicina tradicional.
- Barreras por la inconducta de los prestadores de salud: En determinadas situaciones los prestadores de salud no logran empatía con el usuario, fenómeno que ocasiona insatisfacción del usuario.
- **Limitado acceso a los medicamentos,** el incremento del costo de los medicamentos, el desconocimiento de las ventajas y la calidad de los medicamentos genéricos, la prescripción irracional de medicamentos por algunos galenos, así como, el hábito de auto-prescripción practicada por los usuarios y/o avalada por los expendedores de las farmacias son factores que hacen inaccesible un uso adecuado de los medicamentos.
- **Ausencia de una política de recursos humanos,** no existe una política adecuada en el manejo de recursos humanos, ya sea por las condiciones distintas de prestación laboral de los equipos de salud (nombrados, CLAS, recursos propios, etc.) o por las exigencias remunerativas que ocasionan constantes paralizaciones.
- **Segmentación e irracionalidad en el sector,** existen diversos entes gubernamentales que cumplen similares funciones (Promudeh, EsSalud, MINSA, etc.) ocasionando duplicidad de actividades y falta de coherencia; producto de una falta de coordinación y

planeamiento intersectorial. Frente a este hecho, la Dirección Regional de Salud Arequipa ha planteado conformar un sistema de redes y microrredes de salud que al interactuar con la población organizada en los CLAS tienen la oportunidad de generar sus propios planes locales de salud.

- **Desorden administrativo y falta de liderazgo**, las intervenciones en salud son desarrolladas por 13 programas específicos, autónomos en financiamiento que son dictados y administrados desde el nivel central, actuando paralelamente a las estructuras formales de dirección, planificación y administración, actuando con mucha ineficiencia y escasa eficacia; no ha permitido el desarrollo de una medicina integral e integrada que priorice la prevención y la promoción en los principales daños prevalentes en la región.
- **Limitada participación ciudadana y promoción de la misma**, no se reconoce aún la importancia de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS) como garantía de la participación ciudadana en la toma de decisiones en la identificación de problemas, propuesta de soluciones, gestión y fiscalización de los servicios.

2.3.2. IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN SECTORIAL

El Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 establece como segunda parte algunas metas estratégicas, de acuerdo a las tendencias encontradas luego de su diagnóstico situacional, señalando claramente la situación encontrada hasta el 2001, indicando las acciones a tomarse durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero del 2003 hasta Julio del 2006, fecha para la cual proponen un resultado esperado.

Dado que el motivo del estudio a desarrollar es la aplicación de este Plan Estratégico en el área de la salud materna y perinatal, se ha planteado

señalar las características del Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 (PEI GERSA 2003-2006) que corresponden al área mencionada.

A continuación se muestra el análisis de hechos y tendencias relacionado a la salud materna y perinatal:

- **Mortalidad Materna:** La situación al 2001 indicaba una tasa de 50,4 muertes maternas por cada 10 000 nacidos vivos.
- **Mortalidad Perinatal:** La cifra de muertes perinatales (Recién nacido hasta los 28 días de vida) alcanza un valor de 23 por cada 1 000 nacidos vivos.
- **Embarazo en Adolescentes:** La incidencia de adolescentes en condición de mujer gestante alcanza un porcentaje del 20%.

2.3.3. LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS APLICADAS POR EL PEI GERSA 2003-2006 EN EL ÁREA DE SALUD MATERNO-PERINATAL

En el Cuadro 3 observamos las estrategias propuestas por el PEI GERSA 2003-2006 para cambiar la situación de salud en la Región Arequipa que se corresponde con la salud materna y perinatal:

Cuadro 2

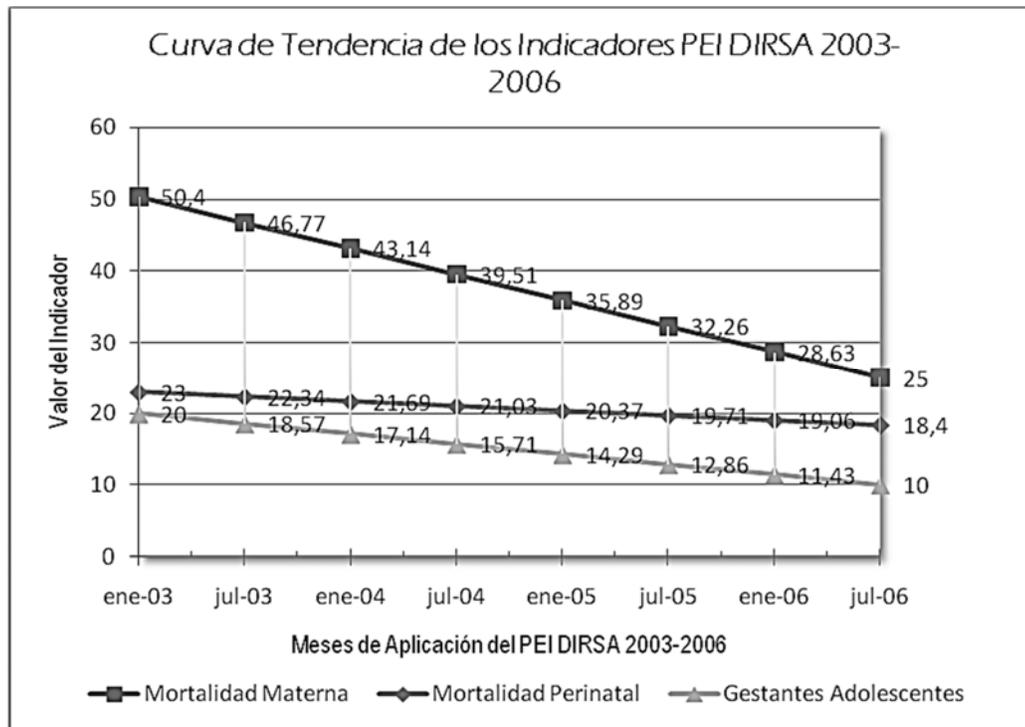
Lineamientos y estrategias propuestas por el PEI GERSA 2003-2006 en el área de salud materna y perinatal.

Situación problema	Estrategias	Resultados esperados a Julio del 2006
Mortalidad materna	Promoción del control prenatal y promoción de la atención del parto institucional de las mujeres gestantes	Tasa de Mortalidad Materna en 25 casos por cada 10 000 nacidos vivos, sobretodo en las zonas alto-andinas.
Mortalidad perinatal	Promoción y prevención de los riesgos y daños, en especial a los recién nacidos y a las mujeres gestantes.	Tasa de Mortalidad Perinatal de 18,4 casos por cada 1000 nacidos vivos. <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud con Sistemas de Vigilancia para la prevención de la mortalidad perinatal.
Gestantes adolescentes	Orientación a los adolescentes a través de medios de comunicación en coordinación con el Sector Educación.	Incidencia de embarazo en población de mujeres adolescentes en un 10%.

Fuente: Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006.

Gráfico 3

Determinación de la Curva de Tendencia Esperada en los Indicadores del componente Materno Perinatal del PEI GERSA 2003-2006.



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Luego de una exhaustiva búsqueda de material bibliográfico relacionado con nuestro tema de investigación, realizada tanto en la biblioteca de la Escuela de Posgrado, así como en búsquedas en línea, que desarrollen una metodología similar o que comprendan aspectos relacionados con nuestro tema de estudio en nuestra región, no hemos encontrado referencias bibliográficas similares o de alguna forma compatibles con nuestro proyecto, Por lo cual nuestra investigación puede, al ser desarrollada, convertirse en pionera en el estudio de la variable en estudio.

Este hecho nos compromete, aún más, a desarrollar nuestra investigación dado el vacío bibliográfico existente al respecto. Consideramos que la ejecución del presente proyecto de evaluación permitirá que subsecuentes investigadores tengan una herramienta de trabajo para desarrollar evaluaciones de planes

estratégicos que se desarrollan en muchos campos del quehacer diario de nuestra región y aún de nuestro país.

Concluido este proceso, nos encontramos en la posibilidad de delinear nuestros objetivos y de formular una hipótesis que nos permita establecer la orientación de nuestro estudio, como se realiza a continuación.

4. OBJETIVOS.

Para la realización del presente trabajo nos planteamos los siguientes objetivos:

- 4.1.** Contrastar las tasas de mortalidad materna ocurridas en los años 2003-2006 en la Región Arequipa con aquellas propuestas como metas en el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 para la Región Arequipa.
- 4.2.** Contrastar la tasa de mortalidad perinatal ocurridas en los años 2003 – 2006 en la Región Arequipa con la tasa de mortalidad perinatal propuesta como meta por el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 para la Región Arequipa.
- 4.3.** Contrastar el porcentaje de gestantes en edad de adolescentes reportadas en los años 2003 – 2006 en la Región Arequipa con el porcentaje de gestantes adolescentes propuesto como meta por el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 para la Región Arequipa.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICAS.

Las técnicas utilizadas en el presente trabajo se explican en base a la observación documental, de la siguiente manera:

Componente Materno Perinatal del PEI-GERSA 2003-2006: Este estudio implica la descripción detallada de las metas, estrategias y actividades correspondientes a la salud materno-perinatal que se encuentra descrita en el PEI-GERSA 2003-2006, teniendo en cuenta los indicadores propuestos por el propio plan a fin de evaluar su impacto social, aplicadas en el contexto del tiempo estimado para su alcance por el mismo Plan Estratégico, por ello en el estudio se usa la técnica de la observación documental.

1.2. INSTRUMENTO.

Para una adecuada descripción y obtención de los datos necesarios para la evaluación propuesta se requiere la utilización de un formato de registro de las cifras obtenidas a partir de los reportes de las actividades y atenciones informadas al nivel central de la Dirección Regional de Salud (GERSA). Con estos datos se puede establecer el impacto social de la aplicación de las estrategias planteadas en el PEI-GERSA 2003-2006, al comparar las metas propuestas del mencionado plan con las cifras encontradas y obtenidas por la estadística generada a partir de la información de la oficina de estadística y epidemiología de la propia GERSA.

Este **Formato de Registro** consta de 03 secciones; la primera dedicada al registro de la tasa de mortalidad materna, la segunda dedicada al registro de la tasa de mortalidad perinatal, y la última relacionada con el porcentaje de gestantes adolescentes reportadas mensualmente. Los datos serán evaluados de acuerdo a la información anual registrada por la oficina de epidemiología; de tal manera que se obtendrán datos de cada uno de los años 2003, 2004, 2005 y 2006. Para cada uno de estos ítems se establecerá una curva de distribución de tasas y/o porcentajes, lo que nos permitirá observar la tendencia y el impacto de la aplicación del PEI-GERSA 2003-2006.

Indicadores y evaluación de los mismos.

Los indicadores utilizados por el PEI-GERSA 2003-2006 se hallan consignados en su cuadro de Resultados Esperados a Julio 2006 (página 17 del PEI-GERSA 2003-2006) y consiste básicamente en tres tasas de uso común (tasa de mortalidad perinatal, tasa de mortalidad materna y porcentaje de gestantes adolescentes), se indican incluso las metas a alcanzarse en cada uno de los indicadores especificados, expresadas en las tasas siguientes (A Julio del 2006):

Tasa de Mortalidad Materna: 25 muertes maternas / 10 000 nacidos vivos.

Tasa de Mortalidad Perinatal: 18 muertes perinatales / 1 000 nacidos vivos-

Porcentaje de Gestantes Adolescentes: 10 % del total de gestantes reportadas.



1.3. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO.

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Post Grado - Maestría de Gerencia en Salud

Evaluación de los resultados de la aplicación del Plan Estratégico Institucional
GERSA 2003-2006 en su componente Materno Infantil en la Región Arequipa.

Formulario de Recolección de Datos

Mes: _____ Año: _____

• **Mortalidad Materna**

Nº de muertes maternas: _____

Tasa de mortalidad materna: _____ /10000 nv.

Observaciones: _____

• **Mortalidad Perinatal**

Nº de muertes perinatales: _____

Tasa de mortalidad perinatal: _____ /1000 nv.

Observaciones: _____

• **Embarazo en Adolescentes**

Nº de casos de adolescentes embarazadas: _____

Porcentaje de gestantes adolescentes: _____ %.

Observaciones: _____

Otras Observaciones:

FMF/.2012

Como se aprecia el instrumento nos permitirá verificar el avance o retroceso de los valores de los indicadores de manera anual, de tal manera que, será posible desarrollar una curva de valores y estudiar las tendencias a través del tiempo de ejecución del proyecto.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1. Ubicación Espacial:

El presente estudio se desarrollará en el área jurisdiccional de la Dirección Regional de Salud Arequipa, comprendiendo la totalidad de la Región Arequipa, es decir sus provincias y distritos. Los datos obtenidos corresponderán a los reportes recibidos y recolectados por la Dirección Regional de Salud a través de su programa de atención materno-infantil, la cual es reflejo de las atenciones de los principales sistemas de atención de salud (Ministerio de Salud, EsSalud, Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y los principales Centros de Atención Materna del sector privado).

2.2. Ubicación Temporal:

El estudio es histórico, se llevará a cabo en una única observación, dada la característica del mismo. El espacio de tiempo seleccionado para la evaluación comprenderá los meses de Enero del 2003 a Julio del 2006, que están planteados en el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006 como periodo de tiempo de aplicación del mencionado plan. Como es comprensible, se debe obtener los reportes de los diferentes meses de cada año, para establecer la curva de tendencia de impacto de la aplicación del plan, lo cual supone un periodo de tiempo establecido en el cronograma.

2.3. Unidades de Estudio:

Las unidades de estudio, o material de estudio del presente trabajo están compuestas por fuentes documentales, tales como reportes del Programa de Atención Materno Perinatal correspondientes a cada uno de los meses de los años en que se aplicó el plan estratégico motivo de estudio; a partir de ellos se obtendrá la información necesaria para desarrollar la curva de tendencia necesaria para ejecutar la evaluación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización:

- El presente proyecto de tesis será presentado a la Unidad de Pos Grado de la Universidad Católica Santa María, para su respectiva aprobación y autorización a fin de iniciar su ejecución. Además, el proyecto será presentado a la Dirección Regional de Salud Arequipa, para facilitar la obtención de la información necesaria para la evaluación propuesta.
- Algunos de los datos necesarios para la ejecución del presente proyecto se encuentran en la página web de la Dirección Regional de Salud Arequipa y son de dominio público, lo cual facilita su obtención.
- En forma similar, de acuerdo a la legislación vigente en relación a la transparencia gubernamental, se puede realizar el pedido de datos a las instituciones públicas para fines de fiscalización, consideramos que esta es una oportunidad que permitirá la ejecución del presente proyecto.
- La aplicación del instrumento será realizada de acuerdo al cronograma propuesto en párrafo posterior.
- Cabe resaltar que para los fines de establecer la aplicación o no de las estrategias y/o actividades del PEI GERSA 2003-2006, será necesario consultar fuentes distintas a las oficiales, por lo cual, de acuerdo a la necesidad la autora se propone establecer contacto con otras organizaciones como organizaciones de base social, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, etc., para cumplir con tal objetivo.
- Finalmente los datos serán analizados de acuerdo a los criterios de manejo de resultados

3.2. Materiales y Recursos:

3.2.1. Materiales.

Los materiales de este estudio están conformados por el Plan Estratégico Institucional GERSA 2003-2006, los reportes mensuales de atenciones del Programa Materno Perinatal, los reportes de la Oficina General de Epidemiología (OGE) de la GERSA, los Boletines por Semana Epidemiológica redactados por la OGE-GERSA, los estudios de Análisis de la Situación de Salud

Arequipa (ASIS), publicaciones de la GERSA y medios de comunicación, reportes de las Organizaciones no Gubernamentales y publicaciones en formato físico o electrónico que sean inherentes a nuestros objetivos.

3.2.2. Recursos

Los recursos disponibles para el presente comprenden los siguientes:

Recursos Humanos: Además de la autora del proyecto, se cuenta con el apoyo del personal de la Oficina de Epidemiología de la Red de Salud Arequipa Caylloma, en forma similar se ha logrado la colaboración de la encargada de la Oficina de Epidemiología de la Gerencia Regional de Salud, se ha comprometido también la participación del médico pasante del área de Epidemiología de la Red Arequipa Caylloma para su apoyo en el análisis de los reportes necesarios para la obtención de datos del presente estudio.

Recursos Materiales: El acceso a la información necesaria para el registro de los datos está asegurada dado que se han realizado las coordinaciones con las fuentes oficiales de la información a utilizarse, en nuestro caso la Oficina de Epidemiología de la Red Arequipa Caylloma y la Oficina de Epidemiología de la Gerencia Regional de Salud, anteriormente conocida como la Dirección Regional de Salud (GERSA). Se cuenta asimismo con la información reportada en Internet, a través de la página institucional de la Gerencia Regional de Salud. Los datos también pueden ser obtenidos gracias a reportes de organizaciones no gubernamentales relacionadas con el estudio de la población materna infantil. La búsqueda bibliográfica se ha realizado en la Internet y en la Biblioteca de Posgrado de la Universidad Católica de Santa María. El manejo de la información podrá darse gracias al uso de medios digitales de almacenamiento de datos, los que serán procesados en el ordenador personal de la autora. Las instalaciones a utilizarse comprenden las oficinas de epidemiología, cuyos ambientes permiten el trabajo de campo propiamente dicho, el trabajo de recopilación y análisis de la información será realizado tanto en los ambientes ya señalados como en el domicilio de la autora.

Recursos Financieros: El presente proyecto de investigación será completamente financiado por la autora; sin embargo, el apoyo logístico

comprometido por las personas indicadas en párrafos anteriores será invaluable para el desarrollo de la investigación, agradecemos a ellas por anticipado.

3.3. Validación del Instrumento

El instrumento a ser utilizado no requiere de validación, ya que los datos reportados provendrán de cifras oficiales preparadas por las instituciones públicas y privadas de salud, y su registro no involucra mayor procesamiento que pueda ocasionar un error de interpretación al momento de presentar los resultados.

3.4. Criterios para el manejo de resultados:

3.4.1. Plan de Clasificación. Los datos recolectados serán ordenados a través de una hoja electrónica Excel 2003 (Microsoft® USA) que permitirá el recuento de datos de forma más rápida y sencilla. Para ello, los datos obtenidos a partir del instrumento son de característica numérica, estas tasas se clasificarán de acuerdo a cada sección del instrumento.

3.4.2. Plan de Codificación. Dada las características de los datos a ser obtenidos, no se requiere una codificación adicional, ya que los datos son cifras de dominio público y no vulneran confidencialidad ni privacidad alguna.

3.4.3. Plan de Recuento. Para el recuento de los datos se hace necesario el uso de la hoja de cálculo Microsoft® Excel 2003, la realización de la curva de tendencia puede ser desarrollada con este mismo software.

3.4.4. Plan de Análisis de Datos. El análisis de los datos será realizado mediante la utilización de propósitos estadísticos diversos, de acuerdo a la naturaleza de los indicadores de las variables: inicialmente la recolección de datos o tasas requiere la utilización de estadística descriptiva, con la que se obtendrá la curva de tendencia del impacto de la aplicación del plan motivo de estudio; en segundo lugar, se desarrollará una curva de tendencia “esperada” que mostrará los valores de las tasas

que se espera en los diferentes meses de la aplicación del plan. Finalmente, ambas curvas serán comparadas, para lo cual se utilizará estadística analítica de comparación de promedios, con fines de establecer en que grado existe o no diferencia entre lo planeado y lo ejecutado; para ello, se utilizará el paquete estadístico SPSS®-13.0 for Windows (LEAD Technologies, Inc. USA 2004).

3.4.5. Plan de Tabulación. Para mostrar los resultados se hace necesario el uso de tablas de entrada simple, para mostrar los resultados del análisis estadístico descriptivo y de doble entrada en el caso de la estadística analítica, claro está, que estas tablas serán presentadas para un mejor entendimiento por parte de los lectores del estudio.

3.4.6. Plan de Graficación. La utilización de gráficas se presenta de acuerdo a su conveniencia en la presentación de los resultados y para comprender en mejor manera su significado.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	SEMANAS												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
A. Recolección de datos	X	X	X	X	X	X							
B. Procesamiento de datos.								X	X	X			
C. Informe final.										X	X	X	

BIBLIOGRAFÍA

- BERMEJO ORTEGA, Rogelio. **La Planificación de la Salud en el Perú**. Artículo en: OEA: Cien años de cooperación al Perú. Editorial OEA. Lima 2003.
- BRITO, Pedro E.; PADILLA, Mónica y RÍGOLI, Félix. **Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud**. Rev Cubana Educ Med Super. 2002; 16(4).
- CAMISAZA, Elena; GUERRERO, Miguel y DE DIOS; Rubén. **Planificación Estratégica. Metodología y plan estratégico de las organizaciones comunitarias**. Documento Manual de capacitación a distancia de las organizaciones comunitarias. Publicación DEAS. Buenos Aires. 2001.
- CORTADELLAS, Joan. **Proceso de Planificación Estratégica**. Presentación en Microsoft® Power Point. Cátedra UNESCO. Universitat Politècnica de Catalunya. Barcelona. 2001.
- DEL CAMPO, Francis. **Manual de Planificación Estratégica para los Sectores**. Serie Manuales de Capacitación Gerencial. Publicación ISPEG. Santiago de Chile 2005.
- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN. **Manual de Gestión de las acciones en Salud Pública. Estrategias en el marco de la Calidad**. Publicaciones Oficiales de la Comunidad de Madrid. 2ª Edición. Madrid. 2006.
- HEALTH CANADA 2002. **Steady State. Finding a sustainable balance point**. International Review of Health Workforce Planning. Work Sheet. Ottawa. 2002.
- MINSA. DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA: **Plan Estratégico Institucional 2003-2006**. Documento de Gestión MINSA. Arequipa 2002.
- MINSA – DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA – APRISABAC. **Planificación de los servicios de salud. Gestión de los Servicios de Salud**. Manuales de Gestión de Servicios. Serie 3. Editorial APRISABAC. 1ª Edición. Cajamarca 1998.
- OPS – OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector Salud**. Documento Oficial CD43-9. 43º Consejo Directivo de la OPS. Washington DC. 2001.

SÁNCHEZ ALBAVERA, Fernando. **Planificación estratégica y gestión pública por objetivos.** Serie Gestión Pública. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. Publicación de Naciones Unidas. Santiago de Chile. 2003.

SHAPIRO, Janet. **Herramienta de Planificación Estratégica.** Organización CIVICUS World Alliance for Citizen Participation. Documento de Trabajo. Madrid 2002.

THE CENTRE FOR DEVELOPMENT AND POPULATION ACTIVITIES. **Planificación Estratégica: Un enfoque de indagación.** Publicación CEDPA. Washington 2000.

Referencias en Internet

ACOSTA YPARRAGUIRRE, José Antonio. **Proceso de Planificación Estratégica de un puesto de salud.** Artículo citado en Monografías.Com: http://www.monografias.com/trabajos8/plane/proc_plane_ps.html

ANÓNIMO. **Planeación Estratégica.** Artículo citado en Monografías.Com <http://www.monografias.com/trabajos7/plane/plane.html>

GISPERT, R y TRESERRAS, R. **Elaboración de planes de salud.** En: Políticas y Planes de Salud. Artículo Monográfico en Internet:: http://perso.wanado.es/aniorte-nic/apunt_polit_plan_3.htm

WIKIPEDIA. **Planificación en Salud.** Artículo en Wikipedia, la enciclopedia libre. Wikimedia Corp. http://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci3n_en_salud.html