

**CONVENIO ESPECIFICO “PROGRAMA DE APOYO A LA
POLITICA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL
PERU – COMPONENTE DE APOYO PRESUPUESTAL”**

**INFORME DE DESEMPEÑO DEL
PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD
MATERNO NEONATAL
AÑO 2013**

LIMA, NOVIEMBRE DE 2014

CONTENIDO

	RESUMEN EJECUTIVO.....	04
I	ANTECEDENTES.....	07
II	EL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL.....	20
III. 1	ASPECTOS CLAVES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL.....	20
	1. Diseño del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal	20
	2. Prioridad y concentración del presupuesto en intervenciones claves.....	30
	3. Reglas de asignación presupuestal para proteger las intervenciones claves.....	32
	4. Articulación de reglas de asignación y reasignación presupuestal con la gestión del punto de atención.....	34
	5. Seguimiento y Monitoreo del Programa Presupuestal.....	38
III. 2	AVANCES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL.....	41
	1. Evolución de los indicadores de Desempeño.....	41
	2. Productos del PP SMN: Cobertura y producción de Servicios.....	43
	3. Presupuesto asignado y ejecutado.....	48
	4. Disponibilidad de insumos críticos.....	55
	5. Convenios de Apoyo Presupuestario.....	59
IV.	CONCLUSIONES Y PRESPECTIVAS PARA EL AÑO 2014-2015.....	61

Abreviaturas:

ALyC	América Latina y el Caribe
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
BD	Base de Datos
DGE	Dirección General de Epidemiología
DIRESA	Dirección Regional de Salud
EESS	Establecimientos de Salud
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
HIS	Sistema de Información en Salud
LPIS	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
MGRH	Módulo de Gestión de Recursos Humanos
N° MM	Numero de Muerte Materna
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAN	Programa Articulado Nutricional
PCM	Presidencia de Consejo de Ministros
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PIR	Parto Institucional Rural
PP	Programa Presupuestal
PpR	Presupuesto por Resultados
PPSMN	Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud del MINSA
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa
SIGA ML	Módulo de Logística del SIGA
SIP PpR	Sistema de Insumos y Productos de Presupuesto por Resultado
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos y Material o Insumos Médicos Quirúrgicos del Ministerio de Salud
TMN	Tasa de Mortalidad Neonatal
UE	Unidad Ejecutora
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

RESUMEN EJECUTIVO

La salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana. El proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades es objeto-sujeto del trabajo de los equipos de salud, cuyo cometido principal es el de mejorar la calidad de vida de las poblaciones a su cargo. Actualmente, la intervención sobre los determinantes sociales de la salud es reconocida como indispensable para asegurar mejoras en el nivel de salud de la población. Sobre el particular, el papel de los niveles de gobierno en la implementación de planes y programas basado en resultados, han sido cada vez más resaltados¹.

El Gobierno del Perú, en la búsqueda de la salud deseada o satisfactoria de la población impulsa y fortalece la oferta pública sanitaria, traducida en una adecuada atención que sea capaz de enfrentar problemas de salud pública a nivel nacional. Así inicia la incorporación de los elementos básicos para la implementación del Presupuesto por Resultados². Desde esa fecha se viene implementando y ejecutando los Programas Presupuestales (PP)³.

El Sector Salud es responsable técnico de ocho Programas Presupuestales³, los mismos que incluyen en su diseño intervenciones de probada eficacia que incorporadas en uno o más productos entregados al ciudadano permiten lograr los resultados esperados en la población.

El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PPSMN), tiene como condición de interés la reducción de la proporción de Muertes Maternas y Neonatales, a través de mejorar el acceso de gestantes a los servicios de atención del parto calificado, puerperio, el incremento de la cobertura de gestantes con atenciones de control prenatal reenfocado en especial al 1er trimestre, el acceso a métodos de planificación familiar y servicios de consejería en salud sexual y reproductiva.

El presente Informe está organizado en cuatro aspectos. En la primera parte, se describen los antecedentes del Programa Presupuestal, con la recopilación de la base legal y normativa de la implementación y ejecución del PP SMN, desde el año 2007 hasta las disposiciones legales y relevantes del año 2013. Asimismo, se ofrece una revisión de los indicadores de desempeño del Programa tales como: Razón de Mortalidad Materna (RMM) para el periodo 1980 – 2010 y la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) 1993–2013, profundizando el análisis en el periodo 2000 - 2013.

Se menciona también la importancia de la implementación de incentivos a la gestión, que es uno de los instrumentos del PpR, por ello es relevante el inicio de los Convenios de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal suscritos entre los Gobiernos Regionales de Amazonas, Cajamarca, MEF y SIS, como mecanismo para impulsar en términos de capacidad recursos humanos adecuados, disponibilidad de insumos y equipos críticos en los establecimientos de salud ubicados en los distritos del Quintil 1 y 2 de pobreza. En esta parte, también se presenta información relacionada a la población afiliada al SIS.

En la segunda parte, se describen los aspectos claves en el desarrollo del PPSMN que

¹ Perú, Ministerio de Salud. RM N° 464-2011/MINSA: Aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad". 14 junio 2011.

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.

³ Perú, Ministerio de Salud. RM N° 589-2014/MINSA: Designa Responsables Técnicos de los Programas Presupuestales del Ministerio de Salud, en el marco de la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014. 4 de agosto 2014.

están ligados al diseño del mismo, es decir desde la elaboración del Modelo Conceptual, Explicativo y Prescriptivo. Con estos insumos, basados en la evidencia de estudios relacionados a la problemática de la morbilidad y mortalidad materna neonatal y la experiencia exitosa de otros países para superar los índices negativos, se determinó el camino causal crítico y se priorizó el presupuesto en intervenciones claves. Igualmente en el marco del PpR se establecieron reglas de asignación presupuestal que permitieron fortalecer la gestión del punto final de atención. El seguimiento y monitoreo de los productos del PP SMN, es básico para el éxito del mismo, que beneficia a las gestantes y recién nacidos.

En la tercera parte, se describen, la evolución de los indicadores de impacto de acuerdo a los niveles de resultados esperados en el modelo lógico del Programa Presupuestal, a través de los años 2009 al 2013. Se evidencian mejoras en la cobertura de los indicadores de resultados centrados en intervenciones claves, tales como la Atención Prenatal Reenfocada, Atención de Parto Institucional y la Población que accede a métodos de Planificación Familiar. Asimismo, se presenta la evolución de la cobertura de las intervenciones claves en relación al Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) y el Presupuesto Institucional Modificado (PIM).

El Programa Presupuestal SMN presenta una ruta crítica para la ejecución óptima de los productos, para ello requiere de recursos humanos con capacidades y competencias para resolver problemas de salud de la madre y del recién nacido, así también requiere de equipos e Insumos críticos definidos por el MINSA, por ello se han incluido en esta parte para el año 2013, la disponibilidad de recurso humano, insumos críticos y equipos biomédicos en establecimientos de salud, cuya fuente de información son los registros consignados en los módulos de logística y patrimonio del Sistema Integrado de Gestión Administrativa - SIGA.

La cuarta parte, está centrada en las principales conclusiones del informe, referidas a la reducción de la RMM en el Perú, la misma que pasó de 318 a 93 muertes maternas por 100,000 NV desde 1980 al 2010 respectivamente. Con respecto a la Tasa de Mortalidad Neonatal, entre los años 1993 a 2013, la TMN en el Perú muestra una evidente reducción, al pasar de 27 a 12 muertes neonatales por 1,000 NV respectivamente.

Del mismo modo, se han mejorado las coberturas de los principales productos del Programa tales como la “Atención Prenatal Reenfocada” ya que se ha incrementado la proporción de Gestantes que recibieron el control prenatal en el 1er Trimestre (de 72.4% a 77.4% entre el 2009 al 2013), incrementando el indicador en 5 puntos porcentuales a nivel nacional. Para el indicador Atención de Parto Institucional se reporta una cobertura de 81.3%, para el año 2009 y 88% para el año 2013, asimismo, el indicador Parto Institucional de Gestantes procedentes del Área Rural se ha incrementado de 57.7% a 68.5% entre los años 2009 y el 2013. La cobertura en la Proporción de Mujeres en Unión que usa actualmente algún Método de Planificación Familiar, según característica seleccionada, entre el 2009 y 2013 presento un leve incremento de 73.1% a 74% respectivamente.

El presupuesto asignado al PPSMN, se ha incrementado progresivamente y se ha concentrado en los principales productos, así tenemos que la Atención del Parto Normal aumentó del año 2009 al 2013, de S/. 62.2 millones a S/. 201 millones, porcentaje que se incrementó en 328%. Asimismo en el PIA 2013, el mismo producto, representó el 19% del presupuesto total del PPSMN. Situación similar se describe en el producto, Atención Prenatal Renfocada donde el incremento del presupuesto entre el año 2009 al 2013, pasó de S/.52.6 millones a S/. 134.6 millones respectivamente, porcentaje que se incrementó en 256%. En el PIA 2013, el mismo producto,

representó el 12.40% del PIA para el PPSMN. Respecto al producto Población Accede a Métodos de Planificación Familiar, se observa el aumento del presupuesto entre el año 2009 al 2013, de S/.19.2 millones a S/.56.5 millones respectivamente según el PIA 209-2013, porcentaje que se incrementó en 294%. Asimismo en el PIA 2013, el mismo producto, representó el 5% del Presupuesto Inicial de Apertura para el PPSMN.

En el presente año 2014, según lo previsto se han firmado Convenios de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal con los Gobiernos Regionales de Amazonas y Cajamarca, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Seguro Integral de Salud con el objetivo de “coadyuvar al uso eficiente de los recursos para una adecuada provisión de los bienes y servicios públicos, y el logro de resultados definidos en el PPSMN, en el marco del Presupuesto por Resultados”⁴.

Para el año 2015, en función a los resultados esperados, se ha previsto fortalecer la asistencia técnica en las regiones para mejorar la calidad de los registros de las atenciones de salud, los procesos para afiliación a las gestantes en el primer trimestre de embarazo al SIS, la Atención de Parto Institucional y el incremento de la cobertura de mujeres que usen algún tipo de método de planificación familiar, así como una mayor articulación con las entidades responsables en el nivel nacional y regional. Por otro lado, es necesario mejorar el sistema de seguimiento desde el nivel local sobre la cobertura de productos priorizados usando los datos del SIS, y de la disponibilidad de insumos críticos como las pruebas de laboratorio de la gestante, medicamentos, equipos críticos entre otros, especialmente en los distritos priorizados.

⁴ Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuesto Público, El Seguro Integral de Salud y el Gobierno Regional del Departamento de Cajamarca.

I. ANTECEDENTES

En el año 2007⁵ se incorpora los elementos básicos para la implantación del Presupuesto por Resultados (PpR) en el Perú, estableciendo una ruta crítica para su implementación progresiva en todas las entidades de la administración pública peruana, siendo la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) la responsable de diseñar e implementar la gestión presupuestaria por resultados. Asimismo, se señala 11 actividades en favor de la infancia, a partir de las cuales iniciar el enfoque de una gestión presupuestaria centrada en resultados.

Estas prioridades estuvieron relacionadas con el objetivo de desarrollar las capacidades humanas, las cuales forman 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, el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM; el Marco Macroeconómico Multianual 2008-2010. En atención a lo dispuesto en las normas antes señaladas, para el año 2008⁶ fueron identificados cinco resultados prioritarios, los cuales se obtienen progresivamente a través de la implementación de cinco Programas Estratégicos que son: (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.

En el año 2011, se introducen ajustes en la metodología del diseño de los Programas Presupuestales⁷. Cada Programa Presupuestal se identifica como una Categoría Presupuestal compuesto por productos o proyectos y puede ser fácilmente identificado en la Estructura Funcional Programática del presupuesto público. Este cambio de metodología no afecta a los 06 primeros Programas Presupuestales de Salud ya que estos según norma mantienen el diseño metodológico inicial⁸.

Por otro lado y relacionado al proceso salud-enfermedad y gestión-resultados, el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad refiere que “La salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana. El proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades es objeto-sujeto del trabajo de los equipos de salud, cuyo cometido principal es el de mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo. Actualmente, la intervención sobre los determinantes sociales de la salud es reconocida como indispensable para asegurar mejoras en el nivel de salud de la población”. Sobre el particular, el papel de los niveles de gobierno en la implementación de planes y programas basado en resultados, han sido cada vez más resaltados.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta, es que la comunidad de donantes incursionan la modalidad de Apoyo Presupuestal, bajo esta característica se determina un marco para efectuar los aportes correspondientes para apoyar el desarrollo y la implementación de una política equitativa, coherente y satisfactoria para todos los

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 29626: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2011. 09 de diciembre del 2010.

⁸ Guía Metodológica para la Programación Presupuestaria Estratégica de acuerdo con la Resolución Directoral N° 028-2008-EF/76.01)

actores implicados. Idealmente, los donantes no financian una serie de actividades sino que cofinancian una política sectorial.

Es en razón a ello, que en el año 2010 y en el año 2013 se dispone en la Ley del Presupuesto Público, que las donaciones para apoyo presupuestario que recibe el Estado, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, en los años fiscales correspondientes, para impulsar los resultados de los programas presupuestales, se asignan financieramente en los pliegos respectivos y se incorporan en la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias⁹. Para efecto de la asignación de los recursos, los pliegos suscriben convenios con la DGPP MEF, se establece las metas, compromisos a cumplir y los montos a transferirse¹⁰.

En el país disponemos del apoyo presupuestario de la Cooperación Internacional, uno de ellos es el de la Comunidad Europea (EUROPAN), el cual ha permitido financiar con recursos adicionales a 06 regiones del país (Cajamarca, Huánuco, Huancavelica, Apurímac, Ayacucho y Amazonas), permitiendo que los presupuestos asignados se prioricen en aquellas intervenciones claves del PP Articulado Nutricional, lo que se traduce en una mejora de los indicadores que están referidos a incrementos de cobertura en los niveles de vacunación de niños, controles de crecimiento y desarrollo en niños (CRED), provisión de suplemento de hierro a niños menores de 24 meses y provisión de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes; además es preciso indicar que estos recursos financieros estaban condicionados al cumplimiento de compromisos firmados entre el Gobierno Regional y el MEF.

En ese contexto, en el marco del Convenio Específico entre la República del Perú y el Reino de Bélgica, relativo al “Programa de Apoyo a la política de Aseguramiento Universal en salud en el Perú – Componente de Apoyo Presupuestal”, se compromete brindar un apoyo financiero al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, para las regiones priorizadas de Amazonas y Cajamarca por tener la RMM más alta del país: 246 por 100, 000 NV y 201.9 por 100,000 NV respectivamente, con la finalidad de impulsar y fortalecer a los gobiernos regionales priorizados en el cuidado de la salud a la madre y el recién nacido hasta los 28 días de edad.

Situación de mortalidad materna y neonatal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. La disparidad que existe entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor la mortalidad materna, en contraste a cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Por otro lado los niveles de mortalidad infantil en los países en desarrollo son, en promedio 10 veces mayores a los de los países desarrollados, la mortalidad materna es, a su vez, 100 veces más alta¹¹.

En ese marco y como país miembro de la región de América Latina y el Caribe (ALyC), es necesario conocer, que en la región se registran altas tasas de mortalidad materna y constituyen una prioridad de salud pública. Aún existen grandes grupos poblacionales latinoamericanos que viven en condiciones de extrema pobreza y enfrentan los más variados problemas de acceso a servicios de salud.

⁹ Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 29951: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2013. 04 de diciembre del 2012

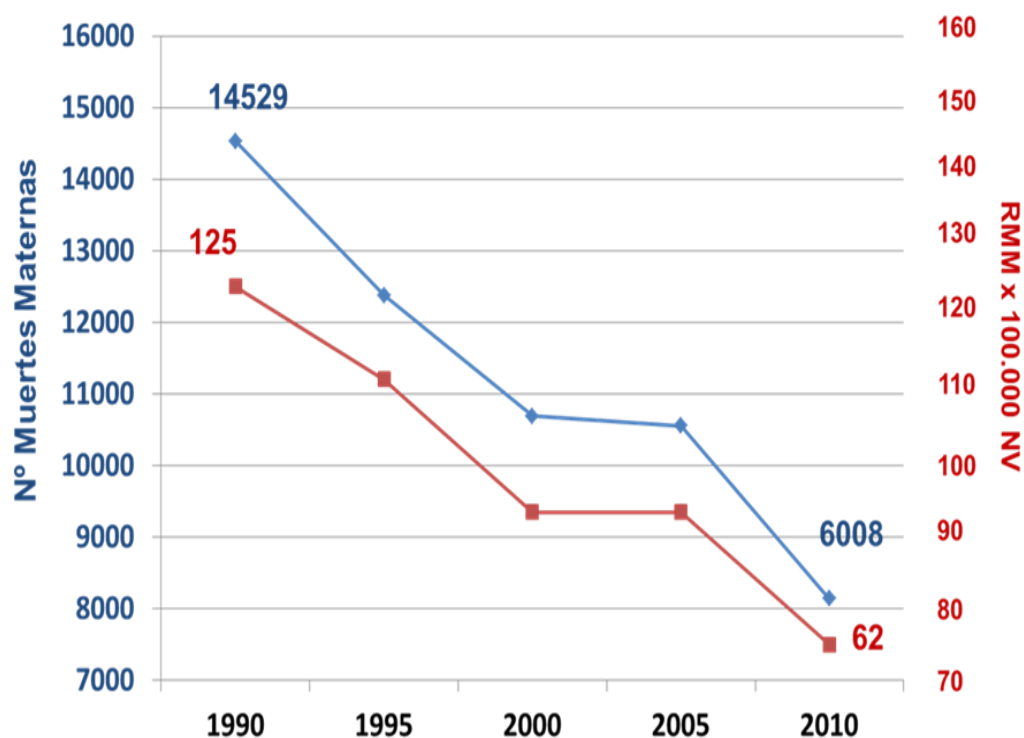
¹⁰ EuropeAid, “Apoyo Presupuestario en América Latina” – Patrick Gallard 2012 (<http://www.delper.ec.europa.eu>).

¹¹ Hill K, Thomas K, Abouzahr C, Walker N, Say L, Inoue M, Suzuki E; Maternal Mortality Working Group. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet*. 2007 Oct 13;370 (9595):1311-9.

Como se muestra en el **Grafico N° 1**, el movimiento de los indicadores en la evolución de la mortalidad materna en ALyC, ya sea en números absolutos N° de Muertes Maternas (MM) por año o en términos relativos como la Razón de Mortalidad Materna (RMM) por 100,000 Nacidos Vivos (NV), describe una línea descendente para la región en la que se observa el número de **muertes evitadas** en 8,521 (49.6%) para el periodo entre el año 1990 al 2010.

Para el año 2010, la RMM en ALyC fue de 62 MM/ 100,000 NV, haciendo una comparación del país frente al promedio de la región, vemos que el Perú para el mismo año mostró una RMM de 93 MM/100,000nv, aun por encima del promedio regional (ver gráfico N° 1).

Grafico N° 1. Evolución de la Razón de la Mortalidad Materna en Latinoamérica y el Caribe 1990 – 2010.

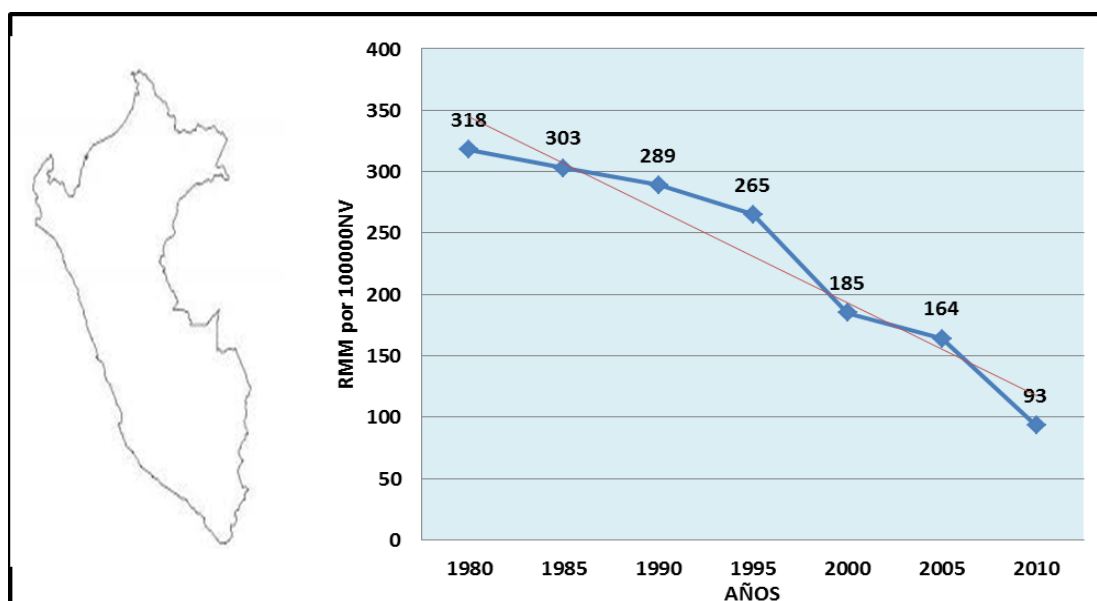


Fuente: OPS

La RMM por 100,000 NV, es el mejor indicador para medir el riesgo de morir que experimenta una mujer cuando se expone al embarazo y al parto. Para el cálculo de este indicador se trabaja con data agregada de varios periodos de la ENDES. Dado que se requiere acumular al menos entre 7 a 8 años de los resultados de dicha encuesta, el valor de este indicador estará disponible en el año 2017.

Esto nos lleva, a efectos de hacer seguimiento y establecer una línea de base que nos permita hacer proyecciones en los años siguientes, utilizar la tendencia de la RMM del año 2010 a efectos de hacer la estimación para el año 2013. (Ver Gráfico N°2):

Grafico N°2. Perú: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna 1980 al 2010



Fuente: INEI – UNFPA Estado de la Población Peruana 1997. INEI ENDES 1996, 2000, 2009, 2010

El grafico N°2, revela la reducción de la RMM en el Perú, 318 a 93 por 100,000 NV desde 1980 al 2010 respectivamente. En dos periodos se observa un marcado descenso del indicador: 1995 - 2000 y 2005 – 2010. Teniendo en cuenta que en el segundo periodo, se inicia la implementación del PPSMN (2,008). En el Perú el departamento con mayor RMM en todo el periodo de análisis 2002-2011, fue Amazonas con 248.1 por 100,000 NV¹².

Observando la Tabla N° 1, se puede comparar dos periodos de tiempo (quinquenio 2002-2006 y 2007-2011), al realizar la comparación de ambos, distinguimos que existe incremento de la RMM en 10 departamentos, en el quinquenio 2007-2011 respecto al 2002-2006: Cajamarca, Pasco, Madre de Dios, Ucayali, Lima, Tumbes, Callao, Arequipa, Lambayeque y La Libertad.

En el periodo 2007-2011 la RMM en el departamento de Amazonas, ocupó nuevamente el primer lugar (es necesario mencionar que tuvo un descenso comparado al registro del quinquenio 2002-2006, registrando 246.9 Muertes Maternas por 100,000 NV. En segundo lugar estuvo Cajamarca, que para todo el periodo de análisis tuvo una RMM de promedio 200 por 100,000 NV. El departamento de Madre de Dios presentó un incremento en la RMM del 36.1% con una diferencia de 61.2 por 100,000 mil NV más para el periodo 2007-2011 le sigue Callao con un incremento del 35.2% y una diferencia de 27.1 por 100,000 mil NV más en el periodo 2007-2011. El departamento de Lima tuvo un incremento en los periodos mencionados, de 9% con una diferencia de 4.2 muertes maternas por cada 100,000 NV, más en el periodo 2007-2011. Cajamarca presentó la menor variación en todo el periodo de análisis, con

¹² Ministerio de Salud, Perú. La mortalidad materna en el Perú 2002-2011. Lima-Perú: Dirección General de Epidemiología 2013: pp 331.

0.8 muertes maternas más en el periodo 2007-2011 por cada 100,000 NV, indicando que la RMM no ha variado en toda el periodo de revisión.

Tabla N° 1. Razón de mortalidad materna por departamentos entre los periodos 2002-2006 y 2007-2011.

DEPARTAMENTO	Periodo 2002 – 2006			Periodo 2007-2011		
	Razón x 100 Mil NV	IC/95		Razón x 100 Mil NV	IC/95	
		Lim. Inf.	Lim. Sup.		Lim. Inf.	Lim. Sup.
PERÚ	125.2	121.1	129.1	105.7	101.9	109.4
AMAZONAS	271.4	225.6	317.1	246.9	202.7	291.0
CAJAMARCA	200.2	179.6	220.8	201.9	180.5	223.3
LORETO	237.0	210.5	263.5	182.3	158.6	206.1
PASCO	163.0	121.4	204.6	182.3	136.6	228.1
MADRE DE DIOS	108.3	49.4	167.1	169.5	97.0	242.0
PUNO	212.7	190.3	235.1	165.1	144.9	185.3
UCAYALI	159.1	125.1	193.2	164.1	128.4	199.9
LA LIBERTAD	122.5	106.2	138.8	146.1	128.2	164.0
SAN MARTIN	161.7	134.4	188.9	140.2	114.9	165.5
HUANCAVE-	199.2	166.5	232.0	137.2	109.8	164.7
ANCASH	123.6	103.8	143.5	122.5	102.3	142.6
HUÁNUCO	210.3	182.3	238.4	121.1	99.6	142.7
CUSCO	201.2	177.9	224.7	107.4	89.9	124.9
JUNÍN	129.5	111.3	147.7	104.1	87.6	120.7
LAMBAYEQUE	92.2	75.1	109.4	100.7	82.3	119.2
PIURA	138.6	122.5	154.7	99.8	85.8	113.7
AYACUCHO	179.1	150.2	208.1	87.8	67.4	108.2
TUMBES	80.6	41.1	120.0	84.1	44.1	124.0
CALLAO	49.9	34.0	65.7	77.0	57.3	96.6
AREQUIPA	62.5	47.3	77.6	76.8	59.8	93.7
MOQUEGUA	92.5	42.2	142.7	73.1	27.8	118.4
APURÍMAC	152.3	119.7	184.8	71.7	49.2	94.2
LIMA	42.6	38.1	47.2	46.8	42.1	51.7
TACNA	59.3	31.1	87.5	45.2	20.6	69.8
ICA	56.3	39.1	73.6	33.0	19.5	46.5

Fuente: INEI – DGE MINSA 2013

Tabla N° 1.a Perú: Ranking de la Razón de Mortalidad Materna por Departamentos en los periodos 2002-2006 Vs 2007-2011

N° Orden de Mayor a Menor	DEPARTAMENTO	Periodo 2002 – 2006	N° Orden de Mayor a Menor	DEPARTAMENTO	Periodo 2007-2011
		Razón x 100 Mil NV			Razón x 100 Mil NV
	PERÚ	125.2		PERÚ	105.7
1	AMAZONAS	271.4	1	AMAZONAS	246.9
2	LORETO	237.0	2	CAJAMARCA	201.9
3	PUNO	212.7	3	LORETO	182.3
4	HUÁNUCO	210.3	4	PASCO	182.3
5	CUSCO	201.2	5	MADRE DE DIOS	169.5
6	CAJAMARCA	200.2	6	PUNO	165.1
7	HUANCAVE-	199.2	7	UCAYALI	164.1
8	AYACUCHO	179.1	8	LA LIBERTAD	146.1
9	PASCO	163.0	9	SAN MARTIN	140.2
10	SAN MARTIN	161.7	10	HUANCAVE-	137.2
11	UCAYALI	159.1	11	ANCASH	122.5
12	APURÍMAC	152.3	12	HUÁNUCO	121.1
13	PIURA	138.6	13	CUSCO	107.4
14	JUNÍN	129.5	14	JUNÍN	104.1
15	ANCASH	123.6	15	LAMBAYEQUE	100.7
16	LA LIBERTAD	122.5	16	PIURA	99.8
17	MADRE DE DIOS	108.3	17	AYACUCHO	87.8
18	MOQUEGUA	92.5	18	TUMBES	84.1
19	LAMBAYEQUE	92.2	19	CALLAO	77.0
20	TUMBES	80.6	20	AREQUIPA	76.8
21	AREQUIPA	62.5	21	MOQUEGUA	73.1

N° Orden de Mayor a Menor	DEPARTAMENTO	Periodo 2002 – 2006	N° Orden de Mayor a Menor	DEPARTAMENTO	Periodo 2007- 2011
		Razón x 100 Mil NV			Razón x 100 Mil NV
	PERÚ	125.2		PERÚ	105.7
22	TACNA	59.3	22	APURÍMAC	71.7
23	ICA	56.3	23	LIMA	46.8
24	CALLAO	49.9	24	TACNA	45.2
25	LIMA	42.6	25	ICA	33.0

Fuente: INEI – DGE MINSA 2013

El análisis de los datos nacionales respecto a la RMM, evidencia que las regiones de Amazonas y Cajamarca ocupan los primeros lugares a nivel país, a pesar de que en los últimos años el indicador se ha reducido en estas regiones (ver Tabla N° 1). Por este motivo, en el presupuesto destinado al Programa se le asignara recursos adicionales para ambas regiones, mediante incentivos presupuestales para los años 2014, 2015, 2016, en el marco del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.

Es importante reconocer (Tabla N°1.1) que los departamentos de la sierra que forman parte del Trapecio Andino: Huancavelica, Ayacucho y Apurímac, históricamente poseían las RMM más elevadas de todo el país, así observamos que en el periodo 2007-2011 estos departamentos ocuparon el 10°, 17° y 22° lugar respectivamente en la Lista de Orden de mayor a menor RMM, es decir, han experimentado una reducción versus el periodo 2002-2006, que ocuparon el 7°(Huancavelica), 8°(Ayacucho) y 12°(Apurímac) lugar.

Tabla N°2. Razón de Mortalidad Materna según Área de Residencia. Perú 2002-2011.

DEPARTAMENTO	Periodo 2002 - 2011			Periodo 2002 – 2006			Periodo 2007-2011		
	Razón x 100 Mil NV	IC/95		Razón x 100 Mil NV	IC/95		Razón x 100 Mil NV	IC/95	
		Lim. Inf.	Lim. Sup.		Lim. Inf.	Lim. Sup.		Lim. Inf.	Lim. Sup.
RURAL	177.4	159.4	195.4	192.1	173.7	210.6	161.5	144.1	179.0
URBANA	73.4	65	81.8	78.9	68.3	85.4	70	61.8	78.2

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Registros de defunciones del Sistema de Hechos Vitales 2002-2011.

Según zona habitada, la RMM ocurridas en todo el periodo de análisis (2002-2011), observamos que el área rural representó una RMM de 177.4 por 100,000 NV (IC95%: 195.4-159.4). Comparando el periodo 2007-2011 versus 2002-2006, observamos un descenso significativo de 192.1 a 161.5 MM por 100,000 NV.

Además, se sigue observando en la Tabla N°2, la diferencia de la RMM, en el área rural frente al área urbana, que para el periodo 2002-2011 muestran cifras de 177.4 y 73.4 MM por 100,000 NV respectivamente.

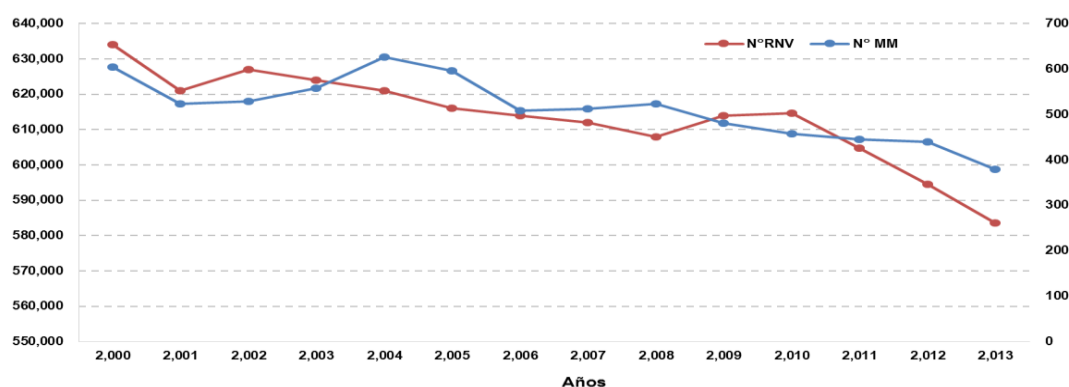
Esta diferencia nos revela una brecha de la RMM de más 100 por 100,000 NV en contra del área rural, mostrando la existencia de inequidad, que no garantiza la protección del derecho a la integridad de las mujeres y recién nacidos hasta los 28 días de edad para el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, en especial cuando miramos los índices al interior del país.

Estimación del Número de Muertes Maternas (MM).

Con el registro del número de muertes maternas, reportados por la Dirección General de Epidemiología MINSA, mediante la Vigilancia Epidemiológica semanal, se determinó que el número de MM en el Perú para los años 2000 – 2013 fue de 7184 muertes (se ha considerado MM directas e indirectas, no incluye muertes incidentales), con un promedio de 513 MM al año. En el Perú para el año 2013, se estimaron 379 MM. Se comparó estos datos con los registros del N° Recién Nacidos Vivos (RNV) según INEI 2000-2013. Se observa en el Grafico N°3, la relación de: “a mayor número de MM es mayor el número de RNV”, lo cual apoya la priorización de los productos claves del PPSMN y que se concentre las acciones en que se proteja la salud sexual y reproductiva de parte de los actores involucrados en todos los niveles.

Se muestra una tendencia a disminuir el número de MM cada año, debido a muchos factores, tales como la reducción de la Tasa de Fecundidad de 2.9 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (año 2000) a 2.6 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (año 2013), el incremento de la cobertura de los productos claves del programa que están articulados en una lógica del modelo causal de la muerte materna y neonatal, como es la tendencia en la cobertura del parto institucional, según ámbito urbano y rural que se mostró creciente, siendo lo más resaltante la evolución que presenta la brecha urbano-rural. En el año 2009, la brecha fue de 35.6 puntos porcentuales y se redujo en el 2013 a 27.8 debido al mayor incremento de la cobertura en la zona rural. Asimismo mediante el proceso de reforma del Sector Salud que viene impulsando el Ministerio de Salud, una de las estrategias es el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante la implementación de establecimientos estratégicos, los servicios de salud articulados en redes integradas, la garantía de atención de la mujer gestante a través del aseguramiento en el SIS y otras IAFAS, la mejora en la asignación presupuestal para las atenciones como es la puesta en marcha (seguimiento, monitoreo y evaluación) del programa presupuestal salud materno neonatal, el trabajo conjunto con la comunidad a través de intervenciones comunitarias de promoción de la salud, entre otras.

Grafico N° 3. N° Muerte Materna vs. Recién Nacidos Vivos. Perú 2000 - 2013*



Fuente: MINSA-DGE *hasta la semana 52 del 2013. INEI 2000-2013

Tabla N° 3 Perú: Número de Muertes Maternas 2009 al 2013 a nivel de departamentos.

DEPARTAMENTOS DEL PERU	N° MUERTES MATERNAS	
	AÑO 2009	AÑO 2013
Total	481	379
Lima	61	45
Loreto	29	32
Cajamarca	55	31
La Libertad	33	29
Pasco	39	27
Puno	37	26
Cusco	17	20
Junín	22	17
San Martín	32	16
Ancash	21	14
Lambayeque	20	14
Ucayali	12	14
Amazonas	20	13
Callao	8	13
Huánuco	18	11
Arequipa	13	9
Ayacucho	8	8
Piura	4	7
Huancavelica	13	6
Ica	1	6
Moquegua	7	6
Tumbes	2	5
Tacna	2	5
Madre de Dios	1	3
Apurímac	6	2
Fuente: Dirección General de Epidemiología 2013		

Se observa en la Tabla N° 3, la distribución del número de muertes maternas ocurridas en el año 2009 y el 2013. Existe una reducción en más de la mitad de las regiones del país. Para ambos años, la región de Lima ocupa el primer lugar de defunciones maternas, por el contrario la región Puno presentó la mayor diferencia, registrando 11 muertes maternas menos en el 2013 frente al 2009.

Con respecto a la salud neonatal.

Es necesario tener en consideración que la atención que se dedique a un problema de salud guarda relación con el status social, del grupo afectado. En muchos lugares con elevada mortalidad materna, fetal y neonatal, el status de la mujer es bajo, y el del recién nacido es aún menor que el de la mujer y los niños de mayor edad.

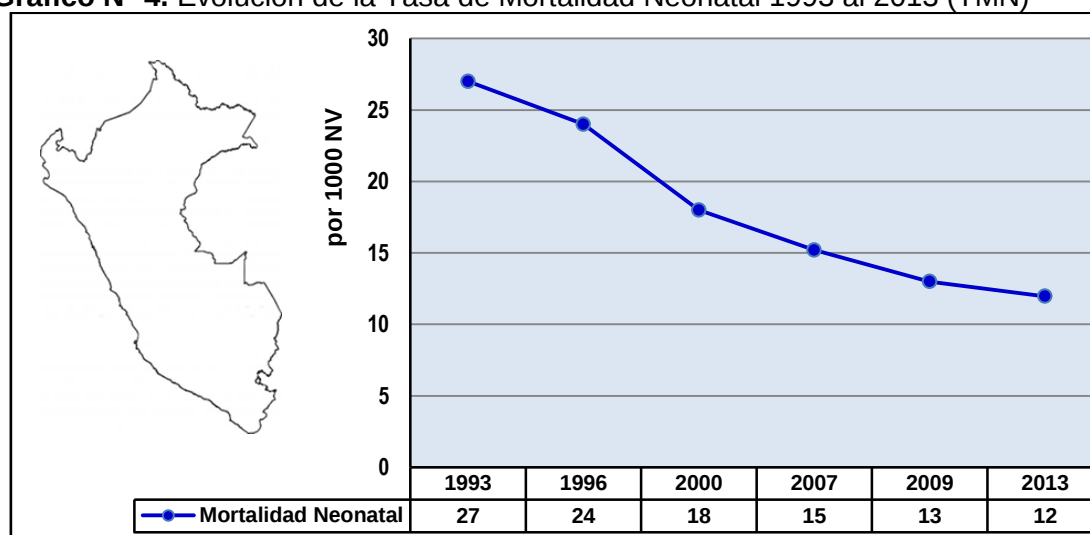
No obstante, la mortalidad infantil se ha reducido a nivel mundial, la mortalidad neonatal y fetal, particularmente en países en desarrollo, permanecen casi inalterables. La reducción de la mortalidad infantil ha permitido visualizar la mortalidad neonatal, sin embargo, las intervenciones aún priorizan solo el periodo post neonatal (ej. reducción de diarreas y problemas respiratorios). Estas intervenciones no deben decaer, pero hay que enfatizar también otras que permitan resolver los principales problemas neonatales como la asfixia, las infecciones y los síndromes de dificultad respiratoria.

Es necesario definir un conjunto de intervenciones que emanen de consenso, de políticas nacionales y estrategias que incorporen de manera decidida a la comunidad y a otros sectores, además del Sector Salud.

Para la elaboración del presente Informe de Desempeño, con el objeto de revisar la situación del Neonato en el Perú, se ha utilizado la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) por mil nacidos vivos, que nos indica cual es la probabilidad de que un recién nacido muera en el periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida por 1,000 NV.

En el Perú, la mortalidad neonatal (menores de un mes), se redujo significativamente entre 1993 al 2013 constituyendo una de los principales logros sanitarios, según ENDES, se registró una TMN de 27 por 1,000 NV (1993) reduciendo a 12 por 1,000 NV (2013). Ver gráfico N° 4.

Gráfico N° 4. Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal 1993 al 2013 (TMN)



Fuente: INEI – ENDES 2013

Ahora bien, al comparar la TMN en el periodo de los años 2009 al 2013, los valores estimados disponibles, sugieren que no existe significancia estadística que sustente una mejora en dicho indicador para el periodo de estudio (reduce solo en 1 por 1,000 NV entre 2009 al 2013). Lo que si se observa es el descenso de la mortalidad neonatal en los últimos cinco años, en el área rural, de 17 a 13 por cada 1,000 NV.

La TMN en el área Urbana, aumento del 2009 al 2013 de 10 a 11 por 1,000 NV, respectivamente. Ver Tabla N° 4:

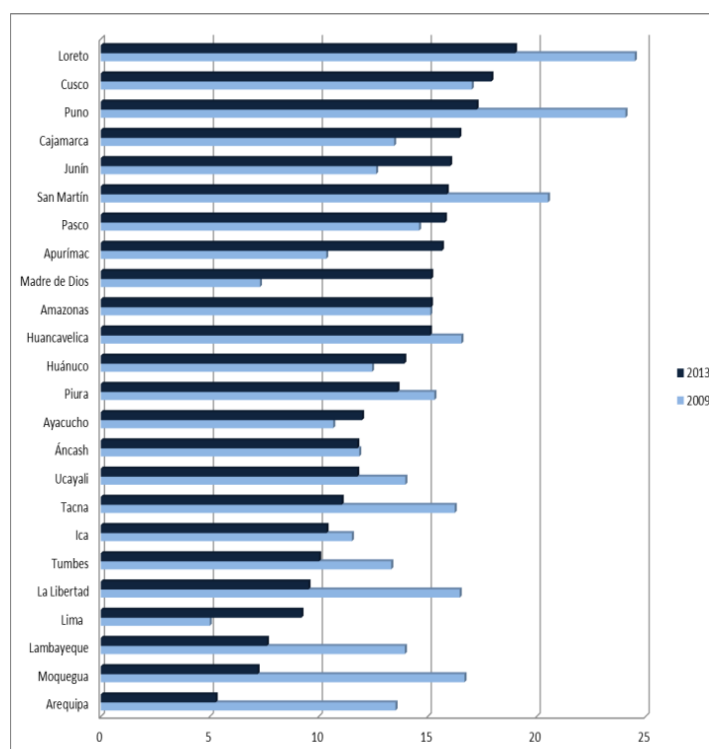
Tabla N° 4. Tasa de Mortalidad Neonatal según área de residencia (por cada 1,000 NV). 2009-2013.

Área de Residencia	2009	2013
Total	13	12
Urbana	10	11
Rural	17	13

Fuente: INEI ENDES 2013

Cuando se compara la mortalidad neonatal a nivel de Departamentos se aprecia grandes diferencias tanto en la proporción de reducción (2009-2013), como en los valores que se muestran al año 2013. Los departamentos que presentan menor mortalidad neonatal por 1,000 NV, son Moquegua (7), Arequipa (5), Lambayeque (8), mientras que Loreto (19), Cusco (18), Puno (19), Cajamarca (16) y Junín (16) presentan las más altas tasas de mortalidad neonatal en el País; como se puede visualizar en el siguiente gráfico.

Grafico N° 5. Tasa de mortalidad neonatal por 1000 NV según departamentos, 2009-2013.



Fuente: INEI ENDES 2013

Seguro Integral de Salud

La población con protección social de salud, tiene la garantía que la sociedad le otorga por conductos de los poderes públicos, como es el derecho a la salud que corresponde al grupo de derechos sociales, dentro del conjunto de los derechos humanos, asimismo el derecho a la seguridad social, a la identidad, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. Los grupos de la sociedad que no pueden hacer uso efectivo de esta garantía constituyen los excluidos en salud¹³.

¹³Perú, Ministerio de Salud. Decreto Legislativo N° 1164 que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del seguro integral de salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado. 06 de diciembre 2013.

El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) es una política del Gobierno del Perú, se encuentra protegida por el marco jurídico del país¹⁴ y es uno de los procesos y desafíos de la actual Reforma del sector.

El AUS tiene como objeto establecer y garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, que permita el acceso a todo residente en el territorio nacional a las prestaciones esenciales de cobertura de salud, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en el marco del proceso de descentralización y dentro de un criterio de progresividad.

Con el afán de resguardar la salud de la población vulnerable del país, en el año 1997 el Gobierno del Perú, a través del sector salud puso en camino un programa de subsidio a la demanda, denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG), que cubriría a los escolares matriculados en escuelas públicas a escala nacional. Asimismo, durante el año 1998 se creó el denominado Seguro Materno Infantil (subsidiado), el que cubría a gestantes y niños menores de 5 años. Ambos programas se fusionaron el año 2001 en el Seguro Integral de Salud, previa conformación de una instancia transitoria denominada Unidad de Seguro Público.

En ese marco de protección a la salud, desde el año 2002, el país cuenta con el Seguro Integral de Salud. El SIS es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud¹⁵ y cuenta con la certificación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)¹⁶ de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas.

En el transcurso de la implementación del SIS, se realizaron modificaciones ya sea del tipo de corrección o incorporación de actividades o medidas en favor de optimizar la gestión, todas ellas amparadas por documentos oficiales que las respaldaban, así se autorizó sustituir el listado priorizado de intervenciones sanitarias^{17, 18} por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud¹⁹ – PEAS, se incluyó la prestación económica de sepelio a nivel nacional y se autorizó a establecer un sistema de tarifas y mecanismos de pago, en el marco de los convenios de común acuerdo suscritos con las IPRESS.

Consecuentemente el SIS, en su función financiera permite ampliar la cobertura de prestación de los servicios de salud, a fin de asegurar una atención prioritaria a los grupos de población vulnerable establecidos por normas vigentes (social, económica, cultural, geográfica, entre otros criterios); bajo un proceso de mejoramiento continuo de calidad de las prestaciones, optimizando la utilización de la asignación de recursos del Estado y formular aportes a la política sanitaria del país, esto implica el fortalecimiento y organización de la demanda como estrategia de inclusión y de extensión del derecho a la salud, a través de aliados en el ámbito nacional, regional y local, como una forma de reducción de barreras económicas en el momento del uso de los servicios.

¹⁴ Perú, Ministerio de Salud. Ley N° 29344. Ley marco de AUS. 02 de abril 2010

¹⁵ Perú, Presidencia de Consejo de Ministros. Decreto Supremo N° 034-2008-PCM que aprueba la calificación de organismos públicos de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 29158. 06 de mayo 2008.

¹⁶ Perú, Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, Art. N° 6 De las Instituciones Administradoras de Fondo de Aseguramiento en Salud. 06 de diciembre 2013.

¹⁷ Perú, Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 004-2007-SA que aprueba el LPIS – SIS. Diciembre 2007.

¹⁸ Perú, Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 007-2012-SA que aprueba sustituir LPIS por el PEAS, agosto 2012.

¹⁹ Perú, Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprueba el PEAS. 2009

En su calidad de IAFAS publica, se aprueban los parámetros²⁰ de negociación para la celebración de convenios entre el SIS y las IPRESS Públicas.

El Decreto Legislativo N°1164, de diciembre 2013, estableció disposiciones para la extensión de cobertura poblacional del Seguro Integral de salud al Régimen Subsidiado para las gestantes hasta periodo de puerperio y los grupos poblacionales entre 0 y 5 años siempre que no cuenten con un seguro de salud.

Considerando que los mecanismos de pago son, probablemente, los incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud, el SIS vienen aplicando en la actualidad un mecanismo de pago para el primer nivel de atención, denominado capitado. Es así que el SIS, en el año 2011 inició el proceso de suscripción de Convenios de Gestión con los Gobiernos Regionales para el pago por capitado en el primer nivel de atención, consolidándose para el 2014 a nivel nacional.

Asimismo, el SIS aplica la modalidad de pago de prestaciones por pre liquidación, la cual consiste en un pago anticipado a la valorización que realiza el SIS a las Unidades Ejecutoras con la finalidad de garantizar el otorgamiento de prestaciones por parte de los establecimientos de salud a los afiliados al SIS, en el marco de un convenio de gestión suscrito entre los Gobiernos Regionales, Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud (o quien haga sus veces) o Unidades Ejecutoras y el SIS, en el cual se establecen compromisos y montos de transferencias financieras. Dicho mecanismo inició en julio del año 2011, siendo suscritos hasta la fecha un total de 163 convenios de gestión con esta la modalidad de pago.

El SIS cuenta con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa; constituye un pliego presupuestal que tiene independencia para ejercer sus funciones de acuerdo a ley y tiene como responsabilidad la administración económica y financiera de los fondos que están asignados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte, a fin de obtener coberturas de riesgos en salud a sus afiliados de acuerdo a las normas vigentes²¹.

Población asegurada o afiliada al SIS

La población afiliada a algún programa de salud ha incrementado en la última década, de acuerdo a ENAHO 2013, el 65.5% de la población del país cuenta con algún tipo de seguro de salud, comparado con el 37.3% que presentaba en el año 2004.

Tabla N° 5.a Perú: Población afiliada a un Seguro de Salud 2004 - 2013

Población Afiliada a un Seguro de Salud, según Ámbito Geográfico, 2004-2013						
(Porcentaje del total de población de cada ámbito geográfico)						
Años	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Total	37.3	60.5	63.5	64.5	61.9	65.5
Área de residencia						
Urbana	40.5	56.6	59	59.6	58.5	62.3
Rural	29.9	71.1	75.9	78.4	71.8	75.1

²⁰ Perú, Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA que aprueba los parámetros de Negociación para la celebración de Convenios entre el SIS y las IPRESS Públicas. 29 noviembre 2013

²¹ Perú, Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 011_2011-8A que Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud. 19 de julio 2011.

Asegurado o Afiliado al SIS, se define al conjunto de personas residentes en el país que están bajo la cobertura de alguno de los regímenes de financiamiento del Seguro Integral de Salud.

La tendencia de la población asegurada al SIS, ha tenido cambios debido a la coyuntura del aseguramiento universal en salud, y los nuevos escenarios de la normatividad.

Tabla N° 5.b. Población de asegurados al Seguro Integral de Salud, según estimación de la población demográfica del Perú, años 2009 – 2013

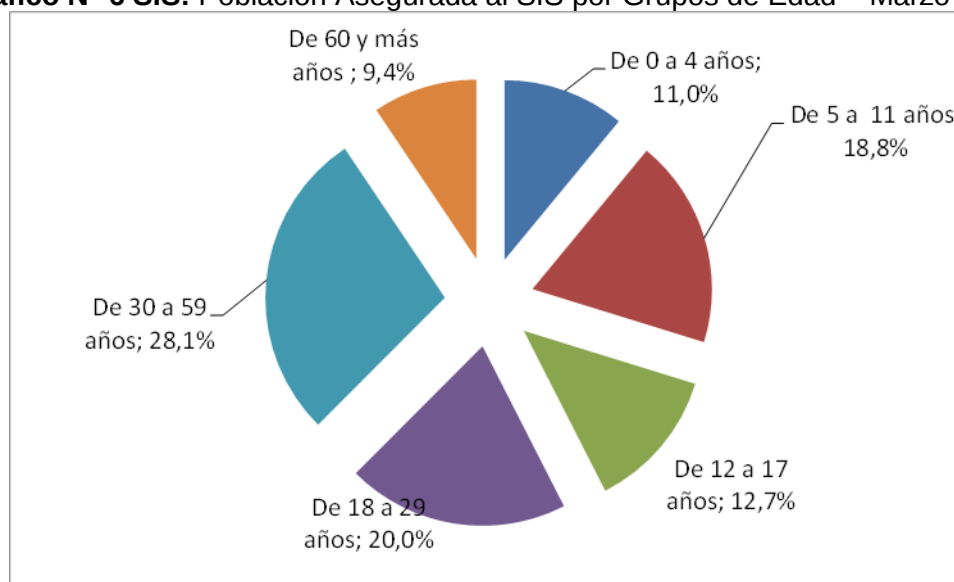
Años	2009	2010	2011	2012	2013
Población de Asegurados al SIS (1)	11 815 242	12 386 986	12 760 504	11 353 562	13 725 247
Estimación de Población Demográfica del Perú (2)	29 132 013	29 461 933	29 797 694	30 135 875	30 475 144
Porcentaje de Afiliación al SIS	40.6%	42.0%	42.8%	37.7%	45%

(1) Bases de Datos del SIS Central

(2) Estimaciones de Población INEI

En Diciembre de 2013, el total de asegurados al SIS fue de 13 millones 725 mil 247, siendo el grupo de edad de 30 a 59 años el que concentró más asegurados 3 858 250 (28.1%).

Grafico N° 6 SIS: Población Asegurada al SIS por Grupos de Edad – Marzo 2014



Fuente: Seguro Integral de Salud – SIS.

II. EL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL (PPSMN)

La política nacional de modernización de la gestión pública tiene por objetivo el orientar, articular e impulsar en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública para lograr resultados que impacten positivamente en el bienestar del ciudadano y el desarrollo del país²². En ese sentido, el presupuesto público constituye un instrumento de gestión pública y de programación financiera y económica esencial para promover el desarrollo económico y social del país. Con este objetivo, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), desde el 2007, inició la implementación del presupuesto por resultados (PpR) con la finalidad de reemplazar la manera tradicional de formular el presupuesto del sector público, basada en la asignación histórica (incrementalismo), por una que persiga resultados bien definidos; además, busca cambiar la manera de tomar decisiones en torno a líneas de gasto, insumos o procedimientos, y centrarla, más bien, en la cobertura de bienes y servicios necesarios para alcanzar los resultados.

El Programa Presupuestal Salud Materno-Neonatal (PP-SMN) fue uno de los cinco primeros programas presupuestales implementados, este prioriza intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor de la gestante y los niños menores de 5 años. Las intervenciones del PP-SMN, identificadas por el sector salud, se focalizan en tres momentos del ciclo de vida y en cada uno de ellos tiene propósitos claros.

III. 1 ASPECTOS CLAVES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL

(Ver Anexo N°1 Especificaciones Técnicas del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal)

1. Diseño del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

Enunciado del Problema explícito

- Existencia de altas tasas de mortalidad materna y mortalidad neonatal a nivel nacional.

Población objetivo

- Población integrada por mujeres (15 a 49 años) en edad fértil y Gestantes
- Recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida (neonato).

Para algunos productos del Programa presupuestal tiene además una población objetivo de hombres (15 a 59 años).

²² Perú, Presidencia Consejo de Ministro. DS 004-2013-PCM: Aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. 8 de enero del 2013.

DIRESA/DISA / PROVINCIA / DISTRITO	TOTAL	NACIMIENTO	28 DÍAS	POB. FEM. TOTAL	POBLACION FEMENINA			
					10-14	15-19	20-49	GESTANTES ESPERADAS
TOTAL	30,135,875	588,813	44,668	15,032,872	1,436,169	1,427,005	6,612,275	730,308

Fuente: INEI-2012

A partir de esta Población el MINSA realiza la programación de sus actividades de acuerdo al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.

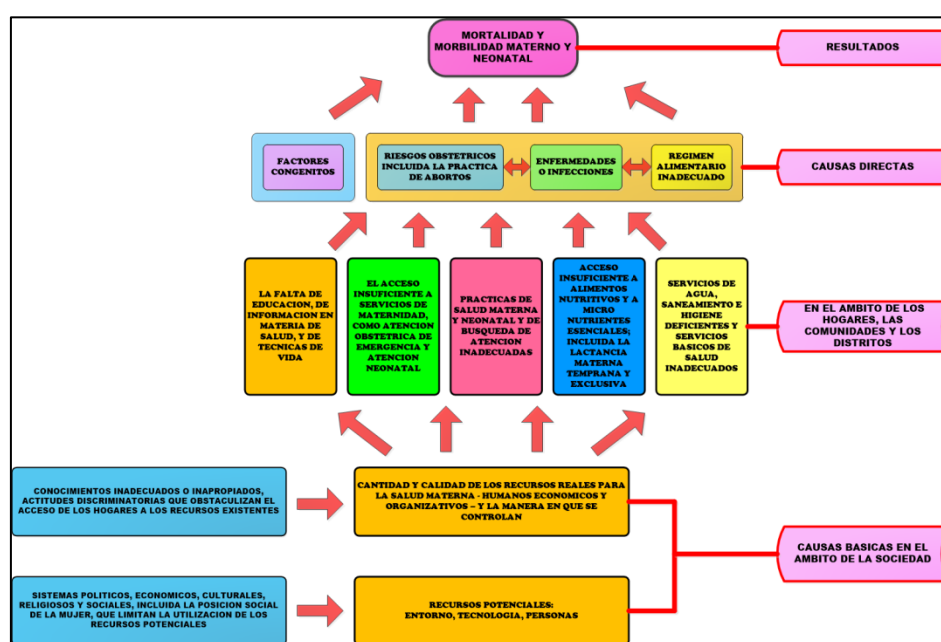
Modelo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

Modelo conceptual

El modelo conceptual es un conjunto de conceptos y relaciones entre ellos, vinculados a una condición de interés (o problema identificado).

El primer paso para el diagnóstico es realizar la búsqueda de modelos conceptuales sobre mortalidad materno-neonatal que nos permita relacionar conceptos que la expliquen. Para ello, se debe de realizar una búsqueda en la literatura.

Gráfico N° 7. a : Marco conceptual de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal



Fuente: tomado de UNICEF²³

Este marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de unos hábitos saludables, y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que

²³ <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-Figure-1.7-ESP.pdf>

proviene del individuo), subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (que provienen de la sociedad).

Modelo explicativo

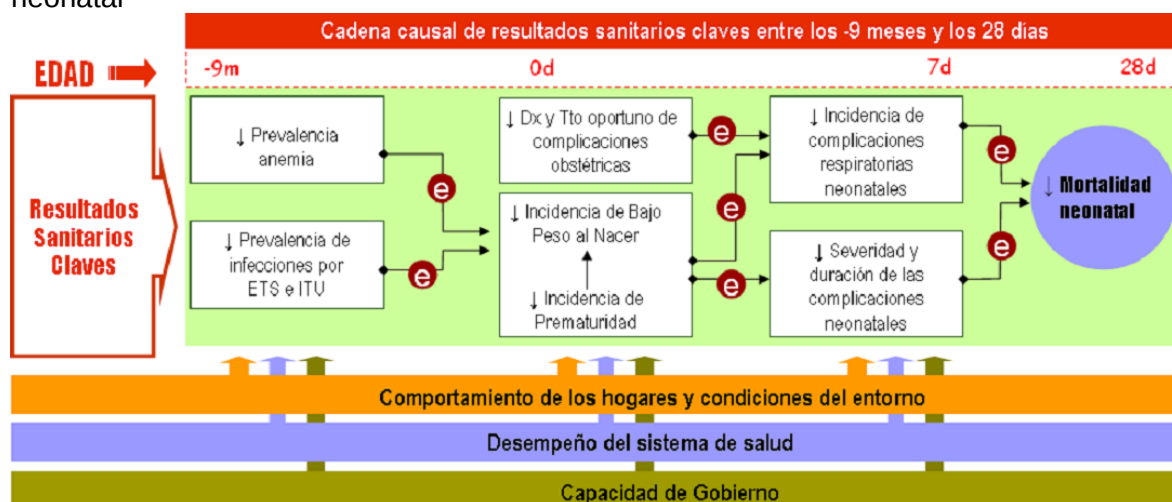
Consiste en la caracterización del problema y de sus factores causales. Así como, la identificación de caminos causales críticos (cadena de relaciones entre factores causales) y la jerarquización de los mismos.

Para determinar la magnitud de la condición de interés es necesario elegir indicadores con los datos más actualizados posibles que puedan brindar dicha información. Es sumamente útil, presentar datos en torno a la tendencia y brechas (inequidades) del indicador - puede ser por ámbito, niveles de pobreza, entre otros - puesto que permiten la caracterización buscada.

Principales trayectorias de causalidad relacionadas con la morbilidad y mortalidad neonatal

En el gráfico N° 7 se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad neonatal. La letra -e- sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Gráfico N° 7.b. Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal



La mayoría de las muertes peri-neonatales está asociada a problemas que sobrevienen durante la gestación, el parto y período pos-parto. Más de dos tercios de las muertes en recién nacidos ocurre entre niños normales y aparentemente bien dotados para la vida: Estas muertes podrían evitarse si se adoptaran medidas de prevención básicas y de atención oportuna del recién nacido^{24,25,26}.

²⁴OMS. Mother-Baby Package: An approach to Implementing Safe Motherhood. Geneva. 1994

Esquema para reducir la mortalidad materna

En la primera etapa de vida (**hasta 39 meses de gestación**), dos son los resultados claves, la anemia y las infecciones durante el primer trimestre del embarazo; durante el parto (**0 meses**), en la gestante el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, mientras en el neonato el bajo peso al nacer y la prematuridad; en la etapa neonatal (0-28 días), las complicaciones respiratorias y una mayor eficacia en el tratamiento de las mismas; y, finalmente entre los 6 y 18 meses, la carga de morbilidad por infecciones y las deficiencias por micronutrientes

En el gráfico N°8 se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones priorizadas para modificar los resultados sanitarios claves vinculados con la reducción la mortalidad materna²⁷. El proyecto se focaliza en dos momentos de ciclo de vida y en siete resultados claves, de cuales, uno ya fue comentado en el primer esquema anterior (prevalencia de infecciones por ETS e ITU, Bajo peso al nacer) y los restantes a continuación son explicados.

El primer enfoque estaría básicamente orientado a evitar los embarazos no deseados, o no programados, mediante la planificación familiar. Al haber menos embarazos no deseados, habrían menos mujeres en riesgo de sufrir complicaciones obstétricas y por lo tanto menos muertes maternas. La lógica de este enfoque es clara, y de hecho funciona; sin embargo solo cubriría una parte del problema, puesto que seguirían habiendo embarazos y seguirían habiendo mujeres en riesgo de muerte materna, ya que el objetivo de esta intervención no es evitar todos los embarazos.

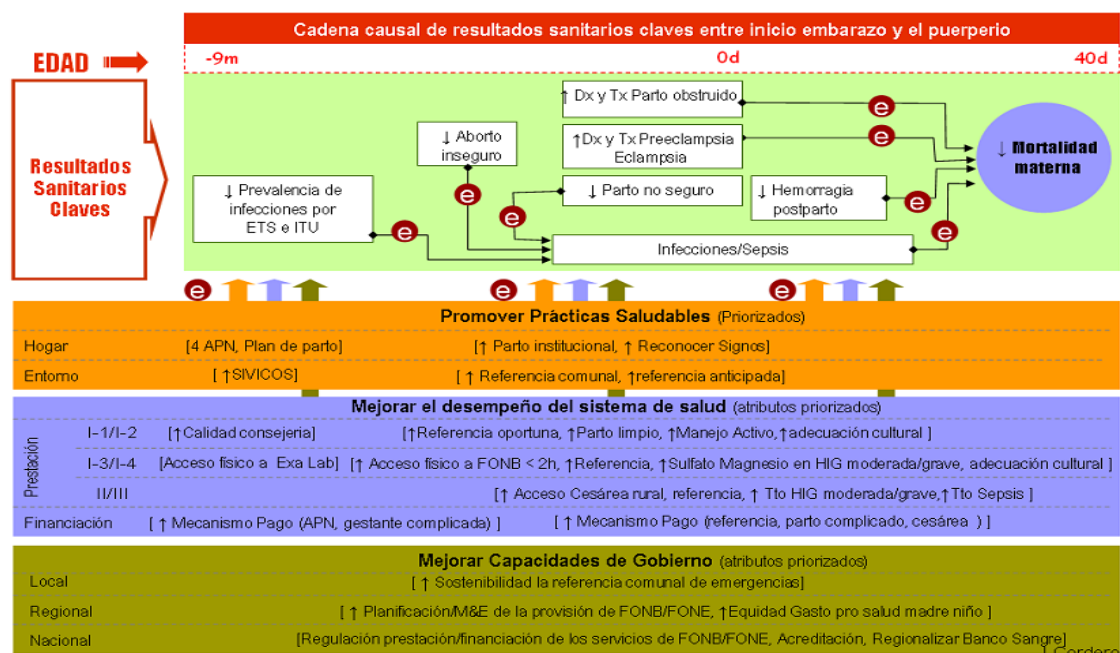
El segundo enfoque para reducir la mortalidad materna, la idea sería emplear alguna tecnología para: i) Identificar a las gestantes en mayor riesgo de sufrir complicaciones; y, ii) Realizar intervenciones dirigidas a prevenir dichas complicaciones.

Gráfico N° 8. Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad materna

²⁵OMS. Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. Geneva.1995

²⁶ CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido: Un manual de referencia para gerentes de programas. 1998

²⁷ Hu D, Bertozzi SM, Gakidou E, Sweet S, Goldie SJ. The Costs, Benefits, and Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Maternal Morbidity and Mortality in Mexico. PLoS ONE 2007; 2(8): e750.



La UNICEF, la OMS y la UNFPA han identificado un paquete de intervenciones clave en el manejo de las siete complicaciones obstétricas más importantes listadas previamente (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997)²⁸. Este conjunto de intervenciones se conocen como Funciones Obstétricas²⁹ para el cuidado de emergencia. Se definen dos niveles de funciones obstétricas a nivel de los establecimientos con capacidad de resolver emergencias obstétricas:

Las funciones clave que deben proveer los establecimientos que cumplen funciones obstétricas básicas (FOB) son:

- 1) Administración de oxitócicos parenterales.
- 2) Administración de antibióticos parenterales.
- 3) Administración de anticonvulsivantes parenterales.
- 4) Extracción manual de la placenta.
- 5) Remoción de productos retenidos (ejemplo: Aspiración manual endouterina).
- 6) Parto vaginal asistido (ejemplo Vacuuxtractor).

Las funciones clave que deben proveer los Establecimientos que cumplen funciones obstétricas esenciales (FOE) son:

- 1-6) Las mismas 6 funciones de los establecimientos FOB más otras dos:
- 7) Efectuar cirugías (ejemplo Cesárea).
- 8) Realizar transfusiones de sangre.

A pesar de la demostrada efectividad individual de cada una de las intervenciones para resolver las complicaciones obstétricas, una situación que aún ha estado poco clara es el modo de entrega más eficiente y efectivo. Posiblemente esto sea la mayor dificultad y el reto actualmente existente en el camino hacia la reducción de la mortalidad materna.

²⁸ Maine D, Wardlaw T, Ward V, McCarthy J, Birnbaum A, et al. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF, WHO, UNFPA. 1997

²⁹ Mavalankar DV, Rosenfield A. Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care. Am J Public Health. 2005 Feb;95(2):200-3.

Esta dificultad se debe en parte a la imposibilidad de asegurar la infraestructura, el equipamiento, y el personal entrenado para proveer servicios de atención obstétrica con capacidad de resolver las emergencias obstétricas. Por ejemplo, cuando la población está dispersa en poblados pequeños el llegar a ellos con este paquete de servicios se hace bastante costoso y poco conveniente.

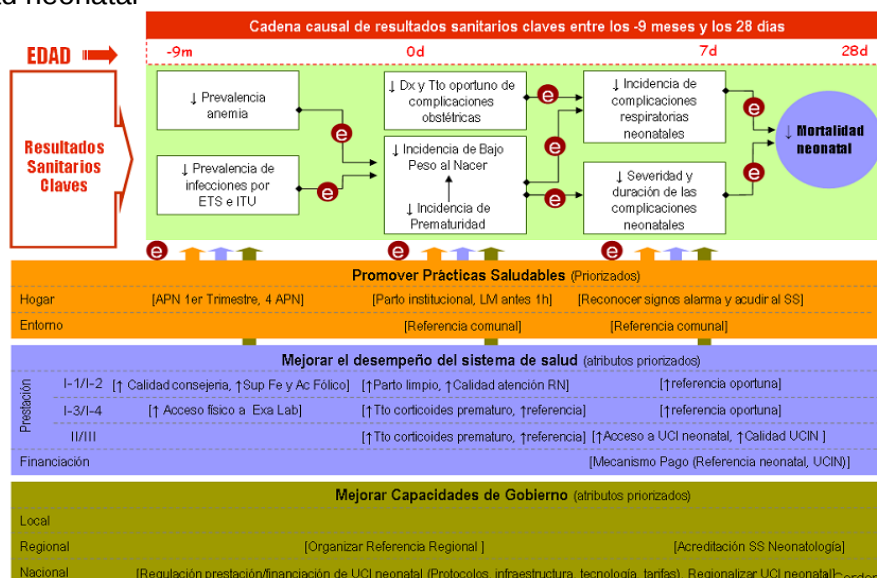
Se³⁰ ha identificado 4 modelos de atención obstétrica a nivel poblacional basado en dos parámetros: Quién atiende el parto y a dónde se refiere la paciente en caso esta se complique. Estos modelos surgen del estudio de casos de las experiencias (exitosas) de algunos países como ejemplos característicos de estos modelos.

Esquema para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal

En el gráfico N° 9 se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones priorizadas para modificar los resultados sanitarios claves vinculados con la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal³¹. El proyecto se focaliza en tres momentos de ciclo de vida y en seis resultados claves, de cuales, tres ya fueron comentados en el esquema anterior (prevalencia de anemia en gestantes, prevalencia de infecciones por ETS e ITU, Bajo peso al nacer) y los tres restantes a continuación son explicados:

- Reducir la incidencia de las complicaciones respiratorias neonatales^{32, 33}, con énfasis en los 7 primeros días después del parto.
- Reducir la severidad y duración de las complicaciones neonatales³⁴.
- Incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, el cual incluye promover la atención del parto seguro.

Gráfica N° 9. Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal



³⁰Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? Bull World Health Organ 1999;77:399-406

³¹ Chomba E, McClure EM, Wright LL, Carlo WA, Chakraborty H, Harris H. Effect of WHO newborn care training on neonatal mortality by education. Ambul Pediatr. 2008 Sep-Oct; 8(5):300-4.

³² Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. Acta Paediatr. 2004 May; 93(5):643-7.

³³ Miller JD, Carlo WA. Pulmonary complications of mechanical ventilation in neonates. Clin Perinatol. 2008 Mar;35(1):273-81

³⁴ Askin DF. Complications in the transition from fetal to neonatal life. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 May-Jun; 31 (3):318-27.

Modelo prescriptivo

Consiste en la identificación de intervenciones y en la priorización de las mismas, que afectan o modifican los caminos causales, identificados en el modelo explicativo.

Principales intervenciones del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

Considerando las principales trayectorias de causalidad del problema de la Mortalidad Materna y del Neonato, se ha trazado los principales ejes de las intervenciones, los que a continuación se detallan:



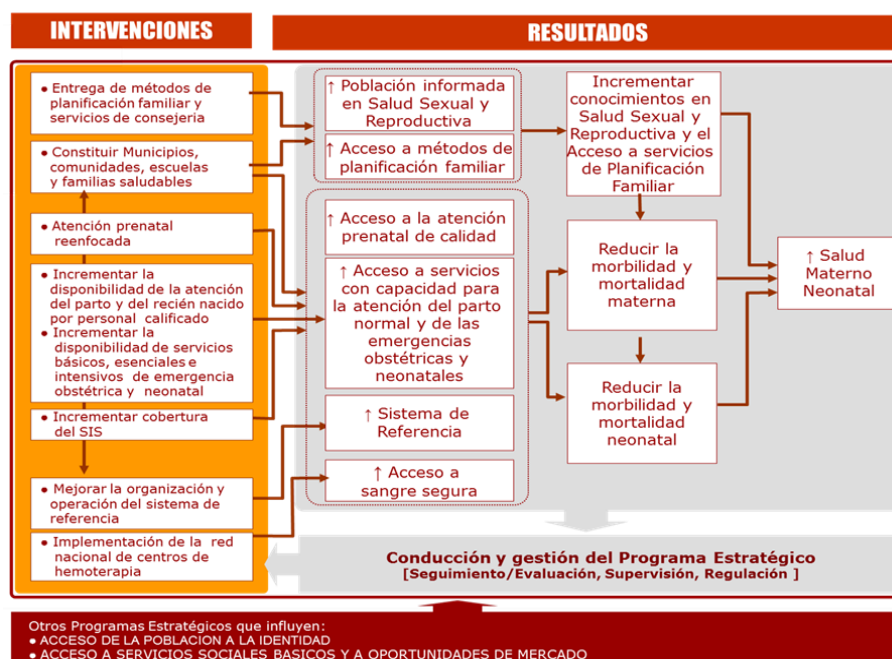
Las intervenciones del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, identificadas por el Ministerio de Salud, se focalizan en tres momentos del ciclo de vida: Antes del embarazo, durante el embarazo y el parto, y durante el periodo neonatal.

Modelo Lógico del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

En el Modelo Lógico, se identifican los principales resultados y su interrelación entre ellos, igualmente se identifican las principales intervenciones a través de los cuales se conseguirán los resultados esperados.

Las intervenciones que forman parte del Modelo Lógico, corresponden a bienes y servicios entregados directamente al ciudadano y una vez recibidos por ellos se convierten en productos y estos tienen un código presupuestal.

Gráfico N° 10. Modelo Lógico del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal



Productos del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

Todas estas intervenciones solas o agrupadas forman en conjunto un total de 23 productos (2013), cada uno de los cuales tienen expresión presupuestal y códigos estándares que son utilizados por todas las entidades de los diferentes niveles de Gobierno. Estos códigos permanecen en el tiempo aun con el cambio del año fiscal.

Los productos: 3033287 Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Salud Materno Neonatal y 3044277 Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control de la Salud Materno Neonatal, para el año 2014, se les incluyen en el producto: 3000001 Acciones Comunes. El producto: 3033301 Pre Inversión de la Implementación de la Red de Centros de Hemoterapia Tipo I y TIPO II, para el año 2014 desaparece y se incluye en proyectos de Pre Inversión (PARSALUD). Por tal motivo, para el presente año (2014), el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PPSMN) está constituido por un conjunto de 21 productos de acuerdo a la Estructura Funcional Programática, que se detallan a continuación

Tabla N° 6. Productos del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal - 2014

N°	CODIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTO 2014
1	3000001	ACCIONES COMUNES
2	3000002	POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
3	3000005	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO
4	3033172	ATENCION PRENATAL REENFOCADA
5	3033288	MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
6	3033289	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
7	3033290	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
8	3033291	POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
9	3033292	POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
10	3033294	ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES
11	3033295	ATENCION DEL PARTO NORMAL
12	3033296	ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO
13	3033297	ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO
14	3033298	ATENCION DEL PUERPERIO

N°	CODIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTO 2014
15	3033299	ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES
16	3033300	ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
17	3033304	ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL
18	3033305	ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL
19	3033306	ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES
20	3033307	ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES – UCIN
21	3033412	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Entidades Involucradas en la Gestión de Productos por niveles de gobierno

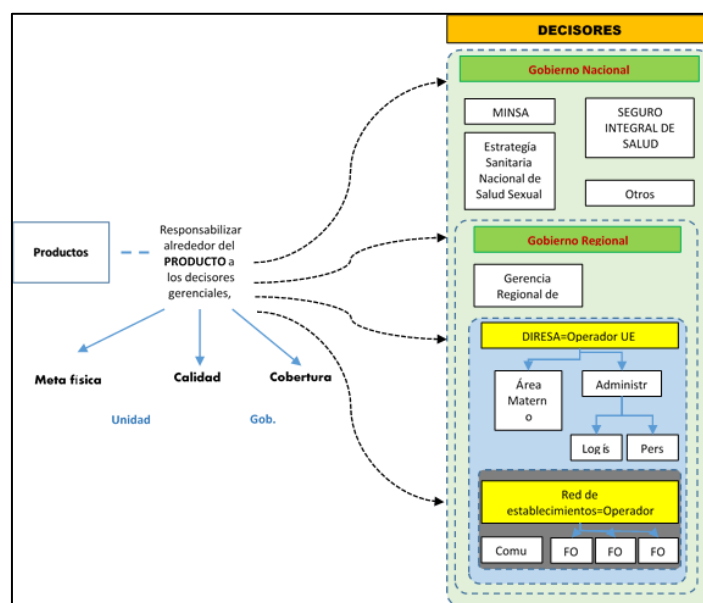
El Ministerio de Salud es responsable técnico de ocho programas presupuestales, los cuales en una lógica de gestión en los Insumos críticos, actividades e intervenciones o productos, lleguen a un resultado que modifique una realidad sanitaria negativa de la población:

CODIGO	PROGRAMAS PRESUPUESTALES	RESPONSABLE TECNICO
001	Programa Articulado Nutricional	Ministerio de Salud: Director General de Salud de las Personas
002	Salud Materno Neonatal	
0016	Enfermedades Transmisibles TBC/VIH/SIDA	
0017	Enfermedades Transmisibles Metaxenicas y Zoonoticas	
0018	Enfermedades No Transmisibles	
0024	Prevención y Control del Cáncer	
0064	Inclusión Integral Social de las Personas con Discapacidad	
0104	Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Medicas	

Fuente: RM N° 589-2014/MINSA

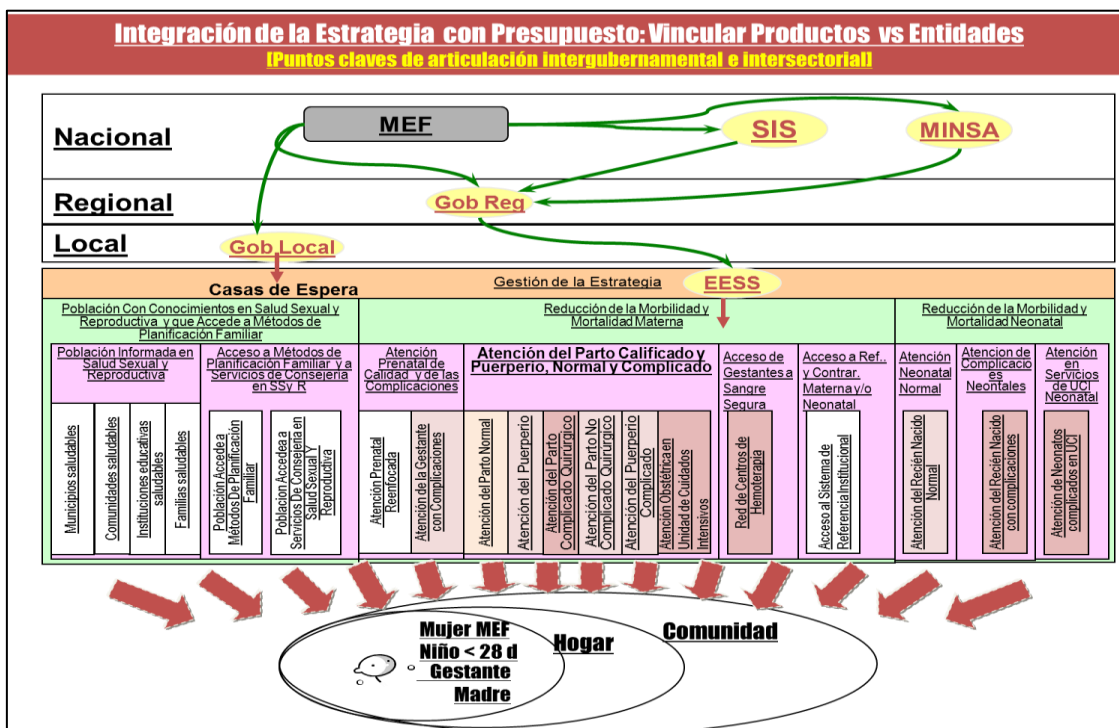
Para el año fiscal 2014, respecto al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, el responsable técnico es la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA.

Grafico N°11. Entidades Involucradas en la Gestión de Productos por niveles de gobierno



Fuente: Elaboración propia

En el **Grafico N° 12**, se muestra la vinculación entre las entidades alrededor de los productos, tal como fue diseñado originalmente.



Fuente: Elaboración propia, adaptación del esquema del Programa Articulado Nutricional

Entidades Involucradas en la Gestión de Productos por niveles de gobierno son las siguientes:

- Gobierno Nacional: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Integral de Salud (SIS), Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto de Gestión de Servicios de salud (IGSS)
- Gobiernos Regionales: los 25 gobiernos regionales del país. Estos Gobiernos Regionales que a través de más de 200 Unidades Ejecutoras y más de 8,000 establecimientos de salud son responsables de la entrega directa de los productos a los beneficiarios
- Gobiernos locales: 265 municipalidades

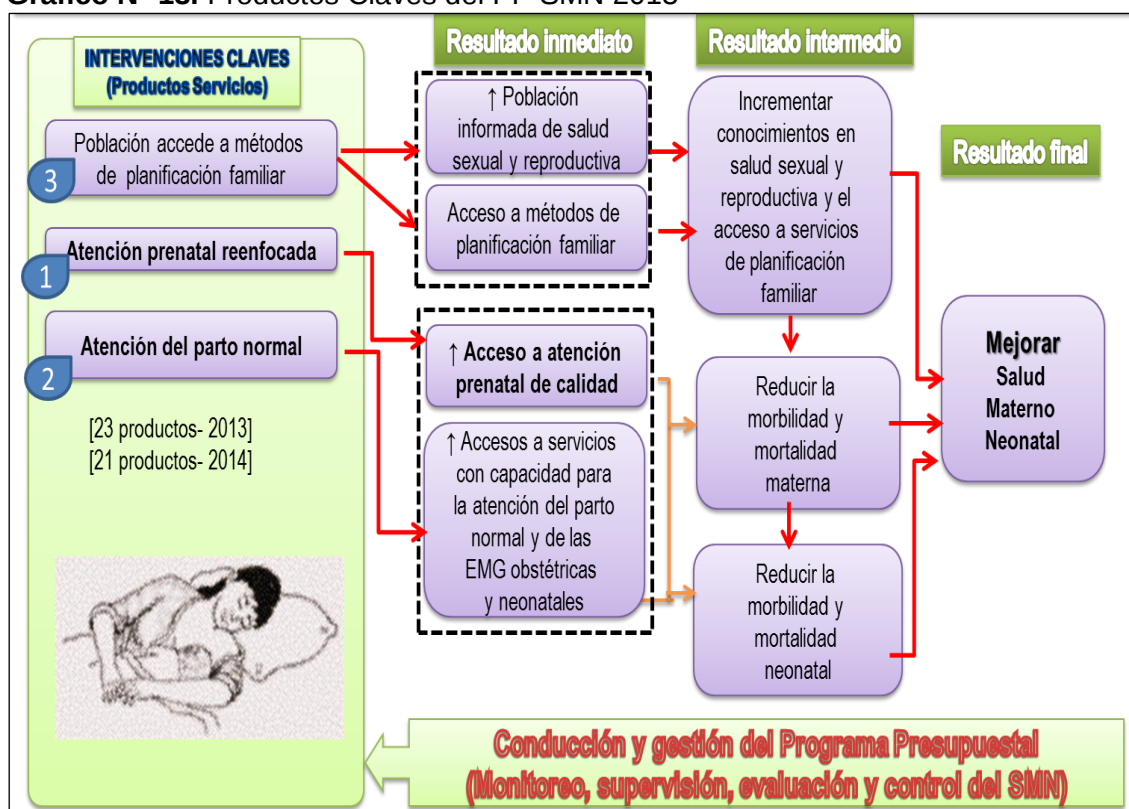
2. Prioridad y concentración de presupuesto en intervenciones claves

Prioridad en intervenciones claves

El Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal, se diseñó en el año 2008 dentro del marco de la gestión por resultados, de acuerdo a la Directiva de Programación Presupuestaria Estratégica³⁵.

Producto del trabajo en análisis y sistematización de la lectura mediante evidencia científica, se identifica la priorización de Intervenciones claves que impacten a nivel del Resultado Inmediato, Intermedio y Final del programa. En las intervenciones o productos, el sector salud elabora definiciones operacionales y criterios de programación que permiten luego estimar el costo y asignar el presupuesto necesario:

Grafico N° 13. Productos Claves del PP SMN 2013



Las mismas que contienen un número de actividades.

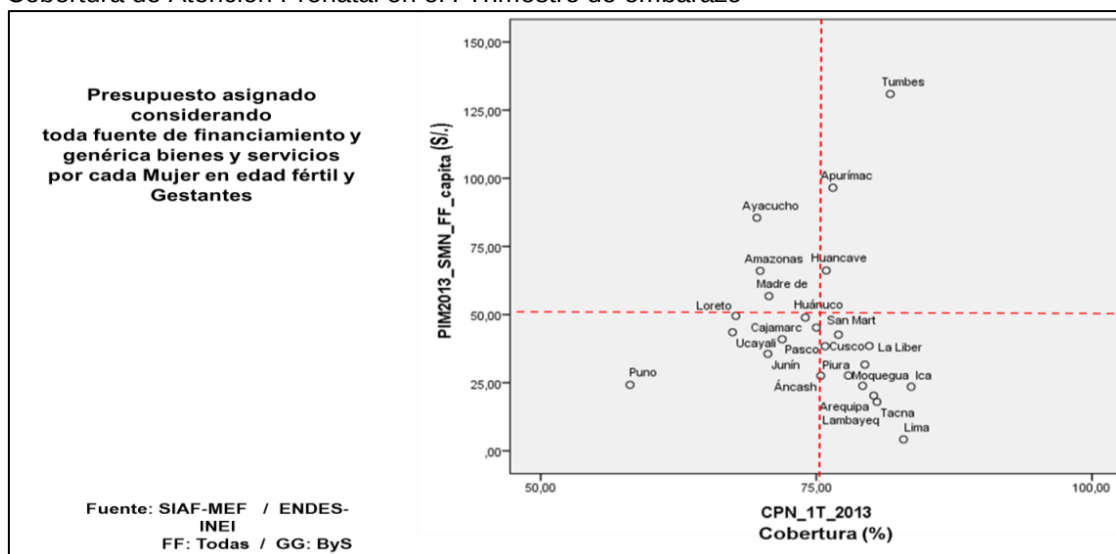
³⁵ Guía Metodológica para la Programación Presupuestaria Estratégica de acuerdo con la Resolución Directoral N° 028-2008-EF/76.01

Concentración de presupuesto en intervenciones claves

En el diseño del PPSMN se había establecido una ruta crítica y por tanto se tenían identificados productos prioritarios, de igual forma se busca la distribución equitativa del presupuesto para promover la cobertura poblacional frente a los riesgos de enfermar o morir, cobertura prestacional y cobertura financiera de la población objetivo del programa. Así podemos observar en el Grafico N° 14 como la asignación per cápita por cada mujer en edad fértil (MEF) y gestante se distribuye mediante la gestión de cada gobierno regional a la cobertura de acceso a las MEF a usar un método de planificación familiar, también se muestra la cobertura de Atención Prenatal al I Trimestre de la gestación y la cobertura de la Atención de parto institucional.

La distribución del PIM 2013 a nivel regional, por financiamiento cápita de cada Mujer en Edad Fértil - MEF y Gestantes, así el presupuesto para el Producto “Atención de Control Prenatal 1er trimestre”, en los departamentos de Puno, Ucayali, Pasco, Junín, Ancash y Cajamarca contaron con la cápita alrededor de los S/50 soles y ejecutaron su meta física en un rango inferior al 75% de cobertura en el indicador mencionado, sin embargo los departamentos de San Martín, Lima, La Libertad, Moquegua, Ica, Tacna entre otros, con el mismo cápita (alrededor de 50 soles), la cobertura del mismo indicador fue superior al 75%, es decir fueron eficientes al utilizar igual o menor financiamiento para superar el 75% de cobertura. También se observa departamentos como Amazonas, Ayacucho y Madre de Dios, donde la asignación per cápita estaba por encima de los S/.50 soles, es decir tenía el mayor porcentaje de presupuesto sin embargo la cobertura de control prenatal al 1er Trimestre, era inferior al 75%, es decir tuvieron mayor asignación presupuestal pero no superaron la cobertura del 75%. Por último tenemos el caso de los Departamentos de Tumbes, Huancavelica y Apurímac que sobrepasaron los 100 soles per cápita superando la cobertura de 75%, es decir, para obtener la cobertura mayor del 75% requirió del doble de presupuesto en relación a otras regiones.

Grafico N°14. Presupuesto Asignado (Cápita) al PPSMN (PIM 2013) Vs Producto Trazador Cobertura de Atención Prenatal en el I Trimestre de embarazo



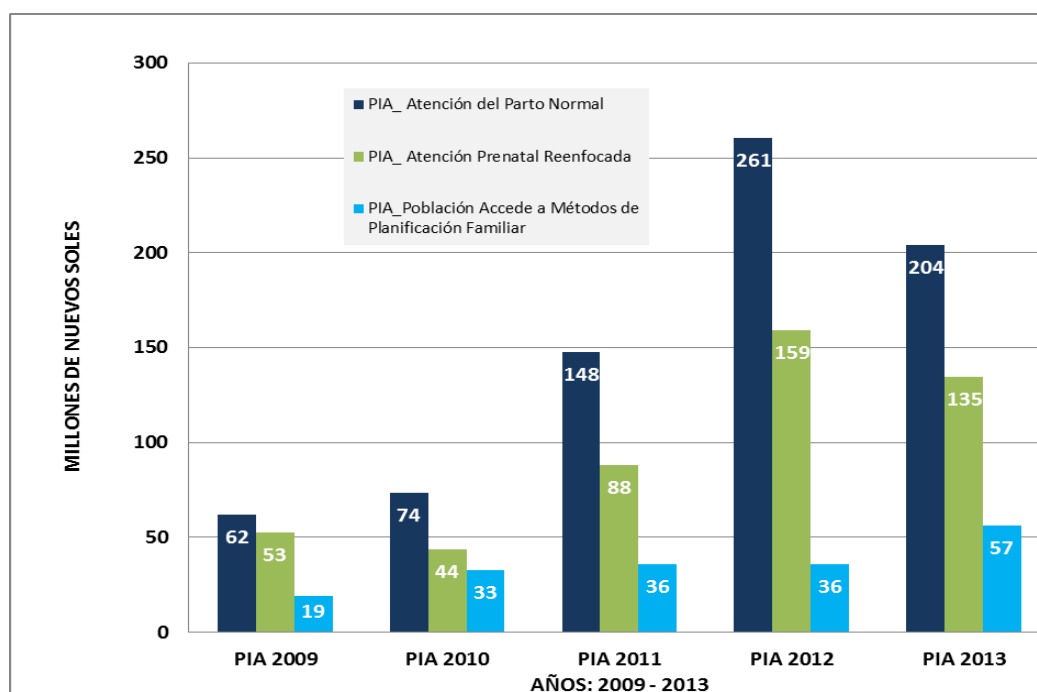
Fuente: Elaboración propia con registros del SIAF

Ante esta situación, se necesitaban algunos reajustes como el de concentrar el presupuesto en aquellos productos identificados como prioritarios por su mayor

eficacia, las intervenciones que según el modelo lógico tienen mayor relevancia por su eficacia son el Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive, Acceso de gestantes al servicio de atención de partos calificados y puerperio normal y complicado según capacidad resolutive, Acceso de gestantes a sangre segura y Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva.

La asignación presupuestal en estas intervenciones claves representa el 37.8% del total del presupuesto del PP SMN para el año 2013.

Grafico N° 15. Presupuesto institucional de apertura de intervenciones claves del año 2009-2013 (millones soles)



Fuente: Fuente: Elaboración propia con registros del SIAF

Como se observa en el Grafico N°15, en términos absolutos el PIA 2013 del PPSMN tuvo un incremento de 302% en relación al año 2009. El producto de Parto normal fue el que se incrementó en mayor proporción que los otros dos, llegando a un aumento del 329% al año 2013 respecto al 2009, le siguió el producto Población accede a Métodos de Planificación Familiar (294%) y la intervención Atención Prenatal Reenfocada, en el año 2013 se vio incrementado sus recursos presupuestales en 256% en relación al PIA 2009.

3. Reglas de asignación presupuestal para proteger intervenciones claves

Otro aspecto importante, son las reglas de asignación presupuestal. Para el Ministerio de Economía y Finanzas, la Estructura Funcional Programática, es la herramienta de gestión presupuestaria y está compuesta típicamente por cuatro segmentos. Mediante el segmento “ **4 clasificador de gasto**” se fija las reglas (normas, parámetros) de

asignación y reasignación del gasto público, de tal manera, que se pueda ejercer un eficaz control del gasto y cumplir **con las metas de la política macroeconómica (ver gráfico N° 16).**

Gráfico N° 16. Estructura Funcional Programática



Antes de la implementación del PP SMN la unidad ejecutora supuestamente asignaba el presupuesto a sus establecimientos de salud de acuerdo al nivel resolutivo de las mismas, la cartera de servicios y de la población asignada; sin embargo se observan al menos 04 razones del por qué estas intervenciones claves a pesar de tener un mayor presupuesto no estaban incidiendo en los indicadores de desempeño:

- El presupuesto histórico solicitado por las Unidades Ejecutoras no necesariamente se vinculaba con las carencias en salud de los usuarios. La priorización del presupuesto no guardaba relación con la priorización de resultados o intervenciones.
- Las Unidades Ejecutoras, probablemente (en algunos casos) planificaban, adquirían y distribuían insumos (bienes y servicios) que no se ajustan con las necesidades del establecimiento de salud para producir los servicios necesarios en la entrega de los Productos tales como: Atención de Control Prenatal Reenfocado o Atención de Parto Normal o Población accede a Métodos de Planificación Familiar o cualquier otro producto.
- El establecimiento de salud responsable directo de la entrega del producto al ciudadano, no contaba con todos los insumos necesarios para entregarle al usuario un servicio que se ajuste a un estándar básico de calidad, como el usuario no podía pagar no recibía el producto.
- Las Mujeres en Edad Fértil, las Gestantes o las madres pobres no utilizaban los servicios de salud preventivos por desconocimiento, por mala experiencia

anterior como demoras y cobro por la atención o por poca valoración de la necesidad del servicio.

En ese sentido la asignación del gasto distaba de las necesidades del usuario, no expresaba las limitaciones de los establecimientos de salud, ni mucho menos la cantidad de beneficiarios que debía atender el establecimiento para cada uno de los productos.

Por ello en el marco de PpR se establece pautas para mejorar la asignación:

- El adicional de presupuesto se asigna directamente a los tres PRODUCTOS que son la clave de la apuesta estratégica de acuerdo a las evidencias.
- Los recursos financieros de los programas presupuestales son protegidos en la Ley de presupuesto correspondiente a cada año a partir del 2007.
- La asignación adicional está sujeto al cumplimiento de condiciones tal como se dio en los años 2010, 2011 y 2012 nivel nacional, a partir del 2013 esta asignación presupuestal para los pliegos (regiones) se realiza a través del SIS.
- Los recursos financieros asignados en las cadenas presupuestales claves para la adquisición de bienes y servicios, son reasignados de acuerdo al listado estandarizado (Kits) de bienes y servicios del Producto.

Estos ajustes permitieron una mayor concentración de presupuesto sobre todo en los pliegos regionales en estos tres productos claves.

4. Articulación de reglas de asignación y reasignación presupuestal con la gestión del punto final de atención

Si bien las reglas de asignación son importantes, también es importante que los recursos lleguen al establecimiento de salud, que es el punto final de atención. Existen más de 8000 establecimientos de salud (Postas, Centros de Salud, Hospitales, e Institutos de capacidad resolutoria I-1 al I-4, II-1 al II-2, III-1 al III-2) que brindan servicios de acuerdo a su nivel de resolución. En aquellos que son unidad ejecutora como es el caso de la mayoría de hospitales II-2, III-1 y III-2, la orientación de los recursos asignados es directa; lo que no sucede para el caso de los establecimientos de salud de resolución I-1 al I-4 (Postas y centros de salud), en cuyos casos la asignación de los recursos depende de la unidad ejecutora (Red de Salud o Dirección de Salud).

La importancia de la planificación de los recursos desde los puntos de atención y el consolidado en la unidad ejecutora (programación de abajo hacia arriba) permite conocer la necesidad real de los establecimientos de atención; actualmente se cuenta con un instrumento que permite hacer el seguimiento desde la programación de los insumos, adquisición y distribución de los mismos a los puntos de atención, conocido como aplicativo SIGA – Módulo de programación (PpR).

Se han identificado hasta tres flujos claves en la asignación del presupuesto, el flujo del dinero, el flujo de los datos claves para estimar el presupuesto y el flujo de los bienes y servicios adquiridos por las entidades que ejecutan el presupuesto (ver figura N° 9).

El flujo del dinero: Como parte del proceso de formulación del Presupuesto Público, que se realiza todos los años entre los meses de Junio y Julio del año anterior, el Ministerio de Economía y Finanzas, asigna a los Pliegos el presupuesto que debe responder a la programación operativa que hacen sus unidades ejecutoras, a partir de ello, el Pliego formula el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA).

El Proyecto de Ley del Presupuesto para cada año fiscal llega a la Comisión de Presupuesto del Congreso y mientras dure el debate del mismo (hasta el 30 de noviembre) éste tiene el derecho de hacer proposiciones y modificaciones³⁶. Los presupuestos institucionales de apertura correspondientes a los pliegos del sector público se aprueban a más tardar el 31 de diciembre de cada año fiscal³⁷.

Si bien los Gobiernos Regionales tienen autonomía financiera y administrativa, el uso de los recursos asignados a los programas presupuestales es protegido por la Ley de Presupuesto correspondiente a cada año. El MINSA realiza el seguimiento y monitoreo en la adquisición de los insumos en función al listado estandarizado de insumos (Kits) establecido para cada producto presupuestal, de esta manera se ejerce un control en la adquisición por parte de las unidades ejecutoras.

El Flujo de los datos claves: Tres son los datos claves para estimar el presupuesto requerido por una institución para entregar los productos (servicios) a la población.

- Primero, la **función de producción** a partir del cual se puede identificar que insumos (bienes y servicios) y cuanto de ellos se necesita para entregar el producto a un ciudadano, entre los insumos considerados están el recurso humano que atiende el parto normal, los equipos biomédicos entre otros insumos que forman parte del producto y a partir del cual se puede estimar el costo unitario para cada producto.

- Un segundo dato es la **meta física**, es decir la cantidad de ciudadanos (beneficiarios) que recibirán la entrega del producto. La meta física se estima para cada punto de atención.

- Un tercer dato son los **precios de los insumos**. Estos varían entre las diferentes Unidades Ejecutoras del país, por ejemplo el presupuesto requerido para un producto en Loreto es diferente al entregado en Lima. Idealmente el presupuesto requerido por la Unidad ejecutora en el momento de la planificación operativa debe comprender la suma del presupuesto requerido por cada establecimiento de salud de su ámbito.

Flujo de Bienes y Servicios: Todos los años a partir del presupuesto institucional al inicio del ejercicio (PIA) que usualmente se incrementa con las transferencias que recibe (PIM), la entidad contrata servicios y adquiere bienes, por lo tanto no empieza de cero cada ejercicio y es posible que cuente con insumos en almacén, con bienes de capital ya instalados en las diferentes dependencias de la institución y con personal nombrado que ya tiene asegurado presupuesto público a través de las planillas. A partir de estos datos es posible determinar el stock de personal y de activos fijos por cada punto de atención. Esta información es proporcionada por el Sistema de gestión administrativa (SIGA), es posible identificar si los activos fijos que cuenta la institución se corresponden con el estándar requerido para la entrega del producto, su estado de

³⁶ Artículo 76 y 81 del Reglamento del Congreso de la República

³⁷ Artículo 23 del texto único ordenado de la Ley 28411, aprobado por DS 304-2012-EF y modificatorias.

En el Grafico N° 17, se puede observar que son 3 los flujos importantes en la asignación del presupuesto.

Sistemas y Procesos que regulan los flujos claves

El diagrama ilustra los flujos clave entre la Unidad Ejecutora, EESS, MEF y otros actores. Los flujos de dinero (verde) van desde la Unidad Ejecutora hacia EESS y MEF, y desde EESS hacia la Cartera de Clientes. Los flujos de datos clave (azul) van desde la Unidad Ejecutora hacia EESS, y desde EESS hacia la Cartera de Clientes. Los flujos de bienes/servicios (púrpura) van desde la Cartera de Clientes hacia la Producción y los Bienes de Capital.

Los flujos de dinero (verde) son:

- Unidad Ejecutora → EESS (Flujo de dinero)
- Unidad Ejecutora → MEF (Flujo de dinero)
- EESS → Cartera Clientes (Flujo de dinero)

Los flujos de datos clave (azul) son:

- Unidad Ejecutora → EESS (Flujo de dato clave)
- EESS → Cartera Clientes (Flujo de dato clave)

Los flujos de bienes/servicios (púrpura) son:

- Cartera Clientes → Producción (Flujo de Bien/Servicio)
- Cartera Clientes → Bienes de Capital (Flujo de Bien/Servicio)

Los flujos de dinero (verde) también incluyen:

- Unidad Ejecutora → EESS (Flujo de dinero)
- Unidad Ejecutora → MEF (Flujo de dinero)
- EESS → Cartera Clientes (Flujo de dinero)

Los flujos de datos clave (azul) también incluyen:

- Unidad Ejecutora → EESS (Flujo de dato clave)
- EESS → Cartera Clientes (Flujo de dato clave)

Los flujos de bienes/servicios (púrpura) también incluyen:

- Cartera Clientes → Producción (Flujo de Bien/Servicio)
- Cartera Clientes → Bienes de Capital (Flujo de Bien/Servicio)

Para estimar el presupuesto requerido por una entidad, es importante tomar en cuenta las existencias (stock) de insumos, de equipos y de personal. A través de este instrumento SIGA se cuenta con información de la disponibilidad de equipos, sus características, estado de conservación, tiempo de vida útil, su ubicación física en el punto de atención, entre otras características de tal manera que se puede programar la cantidad de equipos a requerir y/o para la reposición de los mismos.

Por este motivo, en la Ley 29465, Ley del Presupuesto Público para el año 2010, en la cuadragésima disposición transitoria, se dispuso la creación del Aplicativo para la Gestión y Seguimiento de Insumos y Productos en Presupuesto por Resultados (SIP-PpR), a cargo de la Dirección Nacional del Presupuesto Público del Ministerio de

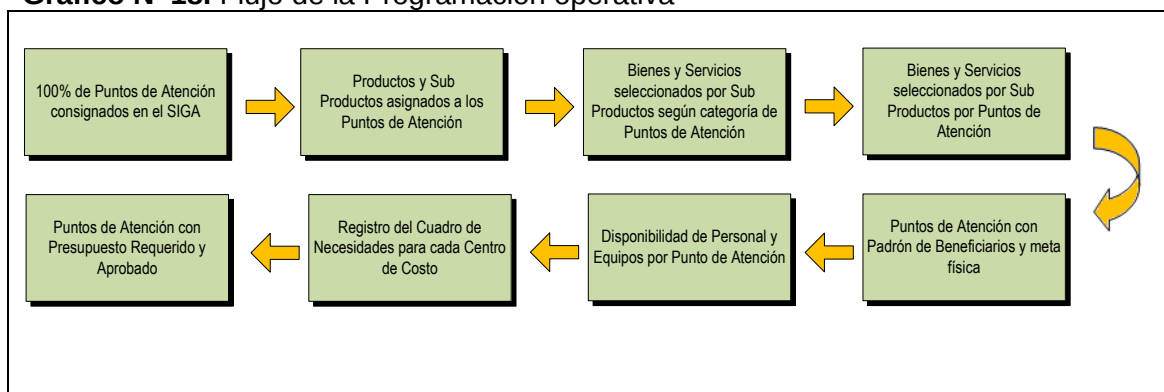
Economía y Finanzas, con el objeto de registrar, verificar y monitorear el uso de los insumos necesarios para la prestación de los productos o bienes y servicios públicos.

El aplicativo SIP-PPR, que se conoce también como SIGA, consta de 3 módulos: el módulo de programación donde se personaliza las necesidades de cada punto de atención a partir de un listado de bienes y servicios estándar establecidos por el MINSA, el módulo de logística que permite elaborar el cuadro de necesidades, las adquisiciones, el ingreso y salida de bienes del almacén y el módulo de patrimonio que permite mostrar la disponibilidad de activos fijos por punto de atención.

Los módulos de Logística y patrimonio del SIGA, han sido implementados desde el año 2004 por el Ministerio de Economía y Finanzas en ejecutoras de salud, sin embargo su uso era mínimo hasta el año 2009. Recién cuando se incorpora el módulo de programación incrementa el uso de este instrumento y ha permitido automatizar el proceso de programación en más de 200 unidades ejecutoras de salud, permitiendo contar con información de las necesidades de más de 8,000 establecimientos de salud.

Para la Programación Operativa, cuya finalidad es estimar la cantidad y presupuesto requerido de insumos para cada producto, se han establecido las fases que a continuación se detallan:

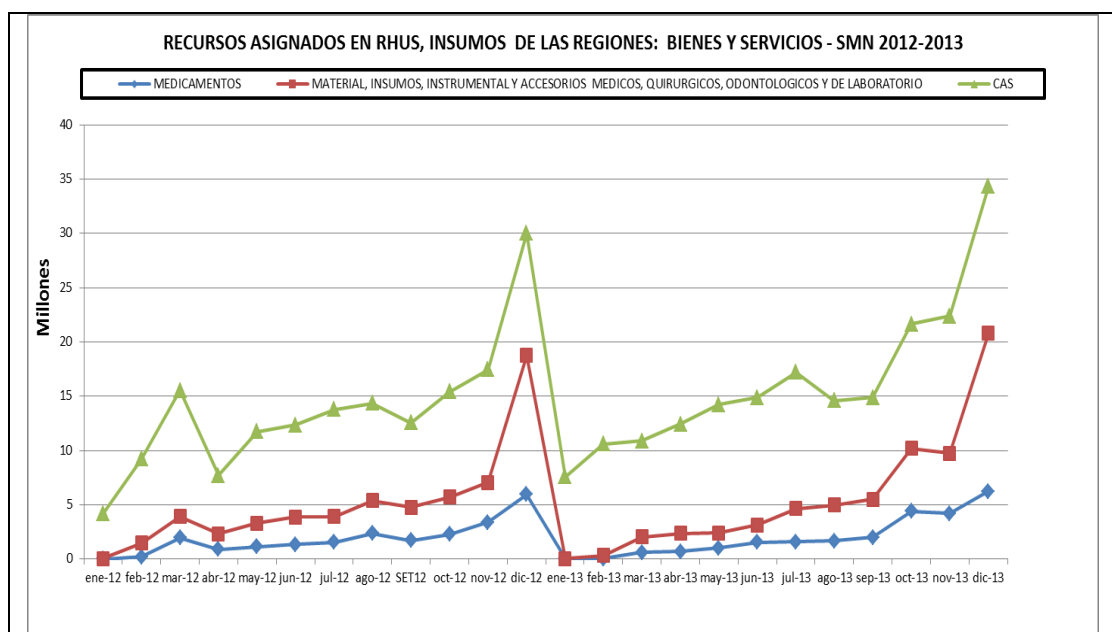
Grafico N° 18. Flujo de la Programación operativa



El Ministerio de salud además de haber elaborado y aprobado el listado de bienes y servicios asociados al producto, en coordinación con la Dirección General de Presupuesto Público se encargó de hacer la difusión y capacitación a los equipos a las Unidades Ejecutoras del país para mejorar la programación operativa, toda vez que desde el año 2010 los presupuestos adicionales se asignaron contra la programación registrada en el SIGA por punto de atención.

Como consecuencia de centrar la atención en la gestión del producto final se consiguió a partir del 2010 una mejor estructura del gasto, de solo financiar los suministros médicos se pasó a financiar otros gastos como el pago de personal, combustible para el desplazamiento del personal en zonas rurales y para el traslado de los biológicos, etc, ello se aprecia en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 19. Distribución del presupuesto asignado a los pliegos regionales para bienes y servicios 2012 - 2013.



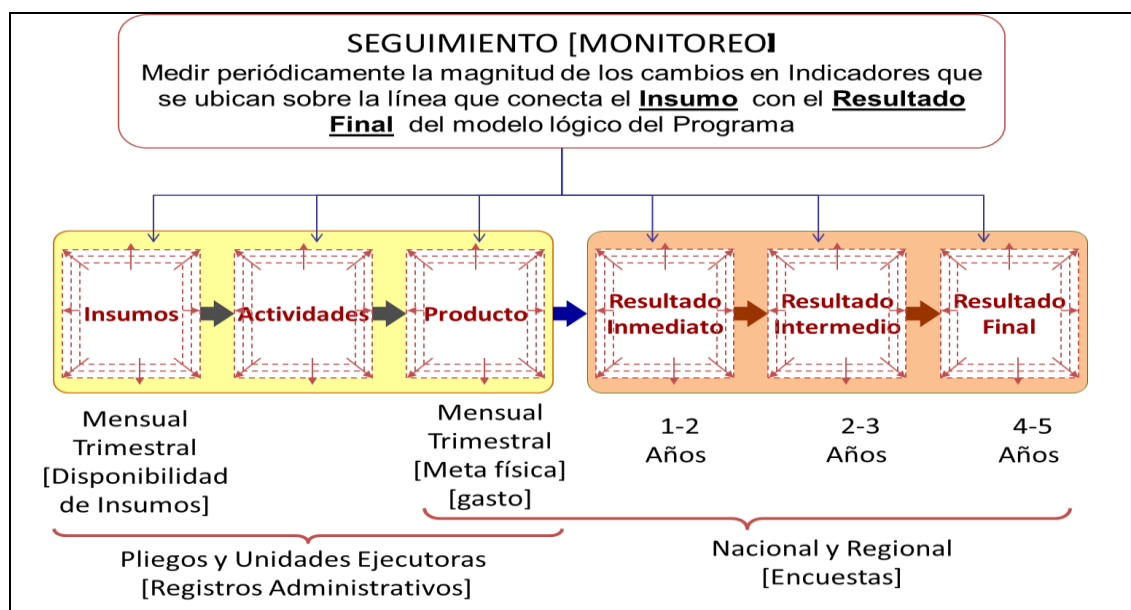
Fuente: Fuente: Elaboración propia con registros del SIAF 2012 – 2013

5 Seguimiento y Monitoreo del Programa Presupuestal

La medición periódica de la magnitud de los cambios obtenidos a través de indicadores de resultados y de productos es muy importante para evaluar el avance del Programa Presupuestal. Ello se hace sobre la línea que conecta los insumos y los resultados que forman parte del modelo lógico del Programa Presupuestal.

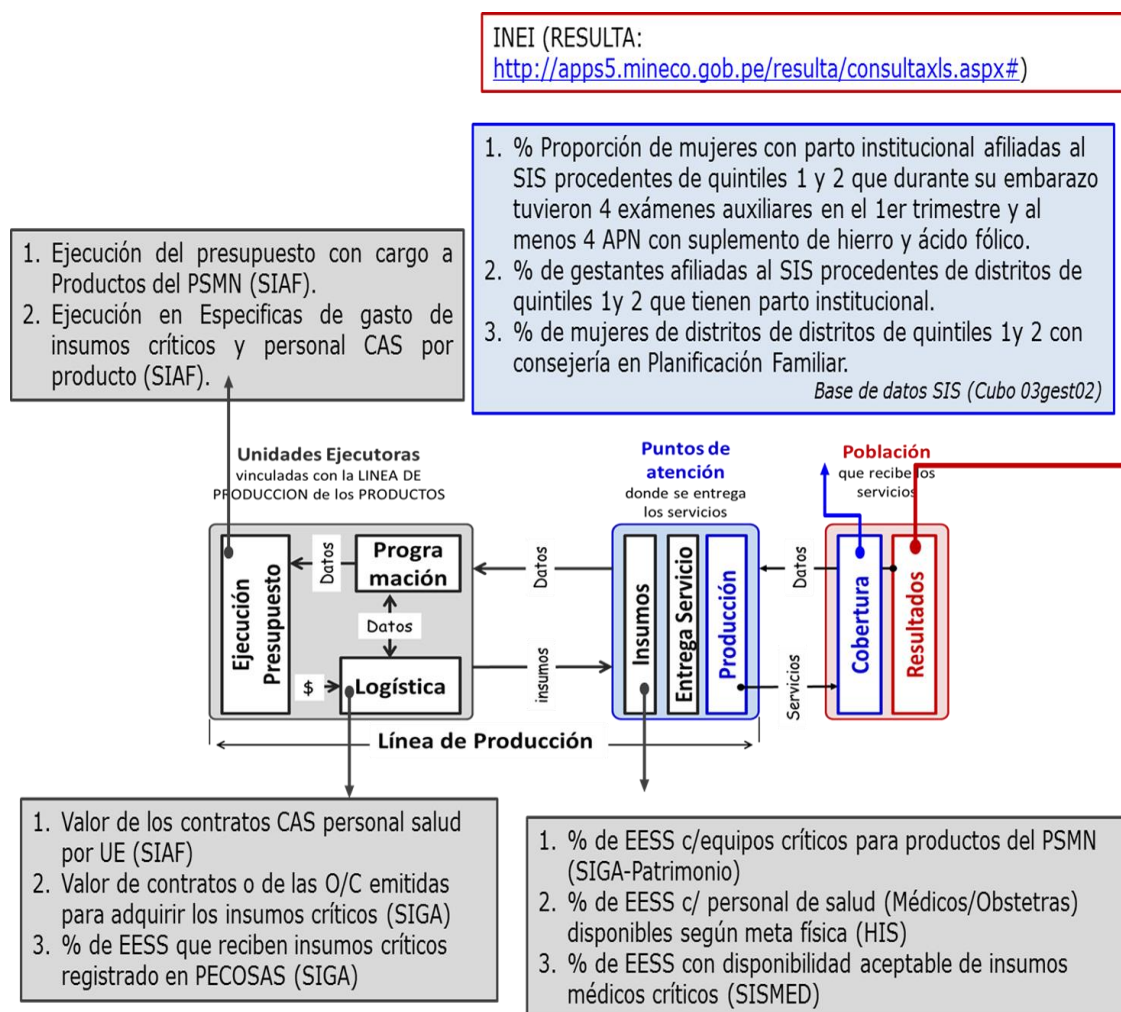
La medición de los indicadores si bien pueden hacerse anualmente, el seguimiento debe considerar los periodos de 4 a 5 años para el resultado final, 2 a 3 años para el resultado intermedio y de 1 a 2 años para los resultados inmediatos, véase gráfico 20.a. Los cambios en los resultados se evidencian a través de encuestas nacionales que se realizan con periodicidad anual para el ámbito nacional, áreas y dominios de residencia, departamental etc. Por otro lado los indicadores de producto podrían medirse de manera mensual, trimestral o anual con registros administrativos. Para los Programas Presupuestales se generan encuestas nacionales que miden la cobertura de los indicadores claves como en el caso del PP SMN.

Grafico 20.a Periodicidad entre la medición de indicadores de insumo, producto y resultado.



Otro cambio que se mide es la disponibilidad de insumos críticos relacionados a la entrega del producto, por ejemplo la disponibilidad de medicamentos para la atención del parto o los métodos de planificación familiar (píldoras, inyectables, condones, entre otros) o cualquier otro medicamento necesario. Igualmente la disponibilidad de equipos y de recursos humanos críticos, sin los cuales el incremento en la cobertura de los productos no se garantiza. Se mide con una periodicidad mensual o trimestral. En el Grafico N° 20.b, se observa la conexión entre los indicadores de insumos, productos y resultados.

Grafico N° 20.b Conexión entre los principales indicadores de insumos, productos y resultados, para el seguimiento a la implementación del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal



Los indicadores expresan los cambios que se espera obtener con las intervenciones propuestas. Para la entrega del producto a los ciudadanos, se realizan un conjunto de actividades (proceso) que usan insumos y su medición está referida a la disponibilidad (stock suficiente) de determinados tipos de insumos, ello pasa por la programación presupuestal y la ejecución del presupuesto (adquisiciones). Por ejemplo en un FONB, las puérperas deben recibir la consejería y un método de planificación familiar (si es su elección). Igualmente la gestante que acude al EESS al primer trimestre de gestación, por falta de una centrifuga, reactivos o por falta de personal en el laboratorio, ésta gestante perderá la oportunidad de tener los exámenes completos en el primer trimestre de gestación, entonces por falta de disponibilidad de insumos críticos se afecta la cobertura de productos priorizados para mejorar los resultados del Programa Presupuestal.

III.2 AVANCES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

1. Evolución de Indicadores de Desempeño

Los indicadores de desempeño, nos permiten conocer cuánto se está avanzando respecto a los objetivos de un Programa Presupuestal (PP) y cuanto de la brecha o necesidad de una población se está reduciendo. Se espera que las intervenciones, organizadas bajo el esquema de los PP, contribuyan de una manera más rápida y efectiva en mejorar los indicadores.

Matriz de seguimiento de indicadores de desempeño (con los niveles de resultado del modelo lógico)

Tabla N° 7 Perú: Principales indicadores del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, 2009-2013

Resultado Final	Indicadores	2009	2010	2011	2012	2013
Mortalidad Neonatal	Tasa de Mortalidad Neonatal (x 1,000 nv)	13	11	10	13	12
Mortalidad Materna	Razón de Mortalidad Materna (x 100,000 nv)	103	93	93	89	89
Resultados intermedios	Indicadores	2009	2010	2011	2012	2013
Reducción de la morbilidad y mortalidad materna	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales	57.6	61.9	62.5	67.3	68.5
	Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural	7.5	8.4	8.2	10.8	11.5
Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	Proporción de Control Prenatal Refocado en el 1er Trimestre	72.4	73	74.9	75	77.4
Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas	15	16.2	15.8	17.5	18.5
	Proporción de mujeres en edad fértil (MEF) en unión que usa algún método de planificación familiar	73.2	74.4	75.4	75.5	74
Resultados inmediatos	Indicadores	2009	2010	2011	2012	2013
Población informada en salud sexual y reproductiva	Proporción de Mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar	99.3	99.6	99.5	99.6	99.8
Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familia	6.9	6.9	6.1	8.2	9
Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive	Proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre de gestación	72.4	73	74.9	75	77.4
	Proporción de gestantes que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales	80.8	81	83.5	84.5	87.3
Acceso de gestantes a servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicado según capacidad resolutive.	Numero de EESS calificados para cumplir con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB)	282	281	369	354	619

Fuente: ENDES-INEI/ENESA-INEI

En relación al Indicador de impacto, Razón de Mortalidad Materna (RMM), según estimaciones de ENDES, se redujo en el periodo 2000 al 2010, de 185 a 93 MM por 100,000 NV respectivamente (véase Gráfico N°2 del capítulo de Antecedentes), y como se observa en la tabla N° 7, en el año 2013 se reduce hasta 89 MM por 100,000 NV; este indicador disminuye el riesgo de morir que experimenta una mujer cuando se expone al embarazo y al parto.

El Indicador de Tasa de Mortalidad Neonatal en el Perú, muestra una reducción importante en el periodo 1993-2000 al pasar de 27 por 1,000 NV a 12 por 1,000 NV (véase Gráfico N° 04 del capítulo Antecedentes), sin embargo como se muestra en la Tabla N° 7 en los últimos años 2012 y 2013 su descenso a nivel nacional ha sido mínimo. En el quinquenio 2009-2013, este indicador mostró una disminución importante en el área rural de 17 a 13 por cada 1,000 NV respectivamente (véase tabla N° 04 del capítulo Antecedentes).

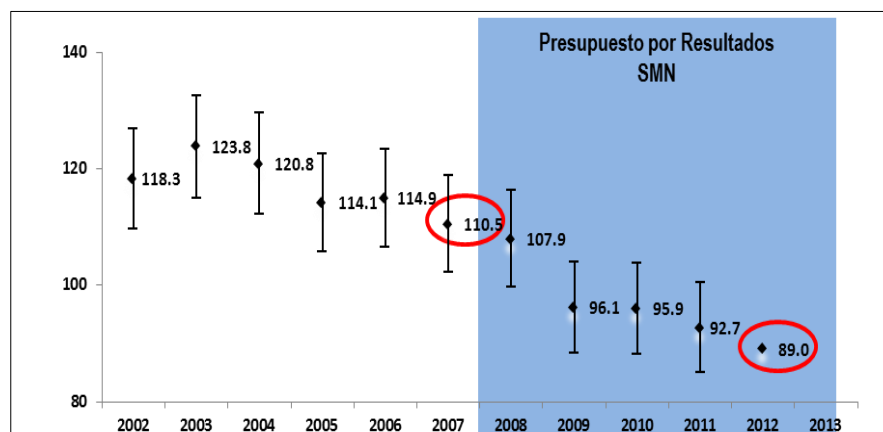
Los indicadores de resultados intermedios muestran avances importantes ya que se evidencia en la tabla N° 7 un aumento de la proporción de parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales, de 57.6% al 68.5%, asimismo se incrementa la proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedente del área rural, de 7.5% al 11.5%.

Asimismo, se espera una reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal, al observar un crecimiento de la proporción de gestantes con control prenatal reenocado en el primer trimestre en 5 puntos porcentuales del año 2009 (72.4) al año 2013 (77.4).

De igual manera, se observa una tendencia similar en los indicadores de resultados inmediatos en el periodo evaluado, observándose un incremento en 6.8% del indicador proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 o más controles prenatales, el indicador de Población informada en salud sexual y reproductiva expresada en la proporción de mujeres en edad fértil (MEF) en unión que usa algún método de planificación familiar se incrementó discretamente. Asimismo, la proporción de Mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar incrementó su porcentaje a 99.8% en el año 2013.

Finalmente también mejoró el acceso de gestantes a los servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicado expresado en un aumento de 281 a 619 el número de EESS calificados para cumplir con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB) entre el año 2009 al 2013 respectivamente.

Gráfico N° 21. Razón de Mortalidad Materna en el periodo 2002-2013



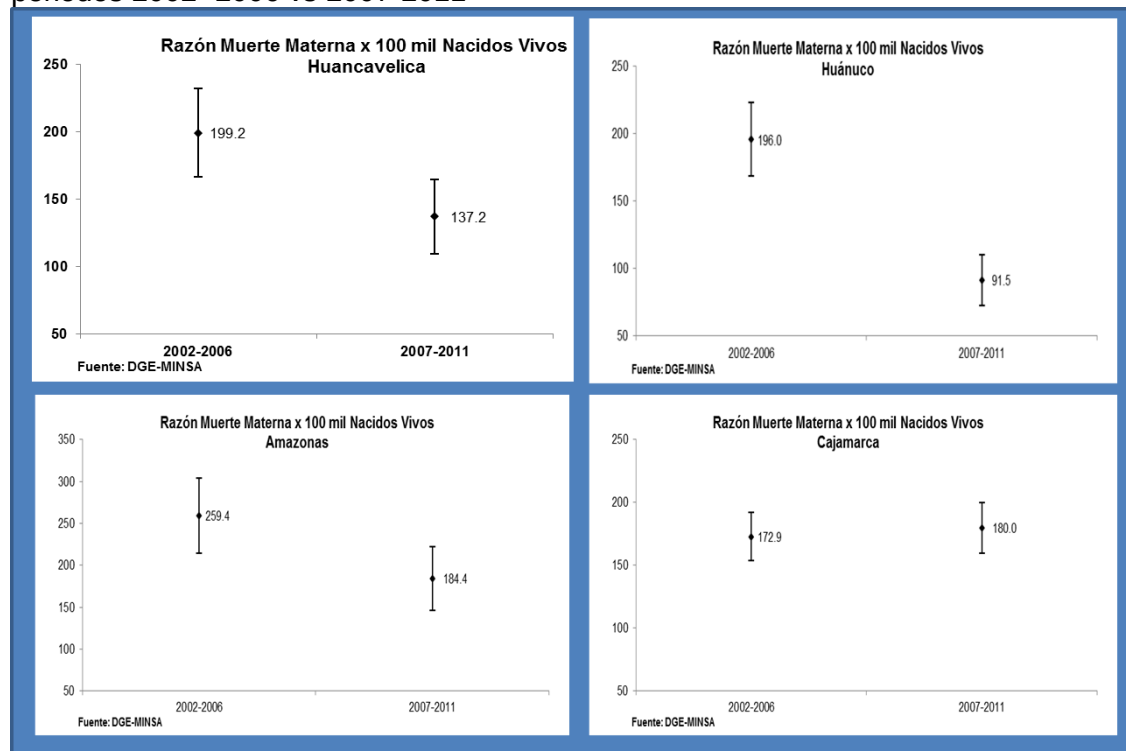
Fuente: Fuente: Elaboración propia con registros de la ENDES-INEI/MINSA

Antes del inicio del PP SMN la disminución de RMM fue de solo 10 puntos en 5 años, al comparar con los 5 años de inicio del PP SMN la reducción fue de más de 20 puntos en la RMM, ello se muestra en la gráfica N° 21.

Cuando comparamos por ámbitos regionales se ve una marcada reducción de RMM en el rango de años en que se implementa el PP SMN, sin embargo en el ámbito de

Amazonas y Cajamarca la reducción es mínima e incluso se incrementa en Cajamarca, así se muestra en la gráfica N° 22.

Gráfico N° 22. Razón de mortalidad materna, según ámbitos regionales en los periodos 2002- 2006 vs 2007-2011



Fuente: Elaboración propia con registros ENDES-INEI

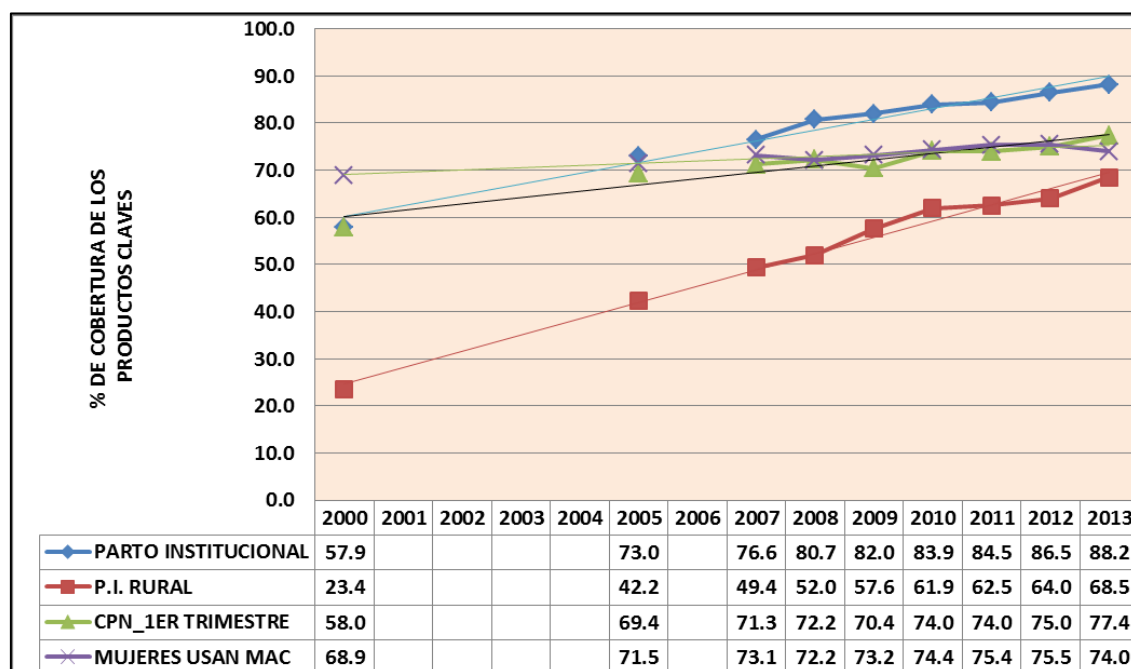
2. Productos Trazadores del PP SMN: Cobertura y Producción de Servicios

Cobertura de los productos trazadores del PP SMN

Con el objetivo de mostrar la evolución de los productos claves del PP SMN en el gráfico N° 23 se presenta la tendencia de los indicadores de los productos priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario. Se observa un incremento sostenido en la cobertura de los Productos Parto Institucional y Parto Institucional de mujeres procedentes de zona rural a partir de los años 2008-2009, incrementándose el Parto institucional hasta el 88.2% en el año 2013.

Por otro lado se observa que el indicador Control prenatal en el primer trimestre no mantiene el mismo comportamiento que los indicadores mencionados.

Gráfico N° 23. Tendencia de los indicadores de los productos trazadores del PP SMN a nivel nacional 2000-2013



Fuente: Elaboración propia con registros ENDES-INEI

Proporción de Atención Prenatal Reenfocada (CPN 1erTrim)

A nivel regional en el año 2013 respecto al año 2007, la proporción del Control Pre Natal se ha incrementado en casi todos los departamentos excepto en Ucayali, donde no se mueve el indicador. En el departamento de Huánuco el indicador se ha incrementado en 14 puntos para el año 2013.

Tabla N° 8. Proporción de Atención Prenatal Reenfocada (CPN 1erTrim) 2007-2013 a nivel Regional.

Región	2007	2010	2011	2012	2013
Amazonas	61.6	68.0	68.6	68.0	69.9
Áncash	71.6	72.4	74.9	77.3	75.4
Apurímac	74.8	76.4	70.9	78.9	76.5
Arequipa	76.7	74.5	76.9	83.2	80.2
Ayacucho	69.7	66.5	66.6	68.6	69.6
Cajamarca	65.3	68.3	71.1	70.5	75.0
Cusco	70.9	78.6	70.6	74.0	75.8
Huancavelica	70.4	72.6	64.9	72.9	75.9
Huánuco	59.8	73.8	66.6	70.7	74.0
Ica	78.1	77.9	78.4	81.2	83.6
Junín	65.7	66.8	68.8	72.9	70.6
La Libertad	70.5	71.8	70.9	78.5	79.8
Lambayeque	75.5	77.9	81.2	74.8	79.2
Lima	76.8	79.0	84.9	79.7	82.9
Loreto	59.7	57.4	66.1	68.8	67.7

Región	2007	2010	2011	2012	2013
Madre de Dios	69.7	67.8	69.8	75.6	70.7
Moquegua	80.5	79.6	79.2	74.8	77.9
Pasco	67.4	71.8	70.8	72.3	71.9
Piura	74.4	77.4	74.8	72.0	79.4
Puno	51.2	54.0	53.6	57.2	58.1
San Martín	72.8	73.2	71.0	74.8	77.0
Tacna	72.9	74.8	71.5	73.3	80.5
Tumbes	77.5	78.4	79.3	78.1	81.7
Ucayali	68.9	63.6	66.9	67.4	67.4

Fuente: ENDES-INEI

Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural

Este indicador se ha incrementado en casi el total de los departamentos en el año 2013 respecto al año 2007.

En los departamentos de Puno, Huancavelica, Moquegua y Ancash se observa un incremento considerable en más de 30 puntos. En todos los departamentos la proporción a incrementado excepto en Piura donde el indicador se mantiene.

Tabla N° 9. Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural 2007-2013 a nivel Regional.

Región	2007	2010	2011	2012	2013
Amazonas	36.2	53.3	44.4	50.1	49.5
Áncash	53.0	69.4	66.9	75.5	83.6
Apurímac	83.3	94.5	95.3	97.4	97.1
Arequipa	69.4	80.4	89.5	79.8	86.2
Ayacucho	58.3	86.6	85.9	89.7	91.2
Cajamarca	36.4	50.1	49.1	55.0	57.6
Cusco	65.8	72.7	77.6	90.0	90.6
Huancavelica	51.6	64.1	69.0	75.5	85.5
Huánuco	52.4	69.4	76.0	84.8	80.6
Ica	93.1	96.9	100	100	100
Junín	55.7	48.5	64.8	73.2	63.6
La Libertad	29.5	42.8	22.4	54.5	55.8
Lambayeque	59.7	67.9	75.3	61.7	82.4
Lima	79.2	73.0	91.0	83.7	86.0
Loreto	11.9	15.5	20.1	24.1	25.8
Madre de Dios	74.6	74.5	78.3	79.5	77.7
Moquegua	66.7	83.2	71.6	85.9	97.2
Pasco	56.8	64.7	71.0	77.4	63.5
Piura	44.0	60.0	50.9	44.9	43.1
Puno	27.8	48.9	58.2	55.2	71.6
San Martín	61.1	59.1	58.6	67.1	77.0
Tacna	61.3	75.5	54.7	73.6	81.5
Tumbes	90.1	84.8	71.8	88.8	96.8
Ucayali	31.7	26.7	42.6	38.4	42.6

Fuente: ENDES-INEI

Proporción de mujeres en unión que usa actualmente un método moderno de planificación familiar

Este indicador a nivel nacional se ha incrementado sólo en algunos departamentos como Loreto, Ayacucho y Ancas y en el resto se ha mantenido o ha tenido retroceso.

Tabla N° 10. Proporción de mujeres en unión que usa actualmente un método moderno de planificación familiar 2007-2013 a nivel Regional.

Región	2007	2010	2011	2012	2013
Amazonas	46.3	44.9	44.4	43.7	46.2
Áncash	41.8	49.5	46.4	48.2	49.3
Apurímac	47.4	48.1	49.2	51.2	42.5
Arequipa	54.5	48.0	45.9	52.9	51.7
Ayacucho	37.8	42.2	44.8	45.7	45.5
Cajamarca	45.1	47.7	47.0	46.6	48.8
Cusco	44.7	41.4	46.5	49.1	47.6
Huancavelica	37.2	37.5	38.0	41.5	33.6
Huánuco	52.7	55.3	56.6	58.6	53.1
Ica	54.6	56.6	59.9	58.8	58.5
Junín	46.9	48.0	49.5	47.6	48.0
La Libertad	44.6	50.1	47.4	51.0	50.1
Lambayeque	49.6	51.7	53.5	51.4	48.9
Lima	54.7	57.4	58.4	58.5	57.1
Loreto	40.1	45.7	46.3	45.3	49.0
Madre de Dios	54.0	50.1	55.5	54.9	51.4
Moquegua	55.7	61.5	57.0	54.6	51.6
Pasco	56.1	56.7	56.0	57.4	56.9
Piura	52.7	57.2	53.9	55.1	51.5
Puno	24.7	24.7	25.6	24.1	27.8
San Martín	53.8	47.8	53.6	48.7	51.6
Tacna	57.2	46.3	45.9	48.5	55.2
Tumbes	65.7	67.6	64.5	64.7	64.9
Ucayali	50.1	47.5	53.2	51.8	48.2

Fuente: ENDES-INEI

Producción de servicios de los productos trazadores del PP SMN

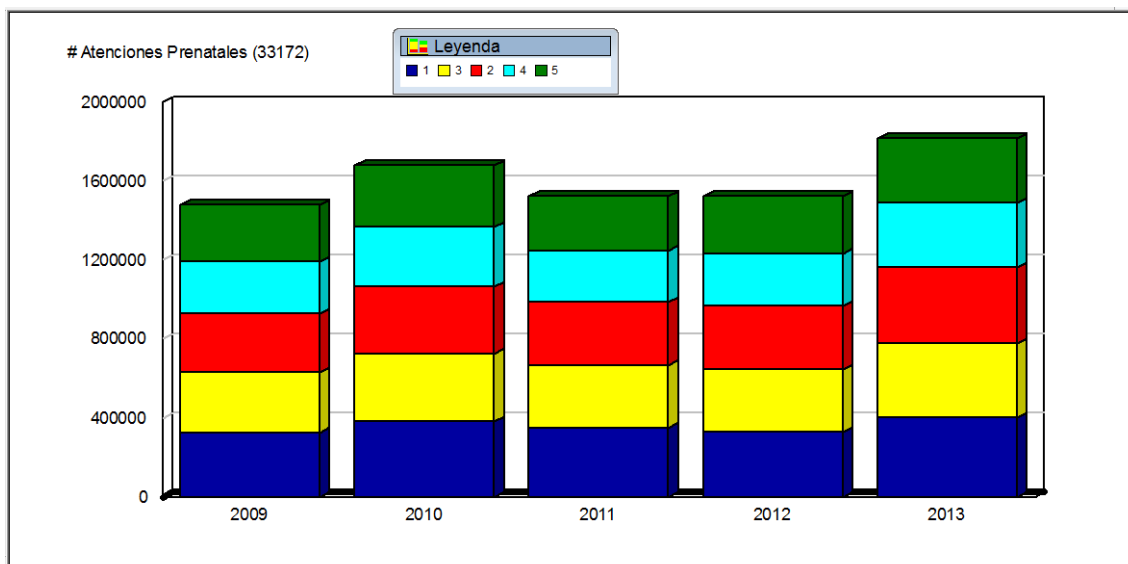
Se analiza la producción de los servicios en la entrega de los productos del Programa Salud Materno Neonatal en el periodo 2009 al año 2013 cuya fuente de información corresponde al Seguro Integral de Salud.

Producto: Atención Prenatal Reenfocada

A nivel nacional y por quintiles de pobreza se observa que la cobertura del indicador Atención Prenatal Reenfocada se ha incrementado en todos los quintiles en el año 2013 respecto a los años anteriores; esta creciente se observa también en el año 2010, manteniéndose en los años 2011 y 2012 e incrementando nuevamente en el año 2013.

Observando la evaluación de la cobertura del indicador en los años evaluados, se observa que el incremento es mayor en los Q1, Q2 y Q3.

Grafico N° 24. Número de atenciones Prenatales Renfocadas Vs Quintiles de Pobreza 2009-2013



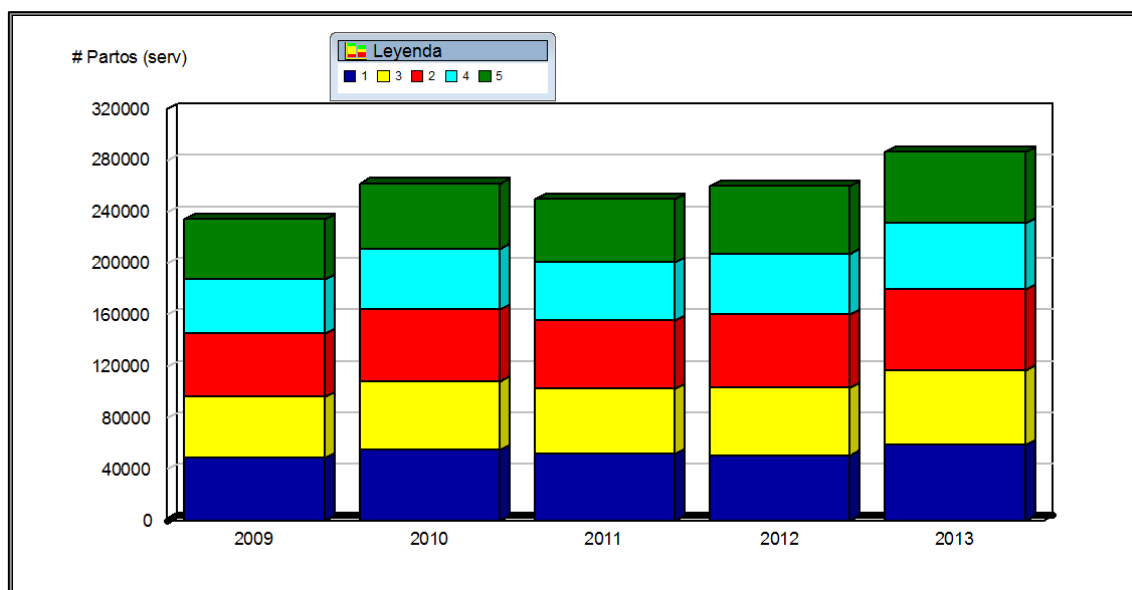
Fuente: Elaboración propia con registros BD SIS

Producto: Atención del Parto Normal

La atención del Parto Normal Institucional realizado en una institución de salud, es uno de los productos trazadores del PP SMN, pues garantiza la atención del parto con recursos humanos capacitados, equipos médicos e insumos críticos para la atención en establecimientos con capacidad resolutive.

En el grafico N° 25, se observa que la atención de Parto Normal Institucional, incrementa en los cinco Quintiles de pobreza, observándose incrementos importantes y sostenidos en los Q1, Q2 y Q3.

Grafico N 25. Número de Atenciones de Parto Normal Vs Quintiles de Pobreza 2009 – 2013



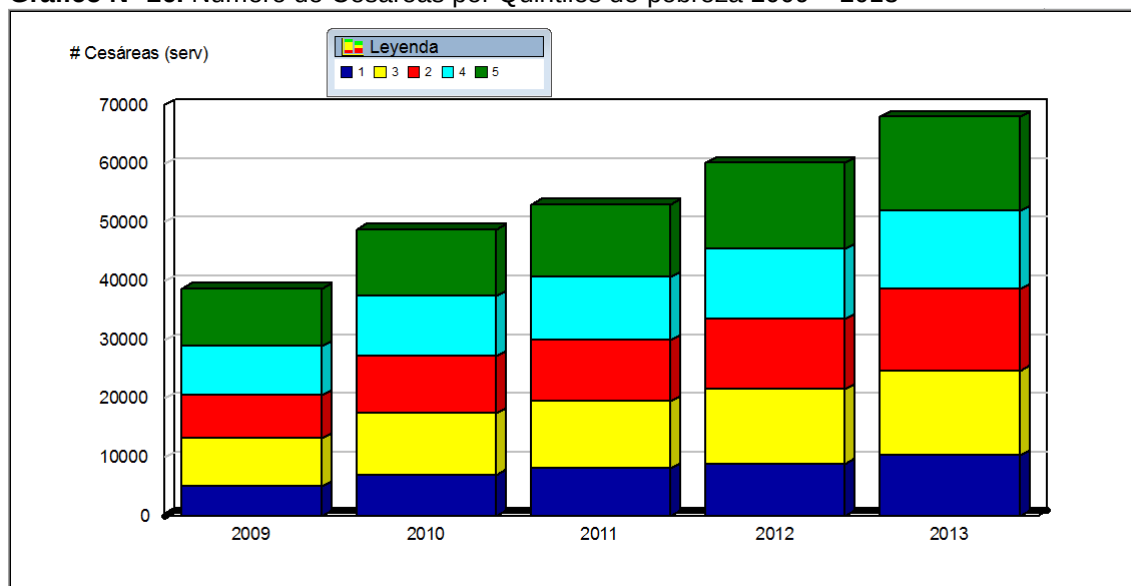
Fuente: Elaboración propia con registros BD SIS

Producto: Atención del parto complicado quirúrgico

El indicador considerado para evaluar este producto es la cantidad de cesáreas registradas en los años evaluados. En general el número de cesáreas en quintiles se ha incrementado en el año 2013 respecto al año 2009 como se puede observar en el gráfico N° 26.

Es importante observar que el incremento se mantiene de manera sostenida desde el año 2010 al año 2013, observándose incrementos importantes en los Q1, Q2 y Q3.

Gráfico N° 26. Número de Cesáreas por Quintiles de pobreza 2009 – 2013



Fuente: Elaboración propia con registros BD SIS

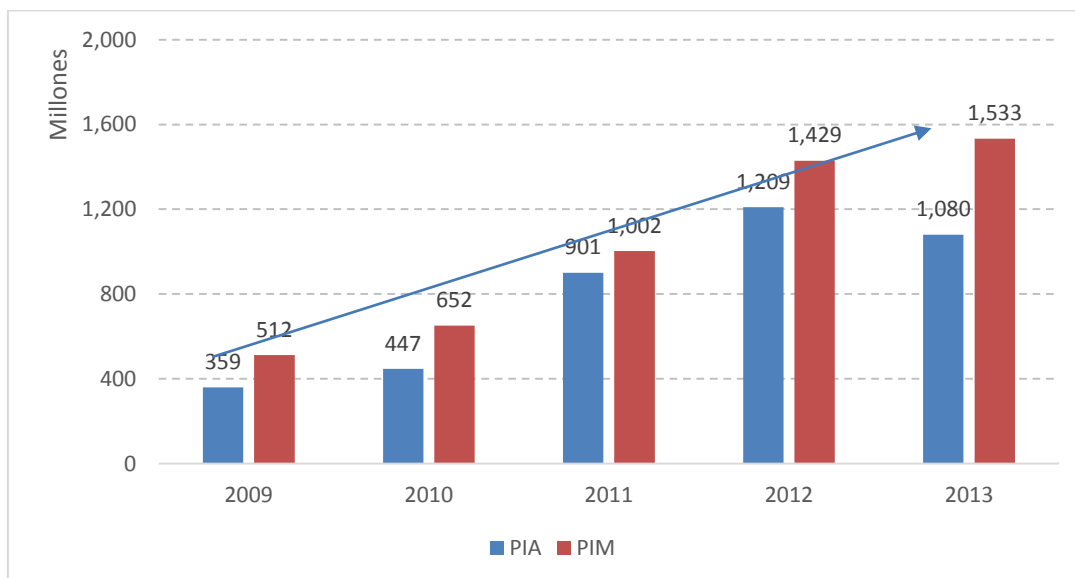
3 Presupuesto Asignado y Ejecutado

Evolución del presupuesto asignado a los productos trazadores 2009-2013

Con la implementación del Presupuesto por Resultados, los recursos del PIA en el PP SMN se han visto incrementados pasando de 359 millones en el año 2009 a 1,080 millones para el año 2013, concentrando los recursos en los productos claves del Programa Presupuestal. Consecuentemente también se incrementó el PIM pasando de 512 millones en el 2009 a 1,533 millones para el 2013.

En la gráfica N° 27, se muestra la evolución de la asignación presupuestal en la asignación del PIA y PIM desde el año 2009 al año 2013, considerando toda fuente de financiamiento.

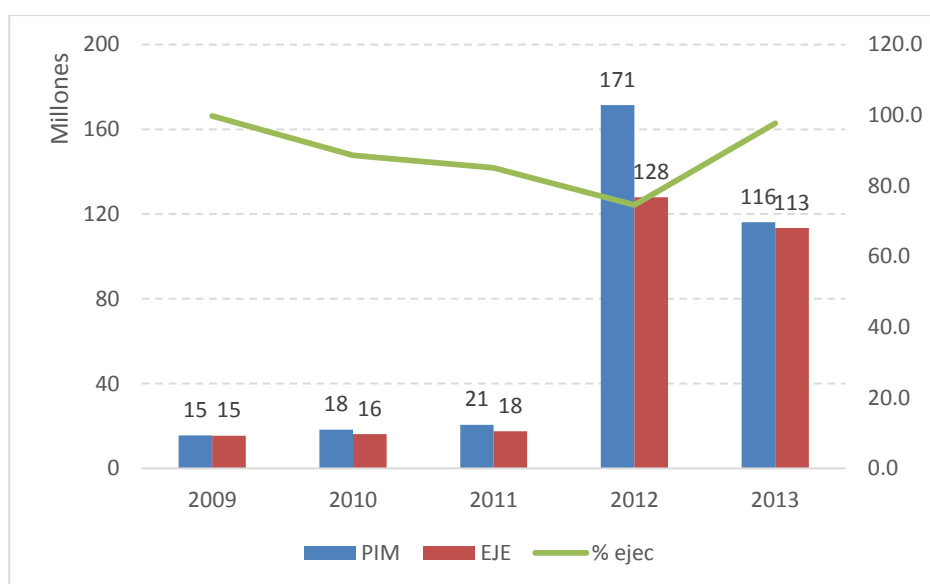
Gráfico N° 27. Evolución de la asignación presupuestal PIA – PIM del PP SMN 2009-2013 por toda fuente de financiamiento



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

En el gráfico N° 28 a, se evidencia el nivel de ejecución de los recursos presupuestales en el periodo 2009 al 2013. La ejecución del presupuesto en el año 2013 representó el 95% del total de los recursos. Se observa que la ejecución en el periodo analizado se ha incrementado año en año teniendo una evolución favorable con los recursos asignados.

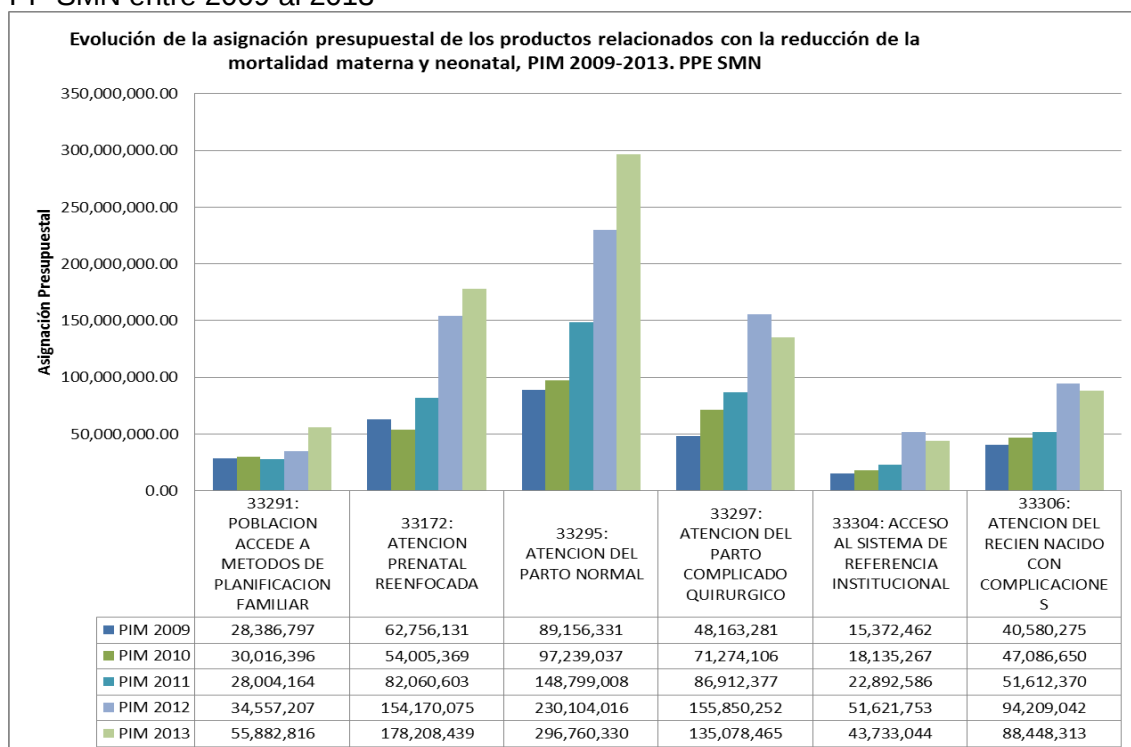
Gráfico N° 28 Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2013 por toda fuente de financiamiento



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

En el gráfico N° 29, se muestra la asignación de recursos en los productos claves del PP SMN, tales como Atención de Parto Normal, Atención Prenatal Reenfocada, Población accede a métodos de Planificación Familiar, entre otros que comprende. Se observa un incremento importante de recursos en los productos Atención Pre Natal Reenfocada y en el producto Atención del Parto Normal; así como para las atenciones de las cesáreas, actividad considerada en el producto Atención del Parto Complicado Quirúrgico.

Gráfico N° 29 Evolución del Presupuesto (PIM) asignado a intervenciones claves del PP SMN entre 2009 al 2013



Fuente: tomado del link. <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

Ejecución por fuente de financiamiento y genérica de gasto bienes y servicios

Se analiza la ejecución de los recursos en la fuente de financiamiento “recursos ordinarios” que corresponden a los ingresos provenientes de la recaudación tributaria y otros conceptos; los cuales no están vinculados a ninguna entidad y constituyen fondos disponibles de libre programación.

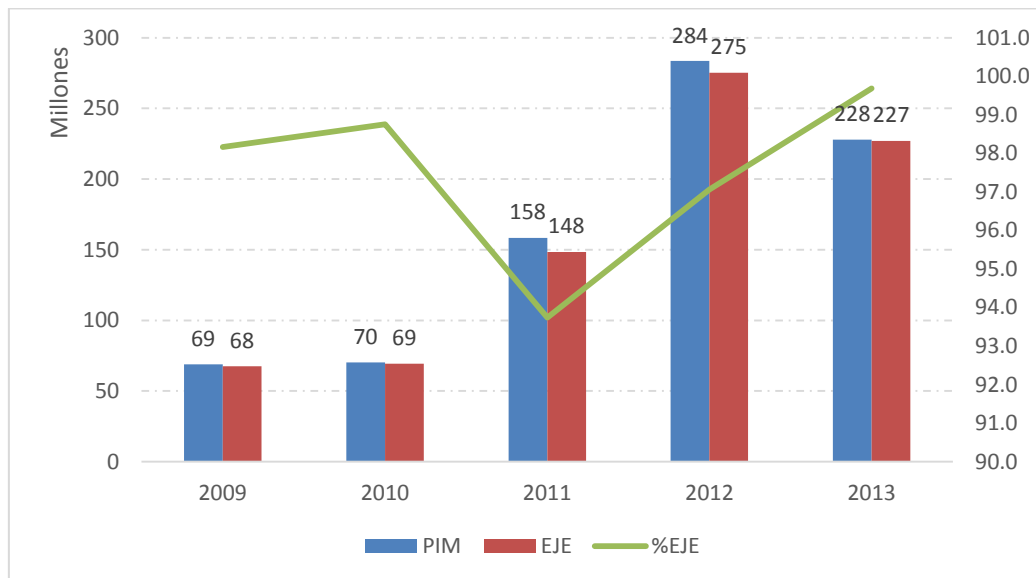
Se analiza la ejecución en la genérica de gasto “2.3 Bienes y Servicios”, esta genérica se clasifica en los siguientes conceptos:

2.3.1 Compra de bienes: es el gasto por la adquisición de bienes para el funcionamiento institucional y cumplimiento de funciones.

2.3.2 Contratación de Servicios: es el gasto por servicios prestados para el funcionamiento de la entidad pública y cumplimiento de funciones.

En el gráfico N° 30 se observa que en el año fiscal 2013, se logró ejecutar casi la totalidad de los recursos asignados en la genérica 2.3; así mismo la asignación y ejecución se han visto incrementados anualmente. En el año 2011 la asignación de recursos en la fuente de recursos ordinarios se ha duplicado y triplicado en los años 2012 y 2013, ello guarda relación con la ejecución de los mismos.

Gráfico N° 30.a Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2013 por Recurso Ordinarios y en Bienes y Servicios



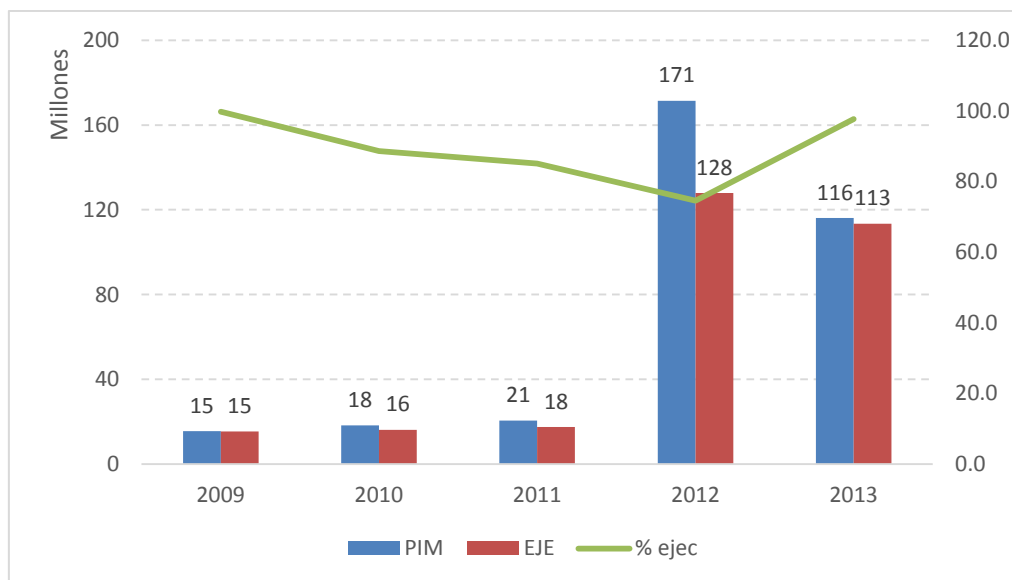
Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

Ejecución de recursos según la fuente de financiamiento: Recursos Ordinarios y genérica de gasto activos no financieros

La genérica de gasto de Activos no financiero, se refiere a los gastos por las inversiones en la adquisición de bienes de capital que aumentan el activo de las instituciones del sector público. Incluye las adiciones, mejoras, reparaciones de la capacidad productiva del bien de capital y los estudios de los proyectos de inversión.

En esta genérica se considera el gasto de equipos biomédicos, se muestra en el gráfico N° 31.a la ejecución presupuestal 2013 correspondiente a 113 millones de soles, con asignación de recursos importantes en los años 2012 y 2013, que para el caso del año 2013 guarda relación con la ejecución de los mismos (97%).

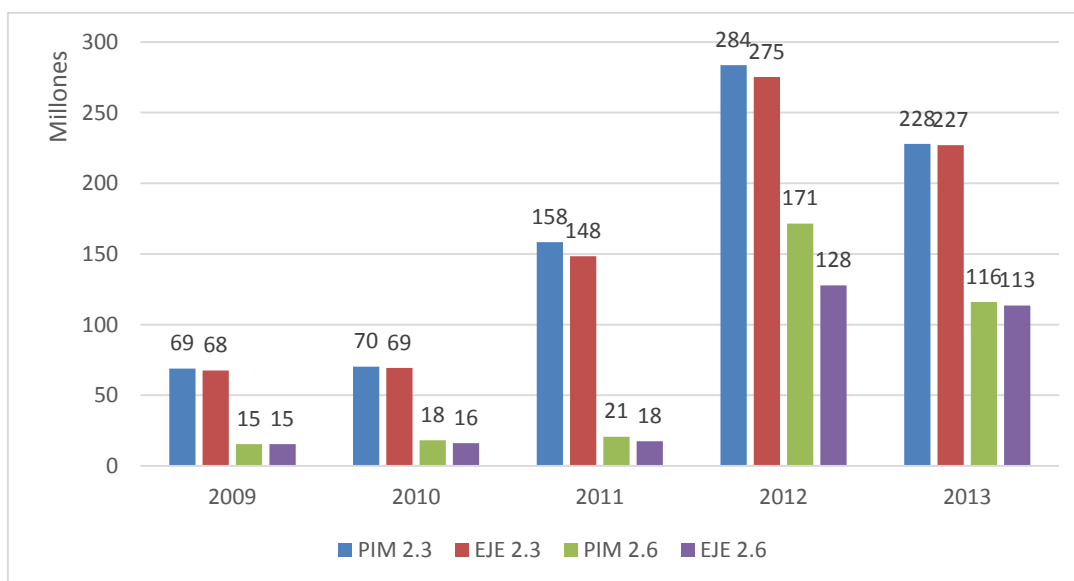
Gráfico N° 31. a Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2013 por fuente de financiamiento Recurso Ordinarios y por genérica de gasto Activos no financieros.



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

En la gráfica 31.b se observa que mejora la asignación de recursos tanto para la genérica 2.3 como para la genérica 2.6 en los años 2012 y 2013, ello permitió la adquisición de los insumos y equipos considerados en los productos del PP SMN.

Gráfico N° 31.b Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2013 por genérica de gasto 2.3 y 2.6



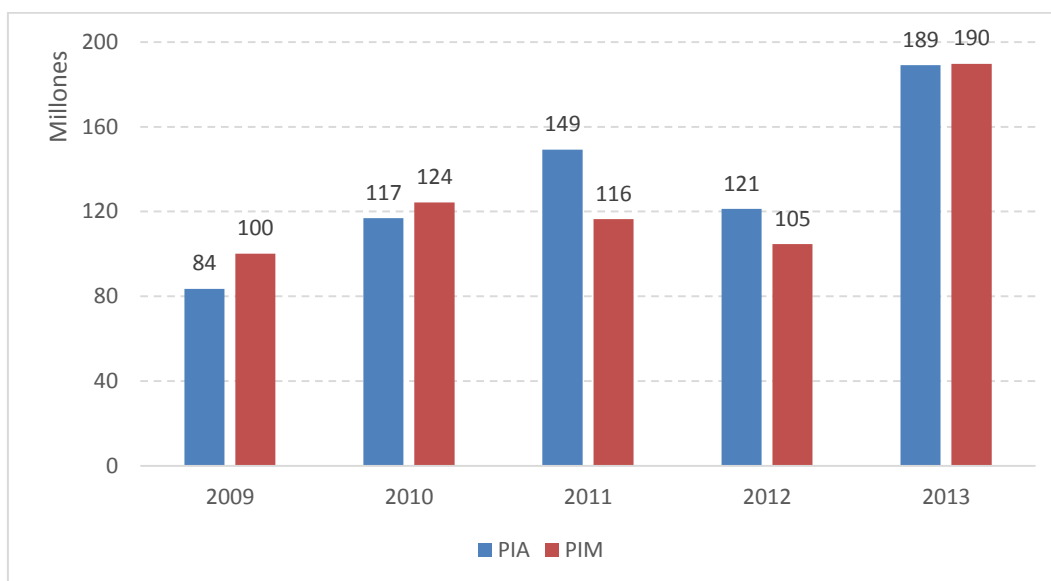
Asignación y Ejecución por fuente de financiamiento: Donaciones y Transferencias y genérica de gasto bienes y servicios

Las donaciones y transferencias a favor de gobiernos, organismos internacionales y unidades de gobierno no reembolsables de carácter voluntario u obligatorio incluyen las transferencias por convenios de administración de recursos. El SIS recibe presupuesto del tesoro público a través de la Fuente de Financiamiento (FF) Recursos Ordinarios (RO), posteriormente transfiere los recursos a los pliegos regionales mediante la FF Donaciones y Transferencias (DyT).

La información analizada hace referencia principalmente a las transferencias realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) a los pliegos regionales.

En el análisis presupuestal de la asignación de recursos que recibe el SIS en el periodo 2009 al 2013, se muestra una cifra importante en el PIA 2013, lo que no sucedió en los años anteriores (ver gráfico N° 32).

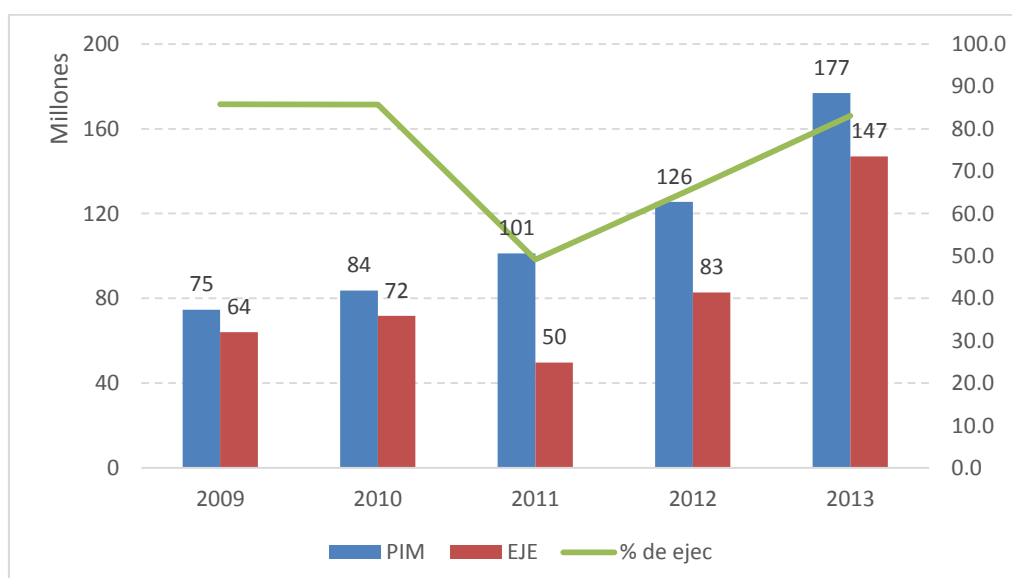
Gráfico N° 32. Evolución de la asignación presupuestal al Pliego SIS del PP SMN 2009-2013.



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

En el gráfico N° 33 en el periodo 2009 – 2013 se observa, que la evolución del PIM por fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias y por genérica de gasto bienes y servicios se incrementa sostenidamente, lo que no guarda relación frente a la ejecución lograda (83% en el año 2013).

Gráfico N° 33 Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2013 por fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias y por genérica de gasto Bienes y Servicios.

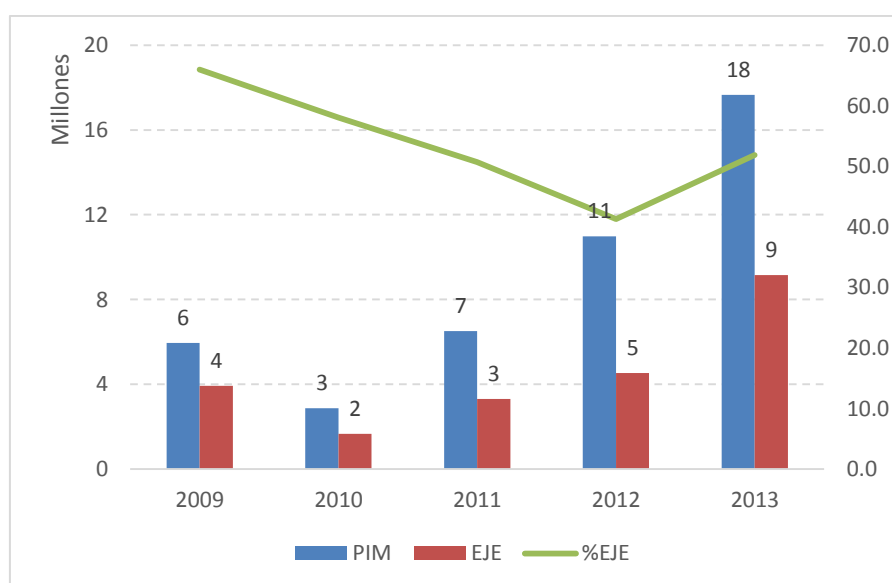


Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

Ejecución por fuente de financiamiento: Donaciones y Transferencias y genérica de gasto activos no financieros

En el análisis presupuestal por fuente de financiamiento Donaciones y Transferencia, se muestra el nivel de asignación y ejecución en el periodo 2009 al año 2013, observándose incremento de recursos a partir del año 2011; sin embargo la ejecución llega sólo al 50% para el año 2013 como se muestra a continuación:

Gráfico N° 34 Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2013 por fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias y por genérica de gasto Activos No Financieros.



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

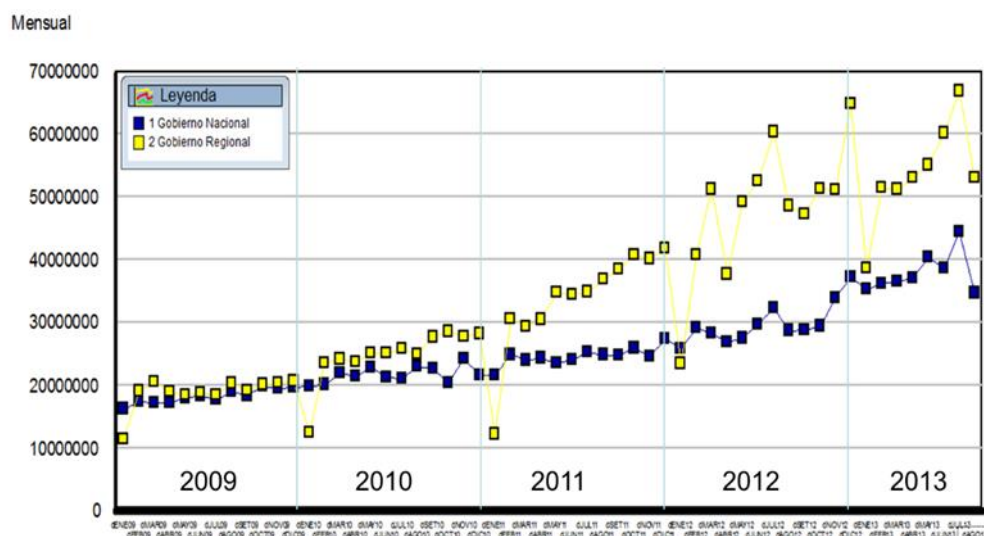
4 Disponibilidad de Insumos Críticos

Un programa bien diseñado y una asignación adecuada del presupuesto, son factores muy importantes para conseguir los resultados esperados, sin embargo sin un buen seguimiento de la ejecución del gasto podría poner en peligro el éxito del programa.

Recursos Humanos

El Presupuesto ejecutado por las regiones en el año 2013 destinados al personal CAS en la función Salud, es 3 veces más a lo ejecutado en el año 2009, así se muestra en la gráfica N° 35.

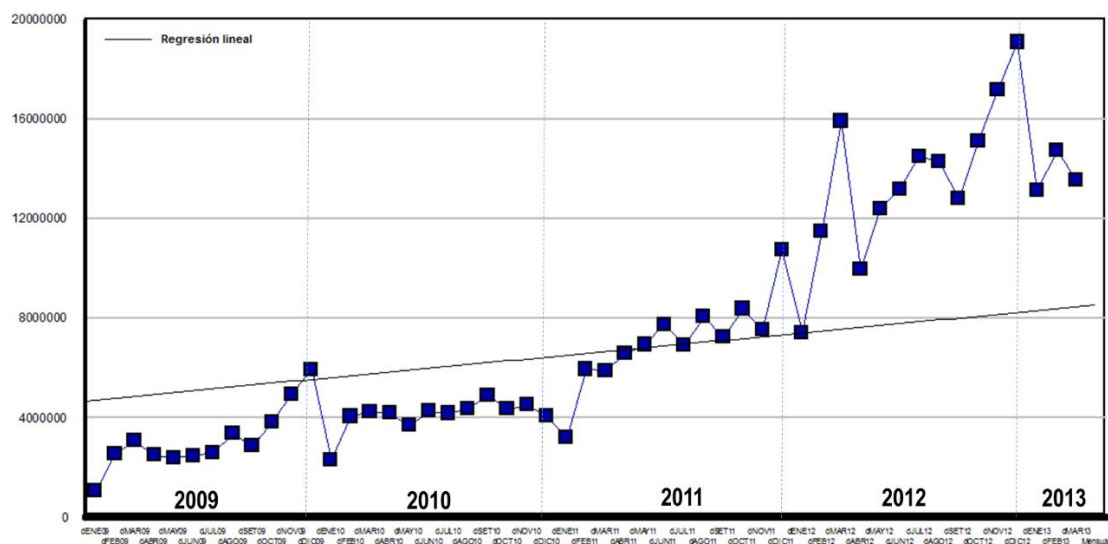
Gráfico N° 35. Evolución de Presupuesto Ejecutado 2009-2013 destinado a personal CAS en la Función Salud en el total de Programas Presupuestales.



Fuente: Elaboración propia con registros BD SIGA (AIRHSP)

Cuando se observa la ejecución del gasto en el total de unidades ejecutoras de la función salud con recursos del PP SMN, se observa un incremento importante en la ejecución de los contratos administrativos de servicios - CAS a partir del año 2011, pasando de una ejecución de aproximadamente 1 millón de soles (año 2009) a 19 millones en año 2012 y 2013, esto se observa en el gráfico N° 36.a

Gráfico N° 36. a Ejecución del presupuesto del PP SMN 2009-2013 en contratación de recursos humanos (CAS) a nivel de los Pliegos Regionales.



Fuente: Elaboración propia con registros SIAF-MEF

Disponibilidad de recurso humano crítico en el primer nivel de atención

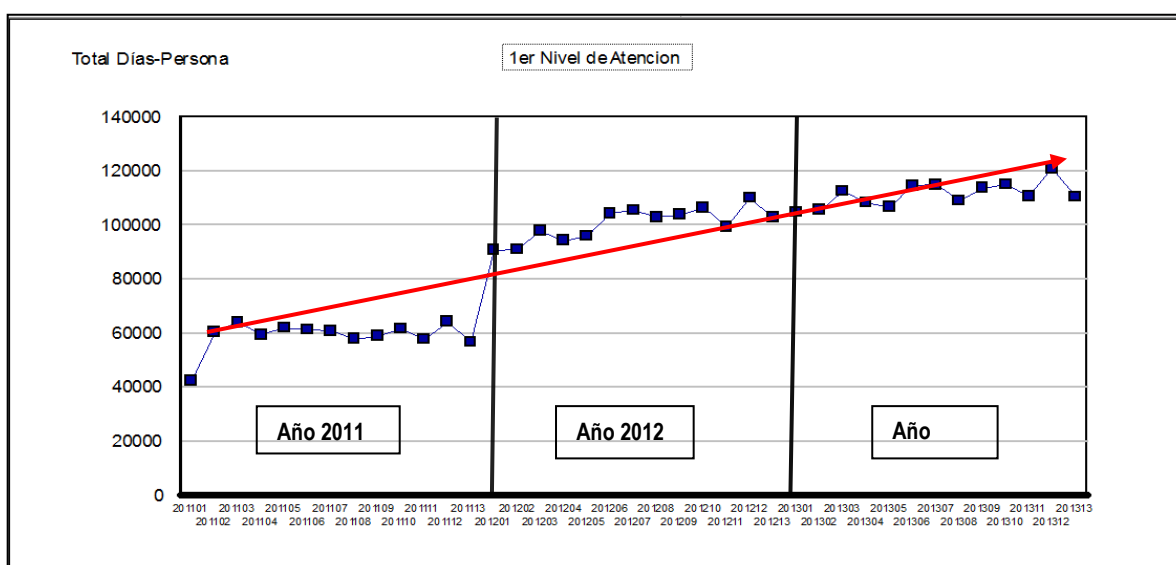
Se analiza la disponibilidad del recurso humano crítico (obstetras) en el primer nivel de atención correspondiente a establecimientos de salud de las categorías I-1, I-2 y I-3.

Se espera que cada profesional nombrado o contratado de un EESS labore un promedio de 25 días de 6 horas (150 horas), y registre atenciones en el HIS un mínimo

de 17 días del mes (descontando los días libres, feriados o los utilizados para capacitación); para ello se ha construido el indicador de días/persona disponible.

Como se observa en el gráfico 36.b, se incrementa la cantidad de días/persona disponible a partir del año 2011; es decir se incrementa los registros de las atenciones de las gestantes en el primer nivel de atención y se mantiene esta tendencia durante los años 2012 y 2013.

Grafico N° 36. b Disponibilidad de obstetras en establecimientos de salud 2011 – 2013 en establecimientos de primer nivel



En la tabla N° 11, se analiza de manera mensual en el periodo abril a julio del año 2013 la disponibilidad de insumos críticos en establecimientos de salud a nivel nacional; si bien es cierto casi el total de establecimientos de salud disponen de los insumos: cloruro de sodio al 0.9%, sulfato de magnesio y amoxicilina, sin embargo las tiras reactivas que son importantes para el análisis de orina, solo está disponible en 137 establecimientos a nivel nacional en el mes de julio. Esta herramienta de información para la gestión, permite monitorear la disponibilidad de insumos y medicamentos críticos para los Programas Presupuestales.

Tabla N° 11. Número de Establecimientos de Salud con Disponibilidad Aceptable de insumos críticos

	201304	201305	201306	201307
B585100100011 SODIO CLORURO 900 MG/100 ML INY 1 L	6,764	6,798	6,707	6,860
B580500140002 MAGNESIO SULFATO 200 MG/ML INY 10 ML	4,127	4,169	4,216	4,288
B580700100007 AMOXICILINA 500 MG TAB	6,086	5,995	5,983	5,950
B582800240001 ACIDO FOLICO FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO (EQUIV. HIERRO E	5,668	5,626	5,556	5,721
B584500010002 OXITOCINA 10 UI INY 1 ML	5,334	5,330	5,340	5,449
B358600091543 PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 50 DETERMINACIONES	95	90	92	96
B358600091594 ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 ELISA X 192 DETERMINACIONES	0	0	0	0
B358600090790 ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 ELISA X 96 DETERMINACIONES	1	1	1	0
B358600090613 SIFILIS ELISA X 96 DETERMINACIONES	1	1	1	1
B351100020398 TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10 PARAMETROS X 100 DETERMINACIO	91	99	130	137
B351100020466 HEMOGLOBINA METODO MANUAL X 200 DETERMINACIONES	11	11	12	12

Fuente: SISMED-MINSA

Equipamiento biomédico

Así como los insumos son importantes para la entrega adecuada de los productos del Programa Presupuestal, también es importante realizar el seguimiento a la disponibilidad del equipamiento biomédico. De los más de 8,000 establecimientos de salud la gran mayoría cuenta con equipos tales como balanzas, tensiómetro, termo para vacunas y refrigeradora. Sin embargo, solo alrededor de 5 mil establecimientos cuentan con fetoscopio y hemoglobinómetro portátil.

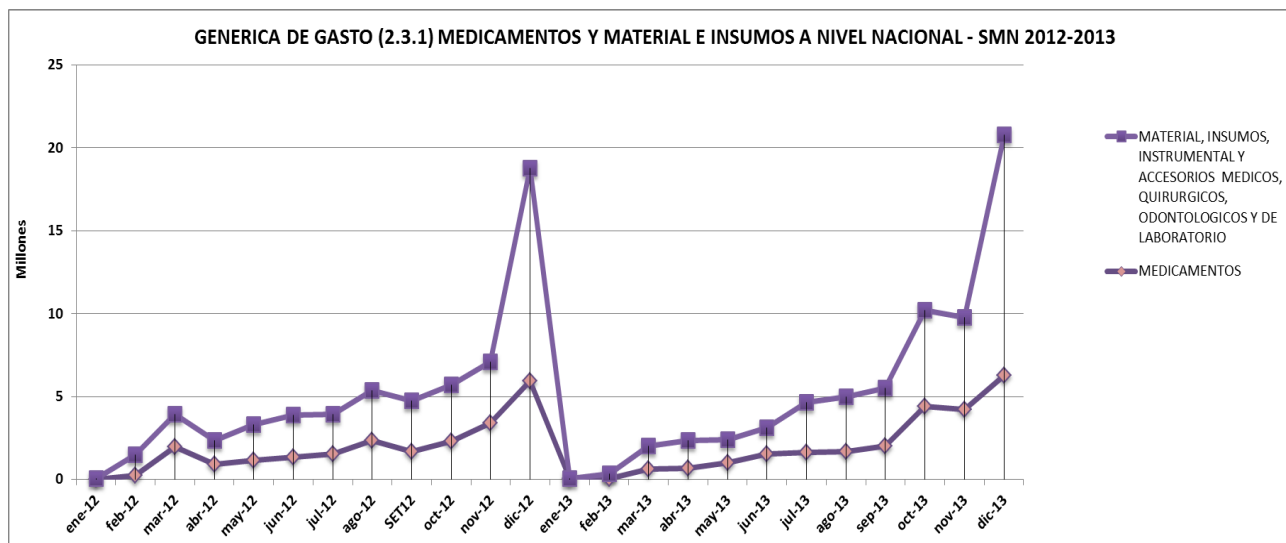
Tabla N° 12. Disponibilidad de equipos críticos de los establecimientos de salud a nivel nacional.

Equipos críticos	EESS
BALANZA	6770
TENSIOMETRO	6682
TERMO	6157
REFRIGERADOR	6153
COCHE METALICO PARA CURACIONES	6098
TALLIMETRO	5587
EQUIPO DETECTOR DE LATIDOS - FETOSCOPIO	5119
CAMILLA METALICA	5094
HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL	5093
BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO	5005
LAMPARA ELECTRICA	4832
INFANTOMETRO	4430
DATA LOGGER	3916
MESA PARA EXAMEN PEDIATRICO	3446
CONGELADORA	1129
GLUCOMETRO	1104
CENTRIFUGA	1083

Fuente: SIGA-MEF reporte setiembre 2014

La intención de incluir el Grafico N° 37, la ejecución del gasto de la genérica 2.3.1.8 suministros médicos en los periodos 2012 y 2013 evaluado en las unidades ejecutoras de salud a nivel del país, es mostrar que aún se requieren de acompañamiento y desarrollo de capacidades y competencias en las unidades ejecutoras dado que la mayor ejecución se realiza en los meses finales del año (Oct-Nov-Dic) por limitaciones en general durante el proceso de adquisición.

Grafico N° 37. Ejecución en la específica de Gasto (2.3.1.8) suministros médicos, a nivel Nacional en el PP SMN 2012-2013



Fuente: Elaboración propia con registros SIGA MEF 2012-2013

5 Convenio de Apoyo Presupuestario a las Regiones de Cajamarca y Amazonas

Convenios de Apoyo Presupuestario

Los Convenios de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal suscritos entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuesto Público, el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales de los Departamentos de Amazonas y Cajamarca, contemplan desembolsos periódicos, sujetos al cumplimiento de **compromisos e indicadores**.

El objetivo de los Convenios es coadyuvar al uso eficiente de los recursos para una adecuada provisión de los bienes y servicios públicos, y el logro de resultados contemplado en el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, en el marco del Presupuesto por Resultados.

La distribución de los recursos se realiza previa verificación del cumplimiento de compromisos de gestión orientadas a mejorar la planificación operativa, los procesos logísticos a fin de garantizar la disponibilidad de insumos en los puntos de atención de los distritos más pobres, la organización de los servicios para favorecer el acceso a servicios de calidad y la implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento de productos y de insumos por parte del Gobierno Regional.

Por su parte, los indicadores están referidos a dar cuenta sobre el mejoramiento de los resultados del PPSMN y por tanto, de la disminución de la morbilidad y mortalidad materno neonatal a nivel de los dos departamentos priorizados.

Las metas de los Indicadores establecidos en el Convenio, en conformidad con la Directiva N° 002-2014-EF/50.01, generan compromisos a lograr durante los próximos tres años y corresponden a los siguientes indicadores: (ver tabla N° 13).

Tabla N° 13 Metas de los cuatro indicadores establecidos en los Convenios con los Gobiernos Regionales 2014, 2015, 2016

Departamento / Indicador	Valor estimado	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016
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.	0%	10%	20%	34%
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.	56.14%	57.5%	60.5%	64%
Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 con consejería en Planificación Familiar.	45%	52%	60%	68%
Proporción de mujeres en unión procedentes de los quintiles I y II que usan algún método moderno de planificación familiar.	49.7%	52.7%	55.7%	60%

Fuente: MEF - Anexo I de los Convenios suscritos entre el MEF, SIS y los Gobiernos Regionales de Amazonas y Cajamarca. Fuente de verificación: Encuesta ENDES

Durante las reuniones técnicas los Gobiernos Regionales negocian con el Ministerio de Economía y Finanzas y el Seguro Integral de Salud el valor de las metas propuestas en cada nivel de implementación (niveles 0, 1, 2) según lo señalado en la Directiva N° 002-2010-EF/76.01 y anexos de los Convenios.

La fuente de información principal para los indicadores del PPSMN, en el marco de los Convenios de Apoyo Presupuestal al Programa Salud Materno Neonatal, es el Seguro Integral de Salud y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Los Convenios involucran la gestión en todas las unidades ejecutoras responsables de la función salud en el pliego, sin embargo incide en la mejora de la capacidad de la oferta de servicios en establecimientos de salud ubicados en distritos del quintil más pobre.

Tabla N° 14 Distritos y Población priorizados en el Convenios de Apoyo Presupuestario Programa Salud Materno Neonatal 2014 – 2016

Departamento	N° Distritos	Distritos Q1	% de Distritos	N° Población Q1 y Q2
Amazonas	38	07	18%	341,580 Hab.
Cajamarca	68	34	50%	574,609 Hab.
Total	106	41	39%	916,189 Hab.

FUENTE: INEI Proyección de Población 2014

Los compromisos de gestión hacen referencia a la mejora de cuatro procesos de gestión:

Proceso 1: Programación operativa

Proceso 2: Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos

Proceso 3: Organización para la producción y entrega de los productos

Proceso 4: Supervisión, seguimiento y evaluación

A su vez, dichos procesos se dividen en subprocesos críticos y para medir el desempeño de los mismos, se han definido criterios los cuales tienen diferentes niveles de cumplimiento para medir el avance de los compromisos de gestión.

Monto Total y Anual del Apoyo Presupuestario de los Convenios suscritos.

El monto total máximo asignado en el marco de los Convenios a los Gobiernos Regionales de Cajamarca y de Amazonas es de hasta 22 millones de soles para los 3 años.

Tabla N° 15.a Monto anual (en millones de soles)

Presupuesto Indicativo (millones S/.)	2014 (1)	2015(2)	2016(3)	Total
Cajamarca	3	4	4	11
Amazonas	3	4	4	11
Total	6	8	8	22

Tabla N° 15.b Distribución Porcentual del Presupuesto en su componente Tramo Fijo y Tramo Variable

Componente	Año 1	Año 2	Año 3
Tramo Fijo	100%	70%	30%
Tramo Variable	0%	30%	70%
Total	100%	100%	100%

IV CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2015

Conclusiones

- En relación al Indicador de impacto Razón de muertes maternas (RMM) se observa la reducción del indicador que disminuye de 185 por 100,000 NV (año 2000) a 93 por 100,000 NV (2010) y para el año 2013 se reduce hasta 89 MM por 100,000 NV.
- Respecto al Indicador de Tasa de Mortalidad Neonatal, muestra una reducción importante en el periodo 1993-2000 al pasar de 27 por 1,000 NV a 12 por 1,000 NV y una disminución importante en el área rural al pasar de 17 a 13 por cada 1,000 NV respectivamente; sin embargo a nivel nacional en los años 2012 y 2013 su disminución ha sido mínima.
- Los indicadores mencionados esconden realidades regionales con cifras elevadas en los departamentos de Amazonas y Cajamarca (246.9 y 200 MM

por 100,000 NV respectivamente en el periodo 2007-2011), liderando el ranking regional.

- El Programa Presupuestal prioriza intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor de la gestante y los niños en el periodo neonatal correspondientes a los Productos: Atención del Parto Normal, Atención Prenatal Reenfocado y Población accede a Métodos de Planificación Familiar.
- En el quinquenio 2009-2013, los productos claves del Programa, han incrementado en cobertura y concentración de recursos, así tenemos que en el producto Atención del Parto Normal la cobertura se elevó de 82% a 88.2%, la cobertura del producto Atención Prenatal Reenfocado se incrementó de 72.4% a 77.4%, la cobertura para el producto Población accede a Métodos de Planificación Familiar se incrementó mínimamente en 1.2%. La concentración de los recursos en estos tres productos claves para el año 2013, representó el 37.8% del presupuesto total del PP SMN.
- En el marco de la implementación del presupuesto por resultados se establecen reglas para mejorar la asignación de recursos:
 - ✓ El adicional de presupuesto se asigna directamente a los tres productos claves de acuerdo a las evidencias.
 - ✓ Los recursos financieros de los Programas Presupuestales son protegidos por la Ley de Presupuesto 28411 (Texto Único Ordenado de la Ley).
 - ✓ La asignación adicional está sujeto al cumplimiento de condiciones (años 2010, 2011 y 2012 nivel nacional, a partir del 2013 esta asignación presupuestal para los pliegos (regiones) se realiza a través del SIS).
 - ✓ Los recursos financieros asignados en las cadenas presupuestales claves para la adquisición de Bienes y Servicios, son reasignados de acuerdo al listado estandarizado (Kits) de bienes y servicios de cada producto.
- El seguimiento y monitoreo del Programa Presupuestal, se ve fortalecido con la medición periódica de la magnitud de los cambios obtenidos a través de indicadores de desempeño según ENDES, a su vez, es necesario el seguimiento de los registros administrativos, visitas de monitoreo y supervisión, ejecución de talleres de planificación y validación con los actores involucrados en su implementación, entre otros.
- Las Entidades Públicas que intervienen en la implementación y ejecución del Programa Presupuestal, cuentan con un instrumento (SIGA PpR) que les permite hacer un seguimiento a la disponibilidad de insumos críticos. Desde el año 2009 se ha masificado el uso del aplicativo en las entidades que ejecutan Programas Presupuestales de Salud, permitiendo la programación de insumos asociados a los productos en más de 200 Unidades Ejecutoras y en más de 8,000 establecimientos de salud de todo el país.
- La evolución en la dinámica presupuestal en el PP SMN, se vio incrementada en la asignación de recursos desde el año 2009 al año 2013, incrementándose en más del 300%, pasando de un PIA de 359 millones de nuevos soles (año 2009) a 1,080 millones de nuevos soles para el año 2013.
- La asignación de recursos es vital para la implementación del Programa Presupuestal y ello debe de ir articulado a una adecuada ejecución del mismo, así en la fuente de financiamiento recursos ordinarios en la genérica de bienes y servicios, para el año 2013 se ha logrado la ejecución del 97% de los recursos. En la adquisición de activos no financiero, la ejecución presupuestal para el año 2013 alcanza el 83.1%.

- La disponibilidad de recursos humanos como obstetras y/o técnicos de enfermería en establecimiento de menor categoría denominados I-1, se ha incrementado tanto en número como en días profesional/técnico disponible desde el año 2010.
- Los fondos provenientes del Apoyo Presupuestario de la Cooperación Internacional del Reino de Bélgica, constituyen una oportunidad para incentivar e impulsar la ejecución del Programa Presupuestal, mediante la asignación de recursos adicionales condicionada al logro de resultados y al cumplimiento de compromisos de gestión, que serán consensuados con las instituciones involucradas y que contribuirán a mejorar la gestión del Programa Presupuestal en las regiones priorizadas de Amazonas y Cajamarca para los años 2014, 2015 y 2016.

Perspectiva para los años 2014 - 2015:

- En la Perspectiva del año 2014, se considera la firma del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal con los Gobiernos Regionales de Amazonas, Cajamarca, Ministerio de Economía y Finanzas y Seguro Integral de Salud que tiene por objetivo “coadyuvar al uso eficiente de los recursos para una adecuada provisión de los bienes y servicios públicos, y el logro de resultados contemplado en el PP SMN, en el marco del Presupuesto por Resultados”.
- Para los años 2014 y 2015, se debe continuar promoviendo desde todos los niveles de gobierno, acciones y compromisos para una respuesta articulada de fortalecer e impulsar las intervenciones claves del PP SMN.
- Desarrollar y articular las sinergias institucionales y de la cooperación internacional para promover el seguimiento, monitoreo y evaluación del PP SMN.
- Colocar en agenda, la cobertura del indicador Población accede a métodos de planificación familiar y el porcentaje del PIA (Aprox. 5%) en los recursos asignados en el PPSMN entre los años 2009 – 2013.
- Proyectar y proponer la formulación de prioridades en la investigación y el establecimiento de los objetivos de las mismas, en función de las principales necesidades del PP SMN.