



MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA

Grupo de Trabajo

“Acceso a Servicios Públicos y Atención a la Infancia”

REPORTE DE SEGUIMIENTO CONCERTADO AL PROGRAMA

“SALUD MATERNO NEONATAL”

PERÍODO 2009

Contenido

	Página
Presentación	3
I. Diseño y asignación presupuestaria	5
1. Diseño del Programa	5
2. Asignación presupuestal	6
2.1. Equilibrio	7
2.2. Equidad	8
En el componente materno	9
En el componente neonatal	10
2.3. Descentralización	11
II. Gestión del Programa	13
1. Ejecución presupuestaria	13
1.1. Avances y dificultades en el Nivel Nacional	16
1.2. Avances y dificultades en el Nivel Regional	20
III. Mejoras en los Servicios e Impactos en los Resultados Esperados	23
1. ¿Cuánto mejoraron los servicios?	23
2. Avances en los resultados esperados del programa	28
IV. Lecciones aprendidas y recomendaciones	31
Anexos	35

PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL

REPORTE DE SEGUIMIENTO CONCERTADO: EVALUACIÓN DEL AÑO 2009

PRESENTACIÓN

La Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza – MCLCP viene realizando desde el 2008 un seguimiento concertado (entre Estado y la sociedad civil) a la implementación de los Programas Presupuestales Estratégicos – PPEs.

El presente Balance informa del seguimiento al PPE Salud Materno Neonatal en la ejecución correspondiente al período Enero – Diciembre del 2009. La finalidad es presentar una aproximación evaluativa de la implementación del Programa Presupuestal Estratégico. Se toma como referencia los dos reportes parciales realizados durante el año. Cabe destacar que en esta oportunidad se tiene la posibilidad de presentar una primera evaluación de las mejoras en los servicios e impacto en los resultados esperados, a partir de la información del avance de las metas físicas durante el período 2009 y la información de la ENDES 2009 sobre los indicadores de resultado final, resultados intermedios y resultados inmediatos.

El objetivo del Programa Presupuestal Estratégico (PPE) “Salud Materno Neonatal” es contribuir a mejorar la salud de las madres y los recién nacidos. Se han establecido como estrategias: (i) mejorar la educación de la población en salud sexual y reproductiva y planificación familiar, (ii) reducir la mortalidad y problemas de salud de las madres, así como (iii) reducir la mortalidad y los problemas de salud de los recién nacidos. Para lograr estos resultados, intervienen principalmente el Nivel Nacional del Ministerio de Salud, asumiendo su rol rector y normativo y como responsable del PPE, asimismo participan el Sistema Integral de Salud-SIS, y las regiones a través de la Gerencia de Planificación y Presupuesto, la Gerencia de Desarrollo Social y las Direcciones Regionales de Salud¹

Este Reporte está organizado en cuatro secciones.

1. La primera está dedicada al diseño del Programa, en ella se analizan los cambios que ha experimentado el Programa a nivel de finalidades y componentes. También se analiza la asignación presupuestaria usando los criterios de descentralización, equidad y equilibrio.

¹ La Ley del Presupuesto del Sector Público para el año 2009 Ley Nº 29289 señala en su primera disposición final las responsabilidades de los sectores y gobiernos regionales y locales en la implementación y seguimiento de los PPE (Art. 82.1 y 82.2) y en la segunda disposición final reitera las responsabilidades a nivel de sector para los Programas Presupuestales Estratégicos ya existentes así como para los nuevos

2. En segundo lugar se analiza la gestión del programa desde una perspectiva presupuestaria y también cualitativa, aproximándonos a los avances y dificultades en la propia implantación del Programa.
3. En tercer lugar se presentan propiamente los resultados de impacto del Programa, analizando las metas físicas y los indicadores de resultados inmediato, intermedio y final.
4. Finalmente, se presentan las lecciones aprendidas y las recomendaciones.

Comisión de Seguimiento Concertado del Programa SMN

Está conformada por representantes de las siguientes instituciones:

- Nivel Nacional del Ministerio de Salud (Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Dirección General de Promoción de la Salud),
- PARSALUD II,
- DISA Lima Sur,
- UNFPA,
- UNICEF,
- PRISMA,
- CARE PERÚ,
- Colectivo por la Salud del Recién Nacido,
- Colegio Médico del Perú,
- Colegio de Obstetras,
- Colegio de Enfermeros,
- Proyecto USAID Perú Calidad en Salud,
- Proyecto USAID Perú Políticas en Salud
- Miembros del equipo técnico de la MCLCP Nacional.

I. DISEÑO Y ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

La evaluación del diseño y asignación presupuestal se centra en el modelo lógico del programa, así como en criterios de equidad, eficiencia y alineamiento con el proceso de descentralización.

1. DISEÑO DEL PROGRAMA

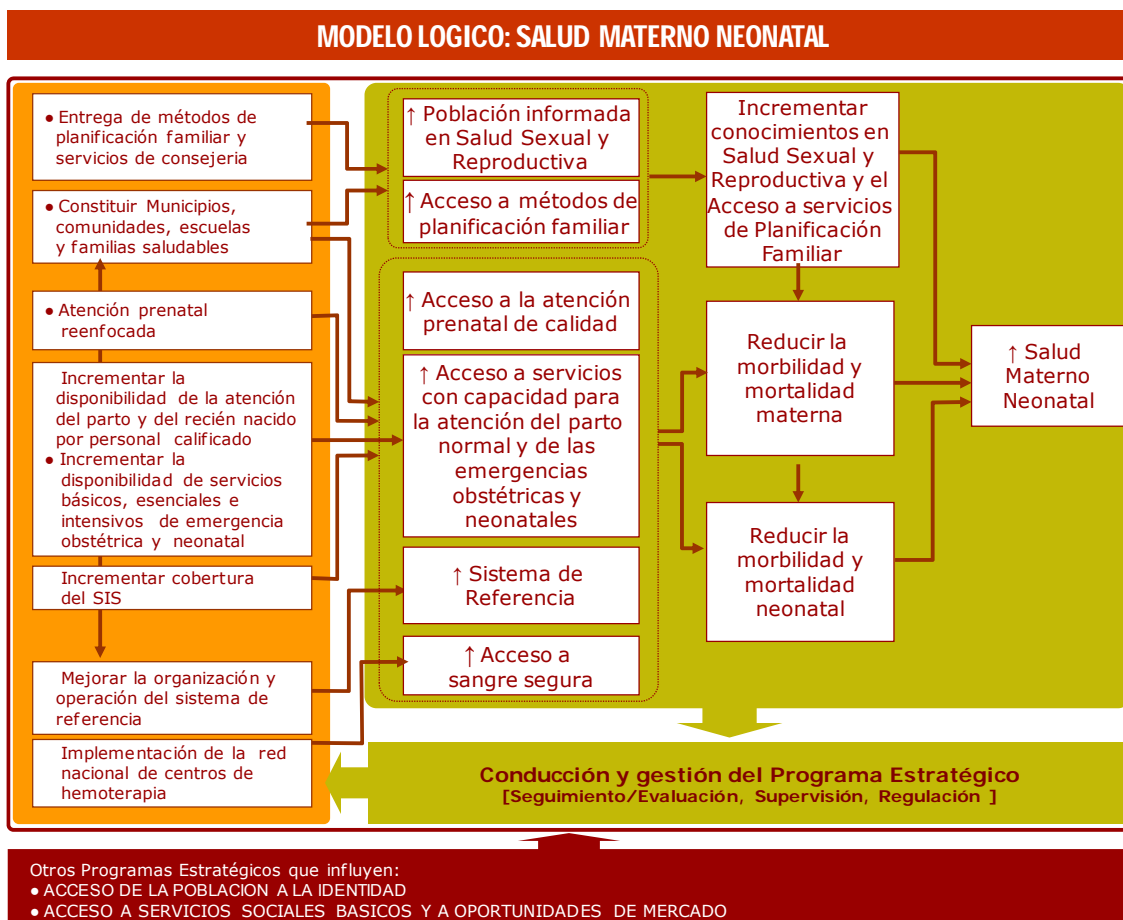
Al inicio del 2009 el Programa era similar en su diseño al del 2008. Posteriormente se incluyeron nuevos componentes que no estaban al inicio del año en la estructura funcional². Se incluyeron tres nuevos componentes:

- “Infraestructura en salud” con la finalidad “Construcción de infraestructura en salud”
- “Mejoramiento de la capacidad resolutoria en establecimientos de salud” con una finalidad similar: “Construcción de infraestructura en salud”. En esta finalidad no se cuenta con asignación presupuestal.
- “Componente Banco de Sangre” con la finalidad: “Construcción de Infraestructura en salud”.

La entrada de los dos primeros nuevos componentes es muy importante pues son elementos importantes para ir mejorando los servicios de salud materno-neonatal y no estaban contemplados el año pasado. No obstante, las finalidades que se les asignan, al ser formulados de manera genérica e igual en todos los casos, llevan a confusión pues no queda clara la especificidad de cada una.

Por otro lado, respecto al último nuevo componente, por su contenido, debería ser más bien una finalidad del componente que ya está presente en la estructura denominado “*Acceso a sangre segura y sus componentes*” y que sólo incluye una finalidad referida a estudios de pre-inversión, quedando de la manera actual, poco clara la cadena funcional al respecto.

² En los reportes parciales emitidos en el 2009, se hicieron estos señalamientos.



2. ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL

En el año 2009, el Programa Estratégico de Salud Materna Neonatal recibió una asignación presupuestal de S/.513.6 millones de nuevos soles, aproximadamente S/.109 millones más que el presupuesto del año 2008. Con este incremento, también se incrementó levemente su peso en el presupuesto general de la República pasando de representar el 0.47% en el 2008 al 0.57% en el 2009.

Los pliegos presupuestales que han recibido asignación para el Programa SMN son: el Nivel Nacional del Ministerio de Salud (S/.121,164,325), el Seguro Integral de Salud – SIS (S/.83,558,702) y los pliegos de los gobiernos regionales (S/.154,322,951).

Para el análisis de la calidad de la asignación presupuestal a los Programas Presupuestales Estratégicos, la Comisión de Seguimiento Concertado ha venido aplicando tres criterios de evaluación: a) el equilibrio entre sus componentes, b) la equidad y c) el alineamiento con el proceso de descentralización.

2.1. Calidad en la asignación presupuestal en cuanto al equilibrio entre los componentes del PSMN.

Los componentes que estructuran este Programa tienen una vital importancia, en la medida que en conjunto contribuyen al logro de los resultados del Programa. La idea del equilibrio del Programa supone analizar en qué medida la asignación presupuestal a los componentes y a las finalidades corresponde con la cadena causal plasmada en el modelo lógico.

En el cuadro N° 1 se observa que la proporción mayor de asignación presupuestal se concentra en la atención a la salud materna siendo del orden del 65.9%, mientras que el 22.1% se concentra en los servicios de atención neonatal. La primera tiene el mayor volumen por que contempla la atención durante los nueve meses de gestación, el parto y el puerperio, en cambio la segunda contempla la atención al recién nacido (un mes). Cabe señalar de otro lado, que los componentes referidos a la salud sexual y reproductiva representan en conjunto un 9.6% del presupuesto asignado para este programa, lo que indicaría que no se está dando un peso suficiente a los aspectos preventivos.

Siendo que las principales causas de mortalidad materna son la hemorragia, la hipertensión inducida por el embarazo y las infecciones, la asignación de presupuesto a los componentes relacionados, es bajo. Así, la asignación presupuestal al componente “Acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes” representó solamente el 0.3% (S/.1,574,955) del presupuesto de todo el Programa. A la vez, no hay presupuesto asignado a los componentes “Infraestructura de salud”, “Banco de sangre” y “Mejoramiento de la capacidad resolutive en establecimientos de salud”.

De igual manera, el componente “Acceso de gestantes a referencia y contrarreferencia materna y/o neonatal según capacidad resolutive” se le asignó en el año S/.15, 307,684 lo que representa el 3% del presupuesto del Programa, siendo que la referencia constituye una estrategia de beneficio comprobado para la reducción de la mortalidad materna y neonatal³.

En la formulación del presupuesto se debe incorporar el modelo de atención integral, y se requiere mejorar el equilibrio del presupuesto en relación con las prioridades señaladas.

³ : Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta Amigable

Cuadro N° 1: Equilibrio del Programa Salud Materna Neonatal a nivel de componentes (PIA y PIM, 2009)

Componentes	PIA		PIM	
	S/.	%	S/.	%
3120144. REGULACION DE LA FINANCIACION Y PROVISION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MATERNO NEONATAL	2,363,974	0.7%	2,625,715	0.5%
3120145. POBLACION INFORMADA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	9,116,043	2.5%	13,994,621	2.7%
3120146. ACCESO A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	25,461,867	7.1%	38,753,302	7.5%
3120147. ACCESO DE GESTANTES A SERVICIOS DE ATENCION PRENATAL DE CALIDAD Y DE LAS COMPLICACIONES SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA	82,550,786	23.0%	111,769,665	21.8%
3120148. ACCESO DE GESTANTES A SERVICIOS DE ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y COMPLICADO SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA	140,564,789	39.1%	200,654,483	39.1%
3120149. ACCESO DE GESTANTES A SANGRE SEGURA Y SUS COMPONENTES	1,098,680	0.3%	1,574,955	0.3%
3120150. ACCESO DE GESTANTES A REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA MATERNA Y/O NEONATAL SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA	12,507,838	3.5%	15,307,684	3.0%
3120151. ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS DE ATENCION NEONATAL NORMAL	24,757,185	6.9%	37,404,263	7.3%
3120189. ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS CON CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA ATENDER COMPLICACIONES NEONATALES	30,994,385	8.6%	40,627,084	7.9%
3120190. ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	18,215,544	5.1%	35,662,161	6.9%
3163100. GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL	11,414,887	3.2%	10,536,465	2.1%
2007040. INFRAESTRUCTURA DE SALUD	-	0.0%	2,411,999	0.5%
3039399. BANCO DE SANGRE	-	0.0%	2,237,199	0.4%
3166928. MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	-	0.0%	-	0.0%
Total	359,045,978	100%	513,559,596	100%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta Amigable

Referencias:

- En rojo están sombreados los componentes referidos a la atención materna.
- En celeste están sombreados los componentes referidos a la atención neonatal.

2.2. Calidad en la asignación presupuestal en cuanto a la equidad.

El criterio equidad se analiza teniendo en cuenta si el presupuesto ha sido asignado priorizando las poblaciones con mayor morbilidad y mortalidad materna y neonatal, de tal manera que sea consistente con las brechas a cubrir. En esta lógica, **el presupuesto orientado a resultados parte de la premisa fundamental de asignar mayores recursos en los territorios donde la situación de exclusión e inequidad es crítica**. Asimismo, se debe analizar tanto el uso adecuado del presupuesto como si las intervenciones son costo efectivas. En consecuencia, el análisis de equidad debe incorporar: eficacia, eficiencia y focalización del gasto.

El análisis se hará en función de la asignación presupuestal per cápita, la misma que se obtiene de dividir la asignación presupuestal entre la población objetivo. Se ha desagregado el presupuesto y se

han elaborado dos gráficos en función de los montos asignados a cada una de las poblaciones objetivo (gestantes y recién nacidos) en la Estructura Funcional Programática del PPE. En los Gráficos 1 y 2 se registran tanto el PIM como la ejecución per cápita a diciembre del 2009.

El análisis muestra que la asignación per cápita es insuficiente para realizar la atención correspondiente; además, existe una amplia brecha en la asignación entre las regiones⁴. Esta situación está siendo superada por el SIS al disponer de una estructura única de costos.

a) Equidad en el componente materno

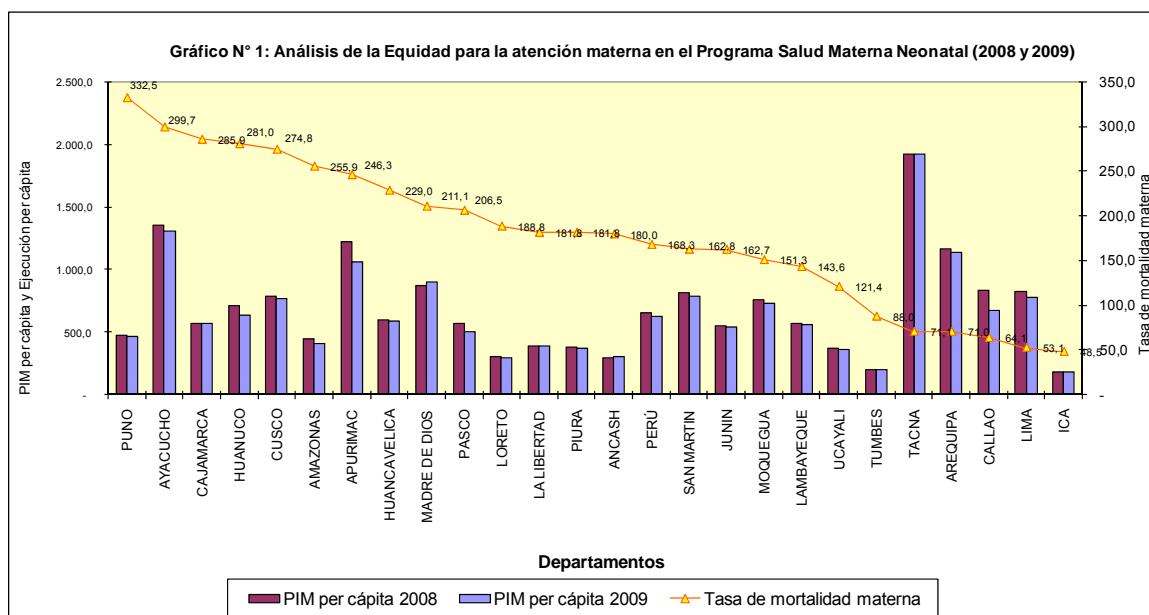
El año 2009, el PIM per cápita promedio para la atención materna a nivel nacional fue de S/.657.7. Se aprecia que esta asignación promedio esconde una amplia brecha entre regiones; así, la máxima asignación correspondió a la Región Tacna (S/.1,920.00), cifra 11 veces mayor al menor PIM per cápita asignado a la Región Ica (S/.175.3).

Al analizar el PIM per cápita en función del nivel de mortalidad materna, se encuentra que no hay una correlación estricta entre ambos. Así por ejemplo, Puno que tiene la razón más elevada de mortalidad materna del país (332.5 por 100,000 nv), tuvo un PIM per cápita de S/.460.9, monto que está por debajo del promedio nacional y alcanza solamente el 24% de la asignación mayor.

Las regiones con las mas altas tasas de mortalidad materna que tienen una asignación per cápita menor al promedio nacional son Puno, Cajamarca, Huánuco, Amazonas y Huancavelica. Por otro lado un mejor alineamiento se da con las siguientes regiones que, teniendo también altas tasas de mortalidad materna, cuentan con un presupuesto per cápita por encima del promedio: Ayacucho (S/.1,304.7 – 299.7 por 100,000 nv), Apurímac (S/.1,056.4 – 246.3 por mil nv)), Cuzco y, Madre de Dios (S/.897.7 – 211.1 por 100,000 nv).

Bajo el criterio de equidad, es necesario conocer asignaciones específicas, por ejemplo, cuánto se asigna a las gestantes programadas y cuánto al manejo de las emergencias.

⁴ La diferencia en la asignación per cápita puede estar relacionada a las estructuras de costo que elabora cada región.



Fuentes: Ministerio de Economía y Finanzas (Consulta amigable). Oficina General de Epidemiología (2001)

b) Equidad en el componente neonatal

Para la reducción de la morbi mortalidad neonatal se han definido un conjunto de finalidades, cuyas funciones son compartidas a nivel de los gobiernos nacional y regional. En ese marco, las finalidades analizadas son las siguientes:

- 33305. Atención del recién nacido normal.
- 33306. Atención del recién nacido con complicaciones
- 33307. Atención del recién nacido con complicaciones que requiere cuidados intensivos

A la luz del análisis, se presentan los siguientes hallazgos trabajados por el Grupo de Seguimiento Concertado:

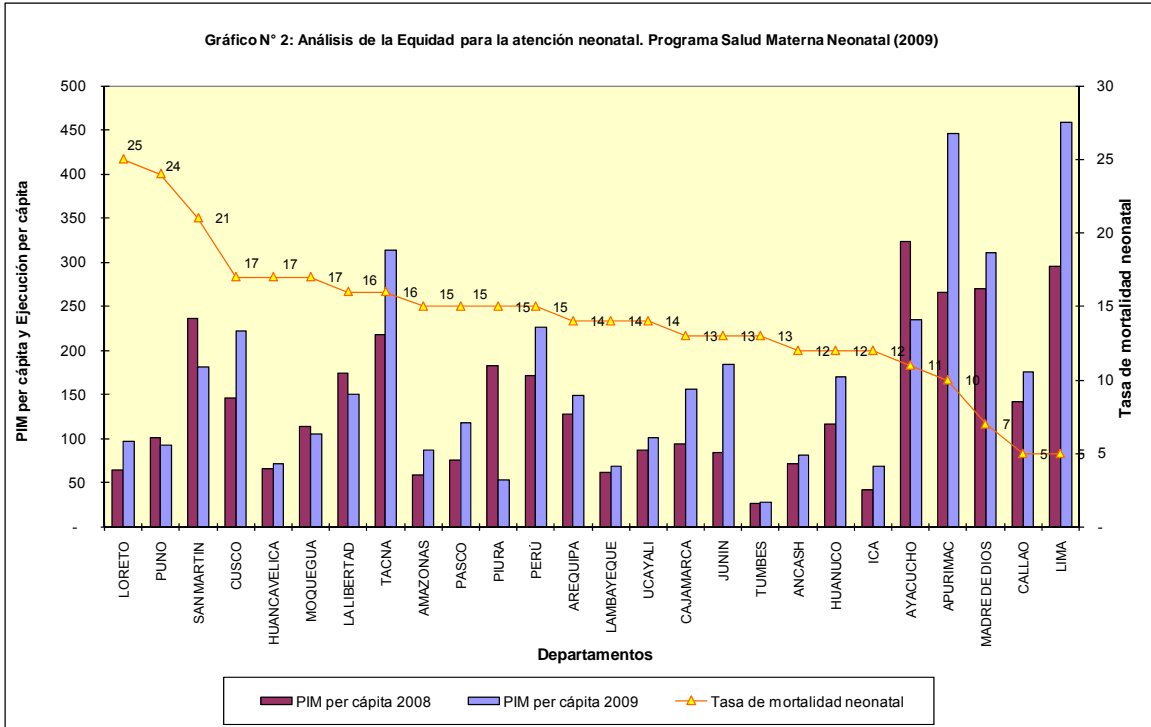
El año 2009, el PIM per cápita nacional promedio para la atención del recién nacido fue de S/. 227.0, cifra superior a la del año 2008: S/. 172.0. De manera similar a lo ocurrido en el componente materno, se aprecia que el PIM promedio esconde una amplia brecha; así, la máxima asignación correspondió a la Región Lima (S/ .459.00), cifra 16.4 veces mayor al menor PIM per cápita asignado a la Región Tumbes (S/ .28).

Las regiones Loreto (25 por mil nv), Puno (24 por mil nv) y San Martín (21 por 1000 nv) que tienen las más altas tasas de mortalidad neonatal tuvieron PIM per cápita de S/ .97.00, S/ .92.00 y S/ .181 respectivamente, todos ellos por debajo del promedio nacional.

También se aprecia una asignación no equitativa al encontrar que todas las regiones que tienen la tasa de mortalidad neonatal por encima del promedio nacional, excepto Tacna, tienen una PIM per cápita menor al promedio nacional. Solo tres regiones tienen PIM per cápita por encima del

promedio nacional, ellas son: Tacna, Apurímac, Lima y Madre de Dios. Esta constatación evidencia nuevamente la inequidad en la asignación. El año 2008, fueron ocho las regiones que tuvieron PIM per cápita por encima del promedio.

En relación a este tema de equidad es necesario recordar que la tasa de mortalidad neonatal en la zona urbana (10 por 1,000 nacidos vivos) es inferior a la de la zona rural (17 por 1,000 nacidos vivos)⁵.



Fuentes: Ministerio de Economía y Finanzas (Consulta amigable). ENDES (2009)

c) Calidad en la asignación presupuestal en cuanto al alineamiento con el proceso de Descentralización.

La descentralización en salud se da como un proceso concertado que tiene como objetivos: mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios; fortalecer las capacidades del gobierno para liderar el proceso, y lograr la participación ciudadana. El criterio de descentralización, en este caso, alude a la manera como se distribuyen los recursos asignados a cada programa según cada nivel de gobierno.

⁵ INEI – ENDES 2009

Siendo una de las competencias de los gobiernos locales “Desarrollar y regular actividades y/o servicios en materia de educación, **salud**, vivienda, saneamiento, medio ambiente, conforme a ley”, es deseable que articulen con el gobierno regional y participen en el diseño del Programa y en la formulación del presupuesto, ya que ellos también ejecutan actividades de salud. De otro lado, se debe recordar que algunas unidades ejecutoras, realizan actividades con las familias y la comunidad en coordinación con los gobiernos locales. Respecto a los CLAS, es pertinente mencionar que aunque no están incorporados al PpR, sus intervenciones en salud contribuyen a alcanzar las metas físicas.

A continuación se analiza el presupuesto asignado al PPE de Salud Materna Neonatal en los niveles de gobiernos nacionales y regionales.

En general, al nivel del PIA para los años 2008, 2009 y 2010 se observa una concentración de los recursos al nivel del gobierno nacional pero durante el ejercicio del ciclo presupuestario se registra un PIM en el que se equilibran los pesos a nivel nacional y regional. Un factor que explica este proceso es que los recursos del SIS terminan pasando al PIM de las regiones durante el transcurso del año⁶

El año 2009, el porcentaje del presupuesto total asignado al nivel nacional fue del 50%, equilibrándose con el total de los pliegos regionales. El año anterior (2008) este porcentaje llegó al 54.9%. Esto debe considerarse como una señal positiva en el proceso de descentralización de los recursos, ya que porcentualmente representa una mayor asignación presupuestal para las regiones (Ver Cuadro N° 2).

⁶ Como se sabe el proceso de programación presupuestal se hace por adelantado. Por lo tanto, la programación del 2010 se ha realizado entre junio y agosto del 2009 y se ha aprobado en el Congreso en noviembre del 2009.

Cuadro N° 2: Descentralización del Programa Salud Materna Neonatal a nivel de PIA y PIM (2009)

Niveles de Gobierno	2008				2009				2010	
	PIA		PIM		PIA		PIM		PIA 2010	
	S/.	%	S/.	%	S/.	%	S/.	%	S/.	%
GOBIERNOS NACIONALES	217,983,412	64.0%	222,326,570	54.9%	204,723,027	57%	256,610,620	50%	284,361,556	63.6%
GOBIERNOS REGIONALES	122,238,080	35.9%	179,876,696	44.5%	154,322,951	43%	256,948,976	50%	162,712,071	36.4%
GOBIERNOS LOCALES	374,790	0.1%	2,434,495	0.6%	-	0%	-	0%	-	0%
Total	340,596,282	100%	404,637,761	100%	359,045,978	100%	513,559,596	100%	447,073,627	100%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta Amigable.

Se puede decir que la descentralización de los recursos no garantiza necesariamente, la eficiencia en la ejecución del gasto. Si bien, lo ideal es que la mayoría de los recursos se ejecuten localmente, se requiere:

- a. Mecanismos de control para los funcionarios. Tal como está el PpR está abierta esa posibilidad.
- b. Mayor información y promover mediante asistencia técnica, el desarrollo de capacidades en los equipos locales.

II. LA GESTIÓN DEL PROGRAMA

Para analizar la gestión del Programa se ha visto pertinente presentar la ejecución presupuestaria (por pliegos y componentes) así como señalar los avances y dificultades presentados en la elaboración del Balance. Las fuentes de información para este ítem han sido la información financiera del portal de la Consulta Amigable del MEF y también las entrevistas realizadas a los funcionarios de los Gobiernos Regionales (Huancavelica, Cusco y Puno) durante el 2009.

1. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL PSMN.

Una manera de aproximarse a la gestión del programa es a partir del análisis de la ejecución presupuestaria. Al mes de diciembre 2009 se ha logrado ejecutar 488, 254,269 millones de nuevos soles que representan el 95.1% del PIM, habiéndose dejado de ejecutar S/.,34, 556,056 equivalente al 7%. Sin embargo, como mencionáramos anteriormente es necesario analizar también la eficiencia, la equidad y la eficacia del gasto.

Cuadro N°3: Ejecución presupuestaria del Salud Materno Neonatal, según pliegos nacionales y regionales (2009)

Pliegos Nacionales y Regionales	PIA	PIM	Ejecución	
			S/.	%
GOBIERNO NACIONAL	204.723.027	256.610.620	238.286.767	93%
M. DE SALUD	121.164.325	156.790.499	147.413.436	94%
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	83.558.702	99.820.121	100.124.059	100%
GOBIERNOS REGIONALES	154.322.951	256.948.976	240.716.774	94%
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	4.975.252	7.024.275	6.699.118	95%
GOBIERNO REGIONAL ANCASH	2.810.550	5.124.252	5.039.757	98%
GOBIERNO REGIONAL APURIMAC	6.047.903	12.285.569	10.423.461	85%
GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA	14.794.809	20.614.649	19.920.796	97%
GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	15.367.932	22.899.731	22.155.163	97%
GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	10.302.502	18.779.516	18.565.406	99%
GOBIERNO REGIONAL CALLAO	9.720.344	15.080.496	12.216.571	81%
GOBIERNO REGIONAL CUSCO	6.225.190	14.549.805	13.925.982	96%
GOBIERNO REGIONAL HUANCARELICA	1.296.727	5.241.491	5.123.168	98%
GOBIERNO REGIONAL HUANUCO	6.452.269	10.196.442	8.626.303	85%
GOBIERNO REGIONAL ICA	1.376.823	2.780.045	2.035.278	73%
GOBIERNO REGIONAL JUNIN	4.735.386	16.882.143	13.821.897	82%
GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	12.195.291	12.391.290	12.434.988	100%
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	5.800.734	11.579.544	11.278.836	97%
GOBIERNO REGIONAL LIMA	11.531.048	16.038.421	15.123.094	94%
GOBIERNO REGIONAL LORETO	3.390.900	5.885.627	5.695.185	97%
GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS	2.483.669	3.098.820	3.122.466	101%
GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA	1.361.361	1.807.843	1.708.439	95%
GOBIERNO REGIONAL PASCO	1.042.503	2.933.977	2.482.649	85%
GOBIERNO REGIONAL PIURA	5.679.105	11.850.595	11.506.284	97%
GOBIERNO REGIONAL PUNO	9.305.964	10.942.940	10.566.768	97%
GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN	7.642.324	16.644.219	16.059.099	96%
GOBIERNO REGIONAL TACNA	8.687.727	9.093.533	9.092.533	100%
GOBIERNO REGIONAL TUMBES	73.000	96.573	96.570	100%
GOBIERNO REGIONAL UCAYALI	1.023.638	3.127.180	2.996.964	96%
Total	359.045.978	513.559.596	479.003.540	93%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta Amigable

Observación:

- En rojo: Los pliegos regionales con la más alta ejecución presupuestal
- En verde: Los pliegos regionales con la más alta ejecución presupuestal

Los pliegos que han ejecutado el 100% y algo más del PIM asignado son: el SIS y los gobiernos regionales de La Libertad, Madre de Dios, Tacna y Tumbes. Los pliegos con la ejecución más baja son: Callao (81%), Apurímac (85%), Huánuco (85%), Ica (73%), Junín (82%) y Pasco (85%) (Cuadro N° 3).

Los componentes referidos a la salud sexual y reproductiva, y a la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal, presentan una buena ejecución, por encima del 90%, en contraste con el componente “Infraestructura de salud” que tiene una ejecución del 4.1% (Cuadro N° 4)

Cuadro N° 4. Ejecución a nivel de componentes del Programa Presupuestal Estratégico de Salud Materno Neonatal (Periodo 2009)

Componentes	PIM	Ejecución	
		S/.	%
SALUD MATERNO NEONATAL	513.559.596	488.254.269	95,1%
ACCESO A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	38.753.302	37.739.500	97,4%
ACCESO DE GESTANTES A REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA MATERNA Y/O NEONATAL SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA	15.307.684	14.919.321	97,5%
ACCESO DE GESTANTES A SANGRE SEGURA Y SUS COMPONENTES	1.574.955	1.574.470	100,0%
ACCESO DE GESTANTES A SERVICIOS DE ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y COMPLICADO SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA	200.654.483	191.293.549	95,3%
ACCESO DE GESTANTES A SERVICIOS DE ATENCION PRENATAL DE CALIDAD Y DE LAS COMPLICACIONES SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA	111.769.665	105.713.870	94,6%
ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS CON CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA ATENDER COMPLICACIONES NEONATALES	40.627.084	38.779.213	95,5%
ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS DE ATENCION NEONATAL NORMAL	37.404.263	34.860.664	93,2%
ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	35.662.161	34.478.433	96,7%
BANCO DE SANGRE	2.237.199	2.237.198	100,0%
GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL	10.536.465	10.205.545	96,9%
INFRAESTRUCTURA DE SALUD	2.411.999	100.000	4,1%
MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	-	-	0,0%
POBLACION INFORMADA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	13.994.621	13.764.417	98,4%
REGULACION DE LA FINANCIACION Y PROVISION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MATERNO NEONATAL	2.625.715	2.588.088	98,6%
Total	513.559.596	488.254.269	95,1%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta Amigable

1.1. AVANCES Y DIFICULTADES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN

Los avances y dificultades serán abordados en los niveles nacional y regional. La identificación de los avances permitirá hacer recomendaciones para consolidar y hacer sostenibles los logros, así como extraer de ellos “lecciones aprendidas”, y la identificación de dificultades permitirá reflexionar sobre lo actuado y plantear recomendaciones para tomar medidas para revertirlas.

De la información obtenida al indagar sobre los procesos de gestión en los gobiernos regionales (Huancavelica, Cusco y Puno) se puede decir que existen diferentes percepciones sobre los roles que debe cumplir el gobierno regional en la implementación del PpR y que al interior de los gobiernos regionales, son los funcionarios de las gerencias de Planificación y Presupuesto quienes demuestran un mayor conocimiento técnico al respecto. Así mismo, manifiestan que las Gerencias de Desarrollo Social tienen un conocimiento aún incipiente y que se evidencian esfuerzos de articulación entre las gerencias de Planificación y Presupuesto del gobierno regional con el gobierno nacional, especialmente con el MEF.

EN EL NIVEL NACIONAL:

a) AVANCES:

Los avances en este nivel están referidos a los logros que se generan a nivel de las sedes de los Ministerios e incluyen los órganos de línea y de apoyo, así como los organismos públicos descentralizados. En el caso particular de este Programa el nivel nacional está representado por los Ministerios de Salud y Economía y Finanzas

- **Avances normativos.**

Se han emitido normas que permiten definir y regular el desarrollo de intervenciones vinculadas al PPE de Salud Materna Neonatal otorgándoles legitimidad y consentimiento, las mismas que se citan a continuación.

1) Se establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, a fin de disponer de información oportuna para una adecuada toma de decisiones político sanitarias en el marco de la descentralización en salud.⁷

2) Se aprueba el “Documento Técnico: Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009 - 2015”, elaborado en un proceso participativo, que contó con la participación de diferentes Sectores e instituciones públicas y privadas⁸.

3) EL SIS con un nuevo tarifario reconoce las atenciones brindadas para el seguimiento de la gestante. El seguimiento incluye atención extramural urbana, urbano marginal y rural (visita domiciliaria: recuperativo y/o preventivo)⁹.

4) El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS ha incorporado la atención del recién nacido normal, la atención de condiciones obstétricas (aborto incompleto con/sin complicaciones, embarazo, parto y puerperio normal, enfermedad trofoblástica, hiperémesis gravídica, embarazo, ectópico, óbito fetal, embarazos complicados, etc.)¹⁰. Esto debe garantizar el derecho de las mujeres a la atención de salud.

5) Se constituye la Comisión Intergubernamental de Salud, con el objetivo de desarrollar los componentes de la gestión descentralizada para el ejercicio de las competencias y funciones transferidas y otros temas de interés sectorial que acuerden desarrollar las partes involucradas en el proceso de descentralización¹¹.

- **Avances en la programación**

Durante el 2009 se han fortalecido los sistemas informáticos en Presupuesto por Resultados como el Sistema Integrado de Gestión Administrativa PpR, instrumento realmente útil para la formulación por costos a nivel de establecimientos de salud¹².

⁷ RM N° 279-2009/MINSA, 23 de abril del 2009

⁸ RM N° 207-2009/MINSA, 27 marzo del 2009

⁹ RM N° 240-2009/MINSA

¹⁰ Ley Maco de Aseguramiento Universal L N° 29344

¹¹ RM 871-2009/ MINSA

¹² A Enero del 2009 el Boletín de Reporte de Actividades Presupuesto por Resultados reportó que ya eran 141 unidades ejecutoras que vienen utilizando el SIGA PpR.

- **Avances en la articulación**

El SIGA PpR se está constituyendo en un articulador, pues para la programación requiere coordinar con Planeamiento, Logística y las responsables de los Programa Materno y Neonatal, de cada unidad ejecutora

El Colectivo por la Salud del Recién Nacido¹³, a través de las instituciones que lo conforman, coordina con el nivel nacional y el nivel regional del MINSA, para impulsar e iniciar la implementación de la N° 074-MINSA/DGSP¹⁴. Se ha avanzado implementándola en las regiones de Ayacucho, Cusco, Amazonas, San Martín y Apurímac.

El SIS, así como proyectos de la cooperación internacional y la Estrategia Nacional CRECER, se complementan para lograr reducir la brecha de afiliación y aseguramiento, poniendo énfasis en los distritos donde se concentra por barreras de acceso el mayor número de muertes maternas y perinatales¹⁵.

El PARSALUD II, junto con el MEF, está asistiendo a la DGSP del MINSA en la definición de nuevos programas estratégicos a ser incorporados al PpR. Asimismo, está apoyando a la OGPP, SIS y DGSP en la compatibilización de la estructura de servicios que hay en el PEAS, el PpR y el LPIS (Ver anexo)

El UNFPA está ofreciendo asistencia técnica para fortalecer las estrategias de adecuación cultural de los servicios de salud materna, y apoya la adquisición de insumos anticonceptivos.

- **Avances en el desarrollo de capacidades**

El MEF desarrolló un curso taller sobre “Programación Presupuestaria Estratégica en el Marco del Presupuesto por Resultado” para facilitadores de los gobiernos nacional y regionales. Participaron el Nivel Nacional del MINSA, y los gobiernos regionales de: Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Ica, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Puno, San Martín, Ucayali y Callao¹⁶. El PARSALUD II viene ejecutando a través del MEF, actividades similares, también ha levantado información para el SIGA patrimonio en Apurimac, Ayacucho y Huancavelica..

¹³ En el país se conformo el Colectivo de Salud Neonatal conformado por OPS/OMS, UNICEF, CARE, PRISMA, y pediatras neonatólogas, a las cuales se han ido sumando progresivamente representantes del Ministerio de Salud, de las Sociedades Científicas de Pediatría y Gineco Obstetricia

¹⁴ Norma técnica que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad materna neonatal en el primer nivel de atención.

¹⁵ <http://www.sis.gob.pe>

¹⁶ <http://www.mef.gob.pe>

- **Avances en información y transparencia**

A través del Portal de Transparencia Económica – Consulta Amigable, es posible acceder a la ejecución del gasto, pero se requiere que mantengan información actualizada, El usuario, para hacer uso fluido y adecuado de la Consulta Amigable necesita un proceso de aprendizaje.

b) DIFICULTADES:

Ocurren una serie de dificultades que desde nuestra óptica, derivan de una visión fraccionada del sistema de salud, una débil asistencia técnica y ausencia de trabajo en equipo. El grupo de seguimiento concertado de la MCLCP ha identificado las siguientes dificultades:

- **Dificultades normativas**

Aún no se logra que se interprete la esencia de la N° 074-MINSA/DGSP (mencionada anteriormente). Ésta sólo alcanzará su objetivo cuando se logre aplicar el paquete completo de intervenciones (basado en evidencias). Para contribuir a que esto ocurra el presupuesto debe asignarse por paquete completo y no por actividades. Sin embargo, esto no se está concretando en el PpR. Asimismo, el SIS al pagar por prestación ofrecida, tampoco lo hace.

- **Dificultades en la programación**

No obstante los avances, aún existen limitaciones en la programación del PpR y el manejo del SIGA PpR debido a que falta actualizar la estructura de costos, no está costado el monitoreo, la evaluación y la aprobación de normas. Además, no hay un manejo uniforme del SIGA PpR.

Los/las coordinadores/as de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - ESNSSR desconocen el presupuesto asignado al Programa Estratégico Materno Neonatal para el año 2010.

- **Dificultades en la articulación**

Las pruebas rápidas de VIH para el tamizaje en gestantes, no son restituidas por el fondo rotatorio del Objetivo 3 de la VI Ronda del Fondo Mundial.

Existe incipiente implementación del parto vertical y adecuación cultural; se necesitan más casas de espera y mejor articulación con Promoción de la Salud.

Los reembolsos tardíos del SIS limitan el abastecimiento oportuno de los insumos.

- **Dificultades en la información y transparencia**

El sistema de información en salud, HIS, no reporta todas las variables que necesita la ESNSSR para tomar decisiones. Solo reporta las actividades de consulta externa, mientras que la ESNSSR realiza actividades en servicios de hospitalización, laboratorio, emergencia y otros. En la reunión nacional de la ESNSSR se estandarizaron los formatos maternos-perinatales y SIS 240-M y se acordó remitir en ellos la información

La evaluación externa de la capacidad resolutive a los establecimientos FON e indicadores PpR realizada por el INEI, no es comparable con la auto evaluación de las DIRESA por haberse adicionado otros criterios y parámetros. Las 13 DIRESAs evaluadas desconocen los resultados, lo que no permite adecuar las intervenciones en función de ello y programarlas en el PpR.

EN EL NIVEL REGIONAL:

a) AVANCES:

En el marco de este encuentro de coordinadores de la ESNSSR se conformaron grupos macro regionales¹⁷ para trabajar los avances y dificultades identificadas durante el 2009.

- **Avances Normativos**

Las DIRESA de Ayacucho, Cusco, Amazonas, San Martín y Apurímac, han iniciado la implementación de la NT 074-MINSA/DGSP.

- **Avances en la programación**

Se han hecho esfuerzos por cumplir con la programación, han mejorado la cobertura de atención prenatal y atención del parto, a lo que han contribuido la captación precoz, el uso del radar de gestantes, las casas de espera, y la adecuación cultural de los servicios. La Macroregión Sur logró disminuir el embarazo en adolescentes ofreciendo atención diferenciada.

También ha aumentado el tamizaje de VIH con pruebas rápidas. En las regiones de Ayacucho, Pasco y Huánuco se fortalecieron los EESS FONB, y en Piura se reconocieron y sistematizaron las

¹⁷ La macro región norte la constituyeron las regiones de Tumbes, Piura, Cajamarca, La Libertad Ancash y Lambayeque; la macro región sur corresponde a Arequipa, Moquegua, Puno, Tacna, Cusco, Apurímac e Ica; la macro región centro la conformaron Junín, Pasco, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho; y la macro región oriente estuvo conformada por Amazonas, San Martín, Ucayali, Loreto y Madre de Dios.

experiencias exitosas. En La Libertad implementaron el monitoreo diario de las complicaciones obstétricas

- **Avances en articulación**

Las DIRESA de Huánuco, Huancavelica, Junín y Ancash, hicieron gestiones y lograron aprobación del presupuesto para contratar personal por CAS. Ayacucho fortaleció el trabajo multisectorial y se han firmado acuerdos de gestión con las redes y microrredes. En la Macro región Oriente, a través de la interacción con la comunidad ha mejorado el sistema de referencia comunal.

- **Avances en la generación de capacidades**

A solicitud de las regiones Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, el MEF está dando asistencia técnica para el manejo del SIGA PpR y les ha colocado sectoristas.

- **Avances en información y transparencia**

La DIRESA Cajamarca dispone de datos más confiables al haber mejorado la calidad de la información.

b) DIFICULTADES.

En este nivel se han identificado situaciones que están interfiriendo con una adecuada gestión.

- **Dificultades en el cumplimiento de la normatividad**

Los miembros del Colectivo por la Salud del Recién Nacido manifiestan que en la mayoría de regiones aún no se ha iniciado la implementación de la NT 074-MINSA/DGSP e incluso la desconocen.

- **Dificultades en la programación**

La mayoría de regiones manifiesta escasez de recursos humanos para cumplir con sus funciones y un débil trabajo de formulación presupuestal que tiene sus efectos en una deficiente asignación presupuestal, lo que no permite asegurar la calidad de las intervenciones, por ejemplo los coordinadores de la Etapa de Vida Adolescente señalan que no disponen de los recursos suficientes para sus actividades. Tuvieron desabastecimiento periódico de insumos anticonceptivos en Piura y Lambayeque y la Macroregión Norte manifiesta falta de reactivos de laboratorio, hechos que interfieren con el cumplimiento de lo programado.

La Macroregión Oriente tiene dificultades para cumplir la programación en poblaciones dispersas.

- **Dificultades en la articulación**

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva no logra establecer un trabajo coordinado con Promoción de la Salud ni con la Oficina de Planeamiento y Presupuesto respecto al PpR, y el SIS demora en hacer los reembolsos.

En algunas regiones no hay articulación entre la Dirección de Salud, la Gerencia de Desarrollo Social y el Gobierno Regional. Asimismo, las regiones refieren que tienen dificultad para articular con las áreas de planificación estratégica y con el MEF.

Las coordinadoras regionales de la ESNSSR manifiestan que falta monitoreo para cautelar que no se desvíe la inversión, y que ésta sea ejecutada en las actividades previstas.

La evaluación de la Macro región Oriente, revela que hay débil apoyo de los gobiernos locales para la sostenibilidad de las casas de espera

- **Dificultades en el desarrollo de capacidades**

Las universidades de la Macro Región Oriente aún no incorporan en su currícula la atención del parto vertical. Esto es necesario porque de esta manera los y las profesionales de las ciencias de la salud, particularmente obstetricia, medicina y enfermería, egresarían con las competencias para dar respuesta a las características culturales de la macro región. Así mismo, se estaría contribuyendo a la difusión y sostenibilidad de esta importante norma técnica.

- **Dificultades en la información y transparencia**

Hay coordinadoras que afirman que se está distorsionando la asignación del presupuesto; hay lugares donde se lo destina para contrato de personal en el área administrativa y compra de uniformes. Se generan dificultades al tratar de analizar la eficacia, la focalización y la eficiencia del gasto

Las coordinadoras de la Macroregión Norte reportan que no se consolida ni analiza información de gestantes controladas y partos ocurridos en ESSALUD, en la Sanidad de la FAP, etc. En las Regiones de La Libertad y Piura el HIS no recoge toda la información requerida.

III. MEJORAS EN LOS SERVICIOS E IMPACTOS EN LOS RESULTADOS ESPERADOS

La implantación del Programa de Salud Materna Neonatal tiene que ver con el logro concreto de metas para disminuir la morbi-mortalidad materna y la morbi-mortalidad neonatal, para el logro de lo cual la política pública se centra en la atención del ciudadano buscando mejorar la calidad de vida de mujeres y niños. Para el año 2011 respecto a la **Reducción de la mortalidad y enfermedades maternas y neonatales, se ha establecido**, reducir la razón de mortalidad materna de 164 a 120 por cien mil nacidos vivos, y la mortalidad infantil a 15 por cada mil nacidos vivos.

En este capítulo se va a presentar el análisis de las metas físicas y la evolución de los indicadores de resultado final, resultado intermedio y resultado inmediato.

1. ¿CUANTO MEJORARON LOS SERVICIOS?

Analizar el avance del Programa al nivel de metas físicas nos aproxima a una idea más clara de cómo se han venido desarrollando y organizando los servicios públicos para la atención de la gestante y el neonato¹⁸.

1.1. Déficit importante de información para identificar avance de metas físicas.

Una primera dificultad que se presentó al tratar de analizar las metas físicas estuvo relacionada a la organización de la información que es dispersa y heterogénea y en varios casos inconsistente limitando un análisis coherente.

Si bien el Grupo de Seguimiento Concertado reconoce que en este periodo se han logrado grandes avances en cuanto al acceso a la información pública a partir de los portales de transparencia, aún es un tema pendiente la oportunidad y la calidad de la misma.

1.2. La ejecución presupuestal es alta versus un bajo nivel de ejecución de las metas físicas.

No obstante las limitaciones técnicas, se ensayó un ejercicio para aproximarnos a las metas físicas las mismas que se presentan en el siguiente cuadro. De él se desprende que el nivel de avance es precario al corte de Diciembre del 2009 en los dos niveles de gobierno, representando un avance del 41.8% para el nivel nacional y el 34.4% para el nivel regional. Comparando esta información con la ejecución del presupuesto se observa un desequilibrio entre el avance físico y la ejecución presupuestal que alcanza el 95.1%.

¹⁸ La información de metas físicas se obtuvo solicitando la información al MEF a cierre de Diciembre del 2009.

Al analizar esta situación surgen en la Comisión de Seguimiento Concertado las siguientes hipótesis de trabajo:

- Puede haber ocurrido que la ejecución presupuestaria sea la alcanzada hasta fines de diciembre, pero que el avance de las metas no corresponda a esta fecha ni a todas las regiones por un problema de flujos de información.
- Que la ejecución presupuestaria haya sido destinada a otras actividades que no corresponden a las metas físicas.
- Que no haya habido una adecuada programación del presupuesto haciéndose un mal costeo y cálculo en la relación entre presupuesto y metas físicas.

Cuadro N° 5: Avance de meta física para el Programa Salud Materna Neonatal (Período 2009)

Componentes/ Finalidades	Unidad de Medida	Gobierno Nacional			Gobierno Regional		
		Meta Física	Avance de meta física	% de Avance de meta física	Meta Física	Avance de meta física	% de Avance de meta física
ACCESO A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		5.029.013	2.060.647	41,00%	2.230.834	1.079.860	48,40%
33292. Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	ATENCION	303.672	169.638	55,90%	1.113.103	611.860	55,00%
33291. Población accede a métodos de planificación familiar	PAREJA PROTEGIDA	4.725.341	1.891.009	40,00%	1.117.731	468.000	41,90%
POBLACION INFORMADA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		1.515	165	10,90%	174.843	70.958	40,60%
33289. Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva	COMUNIDAD	2	1	50,00%	2.868	1.209	42,20%
33412. Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva	FAMILIA	1.317	115	8,70%	169.061	65.453	38,70%
33290. Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva	INSTITUCION EDUCATIVA	186	48	25,80%	2.475	1.376	55,60%
33288. Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva	MUNICIPIO	10	1	10,00%	439	2.921	665,30%
ACCESO DE GESTANTES A REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA MATERNA Y/O NEONATAL SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA		54.853	18.229	33,20%	83.162	52.047	62,60%
33304. Acceso al sistema de referencia institucional	GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO	54.853	18.229	33,20%	83.162	52.047	62,60%
ACCESO DE GESTANTES A SANGRE SEGURA Y SUS COMPONENTES		1	-	0,00%	5	2	40,00%
33301. Preinversión de la red de centros de Hemoterapia tipo I y Tipo II	ESTUDIO DE PREINVERSION	1	-	0,00%	5	2	40,00%
ACCESO DE GESTANTES A SERVICIOS DE ATENCION DEL PARTO CALIFICADO Y PUERPERIO, NORMAL Y COMPLICADO SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA		807.807	354.462	43,90%	1.751.475	332.189	19,00%
--	ATENCION PUERPERAL	372.103	144.873	38,90%	667.607	149.686	22,40%
33297. Atención del parto complicado quirúrgico	CESAREA	85.629	45.492	53,10%	145.340	26.671	18,40%

Cuadro N° 5: Avance de meta física para el Programa Salud Materna Neonatal (Período 2009)

Componentes/ Finalidades	Unidad de Medida	Gobierno Nacional			Gobierno Regional		
		Meta Física	Avance de meta física	% de Avance de meta física	Meta Física	Avance de meta física	% de Avance de meta física
33299. Atención del puerperio con complicaciones	EGRESO	17.618	5.775	32,80%	112.341	6.258	5,60%
33296. Atención del parto complicado no quirúrgico. / 33300. Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos	PARTO COMPLICADO	40.171	19.494	48,50%	122.660	11.093	9,00%
--	PARTO NORMAL	292.286	138.828	47,50%	703.527	138.481	19,70%
ACCESO DE GESTANTES A SERVICIOS DE ATENCION PRENATAL DE CALIDAD Y DE LAS COMPLICACIONES SEGUN CAPACIDAD RESOLUTIVA		945.596	399.509	42,20%	1.006.722	268.947	26,70%
33294. Atención de la gestante con complicaciones	GESTANTE ATENDIDA	247.111	207.845	84,10%	320.634	133.614	41,70%
33172. Atención prenatal reenfocada	GESTANTE CONTROLADA	698.485	191.664	27,40%	686.088	135.333	19,70%
ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS CON CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA ATENDER COMPLICACIONES NEONATALES		124.953	54.506	43,60%	35.253	17.818	50,50%
33306. Atención del recién nacido con complicaciones	EGRESO	124.953	54.506	43,60%	35.253	17.818	50,50%
ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS DE ATENCION NEONATAL NORMAL		428.365	202.876	47,40%	318.813	157.436	49,40%
33305. Atención del recién nacido normal	RECIEN NACIDO ATENDIDO	428.365	202.876	47,40%	318.813	157.436	49,40%
ACCESO DE NEONATOS A SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES		7.711	3.582	46,50%	157.467	3.813	2,40%
33307. Atención del recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales-UCIN	EGRESO	7.711	3.582	46,50%	157.467	3.813	2,40%
GESTION DE LA ESTRATEGIA MATERNO NEONATAL		119	68	57,10%	1.925	749	38,90%
33243. Monitoreo, supervisión, evaluación y control	INFORME	119	68	57,10%	1.925	749	38,90%
REGULACION DE LA FINANCIACION Y PROVISION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MATERNO NEONATAL		19	7	36,80%	143	55	38,50%
33287. Desarrollo de normas y guías técnicas en salud materna neonatal	NORMAS	19	7	36,80%	143	55	38,50%

Cuadro N° 5: Avance de meta física para el Programa Salud Materna Neonatal (Período 2009)

Componentes/ Finalidades	Unidad de Medida	Gobierno Nacional			Gobierno Regional		
		Meta Física	Avance de meta física	% de Avance de meta física	Meta Física	Avance de meta física	% de Avance de meta física
	APROBADAS						
BANCO DE SANGRE		-	-	-	3	1	33,30%
Construcción del banco de sangre tipo II.	ESTABLECIMIENTO	-	-	-	3	1	33,30%
INFRAESTRUCTURA DE SALUD		-	-	-	2	2	100,00%
Construcción de centro de hemoterapia y banco de sangre	M2	-	-	-	2	2	100,00%
MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		-	-	-	1	-	0,00%
Mejoramiento de la capacidad operativa del banco de sangre tipo II de la DIRESA – Ayacucho	OBRA	-	-	-	1	-	0,00%
Total general		7.399.952	3.094.051	41,80%	5.760.648	1.983.877	34,40%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta Amigable

2. AVANCES EN LOS RESULTADOS ESPERADOS DEL PROGRAMA.

En relación al programa de Salud Materno Neonatal, se muestra en el cuadro N° 6 las variaciones entre los años 2007 – 2009. En términos generales se puede decir que se han experimentado mejoras en los indicadores de los resultados priorizados, no obstante algunos experimentan un incremento muy lento y uno de ellos ha experimentado un retroceso.

2.1. Se ha reducido la tasa de mortalidad materna y mortalidad neonatal.

En los indicadores de resultado final se cuenta con información de la ENDES Continua 2009 sobre la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal. La razón de mortalidad materna se ha reducido en un 44%, respecto a la estimación de línea de base en el 2007, llegando a 103 por 100,000 nacidos vivos¹⁹.

En el indicador tasa de mortalidad neonatal, se registra un descenso de 23 por mil nv en el 2000 a 11 por mil nv en el 2009, sin embargo, entre el reporte 2007 - 2008 y 2009 se ha experimentado un discreto ascenso en 1%. Por su parte, la tasa de mortalidad infantil reportada en la ENDES 2009 es de 20 por mil nv, 13 puntos porcentuales menos que la reportada en la ENDES 2000, que fue de 33 por mil nv²⁰.

Cuadro N° 6: Progreso en Indicadores de Resultados del Programa Salud Materno Neonatal 1/						
Descripción	Nombre del indicador	Estimado 2007	Estimado 2008	Estimado 2009	Diferencia 2007/2009	Evaluación
RESULTADO FINAL						
Propósito: Mejorar la salud materno neonatal	Tasa de mortalidad neonatal - Número de niños nacidos vivos que mueren antes de cumplir un mes por mil nacidos vivos	15	13	11	-2	Mejora
	Ratio de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos	164	n.d	103	-61	Mejora
	Tasa de mortalidad infantil	18	20	20	+2	Retroceso

¹⁹ La cifra de 164/100,000 corresponde a la estimación tomada como línea de base al elaborar este PPE en el año 2007.

²⁰ INEI – ENDES 2000

Cuadro N° 6: Progreso en Indicadores de Resultados del Programa Salud Materno Neonatal 1/

Descripción	Nombre del indicador	Estimado 2007	Estimado 2008	Estimado 2009	Diferencia 2007/2009	Evaluación
RESULTADOS INTERMEDIOS						
Reducción Morbilidad y Mortalidad Materna	Cobertura de Parto Institucional rural- Porcentaje de últimos nacimientos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta en áreas rurales atendidos por personal de salud capacitado y se llevó a cabo en un establecimiento de salud.	49.4	56.2	59	-9.6	Mejora
	Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales- porcentaje de gestantes en zonas rurales que dieron parto por cesárea.	7	6.2	7.5	-0.5	Mejora
Reducción Morbilidad y Mortalidad Neonatal	Proporción de neonatos atendidos en EESS	76.6	--	82	-5.4	Mejora
	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación	14.7	10.4	15	-0.3	No se ha modificado
RESULTADOS INMEDIATOS						
Población informada en salud sexual y reproductiva	Proporción de mujeres en edad fértil con conocimiento de algún método de planificación familiar	99.2	99.3	99.3	0.0	Porcentaje persiste elevado
Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos – Porcentaje de mujeres en edad fértil que desearían no tener más hijos o postergarían el nacimiento de un hijo, pero no están usando un método de planificación familiar.	10.2	8.6	7.2	-3.0	Mejora
Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutoria	Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales	76.4	80	80.8	-4.4	Mejora
	Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I trimestre	71.3	72.2	72.4	-1.1	Débil tendencia ascendente

1/ Todos los indicadores provienen de la ENDES-INEI a Diciembre del 2009.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Exposición de Motivos para la Ley de Presupuesto Público 2010.

Nota de Elaboración: La columna de Mejoras ha sido elaborada por la MCLCP.

2.2. Ha mejorado la cobertura del parto institucional en zonas rurales y la atención a recién nacidos vivos.

Con relación a los resultados intermedios, se registran mejoras en la cobertura del parto institucional en zonas rurales al pasar de 49.4% a 59%. En cuanto a la cobertura de cesáreas en gestantes de áreas rurales, prácticamente no ha habido modificaciones, al pasar de 7% (2007-2008) a 7.5% (2009)

La atención a recién nacidos vivos en establecimientos de salud presenta una clara tendencia de mejora al pasar en el lapso reportado, de 76.6% a 82.0%. Sin embargo, no se ha modificado la proporción de atención de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.

2.3. Ha mejorado débilmente la atención prenatal a la madre gestante y el acceso a métodos de planificación familiar.

En relación a los resultados inmediatos, la “proporción de mujeres en edad fértil con conocimiento de algún método de planificación familiar” siendo este un indicador con un avance elevado (99%), prácticamente no ha experimentado variación entre el 2007 y el 2009.

Respecto al acceso a los métodos de planificación familiar y servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, la proporción de demanda no satisfecha de métodos reporta una disminución lo que significa un avance entre el 2007 y el 2009.

El indicador “gestantes con 6 controles prenatales” presentan una tendencia ascendente sostenida, aunque lenta, al pasar de 76.4% a 80.8%. En el caso del resultado inmediato “gestante con por lo menos un control en el último trimestre” ha pasado de 71.3% a 72.4%, correspondiendo al año intermedio (2008) 72.4%²¹.

²¹ INEI-ENDES 2009

IV. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

Sobre la base del balance presentado y tomando en cuenta la reflexión y análisis acumulado, se plantean los siguientes aprendizajes desde los cuales proponemos recomendaciones para mejorar la gestión del Programa:

LECCIÓN N° 1: La eficacia en la gestión del Programa, y la mejora en el diseño, planificación y programación, permite la provisión oportuna de los bienes y servicios requeridos para la atención de las gestantes y los recién nacidos.

RECOMENDACIONES:

1.1. Garantizar la provisión a los servicios de atención materna y neonatal, atendiendo las finalidades del componente “Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva”

1.2. Incorporar al componente “Acceso de gestantes a referencia y contrarreferencia materna y/o neonatal según capacidad resolutiva” una finalidad referida a garantizar personal de salud con competencias para identificar signos de alarmas, estabilizar y referir de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

1.3. Precisar mejor los componentes “Acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes” y “Banco de Sangre”. Debe considerarse la construcción paulatina de una red que a nivel nacional permita el acceso a sangre segura.

1.4 Incorporar al componente “Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva” una finalidad orientada a la atención de las/los adolescentes.

LECCIÓN N° 2. Para mejorar los servicios priorizados en el PPE Salud Materna Neonatal es necesario mejorar la asignación presupuestal teniendo presente tres criterios: equilibrio, equidad y descentralización.

RECOMENDACIONES:

2.1. La asignación presupuestaria al PPE Salud Materno Neonatal ha tenido presente parcialmente los tres criterios identificados. Es fundamental avanzar hacia una mejor programación para las regiones, garantizando la eficiencia de la ejecución del gasto y una adecuada asignación de

recursos en las regiones que presenten los indicadores de mortalidad materna y neonatal más elevados (Puno, Cajamarca, Huánuco, Cusco, Loreto y San Martín).

2.2. Siendo las hemorragias la principal causa de muerte materna (48%) y la atención de emergencias por esta causa aún muy precaria se considera necesario una mayor inversión en los componentes “Acceso de gestantes a sangre segura” y “Banco de Sangre” para la implementación de una red nacional que asegura la disponibilidad de sangre segura²².

2.3. Es necesario asignar presupuesto a los componentes “Infraestructura de salud”, “Banco de Sangre” y “Mejoramiento de la capacidad resolutive en establecimientos de salud” para contribuir al cumplimiento de los estándares y al logro de resultados del Programa.

2.4. Mejorar la calidad de la información que permite la toma de decisiones informada y la planificación y programación acorde a las necesidades reales en las regiones.

LECCIÓN N° 3: La implementación del PPE Salud Materna Neonatal ha evidenciado la necesidad de fortalecer la articulación y coordinación intra e intersectorial. Así mismo, que es fundamental incorporar a los gobiernos locales en la planificación y en el establecimiento de las metas físicas, ya que en estos espacios se ejecutan actividades, muchas de ellas en coordinación con los establecimientos del primer nivel de atención.

RECOMENDACIONES:

3.1. Fortalecer la Comisión Intergubernamental de Salud como instancia permanente de articulación de la gestión sanitaria entre el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, e involucrar activamente a los gobiernos regionales y locales.

3.2. Mayor especificación y precisión de las responsabilidades, en relación con las funciones transferidas y delegadas en los niveles de gobierno nacional, regional y local.

3.3. Que los gobiernos locales compartan información con los centros de salud de su jurisdicción sobre las intervenciones que realizan en el campo de la salud materna neonatal.

²² La implementación de la red debe adecuarse a las características geográficas y climatológicas de las regiones tal cual se menciona en la Resolución Ministerial N° 237-98-SA/DM NT “Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre” y la Resolución Ministerial N° 614-2004-MINSA que aprueba las NT del Sistema de gestión de Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

3.4. Con el propósito de tener una data que nos aproxime a la magnitud de las intervenciones en los diferentes niveles de gobierno, los gobiernos locales podrían registrar sus actividades referidas a salud materna neonatal, con los mismos códigos presupuestales que usa el MINSA para los Programas estratégicos. Esta propuesta podría iniciarse con un piloto en los 54 municipios del ámbito del aseguramiento universal.

LECCIÓN N° 4. El cambio de enfoque en el diseño y la programación presupuestaria requiere que los responsables de la gestión del PPE Salud Materno Neonatal, especialmente en las regiones, desarrollen las capacidades pertinentes.

RECOMENDACIONES:

4.1. Que el Nivel Nacional del MINSA privilegie el apoyo técnico y fortalezca el desarrollo de capacidades del equipo de la “Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva”. Así mismo, considere la integración de la atención de la madre y del recién nacido bajo la responsabilidad de la ESNSR para garantizar, bajo el enfoque perinatólogo, la atención integral del binomio madre – niño.

4.2. Que el MINSA en coordinación con el MEF asistan técnicamente a las regiones con mayor tasa de mortalidad materna y neonatal para elevar su desempeño en la gestión del Programa.

4.3. Que MEF, el MINSA y los gobiernos regionales programen el desarrollo de capacidades en las regiones para el uso de la metodología de Presupuesto por Resultados de los funcionarios implicados en el PPE Salud Materno Neonatal. Las actividades de capacitación en las regiones deben contemplar una fase de acompañamiento para consolidar el proceso de aprendizaje y la continuidad de la aplicación de la metodología de manera adecuada.

LECCIÓN N° 5: La experiencia de hacer un seguimiento concertado a lo largo del proceso de diseño e implementación del PPE Salud Materno Neonatal está permitiendo niveles de intercambio, coordinación y articulación intersectorial entre los responsables del Sector Salud y el MEF, y entre el Estado y la Sociedad. Así mismo, ha permitido aprendizajes compartidos respecto de la gestión pública y ha facilitado establecer relaciones con varias regiones y conocer el trabajo que se viene realizando en ellas.

RECOMENDACIONES:

5.1. Fortalecer la articulación entre el personal técnico de la ESNSR y de la Etapa de Vida Niño (niveles nacional y regional) con las áreas de planificación, programación y logística.

5.2. Es importante que los gobiernos regionales promuevan el seguimiento concertado en el ámbito regional para una mayor comunicación y articulación intersectorial, facilitando a la vez la participación y articulación de las instituciones de la sociedad civil y empresas privadas con experiencia en intervenciones relacionadas al Programa de Salud Materna Neonatal.

LECCIÓN N° 6: Se ha constatado que el Módulo de Consulta Amigable del Sistema Integrado Administrativo Financiero del Estado-SIAF, es un instrumento valioso para el seguimiento de los avances en la ejecución tanto de las metas físicas como presupuestales programadas cada año para el PPE Salud Materna Neonatal. Ello ha permitido avanzar en el análisis de impacto del programa.

RECOMENDACION:

6.1 Mejorar los mecanismos de retroalimentación y actualización de información intrasectorial e intersectorial y entre los diferentes niveles de gobierno a fin transparentar el uso de los recursos públicos en cada uno de los componentes del programa.

Anexo 1

APOYO DE PARSALUD II AL DESARROLLO DE LA GESTIÓN POR RESULTADOS

El desarrollo de la Gestión por Resultados en el Sector Salud, está materializado en la implementación de dos programas estratégicos asociados con la mejora de la salud de las gestantes, madres y recién nacidos (PE Materno-Neonatal y la salud infantil (PE Articulado Nutricional), a través de los cuales se está induciendo la asignación de recursos financieros para una lista de productos (servicios priorizados), condicionada al cumplimiento de metas y resultados sanitarios previamente definidos.

La perspectiva es enlazar asignaciones presupuestales a resultados sanitarios previstos y superar paulatinamente el gran problema que actualmente existe de insuficiente financiamiento de la salud. Incluso, es a través del desarrollo de la Gestión por Resultados que debería garantizarse la disponibilidad de financiamiento para implementar progresivamente el Aseguramiento Universal de la Salud. Esto significa la incorporación de nuevos programas estratégicos en el marco del PPR conducido por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), a través de los cuales se cubran la totalidad de servicios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

En ese sentido, el PARSALUD II está contribuyendo a través de asistencia técnica en dos frentes:

1. Desarrollo de condiciones básicas para la implementación del PPR en regiones.
 - Fortalecimiento de las capacidades de programación y ejecución de inversiones en equipamiento e infraestructura en salud, a través de asistencia técnica directa y generación de información de base de los establecimientos de salud (inventarios de activos fijos) que ayude a la actualización de brechas de recursos que deben cerrarse para lograr los resultados sanitarios deseados. Dicha información debe procesarse en el Módulo de Patrimonio del SIGA PPR.
 - Mejora de la capacidad de gestión de recursos asignados a los dos programas estratégicos, a fin de garantizar el cumplimiento de metas y resultados sanitarios correspondientes a su población materna-neonatal e infantil. En coordinación con la OGPP, se tiene previsto apoyar a todas las regiones del ámbito de PARSALUD en el fortalecimiento y articulación de sus procesos de planeamiento, logística y prestaciones de servicios de salud.
 - Capacitación permanente a los equipos técnicos de las regiones en el proceso de programación y ejecución presupuestal, a través de los instrumentos del PPR, específicamente el SIGA. Al respecto, los Coordinadores Zonales de Regiones y un grupo de especialistas del nivel central de PARSALUD II están preparándose, en coordinación con el MEF, para brindar dicha capacitación.

2. Extensión de los alcances del PPR.

- Junto con el MEF, se está asistiendo a la DGSP del MINSA en la definición de nuevos programas estratégicos a ser incorporados dentro del marco de PPR, particularmente en la definición de la estructura de productos y subproductos (finalidades y subfinalidades presupuestales), definiciones operacionales, criterios de programación y estructuras de costos estándares. Se espera que dicha incorporación se traduzca en una ampliación significativa de la cobertura financiera de servicios priorizados de salud y, consecuentemente, se amplíe el financiamiento disponible para la implementación del PEAS.
- Se está apoyando a la OGPP, SIS y DGSP en la compatibilización de la estructura de servicios que hay en el PEAS, el PPR y el LPIS. Esto en la perspectiva de disponer de una estructura única a ser incorporada en la lógica de gestión por resultados y se garantice que las asignaciones que se realice a través de pliegos de los gobiernos regionales y del SIS sean efectivamente correspondientes con el proceso de planeamiento de los equipos técnicos de las regiones.

ANEXO 2: ACRONIMOS

CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc
CAS	Contrato Administrativo de Servicio
CLAS	comunidades Locales de Administración de Salud
DISA	Dirección de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
EESS	Establecimientos de salud
ESSALUD	Seguridad Social
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FAP	Fuerza Aérea de Perú
FON	Funciones obstétricas y neonatales
FONB	Funciones obstétricas y neonatales básicas
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
HIS	Health Information System
LPIS	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias
MCLCP	Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
NT	Norma técnica
OGPP	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
PARSALUD II	Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, 2da etapa
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIA	Presupuesto institucional de apertura
PIM	Presupuesto institucional modificado
PPE	Programa Presupuestal Estratégico
PpR	Presupuesto por resultado
PRISMA	Asociación Benéfica PRISMA
RM	Resolución ministerial
SIAF	Sistema Integrado Administrativo Financiero del Estado
SIGA PpR	Sistema de Gestión Administrativa del Presupuesto por resultado
SIS	Seguro Integral de Salud
SRC	Sistema de referencia comunal
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	United States Agency for International Development