



Capitalización de la experiencia CAP PPSMN

CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO

AL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL
EN AMAZONAS Y CAJAMARCA

-PER0901611-



Lima, febrero 2018

La presente publicación se ha realizado en el marco de la cooperación entre el Perú y Bélgica. Las opiniones expresadas en este documento representan los puntos de vista de los autores, y no son necesariamente compartidas por la CTB, la Cooperación belga al desarrollo o las autoridades del país respectivo.

RESUMEN	0
INTRODUCCIÓN	1
A. SITUACIÓN INICIAL Y SU CONTEXTO	3
B. PROCESO Y SU CONTEXTO	7
1. Funcionamiento general CAP PPSMN	7
2. Evolución en Procesos de Gestión	12
3. Evolución en los indicadores de Cobertura	21
4. Proceso Regional	26
5. Proceso Comité de Seguimiento	31
6. Acompañamiento por el SISFIN	32
C. SITUACIÓN ACTUAL Y SU CONTEXTO	34
1. Los resultados en la gestión	34
2. Los resultados en la cobertura	35
3. Transferencias financieras	37
4. Perspectivas	38
5. Productos de la sistematización	38
D. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES	39

APCI	Agencia Peruano de Cooperación Internacional
APN-R	Atención Prenatal Reenfocada
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
BD	Base de Datos
CNV	Certificado Nacimiento Vivo
DGPP	Dirección General de Presupuesto Público
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DIREMID	Dirección de Medicamentos Insumos y Drogas
CAD FED	Convenio de asignación al desempeño del fondo de estímulo al desempeño
CAP ENDIS	Convenio de apoyo presupuestario a la estrategia de desarrollo e inclusión social
CAP PPSMN	Convenio de apoyo presupuestario al programa presupuestal Salud Materno Neonatal
CTB	Cooperación Técnica Belga (Ahora Enabel)
EESS	Establecimientos de Salud
ENDES	Encuesta Nacional de Hogares
FONB	Funciones Obstétricas Neonatales Básicas
FONE	Funciones Obstétricas Neonatales Especializada
FUA	Ficha Única de atención del SIS
HIS	Sistema de Información en Salud.
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MCLCP	Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza
ORA	Oficina Registral Auxiliar
PAC	Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones
PAO	Plan Anual de Obtención
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PpR	Presupuesto por Resultado
PPSMN	Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFIN	Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud- componente apoyo presupuestario
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos y Material o Insumos Médicos Quirúrgicos del Ministerio de Salud
SMN	Salud Materno Neonatal

Resumen

La implementación de Convenios de Apoyo Presupuestario (CAP) de 6.5 millones de euros al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PPSMN) forma parte de la ejecución de un apoyo presupuestario del Reino de Bélgica a la República de Perú dentro el Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud. En el 2014, se suscribieron convenios entre el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el Seguro Integral de Salud (SIS) con Amazonas y Cajamarca, con el objetivo de mejorar procesos de gestión y aumentar la cobertura en servicios de salud materno neonatal para la población asegurada al SIS en los distritos más pobres de quintil 1 y 2.

Los CAP PPSMN son un instrumento del presupuesto por resultados, lo cual busca alinear el presupuesto en intervenciones basadas en evidencia para una mejora en la salud materna neonatal. Esta ayuda memoria refleja la situación inicial (Sección A), el proceso (Sección B) y la situación actual (Sección C) de la experiencia. El enfoque de aprendizaje (Sección D) de esta capitalización gira alrededor de la reflexión sobre el funcionamiento de los CAP PPSMN como incentivo para una mejora en el PPSMN.

Los factores motivadores son la socialización de datos, la conciencia que los objetivos están consensuados, claridad sobre las responsabilidades y la forma de evaluación de desempeño, apuntado hacia un “fin común” claramente definido que promovió el trabajo entre áreas e instituciones. **Como pasos e instrumentos fundamentales** se identificó la existencia de sistemas informativos, la definición concertada de indicadores y compromisos de gestión, momentos claros de negociación con enfoque de empoderamiento, la creación de espacios de retroalimentación y el acompañamiento en todos los niveles. En relación con **las interacciones**, se puede concluir que es fundamental tener claridad sobre el rol de cada uno, y contar con momentos para la discusión sobre las funciones de cada entidad. Así hemos observado que, aunque involucrados en el inicio, el rol de las UDR no ha sido de todo claro en esta experiencia. Al futuro será necesario aclarar también los roles de MINSA, SUSALUD y SIS en el proceso de mejora continua y la adopción de algunos herramientas o indicadores impulsados por el CAP PPSMN. El acompañamiento de la CTB ha sido percibido como un valor adicional. De igual forma mejoró el intercambio de información con la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Se concluye que el CAP **es una herramienta importante para “el proceso de cambio hacia el PpR”**. Promovió el registro y uso de la información administrativa, para transparentar la situación con datos y facilitar la toma de decisiones fundamentadas en momentos oportunos. El acompañamiento técnico aclaró los pasos en el ciclo presupuestal y en la cadena de valor, lo cual contribuyó a una mejora en la calidad del gasto. También empoderó a las regiones hacia una negociación correcta basada en datos. Diferentes instituciones, niveles de gobierno y actores se articularon por medio de la creación de espacios de intercambio de información y concertación, lo cual resultó en mayor involucramiento intra- e inter institucional y una mejora en la retroalimentación. Además, la experiencia elaboró formas de medición útiles para la gestión del PPSMN, las que podrían ser adoptados por el programa presupuestal y por ende, implementado a nivel Nacional.

Introducción

Los Convenios de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal con las regiones Amazonas y Cajamarca tienen como objetivo asignar incentivos para mejorar los resultados en la salud de la madre y del niño. Se ejecutan como parte del presupuesto por resultados: Alinear el presupuesto en intervenciones basadas en evidencia para una mejora en la salud materna neonatal.

La implementación de Convenios de Apoyo Presupuestario de 6.5 millones de euros al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal forma parte de la ejecución de un apoyo presupuestario del Reino de Bélgica a la República de Perú dentro el Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud.

En 2014, se suscribieron convenios entre el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), dos regiones (Amazonas y Cajamarca) y el Seguro Integral de Salud (SIS) con el objetivo de mejorar procesos de gestión y aumentar la cobertura en servicios de salud materno neonatal para la población asegurada al SIS en los distritos más pobres de quintil 1 y 2 entre 2014 y 2016. Para el año 2017 y 2018 se suscribieron adendas con los fondos remanentes. La intervención se focalizó en Amazonas y Cajamarca por presentar las coberturas más bajas de gestantes procedentes de zonas rurales con parto institucional y con cesárea, e igualmente, las coberturas más bajas de recién nacido vivo en establecimientos de salud.

Las metas de cobertura especificadas en los convenios han sido evaluadas anualmente, mientras que los criterios de gestión contaban con una posible subsanación a los 6 meses. Anualmente se negoció con los gobiernos regionales los criterios mínimos de gestión a cumplir para la evaluación del siguiente nivel.

Posterior al cumplimiento se transfirieron fondos adicionales a las Unidades Ejecutoras, bajo la modalidad de donaciones y transferencias. Se prioriza la asignación de los recursos a la entrega de cuatro productos (3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA, 3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, 3033292 POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, 3033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL.) destinados a la atención de las mujeres y gestantes afiliadas al SIS y procedentes de los distritos más pobres del quintil I y II.

Capitalización de la experiencia con un enfoque de aprendizaje

El objetivo de esta capitalización de los CAP PPSMN es:

“Documentar y analizar el conocimiento basado en la experiencia de los CAP PPSMN con el fin de reflexionar sobre el diseño y la implementación de los convenios de apoyo presupuestario, como instrumento del presupuesto por resultados.”

Con el fin de:

- 1) “Abogacía” / “Incidencia”: Evidenciar el esfuerzo de promover un cambio
- 2) Producir y compartir conocimiento: Comprensión de la herramienta
- 3) Mejorar la eficiencia: Identificar oportunidades para mejorar la capacidad organizacional

Este documento busca reflejar el esfuerzo realizado para promover un cambio en la gestión pública, aportar a experiencias similares como los convenios de apoyo presupuestario, p. ej. CAP ENDIS con financiamiento de la Unión Europea, o al Convenio de asignación al desempeño del Fondo de Estímulo al Desempeño (CAD FED) que tienen un diseño similar, con la intención de mejorar la eficiencia y eficacia para lograr el objetivo haciendo explícita las lecciones aprendidas intrínsecas durante la implementación.

Se basó en documentos y en retroalimentación de los diferentes actores recibido por un seguimiento cercano del proceso durante los dos últimos años de la experiencia (incorporación en el equipo DGPP-temático, varias visitas a ambas regiones para asistir a reuniones regionales, acompañando a consultores y visitando EESS). Además durante el proceso específico de la sistematización, se llevó a cabo un taller de recopilación de la información a nivel Nacional con los integrantes del “Comité de Seguimiento SISFIN”, se realizó un ejercicio con las unidades ejecutoras de Cajamarca indagando sobre el cambio más significativo (socializado por audios con mini-cuentos) y se visitó el hospital regional de Cajamarca y la Microred Baños del Inca para complementar la información cuantitativa con la percepción de las personas que ofrecen los servicios de salud materno neonatal.

El documento describe tres fases: La situación inicial (A), El proceso (B) y la situación actual (C). En el proceso se detalla: el funcionamiento de la herramienta CAP PPSMN (B1), la evolución en el tiempo de la definición de los compromisos de gestión (B2), la evolución de la cobertura y un análisis de los indicadores (B3), la implementación en las regiones (B4), el desarrollo del Comité de Seguimiento (B5) y una descripción de las actividades paralelas promovidas por la CTB-SISFIN (B6). Se concluye con las respuestas a las preguntas analíticas, y con recomendaciones para la implementación de este tipo de incentivo al futuro (D).

A. Situación Inicial y Su contexto

Para que la experiencia se pudiera originar, los siguientes factores del contexto eran fundamentales¹ en la situación inicial.

a) El Marco Político

La Política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), establecida en 2010 en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento (Ley N° 29344 DS N° 008-2010-SA) y el interés de la Cooperación Belga en apoyar a esta política.

En el marco del Programa Indicativo de Cooperación Bilateral 2010-2013, validado de común acuerdo por la Comisión Mixta (24 de setiembre de 2009), se ejecuta el Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en el Perú, mediante un aporte de **€ 20 millones de euros**, a través de dos Convenios Específicos relativos a este Programa:

1. Convenio a través del SIS (SISTEC), mediante el que se brinda apoyo técnico para fortalecer el funcionamiento del sistema de aseguramiento universal de salud peruano, que garantice a la población acceso y calidad a la prestación sanitaria, con el objeto de incidir en el mejoramiento de la salud de los peruanos. Donación belga: **€ 13.5 millones**.

2. Convenio– Componente Apoyo Presupuestal (SISFIN), para contribuir en la implementación de la política de Aseguramiento Universal a través de un apoyo financiero al Programa de Salud Materno Neonatal (PPSMN). Donación belga: **€ 6.5 millones**.

b) Los instrumentos del Estado para alinear el presupuesto hacia resultados

Perú incorporó el presupuesto por resultados a partir del 2007, con uno de los primeros programas presupuestales el “Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal”. El marco normativo vigente definió que todo apoyo presupuestario debería estar asignado a un programa presupuestal y se utilizaría como incentivo para la obtención de resultados de estos programas del Estado.

1. El Presupuesto por Resultados

La Ley N° 28927-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, en su Capítulo IV, incorpora los elementos básicos para la implementación del Presupuesto por Resultados en el Perú², y, además, se identifican 11 actividades en favor de la infancia, a partir de las cuales iniciar el enfoque, estableciendo una ruta crítica para su implementación progresiva en todas las entidades de la administración pública peruana.

El Presupuesto por Resultados (PpR), introduce un cambio en la forma de hacer el Presupuesto, partiendo de una visión integrada de planificación y presupuesto y la articulación de acciones y actores para la consecución de resultados. El PpR busca la aplicación de principios y técnicas para el

¹ Según participantes Taller Recopilación de la Información: Ve: 180116_AM Taller ExpCap

² Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 28927: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2007. 30 de noviembre del 2006.

diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto con una articulación sustentada en la provisión de bienes y servicios (productos) y cambios generados en el bienestar ciudadano (resultados).

2. El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal PP 002

Las acciones con las cuales se inicia el enfoque de una gestión presupuestaria centrada en resultados, estuvieron relacionadas con el objetivo de desarrollar las capacidades humanas, las cuales formaron parte del Eje 1 de la Estrategia Nacional de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres (Decreto Supremo N° 002-2003-PCM) y son consistentes con lo señalado en las Políticas Nacionales contenidas en el Acuerdo Nacional (DS N° 027-2007-PCM) y la Estrategia Nacional CRECER aprobada por Decreto Supremo N° 056- 2007-PCM.

Para el ejercicio fiscal 2008³ fueron identificados cinco resultados prioritarios, los cuales dan inicio a cinco Programas Estratégicos: (i) Programa Articulado Nutricional (PAN); (ii) Programa Salud Materno Neonatal (SMN); (iii) Programa Logros de Aprendizaje al Finalizar el III Ciclo (LA); (iv) Programa Acceso a Servicios Sociales Básicos y a Oportunidades de Mercado y; (v) Programa Acceso de la Población a la Identidad.

El diseño y la justificación del PP SMN están descritos en detalle en el Anexo 2⁴. Buscando las causas de las muertes maternas y neonatales y planteando intervenciones basadas en la evidencia, el Programa Presupuestal, plantea resultados finales, intermedios e inmediatos vinculados a intervenciones que ahora forman parte de los productos⁵ del Programa.

3. El Marco Normativo del Apoyo Presupuestario

Los Convenios de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestales (CAP-PP), se vienen implementando desde el año 2010 en el marco de la Trigésima Sexta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29465 - Ley del Presupuesto Público para el año fiscal 2010, que dispuso que las donaciones que reciba el Estado, a través del MEF para impulsar la reducción de la desnutrición crónica infantil y de la muerte materna y neonatal, así como en la mejora de la comprensión lectora y matemática y otros resultados de los programas presupuestales, se asignen a las Entidades Públicas previa suscripción de Convenios que establezca, principalmente, las metas y compromisos a cumplir y los montos a ser transferidos por el MEF. La Directiva N° 002-2010-EF/76.01 estableció los lineamientos técnicos y procedimientos para la formulación, suscripción, ejecución y seguimiento de los CAP PP.

³ Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 29142: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2008. 10 de diciembre del 2007.

⁴https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf

⁵Conjunto de bienes y servicios que se entregan a la población.

c) La fase de enfocar el apoyo presupuestario y la elaboración de los Convenios

Por lo estipulado arriba, todo apoyo presupuestario en el Perú se destina a un programa presupuestal, y se utiliza como incentivo para mejorar la gestión y de esta forma lograr objetivos de Estrategias Nacionales Priorizadas.

El Programa Presupuestal Articulado Nutricional estaba recibiendo desde 2009 un apoyo presupuestario de la Unión Europea por €60.8 millones, conocido como el EUROPAN⁶. Razón por lo cual se decidió asignar este apoyo presupuestario al segundo programa estratégico de Salud Materno Neonatal.

Mediante reuniones entre APCI, la Cooperación Belga al desarrollo (La Embajada de Bélgica), MINSA (Cooperación Internacional), SIS y MEF se concretizó el apoyo presupuestario y se elaboró un documento de sustentación⁷ en lo cual se especifica:

- La priorización de las regiones de Amazonas y Cajamarca por presentar las coberturas más bajas de gestantes procedentes de zonas rurales con parto institucional y con cesárea e igualmente las coberturas más bajas de recién nacidos vivos en establecimientos de salud (según ENDES). Otro factor importante era que ambas regiones ya estaban familiarizadas con los convenios de apoyo presupuestario por ser parte del EUROPAN.
- Dentro las regiones se prioriza los distritos quintil 1 y 2, por contar con un alta nivel de pobreza y pobreza extrema, población objetivo del Seguro Integral de Salud.
- Se prioriza 3 productos del PP SMN: 3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA, 3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, 3033292 POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, 3033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL. Llama la atención la intervención de la cooperación al desarrollo belga con la demanda de incluir el producto 3033291 para el acceso a métodos de planificación familiar y la medición del uso de métodos modernos en el indicador de cobertura.
- Se decide seguir la cobertura de estos productos con data nominal de las bases de datos SIS, alimentado con la información de las Fichas Únicas de Atención (FUA), y de esta forma contar con datos de la población objetiva. El ENDES brinda información hasta el nivel regional.

El 07 de octubre de 2013, se suscribe el Convenio Específico Componente Apoyo Presupuestal (SISFIN). El 26 de enero de 2014, mediante Decreto Supremo N° 006-2014-RE, se ratifica el citado Convenio Específico, entrando en vigencia a partir del 07 de marzo de 2014.

⁶ Reporte de la Sistematización del Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional – EUROPAN, Cordero L. Salhuana R. por ACE, International Consultants (Spain) 2015

⁷ Sustento Convenio Anexo final enviado cancillería.doc (Recopilación de la información: Situación Inicial)

Las instituciones responsables de la ejecución del Componente son: i) la Agencia Belga de Desarrollo (CTB) encargada del seguimiento, implementación y de la transferencia de fondos al Programa. Por la parte peruana: ii) El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), responsable de la ejecución del apoyo presupuestal y, iii) el Seguro Integral de Salud (SIS), encargado de la supervisión, seguimiento y monitoreo del apoyo presupuestal. La posición del SIS suscribiendo el convenio como parte de un tripartito ha sido innovador, dado que en el EUROPLAN el SIS era un socio que brindaba información, mientras aquí el rol previsto es más protagónico.

Posteriormente hubo una Reunión de Revisión y Validación de los compromisos e indicadores con la Estratégica Salud Sexual y Reproductiva (MINSA), seguido por una Reunión en mayo 2014 con los Gobiernos Regionales de Amazonas y Cajamarca, con participación de MEF, SIS –todos las UDR de las regiones-, MINSA y CTB para la negociación de las metas para el tramo variable y la definición de los compromisos de gestión del nivel 0. Entre junio y julio se prepara los contenidos de los convenios consensuados con el SIS y con los Gobiernos regionales. El 4 de agosto se formaliza el convenio enviando a cada región la propuesta final consensuada del Convenio. El 5 de setiembre 2014, con la suscripción por parte del Director General de Presupuesto público se da por iniciado los convenios de apoyo presupuestario al PPSMN (CAP PPSMN) entre MEF, SIS y las regiones⁸. La experiencia de estos CAP PPSMN es el objetivo de esta sistematización.

Para poder definir los criterios de gestión y los indicadores de cobertura a evaluar era fundamental:

- La existencia de la información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
- La existencia de la información nominal de las bases de datos del Seguro Integral de Salud.
- La definición de los Establecimientos Estratégicos por el MINSA aprobados mediante Resolución Ministerial No 632-2012/MINSA, modificado posteriormente en N° 997-2012/MINSA.
- Los sistemas informáticos de gestión: Sistema Integrado de la Gestión Administrativa (SIGA), Sistema Integrado de las Adquisiciones Financieras (SIAF), Sistema Integrado de Suministro de medicamentos e insumos médico quirúrgicos (SISMED), Certificado de Nacido Vivo (CNV), Padrón nominal de Niños, Sistema de Información de consultas externas del MINSA (HIS)

⁸ Fuente: 140521_OFICIO N 267-2014-EF 50 06, 140521_OFICIO N 266-2014-EF 50 06, 140530_Lista de participantes taller 2014

B. Proceso y su contexto

1. Funcionamiento general CAP PPSMN

a. Marco Legal

La Directiva N°002-2010-EF/76.01 de abril 2010 vigente a la suscripción del Convenio Específico entre Perú y Bélgica estableció los lineamientos técnicos y procedimientos para la formulación, suscripción, ejecución y seguimiento de los CAP PP, incluyendo los plazos especificados por la Directiva N°005-2011-EF/50.01 de julio 2011. En febrero 2014, se adapta la Directiva por lo cual la suscripción de los CAP PPSMN con las regiones opera bajo la Directiva N°004-2014-EF/50.01. Las adendas I y II siguen las instrucciones definidas en el año 2016 por la Directiva N° 001-2016-EF/50.01. Las adaptaciones de las directivas⁹ tienen como fin incluir las lecciones aprendidas durante la implementación: Cambios en plazos, en especificaciones. Por ejemplo, en un inicio se evaluó 15 días después suscripción de los convenios, lo cual se cambió a un cronograma por establecer en el convenio mismo.

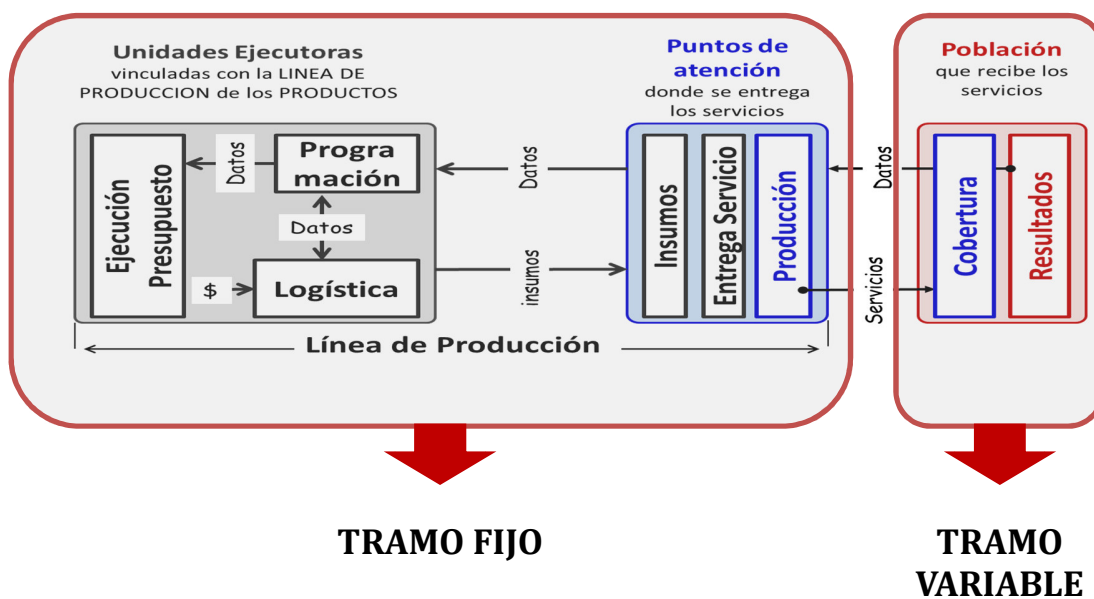
b. Teoría herramienta

El objetivo de los CAP según las directivas es: coadyuvar a la optimización del uso de recursos públicos para una adecuada provisión de los bienes y servicios públicos, y el logro de los resultados contemplados en los PP, en el marco del Presupuesto por Resultados. En la práctica este incluye incentivar a las entidades públicas a:

- Incrementar la cobertura de los servicios principalmente en las zonas focalizadas.
- Reorientar la gestión de los operadores hacia la mejora de la capacidad de prestación de los servicios
- Reducir las inequidades en la entrega de los servicios
- Mejorar la articulación interna entre las áreas de la entidad, para mejorar la provisión de servicios.

El diseño del PPSMN y sus CAP contempla una cadena de valor que incorpora la entrega de productos basados en intervenciones de probada eficacia destinado al logro de resultados específicos de SMN en la población.

⁹ Justificación Cambios entre directiva 2014 y directiva 2016 ver: 160616_DGPP_Ayuda memoria cambios en la Directiva CAP



La transferencia de los recursos adicionales, está referida a un tramo fijo (compromisos de gestión) y a un tramo variable (cumplimiento de metas establecidas sobre indicadores priorizados).

El tramo fijo está vinculado a la mejora de 4 procesos de gestión: a) Programación operativa; b) Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos; c) Organización para la producción y entrega de los productos y d) Supervisión, seguimiento y evaluación, con sus subprocesos. En cada subproceso se establece los criterios mínimos de gestión y las definiciones operacionales por nivel de cumplimiento, cuya exigencia se va incrementando año a año, durante el tiempo de vigencia del convenio. Si al momento de verificación existen observaciones se transfiere 60% del monto del tramo fijo para los criterios de la gestión, posteriormente y de cumplirse todos los criterios de gestión en el tiempo de subsanación (6 meses) se transfiere el 40% faltante.

Tramo Fijo	Anualmente
Sin Observaciones	100%
Con Observaciones	60%
El saldo (40%) se transfiere luego que la Entidad subsane las observaciones.	

El tramo variable está referido a la mejora en los indicadores de cobertura de productos, en ámbitos o grupos priorizados, con la finalidad de contribuir a mejorar el Resultado Final del PP. Las metas anuales se establecen a la firma del convenio y se precisa la proporción de presupuesto asignado según el nivel de cumplimiento de cada indicador.

Tramo Variable: % de avance en meta de indicadores (Avance esperada/Avance real)	
Igual o mayor a 90%	100%
Igual o mayor a 75%	75%
Igual o mayor a 50%	50%
Menor que 50%	0%

En los primeros años la proporción del presupuesto asignado al tramo fijo es mayor y se va reduciendo, mientras que el tramo variable se va incrementando.

	Año 1 Nivel 0	Año 2 Nivel 1	Año 3 Nivel 2	Total	Adenda 1	Adenda 2
Monto Máximo (millones de soles)	3	4	4	11	3.8	1.7
Tramo Fijo	100%	70%	30%		30%	30%
Tramo Variable	0%	30%	70%		70%	70%

c. Proceso de Implementación a Nivel Nacional

El Convenio de Apoyo Presupuestario opera acorde a los siguientes pasos:

- Formulación y suscripción de convenios entre la Dirección General de Presupuesto Público, los gobiernos regionales de Amazonas y Cajamarca, receptoras del apoyo presupuestario, y el Seguro Integral de Salud (*Ver sección A, Situación Inicial*).
- Verificación de la DGPP del cumplimiento de metas de indicadores y de compromisos de gestión en función a los períodos y montos establecidos en los convenios. (*Ver Sección B. Proceso y C. Situación Actual*)
- Desembolso del MEF a las unidades ejecutoras del tramo fijo (en función al cumplimiento de compromisos de gestión a nivel regional) y del tramo variable (según logro de las metas a nivel regional). (*Ver sección B.4 Regional, Transferencias financieras*)
- La Entidad Pública incorpora los recursos de donación en el presupuesto del Programa Presupuestal principalmente en los cuatro productos priorizados: atención prenatal reenfocada, atención del parto normal, población accede a métodos de planificación familiar, población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva para las

gestantes aseguradas al SIS procedentes de los distritos más pobres del quintil I y II. (Ver sección B.4 Regional, Transferencias financieras)

- Anualmente en septiembre se negocia las metas de los criterios de los procesos de gestión del siguiente año (Ver B.2 Evolución Procesos de gestión)

No obstante tener el proceso definido por las directivas, como en cada experiencia se puede observar cambios y lecciones aprendidas en la implementación durante el proceso, resumido abajo.

Talleres de revisión y acuerdo de los Compromisos de Gestión (e indicadores en caso de adenda)	
Taller definición Nivel 0 (el 30 de mayo 2014), Taller definición Nivel 1 (24 septiembre 2014), Taller definición Nivel 2 (16 octubre 2015), Taller definición Nivel 3 (30 septiembre 2016), Taller definición Nivel 4 (20 septiembre 2017)	
<i>Factores Motivadores</i>	-Creación de un espacio para el intercambio de información y la negociación.
<i>Pasos y herramientas cruciales</i>	-Justificación de la meta propuesta por el equipo DGPP -Suficiente tiempo para que las regiones puedan revisar los criterios e informarse para la negociación. -Un ambiente en lo cual es posible adaptar metas, cuando está justificado por información. -Presentación de propuestas innovadoras por otros actores
<i>Interacciones</i>	-Representación de personal que trabaja PP SMN, CAP, áreas UEs y no solamente directores -Momento de intercambio con integrantes Comité de Seguimiento SISFIN
Instructivo para la verificación del cumplimiento de compromisos	
Por cada Nivel se elabora un instructivo que especifica cómo se evaluará los criterios mínimos de gestión. Con la finalidad de tener claridad y transparencia respecto de la forma en que se evaluará los compromisos de gestión se elabora el instructivo en donde se establece además de la forma de evaluación, las pautas para remitir la información previamente estandarizada y consolidada por cada región, así como los formatos correspondientes.	
<i>Factores Motivadores</i>	-Contar con una descripción detallada de la forma de evaluación ayuda a evitar malos entendimientos
<i>Pasos y herramientas cruciales</i>	-Instructivo que describe la razón por lo cual el criterio se evalúa con un estándar mínimo de gestión, la forma de evaluación y los pasos a hacer por la región -La flexibilidad para realizar adaptaciones según opinión de las regiones -Establecer una fecha en lo cual se cierra la fase de adaptaciones para establecer sobre qué se evaluará.
<i>Interacciones</i>	-Internamente en el equipo DGPP para la elaboración del instructivo -Con los coordinadores PpR quienes canalizan las observaciones
Informe de verificación del cumplimiento de compromisos	
Por cada evaluación (febrero y subsanación en septiembre) se elabora un informe, lo cual explica el desempeño de la región.	
<i>Factores Motivadores</i>	-Auto-evaluación por parte de la región motiva hacia el trabajo en conjunto -Informe claramente sobre el cumplimiento a nivel UE dando pautas a la región dónde están sus fortalezas y debilidades, igual facilita para la subsanación.
<i>Pasos y herramientas cruciales</i>	-Un uso correcto y transparente de las fuentes de información y bases de datos

<i>Interacciones</i>	-Responsable Convenios de la DIRESA consolida la información regional -El equipo DGPP verifica el cumplimiento según lo detallado en el instructivo -Interacción con coordinadores PpR para aclarar dudas o solicitar información adicional si es necesario.
Informe de seguimiento de los indicadores	
Cada año en marzo se evalúa el desempeño del año anterior en relación con el Tramo Variable, de lo cual se estableció las metas durante la suscripción del convenio.	
<i>Factores Motivadores</i>	-Mayor peso financiero a partir del segundo nivel -Cálculo dinámico según nivel de cumplimiento
<i>Pasos y herramientas cruciales</i>	-Información actualizada de la ENDES y del SIS -Consolidación por equipo DGPP
<i>Interacciones</i>	-Internamente en el equipo DGPP -DGPP con SIS

d. Uso de Fuentes de Información

Para poder evaluar los compromisos e indicadores es crucial contar con información. Los CAP PPSMN usan información administrativa, y por ende fomentan también un mejor registro.

Distinguimos aquí diferentes fuentes importantes (Ver también Anexo 3):

1. Información sobre la población: INEI - Padrón nominal- Censo Local
2. Información sobre la atención: HIS-SIS (Formato Único de Atención al Usuario)
3. Información administrativa: SIGA-SIAF
4. Información de disponibilidad: SISMED
5. Información de recursos humanos: AIRSHP-HIS

Se observó que varias fuentes de información mencionados son elaboradas a nivel Regional: Padrón Nominal, Registro de Atenciones, Censo Local Poblacional, NOVAHIS, ARFSIS, SIASIS. Sin embargo, la figura abajo-basado en una encuesta sobre el uso de información para la programación del presupuesto para los productos parto y planificación familiar- nos muestra que la mayoría de las fuentes utilizadas correspondan con las cuatro instituciones involucradas en el PPSMN:

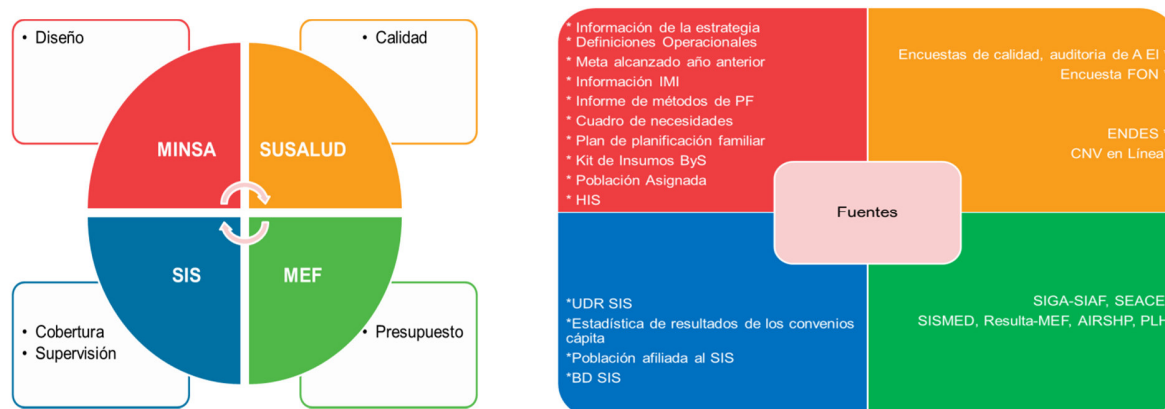


Figure 1 Izquierda: Instituciones involucradas en el PPSMN, Derecha: Fuentes utilizados para la programación según respuestas personal UEs

2. Evolución en Procesos de Gestión

El CAP define cuatro procesos de gestión con sus subprocesos. Por cada subproceso se establece criterios mínimos, derivados del principio de que son procesos críticos para el funcionamiento del programa presupuestal dentro el ciclo presupuestal. Cada año cuenta por un Nivel y se establece compromisos para el cumplimiento.

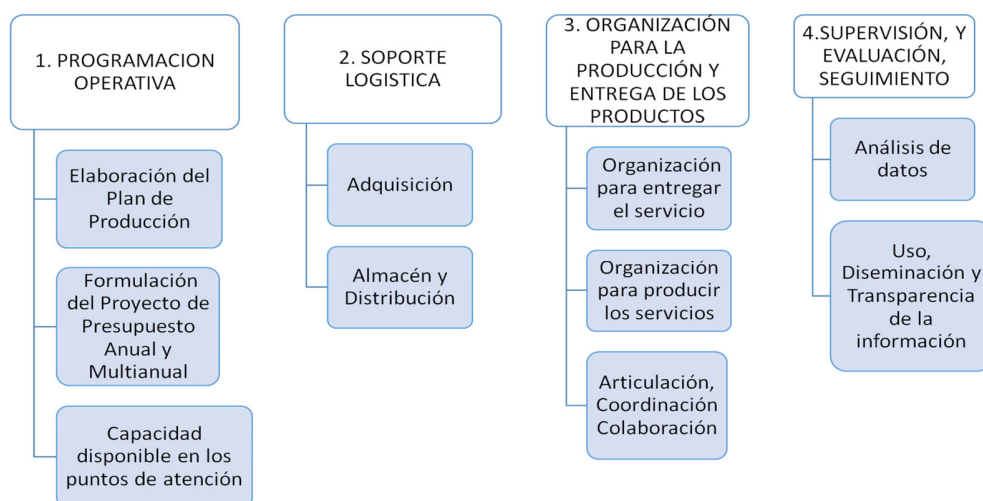


Figure 1 Gráfico N° 33. Procesos y subprocesos de gestión del programa presupuestal

Aunque un buen funcionamiento de los procesos facilita una entrega de servicios de salud con calidad, se observa que no hay un enfoque explícito en un proceso de gestión acerca de la calidad de la atención entregada. Aunque en el subproceso 3.2 Organización para producir los servicios se solicitó la elaboración de directivas con normatividad adaptada a la región, lo cual da la oportunidad de un seguimiento de la calidad de la atención.

A continuación, se muestra la evolución en el tiempo del cumplimiento de los criterios para los cuatro procesos por cada región. El número total de criterios a cumplir está en los cuadros blancos al lado de cada proceso. Por año/nivel se muestra los valores en la primera evaluación y después la subsanación (6 meses). Es importante aclarar que independientemente del cumplimiento, se negocia para cada nivel, las metas y los criterios de los procesos, por lo cual esta figura no demuestra un desempeño lineal. La flexibilidad de la herramienta de adaptar las metas en una mejora continua, dificulta seguir el desempeño en el tiempo con solo la información de los informes de verificación, por lo cual se sugiere definir algunos indicadores generales de gestión, posibles a trazar en el tiempo, parte del Programa Presupuestal.

		Nivel 0 Subsanación 2014	Nivel 1 Subsanación 2015	Nivel 2 Subsanación 2016	Nivel 3 Subsanación 2017
Proceso 1		Criterios: 3	Criterios: 5	Criterios: 5	Criterios: 5
PROGRAMACION OPERATIVA	Amazonas	1 → 1	1 → 5	3 → 4	2 → 4
	Cajamarca	1 → 1	1 → 5	4 → 5	5 → 4
Proceso 2		Criterios: 2	Criterios: 5	Criterios: 8	Criterios: 7
SOPORTE LOGISTICO	Amazonas	0 → 1	1 → 5	1 → 4	2 → 3
	Cajamarca	0 → 0	2 → 4	1 → 4	2 → 3
Proceso 3		Criterios: 1	Criterios: 3	Criterios: 2	Criterios: 1
ORGANIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE PRODUCTOS	Amazonas	1 → 0	0 → 3	0 → 1*	0 → 1
	Cajamarca	1 → 1	3 → 3	1 → 1	0 → 1
Proceso 4		Criterios: 0	Criterios: 3	Criterios: 3	Criterios: 3
SEGUIMIENTO, SUPERVISION Y EVALUACION	Amazonas	X → X	0 → 3	0 → 0	0 → 0
	Cajamarca	X → X	0 → 3	3 → 3	3 → 3

De forma general podemos observar que el número total de criterios mínimos a cumplir aumenta en el tiempo: 6 criterios en 2014 a 16 en 2015, 18 en 2016 y disminuyendo a 16 en 2017. Amazonas logró cumplir con todos los criterios mínimos de gestión para el nivel 1. Se nota una mejora en el cumplimiento de criterios de programación. La mayor dificultad se observa claramente en el soporte logístico; ambas regiones cumplen solamente la mitad de los criterios en los dos últimos años. En general se cumple los criterios para la organización para la entrega de los productos¹⁰. En el proceso 4 se nota que no se exige criterios en el primer año. Aquí, Cajamarca cumple en todos los niveles, mientras Amazonas no logra proveer este criterio mínimo de gestión a partir de 2016.

En el anexo 1 se comparte los detalles en cuanto a los criterios de gestión por nivel y el cumplimiento de cada región. A partir del Nivel 4, se empieza a diferenciar entre las dos regiones en base al meta negociado. En la sección C. Situación Actual, se comparte los resultados más llamativos en los procesos de gestión. En el siguiente párrafo se propone reflexionar sobre la formulación de los criterios mínimos de gestión de cada nivel. Esto es un paso crucial en el funcionamiento del CAP PPSMN como incentivo, dado que se supone que el enfoque y los cambios desarrollarán alrededor de los compromisos asumidos.

¹⁰ En la subsanación del nivel 3 se deja de evaluar un criterio, por lo cual las regiones cumplen en este proceso.

1. La programación operativa

Consiste de la elaboración del plan de producción, Formulación del presupuesto anual y multianual y capacidad disponible en el punto de atención. La mejora en la cantidad y calidad de registros de información es necesaria para una adecuada programación operativa, y por ende los criterios de gestión están enfocados en esta mejora.

Sub Proceso Crítico 1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura de los Productos del Programa Presupuestal.

Para la elaboración del plan de producción es fundamental contar con registros de información que indican cuántas personas necesitan recibir un servicio.

Proporción de gestantes registrados en el Padrón de Beneficiarios del Programa Salud Materno Neonatal.	
<i>Justificación Criterio:</i>	Con el “Padrón nominal de gestantes” la Región podrá estimar la meta física del presupuesto de manera real, así como identificar las brechas en el acceso a los servicios de salud, por lo que se constituye como un instrumento de transacción económica, mediante el cual la Unidad Ejecutora (UE) sustenta ante las instancias correspondientes, presupuestos regulares y adicionales. Asimismo, al tenerse las gestantes afiliadas tempranamente al SIS este instrumento facilitará el seguimiento oportuno de las atenciones que debe recibir la gestante.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	En el tiempo se ve un aumento en exigir un porcentaje mayor de gestantes afiliadas al SIS y oportunamente.
<i>Reflexión:</i>	Ambas regiones cumplen anualmente este criterio. Para la evaluación se recibe el padrón nominal de gestantes a nivel regional en un Excel. Estos datos son validados con la base de datos de afiliadas SIS, lo cual significa que se limpia el registro: pej. DNI inexistente, DNI de hombre, doble registro etc. Es sobre esta base que se evalúa. Además, se elimina los nombres con una adscripción al SIS que no pertenecen a la región. Aquí surge la reflexión de que ¿si los EESS de la región les atienden, no deberían estar tomado en cuenta en el plan de producción? ¿A partir de cuantas atenciones, se actualiza su adscripción? Entonces, se evalúa la cantidad de afiliadas al SIS en relación con el número de registros limpiados en porcentajes. Se entiende que la importancia de este criterio es contar con un registro afiliadas al SIS para asegurar el seguimiento personal, por lo cual sería mejor no limpiar el dato para evaluar justamente la calidad del registro. Se nota que, si se registra menos mujeres no afiliadas, también es posible lograr la meta. Se entiende que en el inicio no había con qué comparar. No obstante, vale la pena reconsiderar la evaluación de este criterio, lo cual se hace en el Nivel 4 (Instalación de Wawared).
Proporción de niños menores de 1 año de edad registrados en el padrón nominado y proporción de niños registrados antes de cumplir 30 días de edad.	
<i>Justificación Criterio:</i>	Ayuda a estimar la meta física real y cubrir los bienes y servicios para el 100% de la población en el proceso de planificación y programación presupuestaria, por tanto, constituye un instrumento de transacción económica, mediante el cual la UE sustentará ante las instancias correspondientes presupuestos regulares y adicionales.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	En el tiempo se ve un aumento en exigir un porcentaje mayor de niños registrados oportunamente en el Padrón nominal de niños.

<i>Reflexión:</i>	Se trata de una nueva práctica instalada, dado que en el inicio no se logró cumplir este criterio mínimo, pero a partir del Nivel 1 ambas regiones cumplen anualmente. Dado que la tasa de fecundidad sigue igual, el valor máximo en este caso será 20%. El registro temprano es fundamental para no perder la oportunidad para el DNI. Este criterio también era un compromiso en EUROPAN y actualmente figura en el FED
Proporción de niños/as menores con Certificado de Nacido Vivo electrónico y DNI afiliados al SIS antes de cumplir los 30 días de edad	
<i>Justificación Criterio:</i>	El cumplimiento de este criterio permitirá a la Región identificar usuarios de los servicios públicos y mejorar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud, en favor de la salud de la madre y el niño/a,
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	En el tiempo se ve un aumento en exigir un porcentaje mayor de niños con CNV, DNI y afiliación al SIS oportunamente, inicialmente de los EESS estratégicos y posteriormente en todos los EESS con ORA-RENIEC.
<i>Reflexión:</i>	Ambas regiones cumplen anualmente este criterio. La evaluación sigue limitada a los EESS con los servicios instalados, sería interesante monitorear el total de niños nacidos. Este criterio también era un compromiso en EUROPAN y actualmente figura en el FED

Sub Proceso Crítico 2: Formulación del Proyecto de Presupuesto Anual y Multianual para financiar los Productos del Programa Presupuestal.

Programación presupuestal para la adquisición de insumos críticos vinculados con la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención del Parto Normal en los establecimientos de salud del quintil 1 y 2.	
<i>Justificación Criterio:</i>	El cumplimiento de este criterio permite mejorar los servicios brindados en los puntos de atención, ya que se busca, a partir de la programación presupuestal (proceso clave en la formulación del presupuesto), contar con la disponibilidad de insumos priorizados de productos críticos del PPSMN, respondiendo así, de manera adecuada a las necesidades de la población beneficiaria.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	Se observa un aumento en el % de insumos críticos programados y un aumento en el número de productos (se añade Atención del Recién Nacido y Planificación familiar). Sin embargo, no se especificó la lista de insumos críticos para la planificación familiar hasta el nivel 4.
<i>Reflexión:</i>	Ambas regiones cumplen anualmente este criterio. Se evalúa si la región programa en el SIGA los insumos críticos para la entrega de los productos. No se evaluaba todavía si se programaba la cantidad adecuada en relación con su meta física. Aunque se contaba con un indicador de cobertura de planificación familiar, el producto de planificación familiar recibió menos atención en los compromisos de gestión. Recién cuando se veía que no estaba avanzando la cobertura, se especificó los criterios de gestión. Sin embargo, demoró un año más hasta que el MINSA brindaba la lista de insumos críticos, resultado de incidencia en el Comité de Seguimiento.

Sub Proceso Crítico 3: Capacidad disponible en los puntos de atención para proveer los Productos del Programa Presupuestal.

Establecimientos de salud de los quintiles 1 y 2 cuyo personal registra atenciones en el HIS o SIS están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el Módulo de Gestión de Recursos Humanos y SIGA.	
<i>Justificación Criterio:</i>	El cumplimiento de este criterio permite establecer el nivel de consistencia de la cantidad de recurso humano que brinda servicios de salud por punto de atención según base de datos HIS y su registro en las bases de datos del Aplicativo Informático de Recursos Humanos del Sector Público - AIRHSP. Permitirá al gobierno regional tener una base de datos única que permita, en las diferentes etapas del proceso presupuestario, definir el número de plazas, puestos, políticas remunerativas o de compensaciones económicas, obligaciones sociales y previsionales y gasto de personal cualquiera sea la modalidad de contratación.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	Las definiciones operacionales de este criterio no varían en el tiempo.
<i>Reflexión:</i>	Aunque ambas regiones logran por lo menos una vez cumplir la meta, también se nota una recaída.

2. Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos

Este proceso es visto como el mayor nudo crítico en los sistemas de gestión actuales. Observamos que esto se debe sobre todo a la fase de la adquisición, dónde se estableció tres definiciones operacionales difíciles a cumplir (ve abajo). Por ende, merece una reflexión sobre la complejidad de la cadena de abastecimiento y las responsabilidades respectivas para poder generar cambio efectivo (cf. También los hallazgos de la investigación operacional).

Sub Proceso Crítico 1: Adquisición

Las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM (SIAF) registradas en el PSMN, corresponden con las específicas del cuadro de necesidades del PSMN, consignados en SIGA.	
<i>Justificación Criterio:</i>	El compromiso busca que la UE garantice, para todos los productos del PP SMN, el presupuesto necesario para adquirir los insumos que fueron considerados en el SIGA por los equipos técnicos, durante la fase de programación. Permite mejorar la programación y con ello evitar números cambios del Plan Anual de Contrataciones.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	En el nivel 2 se exigió una consistencia del 100%, sin embargo, por la retroalimentación recibida por las regiones, se bajó otra vez a 90%.
<i>Reflexión:</i>	Este ajuste en la meta muestra comunicación, flexibilidad y aprendizaje.
Los activos fijos priorizados relacionados PP Materno Neonatal, cuentan con especificaciones técnicas estandarizadas por el MINSA o la Región y su uso obligatorio en las adquisiciones está normado por el Gobierno Regional.	
<i>Justificación Criterio:</i>	Este criterio facilitará la adquisición oportuna de los activos fijos relacionados al PPSMN, de acuerdo a las especificaciones técnicas estandarizadas por el Ministerio de Salud o el propio gobierno regional,
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	Después haber elaborado la directiva, se dejó de exigir este criterio. Sin embargo, se reemplazó por tres nuevas definiciones operacionales: - Los procesos de selección general publicados en la página Web del SEACE, concilia con el PAC del SIGA + Convocación oportuna

	<ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto Suministros Médicos certificado - Ordenes generadas informadas al proveedor y entrega oportuna <p>Se encontró dificultades en todos estos procesos, visto que ambas regiones no logran cumplir a pesar de que se bajó la meta.</p>
<i>Reflexión:</i>	Se observa una gran diferencia aquí entre la teoría de un sistema administrativo ordenado y la práctica. Podría ser interesante buscar otras mediciones como incentivo para ir mejorando estos nudos críticos, como pasos intermedios.

Sub Proceso Crítico 2: Almacén y Distribución

Establecimientos Estratégicos de Salud cuentan con disponibilidad adecuada de insumos críticos y equipos según categoría y meta física que asegure la atención del control pre natal, atención del parto y la planificación familiar.	
<i>Justificación Criterio:</i>	El cumplimiento de este criterio permite asegurar la entrega adecuada de los productos o servicios relacionados al PP SMN en cada punto de atención. Esto será posible si cuentan al menos con disponibilidad adecuada del conjunto de equipos básicos e insumos críticos definidos en el estándar para cada tipo de establecimiento (Estratégico o de quintil 1 y 2).
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	Aumento en % de disponibilidad, aumento en productos, aumento en evaluación EESS, Sin embargo, no se especificó la lista de insumos críticos para la planificación familiar hasta el nivel 4.
<i>Reflexión:</i>	Este es uno de los criterios que ha tenido mayor impacto en la gestión. Contar con una lista de insumos críticos definida por MINSA ha sido importante para la mejora.
Establecimientos de Salud con disponibilidad de recursos humanos (días persona disponible/ días persona requerido) para la atención a la población en los distritos del quintil 1 y 2, según meta física.	
<i>Justificación Criterio:</i>	Un establecimiento estratégico caracterizado como FONB, tiene como una de sus funciones importantes la atención del parto, la necesidad de servicio se puede presentar en cualquier momento, por lo tanto, debe existir un establecimiento a donde se debe trasladar la gestante en primera instancia. El establecimiento FONB debe tener la capacidad de reconocer la emergencia y proceder según corresponda, por tanto el servicio debe estar disponible las 24 horas del día con al menos 1 profesional capacitado, lo cual solo se puede realizar cuando el establecimiento cuenta al menos con un profesional competente (1 medico, 1 obstetra o una enfermera); toda vez que la cantidad de partos o emergencias obstétricas registrados en Cajamarca y Amazonas en un establecimiento FONB varían desde 0 hasta 1000 partos. Este criterio además evalúa dos criterios de análisis, el N° de personal mínimo requerido (enf, med y obst ¹¹) y la cantidad de Días-profesional (producción mínima requerido por mes) según categoría del establecimiento.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	Se empezó a solicitar una mejora en el registro de la meta física por producto y a partir de este dato se calculó la necesidad por EESS.
<i>Reflexión:</i>	Esta forma de medición es innovadora, dado que ni MINSA ni la región evalúan la disponibilidad de RH en el EESS de este modo. En EUROPLAN y FED se medía las enfermeras, y en el CAP PPSMN se especificó a obstetras por revalorar su profesión. El valor agregado de esta medición es que se mide la permanencia de los RH en los EESS de primer nivel en los distritos más pobres.

¹¹ Solo se evalúa profesionales (y no técnico de enfermería) por medir la capacidad resolutoria de un establecimiento estratégico.

Proporción de establecimientos estratégicos que cuentan con saneamiento físico legal culminados.	
<i>Justificación Criterio:</i>	Este criterio permitirá a la región contar con el saneamiento físico legal de los inmuebles de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud estratégicas, lo que permitirá fortalecer la inversión en infraestructura y valorar contablemente el bien inmueble, así como actualizar el marges ¹² de bienes de la Entidad.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	Primero se solicitó el saneamiento legal, posteriormente se solicitó el registro en el módulo de SIGA patrimonio.
<i>Reflexión:</i>	Antes del CAP fue muy difícil para los responsables de patrimonio recibir atención, siendo esto un criterio del CAP mejoró su posición en los equipos administrativos, lo cual también es notorio en los resultados especialmente en Cajamarca. Sin embargo, solo se evalúa EESS estratégicos porque el CAP PPSMN establece la priorización de inversión en esta lista.

3. Organización para la producción y entrega de los productos

En general se pudo observar que este criterio encontró mayores dificultades durante la formulación de criterios en comparación con los otros procesos. Según los participantes en la capitalización, por el motivo de que los otros procesos son más conocidos por el área administrativa: Programación, Adquisición y Evaluación. Aunque más difícil a medir con sistemas administrativos, existe el consenso que la organización es fundamental como proceso de gestión. Lo cual ha dado la posibilidad de experimentar con diferentes enfoques, como el plan de comunicación y la adopción de la investigación-acción vía los planes de mejora en el cuarto Nivel.

Sub Proceso Crítico 1: Organización para entregar el servicio al ciudadano

Establecimientos de Salud Estratégicos garantizan el acceso a menos de dos horas a la población más pobre para la atención del Parto y Cesárea.	
<i>Justificación Criterio:</i>	El cumplimiento de este criterio permite identificar los flujos de la población de los quintiles 1 y 2 a los establecimientos de salud que cumplen con Funciones Obstétricas; dichos establecimientos están registrados en el Listado Nacional de Salud Estratégicos en el marco de las Redes de los servicios de salud del MINSA.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	Después de que ambas regiones contaban con su matriz (a partir del Nivel 1), se cambió el requisito en cumplir con los estándares por la ENESA (Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales) por el INEI. Sin embargo, no se evaluó lo último por no contar con los datos en 2016 por el poco uso del sector. ...
<i>Reflexión:</i>	En la evaluación PPSMN hasta 2016 se elabora sobre el no cumplimiento con los criterios FON lo que rinde este subproceso inefectivo de cierta forma

¹² Inventario de los bienes del Estado

La región implementa un plan de comunicación para la promoción de Planificación Familiar, Parto y Atención Prenatal Reenfocada	
<i>Justificación Criterio:</i>	Se quiere dar un enfoque al usuario, dentro la lógica que, para poder entregar el servicio al ciudadano, el usuario habrá que acercarse al IPRESS. Por ende, se solicita acciones tomadas por el GORE informando a la población sobre el paquete completo de Planificación Familiar, Atención Prenatal Reenfocada y Parto. Se basa en la lógica de empoderar el beneficiario para poder exigir sus derechos de salud con servicios de calidad.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	En los niveles anteriores se ha trabajado la distancia del usuario al IPRESS y un enfoque de capacidad resolutive para poder entregar el servicio al ciudadano.
<i>Reflexión:</i>	Después dejar de evaluar este subproceso en el Nivel 2, casi no se iba a reformular un nuevo criterio para el nivel 3. Al último momento se cambió el enfoque de la oferta hacia la población.

Sub Proceso Crítico 2: Organización para producir los servicios

El Gobierno Regional ha normado documentos de gestión que establecen roles, responsabilidades, procedimientos y flujos para procesos vinculados directamente con la entrega de al menos los siguientes Productos: Atención prenatal reenfocada, Atención de parto normal y con complicaciones, Referencia y contra referencia.	
<i>Justificación Criterio:</i>	Es necesario que el Gobierno Regional con participación de las Unidades Ejecutoras elaboren e implementen documentos de gestión que les permita organizar, desarrollar, normar y monitorear los procedimientos para la entrega de al menos los siguientes Productos: Atención Prenatal Reenfocada, Atención del Parto Normal y con complicaciones, Referencias y contra referencias
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	Primero se preguntó para la elaboración de directivas regionales para la entrega de productos, y después se valuó una directiva que establece el monitoreo y evaluación y supervisión del personal.
<i>Reflexión:</i>	Después contar con las directivas, se dejó de evaluar este criterio por cumplimiento.

Sub proceso crítico 3: Articulación, Coordinación, Colaboración

El Gobierno Regional cuenta con Acuerdos/Convenios interinstitucionales vigentes con la finalidad de disponer y mantener actualizado y autenticado el Padrón Nominado de gestantes / Mujeres en edad fértil.	
<i>Justificación Criterio:</i>	Es necesario que el Gobierno Regional coordine y establezca alianzas estratégicas con otras instituciones con presencia regional y local, que tienen directa participación en los procedimientos que facilitan la entrega de los Productos “Atención Prenatal Reenfocada”, “Atención de Parto Normal” y “Población que accede a Métodos de Planificación Familiar” para lo cual se requiere contar con una base de datos nominada y actualizada de gestantes y Mujeres en edad fértil que acceden a Métodos de Planificación Familiar”.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	En el Nivel 1 se solicitó establecer un Convenio con Juntos.
<i>Reflexión:</i>	Se dejó de evaluar este criterio, porque el cumplimiento depende de otras instituciones y por ende no está en el círculo de influencia del GORE. El enfoque de que es el “círculo de influencia” se mostró también de utilidad en la investigación acción a nivel de las UE.

4. Supervisión, Seguimiento, Evaluación

A partir del primer nivel se exige a las regiones analizar y socializar los indicadores de la cadena de valor.

Sub proceso crítico 1: Análisis de datos

La Región dispone de una base de datos analítica actualizada para el análisis de los 4 indicadores de Productos priorizados; disponibilidad de insumos y gasto del Programa Presupuestal SMN	
<i>Justificación Criterio:</i>	Disponer de bases de datos analíticas actualizadas, a partir del cual se puede realizar la medición y análisis multidimensional de los indicadores priorizados, relacionados al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Estos indicadores deben permitir a los gestores de la región conocer la cobertura de los productos priorizados del Programa y tomar acciones respecto a la disponibilidad de los insumos críticos y presupuesto
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	No se cambió el criterio en el tiempo.
<i>Reflexión:</i>	Como estipulado arriba, Cajamarca cumple anualmente este criterio mientras Amazonas no supera este proceso de gestión. Razones mencionadas por la región son contar con su propio sistema de seguimiento y no contar con recursos humanos con las competencias necesarias por cambios de personal.

Sub proceso crítico 2: Uso, Disseminación y Transparencia de la información

El Gobierno Regional elabora reportes amigables para la disseminación de la información a nivel distrital y de Establecimientos de Salud: a) Indicadores de producto del PSMN, b) Indicadores de disponibilidad de los insumos críticos, c) Indicadores de gasto: asignación y ejecución del presupuesto	
<i>Justificación Criterio:</i>	Este criterio busca que UE y pliego cuenten con los procedimientos necesarios para obtener reportes amigables de los indicadores de “Producto”, de “Distribución y disponibilidad de insumos críticos” y de “Ejecución presupuestal”, a nivel distrital y por punto de atención, relacionados al PSMN. Además, se utiliza estos reportes para la retroalimentación y para procesos decisionales.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	No se cambió el criterio en el tiempo.
<i>Reflexión:</i>	Como estipulado arriba, Cajamarca cumple anualmente este criterio mientras Amazonas no supera este proceso de gestión.
El Gobierno Regional tiene publicado y mantiene actualizado el estado de avance de los indicadores priorizados y de sus compromisos de gestión	
<i>Justificación Criterio:</i>	Este criterio busca que los diversos responsables del Programa de Salud Materno Neonatal y la población en general se encuentren informados respecto de los indicadores priorizados de cobertura y de los compromisos de gestión del Programa. Se busca también establecer procedimientos de transparencia con la sociedad civil organizada respecto a la información generada en las UE sobre el proceso de implantación y desarrollo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.
<i>Evolución criterio mínimo:</i>	No se cambió el criterio en el tiempo.
<i>Reflexión:</i>	Como estipulado arriba, Cajamarca cumple anualmente este criterio mientras Amazonas no supera este proceso de gestión. En el nivel 4 se pide pruebas de socialización, la publicación online ya no es suficiente.

3. Evolución en los indicadores de Cobertura

Diferente de los compromisos de gestión, se define los indicadores y metas por región durante la suscripción de los convenios y adendas. Cada año en marzo los “Informes de Verificación del Cumplimiento de metas de indicadores” evalúan el desempeño de los indicadores de cobertura del año anterior. Los porcentajes en los gráficos son los valores del cumplimiento. En el primer año 2014 se calculó “Valor alcanzado 2014/Meta 2014”, lo que fue redefinido por “Incremento real respecto a basal 2013/Incremento esperado respecto a basal 2013”, justificado por un cálculo más real del progreso. Los porcentajes menor que 90% indican un cumplimiento parcial, lo que resultó en una transferencia menor o ausente.

A continuación, en los cuadros se comparte una reflexión sobre los indicadores de cobertura, que ha sido socializado en el primer taller para la elaboración del Informe Interinstitucional PP SMN 2016 (12 de abril 2017). Se complementa con percepciones de las jefas de los EESS (14) de la Microrred Baños del Inca de la UE Cajamarca, recopilado en una sesión el sábado 3 de febrero 2018.

INDICADOR 1: Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.

Como se puede observar hay progreso significativo, habiéndose casi triplicado el valor reportado en ambas regiones, entre los años 2014 y 2016, lo que refleja un aumento real de las atenciones mínimas que corresponde entregar con oportunidad a la gestante afiliada al SIS.

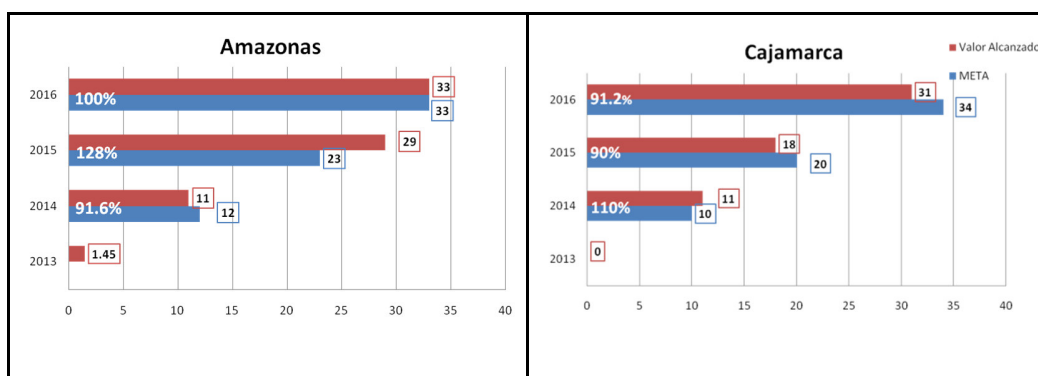


Figure 2. Variación del Indicador N° 1 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca, 2014 – 2016. Fuente: Elaboración propia, basado en la información de los informes de verificación de los Convenios de Apoyo Presupuestario-MEF, Amazonas y Cajamarca. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

La percepción de la mayoría de las jefas de los EESS de la Microrred va en la misma línea, porque la captación de la gestante es más oportuna, aunque también mencionan que es más difícil cumplir porque no todos los EESS cuentan con equipos de laboratorio. En los hospitales mencionan que hacen menos controles prenatales por el fortalecimiento del primer nivel.

Relevancia	Análisis
<ul style="list-style-type: none"> Refleja las atenciones mínimas que corresponde entregar a la gestante afiliada al SIS con oportunidad. Es importante el diagnóstico y tratamiento de infecciones en el primer trimestre de gestación contra la prematuridad y el bajo peso al nacer 	<ul style="list-style-type: none"> Progreso constante según Metas Indicador se mide de varias formas en Convenio per cápita SIS y en FED Anteriormente EUROPAN medía: “gestantes SIS con suplementación de Hierro”
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Fue construido por una necesidad de medir el acceso a una atención integral completa. Fue un valor concebido con el convenio y logró continuidad con el FED y SIS. Datos compartidos con MIDIS en Aplicación RED INFORMA Cubos elaborados con datos SIS cuentan con muchas dimensiones (quintiles, geogr etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Se supone que una ficha de atención con código representa un servicio entregado Posibles errores en la codificación de las atenciones Limitación en el uso de datos por terceros debido a su poca difusión Dificultades con el uso de los cubos elaborados por MEF por falta de un registro completo de los variables en la opción “explica”

INDICADOR 2: Proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 que tienen parto institucional en Establecimientos de Salud FONB y FONE.

El gráfico permite ver un desempeño fluctuante en Amazonas; mientras que Cajamarca progresa hasta el 2015, pero tiene un discreto retroceso en 2016.

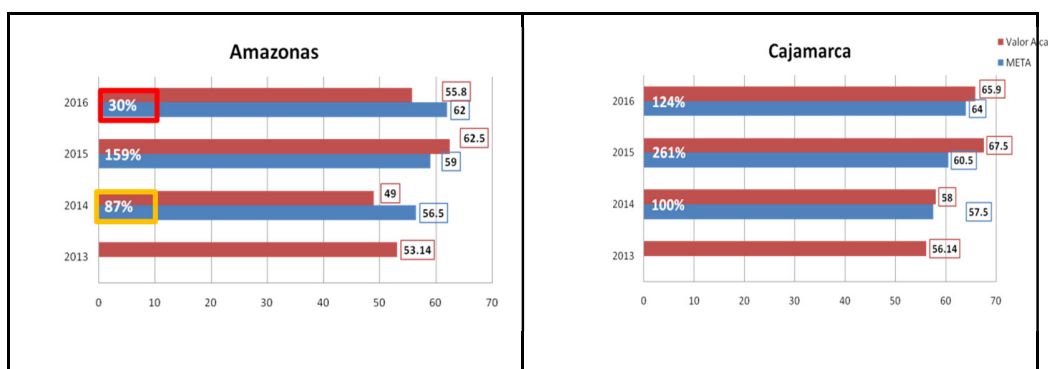


Figure 3. Variación del Indicador N° 2 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca, 2014-2016. Fuente: Elaboración propia, basado en la información de los informes de verificación de los Convenios de Apoyo Presupuestario-MEF, Amazonas y Cajamarca. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

Gracias a la sensibilización, todos los participantes de la sesión en Cajamarca perciben un aumento del parto institucional, de lo cual la mayoría ocurre en el FON Baños del Inca. Sin embargo, mencionan que todavía hay una brecha por la falta del trabajo extramural, pero dicen no contar con suficientes recursos humanos para realizar esta actividad. El hospital de Cajamarca menciona que ellos reciben mayormente referencias con patologías.

Relevancia	Análisis
<ul style="list-style-type: none"> Permite medir la capacidad del sistema de salud para proveer una cobertura adecuada en EESS que cumplen con funciones obstétricas y neonatales básicas y esenciales 	<ul style="list-style-type: none"> Llama la atención el desempeño fluctuante en Amazonas. Cajamarca progresó continuamente arriba de la meta, pero tiene un regreso en 2016. El % de parto institucional/gestantes SIS captadas tiene un desempeño similar
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Enfoque en una atención con calidad 	<ul style="list-style-type: none"> Muy bajo porcentaje de EESS que cumplen con las funciones obstétricas y neonatales básicas según datos INEI y Autoevaluación FON MINSa Mide el porcentaje del total de gestantes que ya tienen parto en servicio, y por ende mide solo la distribución de los partos según nivel resolutorio del EESS. Sería ideal que mida la proporción del total de gestantes captadas del q1 y q2 con parto en FONB/FONE. En base a esta reflexión se cambió el indicador en la adenda 2¹³. Limitaciones en el uso de dato similar al indicador 1

INDICADOR 3: Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 con consejería en Planificación Familiar

Se mide la proporción de mujeres en edad fértil afiliadas al SIS quienes en los últimos 5 años han recibido por lo menos una atención de consejería en planificación familiar.

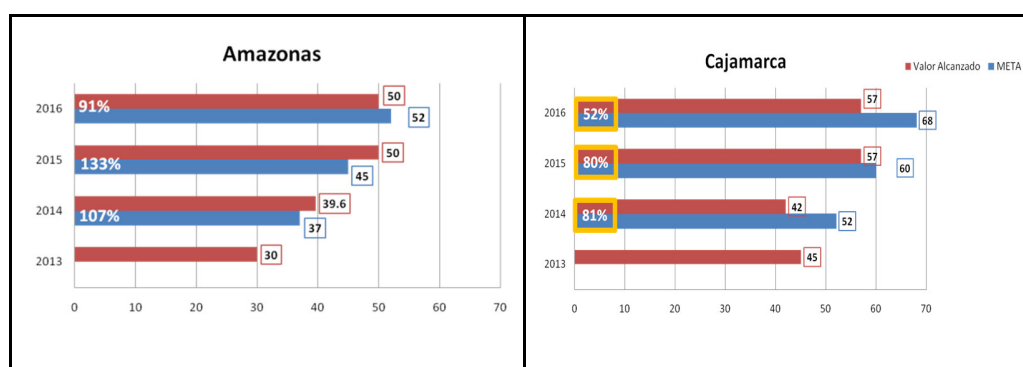


Figure 4. Ejecución del Indicador N° 3 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca. Fuente: Elaboración propia, basado en la información de los informes de verificación de los Convenios de Apoyo Presupuestario-MEF, Amazonas y Cajamarca. Disponible en:

http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

¹³ Proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional en establecimientos de salud FONB y FONE (Sólo en la lista de EESS estratégicos).

Resulta llamativo que en términos porcentuales ninguna de las regiones muestre variación en la proporción de mujeres con consejería en planificación familiar entre los años 2015 y 2016. Será interesante de seguir el desempeño de este indicador, porque entre 2013 y 2015 pudiera haber sido un subregistro resultando en un aumento del indicador por la atención recibida por ser parte del CAP-PPSMN. Si posteriormente no se nota mayor cambio significa que se capta anualmente un porcentaje similar de mujeres en edad fértil, sin aumentar la cobertura real.

Relevancia	Análisis
<ul style="list-style-type: none"> Consejería en Planificación familiar (PF) como proxy para mujeres informadas sobre PF 	<ul style="list-style-type: none"> Desempeño igual entre 2015 y 2016 para ambas regiones
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Motivador para el registro de una atención preventiva Toma mujeres en edad fértil como denominador 	<ul style="list-style-type: none"> Consejería como proxy, no informa sobre la calidad Calculo: Sumando N° de mujeres que en su vida han recibido por lo menos una consejería sin corrección por año de afiliación. Lo ideal es que se mida la atención del último año Limitaciones en el uso de dato similar al indicador 1

INDICADOR 4: *Proporción de mujeres en unión procedentes de los quintiles 1 y 2 que usan algún método de planificación familiar.*

Llama la atención que utilizando los datos de la ENDES a lo largo del periodo ambas regiones presenten valores inferiores a sus valores basales, excepto Amazonas sólo para el año 2016. Fue en base a este indicador que se restableció el cálculo del cumplimiento de la meta. En el primer año 2014 se calculó “Valor alcanzado 2014/Meta 2014”, lo que fue redefinido por “Incremento real respecto a basal 2013/Incremento esperado respecto a basal 2013”, justificado por un cálculo más real del progreso.

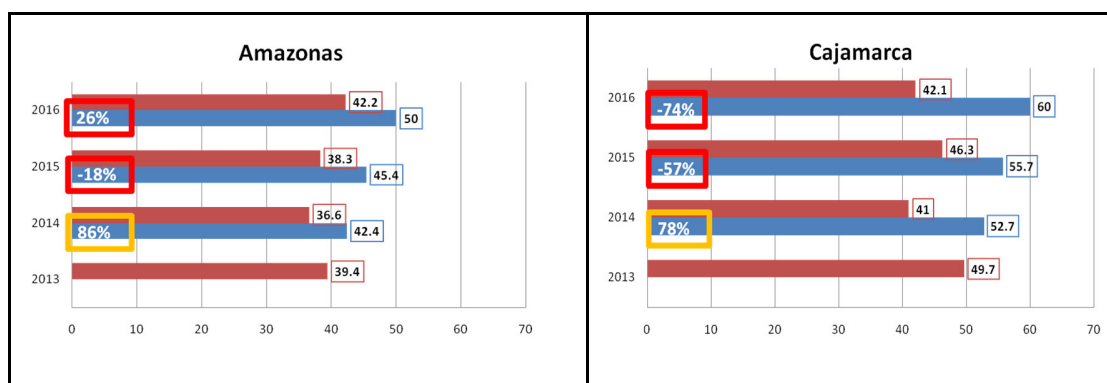


Figure 5. Variación del Indicador N° 4 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca. 2014-2016. Fuente: INEI, ENDES 2016.

Según la microred Baños del Inca en general, el número de usuarias de métodos modernos de planificación familiar ha aumentado, pero mayormente concentrado en las ciudades. En EESS más lejanos siguen encontrando resistencia por religión, por creencias, por machismo. También hay usuarias que dejan usar el método por efectos secundarios. De igual modo, aquí mencionan la necesidad de promoción en comunidades, pero que no hay forma de realizar esta actividad con los recursos actuales. Un factor aquí es la profesionalización de los programas, dado que en algunos EESS sólo la obstetra brinda la consejería en planificación familiar. En la entrevista en el Hospital de Cajamarca mencionan que con esto van muy bien, porque cada año atienden mucho más de lo programado. (En los datos se podría apreciar que la meta física son 659 parejas protegidas esperados y 1006 atendidas, y para implante la meta es 86 y atienden a 190 mujeres. Sin embargo, mencionan no contar con problemas en el abastecimiento)

Relevancia	Análisis
<ul style="list-style-type: none"> El uso correcto de un método moderno de planificación familiar puede evitar un embarazo no deseado, y por ende una posible muerte materna 	<ul style="list-style-type: none"> Amazonas: 2016 es el primer año con un avance en comparación con la línea basal. Cajamarca: Los valores alcanzados siguen siendo menor que la línea basal. Resultó en discusión sectorial: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Mujer insatisfecha con oferta/métodos? - ¿Programación de los insumos basado en consumo? ¿Por compra Nacional, presupuesto? - ¿Abastecimiento? <ul style="list-style-type: none"> También podría ser que la meta ha sido muy ambiciosa por medir en parejas en unión.
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Enfoque de métodos modernos de planificación familiar Disponibilidad de información para realizar el seguimiento con múltiples dimensiones de análisis. 	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta (□ Datos Nominales SIS de atención recibida) INEI publica datos regionales y no de quintiles I y II regionales. Sólo toma en cuenta mujeres en unión, sería ideal que publique el dato de mujeres en edad fértil.

La visibilización del desempeño de los últimos dos indicadores resultó en un intercambio e involucramiento sectorial sobre el uso de los métodos modernos de planificación familiar. Este a su vez provocó un enfoque mayor en el producto de planificación familiar en los compromisos de gestión y además en el desarrollo de un nuevo indicador para la segunda agenda basado en datos nominales del SIS:

“Proporción de mujeres en edad fértil afiliadas al SIS procedentes de quintiles 1 y 2 que demandan servicios de PPFF según normatividad del MINSA reciben insumos completos de métodos modernos de planificación familiar durante los 12 meses previos.”

El indicador muestra el % de mujeres, no embarazadas en los últimos 12 meses, entre 15 y 49 años, afiliadas al SIS que residen en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento y que han recibido los insumos completos de algún método moderno de planificación familiar.

Relevancia	Análisis
<ul style="list-style-type: none"> El uso correcto de un método moderno de planificación familiar puede evitar un embarazo no deseado, y por ende una posible muerte materna 	<ul style="list-style-type: none"> La primera evaluación será en junio 2018
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Enfoque de métodos modernos de planificación familiar Seguimiento nominal, entrega completa según la normatividad MINSA 	<ul style="list-style-type: none"> Medición en Mujeres puede sesgar la responsabilidad compartida de la pareja

En general, aunque la directiva especifica que se usa los indicadores de la lista del programa presupuestal, se puede observar que los CAP dan la oportunidad para experimentar con indicadores de seguimiento innovadores y más específicos. Este a su vez, copiado en el FED y los convenios cápita del SIS resultó en varias fichas técnicas de un mismo indicador. Con la retroalimentación de las regiones se trabaja en alinear estos indicadores de cobertura, y se busca la complementariedad.

Como comentario general, se escuchó por parte de las regiones que no estaba de todo claro cómo se elabora los cubos a partir de la información SIS. Por ello, el 6 de diciembre 2017, se convocó a ambas regiones para un taller con el especialista que hace esta labor para el equipo DGPP –MEF. Dado que es fundamental tener transparencia sobre este proceso, como base de la evaluación y para disminuir el riesgo que lleva cuando solo una persona maneja este paso crucial.

4. Proceso Regional

Incentivar a las regiones hacia una mejora en la gestión y cobertura significa promover cambios en las Unidades Ejecutoras, quienes gestionan procesos administrativos para la implementación del programa presupuestal salud materno neonatal, y en los puntos de atención, quienes ofrecen los servicios.

Según artículo 19 de la Directiva N° 001-2016-EF/50.01 los Gobiernos Regionales que han suscrito los Convenios de Apoyo Presupuestario, envían al MEF y al SIS los Informes de cumplimiento de compromisos. Los informes de Cajamarca contienen un análisis del cumplimiento del criterio y describen los esfuerzos de la región por mejorar el cumplimiento del criterio, las limitaciones encontradas y recomendaciones para el nivel central y regional. Para la elaboración de estos informes, en la región de Cajamarca, se hizo reuniones regionales con todas las Unidades Ejecutoras de Salud y sus diferentes áreas, organizado por la responsable de los Convenios de la DIRESA y con el apoyo de la coordinadora PpR.

Los coordinadores PpR, siendo un vínculo entre la región y el equipo DGPP Nacional, tienen un rol clave en el proceso de cambio que el CAP busca a promover. Las regiones aprecian el CAP por el acompañamiento técnico, creando capacidades en la gestión. No es suficiente establecer criterios mínimos de gestión a alcanzar, de igual importancia es el acompañamiento y la explicación técnica (sobre los procesos del PpR, la cadena de valor, ... y el porqué de los pasos administrativos o requerimientos desde el nivel Nacional).

Según las regiones el CAP PPSMN les incentivó a mejorar la gestión por:

- Transparentar con datos el desempeño y por ende, el ranking de cada uno dentro de la región, en reuniones, funcionó como llamada de atención y motivó hacia el cambio.
- La definición de compromisos de gestión ha sido importante como “Norte”, indicando prioridades a nivel del mejoramiento de procesos administrativos. El PPSMN ya especifica productos, pero el convenio brinda más claridad sobre cuales equipos e insumos son críticos. *“El convenio nos ayuda a definir lo que es prioridad.”* (Hospital Chota).
- Evaluación de indicadores de cobertura promovió una mirada en la misma dirección. *“Todos somos agentes de cambio”* (DISA Jaén), mientras el vínculo con la cadena de valor mostró el involucramiento necesario de todas las áreas. *“Todas las direcciones deben estar en constante comunicación y análisis de la información, el trabajo articulado nos da buenos resultados”* (DISA Jaén)
- Momentos claros de rendir cuentas: Se ha observado que el hecho de que un insumo/equipo está en el Convenio, da más “poder” *al área usuaria de exigir la compra al área logística, porque menciona que “afecta al Convenio Belga”* (Hospital Regional de Cajamarca). Además, *“los convenios nos evalúan sobre el Stock en la Farmacia (=SISMED), entonces en el fin del mes estamos atentos”* (Hospital de Bagua). De igual forma, áreas como Patrimonio reciben más atención y fondos porque el registro correcto es un criterio de gestión en el CAP PPSMN.
- Impulsar una dinámica para cumplir y recibir el reconocimiento y el incentivo lo cual instaló una nueva política de trabajo: Reuniones, reflexiones, -integración en equipo: *“si no trabajamos juntos, perdemos la plata”*, fortalecer capacidades, socializar reportes con personas que toman decisiones en el momento oportuno, ...

En conclusión, el CAP es una herramienta importante para *“el proceso de cambio hacia el PpR”*, dado también que dentro los programas presupuestales no hay un producto (y presupuesto) para mejorar la gestión.

Durante el proceso de la implementación, hubo un intercambio seguido con las Unidades Ejecutoras de la región. Esto resultó en una recopilación de recomendaciones surgiendo de las regiones para el convenio como herramienta de gestión:

- Prever tiempo suficiente para establecer metas ambiciosas pero alcanzables y para discutir los criterios del tramo fijo. Una discusión a priori con el equipo técnico del PPSMN es clave.
- De igual manera es crucial tomar en cuenta el contexto local (accesibilidad, aspectos culturales, políticas locales...) de los EESS cuando las metas a nivel regional se traducen a UE, y de UE a EESS. Esto implica también aclarar el círculo de influencia de cada entidad sobre el buen desarrollo de las actividades.
- Se pudo observar diferencias en capacidades de gestión entre las UE. Intercambios de experiencias entre UE podrían apoyar en un desarrollo de la región dado que una evaluación a nivel regional por el convenio ayuda a disminuir la competencia entre UE. Surgió también el comentario que, aunque toda la región no cumple con los criterios del tramo fijo, habrá que existir una forma de valorar el trabajo de las UE que han cumplido para poder continuar con personal motivado.
- Se comentó que además que ampliar la cobertura, se necesita un enfoque de calidad de los servicios. En un contexto de escasos recursos existe una tensión entre ambos. Se necesita reflexionar sobre la forma de asegurar un seguimiento adecuado desde la gestión regional.

Con los Convenios de asignación por desempeño (CAD) con los gobiernos locales, el gobierno regional repite la herramienta del CAP con los gobiernos locales lo cual demuestra la percepción del CAP como una herramienta útil para obtener resultados.

Uso de los fondos adicionales transferidos

Para los resultados del cumplimiento de los compromisos de gestión y las metas del tramo variable y la relación con los montos transferidos, se refiere a los informes de verificación producido por el equipo DGPP (vinculo). En el convenio principal se previó un monto de 11 millones de Soles por región:

Table 1. Monto programado y transferido por región con el convenio inicial 2014-2016

Presupuesto (millones S/.)		2014	2015	2016	Total
Amazonas	Programado	3,00	4,00	4,00	11,00
	Transferido	1,80	3,85	2,65	8,30
Cajamarca	Programado	3,00	4,00	4,00	11,00
	Transferido	1,80	2,73	2,82	7,35

Dado que los desembolsos no llegan al 100% porque se basan en metas ambiciosas, los fondos aún no transferidos siguen orientados al PPSMN en las mismas regiones vía adendas:

Tabla 2 Monto programado y transferido por región para la adenda I y II en 2017 y 2018

Presupuesto (millones S/.)		2017	2018	Total en Tesoro
Amazonas	Programado	3,8	1,7	S/ 3 500 705
	Transferido	2,01	Por evaluar	
Cajamarca	Programado	3,8	1,7	
	Transferido	2,35	Por evaluar	

En el anexo 2 se muestra el detalle de las transferencias financieras hacia las unidades ejecutoras. La medición de los indicadores de cobertura del Tramo Variable está especificada en distritos de pobreza quintil 1 y 2. Entonces el MEF propone la distribución de los recursos según la población que vive en estos distritos. Sin embargo, la región está libre de hacer cambios en la distribución y también en la ejecución siempre cuando contribuye a la mejora de los objetivos del PPSMN en los cuatro productos priorizados para la población objetivo. La fuente de financiamiento de estas transferencias está especificada por Donaciones y Transferencias (DyT), N: Donaciones para el apoyo presupuestario. El SIS transfiere también por DyT, lo cual significa que: a) estos recursos no se devuelvan al final del año, pero pasan automáticamente a saldo de balance, b) es un fondo destinado a población asegurada al SIS y usa el mismo camino de financiamiento, entonces significa un interés de seguimiento para el asegurador. La siguiente tabla muestra el total transferido por Unidad Ejecutora entre 2014 y 2016 y el % de ejecución.

2014-2016			
Pliegos y Unidades Ejecutoras	TOTAL Incorporado	TOTAL Ejecución	% Ejecución Total
440 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	S/. 8,470,000	S/. 8,079,513	95.4%
400 SALUD AMAZONAS	S/. 1,964,000	S/. 1,811,226	92.2%
401 SALUD BAGUA	S/. 1,591,300	S/. 1,567,952	98.5%
402 HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOYAS	S/. 387,500	S/. 303,859	78.4%
403 HOSPITAL DE APOYO BAGUA	S/. 387,500	S/. 381,199	98.4%
404 SALUD UTCUBAMBA	S/. 1,504,500	S/. 1,487,723	98.9%
003 GERENCIA SUB REGIONAL CONDORCANQUI	S/. 2,635,200	S/. 2,527,554	95.9%

445 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	S/. 7,516,185	S/. 6,067,977	80.7%
400 SALUD CAJAMARCA	S/. 2,380,550	S/. 1,527,964	64.2%
401 SALUD CHOTA	S/. 1,335,250	S/. 1,332,198	99.8%
402 SALUD CUTERVO	S/. 979,235	S/. 809,660	82.7%
403 SALUD JAEN	S/. 1,321,250	S/. 1,119,549	84.7%
404 HOSPITAL CAJAMARCA	S/. 545,150	S/. 418,172	76.7%
405 HOSPITAL GENERAL DE JAEN	S/. 413,475	S/. 381,287	92.2%
406 HOSPITAL JOSÉ H. SOTO CADENILLAS-CHOTA	S/. 411,275	S/. 400,126	97.3%
407 SALUD SAN INGNACIO	S/. 155,537	S/. 79,020	50.8%

Los fondos han sido utilizado principalmente para comprar equipos e insumos con el fin de cumplir con los compromisos de disponibilidad exigidos por el CAP PPSMN, y en menor cantidad en actividades para el mejoramiento de gestión como: capacitaciones del personal asistencial, actividades de monitoreo y evaluación, estrategias como el “kit de recién nacidos” para promover el parto institucional (UE Bagua), spot radiales (UE Chota) y algunos procesos puntuales como la actualización del inventario de patrimonio por terceros (nivel regional). También sirvió en algunas ocasiones como una fuente flexible para el pago de imprevistos, siempre cuando orientado al PPSMN.: Por ejemplo, en 2016 han pagado salarios CAS con este presupuesto dado la confusión de la nueva norma y transferencia tardía de SIS por el cambio de CAS SIS a CAS RO. También se utilizó los fondos para otros productos no priorizados en el PPSMN, como por ejemplo la prevención de embarazo en adolescente, dado que este producto no cuenta con suficiente recursos y el CAP PPSMN da la flexibilidad de realizar las actividades (DIRESA Cajamarca). Sin embargo, se observó también el uso de los fondos para el pago de costos recurrentes (Gasolina, mantenimiento). (Por ello, para garantizar la sostenibilidad a finales del CAP PPSMN hubo un incremento de 2 500 000 soles para el PIA de 2018)

Esto nos lleva a las siguientes **hipótesis**:

- a) Las necesidades financieras de las UE son tan grandes y/o los procesos de ejecución son desordenados por lo que se ve obligado apagar fuegos con cada fuente de ingreso adicional,
- b) Hay poca experiencia en tomar decisiones sobre el uso de fuentes financieros adicionales que vienen sin “etiqueta”, dado que el resto de las transferencias vienen con indicaciones específicas. Además, existe confusión sobre cuáles gastos están permitidos con estos recursos dado que la fuente de financiamiento de estas transferencias está especificada por Donaciones y Transferencias (DyT), N: Donaciones para el apoyo presupuestario, lo cual se interpreta en algunas ocasiones bajo las restricciones del uso de DyT por el SIS. No obstante, en teoría el incentivo está pensado como un fondo más flexible.
- c) No encuentran la flexibilidad para poder ejecutar en procesos de mejora innovadores, por:
 - i) las restricciones de la región misma quienes aprueban cada gasto siendo el pliego, lo cual también promueve retrasos dado que se espera la propuesta de incorporación de presupuesto adicional por

todas las UEs, mientras también se puede incorporar por partes. ii) las supervisiones SIS quienes, en un marco de división entre las diferentes fuentes de financiamiento con sus fines, desarrollan las reglas, restricciones y supervisiones para asegurar la reposición de insumos y medicamentos con sus transferencias en DyT iii) o la confusión con las reglas de ejecución establecidas a nivel Nacional para el PP SMN. Como por ejemplo la reorientación de los fondos asignados a un producto. En la práctica, el pliego espera hasta el momento de evaluación de la meta mientras existe la opción de hacer un informe de justificación. Otra reflexión es sobre la ejecución en el PP SMN lo cual está orientado por los KITS por producto, lo cual ayuda en la calidad del gasto, pero limite la flexibilidad en la asignación de presupuesto para mejoras en la gestión. Por ende, surgió la reflexión ¿si debería ser posible ejecutar en “Acciones Comunes” sin KIT (control a priori), ¿pero con un control de gasto a posteriori?

5. Proceso Comité de Seguimiento

Para el proceso de la definición de los compromisos de gestión y los indicadores de cobertura se reunieron el equipo DGPP-MEF, SIS y DSARE-MINSA como ente rector del PPSMN. Cuando el Experto SISFIN, Geert Haghebaert llega, se desarrolló en un espacio de interacción interinstitucional para la reflexión y coordinación alrededor del PP SMN y se reúnen más seguidos. Ahora cuentan con reuniones mensuales y a solicitud de la CTB, se incorporó SUSALUD. El SISFIN ha sido un impulsor en establecer este espacio y aportó a establecer la agenda, la convocación y las ayudas memorias de las reuniones.

Logros:

- Compromisos de gestión y metas de indicadores del CAP PPSMN consensuados con representantes de las instituciones.
- Intercambio de información para alimentar a una reflexión para mejorar los procesos de gestión y particularmente de seguimiento a las intervenciones relacionadas a la mejora de la atención de los servicios
- Recomendaciones entre instituciones para mejorar el desempeño del PP SMN, expresados en un informe interinstitucional que fue presentada en el Encuentro Nacional DSARE en diciembre 2017 y en la MCLCP en enero 2018. En esta misma línea: el seguimiento de la gestión del PPSMN especificado en los CAP PPSMN: Disponibilidad de insumos y equipos críticos, recursos humanos, cobertura de servicios enfocado en distritos de mayor pobreza y en el primer nivel, brindan oportunidades para una mejora en la gestión del PPSMN a nivel Nacional si se adopta esta forma de seguimiento.
- Misiones conjuntas a las regiones de Amazonas y Cajamarca en 2016 y 2017
- Mayor participación de las instituciones en los Encuentros Nacionales PP SMN de DSARE

En la información recopilada se encuentra un documento con las diferentes ayudas memorias y las carpetas con las presentaciones por las instituciones según fecha de reunión.

6. Acompañamiento por el SISFIN

Siendo el CAP PPSMN la implementación de un componente apoyo presupuestario de una cooperación bilateral entre Bélgica y Perú en el marco del Programa de Apoyo a la Política del Aseguramiento Universal en Salud, significa que cuenta con un acompañamiento en forma de asistencia técnica.

El objetivo general de este programa es “El derecho de toda persona en situación de pobreza y pobreza extrema a servicios de salud de calidad ha sido garantizados mejorando el nivel de salud de la población”. El objetivo específico es: «Al 2018, la cobertura de afiliación y de beneficios del Seguro Integral de Salud ha sido extendida con garantías de calidad implementadas para hombres, mujeres, niños y niñas en situación de pobreza y extrema pobreza, según sus necesidades diferenciadas, en regiones priorizadas del país en el marco del Aseguramiento Universal en Salud».

Por ello, aparte del seguimiento de los desembolsos entre Bélgica y Perú, Bélgica moviliza experticia sénior adicional en apoyo presupuestal y salud y contrata asistencia técnica puntual. En este sentido, SISFIN contribuye también a un diálogo de políticas, apoya el análisis de desafíos y cuellos de botella y búsqueda de soluciones para mejorar el acceso a servicios de salud. El SISFIN también presta atención en la mejora de la calidad, en la reforma de descentralización y en las problemáticas relativas a la capacidad de la Gestión de Finanzas Públicas a nivel regional, facilite la mejora del sistema de seguimiento y evaluación, contribuye al desarrollo de la capacidad institucional, asegura la coherencia del apoyo y su vinculación con otros socios, y por fin toma iniciativas para la investigación y estudios empíricos en el sector. En este enfoque a partir del 2016, un asistente monitoreo y evaluación SISFIN se integró en el equipo DGPP para apoyar en el análisis de datos y en la retroalimentación entre los diferentes niveles de gobierno e instituciones.

Adicionalmente, se financió dos consultorías:

a) El Informe Interinstitucional de desempeño PPSMN 2016

Se impulsó, por medio de un facilitador, la elaboración participativa de un informe interinstitucional de desempeño PPSMN 2016 en el espacio del Comité de Seguimiento (Equipo temático DGPP-MEF, GREP-SIS, DSARE-MINSA, SUSALUD). Se socializó el informe en el encuentro Nacional de PPSMN de DSARE MINSA, en dos ocasiones en la MCLCP-grupo salud y con el equipo de Calidad del Gasto de la DGPP-MEF. Además, está disponible en la página web del CAP PPSMN de la DGPP¹⁴. Se elaboró una infografía y el proceso de una versión editada para la impresión y difusión está en la fase inicial.

El informe apoyó en reconocer los avances en el PPSMN, como son el aumento en presupuesto, el aumento en recursos humanos y equipos e insumos críticos en los EESS de primer nivel de atención en quintil 1 y 2, y el aumento en cobertura en Atención Prenatal Reenfocada en los quintiles más pobres y en Parto Institucional procedentes del área rural.

¹⁴ https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/ppr/belgica/inf_desempeño_PPSMN2016.pdf
https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/ppr/belgica/inf_interinstitucional_PPSMN2016.pdf

No obstante, también reveló dos temas críticos como son la calidad del gasto aún tardía y la calidad de la atención en los servicios. Además, el monitoreo y seguimiento actual cuenta con algunos puntos sesgados que no recibían mucha atención por lo cual existen indicadores a mejorar y a desarrollar.

b) Investigación-acción en relación con la asignación de recursos adicionales del PPSMN

A nivel regional se buscó crear un valor agregado con la investigación-acción del proceso decisional de la asignación de recursos y su monitoreo y control de los convenios de apoyo presupuestario al Programa de Salud Materno Neonatal en las regiones de Amazonas y Cajamarca. Esta metodología aplicada en Unidades Ejecutoras permitió:

- Un análisis participativo de los procesos de decisión y el rol de diversos actores y factores contextuales, dando lugar a un diagnóstico de los flujos de programación y ejecución presupuestaria y un diagnóstico del estado de situación de los sistemas de información utilizados en la cadena de valor del PPSMN.
- Identificar 25 ciclos de mejora aplicados en 11 Unidades Ejecutoras. Un ciclo de mejora consiste en observar y reflexionar, formular propuestas de mejora, implementar y medir el cambio.
- Se formuló propuestas de mejora en el ciclo de toma de decisiones en la cadena de valor del PPSMN y en los procedimientos existentes en los ámbitos regional y local para incidir positivamente en la mejora de la eficiencia, eficacia y efectividad del gasto sanitario y, de este modo, en los indicadores de cobertura y resultado.

Además, el SISFIN promovió la divulgación de análisis y resultados en diferentes espacios de diálogo como la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP), Instituto de Estudios Peruanos (IEP), Mesa de la Cooperación en Salud, etc. que ha permitido informar a otros actores y ampliar el diálogo. Por SISFIN, una delegación del MEF participó en el congreso europeo para la Medicina tropical y salud internacional (ECTMIH 2017) en Amberes, Bélgica.

C. Situación Actual y Su Contexto

Actualmente, la segunda adenda de los CAP PPSMN con las regiones sigue vigente. Esto significa una evaluación de los compromisos de gestión del Nivel 4 en febrero (con el informe de verificación y la transferencia en marzo). Las coberturas de parto institucional en FON y el uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las mujeres en edad fértil según normatividad MINSA en base a un seguimiento nominal con datos SIS serán evaluados en junio 2018. La subsanación del Nivel 4 se llevará a cabo en septiembre 2018. Entonces, aunque el programa SISFIN termine en marzo 2018, los fondos remanentes aseguran un desempeño hasta el último trimestre de 2018.

1. Los resultados en la gestión

Los cambios que destacan en la gestión a finales de 2017 son:

Programación Operativa La región cuenta con un Padrón Nominal, y más del 80% de las mujeres registradas son afiliadas al SIS en el primer trimestre del embarazo.	Soporte Logístico El 100% de los establecimientos estratégicos de Amazonas y el 86% de los establecimientos de Cajamarca superaron la meta de 80% de disponibilidad de insumos críticos y equipos para los servicios de salud materno neonatal.
Organización para la producción y Entrega de Productos Se identificó las necesidades de la población, mapeando el acceso a Establecimientos de Salud con capacidad resolutive. Se documentó procesos de gestión: <ul style="list-style-type: none">- adecuación de la normatividad- fortalecimiento de la gestión de recursos humanos- fortalecimiento de la capacidad organizacional para la entrega del servicio Para lograr la mejora continua se aplicó la metodología de la investigación-acción.	Supervisión, Seguimiento y Evaluación Se fortaleció el seguimiento a los indicadores de cobertura de productos priorizados y de disponibilidad de insumos críticos por punto de atención Se usó bases de datos administrativas, que permiten la toma de decisiones a nivel local. Podemos encontrar esta información en línea: www.regionamazonas.gob.pe www.regioncajamarca.gob.pe/ www.mef.gob.pe/es/convenios-de-apoyo-presupuestario?id=3637

2. Los resultados en la cobertura

El CAP PPSMN contribuyó a un incremento de cobertura en Parto Institucional Rural y Atención Prenatal Reenfocada en zonas priorizadas. En un esfuerzo común para alcanzar estos resultados, se ha promovido un mejor alineamiento y articulación de otras intervenciones del Estado Peruano, organizaciones de la sociedad civil y cooperación.

El parto institucional de gestantes procedentes del área rural

Uno de los principales resultados del Programas Salud Materno Neonatal es incrementar la proporción de gestantes que proceden de zonas rurales que acceden al parto institucional. En las regiones que tienen convenio el incremento fue mayor al promedio nacional. El parto institucional de gestantes procedentes del área rural aumentó entre 2014 y 2017 de 59% a 69,4% en Amazonas, y de 60,6% a 76,2% en Cajamarca.

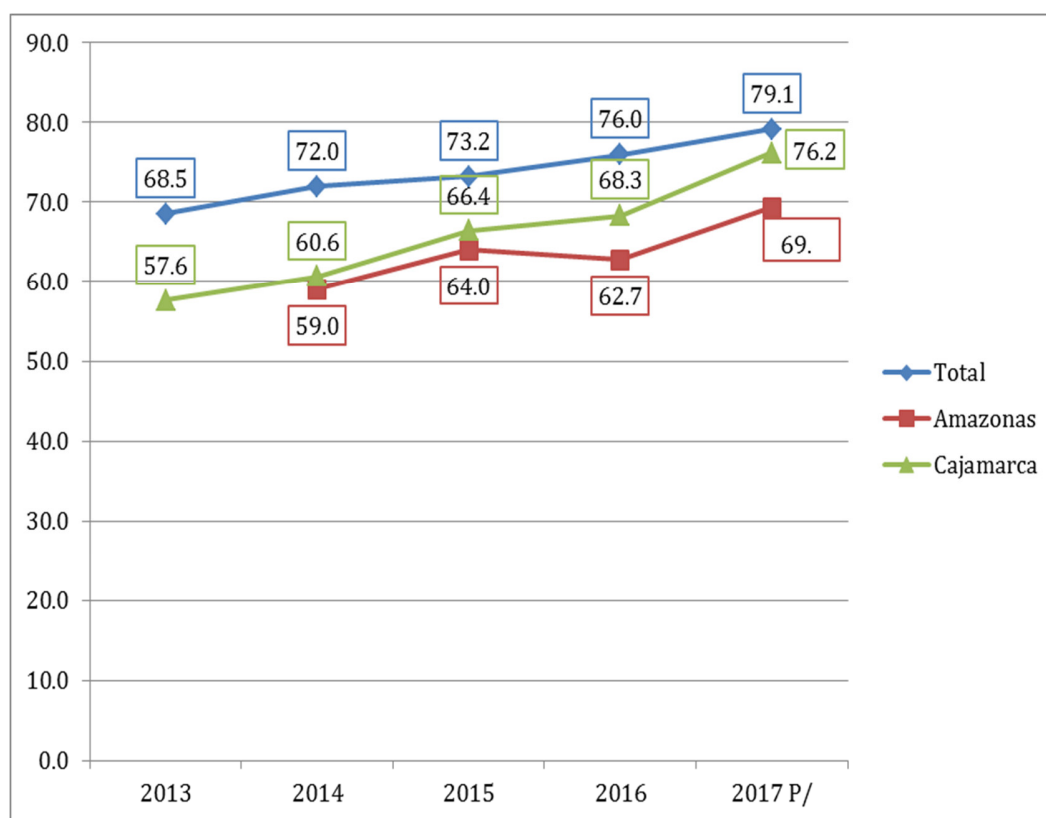
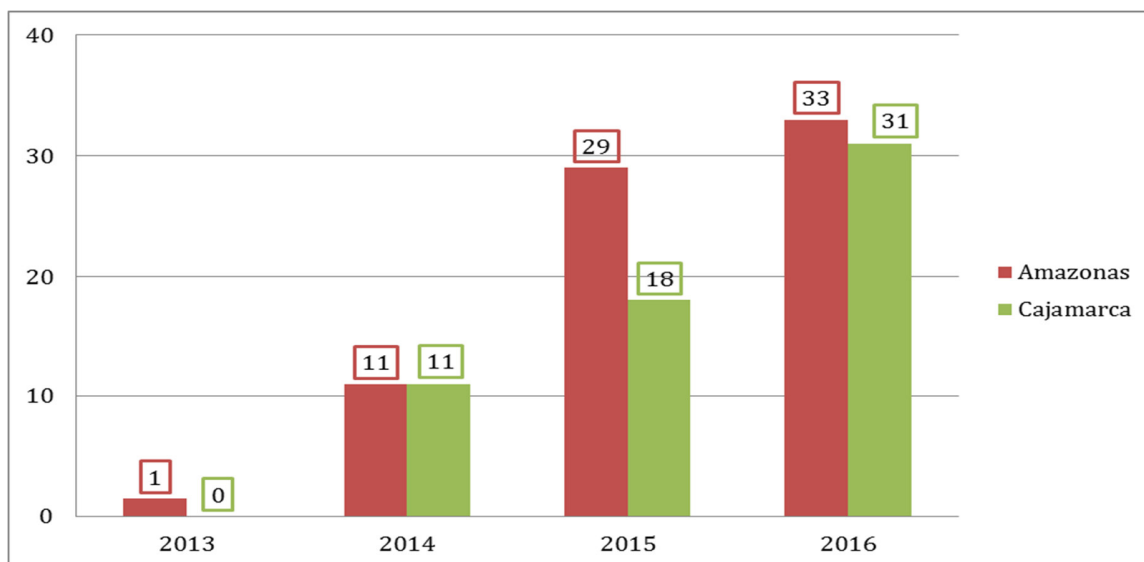


Figure 6 Proporción de Parto Institucional de gestantes procedentes del área rural (ENDES)

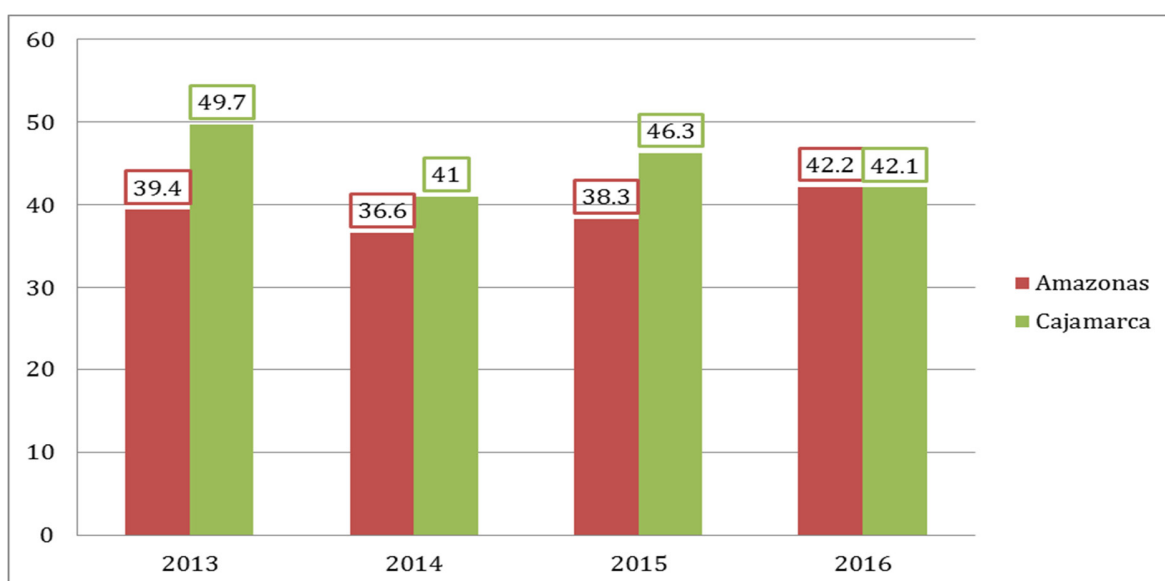
La cobertura de mujeres afiliadas al SIS de los distritos de mayor pobreza (quintil 1 y 2) que recibieron al menos 4 atenciones prenatales en el primer trimestre con exámenes complementarios y suplementación de hierro y ácido fólico (Data SIS)

Se observa una mejora significativa en el registro de la atención mínima completa que debería recibir cada gestante.



% de mujer con pareja que usan un método moderno de planificación familiar (ENDES)

Permitió profundizar el análisis de los cuellos de botella en la cadena de valor y un mayor involucramiento. Como resultado, se definió un indicador nuevo para la segunda adenda (2018): “Proporción de Mujeres en Edad Fértil afiliadas al SIS procedentes de quintil 1 y 2 que demandan servicios de PPF según normatividad MINSA reciben insumos completos de métodos modernos de planificación familiar durante los 12 meses previos.”



Resumen Indicadores cobertura CAP PPSMN:

Proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional que tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje VIH y tamizaje sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.				
Región	Línea Base 2014	Nivel 1 2015	Nivel 2 2016	Nivel 3 2017
Amazonas	1,45	11	29	33
Cajamarca	0	11	18	31
Proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional en EESS FONB y FONE.				
Región	Línea Base 2014	Nivel 1 2015	Nivel 2 2016	Nivel 3 2017
Amazonas	53,14	49	62,5	55,8
Cajamarca	56,14	58	67,5	65,9
Proporción de mujeres en edad reproductiva afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con consejería en planificación familiar				
Región	Línea Base 2014	Nivel 1 2015	Nivel 2 2016	Nivel 3 2017
Amazonas	30	39,6	50	50
Cajamarca	45	42	57	57
Proporción de mujeres en unión procedentes de los quintiles 1 y 2 que usan algún método moderno de planificación familiar.				
Región	Línea Base 2014	Nivel 1 2015	Nivel 2 2016	Nivel 3 2017
Amazonas	39,4	36,6	38,3	42,2
Cajamarca	49,7	41	46,3	42,1

Los 3 primeros indicadores están basados en información administrativa de los bancos de datos del SIS, mientras el último se mide con información de ENDES.

3. Transferencias financieras

El monto previsto para los 2 Convenios entre los años 2014 al 2016 era de 22 985 000 soles. El monto transferido a finales de 2017 es de 20 0055 soles, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Table 3Fuente: Informes de verificación de cumplimiento de metas y compromisos de gestión.
<https://www.mef.gob.pe/es/convenios-de-apoyo-presupuestario>

Entidades	2014	2015	2016	2017	Total
Gobierno Regional de Amazonas	1,8	3,85	2,82	2,014	10,484
Gobierno Regional de Cajamarca	1,8	2,73	2,645	2,3465	9,5215
Total (Millones de Soles)	3,6	6,58	5,465	4,3605	20,0055

Dado que los desembolsos difícilmente llegan al 100% porque se basan en metas ambiciosas, los fondos aún no transferidos siguen siendo orientados al PPSMN en las mismas regiones vía adendas.

A la fecha según la adenda II hay los siguientes montos a distribuir en cada región:

Total:	1,7 millón de soles
Tramo Fijo Compromisos de gestión	510 000 soles
Tramo Variable Indicadores de Cobertura	1 190 000 soles

4. Perspectivas

La experiencia deja un conjunto de oportunidades:

- Utilizar los aprendizajes de la experiencia para enriquecer las herramientas de incentivos. Por ende, la CTB financia una consultoría para una propuesta para la elaboración de una propuesta de ordenamiento y alineamiento del Sistema de Incentivos orientados a uno de los resultados priorizados por el Gobierno para el sector salud.
- Incorporar herramientas para mejorar la calidad del gasto, tales como las reuniones interinstitucionales y la metodología de la investigación-acción para la elaboración de un sistema de mejora continua.
- Uso de datos en la toma de decisiones, basados en seguimiento de indicadores de productos claves e insumos críticos del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, tanto prestacional como de gestión, a partir de bases de datos administrativas. Se puede adoptar el uso de los indicadores CAP en la gestión del PPSMN.
- Promover el registro y seguimiento nominal de gestantes, lo cual se espera se institucionalice a través del sistema WaWared de MINSA.
- Promover nuevos espacios interinstitucionales para el Seguimiento Articulado de Programas Presupuestales

5. Productos de la sistematización

Este Ayuda Memoria viene acompañado por un Brochure que refleja la situación actual, además se recopiló la percepción de las UEs de Cajamarca del cambio más significativo por medio de mini-cuentos en audio, se elaboró un poster Internacional científico y se desarrolló dos videos: uno por la región Amazonas como resultado de la misión en 2016, y uno por la CTB durante la misión a Amazonas en 2017. Los productos están recopilados en el servidor del MEF y de la CTB.

D. Lecciones aprendidas y recomendaciones

Se formuló el siguiente eje de la sistematización con sus preguntas analíticas:

“¿Cuáles han sido los elementos clave que permitan el funcionamiento del CAP como incentivo para mejorar la gestión del PP?”

Elementos clave considerados en el:

-Contexto

-Diseño (normado)

-Implementación del proceso

1. ¿Cuáles han sido **los factores motivadores** del CAP para promover una mejora en la gestión del PPSMN?”

2. ¿Cuáles son **los pasos y herramientas** aplicadas cruciales de la experiencia CAP dentro el proceso de mejora que quiere incentivar?

3. ¿Qué **interacciones** entre los actores han sido indispensables para el buen desempeño del CAP?

Se responde a estas preguntas por medio de un cuadro que nos muestra en el contexto, el diseño y en la implementación, cuáles fueron los factores motivadores, los pasos y herramientas cruciales con sus interacciones en la experiencia del CAP PPSMN. A partir de la capitalización de esta experiencia, se formula además recomendaciones a partir de las lecciones aprendidas

	Factores Motivadores	Pasos y Herramientas	Interacciones	Recomendaciones a partir de las lecciones aprendidas
Contexto	-Política AUS -Experiencia EUROPAN	-Presupuesto por Resultados -Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal	-Estado Peruano	
	-Interés Cooperación Belga a apoyar la política AUS.	- Programa Indicativo de Cooperación Bilateral 2010-2013	-Reino de Bélgica y Republica de Perú	
Diseño		-Marco Normativo Convenio de Apoyo Presupuestario		
	-Asegurar una mejora en el cierre de brechas en el acceso a servicios de salud materno neonatal con calidad para población vulnerable	-Elaboración del Sustento	MEF-DGPP-Temático, MINSA-Cooperación, APCI, SIS, Cooperación Belga al desarrollo	
	-Integración de MINSA-DSSR como responsable del PP SMN	-Reunión de Revisión y Validación de los compromisos e indicadores	MEF-DGPP-Temático, SIS, MINSA- DSSR, Cooperación Belga al desarrollo	

Implementación	-Medir cobertura en la población más vulnerable, con la intención de cerrar las brechas existentes	La definición de los indicadores de cobertura y sus metas	MEF-DGPP-Temático, SIS, MINSA- DSARE, SUSALUD	-Aunque la idea es usar los indicadores del programa presupuestal, se observó aquí que los CAP brindan un espacio con mayor flexibilidad que el PP mismo para la búsqueda hacia la información específica (población vulnerable en distritos calificados pobres). -Esta información complementaria al PPSMN sirve para la toma de decisión del DSARE-MINSA
	-Una oportunidad para atacar nudos críticos y proponer los cambios a desarrollar -Los compromisos de gestión no van más allá de criterios mínimos cruciales para asegurar una buena gestión pública - Un sistema de gestión operativa y transparente que produce los datos para la toma de decisiones	La formulación anualmente de la propuesta de los compromisos de gestión: -Una revisión por parte del equipo DGPP de la situación a la fecha basado en datos administrativas (cada persona tiene su especialidad a seguir)	MEF-DGPP-Temático, Coordinadores PpR	- Prever suficiente tiempo y espacio para la reflexión de los compromisos a proponer dado su importancia en la herramienta CAP. Si necesario involucrar a otras instituciones y usar la retroalimentación por parte de las regiones. --Analizar el no cumplimiento y formular estrategias en conjunto para asegurar un mejor desempeño en el siguiente nivel -Formulación de formas de medición útil para la gestión en relación con la cadena de valor.
	-La posibilidad de poner metas que promueven una mejora significativa, pero que a su vez son alcanzables -La explicación de la razón atrás el compromiso de gestión, aclarando porque es un paso crucial en la cadena de valor	Anualmente negociación de la definición de los compromisos de gestión del nivel 0,1,2,3 y 4	MEF-DGPP-Temático, SIS, MINSA- DSSR, GORE Amazonas, GORE Cajamarca, Coordinadores PpR, SUSALUD	-Comunicar con suficiente tiempo previo, los compromisos a negociar y cómo se evaluará para que todos los actores cuentan con tiempo de prepararse para una negociación correcta. -- Aprovechar el espacio para compartir información proviniendo del “Comité de Seguimiento”, pero asegurar suficiente tiempo para la negociación -Apuntar los comentarios de las regiones para su seguimiento en el Comité de Seguimiento y la

	<p>-La justificación basada en datos y la negociación transparente</p> <p>-La invitación de representantes de todas las áreas involucrados y unidades ejecutoras</p> <p>-La participación de las instituciones vinculadas con el PPSMN para un intercambio de información en ambas direcciones</p>			<p>canalización a los espacios con poder de toma de decisión = Crear una plataforma</p>
	<p>-Contar con una descripción detallada de la forma de evaluación ayuda a evitar mal entendimientos</p>	<p>La elaboración del “Instructivo para la verificación del cumplimiento de compromisos”, lo cual describe la razón por lo cual el criterio es un criterio mínimo de gestión, la forma de evaluación y los pasos a hacer por la región</p>	<p>MEF-DGPP-Temático, Coordinadores PpR canaliza las observaciones de la región</p>	<p>-La flexibilidad para realizar adaptaciones según opinión de las regiones</p> <p>-Establecer una fecha en lo cual se cierra la fase de adaptaciones para establecer sobre qué se evaluará</p>
		<p>Socialización de las conclusiones del taller con las Unidades Ejecutoras + Retroalimentación sobre el cumplimiento del nivel anterior</p>	<p>DIRESA con UEs, coordinadores PpR, en ocasiones participación de asistente MyE SISFIN o de equipo técnico MEF-DGPP-Temático</p>	<p>-Durante visitas a las UE a veces salen observaciones o comentarios similares a lo ya discutido en el taller a nivel Nacional, demostrando que el flujo de información no está todavía 100% cerrado</p> <p>-Retroalimentación hacia las Unidades Ejecutoras basada en los resultados es crucial para la motivación</p>

<p>-Espacio de toma de decisiones donde se ordena la información y se define qué acciones a tomar para el cumplimiento de los compromisos</p> <p>-Transparenta también el desempeño de cada UE en la región. Mencionada a veces como un factor motivador.</p>	<p>Reuniones Regionales de seguimiento con todas las áreas de las UEs</p> <p>- ¿Se observó mayormente en Cajamarca, ocurre también en Amazonas? ¿Fuentes?</p>	<p>DIRESA con UEs, coordinadores PpR, en ocasiones participación de asistente MyE SISFIN o de equipo técnico MEF-DGPP-Temático</p>	<p>-A veces llegan a otras conclusiones que no concuerdan con la evaluación a nivel Nacional, sirve para ver dónde hay diferencias en la generación e interpretación de datos</p>
<p>-Auto-evaluación por parte de la región motiva hacia el trabajo en conjunto</p> <p>-Aclara dónde la información no coincide con la evaluación ppd MEF</p>	<p>Elaboración del informe de cumplimiento de compromisos de gestión por parte de la región</p>	<p>Coordinador Convenios DIRESA en base a información enviado por UEs</p>	<p>-Se plantea la pregunta sobre el uso de estos informes a nivel Nacional? ¿Recopilación de la retroalimentación descrita en este medio? ¿Posible uso en Comité de Seguimiento...?</p>
<p>-Informe claramente sobre el cumplimiento a nivel UE dando pautas a la región dónde están sus fortalezas y debilidades, igual facilita para la subsanación.</p>	<p>Informe de verificación del cumplimiento de compromisos: Por cada evaluación (febrero y subsanación en septiembre) se elabora un informe, lo cual explica el desempeño de la región.</p>	<p>MEF-DGPP-Temático, Coordinadores PpR, Responsable Convenios de la región</p>	
<p>-Brinda información complementaria a la información brindada por los indicadores del PPSMN para la toma de decisiones sobre la entrega de los servicios a población</p>	<p>Informe de seguimiento de los indicadores</p>	<p>MEF-DGPP-Temático, SIS-GREP</p>	<p>-Algunos indicadores innovadores del CAP con datos SIS solamente se analiza a nivel Nacional, por lo cual las regiones “todavía” no cuentan con un seguimiento desagregado.</p>

	vulnerable en distritos pobres			
	-Fondos adicionales para un fin bien delineado sin específica de gasto detallado	Transferencias financieras	MEF-Unidades Ejecutoras Regiones	- Concordar y comunicar de forma clara las condiciones sobre el uso de los fondos adicionales
	-Espacio a nivel Nacional para el intercambio de información, discusión y consolidación entre las instituciones vinculadas con el desempeño del CAP PPSMN	Reuniones mensuales del "Comité de Seguimiento" = Mesa de trabajo	MEF-DGPP-Temático, SIS, MINSA- DSARE, SUSALUD, CTB-SISFIN Con participación puntual de SISTEC, Cooperación Belga al desarrollo, CENARES	-Flujo de información entre las regiones y el Comité de Seguimiento pudiera haber sido más explícita: Aparte de copiar los coordinadores PpR en la ayuda memoria
	-Contar con un fondo adicional para la realización de estudios complementarios motivan a la acción después la reflexión	Actividades complementarias por el programa de cooperación	CTB-SISFIN, Comité de Seguimiento	-Debiera haberse implementado desde el segundo año, retrasos se puede evitar con estudios más específicos en lugar de una gran investigación

1. *“¿Cuáles han sido los factores motivadores del CAP para promover una mejora en la gestión del PPSMN?”*

El simple hecho de **transparentar la situación por medio de datos y socializarla** funciona como factor motivador hacia el cambio: Nadie quiere quedarse atrás. Además, es importante acordar **metas consensuadas** los cuales deberían ser posibles de cumplir, pero también importa para la región que muestra el esfuerzo para proveer los servicios a la población. Tener claridad sobre las formas de **rendir cuentas** (entre diferentes niveles, visitas, instructivo, momentos claros) y sentirse acompañado también motiva la buena gestión. Además, se notó que el CAP PPSMN promueve **una mayor comprensión de los procesos**: su necesidad y la utilidad. Por lo cual hubo un mayor entendimiento de las responsabilidades de cada uno para que “la cadena de valor” funcione y se logre cumplir con el objetivo. Este objetivo, o “**fin común**” para cumplir con los derechos de la población, cumplir indicadores y recibir fondos adicionales promovió un trabajo grupal y un mejor alineamiento.

2. *“¿Cuáles son los pasos y herramientas aplicadas cruciales de la experiencia CAP dentro el proceso de mejora que quiere incentivar?”*

- **Sistemas informativos** que permitan el uso de registros administrativos para la evaluación ayudan a disminuir el sesgo (ver anexo X).

- **Definición de indicadores y compromisos de gestión**, lo cual es el resultado de un proceso articulado y un análisis de los avances en los criterios mínimos de gestión (ver capítulo B2 y B3).

- **Momentos claros de negociación con enfoque de empoderamiento**, se refiere a un espacio donde existe la flexibilidad de la negociación siempre basado en la información y donde los actores han tenido suficiente claridad y tiempo para la preparación. El empoderamiento existe en mostrar que con datos se puede justificar ciertas decisiones.

- **Acompañamiento**, que ayuda a “cumplir la meta” por coordinadores PpR, Comité de Seguimiento, CTB, ... promoviendo claridad, buena comunicación, un empuje extra siempre buscando el valor agregado.

- **Articulación intra- e interinstitucional**: La creación de espacios de retroalimentación entre niveles y entre instituciones es fundamental en esta mejora continua. No unidireccional, pero una pregunta-respuesta-seguimiento continuo.

3. *“¿Qué interacciones entre los actores han sido indispensables para el buen desempeño del CAP?”*

Se firmó los convenios entre MEF, SIS y Gobierno Regional, especificando que las instituciones responsables de la ejecución por la parte peruana son: ii) El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), responsable de la ejecución del apoyo presupuestal y, iii) el Seguro Integral de Salud (SIS), encargado de la supervisión, seguimiento y monitoreo del apoyo presupuestal. Este último ha asumido retos de construir nuevos indicadores y ha brindado la información nominal sobre la

cobertura alcanzada para sus afiliados. No obstante, se observó que no ha sido de todo claro para los UDR de las regiones como supervisar el presupuesto adicional destinado a sus asegurados. Esto porque las UDR operan con un esquema para las supervisiones detalladas por el nivel central y las indicaciones en esta ocasión no han sido tan específicas. La ejecución por parte de MEF por la misma construcción del CAP constituye en proponer los compromisos y evaluarlos, por lo cual su posición en esta experiencia ha sido de líder, involucrando cada vez más al sector DSARE-MINSA que en el inicio estaba menos vinculado y que contó con un mayor número de cambios en la gestión.

En las regiones, el rol de los coordinadores PpR ha sido clave en el acompañamiento, vinculándose también con los coordinadores de los convenios de las regiones y los coordinadores PPSMN. Si bien es cierto que la DIRESA hace anualmente el esfuerzo de recopilar la información y de escribir un informe de auto-evaluación, se nota particularmente en Cajamarca una mayor apropiación del rol de dirección regional comparado con el inicio de la experiencia. Aunque también se notó que ambas DIRESAs también son UEs, lo cual dificulta a veces distinguir bien cuando se trata de su rol como gestor regional y como unidad administrativa para sus EESS. Dado que el CAP PPSMN evalúa la región como una, se nota un cambio hacia la identificación con la región. Sin embargo, se podría avanzar todavía más en la colaboración e intercambio de competencias. El CAP PPSMN incide más a nivel UE, y esto también se nota en las EESS quienes tienen más una percepción general de cumplir con un tablero de indicadores, y quienes no manejan los fondos.

El **Comité de Seguimiento** a nivel Nacional con participación de la DSARE-MINSA, SIS, SUSALUD, organizado por MEF con un apoyo de la CTB, ha sido un espacio de interacción muy importante para el intercambio de información y la concertación con el objetivo de facilitar la implementación del PP SMN y a su vez abordar cuellos de botellas que el sector encuentra para poder mejorar la salud de las mujeres en edad fértil, con un enfoque especial a las poblaciones vulnerables. En un momento participaban la GREP y GNF (Gerencia de Negocios y Financiamiento) del **SIS** y se observó incluso un valor agregado en las coordinaciones por tener ambos juntos en la reunión. En el inicio SUSALUD no participó, pero se involucró a solicitud de la CTB a partir de 2015. La presencia de **SUSALUD** es fundamental dado que se abordan temas relacionados con la calidad de los servicios brindados en salud sexual y reproductiva, aparte de promover un uso de los instrumentos de las evaluaciones que favorece al sector. A partir de 2018, SUSALUD tiene la perspectiva de un trabajo alineado focalizado en riesgos operacionales en flujos de procesos alrededor de prioridades como la SMN. Sería entonces importante buscar la complementariedad y el trabajo alineado. Se prevé reunirse con el Comité de Seguimiento hasta finales del 2018, por la ejecución de la segunda adenda del CAP PPSMN, pero se recomienda crear espacios interinstitucionales para el seguimiento de los programas presupuestales y sus CAP. Se observó un mayor intercambio de información con la MCLCP y un involucramiento de las instituciones del Comité de Seguimiento en los encuentros nacionales de la **DSARE-MINSA**, quien podría promover la continuidad de esta mesa de trabajo.

Conclusión

La experiencia del CAP PPSMN muestra claramente **un valor agregado**. En primer lugar, en el seguimiento de los procesos administrativos y un aporte a la transparencia en la gestión pública. Impulsó un proceso de Mejora Continua que bien podría ser institucionalizado en un sistema de seguimiento a nivel regional y nacional con flujos de información entre diferentes actores. Se empoderó a las regiones: mayor comprensión del programa presupuestal, un impulso hacia la acción y negociación basado en información. También resultó en un mayor ordenamiento de los procesos y claridad sobre las responsabilidades de cada uno en la cadena de valor. El CAP PPSMN promovió la articulación entre áreas e instituciones y el diálogo político en el sector, visto que para poder cumplir con los compromisos propuestos indirectamente se dependía también de factores fuera del círculo de influencia, que antes quedaban invisibles. Por último, pero no menos importante el CAP PPSMN ayudó a cerrar brechas en EESS de distritos de mayor pobreza y así aumentar la cobertura de servicios entregados a la población más vulnerable.

Mirando hacia atrás observamos también **algunos puntos a tomar en cuenta** para futuros experiencias. Aclarar el uso de los fondos adicionales con un mayor acompañamiento en el flujo de toma de decisiones. Se prevé conversar con el área territorial sobre la asistencia técnica en relación con la incorporación del presupuesto adicional. También es necesario continuar con la reflexión sobre los roles de cada entidad como por ejemplo el rol de la UDR SIS, de la DIRESA, el DSARE-MINSA y SUSALUD en el proceso de mejora continua. Se observó que ha sido más difícil durante la experiencia formular compromisos de gestión que están bajo la responsabilidad de la región en relación con la organización para la entrega del servicio. Sin embargo, existe el consenso que la organización es fundamental como proceso de gestión, por lo cual se recomienda seguir buscando la formulación de los criterios mínimos de organización. Otro aspecto a asegurar es la oportunidad del dato para la toma de decisión. Si bien es cierto ha mejorado, falta todavía instalar más capacidad regional para el análisis y el uso de datos en la toma de decisión. Las regiones con CAP cuentan con Cognos Powerplay para la elaboración de cubos, pero igual así con los cambios de personal las capacitaciones parecen a veces en vano. Por ende, se reflexionó sobre la necesidad de un manual de la operación del dato SIS. De igual forma es importante compartir los datos de nuevos indicadores con las regiones para promover el seguimiento y el uso del dato. Otra observación son los flujos de retroalimentación, sobre todo en relación con nudos críticos encontrados fuera del círculo de la influencia. El CAP PPSMN promovió una mayor articulación y creación de espacios, pero falta explicitar más este ida y vuelta de observación y respuesta.

En general podemos concluir que los siguientes elementos claves en el proceso han sido fundamental para que el CAP funcione como incentivo para el cambio hacía la mejora:

El CAP promueve:	Para llegar a:
El registro y uso de la información administrativa, para transparentar la situación con datos	Facilitar la toma de decisiones fundamentadas en momentos oportunos
Explicitar los pasos en el ciclo presupuestal y en la cadena de valor, con un acompañamiento técnico	Una mejora en la calidad del gasto.
La articulación entre diferentes instituciones, niveles de gobierno y actores por la creación de espacios de intercambio de información y concertación	Un involucramiento intra- e inter institucional y una retroalimentación territorial efectiva
La negociación entre actores basada en la información	Un empoderamiento

Además, el apoyo con estudios puntuales buscando un valor agregado financiado por la cooperación da un extra empuje al diálogo político y a documentar el proceso de cambio.

Concluimos con la reflexión de que herramientas e incentivos para la mejora continua son necesarios en todas las fases y ámbitos de una gestión. El CAP PPSMN sirvió como incentivo y se puede trasladar sus fundamentos y lecciones aprendidas a otras experiencias en el futuro. Además, elaboró formas de medición útiles para la gestión del PPSMN, las que podrían ser adoptados por el programa presupuestal y por ende, implementado a nivel Nacional.

Anexo 1

1	PROCESO 1: PROGRAMACION OPERATIVA					
1.1	Sub Proceso Crítico 1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura de los Productos del Programa Presupuestal.					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4 ¹⁵
1.1.1	Proporción de gestantes registrados en el Padrón de Beneficiarios del Programa Salud Materno Neonatal.		La región cuenta con un padrón nominado distrital de gestantes, no menos del 70% están afiliadas/inscritas al SIS	La región cuenta con un padrón nominado distrital de gestantes, actualizado y autenticado, no menos del 80% están afiliadas al SIS y de estas no menos del 70% se afilian al SIS en el primer trimestre del embarazo.	La región cuenta con un padrón nominado distrital de gestantes, actualizado y autenticado, no menos del 85% están afiliadas al SIS, y no menos del 85% se afilian al SIS en el primer trimestre del embarazo.	La región implementa el sistema wawared en X N° IPRESS que tienen CNV sin considerar a los hospitales, y cuentan con un padrón nominal de gestantes, actualizado y autenticado. En no menos de Y% de IPRESS evaluadas, el número de gestantes que tuvieron parto en el periodo enero al 15 de febrero de 2018, fueron registradas en al menos 70% en el padrón de gestantes, actualizado al mes de febrero y en Z% de IPRESS no menos de 70% de las gestantes del padrón afiliadas al SIS han recibido su primer control durante el primer trimestre. (Amazonas X=10, Y=90%, Z=80%. Cajamarca: X=11, Y=70%, Z=80%)
	Amazonas		La región mantiene su nivel de cumplimiento, se cuenta con un Padrón Nominado de Gestantes, de las cuales el 90.1 % están afiliadas al SIS.	La Región cuenta con un Padrón Nominado Distrital de Gestantes, de las cuales el 96% están afiliadas al SIS y el 97% se afilian en el primer trimestre de embarazo.	La región cuenta con un Padrón nominal distrital de gestantes, de las cuales el 90.4% están afiliadas al SIS y el 97% se afilian en el primer trimestre de embarazo.	
	Cajamarca		La región mantiene su nivel de cumplimiento, se cuenta con un Padrón Nominado de Gestantes, de las cuales el 87.2% están afiliadas al SIS.	La Región cuenta con un Padrón Nominado Distrital de Gestantes, de las cuales el 96% están afiliadas al SIS y el 87% se afilian en el primer trimestre de embarazo.	La región cuenta con un Padrón nominal distrital de gestantes, de las cuales el 94.6% están afiliadas al SIS y el 95.3% se afilian en el primer trimestre de embarazo.	

¹⁵ A evaluar todavía

	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
1.1.2	Proporción de niños menores de 1 año de edad registrados en el padrón nominado y proporción de niños registrados antes de cumplir 30 días de edad.	No menos del 14% de niños menores de 5 años registrados en el padrón son menores de 1 año de edad. No menos del 50% de niños menores de 1 año de edad han sido registrados en el padrón nominado antes de los 30 días de edad	No menos del 16% de niños menores de 5 años registrados en el padrón son menores de 1 año de edad. No menos del 50% de niños menores de 1 año de edad han sido registrados en el padrón nominado antes de los 30 días de edad	No menos del 16% de niños menores de 5 años registrados en el padrón son menores de 1 año de edad. No menos del 55% de niños menores de 1 año de edad han sido registrados en el padrón nominado antes de los 30 días de edad.	No menos del 18% de niños menores de 5 años registrados en el padrón son menores de 1 año de edad. No menos del 70% de niños menores de 1 año de edad han sido registrados en el padrón nominado antes de los 30 días de edad.	
	Amazonas	Del total de niños menores de 5 años registrados en el Padrón nominado, el 15,47% son menores de 1 año, de estos sólo el 27,11% han sido registrados en el padrón nominado antes de los 30 días de edad (meta no cumplida).	Del total de niños/as menores de 5 años registrados en el Padrón Nominado, el 16.9% son menores de un año de edad, de ellos el 51.2% han sido registrados antes de los 30 días de edad en dicho Padrón.	Del total de niños/as menores de 5 años registrados en el Padrón Nominado, el 17% son menores de un año de edad, de ellos el 76% han sido registrados antes de los 30 días de edad en dicho Padrón.	Del total de niños/as menores de 5 años registrados en el Padrón nominal, el 18% son menores de un año de edad, de ellos el 76% han sido registrados antes de los 30 días de edad.	
	Cajamarca	Del total de niños menores de 5 años registrados en el Padrón nominado, el 17,47% son menores de 1 año, de estos sólo el 42,08% han sido registrados en el padrón nominado antes de los 30 días de edad (meta no cumplida).	Del total de niños/as menores de 5 años registrados en el Padrón Nominado, el 18.21% son menores de un año de edad, de ellos el 67.5% han sido registrados antes de los 30 días de edad.	Del total de niños/as menores de 5 años registrados en el Padrón Nominado, el 18% son menores de un año de edad, de ellos el 89% han sido registrados antes de los 30 días de edad en dicho Padrón.	Del total de niños/as menores de 5 años registrados en el Padrón Nominal, el 18% son menores de un año de edad, de ellos el 90% han sido registrados antes de los 30 días de edad.	

	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
1.1.3	Proporción de niños/as menores con Certificado de Nacido Vivo electrónico y DNI afiliados al SIS antes de cumplir los 30 días de edad		No menos del 50% de niños que nacen en un establecimiento de salud estratégico cuenta con CNV electrónico, de ellos no menos del 50% obtienen su DNI y se afilian al SIS antes de los 30 días de edad.	No menos del 70% de niños que nacen en un establecimiento de salud estratégico cuenta con CNV electrónico, de ellos no menos del 60% adquieren su DNI y se afilian al SIS antes de los 30 días de edad.	No menos del 85% de niños que nacen una IPRESS con ORA- RENIEC que atiende parto y cuentan con DNI y de ellos no menos del 80% se afilian al SIS antes de los 30 días de edad.	No menos del X% de niños que nacen en IPRESS con ORA- RENIEC que atienden partos, cuentan con DNI antes de los 30 días y de ellos no menos del X% se afilian al SIS antes de los 30 días de edad. (Amazonas: X=98%, Cajamarca: X=97%)
	Amazonas		El 97.2% de niños/as que nacen en un establecimiento de salud estratégico cuenta con CNV electrónico, de ellos el 83.4% obtuvieron su DNI antes de los 30 días y el 78.7% se afiliaron al SIS con DNI en el mismo periodo.	En la Región, el 87.3% de niños/as que nacieron en un establecimiento estratégico obtuvieron su CNV electrónico. De ellos el 81% adquieren su DNI y se afilian al SIS antes de los 30 días de edad.	En la región, el 96.4% de niños/as que nacieron en un establecimiento estratégico con ORA obtuvieron su DNI. De ellos el 99% se afilian al SIS antes de los 30 días de edad.	Por evaluar
	Cajamarca		El 96.6% de niños/as que nacen en un establecimiento de salud estratégico cuenta con CNV electrónico, de ellos el 72.6% obtuvieron su DNI antes de los 30 días y el 55.7% se afiliaron al SIS con DNI en el mismo periodo.	En la región, el 86,9% de niños/as que nacieron en un establecimiento estratégico obtuvieron su CNV electrónico. De ellos el 75,9% adquieren su DNI y se afilian al SIS antes de los 30 días de edad.	En la región de Cajamarca, el 95.9% de niños/as que nacieron en un establecimiento estratégico con ORA obtuvieron su DNI. De ellos el 99.3% se afiliaron al SIS antes de los 30 días de edad.	Por evaluar

1.2	Sub Proceso Crítico 2: Formulación del Proyecto de Presupuesto Anual y Multianual para financiar los Productos del Programa Presupuestal.					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
1.2.1	Programación presupuestal para la adquisición de insumos críticos vinculados con la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención del Parto Normal en los establecimientos de salud del quintil 1 y 2.	El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal para la adquisición de al menos el 75% de insumos críticos para la entrega de los productos Atención prenatal reenfocada y la Atención de parto . La programación de insumos debe estar contemplados en el Plan Anual de Obtenciones actualizado (Incluye pedidos no programados) del SIGA.	El Gobierno regional cuenta con programación presupuestal para la adquisición de no menos el 80% de insumos críticos para la entrega de los productos de APN y Parto. La programación de insumos se registra en el PAO actualizado (Incluye pedidos no programados) del SIGA.	El Gobierno Regional y UE cuentan con programación presupuestal para la adquisición de al menos el 80% de insumos críticos para la entrega de los productos de APN, Parto y Atención del Recién Nacido . La programación de insumos se registra en el PAO Actualizado (Incluye pedidos no programados) del SIGA.	El Gobierno regional a través de sus Unidades Ejecutoras cuenta con programación presupuestal para la adquisición del 100% de insumos críticos para la entrega de los productos de Atención del parto normal, Atención del Recién Nacido, Atención Pre Natal Reenfocada y Planificación familiar en todas las IPRESS de los quintiles 1 y 2 . La programación de insumos se registra en el PAO actualizado del SIGA para su posterior adquisición.	
	Amazonas	El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal certificada para la adquisición del 91% de los insumos críticos de Productos Atención prenatal reenfocada y Atención de Parto normal, verificados en el SIGA.	El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal certificada para la adquisición del 100% de los insumos críticos de Productos Atención prenatal reenfocada y Atención de Parto normal, verificados en el SIGA.	El Gobierno Regional de Amazonas cuenta con programación presupuestal certificada para la adquisición del 100% de los productos priorizados, verificados en el SIGA.	El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal certificada para la adquisición del 100% de los insumos priorizados del PP Salud Materno Neonatal y cuenta con el 100% de compromiso mensual para cada uno de ellos según estándar.	
	Cajamarca	El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal certificada para la adquisición del 75% de los insumos críticos de Productos Atención prenatal reenfocada y Atención de Parto normal, verificados en el SIGA.	El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal certificada para la adquisición del 91% de los insumos críticos de Productos Atención prenatal reenfocada y Atención de Parto normal, verificados en el SIGA.	El Gobierno Regional mantiene una adecuada programación presupuestal certificada para la adquisición del 100% de los productos priorizados, verificados en el SIGA.	El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal certificada para la adquisición del 100% de los insumos priorizados del PP Salud Materno Neonatal y cuenta con el 100% de compromiso mensual para cada uno de los insumos priorizados según estándar.	

1.3	Sub Proceso Crítico 3: Capacidad disponible en los puntos de atención para proveer los Productos del Programa Presupuestal.					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
1.3.1	Establecimientos de salud de los quintiles 1 y 2 cuyo personal registra atenciones en el HIS o SIS están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el Módulo de Gestión de Recursos Humanos y SIGA.	El 80% del personal que registra atenciones en HIS están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el MGRH y SIGA.	El 80% del personal que registra atenciones en HIS están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el MCP y AIRHSP.	El 80% del personal que registra atenciones en HIS, debidamente identificado, a nivel regional, están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el AIRSHIPS-MEF.	El 80% del personal que registra atenciones en HIS, debidamente identificado a nivel regional, están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el AIRHSP – MEF y MCP.	
	Amazonas	El nivel de cumplimiento llega al 47% de conciliación del personal que registra atenciones en HIS respecto a la base de datos del SIAF, SIGA y el MGRH.	El 80.9% del personal que registra atenciones en HIS está conciliado entre las demás fuentes de verificación SIAF (MCP) y el MGRH (AIRHSP).	El 75% del personal de EESS que registra atenciones en HIS está conciliado entre las demás fuentes de verificación SIAF (MCP) y el MGRH (AIRSH).	El 76.2% del personal de EESS que brinda atenciones está registrado en el HIS y concilia con las demás fuentes de verificación SIAF (MCP) y el MGRH (AIRSH).	
	Cajamarca	El nivel de cumplimiento llega al 52.9% de conciliación del personal que registra atenciones en HIS respecto a la base de datos del SIAF, SIGA y el MGRH.	El 82% del personal que registra atenciones en HIS está conciliado entre las demás fuentes de verificación SIAF (MCP) y el MGRH (AIRHSP).	El 83% del personal de EESS que registra atenciones en HIS está conciliado entre las demás fuentes de verificación SIAF (MCP) y el MGRH (AIRSH).	El 64.6% del personal de EESS que brindan atenciones están registrados en el HIS y están conciliados con las fuentes de verificación SIAF (MCP) y el MGRH (AIRSH).	

2	PROCESO 2: SOPORTE LOGISTICO PARA LA ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS INSUMOS.					
2.1	Sub Proceso Crítico 1: Adquisición.					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
2.1.1	Las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM (SIAF) registradas en el PSMN, se corresponden con las específicas del cuadro de necesidades del PSMN, consignados en SIGA.		Las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM del SIAF se corresponden al menos en 90% con las específicas de bienes y servicios del cuadro de necesidades del SIGA a nivel del Programa Salud Materno Neonatal.	Las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM del SIAF se corresponden con las específicas del cuadro de necesidades del SIGA a nivel del Programa Salud Materno Neonatal.	Las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM del SIAF se corresponden al menos en 90% con las específicas del cuadro de necesidades del SIGA a nivel del Programa Salud Materno Neonatal (SMN), por toda fuente de financiamiento.	
	Amazonas		A nivel de la región, el 93% de las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM del SIAF se corresponden con las específicas de gasto del cuadro de necesidades del SIGA fase requerido 2015 para los productos del PP SMN.	El 94% de las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM del SIAF en RO se corresponden con las específicas de gasto del cuadro de necesidades del SIGA fase requerido 2016 para los productos del PP SMN, cifra menor a la meta establecida (100%).	El 93% de las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM SIAF se corresponden con las específicas de gasto del cuadro de necesidades del SIGA fase requerido, para los productos del PP Salud Materno Neonatal.	
	Cajamarca		A nivel de la región, el 84% de las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM del SIAF se corresponden con las específicas de gasto del cuadro de necesidades del SIGA fase requerido 2015 para los productos del PP SMN.	El 95% de las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM del SIAF en RO se corresponden con las específicas de gasto del cuadro de necesidades del SIGA fase requerido 2016 para los productos del PP SMN, cifra menor a la meta establecida (100%).	El 92% de las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM SIAF se corresponden con las específicas de gasto del cuadro de necesidades del SIGA fase requerido, para los productos del PP Salud Materno Neonatal.	

2.1.2	Los activos fijos priorizados relacionados PP Materno Neonatal, cuentan con especificaciones técnicas estandarizadas por el MINSA o la Región y su uso obligatorio en las adquisiciones está normado por el Gobierno Regional.		Los activos fijos priorizados relacionados al PSMN, cuentan con especificaciones técnicas estandarizadas por el MINSA o la Región y su uso obligatorio en las adquisiciones está normado por el Gobierno Regional.	Los activos fijos priorizados relacionados al PSMN, cuentan con especificaciones técnicas estandarizadas por el MINSA o la Región y su uso está normado y publicado por el Gobierno Regional.	Ya no se sigue con este compromiso.	
		Amazonas	La Región cuenta con especificaciones técnicas de acuerdo a la normativa MINSA para las adquisiciones de los activos fijos relacionados al PSMN y está normado por el Gobierno Regional	La Región cuenta con una Directiva sobre especificaciones técnicas para la adquisición de equipos relacionados al Programa Salud Materno Neonatal, en la misma se ha incorporado los códigos asociados al catálogo de bienes y servicios del MEF. Dicha normativa está publicada en la página Web.		
		Cajamarca	La Región cuenta con especificaciones técnicas de acuerdo a la normativa MINSA para las adquisiciones de los activos fijos relacionados al PSMN y está normado por el Gobierno Regional	La región cuenta con una Directiva sobre especificaciones técnicas para la adquisición de equipos relacionados al Programa Salud Materno Neonatal, en la misma se ha incorporado los códigos asociados al catálogo de bienes y servicios del MEF. Dicha normativa está publicada en la página Web.		

			100% de los procesos de selección general publicados en la página Web del SEACE, concilia con el PAC del SIGA. De ellos el 80% se convocan dentro del plazo previsto.	90% de los procesos de selección considerados PAC del SIGA están publicados en la página Web del SEACE. De ellos el 70% se convocan dentro del plazo previsto.	
	Amazonas		Sólo el 54% de procesos de selección publicados en la página Web del SEACE concilia con el PAC del SIGA, y de ellos el 7% de los procesos propuestos en el PAC del OSCE se convocaron oportunamente.	El 100% de procesos de selección publicados en el SEACE concilia con los procesos del PAC registrados en el SIGA, de ellos sólo el 26% han sido convocados dentro del plazo establecido.	
	Cajamarca		Sólo el 60% de procesos de selección publicados en la página Web del SEACE concilia con el PAC del SIGA, y de ellos el 16% de los procesos propuestos en el PAC del OSCE se convocaron oportunamente.	El 94% de procesos de selección publicados en el SEACE concilia con los procesos del PAC registrados en el SIGA, de ellos sólo el 26% han sido convocados dentro del plazo establecido.	
			El PIM (SIAF) del clasificador de suministros médicos , se compromete presupuestalmente en no menos del 30% según las órdenes de compra del SIGA.	El Presupuesto existente en el clasificador de SUMINISTROS MÉDICOS en el PIM (SIAF), cuenta con certificación presupuestal no menor de 60% tanto en el SIGA como en el SIAF, a nivel de los programas presupuestales por toda fuente de financiamiento.	
		Amazonas	El Gobierno Regional tiene comprometido el 70% del PIM existente en el clasificador de gasto 2.3.1.8 Suministro Médico, según las órdenes de compra del SIGA.	El compromiso mensual sólo alcanza el 32.9% en el SIAF como en el SIGA.	
	Cajamarca		El Gobierno Regional tiene comprometido el 70% del PIM existente en el clasificador de gasto 2.3.1.8 Suministro Médico, según las órdenes de compra del SIGA.	El compromiso mensual alcanza el 45.8% en el SIAF y 48% en el SIGA.	

			El 100% de las ordenes generadas en el SIGA han sido informados al proveedor y no menos del 90% de insumos se entregan en almacén en el plazo establecido según SIGA.	El 100% de las ordenes generadas en el SIGA han sido informados al proveedor y no menos del 70% de insumos se entregan en almacén en el plazo establecido según SIGA.	El X% de las ordenes generadas en el SIGA han sido informados al proveedor y no menos del Y% de insumos se entregan en almacén en el plazo establecido según SIGA. (Amazonas: X=90%, Y=80% Cajamarca: X= 90%, Y=65%)
	Amazonas		El 91.4% de las ordenes generadas en el SIGA se informaron oportunamente al proveedor.	Sólo el 89% de las órdenes de compra y servicios registrados en el SIGA que tienen expediente SIAF con estado "Aprobado", han sido informados al proveedor.	Por evaluar
	Cajamarca		Si bien el total de órdenes de compra se informaron oportunamente al proveedor, sólo el 29.7% de los insumos han sido entregados al almacén según los plazos establecidos según SIGA.	El 94% de las órdenes generadas en el SIGA fueron informadas oportunamente al proveedor.	Por evaluar

2.2	Sub Proceso Crítico 2: Almacén y Distribución.					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
2.2.1	Establecimientos Estratégicos de Salud cuentan con disponibilidad adecuada de insumos críticos y equipos según categoría y meta física que asegure la atención del control pre natal, atención del parto y la planificación familiar.	El 50% de los Establecimientos Estratégicos del Gobierno Regional cuentan con disponibilidad adecuada de al menos el 75% de equipos y 75% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el MINSA para la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención del Parto Normal.	El 55% de los Establecimientos de Salud con funciones obstétricas neonatales FON, y los EESS existentes en el quintil 1 y 2 cuentan con disponibilidad adecuada de al menos el 75% de equipos y 75% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el MINSA para la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención del Parto Normal.	El 70% de los Establecimientos del quintil 1 y 2 cuentan con disponibilidad adecuada de al menos el 75% de equipos y 75% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el MINSA para la entrega de los productos de Atención Prenatal Reenfocada, Atención del Parto Normal, Planificación familiar y Atención del RN.	El 85% de los Establecimientos estratégicos FON y el 90% del quintil 1 y 2 cuentan con disponibilidad adecuada de al menos el 80% de equipos y 80% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos para la entrega de los productos de Atención Prenatal Reenfocada, Atención del Parto Normal, Planificación familiar y Atención del RN.	El 90% de los Establecimientos estratégicos FON y el 90% del quintil 1 y 2 cuentan con disponibilidad adecuada de al menos el 90% de equipos y 90% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos para la entrega de los productos de Atención Prenatal Reenfocada, Atención del Parto normal y del RN normal.
	Amazonas	El 50% de establecimientos estratégicos disponen de al menos el 75% de equipos y 75% de medicamentos e insumos críticos para la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención de Parto Normal.	El 92.7% de establecimientos FON y de quintil 1 y 2, disponen de equipos e insumos críticos no menores al 75% para la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención de Parto Normal	El 99% de establecimientos FONB, FONE y de quintil 1 y 2, disponen de equipos e insumos críticos no menores al 75% para la entrega de los productos de Atención Prenatal Reenfocada, Atención del Parto Normal, Planificación familiar y Atención del RN.	El 100% de establecimientos FON y el 88.4% de establecimientos localizados en distritos de quintil 1 y 2 del GORE Amazonas, cuentan con equipos e insumos al 80% de disponibilidad respecto al estándar definido.	Por evaluar
	Cajamarca	El nivel de cumplimiento llega al 39% mejorando progresivamente la cifra de establecimientos estratégicos que disponen de equipos e insumos críticos para la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención de Parto Normal.	El 76.8% de establecimientos FON y de quintil 1 y 2, disponen de equipos e insumos críticos no menores al 75% para la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención de Parto Normal	El 97% de establecimientos FONB, FONE y de quintil 1 y 2, disponen de equipos e insumos críticos no menores al 75% para la entrega de los productos de Atención Prenatal Reenfocada, Atención del Parto Normal, Planificación familiar y Atención del RN.	El 83% de establecimientos FON y el 91.4% de establecimientos localizados en distritos de quintil 1 y 2 del GORE Cajamarca, cuentan con equipos e insumos al 80% de disponibilidad respecto al estándar definido.	Por evaluar

	Amazonas					El X% de las IPRESS a nivel regional, cuentan con disponibilidad adecuada del 90% de insumos modernos de planificación familiar según estándar definido por tipo de IPRESS para la entrega de productos relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva. (Amazonas: X=75%, Cajamarca: X=70%)
						Por evaluar
	Cajamarca					Por evaluar

	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
2.2.2	Establecimientos de Salud con disponibilidad de recursos humanos (días persona disponible/días persona requerido) para la atención a la población en los distritos del quintil 1 y 2, según meta física.	El 100% de establecimientos de salud registran la meta física para el producto Atención Prenatal Reenfocada y al menos el 70% de los establecimientos que atiende a población del quintil 1 y 2 disponen de recursos humanos (obstetra y/o Técnico de Enfermería).	El 100% de establecimientos de salud registran meta física para el producto Atención Prenatal Reenfocada y al menos el 75% de los establecimientos que atiende a población del quintil 1 y 2 disponen de recursos humanos (Obstetrix o Técnico de Enfermería).	No menos de 80% de establecimientos estratégicos tienen disponibilidad adecuada de personal para la atención de la gestante.	No menos de 80% de IPRESS FON tienen disponibilidad adecuada de personal para los productos: Atención de Parto y Atención del Recién Nacido .	No menos de X% de IPRESS FON tienen disponibilidad adecuada de personal para los productos: Atención de Parto y Atención del Recién Nacido. (Amazonas: X= 92%, Cajamarca: X= 95%)
	Amazonas	El nivel de cumplimiento llega al 67% de establecimientos con disponibilidad de recursos humanos (obstetra y/o Técnico de Enfermería) para las prestaciones de salud de la gestante.	El 100% de establecimientos de salud registran la meta física y el 76% de los establecimientos que atiende a población del quintil 1 y 2 disponen de recursos humanos (obstetra u otro personal de salud)	Sólo el 75% de establecimiento estratégico tienen disponibilidad adecuada de personal para la atención de la gestante (parto).	El 90.6% de establecimientos FON cuentan con disponibilidad personal para las atenciones de parto y del recién nacido.	Por evaluar
	Cajamarca	El total de establecimientos registran la meta física (meta cumplida), sin embargo el nivel de cumplimiento llega al 48% de disponibilidad de recursos humanos (obstetra y/o Técnico de Enfermería) para las prestaciones de salud de la gestante.	El 100% de establecimientos de salud registran la meta física y el 82% de los establecimientos que atiende a población del quintil 1 y 2 disponen de recursos humanos (obstetra u otro personal de salud).	El 86.4% de establecimiento estratégico tienen disponibilidad adecuada de personal para la atención de la gestante (parto).	El 94.9% de establecimientos FON cuentan con disponibilidad adecuada de personal para las atenciones de parto y del recién nacido.	Por evaluar

2.2.3	Proporción de establecimientos estratégicos que cuentan con saneamiento físico legal culminados.		No menos del 30% de establecimientos de salud estratégicos cuentan con saneamiento físico legal.	No menos del 50% de establecimientos de salud estratégicos cuentan con saneamiento físico legal.	No menos del 50 % de inmuebles de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud estratégicas cuentan con saneamiento físico legal incluyendo el código SINABIP y de ellos tienen el 70% de datos completos registrados en el SIGA – Patrimonio.	
	Amazonas		A nivel regional el 51% de establecimientos estratégicos cuentan con información de saneamiento físico legal en la fuente de verificación solicitada.	De 25 EESS estratégicos registrados en el SIGA, el 56% (14 EESS)) cumplen con el total de variables solicitadas	El 73% de inmuebles de los establecimientos de salud estratégicos cuentan con saneamiento físico legal, y de ellos el 100% cuenta con datos completos registrados en el SIGA – Patrimonio.	
	Cajamarca		A nivel regional el 50% de establecimientos estratégicos cuentan con información registrada en el SIGA sobre datos completos del saneamiento físico legal.	De 40 EESS estratégicos registrados en el SIGA, sólo el 15% (6) cuenta con datos completos de saneamiento físico registrado en el SIGA.	El 75 % de inmuebles de los establecimientos de salud estratégicos cuentan con saneamiento físico legal, y de ellos el 98% cuenta con datos completos registrados en el SIGA – Patrimonio.	

3	PROCESO 3: ORGANIZACIÓN PARA LA PRODUCCIÓN Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS.					
3.1	Sub proceso crítico 1: Organización para entregar el servicio al ciudadano					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
3.1.1	Establecimientos de Salud Estratégicos garantizan el acceso a menos de dos horas a la población más pobre para la atención del Parto y Cesárea.	La Región cuenta con una Matriz de acceso de la población de los quintiles 1 y 2 a Establecimientos Estratégicos a menos de dos horas para recibir las atenciones del Producto Parto Normal.	La Región cuenta con una matriz de acceso de la población de los quintiles 1 y 2 a establecimientos estratégicos actualizada para recibir las atenciones del Parto Normal y Cesárea.	No menos del 20% de los establecimientos estratégicos con mayor demanda de parto de la región cumplen con los estándares establecidos por la ENESA.	Ya no se sigue con este compromiso.	
	Amazonas	El Gobierno Regional no ha actualizado la información de la Matriz de acceso a la población con el total de variables establecidas y el orden de las mismas de acuerdo al instructivo.	La Región cuenta con una Matriz de acceso de la población de los quintiles 1 y 2 a Establecimientos Estratégicos para recibir las atenciones de parto normal y cesárea, con el total de variables solicitadas.	No se evaluó		
	Cajamarca	El Gobierno Regional cuenta con una Matriz de acceso de la población de los quintiles 1 y 2 a Establecimientos Estratégicos a menos de dos horas para recibir las atenciones del Producto Parto Normal	La Región cuenta con una Matriz de acceso de la población de los quintiles 1 y 2 a Establecimientos Estratégicos para recibir las atenciones de parto normal y cesárea, con el total de variables solicitadas.	No se evaluó		

3.1.1	La región implementa un plan de comunicación para la promoción de Planificación Familiar, Parto y Atención Prenatal Reenfocada				La elaboración de un "Plan de comunicación" para la promoción de Planificación Familiar, Parto y Atención Prenatal Reenfocada con las actividades incluidas en el Plan Operativo Anual.	
	Amazonas				La región cuenta con un Plan de comunicación para la promoción de Planificación familiar, Parto y Atención prenatal reenfocada, aprobado con resolución regional N° 0135-2017-Gobierno Regional de Amazonas/DRSA.	
	Cajamarca				La región cuenta con un Plan de comunicación para la promoción de Planificación familiar, Parto y Atención prenatal reenfocada, aprobado con Resolución Regional N°164-2017-GR.CAJ/DRS.	

3.2	Sub proceso crítico 2: Organización para producir los servicios					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
3.2.1	El Gobierno Regional ha normado documentos de gestión que establecen roles, responsabilidades, procedimientos y flujos para procesos vinculados directamente con la entrega de al menos los siguientes Productos: Atención prenatal reenfocada, Atención de parto normal y con complicaciones, Referencia y contrareferencia.		El Gobierno Regional cuenta con los documentos de gestión que establecen roles, responsabilidades, procedimientos y flujos para procesos vinculados directamente con la entrega de al menos los siguientes Productos: Atención prenatal reenfocada, Atención de parto normal y con complicaciones, Referencia y contrareferencia.	La Región cuenta con una Directiva para el seguimiento de indicadores trazadores (tanto de producción y cobertura) y supervisión del personal para un mejor desempeño.	Ya no se sigue con este compromiso.	
	Amazonas		El Gobierno Regional cuenta con los documentos de gestión solicitados para la entrega de los Productos: Atención prenatal reenfocada, Atención de parto normal y con complicaciones, Atenciones de Referencia y contrareferencia.	La Región cuenta con una Directiva generada para el seguimiento de indicadores priorizados del PP SMN, la misma que ha sido socializada mediante Acta adjunta		
	Cajamarca		El Gobierno Regional cuenta con los documentos de gestión solicitados para la entrega de los Productos: Atención prenatal reenfocada, Atención de parto normal y con complicaciones, Atenciones de Referencia y contrareferencia.	La Región cuenta con una Directiva para el seguimiento de indicadores priorizados del PP Salud Materno Neonatal y adicionalmente cuenta con una Directiva relacionadas al desempeño y conducta laboral. Ambas Directivas han sido socializadas en el presente año mediante Acta.		

						El GR elabora e implementa un Plan de Mejora para la entrega de productos del Programa Salud Materno Neonatal, basado en los procesos de mejora continua de las UEs de la región.
						Por evaluar
						Por evaluar

3.3	Sub proceso crítico 3: Articulación, Coordinación, Colaboración					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
3.3.1	El Gobierno Regional cuenta con Acuerdos/Convenios interinstitucionales vigentes con la finalidad de disponer y mantener actualizado y autenticado el Padrón Nominado de gestantes / Mujeres en edad fértil.		El Gobierno Regional cuenta con un Convenio vigente con JUNTOS a través del cual se facilita el intercambio de información de gestantes para mantener actualizado el padrón.	Ya no se sigue con este criterio.	Ya no se sigue con este criterio.	
	Amazonas		El Gobierno Regional cuenta con dos Convenios Regionales suscrito con el Programa JUNTOS (ámbito Condorcanqui y Bagua) para mejorar la efectividad de las intervenciones de identificación y afiliación al SIS del total de niños y gestantes de la región.			
	Cajamarca		El Gobierno Regional cuenta con un Convenio vigente con JUNTOS a través del cual se facilita el intercambio de información de las gestantes.			

4	PROCESO 4: SUPERVISIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN					
4.1	Sub proceso crítico 1: Análisis de datos					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
4.1.1	La Región dispone de una base de datos analítica actualizada para el análisis de los 4 indicadores de Productos priorizados; disponibilidad de insumos y gasto del Programa Presupuestal SMN		La Región, dispone de una base de datos analítica mediante la cual se puede construir los indicadores priorizados de Productos; insumos y gasto del Programa Presupuestal y es posible analizar al menos según las siguientes dimensiones según correspondan: i) Tiempo: Anual, semestral, trimestral, mensual; ii) Territorial: Departamento, provincia, distrito; iii) Categoría del Establecimiento de Salud; iv) Organización Sanitaria de los Establecimientos de Salud; v) Clasificador de gasto; vi) Cadena funcional e institucional; vii) Clasificador de insumos; viii) Clasificación de los costos; ix) Clasificación de pobreza de los distritos; x) Variables demográficas de los beneficiarios.	La Región, dispone de una base de datos analítica mediante la cual se puede construir los indicadores priorizados de Productos; insumos y gasto del Programa Presupuestal y es posible analizar al menos según las siguientes dimensiones según correspondan: i) Tiempo: Anual, semestral, trimestral, mensual; ii) Territorial: Departamento, provincia, distrito; iii) Categoría del Establecimiento de Salud; iv) Organización Sanitaria de los Establecimientos de Salud; v) Clasificador de gasto; vi) Cadena funcional e institucional; vii) Clasificador de insumos; viii) Clasificación de los costos; ix) Clasificación de pobreza de los distritos; x) Variables demográficas de los beneficiarios.	La Región dispone de una base de datos analítica actualizada mediante la cual se puede construir los indicadores priorizados de Productos, disponibilidad de insumos y gasto del Programa Presupuestal y es posible analizar al menos según las siguientes dimensiones según correspondan: i) Tiempo: Anual, semestral, trimestral, mensual; ii) Territorial: Departamento, provincia, distrito; iii) Categoría del Establecimiento de Salud; iv) Organización Sanitaria de los Establecimientos de Salud; v) Clasificador de gasto; vi) Cadena funcional e institucional; vii) Clasificador de insumos; viii) Clasificación de los costos; ix) Clasificación de pobreza de los distritos; x) Variables demográficas de los beneficiarios.	El Gobierno Regional procesa, publica y actualiza mensualmente el estado de avance de los indicadores priorizados y compromisos de gestión.
	Amazonas		La Región, dispone de bases de datos analíticas mediante la cual se puede construir los indicadores priorizados de Productos; insumos y gasto del Programa Presupuestal y es posible generar reportes con las variables solicitadas.	La Región cuenta con una de tres modelos de bases de datos analíticas requeridas; asimismo la información registrada en dicha base no está actualizada.	Las bases de datos analíticas remitidas no permiten generar reportes adecuados de cobertura de indicadores, disponibilidad de insumos/equipos y de seguimiento a la asignación y gasto de los recursos asignados.	Por evaluar

	Cajamarca		La Región, dispone de bases de datos analíticas mediante la cual se pueden construir los indicadores priorizados de Productos; insumos y gasto del Programa Presupuestal y es posible generar reportes con las variables solicitadas.	La Región, dispone de bases de datos analíticas del año 2016, actualizadas de manera trimestral, mediante la cual se pueden construir los indicadores priorizados de Productos del PP SMN, insumos priorizados y gasto del Programa Presupuestal; y es posible generar reportes con las variables solicitadas.	La Región, dispone de bases de datos analíticas actualizadas de manera trimestral, mediante la cual se pueden construir los indicadores priorizados de Productos del PP SMN, insumos críticos y gasto del Programa Presupuestal; y es posible generar reportes con las variables solicitadas	Por evaluar
4.2	Sub proceso crítico 2: Uso, Diseminación y Transparencia de la información					
	Criterios	Nivel 0 (subs)	Nivel 1 (subs)	Nivel 2 (subs)	Nivel 3 (Subs)	Nivel 4
4.2.1	El Gobierno Regional elabora reportes amigables para la diseminación de la información a nivel distrital y de Establecimientos de Salud: a) Indicadores de producto del PSMN, b) Indicadores de disponibilidad de los insumos críticos, c) Indicadores de gasto: asignación y ejecución del presupuesto		El Gobierno Regional elabora reportes amigables para la diseminación de la información a nivel distrital y de establecimientos de salud: a) Indicadores de producto del PSMN, b) Indicadores de disponibilidad de los insumos críticos, c) Indicadores de gasto: asignación y ejecución del presupuesto.	El Gobierno Regional elabora reportes amigables para la diseminación de la información a nivel distrital y de establecimientos de salud: a) Indicadores de producto del PSMN, b) Indicadores de disponibilidad de los insumos críticos, c) Indicadores de gasto: asignación y ejecución del presupuesto.	El Gobierno Regional elabora reportes amigables para la diseminación de la información a nivel distrital y de establecimientos de salud: a) Indicadores de producto del PSMN, b) Indicadores de disponibilidad de los insumos críticos, c) Indicadores de gasto: asignación y ejecución del presupuesto.	
	Amazonas		El Gobierno Regional dispone de reportes amigables para la diseminación de la información de gasto, indicadores de producto y de insumos con las variables solicitadas.	La Región dispone de reportes generados a partir de las bases de datos analíticas, las mismas no contienen el total de dimensiones establecidas y no están actualizadas a junio 2016.	Los reportes generados de las bases de datos analíticas no están actualizados y no tienen el total de dimensiones establecidas	
	Cajamarca		El Gobierno Regional dispone de reportes amigables para la diseminación de la información de gasto, indicadores de producto y de insumos con las variables solicitadas.	El Gobierno Regional mantiene actualizado los reportes amigables para la diseminación de la información de gasto, indicadores de Productos priorizados del PP SMN, y de insumos con las variables solicitadas. Los reportes se encuentran disponibles en la página web oficial.	El Gobierno Regional cuenta con reportes amigables para la diseminación de la información de gasto, indicadores de productos priorizados del PP SMN, y de insumos con las variables solicitadas. Los reportes se encuentran disponibles en la página web oficial.	

4.2.2	El Gobierno Regional tiene publicado y mantiene actualizado el estado de avance de los indicadores priorizados y de sus compromisos de gestión		El Gobierno Regional publica y actualiza al menos cada 3 meses, el estado de avance de los indicadores priorizados y compromisos de gestión.	El Gobierno Regional publica y actualiza al menos cada 3 meses, el estado de avance de los indicadores priorizados y compromisos de gestión.	El Gobierno Regional publica y actualiza al menos cada 3 meses, el estado de avance de los indicadores priorizados y compromisos de gestión.	
			La página web del Gobierno Regional, cuenta con información de indicadores priorizados y compromisos de gestión del Convenio y está actualizada al mes de agosto 2015.	Del total de información publicada en la página web del Gobierno Regional, los reportes solicitados no están actualizados a junio 2016.	Si bien la página web del Gobierno Regional cuenta con información general del Convenio; los reportes de seguimiento a los indicadores no cuentan con el total de variables establecidas y no están actualizadas.	
	Amazonas		La página web del Gobierno Regional, cuenta con información de los indicadores priorizados y compromisos de gestión del Convenio y está actualizada con información al mes de agosto 2015.	La página web del Gobierno Regional mantiene información actualizada de los indicadores priorizados y compromisos de gestión del Convenio de manera trimestral con datos al mes de julio 2016.	El Gobierno Regional publica en la página web información al mes de diciembre 2016 de los indicadores priorizados y de los compromisos de gestión del Convenio de Apoyo Presupuestario.	
	Cajamarca					

Anexo 2

Pliegos y Unidades Ejecutoras - Transferencia según Memo	Nov 2014 Nivel 0	Marzo 2015 Nivel 1	Nov 2015 Nivel 1 Subsanación	Abril 2016 Nivel 2	Marzo 2017 Nivel 3	TOTAL
440 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	S/. 1,800,000	S/. 2,730,000	S/. 1,120,000	S/. 2,820,000	S/. 2,014,000	S/. 10,484,000
400 REGION AMAZONAS-SALUD AMAZONAS	S/. 630,000	S/. 546,000	S/. 224,000	S/. 564,000	S/. 402,800	S/. 2,366,800
401 REGION AMAZONAS-SALUD BAGUA	S/. 324,000	S/. 518,700	S/. 212,800	S/. 535,800	S/. 382,660	S/. 1,973,960
402 REGION AMAZONAS-HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOYAS	S/. 54,000	S/. 136,500	S/. 56,000	S/. 141,000	S/. 100,700	S/. 488,200
403 REGION AMAZONAS-HOSPITAL DE APOYO BAGUA	S/. 54,000	S/. 136,500	S/. 56,000	S/. 141,000	S/. 100,700	S/. 488,200
404 REGION AMAZONAS-SALUD UTCUBAMBA	S/. 504,000	S/. 409,500	S/. 168,000	S/. 423,000	S/. 302,100	S/. 1,806,600
405 REGION AMAZONAS-SALUD CONDORCANQUI					S/. 725,040	S/. 725,040
003 REGION AMAZONAS-GERENCIA SUB REGIONAL CONDORCANQUI	S/. 234,000	S/. 982,800	S/. 403,200	S/. 1,015,200	S/. 0	S/. 2,635,200
445 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	S/. 1,800,000	S/. 2,730,000		S/. 2,645,000	S/. 2,346,500	S/. 9,521,500
400 REGION CAJAMARCA-SALUD CAJAMARCA	S/. 606,000	S/. 848,800		S/. 925,750	S/. 808,600	S/. 3,189,150
401 REGION CAJAMARCA-SALUD CHOTA	S/. 314,000	S/. 518,700		S/. 502,550	S/. 445,835	S/. 1,781,085
402 REGION CAJAMARCA-SALUD CUTERVO	S/. 180,000	S/. 350,000		S/. 238,050	S/. 211,185	S/. 979,235
403 REGION CAJAMARCA-SALUD JAEN	S/. 300,000	S/. 518,700		S/. 502,550	S/. 267,501	S/. 1,588,751
404 REGION CAJAMARCA-HOSPITAL CAJAMARCA	S/. 180,000	S/. 180,000		S/. 185,150	S/. 117,325	S/. 662,475
405 REGION CAJAMARCA-HOSPITAL GENERAL DE JAEN	S/. 118,000	S/. 150,000		S/. 145,475	S/. 93,860	S/. 507,335
406 REGION CAJAMARCA-HOSPITAL JOSÉ H. SOTO CADENILLAS-CHOTA	S/. 102,000	S/. 163,800		S/. 145,475	S/. 93,860	S/. 505,135
407 REGION CAJAMARCA-SALUD SAN INGNACIO					S/. 178,334	S/. 178,334
001 REGION CAJAMARCA- SEDE CENTRAL					S/. 130,000	S/. 130,000

ANEXO 3

Tabla. Descripción de las fuentes de datos.

Nombre de la fuente de datos	Descripción de la fuente de datos
SIGA Sistema Integrado de Gestión Administrativa	<p>Características básicas. Es un registro administrativo constituido por el almacenamiento electrónico de las operaciones de programación, ejecución del presupuesto, adquisición y control patrimonial. A través de este sistema se generan electrónicamente todas las transacciones básicas de gestión pública: órdenes de compra o de servicios, ingresos y salidas de almacén, inventarios y control patrimonial. El sistema opera a nivel de Unidad Ejecutora y está constituido por tres módulos: programación PpR, logística y control patrimonial</p> <p>Cobertura. Todas las unidades ejecutoras vinculadas con la entrega servicios de salud ubicadas en los 2 departamentos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal usan a plenitud el sistema desde el 2011 con coberturas que superan el 90% de establecimientos de salud en caso del módulo de patrimonio.</p> <p>Propiedad. El sistema fue desarrollado por el Ministerio de Economía y Finanzas. Actualmente es responsable del mantenimiento, actualización y soporte técnico continuo.</p> <p>Uso de la fuente en el presente trabajo. De los tres módulos del sistema, se utilizó el módulo de control patrimonial. Mediante esta base de datos es posible determinar el inventario de equipos biomédicos disponibles en cada punto de atención año por año. A partir de estos datos fueron construidos los indicadores de disponibilidad de equipamiento básico en los puntos de atención.</p> <p>Confiabilidad de la fuente: Si bien es un registro administrativo no diseñado con fines de estimación de indicadores, el carácter transaccional de cada registro, es decir implica la contabilización y conciliación en términos de valores monetarios los datos que son consignados. En el caso de patrimonio, mensual o trimestral o anualmente se debe conciliar contablemente la ejecución de las órdenes de compra ejecutadas con el valor de los inventarios de equipos y crear los reportes financieros.</p>
SISMED Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos	<p>Características básicas. Es un registro administrativo constituido por el almacenamiento electrónico de las operaciones de control mensual de ingresos, salidas y stock de productos farmacéuticos a nivel de cada establecimiento de salud. Desde el 2012, se agrega el registro online de las guías de distribución de los medicamentos de los almacenes regionales al establecimiento de salud.</p> <p>Cobertura. Todas las unidades ejecutoras vinculadas con la entrega servicios de salud a nivel nacional utilizan el sistema. A nivel de establecimiento de salud su cobertura es superior al 90%. El sistema tiene más de 10 años operando.</p> <p>Propiedad. El sistema fue desarrollado por el Ministerio de Salud, la Dirección General de Medicamentos (DIGEMID). Actualmente es responsable del mantenimiento, actualización y soporte técnico continuo.</p> <p>Uso de la fuente en el presente trabajo. El sistema mensualmente genera la base de datos de consumo y stock de cada producto farmacéutico por cada establecimiento de salud, y de manera on line el registro de cada guía de distribución. En base a estas dos fuentes de datos se construye los indicadores de disponibilidad de productos farmacéuticos, específicamente para los productos de parto, atención prenatal reenfocada y planificación familiar.</p>

Nombre de la fuente de datos	Descripción de la fuente de datos
	<p>Confiabilidad de la fuente: Es un registro administrativo no diseñado con fines de estimación de indicadores, en caso de la base de datos de consumo tiene carácter estadístico que es utilizado como referente para la programación anual y la distribución mensual de medicamentos, tal característica se asocia habitualmente con problemas de registro. Este riesgo se reduce en parte, cuando periódicamente como resultado del monitoreo de la disponibilidad, y ante situaciones de sobre o sub stock, los responsables deben triangular información con otras fuentes de datos para reprogramar o redistribuir los medicamentos entre establecimientos de salud. En caso de la base de datos de las guías de distribución tiene carácter transaccional, de manera on line se emite un documento transaccional, similar al de una boleta o factura de compra.</p>
<p>HIS</p> <p>Sistema de registro de atenciones ambulatorias</p>	<p>Características básicas. Es un sistema con fines estadísticos, implica registro físico de la atención y posteriormente su digitación, consolidación a nivel red, Diresa y nivel nacional con fines de generar estadísticas de producción. En ningún momento los registros son utilizados con fines transaccionales. Cada prestación o atención genera un registro.</p> <p>Cobertura. Todas las unidades ejecutoras vinculadas con la entrega servicios de salud a nivel nacional utilizan el sistema, alcanza coberturas que superan el 90% de establecimientos de salud en todos los departamentos.</p> <p>Propiedad. El sistema fue desarrollado por el Ministerio de Salud a inicios de los '90, actualizado por el 2001. Actualmente es responsable del mantenimiento, actualización y soporte técnico continuo.</p> <p>Uso de la fuente en el presente trabajo. En base al reporte de producción de atenciones agrupado por nombre del personal de salud que atendió, por día y por establecimiento de salud y aplicando un algoritmo se construyó un indicador de disponibilidad de días enfermera por punto de atención.</p> <p>Confiabilidad de la fuente. En el presente trabajo, replicando experiencias anteriores de uso (PARSalud), fue utilizado para medir de manera referencial la disponibilidad de personal de salud, específicamente del personal de obstetricia por su vínculo directo con los servicios priorizados.</p>
<p>SIS</p> <p>Sistema de registro de los Formatos Únicos de Atención</p>	<p>Características básicas. Es un sistema con fines transaccionales. El establecimiento por cada prestación que se entrega a una persona afiliada al SIS registra un formato de atención en papel, posteriormente se digita a través de un aplicativo on line u off line. Cada una de las prestaciones son valorizadas, y en función de ese monto mensualmente, la Unidad Ejecutora recibe una transferencia de recursos. Es una base de datos nominal, tal característica facilita el seguimiento longitudinal de los beneficiarios.</p> <p>Cobertura. Todas las unidades ejecutoras vinculadas con la entrega servicios de salud a nivel nacional utilizan el sistema, alcanza coberturas que superan el 90% de establecimientos de salud en todos los departamentos.</p> <p>Propiedad. El sistema fue desarrollado por el Seguro Integral de Salud. Actualmente es responsable del mantenimiento, actualización y soporte técnico continuo.</p> <p>Uso de la fuente en el presente trabajo. En base al reporte de prestaciones emitidas y registradas en la base de datos del SIS, y utilizando la identificación nominal de los usuarios, se construyó indicadores de cobertura de parto en FONB, atención prenatal reenfocada, y uso de métodos modernos de planificación familiar.</p>

Nombre de la fuente de datos	Descripción de la fuente de datos
	Confiabilidad de la fuente. Presenta las limitaciones propias de los registros administrativos, sub o sobre registro de las prestaciones influenciadas por los mecanismos de reembolso del SIS, sin embargo, en términos descriptivos, dado el volumen de datos, es posible encontrar patrones de comportamiento sugerentes de ciertas relaciones.
ENDES Encuesta Nacional Demográfica y de Salud	Encuesta nacional que desde el 2008 en adelante se realiza anualmente con dos reportes por año. Ampliamente conocida por ser aplicada en más de 64 países y con un esquema de recopilación, supervisión, validación y controles de calidad consolidada. Es administrada por el INEI. Se ha utilizado para estimar el indicador de parto institucional rural y el uso de métodos de planificación familiar.
SIAF Sistema de Administración Financiera	<p>EL SIAF es un Sistema de Ejecución, no de Formulación Presupuestal ni de Asignaciones (Trimestral y Mensual), que es otro Sistema. Sí toma como referencia estricta el Marco Presupuestal y sus Tablas.</p> <p>El SIAF ha sido diseñado como una herramienta muy ligada a la Gestión Financiera del Tesoro Público en su relación con las denominadas Unidades Ejecutoras (UEs).</p> <p>Se empleó el SIAF para identificar el porcentaje de insumos entregados en el plazo establecido.</p>
AIRSHIP Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público	<p>Es una herramienta operativa de gestión en materia de recursos humanos del Estado. Los datos registrados sirven de base para las fases de formulación, programación, ejecución y evaluación del proceso presupuestario, número de plazas, políticas salariales, obligaciones sociales y previsionales y gastos en personal; es decir, la información registrada es estrictamente en materia presupuestal.</p> <p>El registro de información es de cumplimiento obligatorio para las entidades que constituyen pliego presupuestario del gobierno nacional y de los gobiernos regionales comprendidos en el ámbito de aplicación del Artículo 2 de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, que a través de sus Unidades Ejecutoras proporcionan la información del personal activo, pensionistas y modalidades formativas a su cargo. Se ha utilizado para identificar la disponibilidad del recurso humano en las IPRESS.</p>
PADRON NOMINAL DE NIÑOS Y NIÑAS	<p>Es la lista nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad registrados en una plataforma electrónica, que se actualiza permanentemente con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al RENIEC, así como por el ingreso de datos por parte de los gobiernos locales.</p> <p>Contiene datos como nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del Padre y de la Madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros. Tiene más de 30 variables.</p> <p>Se utilizó para verificar que la región cuente con un instrumento de programación de producción confiable.</p>
ORA Oficina Registral Auxiliar	<p>Una Oficina Registral Auxiliar (ORA) del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), donde se pueden hacer trámites en línea.</p> <p>En una ORA se inscriben gratuitamente nacimientos y defunciones, y también se tramita, sin costo alguno, la obtención del Documento Nacional de Identidad (DNI) para recién nacidos y menores de 17 años atendidos en el establecimiento de salud donde funciona.</p>

Nombre de la fuente de datos	Descripción de la fuente de datos
ENESA	Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales realizada con la finalidad de suministrar información estadística que contribuya con la evaluación de los programas presupuestales: Salud Materna Neonatal, Articulado Nutricional, Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres, mediante la medición de Resultados y de Productos que evalúen: las funciones obstétricas y neonatales, el desempeño profesional de la atención prenatal, de planificación familiar y del parto; las actividades de promoción de la salud y la infraestructura de los Establecimientos de Salud. Se ha utilizado para identificar los establecimientos estratégicos donde realizar la medición de la proporción de niños menores con certificado de nacido vivo electrónico y DNI afiliados al SIS antes de cumplir los 30 días de edad.
RENIPRES (Ex RENAES)	Plataforma que contiene información básica respecto a la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y organización para la atención de las IPRESS públicas, privadas y mixtas, autorizadas para brindar servicios de salud. Se utilizó la información en general para identificar las IPRESS (EESS) donde realizar las mediciones de diversos compromisos de gestión, entre otros: Proporción de niños que nacen en IPRESS con ORA-RENIEC que atienden parto y cuentan con DNI y se afilian al SIS antes de los 30 días de edad; Programación de insumos críticos para la atención prenatal reenfocada, atención del parto normal, atención del recién nacido y planificación familiar en las IPRESS de los quintiles 1 y 2; Disponibilidad de personal; Disponibilidad de medicamentos e insumos críticos; etc.
WAWARED	Sistema informático del Ministerio de Salud, implementado en las IPRESS, con el objetivo de reducir las muertes maternas perinatales; a través de un adecuado y oportuno registro de la atención prenatal. Utilizado para medir cuantas IPRESS de la región contaban con un padrón nominal de gestantes.

