

Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales – UCPS

Ministerio de Economía y Finanzas – MEF

Banco Interamericano de Desarrollo

**Modernización del Sistema de Administración Financiera Pública para mejorar la
Programación, Ejecución y Rendición de Cuentas de los Recursos Públicos – Contrato de
Préstamo No. 2445/-PE**

**Componente: III. Institucionalización de Instrumentos de Gestión Presupuestaria para
mejorar la Calidad del Gasto**

**CONSULTORÍA PARA LA EVALUACIÓN DE DISEÑO Y EJECUCIÓN DE PRESUPUESTOS PÚBLICOS
– ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL**

Consultor: Vilma Aurora Montañez Ginocchio

Contrato No. I-005-0-2445

Entregable: 3 de 3

Lima, octubre de 2013

CONTENIDO

PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA (IPE) PROGRAMA ESTRATEGICO MATERNO NEONATAL ATENCION DEL PARTO	13
I. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	13
1.1. Justificación de la Intervención Pública Evaluada (Contenido 01) <i>Presentación de información.</i>	13
1.2. Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultados y productos	18
1.2.1. Objetivos de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultados. (Contenido 02	22
1.2.2. Descripción de los productos que entrega la Intervención Pública Evaluada (Contenido 03)	24
1.3 Modelo Lógico de la Intervención Pública Evaluada a nivel de indicadores y metas (Contenido 04).	28
1.4. Relación interinstitucional (Contenido 05)	31
PARTE 2: TEMAS DE EVALUACION	33
1.1 Diagnóstico de la situación inicial (Contenido 16)	33
1.2 Lógica vertical del marco lógico (Contenido 17-20)	34
1.3 Lógica horizontal del marco lógico (Contenido 21-23)	36
1.4 Coordinación interinstitucional (Contenido 24)	39
II. PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	40
PARTE I INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	40
2.1 Estructura organizacional y mecanismos de coordinación (Contenido 06)	40
2.2 Focalización/priorización y afiliación	45
2.2.1 Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo, así como la población priorizada o atendida actualmente y la que se tiene previsto atender en los próximos años.	45
2.2.2 Criterios de focalización/priorización (Contenido 08)	49
2.3 Productos provistos a la población	52
2.3.1 Caracterización y cuantificación de los productos provistos a la población (Contenido 09)	52
2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación	55
PARTE 2: TEMAS DE EVALUACIÓN	59
2.1 Estructura organizacional (Contenido 25)	59
<i>¿Es adecuada la estructura organizacional de la Intervención Pública Evaluada? De no serlo, proponer la más adecuada.</i>	59
2.2 Focalización/priorización y afiliación	64
2.2.1 Pertinencia de los criterios (Contenido 26-27).....	64

2.2.2	Afiliación de Beneficiarios (Contenido 28)	65
2.2.3	Focalización (Contenido 29)	66
2.3	Productos provistos a la población	69
2.3.1	Evaluación del proceso de obtención y entrega de los productos (Contenido 30)	69
2.4	Funciones y actividades de seguimiento y evaluación	70
2.4.1	Pertinencia de los indicadores (Contenido 31).....	71
2.4.2	Disponibilidad y uso de un sistema de seguimiento (Contenido 32).....	72
III.	PRESUPUESTO Y RESULTADOS	76
	PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA	76
3.1	Criterios de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago (Contenido 11-12)	76
3.2	Proceso de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago (Contenido 13) :	78
3.3	PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado (Contenido 14)	79
3.4	Costos de los productos y sus metas físicas (Contenido 15)	87
	PARTE 2: TEMAS DE EVALUACIÓN	88
3.1	Eficacia y Calidad de la intervención pública evaluada	88
3.1.1	Desempeño en cuanto a actividades (Contenido 33)	88
3.1.2	Desempeño en cuanto a producto Parto Normal (Contenido 34)	88
3.1.3	Desempeño en cuanto a resultados específicos (Contenido 35)	110
3.1.4	Desempeño en cuanto a resultado final (Contenido 36)	122
3.2	Análisis presupuestario	123
3.2.1	Ejecución presupuestaria (Contenido 37) :	123
3.2.2	Asignación/Distribución de recursos (Contenido 38-40)	128
3.2.3	Transferencia de recursos (Contenido 41-42)	130
3.3	Eficiencia	131
3.3.1	A nivel de actividades y/o productos (Contenido 43)	131
3.3.2	Gastos de administración (Contenido 44)	131
3.4	Sostenibilidad (Contenido 45)	132
3.5	Justificación de la continuidad (Contenido 46)	132
3.6	Análisis de Género (Contenido 47)	132

PARTE 3: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	134
1. Conclusiones	134
1.1. Diseño	134
1.2. Implementación	135
1.3 Presupuestos y resultados	139
2. RECOMENDACIONES	141
2.1 Diseño	141
2.2 Implementación	141
2.3 Presupuestos y resultados	144
Matriz de conclusiones	146
Matriz de recomendaciones	152
ANEXO 01 - MATRIZ DE EVALUACIÓN Y DISEÑO DE CAMPO DE LA EVALUACION	162
ANEXO 2 – FORMATO V A FORMATO VIII	167
ANEXO 3. INFORME DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO	172
ANEXO 4 – COSTO PRODUCTO PARTO NORMAL	206
ANEXO 5 OBSERVACIONES SEGUNDO Y TERCER INFORME	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 6: ATENCION DE PARTO INSTITUCIONAL	211
ANEXO 7: FICHAS TÉCNICAS PARTO – INDICADORES INEI	214
ANEXO 8 – PROGRESO EN LA REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA Y PARTO INSTITUCIONAL ATENDIDO POR PERSONAL CALIFICADO.	220

Relación de Tablas

Tabla 1 Matriz Lógica del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.....	21
Tabla 2 - Matriz de indicadores de desempeño parto normal	23
Tabla 3 Formato II: Indicadores y Metas.....	30
Tabla 4 Definiciones indicadores	38
Tabla 5 Población proyectada en base al Censo 2007	45
Tabla 6 Meta física de atención de parto normal - Comparativo SIGA/SIAF	46
Tabla 7 Avance de meta física de atención de parto normal – Comparativo SIGA/SIAF	46
Tabla 8 Formato III: Población Potencial, Objetivo y Atendida por la intervención pública evaluada. Parto Normal	47
Tabla 9 Formato III: Población Potencial, Objetivo y Atendida por la intervención pública evaluada. Parto Normal- proporción de la atención por la red pública	47
Tabla 10 Formato III: Población Atendida por Productos	48
Tabla 11 Presupuesto para el producto atención del parto normal por regiones 2009-2012 según grupos de pobreza.....	51
Tabla 12 Participación del PPSMN en el presupuesto público 2008-2012	51

Tabla 13 Formato IV: Programación Física y población atendida de los Productos y Porcentaje ejecutado	53
Tabla 14 Nivel de Ejecución del PIM, Variación anual de la asignación presupuestaria y variación anual de las atenciones de parto normal 2009-2012.....	68
Tabla 15 Variación anual de la asignación presupuestaria y n2009-2012	69
Tabla 16 Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales que cuentan con planes operativos y documentos técnicos para la atención del parto. 2009- 2012	73
Tabla 17 Establecimientos de Salud con FON por disponibilidad de aplicativos informáticos, 2009 - 2012	74
Tabla 18 Formato IV: Proporción meta física ejecutada de la meta programada 2009 - 2011	81
Tabla 19 Presupuesto y gasto per cápita del producto parto normal, parto complicado no quirúrgico y parto quirúrgico, 2009-2011	82
Tabla 20 Atenciones, atendidos, asegurados y transferencias, 2009-2012	83
Tabla 21: Proporción del PE de la Intervención pública evaluada en relación al PIM, (2009-2012) – Parto Normal	85
Tabla 22 Gasto por unidad de producto por regiones, 2009-2012	87
Tabla 23 Regiones Ayacucho, Ica, Ucayali – Presupuesto Institucional Modificado (dividido en 100,000 nuevos soles), número de muertes maternas y parto institucional 2009- 2011.....	92
Tabla 24 Establecimientos de salud con FONB por partos atendidos respecto a partos esperados 2009-2012	98
Tabla 25 Partos institucionales según establecimiento de salud y área de residencia	99
Tabla 26 Atención de partos según profesional de salud y área de residencia	100
Tabla 27 Personal calificado: Médicos, Enfermeras y Obstetras programados por condición laboral en FONB, 2009-2012.....	101
Tabla 28 Enfermeras y obstetras programadas por condición laboral con FONE 2009-2012	101
Tabla 29 Médicos especialistas programados por condición laboral en FONE, 2009-2012	102
Tabla 30 Médicos, Enfermeras y Obstetras por condición laboral con FONI 2009-2012	102
Tabla 31 Establecimientos de salud por disponibilidad de mobiliario y equipos para la atención del parto en sala de partos. 2009-2012	104
Tabla 32 Establecimientos de salud con FONB, FONE, por disponibilidad de sets de instrumentales en sala de partos. 2009-2012	105
Tabla 33 Establecimientos de salud FONB por disponibilidad de otros medicamentos en farmacia, 2009 - 2012.	105
Tabla 34 Casos de gestantes y partos complicados con hemorragias referidos establecimientos de Salud FONE y FONI 2009-2011.....	107
Tabla 35 Establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales por disponibilidad de hemoderivados en el área de sangre segura y derivados 2009-2012	107
Tabla 36 Establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales e intensivos por disponibilidad de equipos para hemoterapia 2009-2012	108
Tabla 37 Casos de gestantes en trabajo de parto complicado referidos a establecimientos de salud FONE y FONI 2009-2011	109
Tabla 38 Establecimientos de salud con FONE, por partos complicados respecto a los partos atendidos 2009-2012	109

Tabla 39 Establecimientos de Salud con FONE, por disponibilidad de salas de dilatación, parto, puerperio y área de atención inmediata del recién nacido 2009-2011	110
Tabla 40 Proporción de parto atendido por profesional de la salud clasificados por departamentos según avance	116
Tabla 41 Establecimientos de Salud con funciones obstétricas neonatales por capacidad resolutive 2009-2012	119
Tabla 42 Número de muertes maternas por departamentos. Perú 2000-2012	122
Tabla 43 Evolución Fuentes de Financiamiento 2009-2012.....	127
Tabla 44 Conclusiones.....	146
Tabla 45 Recomendaciones.....	152

Relación de Figuras

Figura 1 Porcentaje de partos atendidos por personal calificado por región.....	13
Figura 2 Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en países de AL y Caribe.....	14
Figura 3 Parto institucional del último nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta, por área de residencia Perú - 1996 – 2012	15
Figura 4 Mortalidad Materna según causas - Perú 1997-2008	17
Figura 5 Mortalidad Materna según causas - Perú 2011	17
Figura 6 Modelo conceptual PPSMN MINSA.....	18
Figura 7 Jerarquización del Modelo Conceptual PPSMN MINSA.....	19
Figura 8 Modelo prescriptivo PPSMN	20
Figura 9 Modelo lógico causal del programa estratégico materno neonatal	21
Figura 10 Procesos de parto.....	24
Figura 11 Puntos clave de articulación intergubernamental e intersectorial	32
Figura 12 Modelo Lógico del Financiamiento	35
Figura 13 Organigrama MINSA	41
Figura 14 Organigrama Dirección General de Salud de las Personas	41
Figura 15 Organigrama de la Estrategia.....	42
Figura 16 Organigrama Estructural del Seguro Integral de Salud.....	43
Figura 17 Organigrama de la Gerencia Regional de Desarrollo Social.....	44
Figura 18 Organigrama de Gobierno Local.....	44
Figura 19 Parto complicado no quirúrgico y cesárea como porcentaje de partos esperados, 2009 – 2012	49
Figura 20 Perú: Agrupación de Departamentos según incidencia de Pobreza, 2010.....	50
Figura 21 Total atenciones de Parto Institucional ESNSSR y Parto institucional ENDES.....	54
Figura 22 Comparación Meta Programada de parto vs. Atendido.....	55
Figura 23 Atención de parto normal (incluidas complicaciones) y cesárea 2008 – 2012	55
Figura 24 Sistema de información en salud	56
Figura 25 Sistema de información en salud– subsistemas.....	57
Figura 26 Proceso de programación y presupuesto PSMN en el nivel regional.....	60
Figura 27 Proceso formal de Presupuesto – programación (Tomado de Flor García- OGPP –MINSA)	61
Figura 28 Roles de los tres niveles de gobierno en el PPSMN (tomado de Flor García OGPP-MINSA).	62
Figura 29 Proceso de programación presupuesto en los tres niveles de gobierno PPSMN	63

Figura 30 Variación de PIM vs Variación Atención Parto Normal	67
Figura 31 Puntos críticos identificados en el proceso de registro y comunicación de los datos generados durante la atención de la gestante y el niño expuesto a VIH en el establecimiento de salud del MINSA.	75
Figura 32 Productos vs Servicios por entregar	77
Figura 33 Cadena Funcional	77
Figura 34 Secuencia Transferencia de Recursos.....	79
Figura 35 -Parto Normal, PIA, PIM PE, 2008-2012.....	80
Figura 36 Parto complicado no quirúrgico y parto quirúrgico. Gasto total 2008-2012	81
Figura 37 Porcentaje del presupuesto Institucional de apertura de la intervención pública evaluada en relación al presupuesto institucional de apertura del PPMN (2008-2012).....	83
Figura 38 Participación de genérica de gasto en el gasto total de la de la Intervención pública evaluada (2009-2012) - Parto Normal	84
Figura 39 Participación de categorías de gasto en el gasto total de la Intervención pública evaluada (2009-2012) - Parto Complicado no Quirúrgico	85
Figura 40 Formato VII: Proporción del PE de la Intervención pública evaluada en relación al PIM, según categoría de gasto (2009-2012) - Parto quirúrgico.....	86
Figura 41 PIM – Parto Normal 2009 – 2012 por Regiones identificadas con número de muertes maternas elevadas	90
Figura 42. Presupuesto por unidad de parto normal de regiones priorizadas, 2009- 2012.	90
Figura 43 Cobertura de parto institucional, número de muertes maternas, 2009- 2012	91
Figura 44 Parto institucional por región natural	93
Figura 45 Parto institucional por área de residencia 2000,2005, 2004,2008, 2009, 2010, 2011, 2012	94
Figura 46 Parto institucional según quintiles de riqueza. 2000, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012	95
Figura 47 Madres gestantes que recibieron seis o más controles prenatales, según área de residencia, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012	96
Figura 48 Cobertura parto institucional/6 o más controles prenatales.....	96
Figura 49 Perú: Madres gestantes que recibieron seis o más controles prenatales, según departamento 2007 -2012	97
Figura 50 Proporción de gestantes que recibió su primer control prenatal en el 1er. Trimestre de gestación, según zona urbana y rural, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012	98
Figura 51 Nro. Médicos, Enfermeras y Obstetras 2007,2009,2010,2012	103
Figura 52 FONE, FONI que disponen de medicamentos en emergencia 2009, 2012	106
Figura 53 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales.....	111
Figura 54 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, según dominio de residencia (resto costa, sierra rural, selva rural), 2000, 2007, 2009, 2010. 201, 2012	112
Figura 55 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, según educación de la madre, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012.....	112
Figura 56 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, según quintil de bienestar, del año 2000, 2007, 2009, 2010, 201, 2012	113

Figura 57 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, según departamentos seleccionados según pobreza, 2000, 2007, 2009-2010, 201, 2012	114
Figura 58 Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural de los últimos años anteriores a la encuesta, según dominio de residencia, 2000, 2007, 2009,2010, 2011, 2012	114
Figura 59 Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural de los últimos 5 años anteriores a la encuesta según educación de la madre, 2000, 2007, 2009,2010, 2011, 2012	115
Figura 60 Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural de los últimos 5 años anteriores a la encuesta, según quintil de bienestar, 2000, 2007, 2009,2010, 2011, 2012	115
Figura 61 Proporción de parto atendido por profesional de la salud por departamento 2007 - 2012	117
Figura 62 Proporción de parto en establecimiento de salud de gestantes del área rural del último nacimiento de los 5 años antes de la encuesta, según departamento, 2000. 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012	117
Figura 63 Parto institucional 2000 y tasa de mortalidad materna 2002 por departamento.	120
Figura 64 Parto institucional y tasa de mortalidad materna 2007 por departamento.....	120
Figura 65 Muerte materna según notificación semanal. Perú 2000-2012.....	121
Figura 66. PIA, PIM. Ejecución, 2009-2012. Atención de parto normal por genérica de gasto	124
Figura 67. Pagos SIS vs Atenciones y Asegurados, 2009-2012	125
Figura 68. Participación por genérica de gasto en el total de parto normal, 2009-2012	125
Figura 69 Atención de parto normal y cesárea reconocida por el SIS 2009-2012.....	126
Figura 70 Participación de fuentes RO, RDR, Donaciones y Transferencias en el Financiamiento del parto 2009-2012 (Porcentaje)	127
Figura 71 Asignación Presupuesto PIM 2009-2012	129

RESUMEN EJECUTIVO

En el marco del Presupuesto por Resultados, según el artículo 81° de la Ley de General del Sistema Nacional de Presupuesto Público (Ley N° 28411), se realiza la presente evaluación independiente y es una apreciación sistemática sobre el diseño, puesta en práctica y resultados del producto parto normal del Programa Presupuestario de Salud Materno Neonatal - PPSMN¹.

La consultoría ha tenido como objetivo evaluar si el diseño de las acciones vinculadas con el parto normal han sido las más apropiadas para el logro de resultados y determinar si las unidades responsables de las acciones vinculadas con el parto normal son eficaces, eficientes y entregan productos que cumplen con requerimientos de calidad.

La organización del informe sigue la estructura indicada para las evaluaciones independientes, con la ubicación del parto dentro de la descripción del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PPSMN) en los aspectos organizativos, de definición de metas físicas y presupuestarias, así como todos los puntos solicitados.

La consultoría ha seguido el cronograma establecido en los términos de referencia, y se han sostenido reuniones con las contrapartes del Ministerio de Economía y Finanzas, así como también del Ministerio de Salud. El trabajo de campo ha incluido a tres regiones: Ica, Ayacucho y Ucayali, en las que se realizaron entrevistas a funcionarios de las DIRESA, hospitales y establecimientos de salud, además de visitas a establecimientos para verificar disponibilidad de recursos y verificación de información en establecimientos.

El procedimiento seguido para la aprobación de los entregables de la consultoría ha seguido la secuencia de presentación de informe, recepción de observaciones a cada informe, seguido de taller de validación de resultados y envío de comentarios al informe, y culminando con una presentación final por cada uno de los entregables.

Entre los principales resultados encontrados se puede mencionar que, el PPSMN es en efecto parte de una Estrategia válida orientado a la mejora de la salud materna y neonatal con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad en esta etapa de vida. Las complicaciones relacionadas con el embarazo son la causa más importante de muerte y de discapacidad y la atención del parto por personal calificado es sin duda una estrategia que contribuye a disminuir la mortalidad materna.

En el Perú la principal causa de muerte materna es la hemorragia que se produce principalmente durante y después del parto (46%, de acuerdo a DGE-MINSA). Esta se puede disminuir si se cuenta con los recursos necesarios que garanticen una atención

¹ Ver términos de referencia de la consultoría

oportuna y de calidad, en especial en zonas pobres donde las posibilidades de acceso de la población se reducen, sumando a la necesidad de contar con una organización y métodos de trabajo adecuados para la atención de las gestantes. En este sentido, con la implementación del PPSMN los recursos destinados en el período de análisis (2008-2012 para la atención del parto se han incrementado de manera progresiva con el fin de disminuir los riesgos de morir de las gestantes y neonatos.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desplegados la brecha de atención de partos entre zonas urbanas y zonas rurales sigue siendo amplia (95.2% vs. 67.3%, según ENDES 2012). Así mismo, las brechas regionales para el logro de atenciones en condiciones adecuadas y oportunas, es decir con la capacidad resolutive necesaria y con la calidad establecida (en las normas técnicas del MINSA) ha logrado mejoras pero que van a ritmo muy lento, como se puede constatar en los resultados de la ENESA 2009-2012 del INEI. La política de asignaciones presupuestarias incrementales no ha sido suficiente para cerrar las brechas.

A nivel de las regiones, los mayores recursos presupuestarios han tenido como prioridad la incorporación de personal calificado, pero la estrategia no ha sido suficiente en especial en zonas rurales donde las distancias y acceso a los servicios de salud son una limitante, en especial para la incorporación de personal médico. La ampliación de personal profesional, en especial de obstetrices/tras y enfermeras es la que ha predominado. Sin embargo, de acuerdo a las entrevistas sostenidas con los responsables de planificación y presupuesto y áreas técnicas, coinciden en decir que el recurso humano obstetra contratado no es personal nuevo que suma al total de obstetras disponibles, si no que han pasado de contratos no personales a contratos CAS aparentando así un incremento mayor al observable. Estas afirmaciones coinciden con los datos de ENDES sobre la atención de partos según profesional de salud y área de residencia y con la información que reporta ENESA. Es decir, que el incremento se refleja principalmente en términos absolutos, en cambio en términos relativos tal incremento es discreto. El recurso humano especializado, ginecólogos y neonatólogos, sigue siendo una seria preocupación en establecimientos I-4 y II-1 y para ello, sería necesario contar con una política de recursos humanos coherente a las necesidades reales del país.

Algunas complicaciones en la interpretación de la normativa sobre categorías de establecimientos, capacidad resolutive para el cumplimiento de las funciones obstétricas neonatales, sobre las redes de servicios de salud y el reconocimiento de las atenciones por el SIS han llevado a que se tomen decisiones equivocadas sobre la atención del parto, perjudicando el acceso de las gestantes a servicios adecuados (en la medida que los establecimientos no se categorizan de acuerdo a la necesidad si no de acuerdo a su cartera de servicios y los FON se insertan dentro de esa lógica). La región Ayacucho por ejemplo, cuenta con un solo establecimiento I-4 y según la categoría de establecimiento es el único establecimiento que cuenta con capacidad

resolutiva para la atención de partos en el primer nivel de atención. No obstante, la dispersión poblacional e inaccesibilidad geográfica obligan a esta región a autorizar 62 establecimientos considerados estratégicos para la atención del parto y se espera que para el 2015 cuenten con la capacidad resolutiva suficiente para atender a las gestantes de zonas rurales. En este caso, no será suficiente un presupuesto incremental sino un decisivo apoyo para alcanzar la meta al 2015.

Se evidenciaron problemas en las regiones para la comprensión de la metodología a utilizar en la programación (parto normal y parto complicado) además de las dificultades existentes con la disponibilidad de la información de la atención del parto (problemas con datos de población, sistemas de información varios para el mismo propósito). Parte de estos problemas se encuentran en las definiciones operacionales que se han ido ajustando para una mejor comprensión pero que aún siguen manteniendo algunos puntos grises que se suman a un proceso lento de asimilación de los conceptos y normas en las regiones².

Otros problemas están por el lado del proceso de programación que ha dejado por fuera al nivel nacional, siendo las Unidades Ejecutoras las que definen sus metas, las que son consolidadas por las Regiones y negociadas por esta última directamente con el Ministerio de Economía y Finanzas. Si bien es cierto que el proceso de planificación y formulación presupuestal es una de las funciones transferidas a las regiones, el MINSA sigue teniendo la conducción³ sanitaria, pero sin procesos vinculantes con el proceso de programación, el seguimiento de ese nivel se debilita, limitándose al seguimiento de coberturas, y el cumplimiento de metas ha quedado relegado⁴. Se suma a ello, los problemas operativos entre el SIGA y el SIAF que reportan metas físicas diferentes y pocas veces se cruza la información para actualizar los sistemas y evitar las diferencias, con lo que se pierde el valor de la meta. Estos principalmente, son factores que estarían limitando el dominio del indicador y afectando la toma de decisiones para una mejor intervención. Del mismo modo, al perderse el valor de la meta, se producen altibajos en las asignaciones presupuestarias que dan una señal de las dificultades instrumentales con que se cuenta para sustentar las decisiones.

La fragmentación del financiamiento y los criterios de pago diferenciados entre asegurados y no asegurados en las regiones han dado espacio a que se generen

² Por ejemplo; atención de parto normal, se define como todo parto vaginal, es decir estaría incluyendo el parto podálico, que es un parto distócico, que ya no sería normal.

³ La conducción de la acción sectorial consiste en la capacidad de los entes rectores de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros actores sociales, del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas

⁴ MINSA. La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales. http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/salud_americas/02--CH2--7-14.pdf

incentivos perversos en los prestadores de servicios para cubrir el costo de las atenciones que ellos brindan, en la medida que el mayor gasto se ha destinado a la contratación de personal (ver Figura 38 y Anexo 2 – Formato VII), otros recursos necesarios para la atención han quedado desatendidos. La demanda por recursos y en especial los del SIS se han convertido en fuente de financiamiento para llenar los vacíos que los Recursos Ordinarios no logran cubrir. Pero, también se viene cobrando a los pacientes del SIS (por procedimientos no contemplados en el paquete, según entrevistas sostenidas con los prestadores y usuarios durante las visitas de campo en Ayacucho, Ica y Ucayali), o compran medicamentos e insumos no disponibles en los establecimientos para su atención. Las posibilidades de un mejor control desde el SIS son limitadas, pues no cuenta con los recursos suficientes para realizar auditorías presenciales que eviten este tipo de situaciones, ya que cuenta solo con 2% para personal del total de su presupuesto y 3% para compra de bienes y servicios que le permitan mejorar su capacidad de respuesta. Comparado con seguros públicos de otros países: la Asociación Médica de los Estados Unidos reporta que el seguro público de salud de Canadá en el 2009 destinaba un 17% de su presupuesto al financiamiento de sus gastos administrativos. Los costos administrativos del National Health Service del Reino Unido representaban 5,4% de sus gastos totales en el 2003. En el 2003 el Fondo Nacional de Salud de Chile destinaba un 12,4% de su presupuesto a gastos de administración. Aunque presentan una variación importante, todas estas cifras exceden el presupuesto para la gestión del SIS.

Finalmente, los problemas de desabastecimiento están vinculados con un problema muy sentido: el proceso logístico. Los tiempos que toman las licitaciones y los procesos generan desabastecimiento e ineficiencia y afecta en general a todos los programas.

PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA (IPE) PROGRAMA ESTRATEGICO MATERNO NEONATAL ATENCION DEL PARTO

I. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

1.1. Justificación de la Intervención Pública Evaluada (Contenido 01)

Presentación de información (indicadores) que evidencie la necesidad o problema (gravedad y por cuánto tiempo ha existido este problema, ¿ha mejorado o ha empeorado?) que se quiere resolver con la Intervención Pública Evaluada. Presentar indicadores que muestren la incidencia del problema, su presencia en el tiempo y la población afectada.

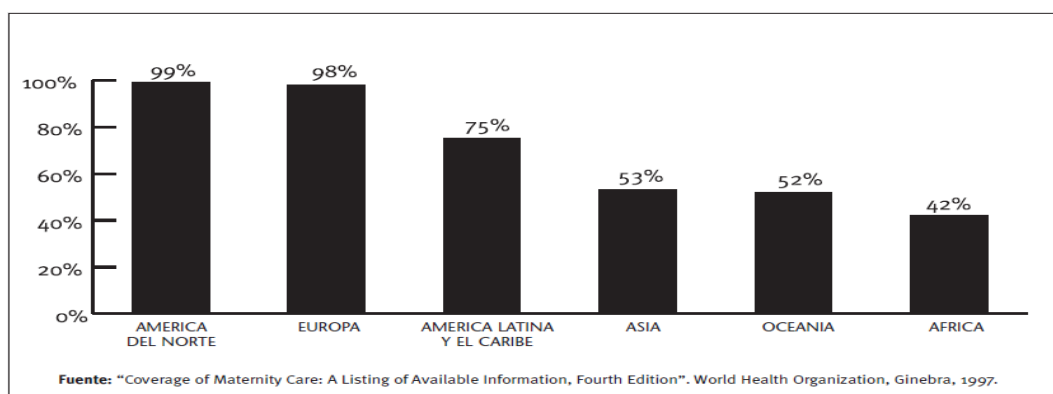
A nivel internacional

La atención del parto por personal de salud calificado es un indicador que valora el progreso realizado para reducir la mortalidad materna a nivel mundial, y que se ve reflejado en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM, 2000).

De acuerdo con Family Care International (FCI, 2003), la atención calificada del parto se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud u hospital. Para que esto ocurra, el proveedor de salud debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, suministros adecuados y equipamiento e infraestructura, además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación y de referencia/transporte.

FCI sustenta esta afirmación con datos de los países, donde más de la mitad de las mujeres del mundo en desarrollo dan a luz con la ayuda de personal calificado. En los países desarrollados, donde ocurre sólo una fracción de las muertes maternas (sólo 1% del total mundial), la atención calificada del parto es casi universal (Family Care International, 2003). En la siguiente figura, se puede observar que hacia 1997, América del Norte y Europa el 99% y 98% de partos atendidos eran por personal calificado. En cambio, América Latina tenía un 75% de partos atendidos por personal calificado y África 42%.

Figura 1 Porcentaje de partos atendidos por personal calificado por región



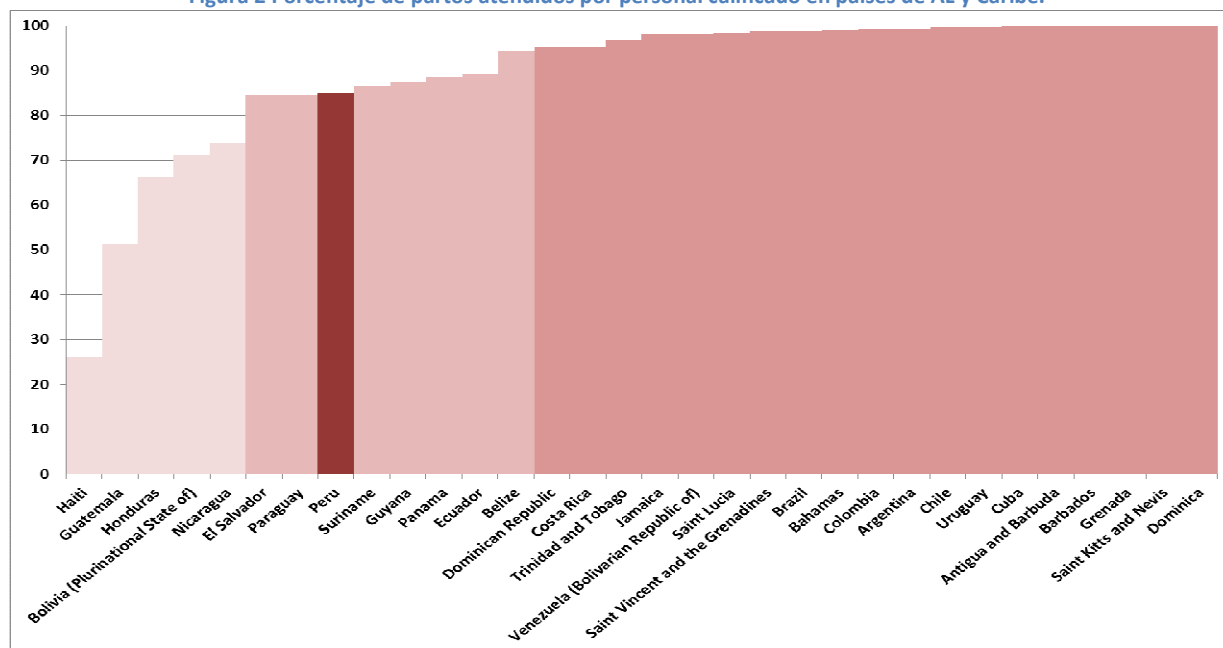
Hacia adelante América Latina ha progresado en lo que se refiere a la atención de parto por profesional, pasando de un 75% en promedio en el año 1997 a un 88% al año 2006 (CEPAL, en base a información de OMS, Estadísticas Sanitarias 2011).

Así mismo, los datos de varios países en desarrollo indican que la mortalidad materna es generalmente más baja en los países donde una alta proporción de los partos son atendidos por personal calificado, entendiéndose por personal calificado a médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, obstetrices, enfermeras obstétricas y parteras diplomadas, no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas. Basados en la información disponible actualmente, los expertos concuerdan en que la atención calificada debe ser un elemento central de cualquier política o programa que tenga como meta la reducir las muertes maternas.

Todavía en Perú la estrategia de intervención para asegurar el parto institucional no logra garantizar la atención de parto por profesional calificado en los establecimientos de primer nivel, sobre todo en zonas alejadas y dispersas, a pesar del esfuerzo realizado en los últimos años por fortalecer la oferta de servicios e incrementar los recursos humanos desde la oferta de servicios y aplicar un conjunto de estrategias en comunidad como aplicar el plan de parto, la adecuación cultural del parto, parto vertical y casas de espera materna.

En la siguiente figura se observa que en la Región AL y Caribe, Perú ocupa la posición ocho por encima de Haití, Guatemala, Bolivia, Honduras, Nicaragua, El Salvador y Paraguay con información reportada por OMS en el año 2013 (algunos países reportan información 2011, 2010 hasta 2006. La información de Perú es 2011 – Ver Anexo 8 – Progreso en la reducción de la muerte materna y parto institucional atendido por personal calificado.). Entre el año 1990 y 1999 Perú estaba en la posición cinco (CEPAL, 2000, 2006).

Figura 2 Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en países de AL y Caribe.



Fuente: OMS, Estadísticas sanitarias 2013.

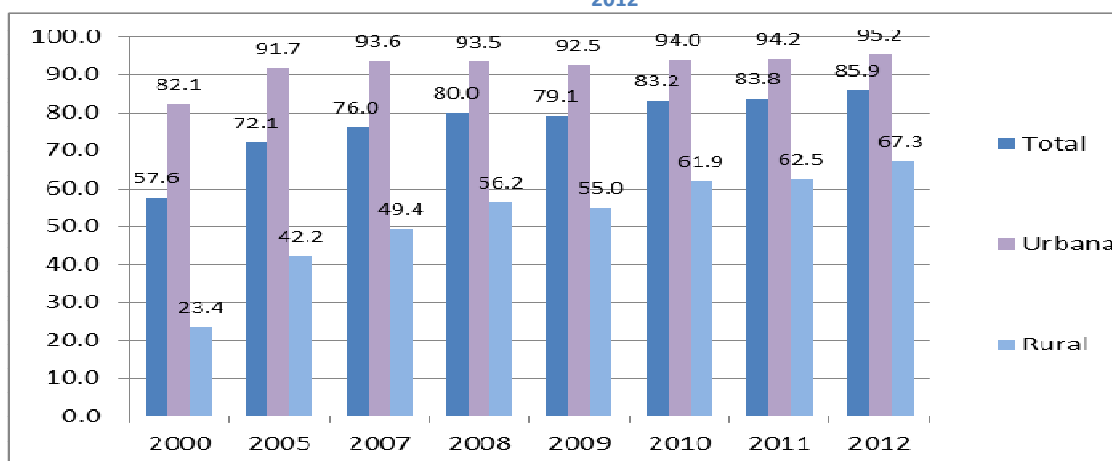
Sin embargo, si esta misma comparación se hace en cuanto al progreso en disminuir muerte materna, Perú aparece como uno de los países que ha realizado mayores esfuerzos para reducir muerte materna no solo en la Región sino a nivel del mundo. Sin embargo, el objetivo del milenio de disminuir muerte materna en un 75% no será alcanzada. A nivel mundial, solo 19 países en desarrollo alcanzarán el objetivo según el Institute for Health Metrics and Evaluation IHME (Ver Anexo 8 – Progreso en la reducción de la muerte materna y parto institucional atendido por personal calificado.)⁵.

A nivel nacional

En el Perú, en la década 1990-2000, la cobertura del parto institucional bordeaba el 55%, sin garantizar que la atención fuera brindada por profesional calificado. El 45% de los partos se atendían en domicilio, por parteras tradicionales y/o familiares, sobre todo en zona rural y urbano marginal donde la pobreza y pobreza extrema era la principal característica (INEI, 2000).

En los últimos años la atención de parto institucional se ha incrementado hasta alcanzar niveles de cobertura a nivel nacional del 83.8% en el año 2011 y 85.9% en el año 2012.. En las zonas rurales se ha pasado de una cobertura de parto de 23.4% en el año 2000 a 49.4% en el 2007 y 67.3% en el año 2012, mientras que en las zonas urbanas la cobertura llega en el año 2012 a 95.2%, como se puede observar en la siguiente figura.

Figura 3 Parto institucional del último nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta, por área de residencia Perú - 1996 – 2012



Fuente: ENDES 2000, 2004-2006, 2007, 2010, 2011, 2012, 2013

La mejora progresiva de partos atendidos por profesional de salud calificado ha contribuido de manera significativa a disminuir los riesgos asociados con el embarazo y el parto en las regiones naturales. Entre los años 1996 y 2000 la región costa sin contar Lima pasó de 72.8 a

⁵ IHME. Building Momentum. Global progress toward reducing maternal and child mortality. June, 2010.
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/building-momentum-global-progress-toward-reducing-maternal-and-child-mor>

77 por ciento y la selva que pasó de 36.6 a 41.6%. En cambio, en el período 2000 al 2011 la sierra despuntó con un crecimiento de 41 puntos porcentuales seguido de selva con 21.5 puntos porcentuales. Sin embargo, las mujeres de la selva, del área rural y las que no tienen educación presentaron los menores porcentajes (ENDES 2011).

Los problemas para mejorar el acceso en zonas rurales y en la selva, estaría trazando un techo a las intenciones de disminuir mortalidad materna, las complicaciones que pueden surgir en los partos no pueden ser resueltas si no se cuentan con servicios adecuados y personal calificado. El Reporte de Balance 2011 del Grupo de trabajo de Salud Materno Neonatal que refiere información de ENDES 2011, establece que la mortalidad materna se redujo en un 49.7 por ciento entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos. Es decir, se muestra un descenso continuo de la mortalidad materna en el país superando la meta de 120 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2011. Sin embargo, y a pesar de los avances logrados el Perú no podría cumplir con la meta de 66, 3 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2015 plasmada en los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM)⁶.

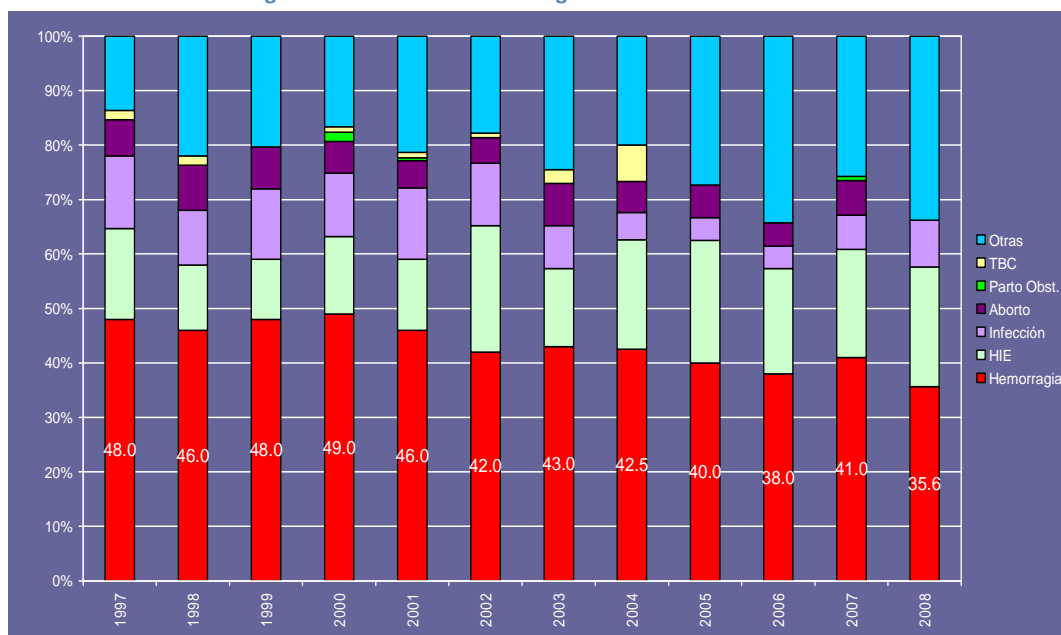
De acuerdo a OPS/ OMS (1990), el tratamiento deficiente de las complicaciones del embarazo, la falta de cuidado prenatal, la insuficiencia de personal capacidad y de abastecimientos básicos, y la inaccesibilidad a los servicios de atención al embarazo y parto son factores claves de las causales de muerte materna. Además de tener otros factores asociados a la gestante en contra como son: los culturales, económicos, educación, acceso geográfico⁷.

En el Perú, históricamente, la primera causa de muerte materna durante el parto y postparto ha sido y son las hemorragias, como se puede observar en la siguiente figura, las hemorragias en 1991 representaban el 48% de las muertes maternas manifestándose una sostenida reducción hasta el año 2008 con el 35.8% (con información disponible del MINSA). Sin embargo, en los años 2010 y 2011 no solo sigue siendo la primera causa, si no que ésta se ha incrementado.

⁶ INEI. ENDES 2011.

⁷ Se recomienda disponer de por lo menos una persona calificada por cada 200 nacimientos anuales, pero en algunos países en desarrollo tienen solamente una persona calificada por cada 15,000 nacimientos.

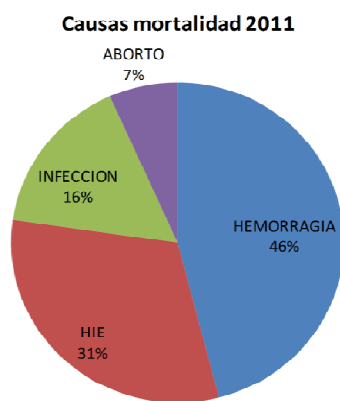
Figura 4 Mortalidad Materna según causas - Perú 1997-2008



FUENTE: MINSA-RENACE-DGE-2008

El 2011 se reportó en el país que el 46% de las muertes producidas fueron por hemorragias, exactamente el mismo porcentaje de muertes reportadas en 1998, si se compara con la figura anterior; y 5 puntos porcentuales más que el año 2007. La segunda causa es la hipertensión con 31% en el 2011 y en tendencia creciente, seguido de las infecciones 16% y abortos 7% como se puede ver en la siguiente figura.

Figura 5 Mortalidad Materna según causas - Perú 2011



Fuente: FIEMM-NOTISP – DGE- MINSA

Siguiendo las recomendaciones de la evidencia internacional avaladas por la OPS/OMS, la atención institucional del parto por profesional calificado en establecimiento con capacidad resolutive, es la principal estrategia adoptada por el Perú para la reducción de la mortalidad

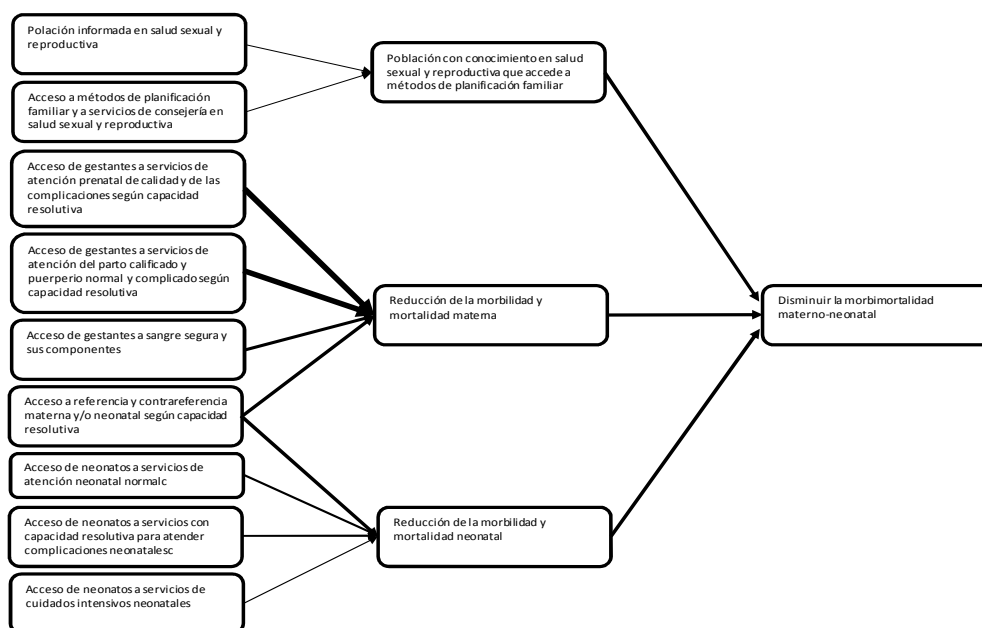
materna. El reto sin embargo para el país ahora se encuentra en lograr un parto institucional atendido por profesional calificado en las zonas rurales y procedentes de éstas.

1.2. Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultados y productos

Modelo conceptual

De acuerdo al Documento Contenidos Mínimos del PPMSN en su versión oficial de marzo del año 2012, el modelo conceptual es un conjunto de conceptos y relaciones entre ellos, vinculados a una condición de interés (o problema identificado). El modelo conceptual, detallado en la siguiente figura, establece que: una población informada en salud sexual y reproductiva y con acceso a métodos de planificación familiar y servicios de consejería en salud sexual y reproductiva genera una población con conocimiento sobre el tema y con acceso y ello contribuye a disminuir la mortalidad materno-neonatal. Así mismo, el acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad de y las complicaciones según capacidad resolutive, el acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio normal y complicado según capacidad resolutive, el acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes, y el acceso a referencia y contra-referencia y/o neonatal según capacidad resolutive conlleva a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y disminuye como consecuencia la mortalidad materno neonatal. De igual manera el acceso a referencia y contra-referencia, el acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal, el acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutive para atender complicaciones neonatales, y el acceso de neonatos a servicios de cuidados intensivos neonatales genera la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal y conlleva a disminuir la mortalidad materna neonatal.

Figura 6 Modelo conceptual PPSMN MINSA



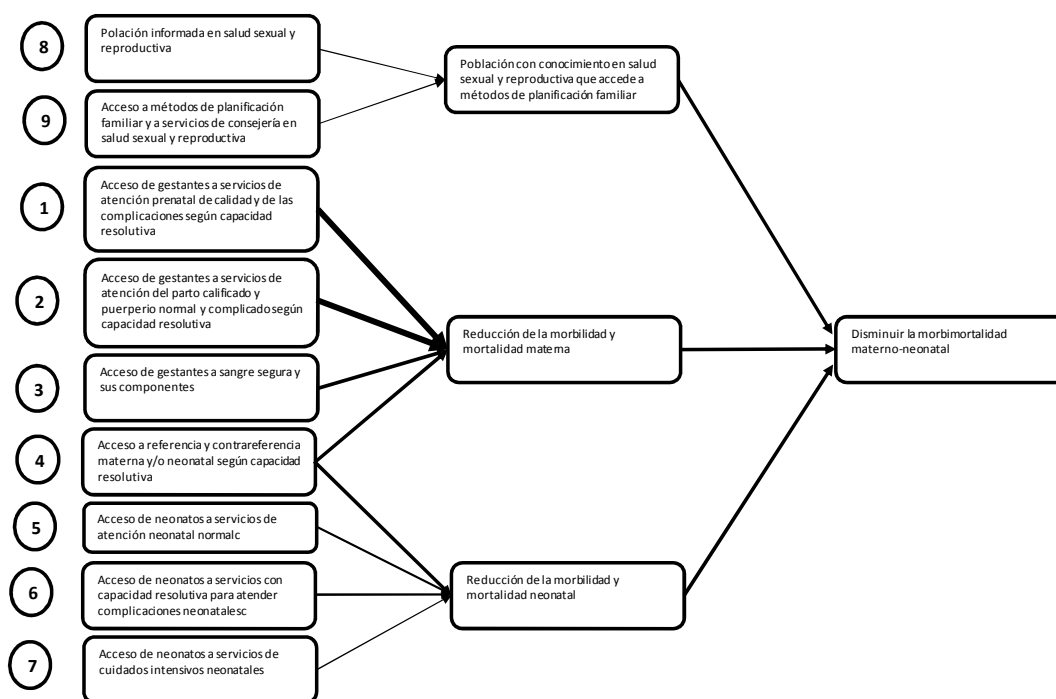
Fuente: Anexo 2 – Programa presupuestario SMN – Contenidos mínimos MINSA

Modelo Explicativo

Tomando como referencia la misma fuente de información, el 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.

El modelo explicativo del PPSMN define como primer factor causal el acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive, seguido del acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio normal y complicado según capacidad resolutive y en tercer lugar el acceso a la gestante a sangre segura y sus componentes. En la siguiente figura se muestra la jerarquización realizada por el MINSA.

Figura 7 Jerarquización del Modelo Conceptual PPSMN MINSA



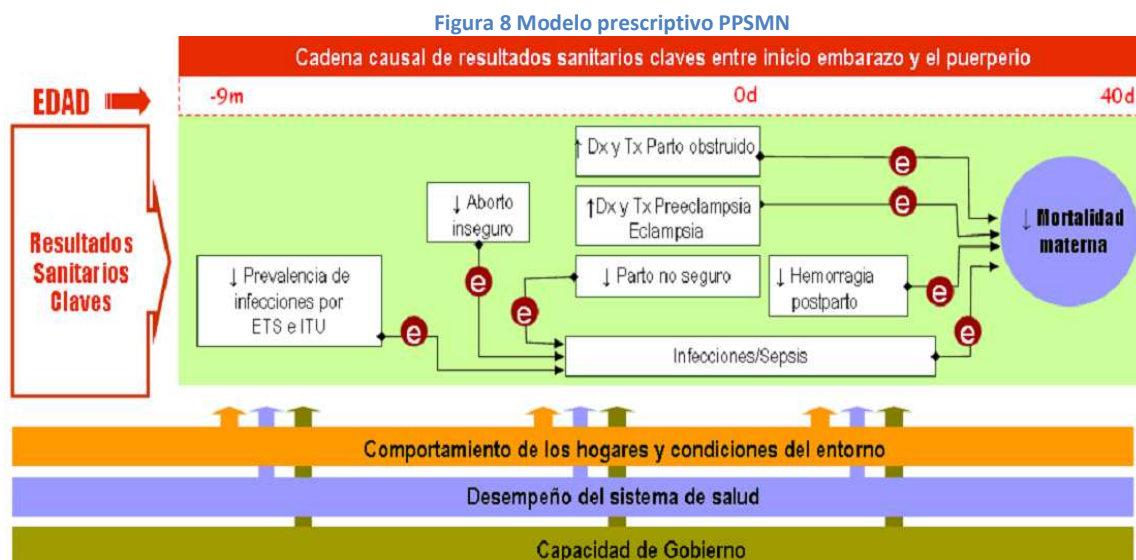
Fuente: Anexo 2 – Programa presupuestario SMN – Contenidos mínimos – MINSA

Modelo Prescriptivo

El modelo prescriptivo del PPSMN del MINSA sustenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad materna. La letra –e- sobre cada una de las flechas de la Figura 8, simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad. Las complicaciones relacionadas con el embarazo son la primera causa de muerte entre las que se encuentran: la prevalencia de infecciones por enfermedades de transmisión sexual e infecciones del tracto urinario, el aborto inseguro y el parto no seguro

generan infecciones y sepsis. De igual modo los diagnósticos y tratamientos por parto obstruido, de la preeclampsia y eclampsia, y la hemorragia posparto generan mortalidad materna.

Los factores causales se agrupan a su vez en tres grupos: aquellos relacionados con los individuos, familias y comunidades, comportamientos y características del entorno; la capacidad de respuesta del sistema de salud y otros sistemas (institucional, tradicional, y otros no vinculados); y la capacidad de gobierno.



Fuente: Anexo 2 – Programa presupuestario SMN – Contenidos mínimos – MINSA

Modelo Lógico

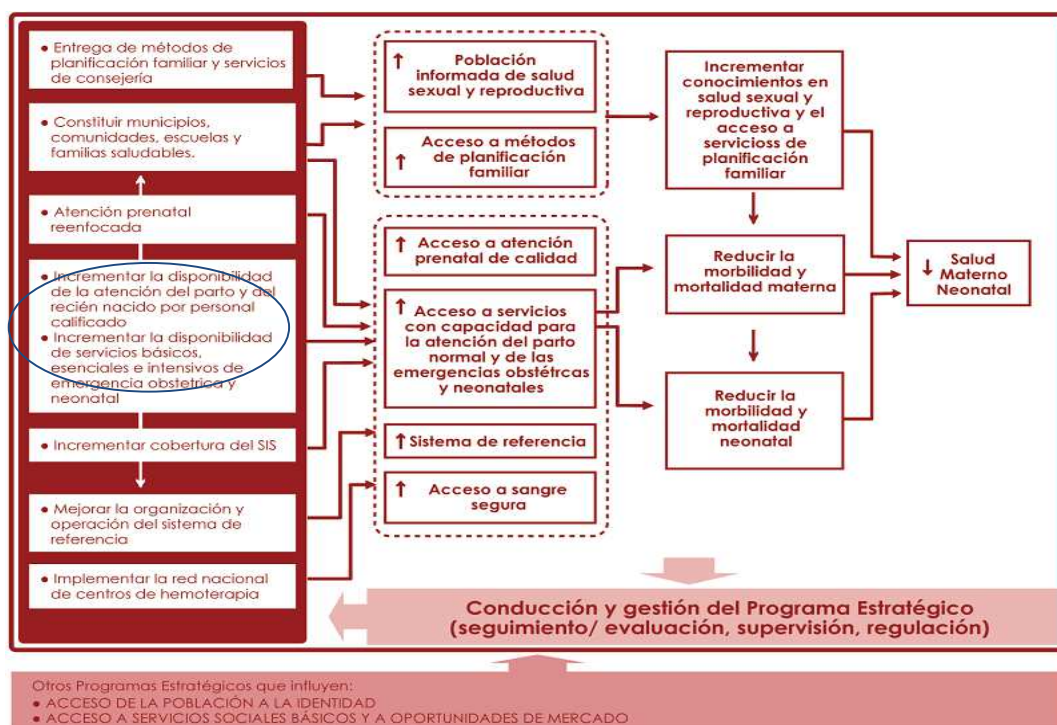
En la presente EDEP se sigue la metodología de modelo lógico causal por lo tanto el análisis de esta sección y contenidos se ajusta a este formato. El modelo que contiene el producto de “Atención del Parto Normal” es el Programa Presupuestario Salud Materno Neonatal.

Este modelo lógico se elaboró en base a la evidencia internacional y a las estrategias nacionales que se venían realizando para reducir la mortalidad materna y neonatal. El modelo establece que para mejorar la salud materna neonatal se requiere fortalecer los conocimientos en salud sexual y reproductiva e incrementar el acceso a servicios de planificación familiar informando y empoderando a la población sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

También considera que para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal es necesario incrementar el acceso a la atención prenatal de calidad, el acceso a servicios con capacidad resolutoria para la atención del parto, el recién nacido y las emergencias obstétricas y neonatales, así como contar con un sistema de referencia/contra-referencia y acceso a sangre segura.

En la figura siguiente se detalla el modelo lógico causal del programa estratégico materno neonatal.

Figura 9 Modelo lógico causal del programa estratégico materno neonatal



Fuente: Programa Estratégico Salud Materno Neonatal. MINSA. 2012.

A partir de éste se ha definido la Matriz Lógica del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (ver tabla siguiente), la cual es ajustada por el Ministerio de Salud periódicamente a partir de las evidencias y resultados acumulados. Para el proceso de programación 2013 se viene actualizando las Definiciones Operacionales del Programa Estratégico, presentando un incremento de 02 productos uno de ellos referidos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Tabla 1 Matriz Lógica del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

Resultado final	Resultado intermedio	Resultado inmediato	Productos
Mejorar la salud materno neonatal	Conducción de la gestión del Programa materno neonatal	Gestión del programa materno neonatal	Desarrollo de normas y guías técnicas en salud materno neonatal
		Regulación de la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal
	Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar	Población informada en salud sexual y reproductiva	Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar
			Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva
			Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva
			Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva
		Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva
			Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo
			Población accede a métodos de planificación familiar

Resultado final	Resultado intermedio	Resultado inmediato	Productos
			Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva
Reducción de la morbilidad y mortalidad materna	Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive		Atención prenatal reenfocada
			Atención de la gestante con complicaciones
			Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos
		Acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio, normal y complicado según capacidad resolutive	Atención del parto normal
			Atención del parto complicado no quirúrgico
			Atención del parto complicado quirúrgico
			Atención del puerperio
			Atención del puerperio con complicaciones
		Acceso de gestantes a referencia y contrareferencia materna y/o neonatal según capacidad resolutive	Acceso al sistema de referencia institucional
		Acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes	Pre inversión de la implementación de la red de centros de hemoterapia TIPO I y TIPO II
Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	Acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal		Atención del recién nacido normal
		Acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutive para atender complicaciones neonatales	Atención del recién nacido con complicaciones
		Acceso de neonatos a servicios de cuidados intensivos neonatales	Atención del recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales - UCIN

Fuente: –Programa presupuestario SMN – Contenidos mínimos – MINSA

1.2.1. Objetivos de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultados. (Contenido 02)

Señalar los objetivos de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultado específico (propósito) y resultado final (fin), según Marco Lógico disponible o preparada para la EDEP.

Resultado final

Mejorar la salud materna neonatal

Resultado intermedio

Reducción de la morbilidad y mortalidad materna

Resultado inmediato

Acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio, normal y complicado según capacidad resolutive.

Producto

Atención del parto normal

Tabla 2 - Matriz de indicadores de desempeño parto normal

Descripción	Indicador	Medio de Verificación
Resultado Final		
Mejorar la Salud Materna y Neonatal	Razón de Mortalidad Materna Tasa de Mortalidad Neonatal	INEI - ENDES INEI - ENDES
Resultado intermedio		
Reducir la morbilidad y mortalidad materna	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales	INEI ENDES
	Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural	INEI ENDES
	Proporción de Partos en establecimientos de salud de gestantes procedentes del área rural	INEI ENDES
	Proporción de Parto atendido por profesional de la salud	INEI ENDES
Resultado inmediato		
Acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio, normal y complicado según capacidad resolutive	No existe	
Productos		
Producto: Atención del parto normal	Parto vaginal	INEI ENDES Registros ESN SSR

Fuente: Anexo 2 – Programa presupuestario SMN – Contenidos mínimos - MINSA

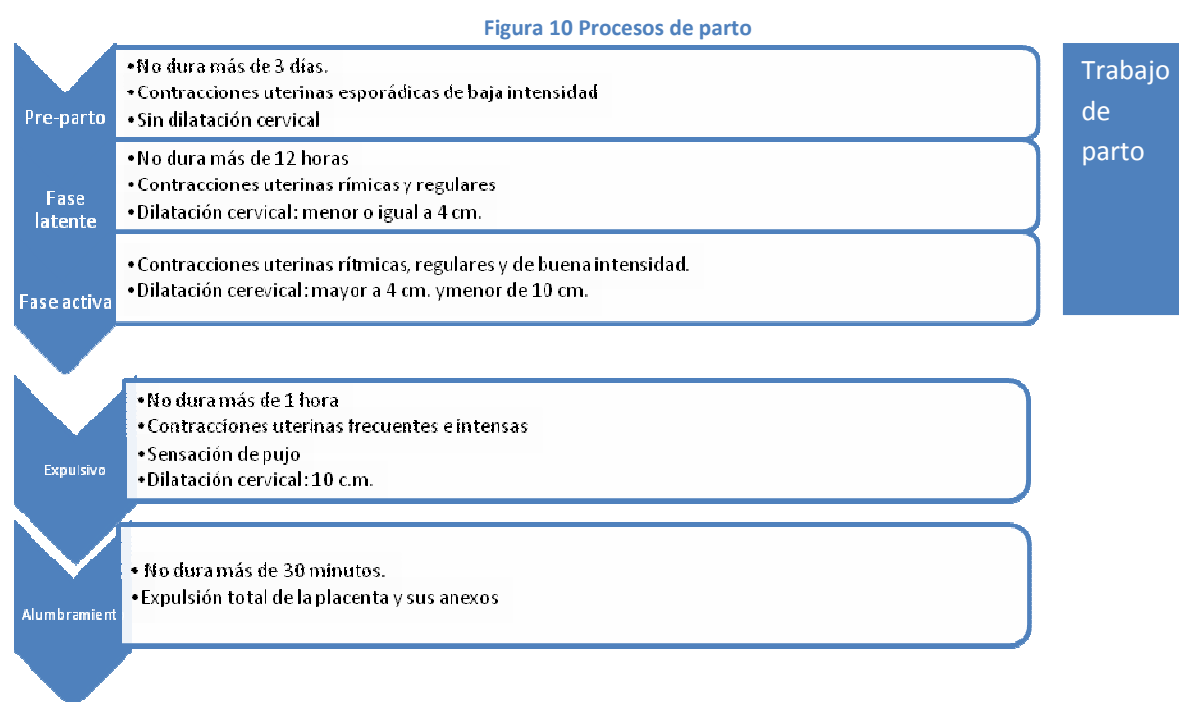
El producto parto normal incluye una sola actividad “atención del parto normal”. El PPSM define en la matriz de seguimiento de indicadores de desempeño los partos procedentes de zona rural y se ha incorporado en el modelo operacional con el fin de incorporar dentro del análisis posterior el comportamiento del parto rural y de procedencia rural que es el que limita que se logre el objetivo del milenio para la disminución de la mortalidad materna. Sin embargo, los indicadores de desempeño incluidos no cuentan con definiciones específicas, lo que puede generar confusión. Debería de llegarse a una definición para cada uno de ellos a fin de evitar confusiones con la terminología que se utiliza para la Estrategia, con el PPSMN y con el INEI.

1.2.2. Descripción de los productos que entrega la Intervención Pública Evaluada
(Contenido 03) *Identificar y describir los productos (conjuntos de bienes y/o servicios) que produce o entrega la Intervención Pública Evaluada para cumplir su resultado específico (según Marco Lógico disponible o preparada para la EDEP).*

De acuerdo a las últimas definiciones operacionales aprobadas con RM. No. 178- 2011, la atención de parto normal, es el parto vaginal, atendido por profesional competente en el establecimiento de salud, Medico General, Medico Gineco-Obstetra u Obstetriz/tra, se realiza en todos los establecimientos de salud a partir del establecimiento I-3. En caso de emergencia, el parto puede ser atendido por otro personal de salud solo en establecimientos de menor nivel.

La atención del parto normal varía de una paciente nulípara a una multipara por lo que se promedia un tiempo de atención de 2040 minutos incluida la hospitalización⁸. Dentro del parto normal se considera el parto vertical con adecuación intercultural.

La atención del parto incorpora tres procesos que se detallan en la siguiente figura: que incluye el trabajo de parto, el expulsivo y el alumbramiento. Estos procesos son los que definen el producto parto.



Fuente: MINSA-PSNB. Manual de Decisiones Salud de la Mujer.2000.

Para que la gestante pueda llegar a un parto seguro, se establece un Plan de Parto, que incorpora un conjunto de actividades que buscan garantizar el cuidado de la gestante por los

⁸ Las definiciones operacionales 2011 que son las vigentes, en la pag 69: criterios de atención de parto - 2040 minutos. Este tiempo considera 10 horas de atención de parto (resultante del promedio que demora la atención entre una nulípara: 12 horas y una multipara: 8 horas) y 24 horas de puerperio o alojamiento conjunto, total 34 horas o sea 2040 minutos. Las definiciones 2012, que no se aprobaron en MINSA se cambia a 2880 minutos que es el equivalente a 48 horas. El motivo del cambio en los minutos totales es para que el recién nacido tenga mayor tiempo de observación por la alta mortalidad y morbilidad.

servicios de salud, la familia y la comunidad. Este plan está dentro de las etapas de gestación (control-prenatal) y culmina con el parto institucional.

Por otro lado, la atención del parto complicado no quirúrgico, se refiere a cualquier complicación que se presenta durante algunas de las fases del parto, independientemente si se trata de un parto eutócico o distócico y que no termina en cirugía. El parto complicado es atendido por personal Médico Gineco – Obstetra, Médico General y obstetriz/obstetra. Se realiza a partir de establecimiento FONB⁹.

La atención del parto complicado quirúrgico, está referido a la cesárea y es el parto que por complicación propia del embarazo o parto culmina en cesárea o histerectomía, realizado por equipo de profesionales Médico Gineco- Obstetra, Neonatólogo, Médico Anestesiólogo, Médico ayudante 1, Médico ayudante 2, además de una instrumentista (enfermera), 1 técnica de enfermería circulante. Se realiza a partir de establecimientos FONE.

Considera en caso de complicación de cesárea, otra intervención quirúrgica: laparotomía o laparotomía con histerectomía.

FICHA DE INFORMACIÓN DEL PRODUCTO

SECTOR: SALUD

**INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA: PROGRAMA PRESUPUESTARIO
MATERNO NEONATAL**

PRODUCTO A OBTENER

PARTO NORMAL

PRODUCTO

3033295. ATENCION AL PARTO NORMAL

RESPONSABLES DEL PRODUCTO

(con recursos asignados en el presupuesto 2012)

Pliegos del Gobierno Nacional: MINSA PLIEGO 11

Pliegos de los Gobiernos Regionales: DISAs y DIRESAs

Seguro Integral de Salud

DEFINICIÓN

Parto Normal: Es la expulsión vía vaginal, del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas).

La Atención institucional y calificada del parto, es la atención que se brinda a la mujer y recién nacido/a durante el proceso de parto, ocurrido en establecimiento de salud del sector público o privado y atendido por profesional calificado.

La atención institucional y calificada del parto es el principal indicador para reducir la mortalidad materna y perinatal.

⁹ RM No. 178 – 2011 MINSA. Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos articulado nutricional, salud materno neonatal, enfermedades metaxénicas y zoonosis, enfermedades no transmisibles, prevención y control de la tuberculosis y VIH/SIDA y prevención y control de cáncer. 15.03.2011.

UNIDAD DE MEDIDA

208. Parto normal.

GRUPO BENEFICIARIO O ATENDIDO

Madres gestantes a nivel nacional, con énfasis en poblaciones de quintiles I y II de pobreza y zonas rurales.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL PRODUCTO

Es el parto vaginal atendido en establecimiento por profesional competente. Médico Gineco Obstetra, Médico General con competencias u de salud Obsteriz/tra. Se realiza en todos los establecimientos de salud a partir del I-3. En caso de emergencia el parto puede ser atendido por otro personal de salud solo en establecimientos de menor nivel. La atención del parto normal varía de una paciente nulípara a una multípara por lo que se promedia un tiempo de atención de 2,040 minutos incluido el tiempo de hospitalización¹⁰.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y ACCIONES COMUNES

La atención del parto normal es un producto que se entrega a la usuaria sin mediar actividad alguna que no sea la atención en sí del parto vía vaginal. Sin embargo a nivel nacional se vienen implementando estrategias para asegurar la entrega del producto con calidad de atención. Las principales estrategias son:

- **Atención del Parto Vertical:** Es el parto por el cual la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. Forma parte del enfoque intercultural que se viene implementando para la atención obstétrica. El objetivo es incrementar la cobertura de atención sobre todo de la población rural, alto andina y amazónica
- **Atención activa del tercer periodo del parto:** Es una estrategia de evidencia científica que se ha estandarizado con la finalidad de evitar la hemorragia pos parto. Toda persona que atiende parto debe manejar esta técnica de atención del tercer periodo. Llamado también alumbramiento dirigido. Forma parte del manejo estandarizado a través de la mejora de las competencias del recurso humano. El objetivo es reducir las complicaciones por hemorragia que es la primera causa de mortalidad materna.

La atención del parto normal es un producto específico y diferenciado, no tiene actividades comunes con otros productos aunque está relacionado con casi todos, pues es un indicador central en la atención obstétrica y el principal indicador para reducir mortalidad materna y neonatal. Todos los productos del programa estratégico materno neonatal giran alrededor de la atención del parto.

¹⁰ Ver R.M. 178-2011-MINSA. Definiciones operacionales 2011 vigentes. Pag. 69: criterios de atención de parto, 2040 minutos. Este tiempo considera 10 horas de atención de parto (resultante del promedio que demora la atención entre una nulípara: 12 horas y una multípara: 8 horas) y 24 horas de puerperio o alojamiento conjunto, total 34 horas o sea 2040 minutos. Las definiciones 2012, que aun no se aprueban se menciona 2880 minutos que es el equivalente a 48 horas. El cambio en el tipo estimado es para que el recién nacido tenga mayor tiempo de observación por la alta mortalidad y morbilidad..

MODALIDAD DE COMPRA / PRODUCCIÓN

La atención del parto normal es una actividad final recuperativa de salud, brindada por profesional calificado de acuerdo a la demanda. Se mide de acuerdo al egreso hospitalario por parto normal.

Se produce en el Centro Obstétrico o Sala de partos, según el nivel de capacidad resolutive de los establecimientos donde se oferta.

PROCESOS DE ELABORACIÓN MODALIDAD DE ENTREGA

Esta actividad es realizada a nivel nacional en todos los establecimientos de salud a partir del nivel I-3, a toda gestante que acude en proceso de parto. Realizada por profesional calificado. Algunos establecimientos de menor nivel también ofrecen el servicio cuando la población se encuentra dispersa o muy alejada de establecimientos de mayor nivel de atención. La atención incluye:

- Consulta de emergencia
- Atención de los tres periodos de parto: trabajo de parto, expulsivo y alumbramiento
- Atención inmediata del recién nacido
- Pruebas rápidas de tamizaje para sífilis y VIH
- Puerperio inmediato: 2 horas
- Alojamiento conjunto : 24 horas
- Orientación/consejería en planificación familiar
- Entrega de método anticonceptivo elegido por la puérpera, si es el caso
- Entrega de certificado de nacimiento

MÉTODO DE CÁLCULO PARA PROGRAMAR LA META FÍSICA DEL PRODUCTO

La meta física se calcula de 2 formas:

1. 85% de gestantes esperadas
2. Tendencia de los 3 últimos años

Considerando que la proyección poblacional brindada por INEI no coincide en muchos casos con la población real. La mayoría de establecimientos programan de acuerdo al histórico.

Todos los establecimientos de salud realizan su programación de metas físicas. Esta es consolidada por la microred de salud y a su vez por las redes de salud o Unidades Ejecutoras. La región consolida la meta de todas sus Unidades Ejecutoras obteniendo así, la meta Regional por agregación.

En el marco de la descentralización las regiones son responsables de la programación, ejecución, monitoreo y evaluación de las metas propuestas.

FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS PARA LA PROGRAMACIÓN DE LA META FÍSICA DEL PRODUCTO

- Informes de Evaluación de los 3 últimos años
- Población de gestantes esperadas brindado por INEI

MÉTODO DE CÁLCULO PARA REPORTAR LA EJECUCIÓN DE META FÍSICA DEL PRODUCTO

Todos los establecimientos de salud que atienden partos cuentan con el Libro de registros de partos, de acuerdo a ley, donde se anotan todos los partos atendidos con el respectivo nacimiento. Esto se corrobora mensualmente con los egresos por parto del establecimiento y se establece el dato de partos atendidos.

Este dato se reporta en el formato paralelo proporcionado por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y siguiendo la misma ruta de la programación de metas, se consolida para ser enviado por la región al nivel nacional hasta el día 15 del siguiente mes.

FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA META FÍSICA DEL PRODUCTO

Las fuentes de información son:

- Historias clínicas
- Historia clínica materno perinatal
- Libro de registro de partos
- Egreso hospitalario
- SIP 2000

El Sistema Informático Perinatal (SIP) 2000, es un software utilizado por todos los hospitales a nivel nacional.

- 1.3. Modelo Lógico de la Intervención Pública Evaluada a nivel de indicadores y metas (Contenido 04)** presentar los indicadores y metas de los resultados finales, específicos, productos y actividades (en el caso de las actividades los indicadores son las metas físicas de producción de la actividad) Utilizar formato II

Cuando se inicia Presupuesto por Resultados, en el año 2007, el Programa Estratégico Salud Materno Neonatal se creó con metas definidas al año 2011 y 2015, en base a las metas del Plan Nacional Concertado de Salud.

El Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal – PPE SMN, considera 2 indicadores de impacto como Resultado Final:

1. Razón de mortalidad materna
2. Tasa de mortalidad neonatal

Como indicadores de resultado intermedio considera:

1. Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales
2. Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural
3. Proporción de Partos en establecimientos de salud de gestantes procedentes del área rural
4. Proporción de Parto atendido por profesional de la salud

El Plan Nacional Concertado de Salud y el Plan Estratégico Nacional (PEN) de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva consideran como indicadores de mediano plazo parto institucional de gestante procedente de zona rural, así como letalidad materna y letalidad neonatal.

Tabla 3 Formato II: Indicadores y Metas

Descripción	Indicador								
	Nombre	Tipo	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Fuente de información	Metas			
							2012*	2013*	2015
Resultado Final									
Mejorar la Salud Materna y Neonatal	Razón de Mortalidad Materna	Impacto	Mujeres fallecidas durante embarazo, parto o puerperio (Causas directas e indirectas) x K/Recién nacidos vivos K=100,000	Muerte Materna x 100,000 nacidos vivos	INEI				66 x100,000 nv
	Tasa de Mortalidad Neonatal	Impacto	Número de defunciones neonatales x 1000/Número total de nacimientos	Muerte Neonatal x 1000 nacidos vivos	INEI				10 x 1000 nv
Resultado Intermedio									
Reducir la morbilidad y mortalidad materna	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales	Proceso	Número de mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud y que fue atendido por profesional de salud / Total de mujeres del área rural con último nacido vivo en los últimos cinco años	Parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales	ENDES C				
	Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural	Proceso	Número de Mujeres del área de 15 a 49 años del área rural que dieron parto por cesárea en los 5 años antes de la encuesta / Mujeres del área rural de 15 a 49 años que tuvieron un nacimiento en los 5 años antes de la encuesta.	Gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural	ENDES C				
	Proporción de Partos en establecimientos de salud de gestantes procedentes del área rural	Proceso	Número de p Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud / Total de mujeres del área rural con último nacido vivo en los últimos cinco años.	Partos en establecimientos de salud de gestantes procedentes del área rural	ENDES C				
	Proporción de Parto atendido por profesional de la salud	Proceso	Número de Mujeres cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud / Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años.	Partos atendidos por profesional	ENDES C				
Productos									
Parto normal*	Parto normal	Producto	Número de partos vaginales institucionales atendidos x 100/Número de partos esperados	Parto vaginal atendido	Formatos paralelos de la ESN SSR		339,119	408,161	

Fuente: Programa presupuestario PSMN- Contenidos mínimos MINSA, 2012. INEI-ENDES.

(*) En parto normal, se considera la meta SIGA del 2012 y 2013 que es el consolidado de la programación de las regiones (dato de la ESNSSR). En el marco de la descentralización cada Unidad Ejecutora es responsable de definir su meta. Las regiones solo evalúan los indicadores que corresponden a cada uno de los productos y subproductos, en este caso específico sería Parto Normal. El parto de gestante procedente de zona rural se obtiene de la ENDES. MINSA no cuenta con proyecciones para el parto de procedencia rural aún.

1.4. Relación interinstitucional (Contenido 05)

Identificar los diferentes tipos de relaciones de coordinación y/o cooperación que tiene la Intervención Pública Evaluada con otros programas, niveles de gobierno y diferentes agentes del estado.

La ejecución del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal vincula a los 3 niveles de gobierno: nacional, regional y local, los cuales ejercen su función acorde a la ley de descentralización de la actividad pública, Ley No. 27783.

La autoridad sanitaria (Ley General de Salud 26842) se organiza y ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado. El Ministerio de Salud (Artículo 22º numeral 22.1 Ley Nº 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo- LOPE) asume los lineamientos y políticas como ente rector¹¹, los gobiernos regionales programan, implementan y evalúan de acuerdo a sus Unidades Ejecutoras de Salud y a la organización administrativa y funcional de su red de servicios de salud.

El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal se encuentra bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud quien asume la rectoría (Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2012, ley No. 29812)¹², la responsabilidad presupuestaria la tiene la Oficina General de Planificación y Presupuesto y la responsabilidad técnica la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El Seguro Integral de Salud, Organismo Público Ejecutor del MINSA, financia parcialmente las atenciones incluidas en el plan de beneficios del régimen subsidiado, dentro del que se encuentran las atenciones maternas neonatales, y específicamente el parto. El reconocimiento del pago de las atenciones responde al cumplimiento de la norma técnica del MINSA siguiendo un procedimiento de auditorías (informática, médica y presencial-aleatoria). El SIS transfiere mediante la modalidad de donaciones y transferencias para cubrir la compra de medicamentos e insumos de la atención propiamente. Las Unidades Ejecutoras pueden disponer de los recursos para otros fines. Se estima que el SIS otorga un valor equivalente al 30% del costo total de la atención y vía las regiones el 70% del costo total para una atención completa¹³.

Los gobiernos regionales gestionan a nivel territorial las prioridades sanitarias regionales y a los establecimientos de salud de la red pública de su ámbito para la atención de la población. Los establecimientos de salud a través de sus Unidades Ejecutoras reciben recursos directamente del MEF para la implementación de las estrategias en los establecimientos de salud.

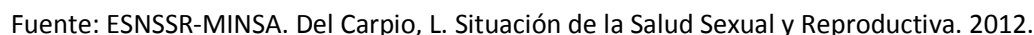
¹¹ El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana. Artículo 2º Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud

¹² Art. 82 -El responsable del programa presupuestal es el titular de la entidad que tiene a cargo la implementación de dicho programa, quien, además, debe dar cuenta sobre el diseño, uso de los recursos públicos asignados y el logro de los resultados esperados.

¹³ BID. Componente 4: Propuesta para la formulación del presupuesto del SIS. Bitrán & Asociados. 2009. En base a entrevistas a funcionarios de la Gerencia de Operaciones..

Los establecimientos de salud como puntos de entrega de servicio/centros de costos, son los que finalmente deben programar, consolidan a través de sus micro-redes, redes y Unidad Ejecutora quien es responsable de hacer llegar el requerimiento al gobierno regional, siempre bajo la coordinación y supervisión de las direcciones regionales de salud, quienes representan al Ministerio de Salud y son responsables de cumplir con los lineamientos y políticas del sector. La siguiente figura detalla la articulación intergubernamental e intersectorial.

Integración de la Estrategia con Presupuesto: Productos vs Entidades
0002 PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL
[Puntos claves de articulación intergubernamental e intersectorial]



PARTE 2: TEMAS DE EVALUACION

1.1 Diagnóstico de la situación inicial (Contenido 16) *¿El problema/necesidad está bien identificado?*

El problema está bien identificado como se puede ver en la justificación de la intervención.

Actualmente, la limitante para que se pueda cumplir con el objetivo del milenio de disminuir la mortalidad materna se encuentra en encontrar los mecanismos que permitan incrementar la atención del parto institucional atendido por profesional calificado en zonas rurales o de procedencia rural y mejorar las intervenciones para evitar las muertes por hemorragias en el parto.

Con la atención del parto por profesional calificado se estaría incidiendo directamente en atender la primera causa de muerte materna: la hemorragia que se produce alrededor del parto.

Las recomendaciones de la OMS/OPS, basada en las estadísticas mundiales, evidencian que el parto debe ser atendido por profesional calificado¹⁴ ya sea en una institución de salud o en domicilio. Profesional que debe tener las competencias para resolver las emergencias que se puedan presentar en cualquiera de las 3 etapas de este período.

La evidencia científica al respecto, es abundante y está orientada a mejorar las condiciones de la atención del parto ya sea de mejorar las competencias del personal que atiende o del uso de fármacos para prevenir la hemorragia.

Sin embargo, las dificultades más álgidas se presentan en la población de zona rural, comunidades indígenas y población dispersa. Es por ello que el MINSA ha trabajado la capacidad resolutive de los establecimientos del primer nivel de atención a través de las Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), que considera una serie de requisitos que debe contar un establecimiento (capacidad resolutive) para la atención de partos. Sin embargo, los establecimientos no se han reorganizado ni en su ubicación y ni en funcionamiento en base a las necesidades reales de la población, sino que han categorizado en base a la capacidad de respuesta actual, por lo que se cuenta en el año 2012 en el rango de 50% a 59% al 33.9% de establecimientos FONB y son precisamente en aquellos donde se atienden las gestantes de los lugares más alejados (ENESA, 2013).

Vista esta situación, la Dirección de Servicios de Salud del MINSA ha elevado una propuesta para identificar y fortalecer los establecimientos del primer nivel constituyendo redes funcionales de salud. La identificación se ha realizado a través de talleres regionales durante

¹⁴ La atención calificada del parto se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud u hospital. Para que esto ocurra, el proveedor de salud debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, suministros adecuados y equipamiento e infraestructura, un eficiente y efectivo sistema de comunicación y de referencia/transporte. En Family Care International. La Atención calificada durante el parto. Recomendaciones para pol2003. Se entiende por personal calificado a médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, obstétrices, enfermeras obstétricas y parteras diplomadas.

los años 2011 y 2012, con apoyo del PARSALUD II, el fortalecimiento está programado hasta el año 2015¹⁵ y conllevará al fortalecimiento de los establecimientos de salud para la mejora de la atención salud materna neonatal.

1.2 Lógica vertical del marco lógico (Contenido 17-20)

¿El resultado específico y/o resultado final de la Intervención Pública Evaluada son los apropiados para abordar el problema/necesidad que da origen a la Intervención Pública Evaluada? De no serlo, proponer lo más adecuados. F1

¿Son los productos diseñados, los necesarios y suficientes para el logro del resultado específico?, ¿Se identifica algún producto que no es producido(a) en la actualidad y que es necesario para la obtención del resultado específico? ¿Se identifican productos que se producen en la actualidad y que podrían ser prescindibles? Proponer mejoras cuando corresponda.

¿Son las actividades diseñadas las necesarias y suficientes para obtener los productos? ¿Se identifica alguna actividad que no se ejecuta en la actualidad y que podría mejorar la obtención del producto? ¿Se identifican actividades que se producen en la actualidad y que podrían ser prescindibles o posibles de sustituir por otras más eficaces? Proponer mejoras cuando corresponda.

Considerando el análisis y evaluación realizado en este punto, ¿la lógica vertical del Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada se valida en su totalidad?

El Modelo Lógico del Programa Presupuestario Estratégico Materno Neonatal relaciona una serie de finalidades o productos que conducen a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

La lógica vertical permite visualizar cómo se relacionan estos productos entre sí haciendo sinergia y complementándose para cumplir con el impacto final de reducir la mortalidad materna y neonatal, pero a la vez alimentándose y fortaleciéndose uno del otro.

Durante la atención prenatal, por ejemplo, es necesario asegurar el plan de parto, que es una herramienta que ayuda a las usuarias y al proveedor a consensuar un parto institucional. Asimismo, la atención prenatal, permite el seguimiento de la gestante en las últimas semanas del embarazo a fin de asegurar su acceso al parto institucional. Por otro lado el cumplimiento de este producto asegura que la gestante llegue en las mejores condiciones a un parto normal o para actuar con celeridad si se produce alguna complicación, toda vez que los exámenes de laboratorio son requisito importante para cumplir con el producto Atención Prenatal Reenfocada. El acceso a métodos de planificación familiar es otro producto que va a permitir reducir el riesgo obstétrico en aquellas mujeres que pueden sufrir de complicaciones durante el

¹⁵ Mediante Ley N° 9912, 9912 “Ley que autoriza la transferencia de partidas en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2012 a favor MINSA y de los gobiernos regionales para incrementar la provisión de servicios en los establecimientos de salud a nivel nacional en el marco de los programas presupuestales y dicta otras medidas”, decretada el 05 de setiembre del 2012, en el Artículo N° 4 se otorgan 6 millones setecientos diez mil nuevos soles, a las regiones, para el financiamiento de estudios de pre inversión de las redes funcionales estratégicas. Así mismo, con la Resolución Ministerial No. 632-2012 MINSA “Aprueban el Listado Nacional de Establecimientos de Salud Estratégicos en el Marco de las Redes de los Servicios de Salud” se espera para el siguiente año, contar con los resultados de estos estudios e iniciar el fortalecimiento de los establecimientos a nivel nacional.

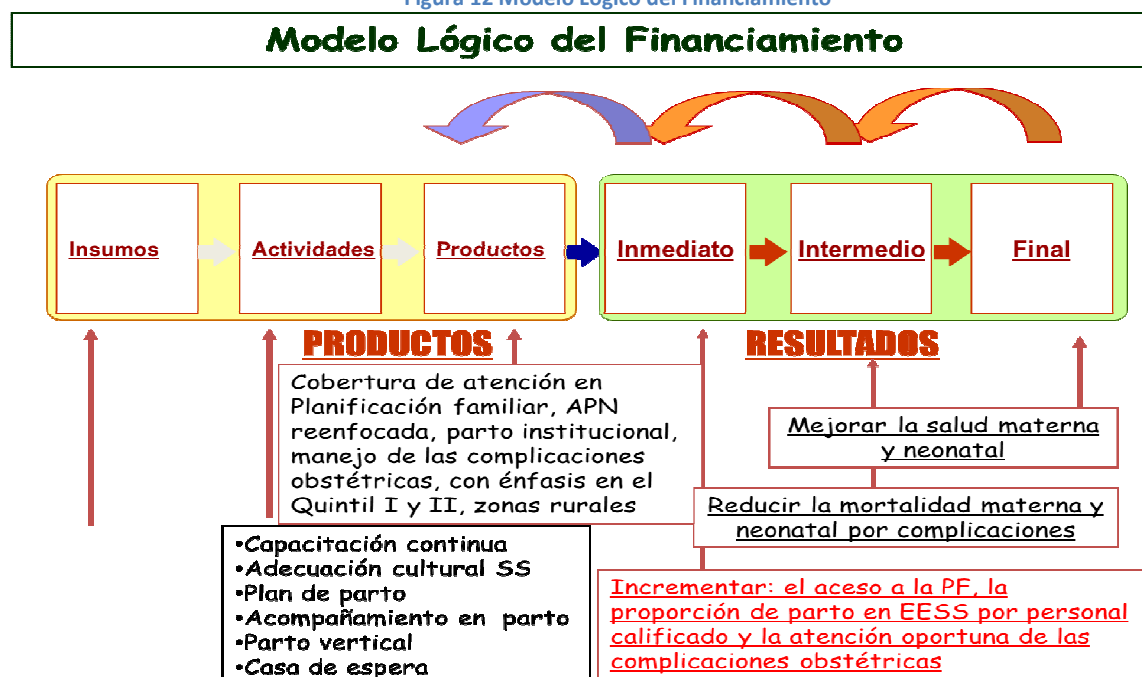
parto en caso de salir embarazadas. Es un producto importante para la reducción de la mortalidad materna y de bajo costo.

El producto municipios, comunidades, escuelas y familias saludables, permite realizar las coordinaciones necesarias para contar, por ejemplo, con una Casa de Espera Materna que a su vez permita acercar a la gestante a un parto institucional, organizar a la comunidad en un sistema de vigilancia que ayude a la identificación y traslado de emergencias obstétricas sobre todo las relacionadas alrededor del parto, asimismo las acciones de información, educación y comunicación a la familia, escuelas y comunidad en general facilita el reconocimiento oportuno de los signos de riesgo tanto para la madre como para el recién nacido favoreciendo las medidas preventivas alrededor de la madre y el niño.

Contar con una red de hemoterapia¹⁶ y un sistema de referencia y contra-referencia es de suma importancia toda vez que la primera causa de muerte es la hemorragia intra o pos parto y acceder a sangre segura y a un establecimiento que cuente con capacidad resolutive.

Toda la construcción del modelo lógico (ver Figura 12) en su organización vertical es congruente y relacionado al cumplimiento del impacto: mejorar la salud materna y neonatal.

Figura 12 Modelo Lógico del Financiamiento



FUENTE: PARSALUD I - Adecuado por la ESNSSR

¹⁶ El MINSA actualmente cuenta con 265 Bancos de Sangre a nivel nacional entre Tipo I y II, y San Martín ha dado un paso adelante en la conformación de una red de hemoterapia. El fortalecimiento tanto de ésta red como la del sistema de referencia y contrareferencia son claves para la atención oportuna del parto y el puerperio.

1.3 Lógica horizontal del marco lógico (Contenido 21-23)

Contenido 21: Existen indicadores adecuados para medir el resultado específico? Proponer los indicadores faltantes y necesarios para medir la obtención del resultado específico.

Para los indicadores adecuados o los propuestos como necesarios para medir el resultado específico, ¿pueden ser cuantificados? ¿Con qué fuentes de información? Cuantificar sus valores para los años 2008, 2009, 2010 y 2011, y/o metas o valores esperados para el 2012 y 2013.

De los que no están cuantificados, ¿cuál es la factibilidad técnica u operativa de contar con ellos?

Contenido 22: Existen indicadores adecuados para medir la obtención de los productos? Proponer los indicadores faltantes y necesarios para medir la obtención de los productos

Para los indicadores adecuados o los propuestos como necesarios para medir los productos, ¿pueden ser cuantificados? ¿Con qué fuentes de información? Cuantificar sus valores para los años 2008, 2009 y 2010 y/o metas o valores esperados para el 2011 y 2012.

De los que no están cuantificados, ¿cuál es la factibilidad técnica u operativa de contar con ellos?

Contenido 23: Considerando el análisis y evaluación realizado en este punto, ¿La lógica horizontal del Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada se valida en su totalidad? Analizar información del formato II

El resultado final del PPSMN como se veía en la Tabla 2 - Matriz de indicadores de desempeño parto normal" es "mejorar la salud materna neonatal" y sus indicadores son la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal, ambas se obtienen a través de la ENDES INEI

La razón de mortalidad materna está definida como el número de defunciones maternas dividido por el número de nacidos vivos en una población y un período dado, y es la que mejor expresa los peligros a los que se enfrentan las mujeres en el embarazo, es decir, el riesgo obstétrico. Sin embargo, de acuerdo con Abouzhar, C. (1999)¹⁷ la razón no refleja la relación entre la mortalidad materna y la fecundidad, y puede ocultar lo que está ocurriendo realmente en vez de aclararlo. Por ejemplo, es posible que la razón no se modifique a pesar de las disminuciones en la tasa de mortalidad materna y en la fecundidad general. Por otro lado, un incremento en la razón tal vez esté acompañado por descensos en la tasa y la fecundidad total. Otra dificultad es que el numerador que mide la razón de mortalidad es pequeño y el denominador es grande (al menos 100 veces mayor que el numerador) por eso se aplica con un factor de 100,000 nacidos vivos. Esto dificulta la evaluación del progreso en forma anual y a menudo es necesario aplicar promedios móviles para determinar la dirección de una tendencia.

Pero detrás del dato y las dificultades estadísticas la importancia del ratio radica en la posibilidad de mirar las causas de la muerte materna, explicar ¿por qué suceden las defunciones maternas. Para ello, se complementa con el uso de la vigilancia de mortalidad

¹⁷ Abouzhar, C. (1999), "Safe Motherhood initiatives: critical issues", editado por Marge Berer and TK Sundari Ravindran. Oxford, England, Blackwell Science, 1999. Disponible en la Web: www.blackwell-science.com/rhm.

materna, con el fin de orientar los esfuerzos de salud pública a fin de abordar el problema¹⁸. De acuerdo a ello, la ESNSSR hace seguimiento al número de muertes maternas y sus causas. A fin de establecer intervenciones y para examinar muerte materna existen varias formas como registros médicos, informes de autopsias, entrevistas con miembros de la familia, examen de certificados de defunción, entre otros. Sin embargo, aún no se encuentra una forma costo-efectiva para medir mortalidad materna.

En los últimos años se viene discutiendo la aproximación de la muerte materna por otros resultados adversos del embarazo como complicaciones graves (requiere de buenos registros) o muertes perinatales, sin embargo se estima que utilizar muertes perinatales tendrían implicaciones diferentes para la atención de madres y niños, ya que una proporción sustancial de la mortalidad perinatal se debe a la atención inadecuada del recién nacido (tratamiento de la asfixia, control de la hipotermia, tratamiento de las infecciones, manejo de las malformaciones congénitas) y puede aportar solo pruebas circunstanciales de la atención de calidad inferior de la mujer. Encontrar el método más adecuado aún se encuentra en estudio a nivel internacional. No obstante, se viene ya utilizando la mortalidad neonatal en algunos países pero necesariamente se complementan con otros estudios cualitativos y cuantitativos sobre riesgos obstétricos.

A nivel de resultados intermedios el PPSMN considera “reducir la morbilidad y mortalidad materna” utilizando como indicadores: la proporción de parto institucional de gestantes procedentes de zona rural, proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural, proporción de partos en establecimientos de salud de gestantes procedentes del área rural, proporción de parto atendido por profesional de la salud. Los indicadores utilizados responden de manera adecuada, en la medida que para el país la atención del parto en zonas rurales sigue siendo baja, a pesar de las mejoras.

Problemas con las definiciones de los indicadores podrían llevar a confusiones o vacíos, por lo que resulta necesario revisar las definiciones consideradas por el MINSA –PPSMN 2012 y las ENDES-INEI (Ver ANEXO 7: FICHAS TÉCNICAS PARTO – INDICADORES INEI) Además, sería recomendable su aprobación. Las definiciones operacionales aprobadas son las del año 2011 según R.M. 178.2011. Sin embargo, a pesar que las del 2012 no han sido aprobadas por el sector el PPSMN las utiliza en la programación presupuestaria.

¹⁸ Berg C, Danel I, Mora G, 1996. Guidelines for maternal mortality epidemiological surveillance. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

Tabla 4 Definiciones indicadores

Indicador	MINSA – PPSMN – FICHA TÉCNICA (2012)	ENDES – INEI - FICHA TÉCNICA (2012)
Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales	Definición: Porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un nacimiento vivo en los últimos 5 años de la encuesta, cuyo último nacimiento vivo fue atendido por personal de salud capacitado y se llevó a cabo en un establecimiento de salud.	Definición: Porcentaje de mujeres procedentes del área rural cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta ocurrió en un establecimiento de salud que fue atendido por un médico, obstetra y/o enfermera.
	Fórmula: $\frac{\text{Número de últimos niños nacidos vivos menores de 5 años cuyo parto se dio a través de un establecimiento de salud y que fueron atendidos por un personal de salud capacitado}}{\text{número de últimos niños nacidos vivos menores de 5 años}}$	Fórmula: $\frac{\text{Número de mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud y que fue atendido por profesional de salud}}{\text{Total de mujeres del área rural con último nacido vivo en los últimos cinco años.}}$
Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural	Definición: Porcentaje de nacidos vivos en las zonas rurales en los últimos 5 años que ocurrieron por cesárea.	Definición: Porcentaje de mujeres procedentes del área rural cuyos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta fue por cesárea
	Fórmula: $\frac{\text{Número de niños nacidos vivos menores de 5 años cuyo parto se dio a través de una cesárea}}{\text{Número de niños nacidos vivos menores de 5 años.}}$	Fórmula: $\frac{\text{Mujeres del área de 15 a 49 años del área rural que dieron parto por cesárea en los 5 años antes de la encuesta}}{\text{Mujeres del área rural de 15 a 49 años que tuvieron un nacimiento en los 5 años antes de la encuesta.}}$
Proporción de partos en establecimientos de salud de gestantes procedentes del área rural	Sin ficha técnica	Definición: Porcentaje de mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta ocurrió en un establecimiento de salud
	Sin ficha técnica	Fórmula: $\frac{\text{Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud}}{\text{Total de mujeres del área rural con último nacido vivo en los últimos cinco años.}}$
Proporción de parto atendido por profesional de la salud	Sin ficha técnica	Definición: Porcentaje de mujeres cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta fue atendido por profesional de la salud
	Sin ficha técnica	Fórmula: $\frac{\text{Mujeres cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud}}{\text{Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años.}}$

Nótese que en “parto institucional de gestantes procedente de zonas rurales” el MINSA – PPSMN define que este parto es en establecimiento y por personal capacitado. ENDES en

cambio define como el parto en establecimiento y con profesional de salud, pero no especifica si es capacitado. De igual modo para el indicador “parto en establecimientos de salud de gestantes procedentes de áreas rurales”, en el caso del MINSA – PPSMN no cuenta con ficha técnica, y ENDES define el indicador como aquel que es realizado en establecimiento pero no se especifica si es atendido por profesional a diferencia del parto institucional. Así mismo, MINSA calcula el indicador utilizando el número de niños nacidos vivos, en cambio INEI utiliza el número de mujeres como numerador.

Por otro lado, el problema es el acceso a la información. MINSA debe conseguir que el sistema de información sea capaz de capturar y reportar datos para el seguimiento de los indicadores y la toma de decisiones.

Actualmente, la información de parto institucional calificado, parto institucional rural y de procedencia rural se obtienen de ENDES., pero esta tiene representatividad hasta un nivel regional, más allá debería de apelarse a registros institucionales del MINSA. Una alternativa sería, el SIS que tiene información de parto institucional calificado útil para estos propósitos, sin embargo no se toma en cuenta ni siquiera como mecanismo de validación. La información del SIS si bien, no representa el universo de las atenciones, permite hacer diversos análisis más profundos que los que permiten ENDES. Otro aspecto a revisar es la posibilidad de contar con información desde el nivel institucional para la atención de parto institucional rural y procedente de zonas rurales pero para ello el MINSA tendrá que realizar una adecuación de los requerimientos de información que reportan los establecimientos para conciliar territorialmente y funcionalmente las áreas rurales bajo responsabilidad en estos.

1.4 Coordinación interinstitucional (Contenido 24)

Evaluar posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas. Así como la pertinencia y suficiencia de las actuales relaciones de coordinación con otros agentes del Estado. Proponer mejoras cuando corresponda.

El parto institucional es un producto bastante bien definido. La interacción que debe lograr con otros programas para que se logre una mayor cobertura y calidad del parto se relaciona con las etapas durante el embarazo. De esta manera se generan interacciones de complementariedad con:

El Programa Articulado Nutricional – que incorpora la suplementación de hierro y ácido fólico de la gestante.

El Programa Presupuestal de Prevención y Control del VIH-SIDA/TBC – coordinaciones para una mejor regulación y atención del parto de gestantes con VIH-SIDA mediante la atención de parto complicado quirúrgico considerado en el PPSMN.

JUNTOS – La focalización del programa en distritos pobres y de extrema pobreza permite afinar estrategias de intervención conjuntas para una atención del parto oportuna. Estuvo en discusión la incorporación del parto institucional como una condicionalidad dentro del programa pero esta propuesta no se concretó. Algunos programas en otros países incorporan parto.

Plan de parto – el plan de parto incorpora un conjunto de acciones con la gestante, la familia y la comunidad. Mediante este plan se logra articular una red de vigilancia alrededor de la gestante.

PCM – Se ha perdido un espacio de coordinación y concertación donde se fijaron metas de parto y otros indicadores de salud. El plan concertado de salud permitió definir metas consensuadas intersectorialmente. La Estrategia CRECER también fue un espacio de coordinación para la Estrategia PAN que logró avances en CRED y la articulación con JUNTOS y el SIS. Actualmente, la responsabilidad recae en MIDIS y la articulación es liderada por éste.

SIS – No se está aprovechando las ventajas que tiene el SIS de contar con un sistema de información bastante actualizado y con un nivel de detalle lo suficientemente bueno como para revisar y diseñar nuevas estrategias y políticas para la atención materna y neonatal. El SIS por otro lado, tiene muchas limitaciones para poder compartir la información y darle un uso más allá de los fines de pago.

II. PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

PARTE I INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

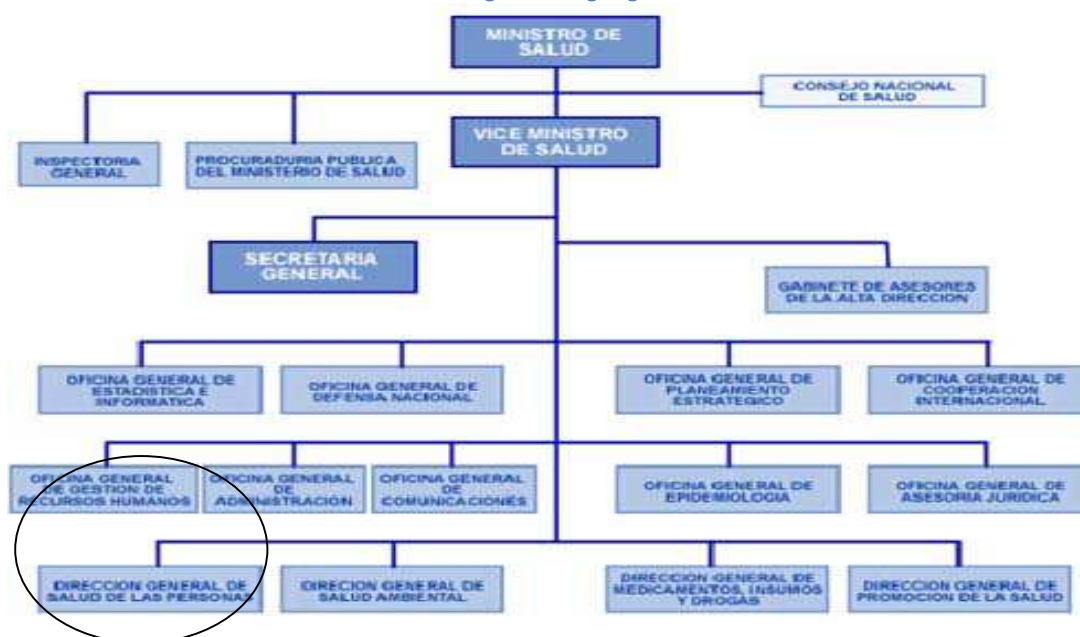
2.1 Estructura organizacional y mecanismos de coordinación (Contenido 06)

En estructura organizacional, deberá describir la organización mediante un organigrama identificando cada una de las unidades orgánicas (funcionales y territoriales) que conforman la organización de la Intervención Pública Evaluada. En cada una de las unidades orgánicas identificar las funciones principales y la dotación total de recursos humanos (independientemente de la modalidad contractual).

El Ministerio de Salud como ente rector tiene la responsabilidad de formular las políticas, lineamientos, normas, planes y proyectos a nivel nacional así como monitorizar, supervisar y evaluar la implementación de las mismas. Por lo tanto es el responsable del Programa de Salud Materno Neonatal a nivel nacional, a través de sus órganos de línea y oficinas funcionales¹⁹. La siguiente figura detalla el organigrama del MINSA.

¹⁹ La Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2012 en el “Artículo 82 establece que el responsable del programa presupuestal es el titular de la entidad que tiene a cargo la implementación de dicho programa, quien, además, debe dar cuenta sobre el diseño, uso de los recursos públicos asignados y el logro de los resultados esperados. En el caso de programas presupuestales que involucren a más de una entidad, la responsabilidad recae en el titular de la entidad que ejerce la rectoría de la política pública correspondiente a dicho programa presupuestal. El titular de la entidad puede designar a un responsable técnico del programa presupuestal, el que tiene funciones relacionadas con el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del programa”.

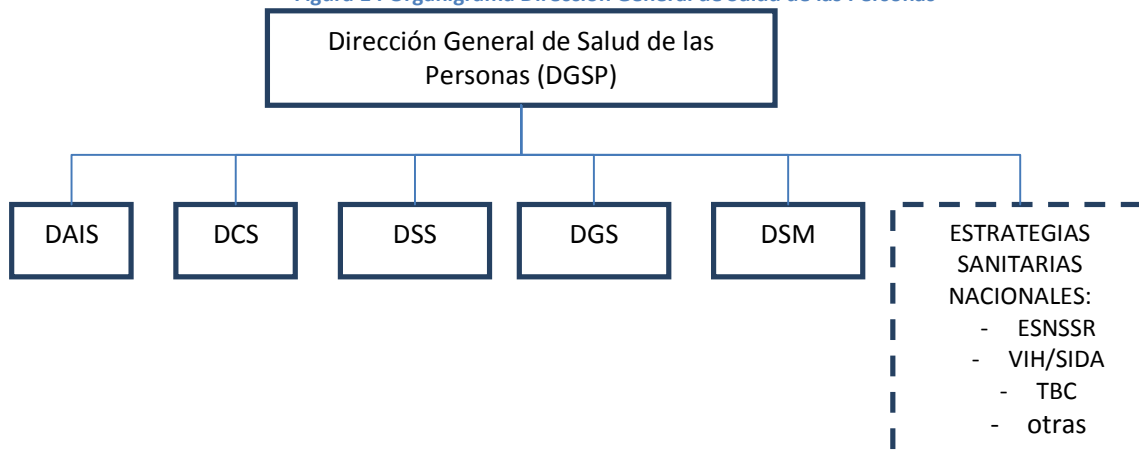
Figura 13 Organigrama MINSA



Fuente: MINSA. Reglamento Ley No. 27657 Ley Ministerio de Salud, D.S. N.003-2010 – SA -ROF
La Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo de nivel nacional, encargado de normar, dirigir, supervisar, controlar, coordinar y concertar con los gobiernos regionales y los demás componentes de Sistema Nacional de Salud, las políticas relacionadas a la atención integral de la salud de las personas y de la comunidad, en concordancia con los lineamientos y prioridades de la política del sector.

En tal sentido es responsable de brindar los mecanismos que oficialicen el Programa Salud Materno Neonatal y sea asumido por los gobiernos regionales como prioridad regional y nacional.

Figura 14 Organigrama Dirección General de Salud de las Personas



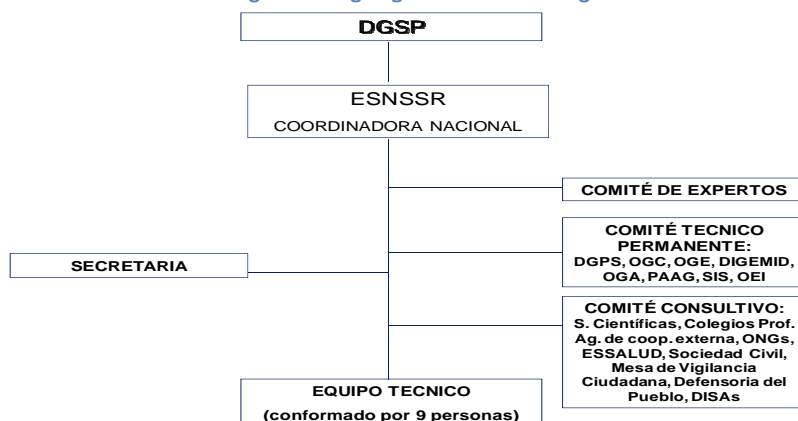
DAIS: Dirección de Atención Integral de Salud, DCS: Dirección de Calidad en Salud, DSS: Dirección de Servicios de Salud.
DGS: Dirección de Gestión Sanitaria, DSM: Dirección de Salud Mental
Fuente: Elaboración propia, a partir del Reglamento Ley 27657

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, creada en Junio del 2004 es una unidad técnica-funcional, no forma parte de la estructura orgánica del Ministerio de Salud,

sin embargo es responsable de proponer las normas, directivas, planes y proyectos que conduzcan a mejorar la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres a nivel nacional. Su principal objetivo es reducir la mortalidad materna y neonatal.

Por tal motivo se le ha asignado la conducción del Programa Materno Neonatal a nivel nacional.

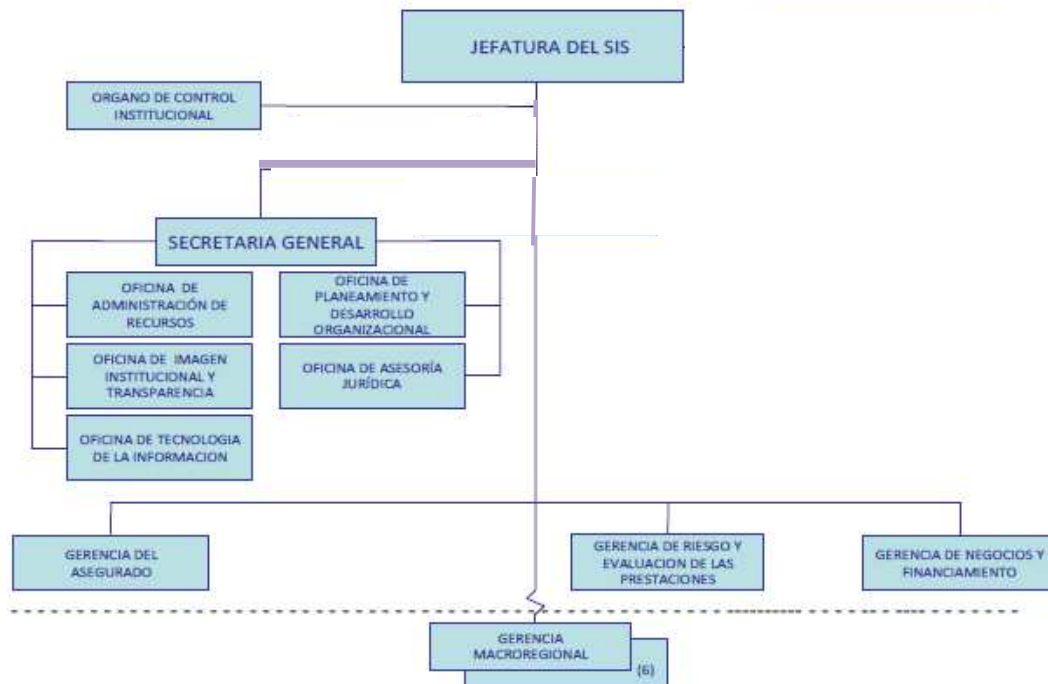
Figura 15 Organigrama de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia a partir de RM 771-2004/MINSA Creación de la ESN SSR.

El Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. El SIS paga parcialmente por las atenciones de parto de este grupo a través de una tarifa aprobada por el Ministerio de Salud, según el nivel de atención. El SIS dentro de sus mecanismos de aprobación de las atenciones por las que “paga” coordina con el MINSA los aspectos técnicos relacionados para la aceptación de los partos atendidos mediante las normas técnicas que el MINSA emite. También, alerta de irregularidades o aspectos importantes en regiones relacionados con las atenciones. Con las regiones por otro lado, se relaciona a través de sus Unidades Desconcentradas Regionales presentando un balance de las atenciones rechazadas, observadas y correctas detectadas durante el proceso de auditoría.

Figura 16 Organigrama Estructural del Seguro Integral de Salud



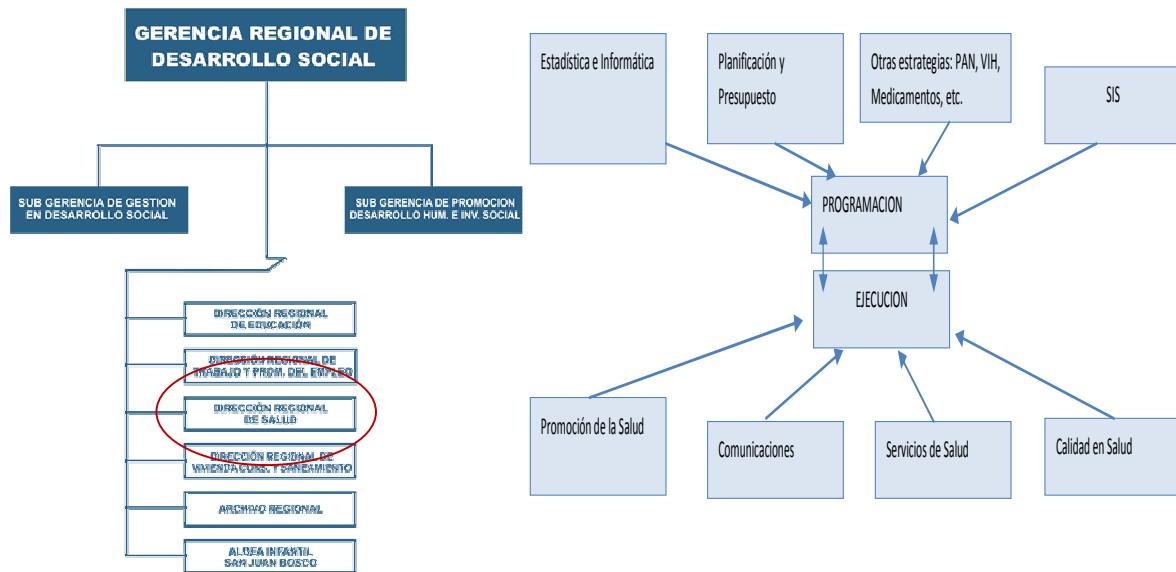
Fuente: SIS. Memoria Anual 2011

En el contexto de la descentralización, a los Gobiernos Regionales se les ha transferido funciones y el presupuesto correspondiente para cumplir con las prioridades nacionales.

De esta manera se constituyen en los responsables de la definición de metas físicas y presupuestales para la implementación de las actividades y entrega de productos a través de los centros de costos y sus Unidades Ejecutoras, las que se basan en los procedimientos de programación y formulación de productos de los programas estratégicos con la aplicación del SIGA para la programación y ejecución de las actividades de atención de partos.

La organización de las regiones varía de acuerdo a sus necesidades. Las Direcciones Regionales de Salud se encuentran usualmente bajo la Gerencia Regional de Desarrollo Social y desde ésta coordina con otras Estrategias, programas, instituciones y sectores.

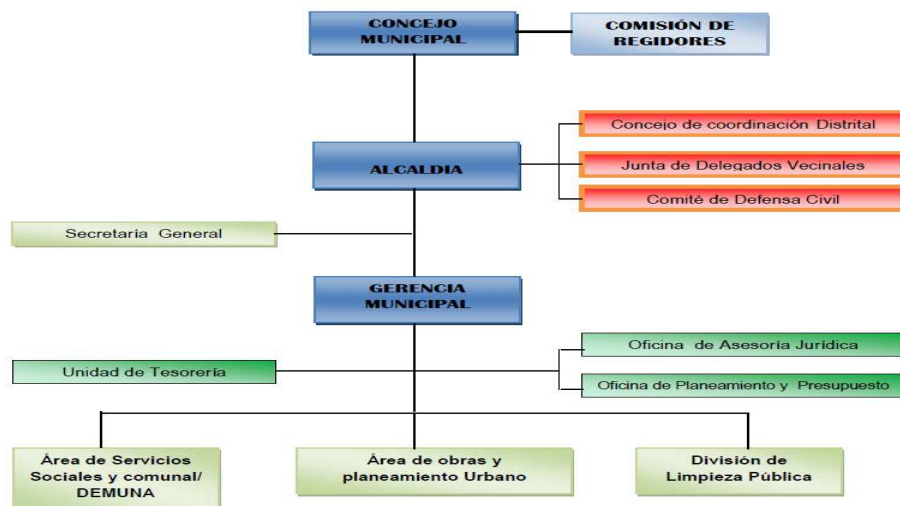
Figura 17 Organigrama de la Gerencia Regional de Desarrollo Social



Fuente: Elaboración propia a partir de organigramas en regiones.

Los gobiernos locales interactúan con los gobiernos regionales en el cuidado de la gestante, para la instalación de las casas de espera, el apoyo logístico de las gestantes para la atención del parto y las actividades relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

Figura 18 Organigrama de Gobierno Local



Fuente: Gobierno Local de San Pedro de Chaulán – Huánuco.

2.2 Focalización/priorización y afiliación

2.2.1 Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo, así como la población priorizada o atendida actualmente y la que se tiene previsto atender en los próximos años.

Contenido 07 Presentar la cuantificación de población potencial (población que presenta el problema que quiere resolver la Intervención Pública Evaluada), población objetivo (población que es objeto de intervención de la Intervención Pública Evaluada según su diseño) y población atendida o por atender durante el periodo 2008-2011 y que se proyecta atender en el 2012 y 2013.

El INEI ha realizado la proyección de la población por sexo y edad hasta el año 2015, en base a esas proyecciones la Oficina General de Estadística e Informática realiza cada año la proyección de gestantes y nacimientos esperados. Esta población proyectada por la OGEI-MINSA, se utiliza para el registro de coberturas de atención.

Tabla 5 Población proyectada en base al Censo 2007

AÑO	POBLACION TOTAL*	GESTANTES** ESPERADAS	NACIMIENTOS** ESPERADOS
2008	28'807,034	684,067	561,178
2009	29'132,013	693,347	556,548
2010	29'461,933	756,213	598,242
2011	29'797,694	736,126	593,247
2012	30'135,875	730,308	588,813
2013	30'475,144	--	--
2014	30'814,175	--	--
2015	31'151,643	--	--

FUENTE: * INEI - ** OGEI/MINSA

A pesar que existen criterios de programación (RM 178-2011), existen diversas posiciones en cuanto al número de gestantes esperadas que debería de considerarse como base para la programación. La OGEI del MINSA considera el 100%, la ESNSSR también utiliza este dato para el seguimiento de coberturas, pero se inclina por una intervención sobre la proporción de partos que se atienden en el sector. MEF por otro lado, sugiere se tome como base lo que atiende el MINSA. Sin embargo, a nivel de regiones, no existe consenso, la mayoría de regiones consideran que la población está sub o sobre estimada, por lo que el dato de población se utiliza referencialmente pero programan de acuerdo al histórico.

Desde el año 2008 la programación se ha realizado por Unidades Ejecutoras y éstas deciden qué población de gestantes esperadas usar. La información es procesada a través del SIGA - PPR, la que luego se consolida a través del pliego correspondiente. El proceso de programación incluye la transferencia de datos del SIGA al SIAF. En ese proceso surgen dificultades, se produce un quiebre en la programación de subproductos y productos que finalmente son incorporados al SIAF para obtener la meta correspondiente al producto. Es así que la meta que se observa en SIAF difiere de la misma meta en el SIGA. Las diferencias en los datos no son corregidas y el error permanece.

Para efectos del presente informe se ha obtenido la información de metas físicas y avance de metas físicas, del SIAF a través de la página amigable del MEF y a nivel de regiones se utiliza la información de atenciones registrada por la ESNSSR. Para el año 2012 y 2013 se ha obtenido la programación SIGA PPR la cual difiere de la información encontrada en el SIAF, por lo que sería conveniente revisar la los procesos de transferencia de datos SIGA-SIAF con la finalidad de contar con un dato único y oficial y de acceso rápido.

Tabla 6 Meta física de atención de parto normal - Comparativo SIGA/SIAF

Año	META SIGA*	META SIAF**
2012	339,119	730,444
2013	408, 161	803,488

FUENTE: * Consolidado regiones ESN SSR/MINSA - ** Consulta amigable MEF

Igualmente el avance de meta física del SIAF no conversa con el avance de meta que maneja la ESN SSR como se muestra a continuación en la siguiente tabla. La disminución de partos atendidos puede deberse a que la definición operacional de parto normal y parto complicado ha causado confusión en las regiones, algunas regiones han informado todos sus partos en el producto parto normal y otras han incluido la atención de parto en el producto parto complicado no quirúrgico. Por lo que es importante una revisión tanto de la definición como de la nomenclatura de ambos productos.

Tabla 7 Avance de meta física de atención de parto normal – Comparativo SIGA/SIAF

AÑO	AVANCE FÍSICO DE LA META MINSA*	AVANCE FISICO DELA META SIAF**
2008	393,551	495,179
2009	399,767	549,354
2010	384,159	530,567
2011	382,768	852,434

FUENTE: *Producción de servicios -Ejecutado ESN SSR - ** Consulta amigable MEF

Las diferencias en las metas y los avances de metas entre SIGA y SIAF generan confusión y dificultan la proyección de metas. En la siguiente tabla se presentan estas incongruencias. Por ejemplo, para el 2011 el avance de meta física o la ejecución reportada fue superior a las gestantes esperadas (población potencial)²⁰ para ese año.

La meta 2012 (tomada del SIAF) de 730,444 también resulta siendo mayor a la población potencial y la población objetivo proyectadas para ese año.

²⁰ Población potencial, es la población esperada. En este caso son las gestantes esperadas, es la población potencialmente a atender partos (no se sabe cuántos terminaran en parto ni cuantas terminaran atendiéndose en el MINSA). Población objetivo, es la población a intervenir o sea partos esperados, que es el 85% de las gestantes esperadas. Población atendida /por atender, es la población programada por el MINSA, son partos programados que de acuerdo a las definiciones operacionales se obtiene a partir del dato histórico.

Para el año 2013, la población objetivo se obtiene al igual que en años anteriores como el 85% de la población potencial. Como se puede apreciar, la meta SIAF (803,488) tiene una diferencia significativa con relación a la población potencial y población objetivo.

Tabla 8 Formato III: Población Potencial, Objetivo y Atendida por la intervención pública evaluada. Parto Normal

	Valores				Metas/Proyecciones	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Población Potencial*	684,067	693,347	756,213	736,126	730,308	738,530
Población Objetivo*	581,457	589,345	642,781	625,707	620,761	627,750
Población Atendida/Por atender**	495,179	549,354	530,567	852,434	730,444	803,488

Fuente: * OGEI – MINSA. **SIAF-MEF

La población atendida expresa el avance de meta física: para el 2012 se ha considerado la meta a atender y para el 2013 se considera 10% más que el año anterior, aplicando las alternativas que se ofrecen en los criterios de programación del MINSA (Definiciones Operacionales 2011, MINSA).

En la tabla precedente sin embargo, se utiliza el dato de gestante esperada total considerando que el MINSA evalúa coberturas y las coberturas se obtienen en base a la población total esperada.

No obstante, aplicando la sugerencia de la DGPP-MEF en cuanto a solo aplicar la población esperada MINSA (que correspondería a la proporción de gestantes esperadas que se atienden en la red pública definida como 80% referencial) tanto la población potencial como la población objetivo serían menores. Así como resultan estas dos poblaciones menores, así debería ser la población por atender.

Comparando esta nueva población potencial, objetivo y por atender con la meta consolidada por la ESNSSSR de las metas regionales SIGA para el año 2012 (339,119) y para el año 2013 (408,161), estaría por el contrario muy por debajo de la meta que registra el SIAF para esos años en relación con la población potencial y población objetivo.

Tanto por la aplicación de un método u otro, la meta de parto no es robusta, por lo que resulta necesario hacer una revisión exhaustiva del proceso de programación de metas y sobre el seguimiento de las mismas.

Tabla 9 Formato III: Población Potencial, Objetivo y Atendida por la intervención pública evaluada. Parto Normal- proporción de la atención por la red pública

FORMATO III	Valores				Metas/Proyecciones	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Población Potencial	547,254	554,678	604,970	588,901	584,246	590,824
Población Objetivo	465,166	471,476	514,225	500,566	496,609	502,200
Población Atendida/Por atender		549,354	530,567	852,434	730,440	803,488

Fuente: INEI – Población Potencial. Población por atendida/por atender -SIAF-MEF

Asimismo como se puede observar en la siguiente tabla 10, para el año 2011 se observa un fuerte incremento de la atención de parto normal institucional (según el SIAF) la explicación se encuentra en los problemas de registro que se observan líneas de arriba. Esta situación ha sido verificada en las regiones visitadas. Cabe decir, que el dato de parto institucional no discrimina si la atención ha sido realizada por personal calificado o no²¹ que es la recomendación de OMS/OPS como indicador a aspirar medir por los países. Solo las prestaciones que paga el SIS discriminan la atención de partos por personal calificado según nivel de atención (para los asegurados), pero este solo paga a un subconjunto de las atenciones que se realiza en la red pública MINSA.

Por otro lado, la atención del parto complicado no quirúrgico y quirúrgico ha sufrido variaciones considerables sin lograr un descenso que sería lo deseable, como se puede apreciar en la siguiente tabla 10. Tanto el parto complicado no quirúrgico como el parto quirúrgico son indicadores que tienen una relación inversa con el parto atendido por personal calificado, es decir se deben ir reduciendo a medida que se incrementan los procesos con calidad de atención. Por ello, la atención de la gestante por profesional calificado es indispensable. Más adelante se revisará cuál es la disponibilidad de recursos con los que cuentan los establecimientos con FON para la atención de la gestante, en base a ello se podrá deducir si debería existir una tendencia decreciente de este indicador en la medida que se cuenta con los recursos necesarios o si aún no se alcanza a contar con un servicio completo. Si sucede lo último, coincidiría con que la atención de complicaciones fuese creciente o igual a la anterior.

Tabla 10 Formato III: Población Atendida por Productos

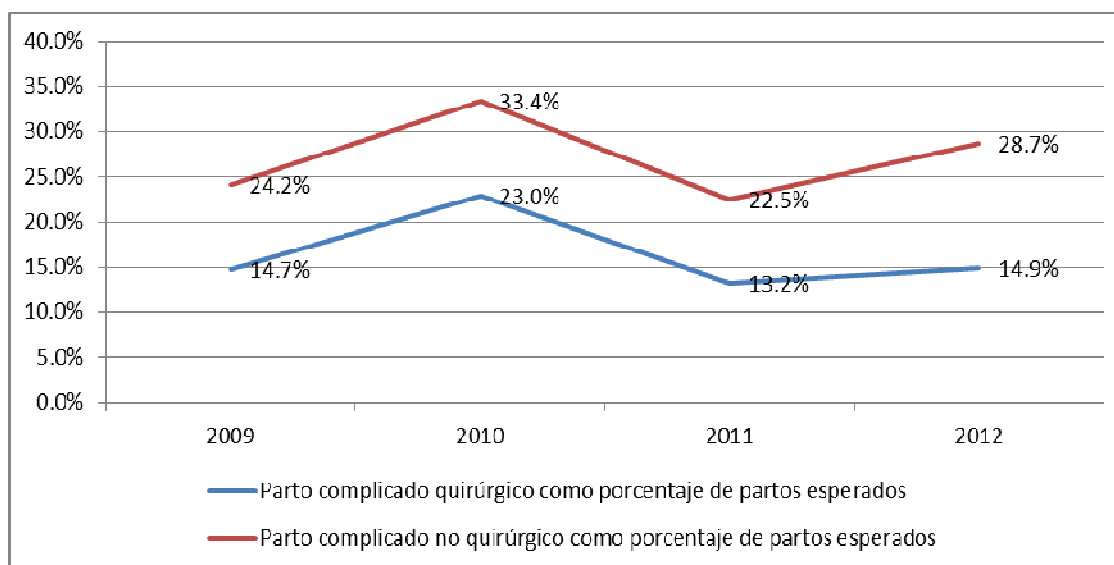
PRODUCTOS	Unidad de Medida	Valores (Avance de meta)			Metas	
		2009	2010	2011	2012	2013
Parto Normal	Atención de parto normal	549,354	530,567	852,434	730,444	803,488
Parto complicado no quirúrgico	Atención de complicación de parto	81,986	137,416	78,341	87,807	96,587
Parto complicado quirúrgico	Cesárea	134,570	199,545	133,516	169,098	186,007

Fuente: www.ofi.mef.gob.pe - Consulta Amigable

A manera de ejercicio, y tomando en cuenta las limitaciones de los datos, se puede observar la tendencia de los partos complicados quirúrgicos y cesárea sobre el total de partos esperados. De acuerdo a OMS, el porcentaje de partos complicados no quirúrgicos y quirúrgicos deberían estar entre el 5% y 15% del total de partos esperados, se puede observar en la siguiente figura que con la información dada se estaría por encima del rango sugerido. Más adelante se analizará la respuesta desde la oferta de servicios con el fin de tener una mejor aproximación a lo que está pasando.

²¹ La ESNSR recoge y procesa la información de partos mediante padrones en los establecimientos.

Figura 19 Parto complicado no quirúrgico y cesárea como porcentaje de partos esperados, 2009 – 2012



Fuente: Consulta amigable. MEF

Sin duda, es necesario que se realicen mejoras en el registro de datos para solucionar los problemas de las metas, pero también es necesario revisar los procedimientos a seguir para llegar a ellas. Una buena programación haría que las metas mantengan su importancia para el Programa y para el PPR.

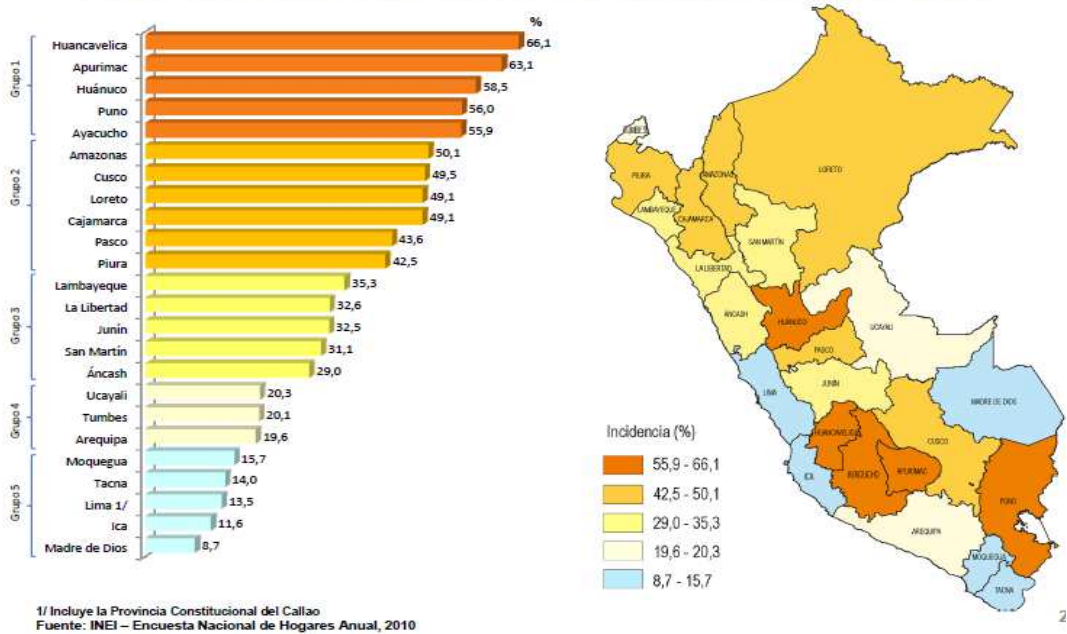
2.2.2 Criterios de focalización/priorización (Contenido 08)

En caso que corresponda, describir los criterios de focalización (y/o priorización) y mecanismos de selección de beneficiarios de la Intervención Pública Evaluada, así como también los instrumentos y procedimientos diseñados para la implementación de dichos criterios para cada uno de los productos de la Intervención Pública Evaluada. En caso corresponda, describir el proceso de afiliación de beneficiarios a la Intervención Pública Evaluada, la calendarización, la unidad orgánica responsable y todos los agentes que participan del proceso

El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal es de prioridad nacional, y es reflejo del compromiso internacional y nacional de reducir la mortalidad materna y neonatal, que indican la calidad de vida de la población, expresan las inequidades y exclusión social, de la cobertura y calidad de los servicios de salud y del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Cumplen un objetivo de política pública de desarrollo y en especial la reducción de la mortalidad materna es un referente en la medición del nivel de desarrollo del país. Como programa prioritario reconocido, se ha incrementado la asignación de recursos a las regiones que cuentan con mayor población calificada como pobre extrema, que son las marcadas en naranja en la siguiente figura. A nivel del MINSA, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva además de tomar en cuenta éstas, prioriza las 10 regiones que más aportan con casos de muerte materna a fin de brindar asistencia técnica continua en las

supervisiones programadas (Puno, Piura, Loreto, La Libertad, Amazonas, Junín, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Ucayali).

Figura 20 Perú: Agrupación de Departamentos según incidencia de Pobreza, 2010



Fuente: INEI. ENAHO, 2010

Consecuentemente con el criterio de pobreza, el presupuesto asignado a las regiones para el producto parto normal en valores absolutos se ha incrementado en las zonas pobres (zona naranja), Apurímac pasó de un presupuesto asignado PIM de 2,791,408 en el año 2009 a contar con un presupuesto de 4,753,522 en el año 2012. Ayacucho de igual modo cuadruplicó su presupuesto para la atención del parto entre el año 2009 y 2012. En la siguiente tabla 11 se muestra el incremento presupuestario por regiones, según grupos de pobreza.

Tabla 11 Presupuesto para el producto atención del parto normal por regiones 2009-2012 según grupos de pobreza

	PIA				PIM			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
03 APURIMAC	1,234,795	1,285,044	2,705,794	2,704,471	2,791,408	3,082,199	2,912,967	4,753,522
05 AYACUCHO	1,593,581	1,961,964	5,053,704	3,109,150	2,416,170	2,748,603	3,988,521	8,803,087
09 HUANCAMELICA	515,401	1,700,714	4,238,406	373,702	1,516,960	1,550,476	1,501,532	4,667,478
10 HUANUCO	971,875	1,307,586	3,380,329	1,016,665	1,671,217	1,719,939	3,100,660	4,840,536
21 PUNO	1,791,949	2,722,167	11,395,752	1,720,316	2,133,424	3,475,135	6,585,986	9,641,324
01 AMAZONAS	497,625	587,627	3,128,599	883,970	856,383	953,730	3,146,875	4,780,500
06 CAJAMARCA	2,466,347	2,336,326	8,639,020	3,844,921	4,286,830	2,728,524	5,560,283	8,344,919
08 CUSCO	2,270,920	2,494,284	7,337,577	1,794,449	4,731,363	4,044,580	7,367,054	9,514,786
16 LORETO	1,655,383	1,560,197	5,856,914	1,135,547	2,462,748	2,020,897	7,098,531	7,389,346
19 PASCO	396,752	462,985	1,709,339	444,237	935,285	708,031	1,109,190	1,930,891
20 PIURA	1,962,618	2,748,354	9,729,635	3,666,998	2,800,479	3,871,388	7,509,606	9,500,076
02 ANCASH	921,271	1,391,947	4,224,250	3,461,558	1,841,266	1,729,489	4,906,983	8,651,880
12 JUNIN	1,727,424	1,239,180	4,062,512	2,382,727	2,905,478	1,515,859	5,670,298	8,775,505
13 LA LIBERTAD	3,835,989	4,817,660	13,080,739	6,734,648	4,293,967	9,604,072	14,072,219	19,385,471
14 LAMBAYEQUE	1,500,662	1,707,600	2,761,173	1,840,628	2,572,488	2,553,440	3,275,207	5,136,392
22 SAN MARTIN	2,126,162	2,505,193	5,095,432	3,698,286	5,280,172	2,923,020	4,748,209	7,891,325
04 AREQUIPA	7,107,465	7,145,376	9,260,822	4,241,711	9,037,128	8,847,353	10,926,161	9,870,295
24 TUMBES	215,762	261,197	4,398,222	12,947,842	213,457	219,709	4,006,372	3,646,455
25 UCAYALI	1,078,795	861,720	3,539,273	1,284,670	1,700,365	1,183,502	3,137,730	4,271,065
07 CALLAO	1,608,182	1,923,183	3,724,072	1,464,394	2,591,651	2,977,294	2,843,430	3,875,586
11 ICA	797,505	880,365	1,395,522	4,500,153	943,607	861,333	1,260,399	4,842,253
15 LIMA	17,959,664	23,935,699	22,109,603	2,965,494	22,920,201	28,791,941	33,444,144	6,335,221
17 MADRE DE DIOS	468,254	615,927	862,364	337,333	573,014	329,735	923,019	1,428,429
18 MOQUEGUA	178,721	150,090	926,425	1,454,100	280,061	210,432	1,189,589	2,511,116
23 TACNA	7,270,638	6,883,523	9,057,628	9,605,824	7,419,172	8,588,356	10,154,118	10,721,324

Fuente: SIAF-MEF.

A nivel del PPSMN éste se ha incrementado en valores absolutos de 340 millones a 1,400 millones entre el año 2008 y el año 2012. En términos relativos la participación del programa en el presupuesto de salud ha sido creciente, pasando de 0.48% en el año 2008 a 1.47% en el año 2012. Es en los últimos dos años (2011 y 2012) que el presupuesto creció de entre 1. 10% y 1.47%, como se observa en la siguiente tabla. Es así que el presupuesto asignado al PPSMN creció más de tres veces desde el año 2008.

Tabla 12 Participación del PPSMN en el presupuesto público 2008-2012

Año	PIA del Presupuesto. Público Salud	PIA del PPSMN	Participación del SMN en el Presupuesto. Público
2008	70,795,190,711	340,596,282	0.48%
2009	72,355,497,884	359,045,978	0.50%
2010	81,857,278,697	447,073,627	0.55%
2011	88,460,619,913	952,325,576	1.08%
2012	95,534,635,146	1,400,343,175	1.47%

Fuente: SIAF. Consulta amigable.

De igual modo el presupuesto para proyectos de inversión destinados al fortalecimiento del PPMN también experimentó un crecimiento sostenido, pasando el presupuesto institucional modificado de 24 millones en el año 2008 a 284 millones en el año 2011 y en el año 2012 a 514 millones de nuevos soles.

2.3 Productos provistos a la población

2.3.1 Caracterización y cuantificación de los productos provistos a la población (Contenido 09)

Presentar la caracterización y cuantificación (metas físicas) de cada uno de los productos o servicios que se proveen a la población que la Intervención Pública Evaluada ha atendido en los años 2008, 2009, 2010 o y 2011 y que tiene considerado atender en el 2012 y 2013. Describir los supuestos y cálculo para alcanzar las metas físicas propuestas.

Los lineamientos nacionales para las programaciones se establecen en las Definiciones Operacionales (R.M. 178-2011 – Definiciones Operacionales 2011 del MINSA), y se espera que estas vayan definiendo una tendencia en las programaciones futuras²².

La programación de metas para partos normales se realiza:

- 85% de las gestantes programadas es el total de partos; o considera la tendencia de los últimos 3 años incrementando el 10% en relación al año anterior. En la zona rural considera el 100% de partos esperados.
- 3 equipos de turnos que incluye obstetriz/tra y personal técnico para: atención de emergencia y sala de dilatación, sala de parto y puerperio inmediato, sala de puerperio.
- Considerar 10 horas aproximadas de atención del parto
- 1 día de hospitalización
- 2,040 minutos en total

Para parto complicado no quirúrgico considera dos actividades: intra-parto y postparto trabajo de parto disfuncional y hemorragias:

- Según tendencia de casos presentados y atendidos en los últimos tres años
- Tiempo de intervención 60 minutos.

El parto complicado quirúrgico considera además de la cesárea, en caso de complicación de la cesárea otra intervención quirúrgica como laparotomía o laparotomía más histerectomía. Se programa:

- Según tendencia de casos presentados y atendidos en los últimos 3 años. Tener en cuenta al menos 5% de las gestantes rurales y de Quintiles I y II deben acceder a la atención por cesárea.
- Considera 90 minutos de intervención y 3 días de hospitalización.

Pero, el manejo de la programación y la información han pasado por un proceso de aprendizaje, en todos los niveles. Como se observa en la siguiente tabla 13, existe una variación bastante fuerte en la programación de metas de un año a otro, en especial en el año 2011 (información SIAF). Como se veía en el punto 2.2 Focalización, las dificultades se han presentado desde la determinación de la población potencial (gestantes esperadas).

²² El PPSMN en el año 2012 ha utilizado Definiciones Operacionales 2012 aun no aprobadas oficialmente por el MINSA.

Tabla 13 Formato IV: Programación Física y población atendida de los Productos y Porcentaje ejecutado

PROGRAMACIÓN FÍSICA DE LOS PRODUCTOS					
PRODUCTOS	Valores			Metas/ Proyecciones	
	2009	2010	2011	2012	2013
Parto Normal	997,427	575,501	1,219,530	730,444	803,488
Parto complicado no quirúrgico	161,904	171,855	64,518	87,807	96,587
Parto complicado quirúrgico	231,157	240,293	136,126	169,098	186,007
POBLACIÓN ATENDIDA POR PRODUCTOS					
Parto Normal	549,354	530,567	852,434		
Parto complicado no quirúrgico	81,986	137,416	78,341		
Parto complicado quirúrgico	134,570	199,545	133,516		
PORCENTAJE EJECUCIÓN					
Parto Normal	55.08%	92.19%	69.90%		
Parto complicado no quirúrgico	50.64%	79.96%	121.43%		
Parto complicado quirúrgico	58.22%	83.04%	98.08%		

Fuente: SIAF-MEF

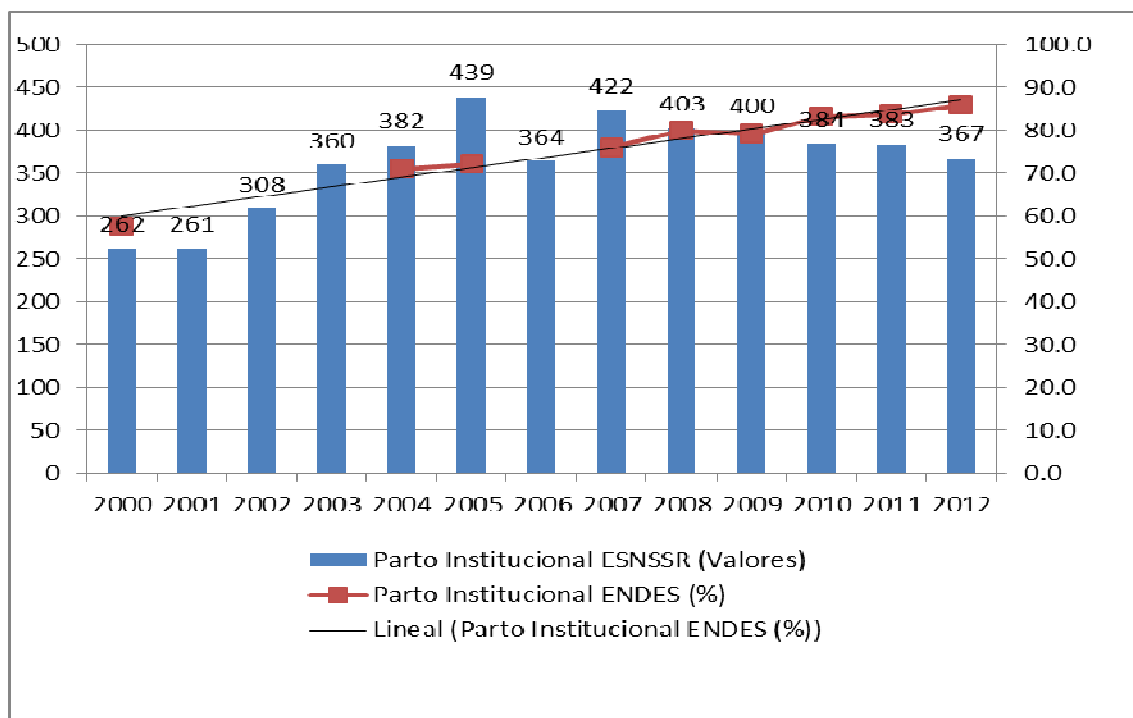
Los niveles de ejecución física alcanzados a nivel nacional para el producto parto reflejan las dificultades en una definición de metas más ajustadas. Los niveles de ejecución de los productos parto normal, parto complicado no quirúrgico y parto quirúrgico estuvieron entre 50% y 58% de ejecución. El año 2010 se producen mejoras en los niveles de ejecución, pero en el 2011 se vuelven a notar problemas. Nótese que los desequilibrios no solo afectan al producto parto normal sino también al parto complicado no quirúrgico y parto quirúrgico en los que se programa según tendencia. La coherencia entre la programación de metas físicas y el cumplimiento de las mismas refleja las dificultades encontradas tanto para programar como para el registro de la información y la ejecución. Así como para tomar decisiones que permitan afinar las intervenciones en relación al parto.

De acuerdo a los registros de información de parto que maneja la ESNSSR, la atención de partos ha tenido un incremento sostenido a través de los años aunque no en la medida deseada, como se puede apreciar en la siguiente figura 21. Para el año 2000 la atención de parto institucional (incluye cesárea)²³ a nivel nacional fue de 262, 252, mientras que en el año 2008 la cifra alcanzó 402, 785 partos institucionales atendidos. Del 2008 al 2012 que se trabaja la modalidad de presupuesto por resultados el parto institucional no se ha incrementado significativamente a nivel nacional, como se puede apreciar en la siguiente figura existe una desaceleración al ritmo de crecimiento. Esta desaceleración puede ser una alerta para diferenciar estrategias de intervención en regiones, ya que cuando se alcanzan niveles altos de cobertura, resulta más difícil lograr mejoras, porque estas requieren de intervenciones más específicas que cuando los niveles son bajos. El problema con la calidad de la información que la ESNSSR obtiene de las Regiones no permite verificar esta desaceleración.

²³ Las Definiciones Operacionales 2011 del MINSA, define parto institucional como el parto atendido por personal de salud capacitado.

Por otro lado, ENDES²⁴ para el mismo dato si bien registra un crecimiento positivo, la variación porcentual de un año a otro durante el período ha sido menos acelerada comparado con un período equivalente de años previos a la aplicación del PPR. Con lo cual, se podría afirmar que en efecto sería conveniente pasar a estrategias más finas de intervención en las regiones.

Figura 21 Total atenciones de Parto Institucional ESNSR y Parto institucional ENDES



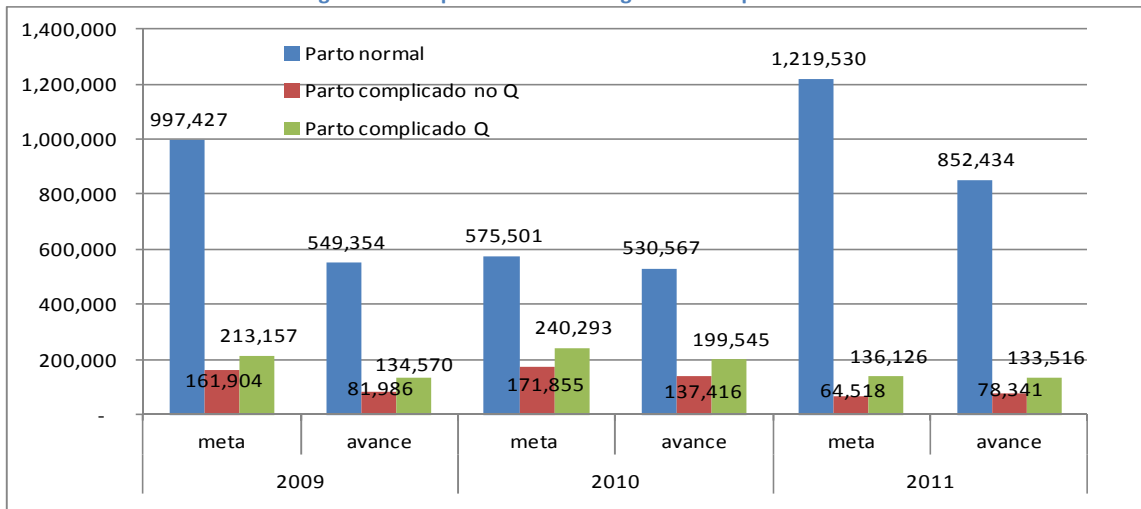
Fuente: SIGA regiones, consolidado por ESNSR-MINSA. ENDES-INEI,

El afinamiento de las estrategias de intervención tienen que ver con el aumento de las complicaciones no quirúrgicas y quirúrgicas del parto, las cuales se encadenan hacia atrás con la atención prenatal y con medidas oportunas durante el parto. El reto está en la programación y en el seguimiento que se puede tener de la gestante por personal calificado.

En la siguiente figura se muestra las dificultades que existen para aproximar la programación a la ejecución. El año 2011, en especial presenta un comportamiento que escapa de la tendencia.

²⁴ La información de ENDES para la atención de parto muestra que, a pesar del incremento de 7.8 puntos porcentuales en el período 2007 – 2011, este resulta inferior a igual período de años hacia atrás (2000- 2007) con incremento de 18.4 puntos porcentuales.

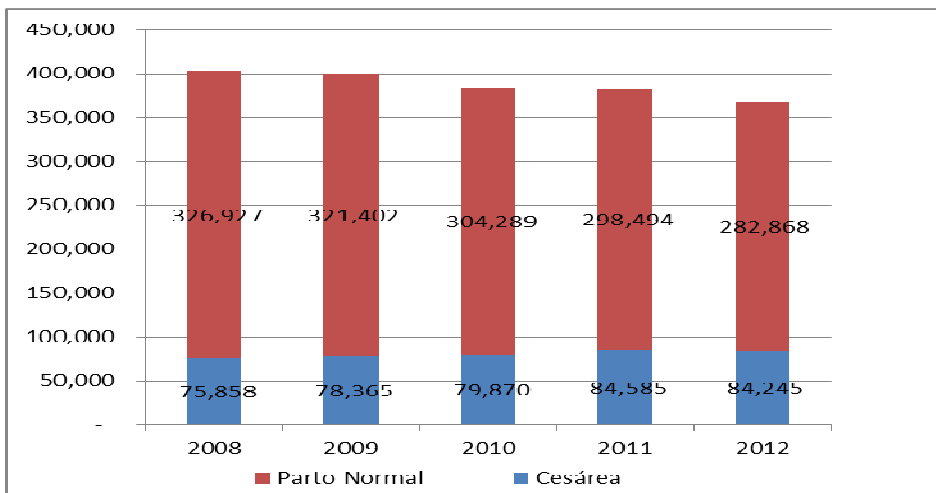
Figura 22 Comparación Meta Programada de parto vs. Atendido



Fuente: SIAF – MEF

Si se compara la información anterior con la información de las DIRESAS consolidada por la ESNSSR sobre atención de parto normal (incluye complicaciones) y cesárea las diferencias en las cifras con la figura anterior son notorias.

Figura 23 Atención de parto normal (incluidas complicaciones) y cesárea 2008 – 2012



Fuente: ESNSSR, consolidado de regiones. 2008-2012

2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación

Disponibilidad y uso del sistema de información de seguimiento y evaluación (Contenido 10):

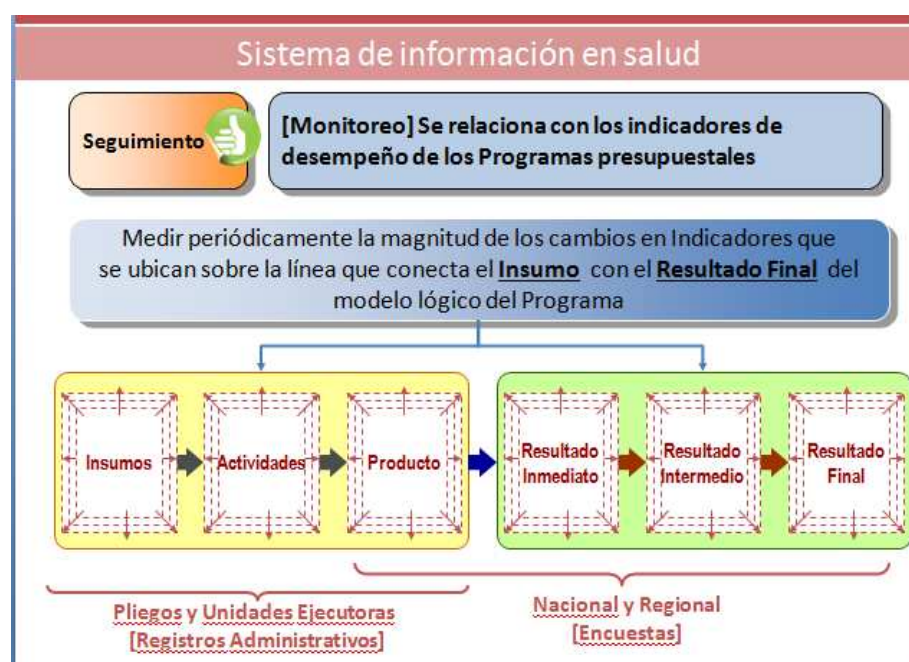
Identificar las dimensiones y/o ámbitos (variables e indicadores) y los instrumentos de seguimiento y evaluación que utiliza la Unidad Responsable de la Intervención Pública Evaluada. Asimismo, identificar y describir las principales bases de datos con que cuenta la Intervención Pública Evaluada para el seguimiento y evaluación. Considerar: principales categorías de información que se procesa en cada una; indicadores de gestión que se generan a partir de las variables que incluyen; frecuencia de actualización; etc.

El plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 del Ministerio de Salud considera que la “evaluación de los avances y resultados se hará de acuerdo a las líneas estratégicas de intervención y en concordancia con los indicadores definidos, priorizando aquellos que son materia de presupuesto por resultados; para ello se tomará como insumos los datos del Ministerio de Salud, los Acuerdos de Gestión, las Funciones en materia de Salud en el proceso de transferencia a los gobiernos regionales y locales y las encuestas nacional de salud, los informes de la Dirección General de Epidemiología, entre otros.

Los procesos de monitoreo serán de manera permanente y descentralizada, la supervisión será descentralizada y por niveles de complejidad, considerando el avance en los indicadores, de acuerdo al periodo de tiempo para la ejecución de los planes al momento de la supervisión y desde todas las líneas de intervención estratégica. La evaluación regional y local será trimestral, semestral y anual; la evaluación nacional se hará semestral y de manera conjunta anualmente; considerando el avance en los resultados propuestos y haciendo lo ajustes correspondientes al Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, que permitan alcanzar los objetivos propuestos. Las Direcciones Regionales de Salud podrán definir resultados intermedios que permitan una evaluación más objetiva”.

El esquema que sigue el seguimiento del Programa es el que se muestra en la siguiente figura.

Figura 24 Sistema de información en salud



Fuente: OGPP-MINSA.

El MINSA cuenta con el Sistema de información Health Information System (HIS), a través del cual la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA consolida y pone a disposición de las unidades establecidas la información de salud.

A su vez, el sector obtiene información de otros sub-sistemas como son los subsistema de información inmediata, dentro de los que se encuentran el NOTI (información epidemiológica), el SIS (información de asegurados), SISMED (información de medicamentos, insumos y drogas) y el de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (vacunas). De igual modo, tiene otros subsistemas de información básica de hechos vitales que registran nacimientos y defunciones. Y otros subsistemas de registro de información regular dentro de los que se encuentran el HIS, el HIS DIS (registro de discapacidad) y emergencias y egresos. Finalmente, se integran a los subsistemas administrativos del MEF (SIGA y SIAF). En la siguiente figura se esquematizan los diferentes subsistemas que utiliza salud.

Figura 25 Sistema de información en salud– subsistemas



Fuente: OGPP-MINSA

La información se obtiene a través de los diferentes subsistemas en los establecimientos de salud. A pesar de la separación esquemática, a nivel de los establecimientos la coexistencia de diversos subsistemas produce sobrecarga de tareas administrativas. Este hecho fue constatado durante las visitas a regiones seleccionadas. El MINSA ha buscado una simplificación de sus subsistemas, sin embargo y, a pesar de su última actualización, este sistema no logra obtener toda la información requerida para la propia gestión de sus unidades, dar información a instituciones externas como el MEF y a los organismos internacionales en relación a los indicadores de salud materna y neonatal, existen vacíos en la codificación y en la identificación de actividades relacionadas con la gestante. Estos vacíos han llevado a que se produzca sub-registro o mal registro en el HIS desde las unidades de producción.

Las Estrategias Nacionales han puesto en marcha registros paralelos físicos e informáticos para el recojo de información con el fin de atender sus necesidades de información

El MINSA actualmente utiliza la información del INEI para dar cuenta de los avances de los Programas Presupuestales Materno y Neonatal y el Programa Articulado Nutricional a través de las encuestas continuas de ENDES y ENESA. No obstante, se trata de información con representatividad hasta un nivel regional, y presentada en porcentajes que para fines de programación y seguimiento más detallados resultan insuficientes.

El SIS por otro lado, tiene un sistema de información que registra todas las atenciones que paga a los establecimientos por la atención de sus asegurados, pero esta información representa un subconjunto del total de atenciones de parto que se dan en la red de servicios públicos. El SIS discrimina del total de atenciones de partos brindadas a los asegurados, aquellas que cumplen con la norma técnica del MINSA que califica como una atención adecuada, sus reportes consignan los partos válidos.

La información del SIS progresivamente ha ido incorporando nuevos reportes estadísticos sobre parto. La información de parto en el año 2011 ofrece:

- Atenciones de parto por departamento de origen del paciente según departamento de origen del prestador
- Atención del parto normal y cesáreas por departamento por unidad ejecutora
- Atención de partos por tipo de financiamiento (público o parcial) según departamento
- Atención de parto por nivel de prestador por departamento
- Atención de parto por grupo etario
- Número de atenciones por estructura programática según departamento (parto normal, parto complicado, cesárea)

El SISMED por otro lado aporta información sobre el uso de medicamentos y aportan información sobre la racionalidad de la prescripción, el acceso de medicamentos a los pacientes. Aporta con información sobre el uso de insumos y medicamentos de la atención del parto en los establecimientos de salud, como por ejemplo la oxitocina, que es un insumo crítico en la atención del parto.

El registro de egresos hospitalarios también aporta con información de los formularios o planillas de pacientes egresados, de los hospitales, centros de salud. Información que es obtenida de la Epicrisis contenida en la Historia Clínica de los pacientes. Los egresos hospitalarios por especialidad aportan información sobre la atención del parto.

El HIS aporta con información de atenciones en los establecimientos de salud permitiendo cubrir el proceso de atención de la gestante hasta el momento del parto.

PARTE 2: TEMAS DE EVALUACIÓN

2.1 Estructura organizacional (Contenido 25)

¿Es adecuada la estructura organizacional de la Intervención Pública Evaluada? De no serlo, proponer la más adecuada.

La primera pregunta respecto a la actual estructura de programación y presupuesto es si responde a la política de descentralización de las decisiones. La respuesta a esta pregunta tiene dos aspectos: a) si refuerza la descentralización; y, b) si fortalece la rectoría del sector salud.

Sin duda, la programación mediante el PPR fortalece la descentralización de las funciones de presupuesto y programación a las Unidades Ejecutoras, que se encuentran más cercanas al público objetivo con lo cual se cumple el principio de subsidiaridad. Sin embargo, no refuerza la rectoría de la Autoridad Sanitaria Regional ni de la Autoridad Sanitaria Nacional (la DIRESA y el MINSA, respectivamente).

Si se realiza un repaso a las tareas de la rectoría: la de conducción, regulación, modulación de la financiación de la atención en salud, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios, ejecución de las funciones esenciales de salud pública²⁵, en especial la tarea de modulación de la financiación de la atención en salud se centra en garantizar, vigilar y modular la complementariedad de las modalidades de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud. Entre las tareas específicas están la formulación de políticas que permitan modular distorsiones en el financiamiento sectorial, vigilar el proceso de financiamiento sectorial, negociar con principales proveedores, redistribuir fondos para compensar asimetrías de mercado, definir criterios de asignación de recursos. El proceso de formulación presupuestario actual el MINSA no logra influir en la asignación de recursos en el sector, que no sean regresivas, sean suficiente y sinérgicas.

La programación regional de la estrategia se realiza entre estructuras de la Dirección de Salud Regional (DIRESA) y del pliego regional. Como se observa en la siguiente figura 25, la Unidad Ejecutora consulta sus necesidades de recursos con el módulo del PSMN en el SIGA y lo compara con el presupuesto asignado por el MEF. Luego de hacer los ajustes necesarios formula el presupuesto de la Unidad Ejecutora, el cual es enviado a la Oficina de Presupuesto del Gobierno Regional donde se consolida el presupuesto de todas las unidades ejecutoras para formular el presupuesto regional del PSMN. El consolidado del pliego regional es enviado al MEF, este proceso está altamente centrado en la programación de insumos productos y sub-productos.

Desde una perspectiva rectora los procesos vinculantes entre planeamiento sanitario, programación y presupuesto son débiles, como se veía en el punto 2.2 Focalización/priorización y afiliación. Por otro lado, está la variedad de unidades ejecutoras que existen (red de servicios de salud con hospital y sin hospital, hospitales generales,

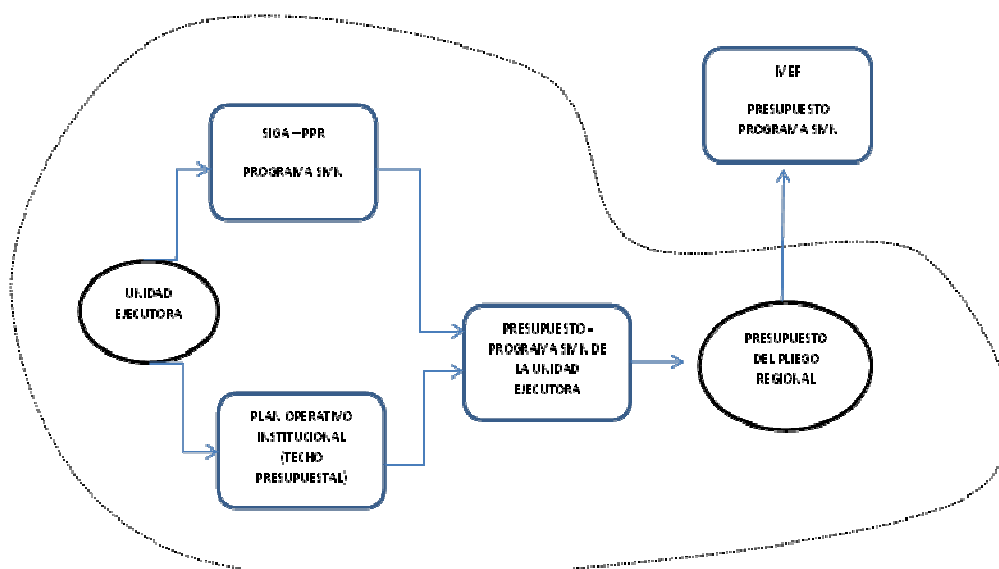
²⁵ USAID-OPS. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional, desempeño y fortalecimiento. Edición especial No. 17. 2006.

hospitales especializados, institutos, entre otras) y la diversidad de planes de salud que tienen, hacen que su gestión sea muy especializada y compleja.

Para una gestión territorial, es necesaria la presencia de un órgano técnico – político que oriente los recursos en función de objetivos regionales en materia de salud. El Gobierno regional es el que desarrolla esa función, y para ello generalmente cuenta con una gerencia de desarrollo social, pero el tema sanitario en muchos casos lo sigue delegando a la DIRESA, que solo mira el sub-sector público de salud. El encargo para la DIRESA cambia su rol hacia una conducción territorial en salud, pero ésta ha recibido una herencia de instituciones desarticuladas, y aún no logra conducir todos los sub-sectores (establecimientos del gobierno regional, de EsSalud, de las fuerzas armadas y de las fuerzas policiales, del sector privado) en una sola dirección. Necesita adquirir la experiencia técnica y los expertos necesarios para conducir exitosamente el proceso de planeamiento estratégico de todos sus componentes en función de objetivos regionales. En ese sentido, el actual proceso de programación ayuda poco a la DIRESA en su necesidad de reforzar su capacidad técnica o política.

Además del tema de la rectoría y la variedad de planes y programas, la actual forma de programación establece una competencia desleal por los recursos regionales a nivel de Unidades Ejecutoras, en especial aquellas que actúan como Unidades Administrativas de otros establecimientos. Quien asigna decide por la distribución de los recursos al interior de su red; y se pierde muchas veces en ese proceso, la prioridad sanitaria o social con la asignación de financiamiento. Al ser un proceso discrecional, las brechas de inequidad y de inclusión social se cierran muy lentamente.

Figura 26 Proceso de programación y presupuesto PSMN en el nivel regional



Fuente: Elaboración propia

La actual forma de programar establece un contacto directo entre el pliego y el MEF, a su vez el pliego coordina directamente con las unidades ejecutoras, esta situación obvia a la DIRESA

en su función de planeamiento, programación y monitoreo de las políticas públicas regionales. De esta manera se debilita el rol rector que tiene el representante de salud en la región.

Lo mismo puede decirse con respecto al rol del MINSA, el cual solamente tiene un rol de supervisión del gasto en la fase de programación y de asistencia técnica en la fase de reprogramación. Las unidades ejecutoras no consultan al MINSA acerca de la contribución regional a los objetivos nacionales. De modo que es muy difícil predecir cómo el MINSA planea cumplir con sus objetivos nacionales, sin contar con el compromiso de la parte regional.

En base a lo anterior, se podría pensar en un modelo de programación alternativo, en el cual tanto la DIRESA como el MINSA tuvieran un rol protagónico en las definiciones de políticas y de prioridades; de esta forma se estaría cumpliendo tanto la necesidad de descentralizar las decisiones como de fortalecer la rectoría de los órganos competentes.

La segunda pregunta sobre la estructura de programación y presupuesto es si las funciones de los tres niveles de gobierno están alineadas para producir una sinergia de los componentes del proceso de implementación del Programa de Salud Materno Neonatal. En otras palabras si agregan valor al proceso.

Si bien es cierto que las funciones entre los niveles están definidas, no es muy claro como suman las partes para producir un resultado eficiente. Como se observa en la siguiente figura, las fases del proceso de programación y presupuesto tienen fases bien definidas y son coherentes. De la fase de programación donde la región define sus prioridades sanitarias se continúa a la fase de formulación del presupuesto con sus productos y actividades contenidas en el marco lógico. Luego se aprueba el presupuesto y se ejecuta, para finalmente rendir cuentas.

Figura 27 Proceso formal de Presupuesto – programación (Tomado de Flor García- OGPP –MINSA)

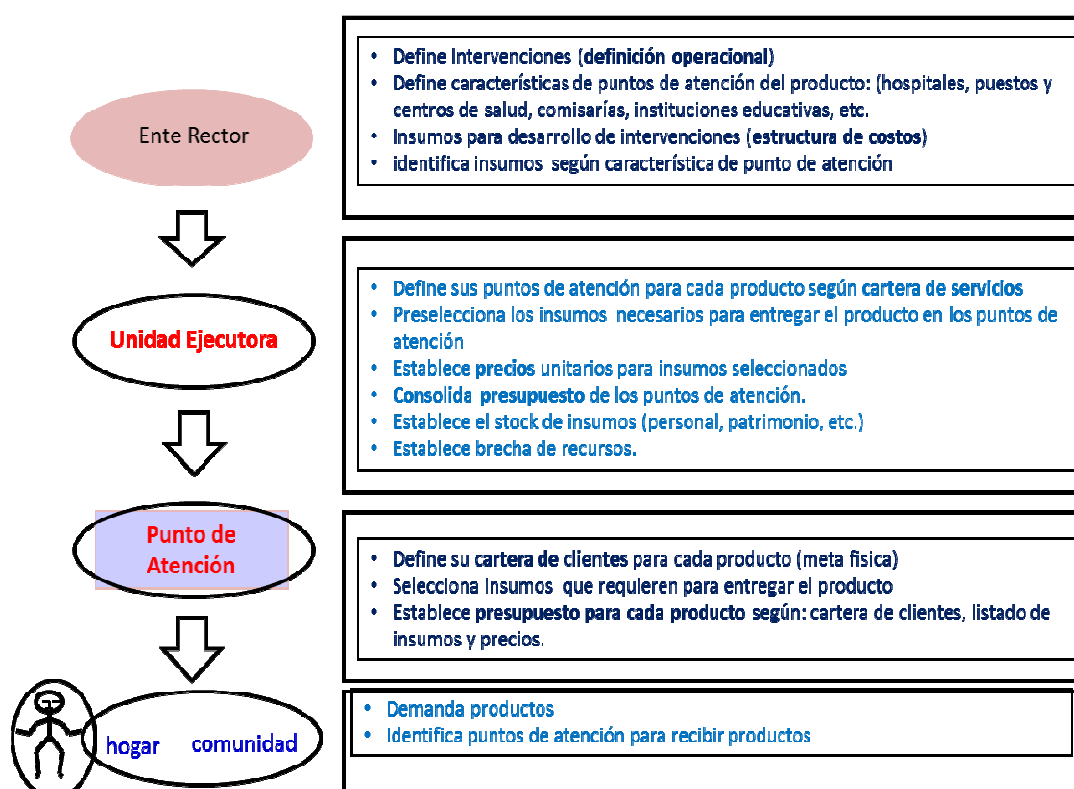


Fuente: OGPP – MINSA. García, Flor.

En este proceso formal, las funciones de los tres niveles de gobierno están bien definidos de acuerdo a la legislación vigente (Referencia a la Ley No. 27783- Ley de Descentralización, la

Ley No. 27867 -Ley Orgánica de de Gobiernos Regionales, y la Ley No. 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades). Así, el Ministerio de Salud, órgano rector, define las intervenciones, identifica los características de los puntos de atención y establece la estructura de costos. La unidad ejecutora, perteneciente al gobierno regional define los puntos de atención, establece los insumos necesarios para la entrega del producto, consolida el presupuesto de los puntos de atención y brinda los recursos necesarios. Por su parte, los puntos de atención (establecimientos de salud, por lo general) definen su cartera de clientes (metas físicas), selecciona los insumos para entregar el producto, define su presupuesto (Ver siguiente figura 28).

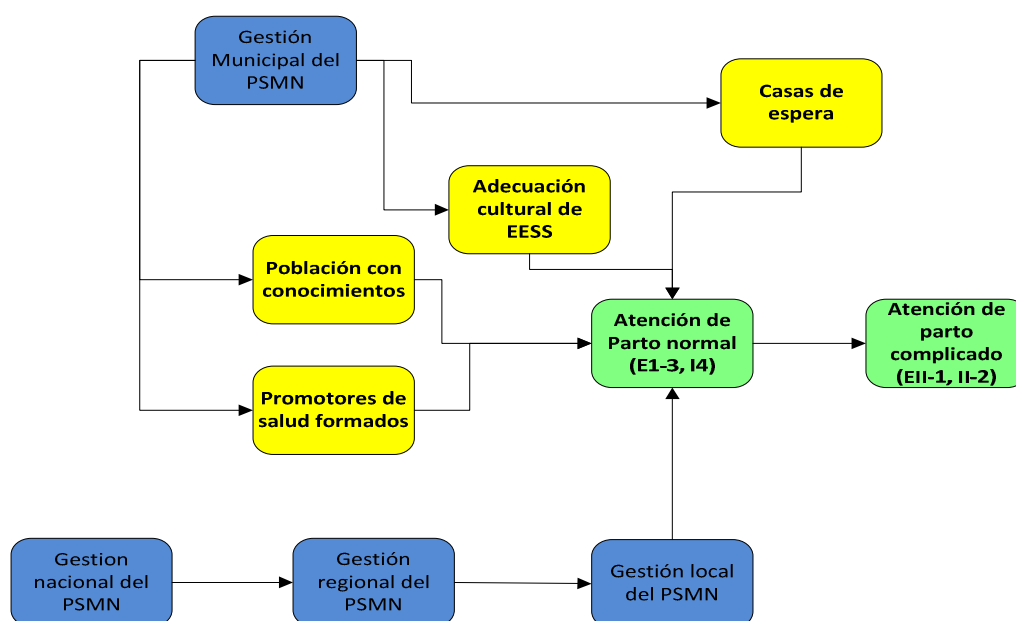
Figura 28 Roles de los tres niveles de gobierno en el PPSMN (tomado de Flor García OGPP-MINSA).



Fuente: OGPP – MINSA. García, Flor.

La definición de roles puede extenderse hasta el nivel del gobierno local, el cual también colabora con el PSMN en la habilitación de Casas de Espera, la sensibilización de la población con contenidos de buenas prácticas, la organización y capacitación de promotores de salud y la adecuación cultura de los establecimientos de salud (Ver siguiente Figura 29).

Figura 29 Proceso de programación presupuesto en los tres niveles de gobierno PPSMN



Fuente: MINSA

Sin embargo, la vinculación de los tres niveles de gobierno en términos de función productiva, no es igualmente clara, porque no hay una secuencia de procesos que garantice el aporte de valor de cada una. Más aún, se observan procesos redundantes (en la definición de las metas del PSMN, desde el registro de metas en el SIGA²⁶ que utiliza una herramienta administrativa-logística como base de programación a falta de una y el otro desde las metas sanitarias sin procesos vinculantes hacia abajo) y una interferencia en el rol rector del MINSA en el sector salud (el fondo conceptual de los procesos de programación, ejecución, seguimiento, se pierden porque se limitan a la aplicación de las herramientas SIGA y SIAF, con lo que se disminuye la participación de los responsables regionales y nacionales del sector).

El fortalecimiento institucional de ambas instancias es clave para garantizar una gestión por resultados, una mayor participación dentro del proceso presupuestario presionaría a una mejora de sus capacidades. Sobre esto último, se han realizado esfuerzos para que el MINSA y gobiernos regionales puedan intervenir en el proceso a través de la Demanda Adicional, sin embargo ésta es reducida y en condiciones donde las decisiones son sumamente limitadas²⁷.

²⁶ El módulo de presupuesto por resultados – SIGA-PPR, es el módulo principal en el proceso de formulación y programación, articulado con el uso de insumos y la cartera de clientes que recibirán los productos. En este módulo se realiza, el registro de los puntos de atención a usuarios, de los tipos de productos a ser entregados a cada punto de atención, de la meta física o cantidad de usuarios, personalización de insumos totales por cada punto de atención, obtención mediante reporte del cuadro total de necesidades requerido y el ajuste de insumos o meta física de acuerdo al presupuesto aprobado.

²⁷ La demanda adicional es el 10% del presupuesto total, en el año 2011.

2.2 Focalización/priorización y afiliación

Como se veía en el punto 2.2 *Focalización de la Parte I Información sobre la IPE*, el criterio de focalización en PPR para la asignación presupuestaria ha sido el criterio de pobreza y se ha sumado en el caso del Programa Presupuestal Salud Materna Neonatal el criterio de muerte materna.

Cuando se pasa de criterios amplios como los de pobreza y muerte materna hacia criterios más específicos para la identificación de las gestantes esperadas y nacimientos esperados que son sobre los que se programan las metas de partos en las Unidades Ejecutoras, los problemas para establecer el universo de intervención se convierten en una tarea compleja, en la medida que los datos empiezan a alejarse de la demanda atendida de los establecimientos de salud generando así desconfianza e iniciativas locales para estimar los datos o justificar sus niveles de demanda actuales. Otro criterio que se busca incorporar con el parto institucional rural es una mejor focalización de las intervenciones hacia esas zonas, pero dadas las dificultades existentes para contar con información confiable de la población gestante esperada y nacimientos esperados de todos los partos, más difícil resulta la tarea de determinar los dos sub-universos: rural y urbano.

Las limitaciones son concretas, a pesar de ello se realiza el ejercicio de programación de metas con estos atenuantes. Sin embargo, estas dificultades no culminan allí, se suman los problemas operativos que se suscitan en el registro de la información en el SIGA y posteriormente en el SIAF.

La consecuencia de todos estos inconvenientes generan una meta final que no es confiable y tampoco lo que se reporta como avance de metas en el SIGA y el SIAF.

Sería recomendable que el MINSA mejore los criterios de programación del producto parto, desarrollando una metodología de estimación de metas que contemple estrategias para las siguientes alternativas: cuando la data de población potencial y objetivo está por debajo del comportamiento histórico del indicador, cuando está muy por encima de este y cuando existe un buen nivel de correspondencia. Así mismo, establecer claramente cuál sería la población sujeta a programación, para evitar confusiones de interpretación en los diferentes usuarios de la información.

Sobre la posibilidad de generar información más próxima a la disminución de inequidades en el parto entre zonas rurales y urbanas, sería recomendable que se acoja la recomendación de OMS/OPS de hacer un compromiso por el parto atendido por personal calificado que debería ser la aspiración general y en especial en las zonas rurales.

2.2.1 Pertinencia de los criterios (Contenido 26-27)

¿La población potencial y objetivo, según corresponda, ha sido bien definida en función del problema / necesidad que dio origen a la Intervención Pública Evaluada? De no serlo, proponer y cuantificar la más adecuada.

Evaluar la pertinencia de los criterios de focalización a nivel de zonas de intervención y de selección individual de beneficiarios en términos de su diseño. ¿Los criterios son los

pertinentes?; ¿los mecanismos están bien diseñados para lograr la focalización deseada? De no serlo, proponer los más adecuados.

Adicionalmente a lo ya mencionado en el punto anterior, se tendría que hacer una revisión de los datos de población en las zonas de influencia de los centros de salud y establecer mecanismos para la aceptación de los ajustes a la población por el MINSA (OEI) y el respeto de estas en el proceso de programación y de encontrarse grandes diferencias coordinaciones con el INEI para una revisión más exhaustiva y la definición de las gestantes esperadas para la red pública.

Es necesario realizar una revisión del procesos de transferencia de información del SIGA al SIAF con el fin de contar con metas bien definidas para este producto.

Sería recomendable que el PPSMN también realice una revisión de las definiciones operacionales y nomenclaturas existentes para la atención del parto, con el fin de evitar confusiones que lleven a una subestimación o sobre estimación de las metas. Por ejemplo, en la definición de parto normal y parto complicado no quirúrgico.

La incorporación de parto procedente de zonas rurales es parte de una preocupación compartida por el MEF y el MINSA para estrechar la brecha en la atención del parto. Sin embargo hasta ahora la fuente de información disponible es ENDES, la cual tiene representatividad regional. Existen dificultades para contar con información local diferenciada por zonas rurales y zonas urbanas, que permitiría afinar las estimaciones para una atención más focalizada. Como se ha podido ver tanto en el punto anterior como en el punto 2.2 Focalización/priorización y afiliación las metas de parto no son consistentes y pretender que a partir de éstas se logre una separación de la meta en zonas rurales y urbanas no contribuiría en darle valor agregado al producto parto. En vez de ello, se podría desarrollar una metodología que permita establecer criterios de priorización y de asignación de recursos basándose en el concepto del cierre de brechas de oferta y demanda para zonas rurales, además de lo propuesto en el punto anterior de tomar como indicador trazador el parto atendido por personal calificado. Esta alternativa no debería de eximir el esfuerzo por lograr el desarrollo de un proceso de planeamiento (objetivos y metas sanitarias) previo y vinculante al proceso de programación presupuestario.

2.2.2 Afiliación de Beneficiarios (Contenido 28)

De ser el caso evaluar el funcionamiento y/o aplicación de los mecanismos de selección y afiliación de beneficiarios.

Uno de los problemas es la sub cobertura de afiliación. Las mujeres, especialmente en las poblaciones de selva, no tienen derecho a una identidad propia, sino que asumen la identidad del cónyuge. No existe información disponible sobre mujeres en zonas rurales con acceso a identidad que pueda sustentar esta afirmación, pero no por ello el problema deja de existir.

En los últimos años el esfuerzo por lograr la identidad de los peruanos en especial del recién nacido ha sido continuo y se han destinado recursos específicos para esa tarea. De manera general, se puede decir que el acceso de la población de 18 a más años a el DNI se incrementó de 90.1% en el año 2010 a 92.1% en el primer semestre del año 2011.

Sin embargo, aún los procedimientos para la obtención de DNI son una barrera para la población dispersa y rural que muchas veces no encuentran documentos probatorios de su identidad, los factores culturales y creencias también añaden más dificultades, como se mencionó en el párrafo anterior.

Otro esfuerzo que se ha realizado en los últimos años es la incorporación del padrón nominal de gestantes, pero este no se toma en cuenta para la programación, las definiciones operacionales no lo usan como referencia para programar gestantes esperadas. En los establecimientos de salud no siempre se encuentra actualizado el padrón nominal ya que existe un registro que reporta esta información llamado “libro de gestantes”, en el cual se lleva cuenta de la atención pre-nata de la gestante, con todas las actividades hasta el parto y puerperio y se utiliza también para justificar las visitas domiciliarias que realice el equipo de materno neonatal. Sin embargo, tanto el libro de gestantes como el padrón nominal del Programa Presupuestal no se utilizan en la programación.

En el caso del recién nacido, tanto los establecimientos de salud como el SIS han encontrado soluciones prácticas para que este hecho no afecte a las embarazadas, en especial de estas zonas con la generación automática de un código para los asegurados.

En el año 2010 en el marco del aseguramiento universal, el SIS puso en operación la afiliación automática del recién nacido. Este procedimiento ha sido mejorado y desarrollado en un aplicativo llamado “Sistema de Información de Nacimientos” que ahora se aplica en convenio con el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC), y permite que en los establecimientos de salud donde se atienden partos, el recién nacido se registre en la misma sala de partos, generando así el Certificado de Nacido Vivo.

2.2.3 Focalización (Contenido 29)

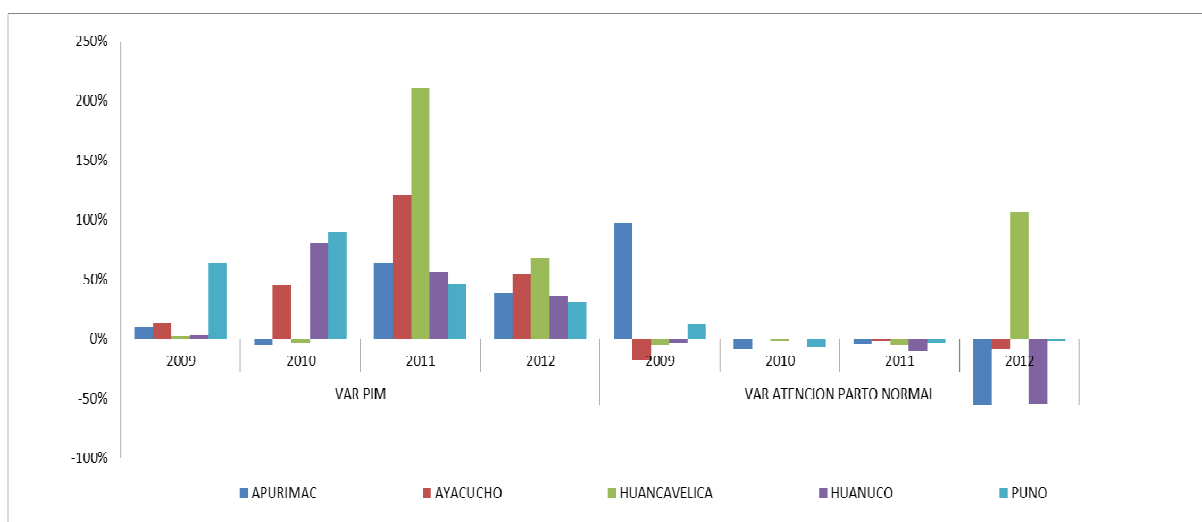
Evaluar los instrumentos y procedimientos utilizados para la focalización de la población con respecto a lo diseñado, identificando y cuantificando problemas de sub-cobertura o filtración. En el caso en que la población potencial y objetivo no coincidan, justificar contra qué tipo de población se están evaluando los errores de focalización. Evaluar, de ser posible, el grado de satisfacción de la población atendida.

La focalización presupuestaria en zonas pobres, se traduce en el incremento de asignación de recursos para la atención del parto normal, dentro del PPSMN. Las regiones más pobres: Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Puno vieron crecer sus presupuesto en el período 2008 – 2012 significativamente. Año a año sin embargo, en el caso de Apurímac y Huancavelica el año 2010, decrece la asignación presupuestaria con respecto al año precedente en 5% y 3% respectivamente para luego recuperarse y crecer en lo que queda del período. Las explicaciones a estas caídas en los presupuestos según entrevistas e indagaciones se debieron a problemas de programación en las regiones y una aplicación del gasto errada de parte de las regiones. .

Sin embargo, en términos de priorización sanitaria en correspondencia con el presupuesto asignado, a nivel de la atención de partos las mismas regiones no pudieron mantener el ritmo de crecimiento a pesar de los incrementos presupuestarios.. Con información proporcionada por el MINSA-ESNSSR en las regiones más pobres del país, se puede observar que fueron

decaendo año a año. Solo Huancavelica tiene un repunto excepcional en el año 2012. En la siguiente figura se puede ver que mientras que la focalización presupuestaria hacia esas zonas fue progresiva, aunque con incrementos erráticos que expresan la falta de una continuidad en la aplicación de los criterios de focalización; a nivel sanitario las atenciones de parto normal de esas zonas no manifiesta una focalización sanitaria clara.

Figura 30 Variación de PIM vs Variación Atención Parto Normal



Fuente: SIAF-MEF, ESNSR-MINSA.

En la siguiente Tabla 14 se puede observar que por ejemplo, en Apurímac la asignación presupuestal no mantuvo un ritmo de crecimiento homogéneo. En términos absolutos el crecimiento del presupuesto de parto para Apurímac estuvo en 2,791,408 nuevos soles en el año 2009 con altibajos entre el año 2010 y 2011 (3,082,199 y 2,912,967) para llegar a 4,753,522 nuevos soles en el 2012.

De manera contraria, al mayor presupuesto para Apurímac, la atención de parto durante el período 2008 y 2009 experimentó un descenso del 11%, entre el año 2009 y 2010 también tuvo un descenso de 5% y entre el año 2010 y 2011 el descenso fue de 7%. En la medida que Apurímac ha sido una región prioritaria para diferentes intervenciones desde el MINSA y el MEF no resulta fácil una explicación a este comportamiento. El problema con la información de metas y avance de metas que obtienen las regiones no permiten encontrar relaciones lógicas.

La falta de consistencia en la información proporcionada por las regiones es un problema, si se compara con cifras de atención de partos que registra ENDES para parto institucional para ese período. En el caso de ENDES la atención de parto es ascendente para el mismo período en esa Región (ENDES 2012, muestra un incremento de 83.3 en el año 2007 a 97.4 en el año 2012).

Tabla 14 Nivel de Ejecución del PIM, Variación anual de la asignación presupuestaria y variación anual de las atenciones de parto normal 2009-2012

	EjePIM				VARPIM				VAR ATENCIONES			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	VAR 2008 2009	VAR 2009 2010	VAR 2010 2011	VAR 2011 2012
APURIMAC	100%	91%	94%	96%	10%	-5%	63%	39%	98%	-8%	-4%	-56%
AYACUCHO	100%	110%	95%	78%	14%	45%	121%	55%	-18%	-1%	-2%	-8%
HUANCVELICA	99%	110%	92%	78%	2%	-3%	211%	68%	-6%	-2%	-5%	107%
HUANUCO	94%	88%	93%	67%	3%	80%	56%	36%	-3%	0%	-10%	-54%
PUNO	97%	97%	90%	85%	63%	90%	46%	32%	13%	-7%	-4%	-2%
AMAZONAS	92%	96%	78%	88%	11%	230%	52%	34%	-11%	9%	-23%	38%
CAJAMARCA	99%	101%	89%	89%	-36%	104%	50%	33%	0%	-3%	-8%	16%
CUSCO	97%	108%	91%	79%	-15%	82%	29%	23%	0%	-3%	-7%	-51%
LORETO	90%	94%	99%	85%	-18%	251%	4%	4%	12%	-11%	6%	-5%
PASCO	92%	96%	86%	67%	-24%	57%	74%	43%	-59%	-15%	-5%	174%
PIURA	98%	104%	90%	92%	38%	94%	27%	21%	-20%	-10%	-3%	25%
ANCASH	99%	108%	73%	90%	-6%	184%	76%	43%	-17%	-3%	-4%	-2%
JUNIN	99%	109%	96%	84%	-48%	274%	55%	35%	-6%	-7%	-7%	4%
LA LIBERTAD	98%	86%	78%	86%	124%	47%	38%	27%	-1%	2%	28%	-15%
LAMBAYEQUE	98%	100%	98%	74%	-1%	28%	57%	36%	-5%	-3%	-5%	-3%
SAN MARTIN	99%	108%	88%	90%	-45%	62%	66%	40%	10%	-3%	-2%	-1%
AREQUIPA	98%	103%	92%	87%	-2%	23%	-10%	-11%	-13%	8%	-10%	1%
TUMBES	100%	110%	100%	97%	3%	1723%	-9%	-10%	-6%	-11%	-2%	17%
UCAYALI	98%	112%	99%	92%	-30%	165%	36%	27%	-9%	-16%	12%	0%
CALLAO	84%	99%	93%	95%	15%	-4%	36%	27%	-76%	-9%	3%	60%
ICA	94%	93%	91%	89%	-9%	46%	284%	74%	-4%	-6%	-5%	59%
LIMA	92%	101%	87%	90%	26%	16%	-81%	-428%	-1%	-10%	-1%	-7%
MADRE DE DIOS	100%	109%	97%	62%	-42%	180%	55%	35%	143%	10%	-20%	-51%
MOQUEGUA	95%	107%	95%	81%	-25%	465%	111%	53%	84%	1%	14%	-64%
TACNA	100%	107%	100%	97%	16%	18%	6%	5%	36%	-11%	-4%	7%

Fuente: SIAF- MEF, ESNSSR –MINSA.

En todo caso, la focalización en zonas pobres ha sido presupuestariamente priorizada, pero es difícil de determinar por los problemas de información de atención de partos desde el MINSA, cómo esta focalización presupuestaria ha contribuido de manera directa a incrementar la cobertura de parto normal.

En cuanto a la focalización en base al criterio de muerte materna, muestra que no existe correspondencia entre un mayor presupuesto y la reducción de muerte materna. Nuevamente, para regiones como Apurímac la muerte materna se incrementó en el año 2012 a 13, más que duplicando la cifra del año anterior. Otras regiones como Ayacucho no han visto cambios en el número de muertes maternas. En cambio, Huancavelica ha logrado reducir el número de muertes maternas con fuertes incrementos en su presupuesto entre los años 2011 y 2012. Sin embargo, de manera general el número de muertes maternas descendió de 481 registradas en el año 2009 a 440 en el año 2012.

Tabla 15 Variación anual de la asignación presupuestaria y n2009-2012

	VARPIM				Muerte materna			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
01 AMAZONAS	11%	230%	52%	34%	20	14	12	14
02 ANCASH	-6%	184%	76%	43%	21	19	15	22
03 APURIMAC	10%	-5%	63%	39%	6	4	6	13
04 AREQUIPA	-2%	23%	-10%	-11%	13	9	10	16
05 AYACUCHO	14%	45%	121%	55%	8	13	14	14
06 CAJAMARCA	-36%	104%	50%	33%	55	47	35	43
07 CALLAO	15%	-4%	36%	27%	8	5	6	8
08 CUSCO	-15%	82%	29%	23%	17	21	26	21
09 HUANCABELICA	2%	-3%	211%	68%	13	23	9	8
10 HUANUCO	3%	80%	56%	36%	18	20	19	10
11 ICA	-9%	46%	284%	74%	1	6	7	7
12 JUNIN	-48%	274%	55%	35%	22	23	17	11
13 LA LIBERTAD	124%	47%	38%	27%	33	38	44	32
14 LAMBAYEQUE	-1%	28%	57%	36%	20	14	15	15
15 LIMA	26%	16%	-81%	-428%	61	51	58	70
16 LORETO	-18%	251%	4%	4%	29	32	36	30
17 MADRE DE DIOS	-42%	180%	55%	35%	4	2	4	1
18 MOQUEGUA	-25%	465%	111%	53%	1	2	0	2
19 PASCO	-24%	57%	74%	43%	7	11	4	7
20 PIURA	38%	94%	27%	21%	39	28	33	35
21 PUNO	63%	90%	46%	32%	37	40	42	30
22 SAN MARTIN	-45%	62%	66%	40%	32	17	13	14
23 TACNA	16%	18%	6%	5%	2	1	3	4
24 TUMBES	3%	1723%	-9%	-10%	2	4	2	3
25 UCAYALI	-30%	165%	36%	27%	12	13	15	10
Total					481	457	445	440

Fuente; SIAF-MEF. RENACE-DGE-MINSA

2.3 Productos provistos a la población

2.3.1 Evaluación del proceso de obtención y entrega de los productos (Contenido 30)

Evaluar la pertinencia y suficiencia de las actividades desarrolladas para producir el bien o servicio entregado por la Intervención Pública Evaluada. Proponer las actividades y/o procesos necesarios que deberían ser considerados y/o descartados para la obtención y entrega de los productos.

El modelo lógico incluye una sola actividad para el producto parto normal: "Atención de parto normal".

El proceso de atención del parto normal se realiza en base a tres procesos: el trabajo de parto, el expulsivo y el alumbramiento. El parto cuenta con un protocolo de atención para cada una de sus etapas y se apoya en herramientas como el partograma. Dentro del PPSMN el modelo lógico causal plantea el incremento de la disponibilidad de la atención del parto y del recién nacido por personal calificado y el incremento de la disponibilidad de servicios básicos, esenciales e intensivos.

Se sugiere mantener no más de 4 indicadores trazadores que logren una medición correcta (parto normal, complicaciones, cesáreas y capacidad de respuesta de la oferta). La apertura hacia indicadores de parto rural y otros más debería ser pensada hacia adelante, cuando se cuente con información para generar datos confiables sobre éstos nuevos. La ENDES y la ENESA, por ahora son la fuente más fiable de información para los actuales indicadores. Y se debería hacer un esfuerzo por mejorar desde el sector la información que se genera desde los

establecimientos con el fin de que los indicadores y las metas dejen de ser un ejercicio técnico poco fructífero.

En ese sentido, inicialmente se pensó en base a las visitas realizadas a regiones que se podría abrir el producto en dos actividades, principales que difieren en razón a costos: **parto vertical y parto horizontal**, como una opción dentro de la atención del servicio basado en evidencia científica que demuestra las ventajas de este tipo de parto.

Durante las visitas de campo se evidenció que Hospitales como el de Pisco e Ica cuentan con camillas para la atención vertical pero no la utilizan para tal fin por considerar que no cuentan con una norma que los respalde. La norma de atención de parto vertical actual enfatiza el enfoque intercultural y los proveedores de servicios no la relacionan como parte de un derecho a toda mujer, por lo menos en esa Región. El MINSA tendrá que adecuar la norma respectiva para que no exista este tipo de confusiones, y la práctica se extienda al procedimiento regular de la atención del parto, además de mantener la alternativa del parto con enfoque intercultural para aquellas mujeres que lo demanden.

Pero, dadas las limitaciones encontradas con la disponibilidad y calidad de la información no es recomendable pensar en incorporar nuevas actividades para este producto.

2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación

De acuerdo con la Ley No. 29812 – Ley del Presupuesto del sector público para el año fiscal 2012, el seguimiento se realiza sobre los avances en la ejecución presupuestal y el cumplimiento de metas en su dimensión física. Dicho seguimiento está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuesto Público, para lo cual los responsables de cada sector responsable del Programa Presupuestario entregan información cierta, suficiente y adecuada que incluya las medidas adoptadas, las acciones desarrolladas para la mejora de la ejecución y los ajustes incorporados en los diseños de los programas presupuestales.

Como se analizó en la primera parte de este documento, las funciones y actividades de seguimiento del PSMN, tienen el mismo patrón que las funciones descentralizadas. Es decir, están descritas en términos generales, pero no lo están en términos específicos. De esta manera, el MINSA y las regiones todavía tienen áreas grises por determinar; por esta situación, la función de monitoreo carece de efectividad y continuidad, en especial porque la información de metas físicas que realizan los establecimientos de salud con sus Unidades Ejecutoras no cumple con las características que la Ley describe (ver párrafo anterior).

Por otro lado, son débiles las competencias del gobierno regional para hacer el monitoreo de sus propias unidades funcionales y el MINSA no tiene desarrollada las competencias y la capacidad para hacer la supervisión global en todo el país para verificar la calidad de la información de la atención del parto y el avance en el cumplimiento de la meta de parto en los niveles regionales.

La función de seguimiento del MINSA para el PPSMN por lo tanto se basa en el seguimiento de coberturas de atención de parto que provee INEI a través de ENDES. La definición internacional de cobertura de parto según la Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009 de la

OMS define cobertura como: “Es un indicador de acceso que se obtiene dividiendo el número de personas a las que llega el servicio entre la población total que debe recibir el servicio”.

Las precisiones que busca la DGPP - MEF para la meta de atención de parto en el PPSMN (para diferenciar la atención que brinda el MINSA de otras redes de servicios del sector) están contempladas en las definiciones operacionales del MINSA pero persisten las confusiones tanto para la estimación como para la interpretación, además de las limitaciones con los datos disponibles.

En ese sentido, si la meta está referida a un universo acotado, la evaluación del resultado de esa meta también debería estarlo, sin embargo por las razones ya expuestas se viene usando para medir avance “la cobertura de parto institucional”.

El ordenamiento de los procesos y competencias para la recuperación de rectoría es una tarea impostergable con el fin de orientar todos los esfuerzos en una misma dirección.

En ese sentido, empezar por conciliar el seguimiento presupuestario en el PPSMN con el seguimiento sanitario (vinculado con el rol de rectoría sectorial) sería una forma práctica de enrumbar los esfuerzos en una dirección. El énfasis por encontrar una meta MINSA (de la red pública) de parto versus la meta de parto regional profundiza en un tema que es muy débil y que no agrega valor en la gestión sanitaria, por lo menos ahora que la gestión regional y nacional vinculada con la conducción, y las funciones esenciales de salud pública no están desarrolladas.

2.4.1 Pertinencia de los indicadores (Contenido 31)

¿El sistema de seguimiento genera información pertinente, de calidad, periódica y oportuna?

El indicador seleccionado en el PPSMN para el parto es adecuado y está ampliamente sustentada con evidencia internacional y nacional²⁸. La definición operacional del producto parto y sus complicaciones podría mejorarse para evitar la confusión que produce en las regiones la atención del parto complicado versus la atención de la complicación por sí sola y también mejorar la precisión en el cálculo de las metas. De igual modo, sería recomendable que evalúen opciones para la mejora del registro de la información relacionada.

La ESNSRR que es la unidad técnica que hace el seguimiento a nivel nacional de la atención del parto deberá decidir si continúa apostando por los registros paralelos o podría optar por aunarse a un registro ya existente y complementarlo, así como hizo la Estrategia de ITS VIH/SIDA que encontró una mejor alternativa con el HIS y el aplicativo del SIS para contar con información oportuna y confiable. De esta manera, se sumó también al propósito de contar con

²⁸ De la Cueva Barrao, P. Recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones para la atención al embarazo, parto y nacimiento. Visto en abril 2013. En:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendaciones.pdf>

También ver AIEPI – Intervenciones basadas en evidencia. OPS.

indicadores más robustos para el Programa Presupuestario, e igual vía podría buscar la ESNSSR de encontrar un punto de encuentro.

En este caso la Estrategia podría buscar una forma de obtener información de una fuente común – egresos hospitalarios – y el SIS, por ejemplo, y así contribuir al fortalecimiento de los sistemas de información ya existentes. Adicionalmente, podría hacer compatible sus requerimientos de información con el SIS para así obtener información específica para el diseño de intervenciones puntuales orientadas a mejorar la calidad, en especial en zonas con coberturas altas y que muestran un estancamiento.

Los indicadores de parto procedente de la zona rural en los resultados intermedios deberían contribuir a fijar la atención en las coberturas aún bajas en estas zonas con el propósito de establecer estrategias específicas y que dinamicen el flujo de recursos hacia esas zonas, sin embargo, está pendiente precisar las definiciones que encierran estos indicadores y sus fórmulas y que se aprueben a nivel del sector. Mientras tanto la fuente de información seguirá siendo ENDES, la cual como se veía en el punto anterior llega solo hasta el nivel regional, hacia abajo la información institucional debería ser la que capte las desigualdades y brechas a cerrar.

2.4.2 Disponibilidad y uso de un sistema de seguimiento (Contenido 32)

¿La información generada por el sistema de seguimiento está disponible de manera oportuna para retroalimentar la toma de decisiones?

La disponibilidad de herramientas de planificación, ejecución y seguimiento de las funciones obstétricas neonatales en los establecimientos, de acuerdo a los resultados de la ENESA 2009-2012 muestran que los Planes Operativos Institucionales -POI en los FONB son herramientas débiles, donde solo el 51.2% de los establecimientos cuenta con este en el 2011 y en el año 2012 solo 37.9%, es decir que los planes han perdido importancia, por la poca valor que tienen los objetivos y metas en todo el proceso hacia su cumplimiento.

Sin embargo, en su mayoría (alrededor del 85%) de los establecimientos si cuentan con normas técnicas para planificación familiar, la atención del parto vertical con adecuaciones interculturales, guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva y normas de prevención de transmisión vertical VIH. Dentro de las guías de salud sexual y reproductiva se encuentran las pautas técnicas de parto y el uso de herramientas para el seguimiento de la gestante, como es el caso del plan de partos. Lo que establece una realidad, que no existe un desconocimiento de las normas relacionadas sino un problema de aplicación de las mismas en el seguimiento.

Los FONE al año 2012, 63.6% cuenta con un Plan Operativo Institucional y alrededor del 88% de los establecimientos tiene las normas técnicas relacionadas. En el caso de los FONI la disponibilidad de POI es del 100% en el período 2009- 2012.

Siendo la herramienta básica el POI para las acciones de programación del presupuesto y del seguimiento posterior debería hacerse una revisión de la importancia de la planificación, encontrar los espacios oportunos (los tiempos adecuados) para vincular prioridades nacionales,

prioridades regionales, planes de desarrollo regional, planes de desarrollo local y planes operativos y éstos a su vez con la programación del presupuesto.

El valor del POI se ha ido perdiendo como se observa en los resultados de la ENESA porque se realiza a destiempo. En la siguiente tabla se muestra el detalle de la disponibilidad de estas herramientas en los establecimientos.

Tabla 16 Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales que cuentan con planes operativos y documentos técnicos para la atención del parto. 2009- 2012

Departamento		Total	Plan Operativo Institucional (POI)		Norma Técnica de Planificación Familiar		Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural		Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) 2004 ó 2005		Normas de Prevención de Transmisión Vertical VIH	
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
FONB	Año 2009	282	59.6	40.4	86.5	13.5	86.2	13.8	77.7	22.3	84.4	15.6
	Año 2010	281	52.7	47.3	90.4	9.6	85.8	14.2	86.1	13.9	91.5	8.5
	Año 2011	369	51.2	48.8	88.1	11.9	82.1	17.9	82.1	17.9	81.6	18.4
	Año 2012	354	37.9	62.1	91.0	9.0	85.3	14.7	84.2	15.8	83.9	16.1
FONE	Año 2009	55	80.0	20.0	92.7	7.3	89.1	10.9	80.0	20.0	92.7	7.3
	Año 2010	55	63.6	36.4	98.2	1.8	89.1	9.1	92.7	7.3	92.7	7.3
	Año 2011	63	60.3	39.7	93.7	6.3	90.9	12.7	93.7	6.3	92.1	7.9
	Año 2012	77	63.6	36.4	97.4	2.6	87.3	10.4	89.6	10.4	89.6	10.4
FONI	Año 2009	6	100.0	0.0	100.0	0.0	83.3	16.7	83.3	16.7	83.3	16.7
	Año 2010	6	100.0	0.0	83.3	16.7	83.3	16.7	83.3	16.7	100.0	0.0
	Año 2011	5	100.0	0.0	100.0	20.0	83.3	20.0	100.0	20.0	100.0	20.0
	Año 2012	6	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0

Fuente: INEI - ENESA 2009 – 2011, 2013

Por otro lado, existe en los establecimientos de salud una fuerte sobrecarga administrativa para el registro de información de los programas estratégicos y presupuestarios y de las mismas funciones obstétricas-neonatales. La vigencia de los diferentes registros dentro de los establecimientos genera una competencia por datos, por ello se puede encontrar en los establecimientos información con diferente grado de actualización, y generalmente la más actual coincide con plazos cercanos o de reciente cumplimiento.

Como se observa en la siguiente tabla alrededor del 75% de los establecimientos FONB mantienen tanto el sistema de información del HIS como del SIS actualizados, en cambio los sistemas FON y SIP se mantienen actualizados en niveles inferiores (alrededor del 40%). En el caso del SIS el sistema se mantiene actualizado porque tiene un efecto vinculante con el reconocimiento de las prestaciones realizadas por los establecimientos y el HIS es el sistema oficial impulsado por el MINSA.

Tabla 17 Establecimientos de Salud con FON por disponibilidad de aplicativos informáticos, 2009 - 2012

		Total	Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)				Health Information System (HIS)				Seguro Integral de Salud (SIS)				Sistema de Información Perinatal (SIP) 2000			
			Instalado		Actualizado		Instalado		Actualizado		Instalado		Actualizado		Instalado		Actualizado	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
FONB	Año 2009	282	55.0	45.0	39.0	16.0	75.2	24.8	66.7	8.5	64.2	35.8	58.5	5.7	50.4	49.6	15.6	34.8
	Año 2010	281	48.0	52.0	39.5	8.5	76.9	23.1	70.5	6.4	65.8	34.2	59.1	6.8	52.0	48.0	29.9	22.1
	Año 2011	369	57.2	42.8	46.1	11.1	82.9	17.1	75.1	7.9	79.1	20.9	73.2	6.0	56.1	43.9	38.5	17.6
	Año 2012	354	59.0	41.0	39.8	19.2	88.1	11.9	75.4	12.7	81.6	18.4	74.0	7.6	61.3	38.7	38.7	22.6
FONE	Año 2009	55	56.4	43.6	49.1	7.3	94.5	5.5	78.2	16.4	90.9	9.1	85.5	5.5	76.4	23.6	34.5	41.8
	Año 2010	55	69.1	30.9	52.7	16.4	96.4	3.6	83.6	12.7	90.9	9.1	76.4	14.5	70.9	29.1	43.6	27.3
	Año 2011	63	73.0	27.0	61.9	11.1	100.0		84.1	15.9	98.4	1.6	87.3	11.1	77.8	22.2	47.6	30.2
	Año 2012	77	64.9	35.1	50.6	14.3	97.4	2.6	83.1	14.3	100.0	0.0	88.3	11.7	85.7	14.3	63.6	22.1
FONI	Año 2009	6	66.7	33.3	66.7	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	83.3	16.7	83.3	16.7	66.7	16.7
	Año 2010	6	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	83.3	16.7	100.0	0.0	100.0	0.0
	Año 2011	5	80.0	20.0	60.0	20.0	100.0	0.0	80.0	20.0	100.0	0.0	80.0	20.0	100.0	0.0	80.0	20.0
	Año 2012	6	83.3	16.7	66.7	16.7	83.3	16.7	83.3	0.0	100.0	0.0	66.7	33.3	100.0	0.0	83.3	16.7

Fuente: INEI – ENESA 2009-2011, 2013

Lamentablemente, los sistemas en operación cuentan con severos déficit de control de calidad por lo que la información siempre es cuestionada por los usuarios. Las críticas de los usuarios de un sistema hacia otros no han permitido avanzar en el desarrollo de un sistema de información confiable y de calidad.

El registro y flujo de información del HIS ha sido estudiado por Reyes y Alarcón (2009)²⁹ para la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH Sida del MINSA, y encontraron al igual que en la ESNSSR el 93.8% de los establecimientos utilizaba formatos o cuadernos propios (creados por el profesional), el 62.6% utilizaba otro tipo de registros (proporcionados por la DIRESA o por el mismo establecimiento), y el 43.8% utilizaba el cuaderno oficial de la ESNSSR para el registro de la atención de la gestante con VIH. En los establecimientos con sala de partos, el 80% utilizaba el libro de sala de partos y formatos proporcionados por el establecimiento, y el 50% utilizaba formatos o cuadernos propios diseñados por el profesional. Estos formatos fueron analizados en función del tipo de establecimiento de atención, se observó que los formatos o cuadernos propios fueron los utilizados con mayor frecuencia tanto en hospitales (87.5%) como en centros de salud (100%).

Adicionalmente, el estudio identificó que en los establecimientos no existía un criterio uniforme para el registro de la información, y para la mayoría de regiones salvo excepciones, el flujo de la información pasa a diversas instancias para la comunicación de los datos, así se encontró que para algunos son los establecimientos de salud, luego la microrred de salud, la red de salud, la DISA/DIRESA y finalmente el nivel central del MINSA en sus dos oficinas: OGEI y la Estrategia Sanitaria Nacional responsable. Otras vías paralelas son el Seguro Integral de

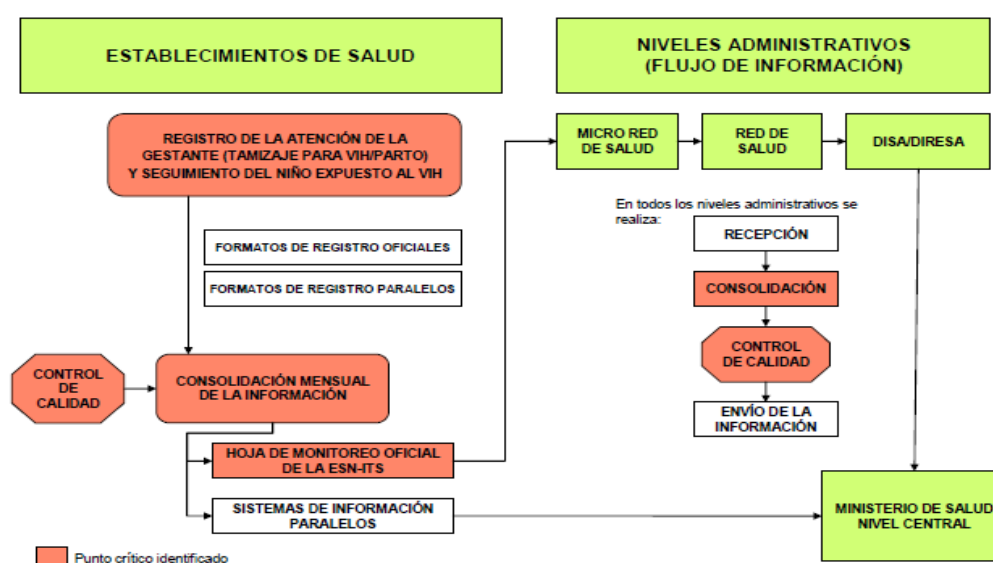
²⁹ Reyes, M. Alarcón, J. Registro y flujo de información de la atención de la gestante en establecimientos de salud del Perú, en el marco de la prevención de la transmisión vertical del VIH. En Revista Epidemiología. Vol. 13 No. 1. Abril 2009-

Salud, la Dirección General de Epidemiología, el sistema de información de laboratorios (PHLIS), entre otros.

Los puntos críticos más importantes, de acuerdo a la siguiente figura son:

- el déficit de procedimientos estandarizados para el registro de datos necesarios para la construcción de indicadores que permiten evaluar la eficacia de la estrategia
- deficiencias en la consolidación y en el control de calidad de la información, así como la existencia de vías paralelas o redundantes para el flujo de la información, lo que contribuye a la obtención de información de validez, integridad y oportunidad disminuida.

Figura 31 Puntos críticos identificados en el proceso de registro y comunicación de los datos generados durante la atención de la gestante y el niño expuesto a VIH en el establecimiento de salud del MINSA



Fuente: Reyes, M. Alarcón. En revista Epidemiología Vol. 13 No.01. Abril 2009.

Los puntos críticos identificados en la atención de la gestante y del niño expuesto al VIH son compartidos en cierta magnitud con otras estrategias sanitarias en el país, más aún si se busca la sostenibilidad a largo plazo de las mismas, ya que tienen como objetivo prevenir y controlar los problemas de salud pública en el país. Por ello, el estudio recomienda desarrollar un plan de fortalecimiento del sistema de información en salud del MINSA, y en especial de la gestante. La Estrategia Sanitaria Nacional de ITS VIH/SIDA en el año 2012 publicó un Manual de Registro y Codificación de la atención de la consulta externa, para uso en el HIS. La ESNSSR debería evaluar las posibilidades de ubicar un sistema o registro ya existente que cumpla con sus necesidades de información y buscar, y proponer las ampliaciones y ajustes que sean necesarios (para complicaciones obstétricas hemorragia, labor prolongada/obstruida, sepsis posparto, complicaciones de aborto, preeclampsia/eclampsia, embarazo extrauterino, ruptura del útero) ya que con el registro paralelo no han conseguido los criterios de calidad que exige la información y el esfuerzo no obtiene recompensa. Esta necesidad va más allá de las necesidades del Programa Presupuestal que es el tema de esta evaluación, sino como seguimiento sanitario a indicadores claves.

III. PRESUPUESTO Y RESULTADOS

PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA

3.1 Criterios de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago (Contenido 11-12)

Describir los criterios de asignación/distribución de recursos, según corresponda: (a) entre regiones; (b) entre productos; (c) al interior de los productos

Describir los mecanismos de transferencia de recursos a beneficiarios intermedios o finales o ejecutores finales si es que las funciones se delegan, según corresponda. De haber una recuperación de los gastos (total o parcial) o algún aporte de terceros, presentar estos mecanismos.


Los criterios de asignación para los programas si bien están orientados a resultados, se desarrollan a partir de los insumos, productos que se requieren para que los resultados se logren. El enfoque de presupuesto por resultados sin bien ha marcado un cambio sustancial con la forma de asignación tradicional, requiere todavía del desarrollo de vínculos reales entre la planificación y la programación de insumos, productos. Así mismo, la sustentación en la etapa de elaboración del presupuesto debe irse orientando hacia la estimación de costos económicos, ya que por ahora se basa en costos contables.

La diferencia entre costo económico y costo contable radica en que el costo económico valora todos los factores que intervienen en la producción de servicios, estén representados en el presupuesto o no, con lo que prevé lo que necesitará para producir el servicio y sirve para tomar decisiones. En cambio el costo contable, es la expresión de los desembolsos presupuestarios asociados con los servicios, es decir está asociado con los gastos del pasado.

El costo contable, por lo tanto genera una asignación casi lineal entre lo que se gastó y se proyecta gastar, en cambio con el costo económico se pueden diferenciar las características de una zona rural y una zona urbana y sus necesidades futuras. De esta manera, se podría lograr asignaciones presupuestarias con sustento más sólido para cada zona y orientarse al cierre de brechas. De igual modo, los criterios de asignación deberían incorporar de manera progresiva incentivos.

El PPR ha permitido a un nivel más general, economías de escala para insumos y medicamentos para la atención del parto, como otros productos con la compra centralizada y regional. Ha permitido también identificar y explicitar la prioridad sobre productos claves como el parto y ha promovido la mejora de ciertas partidas (recursos humanos) para la atención.

Figura 32 Productos vs Servicios por entregar



Productos/ servicios entregar	MINSA	SIS	GOBIERNO REGIONAL	TOTAL
Parto normal	x	x	x	x
Parto complicado no quirúrgico	x	x	x	x
Parto complicado quirúrgico	x	x	x	x

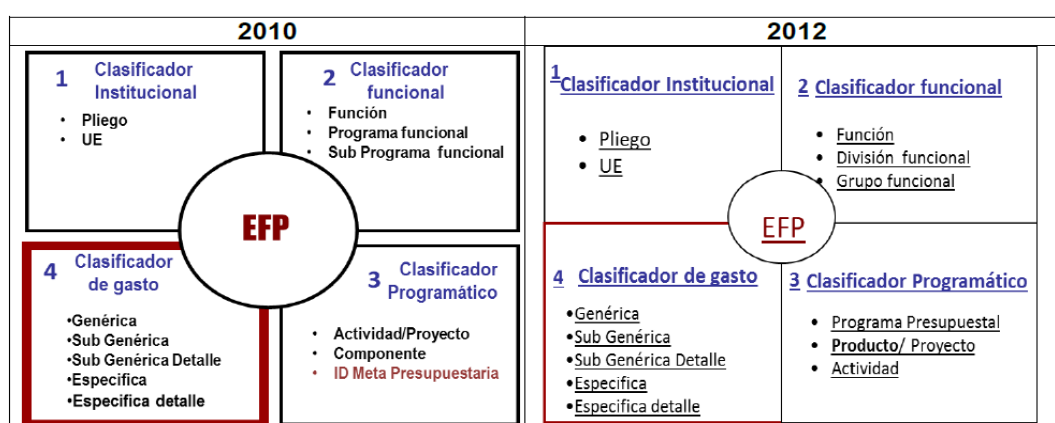
Fuente: Elaboración propia

El flujo que sigue la asignación presupuestaria va desde el MEF hacia los diferentes pliegos, en este caso MINSA, SIS, Regiones-Unidades Ejecutoras a través de recursos ordinarios, dentro de la cadena funcional. De acuerdo a como se describe en la siguiente figura 33 que corresponde al período en estudio de esta EDEP.

Sin embargo, para el año 2012 se han realizado algunos cambios, antes era, actividad/componente/Finalidad y ahora es programa presupuestal/Producto o proyecto/Actividad.

Figura 33 Cadena Funcional

Figura N° 9 Estructura Funcional Programática 2010-2012



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Dirección General de Presupuesto Público. "Informe de cumplimiento de criterios de elegibilidad del convenio de financiación. Junio 2013

3.2 Proceso de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago (Contenido 13) :

Cuando corresponda, presentar un flujograma con las actividades involucradas, incluyendo la calendarización de las mismas y la unidad orgánica de la Intervención Pública Evaluada responsable de éstas. Especificar las responsabilidades directas y aquellas delegadas a terceros, sean éstos privados (personas o empresas) o públicos.

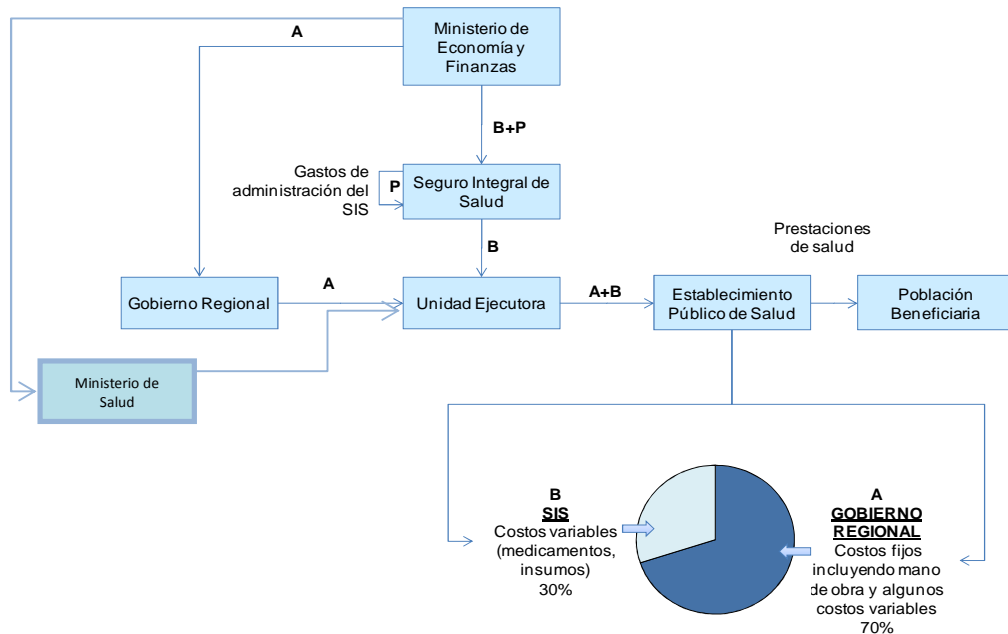
El proceso de asignación de recursos a las regiones sigue los procedimientos establecidos en el Sistema Nacional de Presupuesto Público, de programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación.

El financiamiento para la atención de parto se dirige al pliego MINSA, SIS, Regiones –Unidades Ejecutoras. Para la atención del parto, las Unidades Ejecutoras utilizan los recursos en las partidas genéricas y sub-genéricas establecidas, para el pago de personal, compra de bienes y servicios, entre otros.

En el caso del SIS las transferencias se reciben desde el MEF y se dirigen hacia las Unidades Ejecutoras a través de la partida “Donaciones y Transferencias” y “paga” o reconoce por las atenciones de parto aceptadas que cumplen con la norma técnica del MINSA. Los pagos a las Unidades Ejecutoras son un flujo constante, pero van con un retraso de dos meses normalmente, sin embargo recientemente se viene experimentando el pago anticipado en algunas regiones.. El monto a reconocer se basa en la tarifa establecida para cada parto dispuesta por el MINSA (R.M. 226-2011-SA, 23 marzo 2011).

La tarifa expresa una fracción del costo total de la atención de parto (una aproximación al costo variable equivalente al 30% del costo total), la otra fracción va vía el presupuesto de las Regiones para cubrir los recursos que se requieren para la atención de salud (costos fijos y algunos costos variables suman el 70% restante). Bajo este mecanismo se estima que el financiamiento por todas las vías debe garantiza el financiamiento de la atención.

Figura 34 Secuencia Transferencia de Recursos



Fuente: Adaptado de: BID. Análisis de la reforma del SIS. Propuesta para la formulación del presupuesto del SIS. Bitrán & Asociados. 2010.

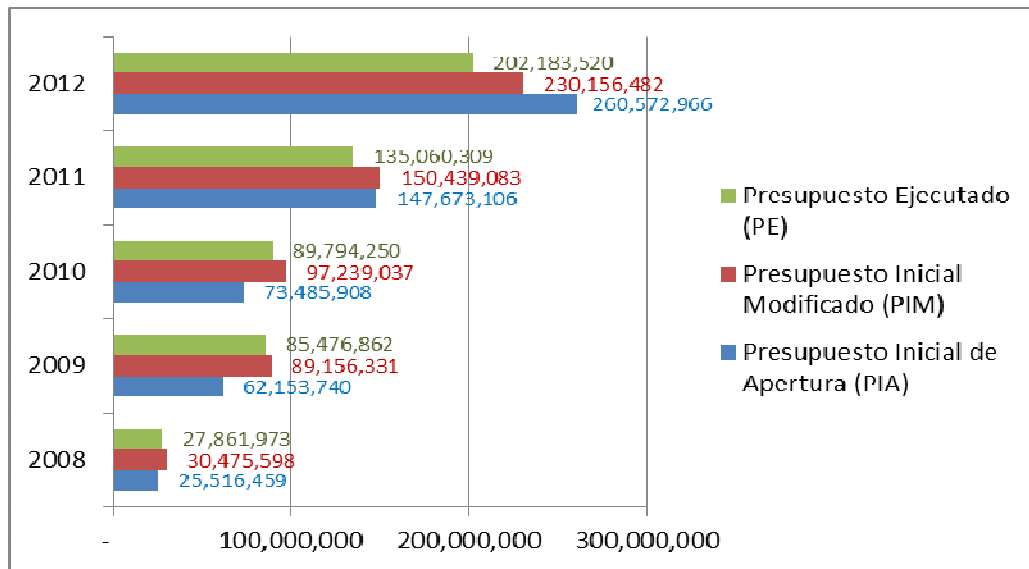
3.3 PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado (Contenido 14)

Presentar el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA), el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y el Presupuesto Ejecutado (PE) para los años 2008 a 2011, y el presupuesto estimado para el año 2012.

El período de análisis que corresponde del 2008 al 2012 muestra que el presupuesto de apertura para la atención de parto normal se incrementó de manera sostenida entre los años 2008 y 2011 y continúa hacia el año 2012.

En todos los años los niveles de ejecución (Presupuesto Ejecutado/Presupuesto Institucional Modificado) son superiores al 90%, salvo en el año 2011 donde solo alcanza un 89% de ejecución.

Figura 35 -Parto Normal, PIA, PIM PE, 2008-2012

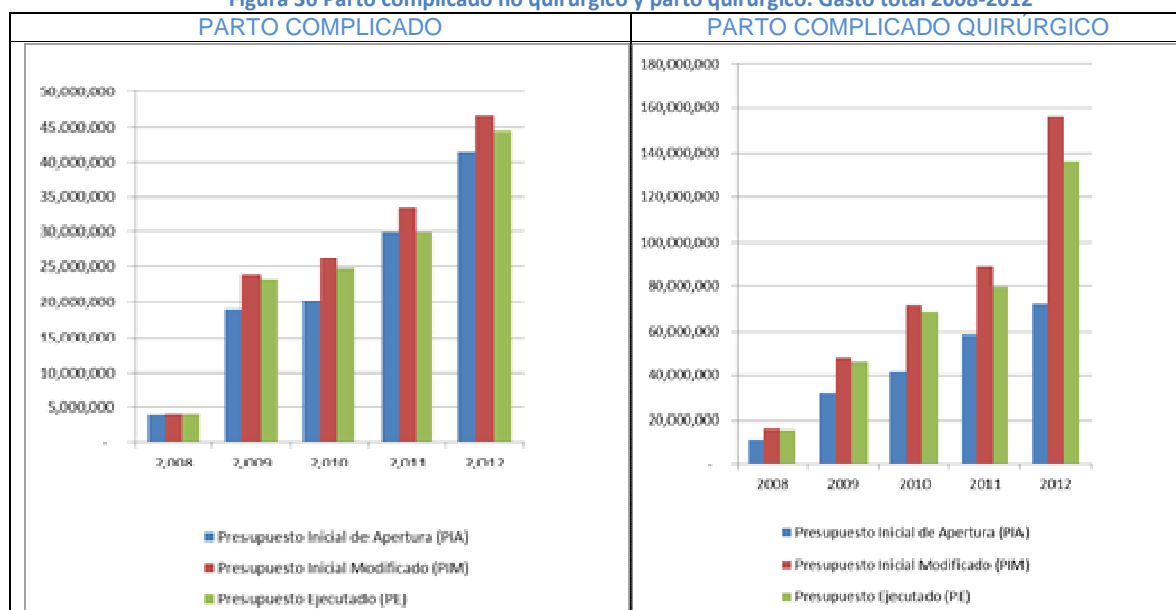


Fuente: SIAF, 2013

De igual manera, como se puede apreciar en la siguiente figura 36 ambos, los presupuestos del parto complicado como el parto quirúrgico se incrementaron sostenidamente, con similar comportamiento al presupuesto del parto normal durante el período de estudio. Sin embargo, a diferencia del parto normal el indicador de parto complicado es un indicador negativo, es decir que advierte de problemas en la atención de la gestante, y debería ir reduciéndose a medida que se cuenta con una atención de calidad por personal calificado. De esta manera, si el parto complicado se incrementa éste refleja las fallas en la calidad de la atención. Este y el parto quirúrgico son dos buenos indicadores de medición de la calidad de la atención.

Ello implica que se demandarán mayores recursos para este tipo de atención en varios períodos, en especial a medida que se incorpora personal calificado para realizar este tipo de atenciones. Para determinar el límite de su crecimiento es recomendable que se cuente con una estimación de costos referenciales, además de los observados, con el fin de establecer un límite en el crecimiento del presupuesto y a la par controlar el comportamiento de las metas vinculadas con los partos complicados asegurando que ésta sea de calidad.

Figura 36 Parto complicado no quirúrgico y parto quirúrgico. Gasto total 2008-2012



Fuente: SIAF, 2013 (Ver Anexo 2-Formato V)

Tomando en cuenta las características que tienen estos indicadores en la calidad, las metas se incrementaron para ambos productos en el 2010 y caen abruptamente en el año 2011 para recuperar crecimiento luego en el año 2012. La asignación presupuestaria por el contrario se incrementa en el año 2011 y en el año 2012 (fuente SIAF) asimilando en menor grado los cambios en las metas físicas. Llama la atención estos cambios en las metas y la asignación presupuestaria que siguen ritmos independientes. Los cambios en la calidad son graduales, no cambia de un año a otro, es un proceso de mejora que se alcanza por la intervención en varios factores. Es sumamente riesgoso que se tomen decisiones de reducir las metas físicas sin correspondencia con la tendencia. Este comportamiento muestra debilidad en el proceso de programación y se afecta la posible atención a gestantes con complicaciones.

Por otro lado, el nivel de ejecución de la meta física del parto complicado no quirúrgico fue del 79.9% en el 2010 y de 121.43% en el 2011. El nivel de ejecución de la meta del parto quirúrgico fue de 83% en el 2010 y 98.08% en el 2011, es decir, ambos productos tuvieron niveles de atención en ascenso a pesar que a nivel de formulación de meta se presentó una disminución en el año 2011.

Tabla 18 Formato IV: Proporción meta física ejecutada de la meta programada 2009 - 2011

PRODUCTOS	Meta Física Ejecutado/Meta programada		
	2009	2010	2011
Parto Normal	55.08%	92.19%	69.90%
Parto complicado no quirúrgico	50.64%	79.96%	121.43%
Parto complicado quirúrgico	58.22%	83.04%	98.08%

Fuente: SIAF – MEF.

Por otro lado, la asignación per cápita para la atención del parto normal fue ascendente entre el 2009 y 2010 pero descendió en el año 2011 (con las reservas de las metas planteadas). En el caso del gasto per cápita se observó un comportamiento menos fluctuante, creciendo entre

155.6 nuevos soles en el año 2009 a 169.2 en el año 2010, para volver a caer a 158.44 en el año 2011. El presupuesto per cápita del parto complicado no quirúrgico descendió ligeramente del año 2009 al año 2010, para incrementarse de manera notoria en el año 2011, sin embargo este crecimiento se debe a la drástica disminución de la meta, que fue acompañada de una caída discreta del presupuesto para ese año. El gasto per cápita para ese producto cayó del año 2009 al 2010 para sobrepasar en el año 2011 el nivel de gasto per cápita del año 2009. El parto complicado quirúrgico en cambio, mostró un comportamiento ascendente en los tres años del período tanto a nivel de presupuesto como de gasto per cápita.

Tabla 19 Presupuesto y gasto per cápita del producto parto normal, parto complicado no quirúrgico y parto quirúrgico, 2009-2011

	2009	2010	2011
presupuesto per capita parto normal	89.39	168.96	123.36
gasto per capita parto normal	155.60	169.24	158.44
presupuesto per capita parto complicado no quirúrgico	147.68	139.13	521.08
gasto per capita parto complicado no quirúrgico	282.19	180.32	382.08
presupuesto per capita parto complicado quirúrgico	208.36	296.61	1145.08
gasto per capita parto complicado quirúrgico	342.24	341.47	596.79

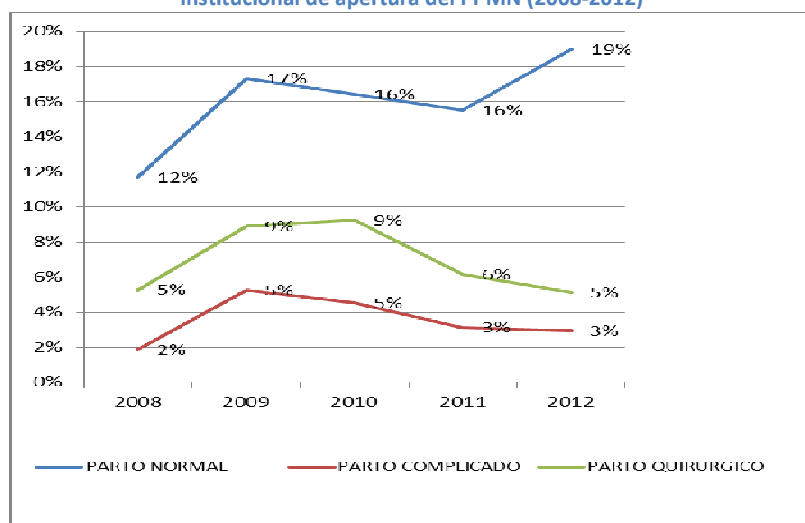
PPC=PIW/MF, GPC=PE/ME, donde MF: Meta física y ME: Meta ejecutada.

Fuente: SIAF- MEF

Por otro lado, en términos de participación del producto parto con respecto al presupuesto institucional total, como se observa en la siguiente figura 37, la prioridad en la asignación de recursos presupuestarios hacia las atenciones de parto se ha visto reflejada en una participación cada vez mayor respecto al presupuesto institucional de apertura entre los años 2008 y 2009, y constante entre en el 2009 y 2011. Esta tendencia se revierte en el 2012 donde la participación del presupuesto del parto normal respecto al presupuesto de apertura institucional se incrementa significativamente para alcanzar un 19%.

Siguiendo el propósito de disminuir las atenciones de partos complicados no quirúrgicos y quirúrgicos, la participación del presupuesto para ambos se ha reducido a 3% y 5% respectivamente para el 2012, después de estar en 5% y 9% entre los años 2009 y 2010.(Ver Anexo 2 – Formato V a Formato VII- Formato VI-valores absolutos)

Figura 37 Porcentaje del presupuesto Institucional de apertura de la intervención pública evaluada en relación al presupuesto institucional de apertura del PPMN (2008-2012)



Fuente: SIAF, 2013

Si se analiza el comportamiento del presupuesto por categorías de gasto, se observa que en términos generales los niveles de ejecución vs. el presupuesto institucional modificado del producto parto normal se encuentra por encima del 90% de los rubros más importantes como son personal, bienes y servicios, donaciones y transferencias.

La participación de las genéricas de gasto sobre el gasto total refleja el comportamiento propio de una actividad de servicios, el personal representa entre el 42% y 43% del gasto total, las donaciones y transferencias que van vía el SIS destinadas a la compra de medicamentos e insumos y otros gastos directos de la atención ha ido descendiendo en participación de 30% en el 2009 a 21% en el 2011 y continúa el descenso al año 2012 con 14% de participación. Los establecimientos de salud han visto conveniente contar con liquidez inmediata frente a los reembolsos del SIS que paga por las prestaciones que cumplen con la norma técnica del MINSA de atención. A pesar de ello, en términos absolutos si se han dado incrementos progresivos pero al parecer insuficientes para dar protección financiera a la población pobre asegurada.

Tabla 20 Atenciones, atendidos, asegurados y transferencias, 2009-2012

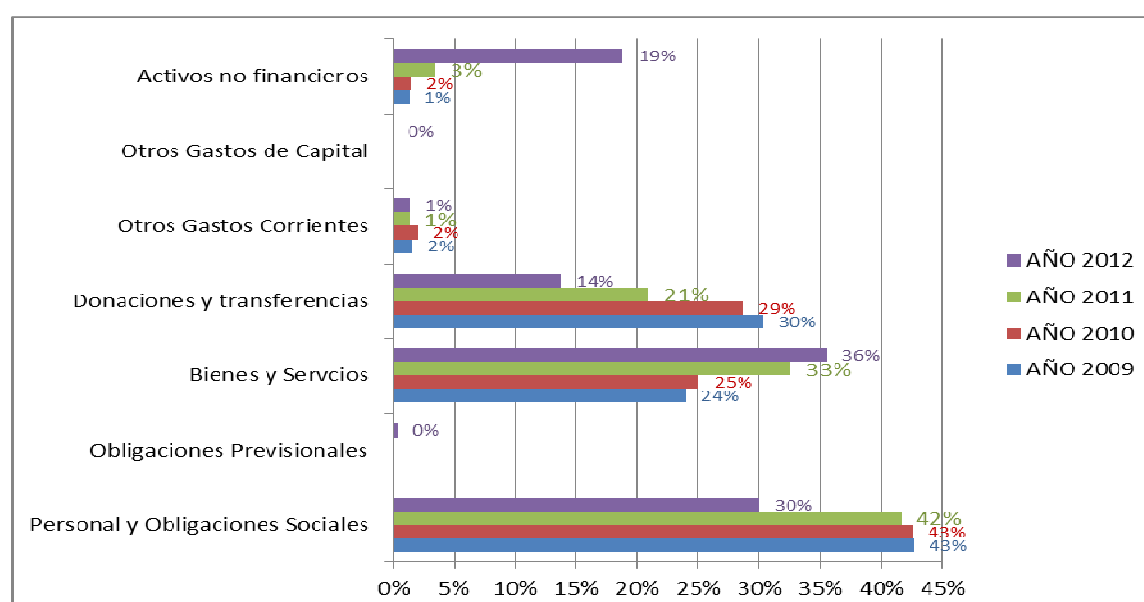
SIS	2 009	2 010	2 011	2 012
Atenciones	27 327 091	30 994 797	28 093 023	30 572 016
Atendidos	7 274 168	7 069 691	6 364 129	6 255 515
Asegurados	11 815 242	12 386 986	12 760 504	11 353 562
Transferencias	435 274 819	448 048 343	506 271 656	525 382 986

Fuente: SIS

De la misma manera, han privilegiado la contratación de personal, y ello se refleja en la genérica de bienes y servicios que incluye el gasto en personal CAS que ha crecido más rápido que otros ítems como suministros médicos.³⁰

Como se aprecia en la siguiente figura 38, hay un cambio de rumbo para el año 2012, donde los gastos de personal descenden en participación del presupuesto del producto parto al 30% del gasto total, a favor de los bienes y servicios que se incrementan a 36% y las donaciones y transferencias caen en participación al 14%. En este último caso el descenso fue constante durante todo el período. Los gastos en activos no financieras se despuntan en el año 2012 hasta 19% del gasto total vs. gastos en activos no financieros entre 1% y 3% entre el año 2009 y 2011. Este incremento se debe a la compra de equipos y mobiliario para la atención del parto, lo que resulta muy positivo para la mejora de la capacidad resolutive de los servicios (ver Anexo 2 – Formato V a Formato VII– valores absolutos Formato VII).

Figura 38 Participación de genérica de gasto en el gasto total de la de la Intervención pública evaluada (2009-2012) - Parto Normal



Fuente: SIAF, 2013

Para todos los años el nivel de ejecución del presupuesto sobre el presupuesto institucional modificado fue decreciendo a los largo del período, así en el año 2009 se tuvo una ejecución del 96%, en el año 2010 de 92%, en el año 2011 de 90% y en el año 2012 de 88%. El presupuesto para la atención del parto en valores absolutos se incrementó casi cuatro veces respecto entre el año 2009 y el año 2012.

³⁰ El cambio porcentual del PIM entre el año 2009 y 2011 de bienes y servicios es de 43%, para el personal CAS fue de 68% mientras que suministros médicos fue solo de 38%, lo que llevó al CAS de representar el 20% del rubro bienes y servicios en el año 2009 a 24% en el año 2011.

Tabla 21: Proporción del PE de la Intervención pública evaluada en relación al PIM, (2009-2012) – Parto Normal

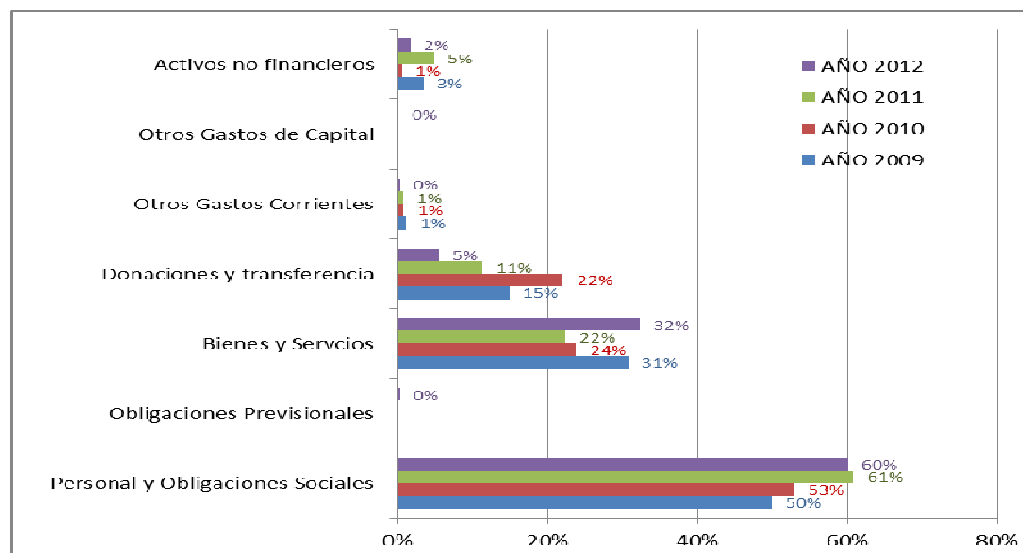
Parto Normal	PIA	PIM	PE	PE/PIM
2009	62,153,740	89,156,331	85,476,863	0.96
2010	73,485,908	97,239,037	89,794,251	0.92
2011	147,673,106	150,439,083	134,886,717	0.90
2012	260,572,966	230,156,482	202,183,520	0.88

Fuente: SIAF-MEF, 2013

A diferencia del parto normal, el parto complicado no quirúrgico demanda mayores recursos de personal calificado, y ello se refleja en la mayor participación de la categoría de gasto de personal sobre el gasto total. La exigencia de la norma técnica en cuanto al tipo de personal que debe atender complicaciones ha elevado el gasto en este rubro desde el 2009 que estaba en 50% del gasto total a 61% en el 2011 y se mantiene en 60% en el año 2012. En general los niveles de gasto de este producto se han encontrado por encima del 90%, salvo en el año 2011 que estuvo en 89%.

Las demás categorías de gasto mantienen el comportamiento de participación en el gasto total, sin embargo en la categoría de donaciones y transferencias del año 2012 se produce un descenso drástico de 11% a 5% en el año 2012 como se puede observar en la siguiente figura (En el Anexo 2 – Formato V a Formato VII se pueden ver los valores absolutos correspondientes).

Figura 39 Participación de categorías de gasto en el gasto total de la Intervención pública evaluada (2009-2012) - Parto Complicado no Quirúrgico



Fuente: SIAF, 2013

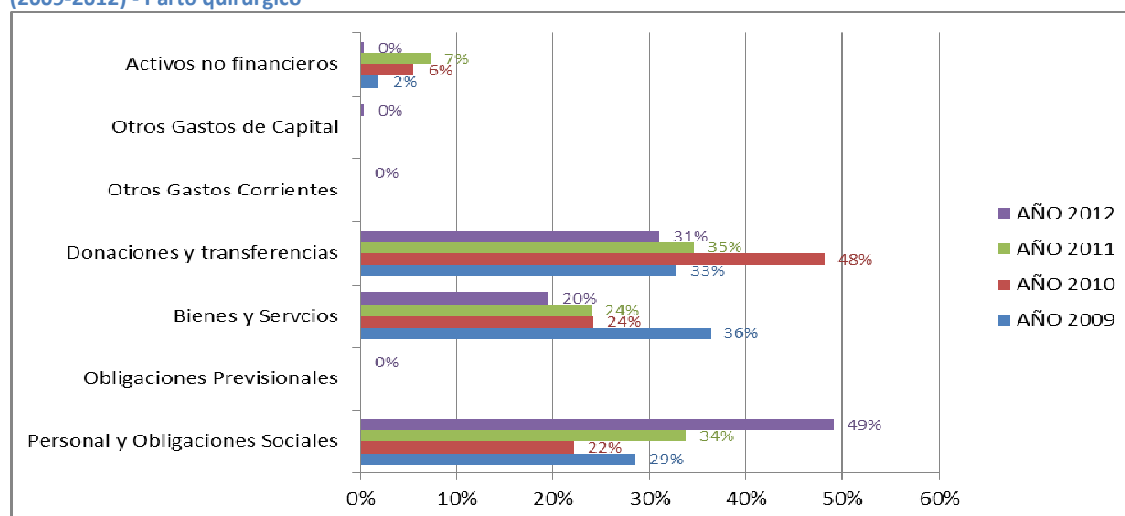
La genérica de gasto “donaciones y transferencias” incluye los pagos que realiza el SIS por las atenciones reconocidas como válidas del parto complicado no quirúrgico. En este caso, el volumen de atenciones reconocidas del SIS ha tendido a disminuir pasando de 29,590 en el año 2009 a 17,706 en el año 2012 (en el año 2011 fueron de 28,541, y en el 2010 fueron

18,449). Es decir, que los gastos para la atención del parto complicado han disminuido de acuerdo al volumen reconocido. Sin embargo, la meta (fuente SIAF) para el año 2012 para el mismo producto plantea un incremento respecto al año 2011 de 78,341 a 87,807 (teniendo las reservas del caso con la meta registrada). Es decir, que si bien se viene incrementando la meta en las regiones, el SIS reconoce cada vez menos atenciones de este tipo o los proveedores de servicios no están pasando este tipo de atenciones para el reconocimiento del SIS u otra alternativa es, que el error se encuentre en la meta registrada.

El parto quirúrgico ha alcanzado durante el período niveles de gasto cada vez inferiores respecto al presupuesto institucional modificado. De 95% de ejecución en el año 2009 fue decayendo a 89% en el año 2011 y a 87.5% en el año 2012. La participación del gasto en personal sobre el gasto total ha variado de 29% en el 2009 a 22% en el 2010, 34% en el 2011 para incrementarse a en el 2012 en a 49%.

La tendencia es a disminuir el gasto procedente de donaciones y transferencias que para el 2012 llega a tener una participación del 31% sobre el gasto total. Al parecer se ha logrado contener el crecimiento que se dio en el año 2010. Sin embargo, como se veía en la sección de metas, éstas han tendido a incrementarse con algunos altibajos dentro del período en estudio y los niveles de ejecución de la meta han sido crecientes.

Figura 40 Formato VII: Proporción del PE de la Intervención pública evaluada en relación al PIM, según categoría de gasto (2009-2012) - Parto quirúrgico



Fuente: SIAF, 2013.

Considerando el gasto total por unidad de producto, las regiones han logrado incrementos progresivos. El año 2012 muestra incrementos notoriamente superiores en algunas regiones en extrema pobreza como son los casos de Huánuco, Apurímac y Ayacucho. Huancavelica en cambio, sigue su ruta incremental moderada. En el grupo de zonas pobres, Cusco tiene un incremento de más del doble para el año 2012 y Amazonas que continúa su ruta de ascenso desde el año 2011. Todos estos cambios se dan a pesar que no ha habido variaciones en los criterios técnicos y presupuestarios.

Tabla 22 Gasto por unidad de producto por regiones, 2009-2012

	PIM/ATENCION PARTO NORMAL				EJECUCION/ATENCION DE PARTO NORMAL			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
APURIMAC	188.40	226.10	223.15	833.95	187.90	205.74	209.15	798.37
AYACUCHO	248.25	284.77	422.02	1011.15	248.24	314.62	402.67	783.66
HUANCAVELICA	252.70	262.66	268.95	403.83	250.11	290.09	248.45	314.47
HUANUCO	137.66	142.21	284.88	959.47	129.20	124.88	265.97	638.15
PUNO	131.64	229.40	450.66	670.93	127.65	222.59	404.91	571.02
AMAZONAS	194.46	199.48	853.97	942.71	178.65	191.26	668.93	831.18
CAJAMARCA	216.32	141.97	313.38	406.51	214.79	143.28	279.23	361.99
CUSCO	250.19	221.27	432.26	1137.32	243.72	240.05	395.40	902.14
LORETO	146.92	135.80	450.93	495.76	132.22	128.08	446.13	421.21
PASCO	668.54	594.98	985.95	627.12	616.71	569.64	848.93	420.56
PIURA	224.56	345.69	692.70	699.36	221.10	360.56	624.00	645.68
ANCASH	144.78	139.75	413.18	746.17	143.61	150.44	299.63	671.50
JUNIN	197.56	110.44	445.46	660.11	196.47	120.70	426.54	554.84
LA LIBERTAD	243.41	532.91	608.74	989.71	238.66	459.46	472.66	855.18
LAMBAYEQUE	243.45	248.05	336.16	542.16	238.51	247.84	328.63	400.33
SAN MARTIN	411.04	235.05	391.19	656.03	408.02	254.31	343.48	588.45
AREQUIPA	885.56	803.65	1097.33	977.64	866.05	831.55	1006.31	851.95
TUMBES	75.40	86.77	1616.12	1256.10	75.40	95.18	1614.09	1223.97
UCAYALI	187.62	156.13	368.11	502.48	183.82	175.42	364.98	463.24
CALLAO	1341.43	1701.31	1570.96	1342.43	1131.69	1682.01	1463.34	1279.68
ICA	117.39	113.96	176.03	424.35	109.92	106.54	160.20	377.78
LIMA	300.06	418.07	490.71	99.47	275.18	422.55	426.19	89.54
MADRE DE DIOS	91.03	47.52	166.49	529.24	90.90	51.59	160.96	326.67
MOQUEGUA	110.17	81.59	402.98	2338.10	104.58	87.53	381.25	1903.65
TACNA	2499.72	3253.17	3988.26	3941.66	2499.67	3493.07	3986.47	3803.78

Fuente: SIAF- MEF, ESNSSR-MINSA.

3.4 Costos de los productos y sus metas físicas (Contenido 15)

Presentar los costos en los que se incurre en la elaboración de los productos consignando las cantidades físicas requeridas de los insumos principales y los precios de cada uno de ellos.

La estimación de costos del parto normal a partir del SIGA resulta una tarea metodológicamente incompleta, por las razones que se explicó en la Sección III, Parte 1, punto 3.1, con la aplicación costos económicos para una mejor planificación sanitaria. Sin embargo en el Anexo 4 – COSTO PRODUCTO PARTO NORMAL se incluye una aproximación al costo directo de la atención de parto del SIGA. Para imputar costos indirectos sería necesario establecer un porcentaje de los gastos no vinculados directamente con la producción.

Dentro de la revisión realizada para este fin, se identificó que para la atención del parto normal se debería incluir la atención por ginecólogo en la medida que dentro de las Definiciones operacionales del MINSA se ha incluido parto podálico dentro del parto normal y para esa variante se requiere necesariamente de un ginecólogo (se incluye ginecólogo como una participación constante en todas las atenciones de parto que se brindan). Lo recomendable sería que el parto podálico no fuera incluido dentro del parto normal. Tomando en cuenta estas limitaciones, el costo directo referencial promedio nacional obtenido a partir de la información que provee el SIGA es de 193 nuevos soles (datos del 2010).

Solo con el propósito de establecer una referencia en cuanto al gasto por unidad de producto y el costo referencial (estándar) del parto normal, a partir de un estudio realizado por Montañez

(2007), se estimó que el costo estándar de un parto normal era de 183.6 nuevos soles para el Hospital Regional de Ayacucho, sin embargo, como se hacía notar en el párrafo anterior, la inclusión de parto podálico establece la participación del especialista, entonces lo más próximo a ese tipo de atención es el costo estándar del parto complicado no quirúrgico, el cual fue estimado en 243.04 nuevos soles. Tomando estos costos como referencia, y regresando a la tabla anterior se puede observar que en teoría todas las regiones estarían cubriendo sus costos de parto con el presupuesto asignado, salvo Lima.

Sin embargo, la forma como se determina el presupuesto en las regiones encierra un conjunto de requerimientos que no están vinculados con el parto, pero que se incorporan de manera aleatoria entre un producto y otro. Así que es difícil de establecer si en efecto las necesidades para la atención del parto estarían cubiertas.

Lo recomendable sería que se incorpore una política de costeo para la gestión de los servicios. Con ello, la negociación en la asignación de recursos (aceptada también para fines presupuestarios con procedimientos de transferencia adecuados de información que permitan el funcionamiento de los sistemas del MEF sin alteraciones) estaría sujeta a los límites que imponen las normas técnicas y a la capacidad de gestionar con eficiencia los recursos por los prestadores. A partir de allí, se podría incorporar políticas de contención de costos incorporando indicadores de eficiencia y calidad. Se lograría una asignación presupuestaria también más eficiente.

PARTE 2: TEMAS DE EVALUACIÓN

3.1 Eficacia y Calidad de la intervención pública evaluada

3.1.1 Desempeño en cuanto a actividades (Contenido 33)

Evaluar el desempeño en el cumplimiento de actividades y logro de metas. Evaluar el cálculo y sustento de (o proponer de ser el caso) metas físicas para los años 2012 y 2013

El producto parto no cuenta con desagregación de actividades.

3.1.2 Desempeño en cuanto a producto Parto Normal (Contenido 34)

Cuantificar (valores obtenidos) los indicadores de productos para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 (de ser información faltante). Evaluar el desempeño de los productos en cuanto a niveles de producción y logro de metas. Evaluar el cálculo y sustento de (o proponer de ser el caso) metas físicas para los años 2012 y 2013.

El marco normativo de la atención obstétrica está dado por dos directivas, la de evaluación de las funciones obstétricas neonatales y el documento técnico de estándares e indicadores de calidad.

La Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud (2006)³¹ que tiene como finalidad evaluar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud para enfrentar las complicaciones obstétricas y neonatales, con el fin de orientar la toma de decisiones y ejecución de acciones dirigidas a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal.

Otra directiva que guía las FON es el documento técnico: “Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con FON”³². Este documento tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención a través del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los servicios de salud que sirvan de base para un sistema de monitoreo permanente.

Estos dos instrumentos se aplican en los establecimientos de salud con una metodología auto-evaluativa que se consolida en micro-redes, distritos, provincias.

La red FON es funcional y se superpone a la categorización de establecimientos que tiene el MINSA para sus establecimientos de salud. Esta clasificación sobre otra ya existente ha llevado a confusiones en las Regiones quienes han replegado las atenciones de partos a los hospitales y centros de salud I-4, en vez de fortalecer sus servicios de atención primaria para acercarlos a la demanda de la población, es decir, se han limitado a ofrecer lo que los establecimientos tienen como servicios y trasladado la responsabilidad al siguiente nivel que cumple con lo que la directiva establece. Como resultado de ello, algunos hospitales se encuentran saturados, tal es el caso de la Región Ica (ver Anexo 3). Las autoevaluaciones de los FON dan como resultado planes de mejora de los establecimientos en las regiones, aunque no todas lo logran ni se consolidan. En todo caso, los planes son incorporados como parte de la demanda adicional de los establecimientos y pocas veces son aprobadas, las mejoras que se realizan son parciales o inexistentes.

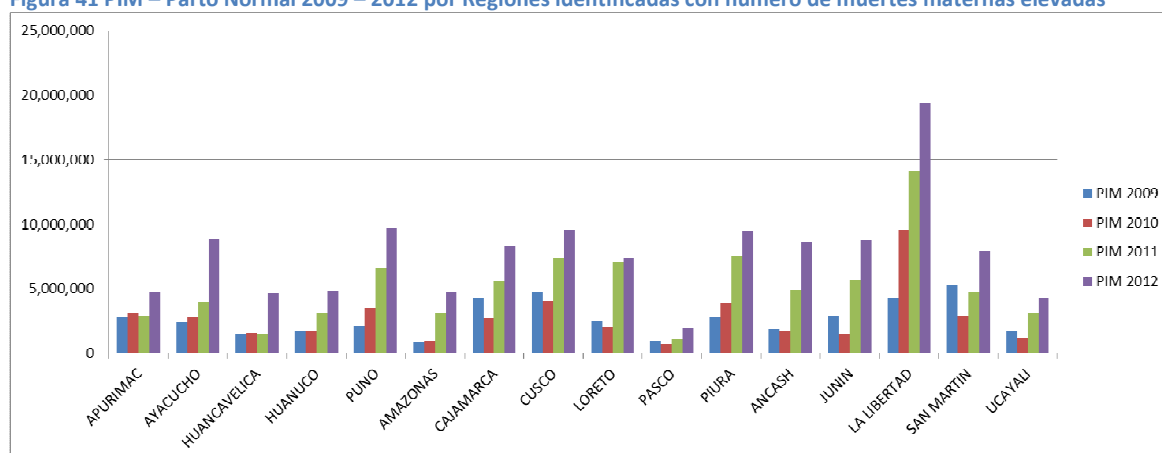
Así mismo, el INEI realiza una encuesta anual llamada “Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales - ENESA” que se realiza a establecimientos de salud que cumplen FON básicas, esenciales e intensivas de los departamentos con número de muertes maternas más elevadas (Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Loreto, Pasco, Piura, Puno, San Martín y Ucayali). La selección de las regiones responde al criterio de focalizar esfuerzos en zonas pobres para que mejoren su capacidad resolutive. En este sentido, a continuación se examina si la asignación presupuestaria ha ido acorde con esta prioridad.

Como se puede ver en la siguiente figura, las regiones con mayores niveles de pobreza (y las que registran mayor número de muertes maternas), han recibido mayores recursos durante la implementación del PPSMN, y se aprecian incrementos progresivos aunque no sostenidos en el período, lo cual ha resultado en que el esfuerzo si bien importante, no ha sido suficiente para cerrar las brechas para la atención del parto normal en condiciones óptimas.

³¹ RM 1001-2005-SA. Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud. No. 001 MINSA/DGSP-V.01. 2006.

³² RM 142-2007-SA. Documento técnico: Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.

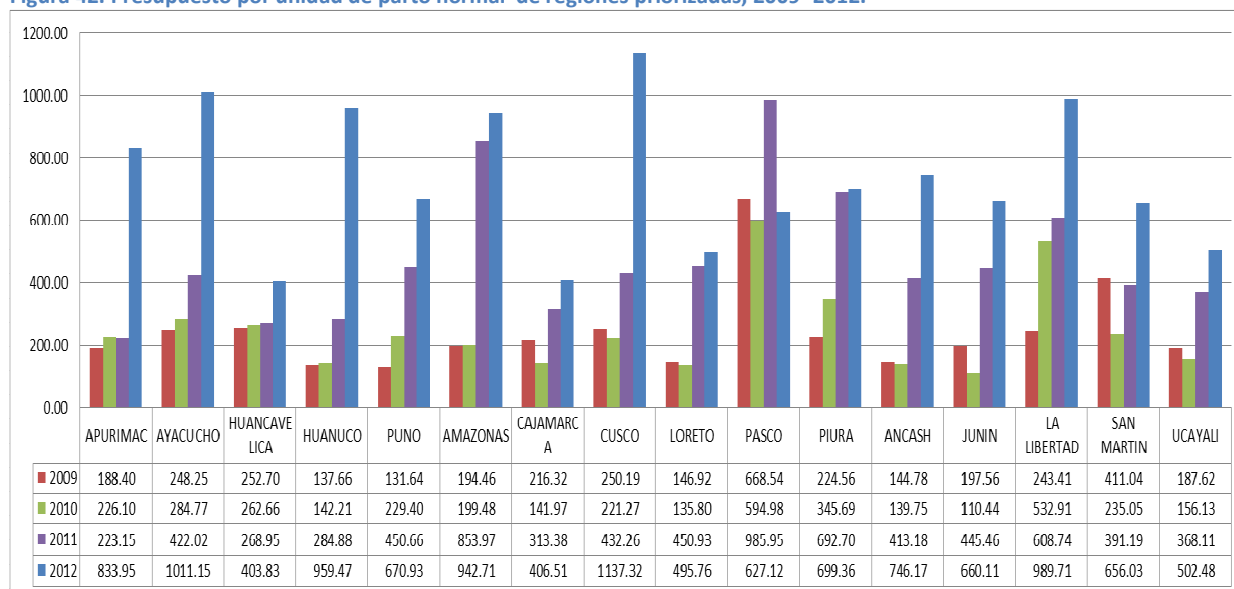
Figura 41 PIM – Parto Normal 2009 – 2012 por Regiones identificadas con número de muertes maternas elevadas



Fuente: SIAF – MEF.

El presupuesto asignado por unidad de parto normal, como se puede apreciar en la siguiente figura 42, para estas regiones en el período en estudio 2009-2012 mantuvo una tendencia creciente. Juegan dos factores a favor del incremento, por un lado la caída gradual de la atención del parto como se vio en la Tabla No. 14 (según información de la ESNSSR tomado de regiones) y por otro la asignación de mayores recursos presupuestarios. En especial, el año 2012 se producen cambios en esa gradualidad. Difícil resulta determinar si este cambio de comportamiento hacia un considerable incremento por unidad de producto es el resultado de la aplicación de un estudio técnico para el cierre de brechas o de una respuesta a la desaceleración en el incremento de las coberturas del parto.

Figura 42. Presupuesto por unidad de parto normal de regiones priorizadas, 2009- 2012.



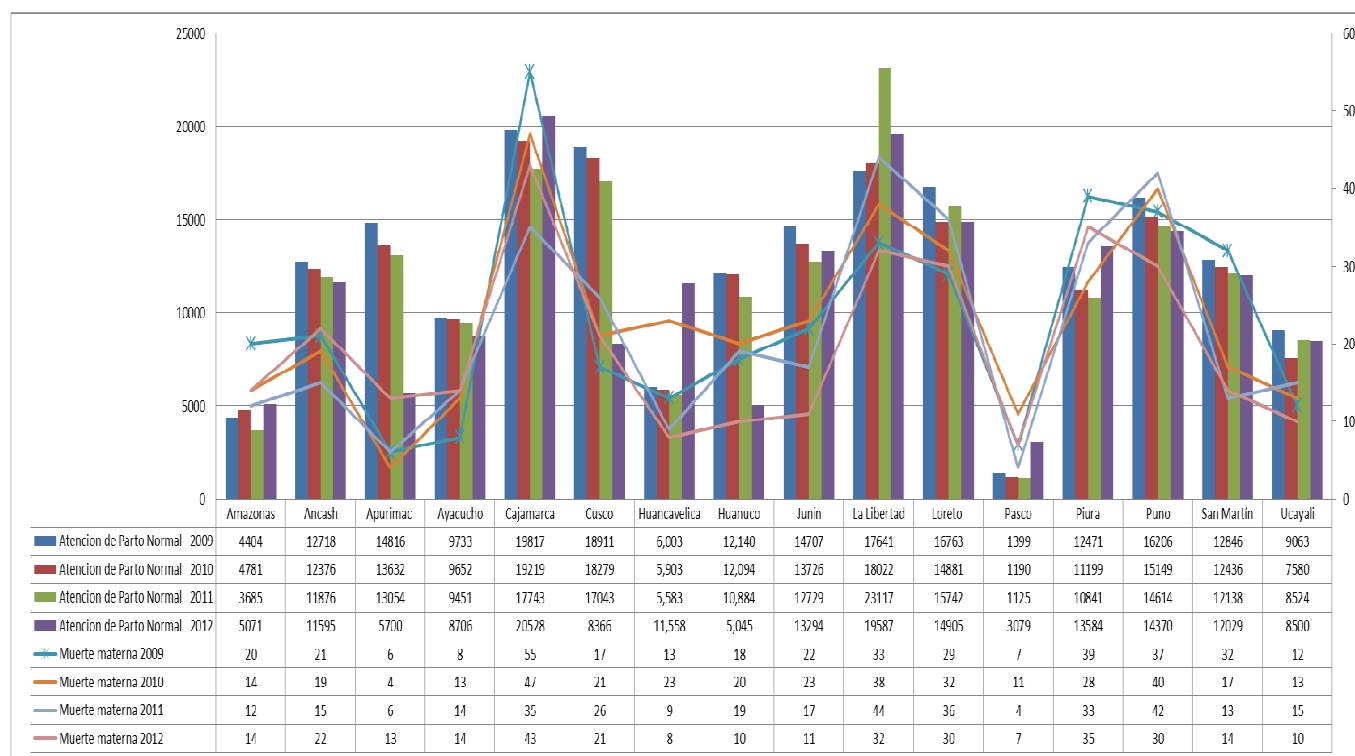
Fuente: (PIM) SIAF, 2012. ESNSSR (parto normal)

La siguiente figura busca dar una respuesta a esta interrogante. Si se da una mirada a la información de partos normales (obtenida de la ESNSSR) y se compara con el número de

mueres maternas en las mismas zonas no existe una relación clara entre la mayor atención de partos institucionales y la disminución del número de muertes maternas. El comportamiento en las regiones es muy diverso. Como ejemplo se tiene que Amazonas obtiene un incremento en sus atenciones de parto normal en el año 2012, pero el número de muertes maternas permanece casi igual. Del mismo modo, Cajamarca logra incrementar la atención de parto en el año 2012 pero el número de muertes maternas se eleva.

De otro lado, se puede observar que las regiones que obtuvieron mejoras sustanciales en su presupuesto por unidad de producto se debió principalmente a una caída del denominador, como es el caso de Cusco, Apurímac, Ayacucho y Huánuco. El caso de Huancaavelica en cambio, si muestra un comportamiento esperado con un mayor volumen de partos atendidos en el año 2012 y un incremento en su presupuesto por unidad de producto y una consistente reducción de muertes maternas. Pasco muestra un comportamiento diferente, incrementa el volumen de atenciones de parto en el año 2012 pero su presupuesto por unidad del producto parto se reduce para ese mismo año y sus muertes maternas vuelven a la misma cifra del año 2009. En base a ello, se podría decir que no es clara la relación entre el esfuerzo presupuestario, el volumen de atenciones de parto normal y la reducción del número de muertes maternas.

Figura 43 Cobertura de parto institucional, número de muertes maternas, 2009- 2012



Fuente: ENDES 2011, DGE-MINSA

Como se ha podido observar no siempre se produce el efecto deseado. Las regiones seleccionadas para el trabajo de campo (Ayacucho, Ucayali e Ica), no respondieron al comportamiento esperado. Como se puede observar en la siguiente tabla 25, la mayor

asignación presupuestaria en las regiones visitadas para la atención de parto no tuvo exacta correspondencia con una mayor cobertura de partos y una consecuente disminución de la muerte materna.

Ayacucho muestra que a pesar que su presupuesto del producto parto normal se incrementó de 2.4 millones de nuevos soles en el 2009 a 4 millones de nuevos soles en el 2011, la cobertura de parto no siguió el mismo comportamiento, por el contrario se redujo de 91.3% en el año 2009 a 89% en el 2010 y a 89.2% en el 2011 (con información de ENDES, 2011). En este caso la prioridad estuvo en la contratación de personal. Los problemas de gestión fueron los que afectaron los resultados, una mala interpretación de los lineamientos y normas dejaron a establecimientos de zonas rurales sin FON. Se registró así, un incremento en los partos domiciliarios y en el año 2011 de las muertes maternas directas registradas, 6 fueron en parto domiciliario.

Ica por otro lado, a pesar que no tuvo incremento presupuestario entre el año 2009 y 2010 en ese mismo período amplió el volumen de atención de partos de 95.5% a 98% y el número de muertes maternas aumentó. Ica obtuvo una mejora en la infraestructura de salud con las inversiones realizadas a raíz del terremoto. Durante la visita de campo sin embargo se pudo constatar que la demanda de atención se ha incrementado, pero los establecimientos y en especial los hospitales nuevos tienen dificultades para poner en funcionamiento los servicios contemplados y dar el mantenimiento adecuado a la infraestructura.

Ucayali presenta un comportamiento diferente al de las dos anteriores. Su asignación presupuestaria fue errática en el período, pasando de 1.7 millones en el 2009 a 1.2 millones en el 2010, Ucayali tuvo problemas para ejecutar su presupuesto y se le penalizó el presupuesto del año siguiente, pero en el 2011 el presupuesto fue más que duplicado a 3.1 millones de nuevos soles, para ese mismo período el parto institucional pasó de 65% a 73.9% y la muerte materna también tuvo un comportamiento ascendente. Los problemas procedimentales y logísticos son grandes cuellos de botella en esa región.

Tabla 23 Regiones Ayacucho, Ica, Ucayali – Presupuesto Institucional Modificado (dividido en 100,000 nuevos soles), número de muertes maternas y parto institucional 2009- 2011.

	PIM 2009	# MM 2009	PI 2009	PIM 2010	# MM 2010	PI 2010	PIM 2011	# MM 2011	PI 2011
AYACUCHO	24	8	91.3	27	13	89	40	14	89.20
ICA	9	1	95.9	9	6	98	13	7	99.70
UCAYALI	17	12	65	12	13	71.1	31	15	73.90

Nota: MM: Número de muerte materna, PI: Parto institucional, PIM: Presupuesto institucional modificado.
Fuente: INEI -ENDES 2011, SIAF-MEF, DGE-MINSA.

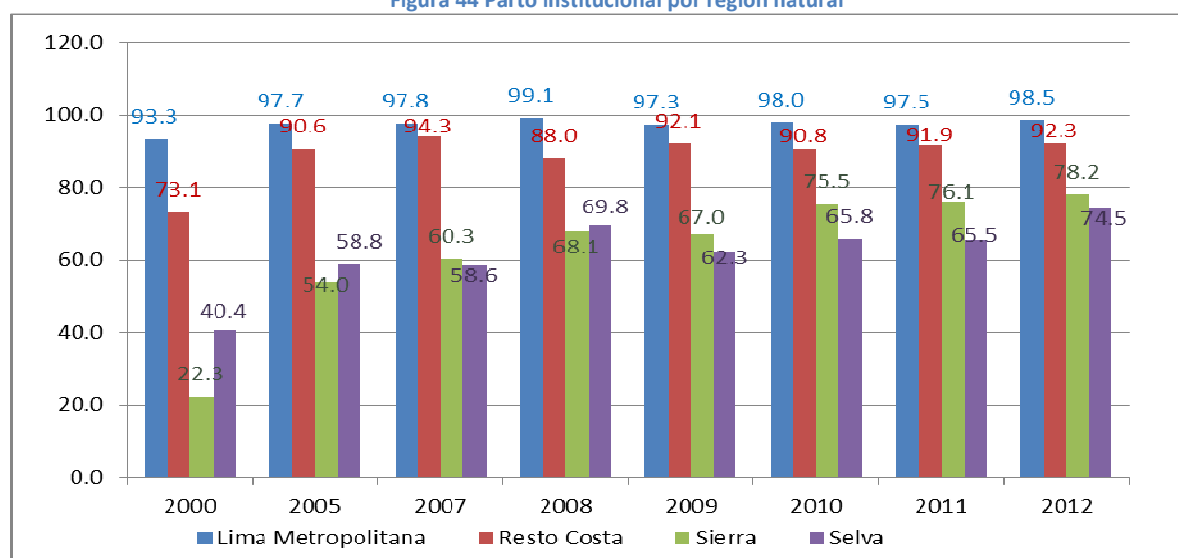
- **Análisis de la demanda de atención de parto normal**

La reducción de las desigualdades es un camino lento pero con logros progresivos. El año 2007 la cobertura más baja de parto estaba en la región sierra, (22.3%) seguida de la región selva con una cobertura de parto de 40%. La costa, en cambio contaba con una cobertura del 73.1% y Lima Metropolitana llegaba a 93.3%.

Esa situación al 2011 ha mejorado notoriamente para la sierra, según ENDES la cobertura de parto alcanza el 76.1% y la selva 65.5%. La mejora ha sido generalizada incluso el resto costa ha alcanzado 91.9% de cobertura y Lima Metropolitana está en 97.5%.

Sin embargo, si se observa con detenimiento se empieza a notar una tendencia al estancamiento en el avance de las coberturas de parto en las regiones sierra y selva, en especial en la última. Por ejemplo entre el año 2010 y 2011 la cobertura de parto en esa región pasó de 65.8% a 65.5%. El año 2012 rompe ese estancamiento y el parto institucional se incrementa hasta sobrepasar el punto más alto alcanzado en el año 2008 de 69.8%. En el caso de la sierra, también las coberturas entre el año 2009 y 2010 muestran un estancamiento, pero éste se revierte en los años 2011 y 2012. Este comportamiento coincide con una mayor asignación presupuestaria hacia las regiones en esos años, lo que estaría corroborando la necesidad de contar con una mejor aproximación presupuestaria para el cierre de las brechas.

Figura 44 Parto institucional por región natural



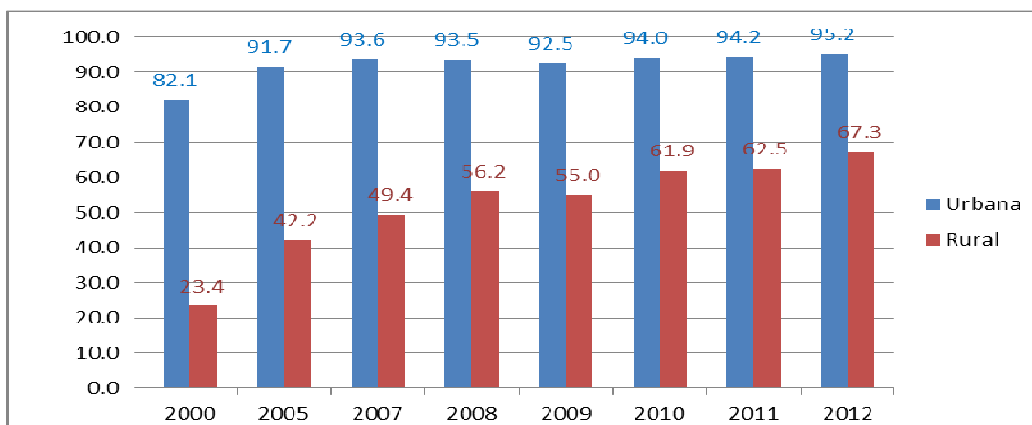
Fuente: ENDES, 2012.

De igual modo, la brecha de cobertura de parto entre zonas urbanas y rurales ha contado con grandes mejoras, por ejemplo, en el año 2000 la cobertura de parto en las zonas rurales solo llegaba a 23.4% y al 2012 alcanza al 67.3%. El período 2000-2007, antes de la puesta en marcha del PPSMN fue un período en alza de las coberturas de parto de 26 puntos porcentuales. A partir del 2008 hasta el 2011 el crecimiento es de 11.1 puntos porcentuales manteniendo el crecimiento.

Las zonas urbanas, en el año 2000 lograron una cobertura de parto institucional de 82.1% y alcanzaron en el 2012 una cobertura de 95.2%. Nótese, que al igual que la zona rural el mayor crecimiento de la cobertura de parto se produjo en el período 2000 – 2007 con un incremento de 11.5 puntos porcentuales y del 2008 al 2012 el crecimiento fue de 1.6 puntos porcentuales, como se puede apreciar en el siguiente gráfico. Se refleja así el comportamiento de coberturas altas, donde a medida que se van alcanzando niveles mayores, las estrategias de intervención deben ser más específicas y diferenciadas.

Hacia adelante no solo está el reto de mantener el crecimiento de las coberturas de parto, sino el de estrechar la brecha entre zonas urbanas y rurales. Además de pensar en estrategias más específicas para las zonas donde las coberturas empiecen a estancarse.

Figura 45 Parto institucional por área de residencia 2000,2005, 2004,2008, 2009, 2010, 2011, 2012



Fuente: INEI.ENDES 2011

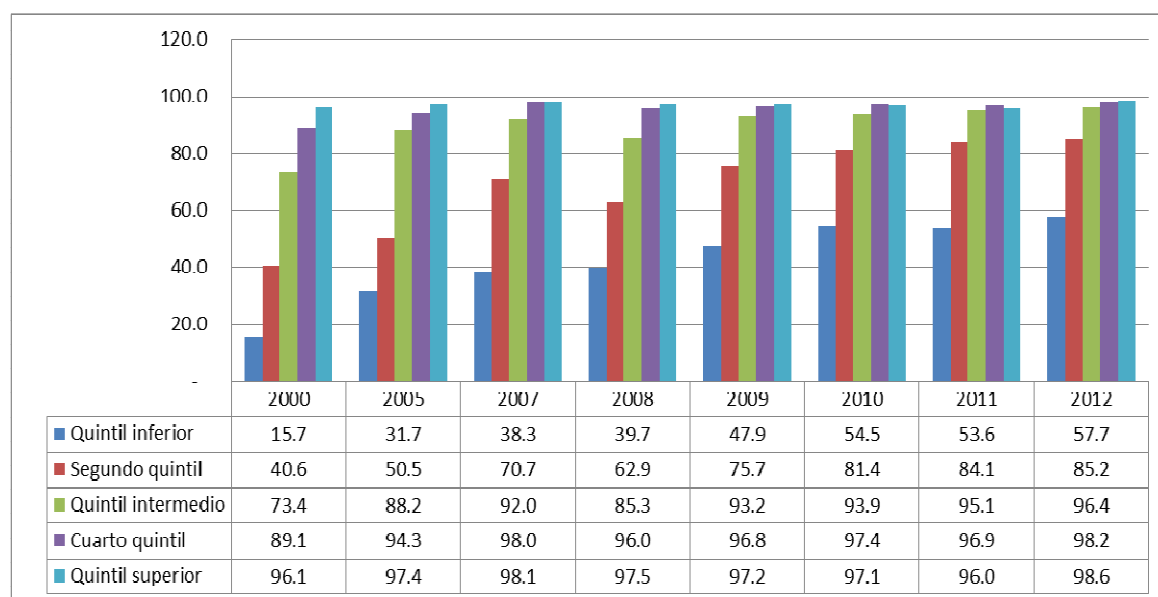
Dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y la de su familia sobre donde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, parto o puerperio³³. La pobreza de las personas y los problemas de acceso económico, cultural, geográfico impiden que los riesgos se incrementen. La intervención focalizada en las zonas más pobres permite atenuar los problemas de acceso y los resultados muestran que desde el año 2000 el quintil más pobre ha logrado mejorar sus condiciones de acceso al parto institucionalizado pasando desde 15.7% a 57.7% en el 2012. En el período 2009 al 2012 el parto institucional pasó de 47.9% a 57.7% para ese mismo grupo. En 13 años se incrementó en 42 puntos porcentuales.

El segundo quintil más pobre también ha mejorado su acceso a la atención del parto de 40.6% a 85.2% en el período 2000 al 2012. Esta mejora se ha mantenido en el tiempo pero si se compara con los quintiles menos pobres, este grupo logró tener mayor acceso y del año 2000 al 2012 se incrementó la cobertura en 44 puntos porcentuales.

El tercer quintil que está conformado por aquellos que salen de la pobreza, pero que están en una línea bastante frágil entre ser pobre o no, muestra una cobertura bastante alta de atención de parto desde el año 2000 al 2011 y también dentro del período 2009 al 2012. Este grupo tiende según su condición laboral a asegurarse en Essalud o al SIS pero también es el grupo que refleja los beneficios del crecimiento económico del país en su capacidad adquisitiva y de gasto en salud y por lo tanto está haciendo uso de los servicios y pagando por ellos.

³³ Camacho V, Gálvez A, Murdock M, Puig C, Escobar A. Atención calificada del parto en América Latina y el Caribe .2003 Disponible en : [http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/Atencion calificadadelpartoinformefinal.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/Atencion%20calificadadelpartoinformefinal.pdf) 10/12/2011

Figura 46 Parto institucional según quintiles de riqueza. 2000, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012

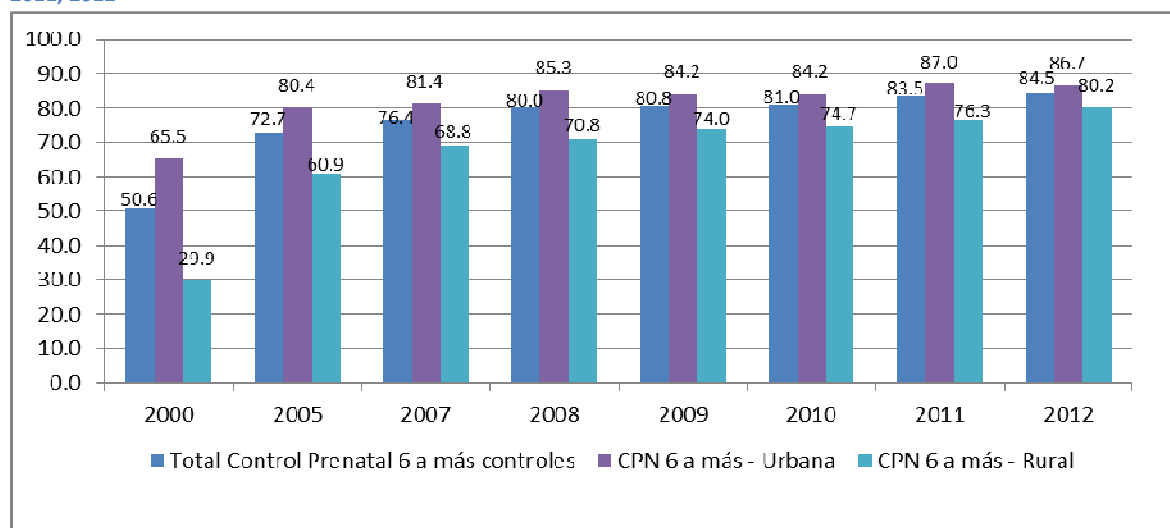


Fuente: INEI. ENDES, 2012.

Por otro lado, la muerte materna no solo está relacionado con la mejora de la cobertura de parto institucional sino también con los cuidados de la mujer durante el período de gestación, Según el Departamento de Salud de Estados Unidos, los bebés cuyas madres no reciben control prenatal "tienen una probabilidad tres veces mayor de tener bajo peso al nacer y una probabilidad cinco veces mayor de morir, en comparación con los bebés de madres que reciben atención prenatal"³⁴. En ese sentido, el acceso de las gestantes a controles prenatales y el monitoreo del indicador de gestantes que reciben seis o más controles prenatales contribuye en la mejora de la cobertura del parto institucional. De esta manera, si se observa el comportamiento de éste, que del año 2007 al 2012 (con información de ENDES 2012), el porcentaje de gestantes que recibieron de 6 a más controles se incrementó de 76.4% a 84.5%. Es apreciable el esfuerzo desplegado en las zonas rurales donde el control pre-natal se incrementó de 68.8 a 80.2% en igual período, observándose un crecimiento de 50 puntos porcentuales entre el año 2000 y 2012 y de 11.4 del año 2007 al año 2011 en el control prenatal rural.

³⁴ Womenshealth.gov

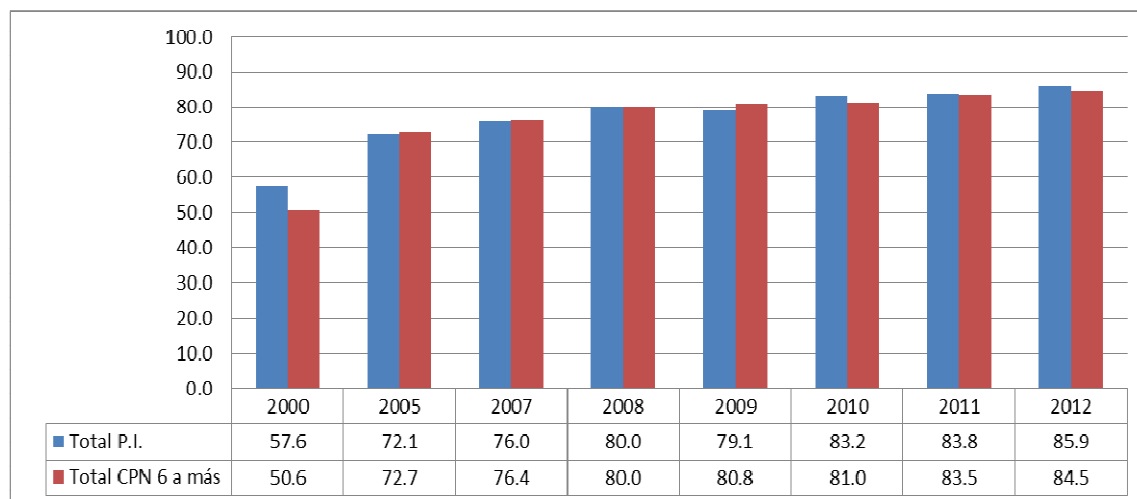
Figura 47 Madres gestantes que recibieron seis o más controles prenatales, según área de residencia, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012



FUENTE: INEI, ENDES 2012

La apuesta por el control prenatal ha permitido mejorar la cobertura de parto institucional, así en el año 2000 la brecha entre parto institucional y control prenatal era de más de 7 puntos porcentuales, emparejándose en el año 2007 con 76.4% de gestantes con más de 6 controles prenatales y 76% de cobertura de parto institucional y en el año 2012 esa cercanía entre ambos se ha mantenido con 84.5% de controles prenatales y 85.9% de parto institucional como se puede apreciar en la siguiente figura.

Figura 48 Cobertura parto institucional/6 o más controles prenatales.



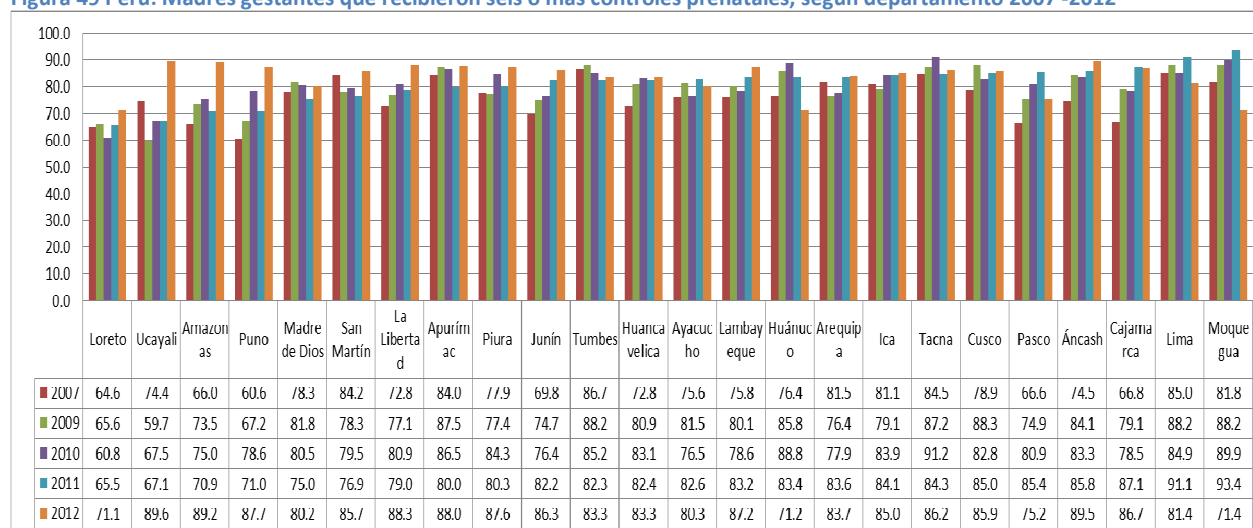
PI: Parto institucional; CPN: Control prenatal.

Fuente: INEI. ENDES 2012

A pesar de ello, las mejoras no han sido homogéneas, en algunos departamentos el comportamiento ha sido con altibajos que no permiten consolidar el logro. Tumbes y Huánuco durante el año 2012 han regresado a porcentajes de cobertura del control prenatal por debajo

de los alcanzados en el año 2007, Ucayali y Madre de Dios presentaron un comportamiento decreciente en el período 2007-2011, pero logran remontar esa caída en el año 2012.

Figura 49 Perú: Madres gestantes que recibieron seis o más controles prenatales, según departamento 2007 -2012



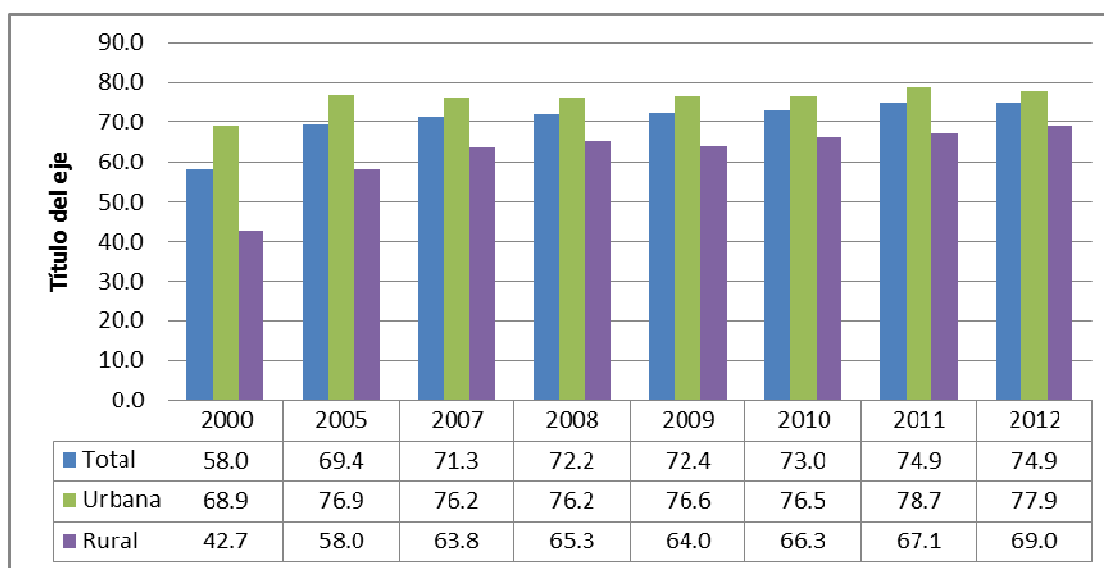
Fuente: INEI. ENDES 2011.

La importancia del control prenatal en la mejora de la cobertura de parto institucional es directa, e incide asimismo en disminuir la mortalidad materna y neonatal. Más aún si éste se realiza a partir del primer trimestre de gestación, las que más afectan son las patologías fetales entre ellas las alteraciones cromosómicas y algunas malformaciones fetales pudiendo ser detectadas de manera temprana, en algunos de éstos casos el diagnóstico precoz podría mejorar el pronóstico para el feto. Durante el segundo trimestre las patologías que más afectan negativamente al embarazo son: las malformaciones fetales, las alteraciones del crecimiento fetal, el parto pre-término, la pre-eclampsia. De todas ellas se derivan complicaciones maternas que pueden ser potencialmente mortales. Durante el tercer trimestre las patologías más frecuentes son: la restricción de crecimiento intrauterino, la pre-eclampsia, asfixia perinatal y la muerte fetal³⁵.

En la siguiente figura se puede apreciar que la proporción de gestantes que recibió su control prenatal en el primer trimestre de gestación ha ido en aumento garantizando así una mayor probabilidad de sobrevivencia. La zona rural incrementó a 67.1% en el 2011 vs. 63.8% en el 2007 y para el año 2012 alcanza el 69%. En la zona urbana en cambio, se incrementó de 76.2% en el año 2007 a 78.7% en el año 2011, pero cae en el año 2012 a 77.9%. Las desigualdades entre zonas rurales y urbanas se han estrechado pero no es bueno que la zona urbana descienda y se estrechen las desigualdades por una caída en esta. En todo caso, las campañas promoviendo el control temprano en las zonas urbanas no debería descuidarse.

³⁵ <http://ginecobstetricia.blogspot.com/2011/09/control-prenatal.html>

Figura 50 Proporción de gestantes que recibió su primer control prenatal en el 1er. Trimestre de gestación, según zona urbana y rural, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012



Fuente: INEI ENDES 2011.

- **Análisis de la oferta de servicios**

Problemas en la definición de metas

Como se veía en el punto 2.3 (Productos provistos a la población) el problema de programación de metas es un factor de fondo que experimenta el producto y la estrategia en su conjunto. Como se puede observar en la siguiente tabla 26, la ENESA 2013 muestra que los establecimientos FONB con un rango “de menos del 50%” en el 2011 el 49.1% ha logrado atender partos respecto a los partos esperados. Del rango de “50% a 79% solo el 36% tiene partos atendidos respecto a los partos esperados y del rango “de 80% y más” solo 14.9%. Para el año 2012 el 50.3% se encuentra en el rango de menos de 50% y 19.5% están en el rango de 80% a más.

Tabla 24 Establecimientos de salud con FONB por partos atendidos respecto a partos esperados 2009-2012

Año	Total	Partos Atendidos respecto a los partos esperados							
		Menos de 50%		De 50% a 79%		De 80% y más		No tiene documento de Programación de partos esperados	
		Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
2009	282	118	41.8	88	31.2	75	26.6	1	0.4
2010	281	123	43.8	97	34.5	61	21.7	-	-
2011	369	181	49.1	133	36.0	55	14.9	-	-
2012	354	178	50.3	107	30.2	69	19.5	-	-

Fuente: INEI-ENESA 2009- 2011, 2013.

Análisis de recursos humanos

La disponibilidad de recursos humanos influye en el acceso a una atención oportuna y en este aspecto, las inequidades en el acceso son notorias. Según ENDES, al año 2010, las mujeres gestantes de zonas rurales (38.9%) son atendidas por parteras tradicionales al momento del parto, 12.4% en puestos de salud, 19.7% en centros de salud y 24% en Hospitales del MINSA. De manera opuesta, en las zonas urbanas las mujeres gestantes son atendidas en el momento del parto en hospitales del MINSA, en un 46.1%, hospitales de Essalud 15.9%, centros de salud del MINSA 15.1%, 11.3% en servicios privados y 5.4%% con parteras tradicionales.

Si se compara, el año 2010 con el período 2004- 2007, ha habido una migración del parto atendido por parteras tradicionales hacia la atención del parto en puestos de salud y centros de salud. La educación a las gestantes y familias sobre la importancia de la atención del parto en establecimientos de salud, ha tenido efecto. Sin embargo, aún para el 32% de las gestantes en áreas rurales está lejos de ser un parto seguro y de calidad.

Tabla 25 Partos institucionales según establecimiento de salud y área de residencia

Lugar	ENDES 2004-2007			ENDES 2010		
	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total
Hospital MINSA	46.3	20.2	35.0	46.1	24.0	38.2
Hospital ESSALUD	14.8	3.3	9.8	15.9	2.0	10.9
Hospital FFAA/PNP	1.5	-	0.8	0.8	-	0.5
Centros de Salud MINSA	13.9	13.7	13.8	15.1	19.7	16.7
Puestos de Salud MINSA	3.1	8.9	5.6	2.4	12.4	6.0
Centro/Puesto ESSALUD	2.3	0.3	1.4	1.7	0.4	1.3
Servicios privados	10.7	2.2	7.0	11.3	1.5	7.8
Parteras tradicionales	7.0	50.2	25.7	5.4	38.9	17.4
Otros	0.6	1.3	0.9	1.2	1.2	1.2
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: INEI -ENDES Continua 2004 2007, 2010

La dotación de recursos humanos para la atención del parto constata que en las zonas rurales la disponibilidad de médicos es expresión de las desigualdades de la atención. Mientras que en el período 2004 - 2007 las zonas rurales contaban con 48.6% de médicos para la atención de parto respecto al resto de personal de salud, en el 2010 cuentan con 44.5% respecto al total de personal de salud. Se ha dado una redistribución de los recursos en el año 2010 versus el período 2004-2007. La menor disponibilidad de médicos ha tenido un contrapeso en la mayor disponibilidad de obstetrices (tras) en las zonas rurales que representan el 47.5% del total en el año 2010. No obstante, su intervención como profesional está limitado a la atención del parto normal, es decir que en las zonas rurales la atención complicaciones estaría en problemas por la disminución en la disponibilidad de médicos.

En la siguiente tabla de partos según profesional de salud y áreas de residencia, se puede comprobar que la gran dificultad en las zonas rurales es la baja capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Las gestantes se están atendiendo en puestos y centros de salud que no cuentan con los servicios necesarios para una adecuada atención. La atención de parto solo debería darse en establecimientos cuyos servicios obstétricos puedan contar con las características de un centros de salud I-3, pero como se puede apreciar en la siguiente tabla, la realidad al año 2010 es otra.

Tabla 26 Atención de partos según profesional de salud y área de residencia

			Médico	Obstetriz	Enfermera	Especialista	Partera	Otro	Nadie	Total
ENDES 2004-2007	No Institucional	Total	3.7	4.8	4.6	0.4	45.9	39.0	1.7	100
		Urbano	7.6	8.4	3.2	1.5	47.6	30.3	1.5	100
		Rural	2.9	4.2	4.9	0.2	45.6	40.6	1.7	100
	Institucional	Total	61.2	35.6	2.3	0.1	0.0	0.8	0.0	100
		Urbano	66.2	32.7	0.9	0.0	0.0	0.2	0.0	100
		Rural	48.6	43.0	6.0	0.2	0.1	2.1	0.0	100
ENDES 2010	No Institucional	Total	4.3	7.8	4.1	10.0	38.9	32.2	2.8	100
		Urbano	11.0	13.6	2.2	6.8	39.6	23.1	3.8	100
		Rural	2.3	6.0	4.7	10.9	38.7	34.8	2.5	100
	Institucional	Total	59.6	37.8	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	100
		Urban	64.9	34.5	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	100
		Rural	44.5	47.5	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100

Fuente: ENDES 2004-2007, ENDES 2010.

Los siguientes años, y como se veía en el punto 3.3 *PIA/PIM versus Presupuesto Ejecutado*, del gasto total por categoría de gasto, el gasto en personal y parte del gasto de bienes y servicios se destinó a la contratación de personal. Este mayor gasto se refleja en una mayor disponibilidad de personal de salud en los establecimientos de salud. Con información de la ENESA 2013 se puede constatar lo reportado por la ENDES; los FONB en el año 2009 han incrementado la contratación de profesionales de salud para la atención de la gestante y el recién nacido. En el año 2009 la disponibilidad de médicos generales contratados en estos establecimientos era de 50.6% y en el año 2011 este porcentaje se ha incrementado hasta alcanzar al 61.5% de médicos generales disponibles.

La disponibilidad de enfermeras también se incrementó de 48.9% en el año 2009 a 56.4% en el año 2011. Tanto la disponibilidad de SERUM para enfermeras y médicos generales tuvo tendencia decreciente, así como la disponibilidad de personal nombrado, lo que ha incidido en los altibajos de la atención del parto por profesional. Contrariamente al comportamiento anterior, la disponibilidad de obstetras se dio bajo la condición laboral de nombramientos. En todos los casos, la disponibilidad es mayor y ello ha permitido incrementar las coberturas a nivel nacional. Esta mayor disponibilidad se verifica también con información del MINSA, que registra un mayor número de médicos entre el año 2009 y 2010, que pasa de 123,663 a 127,504.

El año 2012 se opta nombrar personal médico, a pesar que predomina el personal contratado, y disminuye la disponibilidad de SERUM. En el caso de las enfermeras por el contrario la tendencia se marca hacia la contratación, progresivamente desde el año 2009 la modalidad de “contratado” es la que se privilegia y hay una recuperación en la participación de SERUM dentro del grupo de enfermeras. El grupo de los obstetras(trices) el personal nombrado se ha ido incrementando aunque el año 2012 frena esa tendencia.

Tabla 27 Personal calificado: Médicos, Enfermeras y Obstetras programados por condición laboral en FONB, 2009-2012

	Total	Médico General				Total	Enfermeras				Total	Obstetras			
		Nombrado	Contratado	Serum	Otro 1/		Nombrado	Contratado	Serum	Otro 1/		Nombrado	Contratado	Serum	Otro 1/
Año 2009	100.0%	36.6%	50.6%	11.9%	1.0%	100.0%	41.0%	48.9%	9.0%	1.0%	100.0%	33.2%	61.1%	4.9%	0.8%
Año 2010	100.0%	30.7%	55.9%	13.1%	0.2%	100.0%	40.0%	53.4%	6.5%	0.1%	100.0%	39.6%	55.7%	4.8%	
Año 2011	100.0%	27.3%	61.5%	11.1%	0.1%	100.0%	38.6%	56.4%	5.0%		100.0%	41.3%	55.2%	3.5%	0.1%
Año 2012	100.0%	29.8%	60.6%	9.2%	0.4%	100.0%	37.4%	56.8%	5.9%		100.0%	39.6%	56.6%	3.7%	0.1%

Fuente: INEI – ENESA 2009 2011, 2013

Los establecimientos FONE por otro lado, también se han visto beneficiados con un mayor número de personal profesional contratado, en el caso de las enfermeras esta fue la condición laboral bajo la cual se dio la ampliación. En el caso de los obstetras el porcentaje de obstetras bajo la condición de nombrados se mantuvo estable con tendencia a crecer y se incrementó la condición de contratación hasta el año 2011, para caer en el año 2012. Al igual que en los FONB la participación de SERUM disminuyó entre el año 2009 y 2011, pero a diferencia de los FONB no se recupera en el año 2012.

Tabla 28 Enfermeras y obstetras programadas por condición laboral con FONE 2009-2012

FONE	T total	Enfermeras				T total	Obstetras			
		Nombrado	Contratado	Serum	Otro		Nombrado	Contratado	Serum	Otro
Año 2009	100.0%	74.1%	24.1%	0.2%	1.7%	100.0%	58.9%	37.0%	0.9%	3.2%
Año 2010	100.0%	72.5%	27.3%	0.2%		100.0%	60.8%	38.4%	0.7%	0.1%
Año 2011	100.0%	66.1%	33.6%	0.3%		100.0%	58.8%	40.7%	0.4%	0.1%
Año 2012	100.0%	59.7%	40.3%	0.1%		100.0%	60.5%	39.1%	0.4%	

Fuente: INEI – ENESA 2009 2011, 2013

En el caso de la disponibilidad de médicos para los FONE disminuyó, pero en términos de la participación de médicos especialistas la disponibilidad de médicos anestesiólogos contratados se incrementó durante el período (de 26.9% en el año 2009 pasó a 41.7% en el 2011), este es un recurso escaso por el que los subsectores compiten. En cambio la disponibilidad de médicos gineco-obstetras mantuvo su participación favoreciendo la contratación como condición laboral en vez del nombramiento. Se puede observar que el énfasis para las FONE ha estado en la contratación de enfermeras y obstetras.

Tabla 29 Médicos especialistas programados por condición laboral en FONE, 2009-2012

Total	Médico Anestesiólogo			Total	Médico Gineco Obstetra			Total	Médico Pediatra			Total	Médico Cirujano General			Total	Médico Internista			
	Nombrado	Contratado	Otro		Nombrado	Contratado	Otro		Nombrado	Contratado	Otro		Nombrado	Contratado	Otro		Nombrado	Contratado	Serum	Otro
100%	66%	27%	8%	100%	78%	20%	2%	100%	71%	26%	3%	100%	77%	22%	1%	100%	78%	20%	1%	1%
100%	65%	35%		100%	82%	18%		100%	76%	24%		100%	75%	25%		100%	83%	17%		
100%	57%	42%	1%	100%	74%	26%		100%	80%	19%	1%	100%	67%	32%	1%	100%	69%	31%		
100%	62%	38%		100%	74%	26%		100%	78%	22%		100%	73%	27%		100%	82%	18%		

Fuente: INEI – ENESA 2009 2011, 2013

Los FONI a diferencia de los FONE, el mayor incremento fue en la disponibilidad de enfermeras y obstetras. Experimentándose una menor disponibilidad de médicos especialistas. La mayor demanda de médicos especialistas de ESSALUD ha propiciado que el subsector público se oriente hacia el nombramiento de sus médicos para evitar la pérdida de este personal, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 30 Médicos, Enfermeras y Obstetras por condición laboral con FONI 2009-2012

	Total	Médico Anestesiólogo		Total	Médico Gineco Obstetra		Total	Médico Intensivista		Total	Médico Cirujano General		Total	Enfermeras		Total	Obstetras	
		Nombrado	Contratado		Nombrado	Contratado		Nombrado	Contratado		Nombrado	Contratado		Nombrado	Contratado		Nombrado	Contratado
Año 2009	100.0%	85.1%	14.9%	100.0%	90.9%	9.1%	100.0%	73.3%	26.7%	100.0%	86.4%	13.6%	100.0%	81.3%	18.7%	100.0%	84.4%	15.6%
Año 2010	100.0%	85.0%	15.0%	100.1%	88.8%	11.3%	100.0%	83.3%	16.7%	100.0%	82.1%	17.9%	100.0%	77.3%	22.7%	100.0%	81.3%	18.7%
Año 2011	100.0%	77.8%	22.2%	100.0%	85.7%	14.3%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	89.6%	10.4%	100.0%	70.5%	29.5%	100.0%	69.9%	30.1%
Año 2012	100.0%	64.5%	35.5%	105.7%	78.9%	26.8%	100.0%	16.7%	83.3%	100.0%	85.5%	14.5%	100.0%	63.0%	37.0%	100.0%	85.6%	14.4%

Fuente: INEI – ENESA 2009 201, 2013

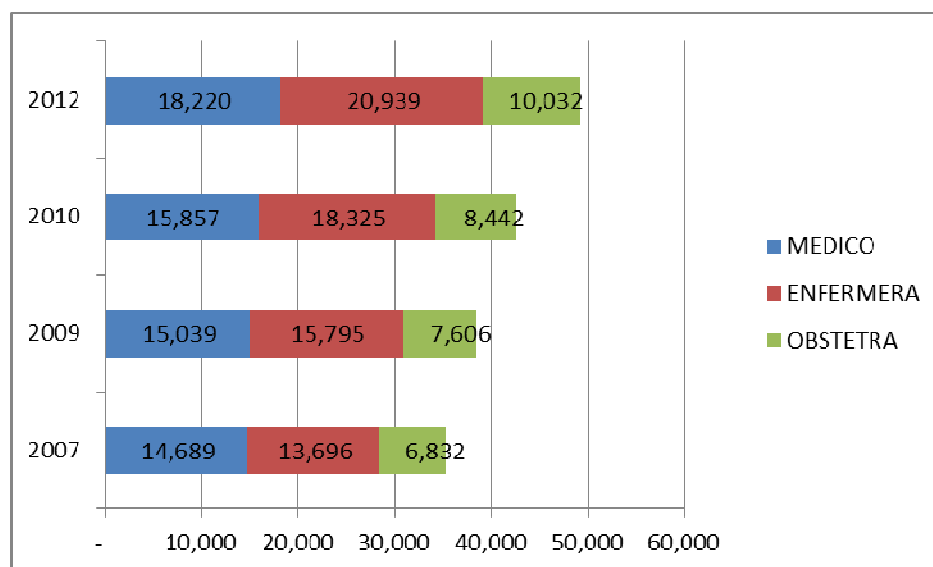
El MINSA, a través del Observatorio de Recursos Humanos registra para el personal médico, enfermeras y obstetras un incremento constante desde el año 2007 al año 2012 como se puede apreciar en la siguiente gráfica. A pesar de las dificultades encontradas para garantizar personal en los establecimientos, en especial de zonas rurales el incremento de éste ha sido sostenido. Al año 2007 la densidad de recursos humanos era (médicos, enfermeras y obstetras) de 13.19, al año 2012 la densidad de recursos humanos es de 16.9³⁶.

La aplicación de incentivos monetarios y no monetarios para una mejor distribución de los recursos humanos hacia zonas rurales contribuiría a hacer más consistente el desempeño de los establecimientos de salud. Adicionalmente, debería acelerarse el ritmo de incorporación de personal de salud para la atención de la población. La meta propuesta para la Región Latinoamérica es de una densidad de 25 para el año 2015. La fuerza laboral del sector salud,

³⁶ Se define la densidad de recursos humanos para la atención del parto por profesional calificado es de contar con médico más enfermera más obstetra por 10,000 habitantes

representa el 60% del sector, por lo tanto la aplicación de estrategias bien dirigidas desde el MINSA podrían hacer la diferencia en la dotación y distribución de recursos humanos.

Figura 51 Nro. Médicos, Enfermeras y Obstretas 2007,2009,2010,2012



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos DGGDRH - MINSA, Julio,2013.

Análisis de equipos, mobiliario e instrumental

Los recursos presupuestales asignados como se puede observar y la gestión para mejorar las condiciones en la atención del parto no obtiene en todos los casos el efecto esperado para incrementar la disponibilidad de equipos y mobiliario necesario. El progreso es lento. La situación de los establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas neonatales básicas, esenciales e intensivas en cuanto a disponibilidad de equipos y mobiliario a través de la ENESA, muestra que:

- Los FONB han experimentado mejoras progresivas en la disponibilidad de equipos y mobiliario para la atención de partos en la sala de partos, es así que mesas de parto en el año 2009 solo estaban disponibles en un 43.6%, en el año 2011 pasa a 52.8% y 68.6% en el año 2012. La disponibilidad de lámparas de ganso o cialítica pasó de contar con una disponibilidad de 75.9% en el 2009 a 85.3% en el 2012. Mientras que la disponibilidad de lavamanos disminuyó de 63.8% en el 2009 a 60.4% en el 2011 (esencial para una atención higiénica) pero mejora en el año 2012 hasta alcanzar el 75.7%. Los equipos doppler para la detección de latidos fetales también ha mejorado progresivamente pasando de 46.8% en el año 2009 a 61.9% y la disponibilidad de tensiómetros también ha mejorado de 58.9% en el año 2009 a 73.7% en el año 2012. Sin embargo, en ninguno de los casos se garantiza la disponibilidad plena de éstos.
- Los FONE en cambio tuvieron mejoras notables en cuanto a la disponibilidad de lámparas de cuello de ganso y lavamanos, los que eran inexistentes en el 2009 o no

estaban operativos para pasar a contar con una disponibilidad del 90.4% y 80.9% en el 2011 respectivamente. Asimismo, Mejoraron la disponibilidad de equipos de doppler que en el año 2009 solo llegaban a 9.1% y pasaron a un 79.2% de disponibilidad en el año 2012. Los tensiómetros tienen una disponibilidad en el 84.4% de FONES. Estos equipos y mobiliario deberían estar disponibles en un 100%, de acuerdo a la norma técnica.

- Los FONI, al año 2012 han alcanzado la disponibilidad esperada de equipos y mobiliario en sala de partos. En específico, de mesas de parto, lámparas de cuello de ganso, lava manos y tensiómetro y está en un 83.3% en la disponibilidad de tensiómetros.

En la siguiente tabla se puede apreciar el comportamiento descrito. Cabe resaltar que siendo este mobiliario y equipamiento crítico para la atención de parto la mejora no llega a alcanzar la disponibilidad mínima requerida para una atención de parto adecuada, que en el caso de los FONB debería ser mayor al 80% y en los FONE y FONI del 90%, solo los FONI han sobrepasado ese mínimo. Es decir, el ritmo de inversión de los establecimientos para la adquisición y reposición de equipos y mobiliario es lenta y este hecho traduce problemas de programación de adquisiciones, una baja conciencia sobre la depreciación de los equipos y mobiliario que los establecimientos necesitan, una clara limitación metodológica en la formulación de los requerimientos dentro del presupuesto público y problemas en la gestión de los establecimientos.

Tabla 31 Establecimientos de salud por disponibilidad de mobiliario y equipos para la atención del parto en sala de partos. 2009-2012

		Total	Mesa de Partos con Mecanismo para Trendelemburg			Lámpara de Cuello de Ganso o Cialítica			Lava Manos			Equipo Doppler de Detección de Latidos Fetales			Tensiómetro	
			Sí	No	No Operativo	Sí	No	No Operativo	Sí	No	No Operativo	Sí	No	No Operativo	Sí	No
FONB	Año 2009	100.0%	43.6%	49.3%	7.1%	75.9%	23.8%	0.4%	63.8%	32.3%	3.9%	46.8%	42.6%	10.6%	58.9%	41.1%
	Año 2010	100.0%	43.1%	41.6%	15.3%	80.8%	18.9%	0.4%	62.6%	31.3%	6.0%	51.2%	40.2%	8.5%	65.1%	34.9%
	Año 2011	100.0%	52.8%	45.3%	1.9%	84.6%	15.4%		60.4%	28.7%	10.8%	55.0%	45.0%		57.5%	42.5%
	Año 2012	100.0%	68.6%	30.5%	0.8%	85.3%	14.7%		75.7%	20.1%	4.2%	61.9%	38.1%		73.7%	26.3%
FONE	Año 2009	100.0%	63.6%	25.5%	10.9%	0.0%	72.7%	27.3%	0.0%	70.9%	20.0%	9.1%	0.0%	76.4%		
	Año 2010	100.0%	50.9%	30.9%	18.2%	89.1%	10.9%	0.0%	72.7%	25.5%	1.8%	60.0%	30.9%	9.1%	74.5%	25.5%
	Año 2011	100.0%	61.9%	33.3%	4.8%	90.5%	9.5%	0.0%	81.0%	12.7%	6.3%	71.4%	28.6%		85.7%	14.3%
	Año 2012	100.0%	77.9%	20.8%	1.3%	96.1%	3.9%	0.0%	89.6%	5.2%	5.2%	79.2%	19.5%	1.3%	84.4%	15.6%
FONI	Año 2009	100.0%	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%		0.0%	66.7%	33.3%		100.0%				
	Año 2010	100.0%	50.0%	33.3%	16.7%	83.3%	16.7%	0.0%	66.7%	16.7%	16.7%	50.0%	33.3%	16.7%		
	Año 2011	100.0%	80.0%	20.0%		100.0%		0.0%	80.0%	20.0%		100.0%			100.0%	
	Año 2012	100.0%	100.0%			100.0%		0.0%	100.0%		0.0%	83.3%	16.7%	0.0%	100.0%	

Fuente: INEI -ENESA, 2009-2011, 2013

A nivel de sets de instrumental crítico para la atención del parto, tanto a nivel de FONB y FONE se cumple con el estándar mínimo requerido. En el primer caso al año 2012 el 98.9% tiene disponible set de parto y de episiotomía en los FONB y el 100% de los FONE cuenta con éstos.

Tabla 32 Establecimientos de salud con FONB, FONE, por disponibilidad de sets de instrumentales en sala de partos. 2009-2012

		Total	Episiotomía		Parto		Revisión de Cuello Uterino y Vagina	
			Sí	No	Si	No	Si	No
FONB	Año 2009	282	86.9%	13.1%	92.6%	7.4%	63.8%	36.2%
	Año 2010	281	95.4%	4.6%	98.6%	1.4%	73.3%	26.7%
	Año 2011	369	96.5%	3.5%	97.6%	2.4%	76.7%	23.3%
	Año 2012	354	98.3%	1.7%	98.6%	1.4%	86.7%	13.3%
FONE	Año 2009	55	87.3%	12.7%	94.5%	5.5%	72.7%	27.3%
	Año 2010	55	89.1%	10.9%	96.4%	3.6%	78.2%	21.8%
	Año 2011	63	100.0%		100.0%		76.2%	23.8%
	Año 2012	77	100.0%		100.0%		84.4%	15.6%

Fuente: INEI -ENESA, 2009-2011, 2013

Análisis de la disponibilidad de medicamentos e insumos

A nivel de disponibilidad de medicamentos e insumos críticos los FONB, en el año 2012 se ha dado una mejora notable en la disponibilidad de medicamentos en el servicio de emergencia, es así que el 11.3% de los establecimientos cuentan con cloruro de sodio (al 0.9%), oxitocina parenteral, antihipertensivos, anticonvulsivantes, antibióticos parenterales, lidocaína clorhidrato (al 2%). Esta mejora es comparativamente más alta al año 2009 en que solo el 2.1% contaba con éstos insumos. En farmacia, para el año 2012 la disponibilidad de medicamentos e insumos como la oxitocina si está disponible en el 92.1% de los establecimientos, la vitamina K parenteral en el 93.5% y los ergonóvnicos parenterales en un 65.8% como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 33 Establecimientos de salud FONB por disponibilidad de otros medicamentos en farmacia, 2009 - 2012.

	Total	Ergonóvnicos Parenterales	Oxitóxico Parenterales	Isoxuprina 10 mg iny 2 ml	Vitamina K Parenteral
		Sí	Sí	Sí	Sí
Año 2009	100.0%	73.0%	84.4%	2.8%	96.1%
Año 2010	100.0%	65.5%	81.5%	1.1%	96.4%
Año 2011	100.0%	59.6%	85.6%	1.6%	95.9%
Año 2012	100.0%	65.8%	92.1%	0.0%	93.5%

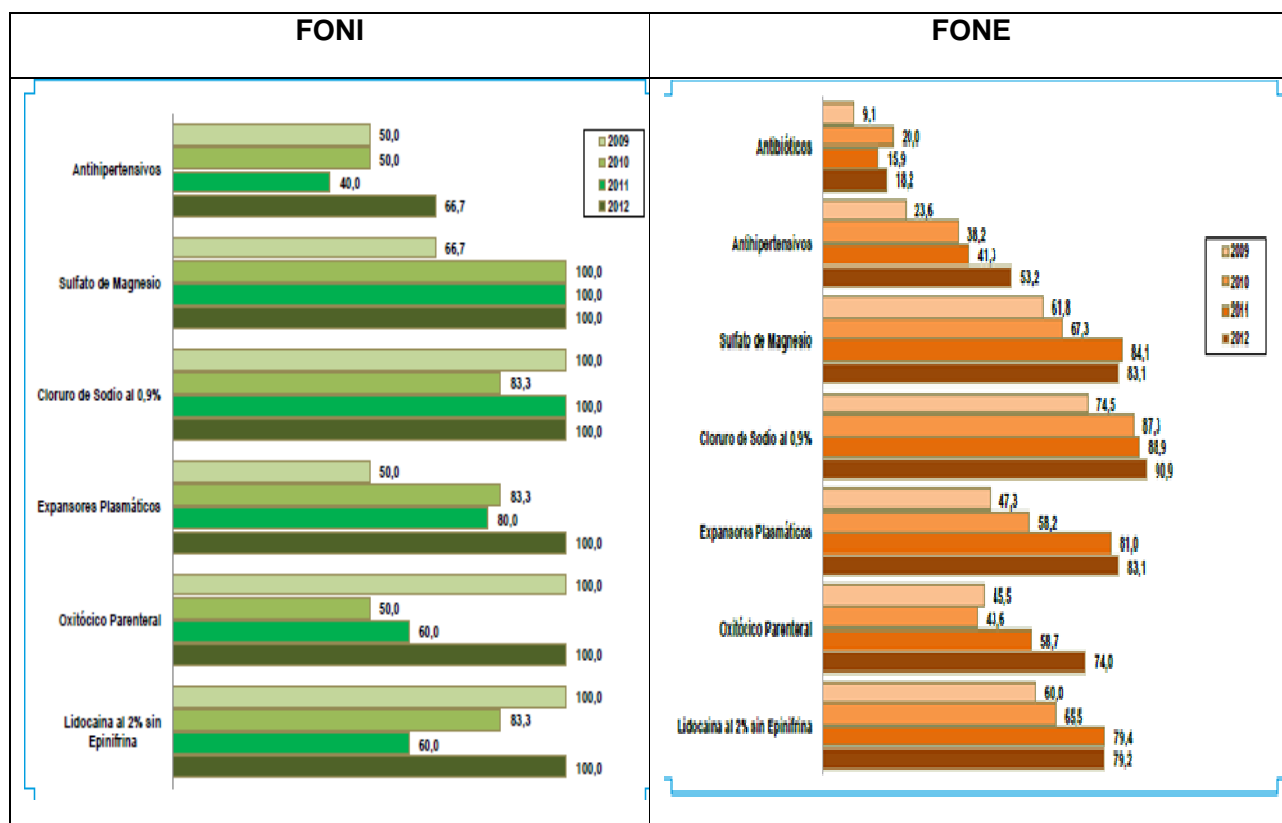
Fuente: ENESA-INEI 2009-2011, 2013

De igual modo, la disponibilidad de medicamentos en emergencia obstétrica para el año 2012 ha aumentado en relación al año 2009 a nivel de FONE y FONI. Sin embargo a nivel de la emergencia en los FONE los medicamentos críticos han tenido una disponibilidad de antibióticos de 9.1% en el año 2009 a 18.2 en el años 2012, con una mayor disponibilidad de expansores plasmáticos y antihipertensivos de 47.3% a 83.1% y de 23.6% a 53.2% respectivamente. Durante las visitas de campo se constató que en efecto los resultados sobre la disponibilidad de estos medicamentos e insumos en emergencia se han incrementado pero

no alcanzan el 100% de disponibilidad en las emergencias obstétricas porque justifican que éstos se encuentran disponibles en la farmacia y que de necesitarse se recurre a ella. Al parecer, el concepto de atención de la emergencia en los FONE resulta bastante holgado.

En los FONI en cambio, la disponibilidad de medicamentos básicos para la atención de la gestante es del 100% en la emergencia, exceptuando los antihipertensivos que al año 2012 fue de 66.7% versus 50% en el año 2009.

Figura 52 FONE, FONI que disponen de medicamentos en emergencia 2009, 2012



Fuente: INEI-ENESA 2009-2012.

Análisis de la disponibilidad de Sangre para la atención del Parto

Las hemorragias son la primera causa directa de muerte materna (por complicaciones de ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta, entre otras), por ello la disponibilidad de sangre es crítica para evitar que esto ocurra. De acuerdo a ENESA de los casos de gestantes y partos complicados con hemorragias referidos a establecimientos FONE y FONI, 52.6% fueron debidos a aborto espontáneo incompleto con otras complicaciones seguido de retención placentaria con 18.3% y 13.3% por placenta previa.

Tabla 34 Casos de gestantes y partos complicados con hemorragias referidos establecimientos de Salud FONE y FONI 2009-2011

	Total	Embarazo Ectópico	Aborto Retenido	Aborto Espontáneo Incompleto con Otras Complicaciones	Placenta Previa	Desprendimiento Prematuro de la Placenta	Retención de la Placenta	Otras Patologías
FONE								
Año 2009	2988	58	207	1548	396	192	546	41
Año 2010	2693	69	125	1435	379	126	516	43
Año 2011	3515	84	231	1848	469	183	645	55
Año 2012		s.i	s.i	s.i	s.i	s.i	s.i	s.i
FONI								
Año 2009	100.0%	1.9%	6.9%	51.8%	13.3%	6.4%	18.3%	1.4%
Año 2010	100.0%	2.6%	4.6%	53.3%	14.1%	4.7%	19.2%	1.6%
Año 2011	100.0%	2.4%	6.6%	52.6%	13.3%	5.2%	18.3%	1.6%
Año 2012		s.i	s.i	s.i	s.i	s.i	s.i	s.i

Fuente: ENESA, 2009 -2011, 2013

En los establecimientos FONE tanto las gestantes que llegaron referidas como las que fueron directamente a estos se encontraron que solo el 39.7% contaba con paquete globular en el año 2011 vs. 38.2% en el año 2009, y en el año 2012 la disponibilidad de paquete globular mejoró al 50.6%. De igual modo, solo el 28.6% contaba con plasma fresco congelado en el año 2011 y en el año 2012, el 36.4% dispone de éstos. El 4.8% de FONES en el año 2011 contaba con crioprecipitados con mejora hacia el año 2012 para llegar al 13%. El año 2012 la disponibilidad de plaquetas es de 15.6%.

Los establecimientos FONI, en cambio presentan mejores condiciones, al año 2012 el 100% cuenta con paquete globular y plasma fresco congelado a -20°C y plaquetas. Solo en el caso de los crioprecipitados se tiene disponibilidad en el 50% de FONI.

Tabla 35 Establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales por disponibilidad de hemoderivados en el área de sangre segura y derivados 2009-2012

		Total	Paquete Globular			Plasma Fresco Congelado a -20° C			Crioprecipitados			Plaquetas		
			Sí	No	No Operativo	Sí	No	No Operativo	Sí	No	No Operativo	Sí	No	No Operativo
FONE	Año 2009	100.0%	38.2%	61.8%		21.8%	72.7%	5.5%	5.5%	94.5%		9.1%	90.9%	
	Año 2010	100.0%	27.3%	69.1%	3.6%	20.0%	76.4%	3.6%	5.5%	94.5%		5.5%	92.7%	1.8%
	Año 2011	100.0%	39.7%	55.6%	4.8%	28.6%	66.7%	4.8%	4.8%	95.2%		6.3%	93.7%	
	Año 2012	100.0%	50.6%	49.4%		36.4%	59.7%	3.9%	13.0%	85.7%	1.3%	15.6%	81.8%	2.6%
FONI	Año 2009	100.0%	100.0%			100.0%			33.3%	66.7%		66.7%	33.3%	
	Año 2010	100.0%	83.3%		16.7%	66.7%		33.3%	50.0%	50.0%		66.7%	33.3%	
	Año 2011	100.0%	100.0%			60.0%	20.0%	20.0%	40.0%	60.0%		60.0%	20.0%	20.0%
	Año 2012	100.0%	100.0%			100.0%			50.0%	50.0%		100.0%		

Fuente: INEI-ENESA 2009-2012, 2013

En cuanto al equipo necesario, en el año 2011 de aquellos establecimientos con FONE solo el 27% contaba con congeladora a -20°C, y 65% no tenía congeladora y 7.9% las tenía no operativas y solo el 41.3% tenía conservador de sangre y esta situación era casi igual o peor a la que presentaban en el año 2009. Pero, en el año 2012 se observan mejoras en los FONE con una disponibilidad del 40.3% de congeladores y 55.8% de conservadores de sangre. En el caso de los FONI, el 100% cuenta con congeladora y con conservador de sangre desde el año 2009 al año 2012.

Tabla 36 Establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales e intensivos por disponibilidad de equipos para hemoterapia 2009-2012

Establecimientos		Total	Congelador a - 20° C			Conservador de Sangre		
			Sí	No	No Operativo	Sí	No	No Operativo
FONE	Año 2009	100%	34.5%	56.4%	9.1%	41.8%	47.3%	10.9%
	Año 2010	100%	29.1%	60.0%	10.9%	49.1%	47.3%	3.6%
	Año 2011	100%	27.0%	65.1%	7.9%	41.3%	44.4%	14.3%
	Año 2012	100%	40.3%	49.4%	10.4%	55.8%	27.3%	16.9%
FONI	Año 2009	100%	100.0%			100.0%		
	Año 2010	100%	83.3%		16.7%	100.0%		
	Año 2011	100%	60.0%	40.0%		100.0%		
	Año 2012	100%	100.0%			100.0%		

Fuente: INEI-ENESA 2009 2011, 2013

En términos generales, los FONI presentan una mejor disponibilidad de equipos e insumos necesarios para la atención de complicaciones. Los FONE en cambio, no cumplen con el estándar establecido.

Capacidad para resolver complicaciones

Si la capacidad resolutoria de los FONB no es la adecuada entonces es esperable que aquello que no pueden resolver estos, sí puede ser resuelto por los FONE y los FONI. Como se puede observar en la siguiente tabla, los partos complicados que llegan a los FONE desde los FONP y FONB clasificados en:

- Trabajo de parto complicado por sufrimiento fetal agudo: la referencia de esta complicación disminuyó de 28% en el año 2009 a 26.6% en el año 2011.
- Trabajo de parto obstruido debido a anormalidad de la pelvis materna: pasó de 10.5% en el año 2009 a 12.5% en el 2010 para regresar a 10.7% en el 2011.
- Trabajo de parto obstruido debido a desproporción feto pelviana, sin otra especificación: las referencias de esta complicación frente al total representaron el 25.2% en el 2011 vs. 20.4% en el 2009. En relación a esta complicación durante las entrevistas al personal de Hospitales mencionaron que los FONB estaban refiriendo algunos partos que no se ajustaban a las condiciones de una complicación. Esta complicación es la más utilizada junto a la condición de una mala posición y presentación anormal del feto.

- Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto: a diferencia de lo que mencionaron los entrevistados en los hospitales, los resultados de la ENESA muestran que las referencias por esta complicación han tendido a disminuir de 35.1% en el año 2009 a 29.9% en el año 2011.
- Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical – las referencias se incrementaron de 5.9% en el año 2009 a 7.6% en el 2011, sin embargo en el 2010 cayeron a 4.5%.

Tabla 37 Casos de gestantes en trabajo de parto complicado referidos a establecimientos de salud FONE y FONI 2009-2011

	Total	Trabajo de Parto Complicado por Sufrimiento Fetal Agudo	Trabajo de Parto Obstruido debido a Anormalidad de la Pelvis Materna	Trabajo de Parto Obstruido debido a Desproporción Feto Pelviana, sin otra Especificación	Trabajo de Parto Obstruido debido a Mala Posición y Presentación Anormal del Feto	Trabajo de Parto y Parto Complicados por Problemas del Cordón Umbilical
Año 2009	100.0%	28.2%	10.5%	20.4%	35.1%	5.9%
Año 2010	100.0%	27.4%	12.5%	21.4%	34.3%	4.5%
Año 2011	100.0%	26.6%	10.7%	25.2%	29.9%	7.6%
Año 2012		s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.

Fuente: INEI – ENESA 2009 2011

- Asimismo, la siguiente tabla muestra el porcentaje de partos complicados respecto a partos atendidos, en el año 2011 50.8% de establecimientos se encuentran en el rango de 10% a 19% de atenciones de partos complicados respecto al total de partos atendidos. Resultado que se encuentra dentro de lo esperado tomando en cuenta que según referencias de la OMS de 5% a 15% de los partos se complican. Sin embargo, el rango de 20% a 30% ha tenido una tendencia creciente de 30.9% en el año 2009 a 33.3% en el año 2011 y 40.3% en el año 2012 con lo que debería tenerse en cuenta esta situación para proceder a realizar mejoras en la calidad de atención de la gestante y así evitar que el porcentaje de complicaciones sobre el total de partos atendidos aumente.

Tabla 38 Establecimientos de salud con FONE, por partos complicados respecto a los partos atendidos 2009-2012

	Total	Partos complicados respecto a los partos atendidos 1/								Sin partos complicados	
		Menos de 10%		De 10% a 19%		De 20% a 30%		De 31% y más			
		Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Año 2009	55	12	21.8	20	36.4	17	30.9	5	9.1	1	1.8
Año 2010	55	11	20.0	19	34.5	15	27.3	9	16.4	1	1.8
Año 2011	63	6	9.5	32	50.8	21	33.3	4	6.4		
Año 2012	77	4.0	5.2	35.0	45.5	31.0	40.3	7.0	9.1		

Fuente: INEI – ENESA, 2009 2011, 2013.

- El incremento de las coberturas de parto y complicaciones enfrenta barreras estructurales para lograr una atención adecuada para la etapa de dilatación, parto, el puerperio y la atención inmediata del recién nacido. Para el año 2011, alrededor del 89% de los FONE cuenta con sala de dilatación, el 99% cuenta con sala de parto, sin embargo al año 2011 solo el 63.4% cuenta con sala de puerperio. Esta situación ha sido constatada durante las visitas de campo y se observó que la falta de este servicio genera hacinamiento e invita a la pérdida de control de la puérpera. Esta información no está disponible para el año 2012.

Tabla 39 Establecimientos de Salud con FONE, por disponibilidad de salas de dilatación, parto, puerperio y área de atención inmediata del recién nacido 2009-2011

	Total	Sala de:						Área de Atención Inmediata del Recién Nacido	
		Dilatación		Parto		Puerperio		Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No		
Año 2009	100.0%	89.1%	10.9%	98.2%	1.8%	58.2%	41.8%	94.5%	5.5%
Año 2010	100.0%	87.3%	12.7%	98.2%	1.8%	49.1%	50.9%	98.2%	1.8%
Año 2011	100.0%	88.9%	11.1%	100.0%		63.5%	36.5%	100.0%	
Año 2012		s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.

Fuente: INEI – ENESA, 2009-2011.

3.1.3 Desempeño en cuanto a resultados específicos (Contenido 35)

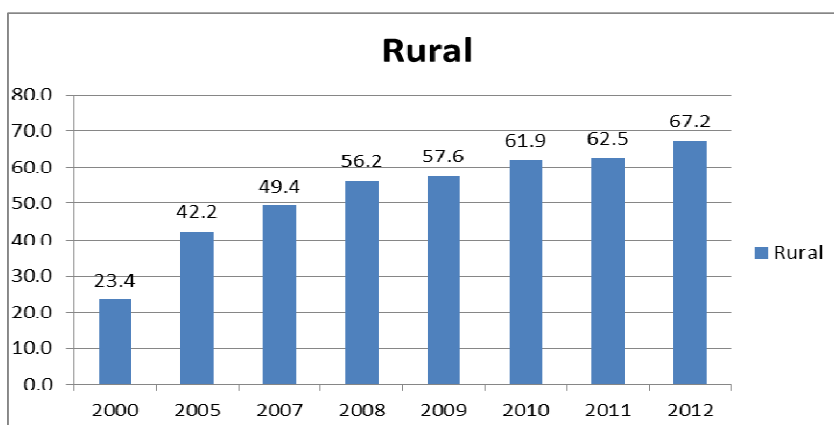
Cuantificar (valores obtenidos) los indicadores de resultado específico para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 (de ser información faltante). E evaluar el desempeño de la Intervención Pública Evaluada en cuanto al logro de las metas a nivel de resultado específico. Evaluar el cálculo y sustento de (o proponer de ser el caso) metas físicas para los años 2012 y 2013.

Se definen indicadores de desempeño que se encuentran en el PPSMN para el año 2012. Los indicadores considerados responden a la necesidad de enfocar los esfuerzos en mejorar las coberturas de atención del parto rural o procedente de éste, sin embargo aún a nivel del MINSA esta incorporación no cuenta con herramientas que permitan hacer un monitoreo específico sobre las mismas desde el nivel institucional. Asimismo, tampoco se cuenta con una proyección de meta para estos a nivel de la ESNSSR. Esta última ha ensayado con las regiones algunos mecanismos para el monitoreo de los indicadores.

Proporción parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales

El incremento en el parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales se ha incrementado, como se puede apreciar en la siguiente figura, hasta llegar a un 67.2% en el año 2012 y ello ha contribuido a que el promedio nacional de atención de parto institucional se eleve.

Figura 53 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales



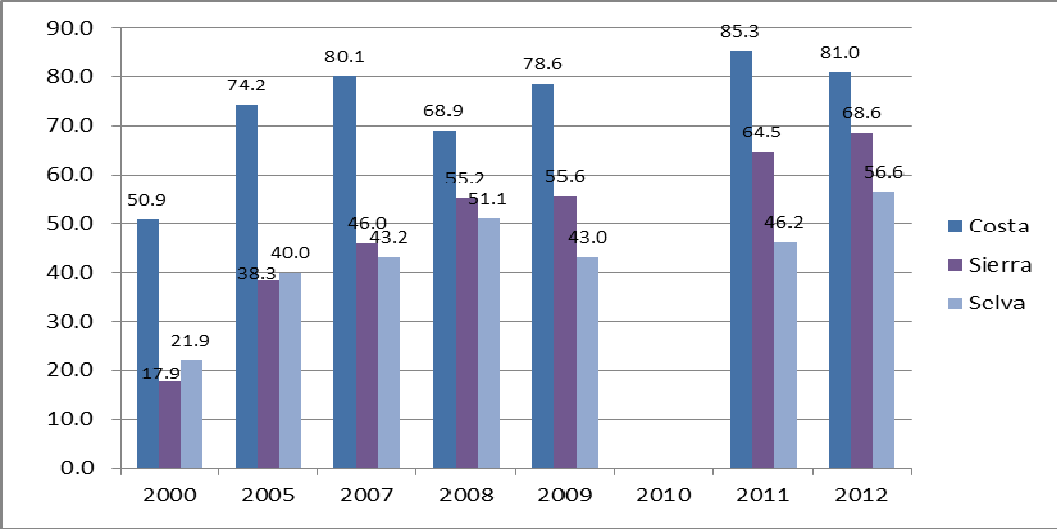
Fuente: INEI-ENDES, 2012

La atención de parto institucional en la sierra ha contado con un crecimiento sostenido, en cambio en la selva durante los últimos años el incremento del parto rural se ha frenado. De acuerdo a la visita realizada a Ucayali los problemas que presenta esta región son dispersión y baja capacidad resolutive de sus establecimientos de salud. Prácticamente no tienen FONB, así que los FONP son los que tienen que dar la atención, en vista de ello, las gestantes prefieren un parto domiciliario, el cual se ha incrementado en los últimos años. Se suman a ello, problemas de gestión en la adquisición y distribución que limitan el acceso a insumos y medicamentos de manera oportuna, y de contar con mejoras en la infraestructura y equipamiento de los establecimientos, como se puede observar en el Informe de Resultado del Trabajo de Campo (ANEXO 3. INFORME DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO).

Durante el año 2012 se reforzó desde el MINSA la asistencia técnica hacia las DIRESA de selva, y durante la visita de campo se constató la presencia del nivel central y los resultados muestran que el acompañamiento cercano mejora el desempeño a pesar de las dificultades de acceso geográfico. A la par, una asignación presupuestaria más decidida hacia esas zonas entre los años 2011 y 2012 también ha contribuido a que se puedan atender necesidades de personal, equipos, medicinas e insumos y para la movilización en territorios difíciles.

Como se puede ver en la siguiente figura el parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales en selva llegó a representar el 56.6% en comparación de años anteriores que tuvo altibajos entre el 43.6% y 46.2%.

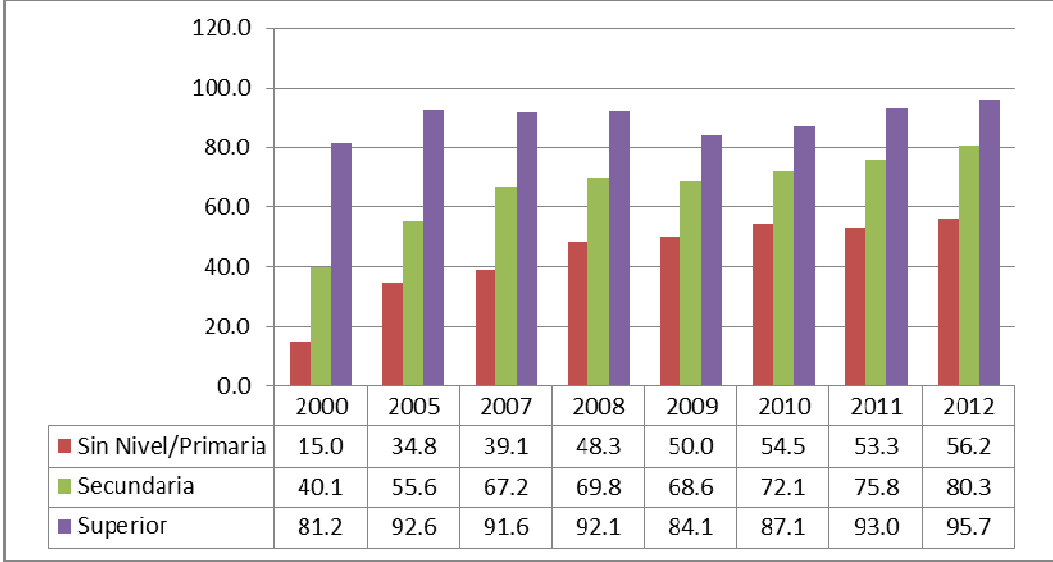
Figura 54 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, según dominio de residencia (resto costa, sierra rural, selva rural), 2000, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012



Fuente: INEI-ENDES, 2012.

No obstante, a pesar de algunas limitaciones que aún experimenta la oferta de servicios, es de resaltar el incremento constante que ha tenido desde el año 2000 la atención del parto institucional de gestantes procedentes del área rural sin nivel educativo o con solo primaria. También las gestantes con nivel de educación secundario mejoraron su acceso durante todo el período.

Figura 55 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, según educación de la madre, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012

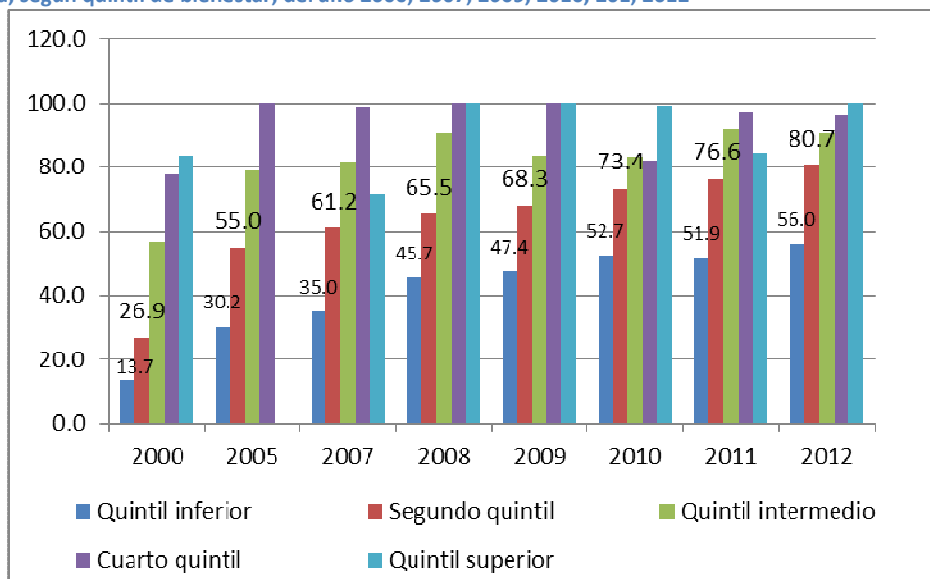


Fuente: INEI-ENDES, 2012

Las gestantes pobres de zonas rurales (quintil 1 y 2) han tenido mayor acceso a la atención de parto, varios factores han sumado a favor, como es el crecimiento económico del país, la

reducción de la pobreza, la protección financiera del SIS a este grupo, el programa JUNTOS, la ampliación progresiva de la oferta de servicios, la descentralización, entre otros aspectos.

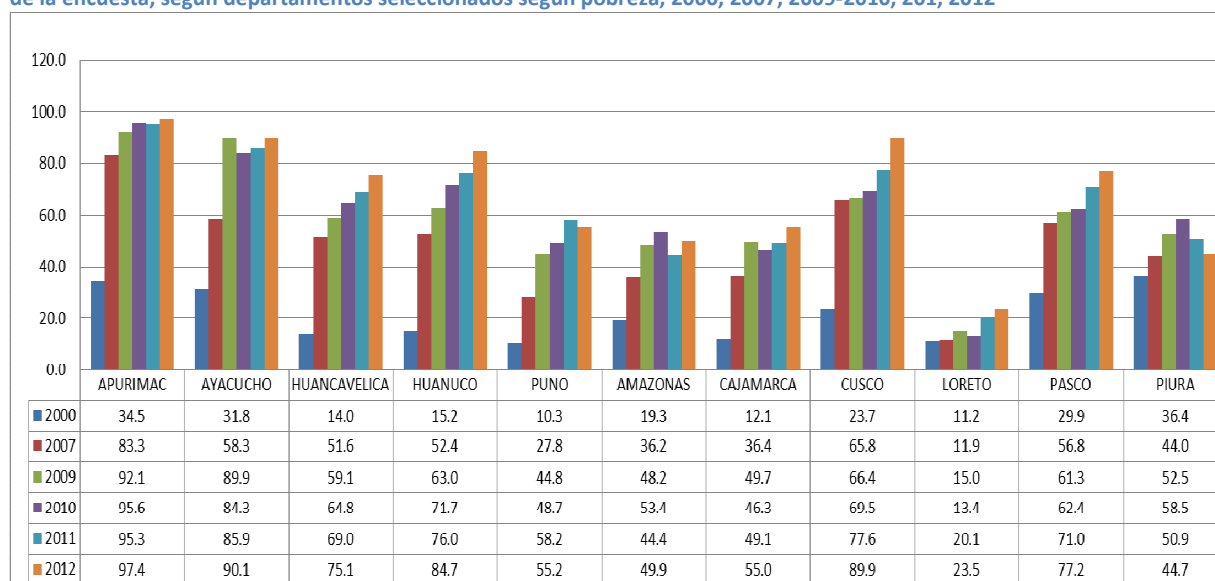
Figura 56 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, según quintil de bienestar, del año 2000, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012



Fuente: INEI-ENDES, 2012.

Por otro lado, las mejoras en el parto institucional de gestantes procedentes de áreas rurales por departamentos son notorias, el año 2007 se encontraba en 49.4 y en el año 2012 está en 67.2% como se pudo observar anteriormente. A nivel de departamentos, algunos como Apurímac han incrementado en 63 puntos porcentuales, Ayacucho 58, Huancavelica 61 y Puno 44 puntos porcentuales comparando con el año 2000. La siguiente figura incluye los departamentos más pobres, los cuales también tienen mayor ruralidad, y en todos los casos el incremento del parto institucional ha sido creciente, solo el caso de Piura refleja dificultades en el acceso a la atención del parto institucional. Otro caso menos preocupante es el de Puno, que ha experimentado en el año 2012 un descenso con respecto al año 2011, después de un período de ascenso.

Figura 57 Proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, según departamentos seleccionados según pobreza, 2000, 2007, 2009-2010, 2011, 2012

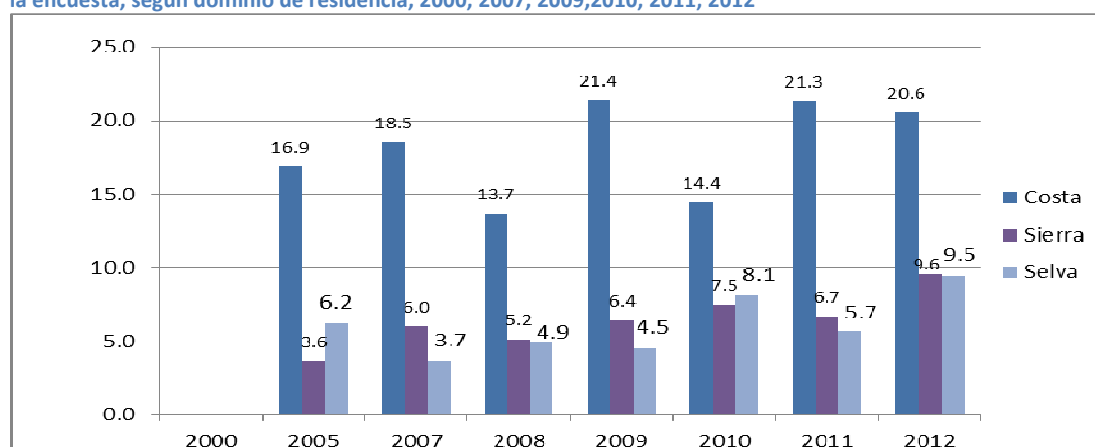


Fuente: INEI-ENDES 2013

Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural

Como se puede observar en la siguiente figura, dentro del período 2008 – 2012 se logra un mejor acceso de las gestantes de áreas rurales a la atención del parto por cesárea. De acuerdo a la OMS entre 5% y 15% de las gestantes tendrán un parto por cesárea y para la costa se ha excedido de ese rango a partir del año 2007. En cambio en la sierra a partir del año 2007 empieza a estar en el rango y se mantiene dentro de él dentro del período 2008- 2012. La selva en cambio en el período 2008-2012 pasa de 4.5% en el año 2009 a 8.1% en el año 2010 y luego descender a 5.7% en el año 2011 y subir a 9.5% en el año 2012. La disponibilidad de profesionales de la salud influye en este comportamiento. Por ejemplo, en el caso de Ucayali, se observó que durante el año 2012 se contó con mayor disponibilidad de personal en los establecimientos de salud.

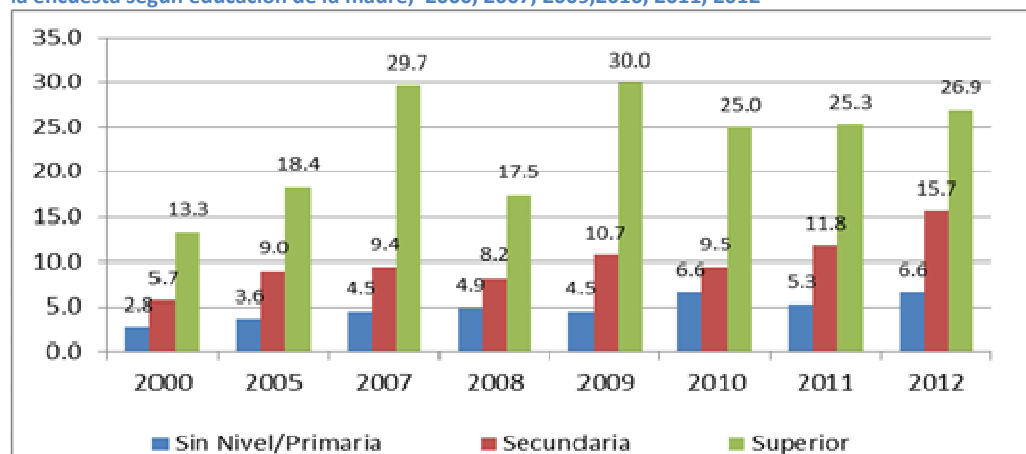
Figura 58 Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural de los últimos años anteriores a la encuesta, según dominio de residencia, 2000, 2007, 2009,2010, 2011, 2012



Fuente: INEI-ENDES 2011, 2012, 2013

El nivel educativo de las gestantes provenientes de áreas rurales muestra una relación inversa con la atención del parto por cesárea. El énfasis en actividades de promoción con las comunidades y las gestantes y una vigilancia activa de las mismas si bien está contemplado dentro del plan de parto, difícilmente se cumple a cabalidad. En especial cuando confluyen otros aspectos como la dispersión y pobreza.

Figura 59 Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural de los últimos 5 años anteriores a la encuesta según educación de la madre, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012

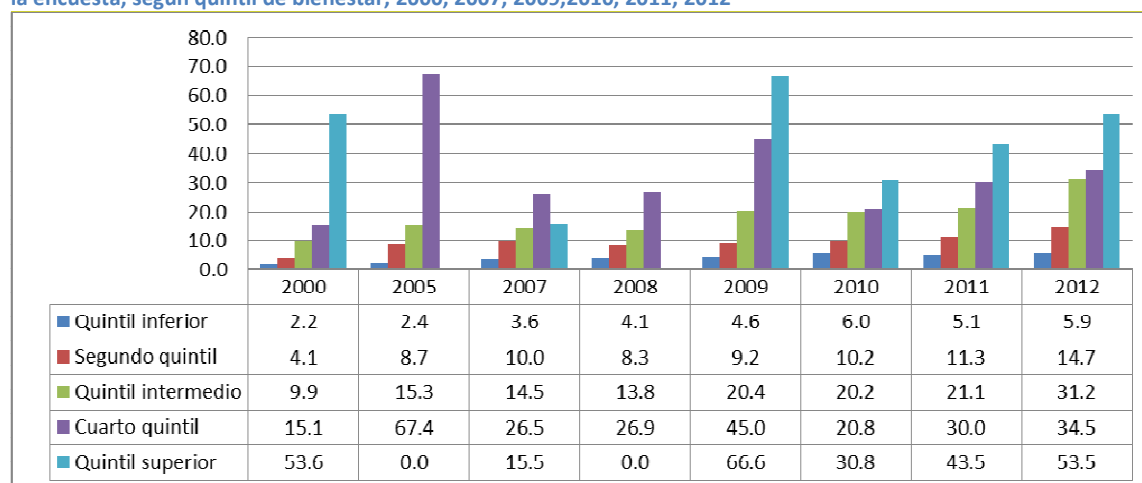


Fuente: INEI-ENDES, 2011, 2012, 2013

Así mismo, como se puede apreciar en la siguiente figura, gestantes del quintil 1 y 2 de las áreas rurales son las que tienen mayores dificultades para una atención de cesárea. Sin embargo, en los últimos años, en especial 2010, 2011 y 2012 se ha logrado sobrepasar el rango mínimo que establecen las Definiciones Operacionales del PPSMN para el parto complicado quirúrgico: cesárea, tiene en cuenta que al menos el 5% de las gestantes rurales y de Quintiles I y II deben acceder a la atención por cesárea.

El quintil 2, como se puede observar en la siguiente figura, ya había logrado estar dentro del rango desde el año 2005 y en el período 2010 – 2012 ha estado entre 10 y 14.7%.

Figura 60 Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural de los últimos 5 años anteriores a la encuesta, según quintil de bienestar, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012



Fuente: INEI-ENDES 2012

La atención del parto por profesional, como se puede apreciar en la siguiente tabla 42 , ha tenido tres tipos de comportamiento durante el período. Aquellas regiones que han tenido un avance sostenido por lograr una atención por profesional, otras cuyo propósito ha sido inestable y las últimas con retrocesos.

Dentro del grupo de avances, se encuentra Tumbes que contradictoriamente se encuentra dentro del grupo con altibajos en la atención de partos en establecimientos de salud de gestantes procedentes de zonas rurales³⁷ con 83.9% en el año 2000, 94% en el año 2009 y a 66.7% en el 2010, y casi recuperar el nivel del año 2000 de 83.6% en el año 2012. En cambio, en parto atendido por profesional Tumbes tiene una tendencia creciente durante el período 2009 - 2012 hasta llegar a 97.7%.

Ancash, durante el período ha incrementado de manera sostenida la proporción de partos atendidos por profesional pero con algunos altibajos la atención de parto en establecimiento³⁸. En ambos casos, cabe pensar que la prioridad no ha estado en los establecimientos de salud que generan el acceso a las gestantes de zonas rurales.

Casos como el de Huánuco y Puno por otro lado, que han tenido un crecimiento sostenido de partos atendidos por profesional de salud de gestantes procedentes de áreas rurales también han podido mantener estabilidad en la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud.

Tabla 40 Proporción de parto atendido por profesional de la salud clasificados por departamentos según avance

Avance sostenido	Inestabilidad o estancamiento	Retroceso
Ancash Cusco Huancavelica Pasco Tumbes Ucayali Apurímac Huánuco La Libertad San Martín	Amazonas Arequipa Ayacucho Loreto (niveles muy bajos) Madre de Dios Moquegua Ucayali Cajamarca (pese a ser bajo) Puno Tacna Ica Junín Lambayeque Lima Tacna	San Martín Piura

Fuente: ENDES – INEI, 2012 (Tabla asociado a siguiente figura)

En la siguiente

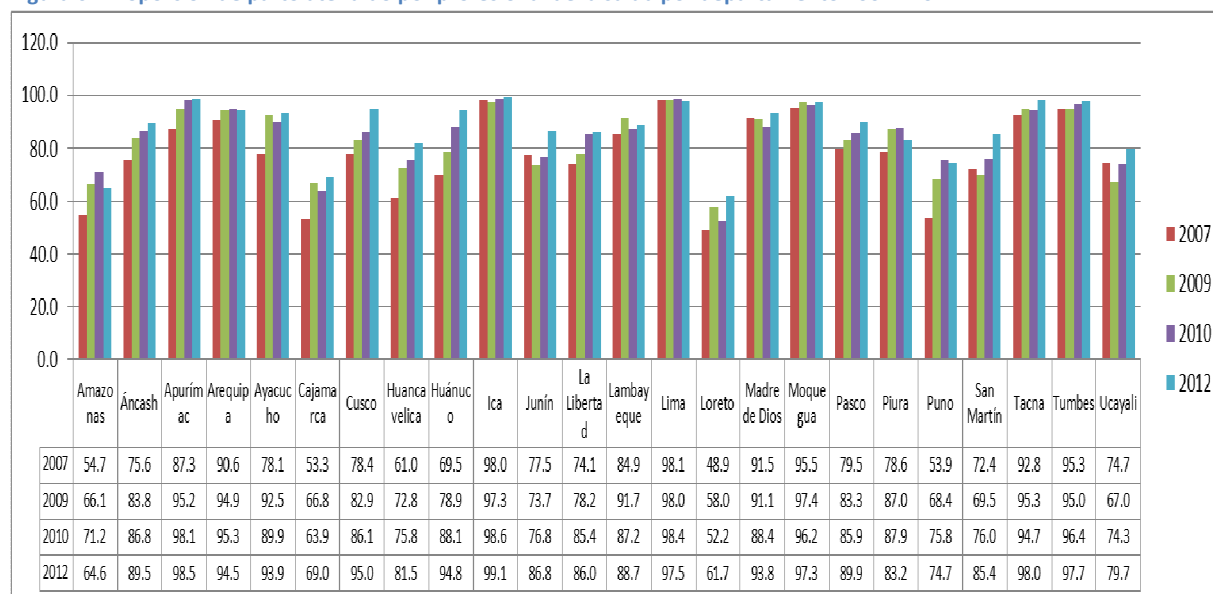
Figura 61 de parto atendido por profesional por departamento se puede observar que en general hay una tendencia positiva y ello muestra que las gestantes y sus familias buscan de manera creciente la atención profesional independientemente si esta se da en establecimiento o no.

³⁷ INEI define el parto en establecimiento de salud de gestantes procedentes del área rural como el porcentaje de mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta ocurrió en establecimiento de salud.

³⁸ El parto atendido por profesional de acuerdo a INEI, es el porcentaje de mujeres cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta fue atendido por profesional de la salud.

Sin embargo, y como se veía en la tabla resumen anterior con un comportamiento con altibajos durante el período 2007- 2012 a nivel de departamentos.

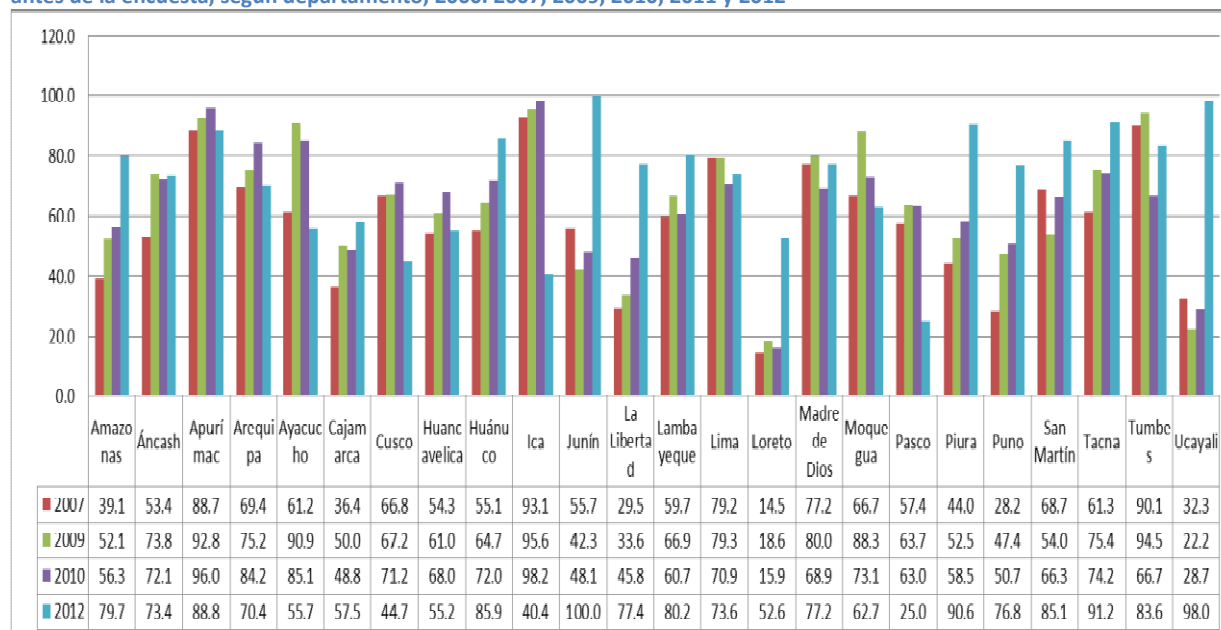
Figura 61 Proporción de parto atendido por profesional de la salud por departamento 2007 - 2012



Fuente: ENDES-INEI.2012, 2013

Con el fin de contar con una comparación visual, la siguiente figura muestra la atención de parto de gestantes provenientes de zonas rurales en establecimientos de salud y como se puede apreciar a diferencia de la figura anterior el comportamiento no marca una tendencia positiva clara, a pesar que en conjunto a nivel nacional si se exprese en un incremento.

Figura 62 Proporción de parto en establecimiento de salud de gestantes del área rural del último nacimiento de los 5 años antes de la encuesta, según departamento, 2000, 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012



Fuente: INEI-ENDES, 2012, 2013. Nota de la ENDES: Los estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% deben ser considerados referenciales.

En términos generales, la atención del parto rural ha mejorado en el período 2008 – 2012, como también ha mejorado el acceso de las gestantes a cesáreas y de gestantes con nivel educativo con solo primaria y en pobreza. El crecimiento sin embargo no es homogéneo, y a nivel de departamentos se presentan algunas contradicciones e inestabilidad en la atención de partos en establecimientos por profesionales. En la medida que los recursos humanos son críticos para garantizar la atención adecuada del parto, el MINSA y las regiones deberían revisar y repensar mecanismos para garantizar la presencia de personal de salud en los establecimientos así como una buena distribución de los mismos. Así mismo, la asignación de recursos económicos debería encontrar criterios que permitan afianzar el concepto de productos y resultados con una base de costos de la atención. Desechar así, de la práctica la asignación histórica.

Por otro lado, si se miran los resultados de la ENESA 2013, estos muestran que la atención de parto se realizaba hasta el año 2011 en establecimientos FONB que tienen capacidad resolutive de “menos de 50%” y a partir del año 2012 el 65% de éstos pasan a estar en el rango de “50% a 79%”. La capacidad resolutive que deben lograr los establecimientos para cumplir con las FON no debe ser inferior al 80% y según los resultados de la última ENESA 2013³⁹, y del 100% de establecimientos de salud (puestos de salud, centros de salud, hospitales) FONB, el 1% tuvo capacidad resolutive de 80% y más en el año 2011 y el año 2012 subió al 2.8%; es decir contaron con el equipamiento y personal asistencial suficiente para la identificación, atención y seguimiento del proceso de la gestación, parto y puerperio y de la atención del recién nacido. La mejora en el año 2012 es notoria para los FONB no obstante lo deseable es que esta mejora se mantenga y un mayor número de establecimientos de salud pase al rango de 80% a más.

Los establecimientos FONE, según la ENESA 2013, en el período 2009-2011 ningún establecimiento calificó en el rango de 90% y más, pero en el año 2012 la situación cambia y 20.8% de establecimientos pasan a estar dentro de ese rango. El rango de “50% a 79%” de capacidad resolutive es el que concentra al mayor número de establecimientos de salud con 72.7%.

Por otro lado, de los FONI, ninguno calificó en el rango de “90% a más”, la mayoría de hospitales se concentra en el rango de “50% y 89%” de capacidad resolutive en el período 2009- 2011. En cambio en el año 2012 la mitad de estos ya aparece en el rango de 90% a más. El progreso es alentador pero lo conveniente sería que se mantuviera en el tiempo esa mejora.

Es decir, aun la atención a la gestante y el recién nacido se da en establecimientos con capacidad resolutive insuficiente para garantizar una atención oportuna y de calidad a pesar de

³⁹ INEI. Encuesta a establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales ENESA 2011-2012. Principales resultados. Lima, mayo 2013.

las mejoras, éstas van en forma lenta. El año 2012, empieza a mostrar un cambio en resultados modestos durante años anteriores, lo importante sería que este impulso se mantenga.

Tabla 41 Establecimientos de Salud con funciones obstétricas neonatales por capacidad resolutive 2009-2012

		Total	Capacidad Resolutiva					
			Menos de 50%		De 50% a 79%*		De 80% y más**	
			Abs	%	Abs	%	Abs	%
FONB	Año 2009	282	189	67,0	92	32,6	1	0,4
	Año 2010	281	166	59	114	40,6	1	0,4
	Año 2011	369	209	56,6	156	42,3	4	1,1
	Año 2012	354	114	32,2	230	65	10	2,8
FONE	Año 2009	55	14	25,5	41	74,5	-	-
	Año 2010	55	19	34,5	36	65,5	-	-
	Año 2011	63	10	15,9	53	84,1	-	-
	Año 2012	77	5	6,5	56	72,7	16	20,8
FONI	Año 2009	6	-	-	6	100	-	-
	Año 2010	6	-	-	6	100	-	-
	Año 2011	5	-	-	5	100	-	-
	Año 2012	6			3	50	3	50

Fuente: INEI – ENESA 2009 – 2011, 2013

Con ello, se puede evidenciar que las condiciones de los establecimientos para la atención del parto y lograr la “reducción de la morbilidad y mortalidad materna” ha tenido avances en los últimos 3 años pero aún quedan brechas por cerrar en la oferta de servicios. Todavía, la atención de parto no se puede brindar en establecimientos con capacidad resolutive apropiada. De esta manera, de surgir complicaciones durante el parto, el riesgo de muerte es alto.

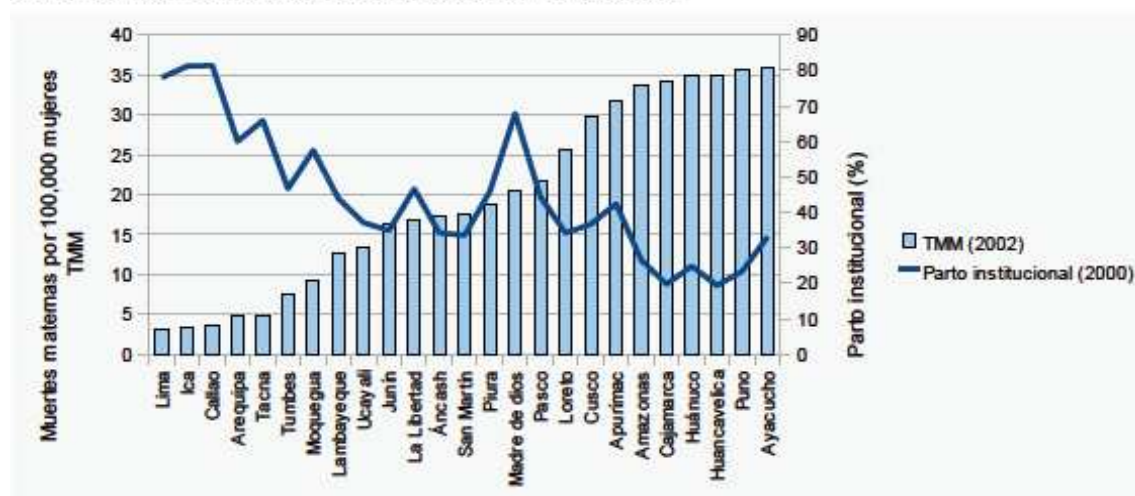
La tasa de mortalidad materna por departamentos reportada por el INEI⁴⁰ a partir de información de la Dirección General de Epidemiología del MINSA para el año 2007, permite mostrar la estrecha relación de este indicador con la cobertura de parto institucional. Se observa, una relación inversa entre cobertura de parto institucional y la tasa de mortalidad, demostrando así, que la atención del parto institucional constituye una estrategia clave para la disminución de la muerte materna. Seinfeld⁴¹ menciona que no obstante se duda de la fiabilidad de los datos desagregados, para analizar de manera conveniente la salud materna de los grupos marginalizados, se considera el porcentaje de los partos institucionales, ya que es un factor fundamental para prevenir la mortalidad. A partir de esta aseveración relaciona ambas variables por regiones utilizando información del año 2002 para tasa de mortalidad materna y del año 2000 para parto institucional, obteniendo como resultado una correlación inversa entre ambas variables, como se muestra en la siguiente Figura 63.

⁴⁰ INEI. Cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva y otras variables y su relación con el nivel de la mortalidad materna: 2007. Oct. 2009. Lima.

⁴¹ Seinfeld, J. Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú. Cuaderno de política. Febrero 2011. Focal.

Figura 63 Parto institucional 2000 y tasa de mortalidad materna 2002 por departamento.

Tasa de mortalidad materna y ratio de parto institucional en cada región política

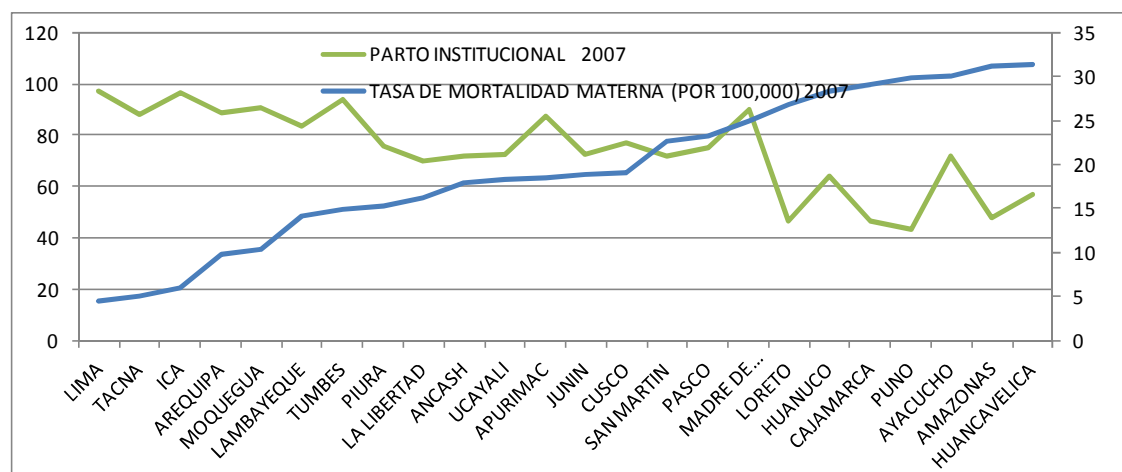


Fuente: ENDES 2000, MINSA 2002.

Fuente: Seinfeld. Cuaderno de política.2011.

Para el año 2007 (basal PPR), utilizando ambas variables, se puede observar igual comportamiento entre mortalidad y atención de parto en los departamentos de Huancavelica Ayacucho, Puno, Amazonas, Huánuco y Cajamarca, donde la cobertura de parto institucional es de las más bajas con tasas de mortalidad elevadas. En la siguiente figura se muestra la relación existente entre ambas en ese año.

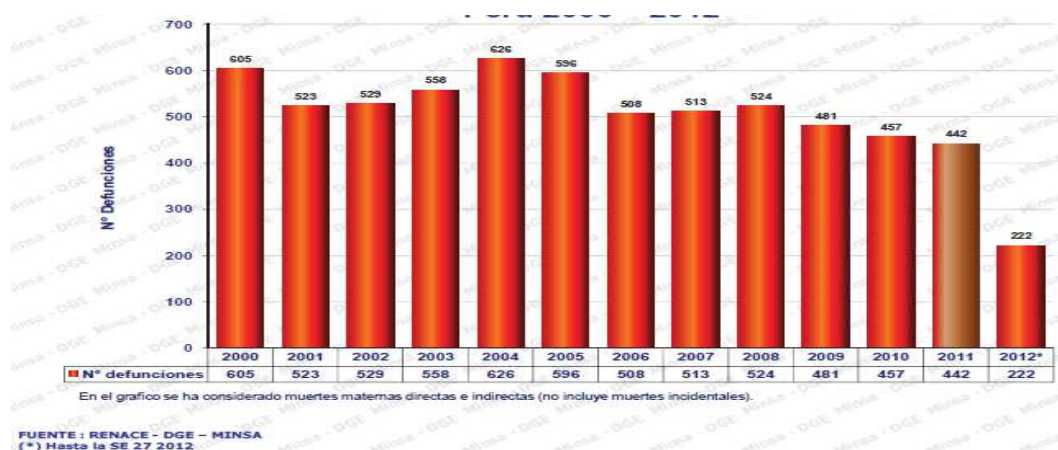
Figura 64 Parto institucional y tasa de mortalidad materna 2007 por departamento.



Fuente: ENDES 2007, INEI (2009)

La situación actual (al año 2011), después de varios años de intervención del PPSMN, el incremento de la cobertura de parto como se veía anteriormente es notoria. Lamentablemente, no se cuenta con información de la tasa de mortalidad materna para el año 2011 por departamentos⁴². De los reportes disponibles de muertes maternas por departamentos de la Dirección General de Epidemiología del MINSA se puede observar que en efecto hay una disminución de la muerte materna general de 513 en el año 2007 a 442 muertes en el 2011.

Figura 65 Muerte materna según notificación semanal. Perú 2000-2012



A nivel de departamentos, en especial los cuatro departamentos que en el 2007 presentaban la mayor tasa de mortalidad materna, han registrado un menor número de muertes maternas. Por ejemplo en Huancavelica se han reducido a 9 muertes en el 2011 vs. 14 en el año 2007 y 19 en el 2008. Sin embargo, Amazonas reporta igual número de muertes para los años 2007 y 2011, al igual que Ayacucho, y Puno. En el caso de Cajamarca, a pesar que el número de muertes maternas ha descendido, sigue presentando un elevado número de muertes. A pesar de los cuestionamientos a este dato y la necesidad de acumularlo, éste utilizado como una alerta para intervenciones de monitoreo más intensivas del PPSMN y de las regiones sobre la atención del parto permite desarrollar estrategias específicas sobre la atención del parto.

Asimismo, la DGE reporta que de las 220 muertes reportadas hasta la semana 27 del 2012, las causas de defunción han sido en un 67% por causas directas, un 26% por causas indirectas y un 7% por causas incidentales, lo que afirma los problemas con la capacidad de respuesta de la oferta de servicios para la atención del parto.

⁴² Ya que este dato es muy sensible de ser sub o sobre estimado en poblaciones pequeñas. Por tal motivo se recomienda utilizar el dato de muertes en números absolutos cuando se trata a nivel de regiones.

Tabla 42 Número de muertes maternas por departamentos. Perú 2000-2012

<p>Número de Muertes maternas por departamentos Perú 2000 – 2012*</p>													
DEPARTAMENTO	AÑO												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
AMAZONAS	16	18	15	18	12	17	19	12	13	20	14	12	8
ANCASH	31	30	26	14	23	28	24	19	16	21	19	15	10
APURIMAC	12	7	12	9	16	14	9	8	7	6	4	6	9
AREQUIPA	5	6	5	17	13	8	17	17	17	13	9	10	10
AYACUCHO	20	23	21	19	20	21	24	12	14	8	13	14	8
CAJAMARCA	67	48	55	65	59	59	50	55	43	55	47	35	22
CALLAO	5	4	7	8	4	3	12	7	13	8	5	6	4
CUSCO	58	41	54	43	53	45	19	25	21	17	21	26	10
HUANCAVELICA	16	29	16	33	39	18	12	14	19	13	23	9	4
HUANUCO	44	39	36	30	32	35	25	23	18	18	20	18	4
ICA	7	1	1	7	7	10	3	8	0	1	6	7	4
JUNIN	37	23	26	25	35	35	29	34	28	22	23	17	8
LA LIBERTAD	44	29	33	42	46	37	32	38	50	33	38	44	12
LAMBAYEQUE	23	23	11	13	21	27	16	27	16	20	14	15	8
LIMA	22	38	46	44	60	60	46	54	63	61	51	58	35
LORETO	36	29	30	25	30	31	32	36	39	29	32	34	14
MADRE DE DIOS	2	3	2	0	5	4	0	2	2	4	2	4	0
MOQUEGUA	2	0	0	1	3	0	2	4	2	1	2		1
PASCO	8	6	7	10	9	7	9	8	8	7	11	4	3
PIURA	41	49	42	37	51	47	29	33	41	39	28	33	19
PUNO	74	48	54	66	55	53	56	38	43	37	40	42	18
SAN MARTIN	25	13	16	18	11	20	23	22	28	32	17	13	5
TACNA	1	1	1	2	6	4	4	3	1	2	1	3	2
TUMBES	0	2	2	2	0	3	2	3	3	2	4	2	3
UCAYALI	9	13	8	10	16	10	14	11	19	12	13	15	1
PERU	605	523	529	558	626	596	508	513	524	481	457	442	222

En toda la tabla se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales)
FUENTE: RENACE - DGE - MINSA
 (*) Hasta la SE 27 2012

Es decir, que del 67% de las muertes maternas directas, 46% se producen por hemorragias (año 2011 de acuerdo a DGE-MINSA), 31% por hipertensión, 16% infecciones y 7% abortos. El problema de disponibilidad de sangre para la atención del parto ha sido y sigue siendo una debilidad.

3.1.4 Desempeño en cuanto a resultado final (Contenido 36)

Documentar los resultados, de ser el caso, de evaluaciones de impacto que se hayan hecho a la Intervención Pública Evaluada y/o, de ser el caso, evaluar la conveniencia y factibilidad de realizar alguna en un futuro próximo.

“Mejorar la salud materno neonatal” requiere de la conjunción de esfuerzos de diversos actores y factores en los que se debe intervenir. La reducción de la muerte materna no siempre se logra con la ampliación de coberturas de atención de parto institucional, como se puede observar en los casos seleccionados de Ayacucho, Ucayali e Ica. Problemas en la organización de las responsabilidades sectoriales que trasciende los niveles nacionales y subnacionales conllevan a que se generen quiebres en los procesos de programación, implementación y dentro de esta, el proceso más afectado es el de adquisiciones. Estos cuellos de botella redundan en los resultados finales, y en este caso en mejorar la salud materna neonatal.

La razón de mortalidad materna (por 100.000 nacimientos) es uno de los indicadores de seguimiento de los ODM (5), sin embargo aún en los países con buenas estadísticas vitales la obtención de este dato no es tarea fácil y tiene que ser sometida a ajustes. Por ello, en países con menos posibilidades de contar con buenos datos utilizan para la medición de la mortalidad materna la metodología de las hermanas ("sisterhood method"). Sin embargo, ésta también tiene varias limitaciones: el concepto: mortalidad materna vs. mortalidad relacionada con el embarazo ("pregnancy related mortality"); sub-registro de muertes maternas en los primeros meses del embarazo; subregistro generalizado de muertes de mujeres en edad reproductiva; sesgos de diseño que necesitan ser corregidos.

La OMS, UNICEF, UNFPA y BM realizaron estimaciones de mortalidad materna para varios años, la última para el año 2008 y los resultados fueron muy controversiales. Se está optando por generar información censal de muerte materna, con ello se podrían aplicar métodos de ajuste estandarizados y permitiría hacer desagregaciones por región y grupos sociales. Queda pendiente la tarea en Perú para tomar decisiones sobre el monitoreo de la muerte materna y para la obtención de la tasa de mortalidad.

3.2 Análisis presupuestario

3.2.1 Ejecución presupuestaria (Contenido 37) :

Evaluar el nivel de ejecución de presupuesto para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 a partir del porcentaje de gasto devengado en relación al presupuesto institucional modificado de la Intervención Pública Evaluada. Al respecto, se deberá explicar las causas internas (de gestión) o externas (variables que la Intervención Pública Evaluada no controla) en los casos en los que la Intervención Pública Evaluada presenta sub-ejecución.

El presupuesto por genérica de gasto como se veía en el punto 3.3 PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado privilegia el gasto de Personal y Bienes y Servicios, como es de esperar en una actividad de servicios, pero el año 2012 se produce un cambio importante hacia la genérica de gasto bienes y servicios, ver siguiente figura. Así mismo, como se veía en el punto 3.1.2 de este documento las regiones priorizaron el nombramiento y la contratación de personal de salud para la atención de las funciones obstétricas neonatales, en especial enfermeras y obstetras (obstetrices). Sin embargo, en las regiones aún las brechas de personal asistencial para la atención de parto persisten como se pudo constatar en el trabajo de campo en agosto del año 2011 (Ver ANEXO 3. INFORME DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO). Si bien, el año 2012 marca un cambio en el comportamiento presupuestario con un incremento importante en las genéricas de personal y bienes y servicios, se requiere contar con una estimación de brechas de recursos por región y definir un plan de financiamiento a un plazo determinado para cerrarlas y el compromiso financiero correspondiente. Ello también con el propósito de evitar que se produzca un gasto ineficiente en las regiones y contener la presión que se produce por un mayor flujo de dinero.

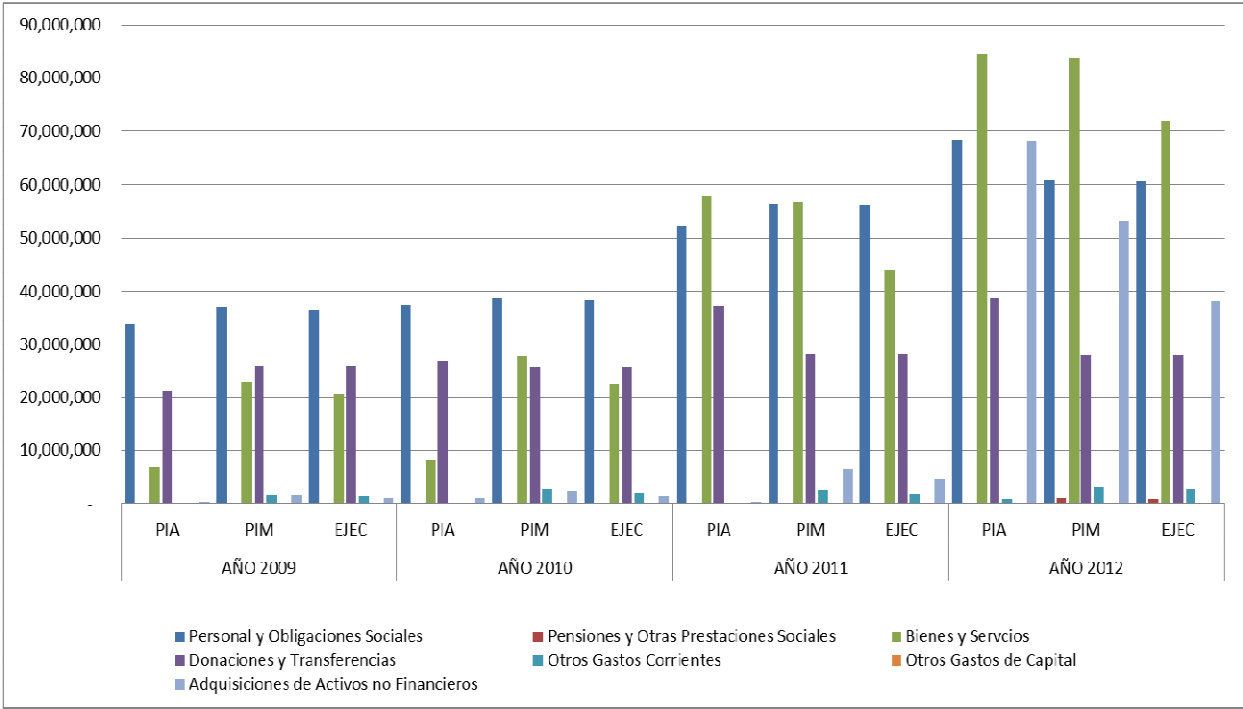
Sin embargo, a la par de ello debería acompañarse de reformas en los procesos de contratación en general con el fin de incluir criterios de eficiencia. De esta manera se podrá evitar que los recursos que se asignan para la compra de medicamentos, insumos y otras actividades directamente relacionadas con la atención no se utilicen en otros gastos, y ello

contribuiría en dar dirección al propósito de subir capacidad resolutive. La solución, no obstante es más compleja.

Los procesos logísticos relacionados con la compra de bienes también son un cuello de botella, no se cuenta con un flujo ágil y sencillo que facilite el proceso. Las licitaciones demoran mucho y si la compra excede las 3 UIT el proceso se alarga para que luego se declare desierto en la mayoría de los casos. Sobre todo en la región Ucayali. La autorización para la Programación de Compromisos Anuales desde el MEF o el GORE puede extenderse por varios meses. En la UE Huanta de la región Ayacucho se realizó un requerimiento en el mes de marzo para el programa materno neonatal y a la fecha de la entrevista (agosto 2011) no se había ejecutado la compra.

En la siguiente figura se puede apreciar el comportamiento de las genéricas de gasto entre los años 2009 – 2012. También, se puede observar que la asignación de recursos presupuestarios para la atención del parto ha ido creciendo, en especial en el último año.

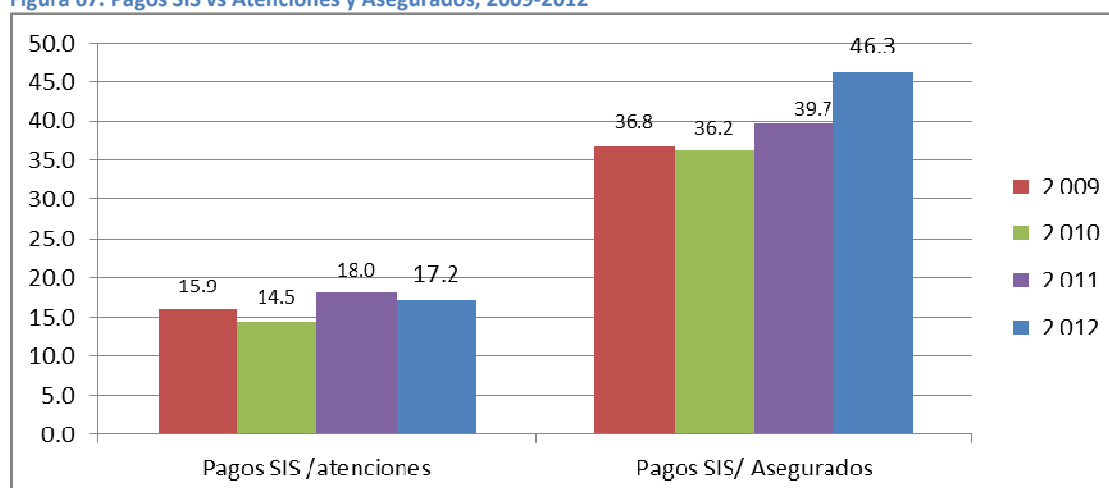
Figura 66. PIA, PIM. Ejecución, 2009-2012. Atención de parto normal por genérica de gasto



Fuente: SIAF- MEF.

Dentro de este orden de prioridades de gasto, la genérica de donaciones y transferencias que se destinan a través del SIS a las regiones para la compra de medicamentos e insumos y la gestión relacionada con la atención de los asegurados en términos absolutos (ver figura anterior) ha tenido un comportamiento positivo pero sin la intención de establecer una conexión con la mejora de la atención de los asegurados en términos de lograr una mayor disponibilidad de medicamentos e insumos, y otros, En el último año (2012) juega a favor del gasto promedio por asegurado que el número de asegurados se reduce a 11 millones y que sigue el incremento de esa genérica acompañando al resto del presupuesto.

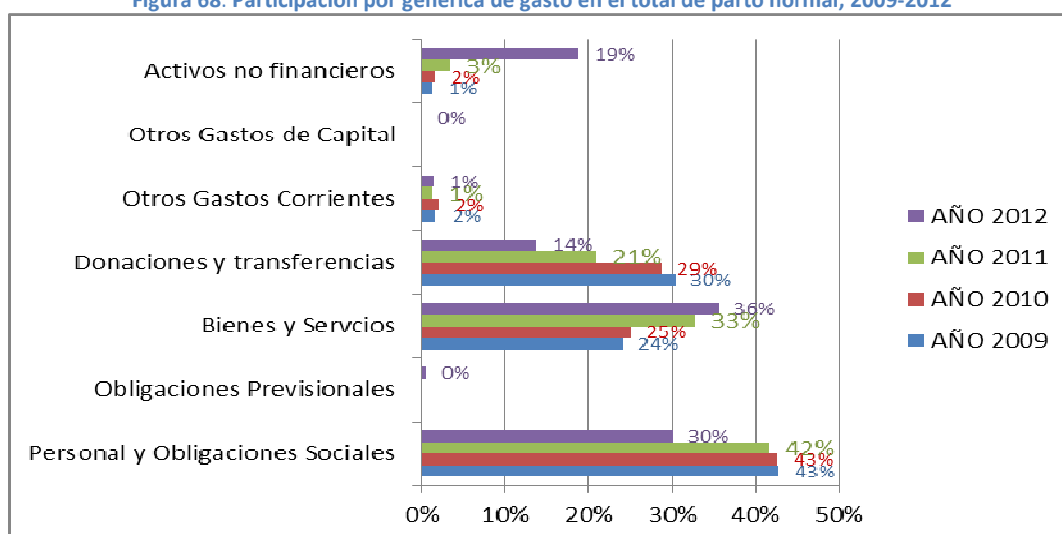
Figura 67. Pagos SIS vs Atenciones y Asegurados, 2009-2012



Fuente: SIS

Pero, en términos de participación sobre el gasto total, esta genérica ha ido perdiendo importancia durante el período 2009-2012, como se puede ver en la siguiente figura. Resulta contradictorio que esto haya sucedido cuando se da la Ley Marco de Aseguramiento Universal en el año 2009, donde el SIS resulta siendo el gran asegurador del sistema de salud, ver siguiente gráfica.

Figura 68. Participación por genérica de gasto en el total de parto normal, 2009-2012

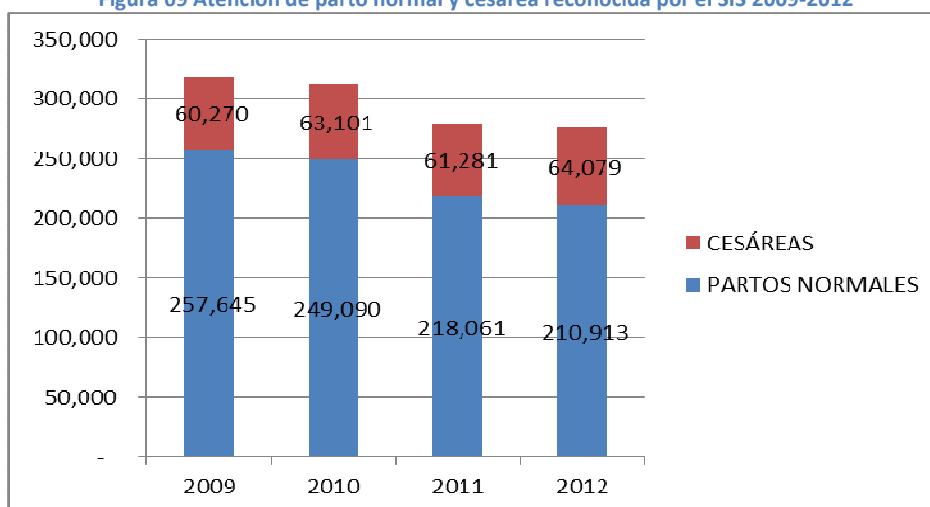


Fuente: SIAF-MEF

Entre las atenciones que financia el SIS a través de esta partida, la atención de parto aporta con el 0.7%⁴³ del total de atenciones que paga éste y como se puede apreciar en la siguiente figura, se ha reducido el volumen de atenciones de parto reconocidas (que cumplen con la norma técnica de la atención de parto).

⁴³ <http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html>

Figura 69 Atención de parto normal y cesárea reconocida por el SIS 2009-2012



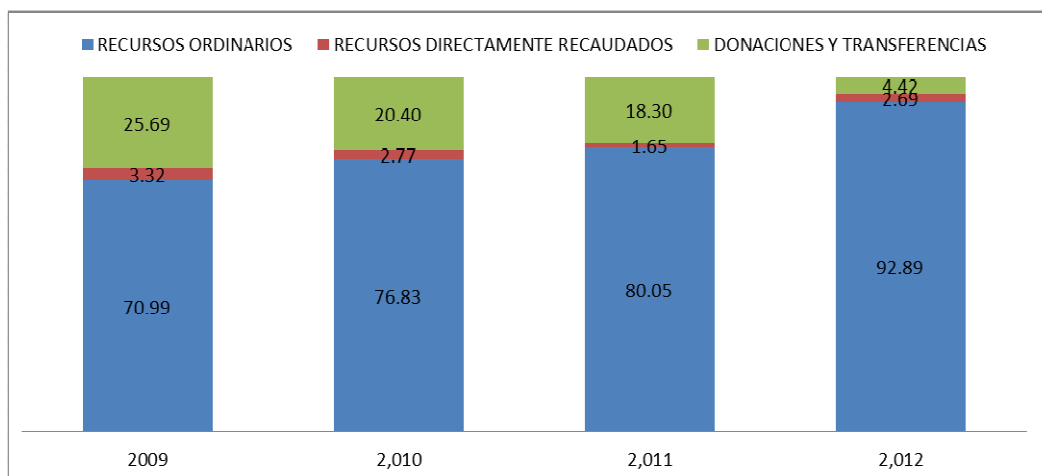
Fuente: SIS

Entre las razones que se han detectado sobre este comportamiento es que existe desconocimiento en los asegurados y en los prestadores de servicios, además de interpretaciones erróneas de los criterios que utiliza el SIS para el reconocimiento de la atención de parto. Otro aspecto que ha sumado en las discrepancias para la aceptación de atenciones de parto ha sido la categorización del establecimiento vs. la clasificación funcional que se lo otorga para las FON y; los límites en el reconocimiento de procedimientos de laboratorio dentro del paquete de atención de parto. En especial, este último aspecto está generando que los establecimientos de salud soliciten a las gestantes el pago de procedimientos cuando se exceden del número establecido dentro del paquete. Este comportamiento se ha expandido hacia otros requerimientos, como guantes, materiales y batas, medicinas e insumos que se adquieren en farmacias privadas y comercio ambulante.

El SIS estableció en el año 2010 con apoyo del BID un conjunto de requerimientos para mejorar la gestión del mismo. Desde entonces los recursos destinados para mejorar sus capacidades de gestión (para su reorganización, fortalecimiento de su sistema de información, mejora del proceso de supervisión, auditoría, acreditación, entre otros) han sido atendidos parcialmente. El SIS cuenta con mecanismos que no están siendo aprovechados para propiciar mejoras en la cobertura y la calidad de atención en los establecimientos de salud y brindar una real protección financiera a los asegurados.

Del financiamiento total que se realiza para la atención del parto, el financiamiento de Recursos Ordinarios ha sido el más importante, y se incrementó durante el período 2009- 2012 de 70.9% en el año 2009 a 92.98% del financiamiento total en el año 2012. La participación de las donaciones y transferencias en cambio se redujeron de 25.69% en el año 2009 a 4.42% en el años 2012. La participación de los recursos directamente recaudados se redujeron también con algunas fluctuaciones durante el período hasta llegar a tener una participación de 2.69% en el 2012.

Figura 70 Participación de fuentes RO, RDR, Donaciones y Transferencias en el Financiamiento del parto 2009-2012 (Porcentaje)



Fuente: SIAF, MEF

En términos absolutos, el desarrollo de las diferentes fuentes de financiamiento ha sido creciente, como se puede observar en la siguiente tabla, donde los recursos directamente recaudados tienen un despunte en el año 2012.

Tabla 43 Evolución Fuentes de Financiamiento 2009-2012

	PIM			
	2009	2,010	2,011	2,012
RECURSOS ORDINARIOS	59,662,591	91,215,529	152,627,756	216,324,816
RECURSOS DIRECTAMENTE	2,794,447	3,286,480	3,144,614	6,272,409
DONACIONES Y TRANSFERE	21,591,910	24,224,878	34,892,722	10,296,804
TOTAL	84,048,948	118,726,887	190,665,092	232,894,029

Fuente: SIAF-MEF

En cuando a los recursos directamente recaudados, como se mencionó en puntos anteriores, el cobro a asegurados se ha hecho una práctica común en los establecimientos de salud, pero no se pudo constatar en los establecimientos de salud los mecanismos utilizados para el registro de cada cobro efectuado a estos. Algunos pacientes consultados mostraron tickets internos para uso de los servicios, con una práctica variada según establecimiento de salud. En base a ello sería conveniente que el manejo de los recursos directamente recaudados vayan acompañados de flujos internos de control sobre las “ventas” e ingresos que se generan en los diferentes servicios con el fin de darle transparencia a la gestión y aproximarla a un manejo gerencial eficiente. En especial, porque no se pudo verificar la versión de los asegurados sobre los pagos adicionales que debían hacer por no estar cubiertos por el paquete de parto, a pesar que los trabajadores confirmaron esa situación.

3.2.2 Asignación/Distribución de recursos (Contenido 38-40)

Evaluar los criterios de asignación/distribución y la asignación efectiva de recursos: (a) entre productos; y (b) al interior de los productos. Por ejemplo, utilizando indicadores como el presupuesto asignado (PIA o PIM) o presupuesto ejecutado por beneficiario. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso. Evaluar los criterios de asignación/distribución de recursos y la asignación efectiva entre zonas de intervención. Implica evaluar el carácter regresivo o progresivo de la asignación de recursos en base a indicadores relevantes de necesidades de la población a atender. Asimismo evaluar, de ser el caso, qué tan equitativa es la asignación/distribución de los recursos en cuanto a criterios de género, etnicidad, geográficos, etc. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso. Evaluar la pertinencia y suficiencia de las actividades involucradas en la asignación de recursos. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso.

Como se veía en el punto 2.2.2 criterios de focalización/priorización, en el punto 2.2.3 focalización y en el punto 3.3 PIA/PIM vs. presupuesto ejecutado, los criterios de asignación presupuestaria se basa en el criterio de pobreza y para el PPSMN en muerte materna. En todos estos puntos se vio que la asignación presupuestaria ha sido creciente. También se constató que la mayor asignación no ha sido suficiente para cerrar las brechas, en primer lugar porque no se cuenta con una estimación de brechas y segundo porque la asignación arrastra las prácticas de asignación del presupuesto histórico a pesar de estar bajo la lógica de presupuesto por resultados y esto se sustenta en el hecho que las metas que se programan no están vinculadas a un costo esperado, existen serias deficiencias con las metas y el avance de metas que se reporta y el logro de metas de parto resulta siendo un ejercicio de programación más que un punto de llegada.

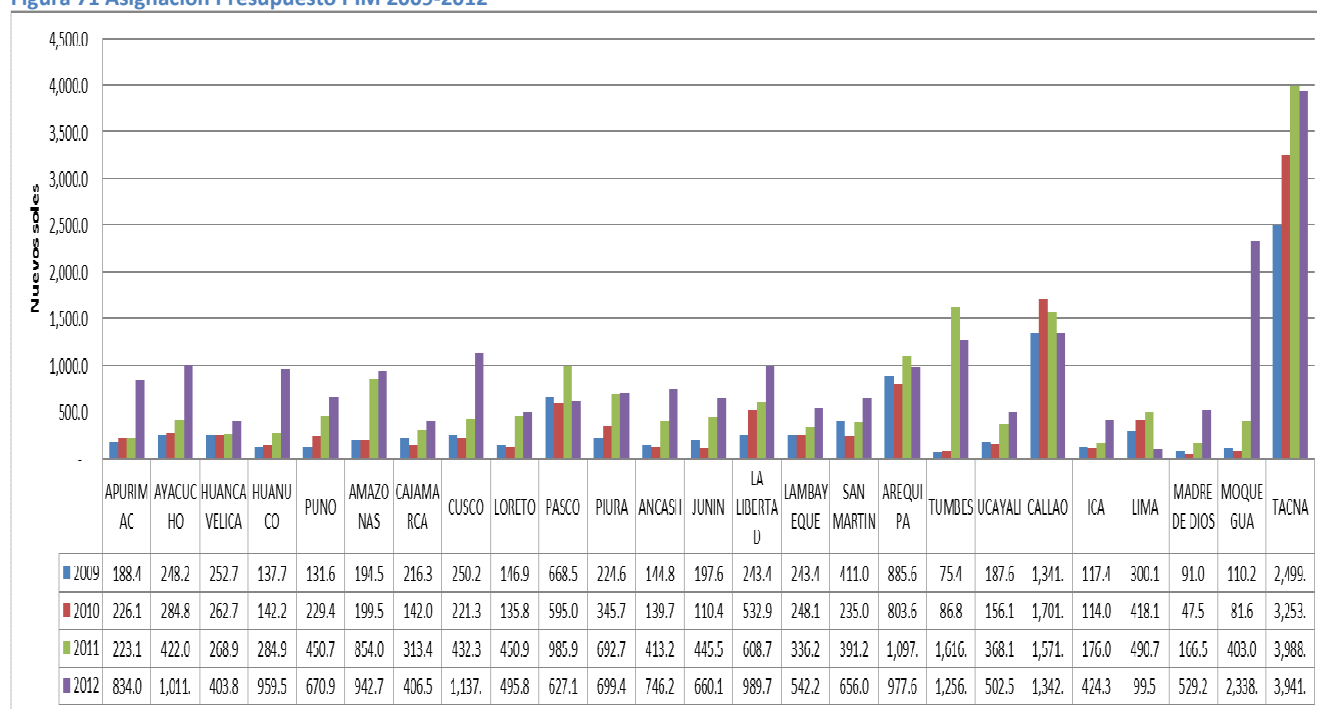
El año 2012, establece una diferencia en el ritmo de asignaciones presupuestarias de años anteriores que se ha expresado en mejores resultados en la atención del parto, por ejemplo la ENESA 2013 muestra progresos en la mejora de la capacidad resolutive de los establecimientos y los indicadores de parto también han marcado una diferencia al desempeño de los últimos años, que empezaban a dar señales de un estancamiento por un comportamiento inestable de los indicadores de parto.

Como se veía en los puntos anteriormente mencionados, la asignación de presupuesto por unidad de parto normal ha tenido un comportamiento incremental pero poco diferenciado a excepción del año 2012 en que el presupuesto por unidad de parto normal se incrementa considerablemente para todos los departamentos con la salvedad de Pasco, Lima, Arequipa, Tumbes y Callao. Sin embargo, la calidad de la información no permite hacer mayores inferencias al respecto, pues se identificó que algunas regiones como es el caso de Tacna cargan en la genérica de personal para el producto parto normal, buena parte del personal para todo el Programa Presupuestario Salud Materno Neonatal, sucede una situación inversa en otros departamentos. Adicionalmente, la información de partos que se utiliza para esta estimación procede de la ESNSSR la cual consolida información de las regiones (que registran en el SIGA) y esa información es poco robusta.

Sin embargo, en general se puede ver una tendencia creciente del presupuesto para parto aunque con incrementos que responden a ajustes más que a la búsqueda de un cierre de brechas, salvo como ya se mencionó el año 2012 que introduce una variante en el tipo de

asignación, pero no se pudo constatar si respondía a una estimación de brechas o a la aplicación de nuevos criterios.

Figura 71 Asignación Presupuesto PIM 2009-2012



Fuente: SIAF-MEF, ESNSSR,

En términos operativos, la existencia de Unidades Ejecutoras con responsabilidades diversas para una función administrativa se confronta con la función sanitaria y técnica de los servicios y las posibilidades de contar con mayores o menores recursos para su gestión. Por ejemplo, existen Unidades Ejecutoras que operan exclusivamente para un hospital, otras que operan para un hospital y su red o varias redes. También existen DIRESAs que son UE y otras que no lo son, por lo tanto operan por la asignación interna de las UE de la región o de una UE en específico.

Aquellas que son UE para gestionar recursos de un conjunto de establecimientos tienden a enfrentarse por los recursos escasos. En especial, cuando la demanda adicional es asignada a las regiones, la pugna por los recursos se convierte en una batalla ardua donde generalmente pierde el que tienes menos acceso.

El ordenamiento del criterio para la conformación de UE no ha sido revisado por muchos años, es más se han frenado los intentos de creación de nuevas UE. Los argumentos dados son varios y muchos de fácil solución. Debe encontrarse un equilibrio entre la función de producción y la función administrativa correspondiente, en el marco de modelos de gestión que les permitan lograr un balance entre las funciones de gestión que se desarrollan dentro de los sistemas locales de atención de salud. Los recursos para la atención de parto de los establecimientos dependen en gran medida en quién recae la función administrativa y se deja de lado muchas veces la sinergia con la función sanitaria y las prioridades sanitarias.

En el caso del SIS, el reconocimiento del número de las atenciones de parto y el respectivo reconocimiento financiero a los establecimientos son explícitas y esta se remite a las UE responsables. Sin embargo, a pesar de ello, no siempre los recursos llegan al establecimiento que efectivamente produjo las atenciones en su totalidad.

3.2.3 Transferencia de recursos (Contenido 41-42)

En caso de existir funciones que se delegan en otras instituciones involucradas en la ejecución de la Intervención Pública Evaluada (públicas o privadas), evaluar cómo operan los mecanismos de transferencia de recursos (entre otros, oportunidad) y si la modalidad de pago asegura la obtención oportuna y de calidad del bien o servicio entregado y el logro de los resultados esperados. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso.

En caso de existir transferencia de recursos a beneficiarios finales/intermedios, evaluar cómo operan los mecanismos de transferencia de recursos. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso.

El mecanismo mediante el cual el SIS transfiere sus recursos ha sido descrito anteriormente, el volumen de atenciones de partos reconocidas por el SIS en los años 2010 y 2011 fueron de 218,061 y 210,913 a través del financiamiento para el régimen subsidiado (subsidio total) y semi-contributivo (subsidio parcial) respectivamente como se vio en el punto 3.2 Análisis de presupuesto.

El SIS en los últimos años ha puesto en marcha la firma de convenios con regiones para la atención de los asegurados bajo el mecanismo de pago cápita que engloba las atenciones de capa simple principalmente y las de capa compleja que se atiende a través de los hospitales se transfiere bajo el mecanismo de pago de “pago por servicio”. Sin embargo, el primero opera más como presupuesto anticipado que como un mecanismo de pago cápita propiamente dicho. Sin embargo, este mecanismo permite supuestamente a los establecimientos de salud programar y tener oportunamente los recursos necesarios para la atención.

A partir de la Ley Marco de Aseguramiento Universal el SIS ha ampliado sus facultades al reconocerlo como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud -IAFAS para poder comprar e intercambiar servicios con otros que no sea la red pública MINSA. Teniendo ese marco ha firmado convenio con Essalud y SISOL para la compra de servicios. Operan con tarifas concertadas y se reconocen las prestaciones de salud en base a mecanismos acordados previamente.

Por otro lado, el SIS no solo es una IAFAS sino que es la más grande del país, y los volúmenes de información que genera son sub – utilizados, tanto para la propia gestión del SIS como del MINSA y otros. Esto resulta en una pérdida de oportunidad para el desarrollo de mecanismos de pago sólidos tomando en cuenta que el SIS reconoce el 76% de los partos que registra el MINSA a través de la Estrategia. (En el año 2012 según información de la ESNSSR se registraron 282,868 partos y el SIS reconoció 210,913 a los establecimientos de salud y hospitales).

Es decir, las transferencias de recursos que realiza el SIS permiten a los establecimientos cubrir los medicamentos e insumos que se necesitan para casi la totalidad de sus atenciones

de parto. Por ello, se produce mucha incomodidad cuando el SIS no reconoce todas las atenciones que los establecimientos remiten o cuando se producen retrasos en la transferencia financiera, o cuando éstos reconocimientos llegan a tener recortes en las UE que finalmente asignan no siempre respetando las atenciones reconocidas por el SIS para cada establecimiento de salud.

3.3 Eficiencia

3.3.1 A nivel de actividades y/o productos (Contenido 43)

Evaluar si las actividades de la Intervención Pública Evaluada son ejecutadas y los productos son generados incurriendo en el menor Costo unitario posible (en comparación con alguna intervención que otorgue servicios similares o un referente internacional). Además, analizar la evolución de esta ejecución, considerando estimados del Costo Promedio por Unidad de Producto, Costo Promedio del Producto por Persona Atendida y Costo Promedio Total de la Intervención Pública Evaluada por Beneficiario, sin considerar los gastos administrativos. En cuanto al cálculo de metas, cuál será el costo de alcanzarlas, ¿es este eficiente? Finalmente, es necesario evaluar indicadores que relacionen los recursos no financieros utilizados (tanto humanos como de otro tipo) con el número de productos entregados o personas atendidas.

De acuerdo al análisis realizado en el punto 3.3 *PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado*, el gasto unitario de parto normal no evidencia la búsqueda de un cierre de brechas que permitan garantizar una capacidad resolutive adecuada con una atención de calidad del parto. Así mismo, en el punto 3.4 *Costos de los productos y sus metas físicas* se presenta de manera referencial se compara el gasto per cápita de parto normal con el costo referencial de esa atención y a pesar que los niveles de gasto per cápita son superiores en todos los casos al costo referencial de la atención, en la práctica las mejoras en los servicios se perciben de manera lenta. Lo que se ha podido ver en el trabajo de campo es que la competencia por recursos escasos en la mayoría de las regiones conlleva a que se tomen decisiones entre prioridades y se deje descubierto el aprovisionamiento de recursos necesarios en la atención. Así mismo, como se puede ver en el punto 3.1.2 de este documento, de acuerdo a los resultados de la ENESA 2009 – 2012, la disponibilidad de equipos, mobiliario, recursos humanos, insumos, medicamentos, entre otros aspectos resultan insuficientes y otorgan niveles de aprobación de los FON reducidas, después de cuatro años de aplicación de PPR.

En el Anexo 3 se presenta un resumen de los problemas identificados en las regiones seleccionadas.

3.3.2 Gastos de administración (Contenido 44)

Cuantificar, analizar y evaluar los gastos de administración de la Intervención Pública Evaluada a partir del indicador del porcentaje de gasto administrativo, analizando su evolución en el período de evaluación y comparando con otras Intervenciones Públicas Evaluadas similares del sector público y/o privado

No aplica.

3.4 Sostenibilidad (Contenido 45)

En caso corresponda, evaluar la sostenibilidad de los beneficios generados por la Intervención Pública Evaluada en la población beneficiaria. De no ser el caso, qué acciones habría que tomar para que sea sostenible.

La atención de parto institucional se logra a partir de la conjunción de factores que contribuyen sumando esfuerzos desde la familia, la comunidad, el Estado en sus diferentes niveles y sectores. El país ha alcanzado logros importantes para desincentivar el parto domiciliario con parteras hacia una atención institucionalizada y ha sido aceptada esta práctica en la población. Sin embargo, los problemas de acceso que aún persisten conllevan a que la atención a pesar de ser institucional resulta tan riesgosa como una atención domiciliaria. La baja capacidad resolutive de los establecimientos de salud, en especial en las zonas rurales limita que se extienda la cobertura del parto institucional y que la población no distinga las ventajas obvias de ésta opción.

Los incrementos entre regiones del número de muertes maternas coincide con regiones cuyo financiamiento es bastante bajo en relación a sus coberturas de parto, por ello es necesario que se realicen esfuerzos para llegar a un presupuesto basado en costos orientado a cerrar brechas vs. un presupuesto histórico que con incrementos progresivos.

3.5 Justificación de la continuidad (Contenido 46)

Análisis y evaluación de aspectos relacionados con la justificación de la continuidad de la Intervención Pública Evaluada en base a los contenidos evaluados en las secciones precedentes.

El Perú a pesar de los logros alcanzados en la disminución de la muerte materna aún se encuentra entre los países de la región con tasas altas de mortalidad materna. El PPSMN es por lo tanto un programa prioritario, pero la continuidad del mismo sin embargo exige la incorporación de estrategias más finas y diferenciadas según realidades de regiones naturales.

3.6 Análisis de Género (Contenido 47)

Identificar si el programa incorpora el enfoque de género en: la identificación del problema, definición de población objetivo, definición del resultado específico y producto, provisión de los bienes y servicios y formulación de indicadores. Evaluar la pertinencia de la incorporación de este enfoque en cada uno de los aspectos señalados y la forma en que dicho enfoque es aplicado. Si no ha sido incorporado, proponer, de ser el caso, su inclusión.

El derecho de la mujer a una atención segura, oportuna, de calidad que respete su derecho a la elección informada de la mujer del lugar del parto (...) respeto del derecho de la mujer a su intimidad (...) a la elección de los acompañantes (...) libertad de posición y movimientos durante

todo el parto (...) apoyo afectivo de los asistentes; a que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado y desaconseja aquellas que limitan o anulen estas propuestas⁴⁴.

En el Perú aún está en proceso de construcción. Como se proponía en el punto 1.2.1 Objetivos de la intervención pública evaluada a nivel de resultados el producto parto puede empezar por incorporar 2 actividades: parto horizontal y parto vertical, no solo por las ventajas fisiológicas y económicas de esta segunda sino también porque contribuye en consolidar los derechos de la mujer en esta etapa de su vida. Hasta el momento, se ha avanzado con la incorporación del parto vertical para aceptar la interculturalidad pero este derecho debe trascender y progresivamente, e incorporando dentro de los indicadores y estándares de calidad de los FON aspectos que consoliden algunos de los derechos.

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Editado en Español por la Asociación Nacer en Casa; 1999

PARTE 3: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

1.1. Diseño

- 1 El diseño del PPSMN se plantea de manera correcta. En específico dentro del modelo lógico el producto parto incluye una sola actividad: “Atención de parto normal”. La definición operacional del producto contiene ambigüedades que deberían ser corregidas, por ejemplo por un lado está el parto normal y por otro está el parto complicado no quirúrgico que en realidad este último solo incluye la complicación y no el parto. La dependencia entre ambos productos se presta a interpretaciones que conllevan a que algunas regiones incorporen dentro de la complicación el parto y al final no se cuente con información adecuada. Por lo que es importante una revisión tanto de la definición como de la nomenclatura de ambos productos.
- 2 De igual modo, existen diferencias y vacíos en las definiciones que emplea INEI y MINSA para los indicadores de parto rural en sus variantes: de gestantes procedentes de zonas rurales, de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural, de partos en establecimientos de salud de gestantes procedentes del área rural, de partos atendidos por profesional de la salud. En “parto institucional de gestantes procedente de zonas rurales” el MINSA – PPSMN define que este parto es en establecimiento y por personal capacitado. ENDES en cambio define como el parto en establecimiento y con profesional de salud, pero no especifica si es capacitado. De igual modo para el indicador “parto en establecimientos de salud de gestantes procedentes de áreas rurales”, en el caso del MINSA – PPSMN no cuenta con ficha técnica, y ENDES define el indicador como aquel que es realizado en establecimiento pero no se especifica si es atendido por profesional a diferencia del parto institucional y por último el MINSA calcula el indicador utilizando el número de niños nacidos vivos, en cambio INEI utiliza el número de mujeres como numerador. Deben subsanarse estas incongruencias a fin de dotar de coherencia a los resultados y permitir comparabilidad.
- 3 Además del problema de las definiciones, está la necesidad de diseñar cómo se logrará obtener la información que requieren los indicadores incorporados en el Programa. Actualmente, la información de parto institucional calificado se obtiene de ENDES, pero esta tiene representatividad hasta un nivel regional, más allá debería de apelarse a registros institucionales y la diferenciación entre rural y urbano añade una complejidad a la tarea de contar de información. El MINSA debe conseguir que el sistema de información sea capaz de capturar y reportar datos para el seguimiento del PPSMN y la toma de decisiones. En la actualidad 3 sistemas registran información de partos de manera simultánea y ninguno es aceptado ampliamente. Es necesario revisar la capacidad de generación de información diferenciada para zonas rural y urbana.
- 4 Las definiciones operacionales aprobadas oficialmente por el MINSA para el PPMN son del año 2011 estuvieron vigentes durante el proceso de programación presupuestario 2012. Las definiciones operacionales para el año 2012 y que han sido tomadas en cuenta para la

programación presupuestaria han sido aprobadas en el año 2013. El problema es que entre las definiciones operacionales 2011 y 2012 se han producido modificaciones como las que se mencionan en el punto anterior por lo que urge que las definiciones operacionales correspondan a cada año fiscal. La falta de aprobación oportuna conlleva a confusiones en la programación presupuestaria en los ejecutores que no saben cuál tomar como válida.

1.2. Implementación

- 1 Los roles institucionales para la implementación del PPSMN y dentro de éste el parto normal, están normativamente bien definidos para el MINSA, MEF, SIS, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, y Unidades Ejecutoras. Sin embargo, en la práctica esos roles no están tan claros y la interferencia entre los diferentes niveles e instituciones se da. En especial, la función administrativa de la Unidad Ejecutora ha interferido afectando las competencias del nivel regional y nacional decidiendo más allá de su función administrativa. Estas interferencias se producen por un proceso de descentralización inconcluso que ha permitido la convivencia de las DIRESA con responsabilidad subsectorial y las de los Gobiernos Regionales con responsabilidad poco fuerte para todo el sector, y de las nuevas funciones que van ejerciendo los Gobiernos Locales. La conducción territorial para la atención del parto normal no encuentra las condiciones necesarias para que la gestante sea efectivamente captada, acompañada, controlada y atendida finalmente en el parto. No se logra desarrollar un enfoque territorial en la gestión lo que ayudaría fuertemente en la mejora de la integración de estrategias con la comunidad más allá de las casas de espera, con los sistemas de referencia y contra-referencia; en la articulación con otros subsectores para la atención de la gestante y con otros sectores para abordar otros determinantes del PPSMN. Es importante trabajar en el enfoque territorial de gestión que permita encadenar los procesos localmente y evitar así interferencias interinstitucionales (buscar un mecanismo regional - nacional).
- 2 La aplicación de la información para la toma de decisiones en la programación presupuestaria y el seguimiento es un problema para el producto parto. Por un lado, el INEI ha realizado la proyección de la población por sexo y edad hasta el año 2015, en base a esas proyecciones la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA realiza cada año la proyección de gestantes y nacimientos esperados. Esta población proyectada por la OGEI-MINSA, se utiliza a nivel nacional para la programación según regiones, provincias y distritos. Sin embargo, se cuestionan las proyecciones adoptadas y a nivel operativo se opta por una programación histórica con ajustes progresivos o por proyecciones propias de su población. En base a los comentarios recibidos desde el MINSA, regiones y proveedores de servicios y de constatar los problemas para una aproximación de la población proyectada para la estimación de las metas. A pesar que los criterios de programación presupuestaria se encuentran en las definiciones operacionales, las regiones utilizan principalmente el criterio de ajuste histórico y otros criterios difíciles de clasificar. En algunas regiones las metas de un año a otro pueden subir o bajar sin ningún sustento. No resulta suficiente contar con las definiciones operacionales sino con soluciones más concretas.

- 3 Las precisiones que busca la DGPP - MEF para la meta física de atención de parto en el PPSMN (para diferenciar la atención que brinda el MINSA de otras redes de servicios del sector) están contempladas en las definiciones operacionales del MINSA pero persisten las confusiones tanto para la estimación como para la interpretación, además de las limitaciones con los datos disponibles. En ese sentido, si la meta está referida a un universo acotado, la evaluación del resultado de esa meta también debería estarlo, sin embargo se viene usando para medir el avance “la cobertura de parto institucional que se refiere al universo.
- 4 Desde el año 2008 el proceso de programación se concreta con la inclusión de los resultados de la estimación de metas de parto normal (por las Unidades Ejecutoras) en el aplicativo SIGA - PPR, la que luego se consolida a través del pliego correspondiente. El proceso de programación incluye el proceso de transferencia de información de metas del SIGA al SIAF. En ese proceso se producen errores que luego no son corregidos y quedan registrados en el SIAF de esa manera. Debe adoptarse una metodología que permita detectar y corregir estos errores.
- 5 El seguimiento del avance de meta física de parto es débil, la meta inicial no tiene el respaldo de sus formuladores, la meta que reporta el SIAF no coincide con el avance de meta que maneja el MINSA (tanto de padrones como del SIGA). En consecuencia, el cumplimiento de la meta ha dejado de ser un punto de llegada y la asignación presupuestaria no se corresponde con éstas. Asegurar que la meta que reporta el PPMN tengan el respaldo de sus formuladores y coincidan en los diferentes sistemas y así dar valor al seguimiento, es una tarea pendiente.
- 6 Los criterios de focalización por pobreza son utilizados en términos generales por todos los programas incrementando el financiamiento a las regiones que cuentan con mayor población calificada como pobre extrema. Para el PPSMN se incluye el criterio de priorización de las 10 regiones que más aportan con casos de muerte materna para que el MINSA brinde asistencia técnica continua en las supervisiones programadas. La dotación de recursos financieros ha sido progresiva pero no ha sido pensada para cerrar brechas por lo tanto el avance es lento y persisten las inequidades hacia estas regiones. El año 2012 muestra sin embargo un comportamiento diferente con una asignación de recursos presupuestarios mayor hacia las regiones para el producto parto y los efectos de esa mayor asignación se han visto reflejados en mejoras en indicadores de parto a nivel de departamentos que tenían un crecimiento no consolidado. Se hace necesaria la búsqueda de un mecanismo que permita la asignación de recursos que busquen el cierre de brechas entre oferta y demanda.
- 7 La capacidad de respuesta de la oferta de servicios para la atención del parto tiene limitaciones. Los establecimientos FONB entre 40% y 49% de estos logran cumplir con los requerimientos para una atención adecuada, según información de ENESA 2013. De los establecimientos FONE, ningún establecimiento califica en el rango de 90% y más. Aunque hay mejoras progresivas ya que, del 65.5% a 81% en el año 2012 están en condiciones de dar una adecuada atención del parto, respecto al 2009, lo cual muestra un avance en la

dirección adecuada. Por otro lado, de los FONI ninguno calificó en el rango de “90% a más”, la mayoría de hospitales se concentra en el rango de “50% y 89%” de capacidad resolutive en el período 2009- 2012. Se debe mejorar la capacidad resolutive de FONE, FONI y especialmente, los FONB.

- 8 Con información de ENAHO (2007 al 2010) se pudo observar que la dotación de recursos humanos para la atención del parto en las zonas rurales al año 2010 es inferior al año 2007. Mientras que en el 2007 las zonas rurales contaban con 48.6% médicos para la atención de parto, en el 2010 cuentan con 44.5%. La menor disponibilidad de médicos ha tenido un contrapeso en la mayor disponibilidad de obstetras(tras) en las zonas rurales (aunque esta se limita a parto normal). Hacia adelante, no se ha podido continuar con el mismo análisis por problemas en la presentación de las variables. Sin embargo, con información de la ENESA también se puede observar que se dan mejoras en la disponibilidad de recursos humanos de los FONB bajo la forma de contratación de profesionales de salud para la atención de la gestante y el recién nacido. En el año 2009 la disponibilidad de médicos generales contratados en estos establecimientos era de 50.6% y en el año 2011 este porcentaje se ha incrementado hasta alcanzar al 61.5% de médicos generales disponibles. El año 2012 se opta nombrar personal médico, a pesar que predomina el personal contratado, y disminuye la disponibilidad de SERUM. En el caso de las enfermeras continúan bajo el mecanismo de contratación y hay una recuperación en la participación de SERUM dentro del grupo de enfermeras. El grupo de los obstetras(tras) el personal nombrado se ha ido incrementando aunque el año 2012 frena esa tendencia. Es de suponer que con este incremento generalizado, las zonas rurales también se hayan favorecido. Asegurar la dotación adecuada de recursos humanos para la atención al parto, gestante y recién nacido, a pesar de haber presentado mejoras significativas, debe mantenerse como una de las prioridades.
- 9 Por otro lado hay muy poca actividad extramural, tan importante para cumplir con la mejora del parto institucional. Una herramienta existente es el Plan de Parto, pero existen dificultades en recursos humanos, logísticos y de organización de la oferta de servicios para llevarlo a cabo. El trabajo de campo constató que el personal de salud tiene sus actividades concentradas en la atención intramuros de atención y tareas administrativas, y que el cumplimiento de las actividades extramurales difícilmente se puede cumplir porque es el mismo personal el que debe atenderlas también. Deben reforzarse las capacidades para la implementación adecuada de la actividad extramural para el seguimiento de la gestante y así asegurar un parto oportuno y calidad.
- 10 La articulación con una vigilancia comunitaria activa es débil y la visita desde la oferta de servicios es una tarea que se cumple con limitaciones. Las casas de espera son una ganancia en el proceso pero no son parte de un sistema de vigilancia comunitaria ni de una estrategia explícita de salud comunitaria organizada con la oferta de servicios. El enfoque intercultural sobre todo en aquellas regiones como Ayacucho y Ucayali que tienen población indígena alto andina y amazónica con dispersión e inaccesibilidad geográfica requieren de una estrategia sanitaria expresamente elaborada para actuar en comunidad y un fuerte presupuesto para su seguimiento.

- 11 Se evidenció durante las visitas de campo que Hospitales como el de Pisco e Ica cuentan con camillas para la atención vertical pero no la utilizan para tal fin por considerar que no cuentan con una normativa que los respalde. La normativa de atención de parto vertical actual enfatiza el enfoque intercultural y no se relaciona como parte de un derecho a toda mujer. Es necesario cuidar la integralidad del sistema, pero incorporando estrategias que respondan de manera adecuada a las condiciones tanto geográficas como culturales.
- 12 El problema de la información dificulta y retrasa las reacciones oportunas frente a problemas que se presentan en el PPSMN, específicamente con las gestantes y también para definir estrategias más específicas según zonas para la atención del parto. A pesar de los últimos esfuerzos en el ordenamiento de los sistemas y subsistemas, el MINSA no logra obtener de manera oportuna toda la información requerida para la propia gestión de sus unidades, dar información a instituciones externas como el MEF y a otros en relación a los indicadores y unidades de producción de salud materna y neonatal del nivel local, en especial de parto. Los problemas de sub-registro o mal registro desde las unidades de producción han llevado a que la desconfianza sobre la calidad de la información genere registros paralelos que utilizan las Estrategias Nacionales (la ESNSSR cuenta con un formato paralelo que se utiliza a nivel nacional pero que tiene problemas de calidad por falta de mecanismos de control sobre el registro). Incluso, cuentan con una auto-evaluación con características similares a la ENESA para fines internos que generalmente, reporta situaciones favorables que no coincide con los resultados de ENESA (Ver Anexo 3). La consolidación y unificación de la información utilizando un único sistema de registro permitirá una mejor evaluación y favorecerá la toma de decisiones.
- 13 El MINSA actualmente utiliza la información del INEI para dar cuenta de los avances de los programas PPSMN y PAN a través de la ENDES y para la oferta de servicios con funciones obstétricas neonatales tiene la ENESA. Sin embargo, la información de ENDES tiene representatividad hasta un nivel regional, que para fines de seguimiento más detallados resulta insuficiente. En cuanto al monitoreo de las funciones y actividades de seguimiento del PPSMN, tienen el mismo patrón que las funciones descentralizadas. Es decir, están descritas en términos generales, pero no lo están en términos específicos. De esta manera, el MINSA y las regiones todavía tienen aún por definir competencias; por esta situación, la función de monitoreo carece de efectividad y continuidad. Por otro lado, son débiles las competencias del gobierno regional para hacer el monitoreo de sus propias unidades ejecutoras. Y el MINSA no tiene desarrollada la capacidad para hacer la supervisión global en todo el país. Sería necesario rediseñar el monitoreo y justificar los recursos necesarios para cumplir con este a nivel nacional.
- 14 El SIS por otro lado, tiene un sistema de información que registra todas las atenciones que paga a los establecimientos por la atención de sus asegurados, pero esta información representa un subconjunto del total de atenciones de parto que se dan en la red de servicios públicos (85%). No obstante, bien se podría utilizar para validar estrategias y realizar estudios específicos que permitan afinar las intervenciones. Esta información no es de fácil disponibilidad porque el SIS no realiza este tipo de análisis ni la provee de manera organizada y accesible, pero tampoco se ha valorado su importancia desde el MINSA. La

creación de canales de flujo de información entre el SIS y el MINSA, para que ambas instituciones puedan aprovechar sus flujos de información, incrementaría la utilidad de la misma.

1.3 Presupuestos y resultados

- 1 La prioridad financiera hacia la atención de parto se ha visto reflejada en una participación con altibajos pero ascendente en el período 2008 – 2011 (creciente entre los años 2008 y 2009, y constante entre en el 2009 y 2011), y con un incremento sustancial en el año 2012. Este último incremento no ha contado con un sustento técnico. Sin estudios de costos y un cambio en la metodología enfocada en el cierre de brechas, la asignación del próximo año iría desconectada de los resultados buscados. Para que el mayor esfuerzo presupuestal genere resultados es necesario fundamentar la asignación una metodología para el cierre de brechas armonizada y con un cálculo detallado de costos.
- 2 No solo se ha producido incrementos presupuestarios en el parto normal sino también en el parto con complicaciones no quirúrgicas y cesáreas y esto ha ido acompañado del crecimiento en el volumen de atenciones de los partos complicados y las cesáreas. Sin embargo, es bueno recordar que los incrementos en partos complicados no quirúrgicos son expresión de problemas en la calidad de atención y en asegurar un proceso de cuidado prenatal para la gestante hasta el momento del parto. La ENESA muestra que en efecto la capacidad de respuesta de la oferta aún es insuficiente, por lo que resulta necesario lograr una asignación presupuestaria que permita cubrir las necesidades todavía existentes en la oferta de servicios.
- 3 El criterio de asignación entre regiones incentiva a gastar más para recibir mayores recursos. El problema es que con esta lógica las regiones que estén acercándose a cerrar la brecha de recursos seguirán demandando más presupuestos y gastando más. Si no se corta este círculo perverso, se aumentarán la inequidades a nivel de presupuesto regional.
- 4 El incremento de los presupuestos hacia las regiones no ha respondido a las metas programadas por éstas. Aquellas con volúmenes altos de atención de parto no son las que han recibido los mayores presupuestos. Tampoco se cumple necesariamente que las regiones con mayor número de muertes han recibido mayores presupuestos. En general, el comportamiento de asignación ha sido muy variado entre regiones.
- 5 La estructura del presupuesto de parto en cada región es muy variada, algunas regiones como Tacna resultan con presupuestos por unidad de atención de parto muy elevados y otras regiones como Ica resultan con presupuestos por unidad de atención de parto muy bajos. Además, los presupuestos incorporan distorsiones internas. Por ejemplo, en el caso de Tacna se incluye dentro del producto parto los requerimientos de personal del PPSMN, lo que genera una unidad de producto tan elevado para el producto parto normal. Esto hace conveniente uniformizar la estructura del presupuesto en cada región para permitir su comparabilidad.
- 6 En las regiones, se ha detectados debilidades en los equipos técnicos del programa. Problemas de desabastecimiento surgen porque los técnicos no hacen un buen requerimiento logístico, no hay buenas especificaciones técnicas, los costos no se ajustan

a la realidad, o solicitan en genéricas que no se encuentran aprobadas. Igualmente, el módulo de recursos humanos o de patrimonio del SIGA no se encuentran actualizados. Además, en las oficinas administrativas falta personal capacitado y permanente. Ciertamente, los cambios constantes o renuncias por mejoras económicas, no permiten sostener el sistema en la medida que se requiere.

- 7 El aparato administrativo siente que la asignación presupuestal en formato PpR ha afectado su gestionar pues los programas presupuestales son financiados con el mismo presupuesto histórico de la institución, y al estar fuertemente vigilados por los responsables técnicos se resta discrecionalidad para cumplir con otros compromisos históricamente asumidos por la institución. Frente a esto, es necesario que la parte administrativa también participe en la planificación estratégica y operativa.
- 8 Se requiere contar con una estimación de brechas de recursos humanos y equipamiento por región para la atención del parto y definir un plan de financiamiento concertado a un plazo determinado para cerrarlas con el compromiso financiero correspondiente. Por lo menos, ensayar un piloto que permita identificar los cuellos de botella para hacer permanente el equilibrio entre la demanda y la oferta de servicios para la atención de partos.
- 9 La intervención focalizada permite atenuar los problemas de acceso y los resultados muestran que desde el año 2000 el quintil más pobre ha logrado mejorar sus condiciones de acceso al parto institucionalizado de gestantes procedentes de zonas rurales pasando desde 13.7% a 56% en el año 2012. El segundo quintil más pobre también ha mejorado su acceso a la cobertura de parto de 26.9% a 80.7%. A pesar de ello, las diferencias entre departamentos persisten. Algunos han podido remontar sus bajas coberturas, como es el caso de Huancavelica, Ancash, Junín, La Libertad, Cajamarca, Pasco y Amazonas, pero casos como Loreto no ha logrado cambiar sus resultados sustancialmente y Ucayali ha experimentado una baja en las coberturas de atención en especial del control pre-natal en el mismo período.
- 10 En los últimos años la atención de parto normal institucional con atención calificada se ha incrementado hasta alcanzar niveles de cobertura a nivel nacional del 85.9% en el año 2012. En las zonas rurales se ha pasado de una cobertura de parto de 23.4% en el año 2000 a 49.4% en el 2007 y 67.3% en el año 2012, mientras que en las zonas urbanas la cobertura llega en el año 2012 a 95.2%. No obstante, seguimos siendo uno de los 8 países con más baja cobertura de atención de parto por personal calificado de América Latina y el Caribe. Siendo Perú un país con ingresos medios solo se encuentra por encima de Haití, Guatemala, Honduras, Bolivia, Nicaragua, El Salvador y Paraguay, todos correspondientes a países de ingresos bajos. Esta situación obliga a preguntarse si los instrumentos, estrategias y presupuestos aplicados necesitan una revisión y mejora para mejorar su eficacia y eficiencia.
11. La participación por genéricas de gasto en el presupuesto se ha mantenido en el tiempo y solo para el caso de donaciones y transferencias, su caída en la participación ha sido significativa a pesar que el total de asegurados ha ido en aumento así como la demanda

de atención. Esto significa que no hay protección financiera completa para la atención de la gestante al momento del parto.

12. La participación de la genérica personal en el presupuesto se ha mantenido, mientras que en la partida bienes y servicios se han privilegiado los contratos de personal CAS que ha tenido un crecimiento mayor al crecimiento mostrado por el rubro de suministros médicos.

2. RECOMENDACIONES

2.1 Diseño

1. Revisar las definiciones operacionales del producto parto normal y parto complicado no quirúrgico con el fin de lograr la separación de ambos productos de manera explícita y así evitar interpretaciones erróneas en las regiones, como que algunas registran la complicación en un parto normal, como si fuera el parto complicado. Además, coordinar con el Seguro Integral de Salud para que la aplicación se dé sin contratiempos en los prestadores y se evite así versiones diferentes.
2. Revisar el anexo 2 de las definiciones operacionales, donde se registran las fichas técnicas para los indicadores de las cuatro modalidades incorporadas para el parto rural, y homogeneizar los conceptos y variables contenidas en comparación con los mismos indicadores que reporta el INEI.
3. Evaluar para los 4 indicadores si el MINSA tiene posibilidades de generar información diferenciada en regiones para zonas rural y urbana, ya que un seguimiento desde la ENDES resulta insuficiente. Incorporaría la revisión de los actuales subsistemas de información que utiliza el MINSA con el fin de lograr un ordenamiento que simplifique la tarea de registro y producción de información de parto para la toma de decisiones.
4. Evitar que la oficialización de la aprobación de las Definiciones Operacionales se produzcan posteriormente al proceso de programación presupuestaria del año correspondiente..

2.2 Implementación

1. Sería recomendable que se hiciera una revisión de la vinculación de los tres niveles de gobierno en términos de función productiva, en la medida que no hay una secuencia de procesos que garantice el aporte de valor de cada una. Más aún, se observan procesos redundantes entre el MEF y el MINSA, (ambos manejan metas del PPSMN, uno desde el SIGA y el otro desde las metas sanitarias) y una interferencia en el rol rector del MINSA en el sector salud (el MEF define los presupuestos directamente con las unidades ejecutoras sin participación del gobierno regional o del MINSA). Este cambio sería de aplicación general y no solo para este producto en particular. Resulta importante que sea claro el rol rector del MINSA, así como de cada Región y subniveles. En especial la fase de

planeamiento sectorial estratégico y operativo debería ser una condición para iniciar la programación y presupuesto. En la actualidad no son vinculantes y se pierde fuerza en la dirección a seguir para el logro de resultados.

2. Es necesaria una revisión de la población proyectada con el INEI, las regiones y el MINSA y lograr un consenso general para la estimación de la meta de parto e utilizar únicamente una fuente de datos para las proyecciones. Se podría consensuar la utilización de las proyecciones de la OGEI-MINSA, evitando de esta manera la inconsistencia entre las proyecciones adoptadas y con la utilización por el nivel operativo de otros métodos (histórica con ajustes, proyecciones propias). Esta acción brindará mayor coherencia y consistencia a la información.
3. Generar la información de gestantes esperadas totales y gestantes esperadas a atenderse por la red MINSA.
4. El ordenamiento de los procesos y competencias para la recuperación de rectoría es una tarea impostergable con el fin de orientar todos los esfuerzos en una misma dirección. Esta acción permitirá mejora la función de seguimiento desde el MINSA, actualmente totalmente debilitada, para el cumplimiento de metas, por lo tanto se limita su función al seguimiento de coberturas de atención de parto. Se recomienda revisar la metodología empleada y el proceso de verificación que se realiza para la aceptación de las programaciones para que la incorporación de la programación de metas en el aplicativo SIGA debería de empezar a tener vinculación con la asignación presupuestaria para que cobre importancia el concepto de presupuesto por resultados. Así mismo, es necesario superar los problemas en el traslado de la meta del aplicativo al SIGA al SIAF ya que si no se produce de manera correcta no solo se desvaloriza la importancia de la meta sino que hace imposible su seguimiento en comparación con el presupuesto.
5. Los problemas que se generan en la programación y presupuesto del producto parto normal deben ser claramente establecidos en el PPSMN. Acordar, entre MEF y MINSA un mecanismo de coordinación que asegure que las metas que reporta el PPSMN esté respaldada por sus formuladores y coincidan en los diferentes sistemas y que tenga la adecuada correspondencia con el presupuesto.
6. Lograr criterios de focalización más explícitos vinculados con el propósito de cerrar brechas en especial en las regiones con mayor pobreza y ruralidad. La aplicación de presupuestos incrementales no ha dado resultados y ha beneficiado a regiones con gastos de producción altos. La articulación con programas sociales como JUNTOS ha funcionado para mejorar coberturas de atención, pero resulta insuficiente cuando los establecimientos que atienden a estas poblaciones no tienen posibilidades de dar una atención segura y de calidad. Urge dar una solución pronta, con el fin de evitar que las gestantes no diferencien las ventajas de un parto institucional vs. un parto domiciliario (como ha sido el caso de Ayacucho) y se

retroceda lo avanzado hasta ahora. Realizar una estimación de costos de atención de partos diferenciadas por zonas urbanas, rurales, niveles de complejidad para que sirva de referencia para la asignación presupuestaria con el propósito de cerrar brechas. Revisar los criterios de focalización del parto normal. Establecer un desarrollo metodológico que permita incorporar los criterios de manera más técnica en el proceso de programación presupuestaria y asignación, de tal manera que se aproximen al cierre de brechas y a la par se introduzcan criterios adicionales que controlen el mayor gasto en las regiones.

7. Articular la estrategia de FON al concepto de redes y categorías de establecimientos a fin de evitar confusiones en la interpretación de las mismas. El resultado debe ser la de acercar la oferta de servicios para la atención del parto y no al revés. Es recomendable acelerar el proceso de incremento de los avances actuales en la capacidad de respuesta de la oferta de servicios, en especial en zonas rurales. MINSA podría articular la estrategia de fortalecimiento de 274 establecimientos de salud estratégicos, con la de asegurar las funciones obstétricas y neonatales en el país. Podría el MINSA repensar sus redes de servicios y flexibilizar la clasificación rígida de categorías para que encajen mejor con las necesidades de la población.
8. Debe acelerarse el proceso de dotación de personal humano para la atención al parto, gestante y recién nacido, dado su importancia como elemento determinante para la puesta en práctica de las estrategias operacionales y establecer una estrategia diferenciada por regiones para mejorar la cobertura de atención de parto por personal calificado.
9. Dotar de personal específico para el cumplimiento de las actividades extramurales, o, la búsqueda de mecanismos alternativos (estudiantes universitarios, asociaciones, voluntarios..) diseñando una estrategia específica para ello. Realizar una estimación de las brechas de recursos humanos y equipos necesarios por región y áreas para que los establecimientos logren cumplir las FON, en especial en zonas rurales.
10. Sería necesario repensar una estrategia más activa salud-comunidad para las Casas de Espera y vincularlas con el modelo lógico. Esto es, el desarrollo de un modelo de salud comunitaria con recursos humanos, materiales y equipos necesarios exclusivos para el trabajo en comunidad y con la comunidad, teniendo en cuenta las condiciones de aplicabilidad (geográficas) y de aplicabilidad (culturales).
11. El MINSA tendrá que adecuar la normativa respectiva para que la normativa de atención de parto vertical se extienda al procedimiento regular de la atención del parto, además de mantener la alternativa del parto con enfoque intercultural para aquellas mujeres que lo demanden.
12. El MINSA debe conseguir que el sistema de información sea capaz de capturar y reportar datos para el seguimiento de los programas y la toma de decisiones. En la actualidad 3 sistemas registran información de partos de manera simultánea y ninguno es aceptado

ampliamente. Ceder posiciones de los administradores de los sistemas con el único objetivo de obtener información oportuna, confiable y de calidad debería ser el motor de las decisiones.

13. Rediseñar el sistema de monitoreo destinando los recursos necesarios para el MINSA pueda encargarse de esta función a nivel nacional. El sistema debe permitir la recolección, proceso y sistematización de la información a nivel nacional evitando “lagunas” territoriales en la recogida de la información. Esta intervención permitirá también mejorar la función de monitoreo al contar con la información de base, aunque, para que sea efectivo, deberá combinarse con la puesta en marcha de un sistema de supervisión a nivel nacional por parte del MINSA.
14. Es necesario una mejor articulación del PPSMN con el SIS para encontrar incentivos correctos en los prestadores sobre los partos normales, partos complicados y cesáreas. Un estudio con información del SIS sobre el comportamiento de los establecimientos en la atención del parto complicado y cesárea podría llevar a detectar y corregir el manejo excesivo de referencias por complicaciones o al uso de cesáreas, en la medida que se vienen incrementando las atenciones de este tipo en las regiones. También, debería hacerse un análisis sobre el comportamiento de las complicaciones con el fin de tener un mejor seguimiento de éstas y buscar el reforzamiento de la oferta de servicios para evitar que sigan en aumento. Ello implica hacer las correcciones en el desempeño de los prestadores y de generar las estimaciones de requerimientos de recursos que conlleven a mejorar la capacidad de respuesta y lograr que se asignen los presupuestos necesarios para contener el crecimiento de las complicaciones.

2.3 Presupuestos y resultados

1. El presupuesto debe sustentarse en costos para buscar la eficiencia y calidad. En el corto plazo para mejorar la asignación hacia zonas prioritarias se debe desarrollar la siguiente información: i) gastos de producción por parto según regiones; ii) cálculos de muertes maternas según región, iii) coberturas de parto a nivel regional; iv) disponibilidad de recursos existentes en los establecimiento FON según región.
2. Debe mantenerse el incremento de aporte presupuestal pero ligándolo a una mejor estrategia que mejore la capacidad de respuesta de la oferta y la calidad de atención hasta lograr que la capacidad de respuesta de la oferta sea adecuada a los requerimientos reales..
3. Probar mecanismos para mejorar la gestión presupuestaria de las regiones donde se evidencia problemas al distribuir el gasto entre producción y administrativo. Por ejemplo, los criterios asumidos por las regiones para la contratación de personal son muy variados.

También, hay deficiencias en la disponibilidad de insumos críticos como la oxitócina. Un modelo de gestión para explorar pueden ser los CLAS.

4. Se deben generar criterios claros de asignación entre regiones para mejorar la asignación presupuestaria de la atención del parto. Los presupuestos asignados a nivel regional deben responder, en la medida de lo posible, a las metas programadas.
5. Armonizar la estructura presupuestaria del producto parto tanto a nivel de costo total como de las proporciones de gasto. Esto para evitar que a nivel regional se mantengan las actuales distorsiones, como las encontradas en regiones donde se ha incluido gasto de personal. Se debe demandar la actualización del listado de bienes.
6. Integrar, a nivel regional, los procesos entre las áreas técnicas y administrativas. El contar con información fiable a nivel de requerimientos a nivel regional, debe ser el primer paso para poder calcular brechas tanto de recursos humanos como de requerimientos logísticos. Identificar los procedimientos claves para la programación e implementación del gasto para hacerla más eficiente.
7. El personal administrativo debe ser expuesto a los enfoques de planificación estratégica y operativa. Esto permitirá que la parte administrativa vea que la asignación presupuestal para los programas presupuestales deja atrás la visión de criterios de asignación históricos.
8. Generar un instrumento para estimar brechas regionales de recursos humanos y equipamiento e incorporarlo a la planificación estratégica y operativa. Ensayar un piloto para estimar brechas de RR.HH. y equipamientos, el cual identifique los cuellos de botellas que impiden el cierre de dichas brechas.
9. Evaluar los criterios de focalización de tal forma que la asignación contribuya a evitar que las diferencias de cobertura de parto institucionalizado entre departamentos persistan. La revisión de los criterios debe ayudar a superar la baja cobertura en Loreto y Ucayali.
10. Revisar las estrategias e instrumentos actuales para la atención de parto normal institucional con atención calificada con el objetivo de alcanzar los niveles de cobertura de países de ingresos medios.
11. Sería necesario revisar la propuesta de reforma del MINSA de hacer del SIS el operador financiero hacia las regiones con los criterios actuales de asignación de recursos financieros hacia el SIS por parte del PPSMN.
12. Tratar de hacer explícita y separar los gastos de personal, bajo diferentes modalidades (CAS) de lo que es la provisión de insumos y medicamentos.

Matriz de conclusiones

Tabla 44 Conclusiones

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Conclusión	Indicador (meta)
D I S E Ñ O	1. Ambigüedades en la definición operacional del producto parto normal y parto complicado.	Revisión de la definición y de la nomenclatura de ambos productos que explicita su separación y evite que complicaciones en parto normal se registren como parto complicado.	Productos parto normal y complicado redefinidos.
	2. Diferencias entre definiciones INEI y MINSA en indicadores de parto rural que se toman del INEI para seguimiento.	Revisión consensuada de la definición de parto rural en la medida que MINSA usa los indicadores del INEI para el seguimiento de coberturas.	Parto rural definido.
	3. Conviven varios sistemas que obtienen información de parto en las regiones, pero ninguna es fiable.	Conviven varios sistemas que obtienen información de parto, a nivel desagregado en las regiones pero ninguna es fiable. ENDES da una mirada regional de coberturas. La necesidad de información fiable .	Optar por un sistema de información que satisfaga los requerimientos de los diferentes niveles y procesos de gestión.
	4. Aprobación tardía de definiciones operacionales para el proceso de programación presupuestaria	Necesidad de contar con la aprobación oportuna de las definiciones operacionales	Fijar fecha límite para la aprobación definiciones operacionales correspondiente al año fiscal a programar.
	1. Los roles institucionales definidos dan lugar a interferencias entre Unidad Ejecutora y regiones.	La función administrativa de la Unidad Ejecutora ha interferido afectando las competencias del nivel regional y nacional. Una gestión territorial, requiere de un órgano técnico – político que oriente los recursos en función de	Redefinir rol de las DIRESAS y del nivel nacional en el proceso de programación y presupuestario.

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Conclusión	Indicador (meta)
I M P L E M E N T A C I Ó N		objetivos.	
	2. Dificultades en la aplicación de la información para la toma de decisiones y el seguimiento.	Período estable de participación con incremento sustantivo en 2012 sin explicación más allá de retomar la prioridad del producto.	Estrategia para mejorar parto vinculados con la asignación presupuestaria.
	3. Confusiones en la estimación e interpretación de las metas físicas.	Definir la meta referida a un universo acotado.	Meta física de atención precisada.
	4. Incongruencias en el proceso de transferencia del SIGA al SIAF. Metas SIAF suman los subproductos y no refleja la meta física verdadera.	Revisar proceso de incorporación de metas físicas del aplicativo SIGA al aplicativo SIAF.	Mecanismo de transferencia de metas físicas revisado. Incorporar mecanismo control de calidad de información.
	5. Seguimiento débil de meta física de parto (falta de coincidencia entre SIAF-MINSA).	Cambios de giro en 2012 en metas de partos complicados y cesáreas. Incremento del parto complicado y cesáreas coincidente con baja capacidad resolutoria de establecimientos.	Revisión de la meta de parto complicado y cesárea y mejorar vigilancia sobre éstos.
	6. Los criterios de focalización no se centran en el cierre de brechas. Criterios de gasto sin cambios en Regiones	Cuando se asignan recursos a las regiones teniendo en cuenta una mayor asignación para el producto parto esto se refleja en mejoras significativas en los indicadores.	Mecanismo que logre asignación de recursos financieros a regiones con coberturas bajas y riesgo sanitario.
	7. Limitaciones de la capacidad de respuesta de la oferta de servicios	La atención de parto se realiza en establecimientos FONB cuya capacidad resolutoria solo alcanza entre el rango de 40 y 49% Los establecimientos FONE, ningún	Diseño de estrategia para acelerar el cierre de brechas en los establecimientos con FON a través de

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Conclusión	Indicador (meta)
I M P L E M E N T A C I Ó N		establecimiento calificó en el rango de 90% y más. Los FONI ninguno calificó en el rango de "90% a más".	programación multianual.
	8. Falta de consistencia en la política de asignación de RRHH. La distribución de médicos es expresión de las desigualdades de la atención entre zonas rurales y urbanas.	Priorizar un recurso profesional sobre otro no es la solución sino lograr contar con el personal calificado para la atención del parto.	Equipos de profesionales para la atención de parto en cada establecimiento. Flexibilizar regímenes de contratación de médicos para zonas rurales.
	9. Escasez de actividad extramural para el seguimiento de la gestante que asegure un parto oportuno y de calidad.	El Plan de Parto tiene dificultades en recursos para cumplirse y de organización de la oferta de servicios. El enfoque intercultural empieza en este contacto con la comunidad, en especial con población indígena alto andina y amazónica	Poner en marcha modelo de atención extramuros con estimación de requerimientos y recursos. Revisión del Plan de parto hacia un enfoque más integral de atención.
	10. Débil articulación con la vigilancia comunitaria.	Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de áreas rurales. Estrategia sanitaria expresamente elaborada para actuar en comunidad.	Integrar las casa de espera en el sistema de vigilancia comunitaria generando sinergia con el PPSMN y específicamente con el producto parto.
	11. Limitaciones en la aplicación de la normativa de atención para parto vertical.	Se cuentan con camillas para la atención del parto vertical pero no	Ampliación de la normativa para la Utilización de

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Conclusión	Indicador (meta)
Implementación		se usan.	camillas de parto vertical como derecho a toda mujer.
	12. Dificultades para obtener información de manera oportuna.	Desconfianza en la calidad de la información y generación de registros paralelos.	Implementación de un único sistema de registro que consolide y unifique la información.
	13. Bajo nivel de seguimiento a nivel local.	Quedan lagunas de información a nivel local lo que impide contar con un sistema monitoreo eficaz.	Incremento del presupuesto ligado a este fin.
	14. Débil explotación de información disponible en otras instituciones como el SIS.	Escaso análisis de información para validar estrategias y realizar estudios específicos que permitan afinar las intervenciones.	Estudios de parto a partir de información del SIS.
Presupuesto y Resultados	1. Limitaciones en el sustento técnico para la asignación presupuestal.	Desde el 2008 la programación se ha realizado por Unidades Ejecutoras a través del SIGA – PPR y se traslada con errores al SIAF. Tampoco se realiza actualización posterior.	Incorporar en la Directiva Anual instrucciones que ordenen la programación de la meta y la actualización de la misma para el dominio de una sola meta concertada. Mejora operativa de entre el SIGA y , SIAF en las metas.
	2. La oferta de servicios todavía no es suficiente. Incremento de partos complicados y cesáreas.	El incremento de complicaciones es una alerta sobre la baja calidad de atención. Se requiere pronta reacción sanitaria como presupuestaria para evitar que siga	Mejora en la capacidad resolutive de establecimientos y personal calificado entrenado. (*en el

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Conclusión	Indicador (meta)
Presupuesto y Resultados		incrementando.	2012 se ha tomado ruta equivocada de bajarlos como meta, riesgo de muertes)
	3. Inercia en la decisión de los criterios de gasto en las regiones.	MEF realiza incrementos presupuestarios a regiones pobres. MINSA aporta criterio de priorización de muertes maternas y da asistencia a las 10 regiones con esta característica. Avance lento y persisten las inequidades hacia estas regiones.	Criterios de focalización y priorización según Programa orientado al cierre de brechas.
	4. Inconsistencias en la asignación en base a meta física alcanzada	El incremento de presupuestos no está ligado a metas programadas por las regiones.	Vincular presupuesto y metas.
	5. Variabilidad en la estructura del presupuesto de parto.	Uniformizar la estructura de parto regional. Costo de parto promedio en 358 nuevos soles. Grandes disparidades entre regiones que premian al que más gasta. Casos extremos Tacna e Ica.	Estimación del costo del parto por regiones, por áreas
	6. Deficiente sinergia entre áreas técnicas y administrativas a nivel regional.	Problemas de desabastecimiento. Procesos truncos de adquisiciones. Períodos largos de compras	Evaluación de los procesos de compra, con propuesta de mejora. Evitar desabastecimiento.
	7. Baja visión estratégica y operativa. Riesgo de perder el valor del parto institucional por baja capacidad resolutive de los establecimientos	La baja capacidad resolutive de los establecimientos de salud, en especial en las zonas rurales limita que se extienda la cobertura del parto institucional y que la población no distinga las ventajas obvias de ésta opción.	Prioridad de mejorar el parto institucional en zonas rurales pobres.
	8. Falta de información sobre brechas en RRHH y equipamiento.	Escaso conocimiento de los requerimientos en las regiones.	Plan técnico y de financiamiento a un plazo determinado

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Conclusión	Indicador (meta)
Presupuesto y resultados			para cerrar brechas y el compromiso financiero correspondiente
	9. Persistencia de las diferencias entre departamentos en atenuar problemas de acceso.	Las Regiones de selva han tenido dificultades a remontar sus coberturas. Regiones pobres como Huancavelica han demostrado eficiencia técnica y financiera.	Gestantes esperadas por región y área. Intervención diferenciada por regiones naturales.
	10. Cobertura de atención de parto por debajo de estándares de países comparables.	Todavía existen brechas por cerrar en la atención de parto y en las condiciones adecuadas, en especial en zonas rurales.	Incrementar la cobertura de partos de zonas rurales
	11. Caída en la participación de la genérica de gasto de donaciones y transferencias	Protección financiera incompleta.	Disminución de gasto de bolsillo por la atención del parto.
	12. Disparidad en el crecimiento de gasto entre genéricas.	Crecimiento de gasto de personal por encima del crecimiento del rubro de suministros médicos	Incremento ppto. genérica de personal+ contratos CAS

Matriz de recomendaciones

Tabla 45 Recomendaciones

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Recomendación	Actividades específicas que debe realizar la IPE	Indicador (meta)
D I S E Ñ O	1. Definiciones operacionales que llevan a confusión.	Revisar las definiciones operacionales del producto parto, parto complicado y evitar así interpretaciones erróneas en las regiones. Coordinar con el SIS para que la aplicación se dé sin contratiempos en las regiones y evitar así versiones diferentes.	Separación de ambos productos como unidades completas. Revisión del MINSA con el SIS del paquete parto y la definición operacional.	Producto parto normal validado. Producto parto complicado redefinido y validado. Directiva 2013 modificada.
	2. Homogeneizar fichas técnicas.	Revisar fichas técnicas en lo concerniente a los indicadores de las cuatro modalidades para el parto rural homogeneizando las definiciones con el INEI	Armonizar con INEI indicadores de parto rural.	Fichas técnicas revisadas.

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Recomendación	Actividades específicas que debe realizar la IPE	Indicador (meta)
	3. Estrategia diferenciada por regiones para mejorar la cobertura de atención de parto por personal calificado.	<p>Estimación de las brechas de recursos humanos y equipos necesarios por región y áreas para que los establecimientos logren cumplir las FON, en especial en zonas rurales.</p> <p>Integrar el FON al concepto de redes y categorías de establecimientos a fin de evitar confusiones en la interpretación de las mismas.</p> <p>Realizar una estimación de costos de atención de partos diferenciadas por zonas urbanas, rurales, ¿?</p>	<p>Brechas de recursos humanos y equipos por FON en establecimientos.</p> <p>Plan de intervención con priorización en zonas rurales.</p> <p>Propuesta articulada con el fortalecimiento integral de las redes de servicios y categorización.</p> <p>Estimación de costos de partos</p>	<p>Brechas de recursos.</p> <p>Plan de intervención con plan financiero</p> <p>Propuesta de FON, redes y categorías alineadas.</p>
	4. Aprobación oficial de definiciones operacionales oportuna para el año fiscal correspondiente	Oficializar de manera oportuna la aprobación de las Definiciones Operacionales	Asegurar esta aprobación.	Fijar fecha en Directiva para la aprobación de Definiciones Operacionales.

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Recomendación	Actividades específicas que debe realizar la IPE	Indicador (meta)
I M P L E M E N T A C I Ó N	1. Revisión de los tres niveles de gobierno en términos de función productiva,	No hay una secuencia de procesos que garantice el aporte de valor de cada una.	Modelo de programación alternativo en el cual tanto la DIRESA como el MINSA tuvieran un rol protagónico en las definiciones de políticas y de prioridades. ESNSR incluir competencias en este ordenamiento	Fortalecimiento del rol rector nacional y regional y de la descentralización Plan de Articulación territorial. (*)
	2. Criterio común para estimación de meta.	Consensuar entre INEI, MINSA y Regiones la población proyectada.	Mejorar la consistencia de las proyecciones adoptadas	Criterio común para proyección y meta estimada.
	3. Confusión en regiones del total de gestantes esperadas a programar.	MINSA genere información de gestantes esperadas totales y gestantes esperadas a atenderse en la red MINSA.	Diseño de un mecanismo de recopilación de información.	Gestantes esperadas total y Gestantes red MINSA
	4. Ordenamiento de los procesos y competencias para la recuperación de rectoría	MINSA desarrolle la capacidad para vigilar el cumplimiento de metas.	Propuesta MINSA que contribuya a la propuesta global de programación y monitoreo.	(*) Extender la propuesta de programación y monitoreo.
	5. Concertar un mecanismo de coordinación entre MEF y MINSA.	Asegurar que las metas que reporta el PPSMN estén respaldadas por sus formuladores y sean coincidentes en los diferentes sistemas.	Identificar los problemas que se generan en la programación y presupuesto.	Crear un instrumento de concertación.

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Recomendación	Actividades específicas que debe realizar la IPE	Indicador (meta)
I M P L E M E N	6. Lograr criterios de focalización más explícitos vinculados con el propósito de cerrar brechas en especial en las regiones con mayor pobreza y ruralidad	Definir criterios de focalización y priorización que respondan a las necesidades del PSMN.	Aportar con los criterios de priorización y focalización para el PSMN, en especial el parto.	Criterios de focalización y priorización según Programa orientado al cierre de brechas.
	7. Acercar la oferta de servicios para la atención al parto	Repensar y flexibilizar la clasificación rígida de categorías de establecimientos de salud.	Articular la estrategia FON al concepto de redes y categorías.	Revisar y actualizar la estrategia FON con la definición de redes.
	8. Acelerar el proceso de dotación de RRHH	Establecer estrategia diferenciada por regiones	Estimación de brechas. Elaborar un plan de contratación.	Incremento RRHH hasta cerrar brechas.
	9. Personal específico o mecanismos alternativos para actividades extramurales	Incremento presupuesto y búsqueda de alternativas.	Estimación de brechas de RRHH y equipos necesarios.	Incrementar el número de actividades extramurales.
	10. Buscar la sinergia entre las Casas de Espera y el PPSMN	Desarrollo de un modelo de salud comunitaria.	Dotar RRHH, materiales y equipos necesarios.	Incorporación de las casas de espera al modelo.

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Recomendación	Actividades específicas que debe realizar la IPE	Indicador (meta)
A C I Ó N	13. Mejorar el monitoreo.	El monitoreo debe dejar de ser selectivo por la escasez de recursos, la interacción para una mejor aplicación de los conceptos y procedimientos requiere de un monitoreo cercano y de supervisión preventivo y no posterior.	MINSA desarrolle un Plan de monitoreo con procedimientos y niveles de responsabilidad bien definidos.	Regiones con monitoreo periódico y bien definido.
	14. Mejor articulación MINSA-SIS, para encontrar incentivos correctos en los prestadores sobre los partos normales y partos complicados.	Hacer las correcciones que sean necesarias para evitar que las gestantes terminen pagando por ello. Proponer mecanismos técnico-financiero	Revisar la tarifa de parto del SIS. Revisar metas desde el nivel nacional con los niveles regionales para hacer los ajustes necesarios.	Meta parto complicado y cesárea revisados y con plan de seguimiento.
P R E S U P U E S T O Y	1. El presupuesto en general requiere sustentarse en costos, aunque la base actualmente para ello esté en un sistema de gasto,	El proceso de programación y presupuestario debería desarrollarse como un sistema aparte con acuerdos básicos	Definición de requerimientos para el costeo del PSMN, en especial parto. Integrarse a propuesta de programación basada en planeamiento estratégico sectorial y operativo..	Propuesta de costos de partos.

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Recomendación	Actividades específicas que debe realizar la IPE	Indicador (meta)
R E S U L T A D O S	2. Ligar el gasto a los logros y mejorar el gasto. Los establecimientos solicitan a las gestantes el pago de procedimientos y otros.	Criterios de asignación y El manejo administrativo sobre estos ingresos es improvisado y no permite la transparencia, llevando a suspicacias entre los diferentes servicios del establecimiento y también con los usuarios que cuestionan los cobros y no encuentran respuestas claras	Establecer criterios de asignación. Establecer prácticas de admisión, caja, tesorería y contabilidad claras en aras de la transparencia y mejora de la imagen de los prestadores. Esto escapa al PPSMN.	Actualizar Directivas, reglamentos y manuales.
	3. Las capacidades de gestión resultan bastante limitadas para generar nuevas fórmulas para mejorar la eficiencia y calidad el gasto.	Se aplica la misma vieja fórmula para gestionar los recursos	Experimentar con nuevos modelos de gestión en la oferta de servicios y del CLAS podrían contribuir en el cambio de la dinámica actual pero esto escapa al PPSMN	Nuevos modelo de gestión en la oferta de servicios que de mayor autonomía de gestión contra resultados sanitarios visibles.
	4. Soluciones de corto plazo podrían darse para mejorar la asignación hacia zonas prioritarias con el manejo de indicadores básicos de alerta.	Comportamiento muy heterogéneo en regiones.	Generar un algoritmo aplicando los criterios como medio de verificación para una mejor asignación presupuestal.	Propuesta de Algoritmo diseñada.

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Recomendación	Actividades específicas que debe realizar la IPE	Indicador (meta)
	5. Armonizar estructura de parto a nivel regional	Permitir la comparabilidad.	Recopilar y armonizar las estructuras regionales.	Única estructura presupuestaria para el producto parto.
	6. Integrar los procesos entre áreas técnicas y administrativas.	Contar con información fiable a nivel de requerimientos.	Revisar procedimientos actuales para programación e implementación del gasto.	Programación e implementación más eficiente entre áreas técnicas y administrativas.
	7. Retomar la visión de conjunto a través de Plan Estratégico y operativos y presupuestos vinculantes	Planificación estratégica y operativa vinculante.	Mejorar capacidades de planificación	Planificación y presupuesto corresponden.
	8. Brecha de recursos en las regiones.	Generar un instrumento para identificar brechas de RR.HH. y equipamiento a nivel regional y cuellos de botellas para cerrarla.	Estimación de brechas de RRHH y equipamiento. Analizar la genérica de gasto 2.1 y 2.3 y 2.6 para el caso de equipamiento.	Equilibrio de la oferta y demanda de servicios.
	9. Prioridad de mejorar el parto institucional en zonas rurales pobres.	Plan de mejora de capacidad resolutive de zonas rurales y pobres	Acercamiento del servicio a la gestante y la atención del parto.	Mejora de los criterios de focalización.
	10. Alcanzar niveles de cobertura similares a los países en equivalente nivel económico.	Revisar las estrategias e instrumentos actuales.	Análisis comparativo de factores y causas.	Mejora nivel de cobertura.

Área de mejora	Aspecto de mejora o problema identificado	Recomendación	Actividades específicas que debe realizar la IPE	Indicador (meta)
	11. SIS como operador financiero para las regiones	Propuesta de reforma	Revisar propuesta con criterios actuales de asignación	Reforma del MINSA
	12. Presupuesto para insumos y medicamentos	Discriminar gastos de personal de provisión de insumos y medicamentos	Diferenciar Contratos CAS de provisión de insumos y medicamentos	Gastos de personal incluyendo CAS

BIBLIOGRAFÍA

- Blankfield, 1965 "The Optimum Position for Childbirth," Medical Journal of. Australia
- Borrel, 1957. The movements at the sacro-iliac joints and their importance to changes in the pelvic dimensions during parturition. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica
- C.Méndez-Bauer et al, 1976 en: Review in Perinatal. Medicine. Alqvist, Wiskell Edi. Stockholm
- CEPAL 2010. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile
- D. Haire (1972); A. Blankfield, "The Optimum Position for Childbirth," Medical Journal of Australia 2 (1965): 666-668; F. H. Howard, "Deliver in the Physiologic Position," Obstetrics and Gynecology 11 (1958): 318-322; N. and M. Newton, "The Propped Position for the Second Stage of Labor," Obstetrics and Gynecology 15 (1960): 28-34
- D. Haire (1972); Howard (1958); F. M. Ettner, "Hospital Obstetrics: Do the Benefits Outweigh the Risks?" in 21st Century Obstetrics Now! vol. 1, eds. D. Stewart and L. Stewart (Marble Hill, MO: NAPSAC, 1977).
- D. Haire 1972. The cultural Warping of Childbirth. Minneapolis: International Childbird Education Association.
- Dunn, 1976
- ECLAC, 2010. Avance regional hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM5). Chile.
- FCI, 2003 Family Care International. La atención calificada durante el parto. Un cuaderno informativo. Nueva York.
- Garrido Sánchez, M.C. Estudio comparativo ligadura precoz vs. ligadura tardía del cordón umbilical. Tesis doctoral 2008. Editorial de la Universidad de Granada.
- INEI. ENDES, 2000, 2004, 207, 2009, 2010, 2011
- MINSA 2012. Programa Estratégico Salud Materno Neonatal, Lima.
- MINSA, 2009. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015.
- MINSA. Definiciones operacionales 2012. (Documento de trabajo)
- MINSA. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. NT No. 033- MINSA/DGSP-V.01. 2005.
- MINSA. Plan Estratégico Institucional 2008-2011. Noviembre, 2007.
- MINSA. Plan nacional concertado de salud. Julio 2007. 2011
- MINSA-PSNB,2000. Manual de Decisiones Salud de la Mujer. Lima
- R.M. 178- 2011. MINSA. Definiciones operacionales 2011.
- Seinfeld, J. Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú. Cuaderno de política. Febrero 2011. FOCAL.
- SSEGP. Informe técnico. Indicadores de seguimiento de la calidad de la salud materna. Metodología y Resultados. Julio 2006.

Anexo 01 - MATRIZ DE EVALUACIÓN Y DISEÑO DE CAMPO DE LA EVALUACION

PARTO

El producto PARTO NORMAL cuenta con tres procesos críticos. La evaluación en campo estará centrada en estos, sin embargo no se dejará de lado indagaciones sobre fallas en procesos anteriores que dificultan el acceso, la atención oportuna y de calidad del parto. La evaluación en campo por lo tanto abarcará una revisión de la aplicación del diseño, de los procesos y de los recursos que intervienen en éste.

SELECCIÓN DE REGIONES A VISITAR

Se visitarán dos regiones, Ucayali e Ica. La primera ha sido seleccionada porque presenta problemas en el desarrollo de la Estrategia, en específico parto tanto a nivel del indicador como del gasto involucrado. La segunda región seleccionada es Ica por los problemas de ejecución de su presupuesto y los escasos resultados alcanzados en la atención del parto a pesar de estar próximo a Lima.

PERTINENCIA Y CALIDAD DEL DISEÑO

Se investigará la adecuación de la Estrategia y en específico del producto parto normal respecto a los problemas reales, necesidades y prioridades a nivel regional, de unidades ejecutoras y de establecimientos. Actores claves: Gobierno Regional – Dirección Regional de Salud, Unidades Ejecutoras y Establecimientos de Salud.

Preguntas de evaluación	Método de análisis	Fuentes de Información	Conclusiones
DISEÑO ¿El programa presupuestario SMN es compatible con la conceptualización sanitaria para la atención de parto? Qué fallas en el diseño hacen que la implementación se vea obstaculizada? ¿Qué impide que se tomen decisiones informadas?	La investigación en su conjunto tendrá un método analítico sintético – que cubre la observación, descripción, examen crítico, descomposición de los elementos, ordenamiento, clasificación y comprensión de todas los elementos como un todo.	Primarias – entrevistas MINSA, PARSALUD, REGION, UE. Secundaria – SIGA, SIAF, Fuentes documentales artículos en revistas, publicaciones.	Se espera identificar las incompatibilidades entre el abordaje sanitario de la estrategia y el diseño presupuestario de la misma.

Preguntas de evaluación	Método de análisis	Fuentes de Información	Conclusiones
<p>PRESTACIÓN</p> <p><i>Factores internos</i></p> <p>¿Qué problemas enfrentan para lograr una atención de parto con los estándares de calidad establecidos?</p> <p>¿Qué recursos y herramientas fallan o no están presentes?</p> <p>Hay un agotamiento de las estrategias de intervención?</p> <p><i>Factores externos</i></p> <p>¿Qué problemas subyacen y confrontan?</p> <p>El problema es solo intercultural?</p>	Método de observación por entrevista a prestadores.	<p>Primarias – entrevistas MINSA, PARSALUD, REGION, UE, EE.SS.</p> <p>Secundaria – SIGA, SIAF, ESNSSR, ENDES, ENAHO</p> <p>Fuentes documentales artículos en revistas, publicaciones.</p>	Se espera identificar procesos, herramientas y modelos a mejorar.
<p>INCENTIVOS FINANCIEROS</p> <p>¿Qué efectos positivos y negativos se tiene del pago del parto por el SIS?</p> <p>¿Qué estrategia usan para cubrir los gastos de atenciones complicadas de parto y cesáreas?</p>	idem	idem	Identificar los factores que generan incentivos negativos y positivos
<p>ASIGNACION PRESUPUESTARIA</p> <p>¿Qué cuellos de botella se identifican en los flujos financieros que limitan la ejecución?</p> <p>¿Qué criterios se utilizan para las decisiones de asignación?</p>	idem	idem	Identificar soluciones a cuellos de botella identificados.

Preguntas de evaluación	Método de análisis	Fuentes de Información	Conclusiones
ROLES INSTITUCIONALES ¿Qué competencias no se están ejerciendo en los diferentes niveles e instituciones o se están aplicando más allá de su rol?	idem	idem	Se establecerá un mapa de competencias y las fallas de operación como sistema.
GESTION PARA RESULTADOS ¿Cuán presente se tiene la conexión entre la atención de parto y resultados de la estrategia? Se cuenta en las regiones y Unidades Ejecutoras equipos calificados para la gestión por resultados? Se realiza acompañamiento constante a estos equipos para la gestión por resultados?	idem	idem	Identificar elementos que permitan desarrollar una mejor correspondencia.
¿Qué medidas se aplican a los diferentes actores que atentan contra la equidad?	idem	idem	La integración de los diferentes formas de actuar y sus efectos en la equidad.

EFICIENCIA DE LA EJECUCION HASTA LA FECHA

Se investigará en qué medida los medios, insumos y actividades estuvieron presentes para la atención del parto institucional.

¿De qué manera se gestionan la disponibilidad y el uso de medios e insumos?

Preguntas de evaluación	Método de análisis	Fuentes de Información	Conclusiones
Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Criterios de Asignación - Competencias necesarias 	Entrevistas Revisión de documentación relacionada	SIGA-SIAF Registros administrativos	Desarrollo de competencias

Preguntas de evaluación	Método de análisis	Fuentes de Información	Conclusiones
<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de verificación y formación - Disponibilidad 			
Equipos <ul style="list-style-type: none"> - Equipos críticos presentes en los servicios 	Verificación de equipos críticos	ESNSSR y EESS	Disponibilidad para una atención completa
Medicamentos e insumos <ul style="list-style-type: none"> - Stock vs. partos promedio atendidos - Ubicación 	Verificación de medicamentos e insumos críticos en servicios y farmacia	SIGA-Registros administrativos en UE y ES	Disponibilidad para una atención completa
Infraestructura <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo a funciones obstétricas 	Verificación de áreas necesarias		Disponibilidad para una atención completa

En relación a los recursos críticos que estén presentes en la atención del parto, la UNICEF, la OMS y la UNFPA han identificado un paquete de intervenciones clave en el manejo de las siete complicaciones obstétricas más importantes listadas previamente (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997). Este conjunto de intervenciones se conocen como Funciones obstétricas 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:

- Administración de Oxitócicos parenterales.
- Administración de Antibióticos parenterales.
- Administración de Anticonvulsivantes parenterales.
- Extracción manual de la placenta.
- Remoción de productos retenidos (ejemplo: Aspiración manual endouterina).
- Parto vaginal asistido (ejemplo Vacuum extractor).

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

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

Estas intervenciones no son las únicas, pero son las más importantes y críticas para el manejo de las complicaciones más frecuentes. En varios casos estas intervenciones involucran otras funciones; por ejemplo el efectuar cirugías deja implícito la capacidad de proveer anestesia.

Pero, en la medida que algunas de ellas serán difíciles de verificar en el trabajo de campo se buscará con la ESNSSR que definir un listado de insumos críticos posibles.

EFICACIA A LA FECHA

Se buscará que analizar en qué medida se está logrando contar con una cobertura de parto institucional con calidad que contribuya de manera efectiva a disminuir la muerte materna.

Preguntas de evaluación	Método de análisis	Fuentes de Información	Conclusiones
Existe atención de calidad?	Verificación en base a norma técnica. Entrevista	Registros ESNSSR	
Qué limita la calidad?	Entrevista	Definiciones operacionales	
Qué medidas tomar para lograr calidad?	Entrevista Verificación	Definiciones operacionales	
Qué adaptaciones tendrían que hacer para lograr la meta?	Entrevista Verificación Análisis	SIGA- SIAF	

Anexo 2 – Formato V a Formato VII

AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2008	25,516,459	30,475,598	27,861,973	0.914238762
2009	62,153,740	89,156,331	85,476,862	0.958730143
2010	73,485,908	97,239,037	89,794,250	0.92343829
2011	147,673,106	150,439,083	135,060,309	0.897774078
2012	260,572,966	230,156,482	202,183,520	0.878461116

Fuente: ofi.mef.gob.pe

Formato V: GASTO TOTAL – PARTO NO QUIRÚRGICO

AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2,008	4,045,204	4,179,274	4,141,496	0.990960631
2,009	18,920,178	23,909,482	23,135,752	0.967639199
2,010	20,293,352	26,352,580	24,779,180	0.940294271
2,011	29,890,833	33,619,315	29,932,234	0.890328491
2,012	41,452,566	46,629,595	44,563,023	0.955681108

Fuente: ofi.mef.gob.pe

Formato V: GASTO TOTAL – PARTO QUIRÚRGICO

AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2008	11,521,283	16,355,146	15,728,615	0.961692118
2009	31,936,284	48,163,281	46,054,706	0.956220279
2010	41,385,427	71,274,106	68,138,615	0.956007993
2011	58,706,529	89,085,828	79,681,159	0.894431368
2012	71,736,488	155,875,723	136,406,904	0.875100377

Fuente: ofi.mef.gob.pe

(Formato VI): Porcentaje del presupuesto Institucional de apertura de la intervención pública evaluada en relación al presupuesto institucional de apertura de la Institución Responsable (2008-2012)

FORMATO VI: PARTO NORMAL

Año	Presupuesto Institucional de Apertura de la Institución Responsable (S/.)	Presupuesto Institucional de Apertura correspondiente a la Intervención Pública Evaluada (S/.)	%
			% Respecto del presupuesto Institucional de la institución responsable
2008	217,983,412.00	25,516,459.00	12%
2009	359,045,978.00	62,153,740.00	17%
2010	447,073,627.00	73,485,908.00	16%
2011	952,325,576.00	147,673,106.00	16%
2012	1,400,343,175.00	260,572,966.00	19%

Fuente: ofi.mef.gob.pe

PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO

Año	Presupuesto Institucional de Apertura de la Institución Responsable (S/.)	Presupuesto Institucional de Apertura correspondiente a la Intervención Pública Evaluada (S/.)	% Respecto del presupuesto Institucional de la institución responsable
2008	217983412	4045204	2%
2009	359045978	18920178	5%
2010	447073627	20293352	5%
2011	952325576	29890833	3%
2012	1400343175	41452566	3%

Fuente: ofi.mef.gob.pe

PARTO COMPLICADO QUIRURGICO

Año	Presupuesto Institucional de Apertura de la Institución Responsable (S/.)	Presupuesto Institucional de Apertura correspondiente a la Intervención Pública Evaluada (S/.)	% Respecto del presupuesto Institucional de la institución responsable
2008	217983412	11521283	5%
2009	359045978	31936284	9%
2010	447073627	41385427	9%
2011	952325576	58706529	6%
2012	1400343175	71736488	5%

Fuente: ofi.mef.gob.pe

Formato VII: Proporción del PIM de la Intervención pública evaluada en relación al Presupuesto ejecutado, según categoría de gasto (2009-2011) - Parto Normal

AÑO 2009	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	33723199	37077795	36521183	0.984987996	43%
Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	6928	9378	741	0.079014715	0%
Bienes y Servicios	6852758	22964272	20526660	0.89385198	24%
Donaciones y Transferencias	21251704	25924325	25924311	0.999999946	30%
Otros (Identificar)	0	1600969	1409472	0.880386816	2%
Adquisiciones de Activos no Financieros	319151	1579592	1094496	0.692897913	1%
TOTAL	62153740	89156331	85476863	0.958730155	100%

AÑO 2010	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	37325749	38658096	38235107	0.989058204	43%

Obligaciones Previsionales	0	38312	38312	1	0%
Bienes y Servicios	8229209	27703421	22502534	0.812265532	25%
Donaciones y transferencias	26940280	25790373	25785295	0.999803105	29%
Otros Gastos Corrientes	0	2727553	1864743	0.683668842	2%
Otros Gastos de Capital					0%
Activos no financieros	990670	2321282	1368260	0.589441524	2%
TOTAL	73485908	97239037	89794251	0.9234383	100%

AÑO 2011	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	52280954	56397440	56167209	0.995917705	42%
Obligaciones Previsionales	2000	161259	160953	0.998102431	0%
Bienes y Servicios	57977573	56771395	44000047	0.775039032	33%
Donaciones y transferencias	37110936	28234982	28216372	0.999340889	21%
Otros Gastos Corrientes	19992	2498484	1701814	0.681138642	1%
Otros Gastos de Capital	0	860	0	0	0%
Activos no financieros	281651	6374663	4640322	0.727932128	3%
TOTAL	147673106	150439083	134886717	0.896620175	100%

Fuente: ofi.mef.gob.pe

Formato VII: Proporción del PE de la Intervención pública evaluada en relación al PIM, según categoría de gasto (2009-2011) - Parto complicado no quirúrgico.

AÑO 2009	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	10831408	11648569	11545440	0.991146638	50%
Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	5743	6096	256	0.041994751	0%
Bienes y Servicios	4488491	7711926	7099132	0.920539435	31%
Donaciones y Transferencias	2971151	3437857	3437847	0.999997091	15%
Otros (Identificar)	0	259370	258879	0.998106951	1%
Adquisiciones de Activos no Financieros	623385	845664	794019	0.938929646	3%
TOTAL	18920178	23909482	23135573	0.967631712	100%

AÑO 2010	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	13187791	13325358	13108555	0.983730043	53%
Obligaciones Previsionales	0	4653	4646	0.998495594	0%
Bienes y Servicios	2931250	6974074	5886064	0.843992192	24%
Donaciones y transferencia	4030388	5454411	5454396	0.99999725	22%
Otros Gastos Corrientes	383	434928	196550	0.45191388	1%
Otros Gastos de Capital					0%
Activos no financieros	143540	159156	128970	0.810337028	1%
TOTAL	20293352	26352580	24779181	0.940294309	100%

AÑO 2011	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	19237360	18468705	18174645	0.984077931	61%
Obligaciones Previsionales	21130	7589	6507	0.857425221	0%
Bienes y Servicios	4611317	9788677	6686234	0.683057986	22%
Donaciones y transferencias	6021026	3379537	3379533	0.999998816	11%
Otros Gastos Corrientes	0	472951	233016	0.492685289	1%
Otros Gastos de Capital	0	180	0	0	0%
Activos no financieros	0	1501676	1452298	0.967118073	5%
TOTAL	29890833	33619315	29932233	0.890328461	100%

Formato VII: Proporción del PIM de la Intervención pública evaluada en relación al presupuesto ejecutado, según categoría de gasto (2009-2011) Parto Complicado Quirúrgico

AÑO 2009	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	11384289	13460957	13145360	0.9765546	29%
Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	7324	21992	9692	0.4407057	0%
Bienes y Servicios	6020238	18127040	16725848	0.9227016	36%
Donaciones y Transferencias	13135173	15136390	15129345	0.9995346	33%
Otros (Identificar)	0	169868	167417	0.9855711	0%
Adquisiciones de Activos no Financieros	1389260	1247034	877044	0.703304	2%
TOTAL	31936284	48163281	46054706	0.9562203	100%

AÑO 2010	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	12392268	15220417	15076136	0.9905206	22%
Obligaciones Previsionales	1382	45446	44995	0.9900761	0%
Bienes y Servicios	5403170	19083741	16416988	0.8602605	24%
Donaciones y transferencias	19690817	32704898	32704848	0.9999985	48%
Otros Gastos Corrientes	0	240800	10090	0.041902	0%
Otros Gastos de Capital					0%
Activos no financieros	3897790	3978804	3794747	0.9537406	6%
TOTAL	41385427	71274106	68047804	0.9547339	100%

AÑO 2011	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	26461124	27014372	26864097	0.9944372	34%
Obligaciones Previsionales	0	28922	28746	0.9939147	0%
Bienes y Servicios	9413035	27258120	19082838	0.700079	24%
Donaciones y transferencias	22226015	27597097	27577628	0.9992945	35%
Otros Gastos Corrientes	0	389255	325832	0.8370657	0%
Otros Gastos de Capital					0%
Activos no financieros	606355	6798062	5802017	0.853481	7%
TOTAL	58706529	89085828	79681158	0.8944314	100%

AÑO 2012	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM	Cat de Gato/ Gasto total
Personal y Obligaciones Sociales	35220248	39847146	39691742	0.996099997	49%
Obligaciones Previsionales	0	103776	103743	0.999682007	0%
Bienes y Servicios	14009439	51281204	41178404	0.802992145	20%
Donaciones y transferencia	22244951	27458326	27458326	1	31%
Otros Gastos Corrientes	0	95628	93422	0.976931443	0%
Otros Gastos de Capital					0%
Activos no financieros	261850	37089643	27881267	0.751726486	0%
TOTAL	71736488	155875723	136406904	0.875100377	100%

Fuente: ofi.mef.gob.pe

ANEXO 3. INFORME DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Regiones Ayacucho, Ica y Ucayali

1. Justificación de la selección

Las regiones Ica, Ayacucho y Ucayali se encuentran geográficamente ubicadas en diferentes zonas del país, cada una con características distintas en cuanto a accesibilidad geográfica, diversidad cultural, niveles de pobreza, condiciones de salud y educación, que determinan diferentes niveles de desarrollo económico y social.

La mortalidad materna se ha incrementado, durante los 3 últimos años, en estas regiones, a pesar que vienen implementando la misma modalidad de programación física y financiera bajo el enfoque de gestión por resultados.

Se consideró que estas regiones, son bastante representativas para analizar los procesos de la programación y ejecución presupuestal y ver la relación con los resultados del programa estratégico.

PRESUPUESTO ASIGNADO A SALUD MATERNO NEONATAL – REGIONES SELECCIONADAS 2009-2011

REGIONES	2009		2010		2011	
	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado
Ica	2 725 103	74.6%	2 470 025	84.6%	7 001 865	79.2%
Ayacucho	22 565 731	98%	24 084 824	93.4%	31 787 871	87%
Ucayali	3 178 895	94.4%	3 218 606	70.8%	8 945 684	99.4%

FUENTE: Elaboración propia con datos del ofi.mef.gob.pe

Es evidente el incremento presupuestal asignado al Programa Estratégico Materno Neonatal en los tres últimos años para las regiones seleccionadas, sobre todo en el año 2011. La ejecución del gasto no ha sido pareja, pero se ha ejecutado el 75% o más del presupuesto asignado, siendo la región Ica la que menor ejecución presupuestal ha tenido. La diferencia de la asignación presupuestal entre Ayacucho y las otras regiones es bastante notoria, llama la atención, sobre todo, porque los gastos en zona selva son muchos más altos que en las otras regiones del país considerando la accesibilidad geográfica, los indicadores sanitarios y las características pluriculturales.

Las visitas de campo realizadas a las tres regiones seleccionadas, coinciden en que el principal problema para la ejecución presupuestal son los flujos y procesos logísticos.

PRESUPUESTO ASIGNADO PARA PARTO NORMAL – REGIONES SELECCIONADAS 2009-2011

REGIONES	2009		2010		2011	
	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado
Ica	534,088 (19.5%)	88.8%	484,550 (19.6%)	76.4%	808,377 (11.5%)	86%
Ayacucho	1 500 771 (6.6%)	99.9%	1 606 233 (6.6%)	96.9%	3'297,582 (10.3%)	94.4%

FUENTE: Elaboración propia con datos del ofi.mef.gob.pe

En cuanto el presupuesto asignado para parto normal, la situación es parecida a la que refleja el PE en general. Ucayali utiliza el mayor porcentaje, en relación al presupuesto total asignado al PE y Ayacucho el menor porcentaje, a pesar que este último tiene mayor presupuesto asignado. Sigue siendo la región Ica la que presenta la menor ejecución presupuestal.

Las entrevistas realizadas a los coordinadores técnicos de las tres regiones visitadas coinciden en que el presupuesto asignado para parto se va por completo para la contratación de personal de establecimientos FONB y FONE. Sin llegar a cubrir las necesidades reales de recursos humanos.

META FÍSICA Y AVANCE DE META DE PARTO NORMAL – REGIONES SELECCIONADAS 2009-2011

REGIONES	2009		2010		2011	
	META	AVANCE	META	AVANCE	META	AVANCE
Ica	6,811	6,099	9,287	5,343	10,508	4,384
Ayacucho	10,837	7,251	11,004	9,880	7,432	7,119
Ucayali	10,157	8,517	11,328	7,819	12,746	12,952

FUENTE: Elaboración propia con datos del ofi.mef.gob.pe

Según información SIAF, las regiones que programan y atiende mayor cantidad de partos son Ucayali y Ayacucho, sin embargo no va a la par con la asignación presupuestal. De acuerdo al PIM y a la meta física, para el 2011 a la región Ica estaría gastando 76.9 nuevos soles por parto programado, la región Ayacucho estaría gastando 443.7 nuevos soles y la región Ucayali 198.3 nuevos soles por parto programado.

En las visitas de campo, los equipos técnicos coinciden que el presupuesto asignado esta en relación al techo presupuestal histórico y que la distribución entre regiones no ha mejorado. Específicamente la región Ucayali manifiesta que el presupuesto asignado no está en relación

con los costos regionales. Existe una desmotivación general porque la asignación presupuestal nunca coincide con la programación real.

META FÍSICA DE PARTO NORMAL SEGÚN SIGA/SIAF - REGIONES SELECCIONADAS 2009-2011

REGIONES	2009		2010		2011	
	SIGA	SIAF	SIGA	SIAF	SIGA	SIAF
Ica		6,811		9,287		10,508
Ayacucho		10,837		11,004		7,432
Ucayali		10,157		11,328	10,834	12,746

FUENTE: Elaboración propia con datos del ofi.mef.gob.pe y DIRESAs

Una de las principales dificultades para realizar la evaluación del presupuesto en relación a los productos, es la diferencia significativa de la meta física que se programa en el SIGA y la que aparece en el SIAF.

Las regiones coinciden en que se debe mejorar la interfase SIGA/SIAF así como fortalecer el sistema SIGA pues resulta bastante dificultosa la programación porque el programa se cuelga o borra la información cuando se agrega o se realiza algún cambio.

Las regiones se evalúan de acuerdo a la programación SIGA, el MEF evalúa de acuerdo al SIAF, por otro lado el dato SIAF es el que se encuentra visible y accesible de acuerdo a transparencia de la información.

AVANCE DE META DE PARTO NORMAL SEGÚN DIRESA – REGIONES SELECCIONADAS 2009-2011

REGIONES	2009		2010		2011	
	META	AVANCE	META	AVANCE	META	AVANCE
Ica	s/n	s/n	s/n	s/n		7061
Ayacucho	s/n	s/n	s/n	s/n		10,026
Ucayali	s/n	s/n	s/n	s/n	10,834	5,739

FUENTE: Elaboración propia con datos de las DIRESAs

Asimismo, el avance de meta también varía, entre la información que tiene la DIRESA y el que se muestra en el SIAF. Los coordinadores de la estrategia de salud sexual y reproductiva de las regiones consideran que el dato que ellos tienen merece mayor confiabilidad a pesar que su sistema de información no es precisamente el ideal.

Por otro lado la información que tiene la DIRESA varía de la que tienen en la estrategia nacional, aparentemente las regiones actualizan su información pero no la reenvían al nivel nacional para la corrección respectiva.

OTROS PUNTOS IMPORTANTES (desabastecimiento de insumos, medicamentos, recursos humanos...)

El desabastecimiento de insumos, medicamentos, recursos humanos y otros, determinan la capacidad resolutive de los establecimientos de salud

La capacidad resolutive es el nivel de suficiencia que tiene un establecimiento de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a una demanda de atención de salud, y se encuentra completamente relacionada con el nivel de financiamiento con el que cuenta.

Los establecimientos de salud evalúan trimestralmente su capacidad resolutive para enfrentar las complicaciones obstétricas y neonatales, con el fin de orientar la toma de decisiones y ejecutar acciones oportunas dirigidas a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal, en concordancia con la Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de Salud, aprobada con RM N° 1001-2005/MINSA.

Esta directiva clasifica la capacidad resolutive de los establecimientos según logren cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP), Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE) y Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI). De acuerdo a la norma solo los establecimientos FONB, FONE y FONI cuentan con la capacidad resolutive para atender partos

Se considera que un establecimiento cuenta con la capacidad resolutive de acuerdo a su nivel de atención, cuando cumple con el 80% de los requerimientos según la Directiva. La evaluación la realiza el mismo establecimiento, por lo que se ha encontrado un sesgo marcado en las autoevaluaciones.

Para definir la capacidad resolutive según FON, el instrumento contempla:

1. Disponibilidad de RRHH según nivel de complejidad
2. Disponibilidad de infraestructura adecuada según norma
3. Disponibilidad de equipamiento mínimo según norma
4. Disponibilidad de insumos de laboratorio
5. Disponibilidad de medicamentos e insumos para las EmON según norma
6. Disponibilidad del sistema de referencia y contra referencia operativo
7. Disponibilidad de insumos médicos necesarios

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS SEGÚN FON – ICA

AÑO	FONP		FONB		FONE		FONI	
	N° EESS	C. R.	N° EESS	%	N° EESS	C. R.	N° EESS	C. R.
2008	98	3%	34	0%	5	40%	N. A.	
2009	98	5.1%	34	0%	5	40%	N. A	
2010	98	5.1%	34	2.9%	5	60%	N. A	
2011	98	6.1%	34	5.8%	5	80%	N. A	

LEYENDA: C. R. % de EESS que cuentan con capacidad resolutiva (80% o más) según FON
N. A. No Aplica

FUENTE: DIRESA Ica

La capacidad resolutiva de los establecimientos de la región Ica ha mejorado en los últimos años, sin embargo, en el año 2011, de 34 establecimientos FONB, solo 2 cuentan con capacidad resolutiva que equivale al 5.8%. En relación a los hospitales, de 5 que hay en la región, 4 están calificados, posiblemente gracias a los proyectos de infraestructura y equipamiento que han tenido después del terremoto.

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS SEGÚN FON – AYACUCHO

AÑO	FONP		FONB		FONE		FONI	
	N° EESS	C. R.	N° EESS	%	C. R.	C. R.	N° EESS	C. R.
2008	314	28%	26	0%	4	0%	1	0%
2009	327	37%	26	0%	4	0%	1	0%
2010	336	50%	27	0%	4	0%	1	0%
2011	347	58%	29	3.4%	4	0%	1	0%

LEYENDA: C. R. % de EESS que cuentan con capacidad resolutiva (80% o más) según FON

FUENTE: DIRESA Ayacucho

En el caso de Ayacucho, de 29 establecimientos FONB solo 1 cuenta con la capacidad resolutiva para la atención de partos. Los hospitales (FONE y FONI) ninguno de los 5 cuenta con la capacidad resolutiva para su nivel de atención.

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS SEGÚN FON – UCAYALI

AÑO	FONP		FONB		FONE		FONI	
	N° EESS	C. R.	N° EESS	%	C. R.	C. R.	N° EESS	C. R.
2008	168	59%	14	44%	2	0%	N. A	
2009	168	56%	14	78%	2	100%	N. A	
2010	168	78%	14	88%	2	100%	N. A	
2011	168	60%	15	51%	2	0%	N. A	

LEYENDA: C. R. % de EESS que cuentan con capacidad resolutive (80% o más) según FON

N.A. No Aplica

FUENTE: DIRESA Ucayali

La evaluación de la capacidad resolutive según FON en la DIRESA Ucayali, resulta un tanto incierta o poco creíble. Pues a nivel nacional es una de las regiones con más carencias de recursos humanos, infraestructura y equipamiento y con los más bajos indicadores sanitarios. Se podría decir que los resultados evidencian el sesgo de la autoevaluación o en todo caso ha sido mal aplicada.

El INEI, a través de la Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud - ENESA, ha realizado la evaluación de los establecimientos según FON, específicamente en establecimientos FONB y FONE, a nivel nacional. De acuerdo a sus resultados, durante los años 2009 y 2010 no se encontraron establecimientos con capacidad resolutive según FON, en ninguna de las regiones seleccionadas. En el 2011 la DIRESA Ayacucho calificó 2 establecimientos FONB. En Ica y Ucayali no logró calificar ningún establecimiento.

Siendo esta una evaluación externa, sería más confiable que la autoevaluación realizada por los propios establecimientos en las DIRESAs.

La disponibilidad de RRHH es el primer inconveniente para asegurar la capacidad resolutive. Según el observatorio de RRHH de la OMS en el año 2010, el Perú se encuentra al nivel de los países de África Sub Sahariana en el tema de disponibilidad de RRHH. En los últimos años esta situación ha mejorado, pero no precisamente con profesionales calificados para la atención del parto.

El Programa Estratégico Materno Neonatal, ha definido desde el 2010, que la demanda adicional sea dirigida al incremento de recursos humanos para la atención del parto. Lo cual ha contribuido a mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos FONB, sin embargo, por las condiciones especiales de algunas regiones, estas decidieron no solo implementar con RRHH en establecimientos FONB sino en establecimientos FONP, considerando que la inaccesibilidad geográfica no permitía a todas las mujeres llegar a un establecimiento FONB

para la atención de su parto (caso de Huancavelica). Por el contrario la región Ayacucho, cumpliendo con la normatividad vigente, cerró la sala de partos de todos los establecimientos FONP dejando al C. S. Pausa como el único establecimiento autorizado para la atención de los más de 12,000 partos esperados al año, por ser el único establecimiento que cumplía con las especificaciones para ser FONB. Lógicamente esta decisión conllevó al incremento de partos domiciliarios y de la mortalidad materna. En el año 2011 de las 10 muertes maternas directas en la región Ayacucho, 6 fueron por parto domiciliario.

Para que un establecimiento FONB cumpla con la capacidad resolutive necesaria para la atención de partos, se requiere que cuente por lo menos con 5 profesionales de cada uno de los que conforman el equipo básico. En este sentido se puede apreciar una brecha marcada sobre todo con profesionales médicos y obstetras, en la región Ayacucho donde han seleccionado 54 establecimientos FONB. Ucayali pareciera que no tuviera mayor problema con RRHH pero en un 25% su RRHH es SERUMS y los establecimientos FONB se concentran en la ciudad.

BRECHA DE RRHH EN ESTABLECIMIENTOS FONB - REGIONES SELECCIONADAS

DIRESA N° FONB	RECURSO HUMANO BASICO EN ESTABLECIMIENTOS FONB								
	MEDICO			OBSTETRA			ENFERMERO		
	ESTANDAR	DISPONIBLE	BRECHA	ESTANDAR	DISPONIBLE	BRECHA	ESTANDAR	DISPONIBLE	BRECHA
ICA (6)	30			30			30		
AYACUCHO (54)	270	111	159 (58%)	270	143	127 (47%)	270	183	87 (32%)
UCAYALI (10)	50	43	7 (14%)	50	45	5 (10%)	50	56	-

FUENTE: Elaboración propia con datos de las DIRESAs y de ENESA 2011

Se considera como estándar mínimo: 5 profesionales por establecimiento de salud FONB

La situación se torna más difícil cuando se da una mirada a los hospitales o establecimientos FONE. En este nivel se requiere de especialistas Gineco obstetras, Pediatras, Cirujanos, Anestesiólogos e Intensivistas conformando el equipo básico, pero difícilmente se cuenta con ginecólogos y pediatras, menos aun con el resto de especialistas. El mayor problema se encuentra en Ayacucho porque sus hospitales son descentralizados, se ubican en cada provincia y no logran contratar especialistas para esos lugares. En Ucayali hay que considerar que los hospitales se encuentran en la misma ciudad capital, el inconveniente que tienen es que renuncian sin cumplir el término del contrato, por lo que no hay sostenibilidad.

BRECHA DE RRHH EN ESTABLECIMIENTOS FONE - REGIONES SELECCIONADAS

DIRESA N° FONE	RECURSO HUMANO BASICO EN ESTABLECIMIENTOS FONE								
	GINECO OBSTETRA			OBSTETRA			PEDIATRA		
	ESTAND AR	DISPONI BLE	BREC HA	ESTAND AR	DISPONI BLE	BREC HA	ESTAND AR	DISPONI BLE	BREC HA
ICA (5)	25			50			25		
AYACUCHO (7)	35	0	35 (100%)	70	58	12 (17%)	35	0	35 (100%)
UCAYALI (2)	10	5	5 (50%)	20	55	-	10	6	4 (40%)

FUENTE: Elaboración propia con datos de las DIRESAs y de ENESA 2011

Se considera como estándar mínimo: 5 GO, 10 obstetras y 5 pediatras por establecimiento FONE

PARTE 2: Temas de Evaluación (General y por regiones seleccionadas Ucayali, Ayacucho, Ica)

Conforme se indica en la sección anterior, las regiones seleccionadas han incrementado la muerte materna en los últimos años. Siendo un indicador de impacto, está en relación directa con los procesos de atención de cada uno de los productos del PE.

El producto parto es el más sensible y estrechamente relacionado con la mortalidad materna. Los procesos que acompañan a este producto no son estrictamente los relacionados a la atención del parto, tiene que ver también con aquellos procesos que se realizan durante la atención pre natal y desde antes de la atención prenatal, con el riesgo obstétrico, que debe ser determinado, durante la atención preconcepcional, sin embargo este último no se ha implementado en ninguna de las 3 regiones.

REGION ICA

La región Ica cuenta con 139 establecimientos de salud distribuidos en sus 3 redes de salud: Chincha-Pisco, Palpa-Nazca e Ica.

Según la categorización solo cuenta con 6 establecimientos I-4, es decir establecimientos con capacidad resolutoria para la atención de partos en el primer nivel de atención, además de 1 Hospital II-1 en cada provincia menos en Palpa y 1 Hospital referencial en la ciudad de Ica, el cual asiste también las referencias de Ayacucho y Huancavelica. De acuerdo a la información recogida no cuentan con zona rural, de tal manera que la población accede con facilidad a los establecimientos para la atención de su parto.

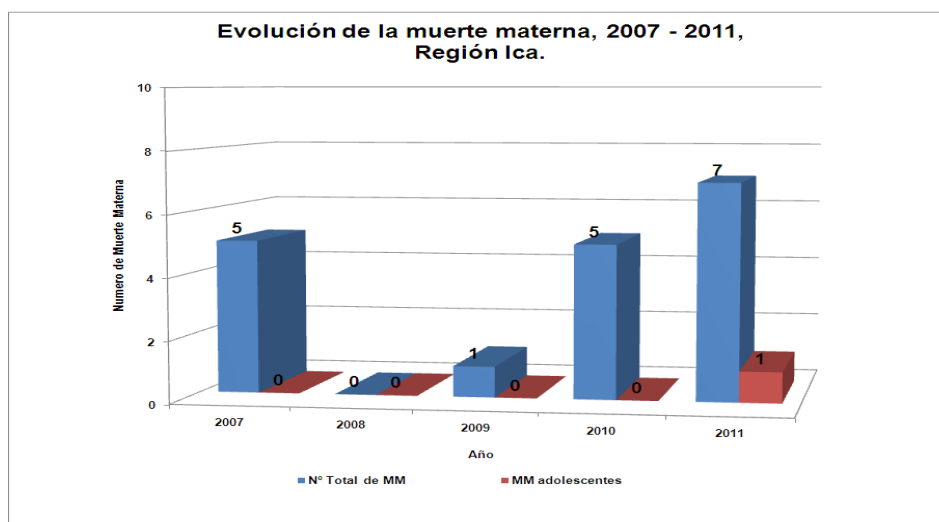
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORIA – REGION ICA 2011

PROVINCIAS	NIVEL						TOTAL	%
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2		
CHINCHA	1	20	7	1	1		30	21,58
PISCO	4	10	7	1	1		23	16,54
PALPA	7	4	2	1			14	10,09
NASCA	5	6	4		1		16	11,51
ICA	15	24	12	3	1	1	56	40,28
TOTAL	32	64	32	6	4	1	139	100,00

FUENTE: DIRESA Ica

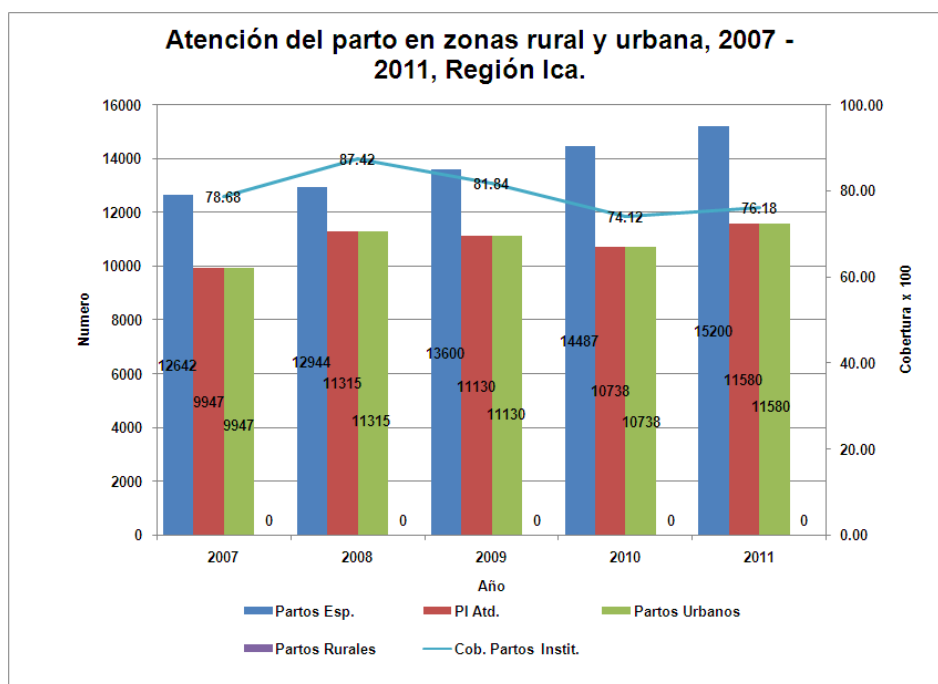
La muerte materna se ha incrementado considerablemente en esta región. El año 2011 terminaron con 8 muertes una de ellas correspondía a una adolescente.

De acuerdo a la encuesta realizada en la visita de campo, las autoridades regionales manifiestan que el problema ha radicado en la falta de capacidad resolutive en la que quedaron los establecimientos FONB y FONE después del terremoto, Por otro lado la coordinadora técnica manifiesta que recién desde el 2011 ha mejorado la coordinación con la oficina de planificación y presupuesto para la programación y ejecución presupuestal.



FUENTE: DIRESA Ica

La cobertura de parto institucional ha venido en decremento en los últimos años, el personal considera que la población ha migrado como consecuencia del terremoto. El 2011 terminaron con el 76% de cobertura, no hay un seguimiento efectivo sobre el 24% restante de la población esperada para parto, tampoco se realiza un seguimiento y análisis del parto domiciliario.



FUENTE: DIRESA Ica

Este indicador se encuentra relacionado con la progresiva reducción de gestantes atendidas, en el 2011 la cobertura de gestantes atendidas fue de 75.09%, coincidiendo, casi, con la cobertura de parto institucional. Más bien se evidencia una mejora en la cobertura de gestante controlada que en el 2011 alcanzó el 66%, acortándose la brecha con la cobertura de gestantes atendidas.

REGION AYACUCHO

La región Ayacucho cuenta con 381 establecimientos de salud, distribuidos en sus 7 redes de salud, incluyendo hospitales.

De acuerdo a su categorización solo cuenta con 1 establecimiento I-4, es decir, un solo establecimiento calificado para la atención de partos en el primer nivel de atención, sin embargo se atienden partos en todos los establecimientos I-3 y algunos I-2 por la inaccesibilidad geográfica que afronta la región. A principios del 2012 han reorganizado la red obstétrica y se han propuesto fortalecer 64 establecimientos hasta el 2015 como establecimientos FONB, los cuales desde ya se encuentran atendiendo partos normales.

Esto se convierte en un problema a la hora de programar toda vez que el sistema no acepta la programación de partos en los establecimientos I-1 a I-3, por lo que estos partos se cargan a la red o a la UE de tal manera que no se pierda el financiamiento.

Ayacucho, cuenta con 7 Hospitales II-1 y 1 Hospital II-2 referencial para la región así como de algunas zonas cercanas de las regiones Huancavelica, Junín y de la parte de Andahuaylas de la región Apurímac.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA – AYACUCHO 2011

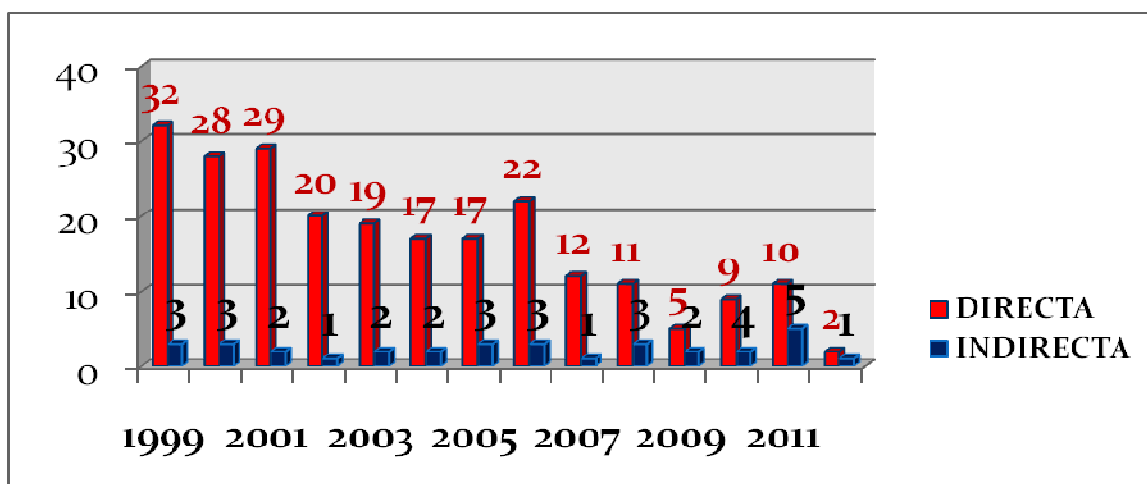
REDES	NIVEL						TOTAL	%
	I-1	I-2	1-3	1-4	II-1	II-2		
HUAMANGA	61	10	17	0	0	1	89	24
HUANTA	28	3	3	0	1	0	35	9
CENTRO	75	7	10	0	1	0	93	24
SAN FRANCISCO	30	4	3	0	2	0	39	10
SAN MIGUEL	22	2	1	0	1	0	26	7
PUQUIO	39	12	6	0	1	0	58	15
CORACORA	29	4	6	1	1	0	41	11
TOTAL	284	42	46	1	7	1	381	100

FUENTE: DIRESA Ayacucho

La muerte materna se ha visto incrementada en los últimos años, aunque no comparable con las tasas que mostraba la región hace 10 años atrás. La mayoría de muertes se han producido en parto domiciliario.

De acuerdo a las entrevistas en las visitas de campo, consideran que la causa principal es la falta de recurso humano especializado en el hospital referencial. De ocho ginecólogos con los que cuenta el hospital cuatro no estaban laborando por diferentes motivos, esto sobrecargó la capacidad de respuesta. Actualmente han encontrado los mecanismos para superar este inconveniente pero los médicos siguen sobrecargados toda vez que su modalidad de trabajo es 15/15, trabajan 15 días a tiempo completo y descansan los otros 15. La mayoría trabaja en otras instituciones lo que significa que trabajan en un mes lo que deberían hacer en dos. Esta situación se debe básicamente por la falta de especialistas en la región.

MORTALIDAD MATERNA SEGÚN CAUSAS – AYACUCHO 1999-2012

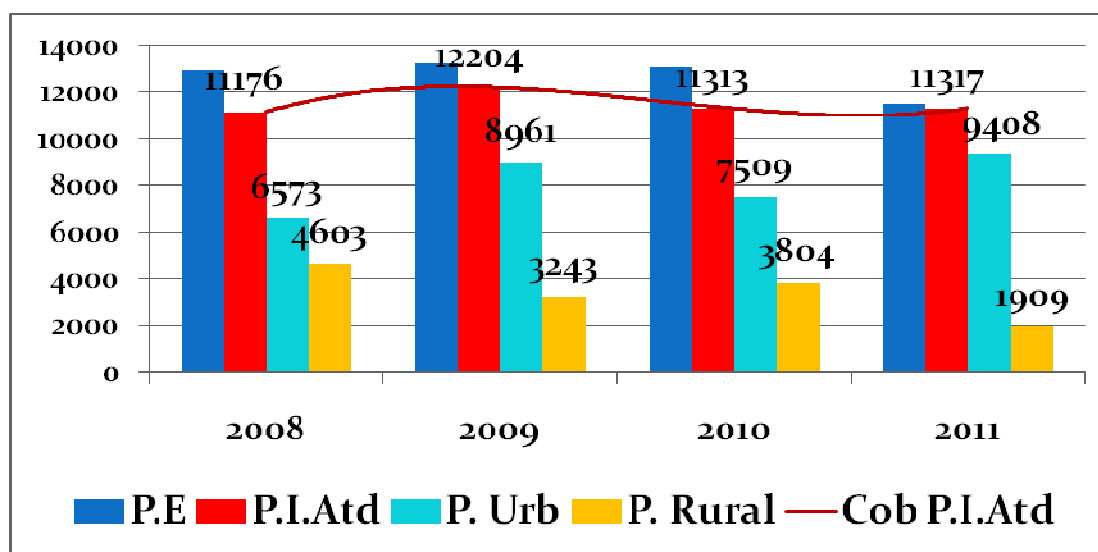


FUENTE: DIRESA Ayacucho

La cobertura de parto institucional sufrió una marcada reducción en el 2010, se recuperó en el 2011 pero el parto rural bajó considerablemente para el mismo año.

Una de las principales causas se puede deber a que cerraron los establecimientos que atendían partos ya que no contaban con la capacidad resolutive para tal fin. Esta decisión se tomó cumpliendo la normatividad vigente que indica que solo los establecimientos I-4 pueden atender partos normales en el primer nivel de atención. Esto incrementó los partos domiciliarios y el riesgo de no poder ser atendida con oportunidad en caso de complicaciones.

COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL – AYACUCHO 2008-2011



Parto zona rural: 2008: 41.2% 2009: 26.6% 2010: 33.6 2011: 16.7%

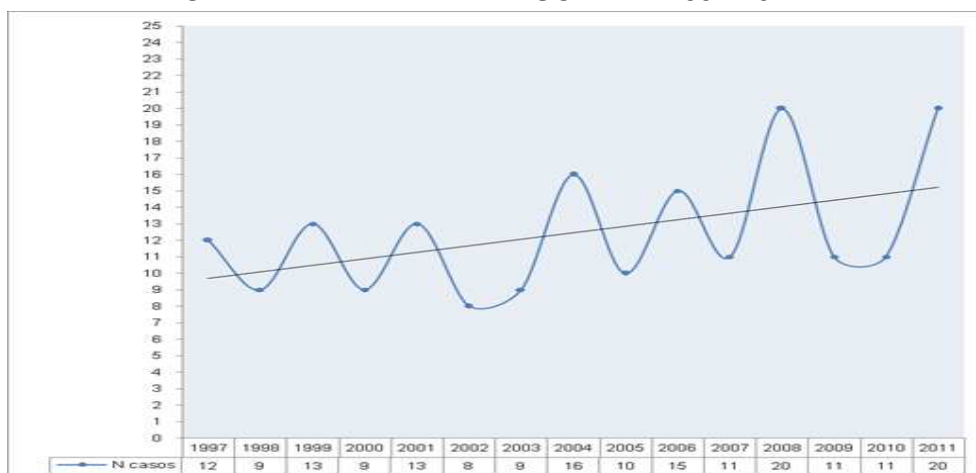
De acuerdo a las encuestas, la coordinación técnica considera que a partir del 2010 recién han mejorado las coordinaciones con el área de planificación y presupuesto para realizar la programación y ejecución presupuestal de acuerdo a las reales necesidades de salud materna en la región.

REGION UCAYALI

La región Ucayali cuenta con 185 establecimientos distribuidos en sus 4 redes de salud, de los cuales 15 están calificados como FONB y 02 son hospitales (FONE). La inaccesibilidad geográfica y dispersión poblacional hacen que los establecimientos FONP tengan que atender los partos cuando se presentan.

Igual que las otras regiones seleccionadas, la mortalidad materna se ha incrementado, terminando en el 2011 con 20 muertes.

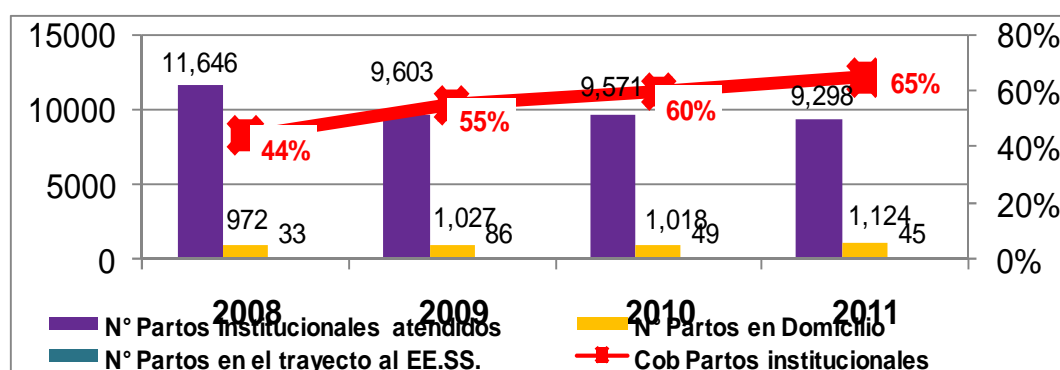
MORTALIDAD MATERNA – UCAYALI 1997-2011



FUENTE: DIRESA Ucayali Evaluación 2011

A pesar que el número de partos institucionales ha disminuido, se ha incrementado la cobertura de parto institucional. Los partos domiciliarios se mantienen en un ligero incremento.

PARTO INSTITUCIONAL – UCAYALI 2008-2011



FUENTE: DIRESA Ucayali Evaluación 2011

Una forma de medir la calidad de atención obstétrica y neonatal, es aplicando el instrumento de estándares e indicadores de calidad en salud materno perinatal, aprobado con RM N° 142-2007, el cual se encuentra enmarcado en el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad, que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad.

Este sistema mide los procesos de atención relacionados a la atención de la gestante, parto, puerperio y recién nacido, permitiendo visualizar los procesos que no se cumplen de color rojo, los que le faltan para alcanzar el estándar con amarillo y los que se cumplen con verde. Aquellos que no aplican por algún motivo se encuentran en blanco. Los procesos se encuentran definidos según funciones obstétricas y los establecimientos los aplican 2 veces al año según norma.

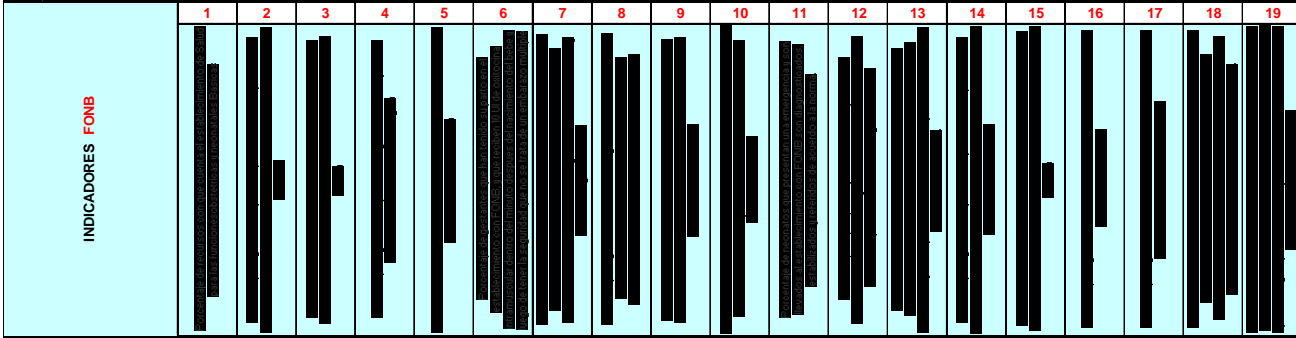
En Ica, el panorama, para los establecimientos FONB se presenta de la siguiente manera:

ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL PARA ESTABLECIMIENTOS FONB
DIRESA ICA - 2011

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD FONB	Ind. 1	Ind. 2	Ind. 3	Ind. 4	Ind. 5	Ind. 6	Ind. 7	Ind. 8	Ind. 9	Ind. 10	Ind. 11	Ind. 12	Ind. 13	Ind. 14	Ind. 15	Ind. 16	Ind. 17	Ind. 18	Ind. 19
	Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento de salud para las Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas	Porcentaje de gestantes a quienes en su primera atención prenatal se le realizan y registran en la historia clínica las actividades de acuerdo a la norma.	Porcentaje de gestantes que en su segunda atención prenatal cuenta con resultados de análisis de laboratorio de acuerdo a la norma.	Porcentaje de gestantes que en su segunda atención prenatal cuenta con evaluación odontológica.	Porcentaje de gestantes en trabajo de parto tienen registrado el partogram a según la norma.	Porcentaje de gestantes que han tenido su parto en el establecimiento con FONB, y que reciben 10 UI de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé y luego de tener inducida por el embarazo: Preeclampsia Severa y Eclampsia que acuden al establecimiento con FONB son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER) según la norma.	Porcentaje de gestantes con hemorragia obstétrica moderada o severa que acuden al establecimiento con FONB son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER) según la norma.	Porcentaje de gestantes y puerperas con sepsis que acuden al establecimiento con FONB son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER) según la norma.	Porcentaje de recién nacidos/as, a los/as que se realizan y registran en la historia clínica Materno Perinatal las actividades de atención de acuerdo a la norma.	Porcentaje de neonatos que presentan una emergencia y son llevados al establecimiento con FONB son diagnosticados, estabilizados y referidos (DER) de acuerdo a la norma.	Porcentaje de puerperas que han tenido su parto en el establecimiento con FONB, y son controladas cada 15 minutos, durante las primeras dos horas, según la norma.	Porcentaje de puerperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento con FONB, y que egresan habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de	Porcentaje de gestantes que acuden para atención prenatal a la consulta externa del establecimiento con FONB, y que están satisfechas con la atención recibida.	Porcentaje de gestantes que acuden para atención del parto en el establecimiento con FONB, y que están satisfechas con la atención recibida.	Porcentaje de gestantes del área de influencia del establecimiento que son controladas.	Porcentaje de gestantes del área de influencia del establecimiento que tienen su parto en la institución.	Porcentaje de muertes maternas ocurridas en el área de influencia del establecimiento que tienen o están en un proceso de investigación epidemiológica de la muerte materna por el Comité	Porcentaje de muertes perinatales ocurridas en el área de influencia del establecimiento de salud que tienen o están en un proceso de análisis epidemiológico por el Comité de Prevención de la	
ESTABLECIMIENTO	80%	80%	80%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	80%	100%	70%	100%	100%
C.S. GUADALUPE (ICA)	65.0	75.0	75.0	70.0	100.0	85.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	75.0	75.0	80.0	95.0	0.0	0.0
C.S. PARCONA (ICA)	85.0	80.0	80.0	75.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	75.0	75.0	80.0	95.0	0.0	0.0
C.S. SANTIAGO (ICA)	62.0	75.0	80.0	70.0	100.0	70.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	70.0	70.0	85.0	90.0	0.0	0.0
C.S. PUEBLO NUEVO (CHINCHA)	74.3	80.0	80.0	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	80.0	80.0	85.0	90.0	0.0	0.0

De los 06 establecimientos FONB se han logrado evaluar 4 establecimientos. El indicador que más afecta el cumplimiento de los procesos es el N° 1 referido a la falta de recursos, entendiéndose humanos, medicamentos, equipamiento, insumos de laboratorio entre los principales. Otros indicadores son el 18 y 19 (Anexo 3), relacionados a la falta de análisis de la mortalidad materna y perinatal por parte del comité respectivo.

En Ayacucho de los 64 establecimientos designados para FONB, se ha logrado evaluar 48 establecimientos. En esta región cuentan con muchos más indicadores que no logran cumplir el estándar, que incluyen el indicador de estructura (Indicador 1) y varios indicadores de proceso. Los establecimientos Carmen Alto y Totos son los únicos que logran acercarse a los estándares establecidos, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN ESTABLECIMIENTOS FONB																		
AYACUCHO - 2011																		
INDICADORES FONB	ESTABLECIMIENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
		80%	80%	80%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	80%	100%	70%
	1 PAMPACANGALLO	40.0	40.0	60.0	50.0	40.0	80.0	NA	NA	NA	60.0	NA	50.0	10.0	70.0	70.0	90.0	100.0
	2 POMABAMBA	80.0	70.0	100.0	100.0	80.0	100.0	NA	NA	NA	90.0	NA	100.0	20.0	90.0	90.0	100.0	100.0
	3 CHUSCHI	80.0	53.0	100.0	10.0	80.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	30.0	90.0	90.0	90.0	100.0
	4 HUANCASANCOS	80.0	70.0	90.0	90.0	80.0	100.0	NA	NA	NA	90.0	NA	80.0	10.0	90.0	100.0	100.0	100.0
	5 LUCANAMARCA	50.0	70.0	70.0	70.0	50.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	90.0	NA	100.0	100.0
	6 CARAPO	40.0	60.0	40.0	40.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0
	7 HUACAPI	80.0	60.0	70.0	70.0	50.0	90.0	NA	NA	NA	NA	NA	70.0	20.0	90.0	NA	90.0	100.0
	8 CANARIA	70.0	70.0	80.0	80.0	70.0	90.0	NA	NA	NA	90.0	NA	80.0	20.0	100.0	90.0	90.0	100.0
	9 HUALLA	60.0	60.0	60.0	70.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	80.0	90.0	90.0	100.0
	10 HUAMANQUIQUIA	50.0	60.0	60.0	60.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	80.0	NA	90.0	100.0
	11 VILCASHUAMAN	90.0	50.0	70.0	70.0	65.0	90.0	NA	50.0	NA	90.0	NA	70.0	20.0	80.0	90.0	90.0	100.0
	12 VISCHONGO	50.0	50.0	70.0	70.0	60.0	90.0	NA	NA	NA	80.0	NA	70.0	20.0	80.0	90.0	90.0	100.0
	13 ACCOMARCA	50.0	50.0	50.0	50.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	80.0	80.0	90.0	100.0
	14 QUEROBAMBA	70.0	75.0	80.0	80.0	100.0	100.0	NA	67.0	NA	100.0	NA	100.0	50.0	70.0	80.0	100.0	72.0
	15 SORAS	60.0	50.0	70.0	70.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	80.0	80.0	90.0	100.0
	16 CHILCAYOC	50.0	50.0	50.0	50.0	NA	NA	NA	67.0	NA	NA	NA	NA	NA	80.0	NA	90.0	100.0
	17 PAUSA	64%	60%	60%	80.0	83%	100.0	0%	0%	NA	0%	0%	100.0	80%	82.0	82.0	56%	65.5
	18 SAN JUAN BAUTISTA	56.0	95.1	100.0	87.5	90.0	100.0	100.0	NA	NA	100.0	100.0	100.0	100.0	NA	NA	38.0	43.0
	19 BELEN	84.0	81.8	85.7	85.7	80.0	72.0	NA	NA	NA	100.0	0.0	96.0	80.0	0.0	0.0	93.0	72.0
	20 CHONTACA	79.0	100.0	67.0	100.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	80.0	80.0	60.0	60.0
	21 SANTA ELENA	58.8	40.0	70.0	30.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	60.0	60.0	60.0	90.0	80.0
	22 CARMEN ALTO	80.0	80.0	75.0	80.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	70.0	70.0	90.0	90.0
	23 C.S. PUTACCA	80.0	100.0	75.0	95.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	NA	50.0	100.0	100.0
	24 TOTOS	75.0	100.0	100.0	90.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	98.0	NA	100.0	100.0	90.0	90.0	95.0	100.0
	25 PARAS	60.0	60.0	60.0	100.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	65.0	75.0	20.0	100.0
	26 ACOCRO	70.0	90.0	0.0	90.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	90.0	0.0	100.0	100.0
	27 VINCHOS	66.6	100.0	60.0	60.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	NA	NA	66.6	66.6
	28 OCROS	60.0	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	100.0	100.0	100.0	NA	NA	100.0	100.0
	29 QUINUA	60.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0	0.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
	30 CCARHUACCOCO	80.0	100.0	20.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	20.0	NA
	31 ACOSVINCHOS	60.0	80.0	67.0	33.0	100.0	100.0	NA	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0	100.0	NA	NA	100.0	60.0
	32 LICENCIADOS	59.0																
	33 SOCOS																	
	34 NAZARENAS	75.0	50.0	80.0	60.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	75.0	NA	100.0	60.0	NA	NA	100.0	100.0
	35 LUCANA	29.7	33.0	100.0	67.0	100.0	67.0	NA	NA	NA	67.0	NA	66.6	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0
	36 LARAMATE	77.5	50.0	40.0	80.0	90.0	70.0	NA	NA	NA	90.0	NA	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	37 OTOCA	38.8	0.0	30.0	10.0	40.0	60.0	NA	NA	NA	60.0	NA	60.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	38 SAN CRISTOBAL	36.1	70.0	80.0	100.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	0.0	NA	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	39 SAN PEDRO	53.3	62.5	75.0	50.0	0.0	0.0	NA	NA	NA	0.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	40 CABANA	36.1	50.0	100.0	100.0	89.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	41 ANDAMARCA	25.9	67.0	100.0	100.0	0.0	0.0	NA	NA	NA	0.0	NA	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	42 CHIPAO	38.9	67.0	89.0	56.0	89.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	43 SANTA ROSA	50.0	60.0	50.0	50.0	80.0	100.0	NA	NA	NA	60.0	NA	70.0	100.0	80.0	80.0	82.0	100.0
	44 SIVIA	68.0	100.0	100.0	100.0	10.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100.0	100.0	70.0	70.0	70.0	100.0
	45 LLOCHEGUA	70.0	0.0	0.0	67.0	60.0	100.0	NA	NA	NA	35.0	NA	100.0	80.0	50.0	70.0	71.0	80.0
	46 PALMAPAMPA	81.0	23.0	0.0	100.0	84.0	100.0	100.0	100.0	100.0	NA	NA	100.0	100.0	50.0	70.0	58.0	100.0
	47 CANAYRE	62.0	100.0	0.0	0.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	80.0	80.0	29.0	25.0
	48 SAN MARTIN	60.0	100.0	100.0	80.0	100.0	100.0	NA	NA	NA	100.0	NA	100.0	100.0	80.0	80.0	70.0	100.0

FUENTE: DIRESA Ayacucho Evaluación 2011

La región Ucayali no tiene resultados de la autoevaluación de estándares e indicadores, debido a que la mayoría de sus establecimientos no cuenta con personal calificado para aplicar el instrumento.

Una forma de medir la calidad, es a través de la disponibilidad de medicamentos. Utilizando datos de la ENESA, donde se puede observar la disponibilidad de medicamentos esenciales para la atención del parto en los 2 establecimientos FONE de la DIRESA Ucayali.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON FUNCIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES ESENCIALES, POR DISPONIBILIDAD DE OTROS
MEDICAMENTOS EN FARMACIA GENERAL O CENTRAL, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2009 - 2011

Departamento	Total	Ergonovínicos			Oxitócico Parenterales			Ixsoprina		Vitamina K Parenteral		
		Sí	No	No Operativo	Sí	No	No Operativo	Sí	No	Sí	No	No Operativo
Ucayali												
	Año 2009	2	2	-	-	2	-	-	2	2	-	-
	Año 2010	2	2	-	-	1	-	1	-	2	-	-
	Año 2011	2	2	-	-	1	1	-	-	2	-	-

FUENTE: INEI – ENESA 2009-2011

Los ergonovínicos se siguen utilizando a pesar que la normatividad prioriza los oxitócicos y la disponibilidad de este último no es al 100%. La ixosuprina no está disponible en ninguno de los hospitales.

Con fecha 04 de julio se aprueba la RM N° 556-2012, “Metodología de Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas” cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad, equidad, eficiencia, efectividad y continuidad de la atención integral de salud para el logro de un adecuado desempeño de los procesos de atención. Este documento complementa la RM N° 520-2010 “Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada”, cuya finalidad es mejorar la calidad, equidad, eficiencia y efectividad de los servicios de salud en el marco del aseguramiento y descentralización utilizando la metodología de análisis, monitoreo y evaluación del desempeño en base a buenas prácticas.

La implementación de esta normativa es una buena oportunidad para medir el desempeño y desarrollo de procesos, relacionándolo con la asignación y ejecución presupuestaria para obtener productos y resultados de calidad en la atención materna y neonatal.

Las regiones hacen el requerimiento presupuestario asegurando el pago de personal y beneficios sociales, de tal manera que el presupuesto de bienes y servicios resulta corto para la implementación de las actividades propias del programa tomando en cuenta que allí se mantienen algunos contratos bajo la modalidad CAS.

A continuación el cuadro muestra el PIM asignado a las regiones seleccionadas solo en el rubro salud individual de la atención médica básica.

PREUPUESTO ASIGNADO POR GENERICA EN LAS REGIONES SELECCIONADAS 2009-2011

REGIONES	2009		2010		2011	
	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	BIENES Y SERVICIOS	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	BIENES Y SERVICIOS	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	BIENES Y SERVICIOS
Ica	290,742	58,153	168,439	116,991	163,844	84,036
Ayacucho	287,427	26,981	291,450	41,419	678,585	225,859
Ucayali	466,206	35,911	85,834	190,930	331,552	750,931

FUENTE: Elaboración propia con datos del ofi.mef.gob.pe

Desde el año 2010 Ucayali carga el presupuesto de personal y obligaciones sociales básicamente en el rubro atención especializada, pues sus necesidades son más de especialistas ya que cubren sus otras necesidades de RRHH con personal SERUMS. El inconveniente es que finalmente no se logran contratar a los especialistas o renuncian en corto tiempo teniendo que reasignar el presupuesto a otra genérica.

En las visitas realizadas a las regiones seleccionadas se logró obtener la siguiente información:

EN CUANTO AL DISEÑO

Los coordinadores y responsables de la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva consideran que técnicamente el diseño es adecuado y compatible al objetivo del programa salud materno neonatal. Falta incorporar algunas finalidades y/o subfinalidades que se vienen trabajando desde hace muchos años para mejorar las condiciones del parto como es la psicoprofilaxis obstétrica y las casas de espera. Consideran se deben incluir.

Inicialmente tuvieron inconvenientes con las definiciones operacionales y con la nomenclatura de las finalidades y subfinalidades, pero se han ido aclarando año a año. Sin embargo esto ha sido uno de los inconvenientes para la programación de metas físicas. La región Ayacucho, por ejemplo, aún tiene dudas si los partos complicados no quirúrgicos se incluyen dentro de la finalidad parto normal o no. Por otro lado consideran que las coordinaciones entre el planificador, el logístico y el responsable técnico no son fluidas y muchas veces se toman decisiones sobre la ejecución presupuestal sin conocimiento de ellos. Finalmente dejan sentir su malestar ya que la asignación presupuestal nunca está de acuerdo al requerimiento anual.

Los directores, jefes y responsables de las oficinas de planificación y presupuesto consideran que administrativamente se debe fortalecer el diseño, toda vez que la ley define que los responsables de la ejecución presupuestal son precisamente los Directores de Planificación y Presupuesto, sin embargo no pueden decidir sobre el presupuesto por

cuanto tiene que haber una coordinación previa con los responsables técnicos y muchas veces no se ponen de acuerdo. Por otro lado el presupuesto viene a partir de Marzo y no permite la continuidad en el caso de contratación de personal. Finalmente todos consideran que el presupuesto es insuficiente.

EN CUANTO A LA PRESTACION.

Los coordinadores técnicos refieren que las principales dificultades radican en la falta de recurso humano. Los establecimientos I-4 y II-1 programan atención de gestantes complicadas o cesáreas pero el ginecólogo renuncia y luego no pueden cumplir la meta. Los establecimientos I-3 programan atención de parto, luego rotan a la/el obstetra y ya no pueden cumplir la meta programada.

La capacidad resolutive de los establecimientos no permite una atención de calidad, los establecimientos no se categorizan de acuerdo a la necesidad si no de acuerdo a su cartera de servicios, solo la Diresa Ayacucho ha reorganizado sus redes funcionales, y se encuentra en proceso el fortalecimiento de los establecimientos que requieren ser categorizados como FONB de acuerdo a las necesidades reales.

La falta de medicamentos es un serio problema, la compra nacional demora demasiado. En el Hospital Regional de Ucayali las gestantes compran todo el paquete de parto pues no cuentan con medicamentos por SIS.

Por otro lado hay muy poca actividad extramural, tan importante para cumplir con el parto institucional. El enfoque intercultural empieza en este contacto con la comunidad, sobre todo en aquellas regiones como Ayacucho y Ucayali que tienen población indígena alto andina y amazónica cuya dispersión e inaccesibilidad geográfica requieren de un fuerte presupuesto para su seguimiento. Por último el bajo presupuesto no permite mejorar las competencias del personal ni contar con la formatería, instrumentos, herramientas y material educativo y comunicacional necesarias para la ejecución de actividades.

Los responsables administrativos refieren que los responsables técnicos no hacen un buen requerimiento logístico, no hay buenas especificaciones técnicas, los costos no se ajustan a la realidad, o solicitan en genéricas que no se encuentran aprobadas. El pliego no acepta con facilidad el cambio de genéricas. El modulo patrimonio no se encuentra actualizado, convirtiéndose en una dificultad para la adquisición de equipamiento que requieren los programas estratégicos. El modulo recursos humanos tampoco está actualizado y esto dificulta calcular las brechas de recursos humanos para la contratación de personal. Refieren que les falta personal capacitado y permanente en las oficinas administrativas, los cambios constantes o renunciaciones por mejoras económicas, no permite sostener el sistema en la medida que se requiere.

INCENTIVOS FINANCIEROS

El SIS no funciona igual en todas las regiones ni en todos los establecimientos de la misma región. En el Hospital regional de Ayacucho se cubre los gastos de parto al 100%

por el SIS, con excepción de las pruebas para la transfusión sanguínea, referencia aérea cuando se sobrepasan los costos determinados por el SIS o medicamentos que corresponden a la compra corporativa y que aún no se ha efectivizado. Posiblemente las facilidades que presenta el SIS en Ayacucho sea porque es región piloto para el SIS capitado. Sin embargo la UE Huanta manifiesta que cuando un parto se complica no hay como reponer los insumos extras utilizados porque al pasar como complicación ya no se puede cobrar el parto normal. Consideran que las definiciones del SIS deben ser coordinadas con los responsables técnicos del MINSA.

En Ucayali la situación es completamente opuesta. En el hospital regional la usuaria compra todo el paquete de parto, en el Hospital Amazónico la usuaria compra solo algunos productos con los que no cuenta la farmacia. El director de planificación y presupuesto opina que se debe hacer una auditoria al comité farmacológico y su fondo rotatorio. Tanto técnicos como administrativos refieren que el SIS no repone el gasto de combustible, que los reembolsos son tardíos e incompletos.

Consideran que el SIS tiene sus propias metas, que no socializa con los equipos técnicos y no participa en el PAC. Algunas regiones asumen la deficiencia del SIS con financiamiento de PPR pero otras refieren que no se puede porque un solo usuario no puede tener 2 fuentes de financiamiento: SIS y PPR (Hospital Regional Ucayali).

Por otro lado algunos establecimientos han logrado obtener apoyo de los gobiernos locales. Hay municipios que pagan recurso humano, ayudan con las referencias, apoyan con promotores comunales y hasta ejecutan proyectos de inversión relacionados con la salud materna y la desnutrición infantil, pero todo depende de las coordinaciones personales que haga el equipo de gestión de los establecimientos con los gerentes municipales.

Por parte de los gobiernos regionales no reciben mayor incentivo. El gobierno regional de Ucayali no comparte el canon con el sector Salud.

ASIGNACION Y EJECUCION PRESUPUESTAL

Todos coinciden que el principal cuello de botella son los procesos logísticos. No se cuenta con un flujo ágil y sencillo que permita facilitar el proceso. Las licitaciones demoran mucho y si la compra excede las 3 UIT el proceso se alarga para que luego se declare desierto en la mayoría de los casos. Sobre todo en la región Ucayali. La autorización para el PCA desde el MEF o el GORE demoran demasiado. En la UE Huanta de la región Ayacucho se realizó un requerimiento en el mes de marzo para el programa materno neonatal y a la fecha de la entrevista no se había ejecutado la compra.

También consideran que existe un divorcio entre el SIGA y el SIAF, entre la OPE y los PE, entre el GORE y la DIRESA, entre el MINSA y el MEF que se refleja en todos los niveles de gobierno y no ayuda a mejorar los procesos de asignación y ejecución presupuestaria.

Otra demora para la ejecución es la demora en la remesa, a la fecha que se realizaron las encuestas no llegaba la segunda remesa del 2012 que estaba programada para el mes de mayo. La preocupación es grande pues tienen personal contratado y no cuentan con

efectivo para pagar los sueldos de agosto. También tienen proveedores que están a la espera de orden de pago de los compromisos efectuados.

Cambios constantes de directores y funcionarios paralizan el proceso de ejecución así como las constantes huelgas y paros, como el último que ha tenido la región Ucayali por más de 2 meses.

Los responsables administrativos coinciden en que la asignación presupuestal de PpR para los programas estratégicos es parte del mismo presupuesto histórico y que al estar protegido y cercanamente vigilado por los responsables técnicos los pone en serias dificultades para cumplir con los compromisos propios de la institución que históricamente se asumían con ese presupuesto.

ROLES INSTITUCIONALES

Desde el MEF:

- Define el presupuesto de acuerdo al histórico y no de acuerdo a lo requerido
- El SIGA es una buena herramienta pero se debe fortalecer el sistema, la versión o los servidores
- Falta coherencia con el SIAF. Mejorar la interfase SIGA/SIAF
- Falta coordinación integral con el MINSA, las coordinaciones son directamente con la OGPP poca participación de las estrategias
- Socializar el reglamento presupuestal y responsabilidades de las ejecutoras

Desde el MINSA:

- Falta coordinación entre la Oficina de Planificación y Presupuesto y la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que lleva el programa estratégico.
- No se han definido los criterios de programación de los nuevos programas
- No hay definiciones operacionales 2013
- Falta coordinación entre las acciones de la DGSP y de la DGPS
- Incluir el SAMU como estratégico y no como programático

Desde la REGION:

- La distribución presupuestal no es la más adecuada y obligan a trabajar a las UE con el histórico
- No hay unificación y coordinación entre las UE y el gobierno regional

Desde la DIRESA:

- Organizar a los grupos de gestión de PpR a dedicación exclusiva
- Socializar las directivas relacionadas al presupuesto
- Mayor coordinación entre los técnicos y los de presupuesto y logística

GESTION POR RESULTADOS

Los equipos técnicos de las regiones manejan bien las definiciones y el significado de presupuesto por resultado. Todas las Unidades Ejecutoras han recibido capacitación en la nueva modalidad presupuestaria, saben de la importancia de la definición de metas físicas

reales, de la necesidad de elaborar el cuadro de necesidades por cada producto, de la importancia de los resultados y el impacto esperado por cada programa presupuestal.

Tienen un menor conocimiento del significado de “Gestión por resultados”. No han recibido una capacitación formal en el tema, pero entienden el contexto. Reciben asistencia técnica de la DIRESA pero se ha ido perdiendo la asistencia por parte del MEF y el MINSA, de acuerdo a lo que informan.

El personal operativo está comprometido pero tiene menos conocimiento del diseño, sus fundamentos y sus beneficios, son quienes realmente sufren las consecuencias de la mala programación, la mala asignación o la mala distribución, pues son los que brindan el producto al usuario. Los centros de costos no participan activamente de la programación, todo se centraliza en la UE.

EFICIENCIA

Son muchas las dificultades por las que atraviesan las regiones que no les permite cumplir con eficiencia los productos y finalidades establecidas.

Desde la infraestructura hasta la asignación de ropa clínica, desde los recursos humanos hasta el mantenimiento de estructuras y equipos. Todo pasa por un buen requerimiento, una buena asignación, y una buena distribución presupuestal que aún no se logra alcanzar.

La competencia del recurso humano es un tema aparte, la actitud, la responsabilidad, el compromiso y la voluntad no son fáciles de sostener cuando las motivaciones faltan, o por el contrario hay muchos motivos para el desgano y la apatía.

La región Ica fuertemente golpeada por los desastres naturales, ha visto llegar muy tarde la ayuda y asistencia que necesitaba. La región Ayacucho con mucho dinero pero con poca ó pobre asistencia técnica, ha iniciado recién a labrar su propio destino y la región Ucayali, olvidada y relegada con el pobre presupuesto asignado no encuentra el rumbo para mejorar sus indicadores sanitarios.

Anexo 3.1 - ASIGNACION Y EJECUCION PRESUPUESTAL SEGÚN REGIONES SELECCIONADAS**ICA – Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora - 2009**Año de Ejecución: **2009**Incluye: **Actividades y Proyectos**

TOTAL	3,666,215,752	4,043,028,193	3,480,702,114	3,422,611,485	3,409,306,220	84.7
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	1,511,920,393	1,961,834,304	1,576,277,751	1,529,818,313	1,525,748,232	78.0
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	1,511,920,393	1,961,834,304	1,576,277,751	1,529,818,313	1,525,748,232	78.0
Pliego 449: GOBIERNO REGIONAL ICA	46,156,447	45,615,773	37,187,879	37,173,356	37,135,595	81.5
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	1,376,823	2,725,103	2,033,052	2,033,052	2,033,027	74.6
MORTALIDAD MATERNA	713,695	1,160,506	1,070,149	1,070,149	1,070,149	92.2
ATENCIÓN DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	618,594	805,108	740,108	740,108	740,108	91.9
Finalidad 33295: ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Cantidad: 6,811.0 Unidad de Medida: PARTO NORMAL Avance Físico: 6099 (89.5 %)	397,598	534,088	474,043	474,043	474,043	88.8
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
DE CHINCHA	24,800	0	0	0	0	0
DE ICA	41,392	153,335	93,294	93,294	93,294	60.8
DE DIOS - PISCO	16,900	31,858	31,858	31,858	31,858	100
SANTA MARIA DEL SOCORRO	314,506	348,895	348,891	348,891	348,891	100

ICA – Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora - 2010Año de Ejecución: **2010**Incluye: **Actividades y Proyectos**

TOTAL	6,799,041,832	8,100,491,051	7,093,238,536	7,088,270,756	7,064,904,276	87.5
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	1,520,040,559	2,237,876,859	1,840,830,635	1,839,999,058	1,837,583,432	82.2
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	1,520,040,559	2,237,876,859	1,840,830,635	1,839,999,058	1,837,583,432	82.2
Pliego 449: GOBIERNO REGIONAL ICA	41,271,274	49,196,605	41,437,420	41,411,759	41,391,281	84.2
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	1,294,181	2,470,025	2,089,677	2,089,527	2,089,452	84.6
MORTALIDAD MATERNA	780,870	1,646,352	1,399,375	1,399,375	1,399,322	85.0
ATENCIÓN DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	631,153	1,392,717	1,239,288	1,239,288	1,239,235	89.0
Finalidad 33295: ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Cantidad: 9,287.0 Unidad de Medida: PARTO NORMAL Avance Físico: 5343 (57.5 %)	342,411	484,550	369,991	369,991	369,938	76.4
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
DE CHINCHA	10,000	19,000	11,093	11,093	11,093	58.4
402-1015: REGION ICA-SALUD PALPA-NAZCA	1,150	81,332	44,135	44,135	44,135	54.3
DE ICA	33,732	52,732	43,804	43,804	43,804	83.1
DE DIOS - PISCO	20,000	46,056	11,646	11,646	11,646	25.3
SANTA MARIA DEL SOCORRO	277,529	285,430	259,313	259,313	259,260	90.9

ICA – Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora - 2011

Año de Ejecución: 2011

Incluye: Actividades y Proyectos

TOTAL	10,466,493,235	11,705,679,892	9,436,274,937	9,431,678,351	9,417,799,145	80.6
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	2,396,181,921	3,801,515,395	2,956,413,518	2,955,269,927	2,952,918,593	77.7
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	2,396,181,921	3,801,515,395	2,956,413,518	2,955,269,927	2,952,918,593	77.7
Pliego 448: GOBIERNO REGIONAL ICA	105,078,007	125,150,715	119,140,556	119,108,881	119,059,624	95.2
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	2,474,963	7,001,865	5,551,036	5,545,471	5,533,415	79.2
MORTALIDAD MATERNA	930,758	2,311,988	1,947,204	1,941,639	1,940,716	84.0
GESTANTES A SERVICIOS DE ATENCION NORMAL	756,011	1,912,860	1,615,420	1,609,854	1,608,932	84.2
Cantidad: 10,508.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 4384 (41.7 %)	273,028	808,377	694,976	694,976	694,976	86.0
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
DE CHINCHA	12,000	69,552	57,195	57,195	57,195	82.2
402-1015: REGION ICA-SALUD PALPA-NAZCA	11,950	153,055	136,542	136,542	136,542	89.2
DE ICA	65,227	157,225	113,026	113,026	113,026	71.9
DE DIOS - PISCO	4,800	150,302	116,679	116,679	116,679	77.6
SANTA MARIA DEL SOCORRO	179,051	266,185	263,091	263,091	263,091	98.8
406-1223: REGION ICA - RED DE SALUD ICA	0	12,058	8,442	8,442	8,442	70

AYACUCHO – Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora - 2009

Año de Ejecución: 2009

Incluye: Actividades y Proyectos

TOTAL	3,666,215,752	4,043,028,193	3,480,702,114	3,422,611,485	3,409,306,220	84.7
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	1,511,920,393	1,961,834,304	1,576,277,751	1,529,818,313	1,525,748,232	78.0
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	1,511,920,393	1,961,834,304	1,576,277,751	1,529,818,313	1,525,748,232	78.0
Pliego 444: GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	74,806,152	100,939,105	89,761,191	89,586,869	89,402,334	88.8
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	15,367,932	22,565,731	22,154,983	22,124,345	22,096,806	98.0
MORTALIDAD MATERNA	9,176,115	12,537,483	12,268,042	12,250,222	12,238,284	97.7
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	5,597,458	6,989,406	6,972,927	6,963,571	6,958,698	99.6
Finalidad 33295: ATENCION DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 10,837.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 7251 (66.9 %)	912,358	1,500,771	1,500,703	1,498,941	1,496,710	99.9
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
400-774: REGION AYACUCHO-SALUD	252,781	568,077	568,065	566,477	564,461	99.7
HUAMANGA	0	0	0	0	0	0
AYACUCHO	290,600	314,408	314,403	314,243	314,243	99.9
CENTRO AYACUCHO	256,651	311,022	311,016	311,002	310,882	100
SARA	112,326	142,916	142,878	142,878	142,878	100
AYACUCHO NORTE	0	164,348	164,340	164,340	164,245	100

Ayacucho - Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora - 2010Año de Ejecución: **2010**Incluye: **Actividades y Proyectos**

TOTAL	6,799,041,832	8,100,491,051	7,093,238,536	7,088,270,756	7,064,904,276	87.5
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	1,520,040,559	2,237,876,859	1,840,830,635	1,839,999,058	1,837,583,432	82.2
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	1,520,040,559	2,237,876,859	1,840,830,635	1,839,999,058	1,837,583,432	82.2
Pliego 444: GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	105,490,213	129,786,131	118,571,185	118,430,372	117,811,648	91.3
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	18,338,208	24,084,824	22,516,821	22,506,643	22,499,678	93.4
MORTALIDAD MATERNA	10,851,188	15,875,889	14,842,621	14,834,869	14,830,750	93.4
ATENCIÓN DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	6,066,959	7,143,774	6,796,153	6,791,672	6,790,996	95.1
Finalidad 33295: ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 11,004.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 9880 (89.8 %)	1,168,413	1,606,233	1,558,628	1,556,215	1,555,950	96.9
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
400-774: REGION AYACUCHO-SALUD	261,163	544,087	527,301	526,723	526,573	96.8
AYACUCHO	176,520	195,400	195,295	195,210	195,210	99.9
CENTRO AYACUCHO	283,144	343,369	342,866	342,583	342,468	99.8
SARA	143,889	179,922	153,769	153,769	153,769	85.5
AYACUCHO NORTE	303,697	343,455	339,399	337,930	337,930	98.4

AYACUCHO - Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora - 2011Año de Ejecución: **2011**Incluye: **Actividades y Proyectos**

TOTAL	10,466,493,235	11,705,679,892	9,436,274,937	9,431,678,351	9,417,799,145	80.6
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	2,396,181,921	3,801,515,395	2,956,413,518	2,955,269,927	2,952,918,593	77.7
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	2,396,181,921	3,801,515,395	2,956,413,518	2,955,269,927	2,952,918,593	77.7
Pliego 444: GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	120,735,757	213,465,312	150,404,513	150,225,343	150,061,883	70.4
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	23,755,361	31,787,871	27,682,787	27,653,051	27,617,808	87.0
MORTALIDAD MATERNA	14,047,061	20,423,414	17,120,419	17,106,855	17,078,077	83.8
ATENCIÓN DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	8,679,115	10,972,809	9,804,724	9,799,960	9,791,540	89.3
Finalidad 33295: ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 7,432.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 7119 (95.8 %)	2,360,688	3,297,582	3,114,678	3,112,222	3,106,630	94.4
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
400-774: REGION AYACUCHO-SALUD	515,495	40,603	40,602	40,602	40,602	100
HUAMANGA	803,473	921,698	873,468	873,448	873,448	94.8
AYACUCHO	201,156	196,584	192,121	192,121	192,120	97.7
CENTRO AYACUCHO	309,157	544,349	441,276	441,276	441,276	81.1
SARA	180,200	407,458	388,180	388,180	388,180	95.3
AYACUCHO NORTE	351,207	572,416	572,412	572,412	572,370	100
DE SALUD HUAMANGA	0	614,474	606,619	604,183	598,634	98.3

UCAYALI – Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora – 2009Año de Ejecución: **2009**Incluye: **Actividades y Proyectos**

TOTAL	3,666,215,752	4,043,028,193	3,480,702,114	3,422,611,485	3,409,306,220	84.7
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	1,511,920,393	1,961,834,304	1,576,277,751	1,529,818,313	1,525,748,232	78.0
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	1,511,920,393	1,961,834,304	1,576,277,751	1,529,818,313	1,525,748,232	78.0
Pliego 462: GOBIERNO REGIONAL UCAYALI	24,271,651	27,001,049	23,379,752	23,366,109	23,357,770	86.5
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	1,023,638	3,178,895	3,002,147	2,999,484	2,999,484	94.4
MORTALIDAD MATERNA	836,614	2,239,744	2,121,150	2,119,567	2,119,567	94.6
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	739,883	1,795,517	1,681,143	1,680,038	1,680,038	93.6
Finalidad 33295: ATENCION DEL PARTO NORMAL Cantidad: 10,157.0 Unidad de Medida: PARTO NORMAL Avance Físico: 8517 (83.9 %)	475,992	894,924	860,484	860,153	860,153	96.1
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
400-950: REGION UCAYALI-SALUD	2,500	111,468	110,926	110,926	110,926	99.5
POYO DE PUCALLPA	398,633	492,117	488,424	488,424	488,424	99.3
AMAZONICO	74,659	247,874	217,869	217,538	217,538	87.8
RED. DE SALUD Nº 3 ATALAYA	200	43,465	43,265	43,265	43,265	99.5

UCAYALI – Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora – 20010Año de Ejecución: **2010**Incluye: **Actividades y Proyectos**

TOTAL	6,799,041,832	8,100,491,051	7,093,238,536	7,088,270,756	7,064,904,276	87.5
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	1,520,040,559	2,237,876,859	1,840,830,635	1,839,999,058	1,837,583,432	82.2
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	1,520,040,559	2,237,876,859	1,840,830,635	1,839,999,058	1,837,583,432	82.2
Pliego 462: GOBIERNO REGIONAL UCAYALI	30,824,803	34,972,128	31,529,064	31,500,089	31,443,909	90.1
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	632,748	3,218,606	2,278,411	2,278,411	2,278,111	70.8
MORTALIDAD MATERNA	509,879	2,718,891	1,787,775	1,787,775	1,787,775	65.8
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	369,651	2,157,056	1,240,999	1,240,999	1,240,999	57.5
Finalidad 33295: ATENCION DEL PARTO NORMAL Cantidad: 11,328.0 Unidad de Medida: PARTO NORMAL Avance Físico: 7819 (69.0 %)	83,724	642,971	635,233	635,233	635,233	98.8
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
400-950: REGION UCAYALI-SALUD	2,500	176,556	171,479	171,479	171,479	97.1
POYO DE PUCALLPA	996	135,222	134,226	134,226	134,226	99.3
AMAZONICO	80,228	276,664	276,600	276,600	276,600	100
RED. DE SALUD Nº 3 ATALAYA	0	38,709	38,689	38,689	38,689	99.9
DE SALUD Nº 04 AGUAYTIA- SAN ALEJANDRO	0	15,820	14,239	14,239	14,239	90

UCAYALI – Asignación presupuestal y Ejecución del gasto según Unidad Ejecutora – 20011

Año de Ejecución: 2011

Incluye: **Actividades y Proyectos**

TOTAL	10,466,493,235	11,705,679,892	9,436,274,937	9,431,678,351	9,417,799,145	80.6
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	2,396,181,921	3,801,515,395	2,956,413,518	2,955,269,927	2,952,918,593	77.7
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	2,396,181,921	3,801,515,395	2,956,413,518	2,955,269,927	2,952,918,593	77.7
Pliego 462: GOBIERNO REGIONAL UCAYALI	44,003,900	56,285,520	52,818,485	52,807,618	52,785,163	93.8
Programa Estratégico 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	5,544,798	8,945,684	8,890,852	8,890,852	8,888,203	99.4
MORTALIDAD MATERNA	3,731,990	6,240,551	6,191,813	6,191,813	6,189,879	99.2
ATENCIÓN DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	2,701,405	4,799,146	4,756,340	4,756,340	4,754,406	99.1
Finalidad 33295: ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 12,746.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 12952 (101.6 %)	997,979	2,527,836	2,501,220	2,501,220	2,499,490	98.9
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
400-950: REGION UCAYALI-SALUD	2,500	485,910	461,333	461,333	459,603	94.9
POYO DE PUCALLPA	192,321	315,260	313,940	313,940	313,940	99.6
AMAZONICO	687,346	1,106,530	1,106,192	1,106,192	1,106,192	100
RED. DE SALUD N° 3 ATALAYA	21,002	54,860	54,857	54,857	54,857	100
DE SALUD N° 04 AGUAYTIA- SAN ALEJANDRO	94,810	565,276	564,898	564,898	564,898	99.9

ANEXO 3.2 : LISTA DE CHEQUEO ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN ESTABLECIMIENTOS FONB

ESTANDAR	INDICADOR	METODO DE RECOLECCION	UMBRAL
El establecimiento cuenta con los recursos requeridos	Estructura	Aplicativo FONB	80%
A toda gestante en la primera APN se realiza y registra las actividades según norma	Proceso	HC MP SIP 2000	80%
Toda gestante cuenta en la segunda APN con resultados de análisis de laboratorio completo según norma	Proceso	HC MP SIP 2000	80%
Toda gestante cuenta en la segunda APN con evaluación odontológica	Proceso	HC MP SIP 2000	80%
Las gestantes en trabajo de parto tienen registrado el partograma según norma	Proceso	HC MP SIP 2000	100%
Toda gestante que ha tenido su parto recibe oxitocina IM entre el primer y tercer minuto después del nacimiento	Proceso	HC Partograma	100%
Las gestantes con HIE que acuden al establecimiento son atendidas según DER conforme indica la norma	Proceso	Registros de referencia	100%
Las gestantes con shock hipovolemico que acuden al establecimiento son atendidas según DER conforme indica la norma	Proceso	Registros de referencia	100%
Las gestantes y puérperas con sepsis que acuden al establecimiento son atendidas según DER conforme indica la norma	Proceso	Registros de referencia	100%
A todo RN se le realiza y registra en la HC MP las actividades de atención según norma	Proceso	HC MP	100%

		SIP 2000	
Todo neonato que presenta una emergencia y acude al establecimiento es atendido según DER conforme indica la norma	Proceso	HC SIP 2000	100%
Las puérperas que han tenido su parto en el establecimiento son controladas cada 15 durante las 2 primeras horas y registradas según norma	Proceso	HC - Hoja de registro de puerperio inmediato	100%
Toda puérpera cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento, egresa habiendo recibido o/c sobre métodos de PF según norma	Proceso	HC	100%
Las gestantes que acuden para APN por consulta externa están satisfechas con la atención recibida	Resultado	Encuesta de satisfacción	80%
Las gestantes que acuden para la atención del parto están satisfechas con la atención recibida	Resultado	Encuesta de satisfacción	80%
Todas las gestantes del área del establecimiento son controladas	Resultado	Registro mensual	80%
Todas las gestantes del área del establecimiento tienen su parto en la institución	Resultado	Registro mensual	Más de 70%
Las muertes maternas ocurridas en el área de influencia del FONB tienen o están en proceso de investigación epidemiológica según norma	Resultado	Ficha de notificación epidemiológica	100%
Las muertes perinatales ocurridas en el área de influencia del FONB tienen o están en proceso de investigación epidemiológica según norma	Resultado	Ficha de notificación epidemiológica	100%

ANEXO 3.3: DISTRIBUCION DEL GASTO SEGÚN REGIONES SELECCIONADAS**ICA: Distribución del gasto según genérica 2009****Año de Ejecución: 2009****Incluye: Actividades y Proyectos**

TOTAL	72,355,497,884	97,169,638,067	79,900,569,354	79,567,933,836	79,157,570,473	81.9
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	12,515,637,012	18,681,824,513	14,913,475,429	14,755,094,171	14,653,153,188	79.0
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	12,515,637,012	18,681,824,513	14,913,475,429	14,755,094,171	14,653,153,188	79.0
Pliego 449: GOBIERNO REGIONAL ICA	418,586,402	540,268,668	452,368,017	450,952,976	449,843,068	83.5
Función 20: SALUD	80,763,258	108,439,006	98,848,163	98,169,746	97,736,546	90.5
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	61,113,245	84,590,595	75,918,434	75,273,016	74,965,916	89.0
Sub-Programa 0097: ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	38,888,659	51,837,056	48,282,461	47,639,636	47,550,044	91.9
Programa Pto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	1,018,519	1,271,361	1,091,354	1,091,354	1,091,343	85.8
MORTALIDAD MATERNA	673,715	900,879	832,760	832,760	832,760	92.4
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	589,654	786,235	721,237	721,237	721,237	91.7
Meta 00001-196: ATENCION DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 1850.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 1277 (69.0 %)	314,506	348,895	348,891	348,891	348,891	100.0
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
SOCIALES	314,444	290,742	290,740	290,740	290,740	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	62	58,153	58,151	58,151	58,151	100.0

ICA: Distribución del gasto según genérica 2010**Año de Ejecución: 2010****Incluye: Actividades y Proyectos**

TOTAL	81,857,278,697	106,415,361,114	88,404,998,000	88,223,896,211	87,988,676,499	82.9
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	13,006,620,011	19,926,537,859	16,220,634,592	16,214,778,344	16,159,497,063	81.4
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	13,006,620,011	19,926,537,859	16,220,634,592	16,214,778,344	16,159,497,063	81.4
Pliego 449: GOBIERNO REGIONAL ICA	431,048,423	580,618,956	500,575,317	500,119,568	499,493,504	86.1
Función 20: SALUD	90,627,253	121,113,755	102,163,442	102,139,412	102,107,156	84.3
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	67,208,253	95,414,763	77,347,979	77,326,500	77,302,481	81.0
Sub-Programa 0096: ATENCION MEDICA BASICA	23,905,120	42,927,271	28,331,910	28,327,645	28,304,643	66.0
Programa Pto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	640,300	1,437,137	1,169,720	1,169,570	1,169,495	81.4
MORTALIDAD MATERNA	429,359	955,354	775,907	775,907	775,854	81.2
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	355,091	763,082	640,995	640,995	640,942	84.0
Meta 00001-196: ATENCION DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 1779.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 848 (47.7 %)	277,529	285,430	259,313	259,313	259,260	90.8
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	277,529	168,439	168,438	168,438	168,385	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	116,991	90,875	90,875	90,875	77.7

ICA: Distribución del gasto según genérica 2011

Año de Ejecución: 2011

Incluye: Actividades y Proyectos

TOTAL	88,460,619,913	114,635,147,345	93,862,039,294	93,706,762,805	93,452,878,058	81.7
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	13,839,277,025	21,139,871,538	17,340,008,808	17,272,358,928	17,208,300,214	81.7
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	13,839,277,025	21,139,871,538	17,340,008,808	17,272,358,928	17,208,300,214	81.7
Pliego 449: GOBIERNO REGIONAL ICA	510,079,528	655,611,378	538,908,869	538,660,995	538,532,351	82.2
Función 20: SALUD	126,817,888	147,897,157	130,978,300	130,895,233	130,850,106	88.5
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	103,941,846	115,080,934	98,724,445	98,655,108	98,625,681	85.7
Sub-Programa 0096: ATENCION MEDICA BASICA	52,602,462	59,142,045	45,286,579	45,282,197	45,260,454	76.6
Programa Pto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	1,622,931	5,341,508	4,102,676	4,102,676	4,091,685	76.8
MORTALIDAD MATERNA	407,034	1,167,390	977,677	977,677	977,677	83.7
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	331,263	922,040	773,017	773,017	773,017	83.8
Meta 00001-196: ATENCION DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 1679.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 1075 (64.0 %)	179,051	266,185	263,091	263,091	263,091	98.8
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	179,051	163,844	163,840	163,840	163,840	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	84,036	80,945	80,945	80,945	96.3
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	18,305	18,305	18,305	18,305	100.0

AYACUCHO: Distribución del gasto según genérica 2009

Año de Ejecución: 2009

Incluye: Actividades y Proyectos

TOTAL	72,355,497,884	97,169,638,067	79,900,569,354	79,567,933,836	79,157,570,473	81.9
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	12,515,637,012	18,681,824,513	14,913,475,429	14,755,094,171	14,653,153,188	79.0
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	12,515,637,012	18,681,824,513	14,913,475,429	14,755,094,171	14,653,153,188	79.0
Pliego 444: GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	471,627,499	598,927,492	549,823,315	548,032,132	546,188,584	91.5
Función 20: SALUD	85,107,558	130,174,001	118,354,533	118,015,060	117,827,538	90.7
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	62,100,408	105,114,770	96,845,542	96,544,080	96,481,293	91.8
Sub-Programa 0096: ATENCION MEDICA BASICA	37,508,271	67,093,322	65,259,869	64,968,477	64,914,537	96.8
Programa Pto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	7,182,306	11,002,581	10,745,768	10,731,237	10,716,717	97.5
MORTALIDAD MATERNA	5,937,874	9,299,616	9,124,978	9,111,206	9,099,268	98.0
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	3,541,000	5,079,412	5,073,402	5,068,047	5,063,174	99.8
Meta 00001-1025: ATENCION DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 838.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 730 (87.1%)	290,600	314,408	314,403	314,243	314,243	99.9
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	263,000	287,427	287,424	287,381	287,381	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	27,600	26,981	26,979	26,862	26,862	99.6

AYACUCHO: Distribución del gasto según genérica 2010**Año de Ejecución: 2010****Incluye: Actividades y Proyectos**

TOTAL	81,857,278,697	106,415,361,114	88,404,998,000	88,223,896,211	87,988,676,499	82.9
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	13,006,620,011	19,926,537,859	16,220,634,592	16,214,778,344	16,159,497,063	81.4
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	13,006,620,011	19,926,537,859	16,220,634,592	16,214,778,344	16,159,497,063	81.4
Pliego 444: GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	537,101,785	720,851,208	653,082,857	652,789,695	633,041,244	90.6
Función 20: SALUD	92,633,548	188,754,624	145,353,201	145,184,470	142,811,662	76.9
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	65,927,319	155,302,167	116,892,386	116,733,592	114,428,593	75.2
Sub-Programa 0096: ATENCION MEDICA BASICA	41,739,282	70,936,468	64,584,043	64,494,772	64,440,672	90.9
Programa Pto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	7,812,005	12,057,479	11,371,203	11,364,791	11,358,310	94.3
MORTALIDAD MATERNA	4,833,778	8,533,684	8,084,877	8,079,220	8,075,164	94.7
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	2,165,971	2,578,327	2,520,689	2,518,014	2,517,359	97.7
Meta 00001-045: ATENCION DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 1243.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 563 (45.3 %)	283,144	343,369	342,866	342,583	342,468	99.8
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	237,820	291,450	291,447	291,164	291,049	99.9
5-23: BIENES Y SERVICIOS	45,324	41,419	41,419	41,419	41,419	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	10,500	10,000	10,000	10,000	95.2

AYACUCHO: Distribución del gasto según genérica 2011**Año de Ejecución: 2011****Incluye: Actividades y Proyectos**

TOTAL	88,460,619,913	114,635,147,345	93,862,039,294	93,706,762,805	93,452,878,058	81.7
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	13,839,277,025	21,139,871,538	17,340,008,808	17,272,358,928	17,208,300,214	81.7
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	13,839,277,025	21,139,871,538	17,340,008,808	17,272,358,928	17,208,300,214	81.7
Pliego 444: GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	535,589,696	792,832,504	642,813,576	641,166,989	640,680,472	80.9
Función 20: SALUD	106,016,756	198,512,311	137,596,594	137,450,299	137,260,585	69.2
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	72,164,246	154,204,376	98,021,089	97,911,801	97,785,011	63.5
Sub-Programa 0096: ATENCION MEDICA BASICA	38,921,141	85,600,224	68,666,456	68,560,776	68,443,028	80.1
Programa Pto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	11,209,315	16,336,319	14,218,575	14,198,110	14,174,545	86.9
MORTALIDAD MATERNA	7,011,273	11,355,984	9,516,309	9,504,005	9,481,202	83.7
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	3,714,898	4,963,866	4,491,942	4,487,942	4,481,507	90.4
Meta 00001-024: ATENCION DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 2,042.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 904 (93.2 %)	803,473	921,698	873,468	873,448	873,448	94.8
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	803,473	678,585	678,385	678,365	678,365	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	225,859	177,829	177,829	177,829	78.7
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	17,254	17,253	17,253	17,253	100.0

UCAYALI: Distribución del gasto según genérica 2009

Año de Ejecución: 2009

Incluye: Actividades y Proyectos

TOTAL	72,355,497,884	97,169,638,067	79,900,569,354	79,567,933,836	79,157,570,473	81.9
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	12,515,637,012	18,681,824,513	14,913,475,429	14,755,094,171	14,653,153,188	79.0
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	12,515,637,012	18,681,824,513	14,913,475,429	14,755,094,171	14,653,153,188	79.0
Pliego 462: GOBIERNO REGIONAL UCAYALI	315,278,048	517,212,473	424,325,704	395,695,969	362,939,473	76.5
Función 20: SALUD	52,962,732	79,173,049	70,777,725	64,928,313	64,890,983	82.0
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	41,563,633	60,893,402	56,086,253	52,371,036	52,357,510	86.0
Sub-Programa 0096: ATENCION MEDICA BASICA	19,790,003	29,888,589	28,545,612	28,465,532	28,453,457	95.2
Programa Ppto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	910,235	2,342,787	2,212,319	2,210,714	2,210,714	94.4
MORTALIDAD MATERNA	809,062	2,202,958	2,091,104	2,089,630	2,089,630	94.9
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y Meta 00001952: PARTO ATENDIDO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON CAPACIDAD RESOLUTIVA Y PROFESIONAL CALIFICADO Cantidad: 2,362.0 Unidad de Medida: PARTO NORMAL Avance Físico: 2304 (97.5 %)	712,331	1,758,731	1,651,098	1,650,101	1,650,101	93.8
	398,633	492,117	488,424	488,424	488,424	99.2
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	394,044	456,206	456,199	456,199	456,199	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	4,589	35,911	32,225	32,225	32,225	89.7

UCAYALI: Distribución del gasto según genérica 2010

Año de Ejecución: 2010

Incluye: Actividades y Proyectos

TOTAL	81,857,278,697	106,415,361,114	88,404,998,000	88,223,896,211	87,988,676,499	82.9
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	13,006,620,011	19,926,537,859	16,220,634,592	16,214,778,344	16,159,497,063	81.4
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	13,006,620,011	19,926,537,859	16,220,634,592	16,214,778,344	16,159,497,063	81.4
Pliego 462: GOBIERNO REGIONAL UCAYALI	324,420,641	451,371,817	397,670,443	397,592,203	377,970,443	88.1
Función 20: SALUD	56,283,959	81,771,971	75,485,226	75,469,050	73,991,025	92.3
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	27,395,318	46,357,241	42,172,529	42,169,343	41,921,120	91.0
Sub-Programa 0096: ATENCION MEDICA BASICA	20,203,220	29,321,767	26,935,484	26,932,299	26,684,090	91.9
Programa Ppto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	256,923	1,293,431	1,265,183	1,265,183	1,265,183	97.8
MORTALIDAD MATERNA	213,162	1,109,459	1,085,254	1,085,254	1,085,254	97.8
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	153,943	763,902	753,586	753,586	753,586	98.6
Meta 00001952: ATENCION DEL PARTO NORMAL Cantidad: 2,850.0 Unidad de Medida: PARTO NORMAL Avance Físico: 2680 (94.0 %)	80,228	276,664	276,600	276,600	276,600	100.0
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	80,228	85,834	85,772	85,772	85,772	99.9
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	190,830	190,828	190,828	190,828	100.0

UCAYALI: Distribución del gasto según genérica 2011**Año de Ejecución: 2011****Incluye: Actividades y Proyectos**

TOTAL	88,460,619,913	114,635,147,345	93,862,039,294	93,706,762,805	93,452,878,058	81.7
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	13,839,277,025	21,139,871,538	17,340,008,808	17,272,358,928	17,208,300,214	81.7
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	13,839,277,025	21,139,871,538	17,340,008,808	17,272,358,928	17,208,300,214	81.7
Pliego 462: GOBIERNO REGIONAL UCAYALI	348,843,116	450,826,817	418,814,274	418,188,026	369,770,713	92.8
Función 20: SALUD	61,525,653	92,476,116	88,177,393	88,164,606	85,488,352	95.3
Programa 044: SALUD INDIVIDUAL	41,929,887	55,737,218	54,898,085	54,896,067	53,794,287	98.5
Sub-Programa 0096: ATENCION MEDICA BASICA	22,428,235	34,938,926	34,272,833	34,270,815	33,169,739	98.1
Programa Pto 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	2,757,680	5,599,370	5,558,884	5,558,884	5,556,799	99.3
MORTALIDAD MATERNA	1,838,939	3,854,376	3,818,686	3,818,686	3,816,956	99.1
ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y	1,254,504	2,916,436	2,884,071	2,884,071	2,882,341	98.9
Meta 00001952: ATENCION DEL PARTO NORMAL						
Cantidad: 637.0						
Unidad de Medida: PARTO NORMAL						
Avance Físico: 749 (117.6 %)	687,346	1,106,530	1,106,192	1,106,192	1,106,192	100.0
Genérica	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	265,346	331,552	331,552	331,552	331,552	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	422,000	751,268	750,931	750,931	750,931	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	23,710	23,709	23,709	23,709	100.0

Anexo 4 – COSTO PRODUCTO PARTO NORMAL

Finalidad	UNIDAD de Medida Finalidad	SubFinalidad	UNIDAD de Medida SubFinalidad	Tipo de Insumo	Descripción: Cat/Bie/Serv	Porcentaje de Uso del Insumo	Cantidad Estimada Insumo Unidades Logísticas	Precio Adquisición	Presupuesto Total Requerido
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	SERVICIO	CONTRATACION DE PROFESIONAL EN OBSTETRICIA	100	0.00371	24000.0	89.14
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	SERVICIO	CONTRATACION DE PERSONAL TECNICO EN ENFERMERIA	100	0.00094	18000.0	16.85
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	SERVICIO	CONTRATACION DE MEDICO GINECO-OBSTETRA	40	0.00012	54000.0	6.74
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CUNA RADIANTE PARA RECIEN NACIDO	100	0.00100	2291.0	2.29
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SILLA GIRATORIA DE METAL	100	0.00010	254.3	0.03
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CAMILLA DE METAL PARA TRANSPORTE DE PACIENTE	100	0.00010	1235.0	0.12
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	ESCALINATA - GRADILLA DE 2 PELDAÑOS	100	0.00010	56.0	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	BALDE DE ACERO INOXIDABLE X 10 L	100	0.00010	143.0	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	PORTA SUERO METALICO	100	0.00010	385.0	0.04
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CAMA DE METAL QUIRURGICA HOSPITALARIA	100	0.00010	1235.0	0.12
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	MESA DE NOCHE DE METAL	100	0.00010	332.5	0.03
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SET INSTRUMENTAL PARA ATENCION DE PARTO X 12 PIEZAS	100	0.00010	12493.5	1.25
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	TENSIOMETRO CON ESTETOSCOPIO INCORPORADO	100	0.00100	133.0	0.13
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	Doppler	100	0.00010	6172.6	0.62
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CINTA OBSTETRICA	100	0.00100	1.2	0.00
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SET DE RIÑONERAS DE ACERO QUIRURGICO X 2 PIEZAS	100	0.00010	83.0	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	TAMBOR DE ACERO INOXIDABLE PARA GASA 18 cm X 18 cm	100	0.00010	1077.5	0.11
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	TAMBOR DE ACERO INOXIDABLE PARA GASA 20 cm X 20 cm	100	0.00010	1085.0	0.11

Finalidad	UNIDAD de Medida Finalidad	SubFinalidad	UNIDAD de Medida SubFinalidad	Tipo de Insumo	Descripción: Cat/Bie/Serv	Porcentaje de Uso del Insumo	Cantidad Estimada Insumo Unidades Logísticas	Precio Adquisición	Presupuesto Total Requerido
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	TERMOMETRO CLINICO ORAL	40	1.00000	2.3	2.31
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SODIO CLORURO 900 mg/100 mL INY 1 L	70	1.00000	1.6	1.64
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	OXITOCINA 10 UI INY 1 mL	100	2.00000	0.2	0.43
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN PRESERVANTES 2 g/100 mL INY 20 mL	20	0.20000	1.0	0.20
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	EQUIPO DE VENOCCLISIS	100	1.00000	1.3	1.29
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CATERER ENDOVENOSO PERIFERICO Nº 18 G X 1 1/2"	100	1.00000	1.2	1.20
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	JERINGA DESCARTABLE 5 mL CON AGUJA 21 G X 1/2"	100	1.00000	0.1	0.14
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SUTURA CATGUT CROMICO 2/0 C/A 1/2 CIRCULO REDONDA 40 mm X 70 cm	20	1.00000	15.9	15.88
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	PAPEL TOALLA DE HOJAS SEPARADAS X 200 hojas	100	0.02000	1.9	0.04
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	ESPARADRAPO HIPOALERGICO DE PLASTICO 5.00 cm X 4.50 m	100	0.02222	62.0	1.38
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	GASA QUIRURGICA 61 cm X 100 yd	100	0.01000	6.7	0.07
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	ALGODON HIDROFILO X 500 g	100	0.00200	15.1	0.03
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	ALCOHOL YODADO 1 g/100 mL X 1 L	100	0.02000	1.8	0.04
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	JABON GERMICIDA LIQUIDO X 1 L	100	0.02000	17.2	0.34
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	GUANTE QUIRURGICO ESTERIL DESCARTABLE Nº 7	100	3.00000	0.7	2.10
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	KIT PARA CIRUJANO (GORRO, MASCARA, BOTA, CHAQUETA, PANTALON)	100	1.00000	7.9	7.90
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	MANDILON DE DRIL MANGA LARGA UNSEX TALLA ESTANDAR COLOR VERDE	100	0.00200	5.7	0.01

Finalidad	UNIDAD de Medida Finalidad	SubFinalidad	UNIDAD de Medida SubFinalidad	Tipo de Insumo	Descripción: Cat/Bie/Serv	Porcentaje de Uso del Insumo	Cantidad Estimada Insumo Unidades Logísticas	Precio Adquisición	Presupuesto Total Requerido
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CAMPO SIMPLE DE BRAMANTE 85 cm X 75 cm	100	0.00200	71.1	0.14
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CAMPO DE DRIL 70 cm X 70 cm COLOR VERDE CLINICO	100	0.00200	71.6	0.14
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	BATA DE POPELINA PARA PACIENTE TALLA ESTANDAR	100	0.00200	6.5	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	LENTE PROTECTORES DESCARTABLES (POLIPROPILENO)	1	0.01000	4.8	0.05
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	COLCHA DE NIDO DE ABEJA	100	0.00200	86.0	0.17
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SABANA DE BRAMANTE DE 2.40 m X 1.60 m COLOR BLANCO	100	0.00200	17.5	0.04
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	FRAZADA ANTIALERGICA DE LANA 1 1/2 PLAZA	100	0.00200	21.7	0.04
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	SERVICIO	SERVICIO DE LIMPIEZA DE LOCALES	100	0.00009	54000.0	5.06
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CLORHEXIDINA 5 g/100 mL JABON 1 L	100	0.01000	1.4	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M	100	0.10000	13.0	1.30
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	TACHO DE PLASTICO X 30 L CON TAPA PEDAL	100	0.01000	8.1	0.08
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO CAPACIDAD 160 kg	100	0.00010	490.2	0.05
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	BALON DE OXIGENO DE 10 m3	100	0.00010	95.8	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	BOLSA DE REANIMACION DE OXIGENO PARA RESUCITADOR MANUAL ADULTO	100	0.00010	64.7	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	ECOGRAFO PORTATIL	100	0.00010	53393.1	5.34
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	GEL PARA DOOPLER Y ECOGRAFIA X 250 mL	100	0.08000	11.7	0.94
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	LAMPARA CUELLO GANSO 220	100	0.00010	115.1	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	MANOMETRO DE OXIGENO	100	0.00010	291.8	0.03

Segundo Informe Evaluación de Diseño y Ejecución de Presupuesto de Parto Normal

Finalidad	UNIDAD de Medida Finalidad	SubFinalidad	UNIDAD de Medida SubFinalidad	Tipo de Insumo	Descripción: Cat/Bie/Serv	Porcentaje de Uso del Insumo	Cantidad Estimada Insumo Unidades Logísticas	Precio Adquisición	Presupuesto Total Requerido
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	MESA DE MAYO	100	0.00010	245.1	0.02
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	MONITOR FETAL ELECTRONICO	100	0.00010	6000.2	0.60
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	PAPEL PARA MONITOR FETAL 151 mm X 150 mm X 200	100	0.02500	12.7	0.32
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	URINARIO DE ACERO INOXIDABLE FEMENINO (CHATA) PARA ADULTO	100	0.00010	410.2	0.04
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	RIÑONERA DE ACERO QUIRURGICO 21 cm X 10 cm X 4 cm	100	0.00010	410.2	0.04
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	BOMBILLA PARA ASPIRACION DE SECRECION	100	1.00000	3.0	3.00
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	CANULA BINAŠAL PARA OXIGENO ADULTO	20	1.00000	2.9	2.94
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	JERINGA DESCARTABLE 0.5 mL CON AGUJA 25 G X 5/8"	30	1.00000	1.4	1.35
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SONDA VESICAL TIPO NELATON Nº 12	10	1.00000	0.6	0.58
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	BOLSA DE POLIETILENO 28" X 30" APROX. COLOR NEGRO	100	2.00000	0.1	0.20
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	DELANTAL DE HULE 1.05 m X 75 cm	100	0.00200	3.4	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	PIERNERA DE DRIL 1.50 m X 60 cm COLOR VERDE	100	0.00200	4.1	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SABANA DE CAMILLA DE DRIL 1.70 m X 1.50 m COLOR VERDE	100	0.00200	12.7	0.03
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SOLERA DE HULE 1.00 m X 1.50 m	100	0.00200	1.3	0.00
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	YODO POVIDONA 10 g/100 mL SOL 90 mL	100	1.11111	2.5	2.76
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	LEJIA (HIPOCLORITO DE SODIO) AL 10% X 1 L	100	0.03000	1.0	0.03
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	DISPENSADOR DE JABON LIQUIDO MATERIAL PLASTICO X 1L	100	0.01000	9.1	0.09
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	DISPENSADOR DE PAPEL TOALLA (MATERIAL PLASTICO)	100	0.01000	20.3	0.20

Segundo Informe Evaluación de Diseño y Ejecución de Presupuesto de Parto Normal

Finalidad	UNIDAD de Medida Finalidad	SubFinalidad	UNIDAD de Medida SubFinalidad	Tipo de Insumo	Descripción: Cat/Bie/Serv	Porcentaje de Uso del Insumo	Cantidad Estimada Insumo Unidades Logísticas	Precio Adquisición	Presupuesto Total Requerido
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	TAMPON CON CUBIERTA DE PLASTICO TAMAÑO CHICO	100	0.01000	1.6	0.02
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	SERVICIO	SERVICIO DE ALIMENTACION Y NUTRICION HOSPITALARIA	100	0.00012	54000.0	6.74
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	SERVICIO	SERVICIO DE LAVADO DE ROPA HOSPITALARIA	100	0.00012	54000.0	6.74
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SOGA GRUESA CON ALMA DE CAÑAMO	100	0.00100	24.2	0.02
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	BANCO DE MADERA (Banquito De Madera De 50 Cms De Alto)	100	0.00100	228.1	0.23
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	RELOJ DE PARED	100	0.00100	12.8	0.01
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	TERMOMETRO AMBIENTAL	100	0.00100	24.4	0.02
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	EXTINTOR	100	0.00100	45.0	0.05
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	LETRERO DE SEÑALIZACION DE SEGURIDAD DE ACRILICO DE 40 cm X 20 cm	100	0.00100	27.9	0.03
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 25 DETERMINACIONES	2	0.00080	664.5	0.53
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	VIGA DE MADERA TORNILLO DE 4" X 4" X 3 m	100	0.00100	225.0	0.23
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	SILLA DE FIBRA DE VIDRIO PARA PARTO VERTICAL	100	0.00001	23000.0	0.23
PARTO NORMAL	PARTO	ATENCION DEL PARTO NORMAL	208. PARTO NORMAL	BIEN	FORMATO DE PARTO GRAMA	100	0.00100	0.4	0.00
		COSTO TOTAL							193.09

Fuente: SIGA

ANEXO 6: ATENCION DE PARTO INSTITUCIONAL

ESN SSR - Atenciones de parto institucional 2000-2008

DIRECCIONES DE SALUD	AÑOS								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL	262,252	261,403	308,399	359,649	382,365	438,692	363,790	422,253	402,785
AMAZONAS	2,459	3,460	3,726	4,360	4,796	6,337	5,929	5,437	5,759
ANCASH	10,331	13,412	15,061	16,257	18,257	21,942	17,112	17,937	18,288
APURIMAC I	3,215	3,494	3,792	4,408	4,953	6,141	4,365	4,449	4,404
APURIMAC II	3,530	3,282	3,607	4,157	4,302	4,842	4,085	3,859	4,185
AREQUIPA	11,697	11,191	12,484	13,741	14,273	14,386	14,937	14,842	15,428
AYACUCHO	8,593	9,678	11,257	11,561	11,561	10,429	7,864	13,832	11,856
CAJAMARCA I	4,812	6,539	6,612	7,934	8,190	10,477	9,929	9,616	10,401
CAJAMARCA II	1,722	1,959	2,527	3,074	3,199	3,597	3,442	3,629	4,034
CAJAMARCA III	824	869	1,015	1,487	1,907	2,274	2,403	2,052	2,351
CALLAO	9,643	8,793	9,405	17,078	11,453	10,230	9,398	10,278	10,614
CUSCO	12,582	13,723	16,129	18,155	19,191	24,255	20,645	20,260	21,323
HUANCAVELICA	2,544	2,844	3,434	5,111	6,455	8,830	6,806	6,793	6,817
HUANUCO	6,551	7,434	9,070	11,587	13,043	17,689	13,428	12,889	13,939
ICA	9,054	7,741	8,801	9,255	10,094	12,606	10,322	9,919	11,436
JAEN	2,370	2,778	3,697	4,770	4,942	6,758	5,163	5,181	5,080
JUNIN	12,411	13,277	15,488	17,764	16,729	21,408	16,830	16,153	18,133
LA LIBERTAD	15,532	13,614	17,096	19,559	27,544	23,152	20,109	21,284	22,492
LAMBAYEQUE	8,467	8,467	10,953	12,073	14,393	16,547	14,891	13,717	13,698
V LIMA CIUDAD	36,210	30,270	32,947	35,896	34,682	36,849	29,442	91,369	58,850
IV LIMA ESTE	9,292	8,552	10,991	12,978	14,419	16,533	22,261	21,824	21,911
III LIMA NORTE	20,106	20,082	27,226	30,769	31,630	36,629	20,787	12,049	12,507
II LIMA SUR	15,722	14,755	18,070	20,976	20,746	25,551	15,079	15,761	16,702
LORETO	9,789	9,636	11,953	14,489	16,516	22,059	17,768	18,391	16,819
MADRE DE DIOS	1,241	1,356	1,482	1,839	2,114	2,898	2,601	2,483	2,974
MOQUEGUA	1,505	1,431	1,618	1,858	1,711	2,170	1,020	1,848	1,899
PASCO	3,169	2,859	3,390	3,856	4,187	4,442	3,729	3,817	3,923
PIURA I	5,502	5,369	7,265	7,293	9,814	9,298	8,146	8,444	10,498
PIURA II	5,754	5,872	9,946	9,370	9,816	9,871	8,285	8,554	8,408
PUNO	8,368	8,860	8,403	12,441	12,809	13,708	15,161	15,571	15,468
SAN MARTIN	8,077	8,494	8,170	10,529	12,365	16,731	14,652	12,289	13,368
TACNA	3,608	3,509	3,825	3,793	3,998	4,699	4,125	4,260	3,543
TUMBES	2,279	2,357	2,944	3,754	4,060	4,411	4,153	4,165	4,668
UCAYALI	5,293	5,446	6,015	7,477	8,216	10,943	8,923	9,301	11,009

Fuente: ENSSR-,MINSA ...(continúa en siguiente página)

ENSSSR - Atención de parto institucional 2008 – 2012

PARTO INSTITUCIONAL 2008			
DIRECCIONES DE SALUD	Parto Institucional	Cesarea	Parto normal
TOTAL	402785	75858	326927
Amazonas	5759	783	4976
Ancash	18288	3003	15285
Apurimac I	4404	555	3849
Apurimac II	4185	537	3648
Arequipa	15428	3741	11687
Ayacucho	11856	0	11856
Cajamarca I	10401	908	9493
Cajamarca II	4034	413	3621
Cajamarca III	2351	130	2221
Callao	10614	2439	8175
Cusco	21323	2325	18998
Huancavelica	6817	457	6360
Huanuco	13939	1376	12563
Ica	11436	3078	8358
Jaen	5080	543	4537
Junin	18133	2434	15699
La Libertad	22492	4639	17853
Lambayeque	13698	2568	11130
Lima Ciudad	58850	21340	37510
Lima Este	21911	5219	16692
Lima Norte	12507	2571	9936
Lima Sur	16702	3384	13318
Loreto	16819	1842	14977
Madre de Dios	2974	382	2592
Moquegua	1899	520	1379
Pasco	3923	513	3410
Piura I	10498	1792	8706
Piura II	8408	1540	6868
Puno	15468	1098	14370
San Martin	13368	1650	11718
Tacna	3543	1362	2181
Tumbes	4668	1664	3004
Ucayali	11009	1052	9957

Fuente: ENSSSR- MINSA

PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL DEL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2000, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012															
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011	2012	2012
	Valor estimado	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Número de Casos sin Ponderar	Número de Casos Ponderados	Valor estimado	Número de Casos sin Ponderar	Número de Casos Ponderados	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado
Total	57.6	10 487	72.1	2 097	76.0	2 149	80.0	5 351	4 920	79.1	10 289	9 305	83.2	83.8	85.9
Área de residencia															
Urbana	82.1	5 148	91.7	1 028	93.6	1 027	93.5	3 189	3 138	92.5	5 652	5 994	94.0	94.2	95.2
Rural	23.4	5 339	42.2	1 069	49.4	1 122	56.2	2 162	1 782	55.0	4 637	3 311	61.9	62.5	67.2
Región natural															
Lima Metropolitana	93.3	802	97.7	129	97.8	137	99.1	229	1 079	97.3	725	2 304	98.0	97.5	98.5
Resto Costa	73.1	2 329	90.6	447	94.3	455	88.0	1 632	1 191	92.1	2 377	1 995	90.8	91.9	92.2
Sierra	22.3	4 729	54.0	938	60.3	995	68.1	1 935	1 914	67.0	4 260	3 520	75.5	76.1	78.1
Selva	40.4	2 626	58.8	583	58.6	562	69.8	1 555	737	62.3	2 927	1 487	65.8	65.5	74.5
Quintiles de riqueza 2/															
Quintil inferior	15.7	N.D.	31.7	515	38.3	303	39.7	618	510	47.9	3 157	2 288	54.5	53.6	57.7
Segundo quintil	40.6	N.D.	50.5	579	70.7	709	62.9	1 420	1 174	75.7	2 824	2 180	81.4	84.1	85.2
Quintil intermedio	73.4	N.D.	88.2	445	92.0	524	85.3	1 500	1 218	93.2	2 154	1 965	93.9	95.1	96.4
Cuarto quintil	89.1	N.D.	94.3	324	98.0	316	96.0	970	915	96.8	1 336	1 599	97.4	96.9	98.2
Quintil superior	96.1	N.D.	97.4	234	98.1	297	97.5	843	1 103	97.2	818	1 273	97.1	96.0	98.6
Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2000, 2009, 2010, 2011, 2012															

Parto complicado no quirúrgico y quirúrgico como porcentaje de partos esperados

	2009	2010	2011	2012
Parto complicado no quirúrgico	81.986	137.416	78.341	87.807
Parto complicado quirúrgico	134.570	199.545	133.516	169.098
Nacimientos esperados	556.548	598.242	583.247	588.813

ANEXO 7: FICHAS TÉCNICAS PARTO – INDICADORES INEI

INDICADOR 36

PROGRAMA ESTRATEGICO SALUD MATERNO NEONATAL

Nombre del indicador	Proporción de partos en establecimiento de salud de gestantes del área rural del último nacimiento de los 5 años antes de la encuesta				
Valor estimado del indicador	2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
	50.5	59.0	63.6	63.9	64.9
Objetivo	Determinar la proporción de partos en establecimiento de salud de gestantes del área rural del último nacimiento de los 5 años antes de la encuesta				
Definición conceptual	Es el porcentaje de mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta ocurrió en un establecimiento de salud.				
Población objetivo	Mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta				
Unidad de medida	Porcentaje (%)				
Fórmula	$PartoEstab = \frac{parto_establ}{TMG} * 100$				
Variables	parto_establ= Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud				

	TMG: Total de mujeres del área rural con ultimo nacido vivo en los ultimos cinco años
Construcción del indicador	Numerador: Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud Denominador: Total de mujeres del área rural con ultimo nacido vivo en los ultimos cinco años
Sintaxis	recode M15 (21,22,23,24,25,26,31,32,41=1)(ELSE=0) into parto_establ. Select if v025=2. var label parto_establ 'parto en establecimiento de salud'.
Fuente de los datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
Periodicidad de los datos	Semestral y anual
Nivel de inferencia	Semestral: nacional, region natural, urbano y rural Anual: nacional, región natural, urbano, rural y departamental Ministerio de Economía y Finanzas
Principales usuarios	Ministerio de Salud

INDICADOR 37

PROGRAMA ESTRATEGICO SALUD MATERNO NEONATAL

Nombre del indicador	Proporción de parto en establecimiento de salud del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta				
Valor estimado del indicador	2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
	76.6	82.0	83.9	84.5	84.7
Objetivo	Determinar la proporción de parto en establecimiento de salud del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta				

Definición conceptual	Es el porcentaje de mujeres cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta ocurrió en un establecimiento de salud
Población objetivo	Mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Fórmula	$PartoEstab = \frac{\text{parto_establ}}{TMG} * 100$
Variables	parto_establ= Mujeres cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud TMG: Total de mujeres con ultimo nacido vivo en los ultimos cinco años
Construcción del indicador	Numerador: Mujeres cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en un establecimiento de salud Denominador: Total de mujeres con ultimo nacido vivo en los ultimos cinco años
Sintaxis	recode M15 (21,22,23,24,25,26,31,32,41=1)(ELSE=0) into parto_establ. var label parto_establ 'parto en establecimiento de salud'.
Fuente de los datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
Periodicidad de los datos	Semestral y anual
Nivel de inferencia	Semestral: nacional, region natural, urbano y rural Anual: nacional, región natural, urbano, rural y departamental Ministerio de Economía y Finanzas
Principales usuarios	Ministerio de Salud

INDICADOR 38

PROGRAMA ESTRATEGICO SALUD MATERNO NEONATAL

Nombre del indicador	Proporción de parto de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta atendido por profesional de la salud				
Valor estimado del indicador	2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
	57.2	63.7	67.3	67.4	70.0
Objetivo	Determinar la proporción de parto de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta atendido por profesional de la salud				
Definición conceptual	Es el porcentaje de mujeres procedentes del área rural cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta fue atendido por profesional de la salud				
Población objetivo	Mujeres del area rural de 15 a 49 años que tuvieron un nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta				
Unidad de medida	Porcentaje (%)				
Fórmula	$PartoPers = \frac{\text{parto_persr}}{TMG} * 100$				
Variables	parto_persr= Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud TMG: Total de mujeres del área rural con ultimo nacido vivo en los ultimos cinco años				
Construcción del indicador	Numerador: Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud Denominador: Total de mujeres del área rural con ultimo nacido vivo en los ultimos cinco años				
Sintaxis	if (m3n=0 m3n=1) Parto_Persr=0. if (M3A=1 M3B=1 M3C=1) Parto_persr=1. select if midx=1 & v025=2. var label parto_Persr 'Parto atendido por prof salud'.				
Fuente de los datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES				
Periodicidad de los datos	Semestral y anual				

Nivel de inferencia	Semestral: nacional, region natural, urbano y rural Anual: nacional, región natural, urbano, rural y departamental Ministerio de Economía y Finanzas
Principales usuarios	Ministerio de Salud

INDICADOR 39**PROGRAMA ESTRATEGICO SALUD MATERNO NEONATAL**

Nombre del indicador	Proporción de parto del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta atendido por personal profesional de la salud				
Valor estimado del indicador	2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
	79.9	84.7	86.2	87.0	86.9
Objetivo	Determinar la proporción de parto del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta atendido por personal profesional de la salud.				
Definición conceptual	Es el porcentaje de mujeres cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta fue atendido por profesional de la salud.				
Población objetivo	Mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un nacimiento en los 5 años antes de la encuesta				
Unidad de medida	Porcentaje (%)				
Fórmula	$PartoPers = \frac{\text{parto_pers}}{TMG} * 100$				
Variables	parto_pers= Mujeres cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud TMG: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años				
Construcción del indicador	Numerador: Mujeres cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud Denominador: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años				

Sintaxis

```
if (m3n=0 | m3n=1 ) Parto_Persr=0.
if (M3A=1 | M3B=1 | M3C=1 ) Parto_persr=1.
select if midx=1.
var label parto_Persr 'Parto atendido por prof salud'.
```

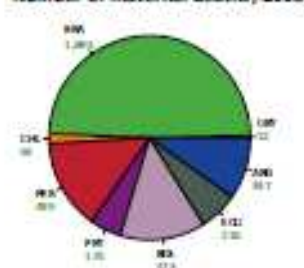
Fuente de los datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
Periodicidad de los datos	Semestral y anual
Nivel de inferencia	Semestral: nacional, region natural, urbano y rural Anual: nacional, región natural, urbano, rural y departamental Ministerio de Economía y Finanzas
Principales usuarios	Ministerio de Salud

Anexo 8 – Progreso en la reducción de la muerte materna y parto institucional atendido por personal calificado.

South America: Maternal and child mortality trends

- Bolivia and Ecuador are top performers on maternal mortality in the region, substantially reducing their MMRs from relatively high levels seen in the early 1990s. Chile also made substantial progress and has the region's lowest MMR. Bolivia has the region's highest MMR.
- South America is ranked third globally for decline in under-5 mortality with an annualised rate of decline of more than 4.7%.
- Peru experienced the region's most dramatic improvement in under-5 mortality and is on track to achieve MDG4, along with Brazil and Chile. No countries are on pace to achieve MDG5 for maternal mortality reductions.

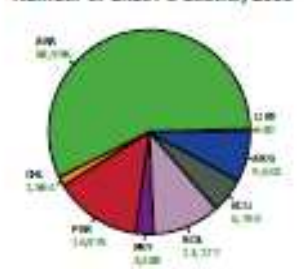
Number of maternal deaths, 2008



Maternal mortality ratio, 2008



Number of under-5 deaths, 2008



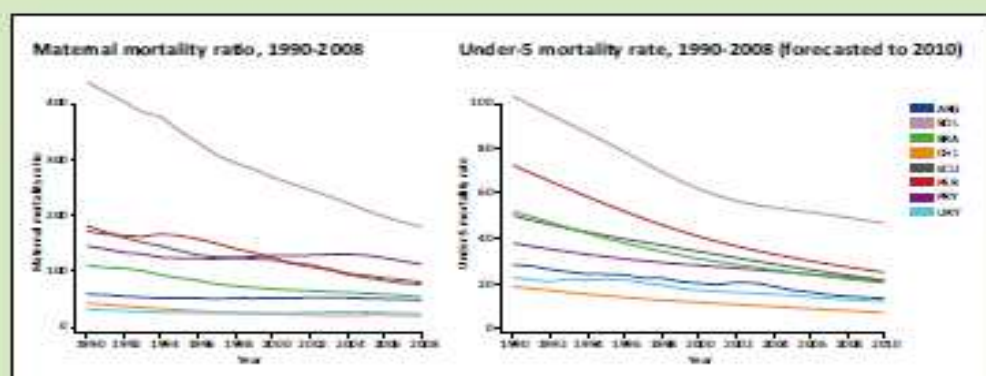
Under-5 mortality rate, 2008



Country abbreviations

ARG	Argentina
BOL	Bolivia
BRA	Brazil
CHL	Chile
ECU	Ecuador
PER	Peru
PRY	Paraguay
URY	Uruguay

COUNTRY	Maternal			Neonatal			Postneonatal			Under-5		
	Mortality rate, 2008	Adjusted mortality rate, 2008	Global risk by rate of decline	Mortality rate, 2008	Adjusted mortality rate, 2008	Global risk by rate of decline	Mortality rate, 2008	Adjusted mortality rate, 2008	Global risk by rate of decline	Mortality rate, 2008	Adjusted mortality rate, 2008	Global risk by rate of decline
Argentina	49	1.1	125	9	3.2	83	4	5.2	38	14	3.9	74
Bolivia	180	5.0	27	20	3.2	84	18	4.1	74	49	4.1	66
Brazil	55	3.9	45	11	3.8	56	9	5.4	36	22	4.9	39
Chile	21	4.1	42	4	4.3	39	2	6.3	21	7	5.1	32
Ecuador	77	4.7	29	7	4.2	41	12	3.8	88	23	4.3	61
Paraguay	113	1.4	117	11	2.4	112	8	3.0	115	22	2.9	120
Peru	81	4.2	39	12	4.2	42	9	5.8	27	27	5.5	24
Uruguay	25	1.6	111	7	3.1	87	5	3.6	98	12	3.3	101
Regional	64	3.7	4	11	3.7	5	9	5.2	3	22	4.7	3
Global	251	1.3	—	24	2.1	—	17	2.3	—	55	2.1	—



Notes: Maternal mortality ratio (MMR): Number of women dying of pregnancy-related causes for every 100,000 live births. Neonatal mortality rate: Probability of death between birth and the 28th day of life (per 1,000 live births). Postneonatal mortality rate: Probability of death between age 1 month and 1 year (per 1,000 live births). Under-5 mortality rate: Probability of death between birth and age 5 (per 1,000 live births).

REGIONAL OVERVIEW

65

WHO, 2013- Births attended by personnel				
Year	WHO region	Country	Display Value	Numeric Value
2006	Americas	Haiti	26.1	26.1
2009	Americas	Guatemala	51.3	51.3
2006	Americas	Honduras	66.3	66.3
2008	Americas	Bolivia (Plurinational State of)	71.1	71.1
2007	Americas	Nicaragua	73.7	73.7
2008	Americas	El Salvador	84.6	84.6
2008	Americas	Paraguay	84.6	84.6
2011	Americas	Peru	85.0	85
2006	Americas	Suriname	86.5	86.5
2009	Americas	Guyana	87.4	87.4
2009	Americas	Panama	88.6	88.6
2010	Americas	Ecuador	89.2	89.2
2010	Americas	Belize	94.3	94.3
2010	Americas	Dominican Republic	95.3	95.3
2010	Americas	Costa Rica	95.3	95.3
2006	Americas	Trinidad and Tobago	96.9	96.9
2009	Americas	Jamaica	98.0	98
2011	Americas	Venezuela (Bolivarian Republic of)	98.1	98.1
2010	Americas	Saint Lucia	98.5	98.5
2011	Americas	Saint Vincent and the Grenadines	98.8	98.8
2010	Americas	Brazil	98.9	98.9
2010	Americas	Bahamas	99.0	99
2011	Americas	Colombia	99.2	99.2
2010	Americas	Argentina	99.4	99.4
2010	Americas	Chile	99.7	99.7
2009	Americas	Uruguay	99.7	99.7
2011	Americas	Cuba	99.9	99.9
2010	Americas	Antigua and Barbuda	100.0	100
2011	Americas	Barbados	100.0	100
2011	Americas	Grenada	100.0	100
2011	Americas	Saint Kitts and Nevis	100.0	100
2011	Americas	Dominica	100.0	100

Fuente: WHO, 2013