



# CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL ENTRE EL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS, A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESUPUESTO PÚBLICO, Y EL GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA



Conste por el presente documento, el CONVENIO de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, que suscriben:



De una parte el Gobierno Regional del Departamento de Cajamarca representado por su Titular, el Sr. Cesar Augusto Aliaga Diaz, identificado con DNI N° 07926689, según credencial expedida por el Jurado Nacional de Elecciones, con domicilio legal en Jr. Santa Teresa de Journet N° 351 Cajamarca, al que en adelante se denominará Entidad Pública.



De otra parte, el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuesto Público, representado por su Director General, Sr. Rodolfo Acuña Namihás, con domicilio legal en Jr. Junín N° 319 - Lima;



y con la participación del Seguro Integral de Salud (SIS) representado por su Jefe Institucional Sr. Pedro Fidel Grillo Rojas, identificado con DNI N° 09644064, con domicilio legal en Av. Carlos Gonzales N° 212, Urb. Maranga, san Miguel - Lima;

de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

## CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

El 07 de marzo de 2014, entró en vigencia el Convenio Específico entre la República del Perú y el Reino de Bélgica relativo al "Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en el Perú – Componente de Apoyo Presupuestal".

Mediante el Artículo 15 de la Ley N° 29951, se dispone que las donaciones que reciba el Estado, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, para impulsar los Programas Presupuestales son asignadas y transferidas a las Entidades Públicas mediante la suscripción de Convenios. Asimismo en el convenio se debe establecer las metas y compromisos que la entidad debe cumplir y los montos a ser transferidos por el Ministerio de Economía y Finanzas.

En virtud a la referida Ley, se autoriza a la Dirección General de Presupuesto Público a suscribir convenios con las Entidades Públicas.

A través de la Directiva N° 002-2014-EF/50.01 se regula el Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestales.

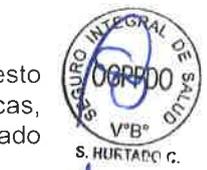
## CLÁUSULA SEGUNDA: NATURALEZA Y OBJETO DEL CONVENIO

Impulsar la implementación del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal con recursos provenientes de Apoyo Presupuestario que el Estado ha recibido. En lo sucesivo denominado Programa cuya descripción se presenta en el Anexo I "Especificaciones Técnicas del Convenio" que forma parte integrante del presente CONVENIO.

## CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

Las definiciones a considerar a efectos del presente CONVENIO son las siguientes:

- a) **Programa Presupuestal:** Es una categoría que constituye un instrumento del Presupuesto por Resultados. Es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un Resultado



Específico en la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de política pública.

**Resultado Final:** Es un cambio en las condiciones, cualidades o características inherentes a una población identificada, en el entorno en el que se desenvuelve o en las organizaciones que la sirven, tanto del sector público como privado. Corresponde a un objetivo de política nacional.

- c) **Resultado Específico:** Es el cambio que se busca alcanzar para solucionar un problema identificado sobre una población objetivo, y que a su vez contribuye al logro de un resultado final.
- d) **Producto:** Es un conjunto articulado de bienes y servicios que recibe la población beneficiaria con el objetivo de generar un cambio. Los productos son la consecuencia de haber realizado, según las especificaciones técnicas, las actividades correspondientes en la magnitud y tiempo previstos.
- e) **Entidad pública:** Es todo organismo público con personería jurídica de los niveles de Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local incluidas sus empresas.
- f) **Apoyo Presupuestario:** Recursos públicos provenientes de donaciones que recibe el Estado, a través del MEF, para impulsar los resultados de uno o más PP, y que se asignan a las entidades públicas, previa suscripción del Convenio – PP. Las donaciones también podrán destinarse a las acciones de medición, seguimiento y asistencia técnica que desarrolle la DGPP, en el marco del Artículo 15 de la Ley N° 29951.
- g) **Compromiso de Gestión:** Acto que contiene las acciones específicas que la entidad pública se compromete a ejecutar con el fin de mejorar el diseño y eficacia de los PP, incrementar la eficiencia de los procesos críticos y de soporte para la adecuada entrega de los productos y servicios a los beneficiarios de las intervenciones del PP. En el Convenio – PP, un Compromiso de Gestión se desagrega en Procesos a mejorar, a su vez cada Proceso se subdivide en Subprocesos Críticos y para cada una de ellas se establece uno o más Criterios de evaluación con su correspondiente Nivel de Cumplimiento.
- h) **Proceso:** Es un conjunto estructurado de tareas lógicamente relacionadas entre ellas que se establecen para conseguir un producto bien definido; por lo tanto, utilizan diversos recursos como insumos, los cuales son gestionados para transformarlos y, con ello, agregarle valor bien o servicio que las entidades públicas entregan a la población objetivo del PP.

Dentro de un Compromiso de Gestión, los procesos priorizados son los siguientes: i) programación operativa; ii) El proceso logístico; iii) La organización de la entidad pública para producir y entregar los productos a los beneficiarios del Programa Presupuestario Estratégico; iv) El seguimiento, supervisión y evaluación.

- i) **Sub Proceso crítico:** Es un proceso que se deriva de uno de los cuatro procesos priorizados y que razón de su rol para lograr generar los Productos del PP se reconoce como crítico. Estos sub procesos son parte de los Compromisos de Gestión con la finalidad de instalar prácticas operativas que mejoren la eficiencia y el uso de los recursos para la provisión de los Productos de los PP. Por cada Proceso definido en el Compromiso de Gestión se define uno o más sub procesos críticos.
- j) **Criterios:** Son parámetros establecidos para medir y verificar de manera objetiva el desempeño de la institución para ejecutar el Sub Proceso Crítico. Por cada Sub Proceso Crítico se puede formular uno o más Criterios. Asimismo, para cada Criterio se establece Niveles de Cumplimiento.
- k) **Nivel de Cumplimiento:** Son los valores o condiciones que se espera alcanzar en cada uno de los Criterios.
- l) **Programación Operativa:** Es un proceso de soporte que debe ejecutar toda entidad pública que entrega productos a los beneficiarios de un PP. A través de este proceso se determina con precisión lo siguiente: i) la cantidad anual de beneficiarios por cada uno de los Productos



del PP; ii) el número anual de beneficiarios que se proyecta atender en cada punto de atención; iii) los insumos que son necesarios que estén disponibles en cada punto de atención para producir en cantidad y calidad los Productos del PP; iv) el presupuesto que se requiere para adquirir los insumos, transformarlos y convertirlos en Productos del PP; vii) los costos para producir los Productos del PP en el punto de atención al beneficiario.

m) **Proceso logístico:** Es el proceso a través del cual las entidades públicas resuelven la logística de aprovisionamiento de los insumos que se requieren para ofertar los productos de los PP en el punto de atención al ciudadano. A través de ese proceso se establece con precisión lo siguiente: i) El plan anual de adquisiciones y sus modificaciones; ii) El control de inventarios y stock de los insumos en los almacenes y su distribución a los puntos de atención; iii) Los puntos de atención con exceso o con déficit de los insumos críticos.

n) **Organización para la producción del producto y su entrega a los beneficiarios:** Es el proceso mediante el cual se organiza la entidad pública para entregar los Productos, a los usuarios de la manera más conveniente y eficiente, de tal modo que todos los beneficiarios tengan acceso oportuno a los servicios que ofrece el PP. Este proceso incluye la organización interna del punto de atención para ofrecer a los beneficiarios un servicio acorde con los estándares básicos de calidad. Mediante este Proceso se determina con precisión lo siguiente: i) los puntos de atención donde se ofrece los Productos del PP a la población objetivo; iii) la lista de Productos que serán ofrecidos en cada punto de atención; iii) la organización interna de la entidad pública por centros de costos y su vínculo con los Productos; iv) los convenios y alianzas con otras instituciones que contribuyan con la implementación de los Productos.

o) **Supervisión, seguimiento y evaluación:** Es el proceso mediante el cual la entidad pública genera los Productos que contribuyan a la mejora en la gestión, conducción, supervisión, seguimiento y evaluación del PP. A través de este proceso la entidad pública establece al menos los siguientes tres sub procesos: i) Recolección, administración, organización, almacenamiento de las fuentes datos y correspondientes bases de datos que se constituyen en insumos para la generación de los indicadores del PP, y al mismo tiempo son esenciales para la Verificación del cumplimiento del **Convenio – PP**; ii) El procesamiento y análisis para elaborar bases de datos analíticas; iii) La diseminación de la información y transparencia.

p) **Tramo fijo:** Monto de transferencia a la entidad pública asociada al cumplimiento de los Compromisos de Gestión consignados en el Convenio.

q) **Tramo variable:** Monto de la transferencia a la entidad pública asociada al cumplimiento de las metas de los Indicadores de Productos y/o Resultados consignadas en el **Convenio – PP**.

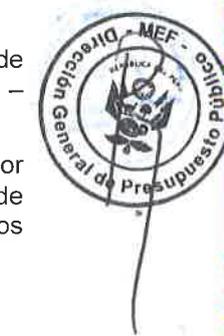
r) **Informe de Verificación del Cumplimiento del Convenio:** Es un documento elaborado por la Dirección General de Presupuesto Público a través del cual se presenta los resultados de la verificación del cumplimiento de las metas de los Indicadores de Productos y/o Resultados y de los Compromisos de Gestión.

#### CLÁUSULA CUARTA: DEL OBJETIVO DEL CONVENIO

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

#### CLÁUSULA QUINTA: DE LA VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente CONVENIO tendrá una duración de tres años, y entrará en vigencia a la fecha de su suscripción por la Dirección General de Presupuesto Público, el SIS y la Entidad Pública.





Para efecto del cómputo de los plazos establecidos en días en el presente CONVENIO, éstos se entienden como días calendarios. En caso que el último día del plazo coincida con un día no laborable, se entiende que el plazo queda automáticamente prorrogado al día hábil inmediato siguiente.

### CLÁUSULA SEXTA: DE LOS INDICADORES Y COMPROMISOS DE GESTIÓN

Los Indicadores seleccionados para el presente CONVENIO, en conformidad con la Directiva N° 002-2014-EF/50.01, son los siguientes:

- Indicador 1** : Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.
- Indicador 2** : Proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 que tienen parto institucional en Establecimientos de Salud FONB y FONE.
- Indicador 3** : Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 con consejería en Planificación Familiar.
- Indicador 4** : Proporción de mujeres procedentes de los quintiles I y II que usan algún método moderno de planificación familiar.

Las metas de los Indicadores, así como las definiciones vinculadas con el indicador, las fuentes de datos, los procedimientos y otros elementos son establecidas en el Anexo I "Especificaciones Técnicas del Convenio".

Los Compromisos de Gestión, en conformidad con la Directiva N° 002-2014-EF/50.01, están referidos a las siguientes Procesos:

- Proceso 1:** Programación Operativa
- Proceso 2:** Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos
- Proceso 3:** Organización para la producción de los productos y su entrega a los beneficiarios directos.
- Proceso 4:** Supervisión, seguimiento y evaluación

Los Sub Procesos Críticos que se derivan de los Procesos antes indicados, los Criterios y los parámetros para determinar el Nivel de cumplimiento del Compromiso de Gestión son establecidos en el Anexo I "Especificaciones Técnicas del Convenio".

### CLÁUSULA SÉPTIMA: DE LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y COMPROMISOS

La Entidad Pública remitirá el informe de cumplimiento de los compromisos de gestión y metas de los indicadores al Seguro Integral de Salud – SIS y a la Dirección General de Presupuesto Público del MEF.

El SIS realizará la revisión y verificación del cumplimiento de los compromisos y metas de los indicadores priorizados (1,2 y 3) en el Convenio e informará al MEF al respecto.





La Dirección General de Presupuesto Público, con la información remitida por el SIS, es la encargada de elaborar el "Informe de Verificación de Cumplimiento del Convenio". En caso fuera necesario, podrá solicitar a la entidad pública información complementaria para dicha verificación.



De acuerdo con los resultados de la Verificación, el Ministerio de Economía y Finanzas procede con la transferencia de recursos de apoyo presupuestario a la ENTIDAD PÚBLICA. Los montos a ser transferidos, así como los plazos para hacer efectiva dicha transferencia están establecidos en el Anexo II "Especificaciones Administrativas del Convenio" que forma parte integrante del presente CONVENIO.



**CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS MODALIDADES DE DESEMBOLSO Y CALENDARIO**

En la comunicación que realiza la Dirección General de Presupuesto Público acerca de los desembolsos que serán otorgados a la entidad pública se debe contemplar las modalidades y el cronograma de desembolso, especificando los tramos fijos o variables en función del cumplimiento de los indicadores y compromisos establecidos en el presente CONVENIO y de acuerdo a lo consignando en el Anexo II "Especificaciones Administrativas del Convenio".



**CLÁUSULA NOVENA: PLAZOS PARA LAS TRANSFERENCIAS**

Los procedimientos para la autorización y transferencia de los recursos se realizan de acuerdo a lo especificado en la Directiva N° 002-2014-EF/50.01, y de acuerdo a lo establecido en el Anexo II "Especificaciones Administrativas del Convenio".



**CLÁUSULA DÉCIMA: DIFUSIÓN Y TRANSPARENCIA**

El presente CONVENIO suscrito debe ser publicado en la página Web del Ministerio de Economía y Finanzas, el SIS y de la Entidad Pública.

Los valores de los indicadores, bases de datos y los algoritmos aplicados para procesar los datos y verificar el cumplimiento el Convenio, así como los informes de avance y otros reportes vinculados con la ejecución del Convenio, también debe ser publicados en la página Web del Ministerio de Economía y Finanzas, del SIS y en la de la Entidad Pública.



**CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LA COMUNICACIÓN**

Durante la vigencia del presente CONVENIO y para las comunicaciones que se refieran a éste, las partes deben realizar dichas comunicaciones por escrito, incluyendo una referencia explícita al CONVENIO.

Para efectos de lo establecido en el párrafo precedente, las comunicaciones deben remitirse a las siguientes direcciones:

**a) ENTIDAD PUBLICA**

Presidente Regional de Cajamarca  
 Gobierno Regional del Departamento de Cajamarca  
 Jr. Santa Teresa de Journet N° 351  
 Teléfono: (076) 599004, anexo 1011





**b) MINISTERIO ECONOMIA Y FINANZAS**  
 Director General de la Dirección General de Presupuesto Público  
 Jirón Junín 319  
 Cercado de Lima - Lima 1 Perú  
 Teléfonos: (511) 311 5941 - 428 9920 - 626 9920



**c) SEGURO INTEGRAL DE SALUD**  
 Jefe Institucional  
 Av. Carlos Gonzales 212, Urb. Maranga  
 San Miguel - Lima  
 Teléfonos: (511) 514 5555



**CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DE LA MODIFICACIÓN DEL CONVENIO**

El CONVENIO podrá ser modificado, mediante Adenda, siempre que la DGPP y el SIS evalúen que el objetivo del convenio se mantiene, previa verificación del avance en los compromisos de gestión y las metas de los indicadores de resultado y/o producto del PP.

**CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: ANEXOS**

Se incorporan al presente CONVENIO como anexos, los siguientes documentos:

Anexo I: "Especificaciones Técnicas del Convenio"

Anexo II: "Disposiciones Administrativas del Convenio"

Las partes suscriben dos ejemplares de igual valor y tenor, en Lima, a los 05 días del mes de Setiembre de 2014.

GOBIERNO REGIONAL DEL  
 DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA



MINISTERIO DE ECONOMIA Y  
 FINANZAS  
 DIRECCIÓN GENERAL DE  
 PRESUPUESTO PÚBLICO

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
 César Augusto Aliaga Díaz  
 PRESIDENTE REGIONAL (e)

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD  
 SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
 PEDRO GRILLO ROJAS  
 JEFE



## ANEXO I

### ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL CONVENIO

CAPITULO I. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL .....	2
1.01 Antecedentes .....	2
1.02 Principales factores que explican la condición de interés que aborda el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal .....	3
(a) Relacionadas con la mortalidad materna .....	3
(b) Relacionadas con la morbilidad y mortalidad neonatal .....	4
(c) Esquema para reducir la mortalidad materna .....	5
(d) Esquema para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal .....	9
1.03 Principales intervenciones a implementar a través del Programa Presupuestal .....	11
1.04 Matriz lógica del Programa Presupuestal .....	12
1.05 Resultados Esperados del Programa Presupuestal .....	12
(a) Resultado Final .....	12
(b) Resultados Intermedio .....	12
(c) Resultados inmediatos .....	13
1.06 Productos del Programa Presupuestal .....	13
1.07 Estructura Funcional del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal .....	14
1.08 Presupuesto del Programa Salud Materno Neonatal .....	16
Presupuesto Nacional .....	16
Presupuesto de la Entidad .....	16
1.09 Tendencias en los principales indicadores del Programa Salud Materno Neonatal .....	18
(a) Tendencias a nivel Nacional .....	18
(b) Tendencia en el ámbito de la influencia de la Entidad .....	19
CAPITULO II. INDICADORES .....	20
2.01 Introducción .....	20
2.02 Indicadores seleccionados y metas .....	20
2.03 Fichas Técnicas de los indicadores seleccionados .....	20
CAPITULO III. LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN .....	24
3.01 Aspectos Generales del Compromiso de Gestión .....	24
(a) Diagrama General y descripción de los Procesos .....	24
(b) Criterios de priorización .....	25
3.02 Especificación del Compromiso de Gestión .....	27
(a) Proceso 1: Programación Operativa .....	27
(b) Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos .....	28
(c) Proceso 3: Organización para la producción y entrega de los productos .....	28
(d) Proceso 4: Supervisión, Seguimiento y Evaluación .....	29
3.03 Definición Operacional de los Niveles .....	29
(a) Definición Operacional del Nivel 0 .....	29
(b) Definición Operacional del Nivel 1 .....	30
(c) Definición Operacional del Nivel 2 .....	30
CAPITULO IV. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO .....	31
4.01 Aspectos Generales del Procedimiento de Verificación .....	31
4.02 Proceso 1: PROGRAMACION OPERATIVA .....	31
4.03 Proceso 2: SOPORTE LOGÍSTICO .....	32
4.04 Proceso 3: ORGANIZACIÓN PARA LA PRODUCCIÓN Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS .....	33
CAPITULO V. INFORMES .....	34
5.01 Contenido del "Informe de Verificación de Cumplimiento del Convenio" .....	34
5.02 Contenido del Informe de Seguimiento de los Indicadores del Programa Presupuestal .....	34

## CAPITULO I. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

### 1.01 Antecedentes

La Ley 28927-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007-, en su Capítulo IV, incorpora los elementos básicos para la implantación del Presupuesto por Resultados (PpR) en el Perú, estableciendo una ruta crítica para su implementación progresiva en todas las entidades de la administración pública peruana, siendo la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP) la responsable de diseñar e implementar la gestión presupuestaria por resultados. Asimismo, en el artículo 11° de la referida Ley se señala 11 actividades en favor de la infancia, a partir de las cuales iniciar el enfoque de una gestión presupuestaria centrada en resultados.

Estas prioridades estuvieron relacionadas con el objetivo de desarrollar las capacidades humanas, las cuales formaban parte del Eje 1 de la Estrategia Nacional de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres (Decreto Supremo N° 002-2003-PCM) y son consistentes con lo señalado en las Políticas Nacionales contenidas en el Acuerdo Nacional, el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM; el Marco Macroeconómico Multianual 2008-2010; el artículo 11° de la Ley 28927; y la Estrategia Nacional denominada CRECER aprobada por Decreto Supremo N° 056- 2007-PCM.

En atención a lo dispuesto en las normas antes señaladas, para el ejercicio fiscal 2008 fueron identificados cinco resultados prioritarios, los cuales se obtienen progresivamente a través de la implementación de cinco Programas Estratégicos que son: (i) Programa Articulado Nutricional (PAN); (ii) Programa Salud Materno Neonatal (SMN); (iii) Programa Logros de Aprendizaje al Finalizar el III Ciclo (LA); (iv) Programa Acceso a Servicios Sociales Básicos y a Oportunidades de Mercado y; (v) Programa Acceso de la Población a la Identidad.

En el proceso de formulación del presupuesto 2011, se introducen ajustes en la metodología del diseño de los Programas Presupuestales. Cada Programa Presupuestal se identifica como una Categoría Presupuestal compuesto por productos o proyectos y puede ser fácilmente identificado en la Estructura Funcional Programática del presupuesto público. No obstante los cambios efectuados en la metodología del diseño, se aprueba también que los Programas liderados por el Sector Salud, como el Programa Salud Materno Neonatal, existentes desde antes del 2012 que por tanto ya tenían un desarrollo importante en su implementación mantenían su diseño original pero se adecuaban a la nueva Estructura Funcional Programática.

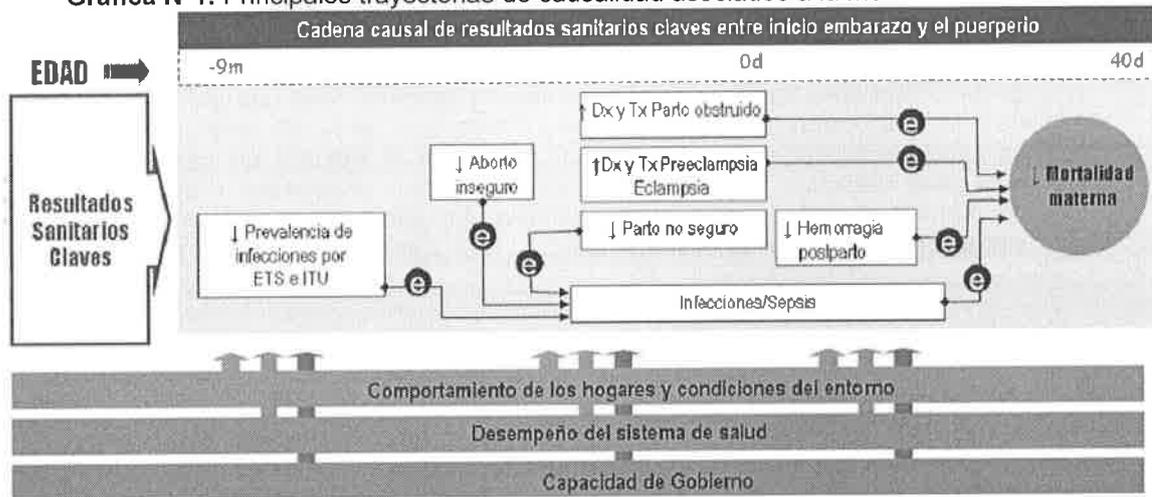
El presente CONVENIO tiene por objetivo incrementar la cobertura de los Productos del Programa Salud Materno Neonatal y promover la adopción de instrumentos de gestión en la Entidades vinculadas.

## 1.02 Principales factores que explican la condición de interés que aborda el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

### (a) Relacionadas con la mortalidad materna

En el **gráfico N°1** se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad materna. La letra -e- sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

**Gráfica N°1.** Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad materna



Siguiendo la lógica del diagrama del **gráfico N° 1** y por orden de relevancia, la mortalidad materna, es resultado principalmente de las siguientes causas<sup>1,2,3,4</sup>:

1. La hemorragia, específicamente la que se presente en el posparto inmediato (24 horas posparto) y que es la primera causa de muerte materna. Esta complicación no es posible predecir y es de presentación súbita. El sangrado es muy rápido, y ante la ausencia de una inmediata atención (menor a dos horas), la cual incluye la administración de medicamentos para el control del sangrado, el masaje uterino para estimular la contracción y la transfusión de sangre, la probabilidad de fallecimiento de la gestante es de 100%. En las poblaciones con altas tasas de mortalidad materna, como las indígenas, aproximadamente el 25% de todas las muertes es debido a este tipo de hemorragia.
2. La eclampsia, que puede ser resultado de déficit de calcio o por exposición a infecciones durante el embarazo. Su aparición en último trimestre del embarazo, conlleva al desarrollo de la complicación obstétrica de mayor letalidad para la madre. Las muertes por pre-eclampsia pueden ser prevenidas por un cuidadoso monitoreo durante el

<sup>1</sup> Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr 1;367(9516):1066-74.

<sup>2</sup> Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(5): 313-317

<sup>3</sup> Ronsmans C, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1189-200.

<sup>4</sup> Nour NM. An introduction to maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol*. 2008 Spring;1(2):77-81.

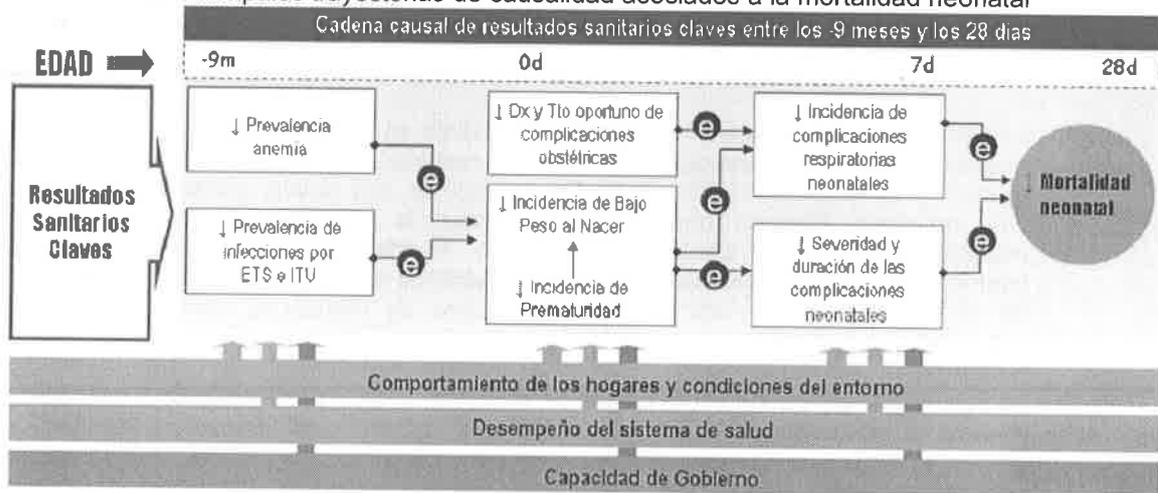
embarazo y por tratamiento con sulfato de magnesio en caso avance a un grado de pre-eclampsia severa, cuando no responde a este tratamiento, la única opción para aliviar el cuadro de eclampsia es adelantar el parto, con lo cual se incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer. Se ubica entre la segunda o tercera causa de muerte materna.

3. Las infecciones, específicamente la sepsis, la cual es frecuentemente consecuencia de la pobre higiene durante el parto o de enfermedades de transmisión sexual no tratadas durante el embarazo. Estas infecciones puede ser prevenidas de manera efectiva mediante la atención de un parto limpio o el tratamiento antibiótico de las ETS durante el embarazo. Para la resolución de esta complicación, tal como está demostrado en la literatura y en la experiencia acumulada de los países que han reducido la mortalidad materna, es indispensable el uso de al menos una combinación tres antibióticos. En promedio el 15% de las muertes son debidas a esta causa, cuando se junta con las infecciones resultado del aborto, esta causa se ubica inmediatamente después de la hemorragia.
4. El parto obstruido<sup>5</sup>, que requiere de la atención especializada, y que independientemente de las condiciones socioeconómicas, cualquier gestante tiene una probabilidad de 15% de desarrollar complicaciones y al menos 5% padecer de partos obstruidos. Este evento es difícil de predecir, sin embargo su resolución al requerir de servicios de mayor capacidad resolutoria, y ante la inaccesibilidad física y económica, incrementa el riesgo de mortalidad materna y también del feto. En promedio esta complicación explica alrededor del 8% de muertes maternas.

#### (b) Relacionadas con la morbilidad y mortalidad neonatal

En el gráfico N° 2 se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad neonatal. La letra -e- sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Gráfico N° 2. Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal



La mayoría de las muertes peri-neonatales está asociada a problemas que sobrevienen durante la gestación, el parto y período pos-parto. Más de dos tercios de las muertes en recién nacidos

<sup>5</sup> Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. BJOG. 2005 Sep;112(9):1221-8.

ocurre entre niños normales y aparentemente bien dotados para la vida: Estas muertes podrían evitarse si se adoptaran medidas de prevención básicas y de atención oportuna del recién nacido<sup>6,7,8</sup>.

Siguiendo la lógica del diagrama del **gráfico 2** y por orden de relevancia, la mortalidad neonatal, es resultado principalmente de las siguientes causas:

1. La OMS estima que, en los países en desarrollo<sup>9,10</sup>, el 85% de las **muertes en recién nacidos se debe a infecciones que incluyen la sepsis (7%), la neumonía (19%) y el tétanos (14%), asfixia al nacer (21%), traumas del parto (11%) y la prematuridad (10%)**<sup>11</sup>. De acuerdo a los registros administrativos (certificados de defunción), las causas de muerte neonatal más frecuentes son los trastornos respiratorios específicos del periodo neonatal (en las zonas rurales el 60% de las muertes neonatales ocurre por asfixia<sup>12</sup>), el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la sepsis bacteriana del recién nacido<sup>13</sup> y las malformaciones congénitas.
2. Las complicaciones respiratorias (principalmente la asfixia) tiene dos principales factores causales, el primero (el más relevante) está directamente relacionado con la atención de la labor de parto, el parto y de las complicaciones obstétricas; y el segundo, se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad. Si bien, la prematuridad tiene su origen en el primer trimestre, el uso de corticoides puede disminuirla.
3. La duración de las complicaciones, resultado principalmente de la capacidad resolutive de los servicios de salud, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Aquí tiene relevancia las infecciones intrahospitalarias.
4. Como se indicó anteriormente, el bajo peso al nacer y la prematuridad son las patologías de fondo que incrementan el riesgo de las otras patologías que se presentan durante la etapa neonatal.
5. El fundamento de la relación de causalidad entre anemia e infección durante el embarazo con bajo peso al nacer y prematuridad fueron señalados anteriormente.

### 3. Esquemas para reducir la mortalidad materna y la morbilidad y mortalidad neonatal

---

#### (c) Esquema para reducir la mortalidad materna

---

Siguiendo el modelo causal, se han establecido las intervenciones para cada etapa del ciclo de vida. En la primera etapa de vida **(-9 a 0 meses)**, dos son los resultados claves, la anemia y las infecciones durante el primer trimestre del embarazo; durante el parto **(0 meses)**, en la gestante el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, mientras en el neonato el bajo peso al nacer y la prematuridad; en la etapa neonatal **(0-28 días)**, las complicaciones respiratorias y una mayor eficacia en el tratamiento de las mismas; y, finalmente entre los **6 y 18 meses**, la carga de morbilidad por infecciones y las deficiencias por micronutrientes.

---

<sup>6</sup>OMS. Mother-Baby Package: An approach to Implementing Safe Motherhood. Geneva, 1994

<sup>7</sup>OMS. Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. Geneva, 1995

<sup>8</sup>CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido: Un manual de referencia para gerentes de programas. 1998

<sup>9</sup>Hill K, Choi Y. Neonatal mortality in the developing world. Demographic Research 2006; 14 (18): 429-452

<sup>10</sup>Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. Determinants of neonatal mortality in Indonesia. BMC Public Health. 2008 Jul 9;8:232.

<sup>11</sup>United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. Low Birth Weight Report of a meeting. Dhaka, Bangladesh. 14-17 June 1999. Pojda J, Kelley L, editors. Nutrition policy paper N° 18. Geneva: ACC/SNC in collaboration with ICDDRDB. 2000

<sup>12</sup>Oficina General de Epidemiología 1999-2002.

<sup>13</sup>Tapia I JL, Reichhard T C, Saldías R MI, Abarzúa C F, Pérez A ME, González M A, Gederlini G A. Sepsis neonatal en la era de profilaxis antimicrobiana prenatal. Rev Chilena Infectol. 2007 Apr; 24(2):111-6.

De manera general, los factores causales que influyen en cada uno de los resultados sanitarios señalados en el párrafo previo, se pueden agrupar en tres grupos, tal como se muestran en los gráficos precedentes:

- i) Aquellos que son intrínsecos a los **individuos, familias y comunidades**: comportamientos y características del entorno;
- ii) Los relacionados con la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y otros sistemas (el sistema institucional de salud, sistema tradicional de salud y otros sistemas no vinculados directamente con salud como transportes y educación) ; y,
- iii) Los relacionados con la capacidad de gobierno.

En el primer grupo de factores están los referidos a los comportamientos de las personas y factores intrínsecos de los individuos (edad, sexo, lactancia, estilo de vida, alimentación, etc.), las características de los hogares (condiciones de vida, acceso a servicios, condiciones de la vivienda, etc.) y el entorno donde reside como factores contextuales (medio ambiente, dispersión, ruralidad, etnicidad, entre otros). En este grupo ubicamos el factor cultural.

En el segundo grupo están aquellos factores referidos a la capacidad de respuesta de los sistemas de salud disponibles en la comunidad, tanto el sistema tradicional de salud como el que desarrolla el Estado. Dentro de estos factores, podríamos sub agrupar en tres:

- i. En aquellos servicios mediante el cual directamente los usuarios se relacionan con el sistema de salud, tales como el acceso físico al establecimiento de mayor o menor capacidad resolutoria, es decir la distribución geográfica de establecimientos que el sistema de salud ofrece a los usuarios. Otros factores, que están en relación directa con el usuario, son la calidad técnica que el servicio ofrece y las adecuaciones interculturales que la oferta realiza para establecer una mejor relación con los usuarios. También incluye los servicios de información, educación y comunicación que el servicio realiza con los usuarios. Finalmente, la continuidad de atención, que es la forma como los sistemas de salud se organizan para ofrecer a los usuarios desde los servicios de baja complejidad hasta los de la más alta complejidad. Estas vendrían ser las variables agregadas del sistema de salud; y que a su vez, incluye otras variables que son insumos o procesos.
- ii. Cuatro son los grandes grupos de insumos para ofrecer los servicios salud. Equipamiento, infraestructura, recursos humanos y medicamentos. La combinación apropiada de estos cuatro insumos determina mayor o menor calidad técnica en la atención. La competencia técnica para la atención de la complicación obstétrica, depende del número de veces por año que realice el profesional, pero a su vez esta variable depende del volumen de la demanda del servicio.
- iii. Los insumos antes indicados, son muy dependientes de altos montos de inversión (infraestructura y equipos), y en el caso de los medicamentos no siempre es fácil lograr un eficiente sistema de suministros, con lo cual el costo de oportunidad y el riesgo de pérdidas por medicamentos vencidos son muy altos. El alto costo de inversión, y la complejidad para gestionar estos insumos tiene un impacto directo en los servicios finales. Desde ese punto de vista, tres variables que operan como determinantes de la disponibilidad de los insumos hemos considerado. El costo unitario de la prestación, la capacidad de gestión y de organización de los servicios de salud a nivel del establecimiento y finalmente, la capacidad de financiar el servicio que es dependiente, de una parte de los mecanismos que el Estado adopta para cubrir los gastos de salud y de la capacidad de pago de los usuarios.

En el tercer grupo, están aquellos factores referidos a la capacidad que el gobierno y sus instituciones tienen para:

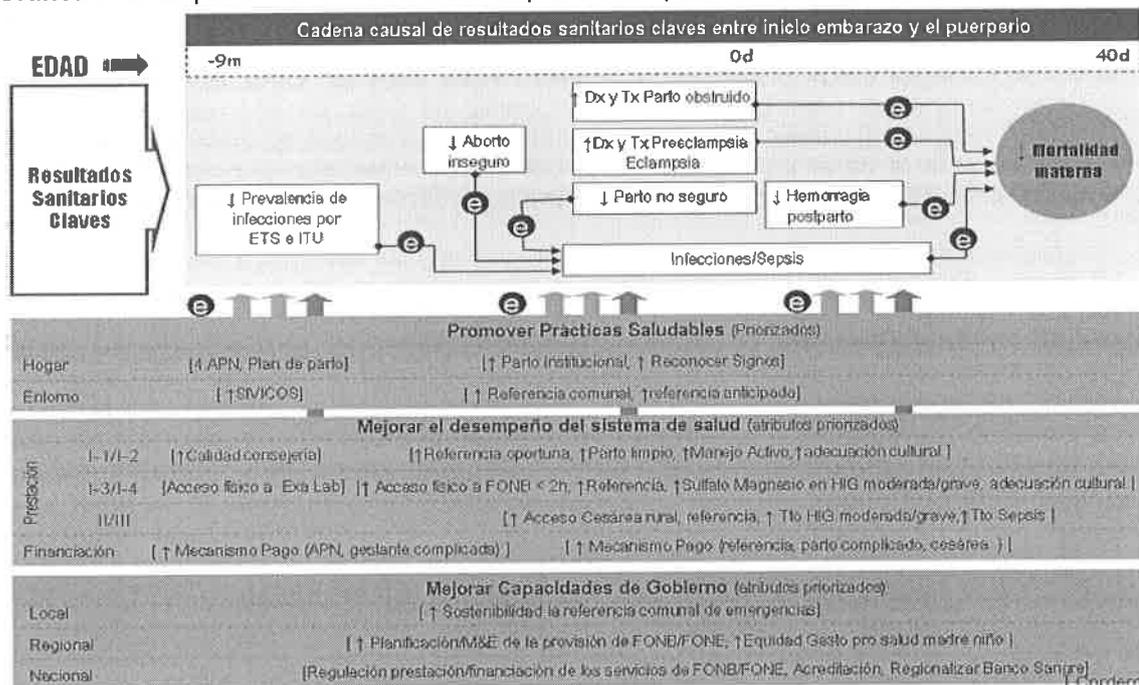
- i. establecer y poner en práctica un marco regulatorio centrado en la protección del usuario;

- ii. adoptar instrumentos que contribuyan a la equidad y superen la exclusión (ejemplo: descentralización, focalización del gasto, subsidio de seguros de salud);
- iii. constituir estructuras organizacionales eficientes (modernización).

Cada uno de estos tres grupos de factores influye de manera diferente en cada etapa de vida respecto de los resultados sanitarios antes indicados. Por ejemplo, en relación a la prevalencia de anemia de gestantes, desde la perspectiva del desempeño del sistema de salud (segundo grupo de factores), es relevante realizar la prueba de hemoglobina en el primer trimestre de embarazo mas no así en los siguientes trimestres. Otro ejemplo que ilustra como el factor gobierno (tercer grupo de factores) afecta de manera diferente en cada etapa de vida, es la norma que establece el listado de medicamentos esenciales (conocido como petitorio de medicamentos), específicamente en el caso de salud de la madre (al momento del parto) tal listado debiera incluir sulfato de magnesio que es un medicamento de elección para la pre-eclampsia.

En el **gráfico N°3** se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones priorizadas para modificar los resultados sanitarios claves vinculados con la reducción la mortalidad materna<sup>14</sup>. Las intervenciones se focalizan en dos momentos de ciclo de vida y en siete resultados claves.

**Gráfica N°3.** Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad materna



En este contexto y teniendo en cuenta las prioridades del Programa, un primer enfoque para reducir la mortalidad materna estaría básicamente orientado a evitar los embarazos no deseados, o no programados, mediante la planificación familiar. Al haber menos embarazos, habrían menos mujeres en riesgo de sufrir complicaciones obstétricas y por lo tanto menos muertes maternas. La lógica de este enfoque es clara, y de hecho funciona; sin embargo solo cubriría una parte del problema, puesto que seguirían habiendo embarazos y seguirían habiendo

<sup>14</sup> Hu D, Bertozzi SM, Gakidou E, Sweet S, Goldie SJ. The Costs, Benefits, and Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Maternal Morbidity and Mortality in Mexico. PLoS ONE 2007; 2(8): e750.

mujeres en riesgo de muerte materna, ya que el objetivo de esta intervención no es evitar todos los embarazos.

En el segundo enfoque para reducir la mortalidad materna, la idea sería emplear alguna tecnología para: 1) Identificar a las gestantes en mayor riesgo de sufrir complicaciones; y, 2) Realizar intervenciones dirigidas a prevenir dichas complicaciones. Con respecto a lo primero; es cierto que determinados grupos de gestantes, con algunos antecedentes médicos u obstétricos están en mayor riesgo de sufrir complicaciones (por ejemplo, las mujeres de edad avanzada, con ciertas condiciones médicas, o la paridad: las multíparas (mayor riesgo de atonía uterina) o las nulíparas (mayor riesgo de pre-eclampsia). Sin embargo estos factores de riesgo, exceptuando algunos pocos casos, tienen muy poco valor predictivo para identificar a las gestantes que sufrirán complicaciones. Ello ocurre por ejemplo para identificar qué mujeres sufrirán hemorragia postparto por retención placentaria, o complicaciones debidas a distocias por mala presentación fetal. En una revisión sistemática reciente de la OMS acerca de pruebas de tamizaje para identificar tempranamente a gestantes que sufrirán de pre-eclampsia<sup>15</sup> se concluyó que estas pruebas tienen muy bajo valor predictivo y que están lejos de ser clínicamente útiles.

En el mejor de los casos los factores de riesgo identificarían el 30% de gestantes que sufrirán alguna complicación. La gran mayoría de las complicaciones (y las muertes) —más del 70%— ocurren de manera inesperada y en gestantes sin factores de riesgo. En varias otras publicaciones se reconoce ampliamente la pobre sensibilidad de los factores de riesgo para predecir quienes sufrirán complicaciones en el embarazo parto o puerperio. Excepciones notables a lo recién comentado ocurren con la mortalidad debida a abortos inducidos en las cuales el factor de riesgo (maniobras abortivas) resulta evidente. Otros factores que también debieran tenerse en cuenta, pero desde el punto de vista de acciones preventivas de complicaciones son el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia postparto<sup>16,17</sup> y la reducción de la sepsis puerperal con el uso de medidas higiénicas preventivas. En particular el evitar tactos vaginales frecuentes en la evaluación obstétrica durante la labor de parto<sup>18</sup>

Con respecto a las estrategias/intervenciones para prevenir las complicaciones, exceptuando los casos mencionados arriba, existe aún escasa evidencia de que esto pueda hacerse de manera efectiva. Por ejemplo, se han realizado varios estudios, incluyendo ensayos clínicos grandes, con el objeto de estudiar el efecto de ciertas intervenciones preventivas de la pre-eclampsia. A priori los resultados más prometedores se esperaban con el suministro de calcio por vía oral (en mujeres con pobre ingesta de Calcio) o con dosis bajas de Aspirina, también por vía oral. Los resultados de los estudios sobre estas intervenciones sin embargo solo resultaron ser marginales en reducción de la pre-eclampsia, no habiendo aún una recomendación para su uso como medida de salud pública.

Como consecuencia del escaso valor predictivo de los factores de riesgo y de la escasa posibilidad de prevenir las complicaciones, resulta conveniente, a nivel poblacional, considerar que cada gestante está en riesgo de sufrir alguna complicación del embarazo y de fallecer como consecuencia de ella<sup>19</sup>.

Dada la dificultad prevenir y de predecir qué mujeres sufrirán complicaciones, entonces, solamente resulta posible diagnosticar y tratar las emergencias obstétricas cada vez que estas

<sup>15</sup>Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. World Health Organization systematic review of screening tests for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2004;104:1367-91.

<sup>16</sup>McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;77(3):267-75.

<sup>17</sup>Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, et al. WHO multicenter randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;358:689-95.

<sup>18</sup>Goodburn E, Chowdhury M, Gazi R, Marshall T, Graham W. Training traditional birth attendants in clean delivery does not prevent postpartum infection. *Health Policy Plan* 2000;15:394—9.

<sup>19</sup>Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? *Am J Public Health*. 1999;89(4):480-2.

se presentan (tercer enfoque). Las intervenciones necesarias para el manejo de las complicaciones obstétricas ya existen desde hace más de 6 décadas. Una evidencia de que cierto grupo de medidas terapéuticas reducen la mortalidad materna es la gran reducción, en un periodo corto, de la mortalidad materna que comenzó en los países desarrollados entre los años 1930-1940, coincidente con la aparición de los antibióticos; las transfusiones sanguíneas y los bancos de sangre; y el empleo de técnicas quirúrgicas y anestésicas seguras. Previamente las cifras de mortalidad materna habían estado estables en valores alrededor de 500 muertes x 100000 nacimientos por más de 100 años.

Actualmente, el conocimiento requerido para el manejo de la gran mayoría de emergencias obstétricas está disponible, con evidencias claramente establecidas en ensayos clínicos, estudios de observación, meta-análisis y revisiones sistemáticas. Aunque en algunos muy pocos casos aún existe controversia y relativa falta de información sobre medidas terapéuticas puntuales.

La UNICEF, la OMS y la UNFPA han identificado un paquete de intervenciones clave en el manejo de las siete complicaciones obstétricas más importantes listadas previamente (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997)<sup>20</sup>. Este conjunto de intervenciones se conocen como Funciones obstétricas<sup>21</sup> para el cuidado de emergencia. Se definen dos niveles de funciones obstétricas a nivel de los establecimientos con capacidad de resolver emergencias obstétricas:

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

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

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

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

---

#### (d) Esquema para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal

---

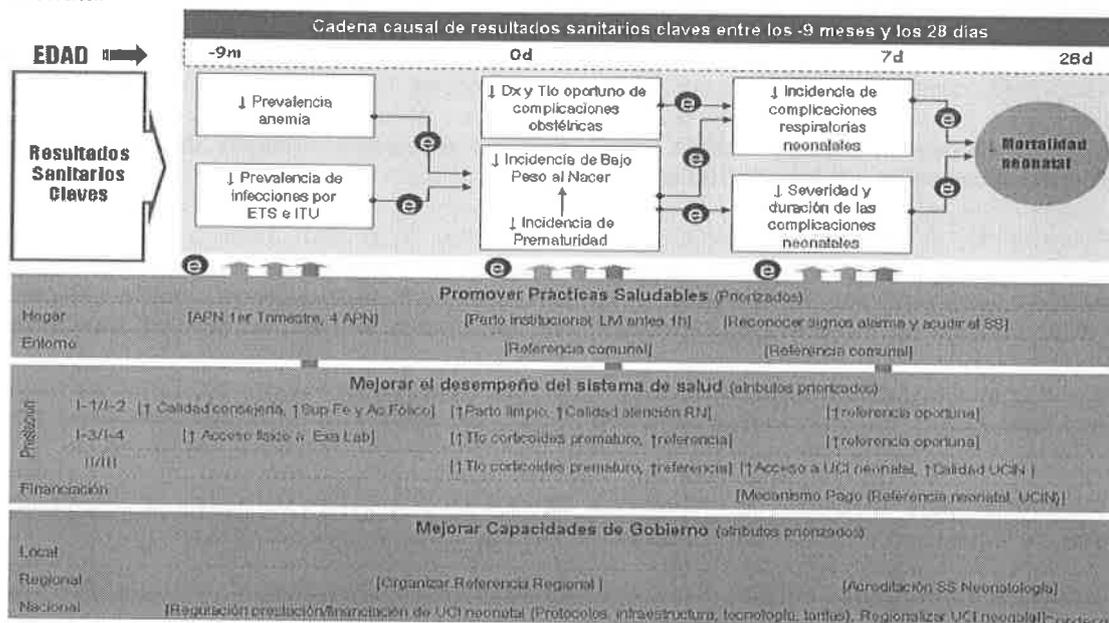
En el **gráfico N° 4** se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones priorizadas para modificar los resultados sanitarios claves vinculados con la reducción la morbilidad y mortalidad neonatal<sup>22</sup>. El programa se focaliza en tres momentos de ciclo de vida y en seis resultados claves.

<sup>20</sup> Maine D, Wardlaw T, Ward V, McCarthy J, Birnbaum A, et al. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF, WHO, UNFPA. 1997

<sup>21</sup> Mavalankar DV, Rosenfield A. Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care. Am J Public Health. 2005 Feb;95(2):200-3.

<sup>22</sup> Chomba E, McClure EM, Wright LL, Carlo WA, Chakraborty H, Harris H. Effect of WHO newborn care training on neonatal mortality by education. Ambul Pediatr. 2008 Sep-Oct;8(5):300-4.

**Gráfico N° 4. Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal**



A continuación se explican tres de los resultados claves de prioridad del Programa Presupuestal:

**i. Reducir la incidencia de las complicaciones respiratorias neonatales<sup>23,24</sup>, con énfasis en los 7 primeros días después del parto, a través de prioritariamente:**

- Incrementar el conocimiento de las madres para reconocer signos de alarma de complicaciones respiratorias del neonato y ante tal situación acudir al servicio de salud.
- Promover la participación de la comunidad en la organización de sistemas de referencia comunal.
- Mejorar la oportunidad de las referencias, específicamente las que se dan entre los establecimientos I-1, I-2 hacia el nivel I-3, I-4, y de estos establecimientos hacia el segundo nivel.
- Incrementar el acceso a Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y mejorar la capacidad resolutoria de las mismas.
- Resolver los aspectos de financiamiento de los servicios de cuidados intensivos. El alto costo que tienen las prestaciones de cuidados intensivos rápidamente se constituyen en barrera de acceso, y al no tener los mecanismos de pago apropiado, el prestador tiende a trasladar costos a los usuarios.
- Desarrollar una propuesta de regionalización nacional de los servicios de cuidado intensivo neonatales debido al muy alto costo fijo de operación y al nivel de especialización de la tecnología.

<sup>23</sup> Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr.* 2004 May;93(5):643-7.

<sup>24</sup> Miller JD, Carlo WA. Pulmonary complications of mechanical ventilation in neonates. *Clin Perinatol.* 2008 Mar;35(1):273-81

**ii. Reducir la severidad y duración de las complicaciones neonatales<sup>25</sup>, a través de prioritariamente:**

- Activamente realizar el proceso de acreditación de las unidades intermedias y de las intensivas de cuidados neonatales, de tal manera de continuamente mejorar los procesos organizacionales y clínicos para la atención del neonato. Atención especial constituyen las infecciones intrahospitalarias.
- Revisar y actualizar el estado de la normatividad vigente respecto de la infraestructura de las Unidades de Cuidados Intensivos en base al estado de conocimiento actual de los elementos de bioseguridad. Aspectos vinculados a los acabados, ambientes multicama vs unicama, flujos, etc.
- Revisar y actualizar el estado de la normatividad en relación a la categorización de establecimientos. En la literatura se diferencia hasta en cuatro los niveles de las unidades de cuidados intensivos neonatales.
- Revisar y actualizar los protocolos y guías de tratamiento de los servicios neonatales y de cuidados intensivos en base a una revisión exhaustiva de las evidencias.
- Como parte de la acreditación de las Unidades de Cuidados Intensivos, se promoverá la certificación del personal de las Unidades de Cuidados Intensivos.

**iii. Incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, el cual incluye promover la atención del parto seguro, a través de prioritariamente:**

- Promover el parto institucional y el inicio antes de la hora de la lactancia materna.
- Incrementar el parto limpio en establecimientos I-1, I-2 y mejorar las competencias del personal Técnico de Salud en la atención del recién nacido. Específicamente en el manejo de asfixia.

### **1.03 Principales intervenciones a implementar a través del Programa Presupuestal**

Las intervenciones del PP SMN, se focalizan en tres momentos del ciclo de vida: Antes del embarazo, durante el embarazo y el parto, y durante el periodo neonatal.

**Antes del embarazo se propone:** Incrementar población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar a través de Constituir municipios, comunidades, escuelas y familias saludables que promuevan la salud sexual y reproductiva e Incrementar la disponibilidad y acceso a consejerías en salud sexual y reproductiva y a métodos de planificación familiar.

**Durante el embarazo y el parto se propone:** Incrementar el acceso de las gestantes a servicios de atención prenatal de calidad el cual incluye también el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones que se presentan durante el embarazo como la anemia, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones urinarias; Incrementar la atención del parto por profesional de salud calificado, Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias obstétricas básicas, esenciales y las intensivas, Incrementar el acceso a la red de centros de hemoterapia, y Fortalecer el sistema de referencia en cuanto a su organización, operación y financiamiento.

**Durante el periodo neonatal se propone:** Incrementar el acceso a del parto por profesional de salud calificado, Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias neonatales básicas, esenciales y las intensivas.

El modelo lógico del PP SMN se ha construido alrededor de un resultado final clave para la superación de la pobreza y exclusión en el país, este es "Reducir la morbilidad materna y neonatal".

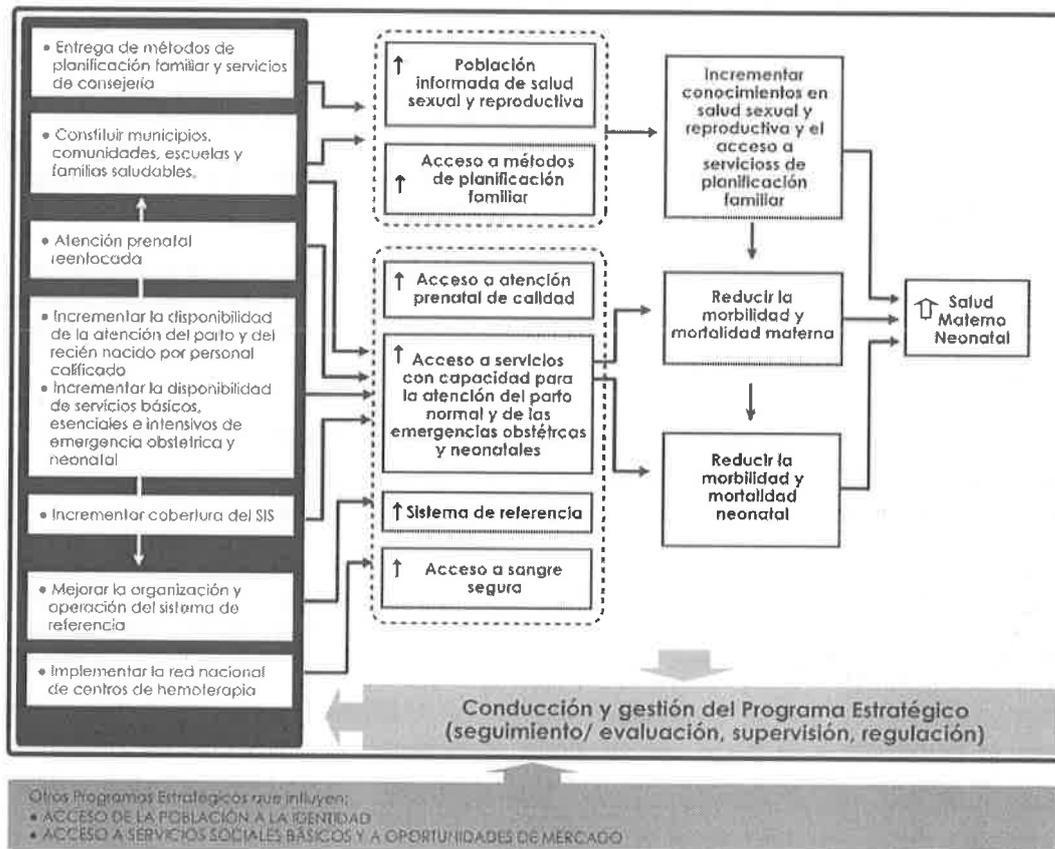
<sup>25</sup> Askin DF. Complications in the transition from fetal to neonatal life. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2002 May-Jun;31(3):318-27.

Todas las intervenciones (productos) del PP SMN que los ciudadanos esperan recibir para satisfacer sus demandas, obliga a priorizar, sobre todo considerando que los recursos son escasos. En ese proceso la transparencia y rendición de cuentas son sumamente importantes para la asignación y evaluación del destino de los recursos. De allí la importancia el monitorear y evaluar la eficiencia y eficacia en la transformación de los insumos, en los productos y resultados que los ciudadanos demandan.

#### 1.04 Matriz lógica del Programa Presupuestal

En el siguiente gráfico se presenta el modelo lógico del Programa en donde se diferencia las intervenciones de los resultados.

Gráfico N° 05 Modelo Lógico del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal



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

#### 1.05 Resultados Esperados del Programa Presupuestal

##### (a) Resultado Final

Mejorar la Salud Materno Neonatal

##### (b) Resultados Intermedio

- Conducción de la gestión de la estrategia materno neonatal

- Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva que accede a métodos de Planificación familiar
- Reducción de la morbilidad y mortalidad materna
- Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal

**(c) Resultados inmediatos**

- Acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio normal y complicado según capacidad resolutive
- Acceso de gestantes a servicios de Atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive
- Acceso a métodos de Planificación familiar y servicios de consejería en salud sexual y reproductiva
- Acceso de gestantes a referencia y contrareferencia materna y/o neonatal según capacidad resolutive
- Acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutive para atender complicaciones neonatales
- Acceso de neonatos a servicios de cuidados intensivos neonatales
- Población informada en salud sexual y reproductiva

**1.06 Productos del Programa Presupuestal**

El Programa Salud Materno Neonatal comprende los siguientes 23 productos:

N°	Descripción del Producto
1	3000002 POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
2	3000005 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO
3	<b>3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA</b>
4	3033287 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL
5	3033288 MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
6	3033289 COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
7	3033290 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
8	3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
9	3033292 POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
10	3033294 ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES
11	<b>3033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL</b>
12	3033296 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO
13	3033297 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO
14	3033298 ATENCION DEL PUERPERIO
15	3033299 ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES
16	3033300 ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
17	3033301 PRE INVERSION DE LA IMPLEMENTACION DE LA RED DE CENTROS DE HEMOTERAPIA TIPO I Y TIPO II
18	3033304 ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL
19	3033305 ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL
20	3033306 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES
21	3033307 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN
22	3033412 FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
23	3044277 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL

### 1.07 Estructura Funcional del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

COD_PRODUTO	DES_PRODUCTO	COD_ACTIVIDAD	DES_ACTIVIDAD	COD_FUNCION	DES_FUNCION	COD_FINALIDAD	DES_FINALIDAD	COD_MEDIDA	DES_MEDIDA
3000001	ACCIONES COMUNES	5004389	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL	20	SALUD	0033287	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL	080	NORMA
		5004430	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL	20	SALUD	0044277	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL	060	INFORME
3000002	POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	5000059	BRINDAR INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	20	SALUD	0053847	POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	259	PERSONA INFORMADA
3000005	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	5000058	BRINDAR SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO A ADOLESCENTES	20	SALUD	0053220	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	006	ATENCIÓN GESTANTE CONTROLADA
3033172	ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	5000037	BRINDAR ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	20	SALUD	0033172	ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	058	MUNICIPIO
3033288	MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000039	PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ÉNFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE	20	SALUD	0033288	MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	215	COMUNIDAD
3033289	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000040	COMUNIDAD PROMUEVE ACCIONES ADECUADAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ÉNFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE Y SALUD DEL NEONATO	20	SALUD	0033289	COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	019	INSTITUCIÓN EDUCATIVA
3033290	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000041	PROMOVER DESDE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ÉNFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE	20	SALUD	0033290	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	236	PAREJA PROTEGIDA
3033291	POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	5000042	MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	20	SALUD	0033291	POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	206	ATENCIÓN GESTANTE ATENDIDA
3033292	POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000043	MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	20	SALUD	0033292	POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	006	
3033294	ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	5000044	BRINDAR ATENCIÓN A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	20	SALUD	0033294	ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	207	

COD_PR ODUCTO	DES_PRODUCTO	COD_ACT IVIDAD	DES_ACTIVIDAD	COD_FUNCION	DES_FUNCION	COD_FINALIDAD	COD_M EDIDA	DES_MED A
3033295	ATENCION DEL PARTO NORMAL	5000045	BRINDAR ATENCION DE PARTO NORMAL	20	SALUD	0033295	208	PARTO NORMAL
3033296	ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	5000046	BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	20	SALUD	0033296	209	PARTO COMPLICAD O
3033297	ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	5000047	BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	20	SALUD	0033297	210	CESAREA
3033298	ATENCION DEL PUERPERIO	5000048	ATENDER EL PUERPERIO	20	SALUD	0033298	211	ATENCION PUERPERAL
3033299	ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	5000049	ATENDER EL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	20	SALUD	0033299	212	EGRESO
3033300	ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	5000050	ATENDER COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	20	SALUD	0033300	212	EGRESO
3033304	ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	5000052	MEJORAMIENTO DEL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	20	SALUD	0033304	214	GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO
3033305	ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	5000053	ATENDER AL RECIEN NACIDO NORMAL	20	SALUD	0033305	239	RECIEN NACIDO ATENRIDO
3033306	ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	5000054	ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	20	SALUD	0033306	212	EGRESO
3033307	ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	5000055	ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	20	SALUD	0033307	212	EGRESO
3033412	FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000056	INFORMAR A FAMILIAS SALUDABLES RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFASIS EN LA MATERNIDAD SALUDABLES	20	SALUD	0033412	056	FAMILIA

## 1.08 Presupuesto del Programa Salud Materno Neonatal

### Presupuesto Nacional

**Tabla No 01: Presupuesto del Programa Salud Materno Neonatal por Niveles de Gobierno**

Sector	PIA 2012	PIA 2013	PIA 2014	PIM 2012	PIM 2013	PIM 2014
00 GOBIERNOS LOCALES	0	5,305,985	7,399,429	0	45,285,824	0
11 SALUD	771,067,059	539,597,349	554,687,844	534,870,132	577,855,641	566,168,713
99 GOBIERNOS REGIONALES	437,899,259	540,332,033	542,011,935	894,215,902	954,920,152	761,882,200
Sector	1,208,966,318	1,085,235,367	1,104,099,208	1,429,086,034	1,578,061,617	1,328,050,913

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera- SIAF-MEF (02/06/2014)

### Presupuesto de la Entidad

**Tabla No 02: Presupuesto por Unidad Ejecutora del Programa Salud Materno Neonatal para el Departamento de Cajamarca**

NIVEL DE GOBIERNO	UNIDAD EJECUTORA	PIA2012	PIA2013	PIA2014	PIM2012	PIM2013	PIM2014
Gobierno Nacional	11 011 001 000117 ADMINISTRACION CENTRAL – MINSA	13,794,619	2,395,574	1,399,996	0	1,842,736	2,935,269
	11 011 123 001315 PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD - PARSALUD	27,207,265	19,006,969	19,389,317	8,610,304	13,772,552	18,981,872
	11 011 124 001345 DIRECCION DE ABASTECIMIENTOS DE RECURSOS ESTRATEGICOS DE SALUD - DARES	1,647,794	4,523,480	3,588,655	1,270,008	3,968,976	3,578,064
	11 135 001 001091 SEGURO INTEGRAL DE SALUD	6,928,678	10,142,384	9,277,379	3,730,087	11,322,811	9,277,379
Gobierno Regional	99 445 400 000785 REGION CAJAMARCA-SALUD CAJAMARCA	8,579,320	9,497,668	9,658,095	13,173,972	18,974,796	19,284,765
	99 445 401 000786 REGION CAJAMARCA-SALUD CHOTA	3,473,944	4,880,870	5,162,979	15,255,044	10,755,238	7,562,738
	99 445 402 000787 REGION CAJAMARCA-SALUD CUTERVO	2,896,588	3,875,035	3,193,228	5,325,806	6,061,394	6,103,420
	99 445 403 000788 REGION CAJAMARCA-SALUD JAEN	4,225,503	4,487,760	5,256,853	5,682,192	6,302,139	8,009,972
	99 445 404 000999 REGION CAJAMARCA-HOSPITAL CAJAMARCA	6,629,862	6,477,178	8,390,062	10,141,685	12,339,394	11,827,303
	99 445 405 001047 REGION CAJAMARCA-HOSPITAL GENERAL DE JAEN	1,923,890	2,110,493	2,334,419	4,280,176	4,133,131	3,965,963
	99 445 005 001335 REGION CAJAMARCA - PROGRAMAS REGIONALES - PRO REGION	0	0	6,878,517	0	0	22,225,043
	99 445 406 1539 HOSPITAL JOSÉ H. SOTO CADENILLAS – CHOTA	0	0	0	0	0	1,065,961

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera- SIAF-MEF (02/06/2014)

**Tabla No 03: Presupuesto por Producto del Programa Salud Materno Neonatal para el Departamento de Cajamarca**

<b>PRODUCTOS DEL PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL</b>	<b>PIA2012</b>	<b>PIM2012</b>	<b>PIA2013</b>	<b>PIM2013</b>	<b>PIA2014</b>	<b>PIM2014</b>
3033297 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	2,925,782	9,585,875	3,462,193	7,837,772	5,790,964	8,332,852
3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA	2,896,843	4,642,263	3,804,265	9,478,365	3,738,818	7,017,892
3033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL	3,844,921	8,244,919	5,267,848	9,721,933	4,455,288	6,769,808
3033299 ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	4,145,794	3,768,061	2,923,379	3,602,860	2,792,392	4,727,443
3033304 ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	483,759	8,735,940	888,641	1,852,086	1,041,575	4,524,878
3033294 ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	1,995,218	3,131,251	1,436,168	3,959,130	2,027,543	3,974,445
3033296 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	1,700,152	1,756,750	1,888,702	2,947,079	2,197,878	3,444,717
3033305 ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	1,897,574	3,524,942	1,206,366	3,769,736	2,138,623	3,153,702
3033306 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	1,395,919	2,435,909	1,106,009	3,167,411	2,210,108	2,987,842
3033298 ATENCION DEL PUERPERIO	425,971	867,652	1,147,456	984,080	1,250,613	2,028,346
3033307 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	666,930	681,345	545,546	1,188,388	993,829	1,908,006
3033290 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	203,407	284,189	938,628	1,149,323	1,046,399	1,490,840
3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	344,477	425,243	559,431	565,194	704,687	1,249,614
3000002 POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	149,273	478,164	443,139	592,145	388,492	920,049
3033412 FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	255,559	478,135	483,414	642,192	655,373	898,177
3000005 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	87,115	338,755	468,510	581,425	257,983	837,340
3033289 COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	162,704	599,553	446,618	1,247,553	444,453	825,128
3033300 ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	444,661	533,324	587,768	928,825	566,000	785,628
3033292 POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	444,626	1,072,976	623,788	886,604	274,934	474,996
3033288 MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	172,048	254,466	247,356	312,437	230,691	394,509
<b>0002 SALUD MATERNO NEONATAL</b>	<b>31,050,614</b>	<b>53,858,875</b>	<b>31,329,004</b>	<b>58,566,092</b>	<b>40,874,153</b>	<b>80,045,165</b>

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera- SIAF-MEF (02/06/2014)

## 1.09 Tendencias en los principales indicadores del Programa Salud Materno Neonatal

### (a) Tendencias a nivel Nacional

Tabla N° 04: Evolución de los Indicadores de resultado a Nivel Nacional

Resultado final	INDICADORES	2000	2009	2010	2011	2012	2013	
Mortalidad neonatal	Tasa de Mortalidad Neonatal (x1,000 nv)	23	13	11	10	13	12	IC95%[9,6-14,3]
Mortalidad materna	Razón de mortalidad Materna (x100,000 nv)	185		93				
<b>Resultados intermedios</b>								
Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar	Tasa global de fecundidad en los 3 años anteriores a la encuesta	2,9	2,6	2,5	2,6	2,6	2,4	IC95%[2,3-2,5]
	Proporción de MEF en unión que usa algún método de planificación familiar	68,9	73,2	74,4	75,4	75,5	74,0	IC95%[73-75]
	Proporción mujeres en unión que usa algún método moderno de planificación familiar	50,4	50	50,5	51,1	51,8	51,3	IC95%[50,1-52,6]
Reducción de la morbilidad y mortalidad materna	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales	23,4	57,6	61,9	62,5	67,3	68,5	IC95%[63,5-71,8]
	Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural	3,7	7,5	8,4	8,2	10,8	11,5	IC95%[9,8-13,2]
	Proporción de Parto atendido por profesional de la salud	29	63,7	67,3	67,4	73	73,7	IC95%[70,7-76,8]
Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas	....	15,0	16,2	15,8	17,5	18,5	IC95%[17,1-19,9]
<b>Resultados inmediatos</b>								
Población informada en salud sexual y reproductiva	Proporción de Mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar	97,9	99,3	99,6	99,5	99,6	99,8	IC95%[99,7-99,8]
Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Proporción Mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar	10,2	7,2	6,9	6,1	8,2	9,0	IC95%[8,4-9,7]
Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive	Proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre de gestación	58	72,4	73	74,9	75,0	77,4	IC95%[76,0-78,8]
	Proporción de gestantes que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales	50,6	80,8	81	83,5	84,5	87,3	IC95%[86,2-88,3]
Regulación de la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal	Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB			0,4	0,3		1	
	Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales – FONE			9	7,3		3,1	

(b) Tendencia en el ámbito de la influencia de la Entidad

Tabla N° 05: Evolución de Indicadores de Resultados a nivel nacional y en Cajamarca

Indicador	Ámbito	Fuente	2000	2007	2009	2010	2011	2012	2013
Razón de Mortalidad Materna x 100,000 nv*	Nacional	ENDES-INEI	185			93**			
Número de Muertes maternas	Nacional	DGE-MINSA	605	513	481	457	445	440	379
	Cajamarca		67	55	55	47	35	43	31
Tasa de Mortalidad Neonatal x 1,000 nv (10 años antes de la encuesta)	Nacional	ENDES-INEI	23	15.2	12.8	11.1	9.8	12.6	12.0
	Cajamarca		25	17 <sup>1</sup>	13 <sup>1</sup>	12 <sup>1</sup>	10 <sup>1</sup>	20 <sup>1</sup>	16.0 <sup>1</sup>

Fuente: Contenidos Mínimos del Programa Salud Materno Neonatal. Documento remitido al MEF 02/05/2012

\*Se mide cada 7 años, por las limitaciones para su estimación anual y por ámbitos departamentales.

\*\*Sin embargo en base a la información de las encuestas de los años 2004 al 2010, el INEI estimó el dato de Razón de Mortalidad materna

<sup>1</sup>Coeficientes de variación mayores a 15, por tanto son solo referenciales

Tabla N° 06: Evolución de los indicadores de los cuatro productos priorizados promedio nacional y en Cajamarca

Indicador	Ámbito	2000	2007	2009	2010	2011	2012	2013
1. Cobertura de gestantes procedentes de zonas rurales que tienen parto institucional	Nacional	23.4	49.4	55	58.4	62.5	67.2	68.5
	Cajamarca	17.2	44.4	47.3	51.1	54.7	60.6	67.3
2. Proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre de gestación	Nacional	58	71.3	72.4	73	74.9	74.9	77.4
	Cajamarca	45.1	65.3	70.1	68.3	71.1	70.5	68.7
3. Proporción de Mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar.	Nacional	97,9	99.2	99,3	99,6	99,5	99,6	99,8
	Cajamarca	98.5	98.5	96.3	98.4	96.9	97.0	99.1
4. Proporción de MEF en unión que usa algún método moderno de planificación familiar.	Nacional	49.0	47.8	50.0	50.5	51.1	51.8	51.3
	Cajamarca	41.2	45.1	44.0	47.7	47.0	46.6	48.8

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2005, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013.

<sup>2</sup>: Ámbito de intervención PARSALUD II

<sup>3</sup>: Departamentos con Convenio de Apoyo Presupuestal al Programa Articulado Nutricional

## CAPITULO II. INDICADORES

### 2.01 Introducción

En este capítulo se presenta las metas para los indicadores seleccionados y la descripción técnica correspondiente, la cual incluye la definición del indicador, las fuentes de datos, la fórmula para el cálculo entre otros aspectos.

### 2.02 Indicadores seleccionados y metas

En la tabla se presenta para cada uno de los cuatro indicadores las metas que la Entidad se compromete lograr durante los próximos tres años y que son objeto del presente CONVENIO.

**Tabla No 05: Metas establecidas para los cuatro indicadores en el marco del presente convenio. Departamento de Cajamarca [Distritos del quintil 1 y 2]**

Departamento / Indicador	Valor estimado	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016
Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/ hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.	0%	10%	20%	34%
Proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 que tienen parto institucional en Establecimientos de Salud FONB y FONE.	56,14%	57,5%	60,5%	64%
Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 con consejería en Planificación Familiar.	45%	52%	60%	68%
Proporción de mujeres en unión procedentes de los quintiles I y II que usan algún método moderno de planificación familiar.	49,7%	52,7%	55,7%	60%

### 2.03 Fichas Técnicas de los indicadores seleccionados

#### Indicador 1

Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/ hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico

#### DEFINICIÓN

Es la proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 con parto institucional que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/ hematocrito, tamizaje VIH; tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.

#### DIMENSIÓN DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Eficiencia

#### VALOR DEL INDICADOR

El valor estimado para el año 2013 es de 0%

#### JUSTIFICACIÓN

Este indicador es crítico ya que refleja el total de atenciones mínimas que corresponde entregar a la gestante afiliada al SIS y los exámenes completos de laboratorio que tiene que recibir en el primer

trimestre. Es importante el diagnóstico y tratamiento de las infecciones en el primer trimestre de gestación, con ello se reduce la prematuridad y el riesgo del bajo peso al nacer.

#### **LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS**

- Se supone que no existe error significativo en la codificación de los códigos de servicio en la atención de parto.
- Se asume que los códigos de las atenciones corresponden a los exámenes auxiliares y las prestaciones brindadas a la gestante.

#### **PRECISIONES TÉCNICAS**

Mujeres con Parto institucional, son aquellas mujeres que tienen alguna atención en un establecimiento de salud y de las cuales se registra el código de servicio en la base de datos del SIS.

#### **MÉTODO DE CÁLCULO**

**Numerador:** Número de mujeres afiliadas al SIS procedentes de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento con parto institucional que durante su embarazo cumplen con las siguientes condiciones a la vez:

- Se les hizo los exámenes de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje de VIH y tamizaje de sífilis en el primer trimestre.
- Han tenido al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.

**Denominador:** Número total de mujeres procedentes de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento con parto institucional afiliadas al SIS.

#### **PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES**

Anual – Trimestral

#### **FUENTE DE DATOS**

Base de datos del Seguro Integral de Salud

#### **BASE DE DATOS**

Tabla de atenciones del Seguro Integral de Salud.

### **Indicador 2**

Proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 que tienen parto institucional en establecimientos de salud FONB y FONE.

#### **DEFINICIÓN**

Es la proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 que tienen parto institucional en Establecimientos de Salud como FONB (Función Obstétrica y Neonatal Básica) o FONE (Función Obstétrica y Neonatal Esencial), considerados estratégicos según RM 632-2012/MINSA.

#### **DIMENSIÓN DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO**

Eficacia

#### **VALOR DEL INDICADOR**

El valor estimado para el año 2013 es de 56.14%

#### **JUSTIFICACIÓN**

Este indicador es una medida de la capacidad del sistema de salud para proveer una cobertura adecuada de servicios de salud a la gestante, que cumplen funciones obstétricas y neonatales básicas y esenciales.

#### **LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS**

- Se supone que no existe error significativo en la codificación de los códigos de servicio en la atención de parto.
- Se considera correcta la definición de la gestante considerada en la precisión técnica.

#### **PRECISIONES TÉCNICAS**

- Para la evaluación del indicador se considerarán establecimientos de salud clasificados como FONB y FONE según RM 632-2012/MINSA.
- Así mismo, se considerarán gestantes a aquellas mujeres que tengan alguna atención con código de servicio correspondiente a atención prenatal, atención de parto y atención de puerperio.

#### **MÉTODO DE CÁLCULO**

**Numerador:** Número de gestantes afiliadas al SIS procedentes de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 con parto institucional en Establecimientos de Salud FONB y FONE según RM 632-2012/MINSA

**Denominador:** Número total de gestantes afiliadas al SIS procedentes de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 con parto institucional en el año de evaluación.

#### **PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES**

Anual – Trimestral

#### **FUENTE DE DATOS**

Base de datos del Seguro Integral de Salud

#### **BASE DE DATOS**

Tabla de atenciones del Seguro Integral de Salud.

### **Indicador 3**

Proporción de mujeres en edad reproductiva afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 con consejería en planificación familiar.

#### **DEFINICIÓN**

Es la proporción de mujeres en edad reproductiva procedentes de distritos del quintil 1 y 2 afiliadas al SIS y han recibido al menos una atención con consejería en Planificación Familiar

#### **DIMENSIÓN DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO**

Eficacia

#### **VALOR DEL INDICADOR**

El valor estimado para el año 2013 es de 45%.

#### **JUSTIFICACIÓN**

Según muchos estudios el acceso de las mujeres en edad reproductiva a la consejería en salud sexual y reproductiva permite decisiones informadas respecto a cuidados en su salud, su fecundidad y vida reproductiva, como el uso de diferentes métodos anticonceptivos para espaciar sus embarazos y de esta manera reducir el riesgo de embarazos no deseados y por tanto de complicaciones que pueden llevar a la muerte materna.

#### **LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS**

Se espera que la población a evaluar (mujeres en edad reproductiva que se afilian al SIS) se mantenga uniforme en el tiempo (representatividad de la población). El código de la prestación SIS es 018.

#### **PRECISIONES TÉCNICAS**

Mujeres en edad reproductiva son aquellas Mujeres comprendidas entre 15 y 49 años de edad, según la OMS.

#### **MÉTODO DE CÁLCULO**

**Numerador:** Número de mujeres en edad reproductiva afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 con al menos 1 atención de consejería al año en Planificación Familiar

**Denominador:** Número total de mujeres en edad reproductiva afiliadas al SIS procedentes de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2.

**PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES**

Anual – Trimestral.

**FUENTE DE DATOS**

Registros administrativos del Seguro Integral de Salud.

**BASE DE DATOS**

Tabla de atenciones del Seguro Integral de Salud

**Indicador 4**

Proporción de mujeres en unión de los quintiles 1 y 2 que usa algún método moderno de Planificación Familiar.

**DEFINICIÓN**

Es la proporción de mujeres en unión procedentes de quintiles 1 y 2 que usan actualmente algún método moderno de planificación familiar. Los métodos modernos son aquellos métodos capaces de evitar un embarazo y son altamente efectivos cuando se usan de manera correcta.

**DIMENSIÓN DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO**

Eficacia

**VALOR DEL INDICADOR**

El valor estimado para el año 2013 es de 49.7%.

**JUSTIFICACIÓN**

En el Perú, el 57% de las mujeres en edad fértil demandan planificación familiar, del cual el 54% se asigna al Ministerio de Salud y gobiernos regionales, la misma que se distribuye según mezcla anticonceptiva de acuerdo a la tendencia de consumo.

Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja, por personal de salud capacitado, en los establecimientos de salud según capacidad resolutive

La información que alimenta el indicador se obtiene a través de la ENDES. Esta encuesta es continua y tiene por objetivo proveer de información actualizada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños menores de cinco años, que permita la estimación de los indicadores identificados de los Programas Presupuestales en el marco de Presupuesto por Resultado; así como también la evaluación y formulación de los programas de población y salud familiar en el país

**LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS**

Existe correspondencia entre el valor del indicador y el producto esperado.

Debido a que la recolección de datos para el cálculo del indicador es a través de una encuesta, se asume que la persona responde con la verdad

Debido al tamaño de la muestra, los datos obtenidos algunos años pueden tener coeficientes de variación mayores a 15 y por tanto deben ser considerados como referenciales.

**PRECISIONES TÉCNICAS**

Se toma en consideración la pregunta 302 del cuestionario de la ENDES, en la que se precisa a las Mujeres unidas entrevistadas que usan algún método moderno de planificación familiar en relación al Total de mujeres unidas entrevistadas.

**MÉTODO DE CÁLCULO**

**Numerador:** Mujeres en unión procedentes de quintiles 1 y 2 del departamento de Cajamarca que usan actualmente algún método moderno de planificación familiar

**Denominador:** Mujeres en unión procedentes de quintiles 1 y 2 del departamento de Cajamarca

**PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES:**

Anual

**FUENTE DE DATOS**

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

**BASE DE DATOS**

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

## CAPITULO III. LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN

### 3.01 Aspectos Generales del Compromiso de Gestión

#### (a) Diagrama General y descripción de los Procesos

Los Compromisos de Gestión se han estructurado tomando como referencia la definición y el diagrama básico de un Proceso.

Un proceso es un conjunto estructurado de tareas lógicamente relacionadas entre ellas que se establecen para conseguir un producto bien definido; por lo tanto utilizan insumos, los cuales son transformados y, con ello, se generan nuevos bienes o servicios comúnmente denominados productos.



Dependiendo de la naturaleza y complejidad del proceso, estos se pueden subdividir en sub procesos, y a su vez, estos pueden ser clasificados en críticos y no críticos. Igualmente, es una práctica de la gestión medir el desempeño del proceso en base a las características de los "Producto"

De esta manera, el foco del Compromiso de Gestión son los productos que se derivan de los cuatro Procesos indicados en el CONVENIO y sus correspondientes Sub Procesos Críticos, y para medir el desempeño de cada uno de ellos se definieron Criterios con su correspondiente Nivel de cumplimiento.

Los procesos identificados sobre los cuales serán formulados los compromisos de gestión del presente CONVENIO son los cuatro siguientes:

- Proceso 1: Programación Operativa
- Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos
- Proceso 3: Organización para la producción de los productos y su entrega a los beneficiarios directos.
- Proceso 4: Supervisión, seguimiento y evaluación

Asimismo, por cada uno de los procesos se ha identificado los dos o tres Sub procesos críticos los cuales se detallan más adelante.

### (b) Criterios de priorización

El presente CONVENIO adopta dos criterios de priorización para la asignación de los recursos económicos disponibles. El primer criterio está referido con privilegiar cuatro productos, y el segundo, en priorizar la atención de los distritos, que de acuerdo al mapa de pobreza, se ubican en el primer y segundo quintil de pobreza.

#### Productos priorizados

3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA  
3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
3033292 POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
3033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL

#### Poblaciones o ámbitos priorizadas

Gestantes aseguradas al SIS procedente de los distritos más pobres del quintil I y II del Departamento de Cajamarca.

**Tabla No 07: Distritos Priorizados en el Departamento de Cajamarca**

Nº	UBIGEO	DES PROVINCIA	DES DISTRITO
1	060102	0601 CAJAMARCA	060102 ASUNCION
2	060103	0601 CAJAMARCA	060103 CHETILLA
3	060104	0601 CAJAMARCA	060104 COSPAN
4	060105	0601 CAJAMARCA	060105 ENCAÑADA
5	060106	0601 CAJAMARCA	060106 JESUS
6	060107	0601 CAJAMARCA	060107 LLACANORA
7	060111	0601 CAJAMARCA	060111 NAMORA
8	060112	0601 CAJAMARCA	060112 SAN JUAN
9	060202	0602 CAJABAMBA	060202 CACHACHI
10	060203	0602 CAJABAMBA	060203 CONDEBAMBA
11	060204	0602 CAJABAMBA	060204 SITACOCHA
12	060302	0603 CELENDIN	060302 CHUMUCH
13	060303	0603 CELENDIN	060303 CORTEGANA
14	060304	0603 CELENDIN	060304 HUASMIN
15	060307	0603 CELENDIN	060307 MIGUEL IGLESIAS
16	060308	0603 CELENDIN	060308 OXAMARCA
17	060309	0603 CELENDIN	060309 SOROCHUCO
18	060310	0603 CELENDIN	060310 SUCRE
19	060311	0603 CELENDIN	060311 UTCO
20	060312	0603 CELENDIN	060312 LA LIBERTAD DE PALLAN
21	060402	0604 CHOTA	060402 ANGUIA
22	060403	0604 CHOTA	060403 CHADIN
23	060404	0604 CHOTA	060404 CHIGUIRIP
24	060405	0604 CHOTA	060405 CHIMBAN
25	060406	0604 CHOTA	060406 CHOROPAMPA
26	060408	0604 CHOTA	060408 CONCHAN
27	060409	0604 CHOTA	060409 HUAMBOS
28	060412	0604 CHOTA	060412 MIRACOSTA
29	060413	0604 CHOTA	060413 PACCHA

Nº	UBIGEO	DES. PROVINCIA	DES. DISTRITO
30	060414	0604 CHOTA	060414 PION
31	060415	0604 CHOTA	060415 QUEROCOTO
32	060416	0604 CHOTA	060416 SAN JUAN DE LICUPIS
33	060419	0604 CHOTA	060419 CHALAMARCA
34	060503	0605 CONTUMAZA	060503 CUPISNIQUE
35	060504	0605 CONTUMAZA	060504 GUZMANGO
36	060506	0605 CONTUMAZA	060506 SANTA CRUZ DE TOLEDO
37	060602	0606 CUTERVO	060602 CALLAYUC
38	060604	0606 CUTERVO	060604 CUJILLO
39	060606	0606 CUTERVO	060606 PIMPINGOS
40	060607	0606 CUTERVO	060607 QUEROCOTILLO
41	060608	0606 CUTERVO	060608 SAN ANDRES DE CUTERVO
42	060609	0606 CUTERVO	060609 SAN JUAN DE CUTERVO
43	060611	0606 CUTERVO	060611 SANTA CRUZ
44	060612	0606 CUTERVO	060612 SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA
45	060613	0606 CUTERVO	060613 SANTO TOMAS
46	060701	0607 HUALGAYOC	060701 BAMBAMARCA
47	060703	0607 HUALGAYOC	060703 HUALGAYOC
48	060803	0608 JAEN	060803 CHONTALI
49	060805	0608 JAEN	060805 HUABAL
50	060807	0608 JAEN	060807 POMAHUACA
51	060809	0608 JAEN	060809 SALLIQUE
52	060810	0608 JAEN	060810 SAN FELIPE
53	060907	0609 SAN IGNACIO	060907 TABACONAS
54	061002	0610 SAN MARCOS	061002 CHANCAY
55	061004	0610 SAN MARCOS	061004 GREGORIO PITA
56	061006	0610 SAN MARCOS	061006 JOSE MANUEL QUIROZ
57	061007	0610 SAN MARCOS	061007 JOSE SABOGAL
58	061103	0611 SAN MIGUEL	061103 CALQUIS
59	061104	0611 SAN MIGUEL	061104 CATILLUC
60	061109	0611 SAN MIGUEL	061109 NIEPOS
61	061112	0611 SAN MIGUEL	061112 TONGOD
62	061113	0611 SAN MIGUEL	061113 UNION AGUA BLANCA
63	061201	0612 SAN PABLO	061201 SAN PABLO
64	061202	0612 SAN PABLO	061202 SAN BERNARDINO
65	061204	0612 SAN PABLO	061204 TUMBADEN
66	061308	0613 SANTA CRUZ	061308 SAUCEPAMPA
67	061309	0613 SANTA CRUZ	061309 SEXI
68	061311	0613 SANTA CRUZ	061311 YAUYUCAN

### 3.02 Especificación del Compromiso de Gestión

#### (a) Proceso 1: Programación Operativa

La UE formula el ante proyecto de Presupuesto anual y multianual desagregado por establecimiento de salud y por producto. El ante proyecto de presupuesto es posible de ser analizado al menos según las siguientes variables: i) Por específicas de gasto; ii) por los insumos y grupos de insumos; iii) diferenciando insumos fijos de variables; iv) diferenciando gastos recurrentes de bienes de capital; v) diferenciando insumos directos e indirectos; vi) por departamento, provincia y distrito; vii) por quintiles de pobreza. Asimismo será posible estimar costos unitarios variables y fijos por cada producto a nivel de cada establecimiento de salud, de tal manera que es posible vincular presupuesto con las metas físicas de cada producto del Programa Presupuestal.

#### **Sub Proceso Crítico 1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura de los Productos del Programa Presupuestal**

La Entidad Pública dispone de una base de datos actualizada y organizada conteniendo las proyecciones de las metas físicas anuales y multianuales de los Productos finales del Programa Presupuestal por punto de atención a los usuarios, es decir por establecimiento de salud. Asimismo para los productos que corresponda las proyecciones de metas físicas son determinadas a partir del análisis de una base de datos que contiene el padrón nominado, autenticado y actualizado de los beneficiarios de los Productos finales del Programa Presupuestal que ofrece la Entidad a las residentes del Departamento.

**Criterio 1:** Proporción de gestantes registrados en el padrón de beneficiarias del Programa Salud Materno Neonatal.

**Criterio 2:** Proporción de gestantes afiliadas al SIS en el primer trimestre del embarazo.

**Criterio 3:** Proporción de niños menores de 1 año de edad registrados en el padrón nominado y proporción de niños registrados antes de cumplir 30 días de edad.

**Criterio 4:** Proporción de niños con Certificado de Nacido Vivo electrónico y DNI afiliados al SIS antes de los 30 días de edad.

#### **Sub Proceso Crítico 2: Formulación del proyecto de Presupuesto anual y multianual para financiar los Productos del Programa Presupuestario.**

La Entidad dispone de una base de datos actualizada conteniendo la estimación del presupuesto anual requerido para financiar las metas físicas proyectadas en el Plan de Producción para cada uno de los Productos del Programa Presupuestal y por cada punto de atención, es decir por cada establecimiento de salud considerando las particularidades locales del lugar donde se entrega los Productos a los beneficiarios.

**Criterio 1:** Programación presupuestal para la adquisición de insumos críticos vinculados con la entrega de los productos Atención prenatal reenforcada y atención del Parto Normal en los establecimientos de salud del quintil 1 y 2.

### **Sub Proceso Crítico 3: Capacidad Disponible en los puntos de atención para proveer los Productos del Programa Presupuestal**

La Entidad Pública dispone de una base de datos actualizada y codificada según los códigos estándar sobre la disponibilidad de recursos humanos en cada punto de atención donde se ofrece los Productos del Programa Presupuestal.

**Criterio 1:** Establecimientos de salud de los quintiles 1 y 2 cuyo personal que registra atenciones en el HIS o SIS están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el Módulo de Gestión de Recursos Humanos y SIGA.

### **(b) Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos**

Adquisición, almacenamiento, distribución y uso eficiente de bienes y servicios adquiridos

#### **Sub Proceso Crítico 1: Adquisición**

Las Unidades Ejecutoras del Pliego ejecutan las adquisiciones según lo planificado para garantizar la provisión de bienes y servicios de manera oportuna.

**Criterio 1:** Las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM (SIAF) registradas en el PSMN, se corresponden con las específicas del cuadro de necesidades del PSMN, consignados en SIGA.

**Criterio 2:** Los activos fijos priorizados relacionados PP Materno Neonatal, cuentan con especificaciones técnicas estandarizadas por el MINSA o la Región y su uso obligatorio en las adquisiciones está normado por el Gobierno Regional.

#### **Sub Proceso Crítico 2: Almacén y distribución**

La logística de la UEs provisiona con oportunidad a los Establecimientos para garantizar la disponibilidad de los insumos en los establecimientos de salud todos los días del año.

**Criterio 1:** Establecimientos de Salud ubicados en distritos de quintil 1 y 2 cuentan con disponibilidad adecuada de insumos críticos y equipos según categoría y meta física que asegure la atención del control pre natal, atención del parto y la planificación familiar

**Criterio 2:** Establecimientos de Salud con disponibilidad de recursos humanos (días persona disponible/ días persona requerido) para la atención a la población en los distritos del quintil 1 y 2, según meta física.

**Criterio 3:** Proporción de establecimientos estratégicos que cuentan con saneamiento físico legal culminados.

### **(c) Proceso 3: Organización para la producción y entrega de los productos**

#### **Sub Proceso Crítico 1: Organización para entregar el servicio al ciudadano**

La distribución espacial de los puntos de atención (establecimientos de salud) garantiza que al menos 80% de los residentes pobres del departamento se encuentra a menos de 60 minutos de un punto de atención para recibir los Productos Atención Prenatal Reenfocada, Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva y a menos de 2 horas para la Atención del parto.

**Criterio 1:** Establecimientos de Salud estratégicos garantizan el acceso a menos de dos horas a la población más pobre para la atención del Parto y Cesárea.

**Sub Proceso Crítico 2: Organización para producir los servicios**

La UE ha establecido Roles, Responsabilidades, Procedimientos y Tecnologías para los procesos claves vinculados directamente con la entrega de los Productos priorizados.

**Criterio 1:** El Gobierno Regional ha normado documentos de gestión que establecen roles, responsabilidades, procedimientos y flujos para procesos vinculados directamente con la entrega de al menos los siguientes Productos: Atención prenatal reenfocada, Atención de parto normal y con complicaciones, Referencia y contrareferencia.

**Sub Proceso Crítico 3: Articulación, Coordinación, Colaboración**

El Pliego/UE establece procedimientos/mecanismos precisos de articulación con otras entidades vinculados al PSMN

**Criterio 1:** El Gobierno Regional cuenta con Acuerdos/Convenios interinstitucionales vigentes con la finalidad de disponer y mantener actualizado y autenticado el Padrón Nominado de gestantes / Mujeres en edad fértil

**(d) Proceso 4: Supervisión, Seguimiento y Evaluación**

**Sub Proceso Crítico 2: Análisis de Datos:**

La UE genera y analiza periódicamente los indicadores claves de insumo, producto y resultado de acuerdo a un modelo analítico adoptado.

**Criterio 1:** La Región dispone de una base de datos analítica actualizada para el análisis de los 4 indicadores de Productos priorizados; disponibilidad de insumos y gasto del Programa Presupuestal SMN.

**Sub Proceso Crítico 3: Uso, Diseminación y Transparencia de la información:**

La UE genera y publica periódicamente información relacionada a los indicadores claves de insumo, producto y resultado.

**Criterio 1:** El Gobierno Regional elabora reportes amigables para la diseminación de la información a nivel distrital y de Establecimientos de Salud: a) Indicadores de producto del PSMN, b) Indicadores de disponibilidad de los insumos críticos, c) Indicadores de gasto: asignación y ejecución del presupuesto.

**Criterio 2:** El Gobierno Regional tiene publicado y mantiene actualizado el estado de avance de los indicadores priorizados y de sus compromisos de gestión.

**3.03 Definición Operacional de los Niveles**

**(a) Definición Operacional del Nivel 0**

Se ha establecido el **Nivel Cero** para cada uno de los criterios de los Sub Procesos Críticos seleccionados y que deben ser cumplidos a los 15 días de la suscripción del Convenio para la transferencia correspondiente al primer año del Convenio. En tabla 07 se presenta la correspondiente definición operacional

**Tabla No 07: Definición Operacional Nivel 0**

Proceso	Sub Proceso Crítico	Criterio	Definición operacional del Nivel 0
1	1	3	No menos del 14% de niños menores de 5 años registrados en el padrón son menores de 1 año de edad. No menos del 50% de niños menores de 1 año de edad han sido registrados en el padrón nominado antes de los 30 días de edad.
	2	1	El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal para la adquisición de al menos el 75% de insumos críticos para la entrega de los productos Atención prenatal reenfocada y la Atención de parto. La programación de insumos debe estar contemplados en el Plan Anual de Obtenciones actualizado (Incluye pedidos no programados) del SIGA.
	3	1	El 80 % del personal que registra atenciones en HIS están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el MGRH y SIGA.
2	2	1	El 50% de los Establecimientos del quintil 1 y 2 cuentan con disponibilidad adecuada de al menos el 75% de equipos y 75% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el MINSA para la entrega de los productos Atención Prenatal Reenfocada y Atención del Parto Normal.
		2	El 100% de establecimientos de salud registran la meta física para el producto Atención Prenatal Reenfocada y al menos el 70% de los establecimientos que atiende a población del quintil 1 y 2 disponen de recursos humanos (obstetriz o Técnico de Enfermería).
3	1	1	La Región cuenta con una matriz de acceso de la población de los quintiles 1 y 2 a establecimientos estratégicos para recibir las atenciones del Parto Normal.

**(b) Definición Operacional del Nivel 1**

Será definido antes del 30 de septiembre del 2014

**(c) Definición Operacional del Nivel 2**

Será definido antes del 30 de septiembre del 2015

## CAPITULO IV. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO

### 4.01 Aspectos Generales del Procedimiento de Verificación

Los procedimientos de verificación del cumplimiento del CONVENIO, tanto en lo referido a la verificación de los Compromisos de Gestión como a los Indicadores, serán detallados en los instructivos correspondientes cada año. Estos se remitirán a la ENTIDAD PUBLICA de acuerdo con los plazos indicados en el numeral 3.03 en los ítems (b), (c) y (d) del presente Anexo, adjunto a las definiciones operacionales del nivel correspondiente.

A continuación se presenta el procedimiento de verificación correspondiente a los Criterios de los Sub procesos de los cuatro Proceso establecidos, los mismos que fueron seleccionados como parte de las condiciones previas que debe cumplir la ENTIDAD antes de la firma del CONVENIO.

### 4.02 Proceso 1: PROGRAMACION OPERATIVA

<b>Sub Proceso 1</b>	<b>Nivel 0</b>
<b>Criterio 3</b>	
<b>Definición Operacional Nivel 0</b>	
No menos del 14% de niños menores de 5 años registrados en el padrón son menores de 1 año de edad. No menos del 50% de niños menores de 1 año de edad han sido registrados en el padrón nominado antes de los 30 días de edad.	
<b>Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:</b>	
<b>Paso 1</b> El Gobierno Regional coordina con dirección Regional de Salud y obtiene la base de datos del padrón nominado de toda la región registrado en la plataforma de RENIEC.	
<b>Paso 2</b> Se elabora el Formato 100 con las variables estandarizadas que se encuentran contenidas en el formato respectivo. El formato debe estar firmado por el responsable para su envío al MEF.	
<b>Paso 3</b> El MEF solicita a RENIEC la base de datos del padrón nominado de los niños menores de 5 años de edad.	
<b>Paso 4</b> Se elaboran bases de datos analíticas. Se calcula la edad de los niños al último día del trimestre evaluado. Se estima la proporción de niños menores de 1 año respecto a los menores de 5 años registrados en el padrón.	
<b>Paso 5</b> Se estiman la edad de los niños en el momento del registro o incorporación en el padrón nominado. Se calcula la proporción de niños que han sido registrados en el padrón nominado antes de cumplir 30 días de edad respecto al total de niños menores de 1 año registrados en el padrón en el trimestre evaluado.	
<b>Sub Proceso 2</b>	
<b>Criterio 1</b>	
<b>Definición Operacional Nivel 0</b>	
El Gobierno Regional cuenta con programación presupuestal para la adquisición de al menos el 75% de insumos críticos para la entrega de los productos Atención prenatal Reenfocada y Atención de parto definidos por el MINSA. La programación de insumos deben estar contemplados en el PAO Actualizado (Incluye pedidos no programados) del SIGA	
<b>Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:</b>	
<b>Paso 1</b> Se define el estándar de insumos críticos necesarios para la entrega de los productos claves del PP SMN (3033172 Atención prenatal reenfocada y 3033295Atención del parto)	
<b>Paso 2</b> Se verifica en el PAO actualizado del SIGA, los insumos priorizados de los Productos 3033172 Atención prenatal reenfocada y 3033295Atención del parto que han sido programados para compra, con certificación presupuestal a nivel regional.	
<b>Paso 3</b> Se Identifica en el PAO actualizado de las UE de la región, la cantidad de insumos que cuentan con programación presupuestal según el estándar definido y se estima el nivel de cumplimiento respecto a la meta planteada para el criterio.	
<b>Sub Proceso 3</b>	
<b>Criterio 1</b>	
<b>Definición Operacional Nivel 0</b>	
El 80 % del personal que registra atenciones en HIS están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el MGRH y SIGA	

<b>Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:</b>	
<b>Paso 1</b>	Se obtiene en la base de datos del HIS, el reporte de personal de salud que registró atenciones en establecimientos de salud de quintil 1 y 2, en el último trimestre anterior al envío del informe.
<b>Paso 2</b>	Se concilia el personal de salud con registro de atenciones en el HIS y que a su vez se encuentra registrado en el MGRH y SIGA en último trimestre anterior al envío del informe. La consistencia de datos se evalúa a partir del DNI del personal.
<b>Paso 3</b>	Se establece el <b>porcentaje</b> de cumplimiento de acuerdo a la meta establecida.

#### 4.03 Proceso 2: SOPORTE LOGÍSTICO

<b>Sub proceso 2</b>	
<b>Criterio 1</b>	
<b>Definición Operacional Nivel 0</b>	
El 50% de los Establecimientos del quintil 1 y 2 cuentan con disponibilidad adecuada de al menos el 75% de equipos y 75% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el MINSA para la entrega de los <b>productos</b> Atención Prenatal Reenfocada y Atención del Parto Normal	
<b>Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:</b>	
<b>Paso 1</b>	Verificación de disponibilidad por punto de atención de equipos críticos relacionados al PP SMN (Atención Prenatal Reenfocada y Atención del Parto Normal), a partir de la base del SIGA módulo de patrimonio, según estándar definido.
<b>Paso 2</b>	Verificación de la disponibilidad por punto de atención de insumos críticos a partir de la base de datos del SISMED, según estándar definido.
<b>Paso 3</b>	Identificación del número y porcentaje de establecimientos de salud ubicados en quintiles de pobreza 1 y 2, que cumplen con disponibilidad de al menos 75% de equipos y 75% de medicamentos e insumos, según estándares.
<b>Criterio 2</b>	
<b>Definición Operacional Nivel 0</b>	
El 100% de EESS de salud registran meta física para el producto Atención Prenatal Reenfocada y al menos el 70% de los Establecimientos que atiende a población del quintil 1 y 2 disponen de recursos humanos ( <b>obstetriz o Técnico de Enfermería</b> ) según meta física.	
<b>Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento</b>	
<b>Paso 1</b>	<b>Registro de Meta Física:</b> Se identifica el número de establecimientos (EESS) priorizados que cuentan con registro de meta física (MF) en el SIGA-PpR para los subproductos Niños menores de 1 año con vacuna completa y gestantes con Atención pre natal reenfocada (APN R). Se estima la proporción de EESS que cumplen con el registro de MF para ambos productos.
<b>Paso 2</b>	<b>Consistencia de Meta Física:</b> En los EESS que cumplen con el paso previo, se divide la MEF de APN R respecto a niños < 1 año con vacuna completa, multiplicado por 100. Se considera como MF consistente cuando, el resultado es mayor o igual a 70% y menor a 130%.
<b>Paso 3</b>	<b>Días persona requerido de RRHH según meta física:</b> Para cada EESS se estima el número de días/persona requerido para la atención de niños según MF de la gestante para APN R. Se espera que cada profesional o técnico nombrado o contratado de 150 horas (25 días de 6 horas), asista en promedio 17 días de las 4 semanas del mes (descontando los días libres, feriados o los utilizados para capacitación).
<b>Paso 4</b>	De la base de datos del HIS y a partir de las atenciones diarias registradas por el personal, se estima el número promedio de días persona disponible (técnico u obstetra) para cada mes. Se identifica los EESS que cumplen con disponibilidad aceptable de personal según MF (el número de días que el personal ha registrado atenciones es mayor al número de días requerido según MF) para la atención de la gestantes con APNR (solo en EESS con Meta física consistentes entre niños con vacuna completa y gestantes con APNR).
<b>Paso 5</b>	Para el caso de EESS FONB estratégicos priorizados, se verifica la meta física de atención de partos.
<b>Paso 6</b>	Se estima el cálculo de Nro de profesionales requeridos para la atención de parto y recién nacidos en EESS FON Estratégicos. Para cada EESS FONB estratégico con médicos, enfermeras y obstetras según meta física, teniendo en cuenta el siguiente parámetro: 50 a < 150 partos anuales (1 a 12 partos mensuales): 8 profesionales. 150 a 350 partos anuales (12 a 30 partos mensuales): 15 profesionales.

No se evalúa con este criterio los EESS estratégicos cuya meta física es menor a 50 partos.

#### 4.04 Proceso 3: ORGANIZACIÓN PARA LA PRODUCCIÓN Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS

<b>Sub Proceso 1</b>
<b>Criterio 1</b>
<b>Definición Operacional Nivel 0</b> La Región cuenta con una matriz de acceso de la población de los quintiles 1 y 2 a establecimientos estratégicos a menos de 2 horas para recibir las atenciones del Parto Normal.
Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:
<b>Paso 1:</b> Se identifica en una lista todos los establecimientos de salud que vienen funcionando a nivel regional, por Provincia y Distrito; así mismo se registra cada centro poblado (comunidades/barrios/anexos), que corresponde a la jurisdicción del establecimiento estratégico (considerando todos los otros establecimientos que forman parte de la referencia). Se debe tener en cuenta la última base de datos disponible de los centros poblados según censo INEI.
<b>Paso 2:</b> Se determina la distancia y el tiempo que existe, entre el centro poblado donde reside la población en relación al establecimiento de salud estratégico, en el cual se atienden o refieren usualmente. Se debe tener como punto de partida al centro poblado.
<b>Paso 3:</b> Se debe asignar a cada centro poblado (comunidad/barrio/anexo), el número de gestantes que existen, teniendo en cuenta el Padrón Nominado.
<b>Paso 4:</b> Determinar el tiempo (en horas) que demanda el traslado de la población (tener como punto de partida el centro poblado) hacia el establecimiento de salud estratégico más cercano, considerar el medio de transporte que usualmente utilizan para desplazarse.
<b>Paso 5:</b> Se debe seleccionar a los centros poblados que tienen acceso a los establecimientos de salud en menos de dos horas.
<b>Paso 6:</b> Se debe considerar la cantidad de la población gestante por centro poblado, identificando el porcentaje de la población que tiene acceso al EE.SS. a menos de dos hora.

## **CAPITULO V. INFORMES**

Los informes correspondientes al presente CONVENIO son de dos tipos, uno que se constituye en el documento que sustenta la transferencia de los recursos del tramo fijo al que se le denomina, de conformidad con la Directiva, "Informe de Verificación de Cumplimiento del Convenio", y el segundo tipo, es el "informe de seguimiento de indicadores del programa presupuestal", que sustenta la transferencia de recursos del tramo variable del Convenio. Los contenidos mínimos de los Informes del Convenio de Apoyo Presupuestario se detallan a continuación:

### **5.01 Informe de Verificación de Cumplimiento del Convenio**

- Resumen
- Antecedentes
- Verificación de la información remitida al MEF
- Verificación de los Compromisos de Gestión
- Conclusiones y recomendaciones
- Anexos

### **5.02 Informe de Seguimiento de los Indicadores del Programa Presupuestal.**

- Antecedentes
- Evolución de los principales indicadores de resultado y/o producto del Programa Presupuestal
- Metas alcanzadas en los indicadores priorizados del Convenio
- Conclusiones

## ANEXO II

### DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DEL CONVENIO

#### 1.01 Monto Total y Anual del Apoyo Presupuestario del CONVENIO

##### (a) Monto Total

El monto total máximo asignado en el marco del presente CONVENIO a la Entidad del Gobierno Regional del Departamento de Cajamarca es de hasta 11 millones de soles para los 3 años.

##### (b) Monto anual

	Año 1	Año 2	Año 3	Total
Monto Máximo	3 millones	4 millones	4 millones	11 millones

##### (c) Distribución Porcentual del Presupuesto en su componente Tramo Fijo y Tramo Variable

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

#### 1.02 Envío de información al Ministerio de Economía

##### (a) Plazos para la entrega de la información al Ministerio de Economía

	Año 1	Año 2	Año 3
Presentación de los formatos	Dentro de los 15 días de suscrito el Convenio	Dentro de los 45 días de inicio del año fiscal	Dentro de los 45 días de inicio del año fiscal

##### (b) Plazos para subsanar las observaciones

La Entidad tiene un plazo máximo de seis meses para subsanar las observaciones luego de habersele comunicado los resultados del "Informe de Verificación del Cumplimiento del Convenio".

#### 1.03 Determinación del monto a transferir

##### (a) Monto correspondiente al Tramo Variable.

El monto de la transferencia correspondiente al Tramo Variable se determina de acuerdo con la siguiente tabla:

Porcentaje de avance en meta de indicadores	Año 1	Año 2	Año 3
Igual o mayor a 90%		100%	100%
Igual o mayor a 75%		75%	75%
Igual o mayor a 50%		50%	50%
Menor que 50%		0%	0%

**(b) Monto correspondiente al Tramo Fijo.**

El monto de la transferencia correspondiente al Tramo Fijo se determina de acuerdo con la siguiente tabla:

Reporte del Informe de Cumplimiento del Convenio	Año 1	Año 2	Año 3
	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2
Sin Observaciones	100%	100%	100%
Con Observaciones	60%	60%	60%
	El saldo (40%) se transfiere luego que la Entidad subsane las observaciones.		

**(c) De la autorización de la transferencia.**

En un plazo máximo de 30 días después de conocidos los resultados del "Informe de Verificación del Cumplimiento del Convenio", se hace efectiva la transferencia por Unidad Ejecutora para lo cual se aplica lo establecido en la Directiva de Ejecución Presupuestal y en la Directiva que regula el presente CONVENIO.

**(d) Incorporación de los recursos transferidos al presupuesto de la Entidad**

La incorporación de los recursos adicionales se realiza mediante la emisión de un dispositivo firmado por el Titular de la Entidad según lo establecido por la Directiva de Ejecución Presupuestal. Adjunto al dispositivo, tal como indica la Directiva que regula el presente CONVENIO, la Entidad presenta el presupuesto desagregado por Unidad Ejecutora y por Producto, de acuerdo al Modelo 02 "Presupuesto adicional por Convenio de Apoyo Presupuestario".

**1.04 Procedimiento de entrega de información, Formatos y Modelos de documentos.**

**(a) Procedimiento de envío de información**

Los procedimientos para remitir la información son los siguientes:

- El Pliego envía un oficio al Director General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas y al Jefe Institucional del SIS según el modelo 01 "Oficio para remitir informe de Cumplimiento del Convenio de Apoyo Presupuestario".
- El Pliego adjunta al oficio los siguientes documentos: i) Formatos 100 ("Datos básicos de la fuente de datos"), cuando corresponda, debidamente llenados, con las firmas, rubricas y sellos de las personas autorizadas; ii) Documentación (impresa y/o digital) que sustenta el cumplimiento del cada criterio, definidas en el respectivo instructivo para cada nivel, el mismo que será remitido por la DGPP mediante oficio. Toda esta documentación es revisada y suscrita por la Dirección de Planeamiento de la Entidad y por los Funcionarios vinculados con la conducción e implementación del Programa Presupuestal, materia del presente CONVENIO.
- Acompañado a esta documentación, el Pliego envía en medio magnético la información consolidada de las bases de datos solicitadas. Cada CD deberá ser rotulado de la siguiente manera: i) Entidad; ii) Código presupuestal y Nombre de la Entidad (Pliego o Unidad Ejecutora); iii) Número de archivos incluidos; v) Fecha de creación del medio magnético; vi) Nombre de persona de contacto.

**(b) Instructivo:**

La Dirección General de Presupuesto Público elabora el Instructivo, a través del cual define el procedimiento y la documentación que la Entidad Pública debe adjuntar y remitir al Ministerio de Economía y Finanzas, en los Informes de Cumplimiento de los Convenios del nivel correspondiente, especificando las fuentes de verificación y las pautas sobre el nivel de desagregación de la información.

Los contenidos mínimos del instructivo son:

- Responsables: Instancia de la entidad pública responsable del cumplimiento de cada criterio.
- Verificación: Fuente de información (Documentos y bases de datos) a verificar incluyendo el Formato 100 si corresponde.
- Procedimiento de análisis: Acciones a realizar a nivel de la DGPP para la verificación del cumplimiento de cada criterio.
- Procedimiento de envío de la información: Acciones que realiza la entidad pública para preparar y remitir la información al Ministerio de Economía y Finanzas – DGPP.

De existir una segunda verificación en el cumplimiento de los criterios como parte de la subsanación de cada nivel, el instructivo será actualizado de acuerdo a la definición operacional de cada criterio.

Aquellos criterios cuya definición operacional requieren mantener su cumplimiento serán nuevamente evaluados en la etapa de subsanación, a pesar de haber cumplido el criterio en el I Informe de verificación.

**(c) Formatos:**

La Entidad para documentar la o las fuentes de datos que se encuentran almacenados en formato digital bajo la estructura de bases de datos, utiliza el Formato 100. Este formato está orientado a documentar las bases de datos que se generan a partir de los sistemas de información sectoriales; en ese sentido, formatos adicionales podrán ser incluidos con el propósito de documentar formas particulares de estructura de datos u otros elementos que contribuyan con una mejor comprensión de los datos y su metadata de los sistemas de información.

**(d) Nomenclatura de directorios y archivos:**

La Entidad Pública organiza los directorios y los archivos de acuerdo con la siguiente nomenclatura:

- Crear un directorio principal denominado con el código SEC\_EJEC de la Unidad Ejecutora, seguido por el nombre de la Unidad Ejecutora sin espacios, pero iniciando con mayúscula cada palabra. Por ejemplo: 755 NombreUnidadEjecutora
- Un directorio por cada fuente de datos, el nombre del directorio inicia con un número de dos dígitos, seguido por el nombre del directorio sin espacios. Por ejemplo 01FuenteDatos1, 02FuenteDatos2, y así sucesivamente. En caso que se trate del SIGA la nomenclatura es 80SIGA.
- Los archivos que contiene cada directorio se inicia con un número de tres dígitos, seguido del nombre del archivo, sin espacios.

(e) Modelos de documentos:

**MODELO 01**

**“Oficio para remitir el informe de Cumplimiento del Convenio de Apoyo  
Presupuestario”**

Fecha

Señor

.....  
**Director General  
Dirección General de Presupuesto Público  
Ministerio de Economía y Finanzas**

Lima.-

A través de la presente remito a usted la información correspondiente al cumplimiento de compromisos del CONVENIO suscrito entre ....(Nombre de la Entidad)... y el Ministerio de Economía y Finanzas, en el marco del Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal ....(Nombre del Programa Presupuestal)....., según instructivo remitido.

En tal sentido, adjunto al presente la información impresa y en medio magnético (CDs) para su verificación respectiva.

Atentamente,

**MODELO 02**

**“Presupuesto adicional por Convenio de Apoyo Presupuestario”**

1. Sector: CC Nombre del Sector
2. Pliego: CCC Nombre del Pliego
3. Unidad Ejecutora: CCC Nombre de la Unidad Ejecutora

Código Producto	Descripción del Producto del Programa Presupuestal	Presupuesto adicional

**Nota:**

Este formato es llenado por la Entidad Pública, quien al momento de la incorporación de los recursos de apoyo presupuestario, deberá incluir todos los productos vinculadas con la Entidad Pública, aunque el presupuesto adicional fuera cero.

<b>FORMATO 100</b>	<b>DATOS BASICOS DE LA FUENTE DE DATOS</b>
--------------------	--

<b>SECCION I: IDENTIFICACION DE LA FUENTE DE DATOS</b>
--

<b>1. Denominación de la fuente de datos</b>	
--	--

<p><b>2. Detalle del origen de la fuente de datos</b></p> <p>2.1 Breve descripción de la fuente de datos:          [Detallar antigüedad de la fuente de datos]          [Indicar el o los sistemas de información que generan los datos, incluyendo el formato digital para su almacenamiento.]          [Explicar la relevancia de la fuente de datos, bien sea para la construcción de los indicadores de seguimiento del Programa Presupuestario Estratégico o para la verificación del cumplimiento de los compromisos de gestión.]          [Flujos de datos que dan origen a la fuente de datos.]</p> <p>2.2 Fecha de actualización de la base de datos:</p> <p>2.3 Denominación del Sistema de Información que genera la base de datos:</p>
--

<b>3. Responsables de la fuente de datos</b>			
<b>3.1 Datos del Responsable(s) de la administración de la Fuente de Datos:</b>			
(a) Área/Unidad	(b) Centro Costo [código]	(c) DNI	(d) Nombres y Apellidos
<b>3.2 Datos del Responsable(s) de obtener y preparar las bases de datos para su remisión al MEF:</b>			
(a) Área/Unidad	(b) Centro Costo [código]	(c) DNI	(d) Nombres y Apellidos

Para cualquier comunicación respecto del llenado del presente formato, así como sobre las bases de datos remitidas al MEF comunicarse al teléfono: (01) 3115930 Anexo 2174 ó 2175, o al correo electrónico: [datos\\_PpR@mef.gob.pe](mailto:datos_PpR@mef.gob.pe)

**SECCION II: ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS**

**Nota:** Todas las bases de datos serán entregados en formato ".txt".

Se documenta archivo por archivo, tantos como tenga la base de datos, y se numera de manera correlativa.

**20. Número total de archivos que contiene la fuente de datos**

<b>21. Identificación del archivo</b>	
21.0 Número del archivo	
21.1 Nombre del archivo	
21.2 Descripción del archivo	
21.3 Número de variables	
21.4 Número de registros	
21.5 Fecha de creación del archivo	__/__/__
21.6 Contenido del archivo	Transacciones _____ Diccionario _____

<b>22. Contenido del archivo</b>					
<b>a. Número</b>	<b>b. Nombre de la variable</b>	<b>c. Descripción de la variable</b>	<b>d. Tipo</b>	<b>e. Tiene diccionario? [Si/No]</b>	<b>f. Cual archivo? [Número]</b>

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Responsable

