



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**IMPLANTACIÓN DE LA POLÍTICA EN SALUD MATERNA EN LA REPÚBLICA
DE CHILE Y PERÚ: UNA OBSERVACIÓN DESDE LA DIMENSIÓN DE
GESTIÓN**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

KELLER SÁNCHEZ DÁVILA

**PROFESOR GUÍA:
CARLOS ALEJANDRO ANDRADE GUZMÁN**

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

**MARÍA PÍA MARTÍN
VIVIAN VILLAGRÁN ACUÑA**

SANTIAGO DE CHILE

2013

Resumen

La Mortalidad Materna representa un grave problema de salud pública y de derechos humanos, sus causas son evitables y es la máxima expresión de inequidad e injusticia social; siendo reconocida como un indicador sanitario que permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso, encontrándose más elevada en los países en vías de desarrollo lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afectan a las poblaciones, especialmente a las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir en el período del embarazo, parto o puerperio. Así pues, las políticas públicas de salud que están dirigidas hacia la reducción de los decesos maternos deben ser diseñadas en conjunto con otras políticas que buscan reducir y eliminar las desigualdades, así como los obstáculos institucionales y estructurales diversos.

En este contexto, cabe relevar que la mortalidad materna en América Latina y el Caribe han presentado una alta variabilidad. Así, se observa países como Uruguay y Chile que alcanzan tasas en extremo positivas mientras que países como Perú y Bolivia mantienen tasas en extremo preocupantes. ¿Qué han hecho distinto estos países en materia de implementación de políticas, para alcanzar sus respectivos indicadores en materia de salud materna? emerge entonces como una pregunta del todo pertinente, sobre todo si consideramos que estos países comparten una misma región y por tanto una historia común.

Para responder la pregunta se seleccionaron los casos de la República de Perú y la República de Chile, utilizando una metodología con enfoque cualitativo de tipo descriptivo, siendo la herramienta utilizada el análisis documental.

Los principales hallazgos del estudio se estructuran en seis dimensiones: la dimensión orientación general de la política, la dimensión de diseño organizacional, la dimensión de comunicación, la dimensión de recursos, la dimensión de negociación y por último la dimensión de innovación. De estas dimensiones, se pueden destacar los hallazgos en materia de diseño organizacional en que se observa que aquellos ministerios de salud que cuentan con una estructura organizacional segmentada y fragmentada, presentan dificultades para articular sus acciones no logrando las coberturas para la población, permitiendo con ello una mayor inequidad en el acceso a recibir atención médica. En este mismo sentido se observan diferencias en el énfasis de la política, en que para el caso chileno se concentra en promoción y prevención mientras que en el caso peruano se concentra más en la parte recuperativa.

Algunas de las recomendaciones que emanan del estudio para mejorar la implementación de política en salud materna es reformular las políticas encaminadas a facilitar el acceso a la atención de parto por personal calificado, clave para disminuir las complicaciones y las muertes maternas; por lo que se necesitan políticas que ayuden a mejorar la distribución y dotación de personal capacitado, dando prioridad a las regiones más pobres y con mayor vulnerabilidad, para evitar la pérdida de más vidas y contar con un mejor sistema de salud.

AGRADECIMIENTOS

Nada es al azar, todo tiene una razón de ser, por eso mismo agradezco a Dios que en su infinita sabiduría me dio el privilegio de nacer y crecer en un hermoso país llamado Perú, me bendijo con el amor de mis padres **Norberto** y **Lucy** quienes me apoyaron incondicionalmente en todos los momentos de mi vida, a mis hermanas **Kathia** y **Milagros** que a pesar de la distancia siempre estuvieron conmigo en los momentos que me veía decaer; y a mis abuelitas **Camila** que me espera con ese inmenso amor, y a mamá **Melita** que siempre me acompañó desde el lugar que se encuentre y guió mi camino en esta hermosa experiencia académica.

Agradezco a la **Agencia de Cooperación Internacional de Chile - AGCI**, porque creyó en mí y me entregó la posibilidad de ingresar al Magíster en Gestión y Políticas Públicas, donde encontré no solo compañeros y profesores, sino también valiosos amigos a quienes atesoraré en un lugar especial de mi corazón y maestros que me ensañaron a ver la vida con una perspectiva diferente, más profunda y que a través de experiencia me entregaron nuevas herramientas para mi crecimiento personal y profesional.

A mi comisión para estudio de caso, agradezco la paciencia y muy especialmente los comentarios siempre oportunos, acertados y precisos del profesor **Carlos A. Andrade**, a la profesora **María Pía** por su disposición a escucharme y darme ideas maravillosas para seguir con este estudio y a la profesora **Vivian Villagrán**, que tuve la oportunidad de conocerla y recibir sus enseñanzas que me sirvió de base para realizar este estudio.

A mis compañeros del **MGPP 2013** porque sus diferentes inquietudes e intereses que aumentaron mis conocimientos y cambiaron mi perspectiva para hacer este análisis de la Salud Materna.

A **Juan** quien fue compañero, amigo y hermano en este andar, por hacerme parte de su familia **Rubilar González**.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: POLÍTICA EN SALUD MATERNA Y PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN	3
1. Política y procesos de implementación	3
1.1.- Proceso de implementación de política pública	5
1.1.1.- La implementación como gerenciamiento de estrategias: gestión de operaciones y control de gestión	8
1.1.2.- Desarrollo de capacidades de implementación	12
1.1.3.- Desafíos de la gestión en implementación de la política pública	14
1.1.4.- Nuevos desafíos de la gestión en la implementación en la implementación de la política	15
2.- La salud materna como política pública	16
2.1.- Política en salud	16
2.1.1.- Gestión en Salud	17
2.1.2.- Componentes de un sistema de salud	17
2.1.3.- Niveles de gestión	18
2.2.- Política en salud materna	19
3.- Problema de la mortalidad materna	19
3.1.- Contexto mundial, América Latina y el Caribe	20
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO; COMPARANDO LAS EXPERIENCIAS DE PERÚ Y CHILE	24
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS	30
3.1.- Política pública en salud materna de la República de Perú	30
3.2.- Política pública en salud materna de la República de Chile	48
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA	61
4.1.- Conclusiones	61
4.2.- Propuestas de políticas	63
GLOSARIO	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Colectivos organizacionales	8
Gráfico N° 2: Visión funcional del proceso de gerencia	9
Gráfico N° 3: Rutinas, formas de coordinación y estructuras	11
Gráfico N° 4: Sistemas de control de la estrategia	12
Gráfico N° 5: Funciones y actividades de la implementación de estrategias	13
Gráfico N° 6: Componentes de un sistema de salud	17
Gráfico N° 7: Niveles de gestión en salud	18
Gráfico N° 8: América Latina y el Caribe: Razón de mortalidad materna por cada 10.000 Nacidos Vivos	22
Gráfico N 9: América Latina y el Caribe: Razón de Mortalidad Materna por cada 10.000 Nacidos Vivos, comparado con PIB per cápita 2011, 2012, 2013.	23
Gráfico N° 10:Tasa de mortalidad materna Perú	35
Gráfico N° 11:Muerte materna Perú 2000 – 2013	36
Gráfico N° 12:Muerte materna y pobreza según departamento – Perú 2002	36
Gráfico N° 13:Mortalidad materna Chile, 1960 – 2006	51

ÍNDICE DE TABLAS	Pág.
Tabla N° 1: Descripción de dimensiones	25
Tabla N° 2: Mapa de análisis	25
Tabla N° 3: Lineamientos generales de política, período 2002 - 2012	31
Tabla N° 4: Mortalidad materna y por aborto, Chile 1990 - 2008	51
Tabla N° 5: Síntesis de resultados	58

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE CASO

La mortalidad materna (MM) es uno de los fenómenos sanitarios que con mayor claridad evidencia la inequidad y la exclusión social, siendo expresión de diversos factores como el acceso a servicios de salud y la capacidad resolutoria de los centros de atención primarios, pero también la ruralidad, la educación y el nivel socioeconómico, entre otros (Carbone, 2005). Pese a sus diversas causas, el abordaje del fenómeno continúa siendo básicamente médico, concentrándose en las causas clínicas dejando rezagadas otros determinantes sociales o bien la estructura de gestión sobre la cual se implementa la política pública en materia de salud (Luque & Bauernfeind, 2007).

En este contexto, cabe relevar que la mortalidad materna en América Latina y el Caribe han presentado una alta variabilidad. Así, se observa países como Uruguay y Chile que alcanzan tasas en extremo positivas mientras que países como Perú y Bolivia mantienen tasas en extremo preocupantes. ¿Qué han hecho distinto estos países en materia de implementación de políticas, para alcanzar sus respectivos indicadores en materia de salud materna? emerge entonces como una pregunta del todo pertinente, sobre todo si consideramos que estos países comparten una misma región y por tanto una historia común.

El presente estudio de caso busca determinar las diferencias de la implantación de la política de salud materna desde su dimensión de gestión concentrándose en dos casos diferentes desde el punto de vista de sus resultados en lo que a la disminución de la mortalidad materna se refiere. Estos casos corresponden a las experiencias de la República de Perú y la República de Chile, en tanto casos contrapuestos. Cabe precisar, como se verá en el desarrollo del estudio, que estos países no sólo difieren en lo que a mortalidad materna se refiere sino también a otros aspectos asociados a la constitución de sus institucionalidades y el abordaje histórico de sus problemáticas en materia de salud, el análisis de estas experiencias permite recoger aprendizajes para la implementación de la política en salud materna.

Bajo este contexto, en el Perú desde mediados de los años 90 se vienen desarrollando políticas dirigidas a mejorar la salud materna, no sólo a través del Estado sino también desde la Cooperación Internacional, esfuerzos conjuntos se materializan por ejemplo en que la agenda política peruana reconoce esta problemática (MINSA, 1995), y posteriormente la establece como una de sus prioridades sanitarias (MINSA, 2002). No obstante para el año 2005 la mortalidad materna aún se estimaba en 185 por cada 100.000 nacidos vivos (NV), y sigue formando parte de las prioridades en salud (MINSA, 2002).

Por su parte en Chile las políticas sanitarias tienen una larga data, siendo la primera de ellas implementada a partir de la década del 60 (PNUD & Gobierno de Chile, 2005) y cuyos propósitos eran el control del aborto inducido clandestino y la promoción del bienestar familiar. Esta priorización ha sido sistemática en el tiempo, lo que ha permitido que este país presente una de las tasas más bajas en América Latina, alcanzando el año 2005 una mortalidad materna de 48 por cada 100.000 NV.

Cabe relevar que la idea central de comparar ambas experiencias es levantar aprendizajes, a partir de las diferencias en la implementación, que resulten útiles para la elaboración de propuestas que vayan en función de mejorar las cifras de mortalidad materna en aquellos países más rezagados.

Así por ejemplo, uno de los hallazgos del estudio da cuenta que la estructura organizacional del sistema de salud de ambos países difieren significativamente. Lo anterior se evidencia en que

para el caso peruano se observa una estructura vertical fragmentada, que hace extremadamente compleja la articulación de estrategias y acciones; mientras que el caso de Chile cuenta con un sistema igualmente vertical pero que sin embargo logra hacer converger las estrategias a la vez que las alinea a las políticas nacionales. Otro elemento en que se observan diferencias es en el foco de la política pública de salud, en que para el caso peruano se concentra en la parte recuperativa con una menor incidencia en la parte preventiva promocional, mientras que para Chile las acciones sanitarias están focalizadas en la parte preventivo-promocional.

Desde los hallazgos descritos, es posible construir propuestas basadas, por ejemplo, en el aprendizaje de que un enfoque de sistema de salud integrado que tenga una visión intergubernamental, coordinada e integrada, contribuirá de mejor manera al progreso hacia un sistema de salud más articulado y focalizado en acciones preventivas.

Finalmente, el estudio busca también relevar el hecho de que los Estados de América Latina y el Caribe deben procurar los medios para lograr el cumplimiento de los acuerdos internacionales a los que han adherido, como la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ente otros. Pero por sobre todo, deben redoblar esfuerzos por lograr el pleno cumplimiento de sus obligaciones en materia de protección y promoción de los derechos humanos de sus habitantes más vulnerables.

CAPÍTULO I: POLÍTICA EN SALUD MATERNA Y PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN

1.- Política pública y procesos de implementación

Según Lahera (2004), las políticas públicas de excelencia corresponden “a cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y del sector privado. Una política pública de calidad incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados” (CEPAL, 2005, pág. 8).

Por su parte, Cortázar (2007), situando la observación en las etapas de la política, refiere analíticamente, que el estudio de las políticas públicas se divide en las etapas de origen, diseño, implementación y evaluación. Entorno al estudio de las etapas, cabe mencionar que en el tiempo se ha dado mayor atención a las etapas de diseño y evaluación de las políticas, pero, a pesar del esfuerzo desplegado en estos ámbitos, el autor expone que los resultados no son los esperados de las políticas desarrolladas. En este sentido, a juicio de Cortázar (2007) “los problemas recurrentes que se manifiestan en la puesta en marcha de una política responden a dos tipos de situaciones: la implementación no se ‘ajusta’ a lo establecido y pautado en el diseño o - cuando la anterior no es respuesta suficiente - en el diseño no se han previsto situaciones, factores o procesos que entonces deberán tenerse en cuenta en un esfuerzo de rediseño. Ambas explicaciones señalan al diseño como el momento decisivo en la evolución de las políticas públicas. En el primer caso, la solución consiste en ‘ajustar’ el desempeño de los operadores para que respeten y sigan las pautas del diseño. En el segundo, la solución consiste en ‘volver atrás’ y realizar un nuevo esfuerzo de diseño. Así, el diseño prima, lógicamente y prácticamente, sobre las actividades de implementación, siendo la fuente última de soluciones a los problemas. No sorprende que de acuerdo con esta concepción mecanicista del proceso de política (según la cual los implementadores se limitan a ‘aplicar’ o ‘ejecutar’ algo ya decidido) se considere al diseño de las políticas y a la planificación subsiguiente como los momentos más importantes del ejercicio estratégico que todo gerente debería realizar” (Cortázar, 2007, pág. 1).

Así también Meny y Thoenig (1992) señalan que “una política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental” (Meny & Thoenig, 1992, pág. 89). Los mismos autores citan a Dye (1975; pág.1) quien señala que una política pública se compone de “todo aquello que los actores gubernamentales deciden hacer o no hacer” (Meny & Thoenig, 1992, pág. 92). Con la finalidad de operacionalizar el concepto de política pública, y fundándose en cierto consenso existente entre quienes estudian el tema, estos autores indican que las políticas públicas se caracterizan por tener un contenido, que da cuenta de la necesidad de movilizar recursos para generar resultados o productos; un programa, es decir que no son actos concretos y aislados sino que forman parte de un cuerpo más organizado de ideas y propuestas; una orientación normativa que da cuenta de que la autoridad no responde espontáneamente a sus desafíos sino de modo sistemático y ordenado; un factor de coerción que es propio del ejercicio del monopolio de la fuerza que legítimamente detenta el Estado; y por último, una competencia social que permite afectar las situaciones de intereses y comportamientos de los administrados. Los autores plantean que esta caracterización teórica no siempre es directamente aplicable en la práctica, pues tiene a lo menos tres interrogantes que son complejas de responder. A saber ¿Cuál es la autoridad pública que toma una decisión y por la cual se hace responsable? ¿Cuál es el límite de una política pública, es decir, donde comienza y

dónde termina? ¿Cuál es la política pública que da cuenta de todo aquello que una autoridad ha resuelto no hacer, es decir, la nómina de sus no-actos?

Resulta conveniente también citar a Aguilar Villanueva (2003), quien señala que “la política pública emerge, entonces, como una tarea colectiva que incorpora conjunta y corresponsablemente la iniciativa social y gubernamental, pues ante ciertos problemas se adolece teórica y tecnológicamente de una línea segura de respuesta. Por ende, como una estrategia susceptible de error y frustración. Sobre todo, como una estrategia capaz de aprender de sus errores y de no repetirlos incesantemente. Si algo enseña el difícil arte de estructurar bien los espinosos problemas públicos es darse cuenta de que es más decisivo para el buen gobierno contar con organizaciones públicas capaces de aprender, de reconocer y remediar sus errores inevitables, que intentar diseñar políticas infalibles e inmunes de todo error. La racionalidad político-administrativa resulta de un aprendizaje colectivo. Por ello, condiciones necesarias son la democracia plural y competitiva, que presiona a los gobiernos a hacer bien las cosas, so pena de la sanción de la alternancia, y el servicio público profesional, entrenado al análisis y a la autocrítica más que a la complacencia del gobernante en turno. Y, el fondo, una visión laica de las políticas públicas, que jamás pondrán punto final a los problemas públicos, pero que pueden contribuir a hacerlos manejables, despojándolos de sus aspectos más nocivos colectivamente” (Aguilar, 2003a, págs. 70-71).

No obstante el mérito de las conceptualizaciones y definiciones más arriba descritas, para el presente estudio utilizaremos la definición propuesta por Tamayo (1997) quien considera que las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo, 1997, pág. 281). Esta definición ofrece una mayor amplitud para la comprensión del fenómeno en la medida en que permite acceder a dimensiones más genéricas de la política en salud, como historicidad y estructura; a la vez que es lo suficientemente explícita para diferenciar las políticas públicas de otros actos del gobierno o el Estado, lo que resulta pertinente para acceder a dimensiones más específicas como la comunicación, innovación y negociación.

Otro elemento que debe considerarse, además de la conceptualización, es el ciclo en que las políticas públicas se desarrollan. Según Lahera (2002), es posible distinguir cuatro momentos analíticos en el desarrollo de las políticas públicas: origen, diseño, gestión y evaluación (Lahera, 2002, págs. 73-74). Respecto de este mismo tema, Bardach (2008) plantea que las políticas pueden distinguirse en ocho pasos: definición del problema público, obtención de información, construcción de alternativas, selección de criterios, proyección de resultados, confrontación de costos, decisión y finalmente la posibilidad de comunicar efectiva y simplemente los aspectos generales de la política.

Por su parte, Tamayo (1997) establece que el proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas contempla las fases de identificación y definición del problema, formulación de alternativas de decisión, adopción de una alternativa, implantación de la alterativa seleccionada y evaluación de los resultados obtenidos (Tamayo, 1997, págs. 281-312)

En la fase de definición de los problemas públicos, se parte del supuesto de que los problemas no existen por sí mismos, sino que son construidos por el observador de manera interesada y subjetiva y, por tanto, conviene a los gestores públicos asumir que sus definiciones son una alternativa más entre otras y no necesariamente la única o mejor. En esta etapa se reconocen dos momentos relevantes: la detección de los problemas y el diseño de la agenda pública. La

siguiente fase de formulación de las políticas públicas, implica que si un gobierno ha tomado conocimiento acerca de la existencia de un problema, tiene la alternativa de decidir actuar sobre él o de no hacerlo; cuando opta por la primera, deberá entonces formular una política y ello consiste en establecer metas y objetivos para actuar, generando alternativas de decisión y seleccionando la mejor alternativa conforme a criterios preestablecidos. Esta etapa incorpora la formulación de alternativas de solución y la de adopción de la más adecuada.

Tradicionalmente hasta fines de los años sesenta el análisis de las políticas se centraba en las dos fases anteriormente descritas. La fase de implantación era entendida no como parte de la política, sino sólo un trabajo de tipo técnico y operativo poco valorado. No obstante, en los últimos decenios, ha cobrado valor por cuanto se reconoce generalizadamente que, a pesar de los distintos modelos de desarrollo que han imperado y de los ingentes recursos destinados a gasto público por parte de los Estados, los impactos no han sido significativos y se mantienen las brechas de crecimiento, de bienestar y de desigualdad. Es así, que el concepto de implantación es utilizado con mayor frecuencia y se entiende como la puesta en marcha de las decisiones públicas. Cabe precisar que para efectos del presente estudio, se utilizó como sinónimos los términos de implantación, implementación y ejecución, siguiendo la idea básica propuesta por Tamayo (1997).

La última fase denominada evaluación, parte de la idea que los problemas públicos pocas veces tiene soluciones definitivas, por lo que resulta importante establecer si los resultados ameritan una nueva política, o la continuación de la existente, o su finalización. Por lo anterior, se entiende que la evaluación justifica el ejercicio de la responsabilidad política, pues genera información significativa para tomar decisiones.

La secuencia analítica dada, respecto del ciclo de las políticas públicas, se debe entender subordinada a la visión procesual que hasta ahora se ha presentado de este concepto. Por tanto, la división con la cual se expone contribuye a una mejor comprensión de los desafíos de cada etapa, pero ninguna por si misma explica el sentido último de lo que son las políticas públicas, para ello el análisis debe ser completo entre las distintas etapas del ciclo de las políticas públicas.

Lo anterior no implica necesariamente que cada estudio que aborde una política pública específica deba hacerse cargo de todas las etapas del ciclo. Si bien esto es un ideal en la práctica sabemos que existen restricciones por ejemplo temporales, presupuestarias o de acceso a la información. De aquí que el presente estudio se concentre únicamente en la etapa de implementación en tanto su descripción resulta más accesible que otras etapas como la identificación y definición del problema, formulación de alternativas de decisión y adopción de una alternativa; las que ocurren dentro de un sistema político de decisiones, el cual no siempre es susceptible de estudiar.

1.1.- Proceso de implementación de política pública

Hay abundante análisis que da cuenta de la necesidad de entender las políticas públicas como una sola acción y que su división en etapas es sólo con fines analíticos (Parsons, Políticas Públicas. Una Introducción a la Teoría y la Práctica, 2007), sin embargo la implementación de las políticas públicas ha sido un tema que, comparativamente, se ha tratado menos y en donde se juega gran parte del éxito de la política pública; en este sentido, las rutinas y acciones cotidianas cobran especial trascendencia. Pressman & Wildavsky señalan al respecto que “el hecho de no reconocer que estas circunstancias, por demás sumamente comunes, presentan serios obstáculos a la implementación que inhiben el aprendizaje. Alguien que vaya siempre en busca de circunstancias

insólitas y acontecimientos dramáticos no puede apreciar lo difícil que es hacer que acontezca lo ordinario” (Pressman & Wildavsky, 1998, págs. 52-53).

Cabe relevar que en términos de los modelos que se han desarrollado para estudiar la implementación de las políticas públicas, Koch (2011) identifica cuatro visiones o tendencias planteadas por diversos autores. Una de ellas es el modelo conocido como top down o de arriba hacia abajo cuyos exponentes más recientes son Nakamura y Smallwood (1990), este modelo que realza el nivel de las decisiones por sobre otras variables y supone que el no logro de las metas obedece a problemas de desinformación, control y supervisión. Una segunda visión, defendida por autores como Pressman y Wildavski (1984), propone la implantación como proceso interactivo entre condiciones iniciales y resultados esperados, en que se rechaza la idea de que la implantación sea sólo el momento de la puesta en marcha de decisiones previas, pues esta etapa es *en rigor* un proceso en el cual son múltiples las decisiones que se deben tomar y todas ellas significan una posibilidad de acierto o de error para el cumplimiento de los objetivos. Una tercera visión, propuesta por Bardach (1980), indica que la implantación es una sucesión de actividades para ensamblar los elementos de un programa, en este juego los actores buscan que la política en cuestión maximice sus intereses y reduzca el nivel de sus contribuciones para, de esta manera, liberar recursos para otros procesos de implantación.

Por último, el modelo bottom up (desde abajo hacia arriba), es donde los burócratas reformulan las políticas dadas “arriba”, por lo que no siempre sucede lo que planean los diseñadores de políticas, por esta razón y dado el agotamiento del modelo top down, surge, a principios de los 70, la alternativa bottom up que considera que el instante central de la política se produce cuando el ciudadano entra en contacto con la organización pública que distribuye los bienes o servicios, pues es en ese momento cuando los funcionarios públicos intermedian entre la política y las personas, sin que los primeros tengan el más mínimo conocimiento de las discusiones en la formulación de la misma; por tanto, es fundamental que la política considere las capacidades y visiones de las agencias locales. Se identifica como precursor de este modelo a Williams (1971).

Respecto a las visiones expuestas sobre implantación de la política pública, la definición que se utilizará en este estudio es la que plantean Pressman y Wildavski, quienes exponen a la implantación como un proceso interactivo entre condiciones iniciales y resultados esperados, en el cual son múltiples las decisiones que se deben tomar y todas ellas significan una posibilidad de acierto o de error para el cumplimiento de los objetivos. Este modelo pertenece a la corriente de lo que se ha denominado genéricamente como enfoque sistémico racionalista.

Cabe relevar que la implementación de la política en salud materna es una interacción donde convergen actores con decisiones propias pero con un propósito común, con la incertidumbre acerca de si la política implementada será efectiva y que alcanzará los resultados esperados.

En este sentido, Pressman y Wildavsky (1973) estudian la implementación de un programa público, relativo al desarrollo económico de una localidad, y concluyen la necesidad de que la implementación cuente con un sistema de control y comunicaciones de arriba hacia abajo, pues se reduce de este modo generar promesas de las instancias directivas que no se ajustan a las condiciones existentes y, por tanto, se arriesga su viabilidad. Se requiere entonces una buena cadena de órdenes y la capacidad de coordinar y controlar las acciones de implementación. A este respecto, Hood (1976) plantea cinco condiciones de la implementación perfecta, la cual sería producto de una organización unitaria de tipo militar con líneas de autoridad claras, respeto de normas y objetivos explícitos, las personas hacen lo que se les dice y solicita, existe una comunicación perfecta dentro y entre las unidades de la organización y no hay presiones de

tiempo. Visto de este modo, el modelo racional se corresponde con un planteamiento prescriptivo al estilo taylorista y de la Administración Científica, en la que el papel de los actores no aparece como relevante en la consecución de las metas.

La principal crítica al modelo de control racional viene de la corriente que se ha denominado modelo bottom up o desde abajo hacia arriba. Este modelo supone que los actores sociales son eslabones de una cadena de órdenes sin autoría e intereses. Elmore (1978 y 1979) denomina a este anterior planteamiento como mapeo progresivo y propone que la implementación de una política pública debe responder a un mapeo regresivo, es decir, partir revisando la política desde el momento en que el ciudadano la recibe (o el burócrata la entrega), pues aquí se debe reconocer que el éxito de la política depende del comportamiento y de los actores; este es el modelo de abajo hacia arriba. “El modelo de abajo hacia arriba considera que los procesos implican la negociación y la construcción de consensos, que a su vez implican dos contextos o entornos: las aptitudes gerenciales y las culturas de las organizaciones que participan en la implementación de las políticas públicas (...) así como el mentor no político en el que deben funcionar” (Parsons, Políticas Públicas. Una Introducción a la Teoría y la Práctica, 2007, pág. 489). Los modelos de abajo hacia arriba enfatizan el rol que los profesionales o actores de trato directo con los ciudadanos, tienen en el éxito de la política pública, pues la aplican con discrecionalidad.

Si bien estas críticas son pertinentes, la forma actual de implementación de políticas transcurre bajo la lógica sistémica racionalista más arriba descrita. Es desde esta perspectiva que se han venido diseñado las políticas públicas de corte nacional, por lo que cualquier aproximación que pretenda describir un fenómeno de estas características, debe también hacerse cargo de estas categorías aun cuando sea para desde allí proponer ajustes y/o reestructuraciones.

En este sentido, en materia de implementación de política, ha sido central entender que la interacción que se da entre distintas organizaciones es el resultado de las relaciones de poder en que algunas pueden inducir a otras a actuar de determinada manera. Una forma en que se representa esta situación es cuando una organización, con limitado poder, interactúa con otra, con mayor poder, y la primera deberá actuar y comportarse conforme a los lineamientos de aquella que posee poder, pues esto le permite asegurar su intereses y mantener su margen de acción relativo. Esta categoría se denomina de Dominio – Dependencia.

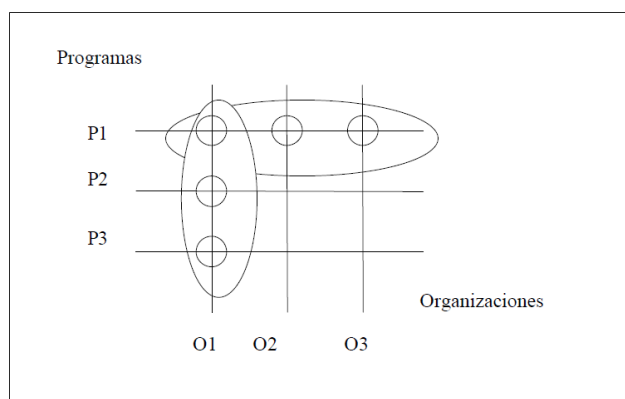
Por otra parte, si se considera una visión que incorpore el intercambio organizacional, se tiene que las organizaciones interactúan entre sí para intercambiar aquello que les reporta beneficio mutuo, es decir, ejercen voluntariamente su libertad para vincularse y alcanzar sus objetivos. Se añade a esta argumentación el hecho de que, así como una agencia puede depender de un centro, también ocurre que el centro dependa de la agencia; de este modo, se señala que “si bien la parte aparentemente dominante puede ejercer la autoridad jerárquica o controlar los recursos monetarios, al mismo tiempo puede depender totalmente de los conocimientos especializados, los contactos propios del clientelismo y la información a la que sólo tienen acceso los subordinados...” (Sharif, 1978; pág. 359; en Parsons 2007; pág. 503).

En este sentido, Benson da cuenta de que, para llegar a comprender con mayor claridad cómo funcionan las redes interorganizacionales, es necesario considerar la red de intereses que se generan en determinada política pública y que se manifiestan como redes administrativas, redes de grupo de interés y ciertas reglas en base a las cuales se conforman estructuras (Benson 1975, 1977a, 1977b y 1982 en (Parsons, 2007).

Aplicando este análisis interorganizacional a las políticas públicas, y definiendo una mirada desde abajo hacia arriba (bottom up), se tiene que los programas sociales se implementan a través de colectivos organizacionales, es decir, en un programa pueden participar numerosos colectivos con distintas características (Nacional, público o privado, grande o pequeño, etc.) y que se distribuirán de determinada manera las posibilidades de implementación, ya sea en donde una misma organización se hace cargo de todos los programas o un programa es ejecutado por distintas organizaciones, con la consiguiente atomización de la gestión dada la cantidad de operadores que tienen incidencia en las decisiones.

En el Gráfico N° 1, se muestra la situación en la cual distintos colectivos organizacionales se hacen cargo de la implementación de un programa. P1, P2 y P3 representan 3 programas distintos y O1, O2 y O3 corresponden a tres organizaciones que se interesan en gestionar dichos programas. En el esquema, O1 se hace cargo de los tres programas y por ese mismo acto impide que O2 y O3 realicen aportes desde sus propias visiones, pero se facilita el control y la supervisión. Por otra parte, puede ocurrir que el programa 1 sea implementado por cada una de las 3 organizaciones, con la consecuente atomización de la gestión y las ingentes dificultades en el control y la supervisión de los compromisos.

Gráfico N° 1: Colectivos organizacionales



Fuente: Hern y Porter (1981; en Parsons 2007)

Este modelo permite comprender ciertas organizaciones especializadas dentro del aparato estatal que implementan políticas públicas sectoriales en las que la cooperación con otras organizaciones no aparece como organizacionalmente viable. Así también, el modelo permite visibilizar a otro tipo organizaciones del estado que implementan un mismo programa, produciéndose duplicidad de acciones. Este modelo facilita la descripción de los aspectos funcionales de los órganos que implementan las políticas, en este caso de salud.

1.1.1.- La implementación como gerenciamiento de estrategias: la gestión de operaciones y el control de gestión

Complementariamente a los modelos de implementación descritos hasta aquí, se incorporan en este estudio los aportes de Cortázar (2007), quien fundamenta su propuesta insertando una mirada gerencial a la implementación de política pública y sus aportes están bajo esa premisa de relación con esa visión.

Mintzberg (1995), menciona que toda actividad humana organizada plantea dos requisitos, a la vez fundamentales y opuestos: la división del trabajo en distintas tareas que deben desempeñarse y a la coordinación de las mismas. La estructura de la organización puede definirse simplemente como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en formas distintas, consiguiendo luego la coordinación de las mismas.

La coordinación, por su parte, presenta más complicaciones por el hecho de implicar más medios, que podríamos denominar mecanismos de coordinación, aunque cabe tener en cuenta que afecta tanto a la comunicación y al control como a la coordinación.

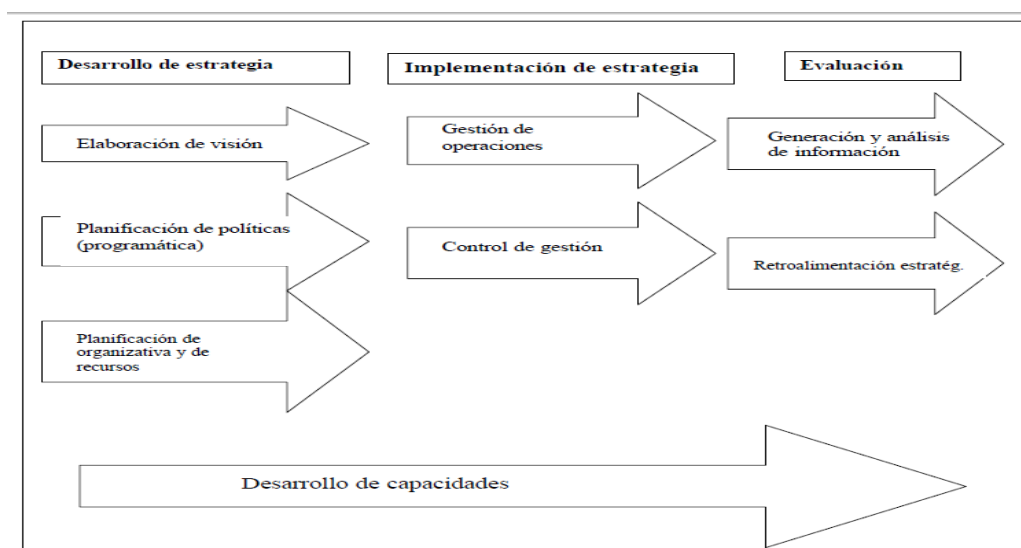
En este contexto de coordinación, se exponen cinco mecanismos de control que parecen explicar las formas fundamentales en que las organizaciones coordinan su trabajo: adaptación mutua, supervisión directa, normalización de los procesos de trabajo, normalización de los procesos de resultados, y normalización de las habilidades del trabajador. A éstos se los debería considerar como los elementos fundamentales de la estructura, como el aglutinante que mantiene unida la organización (Mintzberg, 1995).

Asimismo, no debería haber dificultades importantes que impidan el logro de las metas propuestas. Sin embargo, ya es reconocida la complejidad de las rutinas y actividades cotidianas que condicionan el éxito de la política, pero que suelen percibirse como ordinarias y poco relevantes.

Para establecer con claridad la importancia de la implementación en el desarrollo de una política, Cotazar (2007) señala que deben considerarse tres situaciones: No todo lo que ocurre en la implementación es derivación lógica del diseño; los problemas de implementación ponen en riesgo el éxito de la política; y, si el objetivo final de todo ejercicio estratégico es crear valor público, entonces la implantación exige también una mirada estratégica.

Si se reconoce el carácter estratégico de la implementación, ocurrirán dos cosas: por un lado, se abren oportunidades para agregar valor a la política y, por otro, se asume la posibilidad de que los actores se relacionen en función de distintos valores e intereses (Cortázar, 2007).

Gráfico N° 2: Visión funcional del proceso de gerencia



Fuente: Cortázar (2007)

En el gráfico N° 2 se presenta a la implementación de política como propia del gerenciamiento estratégico y se visualiza la relación que existe entre sus distintas etapas. A la base de este planteamiento está el detalle de las distintas acciones de cada momento y principalmente la necesidad de reconocer que el desarrollo de capacidades se da en cada una de ellas, es decir, es un acto transversal a la propia implementación. Para fines del presente estudio, se focaliza en la segunda etapa que es la implementación siendo fundamental garantizar el alcance de la política de salud materna, a través de la gestión de operaciones, orientando el trabajo de los implementadores hacia la obtención de resultados; privilegiando las reglas, la estructura funcional y los recursos disponibles, que sirvan como facilitadores en la mejora continua y asumiendo responsabilidades bajo el control de gestión.

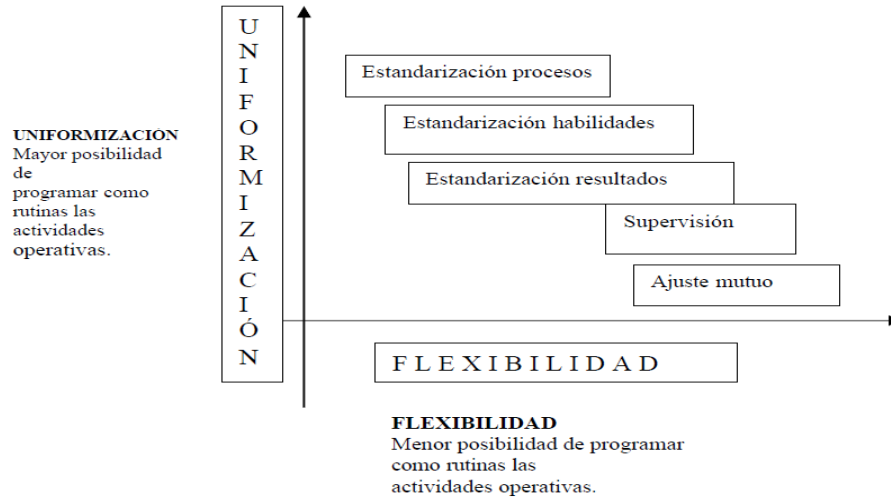
La gestión de las operaciones

Las operaciones las podemos concebir como el conjunto de actividades que transforman y aplican recursos (capital, materiales, tecnología, habilidades y conocimientos) para generar productos o servicios que, mediante dicho proceso, adquieren valor adicional (Liu; 2002); en (Cortázar, 2007, pág. 16). Las rutinas de las organizaciones son necesarias para que se generen operaciones que permitan alcanzar las metas; suele darse escasa relevancia a las rutinas en estas materias, pero su centralidad es manifiesta al estructurar las acciones organizacionales para entregar bienes y servicios. Cortazar (2007) define las rutinas como “patrones que establecen un repertorio limitado de comportamientos que permiten a los individuos y grupos poner reiteradas veces en movimiento una secuencia fluida de acciones, mediante la cual se espera generar los resultados esperados” (pág. 18). Sin embargo, es necesario reconocer que la gestión de operaciones, por la vía de las rutinas, tiene espacios de deliberación, reflexión y de flexibilidad que exige coordinarse con otras organizaciones para asegurar el cumplimiento de la política y las posibilidades de innovación de los conocimientos y de las tecnologías de la organización.

Surge la inquietud entonces por establecer la incidencia de las rutinas en las estructuras de las organizaciones; la respuesta dependerá de la especialización del trabajo y de la coordinación entre las labores especializadas, considerando el entorno interno como externo de la organización, para interrelacionar con la población y vincular los objetivos con las actividades encaminadas a mejorar la salud materna. Para ello se recrea la propuesta de cinco tipos de estructura organizacional de Mintzberg (Cortázar, 2007, pág. 23) que surge a partir de las posibilidades de coordinación de las actividades especializadas. En el eje de las ordenadas se presenta la variable de Uniformización (mayor posibilidad de programar como rutinas las actividades operativas) y en el eje de las abscisas la Flexibilidad (menor posibilidad de programar como rutinas las actividades operativas).

Ordenando las estructuras organizacionales de mayor uniformización a mayor flexibilización se tienen: estandarización de procesos, estandarización de habilidades, estandarización de resultados, supervisión y ajuste mutuo. En consecuencia, cuando las rutinas pueden ser programadas, las estructuras de la organización serán más estandarizadas; por el contrario, cuando las rutinas son impredecibles las estructuras organizacionales serán más flexibles al punto de llegar a la supervisión o el ajuste mutuo. El gráfico siguiente da cuenta de esta situación:

Gráfico N° 3: Rutinas, formas de coordinación y estructuras organizativas



Fuente: Cortázar (2007)

La identificación acerca de la posibilidad de programar como rutinas las acciones de implementación de una política pública, lleva necesariamente implícitas las estructuras organizacionales que le pueden ser asociadas. En este sentido, es posible transitar secuencialmente desde estructuras en las que por alguna razón no es posible estandarizar sus acciones y, por tanto, el control radica en el mutuo acuerdo de las acciones esperadas. Cuando se logra algún tipo de exigencia más concreta hacia el implementador, se puede generar un procedimiento de supervisión que objetive sus resultados. Un tercer nivel, dice relación con la posibilidad de que se definan los resultados esperados y que se solicite al implementador cumplir con esos resultados. En el siguiente nivel, y junto con definir los resultados esperados, se agregan las habilidades técnicas necesarias para alcanzar satisfactoriamente esos resultados. Finalmente, se ha podido establecer los procesos bajo los cuales se espera que el implementador logre llevar a delante la política; en este caso, habrá un extenso desarrollo de acciones comprometidas y en espera de ser realizadas. La descripción anterior va desde instancias con menor posibilidad de programar como rutinas las acciones cotidianas hasta aquellas en que sí es posible realizar esa programación con certeza.

Control de gestión

El control de gestión permite que los gerentes mantengan o modifiquen el rumbo de las actividades operativas; se procura que mantengan la alineación con la estrategia que oriente a la organización. Para lograr este objetivo, los gerentes disponen de cuatro tipos de acciones y en cada una de ellas controlará la gestión de manera distinta: impulsar la búsqueda de nuevas oportunidades, evitar que dicha búsqueda se disperse en áreas poco prometedoras o riesgosas, promover la obtención de los objetivos y resultados proyectados y, finalmente, estimular la emergencia de nuevas estrategias (Simons, 1995).

Gráfico N° 4: Sistemas de control de la estrategia



Fuente: Simons (1995).

Como muestra el gráfico N° 4, para cada una de estas acciones, Simons (1995) plantea la existencia de distintos tipos de sistemas de control, es decir: “rutinas formales, basadas en información, que utilizan los gerentes para mantener o alterar los patrones de actividad organizacional” (Simons, 1995, pág. 5). Mediante cada uno de ellos los gerentes pueden actuar sobre los valores centrales de la organización, los riesgos estratégicos a evitar, el desempeño operativo y la incertidumbre respecto del futuro.

Interesa, en esta parte, resaltar la utilización de control de diagnóstico, para el análisis de los procesos de implementación en salud materna, pues los gerentes usan la información inicial para compararla con los logros alcanzados. Sin embargo, en el caso de aquellas actividades que no pueden ser programadas como rutinas, se complicará la evaluación a raíz de la ambigüedad interpretativa que afecta la gestión operativa. En este sentido Noordegraaf y Abma citados por Cortázar (2007, pág. 27) señalan que cuando no es posible programar actividades como rutinas “se deben hacer mediciones procesuales, multidimensionales y capaces de incorporar las visiones e intereses de los distintos actores involucrados, en lo que denominan un ejercicio de evaluación pluralista”. Una forma de salvar esta situación dice relación con impulsar la evaluación con criterios de calidad, pues de esta manera se fija un estándar relacionado con el cumplimiento de especificaciones que permitan satisfacer las necesidades de los usuarios.

Volviendo a los cuatros tipos de acciones de control, se tiene que los gerentes disponen entonces de fuerzas contrapuestas: las de tipo positivas e inspiradoras (sistemas de creencias y sistemas de control interactivo) y las de tipo restrictivo o de acatamiento (los sistemas limitantes y los sistemas de control diagnóstico).

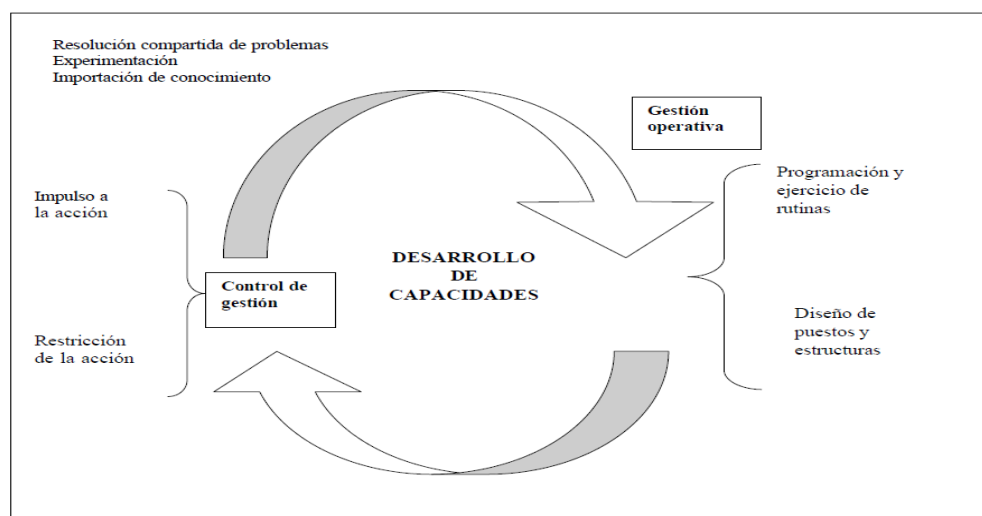
1.1.2.- Desarrollo de capacidades de implementación

Las organizaciones, junto con gestionar las operaciones y controlar la gestión en la aplicación de la estrategia definida, deben desarrollar nuevas capacidades para implementar estrategias distintas (Leonard-Barton, 1995). Las capacidades se constituyen por cuatro dimensiones

interrelacionadas: habilidades individuales que permiten la ejecución de secuencias (rutinas), sistemas técnicos que están inmerso en los procedimientos sistemas de información y en tecnologías, sistemas gerenciales donde se movilizan recursos y conocimiento y, finalmente, valores que determinan las habilidades y conocimientos que serán valiosos y legítimos en la organización. Los conocimientos y habilidades interiorizados por los individuos son los que permiten la ejecución fluida de la secuencia de actividades en las que –como se ha visto– consiste una rutina. En la medida en que las habilidades se basan en conocimientos tácitos, no son fáciles de transmitir ni de reproducir. Pero el conocimiento no sólo se acumula en las personas, sino también en los sistemas técnicos (procedimientos, sistemas de información, tecnologías) que utiliza la organización.

No obstante, existe la claridad de que durante el ejercicio iterativo de las rutinas, los operadores de política van a adaptar las rutinas a su realidad particular; ya sea ampliando, reduciendo o generando nuevas rutinas que aseguren el logro de las metas de la política y las suyas propias. Las organizaciones tienen la posibilidad de generar aprendizajes que les permitan desarrollar nuevas capacidades, sea por la propia experiencia o por la de otras organizaciones conocidas. Esto requiere generar condiciones favorables como la aceptación del error (Koch, 2011) .

Gráfico N° 5: Funciones y actividades de la implementación de estrategias



Fuente: Cortázar (2007)

En el gráfico N° 5 da cuenta de que el desarrollo de las capacidades es un esfuerzo que se realiza permanentemente, tanto en la gestión operativa como en el control de la gestión. A su vez, la gestión operativa está condicionada por la posibilidad de programar y ejercitar rutinas y por la factibilidad de diseñar puestos y estructuras. Con relación al control de gestión, se presentan dos fuerzas contrapuestas, por una parte, las fuerzas que impulsan la acción y, por otra, las que la restringen.

Es así, que la implementación de la estrategia avance adecuadamente, las actividades de gestión operativa y de control de gestión no sólo deben cumplir con sus funciones específicas, sino también contribuir decididamente al desarrollo de capacidades. De lo contrario, la organización perderá impulso y sus capacidades se cristalizarán en obstáculos que le impedirán seguir creando valor. Los gerentes tienen la responsabilidad de identificar, implantar, nutrir y fortalecer aquellas actividades que crean capacidades y evitan que estas se conviertan en rigidez (Cortázar, 2007).

Propiamente en la implementación de la política de salud materna, las estrategias junto con las actividades deben articularse y hacer sinergia entre la gestión operativa y el control de gestión, para maximizar esfuerzos en el logro del objetivo común, que es disminuir la mortalidad materna, para ello los gerentes de salud deben garantizar los medios necesarios para el desarrollo del proceso.

1.1.3.- Desafíos de la gestión en la implementación de políticas públicas

Los desafíos que enfrentan las instituciones modernas están originados en numerosos problemas que requieren varias soluciones. No hay un sólo instrumento que mejore automáticamente la gestión, se requiere más bien de una serie de instrumentos que, en conjunto, apunten a solucionar las dificultades que enfrenta cada organización.

Haciendo una revisión del estado del arte en la ciencia de las organizaciones, Pizza (1990) identifica cuatro desafíos fundamentales de los que se han ocupado diversos autores.

El primer recurso de toda organización es el humano. Para conseguir conducir voluntades es necesario conocerlas, entender los intereses y decodificar las motivaciones de los actores. Max Weber distinguía dos tipos de acciones racionales: orientadas por fines y orientadas por valores (Weber, 1986). Las primeras buscan resultados que son o pueden ser calculados, generan la razón instrumental y son el fundamento de la organización burocrática. La segunda no tiene “finalidad”, no calcula resultados ni beneficios, no son fáciles de evaluar por un gerente. Estas acciones substantivas se relacionan más con la denominación tradicional y se vinculan con organizaciones de tipo patrimonialista. Weber veía que las primeras crecían sobre las segundas y por lo tanto vaticinó un futuro insosteniblemente burocratizado. Usaba la metáfora de la “jaula de Hierro”. La teoría de las organizaciones plantea que los hombres se guían por los dos tipos de acciones y esa es una de las fallas de las organizaciones centradas en postulados burocráticos: no tienen en cuenta que los intereses de los individuos se pueden oponer a los fines de la organización. Este es un motivo por el cual las ciencias del management, es decir de la gestión se diferencian de la administración. Se administran recursos mientras que se gestionan, o mejor dicho se conducen, personas.

En relación a las funciones de las organizaciones sabemos que este es un requisito para que existan. Ninguna empresa existe para generar rentabilidad, es algo que consiguen mientras desempeñan una función útil para la sociedad en su conjunto. Mientras generan algún tipo de valor. La clave es identificar y formular con precisión cual es esa misión que la organización asume en el mundo. Porque el día en que la empresa o la organización deja de cumplir esa misión desaparece.

El tercer problema es el de evaluación y el de control de gestión. Una vez que tenemos claro que funciones debemos cumplir, como sabemos si vamos bien o mal, si estamos alcanzando los objetivos (eficacia), si estamos utilizando bien los recursos (eficiencia), si estamos generando resultados útiles a la sociedad (efectividad). Aquí hay dos desafíos.

Primero evaluar es comparar con algo. Una evaluación objetiva requiere de estándares, de normas, de patrones objetivos para comparar lo que estoy haciendo en mi institución con esos patrones. El segundo desafío en el diseño de instrumento de control de gestión es que si se pone mucho énfasis en eliminar la subjetividad en la evaluación se puede perder la perspectiva crítica de lo que se está haciendo es decir se puede estar haciendo bien lo inadecuado.

El cuarto problema consiste en alinear la misión de la institución con los intereses de las personas. La organización solo se vertebra cuando esto se consigue. La misión define el significado de la institución, establece el sentido y la dirección hacia donde esta avanza.

1.1.4.- Nuevos desafíos de la gestión en la implementación de políticas públicas

Los nuevos desafíos de la gestión aparecen como la construcción de certezas en un contexto de turbulencias y máxima incertidumbre. Tales certezas son definiciones que la organización debe brindar a sus colaboradores, a sus usuarios y a sus proveedores.

Durante las dos últimas décadas la definición del problema de las organizaciones se ha venido desplazando cada vez más rápidamente. Las teorías de las organizaciones no sólo han evolucionado sino que también se han humanizado. El factor humano es cada vez más reconocido como el centro de cualquier organización. Sin embargo, sabemos aún muy poco de cómo acumular ese capital humano dentro de la organización.

Hasta hace unos veinte años la mayoría de las organizaciones continuaban con esquemas mecanicistas desde los cuales la resolución de problemas debía centralizarse en un núcleo reducido y el resto de los miembros de la organización funcionará como engranaje. Es decir el trabajo era una actividad acrítica, estable y rutinaria. En los ochenta se inicia una carrera por la calidad que fue avanzando por diferentes caminos –primero el control, luego la garantía- y finalmente condujo a describir que en última instancia se trata de un problema de recursos humanos.

En conclusión, surge en la actualidad un nuevo desafío de gestión que adquiere cada vez un papel más importante dentro de las organizaciones: el de la gestión del conocimiento.

En este contexto es comprensible que la teoría de las decisiones busque enfoques que permitan resolver problemas menos estructurados y no cuantificables. Los notables progresos de la informática brindan nuevas posibilidades que permiten alcanzar en la resolución de problemas. A su vez, algunos avances tanto de las ciencias fácticas como de disciplinas sociales constituyen factores facilitadores que apoyen el análisis decisionales.

Sin embargo, si buscamos listar los desafíos actuales de la gestión institucional tendremos que reconocer que no todos ellos revisten el mismo nivel de importancia. Hay desafíos más propios de la gestión y otros más propios de la administración. Desafíos más estratégicos –que parten de considerar a la organización como la resultante de un conjunto de voluntades- y otros más mecánicos –que parten de considerar a la organización como la resultante de un conjunto de engranajes-.

Podemos postular que los desafíos de la gestión institucional se resumen en tres grandes cuestiones: el desafío del ser, el desafío del hacer y el desafío del estar. El primero se trata básicamente de definir con precisión la misión a ser alcanzada por la institución. El segundo de encontrar las funciones y acciones adecuadas que deben ser desplegadas para alcanzar esa misión. El tercero es el punto de apoyo sobre el que se desarrollan las acciones. Involucra un modelo de división del trabajo (estructura), una cultura interna y en especial la articulación con un ambiente externo con competidores y eventuales aliados.

A la luz de lo descrito, para lograr el cumplimiento del proceso de implementación de la política, en este caso de salud materna, es necesario que se encuentren articulados los tres desafíos de la gestión, esto es contar con una misión que ayude a orientar el proceso de implementación,

articular las diferentes acciones a desplegar y poder lograr los objetivos enmarcadas en la misión y, finalmente apoyarse en la cultura de la organización para concretar las acciones planificadas, para de esta forma avanzar hacia el logro de los objetivos que busca la implementación en materia de reducción de MM.

2.- La salud materna como política pública

2.1.- Política en salud

La política sanitaria es definida como la forma de gobierno mediante la cual se rige la sociedad, se regula, para la búsqueda del bien común en relación con la salud de los ciudadanos, no sólo se ocupa de la justicia distributiva, sino que también trata de maximizar la salud de toda la población. Para ello, se distinguen tres objetivos en política sanitaria que deben ser ponderados: maximizar la salud, reducir las desigualdades en salud y favorecer a aquellos que lo necesitan, pues trata de racionalizar para aumentar la calidad de vida y la eficiencia, teniendo como referentes fundamentales la equidad y la ética, en el marco del contrato social de los profesionales, los gestores y los políticos sanitarios (Gérvas & Pérez, 2011).

Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental (OPS, 2007, pág. 315).

En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia de la estructura del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación. La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la gestión pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas.

Finalmente, no existen recetas universales para las políticas, y en realidad tampoco una buena decisión garantiza un buen resultado. Más aún, la calidad de las políticas de salud y la viabilidad de cambios en el sistema de salud orientados hacia una mayor equidad están limitadas por la historia, la cultura, la política, la economía y los fundamentos sociales de los contextos en los que se aplican. Casi todos los aspectos de la política económica y social influyen sobre las condiciones de salud, y por ende sobre las disparidades en salud. Una mayor armonización entre las políticas de salud y de desarrollo social orientadas hacia una mayor equidad, y que también consideren los temas de efectividad y responsabilidad, es alentadora.

2.1.1.- Gestión en salud: El componente estructural de la política de salud

Las particularidades de la gestión en salud se desprenden básicamente de las formas en que las personas buscan cuidados de salud (es decir la demanda) y de la lógica que las organizaciones (básicamente servicios de salud) siguen para proveer dichos cuidados.

La medicina no se integra de forma completa al mundo de los negocios. La medicina desempeña un rol particular en la sociedad que no comparten íntegramente con aquello que ha sido denominado “industria de la atención médica”; por lo tanto, la medicina tiene un enfoque social.

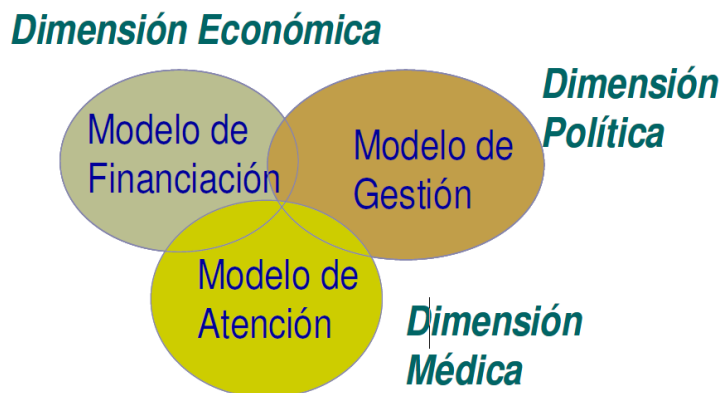
Ese rol especial puede ser definido al menos a través de tres dimensiones. En primer lugar, cuando una persona percibe algún problema de salud no acude a la medicina empresarial sino a la “medicina”. En segundo lugar, los gobiernos no delegan la responsabilidad por la habilitación y acreditación profesional a la industria de la atención médica sino a la profesión médica. Por último, la industria de la atención médica, donde la medicina siempre ha señalado el camino y la organización empresarial no ha hecho más que seguirlo (Studin, 2000).

En síntesis, la problemática de la gestión en salud causa una tensión entre dos formas de pensar, por un lado el de la medicina y por el otro el de la gestión o administración de la organización. Se plantea a continuación dos distinciones conceptuales que permiten identificar con mayor precisión las particularidades de la gestión en salud. Se trata, en primer lugar, de una distinción de orden y en segundo lugar de una distinción de grado. La primera involucra identificar tres componentes diferentes de todo servicio o sistemas de salud, cada uno de los cuales circunscribe decisiones específicas. La segunda distingue tres niveles de decisión en la gestión de salud.

2.1.2.- Componentes de un sistema de salud

Se pueden distinguir tres componentes de un servicio de salud: político, económico y técnico. Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares, a cuestiones específicas. Sin embargo, existen también problemas comunes como el conjunto de combinaciones. De esta manera se puede pensar a los servicios de salud como al conjunto de combinaciones que admite la interacción de tres conjuntos: a) uno político, al que llamamos modelo de gestión, b) uno económico, al que llamamos modelo financiero, c) uno técnico, al que llamamos modelo de atención o modelo asistencial.

Gráfico N° 6: Componentes de un sistema de salud



Fuente: Otún (1996)

Respecto a lo planteado por Otún, los servicios de salud deben ser capaces de garantizar la articulación de las tres dimensiones, esta articulación facilitará el proceso de implementación de las políticas en salud materna en el sentido de tener un objetivo común, encarando desde las diferentes dimensiones, para así contar con un trabajo articulado y encaminado en la misma dirección cual es minimizar las MM.

2.1.3.- Niveles de gestión en salud

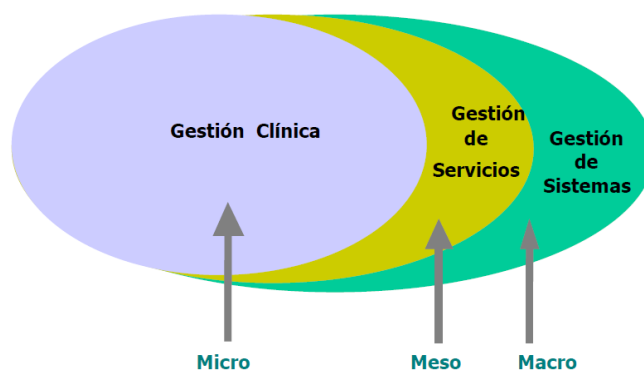
Rubio (1996) ha formulado una taxonomía que distingue tres niveles de gestión en salud:

Un nivel de **macrogestión**, en la gestión de la política de salud que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social a través de: primero, la regulación de estilos de vida, medio ambiente, tecnología, recursos humanos, y servicios sanitarios; segundo, la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos; tercero, la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.

Un ambiente de **mesogestión** o gestión institucional que involucra centros, hospitales, aseguradoras y otros establecimientos de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.

Un ambiente **microgestión** o gestión clínica donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector salud es que el médico es responsable por la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestiona: coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo (Ortún, 1996).

Gráfico N° 7: Niveles de gestión en salud



Fuente: Otún (1996)

Finalmente, las particularidades propias que tiene el sistema de salud, desde sus diferentes componentes y niveles de gestión, hacen que la implementación de las políticas de salud materna, tenga desafíos frecuentes como la coordinación, negociación, etc, imposibilitando muchas veces lograr los objetivos planificados. Es justamente aquí donde la gestión adquiere importancia, al articular diferentes actores que poseen diferentes intereses. Así pues, las estrategias emanadas de

la gestión deben ser capaces de sortear los diferentes obstáculos, y también articularse sinérgicamente para concretar los planes en acciones que vayan en beneficio de la población.

2.2.- Política en salud materna

A pesar de los avances logrados en los años posteriores a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, el impacto de las acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva (SSR) a juicio de la OPS (2007), es muy débil. Esto se debe a que no se ha resuelto cómo disminuir la brecha de inequidad, ni cómo dar apoyo a los países, a sus líderes y a la comunidad para cambiar las disparidades en información y servicios, con el fin de obtener mejores resultados en la distribución de bienes de salud. Al considerar la salud sexual y reproductiva, la Conferencia Internacional se ha pronunciado sobre varios aspectos clave. Primero, todos los individuos tienen derecho a un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones o procesos. La salud reproductiva, por lo tanto, implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad para reproducirse y la libertad de decidir si se reproducen, cuándo y con qué frecuencia. Lo anterior conlleva el derecho de hombres y mujeres a la información y al acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos, aceptables y asequibles financieramente; el derecho a servicios de salud de calidad para la atención del embarazo, el parto y el recién nacido; el derecho a servicios de atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida, y a la prevención del cáncer del sistema reproductivo, de discapacidades generadas en el climaterio, y de la violencia sexual (OPS, 2007).

Así pues, las políticas públicas de salud sexual y reproductiva están dirigidas hacia la reducción de los decesos maternos que deben ser diseñadas en conjunto con otras políticas que busquen reducir y eliminar las desigualdades, así como los obstáculos institucionales y estructurales diversos (CEPAL, OPS-OMS, UNICEF, UNFPA, & UNIFEM, 2009).

Al mismo tiempo, se reconoce que la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad materna son prevenibles, y que la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles suponen un problema de salud, desarrollo y derechos humanos que también exige la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a ser libres para buscar, recibir y difundir información, a gozar de los beneficios del progreso científico, a estar a salvo de la discriminación y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva; por lo que es relevante que los Estados renueven su compromiso político de eliminar la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles en los planos local, nacional, regional e internacional y que redoblen sus esfuerzos por lograr el cumplimiento pleno y efectivo de sus obligaciones en materia de derechos humanos (Naciones Unidas, 2000).

3.- El problema de la mortalidad materna

La Mortalidad Materna representa un grave problema de salud pública y de derechos humanos. Sus causas son evitables y es la máxima expresión de inequidad e injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas, pues son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio, al carecer de poder de decisión, aún en el seno de sus propias familias (OMS, 2002).

La OMS lo define como la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, 2008).

Mientras tanto, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), citado por Moreno (2003); define a la mortalidad materna, como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días de terminación del embarazo y por cualquier causa asociada o agravada por el embarazo mismo o su manejo; pero no por causa accidental o incidental. Cuando el fallecimiento ocurre después de los 42 días la complicación fatal se debe haber iniciado dentro de este intervalo.

El indicador utilizado para medir la mortalidad materna, es la razón de mortalidad materna la cual ha sido definida por un acuerdo internacional como el número de muertes maternas en un año por 100 mil nacidos vivos. La tasa expresa el número de muertes maternas en un año por 100 mil mujeres en edad reproductiva (15-49 años), sin embargo convencionalmente a esta primera la denominamos tasa (OPS, 2006).

Entre los factores vinculados con las complicaciones del embarazo y el parto se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y un componente exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida (OMS, UNFPA, UNICEF, & Banco Mundial, 1999). La reducción de la mortalidad materna depende en gran parte de la existencia de establecimientos de salud que funcionen de manera efectiva. La pérdida de la vida de una mujer en el parto es, en última instancia, el mayor fracaso del sistema de salud. Este fracaso, que se repite a razón de uno por minuto en el mundo en desarrollo, causa irrevocables pérdidas y viola el derecho de la mujer a la vida (UNFPA, 2004b).

Según INAPSA (1997) para disminuir la mortalidad materna es necesario un fortalecimiento adecuado de los sistemas de salud, que se cuente con los recursos necesarios para la atención de las pacientes obstétricas graves y la coordinación adecuada entre las autoridades de las instituciones de salud y los prestadores del servicio, para dar una atención oportuna y adecuada (INAPSA, 1997). Es necesario sin embargo, la intervención interdisciplinaria (políticos, autoridades gubernamentales, educativas, de instituciones de salud, etcétera) para lograr reducir la pobreza extrema, alcanzar una educación primaria universal, nacimientos asistidos por personal profesional, acceso a servicios de salud de calidad, planificación familiar al alcance de todos y mejorar la condición social de la mujer a través del esfuerzo conjunto (OMS, UNICEF, & FNUAP, 2003) (OPS/OMS, 2004)

3.1.- Contexto mundial y latinoamericano de la mortalidad materna

La mortalidad materna (MM) es un problema multifactorial de salud pública que ha motivado a las regiones del mundo a reaccionar ante esta tragedia. Cabe destacar que la mortalidad materna ha sido reconocida como un indicador sanitario que permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso, encontrándose más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afectan a las poblaciones (CEPAL, 2005). De la misma manera, es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que

cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Además, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas lo que indicaría la existencia de inequidades asociadas a la ruralidad del país (OPS/OMS, 2007).

A partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) llevada a cabo en septiembre de 1978 y denominada Alma Ata, se reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, se reconoce también la relación entre salud y desarrollo, el derecho y el deber que tiene el pueblo de participar en la planificación y aplicación de la atención en salud, y finalmente se llama a la acción urgente de los gobiernos, el personal de salud y de la comunidad mundial a sumarse a la APS para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

Por su parte, en septiembre del año 2000, 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas, de los cuales 147 estaban representados por Jefes de Estado y de Gobierno, firmaron un nuevo compromiso mundial para el desarrollo, cuya expresión política quedó reflejada en la Declaración del Milenio (Faneite, 2008). Esta declaración, en materia de salud, adhirió a los planteamientos expresados antes por Alma Ata, lo que a su vez derivó en que los estados miembros, entre otras cosas, se comprometieran a reducir significativamente la MM entre los años 2000 y 2015. De esta declaración participaron todos estados latinoamericanos miembros de las Naciones Unidas.

No obstante, ha pasado más de una década de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las metas que los acompañan. Durante este tiempo, en la región se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la mortalidad materna, focalizado en el ODM 5: “mejorar la salud materna”. En este contexto, si bien, ha habido una notable reducción del número de muertes maternas (desde las 543.000 que se produjeron en 1990 hasta las 287.000 de 2010, según las estimaciones), el ritmo al que disminuye este guarismo está apenas un poco por encima de la mitad de lo que sería necesario para cumplir la meta correspondiente al ODM 5 (OMS, 2012). Entre 1990 y 2010, esta tasa cayó en el mundo a un ritmo del 3.1% anual, y a una cadencia inferior en las Regiones de África, de las Américas y del Mediterráneo Oriente (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, 2008). Al respecto, aproximadamente una cuarta parte de los países que registraban las mayores razones de mortalidad materna en 1990 (100 o más defunciones por cada 100.000 nacidos vivos) han registrado escasos avances en la mejora de los indicadores (OMS, 2012). En este contexto, para lograr el ODM, se debe de reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. A su vez, se necesita una Tasa Anual Media de Disminución (TAMD) del 5.5% (OMS, 2012).

En el gráfico N° 8 se muestran las cifras informadas a la OPS por los países de América Latina y Caribe alrededor del año 2005. Al respecto existen evidencias de que en esta región la muerte materna obedece sobre todo a causas obstétricas directas, como la hemorragia obstétrica¹ (20%), la toxemia² (22%), las complicaciones del puerperio³ (15%) y otras causas directas (17%). Las defunciones relacionadas con las complicaciones del aborto inseguro representan un porcentaje elevado que, por su alto subregistro, se estima en mucho más del 11% que figura en las estadísticas oficiales; el restante 15% es el resultado de otras causas (OMS, 2005). En este

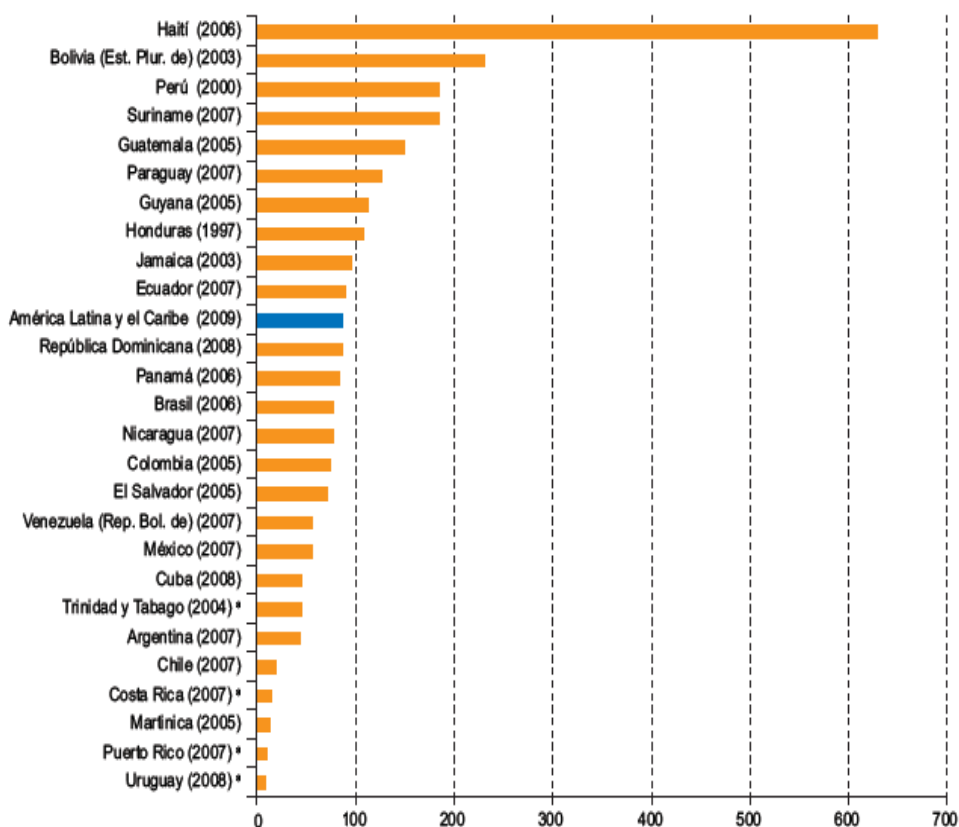
¹ Hemorragia obstétrica término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio, que puede aparecer por los genitales externos o bien, más peligrosamente, una hemorragia intraabdominal.

² Enfermedad propia del embarazo (último trimestre, en el parto o en el postparto inmediato), que se caracteriza por una hipertensión arterial severa, proteinuria, edemas, insuficiencia renal y convulsiones generalizadas tónico-clónicas, que pueden llevar a una situación de coma.

³ Período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno vuelvan a las condiciones pregestacionales.

contexto, el gráfico ilustra las grandes diferencias que existen entre los países de la región y los sustanciales avances observados en muchos de ellos.

Gráfico N° 8: América Latina y el Caribe: Razón de Mortalidad Materna por cada 10.000 Nacidos Vivos.



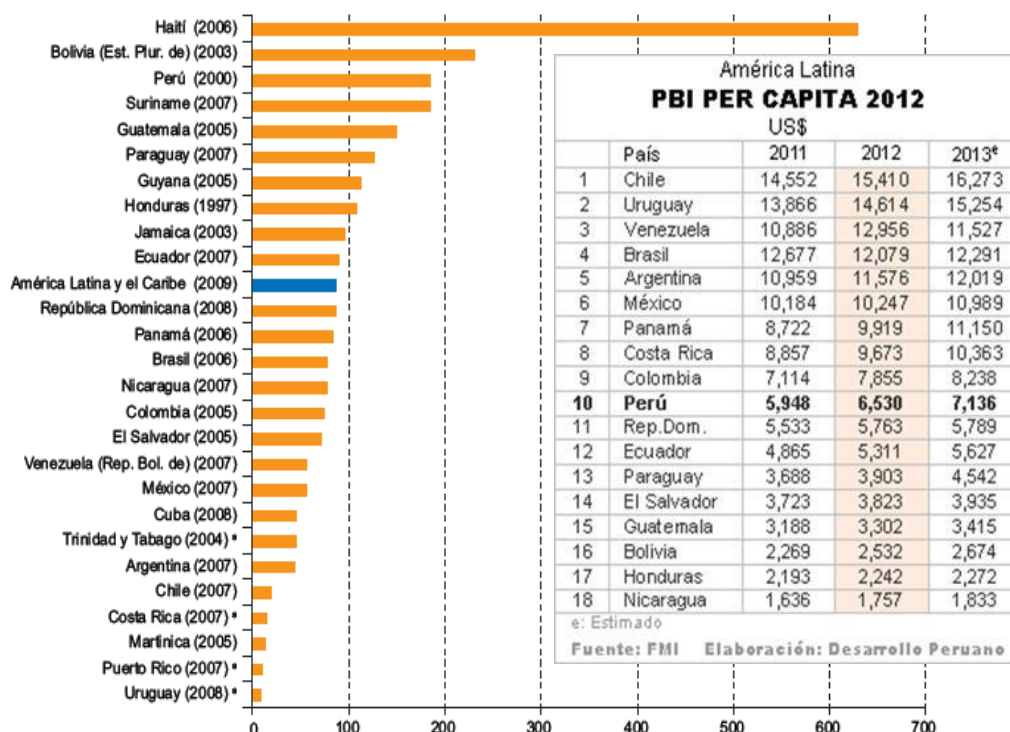
Fuente: Organización Panamericana de la Salud –OPS (2007)

En el gráfico presentado se puede apreciar un primer grupo de países como Uruguay, Puerto Rico, Costa Rica y Chile, quienes tienen índices de MM menores de 20 encontrándose muy por debajo del promedio de la región; por otro lado, se observa países como República Dominicana, Panamá, Brasil, Nicaragua, Colombia, El Salvador, Venezuela, México, Argentina, entre otros, que se encuentran por debajo del promedio de la región, pero con tasas aceptables comparadas con el promedio Latinoamericano. Asimismo, existen países que se encuentran por encima del promedio de la región como Ecuador, Jamaica, Honduras, Paraguay y Guatemala que superan las 100 MM por 10.000 NV; por otro lado se aprecia países como Suriman, Perú y Bolivia, quienes tienen tasas de MM por encima de 150 en relación al resto del grupo de países y del mismo promedio de la región, finalmente el país que muestra los peores índices de la región es Haití, siendo el único país que alcanza cifras inaceptables y superando las 600 MM por 10.000 NV. En suma, se aprecian dos grupos de países en situaciones opuestas en relación a la MM, unos con tasas cercanas a 10 y otros con tasas mayores a 150.

A partir de esta aproximación a la realidad de América Latina y el Caribe, surge la siguiente pregunta ¿qué han hecho distinto los países en materia de MM para que aparezcan en extremos opuestos de la gráfica? Dicho de otro modo, ¿por qué países relativamente similares en aspectos de desarrollo y población, muestran comportamientos tan disímiles en cuanto a MM se trata?

Al respecto, si observamos la gráfica N° 9 en que se integra a las estadísticas de MM el PIB per cápita de los países, vemos que países con similares ingresos se ubican en extremos opuestos del promedio para América Latina y el Caribe. Así por ejemplo, Colombia tiene un ingreso per cápita promedio similar al de Perú, pero sus cifras de MM difieren significativamente (Colombia: 60 MM por 10.000 y Perú: 185 MM por 10.000 NV)

Gráfico N° 9: América Latina y el Caribe: Razón de Mortalidad Materna por cada 10.000 Nacidos Vivos, comparado con PIB per cápita 2011, 2012, 2013.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud –OPS (2007) y FMI (2013)

En el capítulo siguiente se expone haciendo un abordaje metodológico de las preguntas planteadas, comparando el caso de dos países ubicados en los extremos opuestos de la gráfica: Perú y Chile. Lo anterior bajo el supuesto, fundado en la discusión teórica-conceptual del primer apartado, de que la implementación de la política pública, específicamente en su dimensión de gestión, es uno de los aspectos relevantes que explican la situación de la MM, desde una mirada de la implementación de la política materna (OMS, 2005).

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO: COMPARANDO LAS EXPERIENCIAS DE PERÚ Y CHILE

Los párrafos que finalizan el apartado anterior introducen a las preocupaciones centrales del presente estudio de caso, a saber, por qué países a priori similares no presentan las mismas cifras en cuanto a MM se refiere, y cuál es el rol que juega en este contexto la implementación de las políticas de salud, principalmente en su dimensión de gestión.

De la operacionalización de estos cuestionamientos emerge la pregunta central que intenta responder este estudio, es entonces, ¿Cuáles han sido las diferencias de la implantación de las políticas públicas en salud materna desde la dimensión de gestión?

Objetivos de estudio

Para responder a esta interrogante el estudio se propuso como objetivo general observar el proceso de implantación de la Política en Salud Materna durante el período 2000 a 2010, desde su dimensión de gestión, sus principales diferencias; y estableciendo propuestas de mejora para la implementación de la política materna. Para ello se propuso además determinar las diferencias del proceso de implementación de la política materna, desde su dimensión de gestión; describir las estrategias ejecutadas durante el proceso de implementación de la política materna; y, finalmente, generar propuestas de política pública que contribuyan a la mejora del proceso de implementación de la política materna desde su dimensión de gestión.

El estudio seleccionó dos casos de implementación de política materna en América Latina, utilizando como criterios generales el comportamiento de los casos en lo que se refiere a cifras de MM, en este sentido se buscaron casos opuestos en que uno tuviera una alta incidencia y el otro una baja incidencia de MM. Y por otra parte un criterio que obedece a aspectos de conveniencia, asociado principalmente a la disponibilidad de información en cuanto a política pública de salud y datos estadísticos de MM. De esta forma se seleccionaron los casos de la República de Perú y de la República Chile cuyas cifras y evolución de MM se presentan en el capítulo de resultados.

Elementos del diseño metodológico

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, en tanto se aproxima a identificar y determinar las diferencias de la implantación de la política en salud materna en los casos seleccionados. La tipología de estudio de caso, según el modelo desarrollado por Yin (1994), corresponde a un tipo “incrustado” en que se consideran múltiples unidades de análisis, como son los casos de la República de Perú y Chile.

La estrategia de comparación de ambos casos se centra en un modelo compuesto por varias dimensiones que dan cuenta de una dimensión mayor denominada procesos de implementación desde la dimensión de gestión. Si bien estos elementos fueron expuestos en la discusión teórica-conceptual a continuación se presentan más explícitamente en la tabla N° 1 y 2 que permite tener una visión de conjunto.

Tabla N° 1: Descripción de dimensiones

Macro Dimensión	Dimensiones	Descripción
Procesos de implementación desde la dimensión de gestión	Orientaciones generales de política	Parte del pasado, que repercute en determinada política pública y que se manifiestan en sus logros obtenidos.
	Diseño organizacional	La organización como estructura relevante para conseguir la misión institucional y que establece el sentido y la dirección hacia donde se está avanzado, además dota de elementos necesarios para el desarrollo de sus actividades y cumplimiento adecuado de sus funciones para lograr los objetivos propuestos y coadyuvar al funcionamiento institucional.
	Comunicación	Entendida como una buena cadena de órdenes con capacidad de coordinar y controlar acciones de implementación de la política pública.
	Recursos	Elementos que incursionan en el desarrollo e implementación de estrategias que permitan alcanzar objetivos mediante el trabajo profesional y ético, desarrollado en un entorno de aprendizaje con cumplimiento de metas y bienestar.
	Negociación	Capacidad de generar espacios adecuados impidiendo conflictos en el proceso implementación con ciertos grupos.
Innovación	Proceso de ir perfeccionando determinadas rutinas, para beneficio de una determinada población.	

Fuente: Elaboración propia, a partir de la revisión documental.

Asimismo, se plantea el mapa de análisis en un contexto general para dar cuenta de las variables y los tópicos que se abordaron en el proceso de estudio.

Tabla N° 2: Mapa de análisis

Macro Dimensión	Dimensiones	Variables	Tópicos
Procesos de implementación desde la dimensión de gestión	Orientaciones generales de política	Historia	Compromiso gubernamental.
			Reconocimiento constitucional del acceso universal en salud.
			Vinculación con los objetivos del milenio.
	Diseño organizacional	Cifras de MM	Reducción sostenida de la MM
			Estructura segmentado.
		Focalización de grupo vulnerable	Estructura fragmentado.
		Identificación de grupos vulnerables y con énfasis	

			en los pueblos indígenas
		Gestión en política materna	Focalización en APS. Focalización en aseguramientos universal.
	Comunicación	Intrasectorial	Alta burocratización.
			Sistema único de información.
		Intersectorial	Desarticulación institucional.
			Duplicidad de funciones.
		Fuente de información	Registro de datos confiables.
		Accesibilidad	Sistema de referencia y contrareferencia de atención y tratamiento.
	Comunicación sanitaria	Centradas en promoción y prevención.	
		Centrada en maternidad saludable y segura.	
	Recursos	Humanos	Sistema de capacitación.
			Sistema de apoyo a la gestión sanitaria.
			Incremento de personal obstétrico.
			Éxodo de profesionales de la salud.
			Emigración de personal calificado.
			Disponibilidad de personal capacitado en las regiones.
			Alta rotación de profesionales de la salud.
			Flexible laboral del personal de salud.
		Financieros	Subsistemas con diversas formas de financiamiento y prestaciones.
			Asignación de gasto a actividades de promoción y prevención.
			Financiamiento público reducido.
			Incremento progresivo de presupuesto asignado a la atención materna.
			Recursos para
			mantenimiento de

			infraestructura y reposición de equipos médicos en los establecimientos.
	Negociación	Intrasectorial	Promueve la concertación sectorial y también intersectorial.
			Resolución de conflictos laborales.
		Intersectorial	Esfuerzo con otros sectores, para ampliar la cobertura de atención prenatal y del parto institucional.
			Fortalecimiento de la promoción de salud en las Instituciones Educativas.
	Innovación	Tecnológica	Renovación de los equipos e intervenciones de soporte técnico informático.
			Creación de unidades u organizaciones dedicadas a la evaluación de las tecnologías de salud.
Implantación del sistema integrado de gestión administrativa.			
Sistema de información en salud con implementación de ficha clínica electrónica.			
Insumos y medicamentos		Programación de medicamentos e insumos estratégicos a nivel nacional.	
		Política Nacional de Medicamentos, enmarcada en el uso racional.	
Investigación		Sistema nacional de investigación en salud estructurado.	
Política		Innovación en salud materna, orientada al usuario.	

Fuente: Elaboración propia, a partir de la revisión documental.

La estrategia de levantamiento de datos para este estudio se realizó mediante la revisión documental, seleccionando documentos oficiales de los Ministerios de Salud de ambos países;

asimismo documentos que presentaban una mirada general del proceso de implementación de la política en salud de organizaciones internacionales como la OPS, OMS, CEPAL, entre otros, que abordan el tema de salud materna, haciendo hincapié en las diferencias que muestran los países de la región (ver Anexo C).

El instrumento de recolección de datos que se empleó en el estudio fue la matriz documental, la cual se deriva de la tabla anterior agregando a cada dimensión una o más variables que permitieron medir y/o acceder a aspecto específico de cada caso seleccionado (ver anexo B).

Los documentos seleccionados fueron en base a un muestreo intencionado por criterios. Los criterios de elección documentaria se apoyan en reportes e informes de expertos e instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es un organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Así mismo se utilizó documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud, desde 1949, de manera que forma parte igualmente del sistema de las Naciones Unidas. También se incluirán en el análisis documentos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) es el organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social de la región; estos documentos permitieron dar un enfoque general a la luz de la implementación de la política en salud. Por último, se seleccionaron informes de los Ministerios de Salud de cada país en estudio.

Una vez recolectada la información se analizó a través de la técnica de análisis de contenido, lo cual consiste en un método de observación, el que permitió realizar observaciones sobre conjuntos de información, con miras a producir resultados en distintos niveles de profundidad de acuerdo a la construcción e intención de las propias dimensiones (Pérez Serrano, 2002, pág. 133).

Etapas en que se elabora el estudio

El estudio está separado en etapas cuatro etapas de desarrollo, de las cuales la primera consiste en la construcción del marco conceptual de referencia, mediante la revisión de la bibliografía especializada en temas de salud materna y de implementación de políticas públicas, para identificar las principales variables aplicables a la experiencia de implementación de las Políticas en Salud Materna en Chile y Perú. Una segunda etapa consiste en el levantamiento de los datos, mediante la revisión documental emitida por los organismos especializados y el análisis del contenido de los mismos. En la tercera etapa se realizó el análisis de resultados, donde se procedió a analizar la información disponible, derivada del levantamiento de los datos. Para ello, se agrupó la información en variables que se extrajeron de los marcos analíticos y se revisaron los contenidos de dicha información para reconocer allí las ideas fuerza que sustentan las argumentaciones trascendentes en cada variable. Finalmente se realizó un análisis conclusivo y de elaboración de recomendaciones en el marco del proceso de implementación de la política en salud materna.

Alcances y limitaciones de la revisión documental

Es necesario mencionar que los documentos analizados para el presente estudio tenían un enfoque general de la implementación de las políticas en salud, en sus diferentes ámbitos de acción tanto desde la etapa de perinatal hasta la adultez. Ello fue obstáculo para lograr una visión detallada de la política materna, dado que ésta no era abordada de forma específica. Por otro lado, la disponibilidad de documentos en los portales web de algunas instituciones no estaba actualizada, impidiendo tener acceso a fuentes documentales de mayor calidad.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados para cada uno de los dos casos analizados, Perú y Chile, de acuerdo a las seis dimensiones enunciadas en el capítulo anterior, a saber, la dimensión orientación general de la política, la dimensión de diseño organizacional, la dimensión de comunicación, la dimensión de recursos, la dimensión de negociación y por último la dimensión de innovación.

3.1.- Política pública en salud materna en la República de Perú

Dimensión orientaciones generales de política pública

Las políticas del sector salud y su implementación han tenido el propósito primordial de mejorar la salud materna en todo su ámbito territorial. Así pues, surgieron tres momentos importantes para formular y tomar las medidas correctivas, resaltando los periodos presidenciales de Alejandro Toledo Manrique y Alan García Pérez; el primero con el “Acuerdo Nacional” y el segundo con el “Plan Concertado en Salud”. Asimismo, previo al inicio del gobierno de Alan García Pérez, existe un aporte de los partidos políticos, denominado “Acuerdo de Partidos Políticos en Salud”, que formula líneas de acción a aplicar en el sector salud, y siguiendo la línea trabajada por el Acuerdo Nacional. Se revisan a continuación los elementos principales referidos a cada uno de ellos.

Primer momento histórico

En este primer momento se desarrolla el Acuerdo Nacional, formulado e implementado en el gobierno de Alejandro Toledo Manrique (período, entre el 28 de julio de 2001 y el 28 de julio de 2006), que buscaba alcanzar el bienestar de las personas, así como el desarrollo humano y solidario en el país, con representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno, quienes aprobaron un conjunto de políticas de Estado que constituyen un Acuerdo Nacional, que permita crear trabajo digno y productivo para todos; *garantizar que todo peruano tenga pleno acceso a la salud*, a la educación y la cultura; y construir un Estado al servicio de las personas.

Las políticas de Estado están dirigidas a alcanzar cuatro grandes objetivos, el primero ellos enmarcadas en la democracia y Estado de derecho, segundo a lograr una mayor equidad y justicia social, tercero a incrementar la competitividad del País y por último contar con un Estado eficiente, transparente y descentralizado.

El presente estudio se centra en el segundo objetivo equidad y justicia social, que afirma que el desarrollo humano integral, la superación de la pobreza y la igualdad de acceso a las oportunidades para todos los peruanos y peruanas, sin ningún tipo de discriminación, constituyen el eje principal de la acción del Estado. Consecuentes con ello, se comprometieron a varias acciones, destacando para el caso, el ítem referido a garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud, fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado. Así pues, nos acogemos a la *Décimo Tercera Política de Estado*: “Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social”.

En esta política de Estado, el gobierno se compromete a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Asimismo a promover la

participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud. Por otro lado, el Estado pretendió, promover la maternidad saludable ofreciendo servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción alguna.

En este mismo sentido, se plantearon lineamientos de política a la luz del análisis de los problemas sanitarios priorizados, que se muestran en la siguiente tabla (MINSA, 2001):

Tabla N° 3: Lineamientos generales de políticas de salud, período 2002 - 2012

PROBLEMAS PRIORITARIOS	NUEVE LINEAMIENTOS GENERALES 2002 – 2012
Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles e incremento de las no transmisibles	1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
Elevada desnutrición infantil y materna	
<i>Elevada mortalidad infantil y materna</i>	
Reducida cobertura y aumento de la exclusión	2. Atención integral mediante la extensión y Universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud-SIS, Seguro Social de Salud-Essalud, otros)
Limitado acceso a los medicamentos	3. Política de suministro y uso racional de los medicamentos. Política andina de medicamentos.
Ausencia de política de recursos humanos	4. Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad
Segmentación e irracionalidad en el sector salud	5. Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
	6. Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud
Desorden administrativo y ausencia de rectoría del Ministerio de Salud	7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial
Financiamiento insuficiente e inequitativo	8. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad
Limitada participación ciudadana y Promoción de la misma	9. Democratización de la salud

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Políticas sectorial (2002-2012)

En la tabla presentada se enumeran nueve lineamientos generales de política en salud a partir del análisis de los problemas sanitarios priorizados, observando en el lineamiento de política número uno, la salud materna como problema identificado por tener una elevada incidencia de MM; para abordar el problema, la política formulo estrategias enfocadas en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica con base intersectorial de importancia regional y nacional.

En cuanto a la implementación, existen acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que buscan evitar efectos adversos que puedan conllevar a la muerte materna, teniendo como finalidad salvaguardar la salud de las mujeres. Por otro lado, la gestión se desarrolla en todos los niveles de atención de salud, que va desde el nivel primario de atención hasta el nivel especializado y de mayor complejidad.

De la misma manera, en el primer momento se formularon objetivos para promover conductas y estilos de vida saludables en todos los grupos etáreos de la población, dando especial tratamiento al grupo de mujeres en edad fértil como prioridad la MM, planteándose como meta reducir significativamente a menos de 100 MM por 100. 000 NV, principalmente en los sectores rurales más pobres.

En este sentido, las estrategias empleadas por el MINSA para mejorar la salud materna están enfocadas a i) participación y control ciudadano, ii) adecuación de la estructura del MINSA para ejercer la concertación y conducción sectorial, iii) compromiso de los recursos humanos con los objetivos sectoriales, iv) diálogo sectorial e intersectorial, v) descentralización del sector, vi) reorientación del financiamiento, vii) agenda compartida y concertación con la cooperación técnica internacional y viii) establecer políticas regionales andinas comunes.

Segundo momento histórico

Antes de desarrollar el Plan Concertado de Salud, es necesario mencionar el “Acuerdo de Partidos Políticos en Salud”, quienes tuvieron una intervención relevante en la formulación e implantación de políticas en salud, fortaleciendo el trabajo desarrollado en el Acuerdo Nacional.

Es así, que el año 2006 diversos partidos políticos asumieron el reto de adoptar acuerdos por consenso con relación a la salud pública, como expresión del derecho a la salud de peruanos y peruanas, traducándose en políticas sanitarias a aplicarse en el próximo período de gobierno 2006-2011 en beneficio de la población, avanzando sobre lo ya construido en el Acuerdo Nacional.

Como expresión del trabajo realizado, los representantes de salud de los partidos políticos aprobaron 65 líneas de acción en salud para el período de gobierno 2006-2011, en las áreas de reforma del sector salud que parte desde el aseguramiento universal en salud, financiamiento en salud, descentralización del sector, participación ciudadana, acceso y disponibilidad de medicamentos. Asimismo, pone énfasis en los problemas de salud Materna, salud infantil, VIH-SIDA, malaria y TBC. Dicho acuerdo fue suscrito por las direcciones políticas de 16 partidos políticos y fue entregado para su ejecución al Ministerio de Salud y para su seguimiento a la Defensoría del Pueblo, al Acuerdo Nacional y al Foro Salud.

Tercer momento histórico

En este momento se desarrolla el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), formulado e implementado en el gobierno de Alan García Pérez (período, entre el 28 de julio de 2006 y el 28 de julio del 2011). Este proceso ha marcado un hito en el camino de la concertación Estado - Sociedad Civil, ya que fue la primera vez que se realiza una consulta y discusión de una propuesta de plan nacional de salud en todo el país, con participación del Gobierno Nacional, Regional, Local y la Sociedad Civil. Este plan constituye un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y de las principales intervenciones que tienen como objetivo mejorar el estado de salud de la población.

El PNCS planteó sus objetivos y metas de salud en el mediano y largo plazo (2007-2020), ordenando y optimizando los roles de todos los actores del sistema de salud, enmarcado en los ODM, el acuerdo nacional y el consenso de partidos políticos en salud.

A la luz de lo mencionado, el PNCS formuló lineamientos que garanticen y fortalezca la política de salud, haciendo hincapié en la i) atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención, ii) vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, iii) aseguramiento universal, iv) mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad, v) desarrollo de los recursos humanos, vi) medicamentos de calidad para todos/as vii) financiamiento en función de resultados, viii) desarrollo de la rectoría del sistema de salud, entre otros.

Asimismo, en el lineamiento de política número uno incluye la atención integral de la salud sexual y reproductiva de la mujer, en todos los servicios de salud de manera integral considerando el enfoque de género y la necesidad de adecuar culturalmente los servicios en los ámbitos donde sea necesario respetando sus derechos sexuales y reproductivos, priorizando la promoción del parto institucional en el país, y fortaleciendo las intervenciones de planificación familiar, atención integral de las adolescentes y reducción de las muertes maternas.

Por otro lado el PNCS, formuló objetivos sanitarios, que se focalizaron en reducir la MM, reducir el embarazo en adolescentes, reducir complicaciones del embarazo, parto, puerperio e incrementar el parto institucional en zonas rurales, y ampliar el acceso a la planificación familiar. Por su parte, las metas propuestas con horizonte temporal al año 2011 con una reducción de la MM de 185 a 120 por 100.000 NV y para el 2015 se habrán reducido a 66 por 100.000 NV la MM. De la misma manera, se formularon estrategias encaminadas a incrementar la cobertura de atención prenatal, del parto institucional en zonas rurales y dispersas e introducir métodos altamente eficaces para prevenir los riesgos relacionados al embarazo y al parto; entre otras estrategias que contribuyan al logro de sus objetivos formulados.

Fundamento de política pública

Las políticas públicas en salud están fundamentadas en el derecho constitucional y relacionado directamente con los objetivos de desarrollo del milenio, dando especial tratamiento al derecho constitucional.

Derecho constitucional

La Constitución del Perú establece en su Art.9 que el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

La Ley N° 26842 – Ley General de Salud, promulgada en 1997, en su numeral II del Título Preliminar establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado, regularla, vigilarla y promoverla; igualmente en el numeral VI del mismo Título, señala que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Asimismo, la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, promulgada en el año 2002, en su Art.2 establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y

promueve la intervención del Sistema de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respecto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

Por otra parte, el Art.3 establece las competencias de rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Salud, destacando los siguientes incisos; i) desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones, ii) análisis, formación y evaluación de las políticas públicas de salud, iii) articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud, iv) formulación e implementación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y diseminación de información científico-técnica, v) establecimiento de mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para asignar servicios y recursos, y vi) promoción de la defensa de los derechos ciudadanos en salud.

A la luz de lo descrito, se desarrolla una breve revisión de la legislación relativa al reconocimiento; **Al derecho a una maternidad segura:** recogido ya en la Ley General de Población (1985), que si bien hace un amplio desarrollo respecto a la planificación familiar, incluye como uno de sus objetivos “lograr una reducción significativa de la morbi-mortalidad, especialmente entre las madres y los niños, mejorando los niveles de salud y de vida de la población” (Art.34). Incluye dentro de las obligaciones del Estado, brindar atención a las mujeres durante el embarazo parto y puerperio y señala que estos servicios deberían ser provistos con “tendencia a la gratuidad” (Art.34).

El Art.6 de la **Ley de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y de Hombres** señala la obligatoriedad de las distintas instancias de gobierno (central, regionales y locales) de adoptar políticas, planes y programas, para garantizar servicios de salud de calidad, que incluyan “(...) la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura” (Art.6).

El reconocimiento del derecho a la salud: La Constitución Política del Perú señala el derecho de todos a “... la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad” (Art.7). Dentro de este marco, reconoce como facultad inherente conservar el estado de las personas dentro de la normalidad orgánica y psíquica, y restituirla en caso que ésta se vea perturbada por alguna razón o enfermedad. La Ley General de Salud (1997), señala en su título preliminar “la equidad como responsabilidad del Estado para asegurar el acceso a la salud por parte de la población, especialmente la menos favorecida, así como las condiciones que aseguren una adecuada cobertura, seguridad, oportunidad y calidad, de los servicios que se brindan”.

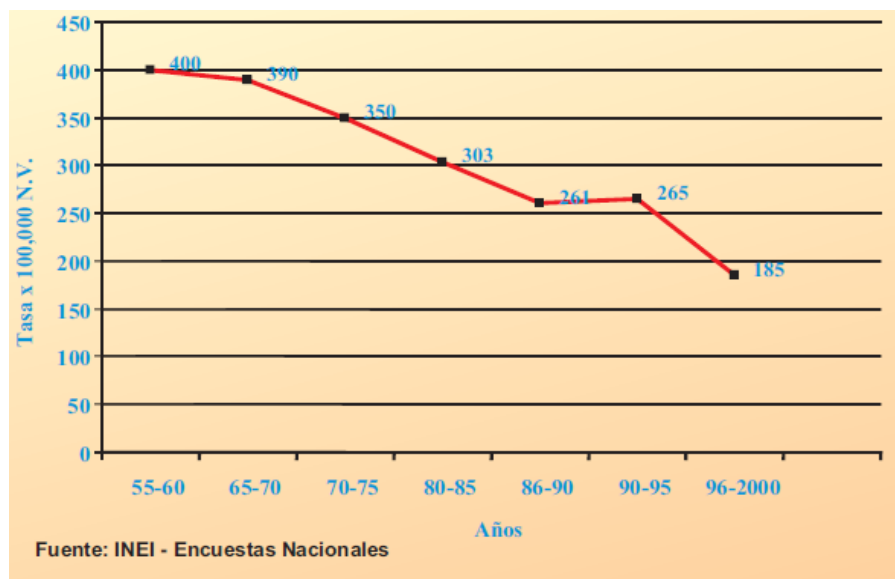
El derecho a regular la propia fecundidad: Queda recogido en el Art.6 de la **Ley General de Salud**, que “toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar”. **La Ley de Política General de Población**, que es el documento jurídico más completo en el tema de planificación

familiar, incorpora en sus diversos artículos un conjunto amplio de acciones de política pública y sanitarias orientadas a lograr que personas y parejas puedan ejercer la paternidad responsable. Este instrumento, establece dentro de sus obligaciones la provisión de información, educación y servicios desde las distintas instancias sectoriales sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, especialmente para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, así como la exclusión de cualquier acción que intente violar las decisiones autónomas de las personas. (Family Care, 2010).

Cifras de mortalidad materna en la República de Perú

La mortalidad materna en el Perú viene exponiendo una tendencia decreciente en las últimas décadas, sin embargo en el contexto latinoamericano se sitúa entre los países con niveles más críticos. En este marco, de acuerdo a los datos de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) de 1996 la razón de mortalidad materna estimada para el país fue de 265 por 100.000 nacidos vivos, el mismo indicador para el año 2000 y con el uso de la misma metodología de medición evidenció una reducción cercana al 30 por ciento (Razón MM 185.000 por 100.000 NV) (INEI, 2000). Tal estimación permite afirmar que alrededor de 1.100 mujeres mueren anualmente en el Perú por causa materna, o dicho de otro modo cada día tres mujeres peruanas fallecen por causa relacionada al embarazo, parto y puerperio (INEI, 2000).

Gráfico N° 10: Tasa mortalidad materna, Perú 2000

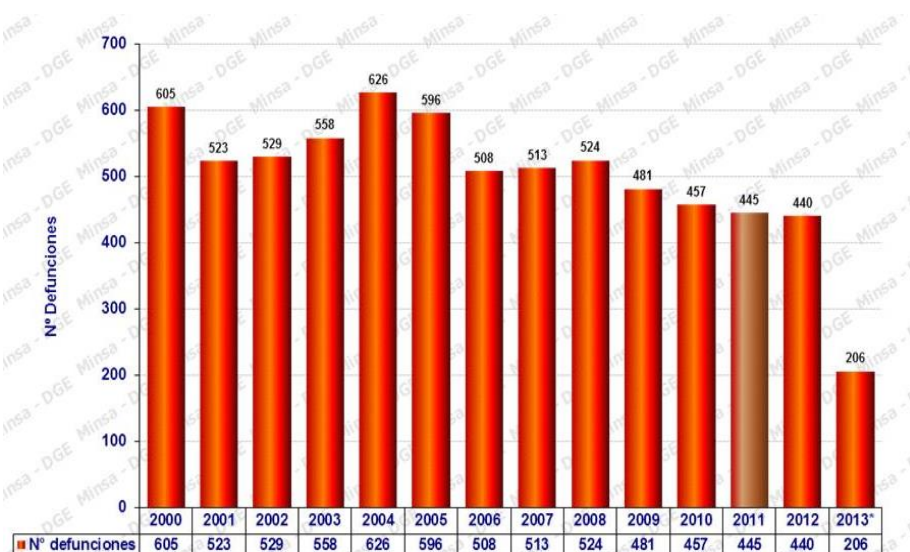


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuestas Nacionales (2000)

Así pues, las elevadas cifras de mortalidad materna han tenido un comportamiento estacionario hasta mediados de la década de los 90, cuando se inicia una tendencia decreciente que si bien no revierte la gravedad de la situación muestra una evolución favorable, reduciéndose de 400 a 185 por 100.000 NV en el país (la última cifra corresponde al año 2000, ENDES), datos que se exponen en el gráfico N° 10. A pesar de ello, en el ámbito de América del Sur, la mortalidad materna en el Perú es la segunda mayor después de Bolivia, y la tercera de América Latina después de Haití (OPS, 2002), siendo el promedio latinoamericano de 130 por cada 100.000 nacidos vivos (UNICEF, 2008).

Por consiguiente, la mortalidad materna en el Perú es elevada, tanto en el contexto latinoamericano y sudamericano, reflejándose las barreras económicas, culturales y geográficas. Asimismo, las inequidades y la deficiencia del funcionamiento de los servicios de salud como un sistema integrado. Bajo este contexto, un hecho fisiológico como la maternidad puede convertirse en una condición de riesgo para la vida de las mujeres (CEPAL, 2005)

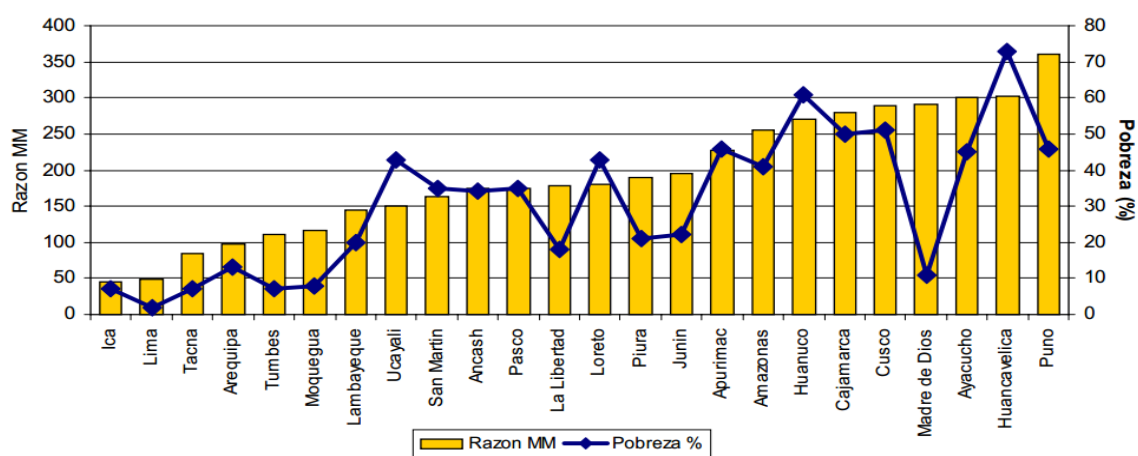
Gráfico N° 11: Muerte materna, Perú 2000 - 2013



Fuente: Red Nacional de Epidemiología (RENACE) - DGE – MINSA (2013).

De los elementos expuestos, se puede reconocer que la muerte materna es una de las expresiones más claras de las condiciones de desigualdad que afectan principalmente a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad social y económica; las mujeres que mueren por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio, son por lo general mujeres de más bajos ingresos, con menor escolaridad y que afrontan mayores dificultades de distinta índole en el acceso a los servicios de salud reproductiva, como lo describe el gráfico a continuación:

Gráfico N° 12: Muerte materna y pobreza según Departamentos, Perú 2002



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Dirección General de Epidemiología (2002).

En el gráfico presentado, se aprecia los departamentos de Huancavelica y Puno con porcentajes de pobreza mayores en comparación a los demás departamentos, que se correlaciona positivamente con las mayores tasas de MM; si los comparamos con el departamento de Ica se observa un menor porcentaje de pobreza y que se relaciona con una menor tasa de MM, confirmando el argumento planteado en párrafos anteriores, donde las mayores tasas de MM se encuentran en lugares de mayor pobreza.

Dimensión diseño organizacional

Estructura organizacional

Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS (2009) afirma que:

El sector salud muestra una segmentación (sectores divididos en público y privado, el primero constituido por el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, y el segundo constituido por consultorios y clínicas) de los prestadores de servicios que impide articular eficazmente las acciones de salud, produciendo duplicidades e ineficiencias y dificultando el rol rector del Ministerio de Salud (MINSa) (pág. 20).

Lineamientos de política sectorial (2001) recoge que:

La segmentación es aliada del centralismo existente, pues la descentralización es imposible sin una adecuada coordinación de los niveles de atención y de organización en el nivel local, regional y nacional (pág. 19).

De esta manera. La salud en las Américas (2002) afirma que:

Coexiste una escasa coordinación funcional en el nivel nacional y subnacional, y con fragmentación de la información que dificulta la toma de decisiones. Asimismo, la multiplicidad de organismos y espacios de intermediación que incrementa los costos de transacción, lo que hace difícil una atención homogénea para todos los grupos poblacionales (pág. 505).

En consecuencia, El MINSa no ejerció liderazgo en el sector salud, contribuyendo a la fragmentación intrasectorial; su organización interna estuvo debilitada por la presencia de programas y proyectos financiados con cooperación externa que actuaban paralelamente a las estructuras formales de dirección, planificación y administración del nivel central y de las direcciones regionales (Lineamientos de política sectorial, 2001).

Por ello, el Estado peruano, implantó la descentralización e integración regional de salud, para hacer frente a la fragmentación del sector salud, donde los equipos de trabajo puedan desarrollar labores coordinadas con las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), con el propósito de fortalecer su rol como única autoridad en salud en cada uno de los Gobiernos Regionales, sin resultados congruentes hasta la actualidad. Asimismo, ha impulsado el enfoque de interculturalidad, con la atención de parto y con instalaciones de casas de espera en las cercanías a los establecimientos de salud dispersos. Sin embargo, la distribución de las casas de espera sigue sin ser uniforme impidiendo el acceso de las mujeres a la atención de salud y a la atención obstétrica de urgencia que necesitan (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

Focalización de grupo vulnerable

América Latina: Avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo (2010) afirma que:

El gobierno peruano ha tomado medidas para resolver desigualdades y reducir las barreras en las mujeres pobres, indígenas y campesinas, siendo el origen étnico uno de los factores limitantes del acceso a los establecimientos de salud; las medidas implantadas para garantizar el acceso a la atención materna en las comunidades rurales, es fomentando por el uso de técnicas de parto con adecuación cultural (pág. 77).

En la misma línea se implantaron políticas y programas de salud para los pueblos indígenas, con avances significativos en la legislación nacional, normativa específica sobre salud y población indígena que van desde el reconocimiento del derecho a la salud como bien individual, mencionando a las poblaciones indígenas como grupos prioritarios, hasta una legislación que reconoce y promueve los derechos colectivos de medicinas tradicionales (América Latina: Avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, 2010).

Gestión organizacional

El Estado peruano ha diseñado e implementado estrategias como la afiliación de las mujeres gestantes al Seguro Integral de Salud (SIS), aplicando el enfoque de interculturalidad en la atención de parto y las casas de espera en funcionamiento en todo el país, cercanas a los establecimientos de salud (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2008).

El SIS emerge con el propósito de encarar el problema de fragmentación del Sistema de Salud, que persiste en tres estancos: i) el MINSA y las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) que posee la red de establecimientos públicos más grande del país y que atiende, principalmente a la población de los quintiles I, II y III de pobreza (los de mayor pobreza); ii) la Seguridad Social que es la segunda red de mayor cobertura en el país pero exclusivamente destinada a la población asalariada y sus familiares, y iii) la Sanidad de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas Policiales, con redes de menor extensión y cobertura (Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS, 2010).

Informe de gestión del Ministerio de Salud (2010) menciona que:

El MINSA, ha realizado la redefinición de los perfiles laborales en salud familiar en coordinación con la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos, necesarios para el fortalecimiento del primer nivel de atención (Centros y Puestos de Salud); en este marco de fortalecimiento del Primer Nivel de atención como parte fundamental de modernización del Sistema Sanitario Nacional fue creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar que tiene por objetivo concentrar esfuerzos en el fortalecimiento del primer nivel de atención tomando como eje fundamental al Equipo Básico de Salud para un mayor beneficio de la población en situación de pobreza y pobreza extrema correspondiendo integrar a todos los profesionales de la salud necesarios para abarcar las intervenciones preventivo - promocionales en el núcleo familiar, con énfasis en lugares más apartados del país (pág. 7).

También incorporó nuevos programas estratégicos como el Presupuesto Por Resultados (PPR), como una nueva herramienta moderna de Gestión para lograr resultados en la población necesitada, que parte con una visión integrada de planificación y presupuesto, y la articulación de

acciones y actores para la consecución de resultados (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

Dimensión de comunicación

Comunicación intrasectorial

La comunicación intrasectorial, se caracteriza por tener trámites engorrosos, que obstaculizan la adquisición de insumos de manera oportuna como medicamentos, métodos anticonceptivos, materiales, entre otros; sumado a ello, los tiempos prolongados en el proceso de adquisiciones de bienes y servicios, que repercute en la oportuna realización de actividades programadas (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009) (Informe de gestión del Ministerio de Salud: I Semestre, 2010).

Informe de gestión del Ministerio de Salud (2009) menciona que:

La falta de un sistema único de información, y la información epidemiológica no está al alcance de todos los decisores e implementadores de políticas obstaculizando la toma de decisiones de forma eficiente (pág. 62).

El MINSA, creó el área de Defensoría de la Salud y Transparencia del Ministerio de Salud, denominada Información de Salud (INFOSALUD), que brinda orientación y consejería en salud integral, información institucional y aseguramiento universal, asimismo atiende quejas sobre la atención en los diferentes establecimientos de salud del MINSA; garantiza a la ciudadanía acceder gratuitamente a la comunicación con un profesional, quien resolverá las diversas dudas en salud, cumpliendo con la misión de brindar un servicio gratuito, oportuno, permanente y de calidad, utilizando las tecnologías de la información y comunicación. Asimismo, dispone de diversas fuentes de información nacionales e internacionales que han permitido desarrollar un diagnóstico aproximado de las brechas en salud a nivel nacional; sin embargo, no se dispone de un sistema de información permanente para una eficiente toma de decisiones, a pesar de contar con estrategias como INFOSALUD, debido a la inaccesibilidad tecnológica de establecimientos de salud y poblaciones periurbanas y rurales (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

Comunicación intersectorial

Lineamientos de política sectorial (2001) señala que:

El Estado peruano en general, tiene una gran desarticulación y duplicidad de funciones entre diversos órganos estatales (Promudeh, Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Salud, ESSALUD), no existiendo suficientes instancias de coordinación y planeamiento intersectorial (pág 19).

En este contexto el MINSA no ha cumplido durante décadas un rol de liderazgo en la formulación de políticas de salud intersectoriales.

Existe una distribución de establecimientos y recursos humanos con criterios de priorización exclusivamente de cada sub-sector, lo cual lleva a formas diferentes y contradictorias de organización regional y local; existe también cierto divorcio entre la organización del sub-sector MINSA y la organización política del país a nivel de regiones, departamentos, provincias y distritos, donde el compromiso de los gobiernos regionales y locales es mínimo en el apoyo de las

acciones y estrategias para disminuir la MM (Lineamientos de política sectorial, 2001) (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

Comunicación y fuente de información

Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú: Un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión (2004) afirma que:

El MINSA, revela problemas graves de subregistro, impidiendo el diseño e implementación de políticas y programas que abordan el problema de salud materna; la obsolescencia y, en la mayoría de casos, la falta de recursos informáticos en los establecimientos de salud a nivel nacional, imposibilita contar con sistemas de información eficientes y capaces de brindar información oportuna y de calidad, traduciéndose en toma de decisiones poco efectivas (pág. 64).

Desde el año 2000 el MINSA aprueba mediante Resolución Ministerial la Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios (SIP2000), con el fin de brindar una herramienta que sirva para fortalecer los procesos de gestión local y estandarizar los indicadores de calidad de atención en la prestación de salud brindada al binomio madre niño; a fin de contar con un sistema que amplíe la capacidad de obtención de datos y genere información útil para optimizar la atención de la madre y el niño (Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres, 2006).

Con la implementación de los datos estandarizados mediante los aplicativos informáticos que actualmente se encuentran funcionando en el nivel nacional, lo que permitió compartir la información –codificada en una misma forma en todo el sector- en bases de datos, en este sentido la toma de decisiones será en forma global y no parcializada en forma oportuna, correcta y acordes con las políticas del sector salud (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

Comunicación y accesibilidad

El MINSA, no cuenta con un sistema efectivo de referencia y contrareferencia, que incluya medios de transporte adecuados que asegure la participación y disponibilidad de redes de apoyo informadas sobre signos de alarma durante la gestación, parto y puerperio (Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú: Un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión, 2004).

Informe de gestión del Ministerio de Salud (2007) menciona que:

El Sistema de Referencia y Contrareferencia (SRCR) ha obtenido un bajo desarrollo, encontrándose entre sus principales problemas los siguientes: i) hospitales de referencia nacional no están organizados, lo que ocasiona dificultades en la coordinación y aceptación de la referencia del paciente en situación de emergencia; ii) las DIRESAS para lograr la aceptación de una referencia deben esperar entre 48 y 72 horas, aun en los casos de gestantes y neonatos con complicaciones; iii) el personal de guardia de los hospitales de referencia nacional rechaza las referencias provenientes de las DIRESAS y DISAS, por desconocimiento de la norma vigente; iv) los establecimientos de salud no optimizan los recursos de comunicación y transporte. En los últimos años, el Estado ha mejorado el acceso a los servicios de salud, mediante el SIS y la Estrategia Crecer; sin embargo persisten problemas en la calidad de los servicios del sector salud, dado a los

bajos niveles de resolución de los establecimientos de salud especialmente en zonas rurales y peri urbanas (pág. 101).

Comunicación sanitaria

La comunicación sanitaria en la República de Perú, está en función a intervenciones importantes para mantener a la población informada sobre los cuidados de la salud, para ello, se desarrollaron campañas a favor de la maternidad saludable y segura, así como la promoción de medidas anticonceptivas seguras como los Anticonceptivos Orales de Efectivo (AOE), consiguiendo el respaldo para la distribución gratuita del método, con lo cual se disminuyó las posibilidades de muertes por embarazos no deseados y abortos clandestinos; asimismo, las acciones de difusión de mensajes e información a través de los medios de comunicación (radio, diarios, televisión e internet), relacionada a la salud materno neonatal, estuvieron enmarcadas en la promoción de hábitos saludables en la gestante, incidiendo en los controles prenatales, nutrición, entre otros; todo las actividades descritas se ha concluido en la elaboración de la Directiva Sanitaria de notificación e investigación para la vigilancia epidemiológica de la MM, lo que fortaleció el subsistema de vigilancia garantizando la calidad de la información (Informe de gestión del Ministerio de Salud: I Semestre, 2010).

Dimensión recursos humanos y financieros

Recursos humanos: Capacidades

Recursos humanos con capacidades y habilidades acorde a las necesidades del sistema de salud, donde el MINSA implemento programas de fortalecimiento de servicios de salud, área de capacitación y apoyo a la gestión. Así como el fortalecimiento de profesionales de la salud, en competencias de gestión para la atención integral de salud (Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud, 2005) (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2008).

En el año 2000, sólo en el 20% de los partos se contaba con la presencia de un trabajador sanitario capacitado, mientras que en zonas urbanas la cifra era del 69%; siendo las capacidades uno de los factores más estrecha y universalmente asociado con la reducción de la morbi - mortalidad materna, siendo la atención del parto por personal calificado, un eje que contribuye a evitar complicaciones y/o al manejo adecuado de las complicaciones (Salud materna y neonatal: Estado mundial de la infancia, 2009).

Asimismo, existe una débil capacidad técnica en auditoría de la calidad de la atención en salud de los profesionales en los órganos desconcentrados; siendo la causa principal el escaso compromiso con la institución y la idea errónea de la auditoría punitiva (Informe de gestión del Ministerio de Salud: I Semestre, 2010).

La Salud en las Américas: Volumen II (2002) menciona que:

Los esfuerzos de educación permanente en salud han sido aislados y débiles, supeditados en ocasiones al interés de trabajadores, colegios profesionales o universidades. El proceso de la capacitación y desarrollo de los recursos humanos en salud es sujeta a los escasos recursos presupuestales asignados para tales acciones (pág. 10).

Recursos humanos: Disponibilidad y distribución

La Salud en las Américas: Volumen II (2002) afirma que:

la disponibilidad del recursos humano se incrementó, con énfasis en el personal obstétrico respondió a la prioridades asignadas de la atención materna y, de igual forma se incrementó la disponibilidad para otras categorías de profesionales, fortaleciendo los centros y puestos de salud, aumentando la cobertura en la atención a los más pobre mediante el Programa de Salud Básica para Todos (pág. 510).

La República de Perú, ha experimentado un éxodo de profesionales de la salud y crecientes corrientes de emigración de personal calificado hacia los países desarrollados, que han tenido fuertes efectos negativos en la disposición de personal calificado (UNFPA/EAT: El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio, 2004).

La disponibilidad de profesionales especializados es indispensable para disminuir los riesgos de la MM, mientras el acceso a este servicio es muy limitado para las mujeres de bajo nivel educativo y económico; existiendo una alta relación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto, sólo 58 de cada 100 partos son atendidos en servicios de salud, con marcadas diferencias entre las zonas urbanas y rurales (Mujer y Desarrollo: Caso Perú – CEPAL, 2004).

Informe de gestión del Ministerio de Salud (2009) afirma la:

escasa disponibilidad de recursos humanos, en las regiones que imposibilitan mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la atención de las emergencias obstétricas y neonatales (pág. 52).

La distribución del personal de salud en la circunscripción territorial del Estado peruano, es indicada por el centralismo e inequidad en su distribución de recursos humanos (La Salud en las Américas, 2002)

El Fortalecimiento de desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud, es uno de los grandes problemas que afronta la realidad sanitaria peruana, siendo la inadecuada distribución del personal asistencial, concentrándose en las capitales de departamentos y grandes ciudades (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

Alta rotación de profesionales, técnicos del nivel operativo y de personal capacitado en el sector salud (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

UNFPA/EAT: El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio (2004) menciona que:

El Estado peruano ha experimentado dificultad en implementar políticas efectivas en recursos humanos, lo que se refleja en la persistencia de desequilibrios crónicos en su distribución, su concentración en las áreas urbanas, el crecimiento asimétrico de la oferta y la demanda (pág. 164).

A pesar de evidenciar un avance significativo con respecto a inicios de la década de 1990, los indicadores desagregados de partos institucionales (ocurridos en establecimientos de salud y atendidos por personal profesional de la salud) reflejan la persistencia de las enormes inequidades

que permean el país (Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú: Un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión, 2004).

Recursos humanos: Condiciones laborales

El Estado peruano inició proceso de nombramiento de 15 % del total de profesionales de la salud no médicos cirujanos, contratados por locación de servicio a nivel nacional, lo que significa una inversión anual superior a los S/. 24 500 000,00 (S// CL 4 537 037 037.03) que permitirán la incorporación a la carrera administrativa a unas 1 495 personas (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

El Programa Salud para Todos, focalizado a empleadores que brindan sus servicios en los establecimientos de primer nivel por contratos renovables de 90 días, sin derecho a vacaciones ni a beneficios sociales, esta modalidad laboral significa aproximadamente la sexta parte de los recursos humanos del MINSA (Lineamientos de política sectorial, 2001).

EL nivel remunerativo de los profesionales de la salud con régimen de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) son desiguales, ocasionando inestabilidad laboral del personal capacitado en las regiones del territorio peruano (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud (2005) menciona:

la utilización de formas flexibles de contratación de personal de salud para la instrumentación de políticas de recuperación de servicios, el aumento de la cobertura y la promoción de formas de autogestión comunitaria; en el año 2000, aproximadamente 10.000 profesionales tenían contratos de trabajo flexibles, muchos de ellos en condiciones de desprotección social (pág. 375).

Recursos humanos: Incentivos

Se gestiona la meritocracia, por intermedio de la Alta Dirección, en el proceso de la selección y elección de Directores Generales de Institutos Nacionales y Hospitales del Ministerio de Salud, siendo aún prematuro cimentar esta iniciativa (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

La Oficina de Ingreso y Escalafón ha logrado la actualización del 90 % de los Legajos de los servidores y funcionarios de la Administración Central de salud; pese al constante movimiento que generan las diferentes acciones del personal de recursos humanos, con el propósito de ascender en la carrera funcionaria (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2008).

Recursos humanos: Control de movilidad

El MINSA, ha establecido un mejor control de las acciones de desplazamiento del personal de salud que se efectúan en la Administración Central, logrando una cobertura del 100% con porcentaje perfecto de lo programado, con el fin de evitar plazas vacantes en los establecimientos de salud y garantizar una permanente atención médica (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2008).

Recursos humanos: Flexibilidad

El problema de gestión más importante es referente a los recursos humanos, en este terreno la política aplicada durante la década pasada no ha tenido una propuesta clara desde el principio, ha oscilado entre una propuesta liberal a ultranza y la contratación flexible de personal en el

mercado de trabajo, y otra propuesta de reconversión de los recursos humanos existentes mediante la capacitación y selección en el propio trabajo (Lineamientos de política sectorial, 2001).

Recursos financieros: Asignación presupuestaria

UNFPA/EAT: El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio (2004) afirma que:

El sistema de salud en el Perú, está segmentado, existiendo subsistemas con diversas formas de financiamiento y prestaciones, que atienden a segmentos de la población de manera generalmente excluyente; el subsistema público tiene recursos muy limitados y, en muchas ocasiones mal administrados, que está orientado hacia los pobres e indigentes, mientras que en el sub-sector privado focaliza su atención a los quintiles de mayor ingreso (pág. 164).

Por otro lado. La Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS Perú (2010) menciona que:

El presupuesto público asignado a salud, en relación al PBI, es uno de los más bajos de la Región de las Américas, 4.4% del PBI (2.3% gasto público y 2,1% gasto privado), por debajo de sus vecinos del área Andina (5.8% de Bolivia y Colombia, 8.3% de Ecuador, y 6.4% de Venezuela) (pág. 23).

El presupuesto por Resultados como fuente principal de financiamiento no se ha ajustado a las necesidades de las regiones, para ejecutar las actividades de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva en especial para el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los Establecimientos de Salud (EESS) (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

La asignación del gasto en salud, es destinada a actividades de promoción, prevención y prestación del servicio de salud, incluye gastos de administración, capacitación de los recursos humanos y a la investigación aplicada en salud (Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS Perú, 2010).

Recursos financieros: Distribución financiera

La oficina de presupuesto, en el marco del proceso de descentralización, condujo la identificación y cuantificación de los recursos presupuestales programados para el año fiscal 2009 relacionados a las funciones transferidas y la verificación de la existencia de los correspondientes créditos presupuestarios en el Presupuesto Institucional del Pliego 011 Ministerio de Salud, la transferencia presupuestal incorporo los presupuestos institucionales de 25 Gobiernos Regionales (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

Informe de gestión del Ministerio de Salud (2009) afirma que:

La magnitud y distribución del gasto público en salud son herramientas poderosas para realzar la equidad en los sistemas de salud, en el caso de Perú con sistemas de salud muy segmentados, el financiamiento público para servicios de salud suele ser en general reducido y; por lo tanto, la cobertura pública es bastante reducida, en tanto el gasto privado es alto y corresponde casi totalmente a gastos individuales; lo que da cuenta de un grave problema de equidad en el acceso a los servicios de salud, que está condicionado a la capacidad de pago individual en tanto que la posibilidad de recurrir al sector público está restringida (pág. 59).

Recursos financieros: Incremento presupuestal

El presupuesto asignado por el SIS para la atención materna se ha ido incrementando progresivamente y en los últimos años, donde el acceso a los servicios de salud ha mejorado por intervenciones del SIS y la Estrategia Crecer, pero aún persisten problemas en la calidad de los servicios prestados, así como en los niveles de resolución de establecimientos de salud ubicados en las zonas rurales y peri urbanas. (América Latina: Avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, 2004).

Recursos financieros: Transferencias financieras

La transferencia financiera, se realizó con un monto de treinta y cinco millones novecientos cuarenta y cuatro mil doscientos setenta y cinco y 00/100 nuevos soles (S// CL 6 656 347 222.2) a ocho Gobiernos Regionales y dieciséis Gobiernos Locales para la ejecución de proyectos comprendidos en el marco del Aseguramiento Universal y proyectos priorizados de salud, en atención al D.U. N° 114-2009-EF, lo cual se encuentra enmarcado en la política de mejoramiento de la oferta de los servicios de salud, redundando en una mayor capacidad de brindar servicios con calidad y oportunidad, especialmente en lugares cuyo acceso geográfico no permite una referencia inmediata (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

Transferencia de recursos para la ejecución de proyectos de inversión a través de núcleos ejecutores; destinados al mantenimiento de la infraestructura y reposición de equipos de los establecimientos de salud a nivel nacional con un importe de S/.165 000 000.00 (S// CL 305 555 555.555) (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

Dimensión negociación

Negociación intrasectorial

La política sectorial requiere una estrecha coordinación con los diferentes subsectores de salud, por lo cual el MINSA promueve permanentemente la concertación sectorial y también intersectorial; un eje de esta orientación estratégica es la conformación del Consejo Nacional de Salud (CNS), como ente concertador del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (Lineamientos de política sectorial, 2001).

El MINSA, trabajó en la resolución de conflictos laborales reduciendo en un 37 % los conflictos laborales en el Sector Salud, con relación al 2004 y 2005, dado que en las Mesas de Diálogo instaladas se aplicó como estrategia la negociación integrativa, para la atención de las demandas laborales de los gremios sindicales, (Federación Médica, Sindicato de Enfermeras y Obstetras) (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

En el Informe de gestión del Ministerio de Salud (2008) menciona que:

MINSA negoció con los gremios de salud para fortalecer la capacidad resolutive con adecuación intercultural en los Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas Neonatales (FON) con énfasis en las zonas rurales particularmente en los servicios de salud con atención integral enfocada en la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) diferenciada por grupos (pág. 6).

En el Análisis de la situación de salud del Perú (2010) menciona que:

El MINSA, aun cuenta con barrera de acceso, de carácter administrativo que proviene de la propia organización del sistema de salud, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costos (pág. 112).

Negociación intersectorial

El MINSA realizó esfuerzo con otros sectores, a través del Programa Estratégico (Salud Materno Neonatal), cuyo propósito es ampliar la cobertura de atención prenatal y del parto institucional en zonas rurales y dispersas e introducir métodos eficaces para prevenir los riesgos relacionados al embarazo y al parto (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

En el marco del convenio con el Ministerio de Educación, se fortaleció el trabajo intersectorial para el desarrollo de la promoción de la salud en las Instituciones Educativas, elaborándose el documento técnico identificación de temas de salud en los textos escolares de los niveles de Inicial, Primaria y Secundaria, así como la Dirección General de Promoción de la Salud, quien brindo asistencia técnica para la Implementación del Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas (Informe de gestión del Ministerio de Salud: I Semestre, 2010).

Dimensión innovación

Innovación tecnológica: Equipamiento

Renovación del 45% de los equipos de cómputo de las dependencias de la administración central del MINSA, por obsolescencia tecnológica; también, intervenciones de soporte técnico informático y de telecomunicaciones a las diferentes dependencias de la Sede Central del Ministerio de Salud, con la finalidad de dar sostenibilidad y soporte al proceso de gestión del sistema de salud (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

Equipos de gran complejidad, adquiridos entre 1995 y 1998 para su red de establecimientos, no funcionaban, y se estimó que 42% ya no funcionarían en 2002, aun teniendo una antigüedad máxima de cuatro a siete años; en consecuencia, el MINSA propuso como prioridad mejorar su capacidad de gestión técnica de equipos y dispositivos médicos, con énfasis en la planificación, adquisición, operación, uso, mantenimiento, renovación y regulación de tecnologías para fortalecer el procesos de atención médica garantizando cobertura y calidad (La Salud en las Américas, 2002).

Innovación tecnológica: Aplicaciones informáticos

El Informe de gestión del Ministerio de Salud (2007) menciona que:

La Implantación del Sistema Integrado de Gestión Administrativa – Modulo Logístico – SIGA SL/SP instalada en las Unidades Ejecutoras a nivel nacional. Asimismo, se elaboró e implementó el manual de registro y codificación del aplicativo informático en salud – HIS (principal sistema de acopio de información estadística) e incorporación de mejoras en el control de calidad de los datos en el software aplicativo, para contar con información que permita tomar decisiones adecuadas en beneficio del binomio madre niño (pág. 34).

La implantación del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo a través de la aplicación Web RENAES, responsables de los establecimientos de salud a

nivel nacional ingresarán datos de sus establecimientos, para que estos sean registrados oficialmente, permitirá que esta información esté disponible para cualquier persona, a través del Portal del MINSA, en el mismo instante en que es aprobado su registro (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2007).

Otras de las acciones realizadas fue la validación de la herramienta (Encuestas) para la medición de la satisfacción del usuario externo, utilizando la metodología SERVQUAL modificado en el marco del aseguramiento universal, en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia del nivel hospitalario y consulta externa para el primer nivel de atención (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2010 - II Semestre).

Innovación tecnológica: Insumos y medicamentos

Se priorizó las acciones de consolidación y programación de los recursos estratégicos (insumos y medicamentos básicos) a nivel nacional, alcanzando una ejecución financiera del 98% respecto a lo programado, lo cual ha permitido realizar la distribución de biológicos e insumos, así como el envío de remesas, logrando ejecutar las intervenciones sanitarias (Informe de gestión del Ministerio de Salud, 2009).

Innovación investigativa

La Salud en las Américas: Volumen II (2002) afirma que:

El Estado peruano viene desarrollando varios grupos de investigación en salud, pero no está estructurado como un sistema nacional de investigación (pág. 511).

Innovación en política de salud materna

Salud Materna y Neonatal: Estado Mundial de la Infancia (2009) afirma que:

La República de Perú, puso énfasis en la salud materna que comprende en cuatro estrategias innovadoras: i) crear casas de espera materna con el fin de subsanar la dificultad que supone la distancia geográfica de los establecimientos sanitarios; ii) fomentar el apoyo familiar y comunitario al objeto de hacer de la maternidad y del estado de salud de la madre una prioridad; iii) incrementar el acceso de las familias pobres al SIS, que abarca gastos de atención prenatal, atención durante el parto y posparto y; iv) adaptar los servicios de maternidad con miras a eliminar las barreras existentes entre el personal de los establecimientos sanitarios y las madres que poseen costumbres muy arraigadas con respecto al alumbramiento (pág. 42).

El trabajo de promoción de la salud y comunitario en apoyo a la salud de la madre y del recién nacido, donde los agentes comunitarios tienen una participación activa, siendo necesario que se norme; en relación a ello la Dirección General de Promoción de la Salud, ha elaborado la Norma Técnica correspondiente, así como la elaboración de documento Técnico: Gestión Local para la implementación de las Casas Maternas, considerando el enfoque intercultural, para facilitar el acceso de las gestantes a la atención del parto institucional en el marco de la prioridad sanitaria de reducir la muerte materna y la Guía de Salud Sexual y Reproductiva por etapas de vida que establece las prácticas saludables por cada etapa de vida para ser difundidas y promovidas por el personal de salud (Informe de gestión del Ministerio de Salud, I Semestre, 2010).

3.2.- Política Pública en Salud Materna en la República de Chile

Dimensión orientaciones generales de política pública

Para el presente estudio, se retrocedió hasta los años de 1925. En base al marco legal para toda la institucionalidad, reflejado con claridad en la Constitución Política de la República de Chile de 1925, la cual indicaba que “el Estado asume la responsabilidad de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo”, otorgándole un rango jurisdiccional superior al derecho a la salud (Gobierno de Chile, 2011).

Por otra parte, en 1938 aprobaron la ley N° 6.174 de Medicina Preventiva y la ley N° 6.236 de Madre y Niño, las cuales tenían el propósito de realizar exámenes de salud sistemáticos a los trabajadores y proteger a madres y niños de las dificultades del parto. Asimismo, en 1942, se estableció la Dirección Nacional de Protección a la Infancia y Adolescencia con la finalidad de agrupar en una sola instancia las instituciones fiscales orientadas al cuidado de los primeros años de vida.

Un momento fundamental en el desarrollo de la política en salud fue la creación en 1952, del Servicio Nacional de Salud (SNS), a través de la Ley N° 10.383, que expresaba el rol de un Estado garante de la salud pública. En el SNS se fusionaron las entidades de Beneficencia, la Caja del Seguro Obrero, la Dirección Nacional de Protección a la Infancia y Adolescencia, el Servicio Médico de las Municipalidades, la Sección de Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo y el Instituto Bacteriológico. El Servicio Nacional de Salud se constituyó así en el pilar fundamental de la medicina social chilena, contando con variados agentes, mecanismos y normativas que permitieron un avance significativo en la planificación y administración de la estructura sanitaria por parte de un Estado preocupado de la salud de la población desde un enfoque promocional, preventivo y solidario. Pero fue sin duda el Servicio Nacional de Salud (SNS) que generó el mayor impulso en el fomento y la protección de la salud materno-infantil en Chile (CELADE, 2010).

A la luz de la situación expuesta, el SNS inició las actividades de regulación de la fertilidad. Este fue el origen de la creación, a contar de agosto de 1965, de la denominada Política Nacional de Regulación de la Fertilidad (PRF) cuyos propósitos fueron el control del aborto inducido clandestino, el descenso de la mortalidad infantil y la promoción del bienestar familiar (Rosselot & Meneguello, 1990).

En 1980, se inició la municipalización de los Consultorios de Atención Primaria, en la búsqueda de dar autonomía. Y en 1981 se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades aseguradoras privadas que, con sistemas de libre elección, buscaban optimizar la oferta de prestaciones y beneficios a sus afiliados, los que en la práctica (hasta hoy), han estado orientados esencialmente al segmento de población con ingresos medios y altos.

Momento histórico: Objetivos sanitarios para la década 2000 - 2010

Los objetivos sanitarios señalan las metas nacionales en salud que se deben alcanzar en el año 2010, constituyendo una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que debe realizar por el sistema de salud chileno. Los objetivos para Chile recogen la experiencia internacional y entregan una visión de país, como elemento orientador, requiriendo la

adaptación a las realidades locales. Definen metas concretas a alcanzar en áreas prioritarias, señalando las estrategias generales para el logro de cada objetivo, incluyendo intervenciones de eficacia comprobada en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en un contexto de eficiencia en la entrega de servicios y de satisfacción de los ciudadanos (Gobierno de Chile, 2002).

El resultado de este proceso, plantea que Chile enfrenta cuatro desafíos sanitarios, i) envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica, ii) desigualdades en la situación de salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico, iii) responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena, y iv) resolver los problemas pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados (Gobierno de Chile, 2002).

Todos estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de los servicios, como en las formas de entregarlos, adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios, así como a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes y exigentes de sus derechos. De estos desafíos se derivan los cuatro objetivos sanitarios para la década; i) mejorar los logros sanitarios alcanzados, ii) enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad, iii) disminuir las desigualdades, y iv) prestar servicios acordes a las expectativas de la población. Por tanto, el objetivo central del Sistema de Salud es mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y, al mismo tiempo, reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad (Gobierno de Chile, 2002).

En este sentido, se desarrolla el primer objetivo sanitario, donde está priorizada la salud de la mujer, donde se realizan intervenciones enfocadas a mejorar la i) salud reproductiva, ii) mortalidad fetal tardía, iii) calidad de la atención obstétrica, iv) morbimortalidad asociada al cáncer de cuello uterino, y v) climaterio.

Para fines del presente estudio se focaliza en la salud reproductiva, no dejando de ser vital las demás intervenciones, que permiten realizar acciones articuladas en beneficio de la salud de la mujer y que coadyuvan al logro de los objetivos y por ende a las metas planteadas; la salud reproductiva tiene como objetivo sanitario disminuir la MM en un 50%, con tasa al 2010 de 1.2 por 10.000 NV (Gobierno de Chile, 2002).

La razón fundamental de la disminución de la MM es por la mejora continua del acceso y la calidad de los servicios de salud reproductivos, impactando tanto en la sobrevivencia, como en el bienestar de las mujeres y sus familias; destacando los servicios y programa de planificación familiar, que comienzan a funcionar en Chile a mediados de la década del 60, impulsados por el gobierno como una forma de reducir la mortalidad materna por aborto. El impacto de esta iniciativa fue una reducción del 50% de la tasa global de fecundidad en 30 años. La mortalidad materna se redujo desde una tasa de 27.9 por 10.000 nacidos vivos en 1965 a 2 mil por diez mil nacidos vivos en 1998 (Gobierno de Chile, 2002).

Un segundo aspecto a relevar, ha sido la continua mejoría en el acceso al cuidado pre-natal, a través de la red de atención primaria, y a la atención hospitalaria del parto, que ha permitido

reducir muertes evitables gracias a los avances tecnológicos de la atención obstétrica (Gobierno de Chile, 2002).

Asimismo, en el objetivo sanitario ponen de manifiesto y para que la maternidad sea segura se requiere acciones simultáneas en tres frentes, i) reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; ii) reducir el número de complicaciones obstétricas y iii) reducir la tasa de mortalidad en las mujeres que presentan complicaciones.

Para manejar cada uno de los tres aspectos del problema, se debió aumentar la disponibilidad y el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar para reducir substancialmente el número de embarazos, en especial los de alto riesgo y los no deseados. En este sentido se debe asegurar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud durante el embarazo, el parto y el postparto, para así reducir la cantidad y la gravedad de las complicaciones obstétricas. Asimismo, se debe brindar información sobre la prevención y el tratamiento de las enfermedades durante el embarazo y sobre la detección precoz y su tratamiento cuando se presenten complicaciones. Finalmente, se debe proveer acceso a cuidados obstétricos esenciales a todas las mujeres que lo necesiten, con el objetivo de reducir la tasa de muerte cuando se presenten complicaciones.

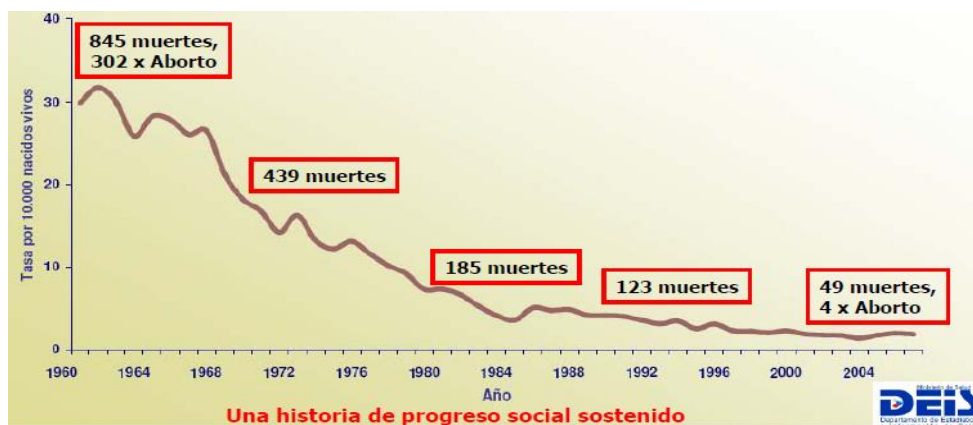
En esta línea, para continuar el descenso de la mortalidad materna. Se necesita el esfuerzo de la sociedad en múltiples áreas: educación, condiciones de la vivienda, saneamiento básico, programas de inmunización, de alimentación complementaria, programas de salud especiales para las mujeres y los niños, atención profesional del parto, avances científicos y tecnológicos (Gobierno de Chile, 2002).

Cifras de mortalidad materna en la República de Chile

La mortalidad materna en Chile ha presentado un sostenido descenso, como lo señalan las estadísticas a partir de 1961, año en que la tasa alcanzó a 318 por 100.000 nacidos vivos, disminuyendo en forma sistemática hasta llegar a dos dígitos el año 1978 (92 por 100 mil nacidos vivos), y continuando su descenso hasta ahora. En el año 1990, año base a partir del cual se definen las Metas de Desarrollo del Milenio, la razón de mortalidad materna en Chile ya era de 40.10 fallecimientos maternos por cada cien mil nacidos vivos; cifra que ha continuado descendiendo paulatinamente como muestra en la tabla N° 4 y el gráfico N° 13. (Naciones Unidas & Gobierno de Chile, 2008).

Es así, que durante las últimas décadas se aprecia una favorable evolución de la mortalidad materna correspondiendo a una de las tasas más bajas en América Latina. El año de 1990 correspondía a 40.0 por 100.000 NV, descendiendo a 17.1 por 100.000 NV el año 2002 y manteniéndose en 16.9 por 100.000 NV en el año 2008. Las principales causas de mortalidad materna son las complicaciones relacionadas con el embarazo y el aborto. Sin embargo, la baja sostenida de la mortalidad por aborto ha producido que en esta última década hayan sido más relevantes las complicaciones del embarazo. Recientemente las complicaciones del puerperio han llegado a ocupar el tercer lugar como causas de muerte materna en Chile (Naciones Unidas & Gobierno de Chile, 2005).

Gráfico N° 13: Mortalidad materna, Chile 1960-2006



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de salud (DEIS). MINSAL (2005).

Cabe relevar que la disminución observada en la mortalidad materna se ha asociado al impacto del Programa de Salud Materna del Ministerio de Salud que incluye el control prenatal, el control del puerperio, la atención institucional del parto y la organización del sistema de atención en niveles crecientes de complejidad que permiten detectar precozmente y tratar por especialistas las patologías asociadas al embarazo (Naciones Unidas & Gobierno de Chile, 2005).

Tabla N° 4: Mortalidad materna y por aborto, Chile 1990-2008

Año	Mortalidad Materna Total		Mortalidad materna por aborto	
	Defunciones Maternas	Tasa (*)	Defunciones maternas por aborto	Tasa (*)
1990	123	40,0	29	9,4
1991	106	35,4	39	13,0
1992	91	31,0	28	9,5
1993	100	34,4	31	10,7
1994	73	25,3	19	6,6
1995	86	30,7	20	7,1
1996	63	22,6	14	5,0
1997	61	22,3	12	4,4
1998	55	20,3	14	5,2
1999	60	22,7	5	1,9
2000	49	18,7	13	5,0
2001	45	17,4	4	1,5
2002	43	17,1	7	2,8
2003	33	13,4	5	2,0
2004	42	17,3	4	1,6
2005	48	19,8	7	2,9
2006	47	19,3	7	2,9
2007	44	18,2	4	1,7
2008	42	16,9	5	2,0

Fuente: Registros de Mortalidad Materna, Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL (2005).
*Tasa por cien mil nacidos vivos.

Asimismo, tiene un alto porcentaje de atención profesional del parto, sobre el 99% desde el año 1990, lo que asegura una buena atención perinatal y el consiguiente control de complicaciones que pudieran tener resultados mortales. Siendo para el año 1990 un porcentaje de 99.2%, pasando a 99.7% el año 2000 (Naciones Unidas & Gobierno de Chile, 2005).

Desde estos elementos, es posible reconocer que en el país de Chile existe una favorable evolución en porcentaje de atención del parto por personal especializado que va desde un 45% en el año de 1952, a 87% en el año de 1975 y un 99.8% para el año del 2009 (Naciones Unidas & Gobierno de Chile, 2011).

Dimensión diseño organizacional

Estructura organizacional

UNFPA/EAT: El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio (2004) afirma que:

La República de Chile, entre los factores que contribuyeron a la disminución de la segmentación organizacional, figura la creación del Servicio Nacional de Salud, que proveía una amplia gama de servicios de protección de la salud de las madres y niños, el programa de planificación familiar, todos ellos destinados a reducir las muertes maternas. Se suma el fortalecimiento de una red de asistencia pública basada en la prevención, el acceso y la aplicación de tecnologías apropiadas y eficaces, así como la asignación de matronas profesionales, que contribuyeron al mejoramiento del acceso y la cobertura que permitieron ofrecer una atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio (pág. 162).

A la luz de lo mencionado, la regulación sanitaria sobre los establecimientos de salud tanto del sector público y privado es responsabilidad estricta de las Direcciones de Servicios de Salud, y para establecimientos ubicados en la jurisdicción territorial de las Direcciones de Servicio de Salud respectivamente (La salud en las Américas: Volumen I, 2002).

Focalización de grupo vulnerable

América Latina: Avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo (2010) afirma que:

El gobierno chileno, implanto políticas y programas de salud para los pueblos indígenas, con avances significativos en materia de legislación referida a la salud de los pueblos indígenas; de igual manera normativas específicas sobre salud y poblaciones indígenas (pág. 77).

De este modo, se desarrolló un Sistema de Información Integral de Salud Intercultural (SIISI), Rakin Mongen Filu Lawen Pu che”, en coautoría con Centro de Salud de Boroa Filu Lawen, con el objetivo de apoyar el registro de atenciones y de gestión, en sus aspectos interculturales y complementarios; el sistema abarca dos dimensiones por una parte la complementación de estadísticas de atención de salud convencionales occidentales con las atenciones propias de la medicina mapuche; y por otra parte, incorpora aspectos (variables) que permiten abarcar el concepto de salud integral mapuche, es decir, la salud interrelacionada con otros aspectos de la vida como la identidad, mantención de la cultura, vínculo con el mapu o territorio y actividades colectivas, entre otros (Informe de avance realizado CEPAL – ECLAC, 2010).

Gestión organizacional

Redes integradas de servicios de salud-OPS (2008) menciona que:

El gobierno de Chile, implanto iniciativas de Redes Asistenciales basadas en la atención primaria de salud, teniendo como propósito desarrollar redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas (pág. 21).

Dimensión comunicación

Comunicación intrasectorial

El MINSAL trabaja con equipos interdisciplinarios, donde participan una gama de profesionales de la salud juntamente con profesionales de otras áreas proporcionando una mirada amplia al abordar los diferentes temas de salud; es así que intervienen: Médicos, Matron/a, Enfermero/a, Kinesióloga, Geógrafo, Periodista, Ingeniero Químico, Bioquímico, Médico Veterinario, Sicóloga, entre otras profesiones. También, el MINSAL, desarrolla trabajo intrasectorial de manera coordinada y articulada desde diferentes dimensiones del sector salud, vale decir epidemiología, zoonosis, alimento, comunicaciones, urgencia ambiental, entre otros; todo ello fortalecido por el trabajo intersectorial del SEREMI, Servicio de Salud, Fuerzas de Armada, Ministerios y la sociedad civil (Objetivos de desarrollo del milenio: Una mirada desde américa latina y el caribe, 2005).

Comunicación intersectorial

América Latina: Avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo (2010) afirma que:

El Ministerio de Salud coordina permanentemente con el Ministerio de Educación, concretando la creación del Plan Nacional de Educación en Sexualidad, con el propósito de aminorar las conductas de riesgo en la población en general; donde se impulsaron proyectos de Advocacy para asegurar la implementación del Plan Nacional de Educación en sexualidad y afectividad, estableciendo alianzas con organizaciones de la sociedad civil, jóvenes e instituciones educacionales, orientado a generar demanda y respaldo a la necesidad de implementación de planes y programas de educación integral en sexualidad en el sistema educacional; además, el Estado chileno ha suscrito acuerdos internacionales que hacen exigible el derecho de los niños, niñas y jóvenes a recibir una educación sexual de calidad y en perspectiva de derechos (pág. 69).

En la lógica de contribuir al fortalecimiento de un Sistema de Protección Social efectivo, que reduzca las inequidades, se desarrolla una nueva mirada que distingue – durante la gestación y los primeros años de vida de cada niño o niña – un espacio privilegiado para la consolidación de potencialidades que marcarán el futuro de las personas; surgiendo Chile Crece Contigo, iniciativa intersectorial que se constituye como un conjunto integrado de prestaciones, aspira a erradicar inequidades odiosas que pueden marcar la gestación, nacimiento y desarrollo inicial de los chilenos y chilenas, transformándose en verdaderas barreras para su evolución y éxito futuro (Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, 2008).

Comunicación y fuente de información

Reporte de Avance en el ODM 5 en América latina y el Caribe. Mejorar la Salud Materna (2010) *menciona que:*

los índices menores de mortalidad materna que tiene la República de Chile, es en cierta medida debido a los esfuerzos emprendidos para mejorar la calidad del registro investigando las muertes de mujeres en edad reproductiva, se implementó el Sistema Nacional de Información Perinatal (SNIP), que es una estrategia del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) que apunta a establecerse como un repositorio de información nacional de Salud Materno-Perinatal y tiene como principal objetivo avanzar hacia la automatización de las estadísticas vitales, obteniéndolas a través del registro directo en las maternidades por profesionales de la salud. El SNIP es un sistema web, que permite dar salida a información en tiempo real a través de las extracciones de bases de datos, como mediante los reportes diseñados en base a las necesidades de los establecimientos de salud (pág. 4).

Comunicación y accesibilidad

Las necesidades de salud en el grupo de menor riesgo se resuelve, en general, en el primer nivel de atención (establecimientos de atención primaria); el grupo de alto riesgo en cambio, requiera ser atendido en niveles de mayor complejidad y capacidad resolutive, sea ambulatorios (consultorio de nivel secundario) u hospitalarios, por personal especializado (Salud y TIC - CEPAL – Unión Europea, 2010).

Salud y TIC - CEPAL – Unión Europea (2010) afirma que:

La coordinación entre los distintos niveles de la red asistencial requiere de un sistema de referencia-contrareferencia adecuado- “atención continua” – que defina con claridad las causas, las vías y destino de derivación así como las instancias de comunicación disponible, Chile ha desarrollado el sistema de referencia de manera eficiente; la derivación desde el Nivel Primario al Nivel Secundario o a Servicios de Urgencia, por factores de riesgo o por patologías obstétricas está garantizada (pág. 11).

Comunicación sanitaria

En la República de Chile, las actuales políticas de salud están centradas en las personas y con enfoque de determinantes sociales, que asumen el proceso de reproducción humana como un acontecimiento vital en las vidas de mujeres y hombres que da origen al nacimiento de una persona, única, destinada a jugar un rol irreplicable en el grupo familiar y en la sociedad en la que ha nacido; las intervenciones de promoción y prevención comienzan mucho antes del parto; por ello, los futuros padres y las familias deben de tener la posibilidad de crear las mejores condiciones para el niño o niña que desarrolle todas las potencialidades incluidas en su capital genético (Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, 2008).

Dimensión recursos humanos y financieros

Recursos humanos: Capacidades

UNFPA/EAT: El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio (2004) afirma que:

El indicador de atención del parto es útil para identificar situaciones en que se encuentran países donde se aun necesitan realizar mejoras sustanciales; por su parte la República de Chile, posee una cobertura de un 100%, de atención de parto por personal capacitado, encabezando la lista de países con menores rezagos en este indicador materno. Uno de los factores más estrecha y universalmente asociado a la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas es la atención del parto por parte de personal calificado (todo profesional de la salud: matronas, médicos, enfermeras), que contribuye a evitar complicaciones y a remitir los casos a otros servicios, entre ellos los de planificación familiar y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (pág. 153).

Recursos humanos: Disponibilidad

Con el fin de ofrecer oportunidades para que el personal de salud conozca mejor los cambios en la prestación de servicios de salud reproductiva, varias universidades han comenzado a ofrecer cursos de especialización o de posgrado, garantizando la formación de profesionales especializados (La salud en las Américas: Volumen II, 2002).

Recursos humanos: Flexibilidad

En los servicios de salud se encuentra la desregulación que atañe a la flexibilidad laboral, así como a la modificación de mecanismos corporativos que influyen sobre la conformación de los equipos de trabajo, la composición y ámbitos de las profesiones de salud y la autonomía profesional.

La búsqueda de flexibilidad laboral como criterio esencial para disminuir los costos y crear condiciones de mayor competitividad es uno de los paradigmas vigentes en la gestión del personal en la economía en general y en el sector salud en particular (La salud en las Américas, 2002).

Recursos financieros: Asignación presupuestaria

UNFPA/EAT: El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio (2004) afirma que:

La magnitud del gasto público, su progresividad, su distribución en los grupos más pobres de la población, es fundamental para garantizar su acceso a la salud, el Estado de Chile, distribuye alrededor del 30% del gasto público entre la población de menores ingresos (pág. 165).

La asignación presupuestaria del Estado chileno, ha sido adecuada debido a su distribución de recursos entre proveedores y atenciones de salud de manera óptima, maximizando las ganancias en bienestar social; las ganancias contemplan al menos dos componentes: i) mejorías en el estado de salud de la población beneficiaria y ii) aumentos en el grado de protección financiera de las familias frente a eventos de salud (enfermedad); con eficiente asignación presupuestaria logra, una combinación óptima de disminuciones de morbilidad y mortalidad y, el aumento en la protección financiera de los hogares. Por su parte, el Ministerio de Hacienda da a conocer el Marco global de presupuesto de continuidad de los Servicios de Salud; con esa información, el MINSAL procede a asignar su presupuesto principalmente por líneas programáticas, tomando como base las asignaciones por programas presupuestarios, elaborados por distintos actores; esta forma de asignar los recursos trae como consecuencia que ciertos Servicios de Salud quedan, al final del periodo anual, con superávit presupuestario y otros con déficit sin dar cuenta de la necesidad específica de presupuesto de los Servicios de Salud, en consecuencia, esta asignación

parcializada no permite realizar una mejor asignación basada en criterios de equidad y eficiencia, tendiendo a perpetuar las brechas (Hacia un presupuesto poblacional que reemplace el presupuesto histórico en el sistema nacional de servicios de salud: Propuesta metodológica y estimaciones, 2009).

Recursos financieros: Distribución financiera

Hacia un presupuesto poblacional que reemplace el presupuesto histórico en el sistema nacional de servicios de salud: Propuesta metodológica y estimaciones (2009) afirma que:

Una distribución presupuestaria es equitativa cuando contribuye a reducir las brechas en el acceso a la atención de salud de las personas, las brechas de equidad corresponden a diferencias, entre individuos o grupos de individuos, en el acceso a la atención de salud. El gobierno chileno ayuda a reducir las diferencias asignando un mayor presupuesto allí donde hay mayores necesidades de salud, de modo de aumentar la disponibilidad de servicios y la calidad de la atención; a nivel territorial se expresa en asignar de manera prioritaria los recursos a aquellos Servicios de Salud que poseen mayores brechas de acceso y mayores necesidades sanitarias (pág. 37).

Recursos financieros: Transferencias financieras

Transferencias financieras están enfocadas hacia la Atención Primaria Municipalizada y otros montos menores a otros agentes financiados desde el nivel Gobierno Central, además del gasto corriente de los Servicios de Salud; este ejercicio permite dar cuenta del volumen global de recursos de que dispone una población determinada adscrita al territorio de un Servicio de Salud. No obstante, los montos asignados a la Atención Primaria municipalizada y los niveles secundario y terciario a cargo de los Servicios de Salud (Gobierno Central) se determinan hasta ahora en forma independiente; esto quiere decir lo que recibe una población determinada para financiar la Atención Primaria no guarda relación alguna con los recursos que recibe el Servicio de Salud para financiar la atención ambulatoria de especialidades y la atención hospitalaria y de emergencia. De esta forma, por mayor equidad en la asignación poblacional que se logrará con el sistema per cápita de la Atención Primaria municipalizada, el mecanismo actual de presupuesto histórico de los Servicios de Salud termina introduciendo, profundas inequidades en la asignación agregada poblacional (Hacia un presupuesto poblacional que reemplace el presupuesto histórico en el sistema nacional de servicios de salud: Propuesta metodológica y estimaciones, 2009).

Dimensión negociación

Negociación intrasectorial

MINSAL, desarrollo estrategias para garantizar y proporcionar acceso a los jóvenes, para recibir atención en los servicios de SSR; no obstante, se ve dificultado por diversas razones como la resistencia de sectores conservadores, oferta insuficiente de servicios “amigables” en los establecimientos de atención primaria, jóvenes que no acuden a los centros establecidos para solicitar estos servicios (ODM, Segundo Informe, 2008).

Negociación intersectorial

ODM, Segundo Informe (2008) menciona que:

Para el logro de las metas planteadas, es importante desarrollar un trabajo dirigido a los grupos más vulnerables, especialmente los jóvenes, a través de mecanismos adecuados y pertinentes como campañas educativas masivas y acciones específicas a nivel de la población escolar; para ello MINSAL, desarrollo estrategias en incentivar y mejorar la coordinación intersectorial, especialmente con el Ministerio de Educación, para el desarrollo de líneas de trabajo conjuntas. La propuesta gubernamental en sexualidad responsable, iniciativa intersectorial en desarrollo entre los Ministerios de Educación y Salud, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), e Instituto de la Juventud (INJUV), se plantea como una de las estrategias para avanzar en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo, a través de modelos de gestión local al interior de las comunas (pág. 115).

Dimensión innovación

Innovación tecnológica: Equipamiento

En el 2001, se habían creado grupos, unidades u organizaciones dedicadas a la evaluación de las tecnologías de salud. En Chile, se trata de unidades del Ministerio de Salud cuya finalidad fue impulsar y coordinar la creación de redes articuladas de evaluación de tecnologías en salud en los distintos niveles del subsector público, haciéndose cargo del mantenimiento de los equipos garantizando una atención con calidad (La salud en las Américas, 2002). Asimismo, cuenta con la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud, encargada de apoyar técnicamente la identificación de los procesos más efectivos en función del costo para la atención de los problemas prioritarios de salud pública del país (La salud en las Américas, 2002).

Innovación tecnológica: Aplicativos informáticos

A través de las TIC el MINSAL incorporo nuevos programas nacionales denominados Salud-e y telemedicina; y el Estado tomó la decisión estratégica de implementar un sistema de información en salud para abordar de manera integrada el corazón de la gestión hospitalaria, centrado en la atención clínica de los pacientes. En ese sentido, se desarrolló un sistema de información en salud centrado en el usuario, que implementa la ficha clínica electrónica que contendrá el historial clínico del paciente -registro de atenciones, resultados de exámenes de laboratorio e imaginología, prescripción de fármacos, etc.- disponible desde cualquier centro de la Red de Salud, lo que asegura la continuidad en la atención, otorgando mayor calidad y seguridad a los pacientes (Salud y TIC - CEPAL – Unión Europea, 2010).

Innovación tecnológica: Insumos y medicamentos

Uso racional de medicamentos: Una tarea de todos (2010) afirma que:

El Ministerio de Salud de Chile, atendida la relevancia de los medicamentos dentro del sistema de salud público y privado, ha planteado en la Política Nacional de Medicamentos (Res. Ex. MINSAL N° 512/2004) los lineamientos y directrices bajo las cuales se deberá desarrollar la actividad nacional en materia farmacéutica y dentro de éstos se encuentran las líneas de acción respecto de la Racionalidad en el Uso de Medicamentos, que estructuran una serie de actividades destinadas a lograr un uso racional de los mismos. En el desarrollo de estas líneas de acción y sus actividades correspondientes, es que el Ministerio de Salud ha decidido avanzar sobre la promoción del Uso Racional de Medicamentos (URM) en todas sus áreas, para lo cual se han

desarrollado documentos como el Manual de Selección de Medicamentos, la Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción y un Marco Conceptual para la enseñanza sobre medicamentos y su uso racional. En esta misma línea de acción, y dando un paso hacia los procesos de educación del personal de salud, se coloca a disposición del mismo el presente documento, destinado a la entrega de conceptos básicos relacionados con los medicamentos que propiciarán una cultura de responsabilidad en torno a los mismos, así como su traspaso a la población en los actos de asistencia al paciente y entrega de medicamentos (pág. 1).

Innovación investigativa

La Salud en las Américas: Volumen II (2002) afirma que:

El Estado, a través del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, incentiva la investigación en salud, que se ha orientado más a las áreas de ciencias básicas y clínicas que a las de salud pública. También, la investigación en salud se realiza en las universidades y en los centros de investigación (pág. 166).

Innovación en política de salud materna

ODM, Segundo Informe (2008) afirma que:

Las políticas de salud pública ejecutadas por el Estado chileno han mantenido estables en los últimos 55 años, i) con controles preventivos de salud gratuitos para la madre y los niños, sobre el 90% en la actualidad; ii) acceso universal a la atención profesional e institucional del parto, 99,8% en la actualidad; iii) acceso gratuito a métodos anticonceptivos modernos, desde 1966, en el período 1990-2000, la población de usuarias de métodos anticonceptivos bajo control aumentó en un 34,5%; iv) rol de la matrona profesional en control y asistencia del parto y v) la existencia de un servicio nacional de salud público desde 1952; Servicio Nacional de Salud, reemplazado en 1980 por el actual Sistema Nacional de Servicios de Salud, que asigna gran importancia a la estructura y organización de los servicios de atención materno- perinatal (pág. 116).

Las actividades que se realizan en el contexto del Programa de Salud de la Mujer, han sido siempre prioridad desde los inicios del Servicio Nacional de Salud que continúan siendo una de las bases de la atención en la población; las atenciones que se brindan constituyen desde mucho tiempo derechos básicos para las mujeres y se traducen en el contacto permanente entre el personal de salud y las usuarias. Por consiguiente dichas actividades tienen asegurada su continuidad en el tiempo, y es esperable dar cumplimiento integral a las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, Segundo Informe, 2008).

Seguidamente se presenta una tabla síntesis con los elementos de estudio, presentado en hallazgos tanto para la República de Perú y Chile.

Tabla N° 5: Síntesis de resultados

Elementos de Estudio			República	
Dimensiones	Variables	Tópicos	Perú	Chile
Orientaciones generales de política	Historia	Compromiso gubernamental.	X	X
		Reconocimiento constitucional del acceso universal en salud.	X	X

		Vinculación con los objetivos del milenio.	X	X	
	Cifras de MM	Reducción sostenida de la MM	-	X	
Diseño organizacional	Estructura organizacional	Estructura segmentado.	X	-	
		Estructura fragmentado.	X	-	
	Focalización de grupo vulnerable	Identificación de grupos vulnerables y con énfasis en los pueblos indígenas.	X	X	
	Gestión en política materna	Focalización en APS.	-	X	
		Focalización en aseguramientos universal.	X	X	
Comunicación	Intrasectorial	Alta burocratización.	X	-	
		Sistema único de información.	-	X	
	Intersectorial	Desarticulación institucional.	X	-	
		Duplicidad de funciones.	X	-	
	Fuente de información	Registro de datos confiables.	-	X	
	Accesibilidad	Sistema de referencia y contrareferencia de atención y tratamiento.	-	X	
	Comunicación sanitaria	Centradas en promoción y prevención.	-	X	
		Centrada en maternidad saludable y segura.	X	-	
	Recursos	Humanos	Sistema de capacitación.	X	X
			Sistema de apoyo a la gestión sanitaria.	X	X
Incrementó de personal obstétrico.			-	X	
Éxodo de profesionales de la salud.			X	-	
Emigración de personal calificado.			X	-	
Disponibilidad de personal capacitado en las regiones.			-	X	
Alta rotación de profesionales de la salud.			X	-	
Flexible laboral del personal de salud.			X	X	
Financieros		Subsistemas con diversas formas de financiamiento y prestaciones.	X	-	
		Asignación de gasto a actividades de promoción y prevención.	-	X	
		Financiamiento público reducido.	X	-	
		Incremento progresivo de presupuesto asignado a la atención materna.	X	X	
		Recursos para mantenimiento de infraestructura y reposición de equipos médicos en los establecimientos.	X	X	
Negociación	Intrasectorial	Promueve la concertación sectorial y también intersectorial.	X	X	
		Resolución de conflictos laborales.	X	-	
	Intersectorial	Esfuerzo con otros sectores, para ampliar la cobertura de atención prenatal y del parto institucional.	-	X	
		Fortalecimiento de la promoción de salud en las Instituciones Educativas.	X	X	
Innovación	Tecnológica	Renovación de los equipos e intervenciones de soporte técnico informático.	X	X	
		Creación de unidades u organizaciones dedicadas a la evaluación de las tecnologías de salud.	-	X	
		Implantación del sistema integrado de	-	X	

		gestión administrativa.		
		Sistema de información en salud con implementación de ficha clínica electrónica.	-	X
	Insumos y medicamentos	Programación de medicamentos e insumos estratégicos a nivel nacional.	X	-
		Política Nacional de Medicamentos, enmarcada en el uso racional.	-	X
	Investigación	Sistema nacional de investigación en salud estructurado.	X	X
	Política	Innovación en salud materna, orientada al usuario.	X	X

Fuente: Elaboración propia, a partir de la revisión documental.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA

4.1.- Conclusiones

Este estudio buscó responder la siguiente pregunta, ¿cuáles han sido las diferencias de la implantación de las políticas públicas en salud materna desde la dimensión de gestión?

A partir de la estrategia de análisis documental, se pudo determinar por un lado, una serie de componentes susceptibles de ser mejorados, de manera de favorecer la implantación de la política en salud materna en la dimensión de gestión; y por otro lado, nutrir las conclusiones y propuestas de política pública.

El análisis documental, a la luz de los elementos extraídos de la revisión bibliográfica, se encuentra enmarcado en seis dimensiones: orientación general de política, diseño organizacional, comunicación, recursos, negociación e innovación. Las que componen la macro dimensión de la implementación de la política desde su dimensión de gestión.

A continuación se presentan las principales conclusiones expuestas por dimensiones extrayendo conclusiones generales a partir de la revisión y comparación de los casos de Perú y Chile expuestos en el capítulo anterior.

Dimensión de orientación general de política

En la dimensión de orientación general de política, cabe destacar que la MM tuvo tratamiento en el caso de Chile muy anterior al de Perú, siendo el gobierno el principal actor en promulgar leyes que hicieron frente al problema sanitario. Dado que se trataba de una visión de largo plazo los gobiernos entrantes daban continuidad a la política implantada, además de fortalecerla con mecanismos favorecedores como los recursos financieros y humanos. Por otro lado, ambos gobiernos priorizaron las políticas de promoción y prevención en la salud materna, sin embargo Chile obtuvo mejores resultados y sigue siendo una de las principales políticas que ha incentivado desde los años noventa; por su parte Perú implantó este tipo de políticas a inicios del 2000, con resultados no muy alentadores. Finalmente, se observa que la historicidad institucional marca una diferencia en las políticas y repercute en la salubridad de la población.

Dimensión de diseño organizacional

En la dimensión diseño organizacional, se observa que los ministerios de salud que cuentan con una estructura organizacional segmentada y fragmentada presentan dificultades para articular sus acciones no logrando coberturas para la población, evidenciándose por lo tanto una mayor inequidad en el acceso a recibir atención médica. Por otro lado la segmentación incentiva al centralismo de los ministerios imposibilitando una adecuada coordinación con los niveles de atención primario, en este sentido la coordinación funcional tanto del nivel nacional y subnacional con marcada segmentación dificulta la toma de decisiones de forma eficiente, ya que la información con que cuentan los decisores no es lo óptimo, existiendo subregistros y pérdida de información relevante, por el contrario países que muestran estructura organizacional vertical y coordinada facilitarán la consecución de las coberturas en salud.

En este sentido, los ministerios de salud que no ejercen liderazgo dentro su sector siguen contribuyendo a la fragmentación y segmentación intrasectorial, haciendo que la implementación de las políticas en salud no logre alcanzar sus propósitos, perpetuando la insalubridad que se refleja en indicadores de la MM.

Por otra parte, las políticas y programas de salud implantadas y focalizadas en grupos vulnerables como los pueblos indígenas, es un claro avance en materia de salud apoyada por la legislación de los países, para disminuir las desigualdades y poder incrementar el acceso a los establecimientos de salud, con uso de técnicas de parto con adecuación cultural disminuyendo las MM y minimizando sus efectos lo que verá reflejado en su indicador.

Dimensión de comunicación

La comunicación es uno de los factores claves para garantizar una implementación de manera adecuada; en este sentido, sistemas de información robustos permitirán facilitar la implementación de la política en salud materna con decisiones basadas en evidencia, por el contrario la ausencia de sistema único de información obstaculizará la toma de decisiones, por lo que el alcance que pretende lograr la implementación de la política en salud materna sigue siendo insuficiente con lo que la política sigue siendo insuficiente.

En esta misma línea, tener acciones fortalecidas con otras instituciones, donde el trabajo articulado de manera intersectorial potencia las acciones de implementación en salud materna, observándose una mayor amplitud de sus logros en esta materia. En este mismo sentido, al existir desarticulación y duplicidad de funciones entre diversos órganos estatales que implementan políticas de salud redundan en la existencia de instancias débiles de coordinación que debilitan el trabajo intersectorial.

Por otro lado, si la comunicación es insuficiente desde el mismo ministerio de salud se va instalando la separación en compartimentos estancos; la implementación de la política no llega a cumplir con su propósito que es disminuir la MM a nivel de país, de regiones, departamentos, provincias y distritos, ya que las acciones y estrategias difieren significativamente. En este sentido, el rol rector del ministerio de salud, es implementar políticas que involucren a los gobiernos regionales, en el proceso de supervisión integral a nivel nacional, con la finalidad de promover la participación descentralizada.

Dimensión de recursos

Uno de los principales determinantes que se observa para que el sector salud pueda cumplir su misión es el desarrollo de los recursos humanos, resultando imprescindible el diseño de los perfiles de los servidores de salud con orientación estratégica y capacitación permanente.

Otro elemento relevante son los niveles de remuneración y las condiciones de trabajo ya que cuando esto no están no cumple con la expectativa del personal ocurre una alta rotación del personal capacitado, los que se alejan de las poblaciones rurales y periurbanas, ello afecta directamente no solo a la implementación políticas de salud, sino también a todas las políticas de salud.

Mejorar el acceso a la atención de parto por personal calificado, es clave para disminuir las complicaciones y las muertes maternas; por lo que es necesario contar con acciones que ayuden a mejorar la distribución y dotación de personal capacitado, dando prioridad a las regiones más pobres, focalizando en las acciones en la Atención Primaria de Salud, con asignación financiera para fortalecer el primer nivel de atención.

Dimensión de negociación

La negociación intrasectorial e intersectorialidad, es quien garantiza la viabilidad de estrategias con mayor articulación de las redes sociales desde distintos niveles con la finalidad de potenciar las acciones para el logro de resultados de mayor impacto en la salud materna; desde este mismo modo facilitar la sinergias de acciones de los diferentes actores, es disminuir la fragmentación de las políticas en el proceso de implementación, el cual evita la dispersión de recursos con la proliferación y superposición de programas.

Dimensión de innovación

La innovación como dimensión en el proceso de implementación de la política, en la actualidad es uno de los factores que no se puede dejar de abordar, más aun en la línea de la salud que cada día las innovaciones y avances que permite actuar con mayor efectividad en las estrategias para disminuir la MM, todo esto impulsado desde los ministerios de salud, con ello facilita una mejor intervención con énfasis en la salud materna, para aminorar las brechas en el acceso a la atención de los servicios de la salud.

4.2.- Propuestas de política pública

A continuación se presenta un conjunto de propuestas de política pública en la línea de mejorar la implementación de la política en salud materna, desde su dimensión de gestión.

De acuerdo a lo analizado en los resultados para implementar políticas que mejoren la salud materna es necesario tomar en cuenta las limitaciones que se señalan a continuación: Primero, el esfuerzo supone apurar el paso hacia una sensible reducción de las inequidades en materia de salud, incluidas aquellas vinculadas a la pobreza, la marginación, el género, la raza o etnia y la edad. Segundo, implica un gran avance en materia de protección social en salud, sin la cual no es posible extender la cobertura de las intervenciones más críticas. Tercero, hay que aumentar los niveles de gasto público corriente y de inversión del sector y mejorar sustancialmente la calidad de la asignación de recursos sectoriales. Cuarto, es preciso reorientar los servicios de atención de la salud sobre la base de una nueva estrategia de atención primaria, que promueva la participación activa de todos los usuarios del sistema. Quinto, se necesita un fortalecimiento sostenido de la infraestructura en salud pública. Por último, es urgente avanzar en la formulación y puesta en práctica de políticas y medidas intersectoriales que tengan incidencia sobre los determinantes políticos, económicos y socioculturales en materia de salud; todo esto considerando a la salud como un fenómeno multidimensional.

En este escenario, la mortalidad materna supone un desafío que interpela la intensidad de las políticas puestas en práctica y exige redoblar los esfuerzos para mejorar en este campo, prioritario desde el punto de vista de los derechos.

Como se observó en el capítulo de resultados para la República de Chile el tema central en materia de salud materna es el mejoramiento de la calidad de los servicios maternos; mientras tanto, para la República de Perú es mejorar el acceso a la atención de salud materna en particular a los servicios obstétricos de emergencia, reduciendo las brechas y ampliando la cobertura.

En este sentido las propuestas que se presentan a continuación obedecen a tres tipos de propuestas unas orientadas a mejorar la calidad, otras orientadas a reducir las brechas de acceso en salud y un tercero mixto que agrupa ambos objetivos:

Propuestas orientadas a mejorar la calidad

Garantizar un seguimiento adecuado de la política del gobierno para la reducción de la mortalidad materna a fin de promover una planificación y rendiciones de cuenta en forma eficaz.

Reformular políticas para mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, con abordaje intercultural, que garantice atenciones interculturales desde el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido; respetando la cultura de la madre y optimizando la calidad de las atenciones.

Implementar políticas orientadas al mejoramiento y fortalecimiento de los sistemas de información, clave para el perfeccionamiento de las estadísticas vitales y del monitoreo de datos generados en el sistema de salud, garantizando una adecuada toma de decisiones basado en información fidedigna, con lo consiguiente generar impacto en la salud e la población.

Formular políticas para incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud.

Impulsar políticas que garanticen intersectorialidad e interinstitucionalidad, para establecer alianzas estratégicas mediante la articulación de redes sociales de distinto nivel institucional, comunitario o individual, que involucren a diferentes sectores y actores de la sociedad; para potenciar el logro de resultados reconociendo recursos activos de la comunidad no sólo incluye las fortalezas de cada individuo, sino también las asociaciones ciudadanas como las organizaciones de base, organizaciones comunales, iglesias, clubes, grupos culturales, escuelas, universidades, colegios profesionales, entre otros.

Formular políticas públicas y programas sociales compuestos con una orientación general que se nutra de las sinergias entre ellos; evitando la fragmentación de las políticas, la dispersión de los recursos y la proliferación y superposición de programas, y asegure su permanencia en el tiempo.

Implementar políticas para llevar a cabo inversiones adecuadas en infraestructura, equipos y aplicativos informáticos; así como en enlaces de telecomunicación capaces de soportar los sistemas de información que el sector salud requiere, para mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para avanzar en equidad y extender la protección social en materia de salud materna.

Propuestas orientadas a mejorar la cobertura

Reforzar el proceso de coordinación en los órganos de línea de los ministerios de Salud, para consolidar la rectoría nacional y garantizar las condiciones necesarias para una adecuada implementación de políticas en salud materna.

Mejorar el rol rector del ministerio de salud, implementando políticas que involucren a los gobiernos regionales, en el proceso de supervisión integral a nivel nacional, con la finalidad de promover la participación descentralizada, la autoevaluación, la mejora en el desempeño y la transparencia en la gestión.

Reorientar y desarrollar trabajos sectoriales destinados a disminuir la segmentación y fragmentación del sistema de salud, perfeccionando su rol y funciones en nuevos escenario que plante la descentralización y el Aseguramiento Universal en salud; así pasar de un enfoque sectorial, a un sistema de salud integrado con visión intergubernamental que se capaz de articular e integrar el sistema de salud.

Incorporar políticas que reformulen las normas de salud relacionadas al aseguramiento universal, como la categorización y acreditación de EESS para el sector salud.

Impulsar políticas capaces de generar una regulación de los Sistema de Referencia y Contra Referencia (SRCR), siendo instancias que asegure la continuidad y oportunidad de la atención obstétrica, para coberturar la demanda insatisfecha optimizando los recursos de comunicación y transporte existente.

Formular políticas encaminadas a mejorar el acceso a atención de parto por personal calificado, clave para disminuir las complicaciones y las muertes maternas; por lo que se necesita políticas que ayuden a mejorar la distribución y dotación de personal capacitado, dando prioridad a las regiones más pobres y con mayor vulnerabilidad.

Promover el desarrollo de recursos humanos basados en la Atención Primaria de Salud, generando capacidades gerenciales y técnicas de los mismos.

Gestionar la asignación y ejecución de mayores recursos presupuestales orientados a disminuir la morbimortalidad materna, uno de los principales objetivos, priorizando las zonas o regiones donde se registran mayores índices de mortalidad materna, en coordinación con el sistema de vigilancia epidemiológica, a través de una ampliación constante de la cobertura nacional.

Diseñar políticas y programas de salud que articulen adecuadamente el conjunto de prestaciones e intervenciones de mayor impacto, según las características propias de las poblaciones a quienes se quiere beneficiar, tomando en cuenta su ubicación geográfica, su condición socioeconómica y su origen étnico, factores que muchas veces constituyen barreras para la eficaz puesta en marcha de las políticas de salud.

Propuestas mixtas

Desarrollar recursos humanos, frecuentemente postergados siendo imprescindible mejorar el perfil de los servidores del sector. Esta orientación estratégica buscará la capacitación permanente del personal de salud, a la vez que impulsará niveles adecuados de remuneración y condiciones de trabajo. Las principales políticas que se propone son: i) impulsar una adecuada política de gestión de los recursos humanos; ii) participación de los recursos humanos en la definición de los lineamientos de política sectorial; iii) capacitación permanente con los lineamientos de política; iv) promoción por sistema de méritos; v) remuneraciones idóneas de acuerdo a la responsabilidad; vi) incentivos familiares, personales y profesionales; vii) fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización.

Tomando en consideración que existen situaciones nacionales que no permiten cubrir la inversión de la puesta en marcha de políticas y programas con fondos del presupuesto nacional, se recomienda la formulación de proyectos para acceder a fondos internacionales; tarea que requerirá la capacitación de equipos en el diseño de proyectos dentro de los ministerios de salud a nivel nacional, para llevar a cabo eficazmente las negociaciones con agencias de cooperación internacional e instituciones financieras.

Asignación financiera para fortalecer el primer nivel de atención e impulsando una mayor participación de la sociedad civil en el trabajo de sensibilización y autocuidado.

Garantizar una participación significativa de las mujeres en las decisiones sobre atención de la salud materna; asimismo, proporcionar a las mujeres información accesible sobre sus derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud.

Impulsar políticas en planificación sanitaria y particularmente en planificación de provisión de insumos y medicamentos. Si bien, en este tipo de análisis se pone el énfasis en el financiamiento corriente y se hace la opción de formular un presupuesto prospectivo que satisfaga la oferta, la planificación de la provisión debe orientar las inversiones para garantizar que en el futuro la localización de los servicios y la distribución geográfica, se acerquen a las necesidades de la población. De lo contrario, la inercia de la inversión seguirá concentrada en las grandes ciudades que constituye una fuente de nuevas y más agudas inequidades.

GLOSARIO

AOE	Anticonceptivos Orales de Efectivo
APS	Atención Primaria de Salud
CAS	Contrato Administrativo de Servicios
CNS	Consejo Nacional de Salud
DEIS	Estadísticas e Información de Salud
DIRESAS	Direcciones Regionales de Salud
EESS	Establecimientos de Salud
ENDES	Encuesta Demográfica de Salud Familiar
FON	Funciones Obstétricas Neonatales
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INFOSALUD	Información en Salud
MM	Mortalidad Materna
MINSA	Ministerio de Salud
NV	Nacidos vivos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNCS	Plan Nacional Concertado de Salud
PPR	Presupuesto Por Resultados
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
SIGA SL/SP	Sistema Integrado de Gestión Administrativa – Modulo Logístico
SIS	Seguro Integral de Salud
SIISI	Sistema de Información Integral de Salud Intercultural
SNIP	Nacional de Información Perinatal
SNS	Servicio Nacional de Salud
SRCR	Sistema de referencia y contra referencia
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAMD	Tasa Anual Media de Disminución

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. F. (2003a). *El Estudio de las Políticas Públicas* (3 ed.). Ciudad de Mexico, Mexico: Grupo Editor Miguel Ángel Porrúa.
- Bardach, E. (2008). *Los Ocho Pasos del Análisis de Política* (1 ed.). Ciudad de México, México: Grupo Editor Miguel.
- Berry, M. (1999). "*Cultura e institución en los estudios sobre management: Confrontación de experiencias académicas francesas y estadounidenses*": Cuso dictado en el marco del Programa de Posgrado en Ciencias Sociales del Trabajo del Centro de Estudios Avanzados de la UBA. Buenos Aires.
- Carbone, F. (ene./dic. de 2005). Del estigma de la mortalidad materna, a la maternidad segura y saludable. *Consensus*, 9(10), 117-124.
- CELADE. (2010). *Marco Teórico: Evolución de la mortalidad infantil en Chile: períodos 1940-1960 y 1961-1980*. Archivos Centro Latinoamericano de Demografía.
- CEPAL. (2004). *Las Metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de Perú. Unidad Mujer y Desarrollo*. Santiago de Chile.
- CEPAL. (2005). *Políticas y Programas de Salud en América Latina. Problemas y propuestas*. Santiago, Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL, OPS-OMS, UNICEF, UNFPA, & UNIFEM. (2009). *Reunión de Expertos: Los determinantes de Mortalidad Materna en México y América Central: Hacia un Enfoque Multisectorial*. México D.F.
- Cortázar, J. C. (2007). *Una Mirada Estratégica y gerencial de la Implementación de los Programas Sociales. Entre el Diseño y la Evaluación*. Washintong, Estados Unidos de América: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Family Care, I. (2010). *El enfoque intercultural en las normas de salud materna de Perú*. Lima.
- Faneite, P. (2008). Mortalidad materna en la Región Bolivariana de Latinoamérica: área crítica. *Revista Obstetricia y Ginecología*(68), 18-24.
- Gérvas, J., & Pérez, M. (2011). *Rebajas sanitarias racionales en Iso tiempos de crisis económica*. Madrid. España.: FCM. Medicina General. Equipo CESCA.
- Gobierno de Chile. (2002). *Los objetivos sanitarios para la década 2000 - 2010*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Gobierno de Chile. (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Decada 2011 - 2020*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud .
- INAPSA. (1997). *Estudio de la mortalidad materna. Provincia de Mendoza, Años 1993-1994-1995*. Argentina: Ministerio de Salud.

- INEI. (2000). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES)*. Lima: INEI.
- Koch, D. (2011). *Análisis de una Experiencia de Implementación de Política Pública: El caso del programa de intervención breve de prevención focalizada del servicio nacional de menores*. Tesis para optar al grado de magíster, Santiago de Chile.
- Lahera, E. (2002). *Introducción a las Políticas Públicas* (1ª edición ed.). Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Leonard-Barton, D. (1995). *Wellsprings of Knowledge. Building and Sustaining the Sources of Innovation*. Boston: Harvard Business School Press.
- Luque, M., & Bauernfeind, A. (2007). Prevención de la Mortalidad Materna. Un ejemplo de intervención comunitaria en salud en el Congo. *Index Enferm*, 16 (57).
- Meny, Y., & Thoenig, J. C. (1992). *Las Políticas Públicas* (1ª ed.). Barcelona, España.: Editorial Ariel.
- MINSA. (1995). *Lineamientos de política del sector salud: Perú, 1995-200*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2001). *Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio 2001-2006*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2002). *Lineamiento de política del sector salud: Perú, 2002-2012*. Lima: MINSA.
- Mintzberg, H. (1995). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel, S.A.
- Naciones Unidas. (2000). *Declaración del Milenio. Resolución A/RES/55/2*. Nueva York: UN.
- Naciones Unidas, & Gobierno de Chile. (2005). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Primer Informe del Gobierno de Chile*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Naciones Unidas, & Gobierno de Chile. (2008). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Segundo Informe Gobierno de Chile*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Naciones Unidas, & Gobierno de Chile. (2011). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Tercer Informe de Gobierno de Chile*. Santiago de Chile: Ministerio de salud.
- OMS. (9 de Mayo de 2002). *Reducir la mortalidad materna es prioridad diaria de la OPS*. Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de Informe de prensa:
<http://www1.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>
- OMS. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo: ¡cada madre y cada niño contarán!* Ginebra: OMS.
- OMS. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. En OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS, UNFPA, UNICEF, & Banco Mundial. (1999). *Reducción de la Mortalidad Materna. Declaración Conjunta*. Ginebra.
- OMS, UNICEF, & FNUAP. (2003). *La tasa de mortalidad materna es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo*.

- OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial. (2008). *Mortalidad Materna 2005*. Ginebra- Suiza: OMS.
- OPS. (2002). *La Salud en las Américas*. Washington, D.C: OPS.
- OPS. (2006). *La Salud Neonatal en el Contexto de la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño para Cumplir los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas. 47º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud*. WDC: OPS/OMS y USAID.
- OPS. (2007). *Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS/OMS. (2004). *Plan de choque contra la mortalidad materna: Un compromiso muy serio del gobierno colombiano*. Bogota.
- OPS/OMS. (2007). *Plan Estratégico 2008-2012*. Ginebra: OMS.
- Ortún, V. (1996). *Innovación en sanidad*. En: MENEU, Ricardo & Ortún. *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: AES.
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas. Una Introducción a la Teoría y la Práctica*. (M. y. Dávila, Ed.) Buenos Aires, Argentina: FLACSO, sede académica de México.
- Pérez Serrano, G. (2002). *Investigación Cualitativa II. Técnicas de análisis de datos*. España: Editorial La Muralla.
- Pizza, W. (Mayo-julio de 1990). *Pontos criticos na ciencia das organizacoes*. *Revista de Administracao Pública*, 142.
- PNUD, & Gobierno de Chile. (2005). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1998). *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*. Fondo de Cultura Económica.: México D.F.
- Rosselot, & Meneguello. (1990). *Salud de la familia y paternidad responsable, la experiencia de Chile, 1965-1988*. *Revista Médica Chile*, 118: 330-38.
- Simons, R. (1995). *Levers of control*. *Harvard Business*, 5.
- Studin, I. (2000). *Strategic Healthcare Management*. Nueva York: Irwing Professional Publishing.
- Tamayo, M. (1997). *"EL Análisis de las Políticas Públicas"*, en Rafael Bañón y Ernesto Carrillo compiladores: *"La Nueva Administración Públicas"* (1ª edición ed.). Madrid, España: Alianza Editorial.
- UNFPA. (2004b). *Mortalidad Materna. El parto en buenas manos*.
- UNICEF. (2008). *Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud materna y neonatal*. Nueva York: UNICEF.
- Weber, M. (1986). *Economía y sociedad* (14 ed.). México, D:F: Fonómicando de ultura eco.

ANEXOS

ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN EN BASE A OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

OBJETIVO GENERAL: Observar el proceso de implantación de la Política en Salud Materna en las Repúblicas de Chile y Perú durante el período 2000 a 2010, desde su dimensión de gestión, sus principales diferencias; y estableciendo propuestas de mejora para la implementación de la política materna.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	DE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
¿Cuáles han sido las diferencias de la implantación de las políticas públicas en salud materna desde la dimensión de gestión?		Determinar las diferencias del proceso de implementación de la política materna, desde su dimensión de gestión. Describir las estrategias ejecutadas durante el proceso de implementación de la política materna.
¿Qué propuestas de política pública se pueden formular para mejorar el proceso de implementación de la política materna desde su dimensión de gestión?		Generar propuestas de política pública que contribuyan a la mejora del proceso de implementación de la política materna desde su dimensión de gestión.

ANEXO B: MAPA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL.

DIMENSIONES	REPÚBLICA DE:	PERÚ	CHILE
	NOMBRE TEXTO		
	FUENTE		
D. Orientación general			
D. Organizacional			
D. Comunicación			
D. Recursos			
D. Negociación			
D. Innovación			

ANEXO C: MATRIZ DE DOCUMENTOS REVISADOS

AÑOS	DOCUMENTOS
2001	Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio
2002	La salud en las Américas: Volumen I
2002	La salud en las Américas: Volumen II
2004	UNFPA/EAT, 2004 ^a : El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio
2004	Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú: Un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión
2004	Mujer y Desarrollo: Caso Perú - CEPAL
2005	Objetivos de desarrollo del milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe
2006	Desafíos de la gestión de los Recursos Humanos en Salud
2006	Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres
2007	Informe de gestión del Ministerio de Salud
2007	Primera encuesta global de la OMS en salud Materna y Perinatal 2005: Resultados del Perú
2008	Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo
2008	La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Redes integradas de servicios de salud-OPS
2008	Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú
2008	Informe de gestión del Ministerio de Salud
2009	Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS PERÚ 2010-2014.
2009	Hacia un presupuesto poblacional que reemplace el presupuesto histórico en el sistema nacional de servicios de salud: Propuesta metodológica y estimaciones
2009	Todas las mujeres, todos los niños: del compromiso a la acción. Informe de Expertos Independientes (iERG)
2009	Salud Materna y Neonatal: Estado Mundial de la Infancia
2009	Deficiencias Fatales - Amnistía Internacional
2009	Informe de la Reunión de Expertos sobre los Determinantes de Mortalidad Materna en México y América Central: Hacia un Enfoque Multisectorial
2009	Reunión de expert@s los determinantes de mortalidad materna en México y América Central: Hacia un enfoque multisectorial
2009	Informe de gestión del Ministerio de Salud
2010	América Latina: Avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009
2010	Salud y TIC - CEPAL - UNIÓN EUROPEA
2010	Reporte de Avance en el ODM5 en América Latina y el Caribe. Mejorar la salud materna
2010	Informe estrategia de Unicef en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la Morbi-Mortalidad Materna - Neonatal e Infantil, 2011-2015
2010	Estrategia de Cooperación de País- Perú 2010 - 2014.OPS/OMS

2010	Análisis de la situación de salud del Perú
2010	Informe de avance realizado CEPAL - ECLAC
2010	Uso racional de medicamentos: Una tarea de todos
2010	Informe de gestión del Ministerio de Salud: I Semestre
2010	Informe de gestión del Ministerio de Salud: II Semestre
2011	Estrategias para el abordaje de la Salud Materna y Perinatal en el próximo decenio: Una Visión desde la Salud Pública
2011	La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna
2012	Boletín epidemiológico - RENACE
2012	Informe del comité especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo
2013	Salud Materno Neonatal: Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan
2013	Informe alternativo de la sociedad civil peruana sobre la aplicación del Pacto de Derechos Civiles y Políticos