

**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 2014**

LIMA, DICIEMBRE DE 2015

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 final 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 PERSPECTIVAS 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 el año 2007 se vienen implementando y ejecutando los Programas Presupuestales (PP) en el sector salud³.

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 emitidas a la actualidad. Asimismo, se ofrece una revisión de los indicadores de resultado⁴ del Programa tales como: Razón de Mortalidad Materna (RMM) para el periodo 1980 – 2014 y la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) 1993–2014, profundizando el análisis en el periodo 2000 – 2014.

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.

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.

⁴ Perú, Ministerio de Economía y Finanzas, Programa Estratégico Materno Neonatal. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/programa_estart/Programas_Estrategicos_Salud_Materno_Neonatal_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf

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

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 2014. 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 2014, 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 conclusiones del informe, referidas a la reducción de la RMM en el Perú, la misma que pasó de 318 a 72.8 muertes maternas por 100,000 NV desde 1980 al 2014 respectivamente (u 83.7 por 100,000 N.V., según el método que se utilice para su cálculo). La data muestra un enfrenteamiento en la velocidad de la reducción de la Mortalidad Materna en los últimos años, así mismo es de notar que la brecha de inequidad entre lo urbano y rural se ha ampliado. Con respecto a la Tasa de Mortalidad Neonatal, entre los años 1993 a 2014, 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 77.3% entre el 2009 al 2014), 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 89.2% para el año 2014, asimismo, el indicador Parto Institucional de Gestantes procedentes del Área Rural se ha incrementado de 57.7% a 72% 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 presentó un leve incremento de 73.1% a 74.6% respectivamente.

El presupuesto asignado al PPSMN, se ha incrementado progresivamente de un PIA de 359 millones de nuevos soles en el 2009 a 1,104 millones de nuevos soles en el 2014, y un PIM de 512 millones de nuevos soles a 1,735 millones de nuevos soles para este periodo. Asimismo, cuando se realizó el análisis por producto, esta asignación también se incrementó. Así, tenemos que, el PIM asignado a la Atención del Parto Normal aumentó del año 2009 al 2014, de S/. 89 millones a S/. 259 millones; situación similar se

describe en el producto Atención Prenatal Re-enfocada donde el incremento del presupuesto entre el año 2009 al 2014, pasó de S/. 62 millones a S/. 200 millones respectivamente, En relación al producto Población Accede a Métodos de Planificación Familiar, también se observa un aumento del PIM entre el año 2009 al 2014, de S/ 28 millones a S/. 44 millones respectivamente.

En el 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”⁵.

Los resultados obtenidos en ambas regiones en materia de reducción de la Razón de Mortalidad Materna son mixtos; aunque existe una disminución en la RMM en ambos territorios, Amazonas sigue siendo la región del país con más MM en el país, mientras que Cajamarca ha descendido del 2º lugar que venía ocupando desde hace dos lustros, al 6º lugar a nivel nacional. En el caso del a Mortalidad Neo Natal (MNN), aunque Amazonas y Cajamarca no son las regiones del país con mayor MNN, no han mostrado progresos significativos en esta área.

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.

⁵ 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 2007⁶ 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 2008⁷ 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 Presupuestales⁸. Cada Programa Presupuestal se identifica como una Categoría Presupuestal compuesta 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 inicial⁹.

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 en 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 actores implicados.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹Guía Metodológica para la Programación Presupuestaria Estratégica de acuerdo con la Resolución Directoral N° 028-2008-EF/76.01)

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 Transferencias¹⁰. 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 transferirse¹¹.

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 RMM¹² más alta del país entre los años 2007-2011: 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 mortalidad materna (MM) continúa siendo un problema de salud pública a nivel global, a pesar que el año 1990 se incorporó como una de las prioridades de desarrollo a nivel mundial. El quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM5) fue mejorar la salud materna, la meta establecida era disminuir la razón de mortalidad materna en 2015 en un 75% con respecto a 1990; sin embargo, mortalidad materna, a nivel global, disminuyó sólo en un 44% entre 1990 y 2015¹³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) estiman que todavía hoy 303,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto.

¹⁰ 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

¹¹ EuropeAid, “Apoyo Presupuestario en América Latina” – Patrick Gallard 2012 (<http://www.delper.ec.europa.eu>).

¹² Se considera muerte materna a aquella muerte de una mujer durante su embarazo o parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

¹³OMS. Mortalidad Materna. Nota informativa 348. Noviembre 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

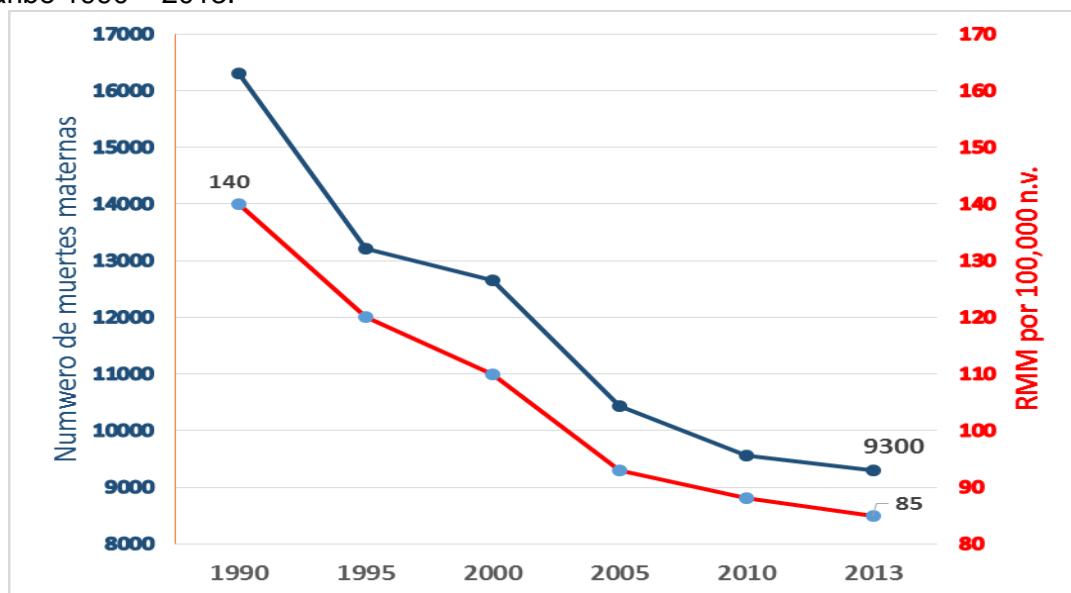
La cifra oculta, sin embargo, las grandes inequidades que existen entre los países en desarrollo y los países desarrollados, lo cual se hace más evidente al comparar la mortalidad materna, en contraste a cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Así, mientras los niveles de mortalidad infantil 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 alta¹⁴; de hecho, mientras que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) estimada es de 239 por 100,000 nacidos vivos en los países en desarrollo, la RMM es de sólo 12 por 100,000 nacidos vivos en los países desarrollados. El 99% de la mortalidad materna se produce en los países en desarrollo¹⁵.

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, por tanto, 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.

La OMS estimó la RMM de 2013¹⁶ para ALyC en 85 por 100,000 N.V. Sin embargo, para el presente año (2015), las estimación realizada por el Grupo Interinstitucional de Estimación de Mortalidad Materna, integrado por la OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas es de 52 por 100,000 N.V.

Dado que la presente evaluación se refiere al 2014, en el Gráfico No 1 se muestra la evolución de la mortalidad materna según la estimación publicada ese año. En el gráfico se puede apreciar una tendencia descendente en ALyC, sea en números absolutos de MM por año o en términos relativos como la RMM por 100,000 N.V. Al comparar el número de muertes maternas se observa que en 2013 se evitaron 7,000 muertes respecto a 1990.

Gráfico N° 1. Evolución de la Razón de la Mortalidad Materna en Latinoamérica y el Caribe 1990 – 2013.



Fuente: OMS

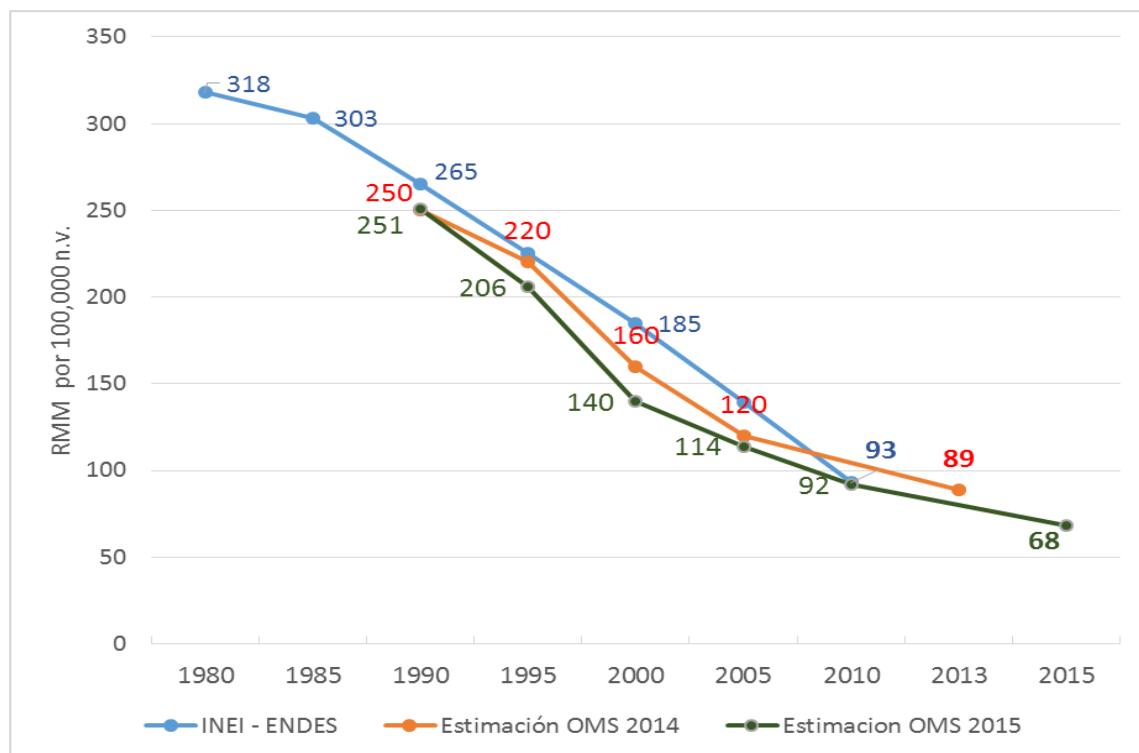
¹⁴ Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M, Suzuki E; Maternal Mortality Working Group. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet. 2007 Oct 13;370 (9595):1311-9.

¹⁵ OMS. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Ginebra, 2014.

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 la representación y análisis de este indicador se utilizan los datos de varias ENDES y la estimación del grupo interinstitucional de estimación de mortalidad materna (GIEMM).

El análisis de las estimaciones del INEI y la ENDES, así como las estimaciones del GIEMM (tanto la publicada en el 2014 como la más reciente publicada en noviembre del 2015) muestran ciertas semejanzas que permiten observar cómo la RMM en el Perú tiene una evolución favorable con una tendencia al descenso constante desde 1980. Se observan tres fases: una inicial de descenso lento entre 1980 y 1990, luego una fase de descenso acelerado entre 1990 y 2010, y una fase de disminución más lenta, pero que conduce a una RMM de 68 por 100,000 N.V. en 2015, según la estimación más reciente del GIEMM¹⁷. (Ver Gráfico N°2):

Gráfico N°2. Perú: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna 1980 al 2015



Fuente: INEI – Estado de la Población Peruana 1997. INEI ENDES 1996, 2000, 2010, estimaciones del GIEMM de 2014 y de 2015 (OMS)

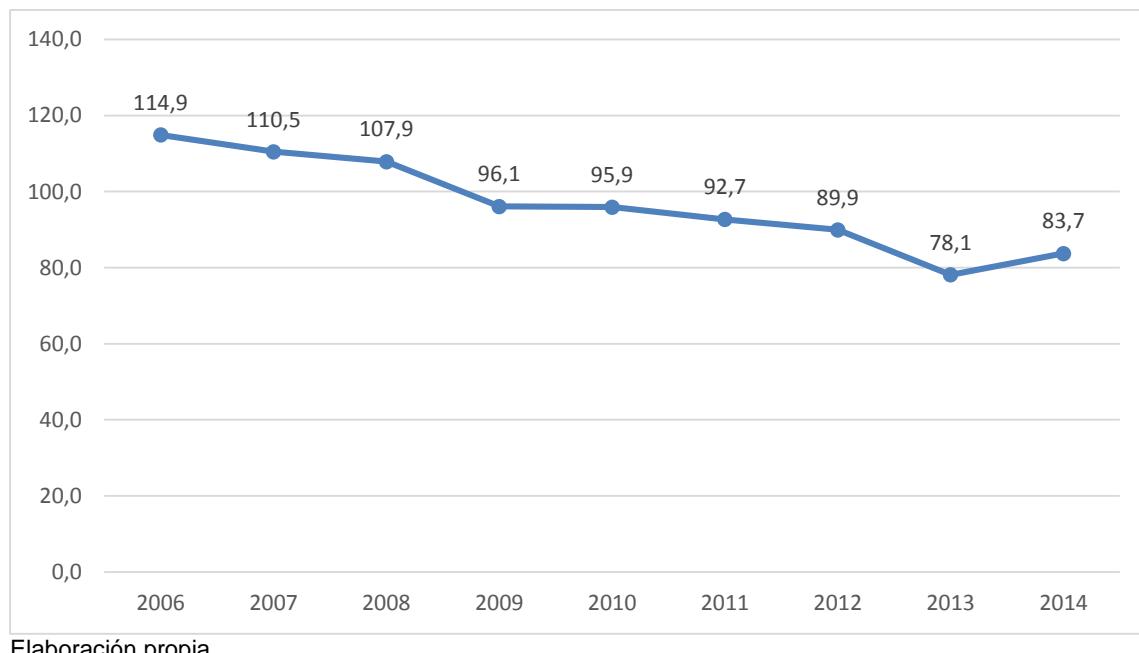
El Gráfico N°2, revela la reducción de la RMM en el Perú, entre 1980 y 2015, de 380 a 68 por 100,000 NV combinando la estimación de INEI y la de GIEMM del 2015; sin embargo, ninguna de ellas establece una estimación directa para el año 2014. Asimismo, considerando que el inicio de la implementación del PPSMN fue en 2008, y haciendo la extrapolación de valores, puede decirse que la disminución de RMM entre 2008 y 2014 fue de 100.8 a 72.8 por 100,000 N.V., es decir de una disminución de un 28 %.

¹⁷ OMS. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Ginebra, 2015.

La DGE publicó en 2013 un estudio de la estimación de la mortalidad materna en el Perú para el periodo 2002-2011, el mismo utilizó el método estadístico de “captura y recaptura”, utilizando la base de datos de defunciones y la de vigilancia epidemiológica. Este estudio muestra estimaciones anualizadas de la RMM a nivel nacional en el periodo indicado, así como estimaciones a nivel departamental, y organizado por quinquenios (2002-2006 y 2007 a 2011) debido a que el agrupamiento del número de registros de MM por departamento era muy pequeño.

No se cuenta, sin embargo con un estudio de similares características para el período 2012-2014. Por esta razón, para los años 2012 al 2014 se ha considerado sólo la información que brinda la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna (por la DGE) ajustada al subregistro estimado por el estudio citado. Mediante esta técnica se obtiene estimaciones nacionales anualizadas para 2012 a 2014, así como una estimación por departamentos para todo el periodo 2012-2014. Por ello, para el análisis de la tendencia en los años de vigencia del PPSMN (2008-2014), se puede usar o: 1) la extrapolación de valores estimados por OMS, en que se observaría disminución de RMM de 100.8 a 72.8 por 100,000 N.V., es decir de una disminución de un 28%; o 2) la estimación realizada por la DGE en el estudio citado (2008-2011) más su proyección sobre los datos de la vigilancia epidemiológica ajustando al subregistro (2012-2014), tal como se aprecia en el Gráfico 2.a. Según esta última metodología la disminución entre 2008 y 2014 fue de 107.9 a 83.7 MM por 100,000 N.V., es decir de 22.4%.

Gráfico No2.a. RMM estimada y corregida por subregistro 2006-2014



En el Perú los departamentos con mayor RMM en todo el periodo de análisis 2002-2011, fueron Amazonas con 248.1 por 100,000 NV, Cajamarca (195.6 por 100,000 NV), Puno Loreto (191.7), Puno (188.5) y Pasco (172.3)¹⁸.

¹⁸ Ministerio de Salud, Perú. La mortalidad materna en el Perú 2002-2011. Lima-Perú: Dirección General de Epidemiología 2013: pp 331.

En la Tabla N° 1, se comparan dos periodos de tiempo (quinquenio 2002-2006 y 2007-2011), en la que se distingue que existe un 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.

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 Lim. Inf.	IC/95 Lim. Sup.	Razón x 100 Mil NV	IC/95 Lim. Inf.	IC/95 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 MARTÍN	161.7	134.4	188.9	140.2	114.9	165.5
HUANCAYEQUE	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

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 2007-2011) registrando 246.9 Muertes Maternas por 100,000 NV. En segundo lugar estuvo Cajamarca, que para dicho quinquenio tuvo una RMM de 201.9 por 100,000 NV. Cajamarca presentó la menor variación en todo el periodo de análisis, con 1.7 MM por cada 100,000 NV que en quinquenio anterior Los departamentos que tuvieron mayor incremento de su RMM fueron: El departamento de Madre de Dios que aumentó su RMM en un 56.5% con una diferencia de 61.2 por 100,000 mil NV más para el periodo 2007-2011, le sigue Callao con un incremento del 54.3% y una diferencia de 27.1 por 100,000 mil NV más en el periodo 2007-2011. Arequipa incrementó su RMM en 22.9%. El departamento de Lima tuvo un incremento entre los periodos mencionados, de 10% con una diferencia de 4.2 muertes maternas por cada 100,000 NV, más en el periodo 2007-2011.

Tabla N° 1.a Perú: Ranking de la Razón de Mortalidad Materna por Departamentos en los periodos 2002-2006 Vs 2007-2011y 2012-2014

Nº Orden de Mayor a Menor	DEPARTAMENTO	Periodo 2002 – 2006	Nº Orden de Mayor a Menor	DEPARTAMENTO	Periodo 2007-2011	Nº Orden de Mayor a Menor	DEPARTAMENTO	Periodo 2012-2014
	PERÚ	125.2		PERÚ	105.7		PERÚ	83.8
1	AMAZONAS	271.4	1	AMAZONAS	246.9	1	Amazonas	205.2
2	LORETO	237	2	CAJAMARCA	201.9	2	Ucayali	202.1
3	PUNO	212.7	3	LORETO	182.3	3	Loreto	168.5
4	HUÁNUCO	210.3	4	PASCO	182.3	4	Madre de Dios	160.5
5	CUSCO	201.2	5	MADRE DE DIOS	169.5	5	Pasco	152.9
6	CAJAMARCA	200.2	6	PUNO	165.1	6	Cajamarca	138.7
7	HUANCAYA-	199.2	7	UCAYALI	164.1	7	Cusco	114.1
8	AYACUCHO	179.1	8	LA LIBERTAD	146.1	8	Puno	105.9
9	PASCO	163	9	SAN MARTIN	140.2	9	Callao	105.6
10	SAN MARTIN	161.7	10	HUANCAYA-	137.2	10	La Libertad	103.1
11	UCAYALI	159.1	11	ANCASH	122.5	11	San Martin	101.2
12	APURÍMAC	152.3	12	HUÁNUCO	121.1	12	Tumbes	96.6
13	PIURA	138.6	13	CUSCO	107.4	13	Ancash	93.4
14	JUNÍN	129.5	14	JUNÍN	104.1	14	Piura	93.2
15	ANCASH	123.6	15	LAMBAYEQUE	100.7	15	Ayacucho	81.8
16	LA LIBERTAD	122.5	16	PIURA	99.8	16	Lambayeque	75.7
17	MADRE DE DIOS	108.3	17	AYACUCHO	87.8	17	Junín	72.3
18	MOQUEGUA	92.5	18	TUMBES	84.1	18	Moquegua	70.1
19	LAMBAYEQUE	92.2	19	CALLAO	77	19	Apurímac	66.6
20	TUMBES	80.6	20	AREQUIPA	76.8	20	Tacna	64.8
21	AREQUIPA	62.5	21	MOQUEGUA	73.1	21	Huánuco	60.9
22	TACNA	59.3	22	APURÍMAC	71.7	22	Arequipa	60.3
23	ICA	56.3	23	LIMA	46.8	23	Huancavelica	59.4
24	CALLAO	49.9	24	TACNA	45.2	24	Ica	46.1
25	LIMA	42.6	25	ICA	33	25	Lima	41.0

Fuente: (1) INEI – DGE MINSA 2013 (Estudio de mortalidad materna 2002-2011). (2) vigilancia epidemiológica DGE con subregistro corregido.

Como se explicó, el análisis de los datos nacionales respecto a la RMM, hacia el trienio reciente (2012-2014) es producto de una estimación con diferente metodología a la utilizada para el periodo 2002-2011; sin embargo, se puede observar que cuatro departamentos de la selva (Amazonas, Ucayali, Loreto y Madre de Dios) ocupan los primeros lugares de RMM en dicho trienio. La tendencia general es al descenso de la RMM, y ello ocurre en la mayoría de regiones, excepto en Ucayali (cuya RMM aumenta en 23%), así como otras regiones: Callao, Cusco, Ica y Tumbes (ver Tabla N° 1.a). Cajamarca que ocupaba el segundo lugar a nivel nacional, tiene un descenso en su RMM, pasando del segundo al sexto lugar, lo cual revelaría la mejora parcial en la SMN de este departamento.

Es importante reconocer (Tabla N°1.a) 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 7º(Huancavelica), 8º(Ayacucho) y 12º(Apurímac) lugar. Según la ampliación del análisis (y tomando en cuenta que se trata de sólo tres años: 2012-2014), Huancavelica sigue su descenso, llegando al puesto 23, mientras que Ayacucho retrocede 2 puestos y Apurímac 3, ubicándose en los puestos 15º y 19º respectivamente.

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 en el periodo de análisis (2002-2011), muestra 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 la RMM de 192.1 a 161.5 por 100,000 NV, (disminución de 16%).

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 2002-2006 muestran cifras de 192.1 y 78.9 MM por 100,000 NV respectivamente, con una brecha de 113.2, disminuyen en el siguiente periodo a 161.5 y 70 respectivamente, con leve disminución de la brecha a 91.5 por 100,000 NV.

Esta diferencia nos revela una brecha persistente en desmedro 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).

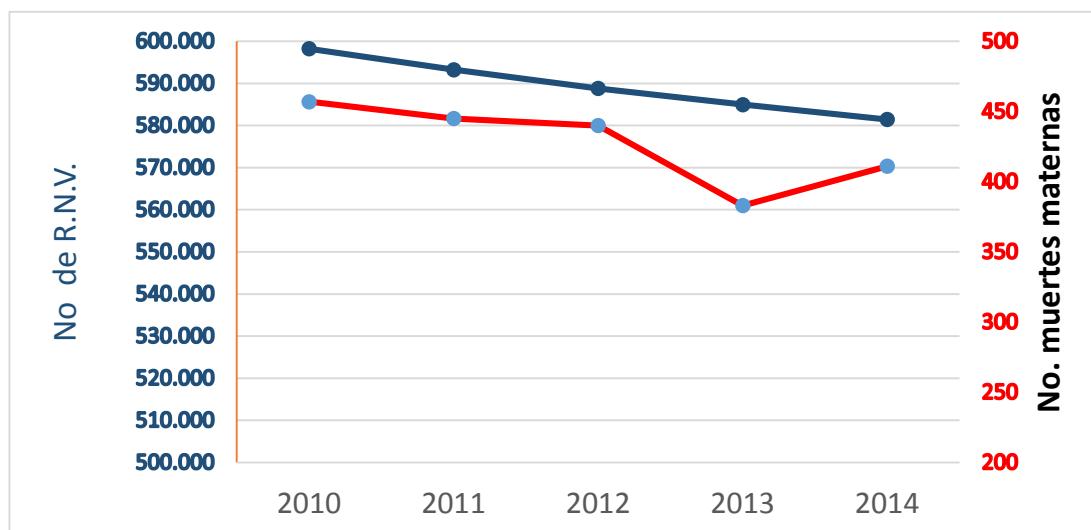
Con el registro del número de muertes maternas, reportados por la Dirección General de Epidemiología del MINSA, mediante la Vigilancia Epidemiológica semanal, se determinó que el número de MM en el Perú para los años 2000 – 2014 fue de 7,599 muertes (se ha considerado MM directas e indirectas, no incluye muertes incidentales), con un promedio de 507 MM al año. En el Perú para el año 2014, se notificaron 411 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 varios factores, tales como la reducción de la Tasa de Fecundidad de 4.9 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (año 2000) a 2.5 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (año 2014)¹⁹, 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

¹⁹ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014, abril 2015

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 2014 a 28 puntos porcentuales, 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 - 2014



Fuente: MINSA-DGE 2010-2014

La distribución del número de muertes maternas ocurridas en el año 2009 y el 2014 se presenta en la Tabla N° 3. En ella se observa una reducción en el número total de muertes, y en más de la mitad de las regiones del país. Sin embargo, se observan aumento en seis departamentos, algunos de consideración como en Cusco, Callao y Ucayali. Para ambos años, la región de Lima ocupa el primer lugar de defunciones maternas, por el contrario la región Cajamarca presentó la mayor diferencia, registrando 19 muertes maternas menos en el 2014 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 nivel de pobreza del grupo afectado. En muchos lugares con elevada mortalidad materna, fetal y neonatal, el status socio-económico de la mujer es bajo.

A pesar de la pobreza, se ha tenido éxito en reducir la mortalidad infantil a nivel mundial, más no así la mortalidad neonatal y fetal, particularmente en países en desarrollo, donde 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.

Tabla N° 3 Perú: Número de Muertes Maternas 2009 al 2014 a nivel de departamentos.

DEPARTAMENTOS DEL PERU	N° MUERTES MATERNAS	
	AÑO 2009	AÑO 2014
Total	481	411
Lima	61	42
Loreto	29	32
Cajamarca	55	36
La Libertad	33	31
Piura	39	29
Puno	37	26
Cusco	17	30
Junín	22	26
San Martín	32	16
Ancash	21	15
Lambayeque	20	13
Ucayali	12	23
Amazonas	20	13
Callao	8	19
Huánuco	18	9
Arequipa	13	10
Ayacucho	8	10
Pasco	7	11
Huancavelica	13	8
Ica	1	3
Moquegua	1	0
Tumbes	2	2
Tacna	2	1
Madre de Dios	4	3
Apurímac	6	3

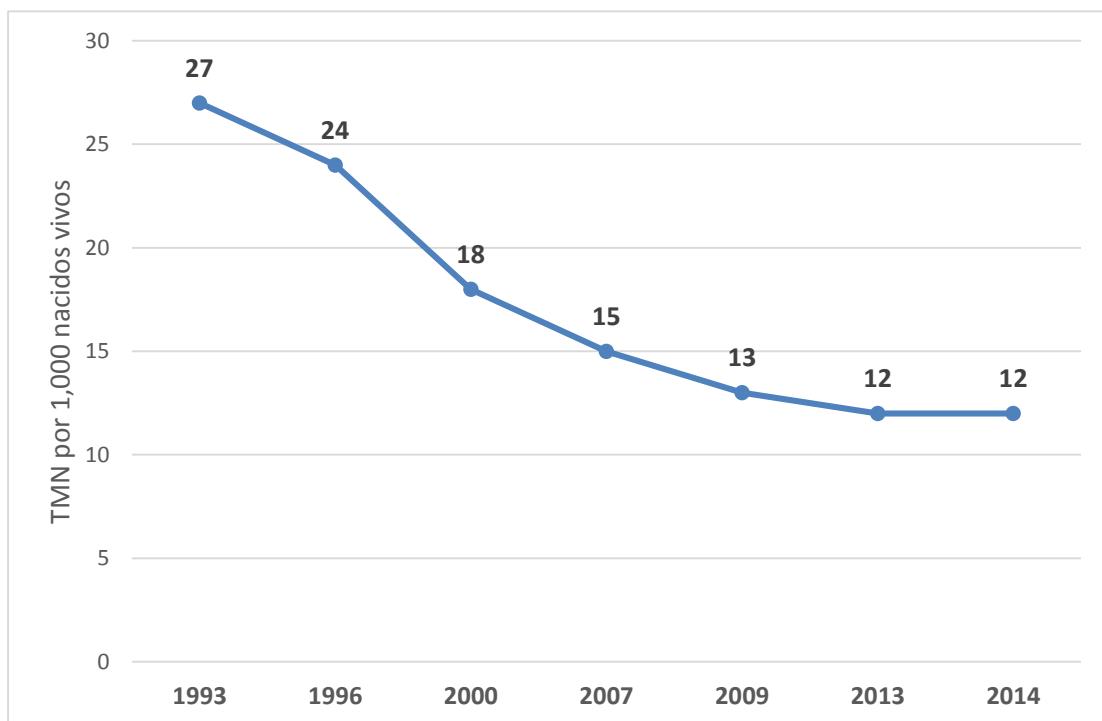
Fuente: Dirección General de Epidemiología 2014

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 se redujo significativamente entre 1993 al 2014 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 (2014). Ver gráfico N° 4.

Gráfico N° 4. Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal 1993 al 2014 (TMN)



Fuente: INEI – ENDES 2014

Ahora bien, al comparar la TMN en el periodo de los años 2009 al 2014, 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 2014). 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:

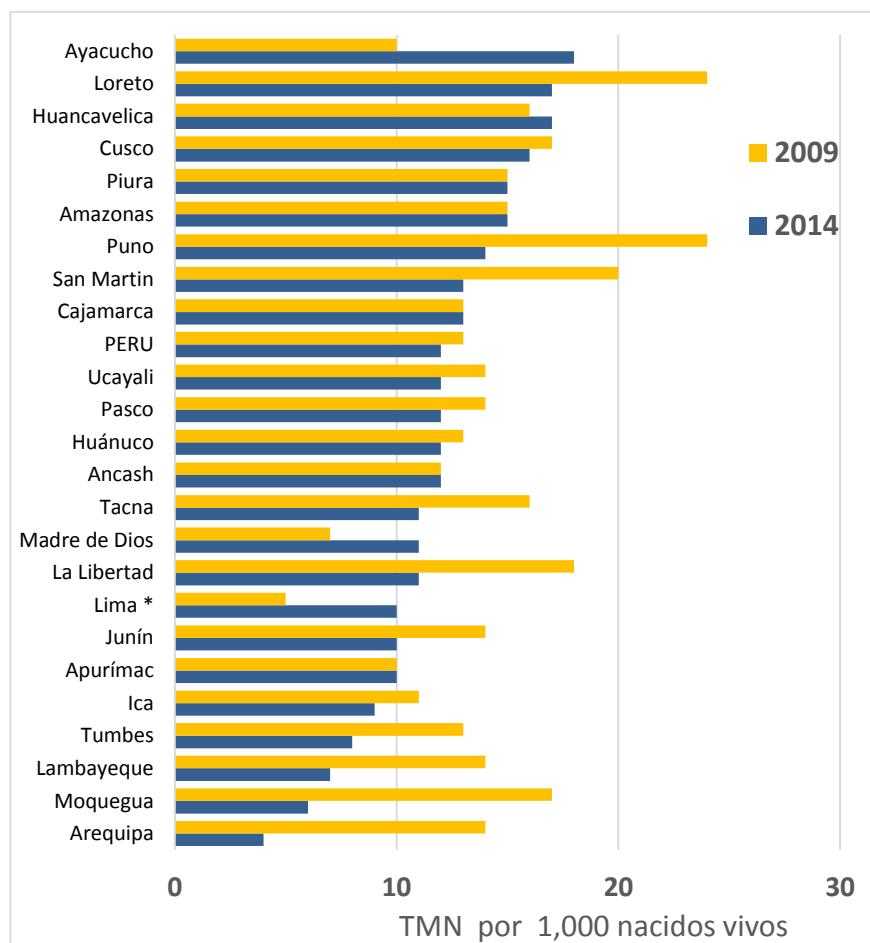
Tabla N° 4. Tasa de Mortalidad Neonatal según área de residencia (por cada 1,000 NV). 2009-2014.

Área de Residencia	2009	2014
Total	13	12
Urbana	10	11
Rural	17	13

Fuente: INEI ENDES 2009 y 2014

Cuando se compara la mortalidad neonatal a nivel de Departamentos se aprecia grandes diferencias tanto en la proporción de reducción (2009-2014), como en los valores que se muestran al año 2014. Los departamentos que presentan menor mortalidad neonatal por 1,000 NV, son Arequipa (4), Moquegua (6), Lambayeque (7), mientras que Ayacucho (18), Loreto (17), Huancavelica (17), Cusco (16), Piura (15), Amazonas (15) y Puno (14) presentan las más altas tasas de mortalidad neonatal en el país, como se puede visualizar en el siguiente gráfico, incluso Ayacucho, Madre de Dios y Lima han incrementado su TMN. El gráfico también permite observar que la TMN disminuyó en 16 departamentos.

Gráfico N° 5. Tasa de mortalidad neonatal por 1000 NV según departamentos, 2009-2014.



Fuente: INEI ENDES 2009 y 2014

El sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad neonatal viene funcionando de manera sostenida desde 2011. La tabla N° 04 presenta las muertes neonatales estimadas de 2011 a 2014, a partir de las muertes notificadas con la corrección del subregistro estimado en un estudio realizado por la DGE²⁰.

En la citada tabla se observa que en 2014 los departamentos con mayor número de muertes neonatales fueron Lima, Piura, Junín y Puno. Los departamentos con mayor tasa de mortalidad neonatal corregida fueron Ucayali, Madre de Dios y Tumbes, Cusco, Junin, Pasco, San Martin, Puno y Piura. Por otro lado, 19 departamentos disminuyeron el número de muertes neonatales entre los años 2013 y 2014.

²⁰ Mortalidad neonatal en el Perú y sis departamentos 2011-2012. Lima 2014

Tabla No 4: casos y tasas de mortalidad neonatal estimadas por departamentos, 2011-2014

DPARTAMENTOS	2011		2012		2013		2014	
	CASOS	TASA X 1000 nv						
AMAZONAS	155	16.0	131	13.8	181	19.4	134	14.6
ANCASH	226	9.6	229	9.9	271	11.8	274	12.0
APURIMAC	111	10.2	113	10.5	73	6.9	80	9.8
AREQUIPA	163	7.8	165	7.9	173	8.2	126	5.5
AYACUCHO	245	14.7	249	15.2	258	16.0	250	15.7
CAJAMARCA	375	11.2	381	11.6	502	15.6	351	11.1
CALLAO	148	9.5	150	9.7	143	9.3	249	16.2
CUSCO	528	19.7	536	20.4	454	17.6	434	17.1
HUANCAVELICA	170	11.9	173	12.2	191	13.5	120	8.6
HUANUCO	372	18.7	378	19.2	355	18.3	261	13.6
ICA	154	11.1	156	11.4	268	19.7	152	11.2
JUNIN	461	15.5	468	15.7	550	18.4	509	17.0
LA LIBERTAD	399	11.4	405	11.7	449	13.1	336	9.8
LAMBAYEQUE	341	15.1	346	15.5	107	4.8	289	13.2
LIMA	1276	8.1	1295	8.2	1481	9.3	1216	7.6
LORETO	349	14.2	354	14.7	396	16.9	254	11.1
MADRE DE DIOS	51	19.4	57	21.6	56	21.2	60	22.8
MOQUEGUA	51	18.6	52	18.9	25	9.2	8	2.7
PASCO	131	20.1	133	20.5	127	19.5	107	16.6
PIURA	582	15.1	591	15.4	719	18.9	580	15.4
PUNO	488	15.7	495	16.1	562	18.5	480	16.1
SAN MARTIN	323	18.8	328	19.4	259	15.6	263	16.2
TACNA	76	13.0	77	13.3	83	14.6	40	7.1
TUMBES	85	20.7	86	21.2	125	31.0	81	20.3
UCAYALI	243	25.5	247	26.4	260	28.3	330	36.8
PERÚ	7503	12.6	7594	12.9	8068	13.8	6982	12.0

Fuente: MINSA - DGE

Población asegurada o afiliada al SIS

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 salud²¹.

El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) es una política del Gobierno del Perú, se encuentra protegida por el marco jurídico del país²² 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.

²¹Perú, 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.

²² Perú, Ministerio de Salud. Ley N° 29344. Ley marco de AUS. 02 de abril 2010

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 (SIS). El SIS es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud²³ y cuenta con la certificación de la Superintendencia Nacional de Salud -SUSALUD - (sucesora de la SUNASA), como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)²⁴ de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas.

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 vigentes²⁵.

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^{26, 27} por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud²⁸ – 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 suscrito 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), mediante estrategias como el intercambio prestacional con otras IPRESS y el financiamiento de servicios complementarios de salud; 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.

²³ 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.

²⁴ 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.

²⁵ 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.

²⁶ Perú, Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 004-2007-SA que aprueba el LPIS – SIS. Diciembre 2007.

²⁷ Perú, Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 007-2012-SA que aprueba sustituir LPIS por el PEAS, agosto 2012.

²⁸ Perú, Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprueba el PEAS. 2009

En su calidad de IAFAS publica, se aprueban los parámetros²⁹ 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 capitado en el primer nivel de atención, consolidándose en el año 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 o Gerencias 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.

La población afiliada a algún programa de salud ha incrementado en la última década, de acuerdo a ENAHO 2014, en informe recopilado por SUSSALUD, al cuarto trimestre de 2014, el 70.2% 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 - 2014

Población Afiliada a un Seguro de Salud, según Ámbito Geográfico, 2004-2014							
(Porcentaje del total de población de cada ámbito geográfico)							
Años	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	37.3	60.5	63.5	64.5	61.9	65.5	70.2
Urbana	40.5	56.6	59	59.6	58.5	62.3	68.0
Rural	29.9	71.1	75.9	78.4	71.8	75.1	76.6

Fuente: ENAHO. Recopilado por SUSALUD

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., aumentando progresivamente en los últimos años.

²⁹Perú, 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

Tabla N° 5.b. Población de asegurados al Seguro Integral de Salud, según estimación de la población demográfica del Perú, años 2009 – 2014

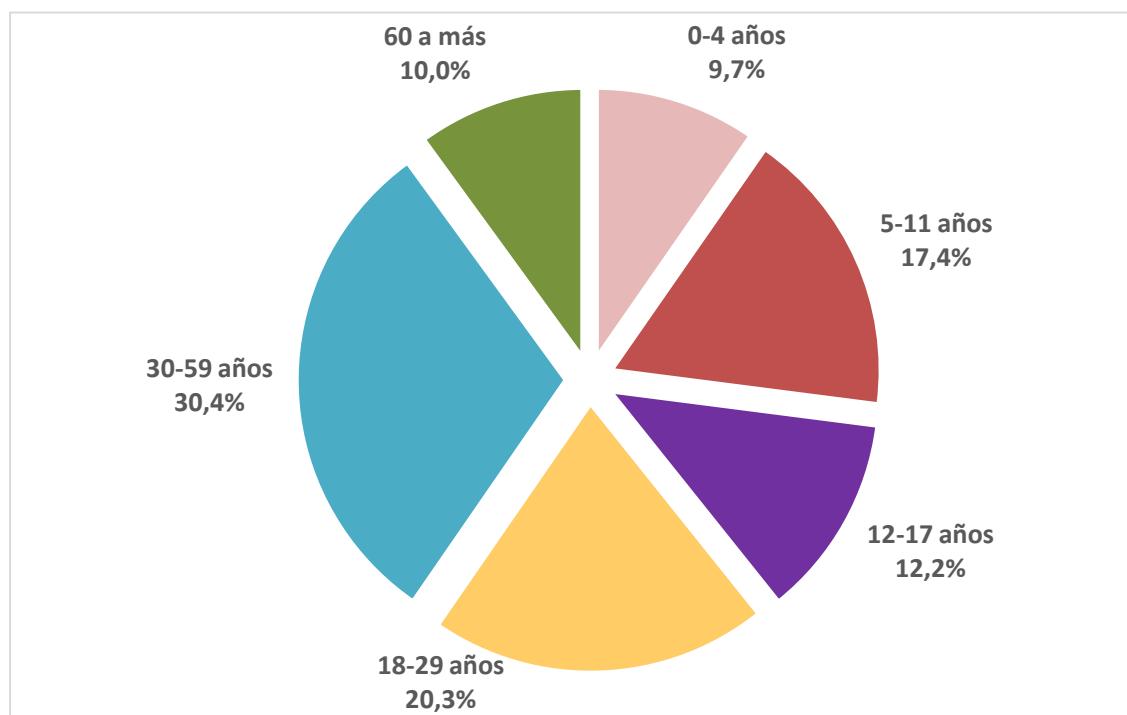
Años	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Población de Asegurados al SIS (1)	11 815 242	12 386 986	12 760 504	11 353 562	13 725 247	15 754 322
Población estimada del Perú (2)	29 132 013	29 461 933	29 797 694	30 135 875	30 475 144	30 814 177
Porcentaje de Afiliación al SIS	40.60%	42.00%	42.80%	37.70%	45.0%	51.1%

(1) Bases de Datos del SIS Central

(2) Estimaciones de Población INEI

En Diciembre de 2014, el total de asegurados al SIS fue de 15 millones 754 mil 322 siendo el grupo de edad de 30 a 59 años el que concentró más asegurados 4 785 033 (30.4%).

Grafico N° 6 SIS: Población Asegurada al SIS por Grupos de Edad – Diciembre 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 país³⁰. 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 de 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).

TOTAL	NACIMIENTOS	28 DÍAS	POBLACION FEMENINA				
			POB. FEM. TOTAL	10-14	15-19	20-49	GESTANTES ESPERADAS
30,814,175	581,450	44,109	15,375,288	1,432,622	1,423,279	6,798,439	720,624

Fuente: INEI-2014

³⁰ Perú, Presidencia Consejo de Ministro. DS 004-2013-PCM: Aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. 8 de enero del 2013.

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

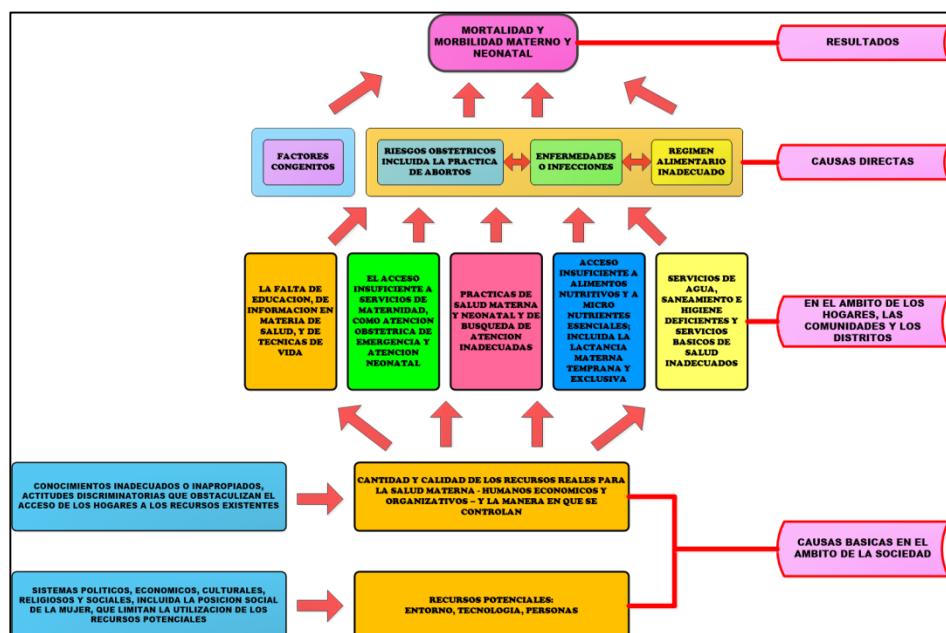
Modelo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

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 UNICEF³¹

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

³¹ <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-Figure-1.7-ESP.pdf>

Modelo explicativo

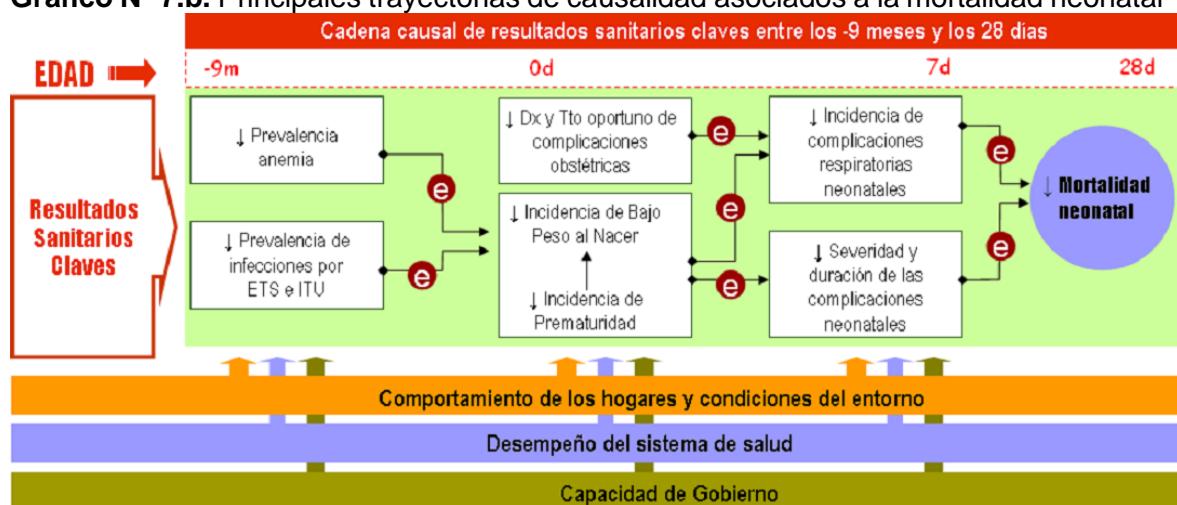
Consiste en la caracterización del problema y de sus factores causales. Así como, la identificación de caminos causales críticos (cadena de relaciones entre factores causales) y la jerarquización de los mismos.

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^{32,33,34}.

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

³²OMS. Mother-Baby Package: An approach to Implementing Safe Motherhood. Geneva. 1994

³³OMS. Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. Geneva.1995

³⁴ CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido: Un manual de referencia para gerentes de programas. 1998

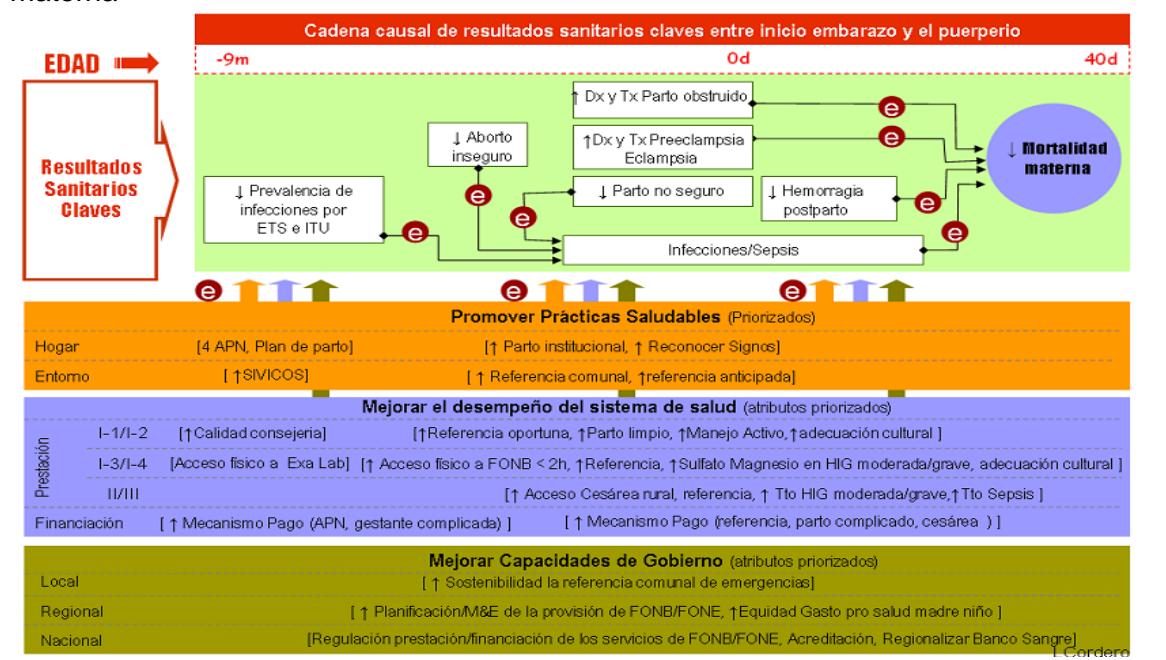
complicaciones obstétricas, mientras en el neonato el bajo peso al nacer y la prematuridad; en la etapa neonatal (0-28 días), las complicaciones respiratorias y una mayor eficacia en el tratamiento de las mismas; y, finalmente entre los 6 y 18 meses, la carga de morbilidad por infecciones y las deficiencias 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 materna³⁵. 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



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

³⁵ 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.

(UNICEF, WHO, UNFPA, 1997)³⁶. Este conjunto de intervenciones se conocen como Funciones Obstétricas³⁷ 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 Vacuum extractor).

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.

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.

Se³⁸ 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 neonatal³⁹. 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:

³⁶ 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

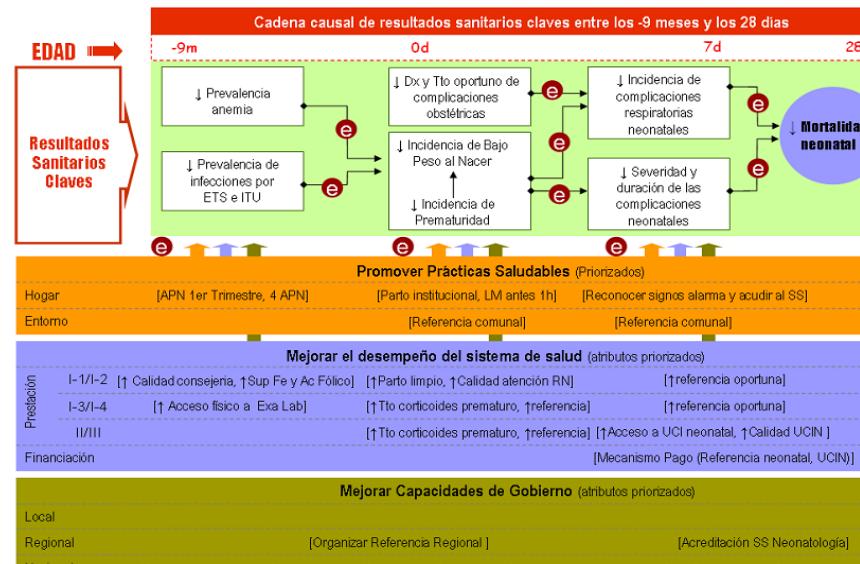
³⁷ Mavalankar DV, Rosenfield A. Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care. Am J Public Health. 2005 Feb;95(2):200-3.

³⁸Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? Bull World Health Organ 1999;77:399-406

³⁹ 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.

- Reducir la incidencia de las complicaciones respiratorias neonatales^{40,41}, con énfasis en los 7 primeros días después del parto.
- Reducir la severidad y duración de las complicaciones neonatales⁴².
- Incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, el cual incluye promover la atención del parto seguro.

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



Fuente: MEF. Programa Estratégico Salud Materno Perinatal. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/programa_estart/Programas_Estrategicos_Salud_Mater

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:

⁴⁰ 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.

⁴¹ Miller JD, Carlo WA. Pulmonary complications of mechanical ventilation in neonates. Clin Perinatol. 2008 Mar;35(1):273-81

⁴² Askin DF. Complications in the transition from fetal to neonatal life. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 May-Jun; 31 (3):318-27.



Fuente: MEF. Programa Estratégico Salud Materno Perinatal.
https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/programa_estart/Programas_Estrategicos_Salud_Mater

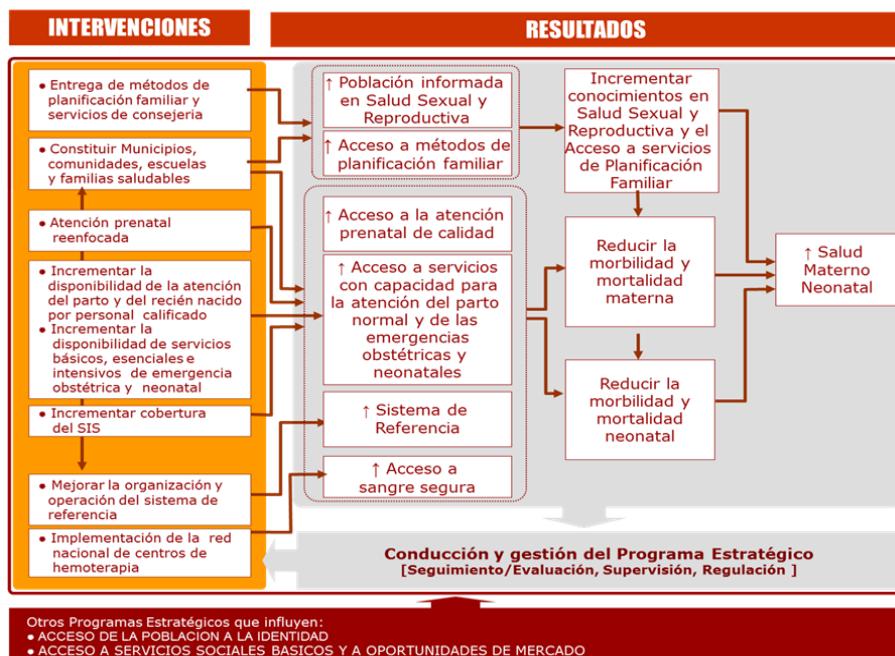
Las intervenciones del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, identificadas por el Ministerio de Salud, se focalizan en tres momentos del ciclo de vida: Antes del embarazo, durante el embarazo y el parto, y durante el periodo neonatal.

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



Fuente: MEF. Programa Estratégico Salud Materno Perinatal.
https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/programa_estart/Programas_Estrategicos_Salud_Mater

Productos del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

Todas estas intervenciones solas o agrupadas constituyeron 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.

En el año fiscal 2014, además de 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, se incluyó el producto 3000001 Acciones Comunes. Por otro lado, el producto: 3033301 Pre Inversión de la Implementación de la Red de Centros de Hemoterapia Tipo I y TIPO II, fue eliminado, ya que se incluyó en los proyectos de Pre Inversión (PARSALUD).

Por tal motivo, en el año 2014, el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PPSMN) estuvo constituido por un conjunto de 21 productos de acuerdo a la Estructura Funcional Programática, que se detalla a continuación.

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

Nº	CÓDIGO	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 ACCDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Nº	CODIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTO 2014
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 PUEPERIO
15	3033299	ATENCION DEL PUEPERIO 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

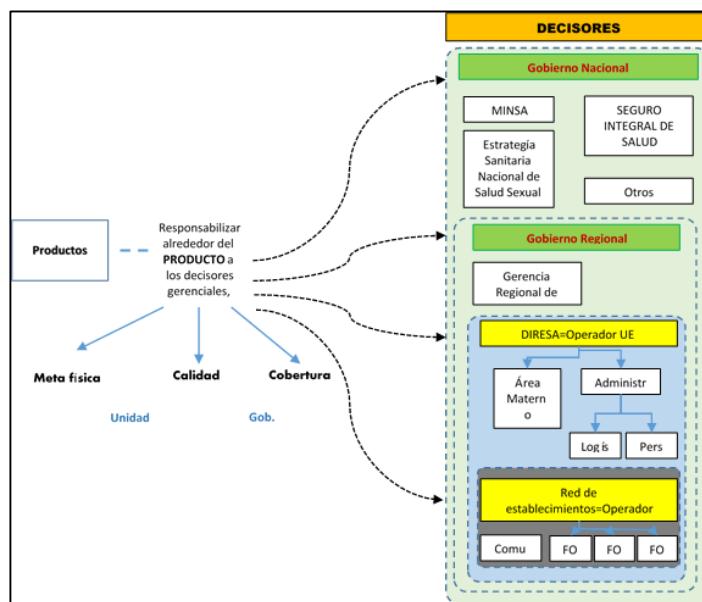
El Ministerio de Salud es responsable técnico de ocho programas presupuestales, los cuales en una lógica de gestión en los Insumos críticos, actividades e intervenciones o productos, lleguen a un resultado que modifique una realidad sanitaria negativa de la población:

CODIGO	PROGRAMAS PRESUPUESTALES	RESPONSABLE TECNICO
001	Programa Articulado Nutricional	
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	Ministerio de Salud: Director General de Salud de las Personas
0104	Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Medicas	

Fuente: RM N° 589-2014/MINSA

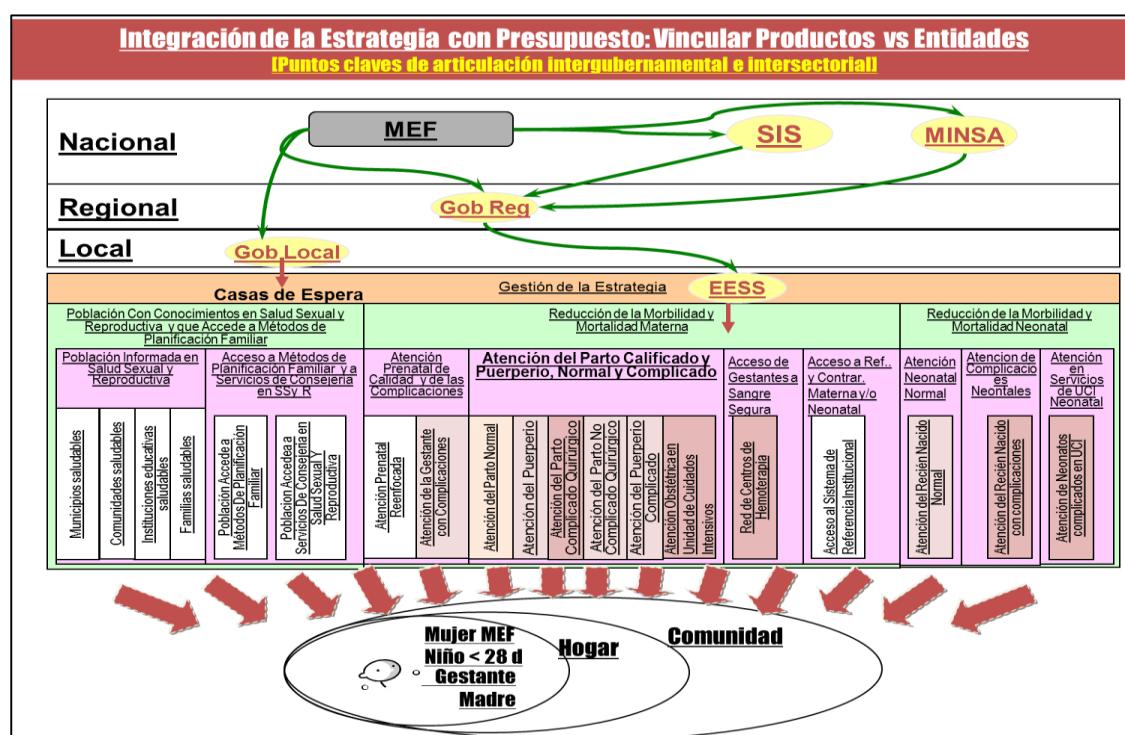
Para el año fiscal 2014, respecto al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, el responsable técnico fue la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA.

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

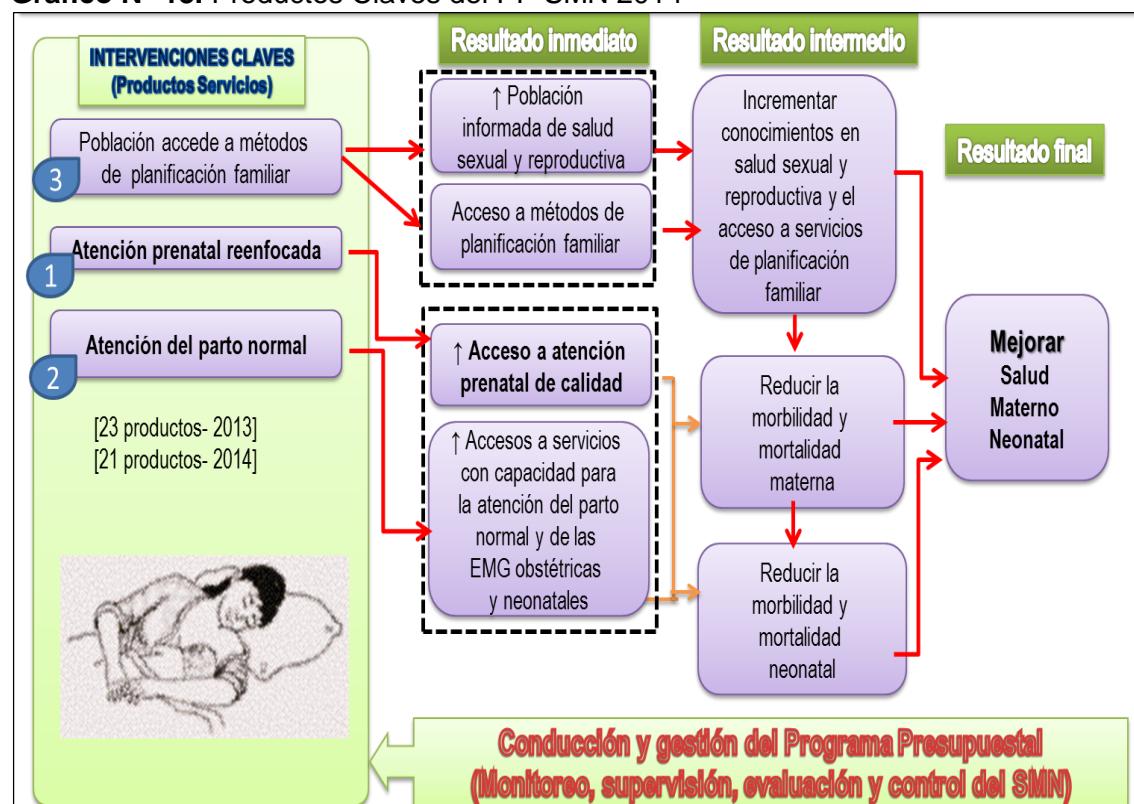
2. Prioridad y concentración de presupuesto en intervenciones claves

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 Estratégica⁴³.

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 2014



Las mismas que contienen un número de actividades.

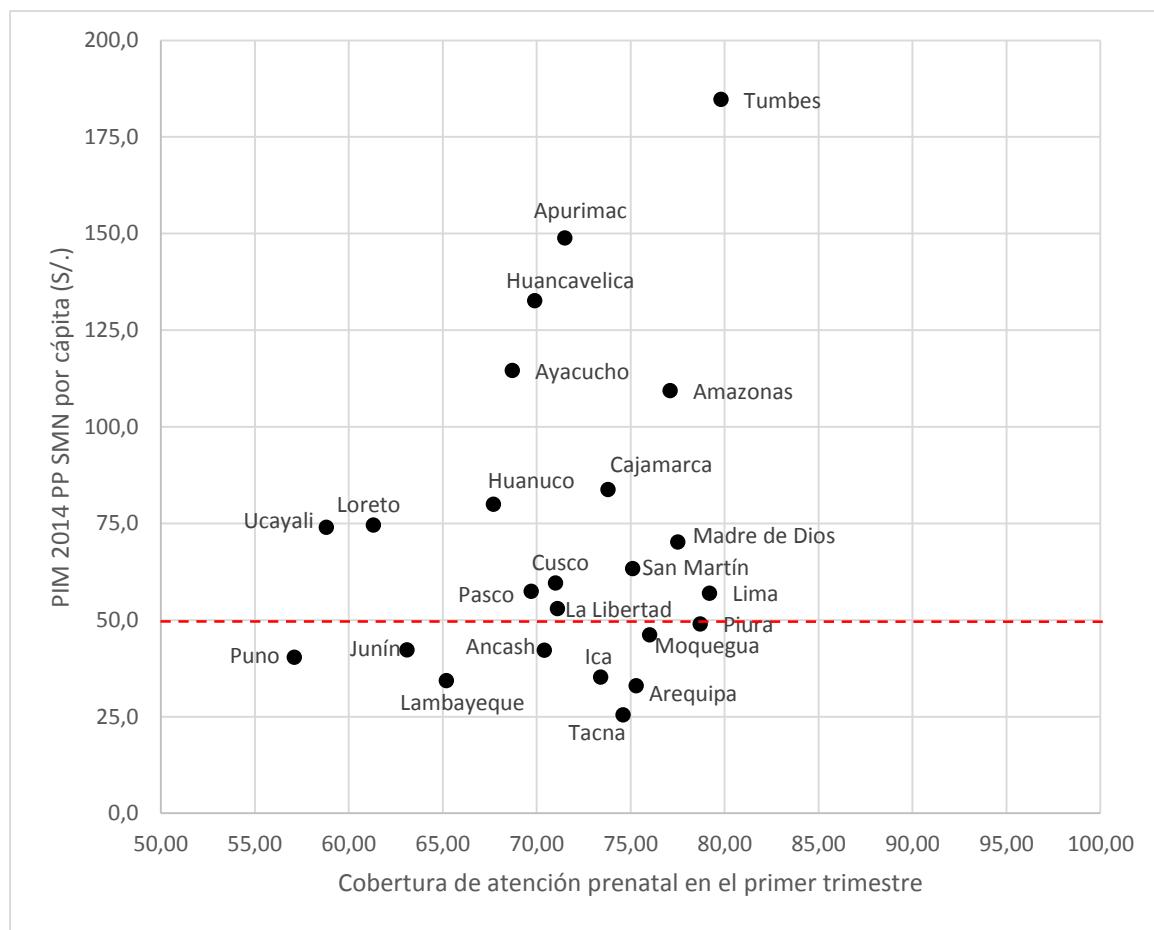
⁴³ Guía Metodológica para la Programación Presupuestaria Estratégica de acuerdo con la Resolución Directoral N° 028-2008-EF/76.01

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 Gráfico 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 2014 a nivel regional, por financiamiento per cápita de cada mujer en edad fértil - MEF y Gestantes, así como el presupuesto para el Producto “Atención de Control Prenatal en el 1er trimestre”, se puede analizar tomando un nivel de corte arbitrario para cada variable, dividiendo el Gráfico No 14 en cuatro cuadrantes. El nivel de corte para la distribución del PIM 2014 per capita es de S/. 50.00 y para la cobertura de atención prenatal en el primer trimestre es 75%. Los departamentos de Puno, Junín, Ancash, Ica y Lambayeque contaron con una cuota per cápita de 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 Piura, Moquegua, Arequipa y Tacna, con el mismo cápita (alrededor de 50 soles), la cobertura del mismo indicador fue superior al 75%, aquí incluimos a Tacna, que pertenece al cuadrante anterior, porque con solo S/. 25.49 llegó a 74,6 % de cobertura (casi el nivel corte); es decir fueron eficientes al utilizar igual o menor financiamiento para superar el 75% de cobertura. También se observa departamentos como Ucayali, Loreto, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y otros, donde la asignación per cápita estaba por encima de los S/.50 soles, 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%, especialmente Ucayali que tiene la menor cobertura después de Puno . Por ultimo tenemos el caso de los Departamentos de Tumbes, Amazonas, Madre de Dios, Lima y San Martín que gastaron más de 50 soles per cápita y superaron la cobertura de 75%, es decir, para obtener la cobertura mayor del 75% requirieron mayor presupuesto en relación a otras regiones, con el caso extremo de Tumbes, que logró la mayor cobertura de APN al primer trimestre con el mayor presupuesto per cápita..

Grafico N°14. Presupuesto Asignado (Cápita) al PPSMN (PIM 20143) Vs Producto Trazador Cobertura de Atención Prenatal en el I Trimestre de embarazo

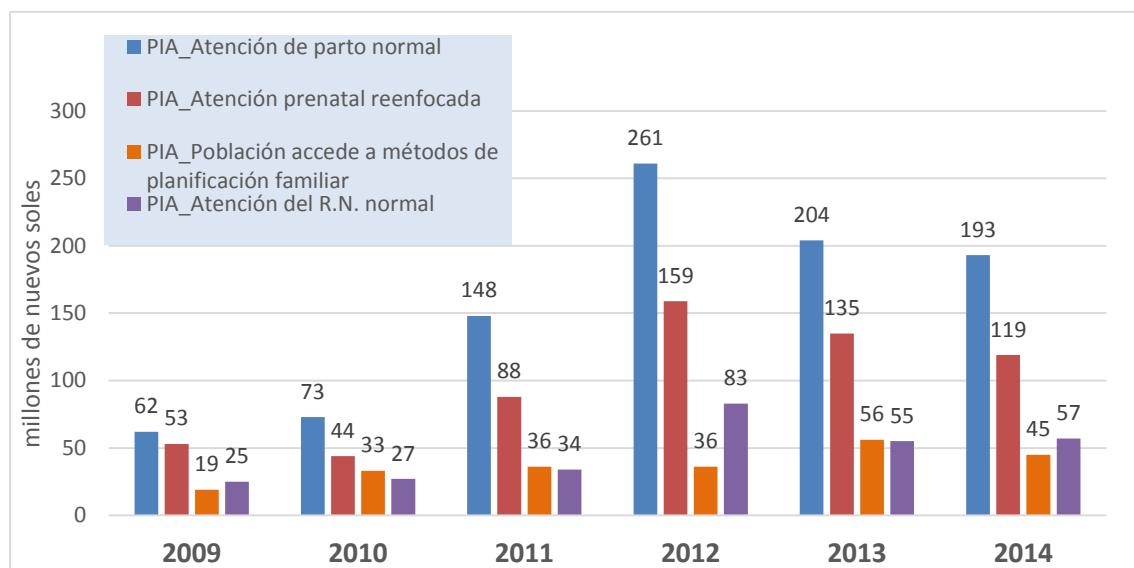


Fuente: Elaboración propia con registros del SIAF y ENDES

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 resolutiva, Acceso de gestantes al servicio de atención de partos calificados y puerperio normal y complicado según capacidad resolutiva, 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 para acceso a métodos de planificación familiar, atención prenatal reenfocada, atención del parto normal y del recién nacido normal, como intervenciones claves representa el 37.5% del total del presupuesto del PP SMN para el año 2014, cuyo PIA fue S/.1,104,000.00.

Grafico N° 15. Presupuesto Institucional de Apertura de intervenciones claves del año 2009-2014 (en millones de nuevos soles)



Fuente: Fuente: Elaboración propia con registros del SIAF

Como se observa en el Grafico N°15, en términos absolutos el PIA 2014 del PPSMN aumentó progresivamente hasta alcanzar en 2014 un incremento de 308% en relación al año 2009. El PIA 2014 está muy próximo al de 2013, con un aumento leve entre 2013 y 2014. El PIA para producto de atención 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, con un descenso leve en 2014 (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 Nº 16. Estructura Funcional Programática



Fuente: MEF. Adaptado de "Combinación de Cadena Funcionales y Programas Presupuestales 2016. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/estr_program/PP_0002_GNR_2016.PDF

Antes de la implementación del PP SMN la unidad ejecutora 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 resolutiva 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 modificaciones⁴⁴. Los presupuestos institucionales de apertura correspondientes a los pliegos del sector público se aprueban a más tardar el 31 de diciembre de cada año fiscal⁴⁵.

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.

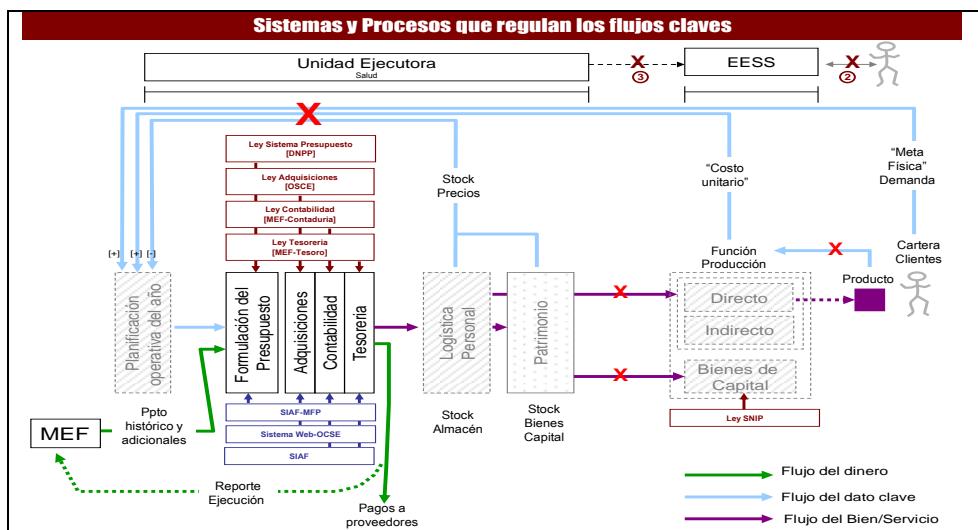
Flujo de Bienes y Servicios: Todos los años a partir del presupuesto institucional al inicio del ejercicio (PIA) que usualmente se incrementa con las transferencias que recibe (PIM), la entidad contrata servicios y adquiere bienes, por lo tanto no empieza de cero cada ejercicio y es posible que cuente 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 conservación y años de vida útil, para así presupuestar su reposición y si se carece del bien presupuestar su adquisición siguiendo para tal efecto las normas del sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP). De esta manera el presupuesto requerido para un año será menor, porque los activos fijos tienen un tiempo de vida útil de 5 a más años y no requiere ser presupuestado todos los años.

⁴⁴ Artículo 76 y 81 del Reglamento del Congreso de la República

⁴⁵ Artículo 23 del texto único ordenado de la Ley 28411, aprobado por DS 304-2012-EF y modificatorias.

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

Gráfico N° 17. Sistemas y procesos que regulan los flujos Claves



Para mejorar la programación y ejecución del presupuesto, las entidades cuentan con el SIGA. A través de este instrumento es posible la programación por punto de atención, conocer en detalle los bienes y servicios que las entidades programan y adquieren la disponibilidad de personal y la disponibilidad de activos fijos por punto de atención, así como la distribución de bienes a estos puntos de atención.

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.

A sí mismo, se puede contar con información relacionada a la adquisición de insumos, información de proveedores, valor de compra, consultar la fecha de entrega de insumos a los establecimientos de salud, consultar el tiempo promedio de insumos y equipos en almacén. Igualmente se cuenta con información registrada del personal, su ubicación física, modalidad de contrato, entre otros datos.

Por este motivo, en la Ley 29465, Ley del Presupuesto Público del 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.

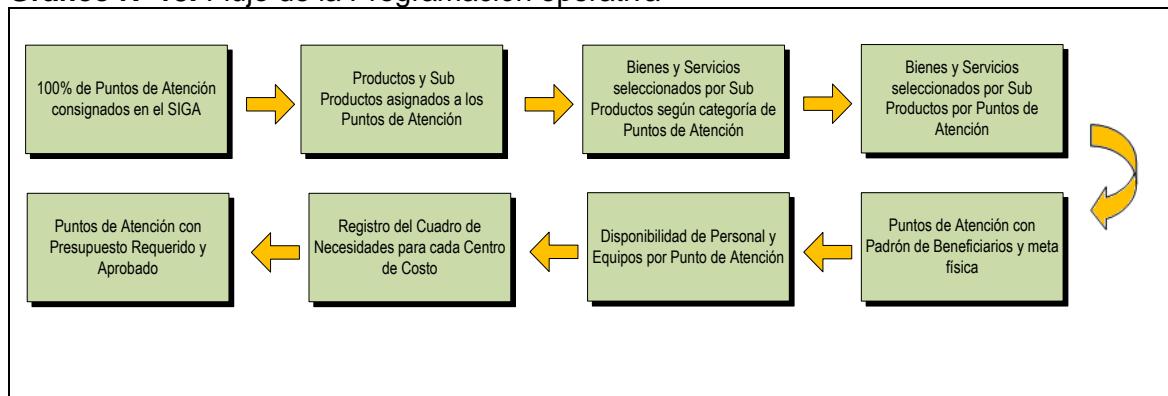
El aplicativo SIP-PPR, que se conoce también como SIGA, consta de 3 módulos: el módulo de programación donde se personaliza las necesidades de cada punto de atención a partir de un listado de bienes y servicios estándar establecidos por el MINSA, el módulo de logística que permite elaborar el cuadro 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

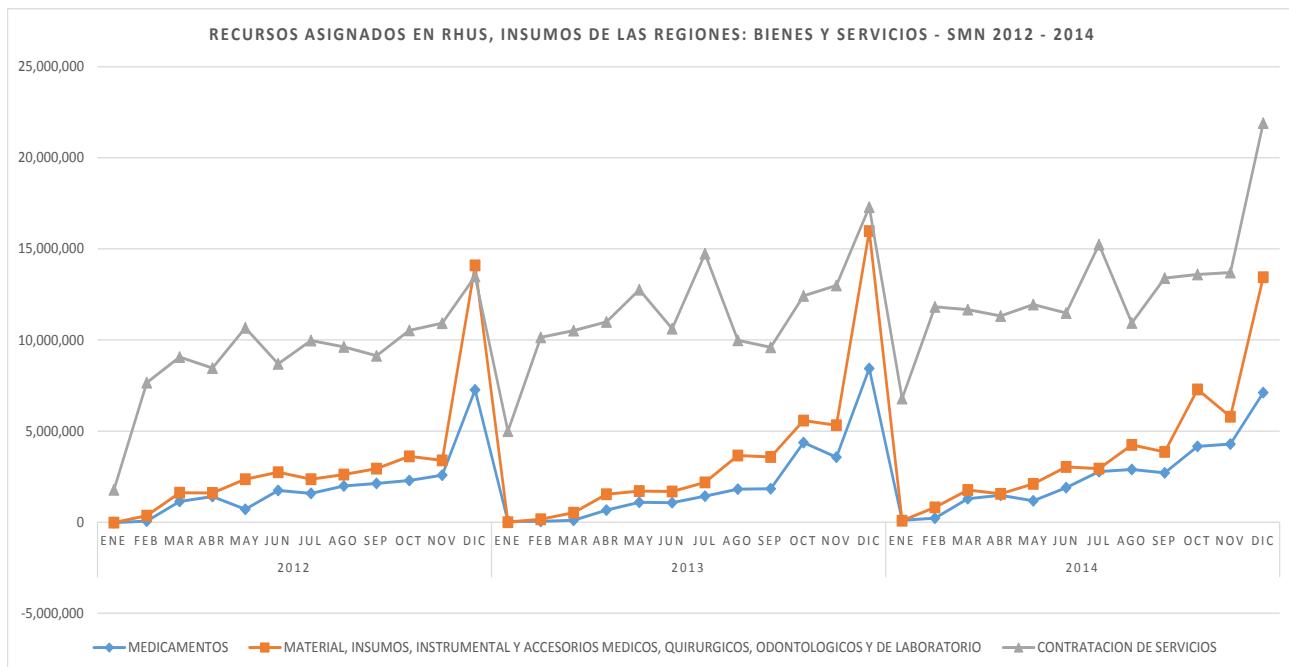


El Ministerio de salud además de haber elaborado y aprobado el listado de bienes y servicios asociados al producto, en coordinación con la Dirección General de Presupuesto Público se encargó de hacer la difusión y capacitación a los equipos a las Unidades Ejecutoras del país para mejorar la programación 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).

Sin embargo, a pesar de la mejor estructura del gasto implementada desde el año 2010, en el gráfico en mención, se aprecia que la ejecución del gasto sigue realizándose de forma ineficiente, evidenciándose un incremento de la ejecución en los meses de noviembre y diciembre del 2012 al 2014.

Gráfico Nº 19. Distribución del presupuesto asignado a los pliegos regionales para bienes y servicios 2012 - 2014.



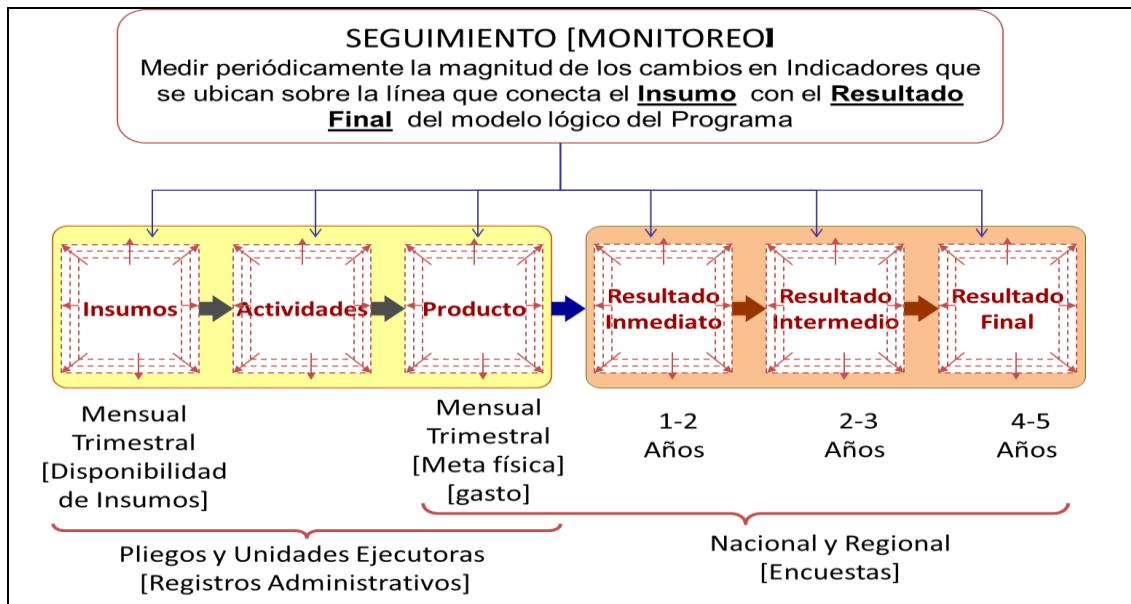
Fuente : SIAF, 2012-2014

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.

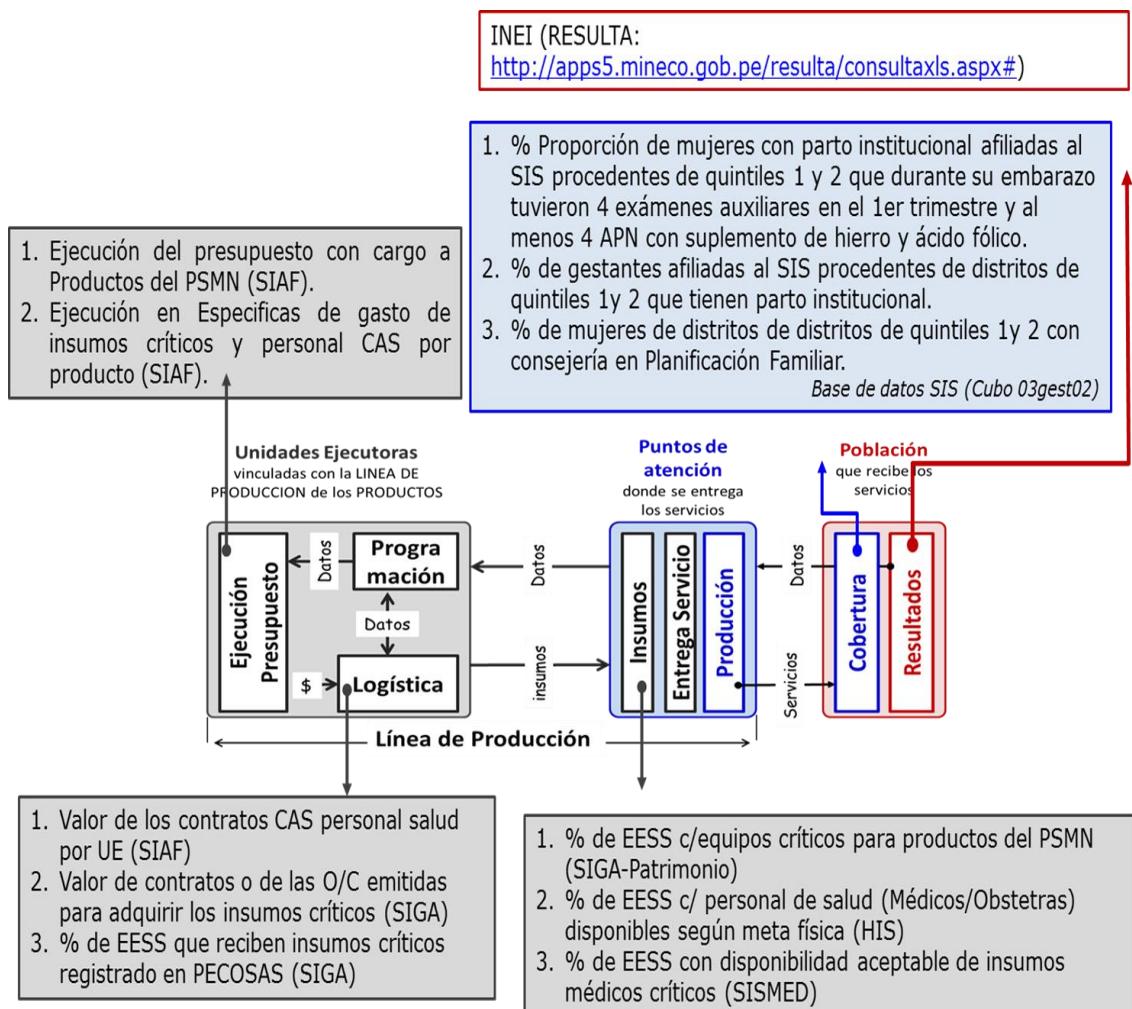
La medición de los indicadores si bien pueden hacerse anualmente, el seguimiento debe considerar los períodos de 4 a 5 años para el resultado final, 2 a 3 años para el resultado intermedio y de 1 a 2 años para los resultados inmediatos, véase gráfico 20.a. Los cambios en los resultados se evidencian 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 puerperas 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 cuánto 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, 2009-2014

Indicadores		2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Mortalidad Neonatal	Tasa de Mortalidad Neonatal (x 1,000 nv)	13	11	10	13	12	12	
Mortalidad Materna	Razón de Mortalidad Materna (x 100,000 nv)	96.1	95.9	92.7	89.9	78.1	83.7	
Resultados intermedios		2009	2010	2011	2012	2013	2014	
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	72.0
		Proporción de gestantes que tuvieron parto por cesárea procedentes del área rural	7.5	8.4	8.2	10.8	11.5	12.0
Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	Proporción de Control Prenatal Renfocado en el 1er Trimestre	72.4	73	74.9	75	77.4	77.3	
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	17.2
		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	74.6
Resultados inmediatos		2009	2010	2011	2012	2013	2014	
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	99.7	
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	8.6	
Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutiva	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	77.3	
	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	86.6	

Acceso de gestantes a servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicado según capacidad resolutiva.	Numero de EESS calificados para cumplir con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB)	282	281	369	354	619	N/A
---	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fuente: ENDES-INEI/ENESA-INEI-OMS

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, siguiendo las últimas estimaciones de la OMS y el GIEMM, en el año 2014 se reduce hasta 72.8 MM por 100,000 NV y en la estimación realizada con datos de la DGE alcanza el 83.7 por 100,000 NV. Estos resultados indican una disminución en el riesgo a 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 2013 y 2014 no se muestra variación. En el quinquenio 2009-2014, este indicador mostró una disminución importante en el área rural de 17 a 12 por cada 1,000 NV respectivamente (véase tabla N° 04 del capítulo Antecedentes).

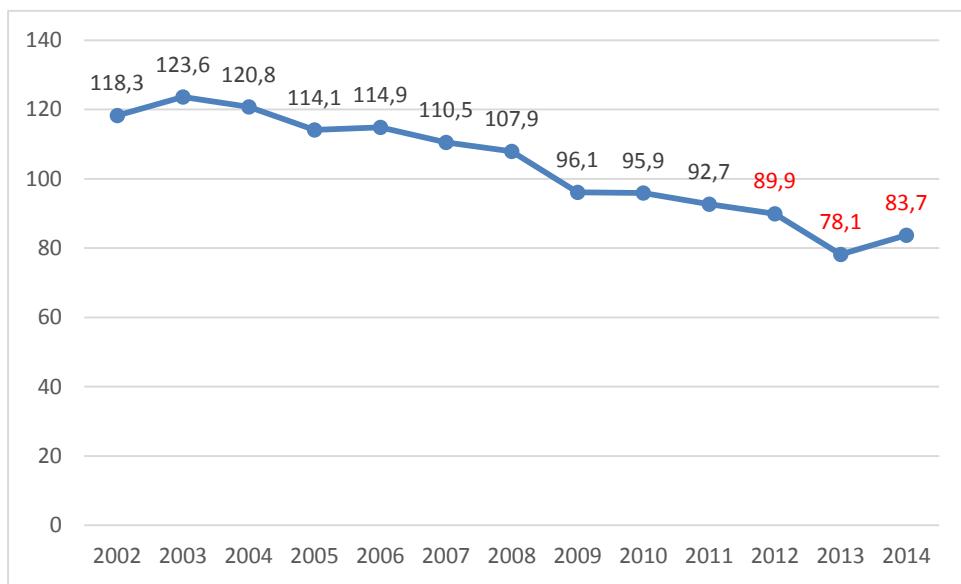
Los indicadores de resultados intermedios muestran avances importantes ya que se evidencia en la Tabla N° 7 un aumento de la proporción de parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales, de 57.6% al 72.0%; asimismo, se incrementa la proporción de gestantes que tuvieron parto por cesárea procedente del área rural, de 7.5% al 12.0%.

Asimismo, se espera una reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal, al observar un crecimiento de la proporción de gestantes con control prenatal reenfocado en el primer trimestre en 5 puntos porcentuales del año 2009 (72.4) al año 2014 (77.3%), aunque este crecimiento es menor que los indicadores de atención de parto mencionados.

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 99.7% en el año 2014, la tendencia se mantuvo casi igual.

Finalmente, aunque el acceso de gestantes a los servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicado mejora, 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, no se puede medir el cambio en el año 2014 porque el nuevo dato será producido en el año 2015.

Gráfico N° 21. Razón de Mortalidad Materna en el periodo 2002-2014

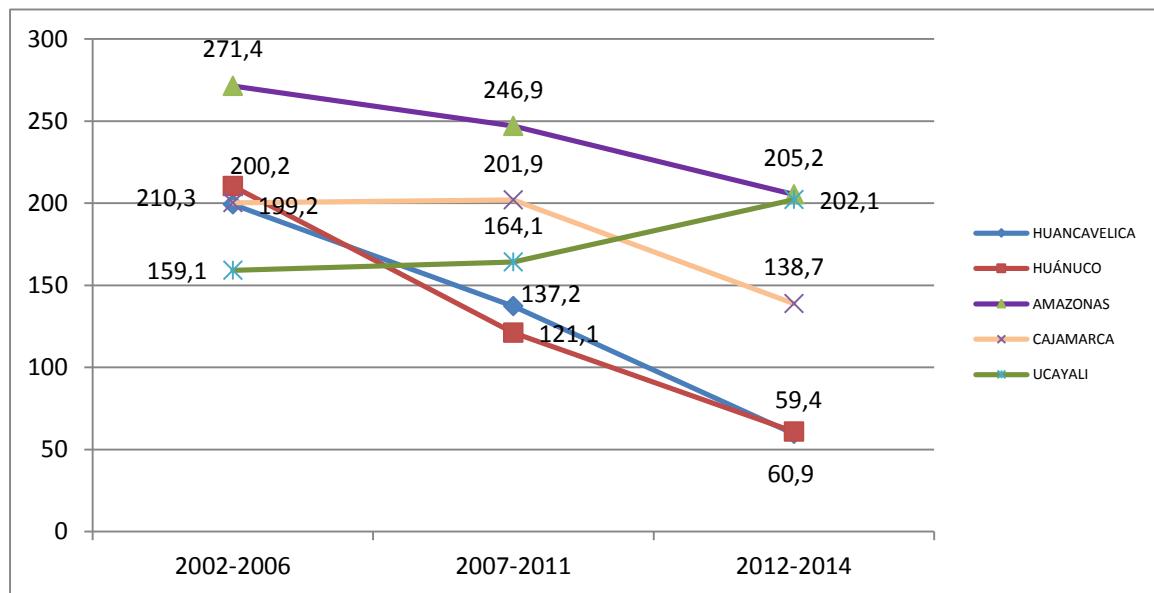


Fuente: Estudio de MM de la DGE y vigilancia epidemiológica DGE

Antes del inicio del PP SMN la disminución de RMM fue de solo 11.4 MM en los 6 años previos, al comparar con los 6 años siguientes de inicio del PP SMN la reducción fue de más de 20 MM x 100,000 n.v. 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 periodo 2002-2014, especialmente en el periodo en se implementa el PP SMN; sin embargo, en el ámbito de Amazonas el descenso fue menor, en Cajamarca no hubo reducción en el primer tramo y se observa una reducción marcada de la RMM al pasar al trienio 2012-2014; en Ucayali, por el contrario, la RMM aumenta, y lo hace en dos tramos, un aumento leve en el primer tramo y uno marcado para el trienio 2012-2014. Huánuco y Huancavelica tienen una tendencia sostenida a la disminución, tal y como se muestra en la gráfica N° 22

Gráfico N° 22. Razón de mortalidad materna en algunos ámbitos regionales en los períodos 2002- 2006, 2007-2011 y 2012-2014



Fuente: Estudio de MM de la DGE y vigilancia epidemiológica DGE.

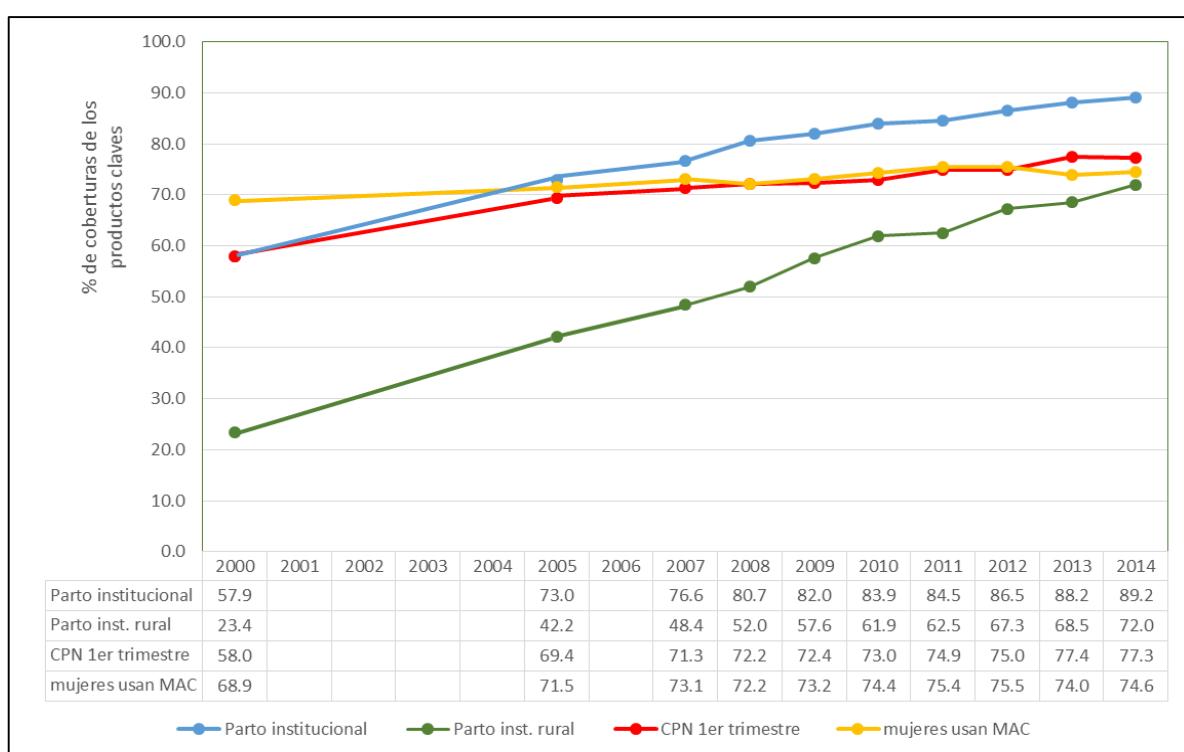
2. Productos Trazadores del PP SMN: Cobertura y Producción de Servicios

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 89.2% en el año 2014.

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 2000-2014



Fuente: Elaboración propia con registros ENDES-INEI

Proporción de Atención Prenatal Reenfocada (CPN 1erTrim)

A nivel regional en el año 2014 respecto al año 2007, la proporción del Control Pre Natal se ha incrementado en promedio en seis puntos porcentuales. En 14 departamentos se registra un aumento, pero es principalmente en Amazonas, Cajamarca, Huánuco y Madre de Dios en los que el aumento fue por encima del promedio indicado. Por el contrario, los departamentos en los que el descenso de la cobertura de atención prenatal en el 1er trimestre fue mayor fueron Ucayali y Lambayeque (más de 10 puntos porcentuales), para el año 2014.

Tabla N° 8. Proporción de Atención Prenatal Reenfocada (CPN 1erTrim) 2007-2014 a nivel Regional.

Region	2007	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	61.6	68	68.6	68	69.9	77.1
Áncash	71.6	72.4	74.9	77.3	75.4	70.4
Apurímac	74.8	76.4	70.9	78.9	76.5	71.5
Arequipa	76.7	74.5	76.9	83.2	80.2	75.3
Ayacucho	69.7	66.5	66.6	68.6	69.6	68.7
Cajamarca	65.3	68.3	71.1	70.5	75	73.8
Cusco	70.9	78.6	70.6	74	75.8	71.0
Huancavelica	70.4	72.6	64.9	72.9	75.9	69.9
Huánuco	59.8	73.8	66.6	70.7	74	67.7
Ica	78.1	77.9	78.4	81.2	83.6	73.4
Junín	65.7	66.8	68.8	72.9	70.6	63.1
La Libertad	70.5	71.8	70.9	78.5	79.8	71.1
Lambayeque	75.5	77.9	81.2	74.8	79.2	65.2
Lima	76.8	79	84.9	79.7	82.9	79.2
Loreto	59.7	57.4	66.1	68.8	67.7	61.3
Madre de Dios	69.7	67.8	69.8	75.6	70.7	77.5
Moquegua	80.5	79.6	79.2	74.8	77.9	76.0
Pasco	67.4	71.8	70.8	72.3	71.9	69.7
Piura	74.4	77.4	74.8	72	79.4	78.7
Puno	51.2	54	53.6	57.2	58.1	57.1
San Martín	72.8	73.2	71	74.8	77	75.1
Tacna	72.9	74.8	71.5	73.3	80.5	74.6
Tumbes	77.5	78.4	79.3	78.1	81.7	79.8
Ucayali	68.9	63.6	66.9	67.4	67.4	58.8

Fuente: ENDES-INEI

Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural

Este indicador se ha incrementado en todos los departamentos en el año 2014 respecto al año 2007.

En los departamentos de la Libertad, Loreto, Puno y, Ucayali se observa un incremento considerable en más de 30 puntos porcentuales. Si bien hubo departamentos con aumentos discretos, se debe a que ya tenían altas coberturas, como el caso de Tumbes e Ica que han superado el 99% de cobertura de parto institucional. Llama la atención el aumento excepcional en Piura, entre 2013 y 2014, donde se duplica la proporción de parto institucional.

Tabla N° 9. Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural 2007-2014 a nivel Regional.

Región	2007	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	36.2	53.3	44.4	50.1	49.5	65.5
Áncash	53	69.4	66.9	75.5	83.6	90.6
Apurímac	83.3	94.5	95.3	97.4	97.1	96.7
Arequipa	69.4	80.4	89.5	79.8	86.2	95.1
Ayacucho	58.3	86.6	85.9	89.7	91.2	94.5
Cajamarca	36.4	50.1	49.1	55	57.6	70.3
Cusco	65.8	72.7	77.6	90	90.6	96.5
Huancavelica	51.6	64.1	69	75.5	85.5	89
Huánuco	52.4	69.4	76	84.8	80.6	87.3
Ica	93.1	96.9	100	100	100	99.5
Junín	55.7	48.5	64.8	73.2	63.6	85.8
La Libertad	29.5	42.8	22.4	54.5	55.8	87.3
Lambayeque	59.7	67.9	75.3	61.7	82.4	91.3
Lima	79.2	73	91	83.7	86	97.7
Loreto	11.9	15.5	20.1	24.1	25.8	65.6
Madre de Dios	74.6	74.5	78.3	79.5	77.7	96.6
Moquegua	66.7	83.2	71.6	85.9	97.2	96.3
Pasco	56.8	64.7	71	77.4	63.5	86.8
Piura	44	60	50.9	44.9	43.1	82.6
Puno	27.8	48.9	58.2	55.2	71.6	76.1
San Martín	61.1	59.1	58.6	67.1	77	86.6
Tacna	61.3	75.5	54.7	73.6	81.5	94.3
Tumbes	90.1	84.8	71.8	88.8	96.8	99.4
Ucayali	31.7	26.7	42.6	38.4	42.6	78.1

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 La Libertad, Ica , Piura y Ayacucho 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	2014
Amazonas	46.3	44.9	44.4	43.7	46.2	46.2
Áncash	41.8	49.5	46.4	48.2	49.3	43.8
Apurímac	47.4	48.1	49.2	51.2	42.5	48.0
Arequipa	54.5	48	45.9	52.9	51.7	52.1
Ayacucho	37.8	42.2	44.8	45.7	45.5	42.5
Cajamarca	45.1	47.7	47	46.6	48.8	47.1
Cusco	44.7	41.4	46.5	49.1	47.6	49.7
Huancavelica	37.2	37.5	38	41.5	33.6	41.0
Huánuco	52.7	55.3	56.6	58.6	53.1	56.4
Ica	54.6	56.6	59.9	58.8	58.5	59.0
Junín	46.9	48	49.5	47.6	48	49.6
La Libertad	44.6	50.1	47.4	51	50.1	50.7
Lambayeque	49.6	51.7	53.5	51.4	48.9	48.6
Lima	54.7	57.4	58.4	58.5	57.1	57.5
Loreto	40.1	45.7	46.3	45.3	49	43.3
Madre de Dios	54	50.1	55.5	54.9	51.4	50.7
Moquegua	55.7	61.5	57	54.6	51.6	52.7
Pasco	56.1	56.7	56	57.4	56.9	54.8
Piura	52.7	57.2	53.9	55.1	51.5	60.6
Puno	24.7	24.7	25.6	24.1	27.8	25.5
San Martín	53.8	47.8	53.6	48.7	51.6	57.3
Tacna	57.2	46.3	45.9	48.5	55.2	60.3
Tumbes	65.7	67.6	64.5	64.7	64.9	63.0
Ucayali	50.1	47.5	53.2	51.8	48.2	68.4

Fuente: ENDES-INEI

Producción de servicios de los productos trazadores del PP SMN

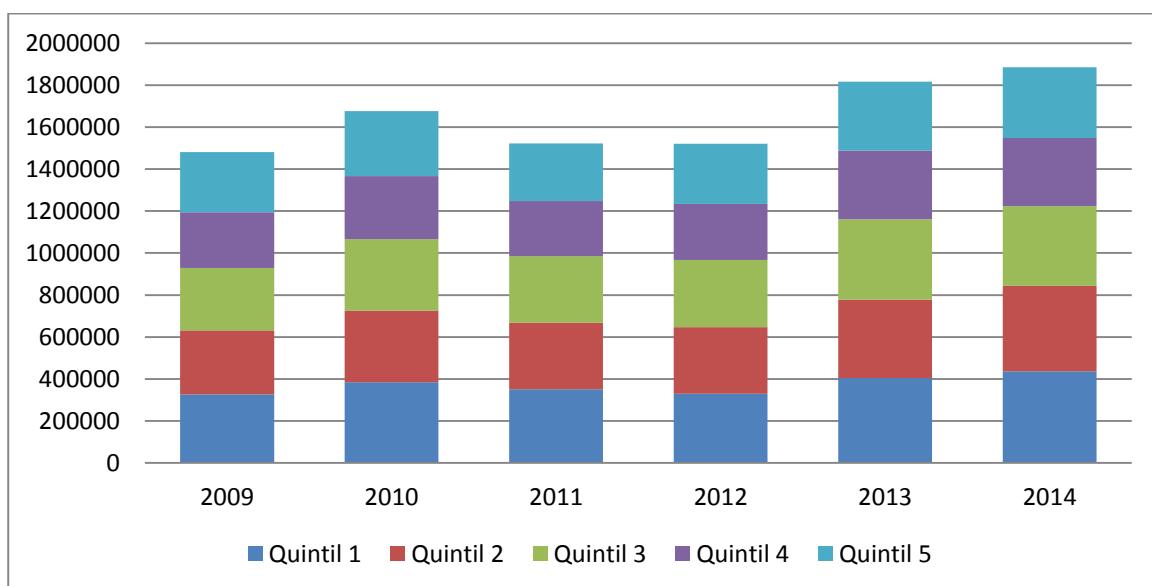
Se analiza la producción de los servicios en la entrega de los productos del Programa Salud Materno Neonatal en el periodo 2009 al año 2014 cuya fuente de información corresponde al Seguro Integral de Salud.

Producto: Atención Prenatal Reenfocada

A nivel nacional y por quintiles de pobreza se observa que la cobertura del indicador Atención Prenatal Reenfocada sal primer trimestre se ha incrementado en todos los quintiles en el año 2014 respecto a los años anteriores; excepto el quintil superior que casi no se modificó en el periodo 2009-2014; el aumento del control prenatal al primer trimestre es importante en los quintiles 1 y 2 (más pobres); sin embargo en el quintil 1 aun está muy por debajo de los demás quintiles, habiendo subido de 61.1. % a 66.3% de cobertura en 2014 (gráfico 24.a).

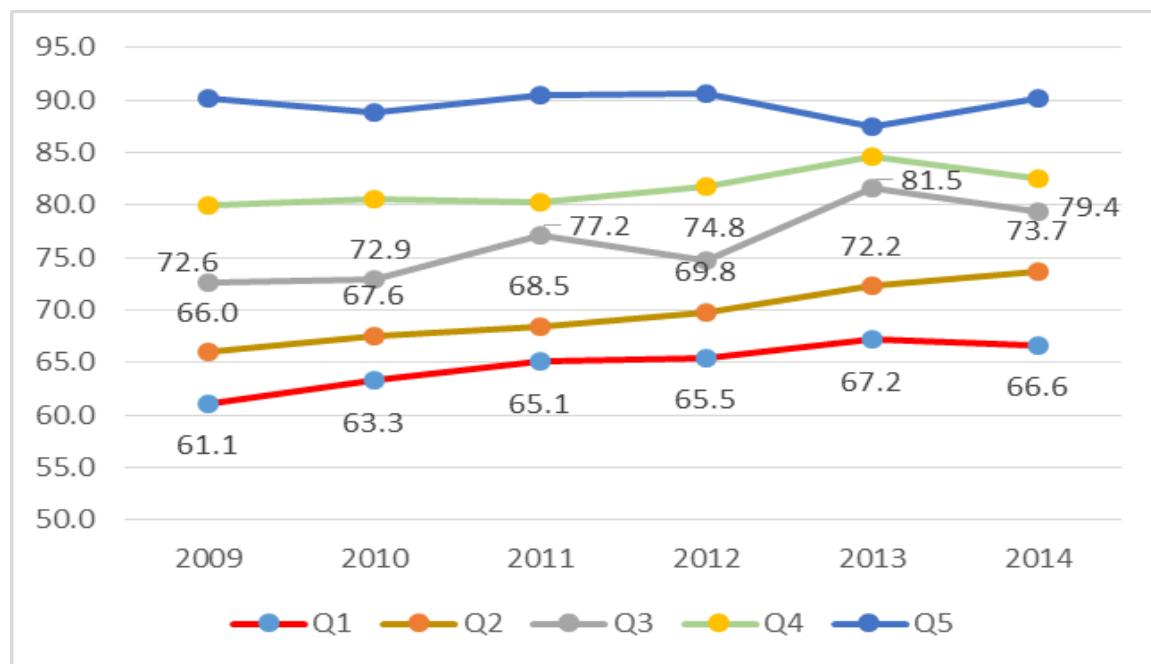
Este aumento se ve reflejado también en el incremento de atenciones prenatales por el SIS en los Q1, Q2 y Q3.

Gráfico N° 24. Número de atenciones Prenatales Renfocadas Vs Quintiles de Pobreza 2009 – 2014



Fuente: Elaboración propia con registros BD SIS

Gráfico N° 24a: Cobertura de atención prenatal al primer trimestre según quintiles de pobreza 2009 – 2014



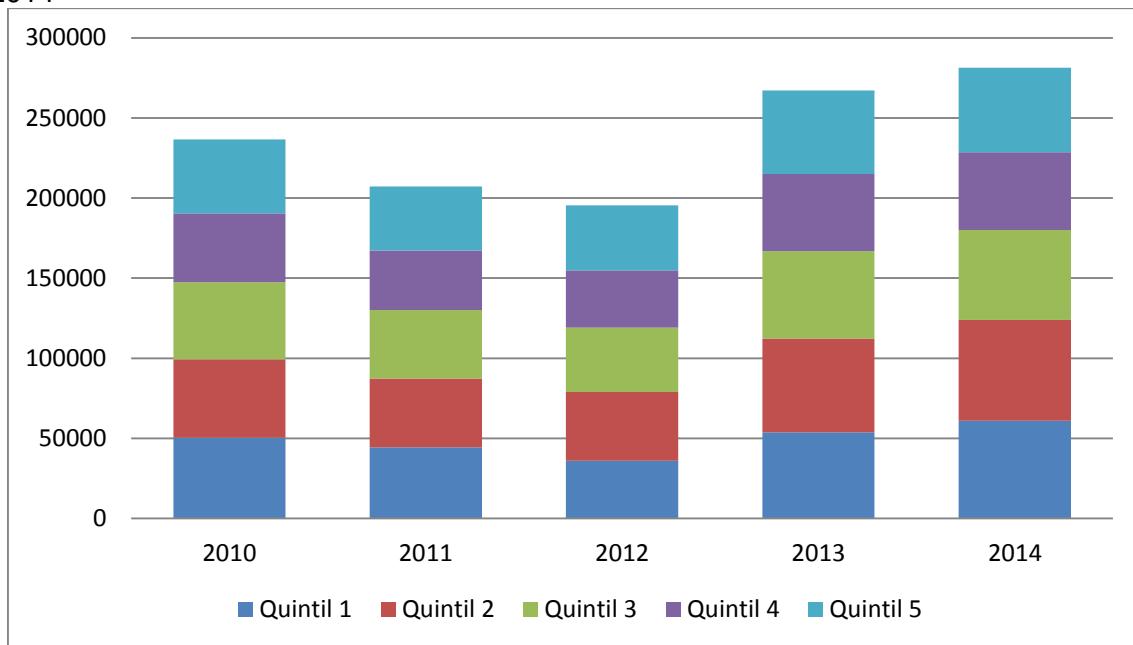
Fuente: ENDES

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 resolutiva.

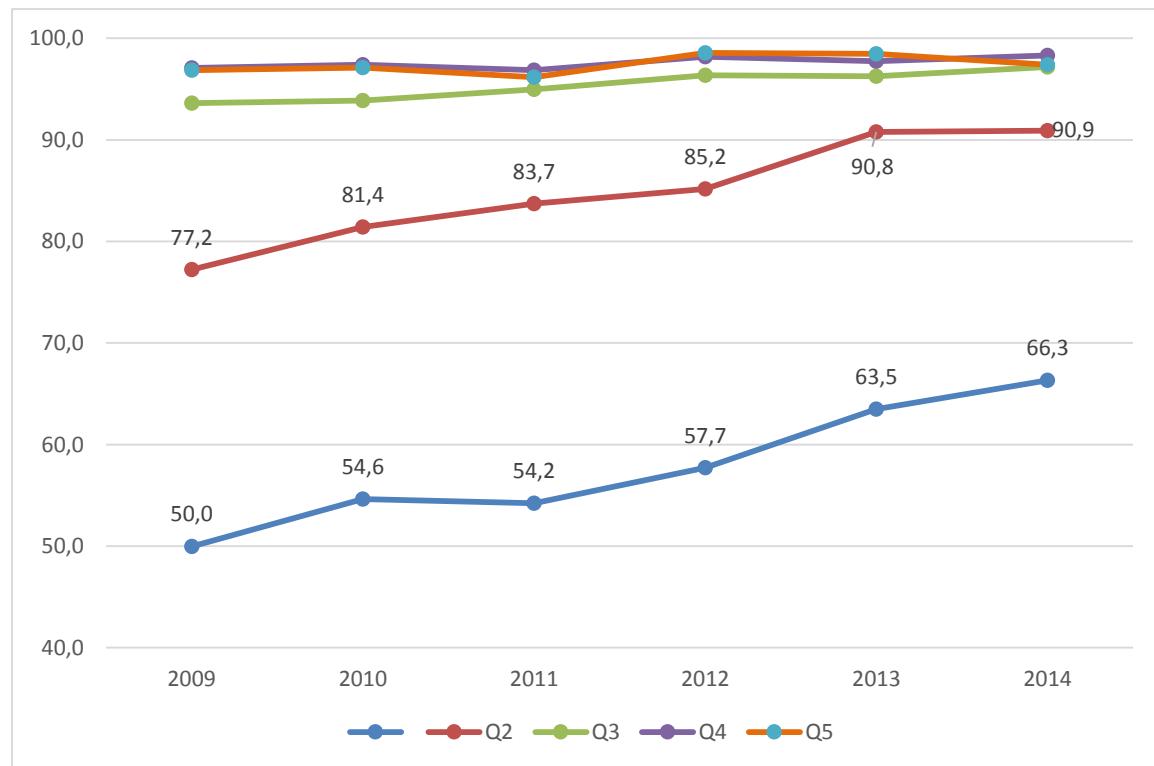
En el grafico N° 25 se observa un aumento del número de atenciones por parto institucional por el SIS desde 2012, a predominio de los Q1, Q2 y Q3, lo que se correlaciona con el aumento observado en la cobertura de atención de Parto Normal Institucional, principalmente y en forma notable y sostenida en los Q1 y Q2, y más discretamente en el Q3.

Gráfico N 25. Número de Atenciones de Parto Normal Vs Quintiles de Pobreza 2009 – 2014



Fuente: Elaboración propia con registros BD SIS

Gráfico N 25a. Número de Atenciones de Parto Normal Vs Quintiles de Pobreza 2009 – 2014



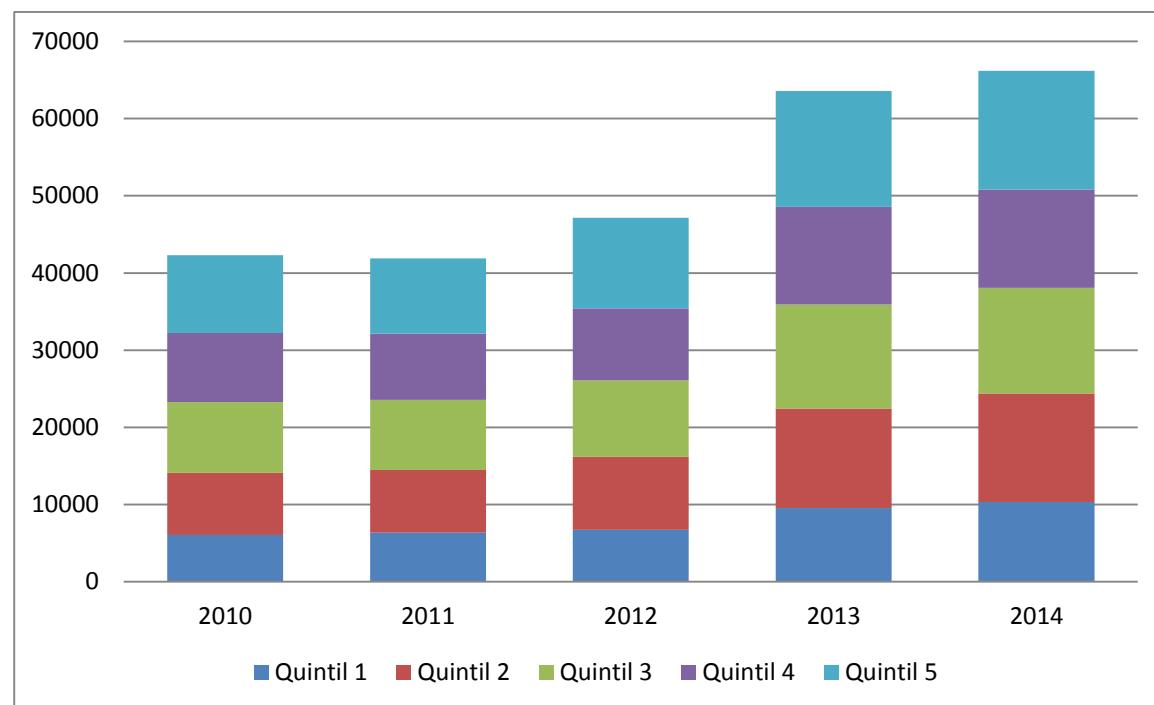
Fuente: ENDES

Producto: Atención del parto complicado quirúrgico

El indicador considerado para evaluar este producto es la proporción de cesáreas registradas en los años evaluados. En general el número de cesáreas en quintiles se ha incrementado en el año 2014 respecto al año 2009 como se puede observar en el grafico N° 26.

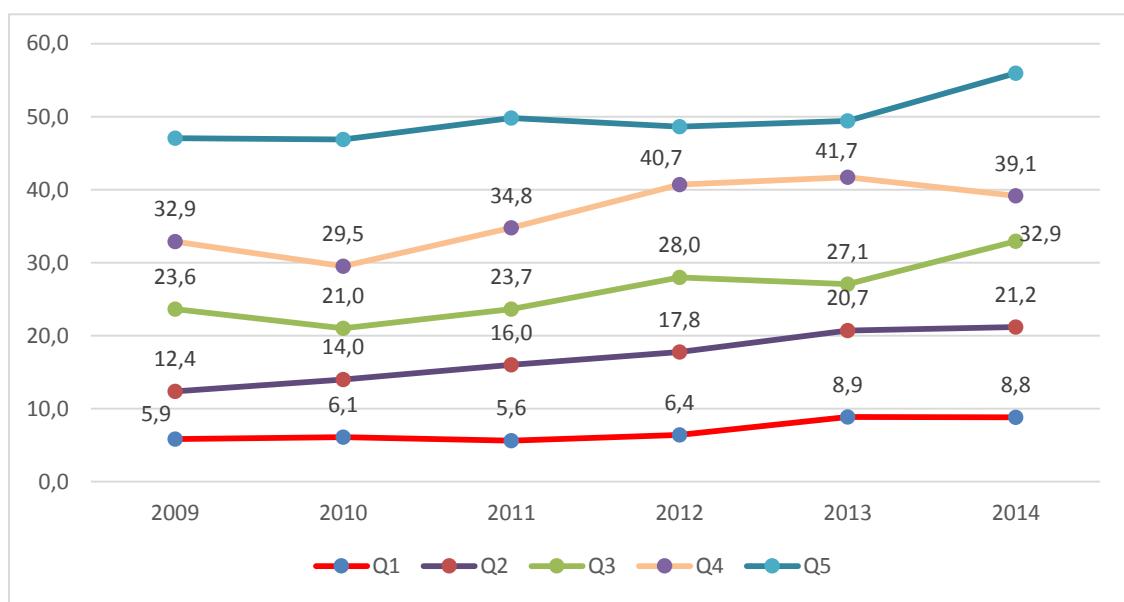
Es importante observar que existen notables diferencias entre los quintiles de pobreza, siendo el quintil 5 el que tienen mayor proporción de cesáreas, probablemente por el mejor acceso económico, geográfico y organizacional. Se observa incremento de la proporción en todos los quintiles, siendo más notorio en el quintil 2.

Grafico N° 26. Número de Cesáreas por Quintiles de pobreza 2009 – 2014



Fuente: Elaboración propia con registros BD SIS

Gráfico N° 26a. Número de Cesáreas por Quintiles de pobreza 2009 – 2014



Fuente : ENDES

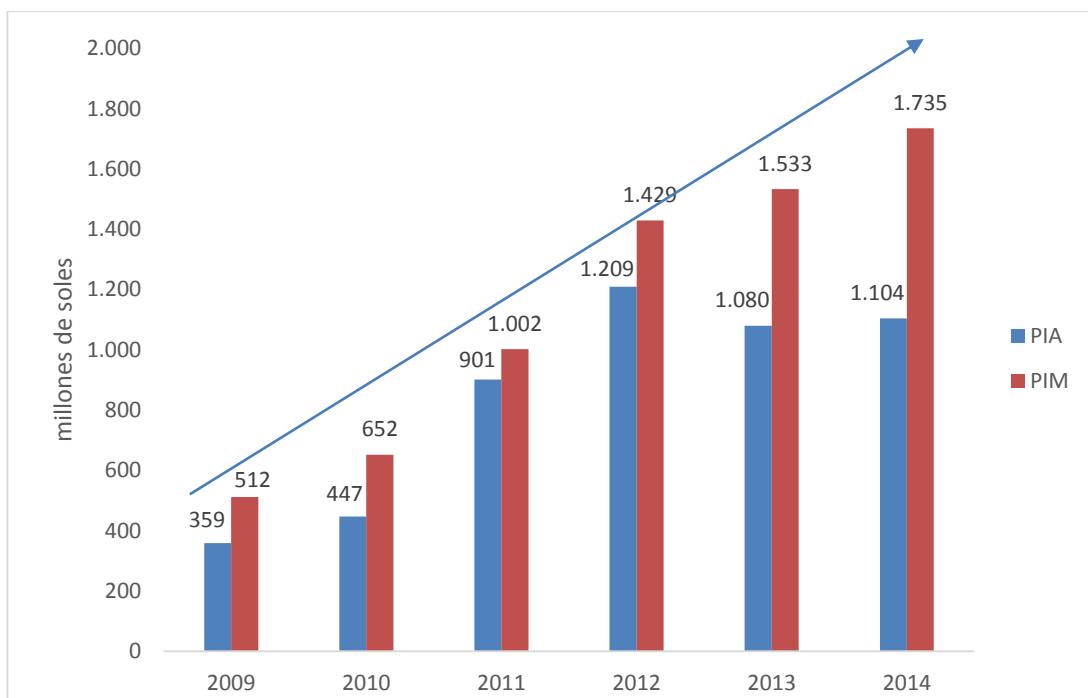
3 Presupuesto Asignado y Ejecutado

Evolución del presupuesto asignado a los productos trazadores 2009-2014

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 1,104 millones para el año 2014, concentrando los recursos en los productos claves del Programa Presupuestal. Consecuentemente también se incrementó el PIM pasando de 512 millones en el 2009 a 1,735 millones para el 2014.

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 2014, considerando toda fuente de financiamiento.

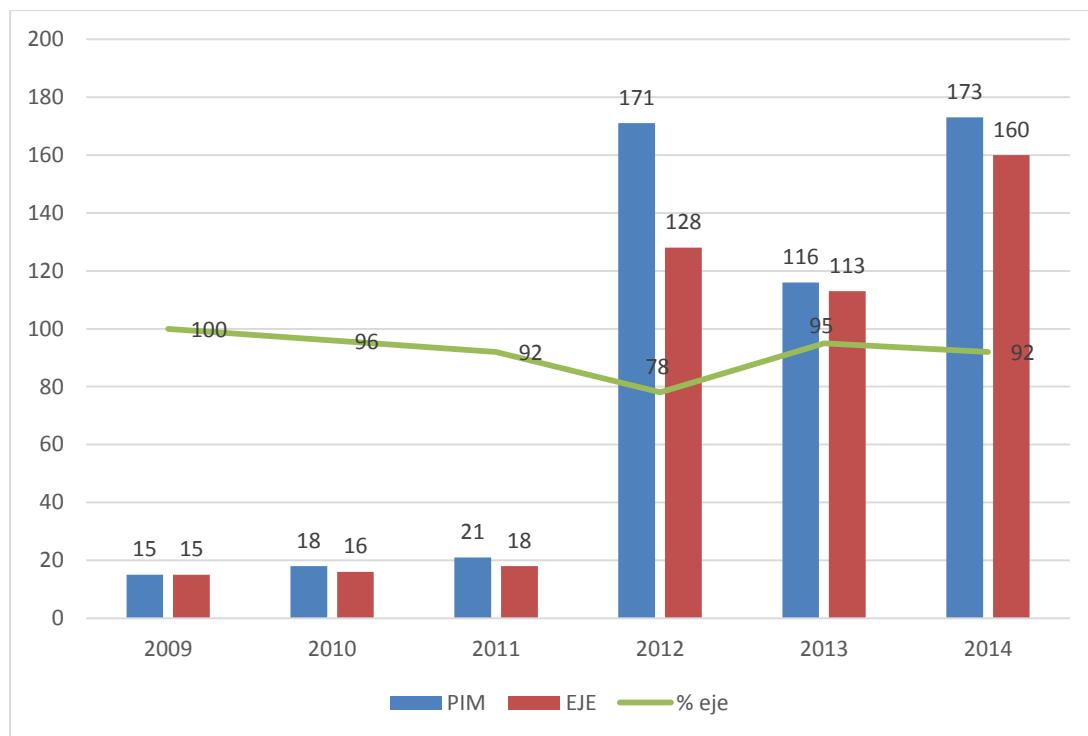
Gráfico N° 27. Evolución de la asignación presupuestal PIA – PIM del PP SMN 2009-2014 por toda fuente de financiamiento



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

En el gráfico N° 28, se evidencia el nivel de ejecución de los recursos presupuestales en el periodo 2009 al 2014. El porcentaje de ejecución presupuestal en el año 2014 fue del 95% en relación al PIM. Además, se observa que la ejecución presupuestal en el periodo de tiempo analizado se ha incrementado en los últimos 2 años, en relación al 2012, sin embargo, ha disminuido en relación al año 2013, ya que en el 2014, la ejecución fue de 92%.

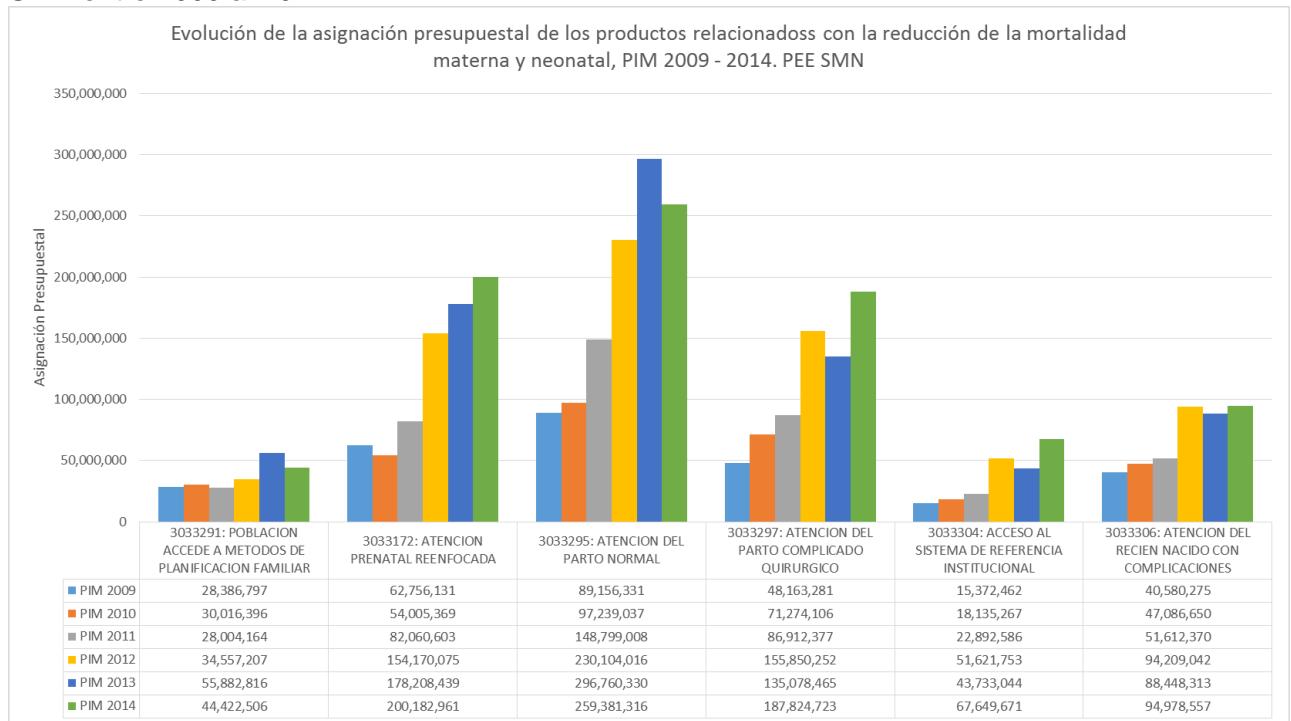
Gráfico N° 28 Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2014 por toda fuente de financiamiento



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

En el grafico 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 2014



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.

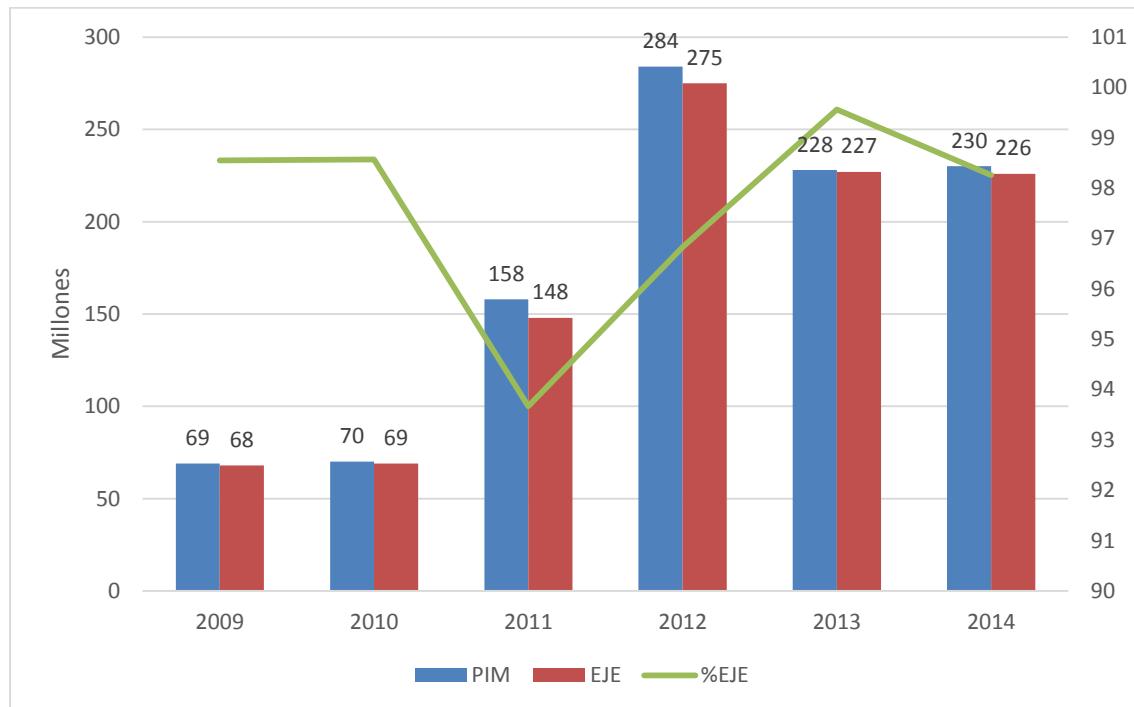
Se analiza la ejecución en la genérica de gasto “2.3 Bienes y Servicios”, esta genérica se clasifica en los siguientes conceptos:

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 2014, se logró ejecutar el 98% de los recursos asignados en la genérica 2.3; así mismo, respecto al año 2013, en el 2014 la asignación presupuestal ha aumentado. En relación al porcentaje de ejecución presupuestal, en los años 2013 y 2014 se ha alcanzado casi el 100% y 98%, respectivamente, en comparación del 2012 que fue del 97%.

Gráfico N° 30. Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2014 por Recurso Ordinarios y en Bienes y Servicios



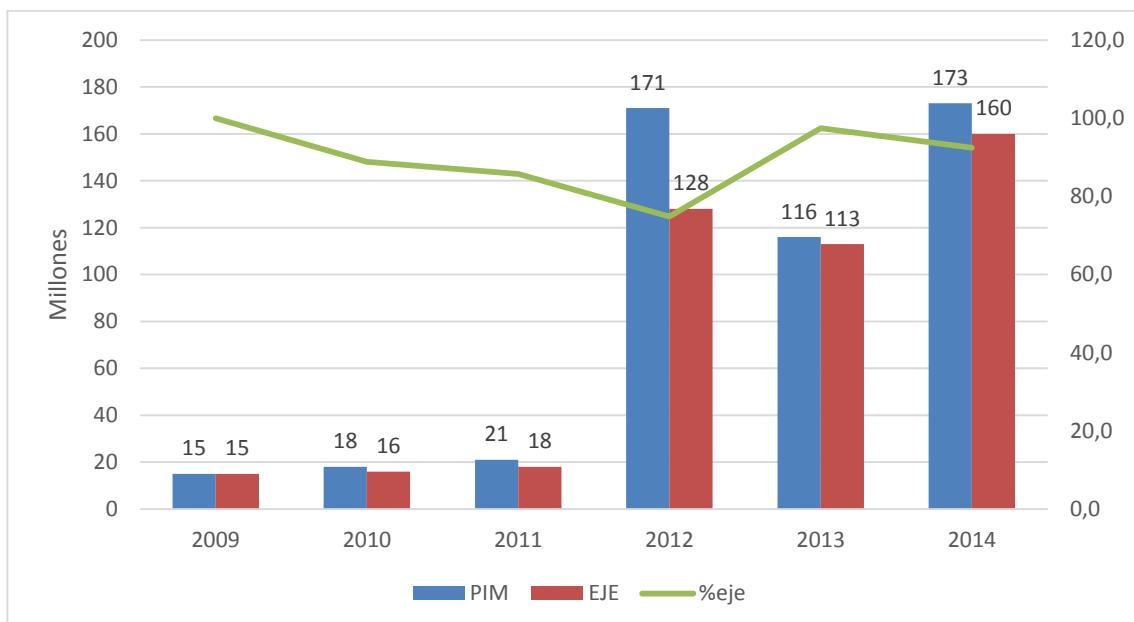
Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

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 grafico N° 31.a. la ejecución presupuestal 2014 correspondiente a 160 millones de soles, con asignación de recursos importantes en los años 2012, 2013 y 2014, que para el caso del año 2014 guarda relación con la ejecución de los mismos (92.5%).

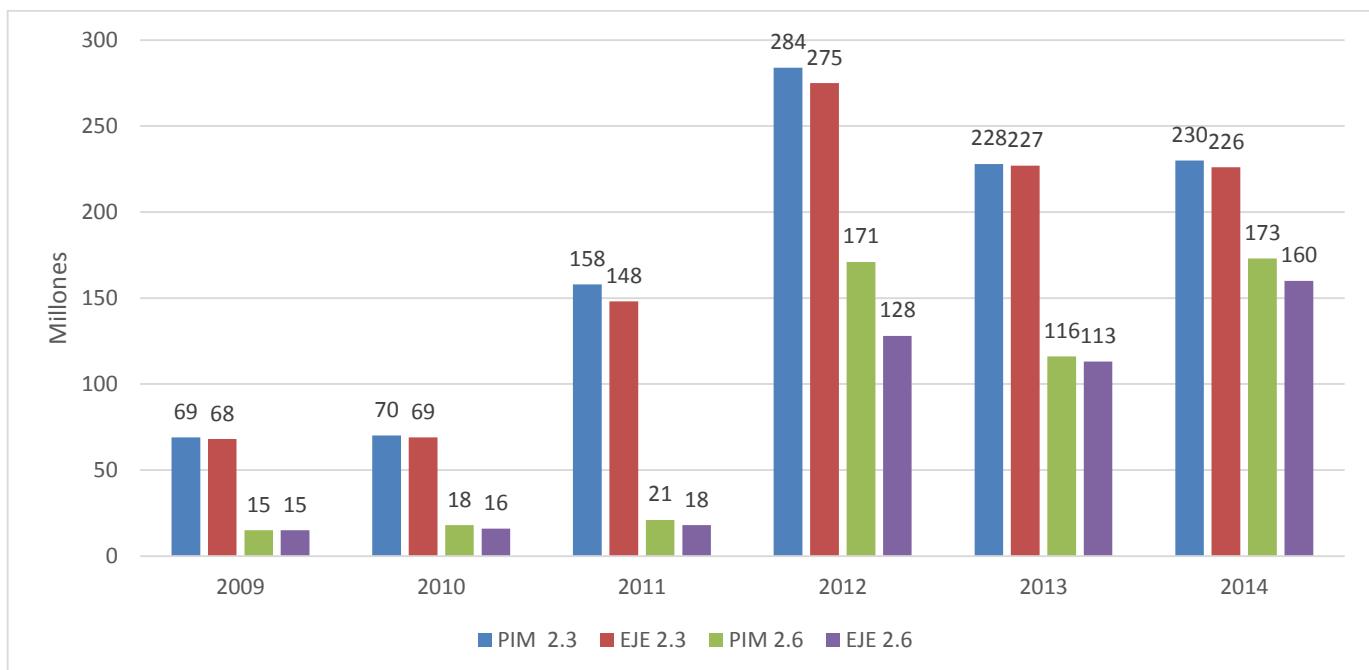
Gráfico N° 31. a Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2014 por fuente de financiamiento Recurso Ordinarios y por genérica de gasto Activos no financieros.



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, 2013, 2014, 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 2009-2014 por genérica de gasto 2.3 y 2.6



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

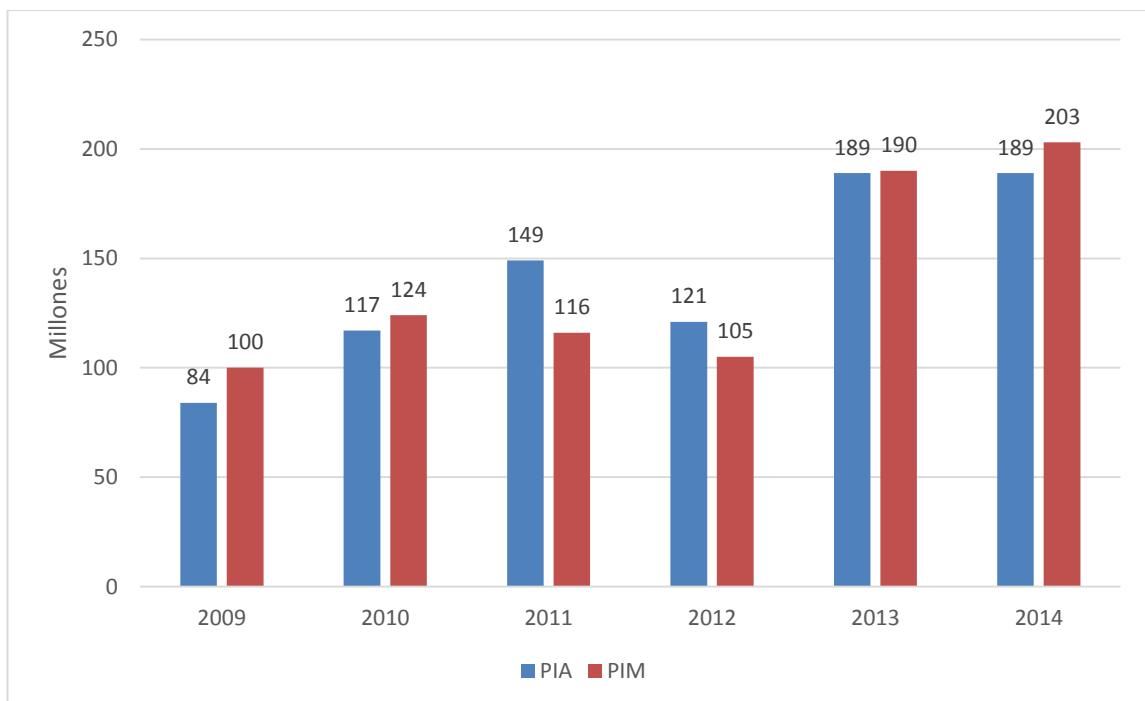
Asignación y Ejecución por fuente de financiamiento: Donaciones y Transferencias y genérica de gasto bienes y servicios

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 2014, se muestra una cifra importante en el PIA de los años 2013 y 2014, lo que no sucedió en los años anteriores (ver gráfico N° 32). Además, es destacable el aumento en el PIM del año 2014, alcanzando los 203 millones, 14 millones más respecto al año 2013.

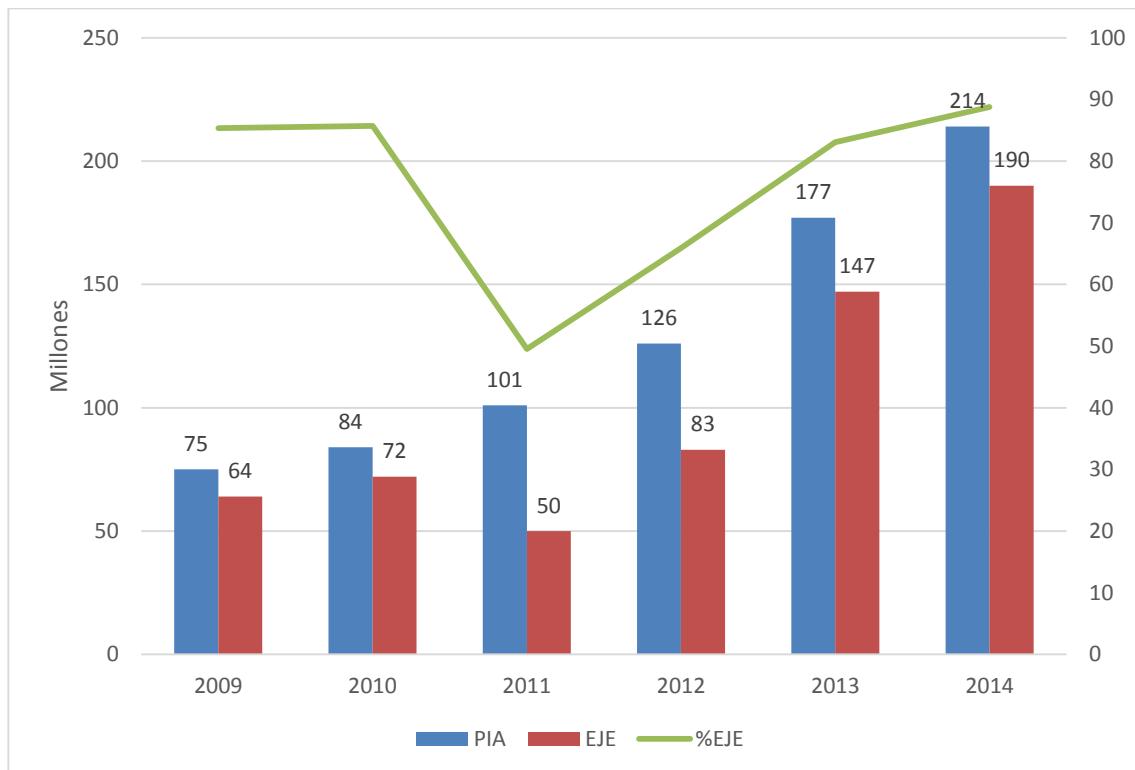
Gráfico N° 32. Evolución de la asignación presupuestal al Pliego SIS del PP SMN 2009-2014.



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

En el Gráfico N° 33 en el periodo 2009 – 2014 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, así como un aumento en el porcentaje de ejecución presupuestal en los últimos 3 años.

Gráfico N° 33 Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2014 por fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias y por genérica de gasto Bienes y Servicios.

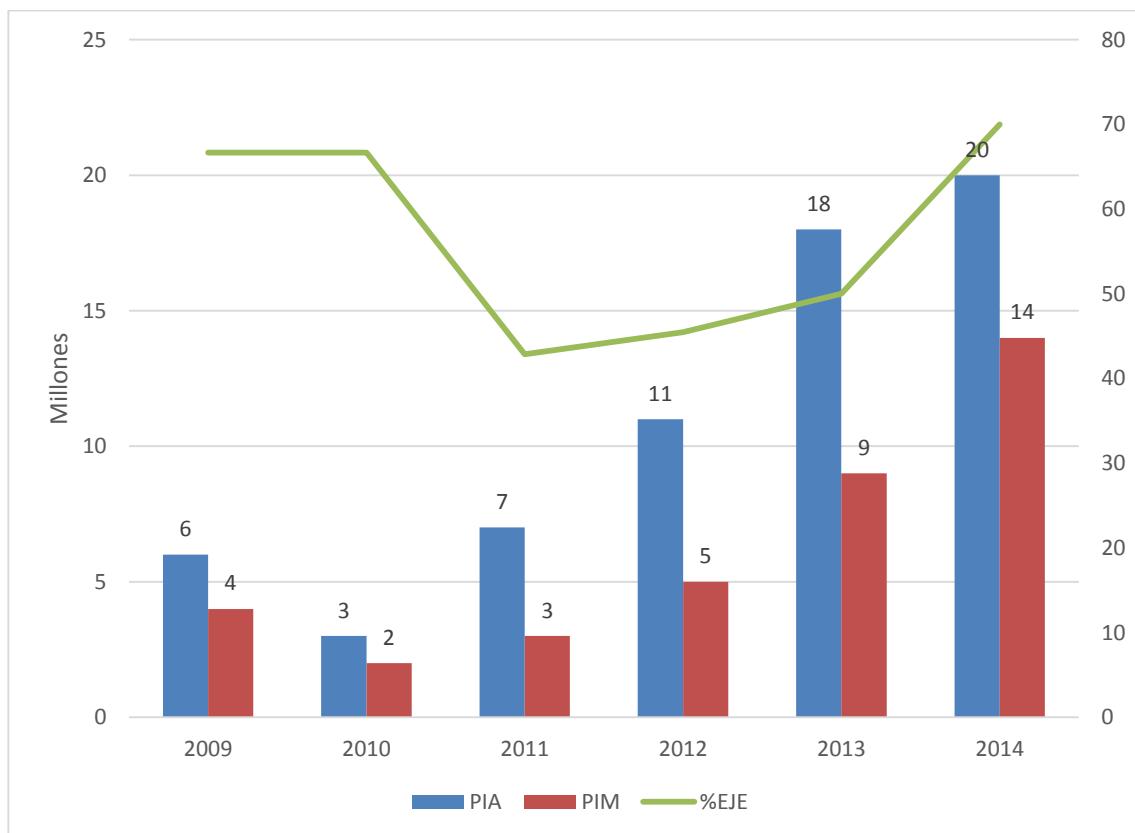


Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

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 2014, observándose incremento de recursos a partir del año 2011. Asimismo, se aprecia un aumento en la ejecución presupuestal de 20 puntos porcentuales (70%) en el año 2014, respecto al año 2013 (70%) y al año 2012 (45%).

Gráfico N° 34 Evolución de la ejecución presupuestal del PP SMN 2009-2014 por fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias y por genérica de gasto Activos No Financieros.



Fuente: elaboración propia con registros SIAF-MEF

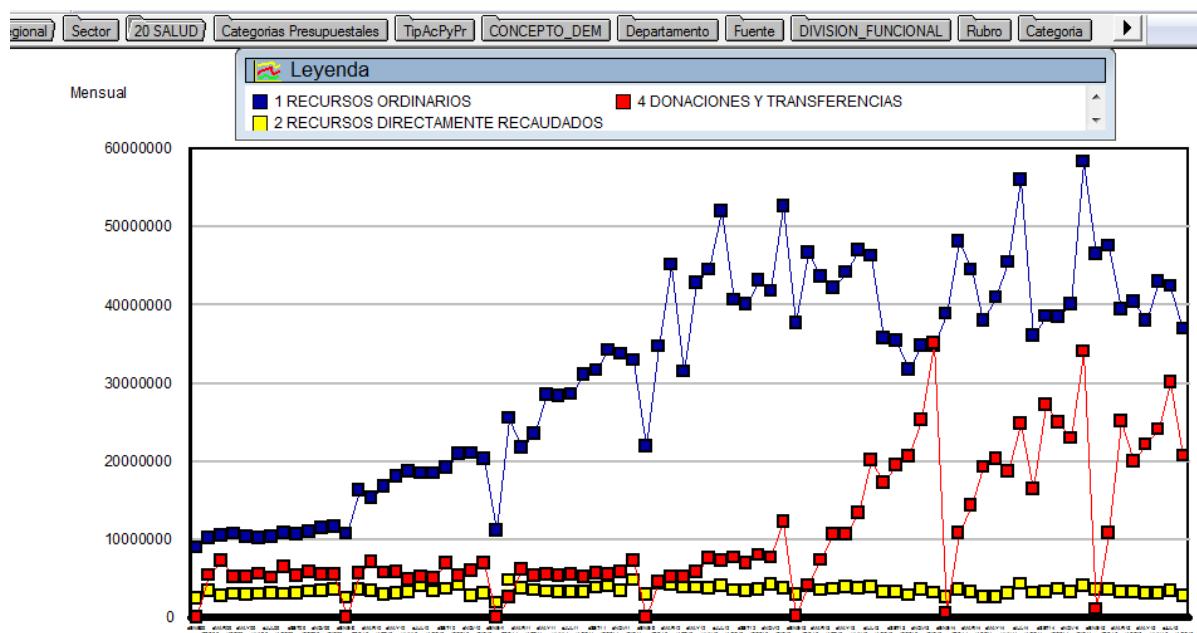
4 Disponibilidad de Insumos Críticos

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 gasto promedio mensual de personal CAS (Recursos Ordinarios) en la función salud se ha incrementado de 10 millones en el 2009 a 40 millones en el 2014 y 2015. En la fuente de donaciones y transferencias se ha incrementado de 5 millones mensuales a 25 millones, con el agravante que en los meses de enero este gasto se reduce a 0 soles. (ver gráfico N° 35)

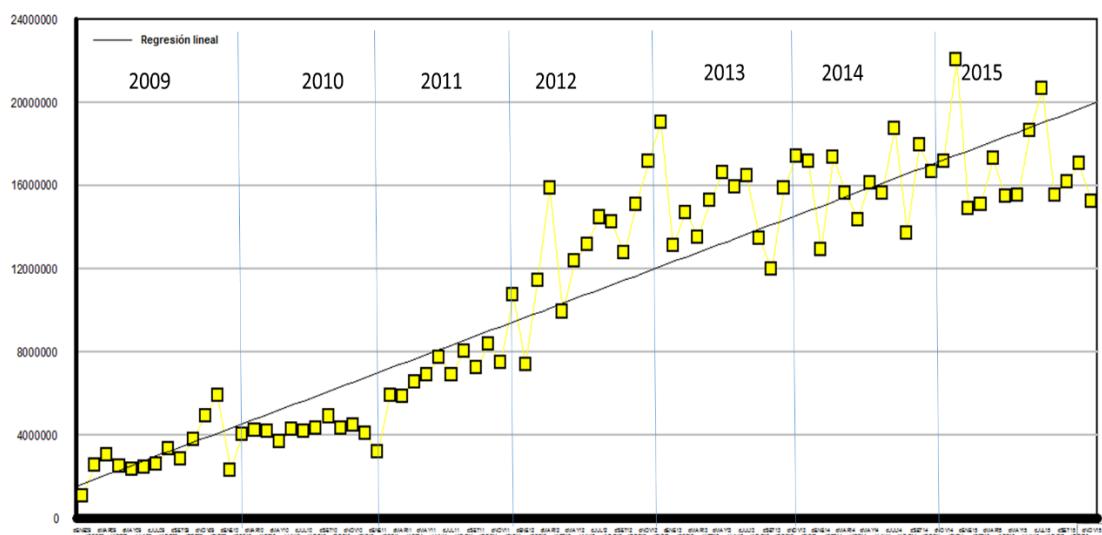
Gráfico N° 35. Evolución de Presupuesto Ejecutado 2009-2015 destinado a personal CAS en la Función Salud en el total de Programas Presupuestales.



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, tendencia que se mantiene en el 2014. Para el año 2015, el gasto supera los 20 millones de nuevos soles, tal y como se observa en el gráfico N° 36.a

Grafico N° 36. a Ejecución del presupuesto del PP SMN 2009-2015 en contratación de recursos humanos (CAS) a nivel de los Pliegos Regionales.



Fuente: Base de datos analítica de ejecución presupuestal (eje2015(21_12_2015_0900).mdc)

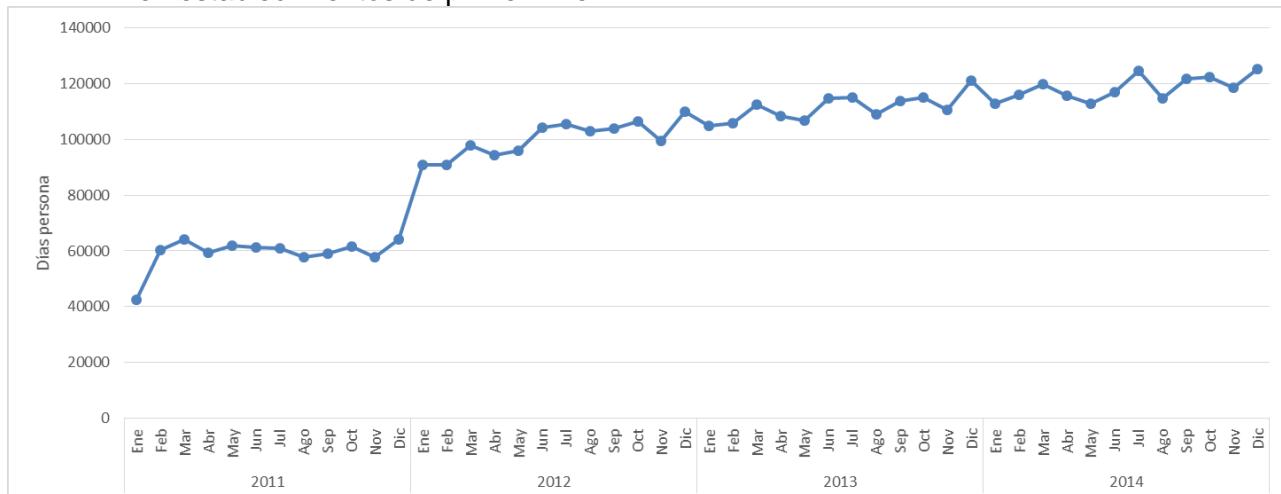
Disponibilidad de recurso humano crítico en el primer nivel de atención

Se analiza la disponibilidad del recurso humano crítico (obstetras) en el primer nivel de atención correspondiente a establecimientos de salud de las categoría 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 aprecia una tendencia de aumento sostenido de la cantidad de días/persona disponible en el periodo 2011 - 2015; es decir se incrementan los registros de las atenciones de las gestantes en el primer nivel de atención.

Grafico N° 36. b Disponibilidad de obstetras en establecimientos de salud 2011 – 2014 en establecimientos de primer nivel



Fuente: Base de datos HIS. Base de datos analítica elaborada por MEF (RH_HIS_nacional_201404v0.mdc)

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 DETERMINACIONES	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.

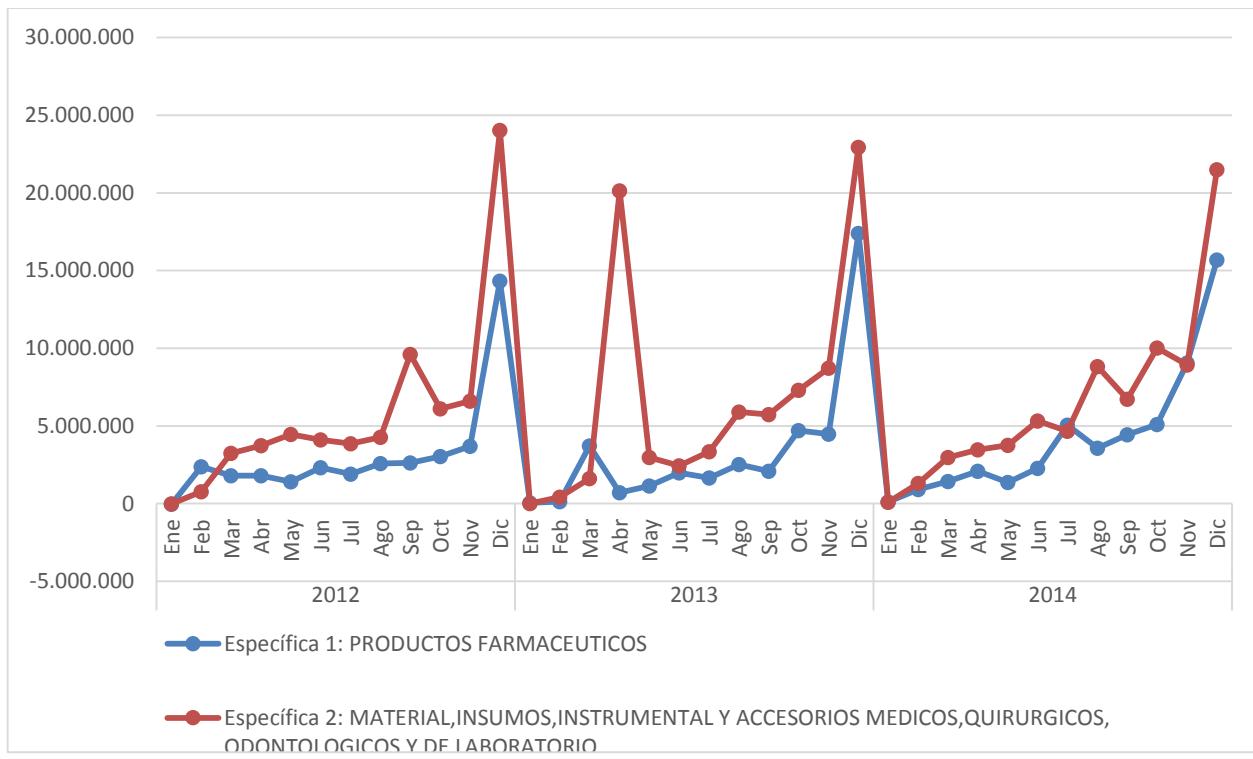
Tabla N° 12. Disponibilidad de equipos críticos de los establecimientos de salud a nivel nacional.

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

El Grafico N° 37 muestra la ejecución del gasto de la genérica 2.3.1.8 (suministros médicos) en los períodos 2012, 2013 y 2014 evaluado en las unidades ejecutoras de salud a nivel del país. Los resultados muestran 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, producidas 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 2012-2014



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° 12).

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 él 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%

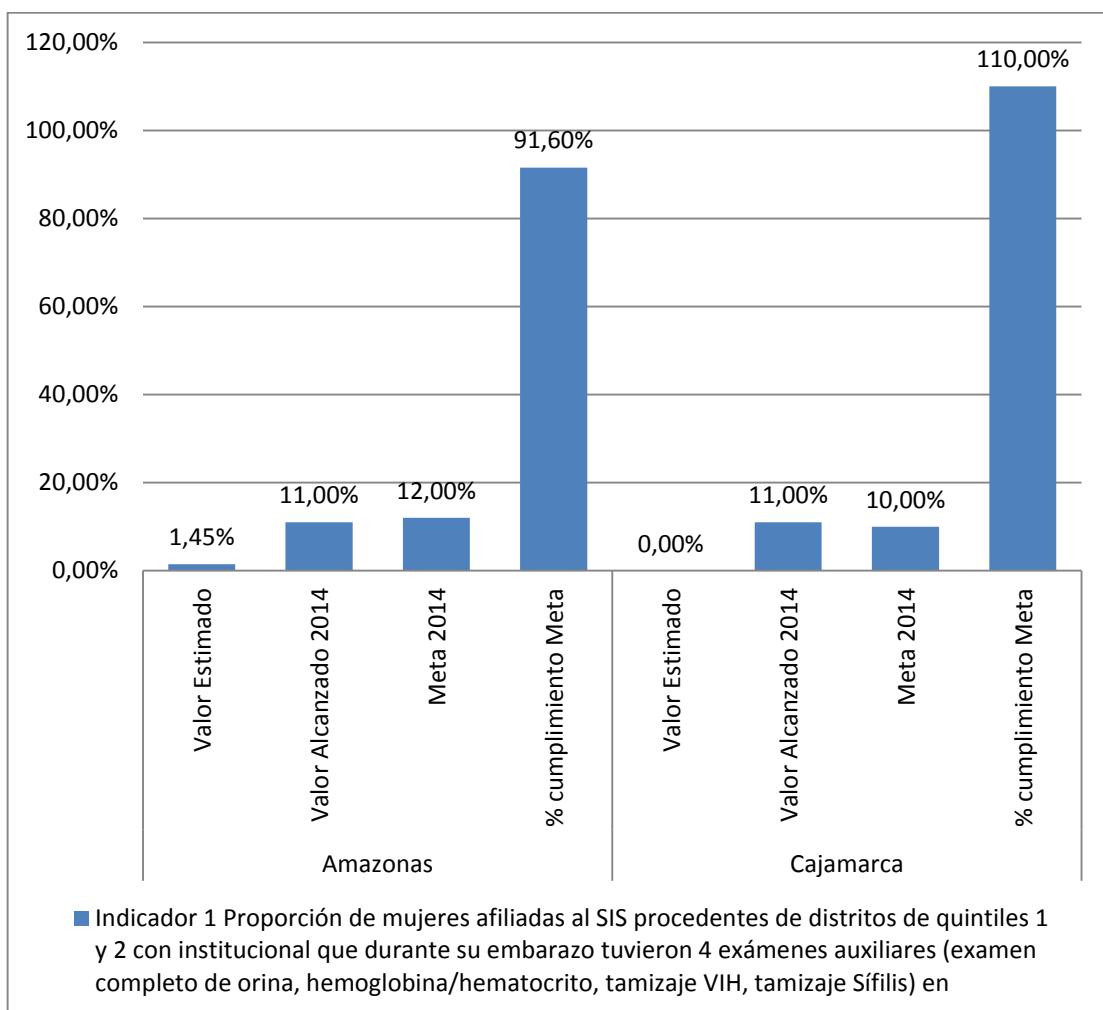
A. EJECUCIÓN DE INDICADORES y COMPROMISOS DE GESTIÓN DEL CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO EN AMAZONAS Y CAJAMARCA, AÑO 2014.

- **Ejecución de Compromisos de Gestión del Convenio⁴⁶**
 - ✓ **Proceso 1: Programación Operativa:**
Tanto Amazonas como Cajamarca, sólo cumplen con 1 criterio de los 03 establecidos en el Convenio.
 - ✓ **Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos**
En el caso de Amazonas se ha cumplido un criterio de los 2 establecidos; para el caso de Cajamarca no se ha cumplido ninguno de los criterios.
 - ✓ **Proceso 3: Organización para la producción de los productos y su entrega a los beneficiarios directos**
Amazonas no cumple con el criterio establecido, Cajamarca cumple con el criterio establecido.
- **Ejecución de Indicadores del Convenio**
 - ✓ **INDICADOR 1: Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.**

En el gráfico N° 38 se aprecia el porcentaje de cumplimiento de la meta del indicador N° 1 para las regiones de Amazonas y Cajamarca. Para el caso de Amazonas se estableció una meta de 12% para este indicador, alcanzándose un valor de 11%, que representa un 91,6% de cumplimiento de la meta. Para el caso de Cajamarca, la meta fue de 10%, teniendo una ejecución de 11%, llegando a un cumplimiento de la meta del 110%.

⁴⁶ Tomado de los informes de Verificación SMN nivel 0 y 1, 2014 y 2015 de las Regiones de Amazonas y Cajamarca. Mayor detalle de la información, disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

Gráfico N° 38. Ejecución del Indicador N°1 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca, 2014

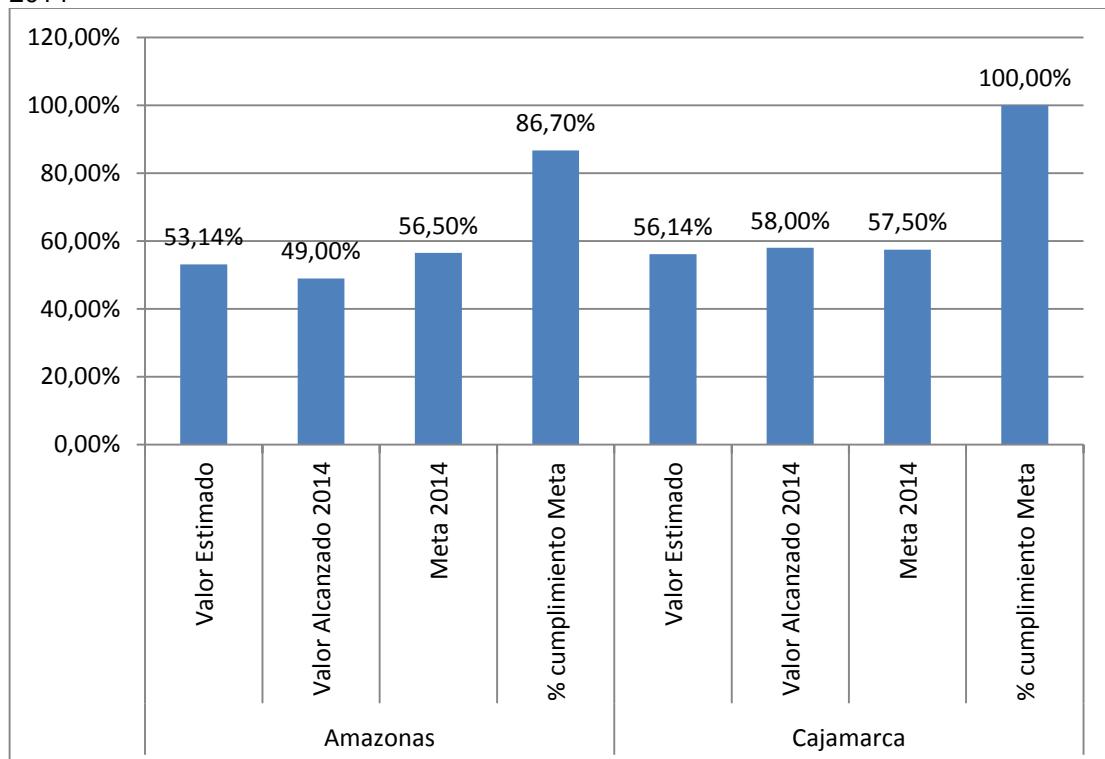


Fuente: Elaboración propia, basado en la información de los informes de verificación de los Convenios de Apoyo Presupuestario-MEF, Amazonas y Cajamarca. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

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

Para el caso del indicador N° 02 del Convenio de Apoyo Presupuestario, el porcentaje de cumplimiento de meta fue de 86,7% y 100% para las regiones de Amazonas y Cajamarca respectivamente (Gráfico N° 39)

Gráfico N° 39. Ejecución del Indicador N°2 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca, 2014

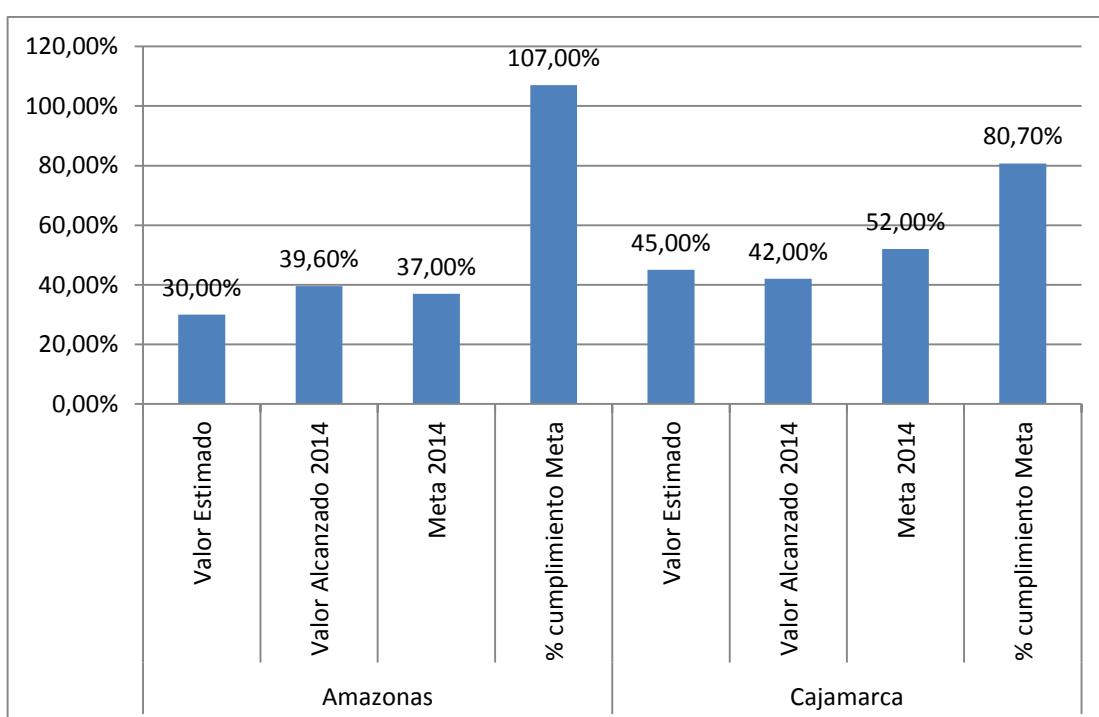


Fuente: Elaboración propia, basado en la información de los informes de verificación de los Convenios de Apoyo Presupuestario-MEF, Amazonas y Cajamarca. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

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

En el gráfico N° 40 se aprecia el porcentaje de cumplimiento de la meta del indicador N° 3 para las regiones de Amazonas y Cajamarca. Para el caso de Amazonas, se estableció una meta de 37% para este indicador, alcanzándose un valor de 39.6%, que representa un 107% de cumplimiento de la meta. Para el caso de Cajamarca, la meta fue de 52%, teniendo una ejecución de 42%, llegando a un cumplimiento de la meta del 80.7%.

Gráfico N° 40. Ejecución del Indicador N°3 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca, 2014

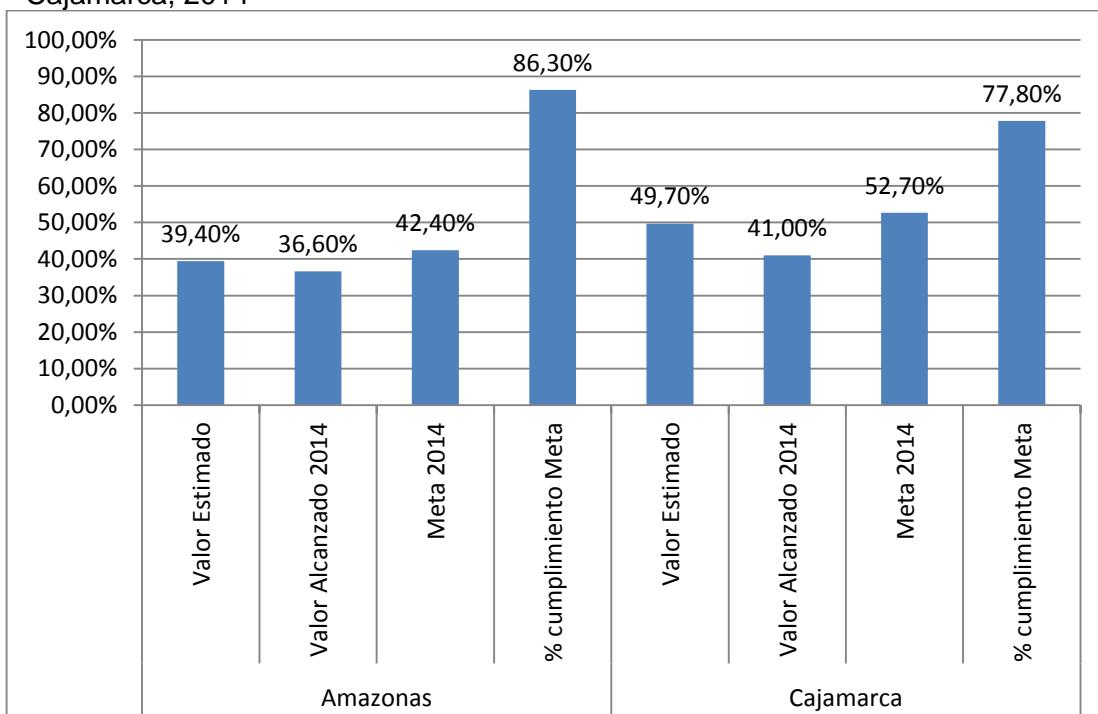


Fuente: Elaboración propia, basado en la información de los informes de verificación de los Convenios de Apoyo Presupuestario-MEF, Amazonas y Cajamarca. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

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

En el gráfico N° 41 se aprecia el porcentaje de cumplimiento de la meta del indicador N° 4 para las regiones de Amazonas y Cajamarca. Para el caso de Amazonas, se estableció una meta de 42.40% para este indicador, alcanzándose un valor de 36.6%, que representa un 86.3% de cumplimiento de la meta. Para el caso de Cajamarca, la meta fue de 52.7%, teniendo una ejecución de 41%, llegando a un cumplimiento de la meta del 77.8%.

Gráfico N° 41. Ejecución del Indicador N°4 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca, 2014



Fuente: Elaboración propia, basado en la información de los informes de verificación de los Convenios de Apoyo Presupuestario-MEF, Amazonas y Cajamarca. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

IV CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2015

Conclusiones

- En relación al Indicador de impacto Razón de muertes maternas (RMM) se observa la reducción sostenida del indicador que disminuye de 185 por 100,000 NV (año 2000) a 93 por 100,000 NV (2010) y para el año 2014 se reduce hasta 83,7 MM por 100,000 NV. Otras estimaciones indican que podría haber llegado a 72.8 por 100,000 N.V.
- Es de hacer notar que los últimos años se ha evidenciado un enlentecimiento en la velocidad de reducción de RMM, evidenciándose, inclusive, un aumento en el año 2014 con relación al 2013. Por otro lado, existe una brecha persistente de inequidad entre la RMM rural y urbana con escasa reducción
- En el periodo de duración del PPSMN (2008-2014), se puede apreciar una disminución de la RMM de entre 22.4 % a 28%;
- Respecto al Indicador de Tasa de Mortalidad Neonatal, muestra una reducción importante en el periodo 1993-2009 al pasar de 27 por 1,000 NV a 13 por 1,000 NV y una disminución modesta en los últimos años, llegando el 2014 a 12 por 1000 N.V. En el área rural, entre 2009 y 2014, fue más evidente la disminución de la TMN al pasar de 17 a 13 por cada 1,000 N.V.
- Los indicadores mencionados esconden realidades regionales con cifras elevadas de mortalidad materna en el trienio 2012-2014, en los departamentos de Amazonas y Ucayali (205.2 y 200.1 MM por 100,000 NV respectivamente), siendo con Loreto y Madre de Dios, los cuatro de la selva, los departamentos con mayor RMM.
- En números absolutos no se puede dejar de mencionar que los departamentos que más aportan al total del número absoluto de muertes maternas son Lima, Loreto, Cajamarca, La Libertad y Piura.
- 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. Las regiones de Arequipa, Moquegua y Piura usaron más eficientemente el presupuesto asignado para control prenatal.
- En el quinquenio 2009-2014 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 81.3% a 89.2%, siendo más notable el aumento en el área rural, de 57.6 a 72.0%. La cobertura del producto Atención Prenatal Reenfocado se incrementó de 72.4% a 77.3%, la cobertura para el producto Población accede a Métodos de Planificación Familiar se incrementó mínimamente en 1.4%. La concentración de los recursos en estos tres productos claves para el año 2014, representó el 37.5% 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 1,104 millones de nuevos soles para el año 2014.
- 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.
- El porcentaje de cumplimiento de las metas de los Indicadores establecidos en el Convenio, en conformidad con la Directiva N° 002-2014-EF/50.01, supera, en todos los casos, el 80%, llegando en algunos casos a superar el 100% de lo programado.

Perspectiva para el año 2016:

- En este aspecto se consideran la firma de los Convenios de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal entre el Ministerio de Economía y Finanzas y el Seguro Integral de Salud con los Gobiernos Regionales de Amazonas y Cajamarca respectivamente, que tienen 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 el año 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.