

# EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DIRSA 2003-2006 EN SU COMPONENTE MATERNO INFANTIL EN LA REGIÓN AREQUIPA

Fabiola Carmen Meza Flores<sup>1</sup>  
(1) Centro de Salud Zamácola – MINSA

**RESUMEN:** El Plan Estratégico Institucional DIRSA 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. Se compara las metas a alcanzar por el PEI DIRSA 2003-2006, en su componente materno perinatal con los datos epidemiológicos correspondientes a tal periodo de tiempo.

El presente estudio es descriptivo de corte transversal, el cual recopiló la información estadística de los años 2003 a 2006 en el área de salud materna y perinatal. Frente a información incompleta se recurrió a fuentes no oficiales para lograr los objetivos y se utilizó estadística descriptiva para la comparación de tasas.

Se encontró que las metas propuestas por el PEI DIRSA 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.

Nuestros resultados muestran que, para impulsar verdaderas políticas de cambio se requiere de investigación adecuada, compromiso de los actores sociales involucrados en el problema y real voluntad política de las autoridades.

**Palabras Claves:** Planificación estratégica, Mortalidad materna, Mortalidad perinatal.

**ABSTRACT:** The Institutional Strategic Plan DIRSA 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.

Compared PEI DIRSA 2006-2003' planned health rates in its mother-child health component with actual epidemiological data for that period of time.

This study is descriptive and transversal. 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.

It was found that the proposals made by PEI DIRSA 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.

Our results show that policies to promote real change required 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.

**Keywords:** 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 con 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 acuerdo 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 [1].

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 "lidiar" 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.

Correspondencia a:

Fabiola Carmen Meza Flores  
Urb. Tasahuayo I- 28 - J.L.B. y Rivero, Arequipa - Perú  
celular: 958261247, e-mail: fabimeza2005@hotmail.com

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 [2].

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 DIRSA 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 con la importancia del impacto en la salud de la población.

La evaluación del Plan Estratégico Institucional DIRSA 2003-2006 es también un ejercicio de nuestra ciudadanía, que es uno de los aspectos más importantes en la Reforma del Sector Salud, ya que nuestra observación no solo responde a la normal curiosidad académica – laboral, sino que también implica la vigilancia del adecuado manejo de los recursos por aquellos funcionarios públicos encargados del sector [3].

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 [4].

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, realizado en la Región Arequipa. Ministerio de Salud durante los años 2003 a 2006, para evaluar los resultados del Plan Estratégico Institucional del Componente Materno Infantil.

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.

Los materiales de este estudio están conformados por el Plan Estratégico Institucional DIRSA 2003-2006, los reportes mensuales de atenciones del Programa Materno Perinatal, los reportes de la Oficina General de Epidemiología (OGE) de la DIRSA, los Boletines por Semana Epidemiológica redactados por la OGE-DIRSA, los estudios de Análisis de la Situación de Salud Arequipa (ASIS), publicaciones de la DIRSA y medios de comunicación [7], reportes de las Organizaciones no Gubernamentales y publicaciones en formato físico o electrónico que sean inherentes a nuestros objetivos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS®-13.0 for Windows (LEAD Technologies, Inc. USA2004).

El presente trabajo se explica en base a la observación documental, de la siguiente manera:

### **Componente Materno Perinatal del PEI-DIRSA 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-DIRSA 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 [4].

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 (DIRSA). Con estos datos se puede establecer el impacto social de la aplicación de las estrategias planteadas en el PEI-DIRSA 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 DIRSA.

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 [12]. Los datos serán evaluados de acuerdo con 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-DIRSA 2003-2006.

Los indicadores utilizados por el PEI-DIRSA 2003-2006 se hallan consignados en su cuadro de Resultados Esperados a Julio 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 [2], 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.

## RESULTADOS

Con el fin de comparar las metas a alcanzar por el PEI DIRSA 2003-2006, en su componente materno perinatal con los datos epidemiológicos correspondientes al periodo de tiempo antes mencionado, encontramos los siguientes resultados:

**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 DIRSA – GERSA 2003-2006**

Estrategia/Actividad	Ventajas	Desventajas
<b>Seguro Integral de Salud. Nivel Central.</b>	Sistema de provisión de servicios de salud a toda gestante.	Escasa difusión. Problemas en la referencia de pacientes.
<b>Protocolo de Atención de Emergencias Obstétricas. Nivel Central</b>	Búsqueda de una atención obstétrica estandarizada.	Poca o nula difusión, escasos ejemplares impresos, difusión por internet.
<b>Plan de Priorización de la atención materno infantil. Nivel Regional.</b>	Concentrar la información de las atenciones materno- infantiles.	Poca incidencia sobre centros privados, sub-registro en zonas rurales por mala accesibilidad.
<b>Plan de Capacitaciones en Salud Materno Infantil DIRESA – GERSA. Nivel Regional</b>	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.
<b>Aplicación de Normatividad desarrollada desde niveles superiores. Nivel Básico Asistencial</b>	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.

Pese a los inconvenientes en las dos principales políticas propuestas en el PEI-DIRSA 2003-2006, control prenatal y prevención de la mortalidad, esta se llevó a cabo de la siguiente manera (Tabla3):

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

Actividad	Atendidas por año				
	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Control Prenatal</b>	21 418	22 821	22 521	22 518	22 218
<b>Atención Parto</b>	12 719	13 795	14 449	15 245	15 064
<b>Control Puerperio</b>	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.

**TABLA 4. Gestantes controladas de acuerdo con el periodo de estudio**

Condición	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Gestante Controlada</b>	13 922	16 781	15 772	16 536	16 684
<b>Porcentaje del total de gestantes.</b>	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.

## Análisis de la Mortalidad Materna

**TABLA 5. Análisis de las muertes maternas de acuerdo al control prenatal**

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

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.

**TABLA 7. Causas Directas o Indirectas en la Muerte Materna 2002-2006**

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

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.

### 1. Tasa de Mortalidad Perinatal

En forma similar a lo actuado con la mortalidad materna procederemos con la evaluación de la mortalidad perinatal.

## Análisis de la Mortalidad Perinatal

**TABLA 8. Distribución de muertes perinatales 2003-2006**

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

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.

## 2. Incidencia del Embarazo en Adolescentes

### Análisis del porcentaje de adolescentes gestantes

**TABLA 9. Partos de gestantes adolescentes y porcentaje del total de partos en los establecimientos del sector salud. DIRSA-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 referencias de algún esfuerzo importante entre los sectores educación y salud para reducir el porcentaje de adolescentes que se embarazan.

## DISCUSIÓN

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 solo 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 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 DIRSA 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 una 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 Salud [2], 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 DIRSA 2003-2006, y que

incluso se señala como problema dentro del Diagnóstico Situacional es la Administración del Recurso Humano de la DIRSA, 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 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 solo 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.

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, sobre todo 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 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 con la propia evaluación de la DIRSA en el 2006, las muertes ocurrieron mayoritariamente 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 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-DIRSA 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 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 tener en cuenta que el embarazo en adolescentes representa un problema que no solo 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 DIRSA 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 con relación a los principales problemas de salud de la sociedad urbana y rural en su conjunto.

Respecto a la aplicación del PEI-DIRSA 20003-2006, 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

Nuestros resultados muestran que, ninguna de las metas planteadas por el PEI DIRSA 2003-2006 fue alcanzada tal cual fue propuesta, sin embargo, la tasa de mortalidad perinatal si llegó a reducirse, lo que no sucedió con la mortalidad materna ni con el porcentaje de adolescentes gestantes.

El fracaso en alcanzar las metas propuestas procede de un mal diagnóstico situacional, el sobrestimar la capacidad operativa de la DIRSA y subestimar las diferencias culturales y la aceptación de las propuestas por los propios beneficiarios.

Pese a su puesta en marcha el PEI DIRSA 2003-2006 adolecía de no poseer mecanismos de monitoreo ni control y no recibió un apoyo constante ni fue liderado por las autoridades de salud, por lo que pareciera ser tan sólo un ensayo burocrático o una propuesta piloto.

La experiencia del PEI-DIRSA 2003-2006 muestra la falta de esfuerzos serios de cambio por parte de las autoridades del sector.

## REFERENCIAS

- [1] “Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque intercultural”. (2006). “Guía Básica para Equipos de Salud”. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile.
- [2] “Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe”. (1999). Serie *Paltex* N° 41 OPS/OMS.
- [3] “Orientaciones para la Programación en Red. 2007”. (2007). Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL. Chile.
- [4] BENAVIDES, Bruno; (2002) **Reducción de la Mortalidad Materna en el Perú. ¿Por dónde empezar?** Anales de la Facultad De Medicina. UNMSM. Vol.63N°1.
- [5] MUÑOZ DEL CARPIO, Águeda. (2003). **Mortalidad Materna en la Mujer Alto andina de Arequipa: Problemas de demandas culturales o de adecuación de oferta de servicios.** Comité de Ética para los Pueblos Latinoamericanos – Hola Perú. Arequipa.
- [6] NEVES MURILLO, Mercedes. (2009). **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.
- [7] Comité Regional de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal. (2007). “Análisis de la Muerte Materna. 2006”. Arequipa.
- [8] Ticona Rendón, Manuel. (2000). “Mortalidad Perinatal: Estudio Cooperativo Institucional Hospitales del Sur del Perú”.
- [9] Leiva Herrada, Cléver. (2007). “Mortalidad Neonatal en el Hospital de Sullana. Un estudio Caso Control”.
- [10] Ministerio de Economía y Finanzas. “Programa Salud Materno Neonatal”. Lima 2002.
- [11] Ticona Rendón, Manuel. (2007). “Identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo con la curva peruana de crecimiento fetal”. Tacna.
- [12] LEÓN VILLALOBOS, Yolanda. (2004). **Embarazo en la Adolescencia en el Perú.** Presentación en Microsoft® Power Point. Cusco.
- [13] BRITO, Pedro E.; PADILLA, Mónica; RÍGOLI, Félix.(2002) **Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud.** *Rev. Cubana Educ Med Super*; 16(4).
- [14] CAMISAZA, Elena; GUERRERO, Miguel; DE DIOS, Rubén (2001). **Planificación Estratégica. Metodología y plan estratégico de las organizaciones comunitarias.** Documento Manual de capacitación a distancia de las organizaciones comunitarias. Publicación DEAS. Buenos Aires.
- [15] COMITÉ DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. (2007). **Análisis de la Muerte Materna 2006.** Presentación para discusión. Formato ppt. Arequipa.
- [16] CORTADELLAS, Joan. (2001). **Proceso de Planificación Estratégica.** Presentación en Microsoft® Power Point. Cátedra UNESCO. Universitat Politècnica de Catalunya. Barcelona.
- [17] DEL CAMPO, Francis. (2005). **Manual de Planificación Estratégica para los Sectores.** Serie Manuales de Capacitación Gerencial. Publicación ISPEG. Santiago de Chile.
- [18] DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN.(2006). **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.
- [19] HEALTH CANADA 2002. **Steady State. Finding a sustainable balance point.** *International Review of Health Workforce Planning.* Work Sheet. Ottawa.
- [20] LEIVA HERRADA, Cléver; PARRA ALEJANDRO, Jenny. (2008). **Mortalidad neonatal en el Hospital de Sullana. Un estudio caso control.** *Rev Electron Biomed/Electron J Biomed.* (2):72-77.
- [21] MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. (2001). **Programa Salud Materno Neonatal.** Serie Documentos elevados por sectores para el Plan Estratégico Nacional 2002-2006. Lima.
- [22] MINSA - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA. (2002). **Plan Estratégico Institucional 2003-2006.** Documento de Gestión MINSA. Arequipa.

- [23] MINSAL – SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. DIVISIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL. (2007). **Orientaciones para la Programación en Red 2007**. Documento de Gestión. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
- [24] SÁNCHEZ ALBAVERA, Fernando. (2003). **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.
- [25] SHAPIRO, Janet. (2002). **Herramienta de Planificación Estratégica**. Organización CIVICUS World Alliance for Citizen Participation. Documento de Trabajo. Madrid.
- [26] TICONA RENDÓN, M., HUANCA, D., ET. AL. (2004) **Mortalidad Perinatal / Estudio Colaborativo Institucional Hospitales del Sur del Perú – 2000**. Diagnóstico. Ene-Feb.
- [27] TICONA RM, HUANCO AD.(2008). **Identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo con la curva peruana de crecimiento fetal**. *Ginecol Obstet Mex*; 76 (10): 597-603.

Recibido el 06 de mayo 2015 y aceptado para su publicación el 21 de mayo del 2015.