

RESULTADOS PRIORITARIOS Y DESEMPEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA: Mortalidad materna y morbi- mortalidad infantil

Reporte 2005

1. ENFOQUE DE GESTIÓN POR RESULTADOS

El análisis tradicional de la calidad del gasto público se ha limitado a la efectividad financiera de las instituciones públicas, dejando de lado los logros o metas que se alcanzaron con los recursos públicos. El crecimiento del aparato estatal, la estrechez del presupuesto público en relación a las demandas sociales y el creciente interés por la rendición de cuentas, han sido factores que han propiciado un cambio en el enfoque, exigiéndose mayor información sobre el desempeño, en términos de metas y logros de los recursos públicos.

Esta mayor demanda por información sobre las metas y resultados obtenidos con los recursos públicos, conjuntamente con factores vinculados a la modernización del Estado y al avance en la transparencia de la gestión pública, han propiciado en muchos países un cambio en el enfoque de la gestión pública y en el análisis de la calidad del gasto. Los sistemas presupuestales y de planeamiento buscan organizar sus procesos con una orientación al logro de resultados, produciendo información que permita evaluar el desempeño del Estado respecto de los cambios que generan la provisión bienes y servicios sobre los ciudadanos. Este enfoque de análisis de la calidad del gasto busca mejorar la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión

pública a través de la evaluación del desempeño de las actividades desde el Estado en función de su rol y logro de resultados. Si bien son varios los instrumentos que pueden ser utilizados para evaluar la calidad del gasto, el producto final de todos ellos se resume en la provisión de información oportuna, pertinente y de calidad a los diferentes actores que participan en los procesos de provisión de bienes y servicios, desde el planeamiento hasta los ciudadanos.

Un primer elemento básico para que este enfoque funcione y sea operativamente eficiente es que todas las instituciones que participan, así como los programas y/o proyectos a cargo de las mismas, estén articulados bajo lineamientos de política nacional claros y que se encuentran enmarcados en los roles del Estado. Esto ayudará a un mejor ordenamiento de las diversas acciones desarrolladas por las diferentes entidades alrededor de objetivos comunes. En segundo lugar, se requiere que se avance en el desarrollo de modelos lógicos (por ejemplo Marcos Lógicos, en algunos casos basados en evidencia científica) subyacentes a las intervenciones que proveen los bienes y/o servicios más importantes, para que esta provisión esté justificada económicamente y tenga validez. En tercer lugar, del nivel de desarrollo de los sistemas de información asociados a los procesos de provisión de bienes y servicios (por ejemplo, compras y adquisiciones). Por lo tanto, el desarrollo de este enfoque de seguimiento del gasto está en función del grado de desarrollo de los sistemas de información, de la claridad en la identificación de los objetivos y productos estratégicos sectoriales e institucionales, del de la existencia de procesos y mecanismos que vinculen de manera indirecta o directa la información sobre el desempeño de la gestión de las principales instituciones proveedoras de bienes y/o servicios a los

procesos de toma de decisiones, del grado de compromiso de las autoridades públicas, entre los más importantes.

Al interior del gobierno peruano, con la intención de mejorar la calidad del gasto público, se ha avanzado en el desarrollo de herramientas que contribuyan en avanzar hacia un enfoque por resultados de la gestión pública:

- La Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal;
- El Marco Macroeconómico Multianual;
- El Sistema Nacional de Inversión Pública;
- El Sistema Integrado de Administración Financiera;
- Los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales;
- Los Planes Estratégicos Institucionales;
- Los Convenios de Administración por Resultados; y
- Convenios de Gestión (FONAFE-Empresas Estatales).

Como la mejora de la calidad del gasto público se define como ser eficaces en el logro de resultados con un manejo eficiente de nuestros recursos y priorizando a quienes más lo necesitan, es preciso avanzar en tres temas centrales: (i) en la identificación de los resultados prioritarios para el país; (ii) en la conexión lógica entre estos resultados y los productos y servicios que provee el sector público; y (iii) en los estándares de calidad que dichos productos deben cumplir para satisfacer adecuadamente las necesidades de la población. Es importante tomar en cuenta que esta orientación de la gestión pública hacia resultados no supone perder la atención en los insumos, procesos y productos asociados. Los problemas en la gestión pública están presentes a lo largo de toda la cadena de provisión de bienes y servicios. Lo que resulta imprescindible, es que esta cadena haya sido definida para

lograr resultados concretos que se enmarcan dentro de los roles del Estado.

Además, es preciso enfatizar tres principios a considerar: (i) el eje de la intervención pública debe ser el servicio al ciudadano; (ii) se requiere la identificación del responsable en la provisión de bienes y servicios; y (iii) la información obtenida a partir del seguimiento y la evaluación debe estar vinculada con la toma de decisiones del Estado y compartida con la sociedad civil.

Finalmente, el seguimiento y evaluación de la calidad del gasto no se debe limitar a un análisis financiero. Este enfoque supone también una mejora en la estructura organizacional del Estado, en el planeamiento estratégico, en los incentivos que alineen los intereses de los gerentes públicos con los resultados prioritarios, y de una mejora continua del proceso presupuestario que permita asignar recursos en función de costos y estrategias multianuales, todo ello para que finalmente los ciudadanos mejoren su bienestar. A continuación se presenta un informe que intenta avanzar en este nuevo enfoque del seguimiento y evaluación de la calidad del gasto público.

2. SALUD MATERNA E INFANTIL, RESULTADOS PRIORITARIOS PARA EL PAÍS

Los indicadores de salud de una población son los que miden con mayor claridad el nivel de desarrollo de un país y las inequidades al interior del mismo. De este conjunto de indicadores, los vinculados a la salud materno infantil son los más importantes debido al impacto que generan en la sociedad y en el desarrollo de capacidades.

En el Perú, los esfuerzos del Estado han conseguido que durante los últimos 15 años ambos indicadores tengan una evolución

favorable (incluso la mortalidad infantil ha tenido un desempeño promedio superior al de América Latina). Sin embargo, en comparación a otros países de la región los niveles logrados siguen siendo elevados.

Durante la década del noventa, las principales estrategias fueron el fortalecimiento de los programas de prevención y la ampliación de la oferta de infraestructura sanitaria. No obstante el incremento en el presupuesto, el sector no pudo mejorar sustancialmente la equidad en la asignación del gasto ni la efectividad de las intervenciones. Estimaciones realizadas por el Proyecto 2000¹ del MINSA, el cuál tuvo vigencia hasta el año 2002, encontró problemas de filtración y subcobertura. Es decir, por un lado se calificó como pobre a quienes no lo eran y por otro, se calificó como no pobre a quienes no lo eran.

En el periodo 2000-2005, los recursos públicos efectivamente gastados en la salud de las personas, muestra que el presupuesto público real² en salud se ha incrementado 32% en el periodo 2000-2005³, mientras que el gasto público per capita ha pasado de US\$ 30 en el 2000 a

US\$ 38 en el 2005⁴. En cuanto al gasto total en salud (incluyendo el gasto de los hogares), éste representa aproximadamente el 4.5% del PBI, 3 puntos por debajo del promedio de América Latina. Aún cuando existe una brecha en el financiamiento que es necesario reducirla, es importante no perder de vista la calidad del gasto de los recursos que todos los años se vienen ejecutando, especialmente respecto de los resultados prioritarios para el país, como la salud materna e infantil.

En cuanto al logro de los objetivos sanitarios más importantes -como son la reducción de la mortalidad materna, desnutrición y morbi-mortalidad infantil- el país ha logrado avances significativos en algunos de ellos⁵. En el caso de la tasa de mortalidad infantil, no sólo logrando reducirla sino que ha superado al desempeño promedio de América Latina. La reducción de la mortalidad materna no ha tenido un buen desempeño, ya que no sólo no se ha logrado reducir en 50% este indicador sino que además persisten las inequidades al interior del país y en nivel sigue estando muy por encima del promedio de la región.

Respecto a la desnutrición crónica, en 1996 este problema afectaba a 1 de cada 4 niños menores de 5 años. En el 2000 la desnutrición crónica no logró disminuir,

¹ Proyecto que contaba con financiamiento de USAID y que se encargó de invertir en el diseño de instrumentos de financiamiento y focalización.

² Por presupuesto público en salud se entiende como el total de recursos asignados a la función salud del clasificador funcional programático del Ministerio de Economía y Finanzas. Se consideran los recursos asignados por concepto de gastos de administración, ciencia y tecnología, protección del medio ambiente, educación superior, y los programas de salud, "Salud Individual" y "Salud Colectiva".

³ El presupuesto público ejecutado en los programas Salud Individual y Salud Colectiva se ha incrementado 44% en el mismo periodo de referencia. Considerando únicamente los recursos asignados a estos dos programas, se observa un incremento de 8 dólares en el gasto per capita, de US\$ 20 a US\$ 28 dólares.

⁴ Para este cálculo se ha considerado el presupuesto público que se asigna a la función salud del clasificador funcional programático.

⁵ El MINSA se ha comprometido, para los próximos 5 años, a reducir en los quintiles 1 y 2 de pobreza, sobretudo de la sierra y selva del país: (i) un 25% la desnutrición infantil en menores de 2 años; (ii) en 30% los niveles de anemia en la población materno infantil de los quintiles 1 y 2 de pobreza, y (iii) reducir en un 50% la mortalidad materna y perinatal.

persistiendo fuertes inequidades regionales en el resultado y una fuerte correlación entre el nivel del mismo y la tasa de pobreza (los departamentos con mayor tasa de desnutrición eran Huancavelica, Apurímac, Cajamarca y Amazonas, casualmente, las regiones más pobres del Perú).

Los indicadores que definen la salud de los niños son diversos, sin embargo, uno de los más importantes son las tasas de incidencia de enfermedades transmisibles prevenibles. En este sentido, la sostenibilidad de la estrategia de inmunizaciones constituye la estrategia más costo-efectiva del Estado, lo que ha permitido erradicar la poliomelitis y el sarampión⁶. Sin embargo, no obstante estas mejoras, resultados preliminares al 2005 revelan problemas en las coberturas de vacunación y en el número de niños protegidos, lo que puede explicarse por una disminución de los recursos asignados a estas actividades, por el cambio en los esquemas de vacunación, por el cambio en el modelo de atención o por una mala estimación de la población de referencia⁷. Fuertes desigualdades e inequidades⁸ regionales agravan aún más esta situación.

⁶ Asimismo se ha logrado eliminar la meningitis TBC, TMNN, difteria y Tos Convulsiva como problemas de salud pública.

⁷ Por ejemplo, en el 2004, existe una discrepancia entre la población de referencia que utiliza la DGSP (dirección que provee el dato de número de niños protegidos) y la utilizada por la OEI del MINSA. Esta diferencia determina que la cobertura en ASA (desde el 2004, ASA+Anti rubiola) de niños de un año de edad sea diferente según la fuente que se utilice. Según la DGSP, el dato de cobertura de vacunación es de 90%, mientras que el estimado por la OEI 89%.

⁸ Entiéndase por desigualdades las diferencias en el nivel de una variable entre todos los individuos de una sociedad sin importar su origen, mientras que inequidad se refiere a las diferencias en el nivel causadas por factores socioeconómicos (los cuáles a su vez están vinculados a diferencias por nivel educativo, etc.), sexo, entre las más importantes.

En cuanto a la salud materna, los indicadores más importantes muestran mejoras significativas; la atención prenatal se incrementó de 43% en el 2000 a 65% en el 2004 y la cobertura de partos institucionales de 43% en el 2000 a 62% en el 2004. Sin embargo, al igual que en el caso de la salud infantil, aún se encuentran problemas de equidad⁹. Estos buenos resultados se explican básicamente por un mejoramiento de la disponibilidad de los servicios de atención materno-infantil (en parte responsabilidad del PARSALUD y de programas como “Salud Básica para Todos”, a través del financiamiento de recursos humanos) y del subsidio a la demanda a través de la implementación del Seguro Integral de Salud (2002), producto de la fusión de los Seguros Materno-Infantil y –Escolar.

En la siguiente sección se hará una revisión de la definición de dos resultados prioritarios: salud materna e infantil, así como de las causas y factores asociados. En el caso del Perú, en donde la heterogeneidad vuelve muy complejo el manejo administrativo y político de los problemas, el análisis de las causas (y del dónde, cómo y por qué se obtienen estos resultados) permitirá incrementar la efectividad de las estrategias implementadas.

Los indicadores seleccionados son: (i) mortalidad materna e infantil y (ii) morbilidad infantil.

2.1 Mortalidad materno-infantil y morbilidad infantil: causas y factores asociados

El análisis a profundidad de estos temas en cuestión implica no sólo la cuantificación del problema sino la identificación de las

⁹ En el 2004, mientras en Lima la cobertura de partos institucionales ascendió a 92%, en la selva fue de apenas 57%.

principales causas y factores asociados, es decir, el por qué de la ocurrencia de los hechos, lo que a su vez permitirá un correcto diseño de las intervenciones públicas pertinentes y efectivas.

Mortalidad materna

La mortalidad materna constituye un indicador del nivel de desarrollo de los países ya que estos son considerados como un indicador del desarrollo y calidad de vida de la población. La mortalidad materna es un problema fundamental no sólo por la pérdida de la vida humana productiva sino por el impacto que tiene en la sociedad y en el hogar. Existe evidencia (WB, 1998) que demuestra que la probabilidad de muerte infantil en niños menores de 5 años, la probabilidad de marginalidad y exclusión social, y la desnutrición infantil se incrementa al morir la madre. Asimismo, dado que la pérdida de la vida humana se produce en la etapa más productiva de la mujer, también afecta la economía del hogar, sobretodo en los hogares cuya madre es jefa de hogar.

La muerte materna se define como la muerte de una mujer producida en cualquier momento del embarazo, parto, puerperio¹⁰ hasta los 42 días cumplidos después del parto, cualquiera que haya sido la causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento, pero no por causas accidentales o incidentales. Esta muerte puede clasificarse en: (i) muerte materna directa, (ii) muerte materna indirecta y (iii) muerte materna incidental. La primera está asociada a una muerte producto de una complicación durante el

estado del embarazo, parto o puerperio, siendo la principal causa básica la hemorragia durante alguna de estas etapas. La segunda, la muerte materna indirecta, es resultado de una enfermedad pre-existente que se desarrolla durante el embarazo, parto o puerperio. Finalmente, las muertes incidentales no se relacionan a alguno de los estados ni a enfermedades pre existentes.

Dado el estrecho vínculo que existe entre la mortalidad materna y la pobreza de los hogares, los factores asociados más importantes son: vinculados a la oferta, (i) el acceso a servicios de salud materna de calidad y la existencia de establecimientos de salud con capacidad resolutive (responsabilidad del Estado), y vinculados al individuo, (i) educación y edad de la gestante, (ii) el estado nutricional de la madre y (ii) el ámbito de lugar de residencia (Ver Anexo 1A).

Mortalidad infantil

La salud infantil, y específicamente la reducción de la mortalidad infantil es un resultado prioritario no sólo por que la vida y su desarrollo en óptimas condiciones es un derecho sino por que esta pérdida de capital humano tiene un impacto devastador en los hogares y en la sociedad, sobretodo en un contexto en dónde la mayoría de muertes son prevenibles. Sobre este tema, los compromisos establecidos en las metas de desarrollo del milenio estipulan como meta la reducción de la mortalidad infantil en las dos terceras partes en el periodo 1990-2015.

La muerte en la niñez se define como la muerte de niños producida antes de cumplir los cinco años de vida, y la muerte infantil como la muerte antes del primer año de vida. El estado de salud de los niños puede ser identificada a través de las siguientes variables: (i) la desnutrición crónica, (ii) la mortalidad en la niñez (antes

¹⁰ El periodo de puerperio se extiende desde convencionalmente desde la finalización del trabajo de parto hasta 45-60 días de pos parto. El puerperio inmediato comprende las primeras 24 horas; el puerperio mediano desde el 2 día hasta el décimo y el puerperio alejado se extiende hasta los 45 días luego del parto.

de cumplir los cinco años de vida), (iii) la mortalidad infantil (antes de cumplir el año de vida), y la (v) vacunación completa.

Las principales causas de muerte infantil varían dependiendo de la edad de muerte de los niños. La mortalidad en el neonato (<28 días) y antes del primer mes de vida, se explica principalmente por factores vinculados a problemas con el feto¹¹ o de la madre¹² (la mayoría detectables en el proceso de atención prenatal) o a problemas en la atención del parto (por ejemplo, la hemorragia causa asfixia o muerte en el recién nacido) y del recién nacido. El acceso a una atención oportuna y de calidad¹³, sobretodo en las zonas de mayor riesgo, es determinante para evitar la muerte de un neonato.

A medida que el niño crece, los factores no biológicos como enfermedades producto de falta de acceso a servicios adecuados de saneamiento (diarrea y malaria), el precario cuidado de la salud de los niños, y la falta de una alimentación adecuada, explican gran parte de las muertes infantiles. En este sentido, en las zonas rurales más pobres del país, la disponibilidad de agua segura (y por lo tanto el control de calidad de la misma) y servicios de saneamiento básico, así como el trabajo en comunicación, educación e información sobre la salud (hábitos saludables), son tareas imprescindibles del Estado para enfrentar efectivamente este problema. (Ver Anexo 1B)

¹¹ Por ejemplo, retrasos en el crecimiento, desnutrición, males congénitos.

¹² Como la anemia de la madre, principal causa del bajo peso a nacer del recién nacido.

¹³ Se encuentra una menor participación de profesionales de salud en la atención de partos de las mujeres con menores recursos económicos (Beltrán: 2000)

En sistema de seguimiento de la calidad del gasto público centrará el análisis en la mortalidad infantil debido a su estrecho vínculo con la mortalidad materna.

Morbilidad Infantil

La inversión en el cuidado de la salud infantil contribuye a un adecuado desarrollo de los niños, a una reducción de las inequidades y futuras desigualdades en el aprovechamiento de las oportunidades económicas en el mercado laboral. Garantizar una niñez sana no sólo es responsabilidad de los hogares sino también del Estado, sobretodo en los grupos demográficos más vulnerables.

Las enfermedades más frecuentes en los niños menores de cinco años son las diarreicas-EDAS y las respiratorias-IRA. Estas enfermedades son dos de las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años. La tasa de incidencia de estas enfermedades permite disponer de medidas comparativas corrigiendo por el tamaño poblacional. En el caso de las enfermedades diarreicas se observa un incremento en la tasa de incidencia de 182 cada 1000 niños menores de 5 años en 1996 a 240 en el 2003, mientras que el de enfermedades respiratorias se redujo de 35 cada 1000 niños menores de 5 años a 19.9 cada 1000 en el 2003.

Las principales causas asociadas a la prevalencia de enfermedades transmisibles son el deficiente control de la salud (Controles de Crecimiento y Desarrollo de los niños), las malas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, la falta de información y de disponibilidad de servicios de saneamiento básico (vinculado directamente a la condición de pobreza de las comunidades). Las zonas rurales, urbano-marginales y selváticas constituyen los ámbitos más expuestos y más vulnerables a la presencia de estas enfermedades.

Otro indicador proxy de morbilidad infantil es el número promedio de atenciones (por niño atendido) por todo tipo de daño (desde infecciones respiratorias hasta atenciones por malaria). Este indicador provee información sobre la severidad del año ya que mientras se realicen más atenciones por niño atendido, se puede presumir que más severo el daño y/o menor es la capacidad resolutoria del sistema de salud público en general y del problema social en cuestión.

Finalmente, la morbilidad neonatal, la tasa de incidencia de patologías neonatales deriva en algunos casos en mortalidad infantil. La tasa de incidencia de estas enfermedades está directamente vinculada a la calidad de la atención en el parto (muerte materna en el peor de los escenarios) y al recién nacido. Este indicador explica más del 50% de las muertes neonatales y de la mortalidad infantil.

A continuación se presenta la magnitud, evolución, tendencias y análisis de equidad de los problemas descritos.

2.2. Situación del problema: evolución, comparaciones internacionales y análisis de equidad

Dada la importancia e impacto de la muerte de una madre en el hogar, sociedad y desarrollo de un país, uno de los compromisos más serios asumidos por la comunidad internacional fue en la Cumbre por la Infancia realizada en 1990, evento en el que todos los países del mundo se comprometieron a realizar acciones específicas para reducir la muerte materna en 50% llegado el año 2000. Adicionalmente, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para el periodo 1990-2015, todos los países del mundo se comprometieron a reducir el indicador asociado a la mortalidad materna (razón de

mortalidad materna) en las tres cuartas partes¹⁴.

No obstante estos compromisos, si bien durante el periodo 1990-2000 se realizaron algunos esfuerzos (aunque con duplicidades y sin sinergias) que apuntaron a resolver este problema, no se logró cumplir con la metas trazadas. Como se observa en la Tabla 1, a pesar de la mejora significativa en el indicador, sólo se redujo en 26% y además sigue siendo una de los más altos de América Latina, a excepción de Haití y Bolivia. Adicionalmente, se observan fuertes inequidades geográficas en el indicador, inequidades que persisten hasta la actualidad.

Estimaciones realizadas a partir de la ENDES y de la Ficha de Información Epidemiológica de Muertes Maternas-FIEMM del MINSA muestran que en el 2000 (en comparación a 1990), las regiones de Ica, Lima, La Libertad, Arequipa, Ayacucho y Puno habían logrado reducir la razón de mortalidad materna en una proporción menor al promedio (-26%), lo cual se puede entender como mala calidad de vida y provisión de servicios de salud que no garantizaban una maternidad segura. Las diferencias entre algunas regiones del Perú llegan hasta casi 14 veces el indicador, como lo es la diferencia entre Puno y Callao.

¹⁴ Los Objetivos del Milenio fueron acordados en el 2000.

Tabla 1: Salud Materna

Evolución de la razón de mortalidad materna: 1995 vs 2000

Razón Mortalidad Materna (*100 mil RNV)	1990	2000	var%
Perú	234.5	173.2	-26.1%
Madre de Dios	476.2	290.5	-39.0%
Puno	425.3	361.2	-15.1%
Callao	67.2	26	-61.3%
Lima	61.3	52.2	-14.8%
Mundo 1/	n.d.	400.0	n.d.
América Latina 1/	n.d.	85.0	n.d.

Nota:

1/ Los datos del Mundo y América Latina no son estrictamente comparables por que los métodos de estimación son diferentes.

Fuente: OEI-MINSA; INEI "Tendencias, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú": 1992-2000.

En cuanto al indicador de mortalidad infantil, según los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM, se espera reducir el indicador en 70% para el periodo 1990-2015. El desempeño para el Perú ha sido más que favorable, logrando una reducción superior al promedio de América Latina. Al comparar el quinquenio 1990-1995 con el del 2005-2000, la reducción observada para América Latina ha sido de 20% mientras que para el Perú 32%. No obstante, en términos de niveles, el Perú sigue ubicándose 21% por encima del promedio de la región.

Esta reducción en el indicador está fuertemente vinculada a la efectividad de las intervenciones de salud, como inmunizaciones, educación sanitaria y a un eficiente manejo de las diarreas, sobretudo en los mayores de un año. Por lo tanto, el cumplimiento de la meta de la ODM en relación a la mortalidad infantil parece difícil de lograr ya que esto implicaría reducir significativamente la muerte perinatal, fuertemente vinculada a la calidad y efectividad de la atención materna en todas sus etapas (gestación, parto y/o puerperio) y a la atención del recién nacido. La mejora de este indicador requerirá de intervenciones más costosas

como el mejoramiento de los servicios de atención materna-infantil (adecuado equipamiento, insumos y disponibilidad permanente de personal capacitado), estrategia que para un país con tan pocos recursos para el Perú no parece tan sostenible en el tiempo. Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de trabajar más a largo con la población y las comunidades en las tareas de promoción y prevención de daños de la salud y por otro lado, implementar un sistema tarifario que permita redistribuir los recursos racionalmente y con criterios de equidad mejorando la progresividad en el gasto.

Tabla 2: Salud Infantil

Evolución de la tasa de Mortalidad Infantil: 1990-1995 vs 1995-2000

Tasa Mortalidad Infantil (*1000 RNV)	1990-1995	2000-2005	var%
Perú	48.8	33.4	-31.26
Urbano	29	-	
Rural	62	-	
América Latina	34.7	27.7	-20.2

Nota:

1/ Los datos de mortalidad infantil corresponden a indicadores quinquenales.

2/ Los datos estimados a nivel urbano-rural corresponde al quinquenio 1991-1996.

Fuente: CELADE

Análisis de Equidad

En el Perú, como ya se adelantó, existen fuertes inequidades que se evidencian no sólo en los resultados sanitarios básicos (índice de fecundidad, esperanza de vida, mortalidad materno-infantil y morbilidad) sino también en el acceso a los servicios de salud.

El análisis de la mortalidad materno-infantil revela que hasta la actualidad existen fuertes inequidades, tanto por ámbito geográfico, niveles de pobreza como por el nivel educativo de la madre. Estimaciones realizadas en un estudio del INEI (2002) muestran que

los principales problemas en relación a ambos temas no se dan por la magnitud, que ya es un número elevado, sino sobretodo por las desigualdades e inequidades del mismo. Como se mencionó, las intervenciones de salud han mejorado significativamente el nivel del indicador, razón de mortalidad materna, reduciéndolo en un 26% entre 1990 y el 2000. Sin embargo, los niveles de inequidad habrían aumentado significativamente, evidenciando la urgencia de diseñar políticas focalizadas y específicas para controlar este problema y reducir las brechas de inequidades. Por ejemplo, mientras en el 1990, el ratio de inequidad (razón de mortalidad materna de la región con el mejor indicador dividido entre la razón de mortalidad materna de la región con el peor indicador) era de 7.8 para Madre de Dios, en el 2000, este ratio ascendía a 11.2, lo que revela una ampliación de la brecha de inequidad regional.

Tabla 3: Mortalidad Materna e inequidad		
Razón de mortalidad Materna y ratio de inequidad		
Años / Región	Razón de MM	Ratio de inequidad
1990		
M.Dios	476.2	7.8
Puno	425.3	6.9
Huánuco	420.4	6.9
Cajamarca	405.6	6.6
Huancavelica	388.3	6.3
Amazonas	373.9	6.1
1995		
M.Dios	439.4	8.2
Puno	394.5	7.4
Huancavelica	338.7	6.4
Huánuco	336.0	6.3
Cajamarca	330.5	6.2
Ayacucho	328.0	6.2
2000		
Puno	361.2	13.9
Huancavelica	302.2	11.6
Ayacucho	300.9	11.6
M.Dios	290.5	11.2
Cusco	288.1	11.1

Cajamarca	283.2	10.9
Nota: El ratio de inequidad se ha construido dividiendo el indicador de razón de mortalidad materna de la región entre indicador regional más bajo del año en cuestión. En 1990 la región que tenía el indicador más bajo fue Lima con 61.3 muertes maternas cada 100 mil nacidos vivos, en 1995 fue Ica con 53 cada 100 mil n.v. y en el 2000 Callao con 26 muertes cada 100 mil n.v. Fuente: "Tendencias, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú": 1992-2000.		

En el caso del indicador de mortalidad infantil se observan mejoras significativas en el indicador, reducciones del 32% en el indicador quinquenal, pero persisten las inequidades al interior del país. Comparando las cifras de la ENDES 1996 con las del 2000, se observa que en el 2000, en relación a 1996, la mortalidad infantil en el segundo quintil es superior, mientras que la del cuarto quintil es menor. Adicionalmente, como ya se mencionó, el nivel del indicador sigue siendo elevado en relación a otros países de la región.

Dado que el acceso y uso a los servicios de salud son una variable determinante de la mejora de la salud materno e infantil, a continuación se hará una breve revisión del acceso a servicios por quintiles de gasto per capita. Como se muestra en la Tabla 4, la utilización de los servicios de salud muestra una clara tendencia a favor de los individuos más ricos. Mientras el 23% de los individuos con menores ingresos (quintil 1) hacía uso de los servicios de salud, este porcentaje ascendía a 47% en el quintil V de la distribución. En cuanto a la diferencia urbano-rural, existe evidencia de una aparente reducción de la inequidad por ámbito geográfico. (Ver Tabla 4).

Tabla 4: Uso de los servicios e inequidad.
Porcentaje de uso de servicios de salud según quintiles de gasto per capita: 1997 vs 2003

Años /Ámbito	Quintiles de gasto per capita					Total	Ratio V/I
	I	II	III	IV	V		
2003	23%	30%	35%	38%	47%	35%	2.0
Urbano	25%	29%	34%	37%	46%	37%	1.8
Rural	22%	31%	37%	44%	53%	29%	2.4

Fuente: ENAHO 2003

2.3 Rol del sector público: PESEM, iniciativas intersectoriales, descentralización

Durante la década de los noventa se utilizaron diferentes estrategias que apuntaron a mejorar la atención, acceso y calidad de la atención primaria a través de la ampliación de la oferta de atención primaria, la ampliación de horarios de atención y el incremento de recursos humanos, el mejoramiento de infraestructura y equipamiento y el fortalecimiento de los programas nacionales vinculados sobre todo a la salud materno infantil. Sin embargo, no obstante estos avances, problemas en la priorización de los recursos y de gerencia no permitieron generar los resultados esperados. Si bien el acceso mejoró éste no fue equitativo.

En el 2000 se inicia otra gestión. En las prioridades definidas para el periodo se encontraban (i) Atención materno infantil, (ii) enfermedades inmunoprevenibles, (iii) enfermedades respiratorias, (iv) salud sexual y reproductiva y (v) enfermedades transmitidas por alimentos y agua y (vi) malnutrición. Sin embargo, los cambios ministeriales y en algunas ocasiones de equipos técnicos y dirigenciales, trajo consigo problemas de gestión al interior del sector dificultó la consecución de resultados en cada una de estas líneas de acción.

Los cambios más fuertes del periodo se han dado en torno al cambio en el enfoque de atención, "Atención Integral de Salud"-

MAIS¹⁵, lo que conlleva a un cambio en el modelo organizacional del sistema de salud pública. En la práctica los Programas Nacionales (Inmunizaciones, CRED, entre los más importantes) fueron desarticulados para incorporar estas actividades como parte del nuevo esquema de atención integral por grupos de edad: (i) al niño, (ii) adolescente, (iii) adulto y (iv) adulto mayor.

Las prioridades plasmadas en los programas nacionales se transformaron en Estrategias Sanitarias Nacionales¹⁶ (con una coordinación nacional, un comité técnico permanente y uno consultivo). Este cambio conceptual debió traer consigo cambios organizacionales que hasta el momento no se han generalizado a nivel nacional ya que el modelo ha sido asumido gradualmente y a ritmos diferentes por todas las regiones. Actualmente, las líneas de acción asociadas a cada uno de los programas se descentralizaron, no sólo entre las Oficinas y Direcciones del MINSA sino también a nivel nacional.

Luego de una revisión de la magnitud de los recursos públicos asignados a las diferentes estrategias sanitarias, resulta evidente que el sector ha priorizado una estrategia curativa y no preventiva o

¹⁵ E nuevo modelo de atención integral de la salud pone énfasis en las acciones de promoción y prevención que apunten al crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo (físico, emocional y socioeconómico). Se pone énfasis especial en los niños y mujeres.

¹⁶ Actualmente hay un total de 10 Estrategias Sanitarias funcionando: (i) Inmunizaciones, (ii) Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores, (iii) Prevención y Control de enfermedades de transmisión sexual, (iv) Prevención y control de tuberculosis, (v) Salud Sexual y Reproductiva, (vi) Prevención y Control de Daños de enfermedades no transmisibles, (vii) Accidentes de tránsito, (viii) Salud de los Pueblos Indígenas, (ix) Alimentación y Nutrición Básica, y (x) Salud Mental y Cultura de la Paz.

promocional (Ver sección de gestión financiera en capítulo 3).

Finalmente, el sector ha realizado diferentes esfuerzos, con diferentes niveles de compromiso de parte de las gestiones de turno, en relación al tema de la focalización. Dado que este es un instrumento que permitirá alcanzar la universalización del acceso a los servicios sanitarios, y considerando que las inequidades en el acceso están directamente vinculadas a las barreras o restricciones económicas, los retos para el sector deben vincularse a la selección de un adecuado instrumento de focalización y a la implementación de nuevas modalidades de financiamiento que hagan sostenibles las intervenciones.

3. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA

El Estado, en el marco de sus funciones y a través de las instituciones encargadas de normar y proveer los distintos servicios (e.g. Ministerio de Salud, centros de salud) realiza actividades regulares y proyectos, las cuáles se organizan institucionalmente alrededor de grandes líneas de acción o Programas Nacionales, definidos a su vez en función a las prioridades nacionales.

La identificación de las prioridades nacionales conlleva a un trabajo de diagnóstico, simulación de resultados ante diferentes tipos de escenarios e instrumentos y la selección de un plan de acción. Estos estudios son los que el sector realiza para definir su plan de acción, “Plan Estratégico Sectorial Multianual”-PESEM, instrumento que hasta el momento no ha servido ni como herramienta de planificación ni como herramienta de gestión por el divorcio que existe entre lo señalado como prioritario y lo que las asignaciones presupuestales identifican como prioritario.

En esta sección se busca hacer explícita la conexión lógica entre los bienes y servicios que provee el Estado y los resultados prioritarios seleccionados para el seguimiento: salud materna e infantil. Para fines de seguimiento del gasto público, y aún con una herramienta administrativa como el SIAF, ésta no permite hacer un seguimiento exhaustivo y totalmente articulado a los principales productos estratégicos de estas líneas de acción prioritarias, dado que existe una desvinculación entre el clasificador funcional y el Plan Operativo Institucional y/o Anual. No obstante, es preciso avanzar en la tarea de vincular explícitamente las intervenciones públicas con los resultados prioritarios del país, ya que este es un punto de partida para abandonar una gestión orientada por los procedimientos y la inercia y pasar a otra que se guía por el logro de resultados.

3.1. Priorización, equidad y eficacia del

gasto: tendencias, equidad, no ejecución

En esta sección se analizará el gasto desde una perspectiva temporal (cómo ha evolucionado), de equidad (asignación regional del gasto) y eficacia (de la gestión financiera).

Al analizar el presupuesto público destinado a la salud de las personas se encuentra que, independiente del modelo de atención, el Estado ha privilegiado el financiamiento de acciones curativas y/o rehabilitativas y no preventivas.

Las actividades regulares privilegiadas han sido las vinculadas a la Atención Médica Básica y Servicios de Diagnóstico y Tratamiento del programa Salud Individual. Un porcentaje significativo de estos recursos se destinan a las atenciones materno-infantil, tanto curativas y/o rehabilitativas (partos institucionales) como preventivas (controles prenatales, controles de crecimiento y desarrollo de los niños).

Adicionalmente, parte de los recursos designados al programa Salud Colectiva (acciones con altas externalidades), también benefician la salud de la madre y el niño, aunque no sea tan fácil de cuantificar en un indicador: Control de Riesgos y Daños para la Salud; Capacitación, Perfeccionamiento de los Recursos Humanos. Por ejemplo, la Capacitación y Perfeccionamiento de los Recursos Humanos tiene un impacto sobre la demanda de servicios de salud, sobre todo maternos, así como las actividades de Educación, Información y Comunicación de la Salud, generando hábitos saludables y mayor conciencia sobre la necesidad y beneficios de la atención en un establecimiento de salud. De manera complementaria, el proyecto Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARSALUD también contribuye a mejorar la salud materno-infantil.

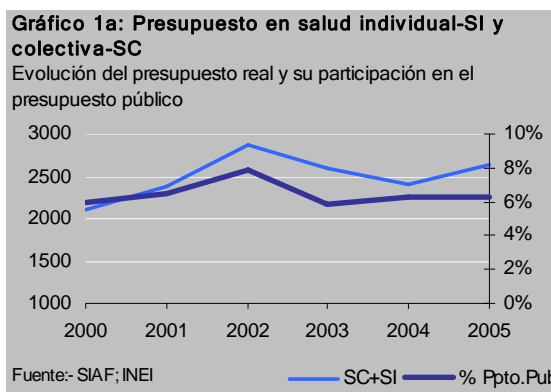
Asimismo, hay suficiente evidencia como para concluir que la asignación de los recursos públicos beneficia más a quienes más recursos tienen ya que las asignaciones per capita más elevadas se encuentran en las regiones con menores índices de pobreza.

Tendencias

El presupuesto¹⁷ público en salud individual y colectiva¹⁸, se incrementó de 2103 millones en el 2000 a 2635 millones en

el 2005¹⁹, lo que representó un crecimiento real de 25%²⁰. A nivel de ejecución, el presupuesto se incrementó 63% entre el 2000 y 2004, de 1698 a 2762 millones respectivamente.

Como porcentaje del presupuesto público, el promedio del periodo 2000-2005 ha sido 6.5%, alcanzando su máxima participación en el 2002 debido al fuerte incremento en el presupuesto del subprograma Alimentación y Nutrición Básica, el cual financiaba acciones que contribuían a mejorar la nutrición de grupos más vulnerables de la sociedad, sobretodo los niños menores de 5 años²¹.



Analizando la evolución del presupuesto ejecutado en salud individual²² y salud colectiva²³ se observa una reducción en el

¹⁷ Por gasto se entienden los recursos asignados en el Presupuesto Inicial de Apertura-PIA, el cual corresponde al monto que aprueba el Congreso a finales del año anterior al que va a ser ejecutado. Este monto va variando a lo largo del año producto de ampliaciones o recortes en el presupuesto. Al PIA con sus modificaciones se le conoce como Presupuesto Inicial Modificado-PIM y va variando a lo largo del año.

¹⁸ A través de estos dos programas funcionales se financian todas las atenciones y actividades curativas y preventivas en salud. Se incluyen a las regiones.

¹⁹ Todos los datos de gasto del documento están expresados en soles del 2003. Se mencionará expresamente la utilización de la moneda en valores corrientes.

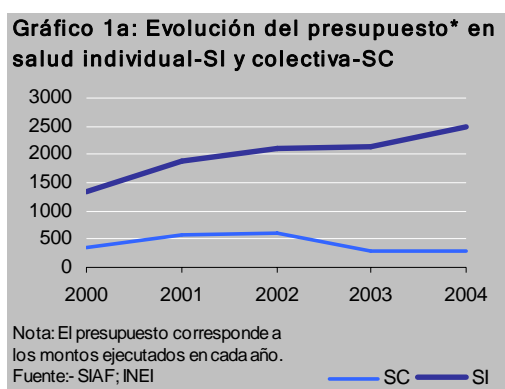
²⁰ Para el mismo periodo, el sector salud ha tenido un crecimiento real de 58% en el presupuesto inicial de apertura.

²¹ Mientras el presupuesto inicial real de los programas Salud Individual y Colectiva aumentó en 26%, la ejecución efectiva real se incrementó en 50%, favoreciendo principalmente el financiamiento de acciones de salud curativa y rehabilitativa (salud individual).

²² Básicamente recuperativa y curativa.

²³ Corresponde al financiamiento de actividades con altas externalidades en la sociedad, como inmunizaciones, prevención y control de

presupuesto de salud colectiva (-21%) y un incremento de 82% en el presupuesto real ejecutado por concepto de atenciones curativas y/o rehabilitativas. Dado que las acciones con mayores externalidades en salud pública (i.e. inmunizaciones, educación sanitaria) pertenecen al programa Salud Colectiva, existe evidencia como para afirmar que el Sector viene priorizando intervenciones curativas y no preventivas.



Durante este periodo, 2000-2004, a nivel del sector salud, el INS ha visto reducido su presupuesto debido a la transferencia de más del 95% del presupuesto del subprograma Alimentación y Nutrición Básica a otro programa funcional, afectando el presupuesto total de Salud Colectiva. Asimismo, desde la creación del SIS en el 2002, el presupuesto de Salud Individual ha seguido una tendencia creciente.

En el 2004, el presupuesto del sector salud se incrementó en 304 millones. Las UE que más se beneficiaron fueron el SIS (117 millones adicionales), la Administradora de Acuerdos de Gestión (74 millones), la Escuela Nacional de Salud Pública (48 millones), el PARSALUD (28 millones), Atención integral de salud de servicios periféricos-Iquitos (19 millones).

enfermedades transmisibles, salud ambiental, entre las más importantes.

Priorización

A pesar de lo especificado en los lineamientos del sector, en los Planes Estratégicos Sectoriales y en la priorización de estrategias, no hay evidencia suficiente como para afirmar que el Estado está invirtiendo en las estrategias más costo-efectiva, como son inmunizaciones, promoción de la salud, vigilancia de las funciones de la salud pública, y educación sexual y reproductiva. A pesar de los cambios impuestos por el nuevo modelo de atención- MAIS, éste no ha traído los resultados esperados.

En los últimos cinco años, las acciones que han recibido más financiamiento, según la estructura del clasificador funcional programático del SIAF, han sido las vinculadas a las atenciones curativas o de reparación de daño. A partir del 2001, la implementación del nuevo modelo de atención integral por grupo etéreo²⁴ no sólo cambió la forma cómo se proveían los servicios sino también la forma cómo se registraba la información financiera.

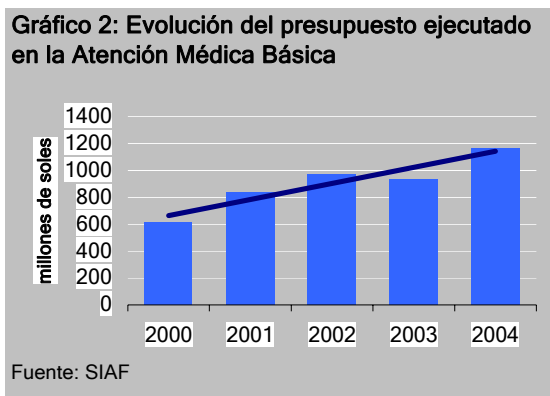
Sin embargo, debido a que el proceso de implementación del MAIS ha sido lento y gradual²⁵ (al inicio no ha considerado todos los componentes del modelo), se puede concluir que efectivamente ha habido una reducción del gasto preventivo que queda reflejado, como veremos en la siguiente sección, en reducciones en la cobertura de inmunizaciones y en el comportamiento errático de la cobertura de Controles de

²⁴ Este nuevo modelo proveía servicios integrales, diferenciados por grupos etéreos. Combinaba atenciones curativas o de reparación de daño, con otras de carácter preventivo como la vacunación anti-marihuana, antitetánica y la planificación familiar. También consideraba el componente de información y educación en estilos de vida saludables, derechos y deberes en salud y el desarrollo de habilidades para la vida, en el caso de los adultos.

²⁵ "Balance de Política de Salud", CIES, 2005

Crecimiento y Desarrollo en los niños menores de un año.

La magnitud del gasto designado a las atenciones básicamente curativas se expresa en los montos designados a la Atención Médica Básica.



Equidad

El presupuesto público en salud sigue beneficiado más a quienes más recursos tienen. Las asignaciones per capita más altas se han dado en las regiones de menor pobreza.

Tabla 5 : Regresividad en el gasto
Gasto público per capita ejecutado en salud individual y colectiva según rangos de incidencia de pobreza

Rangos de tasa de pobreza	Gasto público per capita		
	2000	2002	2004
] 63% - 90%]	46	58	64
] 37% -63%]	44	60	68
] 25%-37%]	102	176	162
Total	64	99	99

Nota:
1/ Las regiones han sido agrupadas según los rangos de tasa de pobreza.
2/ Los datos están expresados en soles del 2003.
Fuente: MEF: DNPP-SIAF

En cuanto a la distribución del gasto público según fuente de financiamiento, se observa que el gasto por concepto de recaudación directa sí guarda relación con el nivel de pobreza de la región (relación inversa), mientras que la asignación de los recursos ordinarios aparentemente seguiría un patrón regresivo. (Ver Anexos de Indicadores Económicos)

Tabla 6: Evidencia de inequidad en el gasto
Gasto público per capita ejecutado por fuente

Rangos de tasa de pobreza	Recursos Ordinarios		Recursos D. Recaudados	
	2000	2004	2000	2004
] 63% - 90%]	39	54	5	4
] 37% -63%]	35	57	9	9
] 25%-37%]	76	134	21	24
Total	50	82	11	12

Notas:

1/ Las regiones han sido agrupadas según los rangos de tasa de pobreza.

2/ Los datos están expresados en soles del 2003.

Fuente: MEF: DNPP-SIAF

Eficacia de la gestión financiera

Para analizar la eficacia del gasto desde el punto de vista de la gestión realizada por las Unidades Ejecutoras, se utilizará el indicador monto trimestral comprometido/ montos asignado trimestralmente. Este indicador provee información sobre la capacidad que tienen las UE de comprometer los recursos asignados en órdenes de compra de bienes y/o servicios. Entre los factores más importantes determinantes del no compromiso total de los recursos están: (i) alta rotación del personal técnico de las unidades de planificación y/o presupuesto de las UE; (ii) insuficiente conocimiento o poca experiencia en el manejo de las herramientas presupuestales, (iii) problemas de gestión de las unidades presupuestales, (iv) cambios en los modelos de provisión de servicios que modifican la forma cómo se realizan los pedidos de insumos y bienes y/o servicios y la forma cómo se elaboran las órdenes de compra, y finalmente, bajo responsabilidad del MEF, (v) modificaciones de las asignaciones de calendario de parte de la DNPP.

En las Tablas 7a y 7b se presentan los peores y mejores resultados respectivamente, de los indicadores de gestión para las Unidades Ejecutoras del Sector Salud. Como se observa en la primera Tabla, la DISA de la región Norte y

algunos de los Institutos Especializados presentan problemas sistemáticos para comprometer la totalidad de los recursos asignados.

Tabla 7a: UE con la peor capacidad de gestión de recursos públicos
Evolución trimestral del ratio monto comprometido/ monto asignado²⁶

Años/UE	Trimestre			
	I	II	III	IV
2003				
PARSALUD	94%	93%	54%	66%
Centro Nac.Salud	98%	74%	81%	59%
DISA Lima Norte	81%	75%	78%	80%
2004				
DISA Lima Norte	67%	77%	47%	65%
DISA Lima Sur	85%	58%	77%	61%
IEO	75%	73%	78%	82%
2005				
IEO	62%	69%		
DISA Lima Norte	79%	56%		
INS	71%	79%		

Nota: IEO: Instituto Especializado de Oftalmología; INS: Instituto Nacional de Salud.
Fuente: MEF: DNPP-SIAF

Como se observa en la siguiente tabla, las UE con el mejor desempeño son los Hospitales y la Administradora de Acuerdos de Gestión del MINSA.

Tabla 7b: UE con la mejor capacidad de gestión de recursos públicos
Evolución trimestral del ratio monto comprometido/ monto asignado

Años/UE	Trimestre			
	I	II	III	IV
2003				
Cent.Nac.de Salud Intercult	99%	100%	100%	100%
H. Nac. dos de Mayo	100%	100%	99%	100%
H.N.H.Unanue	97%	99%	96%	99%
2004				
SIS	100%	99%	99%	100%
H. Nac. dos de Mayo	100%	100%	100%	97%
Adm. de Ac. de Gestión	98%	99%	100%	97%
2005				
H. de Apoyo San José	100%	99%		
Adm. de Ac. de Gestión	99%	100%		
I.E.Materno Perinatal	100%	100%		

Nota: Las sigla "H" e "IE" representa a los Hospitales e Institutos Especializados respectivamente.
Fuente: MEF: DNPP-SIAF

²⁶ Los indicadores han sido contruidos con una periodicidad trimestral dado que los recursos asignados por la DNPP del Ministerio de Economía y Finanzas son asignados con esta frecuencia.

Descentralización del presupuesto

A partir del 2003, con la elección de Gobiernos Regionales, se inicia un cambio en el proceso de asignación del presupuesto en Regiones. Hasta hace algunos años, el gobierno central decidía qué comprar, cuánto comprar y dónde comprar. Actualmente, lo único que controla realmente el ente rector son las transferencias (remesas por encargo o remesas con autorización²⁷) que envía hacia regiones a través de dos unidades ejecutoras, el Programa de Acuerdos de Gestión-PAAG y el SIS. En el caso del PAAG estas remesas se utilizan para la compra de medicamentos²⁸, contratación de personal profesional y/o técnico²⁹, tanto para la atenciones intramurales como extramurales. En el caso del SIS, las remesas se realizan a las DIRESAS como pago por las prestaciones brindadas. Estos recursos son utilizados para contratar personal, adquirir medicamentos e insumos.

A la fecha, sin considerar las transferencias del PAAG a regiones, el 60% del presupuesto se ejecutaría en Lima, sin embargo, al corregir por las remesas enviadas a través de encargos hacia las DIRESAS, el 54% del presupuesto de salud colectiva e individual se estaría ejecutando fuera de Lima³⁰. Este mayor control de parte

²⁷ Se autorizan a través de una Resolución Ministerial, como en el caso del SIS.

²⁸ La línea de intervención asociada son las Prioridades Sanitarias: Malaria, Dengue.

²⁹ La línea de acción asociada es la Atención de Salud Básica y el financiamiento tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención de los establecimientos de primer nivel.

³⁰ Para este cálculo se ha asumido que el presupuesto del PAAG, correspondiente a los programas salud individual y colectiva se ejecutan en regiones y que el presupuesto no administrativo del SIS también se

de los gobiernos regionales implican nuevos retos para el gobierno central, sobretodo en la determinación de prioridades y políticas nacionales.

En este contexto, el Ministerio de Salud, con el objetivo de fortalecer su rol como rector sectorial, mejorar sus herramientas de gestión y hacerle seguimiento al cumplimiento de los compromisos de los objetivos estratégicos sectoriales, propició la suscripción de Acuerdos de Gestión con los Gobiernos Regionales. Este instrumento está en vigencia desde el 2002 hasta la fecha³¹. El problema central en torno a este instrumento es la ausencia de un esquema de incentivos (monetarios u administrativos) y penalidades que comprometa el cumplimiento de resultados, así como de un sistema de control de calidad de la información. En la práctica los actores no tienen incentivos claros a cumplir con las metas ni a proveer información validada.

Otro punto que resulta preocupante es el rol de los actores en el proceso de descentralización. Con esta propuesta, los gobiernos locales e instancias comunales no tienen un rol preponderante³², recayendo todas las decisiones en los gobiernos regionales, por lo tanto, los avances alcanzados con los CLAS (modelo de gestión compartida con los establecimientos

transfiere a regiones. En el 2004, bajo estos supuestos, el presupuesto ejecutado en ambos programas se distribuyó: 43% Lima y 57% regiones.

³¹ El objetivo de los Acuerdos de Gestión es contribuir a la mejora del estado de salud de la población, en concordancia con los Objetivos Estratégicos Sectoriales, fortaleciendo el cumplimiento del Plan de Desarrollo Regional, enmarcado en el proceso de descentralización y el establecimiento de una relación de gestión por resultados entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional.

³² Ley de Bases de la Descentralización, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades.

de salud y la comunidad) no estarían siendo aprovechados³³. Adicionalmente, actividades vinculadas al reparto de alimentos a la población más vulnerable (niños y mujeres en estado de pobreza), que también eran realizadas por el Sector Salud (INS³⁴), a partir del 2003 se traspasaron al MIMDES, quién a partir del 2004 trasladó funciones a los gobiernos locales. Este último cambio trae consigo retos muy grandes por que supone, para el éxito de esta nueva administración, elevados niveles de coordinación entre todos los agentes que participan.

Finalmente, el control sanitario del agua y saneamiento en general son actividades que se desarrollan principalmente por los gobiernos regionales, aunque con el soporte técnico del MINSA (DIGESA).

3.2. Productos asociados: Responsables, estándares y calidad

La primera tarea del Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público en relación a la identificación de los productos o resultados estratégicos a los que se hará seguimiento, fue la selección de las acciones prioritarias. A través de las acciones prioritarias (operativizadas en acciones regulares y/o específicas) se proveen bienes y servicios (productos) que permiten alcanzar los objetivos trazados por la institución responsable.

En el caso específico de salud y en particular en la tarea de mejorar la salud

³³ Según Alfredo A. Sobrevilla (2004), en un análisis gerencial de los CLAS, encuentra un impacto positivo de este modelo a nivel de eficiencia, calidad y equidad.

³⁴ Hasta el 2003, el sector salud, específicamente el Instituto Nacional de Salud-INS no sólo se encargaba de la determinación de la composición nutricional de los alimentos de los programas “alimentarios” y “nutricionales” sino que también tenía bajo su responsabilidad la compra y distribución de los alimentos.

materno-infantil, el responsable normativo (rector) del sector es el Ministerio de Salud. Ésta es la institución encargada de determinar las acciones prioritarias, los productos estratégicos y vincular éstos con resultados esperados. En este caso, las acciones seleccionadas son las que se encuentran directamente vinculadas a la reducción de la mortalidad materna y morbi-mortalidad infantil³⁵ y son:

Tabla 8: Objetivo prioritario: mejorar la salud materna-infantil

Nº	Acción Prioritaria	Objetivo estratégico sectorial vinculado
1	El desarrollo de acciones que contribuyen a mejorar la atención materna (efectividad y calidad)	Reducción de la Morbi-mortalidad infantil , materna y por enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles.
2	El desarrollo de acciones que contribuyen a mejorar los servicios de salud infantil.	
3	El financiamiento de las atenciones de salud de los grupos más vulnerables (sobretudo mujeres gestantes y niños menores de 4 años) a través del Seguro Integral de Salud.	
Elaboración propia		
Fuente: PESEM; Acuerdos de Gestión 2005		

La selección de los productos estratégicos ha sido realizada utilizando como criterio de selección las acciones con mayor impacto, las que ha demostrado mayor efectividad en la mejora de la salud materno-infantil³⁶.

³⁵ El seguimiento a estas acciones se encuentra doblemente justificado por el compromiso explícito del Estado, Resolución Ministerial N° 1069-2004/MINSA, para garantizar la Provisión de un Paquete Básico de Salud (ver Anexo). Este paquete de servicios incluyen acciones de salud preventiva y curativa, teniendo como eje central la atención madre-niño.

³⁶ La literatura internacional e investigaciones para el caso peruano avalan esta selección.

Tabla 9 : Productos estratégicos

Productos estratégicos y acciones prioritarias vinculadas

N°	Productos Estratégicos	Acción Prioritaria asociada
1	Controles Pre Natales	El desarrollo de acciones para la reducción de la mortalidad materna; y la entrega de servicios de salud financiados por el SIS
2	Partos Institucionales	
3	Paquetes de vacunación (para menores de un año y de un año cumplido)	El desarrollo de acciones que contribuyen la reducción de la morbi-mortalidad en niños menores de 5 años; y Entrega de servicios de salud financiados por el SIS
4	Controles de Crecimiento y Desarrollo (para niños menores de un año)	
5	Atenciones por enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles	
Elaboración propia		

En la Tabla 10 se presentan los responsables institucionales de la provisión de estos servicios, del financiamiento, y de la supervisión, seguimiento y evaluación de los resultados principales. Algunos de estos productos estratégicos sectoriales son responsabilidad compartida del MINSA y sus OPD³⁷, así como de otras dependencias fuera del ámbito del sector salud, como por ejemplo las Fuerzas Armadas y Policiales. Para fines del seguimiento, la determinación de la magnitud de los indicadores asociados a los productos estratégicos en cuestión corresponde al ámbito del Sector Salud.

Un hecho que llama la atención son los múltiples responsables de las inmunizaciones, producto de la desarticulación de los Programas Nacionales cuando cambió el modelo de atención (Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS). Actualmente, las tareas de gestión y gerencia, planificación, logística, seguimiento, supervisión y análisis

³⁷ OPD: Organismos Públicos Descentralizados o Pliegos Presupuestales.

estadístico las realizan diferentes direcciones al interior del MINSA. Este tipo de esquema tiene como supuesto para su correcto funcionamiento elevados niveles de coordinación entre las áreas, supuesto que en la práctica no ha podido comprobarse.

Tabla 10: Responsables del financiamiento y supervisión de productos

Productos estratégicos y responsables institucionales de supervisión, evaluación y financiamiento de las acciones asociadas a la provisión del servicio

N°	Producto estratégico	Dependencias / Direcciones y Proyectos involucrados
1	Controles Pre Natales	MNSA / DGSP / PAAG ³⁸ SIS PARSALUD FFAA y Policiales MNSA / DGSP / PAAG
2	Partos Institucionales	SIS PARSALUD FFAA y Policiales SIS
3	Paquetes de vacunación para niños de un año y < de 1 año	MNSA / DGSP / INS / DGPRO / DIGEMID / OCI / OEI / OGA / PAAG
4	Controles de Crecimiento y Desarrollo a niños < de 1 año	MNSA / DGSP SIS
5	Atenciones por enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles	MNSA / DGSP

Elaboración propia
Fuente: MINSA

Los principales responsables directos de la provisión de estos servicios en condiciones sanitarias adecuadas son:

Tabla 11: Proveedores finales de los servicios

Productos estratégicos y proveedores directos de los servicios al usuario final

N°	Producto estratégico	Proveedor Directo del servicio
1	Controles Pre Natales	Puestos, Centros de Salud, Hospitales del MINSA, organizados en Redes de Salud (Población asegurada por SIS y no asegurada)

³⁸ Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. A través de esta dependencia se financian recursos humanos a las diferentes dependencias del MINSA a nivel nacional.

		Postas y Hospitales del ESSALUD Dependencias de las FFAA y policiales
2	Partos Institucionales	Puestos, Centros de Salud, Hospitales del MINSA, organizados en Redes de Salud (Población asegurada por SIS y no asegurada) Postas y Hospitales del ESSALUD Dependencias de las FFAA y policiales
4	Paquetes de vacunación para niños de un año y < de 1 año	Puestos, Centros de Salud, Hospitales del MINSA, organizados en Redes de Salud (Población asegurada por SIS y no asegurada) Brigadas del MINSA en Trabajo extramural
5	Controles de Crecimiento y Desarrollo a niños < de 1 año	Puestos, Centros de Salud, Hospitales del MINSA, organizados en Redes de Salud (Población asegurada por SIS y no asegurada).
6	Atenciones por enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles	Puestos, Centros de Salud, Hospitales del MINSA, organizados en Redes de Salud (Población asegurada por SIS y no asegurada).

Fuente: MINSA

En cuanto a los estándares de calidad esperada en la provisión de los servicios, éstos se expresan en estándares de ejecución, especificaciones, guías prácticas o protocolos. En el Perú, la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud (parte de la DGSP) es la encargada de diseñar y conducir el Sistema Nacional de Gestión de Calidad, definir los estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y establecer el sistema de auditoría en salud. Con la finalidad de fortalecer la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva se aprobó, a mediados del 2004, la “Guía Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” (RM 668-2004-MINSA). Este documento contiene los estándares de métodos y procedimientos.

De manera complementaria, en vista de los bajos niveles de uso de los servicios de atención materna especializada, se aprobó en el 2005 la “Norma Técnica para la

atención del Parto Vertical” (RM 598-2005-MINSA). El objetivo final de esta RM era ofrecer un instrumento que contribuya a brindar una atención efectiva, de calidad y respetuosa de la cultura de las mujeres en particular andinas y amazónicas.

A continuación se definirán algunos estándares mínimos de calidad respecto a los productos estratégicos identificados.

Parto institucional. El éxito de la atención en el momento del parto depende fuertemente de la capacidad resolutive de los establecimientos médicos, la cuál varía dependiendo del tipo de establecimiento (postas, centros de salud u hospitales). La atención del parto tiene como objetivos: (i) prevenir la morbilidad y mortalidad materno perinatal y contribuir a su disminución, (i) detectar desviaciones del progreso del trabajo de parto normal, (ii) identificar signos de alarma durante el trabajo de parto, resolver en forma adecuada la patología detectada o referir oportunamente al establecimiento de salud con capacidad resolutive apropiada.

Todo parto adecuado debe: (i) contar con profesionales competentes para la atención del parto, (ii) un ambiente con privacidad, (iii) calidez y calidad en la atención, (iv) la posición que debe adoptar la gestante es la que más le acomode a ella, excepto en los casos en que existan condiciones médicas que requieran lo contrario (RM 598-2005-MINSA), entre otros.

Para incrementar el parto institucional se debe promover la adecuación cultural de los servicios: (i) evitando el frío y la luminosidad del ambiente; (ii) permitiendo el uso de mates o bebidas calientes durante el trabajo de parto, manejo de la placenta por la familia y otras costumbres que no causen riesgo para la madre y el feto.

La atención pre natal se define como la vigilancia y evaluación integral de la

gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.

En los controles prenatales-CPN se debe: (i) evaluar integralmente a la gestante y al feto, (ii) identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna, (iii) prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, (iv) Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar y (v) promover la lactancia materna.

La frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente: (i) una atención mensual hasta las 32 semanas, (ii) una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas, (iii) una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto. Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera: (i) dos atenciones antes de las 22 semanas, (ii) la tercera entre las 22 a 24 semanas, (iii) la cuarta entre las 27 a 29, (iv) la quinta entre las 33 a 35, y (vi) la sexta entre las 37 a 40 semanas. (Ver Anexo 3)

En cuanto a las inmunizaciones, existen un conjunto de pruebas que se deben realizar a las vacunas para acreditarlas como activas y óptimas: (i) esterilidad, (ii) inocuidad, (iii) PH, (iv) integridad e inspección del envase, (v) y características físicas especiales ³⁹.

3.3.Eficacia de las acciones principales: tendencias, equidad

Partos Institucionales

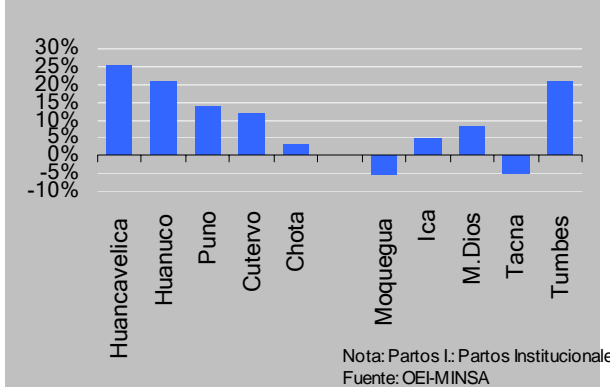
Según la OEI del MINSA, la cobertura de partos institucionales a nivel nacional se ha incrementado de 43.1% en el 2000 a 62% en

³⁹ Mayores especificaciones sobre normas y procedimientos se encuentran especificados en la Ley General de Vacunas 28010.

el 2004. Para ese periodo, las DISAS más pobres han incrementado los niveles de cobertura a tasas superiores al 100%. En Lima, niveles de cobertura superiores al 100% se explican por que en estas DISAS el número de atenciones realizadas es siempre superior al número de atenciones programadas debido a los flujos migratorios. Llama la atención que este fenómeno sean tan sistemático.

Desde el 2002, producto de la implementación del SIS (subsidio a la demanda), las tasas de cobertura en las zonas más pobres se incrementaron a tasas muy por encima de los promedios históricos (Ver Gráfico 3). Entre el 2004 y 2002, en la DISA de Huancavelica, la cobertura de Partos Institucionales subió 25 puntos porcentuales

Gráfico 3: Incremento en la cobertura de Partos I.
Diferencia en las tasas de cobertura 2004-2002



Sin embargo, no obstante estos buenos resultados, persisten diferencias entre regiones debido a la existencia de barreras económicas, culturales y de oferta, aunque se espera que las brechas se acorten producto de esta intervención (Ver Tabla 12). Asimismo, en el mediano plazo, y dada la efectividad demostrada de los partos institucionales como mecanismo de reducción de la mortalidad materna, se espera que la razón de mortalidad se reduzca significativamente en los próximos años.

Tabla 12 : Cobertura de Partos Institucionales
Cobertura y tasas de pobreza regional

DISAS	Cobertura de PIN		Tasa de pobreza de la región
	2002	2004	
DISAS con las más altas tasas de pobreza			
Huancavelica	29%	54%	89%
Huanuco	38%	60%	82%
Puno	32%	45%	78%
Cutervo	32%	44%	73%
Chota	32%	36%	73%
Bagua	28%	36%	72%
DISAS con las más bajas tasas de pobreza			
Lima Ciudad	136%	118%	36%
Moquegua	64%	58%	34%
Ica	63%	68%	32%
M.Dios	64%	73%	32%
Tacna	69%	64%	30%
Tumbes	66%	87%	28%

Nota:

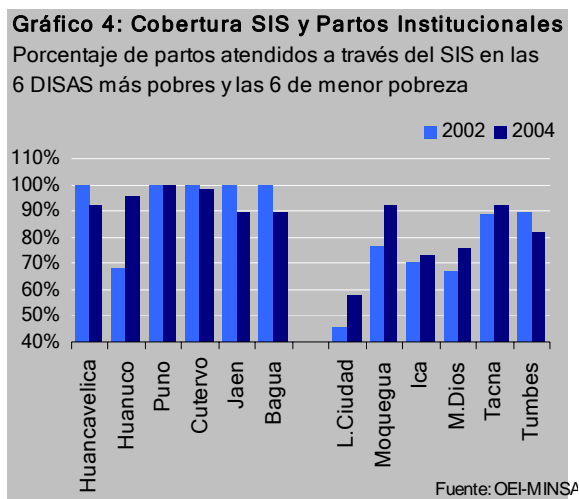
1/ Las tasas de pobreza que se han asignado a las Direcciones de Salud son las que corresponden a los niveles regional.

Fuente: OEI-MINSA; INEI

Sin embargo, si bien se observan buenos resultados en cuanto al nivel de la cobertura y la reducción de la brecha de inequidad, el desfinanciamiento de las atenciones vía SIS en las zonas más pobres puede poner en peligro los resultados alcanzados⁴⁰. Como se observa en el Gráfico 4, si bien en el 2002 el SIS financiaba casi la totalidad de las atenciones en estas zonas, a partir del 2003 el porcentaje de atenciones con seguro se fue reduciendo llegando a valores de 86% en el caso de Chota o 89% en Cutervo, ambas DISAS del ámbito de Cajamarca, región que tiene una tasa de pobreza de 76%. Paralelamente se encuentra evidencia de filtración según ámbito geográfico ya que regiones como Tumbes y Tacna alcanzan una cobertura de

⁴⁰ De manera complementaria, el PARSALUD, que viene funcionando desde el año 1997, fortalece los sistemas de atención materno-infantil en las zonas más pobres, garantizando la operatividad de los establecimientos de salud en el manejo de funciones obstétricas básicas y especializadas (ligadas a la atención adecuada del parto y del recién nacido).

atenciones con seguro de casi 100% (82% y 92% respectivamente). Considerando los bajos niveles de pobreza de estas regiones, el resultado es preocupante.



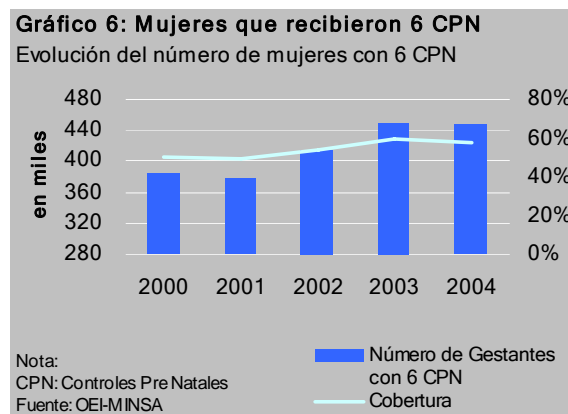
Resultados al segundo trimestre del 2005, muestran que en las DISAS más pobres ha habido incrementos importantes en los niveles de cobertura. Regiones como Huancavelica y Huanuco tenían en el año 2000 datos de cobertura anual de 17% y 28% respectivamente. Al primer semestre del 2005 estas regiones alcanzan unas coberturas de 33% y 34% respectivamente.



Atención Prenatal

Según la OEI del MINSA, en el periodo 2000-2004 se observa una mejora significativa en la Cobertura de Mujeres con

6 Controles Pre Natales⁴¹. En el periodo de referencia la cobertura se incrementó de 50% en el 2000 a 58% en el 2004, y se espera alcanzar una cobertura de 60% en el 2005⁴².



Cobertura de Vacunación

Las inmunizaciones constituyen la estrategia sanitaria de salud pública más exitosa del Perú y de muchos países de la región⁴³. La función principal de las vacunas son el control, eliminación y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles⁴⁴.

En los últimos 20 años, el Perú ha logrado incrementar sus niveles de cobertura de inmunizaciones, sobretudo en los niños menores de 5 años, mejorando así la acumulación de capital humano de la población, los indicadores de salud y por lo tanto la salud pública nacional. El éxito de esta estrategia se evidencia en la

⁴¹ En países desarrollados el número óptimo de controles prenatales supera el 6. Sin embargo, en un país como el Perú, el estándar se ha fijado en seis.

⁴² Dado que al primer trimestre del 2005, el dato de cobertura era de 15%, se espera una cobertura anual de aproximadamente 60%.

⁴³ El PAI, Programa de Ampliación de Vacunación, se inició en 1976 y funcionó hasta el 2001. Este contaba con un paquete de 6 vacunas que incluía: (i) BCG, (ii) ASA, (iii) DPT y (iv) APO.

⁴⁴ Las principales acciones asociadas son: (i) vacunación, (ii) vigilancia epidemiológica, (iii) control de brotes y (iv) laboratorio

erradicación de la incidencia de poliomelitis y sarampión⁴⁵.

Tabla 13: Esquemas de Vacunación

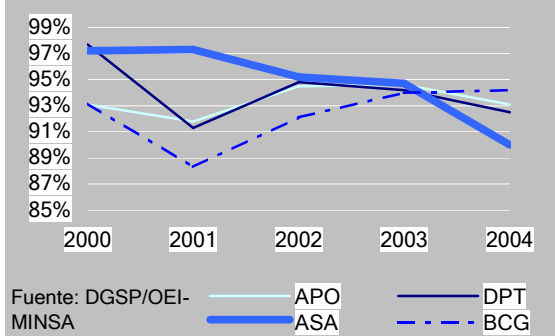
Esquemas de vacunación para niños entre un año de edad cumplido y menos de un año

Menor de un año	Recién nacido	BCG + HvB
	2 meses	Penta + VOP
	3 meses	Tetra o DPT + Hib +VOP
	4 meses	Penta + VOP
Un año	12 meses	ASA + SPR + AMA

Fuente: DGPS-MINSA

Gráfico 7: Inmunizaciones

Cobertura de vacunación en niños menores de un año cumplido



Fuente: DGSP/OEI-MINSA

Cómo se observa en el Gráfico 7, los niveles de cobertura de vacunación se han ido reduciendo. En el 2004, los niveles de cobertura de vacunación en la vacuna APO son similares a los del 2000 (93.1); los de difteria y tétano (DPT) se han reducido de 97.7% en el 2000 a 92.5% en el 2004; la cobertura de la vacuna antisarampión (ASA) se redujo de 97.2% a 89% y los niveles de BCG se han ido recuperando en el relación al 2000.

Los posibles factores que estarían explicando esta reducción son: (i) una repriorización del gasto; (ii) cambios en los esquemas de atención (Modelo de Atención Integral de Salud); (iii) cambios en los

esquemas de vacunación⁴⁶, (iv) problemas de logística y programación en la programación de vacunas y (v) reajustes de la población de referencia⁴⁷.

En el caso de la vacuna contra el sarampión, como se observa en la Tabla 11, no sólo se observa una reducción en las tasas de cobertura sino también en el número de niños protegidos o vacunados.

Tabla 14: Niños menores de un año protegidos en ASA

Cobertura de vacunación ASA y número de niños protegidos en ASA

Años	N° de niños protegidos	Pob. Objetivo (< 1 año)	Var%	Cobertura
2002	550,091	577,661		95%
2003	548,893	576,725	-0.2%	95%
2004	536,606	599,572	-2.2%	89%
2005*	111,904	596,622		19%

Notas:

1/ Un niño se identifica como protegido cuando tiene todas las dosis asociadas a la vacuna. En el caso de la vacuna antisarampión es sólo una dosis, así que un niño vacunado equivale a un niño protegido. A partir del 2003 se aplica la vacuna SRP (sarampión, rubéola)

2/ El porcentaje de variación ha sido tomado en relación al año anterior.

3/ La tasa de cobertura se obtiene dividiendo el número de niños protegidos entre la población objetivo.

4/ En el 2004, existe una discrepancia entre el dato de cobertura que maneja la DGSP, 90%, (quien provee el dato de niños protegidos) y el dato oficial de la OEI del MINSA, 89%, debido a la utilización de diferentes poblaciones de referencia. La DGSP utiliza un dato poblacional de 594,962 niños menores de un año, mientras que la OEI 599,572.

* Los datos al 2005 corresponde al primer trimestre del 2005.

Fuente: OEI-MINSA, INEI.

⁴⁶ A partir del 2003, se incorporó al paquete básico de inmunizaciones para niños menores de un año la vacuna contra la rubéola (SPR) y también para las mujeres en edad fértil.

⁴⁷ Actualmente los equipos de mantenimiento de vacunas (cuartos refrigerantes, termos, termómetros, etc.) se encuentran operativos, sin embargo, resultados del inventario realizado por el MINSA entre mayo y julio del 2004, con el apoyo de la UNICEF, revelan que el 85% de los equipos tendrán que ser renovados en los próximos 4 años, lo que equivale a un monto de inversión de aproximadamente 35 millones de soles (MINSA 2005).

⁴⁵ En cuanto a la salud pública, se logró eliminar la meningitis, TBC, Difteria y Tos Convulsiva. (Minsa 2005).

Con información presupuestal del Sistema Integrado de Administración Financiera, y para el mismo periodo de referencia, se estimó, bajo ciertos supuestos, qué el gasto efectivo por concepto de inmunizaciones era de aproximadamente 70 millones de soles. Según estimaciones realizadas por el MINSA, el costo total de insumos por inmunizaciones (actividad regular y suplementaria⁴⁸) es de aproximadamente 65 millones de soles⁴⁹.

Controles de Crecimiento y Desarrollo

Los Controles de Crecimiento y Desarrollo constituyen una actividad que hasta el año 2000 formaba parte de un Programa Nacional. En este programa las atenciones CRED eran gratuitas y eran parte de un paquete de atenciones al niño. Debido a retrasos en la implementación a nivel de nacional del nuevo modelo de atención integral (Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS) no se pudo realizar un seguimiento sistemático a la actividad ni a los procesos de capacitación del personal de salud involucrado. Esto son algunos de los factores que explican la disminución de esta actividad.

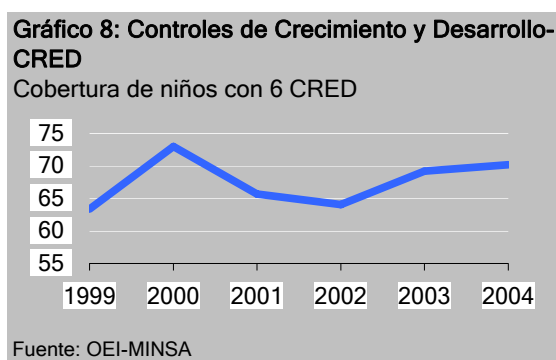
Las atenciones específicas que se realizan en este tipo de controles son: mediciones correspondientes a talla-edad; peso-edad y la verificación del nivel nutricional del niño. En caso de requerirlo, el profesional de la salud lo deriva, al niño y a la madre, a los programas de consejería nutricional y/o se les entrega refuerzos alimenticios y/o nutricionales: Programas PANFAR, PACFO

⁴⁸ La actividad regular involucra la vacunación a los niños menores de un año y de un año de edad cumplido; a las mujeres en edad fértil; a los adolescentes y adultos; entre los más importantes. La actividad suplementaria corresponde a la vacunación tomando como grupo objetivo la región (comunidades) y los grupos de edad.

⁴⁹ Este costo no incluye el pago a los profesionales de la salud que realizan el trabajo de vacunación.

, ambos provistos de manera coordinada con el MIMDES.

Como se observa en el gráfico, la cobertura CRED ha tenido un comportamiento errático. La cobertura más alta se alcanzó en el año 2000 con el Programa Nacional CRED. A partir del 2003 este indicador se recupera, sin embargo, se observa una reducción de la cobertura en el 2004, la cual puede explicarse por factores adicionales como problemas en el recojo de la información.



En el primer trimestre del 2005, las DISAS con el peor desempeño de este indicador son: Junín, Ucayali, Ica y San Martín. En el año 2004, las regiones de Huancavelica, Piura I, Ica y Huanuco también tuvieron un pobre desempeño. No obstante, también ha habido buenos resultados, regiones como Huancavelica y Piura, en comparación al primer trimestre del año anterior, han logrado mejoras significativas en el desempeño.

Tabla 15: Desempeño en cobertura CRED			
DISA	2004	I Trim 2004	I Trim 2005
Las 6 DISAS con mejor desempeño			
Cajamarca I	81%	19%	25%
Ayacucho	82%	20%	20%
Piura I	53%	13%	20%
Callao	95%	23%	18%
L. Norte	64%	16%	18%
Cajamarca III	76%	18%	18%
Las 6 DISAS con peor desempeño			
Huanuco	62%	15%	12%
Lambayeque	66%	16%	12%
S.Martin	62%	15%	11%
Ica	53%	13%	11%

Ucayali	71%	18%	11%
Junín	64%	15%	9%

Fuente: OEI-MINSA

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los resultados al 2005 muestran mejoras significativas en la cobertura de atención de los servicios materno infantiles. En el periodo 2000-2004, las regiones más pobres del Perú han tenido incrementos de coberturas de casi 90% (Huancavelica, por ejemplo), lo que también implica que la atención perinatal debería haber mejorado. El estándar del número de controles pre natales también se ha incrementado, de cuatro a siete controles prenatales. A pesar de esto, las coberturas de mujeres con 6 controles también se ha incrementado en el periodo de referencia.
- No obstante estos buenos resultados, la equidad sigue siendo un problema en la provisión de los servicios de salud. Esto se ve reflejado en el logro de resultados prioritarios (indicadores de mortalidad materna e infantil) así como en el de resultados intermedios (partos institucionales, controles pre natales, inmunizaciones y controles de crecimiento y desarrollo) y la asignación del gasto per capita público en regiones.
- Una de las dimensiones ausentes en este informe, debido a la falta de información, es la calidad del servicio. La siguiente tarea, para el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público, es continuar mejorando la formulación de indicadores incorporando, para cada uno de ellos, las dimensiones pertinentes de calidad. Por ejemplo, en el caso de los partos institucionales, no sólo tomar en consideración la atención en un

establecimiento médico sino la atención con el equipamiento y stock de medicamentos mínimos.

- Los mayores niveles de gasto per capita se registran en las zonas de menor pobreza (Madre de Dios, Lima, Moquegua, Callao, Tacna), por lo que existe evidencia de regresividad en el gasto. Al separar el gasto por tipo de financiamiento se observa que los recursos ordinarios siguen este patrón de comportamiento, mientras que los recursos directamente recaudados son significativamente más altos en las zonas menos pobres. (Ver Anexo de Indicadores Económicos)
- Uno de los problemas que dificulta la obtención de mejores resultados sanitarios son los de gestión. La alta rotación de personal, los cambios de prioridades en la administración central y la descentralización regional del presupuesto de salud, han acentuado significativamente estos problemas. Los Acuerdos de Gestión como instrumento de supervisión y seguimiento al cumplimiento de los principales resultados prioritarios no parece ser muy efectivo dado que no se cuenta con un esquema de incentivos subyacente ni una estrategia de verificación de calidad de la información.
- Se recomienda al sector salud la utilización de Convenios de Administración por Resultados-CARS como herramienta de seguimiento y supervisión de prioridades nacionales, dado que cuenta con un esquema de incentivos monetarios que facilita la participación voluntaria y transparente de los actores involucrados.
- A pesar de los esfuerzos realizados por el sector, en cuanto a la sistematización y consolidación de la información, los indicadores disponibles no proveen

suficiente información sobre la calidad de los servicios ni la oportunidad en la entrega de los servicios. Se recomienda trabajar conjuntamente con el sector en la selección de indicadores complementarios que permitan ampliar el conocimiento sobre el desempeño del sector y su contribución a la mejora de la salud materno infantil.

- Con el objetivo de cuantificar el verdadero impacto del sistema público de salud y considerando las dificultades de estimar los indicadores de mortalidad con la información de las encuestas especializadas, se recomienda utilizar como referencia indicadores institucionales de desempeño como la razón de muerte materna registrada y la tasa registrada de muerte neonatal e infantil.
- La tarea pendiente en relación al seguimiento es la formulación de indicadores económicos asociados a los principales productos (resultados intermedios) del sector con el objetivo de identificar las estrategias sanitarias más costo efectivas. Para tal fin se requiere contar con mejores herramientas sectoriales de planificación y formulación presupuestal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altobelli, L (1998) Identificación de la Demanda Insatisfecha para servicios de salud reproductiva en Huancavelica, Perú: Resultados de una encuesta de salud de mujeres rurales – The Population Council.

Barrera, A (1990) 2 The Role of maternal schooling and Its Interaction with the public health programs in child health production". – EN: Journal of Development Economics, Vol 32.

Behrman, J & B. Wolfe (1987) "Woman schooling and children's health: Are the effects robust with adult s

Beltrán A (2000) "Determinantes de la Utilización de los Servicios de Control del Embarazo y Parto: El Caso Peruano" – En: Cortez, R. (editor). Salud, Productividad y Pobreza: Teoría, Método y aplicaciones al Caso Peruano.- CIUP.

Cortez, Rafael (2002) "Salud, Equidad y Pobreza" teoría y nuevas evidencias, CIUP.

INEI (2000) Perú: Mortalidad Infantil, Pobreza y Condiciones de Vida- Lima. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Forste, R (1994) "The Effects of Breastfeeding and birth Spacing on infant and child mortality in Bolivia", en: Population Studies, Vol 48.

Grossman, M (1999). "The Human Capital Model of the Demand Health".- En: National Bureau of Economic Research – Working Paper 7078, Abril.

INEI (2000) Perú: Mortalidad Infantil, Pobreza y condiciones de vida. – Lima

INEI (2002) "Tendencia, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú: 1992-2000", Centro de Investigación y Desarrollo.

INEI (2002) "Evolución de la Equidad en la Salud Materno Infantil en el Perú", Centro de Investigación y Desarrollo.

Ministerio de Salud:

"Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva" (2004), Dirección General de Salud de las Personas.

"Estándares de calidad para hospitales, institutos especializados del Perú" (2004), Dirección General de Salud de las Personas.

Data de la Oficina General de Estadísticas del Ministerio de Salud.

Mould, Joaquín (2005) “Salud y Crecimiento Económico”, EN Economía y Sociedad, N° 55 CIES.

Documentos técnicos del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSALUD (2005)

Portocarrero, Augusto (2005) “La equidad en la asignación regional del financiamiento del sector público de salud: 2000-2005”. Observatorio del Derecho a la Salud, CIES.

Report N° 29828-PE (2005). Opportunities for all Perú Poverty Assessment. Poverty Reduction and Economic Management

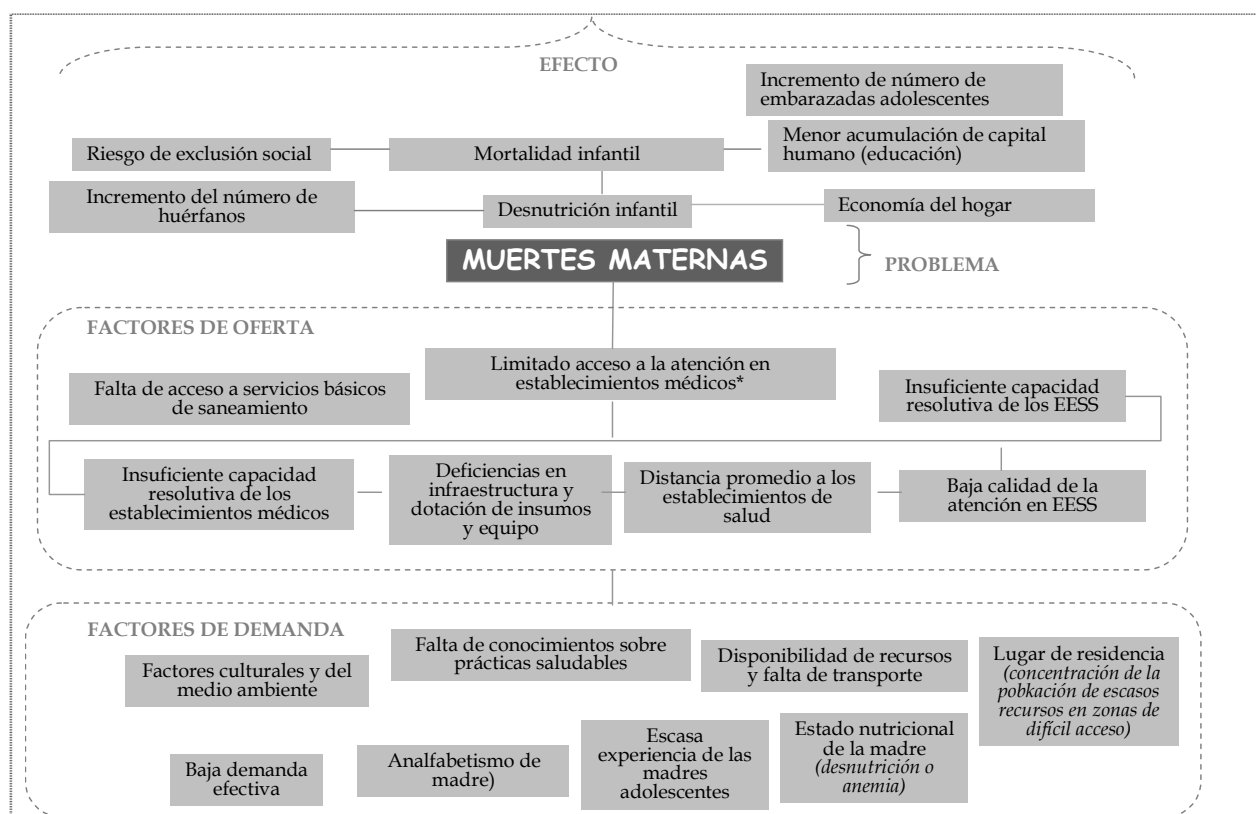
sector unit Latin America and the Caribbean Region. World Bank.

Valdivia, Martín & E. Murrugurra “The returns to health for Peruvian urban adults: differentials across gender, the life cycle and the wage distribution”.

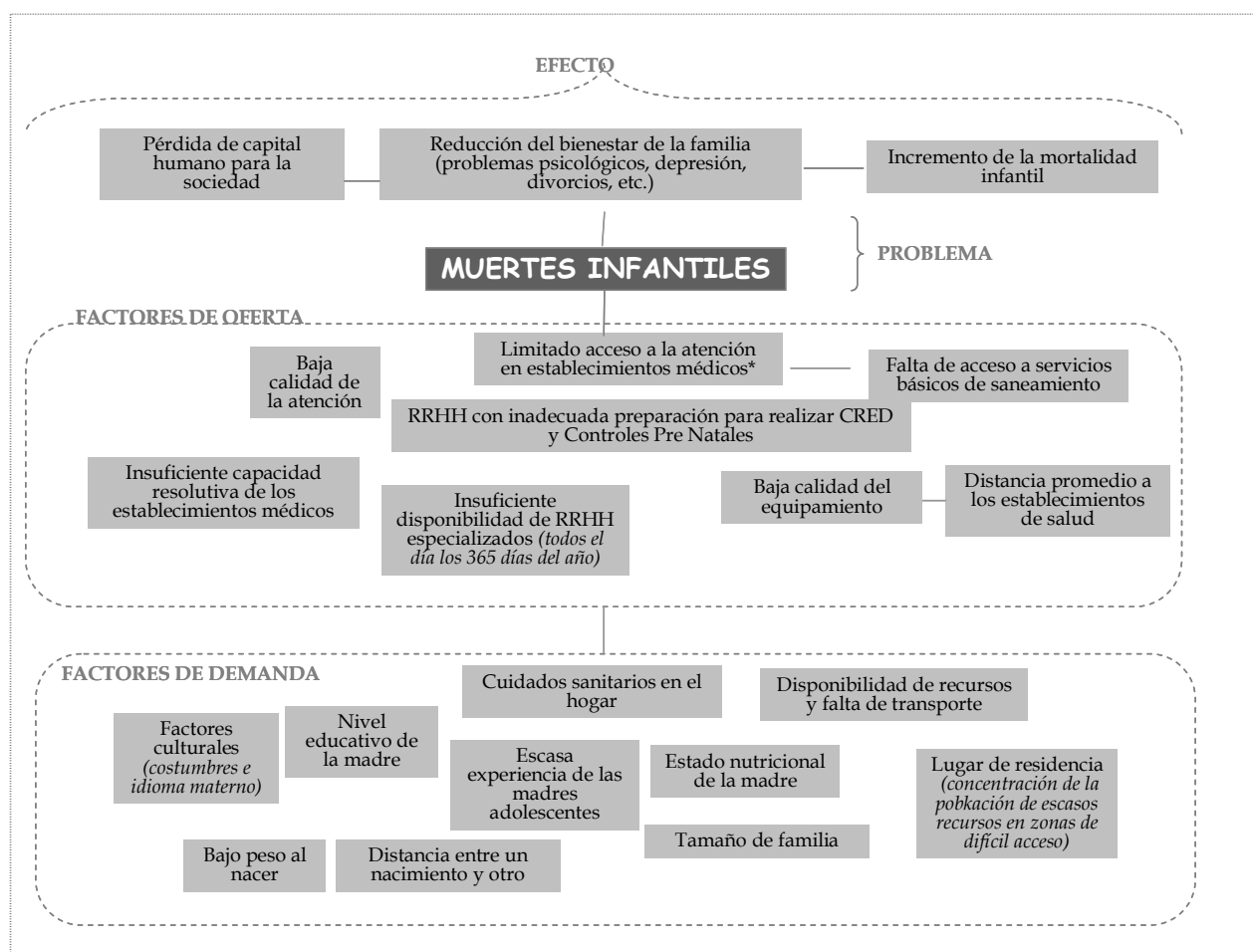
Valdivia Martín (2005) “Planificación Familiar y Salud Materno Infantil en el Perú: menos puede ser mejor”. EN: “Economía y Sociedad”, N° 55, CIES.

Valdivia, Martín (2000) Sensibilidad de la demanda por servicios de salud ante un sistema de tarifas en el Perú”

ANEXO 1A: ARBOL DE CAUSAS Y EFECTOS DE LA MORTALIDAD MATERNA



ANEXO 1B: ÁRBOL DE CAUSAS Y EFECTOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL



Anexo 2: Paquetes de Atención Integral

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL AL RECIÉN NACIDO

Atención precoz al recién nacido
Atención a daños prevalentes: (prematuridad, asfixia al nacer, sepsis neonatal)
Inmunizaciones con BCG / HVB
Temas educativos: Lactancia materna exclusiva ; prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable
Visitas domiciliarias según el AIEPI comunitario; vistas por: niños nacidos en su domicilio, recién nacidos con males congénitos, de bajo peso al nacer)

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO DE 29 DÍAS DE A 11 MESES Y 29 DÍAS

Atención Integral de Crecimiento y Desarrollo, vigilancia nutricional estimulación temprana
Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A según criterios de riesgo, protocolos y programación
Inmunizaciones: DPT, APO, HVB, Pentavalente, Tetravalente
Tema educativo a los padres: prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable
Visitas domiciliarias según el AIEPI comunitario; visitas cuando: no acudió a consulta CRED, no acudió a vacunas, control del daño (neumonías, EDAS, desnutrición, otros de acuerdo a región)
Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO DE 1 AÑO A 4 AÑOS

Atención Integral de Crecimiento y Desarrollo, vigilancia nutricional estimulación temprana
Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A según criterios de riesgo, protocolos y programación
Inmunizaciones: Sarampión, rubéola y parotiditis; antiamarílica según región
Tema educativo a los padres: prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable; higiene bucal, cuidados del medio ambiente
Visitas domiciliarias según el AIEPI comunitario; visitas cuando: no acudió a consulta CRED, no acudió a vacunas, control del daño (neumonías, EDAS, desnutrición, otros de acuerdo a región)
Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes

ANEXO 3: ESTÁNDAR DE CALIDAD DE CONTROL PRE NATAL

**ESQUEMA MÍNIMO DE PROCEDIMIENTOS A
REALIZAR EN LOS CONTROLES DE ATENCIÓN PRENATAL**

N° Actividad	Actividades más importantes
1	Medición del peso
2	Medición de la talla
3	Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura
4	Examen clínico general
5	Examen de mamas y pezones
6	Evaluación del estado nutricional
7	Examen gineco obstétrico
8	Confirmación del embarazo
9	Medición de la altura uterina
10	Evaluación del crecimiento fetal
11	Cálculo de edad gestacional
12	Descarte de embarazo múltiple
13	Evaluación clínica del volumen del líquido amniótico
14	Auscultación de los latidos fetales (con Doppler, a partir de las 12 semanas)
15	Evaluación movimientos fetales
16	Vacunación antitetánica
17	Evaluación ecográfica
18	Administración de hierro y ácido fólico, calcio suplementarios (Si los valores no sugieren anemia, se puede diferir el inicio del suplemento de hierro después de las 16 semanas).
19	Determinación de la hemoglobina o hematocrito
20	Examen de orina
21	Diagnóstico de la presentación fetal

Anexos: INDICADORES DE DESEMPEÑO

Indicadores de Producto a nivel de DISA

Tabla : Número de niños vacunados en ASA Evolución del número de niños de un año cumplido vacunados en ASA a nivel de DISA: 2002 - 2004					
Direcciones de Salud	2002	2003	2004	2005*	% Var 2004-2002
MOQUEGUA	2,537	2,490	1,552	1,301	-39%
CAJAMARCA II	11,626	7,237	7,153	3,261	-38%
CAJAMARCA III	3,868	3,457	3,150	1,549	-19%
LIMA CIUDAD	29,413	27,047	25,395	13,309	-14%
PIURA I	19,928	18,180	17,491	12,661	-12%
AMAZONAS	3,605	3,518	3,240	1,974	-10%
LA LIBERTAD	34,507	31,092	31,470	25,272	-9%
ANCASH	23,070	22,192	21,125	12,046	-8%
JUNIN	27,489	27,482	25,431	14,175	-7%
HUANUCO	17,503	17,282	16,636	9,420	-5%
PUNO	27,251	26,687	25,949	11,556	-5%
LIMA SUR	33,204	32,006	32,075	14,327	-3%
JAEN	8,095	8,507	7,903	3,949	-2%
LIMA ESTE	18,428	20,000	17,991	9,896	-2%
PASCO	6,079	6,523	5,958	3,318	-2%
CUSCO	26,914	26,293	26,448	7,798	-2%
LIMA NORTE	57,260	56,842	56,365	30,028	-2%
SAN MARTIN	13,115	16,896	13,160	8,046	0%
HUANCAVELICA	11,520	11,361	11,631	5,384	1%
APURIMAC I	5,821	5,925	5,921	205	2%
BAGUA	6,534	7,093	6,664	3,664	2%
TUMBES	3,958	4,281	4,037	2,468	2%
APURIMAC II	4,440	4,493	4,532	2,387	2%
AYACUCHO	13,972	16,883	14,276	1,349	2%
CALLAO	17,398	18,226	17,779	8,914	2%
CAJAMARCA I	14,625	14,942	15,051	7,042	3%
AREQUIPA	18,618	18,622	19,173	11,700	3%
LAMBAYEQUE	20,434	20,374	21,217	11,799	4%
ICA	12,064	11,995	12,561	7,155	4%
TACNA	4,257	4,435	4,500	2,149	6%
PIURA II	16,809	16,531	18,100	9,050	8%
UCAYALI	10,192	10,205	11,194	5,363	10%
MADRE DE DIOS	2,017	2,035	2,292	1,057	14%
LORETO	23,540	25,060	29,186	14,553	24%
Total	550,091	546,192	536,606	278,125	-2%
Nota: (*) 30 de setiembre 2005 Fuente: OGEI					

Tabla : Número de niños vacunados en APO

Evolución del número de niños menores de un año vacunados en APO a nivel de DISA: 2002 - 2004

Direcciones de Salud	2002	2003	2004	2005*	% Var 2004-2002
ANCASH	22,633	21,954	19,557	12,221	-14%
CAJAMARCA III	3,778	3,631	3,358	3,499	-11%
LIMA SUR	34,691	33,901	31,213	13,077	-10%
LIMA CIUDAD	32,535	29,194	29,419	14,722	-10%
HUANCAVELICA	11,992	11,694	10,956	6,621	-9%
CAJAMARCA II	7,455	7,376	6,855	3,499	-8%
PUNO	27,127	26,874	25,274	12,919	-7%
JAEN	8,542	8,540	8,050	4,683	-6%
JUNIN	26,588	26,997	25,131	13,035	-5%
HUANUCO	18,716	18,651	17,766	10,295	-5%
TACNA	4,731	4,714	4,614	2,848	-2%
AMAZONAS	3,508	3,539	3,422	2,079	-2%
LIMA NORTE	60,140	56,296	58,886	31,531	-2%
MOQUEGUA	2,616	2,554	2,565	1,217	-2%
CALLAO	18,175	18,083	17,919	7,872	-1%
LA LIBERTAD	30,824	31,809	30,609	15,844	-1%
PASCO	6,009	6,217	6,024	3,651	0%
AYACUCHO	13,399	14,724	13,518	6,976	1%
AREQUIPA	19,683	19,568	19,918	12,127	1%
CUSCO	27,232	27,176	27,627	6,345	1%
LIMA ESTE	19,799	20,557	20,164	10,318	2%
ICA	12,674	12,679	12,934	6,600	2%
APURIMAC II	4,158	4,482	4,263	2,938	3%
PIURA I	21,127	17,920	21,831	10,253	3%
CAJAMARCA I	15,277	15,609	15,856	8,516	4%
SAN MARTIN	13,174	17,162	13,736	9,669	4%
LAMBAYEQUE	20,720	20,810	21,818	12,390	5%
TUMBES	4,027	4,243	4,252	1,925	6%
BAGUA	6,474	6,697	7,027	4,098	9%
UCAYALI	10,209	10,791	11,249	4,596	10%
APURIMAC I	5,446	5,513	6,063	3,723	11%
PIURA II	16,804	15,846	18,749	9,311	12%
LORETO	21,095	24,856	26,919	13,986	28%
MADRE DE DIOS	2,143	2,206	3,968	1,431	85%
Total	553,501	552,863	551,510	284,815	0%

Nota: (*) 30 de setiembre 2005

Fuente: OGEI

Tabla : Número de niños vacunados en BCG

Evolución del número de niños menores de un año vacunados en BCG a nivel de DISA: 2002 - 2004

Direcciones de Salud	2002	2003	2004	2005*	% Var 2004-2002
MOQUEGUA	2,534	2,507	1,329	1,298	-48%
CAJAMARCA I	14,218	14,946	11,289	8,785	-21%
LIMA SUR	28,900	25,513	24,532	13,058	-15%
ANCASH	21,582	21,736	19,589	14,299	-9%
CAJAMARCA III	3,713	3,641	3,456	1,772	-7%
JUNIN	26,906	27,118	25,246	14,618	-6%
LIMA CIUDAD	56,056	53,645	53,358	29,037	-5%
TACNA	4,948	4,819	4,821	3,054	-3%
CAJAMARCA II	6,723	6,956	6,557	3,216	-2%
CUSCO	27,317	27,883	27,044	7,636	-1%
JAEN	7,998	7,926	7,920	4,620	-1%
PIURA I	20,759	19,270	20,567	11,468	-1%
HUANUCO	17,717	17,252	17,557	11,095	-1%
LA LIBERTAD	31,573	32,781	32,174	22,298	2%
PUNO	23,923	25,566	24,677	13,141	3%
AREQUIPA	19,565	19,829	20,962	13,012	7%
AMAZONAS	3,327	3,365	3,596	2,112	8%
AYACUCHO	12,811	15,078	13,851	7,895	8%
PASCO	5,603	5,714	6,061	3,762	8%
HUANCAVELICA	11,164	11,623	12,238	6,591	10%
BAGUA	6,033	6,451	6,629	3,886	10%
LIMA NORTE	40,835	39,595	44,972	27,645	10%
SAN MARTIN	12,812	16,063	14,172	9,993	11%
ICA	12,772	12,942	14,138	9,306	11%
Ipurímac II	4,171	4,481	4,620	2,864	11%
LAMBAYEQUE	21,821	21,837	24,416	13,283	12%
TUMBES	3,994	4,108	4,479	2,391	12%
LIMA ESTE	16,407	18,226	18,795	12,840	15%
LORETO	22,802	25,411	26,404	16,332	16%
PIURA II	16,030	16,046	18,760	11,625	17%
UCAYALI	10,458	11,033	12,246	6,501	17%
CALLAO	16,746	18,516	19,926	11,402	19%
MADRE DE DIOS	2,045	2,255	2,434	1,703	19%
APURIMAC I	4,837	5,573	6,349	3,091	31%
Total	539,100	549,705	555,164	325,629	3%

Nota: (*) 30 de setiembre 2005

Fuente: OGEI

Tabla : Número de niños vacunados en DPT

Evolución del número de niños menores de un año vacunados en DPT a nivel de DISA: 2002 - 2004

Direcciones de Salud	2002	2003	2004	2005*	% Var 2004-2002
CAJAMARCA III	3,777	3,620	3,288	1,794	-13%
LIMA CIUDAD	33,095	30,756	29,753	14,377	-10%
CAJAMARCA II	7,473	5,196	6,825	3,960	-9%
HUANCAVELICA	11,974	11,695	10,959	6,621	-8%
LIMA SUR	34,392	33,953	31,573	15,529	-8%
ANCASH	23,020	21,988	21,382	13,931	-7%
PUNO	27,102	26,861	25,246	13,099	-7%
JUNIN	26,878	26,963	25,174	13,478	-6%
PIURA I	21,791	18,086	20,410	9,531	-6%
JAEN	8,583	8,531	8,075	4,666	-6%
AYACUCHO	14,007	14,539	13,295	6,956	-5%
HUANUCO	18,690	18,650	17,766	10,773	-5%
ICA	12,715	12,612	12,115	6,661	-5%
LIMA ESTE	19,773	19,909	19,080	10,574	-4%
TACNA	4,719	4,710	4,585	2,832	-3%
LIMA NORTE	59,994	56,134	58,743	34,190	-2%
MOQUEGUA	2,609	2,554	2,559	1,213	-2%
AREQUIPA	19,600	19,526	19,351	11,636	-1%
AMAZONAS	3,448	3,527	3,420	2,086	-1%
CAJAMARCA I	15,587	15,185	15,722	9,117	1%
CUSCO	27,299	27,276	27,546	5,356	1%
APURIMAC II	4,154	4,522	4,263	2,938	3%
SAN MARTIN	13,453	17,201	13,840	10,244	3%
PASCO	5,829	6,189	6,012	3,648	3%
CALLAO	17,082	18,111	17,637	7,868	3%
LAMBAYEQUE	20,722	20,428	21,624	12,737	4%
LA LIBERTAD	30,754	31,892	32,950	26,244	7%
TUMBES	4,028	4,234	4,331	2,328	8%
PIURA II	16,910	15,515	18,460	3,071	9%
BAGUA	6,408	6,658	7,043	4,094	10%
UCAYALI	10,226	10,748	11,249	5,359	10%
APURIMAC I	5,441	5,502	6,060	3,723	11%
LORETO	21,406	24,929	27,095	15,085	27%
MADRE DE DIOS	2,107	2,206	4,022	1,524	91%
Total	555,046	550,406	551,453	297,243	-1%

Nota: (*) 30 de setiembre 2005

Fuente: OGEI

Tabla: Partos institucionales SIS y no SIS

Evolución de los partos institucionales a nivel de DISA y según población atendida (asegurada no asegurada)

Direcciones de Salud	Población SIS				Población no SIS			
	2002	2003	2004	2005*	2002	2003	2004	2005*
AMAZONAS	1,925	2,018	2,005	1,103	0	0	0	0
ANCASH	8,968	11,831	11,911	6,765	6,093	4,426	6,346	3,066
APURIMAC I	3,818	4,251	4,725	2,521	0	157	228	61
APURIMAC II	3,685	3,864	3,953	2,262	0	293	349	0
AREQUIPA	9,261	12,998	11,785	6,076	3,223	743	2,488	0
AYACUCHO	11,815	11,519	12,298	7,090	0	42	0	0
BAGUA	2,221	2,823	2,653	1,727	0	0	304	0
CAJAMARCA I	5,611	7,265	7,311	4,174	1,001	669	879	105
CAJAMARCA II	2,825	3,328	2,763	1,407	0	0	436	150
CAJAMARCA III	1,451	1,751	1,878	1,193	0	0	29	0
CUSCO	11,145	16,960	16,517	8,583	4,984	1,195	2,674	0
HUANCAVELICA	4,064	5,429	5,939	4,016	0	0	516	0
HUANUCO	6,209	10,631	12,438	7,445	2,861	956	605	0
ICA	6,166	8,236	7,366	4,372	2,635	1,019	2,728	1,368
JAEN	4,007	4,686	4,415	2,851	0	84	527	0
JUNIN	13,574	17,133	14,528	8,054	1,914	631	2,200	741
LA LIBERTAD	13,236	17,376	17,630	9,920	3,860	2,183	9,914	2,270
LAMBAYEQUE	9,286	10,724	11,542	6,234	1,667	1,349	2,851	395
LORETO	9,358	12,030	11,534	6,516	2,595	2,459	4,982	2,674
MADRE DE DIOS	987	1,505	1,595	1,028	495	334	519	247
MOQUEGUA	1,231	1,741	1,580	786	387	117	131	175
PASCO	2,139	3,149	3,270	1,973	1,251	707	917	233
PIURA I	6,995	8,063	9,570	4,514	270	0	0	0
PIURA II	9,384	8,787	8,652	4,652	562	583	1,164	0
PUNO	10,322	15,739	13,631	7,623	0	0	0	0
SAN MARTIN	8,469	10,424	11,270	6,163	0	105	1,095	635
TACNA	3,392	3,713	3,686	1,864	433	80	312	373
TUMBES	2,629	2,908	3,337	1,763	315	846	723	218
UCAYALI	4,274	6,119	6,040	3,218	1,741	1,358	2,176	1,329
CALLAO	6,736	10,317	10,499	5,083	2,669	6,761	954	0
V LIMA CIUDAD	15,004	25,743	20,024	10,910	17,943	10,153	14,658	96
IV LIMA ESTE	7,691	11,973	11,243	6,727	3,300	1,005	3,176	1,269
III LIMA NORTE	21,836	28,568	26,360	13,710	5,390	2,201	5,270	2,509
II LIMA SUR	14,545	19,826	17,523	8,958	3,525	1,150	3,222	2,622
TOTAL	244,259	323,428	311,471	171,281	69,114	41,606	72,373	20,536

Nota: (*) segundo trimestre 2005

Fuente: OGEI

Tabla : Cobertura de Partos Institucionales

Resumen de indicadores de cobertura de Partos Institucionales

Datos	2,002	2,003	2,004	2,005
Resumen				
PIN	313,373	365,034	383,844	191,817
Nacimientos esperados	603,045	601,093	620,991	619,781
Cobertura PIN	52%	61%	62%	31%

Nota: (*) Segundo trimestre 2005

Fuente: OGEI; INEI

Tabla: Gestantes con 6 Controles Pre Natales

Evolución del número de gestantes que recibieron seis controles prenatales: 2000-2005*

Direcciones de Salud	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
AMAZONAS	2,203	1,992	2,203	2,205	1,908	559
ANCASH	21,408	20,584	21,440	20,141	20,804	8,396
APURIMAC I	4,730	4,406	4,011	4,309	4,976	1,630
APURIMAC II	3,043	2,950	3,298	3,643	3,543	1,010
AREQUIPA	16,118	13,579	13,992	16,765	17,477	4,005
AYACUCHO	10,667	12,764	12,803	15,100	15,596	0
BAGUA	4,064	4,116	3,130	4,705	5,001	1,272
CAJAMARCA I	12,250	12,153	13,430	13,046	15,329	5,281
CAJAMARCA II	5,750	5,287	5,015	5,674	5,726	0
CAJAMARCA III	2,370	2,982	2,933	3,450	3,148	17
CUSCO	9,242	7,439	9,564	10,498	12,509	3,902
HUANCAVELICA	20,354	20,857	20,517	19,944	19,083	5,975
HUANUCO	9,886	9,065	13,725	8,682	9,239	2,500
ICA	9,866	12,994	13,835	16,361	17,803	5,693
JAEN	7,011	6,195	7,729	7,365	8,106	2,547
JUNIN	5,409	5,386	5,834	6,745	5,423	2,423
LA LIBERTAD	17,803	16,159	18,344	19,711	24,095	7,763
LAMBAYEQUE	22,708	21,765	24,815	26,601	35,198	0
LORETO	11,286	11,762	14,972	18,919	19,486	5,972
MADRE DE DIOS	16,341	24,915	27,228	28,375	25,124	3,092
MOQUEGUA	14,024	13,850	15,717	17,138	18,544	6,454
PASCO	38,993	35,467	42,623	46,504	47,144	11,584
PIURA I	22,510	22,700	24,295	34,403	33,154	8,267
PIURA II	16,478	13,308	15,767	15,781	22,171	5,161
PUNO	1,514	1,431	1,537	1,832	2,145	832
SAN MARTIN	2,073	2,355	2,019	2,101	2,115	411
TACNA	4,420	3,889	3,969	4,200	689	1,206
TUMBES	15,311	14,717	15,163	15,619	16,770	3,291
UCAYALI	11,848	9,831	11,495	11,183	13,494	2,331
CALLAO	18,525	18,377	17,416	22,801	1,951	4,550
V LIMA CIUDAD	10,619	9,947	10,345	11,186	17,070	3,814
IV LIMA ESTE	4,505	4,325	4,349	4,000	4,077	984
III LIMA NORTE	4,746	3,246	2,869	2,925	3,007	7,366
II LIMA SUR	6,613	6,372	8,170	8,654	12,259	3,703
TOTAL	384,688	377,165	414,552	450,566	464,164	121,991

Nota: (*) primer trimestre 2005

Fuente: OGEI; INEI

Tabla: Niños menores de un año con CRED

Evolución del número de niños con 6 CRED y tasas de cobertura

<u>Direcciones de Salud</u>	<u>N° de niños con 6 controles CRED</u>		<u>Cobertura</u>	
	<u>2004</u>	<u>2005*</u>	<u>2004</u>	<u>2005*</u>
AMAZONAS	3,061	685	71%	15%
ANCASH	17,261	4,103	70%	16%
APURIMAC I	5,295	1,174	80%	16%
AREQUIPA	13,937	3,026	66%	15%
AYACUCHO	10,988	2,831	82%	20%
BAGUA	4,235	1,036	57%	13%
CAJAMARCA I	13,705	4,296	81%	25%
CALLAO	13,431	2,596	95%	18%
APURIMAC II - ANDAHUAYLAS	3,870	911	78%	16%
CHOTA CAJAMARCA II	6,444	1,398	76%	16%
CUSCO	12,953	4,576	45%	16%
CUTERVO CAJAMARCA III	3,317	745	76%	18%
HUANCAVELICA	7,625	1,962	57%	17%
HUANUCO	13,953	2,571	62%	12%
ICA	7,197	1,631	53%	11%
JAEN	7,583	1,485	82%	16%
JUNIN	18,125	2,406	64%	9%
LA LIBERTAD	10,614	4,490	32%	13%
LAMBAYEQUE	15,956	2,975	66%	12%
LIMA CIUDAD	11,840	4,174	49%	15%
LIMA ESTE	11,774	3,028	60%	15%
LIMA NORTE	37,476	10,882	64%	18%
LIMA SUR	16,292	5,498	47%	15%
LORETO	18,655	3,833	71%	13%
MADRE DE DIOS	1,407	438	62%	15%
MOQUEGUA	1,949	457	73%	16%
PASCO	5,072	1,051	83%	16%
PIURA I	11,259	4,497	53%	20%
PUNO	22,054	4,184	72%	14%
SAN MARTIN	11,997	2,393	62%	11%
SULLANA PIURA II	15,650	2,636	94%	15%
TACNA	4,472	923	82%	15%
TUMBES	2,369	670	54%	15%
UCAYALI	8,795	1,440	71%	11%
Total	370,611	91,001	63%	15%

* Nota (*) primer trimestre 2005.

Fuente: OGE; INEI

Anexo de indicadores económicos

Recursos ordinarios per capita por regiones,
según condición de pobreza

DISAS	Recursos Ordinarios (soles 2003)		% pobres
	2000	2004	
M.Dios	92.7	150.4	32%
Lima	79.6	143.0	36%
Moquegua	64.0	124.8	34%
Tacna	79.1	102.3	30%
Callao	49.9	93.0	37%
Ayacucho	78.3	83.5	70%
Arequipa	41.9	75.9	37%
Apurímac	65.2	72.6	67%
Ica	43.5	68.3	32%
Tumbes	36.4	67.5	28%
Huancavelica	60.2	66.5	89%
Ucayali	45.8	65.6	64%
Puno	50.7	64.4	78%
Pasco	45.4	61.5	59%
Junín	35.4	59.9	57%
S.Martín	34.3	54.6	61%
Amazonas	33.2	54.3	72%
Loreto	30.7	53.2	70%
Ancash	31.4	52.8	56%
Cusco	49.1	52.2	54%
Huánuco	29.1	50.5	82%
L.Libertad	25.9	44.0	51%
Piura	25.4	42.2	63%
Cajamarca	22.8	36.8	73%
Lambayeque	18.8	36.6	44%
Total	50.3	82.4	52%
Nota: Los datos de presupuesto corresponden a los recursos efectivamente ejecutados.			
Fuente: MEF: DNPP-SIAF			

Recursos directamente recaudados per capita por regiones,
según condición de pobreza

DISAS	RDR (soles 2003)		% pobres
	2000	2004	
Lima	23.3	26.9	36%
Callao	21.1	19.5	37%
Moquegua	9.8	13.5	34%
M.Dios	11.4	12.7	32%
L.Libertad	8.8	12.2	51%
Arequipa	9.6	9.6	37%
Ancash	9.6	9.3	56%
S.Martín	1.8	8.5	61%
Loreto	9.6	8.4	70%

DISAS	RDR (soles 2003)		% pobres
	2000	2004	
Tacna	0.6	7.6	30%
Junín	8.4	5.9	57%
Ucayali	7.9	5.8	64%
Amazonas	2.7	5.4	72%
Piura	5.8	5.2	63%
Ica	6.9	5.1	32%
Cusco	6.2	5.1	54%
Tumbes	4.1	5.0	28%
Apurímac	5.9	4.9	67%
Lambayeque	5.8	4.3	44%
Pasco	6.1	3.9	59%
Huánuco	4.1	3.0	82%
Puno	3.6	2.8	78%
Cajamarca	3.6	2.5	73%
Huancavelica	1.5	0.0	89%
Ayacucho	0.0	0.0	70%
Total	11.5	12.4	52%
Nota: Los datos de presupuesto corresponden a los recursos efectivamente ejecutados.			
Fuente: MEF: DNPP-SIAF			

Anexo Metodológico: Definición de indicadores

INDICADORES DE IMPACTO O RESULTADO

1. Razón de mortalidad materna

Fórmula:

Número esperado de mujeres muertas por causas maternas / número de nacidos vivos esperados) * 100,000

Fuente de información:

ENDES 1986; 1992; 1996; 2000

Periodicidad: 10 años, aunque se realizan estimaciones para años consecutivos utilizando el método indirecto de la sobrevivencia de hermanas diseñado por Graham y Brass.

Cobertura: Nacional / departamental o regional / grupos de edad

Problemas: El primer problema para estimar indicadores de tasa o razón de mortalidad materna se vincula al número de casos observados en la encuesta (ENDES), por lo que resulta hacer estimaciones precisas de este indicador sin incurrir en elevados errores muestrales. El segundo inconveniente se relaciona al carácter histórico de la información, lo que implica que se realicen estimaciones de tasas que se ubican varios años anteriores a la fecha de la encuesta (para hacer proyecciones se realizan estimaciones). El tercer problema de este indicador se vincula a la dificultad de convertir las estimaciones de probabilidades de morir por causa materna a indicadores tradicionales (directos o indirectos) de muerte materna.

2. Tasa de mortalidad materna

Fórmula:

(Número esperado de mujeres muertas por causas maternas / número de gestantes esperadas)*100

Fuente de información:

ENDES 1986; 1992; 1996; 2000

Periodicidad: 10 años, aunque se realizan estimaciones para años consecutivos utilizando el método indirecto de la sobrevivencia de hermanas diseñado por Graham y Brass.

Cobertura: Nacional / departamental o regional / grupos de edad

Problemas: El primer problema para estimar indicadores de tasa o razón de mortalidad materna se vincula al número de casos observados en la encuesta (ENDES), por lo que resulta hacer estimaciones precisas de este indicador sin incurrir en elevados errores muestrales. El segundo inconveniente se relaciona al carácter histórico de la información, lo que implica que se realicen estimaciones de tasas que se ubican varios años anteriores a la fecha de la encuesta (para hacer proyecciones se realizan estimaciones). El tercer problema de este indicador se vincula a la dificultad de convertir las estimaciones de probabilidades de morir por causa materna a indicadores tradicionales (directos o indirectos) de muerte materna.

3. Tasa de mortalidad infantil

Fórmula:

(Número de muertes de niños menores de un año / número de nacidos vivos esperados)*1000

Fuente de información:

ENDES 1986; 1992; 1996; 2000

Periodicidad: quinquenal

Cobertura: Nacional; urbano-rural y por nivel educativo

Problemas: El número de casos observado en la Encuesta de Demografía y Salud (ENDES) y la periodicidad de la encuesta también es un problema para la estimación aunque no tan severo como para la estimación de indicadores de mortalidad materna.

INDICADORES DE PRODUCTO O DE RESULTADOS INTERMEDIOS

1. Cobertura de gestantes con 6 Controles Prenatales

Fórmula:

(Número de gestantes controladas con 6 controles prenatales / Número de gestantes esperadas)*100

Fuente de información:

OGEI-MINSA (Informes remitidos por las DISAS y la oficina de estadística del SIS)

Periodicidad:

Trimestral

Cobertura: Nacional a nivel de DISA

Problemas: Este indicador no provee información sobre la calidad del control de prenatal. En estricto se desconoce si los estándares mínimos (especificado en el Anexo 3) se cumplen. Tampoco se cuenta con información sobre el momento del embarazo en el que se realizaron los controles. Existe la posibilidad que éstos fueron realizados en la etapa final del embarazo, cuando el carácter preventivo de estos controles pierde su efecto.

2. Cobertura de Partos Institucionales

Fórmula:

Número de partos institucionales esperados / Número de nacimientos esperados

Fuente de información:

OGEI-MINSA (Informes remitidos por las DISAS y la oficina de estadística del SIS)

Periodicidad:

Trimestral

Cobertura: Nacional a nivel de DISA

Problemas: Este indicador no provee información sobre las condiciones en las que se realizó el parto. Un parto realizado en un establecimiento de salud no es garantía de un parto seguro si es que éste no se realiza bajo las condiciones mínimas de salubridad y seguridad. Por ejemplo, todo parto debería realizarse con el uso del medicamento oxitocina, medicamento que previene hemorragias. Este indicador adolece de la dimensión de calidad.

3. Cobertura de vacunación en niños de un año y menores de un año

3.1. Cobertura de vacunación BCG en niños menores de un año

Fórmula:

(Número de niños menores de un año que recibieron las tres dosis de BCG / Número de niños menores de un año)*100

Fuente de información:

OGEI-MINSA; INEI

Periodicidad:

Trimestral

Cobertura: Nacional a nivel de DISA

Problemas: Este indicador no provee información sobre la calidad y oportunidad de la provisión del servicio. Asimismo, dado que la población de referencia es un dato no actualizado, resulta impreciso y sesgado si es que no se le contrasta con la información sobre el número de niños que recibieron las dosis completas de vacunas o fueron vacunados.

3.2. Cobertura de vacunación APO-antipolio en niños menores de un año

Fórmula:

(Número de niños menores de un año que recibieron las tres dosis de APO / Número de niños menores de un año)*100

Fuente de información:

OGEI-MINSA; INEI

Periodicidad:

Trimestral

Cobertura: Nacional a nivel de DISA

Problemas: Este indicador no provee información sobre la calidad y oportunidad de la provisión del servicio. Asimismo, dado que la población de referencia es un dato no actualizado, resulta impreciso y sesgado si es que no se le contrasta con la información sobre el número de niños que recibieron las dosis completas de vacunas o fueron vacunados.

3.3. Cobertura de vacunación DPT en niños menores de un año

Fórmula:

(Número de niños menores de un año que recibieron las tres dosis DPT / Número de niños menores de un año)*100

Fuente de información:

OGEI-MINSA; INEI

Periodicidad:

Trimestral

Cobertura: Nacional a nivel de DISA

Problemas: Este indicador no provee información sobre la calidad y oportunidad de la provisión del servicio. Asimismo, dado que la población de referencia es un dato no actualizado, resulta impreciso y sesgado si es que no se le contrasta con la información sobre el número de niños que recibieron las dosis completas de vacunas o fueron vacunados.

3.4. Cobertura de vacunación ASA -Antisarampión y rubéola en niños de un año cumplido

Fórmula:

(Número de niños menores de un año que recibieron las tres dosis ASA / Número de niños de un año cumplido)*100

Fuente de información:

OGEI-MINSA; INEI

Periodicidad:

Trimestral

Cobertura: Nacional a nivel de DISA

Problemas: Este indicador no provee información sobre la calidad y oportunidad de la provisión del servicio. Asimismo, dado que la población de referencia es un dato no actualizado, resulta impreciso y sesgado si es que no se le contrasta con la información sobre el número de niños que recibieron las dosis completas de vacunas o fueron vacunados.

4. Cobertura de Controles de Crecimiento y Desarrollo-CRED (7) en niños menores de un año de edad

Fórmula:

(Número de niños que recibieron los 7 controles CRED / número de niños menores de un año)

Fuente de información:

OGEI-MINSA; INEI

Periodicidad:

Trimestral

Cobertura: Nacional a nivel de DISA

Problemas: Este indicador no provee información sobre la calidad del servicio provisto.

Anexo de Definiciones

Presupuesto público

La serie de presupuesto analizada abarca los años 2000-2005 y para fines comparativos se utilizan unidades constantes, soles del 2003. A lo largo del documento se hará referencia a cuatro medidas del gasto público. La primera es el presupuesto inicial de apertura-PIA, el cual corresponde al monto que aprueba el Congreso a finales del año anterior al que va a ser ejecutado. Este monto va variando a lo largo del año producto de ampliaciones o recortes en el presupuesto⁵⁰. La segunda medida de gasto es el “techo calendario o recursos efectivamente asignados”, los cuáles se asignan trimestralmente y representa los recursos que las instituciones públicas efectivamente disponen para gastar. La tercera medida de gasto es el “gasto comprometido”, el cuál corresponde a un compromiso efectivo de compra y se representa por órdenes de compra con proveedores. La tercera medida de gasto es el “ejecutado o gasto devengado”, el cuál corresponde a los recursos efectivamente gastados por las instituciones públicas.

Atenciones Intramural. Atenciones que se realizan en los establecimientos médicos.

Atenciones extramural. Atenciones que se realizan fuera de los establecimientos médicos a través de equipos de trabajo locales itinerantes (élites). Estas atenciones se realizan en zonas rurales de difícil acceso.

Centro de Salud. Es el establecimiento de salud de primer nivel de atención, responsable de una población asignada entre 6,001 y 20,000 habitantes. Está autorizado a afiliar a la población objetivo del SIS.

Dirección de Salud (DISA) / Dirección regional de Salud (DIRESA). Es el órgano desconcentrado del Ministerio de Salud que ejerce la autoridad de salud por delegación de la Alta Dirección en su respectiva jurisdicción.

Hospital. Es un establecimiento de salud destinado a la atención integral del paciente en servicios ambulatorios y de hospitalización. Forma parte del sistema de servicios de salud y brinda apoyo técnico y logístico según su organización y complejidad a los servicios periféricos de su área de influencia, viabilizando la referencia y contrarreferencia de los pacientes.

Mortalidad Neonatal. La muerte neonatal se contabiliza desde que el niño nace hasta los 28 días de nacido.

Mortalidad Perinatal. La muerte perinatal se contabiliza desde la semana 22 de gestación hasta la muerte ocurrida antes de los 29 días de nacido.

Parto Institucional. Parto atendido por un profesional de la salud en un establecimiento médico.

Procedimiento de Referencia . Este procedimiento se realiza cuando el profesional de la salud deriva a un paciente a otro establecimiento de mayor capacidad resolutoria (de mayor nivel) por el grado de complejidad de la atención. Los centros de referencias a los que son referidos los pacientes son: Hospitales de Apoyo, Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales e Institutos Especializados.

Procedimiento de contrarreferencia. Este procedimiento se realiza cuando el paciente retorna al establecimiento de salud de origen (de donde fue derivado) para continuar con su tratamiento.

Puesto de Salud. Establecimiento de salud de primer nivel de atención, de menor complejidad, que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de salud de una población que no supera los 6,000 habitantes, incidiendo en los aspectos preventivo-promocionales.

Salud Individual. La salud individual se define como el conjunto de acciones que tienen como fin la salud recuperativa y rehabilitativa, tanto al interior del sistema público de salud como en atenciones extra muros. Estas atenciones son realizadas por establecimientos de salud de diferente nivel de complejidad. El rol del Ministerio de Salud se restringe a la provisión de normatividad, protocolos de atención y supervisión del trabajo realizado por sus unidades operativas.

⁵⁰ Al PIA con sus modificaciones se le conoce como Presupuesto Inicial Modificado-PIM y va variando a lo largo del año.

Salud Colectiva. La salud colectiva se define como el conjunto de acciones dirigidas a la promoción y prevención de la enfermedad a través de la vigilancia y control de riesgos y daños para la salud, con intervenciones integrales a nivel familia, comunidad y medio ambiente de alto valor social (fuertes externalidades). En este programa se concentran, las acciones vinculadas a la capacitación de recursos humanos, al control epidemiológico y control de riesgos y daños para la salud, las actividades de promoción social y de control sanitario.

Unidad Ejecutora. Es la dependencia orgánica que cuenta con un nivel significativo de desconcentración administrativa para contraer compromisos, realizar gastos, ordenar pagos e informar sobre el avance y/o cumplimiento de metas, cuya identificación presupuestaria requiere la autorización pertinente por parte de la Dirección Nacional del Presupuesto Público.