

Informe Interinstitucional de Desempeño del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal – PPSMN – 2016



La presente publicación se ha realizado en el marco de la cooperación entre el Perú y Bélgica. Las opiniones expresadas en este documento representan los puntos de vista de los autores, y no son necesariamente compartidas por la CTB, la Cooperación belga al desarrollo o las autoridades del país respectivo.

LISTADO DE CONTENIDO

INFORME INTERINSTITUCIONAL DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL – PPSMN – 2016	1
LISTADO DE CONTENIDO	2
LISTADO DE TABLAS	3
LISTADO DE GRÁFICOS	5
LISTADO DE ACRÓNIMOS.....	7
PRESENTACIÓN	10
A. INTRODUCCIÓN.....	11
B. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL DE SALUD MATERNO NEONATAL (PPSMN) Y EL CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL DEL 2016.	12
C. PRINCIPALES RESULTADOS EN EL ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO	16
<i>C.1. INDICADORES DE RESULTADO.....</i>	<i>16</i>
RESULTADO FINAL 1: MORTALIDAD MATERNA.....	16
RESULTADO FINAL 2: MORTALIDAD NEONATAL.....	22
RESULTADO INTERMEDIO: INCREMENTAR CONOCIMIENTO EN SSR Y ACCESO A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	25
Resultado Inmediato/Producto 2.1: Población informada en SSR.....	29
Resultado Inmediato 2.1/Producto 2.2: Acceso a métodos de PF y a servicios de consejería en SSR.	29
RESULTADO INTERMEDIO: Reducir la morbi-mortalidad materna.....	29
Resultado Inmediato/Producto3.1: Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal (APN) de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive.	36
Resultado Inmediato/Producto3.2: Acceso de gestantes a servicios de parto calificado y puerperio, normal y complicado, según capacidad resolutive.....	47
Resultado Inmediato/Producto 3.3: Acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes.....	52
Resultado Inmediato/Producto 3.4: Acceso de gestantes a referencia y contra referencia materna y/o neonatal, según capacidad resolutive.	52
RESULTADO INTERMEDIO: REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD NEONATAL.....	54
Resultado Inmediato/Producto4.1: Acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal.	54
Resultado Inmediato/Producto 4.2: Acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutive para atender complicaciones neonatales.....	54
Resultado Inmediato/Producto 4.3: Acceso de neonatos a servicios de cuidado intensivos neonatales.	59
<i>C.2 INDICADORES DE COBERTURA DE PRODUCTOS.....</i>	<i>60</i>
<i>C.3 INDICADORES DE ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL.....</i>	<i>60</i>
SUPERVISION FINANCIERA PRESENCIAL	74
<i>C.4 INDICADORES DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS/EQUIPOS Y RECURSOS HUMANOS - MEF con MINSA.....</i>	<i>77</i>
<i>C.5 INDICADORES DE CONDUCCIÓN Y GESTIÓN DEL PPSMN</i>	<i>80</i>
D. ANÁLISIS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS	81
E. CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO. ENFOQUE AMAZONAS Y CAJAMARCA.....	89
<i>Resultados tramo fijo y variable - MEF</i>	<i>91</i>
24. REFLEXIONES SOBRE LOS RESULTADOS ALCANZADOS	100
25. CONCLUSIONES.....	107
26. SUGERENCIAS	109
BIBLIOGRAFÍA	112

LISTADO DE TABLAS

TABLA N° 1. NÚMERO DE MUERTES MATERNAS NOTIFICADAS POR AÑO EN EL PERÚ.	18
TABLA N° 2. MUERTE MATERNA SEGÚN GRUPO DE EDAD. PERÚ 2011-2016*	19
TABLA N° 3. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL EN EL PERÚ (10 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA) .22	
TABLA N° 4. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DE LOS 3 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA POR REGIONES. PERÚ: 2009 - 2016	25
TABLA N° 5. PROPORCIÓN DE MUJERES EN UNIÓN QUE USA ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. PERÚ 2009 - 2016	26
TABLA N° 6. PORCENTAJE DE MUJERES QUE CONOCE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR...29	
TABLA N° 7. PROPORCIÓN DE MUJERES EN UNIÓN CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. PERÚ 2009-2016	30
TABLA N° 8 DETALLE DE LA POBLACIÓN MEF ASEGURADA SIS QUE USAN ALGÚN MAC	32
TABLA N° 9. PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE EN SU ÚLTIMA GESTACIÓN RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. PERÚ, 2009-2016	36
TABLA N° 10. PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE EN SU ÚLTIMA GESTACIÓN RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. PERÚ, 2009-2016	38
TABLA N° 11. PORCENTAJE DE GESTANTES AFILIADA AL SS QUE HAN RECIBIDO EL PRIMER APN DENTRO DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO, POR REGIONES, 2013-2016	39
TABLA N° 12. PROPORCIÓN DE GESTANTES CON 6 O MÁS CONTROLES PRENATALES EN EL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA. PERÚ, 2009 - 2016	40
TABLA N° 13. PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE EN SU ÚLTIMA GESTACIÓN RECIBIERON 6 O MÁS CONTROLES PRENATALES, POR REGIONES. PERÚ, 2009-2016	42
TABLA N° 14. PORCENTAJE DE GESTANTES AFILIADAS AL SIS CON 6 APN, POR REGIONES, 2013 - 2016	43
TABLA N° 15. PORCENTAJE DE GESTANTES AFILIADAS AL SIS CON CUATRO APN, POR REGIONES, 2013-2016	44
TABLA N° 16. PORCENTAJE DE GESTANTES AFILIADAS AL SIS CON PAQUETE PREVENTIVO COMPLETO, POR REGIONES, 2013-2016	45
TABLA N° 17. PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL DEL ULTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA. PERÚ 2009-2016	47
TABLA N° 18. PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL EN GESTANTES DE ZONA RURAL PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA, POR REGIONES. PERÚ, 2009-2016	49
TABLA N° 19. PROPORCIÓN DE CESÁREAS EN GESTANTES DE ZONA RURAL Y PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA. PERÚ, 2009-2016	50
TABLA N° 20. PROPORCIÓN DE CESÁREAS EN GESTANTES DE ZONA RURAL Y PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA, POR REGIONES. PERÚ, 2009-2016	51
TABLA N° 21. PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS CON EDAD GESTACIONAL AL MENOR A 37 SEMANAS EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA. PERÚ, 2011-2016	55
TABLA N° 22. PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS CON EDAD GESTACIONAL MENOR A 37 SEMANAS EN LOS 5 AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA, SEGÚN REGIÓN. PERÚ, 2011-2016	56
TABLA N° 23. PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA CON BAJO PESO AL NACER (<2.5 KG.), SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA. PERÚ, 2011- 2016	57
TABLA N° 24. PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA CON BAJO PESO AL NACER (<2.5 KG.), SEGÚN REGIÓN. PERÚ, 2011-2016	57
TABLA N° 25. PPSMN ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO DIRECTAMENTE A LOS PRODUCTOS (INTERVENCIONES CLAVES) PIA EN MILLONES DE SOLES. 2009 – 2017	63
TABLA N° 26. PPSMN ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO DIRECTAMENTE A PRODUCTOS (INTERVENCIONES CLAVES) PIA EN MILLONES DE SOLES. GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	64
TABLA N° 27. PPSMN ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO DIRECTAMENTE A PRODUCTOS (INTERVENCIONES CLAVES) PIA EN MILLONES DE SOLES. GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	64
TABLA N° 28. USO DE D/T EN CONTRATOS CAS Y TERCEROS	72
TABLA N° 29. PORCENTAJE DE TRANSFERENCIAS PRESUPUESTALES EN EL PPSMN. SIS 2008 - 2016	74
TABLA N° 30. DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRÍTICOS PARA LA ATENCIÓN DE GESTANTES. SIS. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS. CAJAMARCA Y AMAZONAS, 2014- 2015	75

TABLA N° 31. DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRÍTICOS PARA LA ATENCIÓN DE GESTANTES. SIS. TODA FUENTE. 2014-2015	75
TABLA N° 32. PROPORCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS CALIFICADOS COMO ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES BÁSICAS (FONB). 2013 Y 2015	82
TABLA N° 33. PROPORCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS CALIFICADOS COMO ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ESENCIALES I (FONE-I)	82
TABLA N° 34. PROPORCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS CALIFICADOS COMO ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ESENCIALES II (FONE-II). 2013 Y 2015	83
TABLA N° 35. RELACIÓN DE ALGUNOS VERIFICADORES DE LAS SUPERVISIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. SUSALUD.....	86
TABLA N° 36. SUPERVISIONES A IPRESS DE ATENCIÓN MATERNO NEONATAL. SUSALUD, 2014-2016.....	86
TABLA N° 37. SUPERVISIONES A IPRESS DE ATENCIÓN MATERNO NEONATAL Y NIVELES DE RIESGO. SUSALUD 2014-2016.....	87
TABLA N° 38. SUPERVISIONES A IPRESS CON ATENCIÓN MATERNO NEONATAL, SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO (BANCO DE SANGRE) Y NIVELES DE RIESGO. SUSALUD, 2014-2016.....	87
TABLA N° 39. SUPERVISIONES A IPRESS CON ATENCIÓN MATERNO NEONATAL, SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO (CUIDADOS INTENSIVOS) Y NIVELES DE RIESGO. SUSALUD, 2014-2016	87

LISTADO DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 TENDENCIA DE LA RMM EN EL PERÚ. 1995-2010.....	17
GRÁFICO N° 2 RAZÓN ESTIMADA DE MUERTE MATERNA. PERÚ 1990-2015	17
GRÁFICO N° 3 MORTALIDAD NEONATAL CON BAJO PESO Y EN PREMATUROS, SEGÚN CDC Y ENDES. 23	
GRÁFICO N° 4 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR QUINTILES DE POBREZA. PERÚ 2009-2016.....	25
GRÁFICO N° 5. PROPORCIÓN DE MUJERES EN UNIÓN QUE USA ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, POR REGIONES. PERÚ, 2016.	27
GRÁFICO N° 6. PROPORCIÓN DE MUJERES EN UNIÓN CON DEMANDA INSATISFECHA DE PF. PERÚ, 2016	30
GRÁFICO N° 7. COBERTURA DE AFILIADAS AL SIS, MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN 2016	32
GRÁFICO N° 8. PORCENTAJE DE GESTANTES AFILIADA AL SIS QUE HAN RECIBIDO EL PRIMER APN DENTRO DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO, POR REGIONES, 2013-2016	39
GRÁFICO N° 9. PORCENTAJE DE GESTANTES AFILIADAS AL SIS CON 6 APN, POR REGIONES, 2013- 2016	43
GRÁFICO N° 10 PORCENTAJE DE GESTANTES AFILIADAS AL SIS CON CUATRO APN, POR REGIONES, 2013-2016.....	44
GRÁFICO N° 11. PORCENTAJE DE GESTANTES AFILIADAS AL SIS CON PAQUETE PREVENTIVO COMPLETO, POR REGIONES, 2013-2016	45
GRÁFICO N° 12. PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL URBANO Y RURAL. PERÚ 2019-2016	47
GRÁFICO N° 13. COBERTURA PRESTACIONAL. GESTANTES ADOLESCENTES (10 - 19 AÑOS) CON 4 APN Y SUPLEMENTO DE HIERRO. CAJAMARCA Y AMAZONAS, 2013-2016	60
GRÁFICO N° 14. PORCENTAJE DE GESTANTES ADOLESCENTES (10-19 AÑOS) CON PAQUETE PREVENTIVO COMPLETO. SIS. CAJAMARCA Y AMAZONAS, 2013-2016	61
GRÁFICO N° 15. ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL Y COBERTURA DE GESTANTES AFILIADAS AL SIS CON PARTO INSTITUCIONAL PROCEDENTES DE DISTRITOS POBRES VS DISTRITOS Q3-Q5.	65
GRÁFICO N° 16. INDICADOR 1: EJECUCIÓN OPORTUNA DEL PRESUPUESTO CON CARGO A PRODUCTOS DEL PPSMN ORIENTADOS A BIENES, SERVICIOS Y EQUIPAMIENTO. PERÚ, 2013-2016 (SIAF)...	66
GRÁFICO N° 17. INDICADOR 1: EJECUCIÓN OPORTUNA DEL PRESUPUESTO CON CARGO A PRODUCTOS DEL PPSMN ORIENTADOS A BIENES, SERVICIOS Y EQUIPAMIENTO. AMAZONAS, 2013-2016 (SIAF).	66
GRÁFICO N° 18. INDICADOR 1: EJECUCIÓN OPORTUNA DEL PRESUPUESTO CON CARGO A PRODUCTOS DEL PPSMN ORIENTADOS A BIENES, SERVICIOS Y EQUIPAMIENTO. CAJAMARCA, 2013-2016 (SIAF).	67
GRÁFICO N° 19. INDICADOR 2: GASTO EN ESPECÍFICAS DE GASTO PRIORIZADAS INSUMOS – SUMINISTROS MÉDICOS. PERÚ, 2013-2016 (SIAF).	68
GRÁFICO N° 20. INDICADOR 2: GASTO EN ESPECÍFICAS DE GASTO PRIORIZADAS INSUMOS – SUMINISTROS MÉDICOS. AMAZONAS, 2013-2016 (SIAF).....	68
GRÁFICO N° 21. INDICADOR 2: GASTO EN ESPECÍFICAS DE GASTO PRIORIZADAS INSUMOS – SUMINISTROS MÉDICOS. CAJAMARCA, 2013-2016 (SIAF).	68
GRÁFICO N° 22. INDICADOR 2: PORCENTAJE DEL GASTO EN ESPECÍFICAS DE GASTO PRIORIZADAS PERSONAL CAS. PERÚ, 2013-2016 (SIAF).....	69
GRÁFICO N° 23. INDICADOR 2: PORCENTAJE DEL GASTO EN ESPECÍFICAS DE GASTO PRIORIZADAS PERSONAL CAS. AMAZONAS, 2013-2016 (SIAF).....	70
GRÁFICO N° 24. INDICADOR 2: PORCENTAJE DEL GASTO EN ESPECÍFICAS DE GASTO PRIORIZADAS, PERSONAL CAS. CAJAMARCA, 2013-2016 (SIAF).	70
GRÁFICO N° 25. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR GENÉRICA Y ESPECÍFICAS DE GASTO. PPSMN, PERÚ, 2009 - 2016.....	72
GRÁFICO N° 26. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR GENÉRICA Y ESPECÍFICAS DE GASTO. PPSMN, AMAZONAS, 2009 - 2016	73
GRÁFICO N° 27. GRÁFICO 27. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR GENÉRICA Y ESPECÍFICAS DE GASTO. PPSMN, CAJAMARCA, 2009 – 2016	73
GRÁFICO N° 28. N° OBSTETRA VS DÍAS OBSTETRA/ATENCIÓN DE GESTANTE EN EESS QUINTIL 1 Y 2 77	
GRÁFICO N° 29. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS CRÍTICOS	79
GRÁFICO N° 30. PORCENTAJE DE EESS CON EQUIPOS E INSUMOS CRÍTICOS PARA PRODUCTOS DEL PAN Y PSMN (SIGA-PATRIMONIO)	79
GRÁFICO N° 31. CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTAL: TRAMO FIJO Y TRAMO VARIABLE	90

GRÁFICO N° 32. DISTRITOS Y POBLACIÓN PRIORIZADOS EN EL CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNO NEONATAL.	90
GRÁFICO N° 33. PROCESOS Y SUBPROCESOS DE GESTIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	91
GRÁFICO N° 34. EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS CONSENSUADOS PARA LOS CUATRO PROCESOS DE GESTIÓN DEL TRAMO FIJO.....	92
GRÁFICO N° 35. DISPONIBILIDAD DE RRHH CLAVE (ENF-OBST-MÉD) EN EESS FON – CAP PP 0002	94
GRÁFICO N° 36. VARIACIÓN DEL INDICADOR N° 1 EN LAS REGIONES DE AMAZONAS Y CAJAMARCA. 2014 - 2016	95
GRÁFICO N° 37. VARIACIÓN DEL INDICADOR N° 1 EN LAS REGIONES DE AMAZONAS Y CAJAMARCA, 2009-2016 ENTRE QUINTILES DE BIENESTAR (Q1+Q2 VS Q3-Q5)	96
GRÁFICO N° 38. PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL DE GESTANTES AFILIADAS AL SIS PROCEDENTES DE Q1 Y Q2.	97
GRÁFICO N° 39. EJECUCIÓN DEL INDICADOR N° 3 EN LAS REGIONES DE AMAZONAS Y CAJAMARCA. ...	98
GRÁFICO N° 40. VARIACIÓN DEL INDICADOR N° 4 EN LAS REGIONES DE AMAZONAS Y CAJAMARCA. 2014-2016.....	98

LISTADO DE ACRÓNIMOS

ALyC	América Latina y el Caribe
APN	Atención Pre-Natal
APN-R	Atención PreNatal Reenfocada
AOD	Asistencia Oficial para el Desarrollo
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
BD	Base de Datos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA
CTB	Agencia Belga de Cooperación
DIRESA	Dirección Regional de Salud
EES	Establecimientos de Salud
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENESA	Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud
FED	Fondo de Estímulo al Desempeño del MIDIS
FON	Función Obstétrica Neonatal
GORE	Gobierno Regional
GREP-SIS	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud.
HIS	Sistema de Información en Salud
LPIS	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias
MAC	Método Anti Conceptivo
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
MGRH	Módulo de Gestión de Recursos Humanos
MM	Muerte Materna
MNN	Muerte Neonatal

IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
PAN	Programa Articulado Nutricional
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PIR	Parto Institucional Rural
PP	Programa Presupuestal
PpR	Presupuesto por Resultados
PPSMN	Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud del MINSA
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFIN	Gobierno de Bélgica - Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú – Componente Apoyo Presupuestal
SISTEC	Gobierno de Bélgica - Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú, a través del SIS
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos y Material o Insumos Médicos Quirúrgicos del Ministerio de Salud
SISVEMM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna
SNVEPN	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TMN	Tasa de Mortalidad Neonatal

UE	Unidad Ejecutora
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
UNDP	Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
WB	World Bank
WHO	World Health Organization

PRESENTACIÓN

1. El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal es uno de los primeros Programas que se diseñan e implementan en el marco del Presupuesto por Resultados, teniendo como objetivo la reducción de la morbilidad materna (MM) y neonatal (MNN) en el Perú.
2. Por su parte, el Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud entre el Reino de Bélgica y la República de Perú cuenta con un componente de apoyo presupuestal-SISFIN, que consiste en un Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN (CAP-PPSMN) firmado en el año 2014 entre el MEF, el Seguro Integral de Salud (SIS) y los Gobiernos Regionales de Amazonas y Cajamarca contribuyendo técnica y financieramente para un mayor acceso de la gestantes a una atención de calidad, incrementar la cobertura de los productos del PPSMN y mejorar sus procesos de gestión para conseguir sus resultados planteados.
3. En este marco, SISFIN convocó a las instituciones involucradas en el PPSMN para participaren un espacio de reflexión, denominado “Comité de Seguimiento”. Durante estas reuniones varias instituciones presentaron sus contribuciones con la obtención de resultados dentro el PPSMN, siendo los principales involucrados el Ministerio de Salud(MINSA), el Seguro Integral de Salud (SIS), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Estas instituciones visualizaron la necesidad de realizar una evaluación desempeño del PPSMN para el año 2016 que culminara con la redacción de un reporte para ese año. El “Comité de Seguimiento” optó por realizar el informe de forma participativa de manera tal que permita identificar y documentar las contribuciones al proceso a partir de los mandatos y compromisos institucionales.
4. Para lograr el objetivo, el Comité de Seguimiento, elaboró una guía de contenidos del reporte y contrató, con el apoyo de la CTB, a la empresa Gobierna Consultores S.A.C. (Dr. Víctor Zamora y Dr. Fernando Llanos) para facilitar el proceso de su elaboración, el cual incluyó la realización de una serie de actividades de recopilación y análisis de información relevante al programa, el desarrollo de dos talleres con la participación de las y los directivos involucrados con la conducción del PPSMN a nivel nacional. El primer taller estuvo orientado al análisis y validación de la información cuantitativa (Taller Cuantitativo, desarrollado el miércoles 12 de abril del 2017) y el segundo de carácter cualitativo (Taller Cualitativo, desarrollado el jueves 25 de mayo del 2017).
5. Adicionalmente, se realizaron dos talleres con la participación de los gestores del PPSMN de los Gobiernos Regionales y Direcciones Regionales de Salud de Cajamarca (taller presencial), y de Amazonas (taller virtual). El primero el 17 de mayo y el segundo el jueves 25 de mayo del 2017. Estos fueron complementados con reuniones bilaterales con las/los representantes de cada una de las instituciones participantes en el Comité de Seguimiento y se benefició, inclusive, de las discusiones de las varias versiones de este documento en el seno de esta instancia. En todas las actividades se contó con la participación de la Cooperación Técnica Belga.
6. El proceso se benefició de la participación de expertas y expertos en el tema y representantes de otras instituciones, entre estas: Wendy Albán (Representante de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza), Pedro Marchena (Profesor de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia), Alfonso Gushiken (Videnza Consultores), Ariela Luna (Ex – Vice-Ministra del MIDIS), Walter Mendoza de Souza (UNFPA) y representantes del Fondo de Estímulo al Desempeño (FED) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

A. INTRODUCCIÓN

1. El presente documento intenta presentar de manera ordenada los resultados del desempeño del Programa Presupuestario Materno Neonatal. El mismo consta de 7 secciones.
2. La primera sección presenta de manera sucinta los antecedentes del programa, la racionalidad política que sustenta su creación y la racionalidad técnica que da origen a su diseño. Presenta, también, un listado de eventos políticos e institucionales que afectaron de manera positiva o negativa el desempeño general del programa en el año 2016.
3. La segunda sección presenta los principales resultados en el análisis del desempeño. Este segmento se divide, así mismo, en: indicadores de resultado, siguiendo la matriz establecida por el mismo modelo lógico del programa; indicadores de cobertura; indicadores de disponibilidad de insumos, equipos y recursos humanos necesarios para el logro de los resultados; el análisis de la asignación y ejecución presupuestal; y, los indicadores de gestión de la estrategia.
4. La tercera sección muestra los resultados del análisis de los esfuerzos por mejorar la calidad de la prestación de los servicios. En este capítulo se presentan los resultados de los esfuerzos por desarrollar un sistema de medición de las funciones obstétricas y neonatales; así como, los instrumentos y resultados obtenidos por SUSALUD orientados en ese mismo sentido.
5. La cuarta sección se orienta a medir los resultados obtenidos por los “Convenios de Apoyo Presupuestario”, financiados por la Cooperación Técnica Belga, como uno de los mecanismos generados dentro del PPSMN para crear incentivos condicionados al desempeño. Se presentan algunas de las principales lecciones a ser aprendidas y asimiladas por otros mecanismos similares, pero de alcance nacional; por ejemplo, el SIS.
6. En las siguientes secciones se presentan las reflexiones generadas en los espacios de discusión, las principales conclusiones a las que se puede arribar con la data disponible y, finalmente, se pone a consideración algunas recomendaciones sobre qué hacer en el futuro.

B. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL (PPSMN) Y EL CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL DEL 2016.

1. El PPSMN es uno de los Programas Presupuestales pioneros en su género en el país y nace en la convergencia de tres prioridades políticas: a) es un “pilar de la política de modernización de la gestión pública”¹; 2) es un componente clave de los esfuerzos por reducir la pobreza; y, 3) reducir la mortalidad materna y neonatal son prioridades sanitarias.
2. La mortalidad materna, es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud de calidad, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales². Los principales factores asociados a la muerte materna se deben a la capacidad de la oferta de dar respuesta a las complicaciones presentadas como consecuencia de la gestación, parto y puerperio por un poco eficiente sistema de referencia. En los últimos años la situación ha mejorado lo que se muestra con el incremento del parto en establecimientos de salud especialmente de las gestantes procedentes de zonas rurales.
3. La mortalidad neonatal, a su vez, se ha convertido en los últimos años en la principal causa de mortalidad infantil, estando en gran parte de los casos asociados al bajo peso al nacer y a la prematuridad.
4. El Presupuesto Público constituye una de las herramientas más importantes para lograr que el Estado tenga capacidad de proveer de manera eficaz, oportuna, eficiente y con criterios de equidad, los bienes y servicios públicos que requiere la población, objetivo fundamental de la administración pública.
5. La Ley N° 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 en el Perú³, y, además, se identifican 11 actividades en favor de la infancia, a partir de las cuales iniciar el enfoque, estableciendo una ruta crítica para su implementación progresiva en todas las entidades de la administración pública peruana.
6. El Presupuesto por Resultados (PpR), introduce un cambio en la forma de hacer el Presupuesto, partiendo de una visión integrada de planificación y presupuesto y la articulación de acciones y actores para la consecución de resultados. El PpR busca la aplicación de principios y técnicas para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto con una articulación sustentada en la provisión de bienes y servicios (productos) y cambios generados en el bienestar ciudadano (resultados).
7. Las acciones con las cuales se inicia el enfoque de una gestión presupuestaria centrada en resultados, estuvieron relacionadas con el objetivo de desarrollar las capacidades humanas, las cuales formaron 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

¹ Perú, Presidencia del Consejo de Ministros. Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2017/04/PNMGP.pdf>

²Anexo 2 del Programa Salud Materno Neonatal

³ Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 28927: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2007. 30 de noviembre del 2006.

consistentes con lo señalado en las Políticas Nacionales contenidas en el Acuerdo Nacional (DS N° 027-2007-PCM) y la Estrategia Nacional CRECER aprobada por Decreto Supremo N° 056-2007-PCM.

8. Para el ejercicio fiscal 2008⁴ fueron identificados cinco resultados prioritarios, los cuales dan inicio a cinco Programas Estratégicos: (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.

9. El diseño del Programa Salud Materno Neonatal partió de la identificación de las trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad materna y neonatal, las que se sustentan en numerosas evidencias. Por orden de relevancia, estas son: i) la hemorragia, específicamente la del post parto inmediato (24 horas posparto), ii) las enfermedades hipertensivas del embarazo (Eclampsia) y iii) las infecciones, específicamente la sepsis.

10. Asimismo, la mayoría de las muertes peri-neonatales está asociada a problemas que sobrevienen durante la gestación, el parto y período pos-parto. Entre las principales causas se mencionan: asfixia al nacer, neumonía, tétanos, traumas del parto, prematuridad e infecciones que incluyen la sepsis.

11. A partir del análisis de los problemas se identifican las intervenciones más eficaces que dan lugar al Modelo Causal. En este se definen las intervenciones para cada etapa del ciclo de vida. En la primera etapa de vida (-9 a 0 meses), dos son los resultados claves, el diagnóstico y tratamiento oportuno de la anemia y las infecciones durante el primer trimestre del embarazo; y, durante el parto (0 meses), el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas; mientras, en el neonato el manejo adecuado del bajo peso al nacer y la prematuridad; en la etapa neonatal (0-28 días), el manejo adecuado de las complicaciones respiratorias y una mayor eficacia en el tratamiento de las mismas; y, finalmente entre los 6 y 18 meses, reducir la carga de morbilidad por infecciones y las deficiencias por micronutrientes.

12. Cabe señalar que existen factores causales que influyen en cada uno de los resultados sanitarios señalados en el párrafo anterior: i) 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); ii) la capacidad de respuesta de los sistemas de salud disponibles, tanto el sistema tradicional de salud como el que desarrolla el Estado, a través de establecimientos con mayor o menor capacidad resolutoria y de acuerdo a la calidad técnica y a la pertinencia cultural que ofrece; iii) la capacidad que el gobierno y sus instituciones tienen para establecer y poner en práctica un marco regulatorio centrado en la protección del usuario, adoptar instrumentos que contribuyan a la equidad y superen la exclusión (ejemplo: descentralización, focalización del gasto, aseguramiento) y constituir estructuras organizacionales eficientes (modernización).

13. En este contexto, el Programa Salud Materno Neonatal recoge dos enfoques, el primero reducir la mortalidad materna evitando los embarazos no deseados, o no programados, mediante la planificación familiar. Al haber menos embarazos, habría menos mujeres en riesgo de sufrir complicaciones obstétricas y por lo tanto menos muertes maternas. El segundo, el uso de la tecnología para identificar a las gestantes en mayor riesgo de sufrir complicaciones; realizar intervenciones dirigidas a prevenir dichas complicaciones, brindar las facilidades para un parto

⁴ Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 29142: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2008. 10 de diciembre del 2007.

seguro, el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia postparto y la reducción de la sepsis puerperal con el uso de medidas higiénicas preventivas. En el caso del Neonato, reducir la incidencia, severidad y duración de las complicaciones neonatales, con énfasis en los 7 primeros días después del parto.

14. Por lo tanto, con todos estos elementos de análisis, el Programa Presupuestal, plantea resultados finales, intermedios e inmediatos vinculados a intervenciones que ahora forman parte de los productos⁵ del Programa. Tanto para los resultados como los productos, se cuentan con indicadores que se vienen siendo medidos a través de Encuestas Nacionales como la ENDES y con bases de datos administrativos.

15. Otro aspecto importante a tomar en cuenta, es que la comunidad de donantes desarrolla modalidades innovadoras de cooperación, específicamente la modalidad de Apoyo Presupuestal. Bajo esta característica se determina un marco para efectuar los aportes correspondientes para apoyar el desarrollo y la implementación de una política equitativa, coherente y satisfactoria para todos los actores implicados.

16. Es en razón a ello, que se dispone en la Ley del Presupuesto Público que las donaciones para apoyo presupuestario que recibe el Estado, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, en los años fiscales correspondientes, para impulsar los resultados de los programas presupuestales, se asignan en los pliegos respectivos y se incorporan en la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias⁶. Para efecto de la asignación de los recursos, los pliegos suscriben convenios con la DGPP MEF, se establece las metas, compromisos a cumplir y los montos a transferirse⁷.

El contexto político institucional durante el 2016

17. El año 2016 ha sido especialmente complicado para el PPSMN por una serie de eventos políticos e institucionales que pueden haber afectado su desempeño, tanto de manera positiva, como negativa.

18. El más importante de ellos fue que en Julio del 2016 se produce el cambio de gobierno nacional. El presidente Pedro Pablo Kuczynski asume el cargo y con él un conjunto de nuevas y nuevos ministras y ministros, con el consiguiente cambio de directivos de todos los niveles de gobierno nacional.

19. Un elemento positivo de extrema importancia, el cual, aunque fue aprobado oficialmente en el 2015, empieza a tomar cuerpo en el discurso político institucionales en el 2016 es la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los cuales se encuentra el ODS 3: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», el cual se encuentra articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico y que incluyen:

- “reducir la tasa mundial de mortalidad materna
- poner fin a las muertes evitables de recién nacidos (...) logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos; y,
- garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

⁵Conjunto de bienes y servicios que se entregan a la población.

⁶ Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 29951: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2013. 04 de diciembre del 2012

⁷EuropeAid, “Apoyo Presupuestario en América Latina” – Patrick Gallard 2012 (<http://www.delper.ec.europa.eu>).

- 20.** Se valora igualmente positivo el hecho que la cooperación bilateral y multilateral se encuentre ahora alineada con las prioridades y metas nacionales.
- 21.** Fue igualmente como positivo el cambio producido en el Consejo Directivo del Colegio Obstetras, aliado estratégico clave para la estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. La nueva directiva se caracteriza por su apertura y apoyo a políticas progresivas.
- 22.** Mientras, en el Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social (MIDIS) se aprueban, el 28 de julio del 2016, vía Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, los “Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano”, denominados ‘Primero la Infancia’, en el marco de la política de desarrollo e inclusión social. Esto representa una gran oportunidad para el PPSMN, especialmente en el componente de Atención Prenatal Reenfocada toda vez que uno de los resultados esperados es el nacimiento saludable.
- 23.** Persisten, sin embargo, elementos de contexto social, político e institucional que limitan la efectividad del Estado en general y del PPSMN en particular. Entre los elementos que sin duda ha afectado la productividad han sido las indefiniciones y orientaciones contradictorias en materia de políticas de RRHH en el sector público en general y del sector salud, en particular, en especial aquellas que debieran estar orientadas al fortalecimiento del primer nivel de atención.
- 24.** Una práctica que se ha mantenido y que produce desgaste entre los actores es el relacionado al desarrollo de planes que son aprobados pero que no son incluidos en el presupuesto o la articulación interinstitucional es débil; este es el caso de los múltiples planes orientados a reducir el embarazo adolescente.
- 25.** En el entorno institucional, los eventos del 2016 más relevantes que influyeron potencialmente el programa son: la promulgación del DS N° 007-2016-SA/MINSA vía el cual se produce el cambio del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, creándose dos viceministerios, uno responsable de salud pública y el otro de componente aseguramiento y prestaciones de salud. El nuevo ROF crea la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (antes estrategia), modifica la estructura de la antigua Dirección de Salud de las Personas, ahora Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y de la Oficina General de Epidemiología (ahora Centro de Control de Enfermedades).
- 26.** Durante este mismo año, se aprueba el Plan Nacional de Reducción de la mortalidad neonatal, la nueva norma de Planificación Familiar que garantiza el acceso a métodos de PF a adolescentes, la Norma de Parto Vertical, las Definiciones Operacionales del PPSMN.
- 27.** A pesar de ello, la coordinación multisectorial del Plan de Reducción del Embarazo Adolescente, aprobado el 2013, instalado el 2014, se detiene.
- 28.** Otros eventos relevantes, pero cuyos efectos probablemente no se vean sino a partir del 2017, son la reorganización del Seguro Integral de Salud, la generación de un nuevo Reglamento de Organización y Funciones del MINSA y la desactivación del Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, esta última ocurrida el 16 de diciembre del 2016 mediante Ley N° 30526 aprobada por el Congreso de la República.

C. PRINCIPALES RESULTADOS EN EL ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO

1. La presente sección presenta los principales resultados en el análisis del desempeño. Este segmento se divide en: indicadores de resultado, siguiendo la matriz establecida por el mismo modelo lógico del programa; indicadores de cobertura; indicadores de disponibilidad de insumos, equipos y recursos humanos necesarios para el logro de los resultados; el análisis de la asignación y ejecución presupuestal; y, los indicadores de gestión de la estrategia.

C.1. INDICADORES DE RESULTADO

RESULTADO FINAL 1: MORTALIDAD MATERNA

2. El indicador usado por el PPSMN para medir la evolución de la mortalidad materna es la Razón de Mortalidad Materna (RMM). Este se mide con información proporcionada por INEI/ENDES, la cual se realiza con una periodicidad de cada 5 años⁸. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) mide el riesgo de morir que tiene una mujer por razones asociadas al embarazo, parto o puerperio y se relaciona directamente con la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

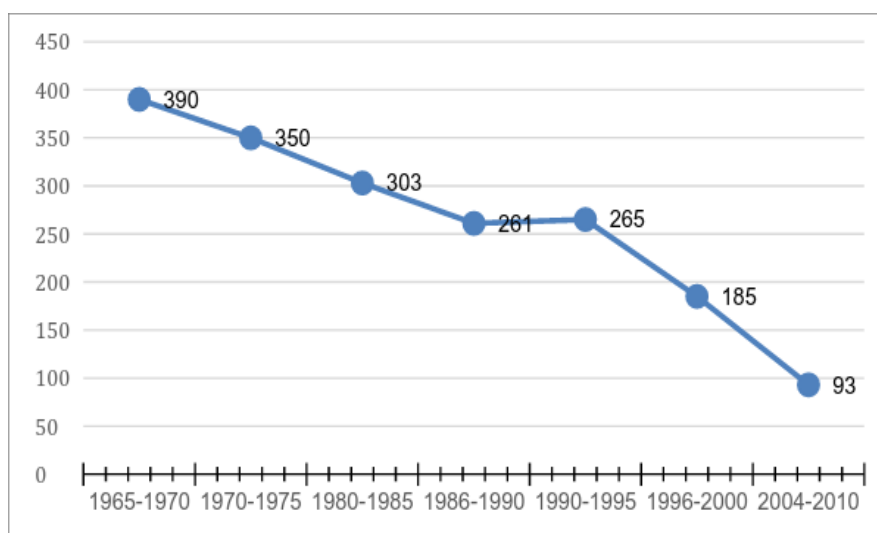
3. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la RMM para el período 1990 - 1995 fue 265 muertes por 100 mil nacidos vivos, disminuyendo en 64,91% para el período 2004 – 2010. En este periodo se registran 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (Gráfico N° 1). Estos resultados evidencian un descenso de los casos de muerte materna en nuestro país⁹. No se cuenta con un dato actualizado que incluya el año 2015, vale decir, no se puede hacer la medición de la evolución de la mortalidad materna usando este indicador para el año solicitado en el presente estudio¹⁰.

⁸ Ministerio de Economía y Finanzas – MEF (2008). PE0002 Programa Estratégico Materno Neonatal. Documento de diseño. <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-publico-sp-18162/211-presupuesto-por-resultados/2144-salud-materno-neonatal>

⁹ Maguiña M, Miranda J. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Ministerio de Salud. 2013. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/MORTALIDAD_%20MATERNAPERU.pdf.

¹⁰ El ENDES 2016, publicado en mayo del 2017 no consigna el dato de la mortalidad materna para el año 2015.

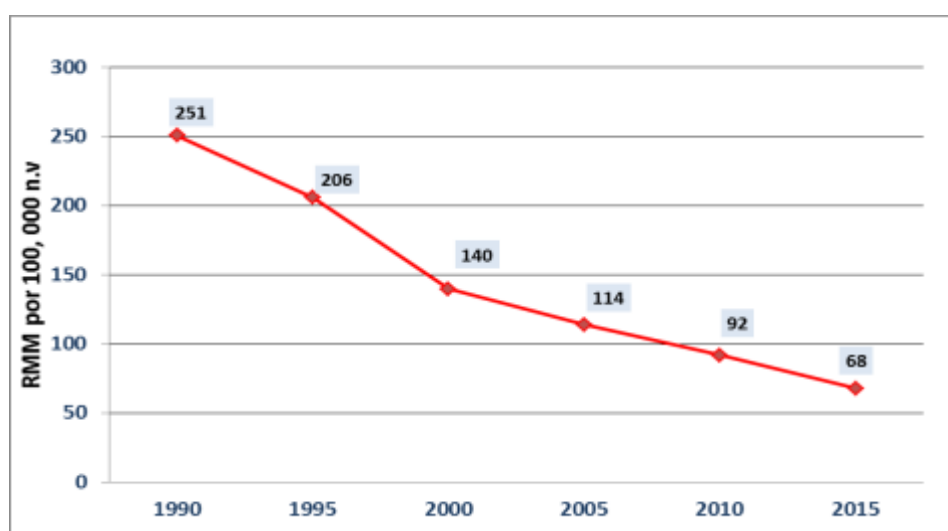
Gráfico N° 1 Tendencia de la RMM en el Perú. 1995-2010



MINSA.

Por otro lado, existe otra metodología para estimar la RMM desarrollada por la OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas y cuyos resultados para el Perú, publicados en “Tendencias en Mortalidad materna: 1990 hasta 2015”, muestran una RMM de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, para el año 2015¹¹(Gráfico N° 2), una reducción en 24 puntos desde el 2010. Tal y como en el caso anterior, nos encontramos con la dificultad de no contar con el dato de RMM con esta metodología para el año 2016.

Gráfico N° 2 Razón estimada de muerte materna. Perú 1990-2015



Fuente: OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial sobre las y la División de Población de Naciones Unidas. Tendencias en Mortalidad materna: 1990 hasta 2015

4. Es pertinente mencionar que, a pesar de esta reducción, la meta proyectada para el 2015 en relación al quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio para el año 2015, que era una RMM de 66,3, no fue alcanzada.
5. Como se puede observar, en ambos casos la información no es oportuna para la toma de

¹¹ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.

decisiones. Por esta razón el MINSA instauró el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna (SVEMM) desde el año 2000¹². Este sistema se encuentra normado actualmente por la Directiva Sanitaria N° 036/MINSA/CDC-V-02¹³. Esta incorpora la búsqueda activa institucional de casos de muerte materna a nivel nacional; ello implica (a) notificación inmediata de la muerte materna, (b) Investigación epidemiológica de la muerte materna y (c) búsqueda activa institucional de casos de muerte materna. La Directiva establece la búsqueda y revisión en registros existentes de defunciones de casos de mujeres fallecidas entre 10 a 55 años, con diagnósticos diferenciales o sospechosos de muerte materna.

6. La información del SVEMM es recogida a través de las unidades notificantes a nivel nacional, las cuales han pasado de 4923 en 2004 a 7649 en 2015, representando un incremento de 55,4%. Las unidades de notificación comprenden a todos los subsectores del sistema de salud peruano (público, privado y seguridad social).

7. El dato que produce el SVEMM: Número absoluto de Mortalidad Materna, además de oportuno para el proceso de toma de decisiones, permite hacer seguimiento dentro de un mismo territorio a lo largo del tiempo; sin embargo, no permite hacer comparaciones entre territorios (regiones).

8. De acuerdo a los datos del SVEMM, en el periodo 2004-2016, se evidenció una progresiva disminución del número de muertes maternas reportadas a nivel nacional; Aunque, durante los años 2014 y 2015 se produjo un aumento de casos a nivel nacional comparado con el 2013 en el año 2016 se registra una significativa reducción de los casos de muerte materna directa e indirecta (n=326), estos son 89 casos menos comparado con el 2015 (Tabla N° 1). Solo se había registrado una caída de esta magnitud entre los años 2005 y 2006.

Tabla N° 1. Número de muertes maternas notificadas por año en el Perú.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	605	523	529	558	626	596	508	513	524	481	457	445	440	383	411	415	326
Amazonas	16	18	15	18	12	17	19	12	13	20	14	12	14	13	13	13	19
Ancash	31	30	28	14	23	28	24	19	16	21	19	15	22	16	15	15	15
Apurímac	12	7	13	9	16	14	9	8	7	6	4	6	13	2	3	4	3
Arequipa	5	6	5	17	13	8	17	17	17	13	9	10	16	9	10	11	12
Ayacucho	20	23	21	19	20	21	24	12	14	8	13	14	14	8	10	5	9
Cajamarca	67	48	55	65	59	59	50	55	43	55	47	35	43	31	36	38	21
Callao	5	4	7	8	4	3	12	7	13	8	5	6	8	13	19	10	7
Cusco	58	41	54	43	53	45	19	25	21	17	21	26	21	20	30	19	18
Huancavelica	16	29	16	33	39	18	12	14	19	13	23	9	8	6	8	6	3
Huánuco	44	39	36	30	32	35	25	23	18	18	20	19	10	11	9	18	13
Ica	7	1	1	7	7	10	3	8	0	1	6	7	7	6	3	5	2
Junín	37	23	26	25	35	35	29	34	28	22	23	17	11	17	26	27	12
La Libertad	44	29	33	42	46	37	32	38	50	33	38	44	32	30	31	29	26
Lambayeque	23	23	11	13	21	27	16	27	16	20	14	15	15	14	13	16	15

¹² Távara L. Rol de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en la toma de decisiones. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2005; 51(3): 136-142.

¹³ Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/CDC-V-02. Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la muerte materna, aprobada por RM N°778-2016/MINSA.

Lima	22	38	46	44	60	60	46	54	63	61	51	58	70	47	42	58	43
Loreto	36	29	30	25	30	31	32	36	39	29	32	36	30	32	32	28	24
Madre de Dios	2	3	2	0	5	4	0	2	2	4	2	4	1	7	3	2	4
Moquegua	2	0	0	1	3	0	2	4	2	1	2	0	2	3	0	1	2
Pasco	8	6	7	10	9	7	9	8	8	7	11	4	7	5	11	4	5
Piura	41	49	42	37	51	47	29	33	41	39	28	33	35	27	29	41	36
Puno	74	48	54	66	55	53	56	38	43	37	40	42	30	26	26	28	13
San Martín	25	13	16	18	11	20	23	22	28	32	17	13	14	16	16	14	8
Tacna	1	1	1	2	6	4	4	3	1	2	1	3	4	5	1	2	7
Tumbes	0	2	2	2	0	3	2	3	3	2	4	2	3	5	2	4	2
Ucayali	9	13	8	10	16	10	14	11	19	12	13	15	10	14	23	17	7

Fuente: MINSA.

9. Tal y como se puede ver en la Tabla N° 1, para el último quinquenio (2011-2016), las regiones que reportaron la mayor cantidad de muertes maternas fueron Lima Metropolitana, Piura, La Libertad, Loreto, Cajamarca y Puno, representando el 51,28% de las muertes maternas en el país.

10. Lima Metropolitana (n=43), Piura (n=36), La Libertad (n=26), Loreto (n=24) y Cajamarca (n=21), continúan reportando en el 2016 la mayor cantidad de casos, representando el 48,16% de toda la MM reportada en el país. Se resalta el hecho que Junín, Puno y Cajamarca muestran una marcada reducción en el número de casos (- 56 %, -56% y -45%, respectivamente).

11. Un aspecto relevante a tomar en cuenta es la población adolescente, considerada como uno de los grupos objetivos para la atención integral de salud. En el período 2011 – 2015, el grupo de edad ubicado en la etapa de vida **adolescente** (12 a 17 años) representó el 6,3% de los casos, el grupo de edad ubicado en la etapa de vida **joven** (18 a 29 años) representó el 45% de casos y el grupo de edad ubicado en la etapa de vida **adulto** (30 a 59 años) representa el 48,7% de los casos de muerte materna por causa directa/indirecta a nivel nacional.

12. Sin embargo, si se consideran los casos de muerte materna ocurridos en el grupo de edad ≤ de 19 años (considerado adolescente según la OMS), para el período 2011 – 2015 este grupo representó, en promedio, el 13,31% de casos de muerte materna por causa directa/indirecta a nivel nacional (Tabla N° 2). Esta cifra no ha sufrido modificaciones importantes en este periodo.

Tabla N° 2. Muerte materna según grupo de edad. Perú 2011-2016*

Grupo de Edad	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
≤ 19 años	14.4%	16.1%	8.9%	13.6%	12.1%	14.8%
12-14 años	1.4%	1.1%	0.3%	0.5%	1.0%	–
15-19 años	13.0%	15.0%	8.6%	13.1%	11.1%	14.8%
> 19 años	85.6%	83.9%	91.1%	86.4%	80.2%	85.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

13. Con los datos del mismo periodo 2011-2015 se concluye, además, que:

- el 61% de los casos notificados tuvo como estado civil conviviente, el 17,9% era casada y el 16,4% era soltera, es decir la mayoría eran mujeres con pareja. El 17,4% de mujeres fallecidas no tuvieron pareja estable lo que las colocaba en situación vulnerable tanto económica como socialmente
- el 39,1% de los casos notificados de muerte materna tenían grado de instrucción primaria, el 36,4% secundaria y el 11,5% habían cursado estudios superiores, es decir que la mayoría de las mujeres que fallecieron tuvieron acceso a educación básica.
- el 78,4% de los casos notificados de muerte materna se dedicaba a labores de casa (ama de casa) es decir la ocupación principal de los casos de muerte materna no era remunerada, el 14,3% de casos que tenían una ocupación remunerada (empleada, comerciante, otros profesionales) y el 4,1% era estudiante
- el 32,6% de casos de muerte materna a nivel nacional fue extra institucional, de estos el 61,3% ocurrió en domicilio, el 35% en el trayecto y el 3,7% ocurre en otros lugares (bosque, campo, vía pública, etc.)
- son 11 departamentos los que concentran el 80,9% de casos de muerte materna ocurridas “en domicilio” y “en trayecto”, a nivel nacional. Los departamentos de Cajamarca (87 casos), La Libertad (76 casos), Piura (65 casos) y Puno (64 casos) tienen la mayor cantidad de estos casos
- el 66,8% de los casos de muerte materna se producen debido a causas obstétricas directas y el 33,2% se producen debido a causas obstétricas indirectas
- las hemorragias obstétricas (28,3%), las enfermedades hipertensivas del embarazo, parto y puerperio (21,3%) y la infección obstétrica/sepsis (6,7%) son las principales causas obstétricas directas
- se ha producido un incremento de las causas obstétricas indirectas de 28,1% en el 2011 a 33,4% en el 2015.
- Se ha producido una reducción en las causas obstétricas directas de 71,9% en el 2011 a 66,6% en el 2015 y de la hemorragia obstétrica que pasó de representar el 32,0% de los casos en el 2011 a 25,6% en el 2015.
- Los reportes oficiales no realizan un análisis exhaustivo de MM por quintiles de pobreza, ni sobre la evolución de las brechas de equidad/inequidad durante este periodo.

14. Con la información disponible se puede llegar a las siguientes conclusiones.

- La mortalidad materna muestra un descenso sostenido en todo el país; sin embargo, durante el último quinquenio la velocidad de este descenso se ha ralentizado.
- Durante el 2016, las regiones de Lima, Piura, La Libertad, Loreto y Cajamarca continúan

concentrando casi la mitad del número absoluto de muertes maternas del país.

- La MM adolescente, que explica el 14.3% de la MM nacional, no ha sufrido variaciones significativas durante todo el período de existencia del PPSMN. Una de las hipótesis planteadas durante el taller es que tanto el modelo lógico del PPSMN como las intervenciones derivadas de él están orientados a la población adulta. Otra hipótesis planteada sostiene que las evidencias disponibles sobre intervenciones efectivas para reducir el embarazo adolescente ponen énfasis en la prevención del embarazo en el nivel comunitario, especialmente en la escuela, las cuales se encuentran débilmente desarrolladas en el PPSMN.
- La MM por causas indirectas muestra un aumento progresivo y las causas directas una reducción sostenida durante este mismo periodo. En el caso de las causas directas, la hemorragia, la enfermedad hipertensiva del embarazo y la infección obstétrica/sepsis siguen siendo las principales causas de muerte.
- Una tercera parte de la MM sigue siendo extra institucional, ya sea en casa o durante el traslado a un establecimiento, siendo dos terceras partes de carácter institucional; relacionadas estas últimas a capacidad y calidad resolutoria de los establecimientos de salud, así como a las condiciones de salud de la gestante.
- Que el país cuenta con sistemas que permiten medir el fenómeno, que se han ido perfeccionando con el tiempo, además de ampliar su cobertura. Cada uno de ellos tiene fortalezas y debilidades.
- Se reconoce como una fortaleza la existencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna (SVEMM) el cual se ha expandido en su cobertura territorial e incluye ahora a todos los sistemas de prestadores de salud, así como sus estrategias de vigilancia, incluyendo búsqueda activa y autopsias verbales. El dato que produce el sistema: Número absoluto de Mortalidad Materna, además de oportuno para el proceso de toma de decisiones, permite hacer seguimiento dentro de un mismo territorio a lo largo del tiempo; sin embargo, no permite hacer comparaciones entre territorios (regiones).
- Los participantes en el taller identificaron que todavía existen limitaciones para identificar la causa de muerte (causa básica, intermedia y final), la cual depende, entre otros, de la calidad del registro del mismo, además de la capacidad y calidad de atención. Este dato es clave para orientar las intervenciones de salud pública.
- El análisis de MM por niveles de pobreza y su evolución en el tiempo aún es limitado.
- Ambos análisis, tanto por nivel socioeconómico como por causa de muerte cobran cada vez más relevancia toda vez que, tal y como lo señala un artículo publicado en la revista *The Lancet*¹⁴, la MM a nivel global viene mostrando dos fenómenos: la divergencia y la diversidad. La primera, la divergencia, se refiere a que la brecha existente entre los países más ricos y más pobres se viene ampliando; en caso de la segunda, la diversidad, se refiere al hecho que no solo las causas indirectas van aumentando en su peso relativo, sino que las mismas son cada vez más variadas y complejas.

¹⁴Graham, Wendy et al. **Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health.** *The Lancet* 2016; 388 (10056): 2164 - 2175

RESULTADO FINAL 2: MORTALIDAD NEONATAL

1. Según ENDES 2015¹⁵, la tasa de mortalidad neonatal (TMN) en promedio se redujo en 62,55%, desde el año 1992 al 2015. La reducción fue mayor para el periodo 2001-2012 al reportarse una TMN de 9,25 mientras que entre el 2013-2015 la TMN ascendió a 10,7 muertes por 1000 nacidos vivos (Tabla N° 3). Por lo tanto, la mortalidad neonatal se ha reducido de forma más lenta y en los últimos años muestra un discreto incremento.

Tabla N° 3. Tasa de Mortalidad Neonatal en el Perú (10 años anteriores a la encuesta)

Ámbito	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Perú	23.0	15.0	15.2	13.0	12.8	11.1	9.8	12.6	12.0	11.5	10.7
Urbana	15.0	12.0	11.1	11.0	10.1	9.3	8.0	11.2	11.4	11.2	10.2
Rural	31.0	19.0	20.7	16.0	17.4	14.1	13.2	15.2	13.1	12.3	12.0

Fuente: INEI. ENDES

2. La reducción de la TMN es categorizada por Huicho y colaboradores¹⁶ como “destacable”, especialmente en las zonas rurales y los estratos más pobres. Los mismos autores consideran que este logro se debe a un conjunto de factores donde resaltan el crecimiento económico, la reducción de la pobreza, el liderazgo y compromiso político sostenido, una permanente abogacía de la sociedad civil y la implementación integrada de intervenciones efectivas con un fuerte componente de adecuación cultural tanto en el atención prenatal como en el parto.

3. Al igual que la mortalidad materna, la mortalidad neonatal es reportada por el INEI y, además, es un evento de notificación obligatoria en el país desde el año 2010. Esta vigilancia recolecta la notificación, semanal, nominal y obligatoria, de todas las muertes fetales y neonatales ocurridas en un establecimiento de salud o en la comunidad. En promedio se notifican semanalmente 64 defunciones fetales y 60 defunciones neonatales. Algunos autores reportan que este sistema de vigilancia tiene un sub-registro de defunciones de 53%; sin embargo, es más confiable que otros sistemas de información en el registro de muertes neonatales¹⁷. La notificación obligatoria de defunciones fetales y neonatales aún continúa incorporando establecimientos de salud de los diversos sub-sectores, por lo que se espera mejorar progresivamente la cobertura de notificación, de manera que sea una importante fuente de información para monitorear las tendencias de la mortalidad neonatal y caracterizar el perfil epidemiológico de este evento.

4. En el 2016 se notificaron 3101 defunciones neonatales a nivel nacional, procedentes de 954 distritos y 836 establecimientos de salud. El 50% de las defunciones notificadas proceden de 6 DIRESA en orden de frecuencia de notificación: Lima Metropolitana, La Libertad, Puno, Cusco, Junín y Loreto. Respecto al 2015, se registra una reducción en la notificación de defunciones del 7%. Lima Metropolitana, San Martín, Ica y Tacna también incrementan sus defunciones

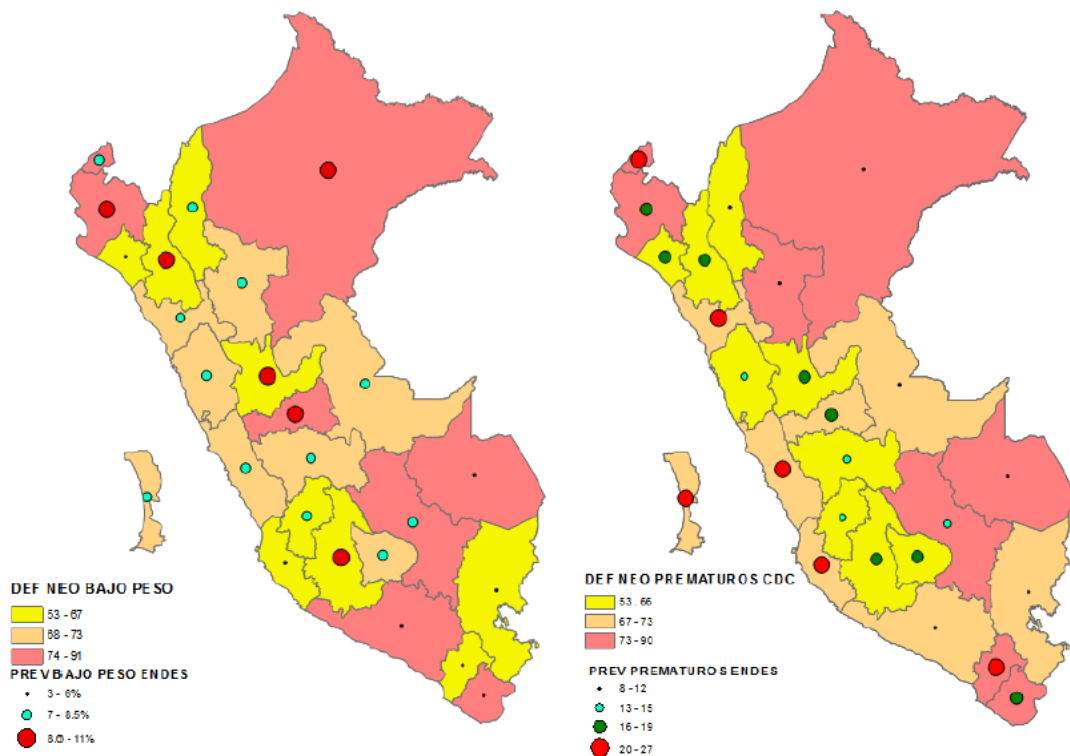
¹⁵ INEI. ENDES 2015

¹⁶Huicho L. et al. Examining national and district-level trends in neonatal health in Peru through an equity lens: a success story driven by political will and societal advocacy. *BioMed Central Public Health* 2016, 16(Suppl 2):796

¹⁷ Ávila J, Tavera M, Carrasco M. Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública*. 2015;32(3):423-30.

neonatales sostenidamente en los últimos tres años. Comparado al 2015, las DIRESA La Libertad y Loreto incrementaron sus casos¹⁸.

Gráfico N° 3 Mortalidad neonatal con bajo peso y en prematuros, según CDC y ENDES. Perú, 2016



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

5. La data disponible no permite discernir con claridad entre lugar de ocurrencia del evento y lugar de procedencia de la madre, problema que aún no ha sido superado por el MINSA y que tampoco ha sido resuelto por el Certificado de Nacido Vivo.
6. El 30,6% de las muertes neonatales del 2016 son del ámbito rural y 69,3 del ámbito urbano, cifra similar al 2015 (Rural 32,8% y Urbano 67,2%).
7. El 70% de las muertes neonatales se produjeron en RN con bajo peso (43% con menos de 1500 g y 27% entre 1500 y 2499 g). Existe estrecha relación entre las DIRESA con alta prevalencia de nacidos con bajo peso y MNN (Loreto y Piura tienen prevalencia mayor al 8,6%). La proporción de defunciones neonatales de niños con peso al nacer mayor de 2500 g se ha reducido de 37% en el 2011 a 30% para el 2016, el descenso del número de estas defunciones es mayor en los distritos de la Sierra. Estas muertes en su mayoría pueden prevenirse¹⁹.
8. El 70% de las muertes neonatales se produjeron en RN prematuros, de ellos 20% son prematuros extremos (menos de 28 semanas), 21% son muy prematuros (entre 28 y 31 semanas) y 29% son prematuros tardíos (entre 32 y 36 semanas). Así, la proporción de defunciones en RN prematuros viene en ascenso continuo si se compara con el 62,6% registrado en el año 2011²⁰.

¹⁸Ávila J. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal nacional en el Perú, Año 2016 (SE 1-52); 26 (1): 1218 - 1222.

¹⁹Ibid.

²⁰Ibid

9. De las defunciones neonatales 36% ocurren en las primeras 24 horas de vida y están principalmente relacionadas a la atención del parto. Esta proporción se redujo en 10 puntos porcentuales desde el 2011. 42% de las defunciones ocurren entre los días 1 y 7 de vida y se relacionan a asfixia e infecciones. Esta proporción se redujo desde 37% en el 2011. La mortalidad neonatal tardía es 22,2% y se ha incrementado en 6 puntos porcentuales desde el año 2011.

10. Con la información disponible se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- Se reconoce como fortaleza, la existencia de un sistema regular de vigilancia de la MNN en el Centro de Control de Enfermedades del Ministerio de Salud y que existe una unidad encargada de la vigilancia y análisis de la data y que, además, produce un reporte de manera anual. El último reporte comprehensivo y detallado de MNN fue producido por el CDC en el año 2011. Versiones más cortas se siguen produciendo anualmente.
- A pesar de ello, los participantes en el taller acotaron que la validez y confiabilidad del dato está limitado por el alto nivel de sub-registro y mala calidad del registro. A esto se suma el hecho que no existen sistemas que permitan su control en los distintos subprocesos: medición, registro, reporte y análisis. A diferencia de Mortalidad Materna, el MINSa no cuenta con una instancia especializada, con la participación de todos los actores involucrados en el tema, que dirija, monitoree y evalúe las acciones sobre salud neonatal.
- Se hace notar, igualmente, que en los contenidos de los reportes anualizados se obvia incluir, el análisis comparativo por quintiles de pobreza; sin embargo, esta se puede realizar con las bases de datos existentes.
- La información presentada por el MINSa muestra que la proporción relativa de mortalidad neonatal en la primera semana de vida y en las primeras 24 horas de vida siguen representando la proporción de muertes neonatales más elevada con 41,70% y 36,12%, respectivamente; sin embargo, se evidenció que la mortalidad neonatal después de los 8 días de vida ha aumentado de 20,49% a 22,19% entre el 2015 y 2016.
- El 50% de las defunciones notificadas proceden de 6 Diresa en orden de frecuencia de notificación: Lima Metropolitana, La Libertad, Puno, Cusco, Junín y Loreto. El bajo peso se asocia con las altas cifras de MNN.

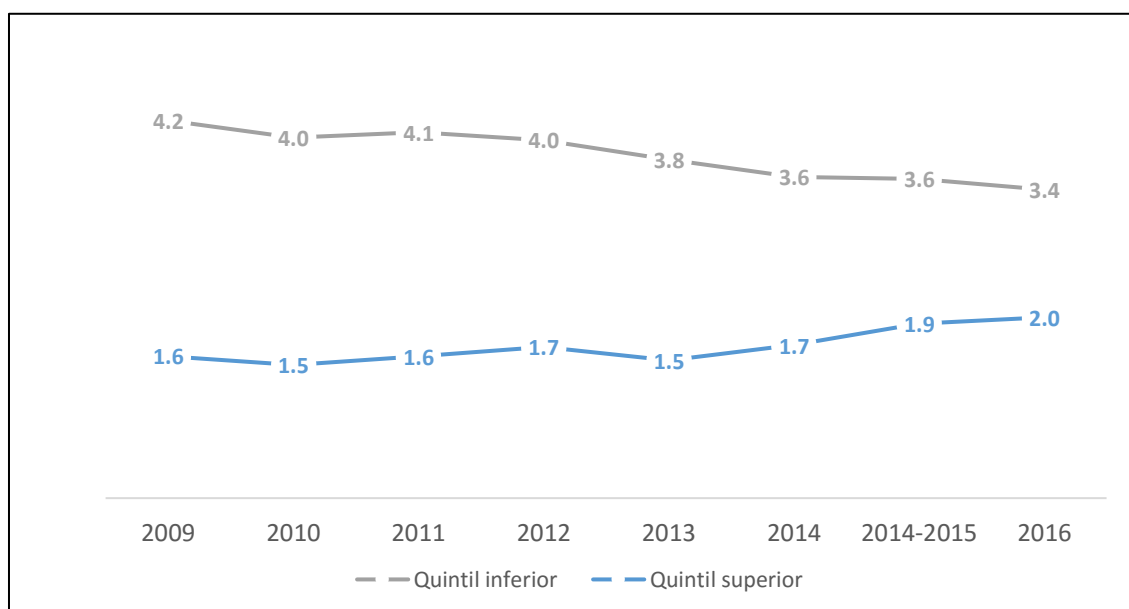
RESULTADO INTERMEDIO: INCREMENTAR CONOCIMIENTO EN SSR Y ACCESO A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Los indicadores para medir el progreso de este resultado son dos: “Tasa global de fecundidad” y “Número de parejas protegidas”

Tasa Global de Fecundidad.

2. El indicador se mantiene sin variaciones significativas: la TGF en el año 2009 fue de 2.6 y en el 2016 de 2.5; sin embargo, se hace notar que las variaciones más significativas se notan en la población perteneciente al quintil inferior, los que bajaron de 4.2 a 3.4, mientras que los del quintil superior se mantienen alrededor de 2 (Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4 Tasa Global de Fecundidad por quintiles de pobreza. Perú 2009-2016



Fuente: ENDES, INEI

3. Las regiones que se mantienen por encima del promedio nacional son Loreto, Ucayali, Amazonas, Madre de Dios, Pasco y Huancavelica. (Tabla N° 4)

Tabla N° 4. Tasa Global de Fecundidad de los 3 años anteriores a la encuesta por regiones. Perú: 2009 - 2016

Región	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	2.6	2.5	2.6	2.6	2.4	2.5	2.5	2.5
Amazonas	3.1	2.8	3.4	3.3	3.6	3.4	3.2	3.2
Áncash	2.7	2.3	2.7	2.8	2.5	2.5	2.4	2.5
Apurímac	3.5	3.4	3.0	3.0	2.7	2.9	2.8	2.8
Arequipa	2.3	2.2	2.3	2.5	2.1	1.9	2.1	2.2
Ayacucho	3.2	2.9	3.0	3.1	3.2	2.5	2.4	2.6
Cajamarca	3.2	3.0	2.9	3.0	2.8	2.5	2.6	2.6
Prov. Const. del Callao	-	-	-	-	-	2.1	2.3	2.4

Cusco	2.9	3.0	3.0	2.3	2.3	2.7	2.8	2.6
Huancavelica	3.4	3.3	3.2	3.1	2.5	2.9	3.0	3.1
Huánuco	3.2	2.9	2.9	3.0	2.6	2.8	2.7	2.8
Ica	2.5	2.4	2.5	2.4	2.7	2.6	2.7	2.8
Junín	2.6	2.5	2.5	2.2	2.3	2.3	2.4	2.4
La Libertad	2.5	3.0	2.5	2.6	2.5	2.5	2.6	2.6
Lambayeque	2.1	2.2	2.3	2.4	2.4	2.6	2.5	2.5
Lima	-	-	-	-	-	2.1	2.2	2.2
Loreto	3.9	4.3	4.6	4.3	3.8	3.8	3.8	3.7
Madre de Dios	3.1	3.0	2.9	2.9	3.2	2.9	3.1	3.2
Moquegua	2.5	2.4	2.0	2.1	2.0	1.9	2.1	2.2
Pasco	3.0	2.8	3.0	3.2	2.9	2.8	3.0	3.1
Piura	2.9	2.8	2.9	2.9	3.0	3.2	2.9	2.7
Puno	2.5	2.6	2.7	2.6	2.2	2.7	2.5	2.4
San Martín	3.2	3.0	3.0	3.1	2.9	2.8	2.8	2.7
Tacna	2.3	1.9	1.8	2.1	1.9	2.0	2.1	2.1
Tumbes	2.8	2.7	3.2	3.1	2.9	2.7	2.8	2.7
Ucayali	4.1	3.3	3.3	3.4	3.5	3.4	3.5	3.5

Proporción de Parejas Protegidas (Proporción de mujeres unidas con uso de métodos de PF).

4. Según la definición operacional incluida en la Norma Técnica de Salud – Planificación Familiar N°124-2016-MINSA-V.01, se considera parejas protegidas al total de las mujeres en edad fértil que demanda planificación que se distribuye según mezcla anticonceptiva a lo largo de un año.

5. Los datos del INEI/ENDES, sin embargo, construyen el dato a partir de **la proporción de mujeres en unión** que usa **actualmente** algún método de planificación familiar.

6. Sin embargo, este indicador se ha venido usando en cada una de las ENDES. Según esta medición, en el año 2016, la cifra de parejas protegidas alcanza el 76.2%, el cual es superior al del año anterior (74.6%) y al del año 2009 (73.2%). Las diferencias más marcadas se observan en el quintil 1 (68.3% el 2009 y 74.2% el 2016) y en el quintil 2 (72.3% en el 2009 y 77.6 en el 2016), así como en el ámbito rural donde pasa del 70% al 75.5% en ese mismo periodo (Tabla N° 5). Los departamentos con menor porcentaje de PP son Loreto, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Puno (Gráfico N° 5).

Tabla N° 5. Proporción de mujeres en unión que usa actualmente algún método de planificación familiar. Perú 2009 - 2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	73.2	74.4	75.4	75.5	74.0	74.6	74.6	76.2
Área de residencia								
Urbana	74.6	75.2	75.9	75.8	73.9	74.6	74.8	76.4
Rural	70.0	72.4	74.2	74.8	74.1	74.8	74.1	75.5

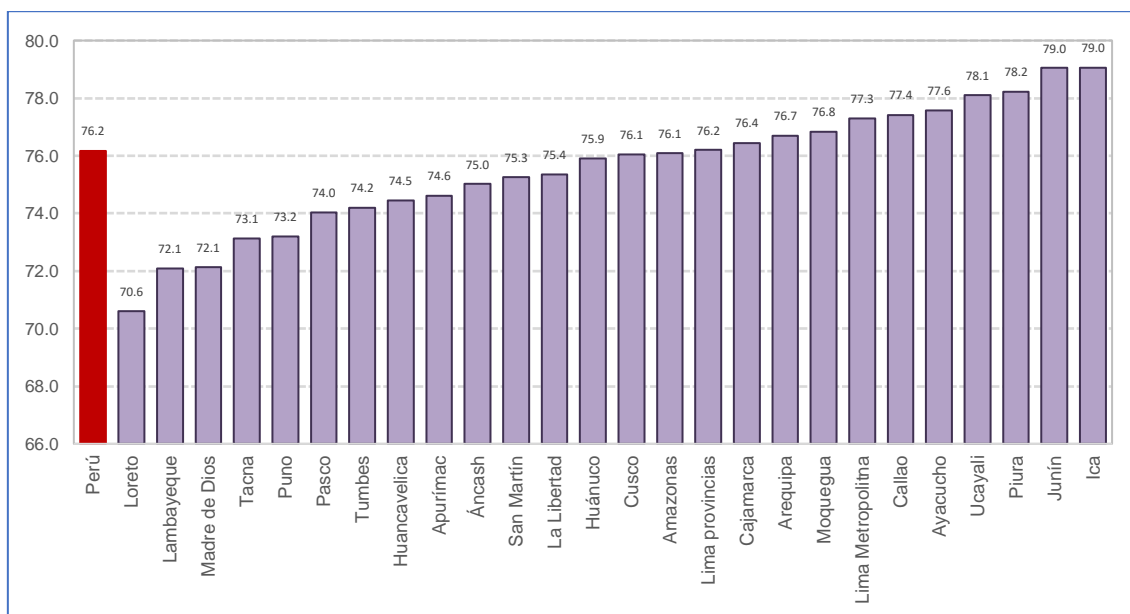
Dominio de residencia								
Costa	75.8	76.2	76.4	76.3	74.5	75.7	75.1	76.8
Lima Metropolitana	76.6	76.7	76.8	77.1	75.0	75.4	75.6	77.3
Resto Costa	74.8	75.7	76.1	75.5	74.0	76.2	74.6	76.3
Sierra	70.6	73.1	75.3	75.4	74.3	74.1	74.6	75.6
Sierra urbana	72.1	74.4	76.3	76.0	74.4	73.7	75.9	76.3
Sierra rural	69.4	72.1	74.5	75.0	74.3	74.4	73.1	74.9
Selva	70.5	70.5	71.8	72.8	71.3	71.4	72.9	74.9
Selva urbana	72.0	69.2	73.0	72.8	71.3	69.9	71.1	74.7
Selva rural	68.6	71.9	70.5	72.9	71.2	73.3	75.2	75.1
Educación de la madre								
Sin nivel / Primaria	70.3	72.2	73.0	74.1	71.9	72.4	72.5	73.9
Secundaria	74.4	74.9	78.2	76.9	75.4	77.0	75.7	79.0
Superior	75.4	76.6	74.0	75.0	74.1	73.2	75.0	74.0
Quintil de bienestar								
Quintil inferior	68.3	69.2	71.8	72.9	71.6	72.8	72.8	74.2
Segundo quintil	72.3	75.3	77.0	76.6	75.0	75.3	75.1	77.6
Quintil intermedio	75.3	76.3	76.5	77.3	74.0	76.6	75.0	78.6
Cuarto quintil	76.0	74.9	75.9	76.1	76.1	73.7	75.0	76.7
Quintil superior	73.6	75.6	75.3	73.9	72.8	74.4	75.0	73.1
1/Mujeres en unión: Casadas o convivientes								
Nota: El ámbito JUNTOS, comprende los distritos que cayeron en la muestra en el año correspondiente.								
P/ Preliminar.								
* Diferencia significativa (p < 0.10).								
** Diferencia altamente significativa (p < 0.05).								
*** Diferencia muy altamente significativa (p < 0.01).								
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.								

7. Las y los participantes en el taller coincidieron en señalar las dos limitaciones principales de esta forma de medición: a) las mujeres “en unión” comprenden un subconjunto de las mujeres que usan MAC; y, b) que la medición es transversal y puntual y no longitudinal, vale decir no comprende un año de uso de MAC, sino solo las que se encuentran usando un MAC en el momento de la encuesta (ENDES)²¹. En el taller se sugirió considerar indicadores más sensibles que permitan medir de manera más precisa el número de parejas protegidas, por grupos de edad y para un subconjunto de métodos más usados, (aquellos que garanticen prevenir el embarazo no deseado en un período de tiempo determinado).

Gráfico N° 5. Proporción de mujeres en unión que usa actualmente algún método de

²¹Hay que hacer notar, además, que los MAC se miden con el sistema HIS donde se contabiliza los insumos brindados dividido entre un factor de conversión del método anticonceptivo: (entre 100 para condones, y dependiendo de si la ampolla o píldora es mensual o trimestral entre 13 o 4.), lo que no permite identificar a las personas ni realizar seguimiento. En otras palabras, lo que se mide son insumos entregados y no parejas protegidas.

planificación familiar, por regiones. Perú, 2016.



Fuente: INEI. ENDES

Resultado Inmediato/Producto 2.1: Población informada en SSR.

Para medición del grado de cumplimiento de este resultado se usa el indicador:

Proporción de mujeres en edad fértil con conocimiento de algún método de PF.

8. Según datos de la ENDES 2015, el 99.8% de mujeres en edad fértil conocía algún método de planificación familiar (Tabla N° 6), es decir casi todas las mujeres conocen sobre anticoncepción en el Perú. Esta cifra es similar a la obtenida en el 2009 (99.3%).

Tabla N° 6. Porcentaje de mujeres que conoce algún método de planificación familiar.

Perú. 2009 – 2015

Ámbito	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Perú	99.3	99.6	99.5	99.9	99.9	99.7	99.8

Fuente: INEI. ENDES

Resultado Inmediato 2.1/Producto 2.2: Acceso a métodos de PF y a servicios de consejería en SSR.

Proporción de mujeres con demanda no satisfecha de métodos de PF.

9. Tal y como se puede observar en la Tabla N° 7, en los últimos 4 años se observa una reducción en la proporción de mujeres con demanda insatisfecha, pasando de 9% en el 2013 a 6% en el 2016. A nivel de los quintiles, la mayor reducción se observa en los quintiles 1 y 2, en el primero se pasa de 12.4% en el 2013 a 7.4% en el 2016 (5 puntos menos). En el quintil 2, se pasa de 10.3% a 6.4% (casi 4 puntos menos).

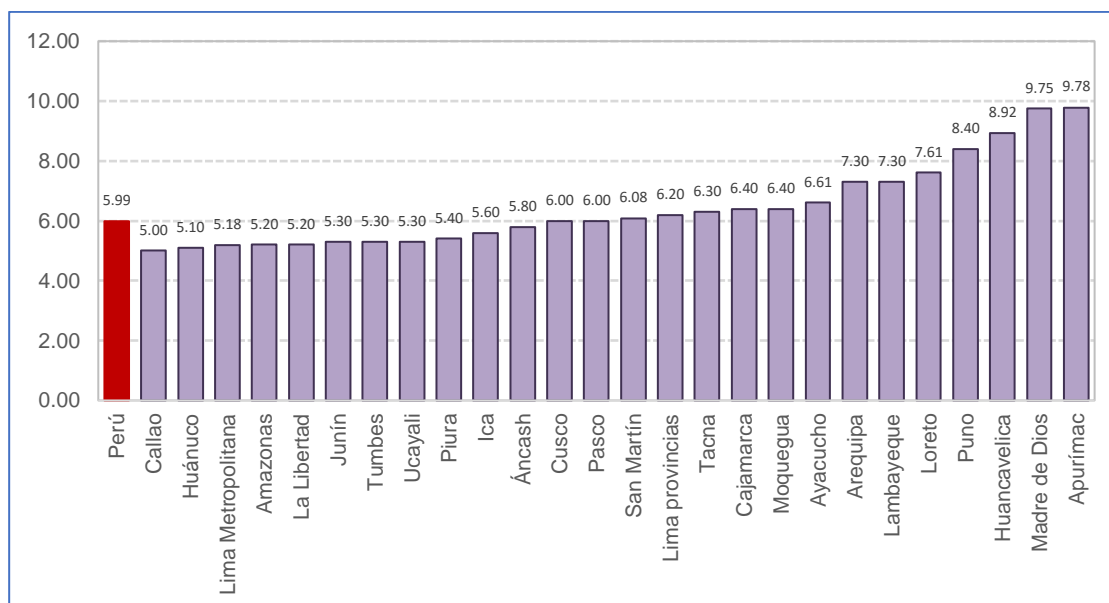
Tabla N° 7. Proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de Planificación Familiar. Perú 2009-2016

Característica seleccionada	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	7.2	6.9	6.1	8.2	9.0	8.6	6.5	6.0
Área de residencia								
Urbana	6.5	6.0	5.5	7.6	8.6	8.1	6.2	5.7
Rural	8.7	9.1	7.5	9.6	10.1	10.1	7.5	6.8
Dominio de residencia								
Costa	5.9	5.5	4.9	7.2	8.3	7.8	5.9	5.6
Lima Metropolitana	5.6	5.2	5.0	7.1	7.7	7.8	5.9	5.2
Resto Costa	6.3	6.0	4.8	7.3	9.0	7.8	5.9	6.0
Sierra	8.6	7.9	6.5	8.9	9.6	9.5	7.5	6.8
Sierra urbana	8.1	6.3	5.7	8.2	9.0	8.4	6.5	6.5
Sierra rural	8.9	9.2	7.0	9.4	10.0	10.5	8.6	7.0
Selva	8.3	9.7	9.7	10.5	10.6	10.2	6.9	6.1
Selva urbana	7.4	9.8	7.5	9.5	9.8	10.2	6.6	5.3
Selva rural	9.3	9.7	11.9	11.7	11.5	10.1	7.4	7.2
Educación de la madre								
Sin nivel / Primaria	9.1	8.5	7.8	8.9	10.3	9.7	6.9	6.6
Secundaria	7.3	6.9	6.0	8.7	9.4	9.1	6.6	6.3
Superior	4.3	4.6	4.1	6.5	6.8	6.7	6.0	5.0
Quintil de bienestar								
Quintil inferior	9.7	10.5	9.9	11.1	12.4	10.8	8.0	7.4
Segundo quintil	9.4	7.4	6.2	9.5	10.3	10.7	6.4	6.4
Quintil intermedio	6.8	7.3	6.1	7.2	8.4	8.3	6.4	6.2
Cuarto quintil	6.3	5.6	4.8	6.2	7.3	7.8	6.5	4.9
Quintil superior	3.7	3.7	3.5	7.3	6.2	5.1	5.0	4.9

Fuente: INEI. ENDES

El Gráfico N°6 muestra que las regiones donde se registra un mayor nivel de insatisfacción son Apurímac (9.76), Madre de Dios (9.75), Huancavelica (8.92), Puno (8.4) y Loreto (7.6).

Gráfico N° 6. Proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de PF. Perú, 2016



Fuente: INEI. ENDES

10. El Seguro Integral de Salud-SIS, por otro lado, cuenta con una fuente de información nominal. Esto permite realizar el seguimiento de la población asegurada que usa MACs modernos. La Tabla N° 8 muestra este seguimiento desde un enfoque de cascada: 26,5% (4 521 411) de los afiliados SIS son mujeres en edad fértil (MEF) entre 15 y 49 años, de ellas 64.9% (2 933 496) acceden a un servicio de salud. De las MEF aseguradas que acceden a servicios, 59,7% (1 750 996) usan servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). De las mujeres que usan SSR, 63,2% (1 107 183) usan algún MAC y 18,06% (316 241) han sido cubiertas por un MAC completo según la norma (En esta tabla no se considera aún los cambios de método que puede tener la mujer en un año (en este caso 2016). Se propone mejorar el análisis para poder incluir este dato. Sin embargo, desde el punto de vista de la calidad de atención, cambiar frecuentemente de método MAC pueda tener efectos en la salud de la mujer).

11. Además, usando la data disponible se puede concluir que en 2016 24,5% de las MEF afiliadas acceden a servicios de SSR con la entrega de algún MAC, y 7% reciben el MAC completo (Gráfico N°5), cifra que representa un bajo nivel de población MEF afiliada al SIS efectivamente protegida. Aunque no se toma en cuenta a las MEF que recibieron un MAC de larga duración antes del 2016, por lo que falta afinar el análisis. Por ello, y por lo estipulado por el MINSA que no todas las MEF requieran planificación familiar, no se espera llegar a un 100%. El siguiente paso será entonces definir el techo óptimo. Sin embargo, los datos nominales brindan información detallada que permite realizar el seguimiento de las personas en condición de pobreza, un dato útil para la gestión y con el cual no se contaba en el momento en que el programa fue diseñado.

12. Según análisis de Programación presentada por el MINSA²², adecuando a la fórmula de la programación de insumos de MAC para la población en edad Fértil: La necesidad de población MEF que demanda MAC es de 60.8% a nivel nacional, con la cual se tendría que el 60% (2014) al 95% (2016) de MEF con necesidad de MAC usan algún MAC, mientras que el 15 (2014) al 18% (2016) de MEF con necesidad de MAC usan MAC completos de acuerdo a norma y factor de conversión.

²² Presentación del 07.09.17 MINSA DSSR

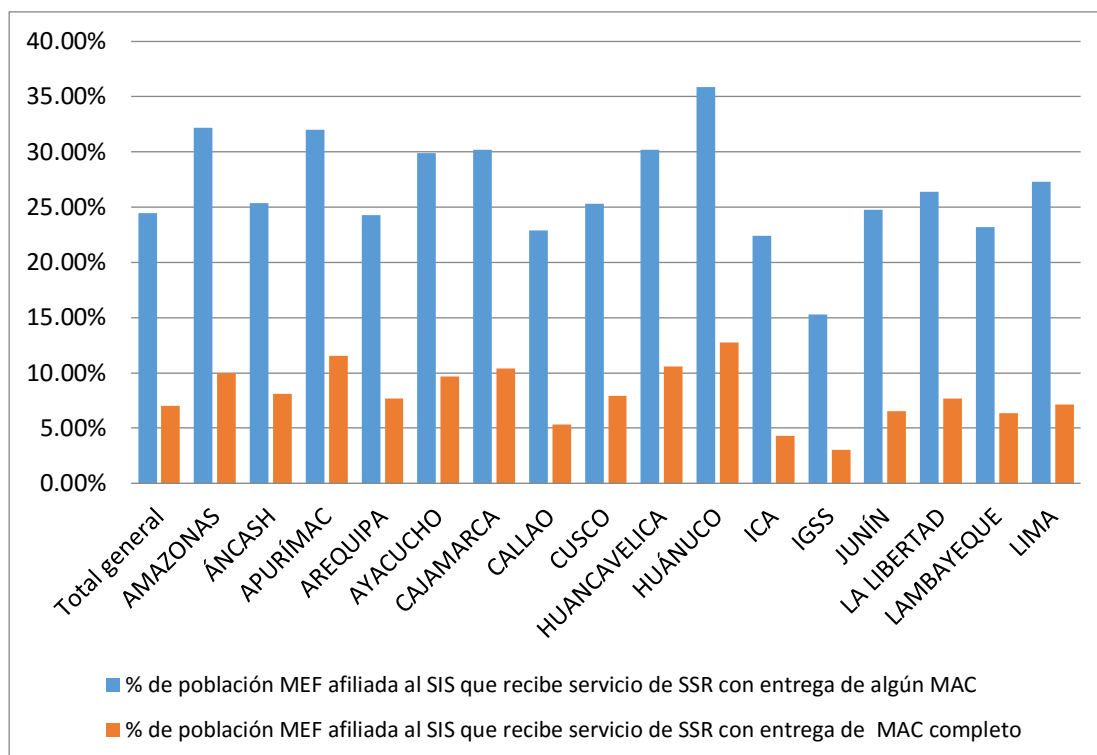
Tabla N° 8 Detalle de la población MEF asegurada SIS que usan algún MAC

REGIONES 2016	POBLACIÓN AFILIADA	MEF (15-49)	MEF CON ACCESO A SALUD 2016	MEF CON USO SSR 2016	USO ALGUN MAC 2016	USO MAC SEGÚN NORMA 2016	% de MEF afiliados al SIS	% de Acceso a Servicios de Salud	% accediendo con acceso a SSR	% MEF que acceden servicios de SSR, con algún MAC	% MEF que acceden servicios de SSR, con MAC completo
Total general	17,092,349	4,521,411	2,933,496	1,750,996	1,107,183	316,241	26.5%	64.9%	59.7%	63.2%	18.06%
AMAZONAS	368,612	88,769	66,575	38,747	28,566	8,838	24.1%	75.0%	58.2%	73.7%	22.81%
ÁNCASH	752,894	195,172	134,306	90,815	49,487	15,782	25.9%	68.8%	67.6%	54.5%	17.38%
APURÍMAC	347,219	87,823	67,093	49,722	28,134	10,114	25.3%	76.4%	74.1%	56.6%	20.34%
AREQUIPA	485,350	129,601	86,620	44,314	31,442	9,913	26.7%	66.8%	51.2%	71.0%	22.37%
AYACUCHO	516,470	131,818	109,156	85,090	39,421	12,780	25.5%	82.8%	78.0%	46.3%	15.02%
CAJAMARCA	1,172,779	302,521	215,415	147,019	91,422	31,399	25.8%	71.2%	68.2%	62.2%	21.36%
CALLAO	423,172	121,638	90,022	52,580	27,833	6,491	28.7%	74.0%	58.4%	52.9%	12.34%
CUSCO	917,690	238,422	153,457	101,211	60,378	18,876	26.0%	64.4%	66.0%	59.7%	18.65%
HUANCAVELICA	321,848	80,292	63,354	49,399	24,255	8,500	24.9%	78.9%	78.0%	49.1%	17.21%
HUÁNUCO	627,398	161,021	112,983	82,689	57,781	20,535	25.7%	70.2%	73.2%	69.9%	24.83%
ICA	313,521	81,059	55,494	27,084	18,160	3,459	25.9%	68.5%	48.8%	67.1%	12.77%
IGSS	3,294,631	961,006	522,888	222,491	146,686	28,957	29.2%	54.4%	42.6%	65.9%	13.01%
JUNÍN	760,657	202,630	125,426	79,264	50,191	13,287	26.6%	61.9%	63.2%	63.3%	16.76%
LA LIBERTAD	1,004,956	262,286	167,037	98,039	69,226	20,168	26.1%	63.7%	58.7%	70.6%	20.57%
LAMBAYEQUE	704,460	193,550	127,390	78,776	44,844	12,263	27.5%	65.8%	61.8%	56.9%	15.57%
LIMA	544,148	147,327	99,494	58,129	40,179	10,519	27.1%	67.5%	58.4%	69.1%	18.10%
LORETO	824,987	190,946	128,434	69,668	54,305	11,989	23.1%	67.3%	54.2%	77.9%	17.21%
MADRE DE DIOS	102,004	26,260	17,627	9,743	7,608	1,308	25.7%	67.1%	55.3%	78.1%	13.43%
MOQUEGUA	74,561	21,045	16,216	9,932	6,364	1,346	28.2%	77.1%	61.2%	64.1%	13.55%
PASCO	166,554	43,152	31,185	19,961	15,704	4,240	25.9%	72.3%	64.0%	78.7%	21.24%
PIURA	1,148,207	283,726	176,468	101,395	69,817	23,001	24.7%	62.2%	57.5%	68.9%	22.68%
PUNO	822,359	213,915	116,726	69,496	35,355	9,936	26.0%	54.6%	59.5%	50.9%	14.30%
SAN MARTÍN	692,135	174,296	127,841	92,601	59,330	20,562	25.2%	73.3%	72.4%	64.1%	22.20%
TACNA	150,662	42,363	28,788	21,337	10,728	755	28.1%	68.0%	74.1%	50.3%	3.54%
TUMBES	152,538	39,211	29,961	14,513	12,323	3,800	25.7%	76.4%	48.4%	84.9%	26.18%
UCAYALI	402,537	101,562	63,540	36,981	27,644	7,423	25.2%	62.6%	58.2%	74.8%	20.07%

Fuente: SIASIS Enero – diciembre 20

13. En el detalle por región (ver Gráfico 7), se observa que los hospitales y establecimientos que formaron parte del IGSS (Instituto de Gestión de Servicios de Salud) tienen la cobertura más baja de MAC, mientras en Huánuco, Amazonas y Apurímac más población SIS accede a MAC.

Gráfico N° 7. Cobertura de afiliadas al SIS, mujeres en edad fértil con métodos modernos de planificación familiar en 2016



14. Especificamos que se demuestra la entrega por MINSA a afiliadas SIS, lo que no incluye la compra de MAC en farmacia privada. Concluimos que para medir la gestión y la entrega del producto “Acceso a métodos de PF y a servicios de consejería en SSR” a la población más vulnerable, los datos administrativos aportan a la gestión.

15. Durante los talleres con expertos, sin embargo, se relativizó la utilidad de los indicadores “Tasa Global de Fecundidad” y “Proporción de mujeres en edad fértil con conocimiento de algún método de PF” como herramientas para medir el grado de avance para los resultados intermedios esperados por el PPSMN, dado que su comportamiento no solo es bastante estable, sino que el logro de los mismos no depende exclusivamente de la disponibilidad de los servicios de SSR, sino de otros factores.

16. Estos indicadores, por otro lado, se usan para medir el esfuerzo realizado en la promoción de la salud y que involucran la participación de otros agentes: Municipios saludables, Comunidades saludables, Familias Saludables e Instituciones educativas saludables, todas ellas promoviendo, entre otras cosas, la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar; sin embargo, estas intervenciones no son monitoreadas, ni evaluadas con regularidad dentro del PPSMN y es difícil encontrar, por tanto una relación causal entre estas.

17. Durante el taller se sugirió explorar la posibilidad de realizar el monitoreo conjunto con otras intervenciones similares en otros Programas Presupuestales (por ejemplo, el relacionado a la reducción de la violencia basada en género). Igualmente, se propone la posibilidad de explorar la articulación de programas o intervenciones que potencien resultados en la población adolescente.

18. Los talleres también sirvieron para llamar la atención sobre aparentes contradicciones existentes entre los auspiciosos resultados que arrojan las ENDES y las dificultades existentes en los procesos de programación y distribución de MACs a través de los servicios del sistema público.

19. Así, se reconoce que existen limitaciones en el proceso de programación, toda vez que:

- Solo se programa al 30% de las mujeres en edad fértil (MEF). Esto es el resultado de la metodología de programación establecida por el MINSa en el cual se incluye como población a ser cubierta por los servicios del MINSa al 50% del total de usuarias potenciales (60% del total de MEF). Sin embargo, en el caso de los quintiles 1 y 2 este porcentaje aumenta ya que se programa al 100% de las MEF.
- No se incluye el segmento poblacional de 14 a 15 años como parte del universo de MEF. Esto representa aproximadamente 300,000 MEF que son, además, una población de alta vulnerabilidad.
- Se toma como base del análisis Cobertura de afiliadas al SIS, mujeres en edad fértil con métodos modernos de planificación familiar en 2016
- La programación usa el “consumo histórico de MACs”, tomados de la base de datos del SISMED como un factor a tomar en cuenta para la programación.
- La programación no incluye a los usuarios de otras IAFAS las cuales hacen uso de los Insumos programados y adquiridos por MINSa, reduciendo la disponibilidad de insumos para las MEF programadas.

20. También existen problemas en el proceso de adquisición realizado por CENARES. Éste, determina el volumen de compra basado en: el patrón de uso histórico y la disponibilidad presupuestal. El resultado puede, además, ser influenciado por la variabilidad de los precios del mercado internacional. Una vez hecha la adquisición, otro problema que afecta la disponibilidad del insumo es el retraso en su distribución.

21. Igualmente, existen problemas en la provisión del servicio, ya sea por falta del equipamiento o de profesionales en el número adecuado como con las competencias y capacidades para garantizarlo. El inadecuado reporte también se identifica como un factor que afecta negativamente los procesos arriba descritos.

22. Con los datos disponibles y la información cualitativa se pueden plantear las siguientes conclusiones:

23. Se reconoce la existencia de un conjunto de indicadores cuyos datos se reportan de manera periódica y constante, tanto a nivel nacional como regional y abarcan un largo periodo de tiempo.

24. La evolución del comportamiento de los indicadores señala que la TGF no ha sufrido modificaciones sustantivas en el promedio general; sin embargo, se han producido mayores avances entre los más pobres. Similar situación arroja los resultados del indicador “proporción de mujeres en unión que usan PF”, aunque el promedio general se mantiene alrededor del 75%, existe un marcado avance en el uso de métodos de PF entre mujeres unidas de los sectores más pobres. El nivel de conocimientos de métodos de PF, por su parte, es prácticamente universal, mientras que la demanda insatisfecha es baja (5.9%) con tendencia a seguir decreciendo; nuevamente, con mayor avance entre los más pobres.

25. Los resultados, sin embargo, contrastan con algunas debilidades programáticas y de gestión que pudiesen impactar en una reducción en el acceso al servicio de PS, entre las que resaltan:

26. Las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva son de carácter multisectorial, las sesiones de consejería son solo una parte de un conjunto de actividades que rebasan el sector salud y cuya programación, implementación y monitoreo necesita ser fortalecida.

27. La disponibilidad de los métodos anticonceptivos se encuentra limitada por, al menos, tres fenómenos convergentes:

- Se programa menos de los que se necesita.

- Se compra menos de lo que se programa
- La distribución de lo adquirido todavía sigue siendo inoportuna e insuficiente
- La entrega de los servicios se hace “a demanda”, no correspondiendo a lo programado.
- Diversos actores, a diferentes niveles, señalan insatisfacción sobre la calidad y oportunidad de los sistemas de reporte sobre la entrega de MAC. Este es un punto que no ha sido explorado a profundidad en este ejercicio, pero que ciertamente necesita ser revisado en detalle.

28. Las sugerencias planteadas en el taller para mejorar la medición del grado de avance del objetivo intermedio en materia de planificación familiar para MEF durante el periodo de un año incluyen, entre otros, el priorizar la medición en los quintiles 1 y 2, revisar y mejorar los criterios de programación, restringir su medición a un sub-grupo de métodos modernos y usar bases nominadas (SIS) para su seguimiento, dentro de la cual es necesaria revisar la ficha de indicadores de ENDES.

RESULTADO INTERMEDIO: Reducir la morbi-mortalidad materna.

1. La evidencia señala que la provisión de servicios de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio debiera resultar en una reducción sustancial de la mortalidad, las complicaciones y la discapacidad. Estos servicios son: control pre-natal, atención institucional del parto, acceso a la cesárea, acceso a sangre segura y sus derivados y a un sistema de referencia a servicios de alta complejidad. Los indicadores planteados para realizar el seguimiento de este componente siguen esta lógica.

Resultado Inmediato/Producto3.1: Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal (APN) de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive.

2. El programa original establece dos productos trazadores: **Proporción de gestantes con por lo menos 1 APN en el primer trimestre y Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales.**

3. Los datos utilizados durante el taller se basan en la encuesta ENDES/INEI, los cuales capturan la información de APN en el primer trimestre y la realización de seis APN en la última gestación (con un periodo previo de cinco años), así como los reportes administrativos del MINSa. Ambas series de datos, como se verá más adelante, muestran un avance sustantivo en materia de cobertura de la atención prenatal, debido a un aumento sustantivo de la oferta.²³

4. Se ha incorporado, sin embargo, la medición de la “atención prenatal reenfocada” (APN-R), que implica APN en el 1er trimestre, 4 exámenes de laboratorio para descarte de patologías más frecuentes que afectan el desarrollo del futuro neonato y su tratamiento (en caso fuera necesario). La información de APN-R, basado en los datos administrativos del SIS y cuyos resultados se publica por el MIDIS, como se verá más adelante en este reporte, revelan mayor información sobre la calidad de la APN.

Proporción de gestantes con por lo menos 1 Atención Pre-Natal (APN) en el primer trimestre.

5. Según datos de la ENDES 2016, el 88,9% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron seis y más atenciones prenatales. Este porcentaje fue mayor a lo encontrado en el año 2012 (84,5%). La cobertura de ese número de atenciones en el área urbana alcanzó el 90,5% y en el área rural 84,3%.

6. Si se considera el mes de embarazo en el cual se inició la atención prenatal, se observa que en el 2016 el 80,2% de gestantes inició la atención prenatal entre el primer y tercer mes de gestación, es decir en el I trimestre. Si se diferencia por área de residencia, en el área urbana el porcentaje que inicia su atención prenatal en el I trimestre es mayor (82,7%) en comparación al área rural (73,0%). Las cifras muestran un avance marginal con respecto al 2015.

7. Se destaca sin embargo que la Atención Prenatal en el primer trimestre se ha incrementado sustancialmente en los quintiles 1 y 2, los cuales mostraron un incremento del 9% y 10% respectivamente entre el 2009 y el 2016. (Tabla N° 9)

Tabla N° 9. Proporción de gestantes que en su última gestación recibió atención prenatal en el

²³ Para fines de este informe se incluyen solo los datos del INEI/ENDES

primer trimestre de gestación. Perú, 2009-2016

Característica seleccionada	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	72.4	73.0	74.9	75.0	77.4	77.3	79.8	80.2
Área de residencia								
Urbana	76.6	76.5	78.7	77.9	80.5	80.2	82.5	82.7
Rural	64.0	66.3	67.1	69.0	70.3	70.1	72.1	73.0
Dominio de residencia								
Costa	79.9	78.6	81.9	79.3	82.4	82.0	84.5	84.4
Lima Metropolitana	82.6	79.1	84.6	80.5	82.9	84.1	86.7	84.9
Resto Costa	76.7	78.1	78.8	77.9	81.9	79.8	82.0	83.7
Sierra	65.1	68.8	68.3	70.5	71.8	71.0	73.7	75.0
Sierra urbana	67.8	72.8	71.4	74.8	76.0	74.4	77.0	78.2
Sierra rural	63.3	66.1	66.1	67.7	68.7	67.9	70.4	72.0
Selva	66.5	65.8	67.3	71.9	71.6	73.7	74.5	75.4
Selva urbana	71.7	70.4	70.7	72.7	73.6	76.9	77.1	78.9
Selva rural	61.0	61.6	64.4	70.9	69.4	70.2	71.3	70.7
Educación de la madre								
Sin nivel / Primaria	63.7	65.8	68.2	67.5	70.4	70.1	72.1	72.3
Secundaria	72.9	71.3	73.8	72.8	76.6	75.2	77.9	78.5
Superior	83.5	87.1	86.0	88.0	86.4	87.4	88.8	88.5
Quintil de bienestar								
Quintil inferior	61.1	63.3	65.1	65.5	67.2	66.6	69.8	70.3
Segundo quintil	66.0	67.6	68.5	69.8	72.2	73.7	75.1	76.3
Quintil intermedio	72.6	72.9	77.2	74.8	81.5	79.4	81.1	81.2
Cuarto quintil	79.9	80.5	80.3	81.7	84.6	82.5	85.3	85.1
Quintil superior	90.1	88.8	90.5	90.6	87.4	90.2	91.3	91.9

Fuente: INEI. ENDES

8. Los avances, sin embargo, no son homogéneos, las regiones que se mantienen en la saga en materia de cobertura de Atención Prenatal son Puno (62,4%), Ucayali (68,6%), Loreto (73%), Madre de Dios (73,9%) y Huánuco (74,5%).

Tabla N° 10. Proporción de gestantes que en su última gestación recibió atención prenatal en el primer trimestre de gestación. Perú, 2009-2016

Región	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	72.4	73.0	74.9	75.0	77.4	77.3	79.8	80.2
Amazonas	67.9	68.0	68.6	68.2	69.9	76.6	77.4	79.5
Áncash	71.7	72.4	74.9	77.0	75.4	77.4	77.9	78.7
Apurímac	73.2	76.4	70.9	78.9	76.5	76.0	81.0	85.0
Arequipa	74.6	74.5	76.9	83.3	80.2	83.0	82.5	83.4
Ayacucho	64.8	66.5	66.6	68.6	69.6	68.0	72.6	75.1
Cajamarca	70.1	68.3	71.1	70.5	75.0	73.6	77.5	78.8
Prov. Const. del Callao	-	-	-	-	-	81.1	86.3	84.5
Cusco	74.9	78.6	70.6	73.9	75.8	72.5	74.3	75.3
Huancavelica	64.7	72.6	64.9	72.4	75.9	65.9	71.9	78.2
Huánuco	67.1	73.8	66.6	70.7	74.0	70.1	73.4	74.5
Ica	79.1	77.9	78.4	81.3	83.6	77.6	82.6	86.6
Junín	63.9	66.8	68.8	73.1	70.6	70.9	76.1	74.7
La Libertad	68.7	71.8	70.9	78.6	79.8	77.9	79.9	81.6
Lambayeque	76.2	77.9	81.2	74.8	79.2	78.6	79.1	80.0
Provincia de Lima 1/	-	-	-	-	-	84.4	86.8	85.0
Región Lima 2/	-	-	-	-	-	78.1	79.7	83.8
Loreto	61.6	57.4	66.1	68.7	67.7	74.1	71.7	73.0
Madre de Dios	73.4	67.8	69.8	75.7	70.7	69.0	74.5	73.9
Moquegua	75.7	79.6	79.2	74.7	77.9	76.2	79.2	81.2
Pasco	69.9	71.8	70.8	72.4	71.9	75.1	77.3	78.1
Piura	74.0	77.4	74.8	72.2	79.4	79.9	81.5	82.4
Puno	48.9	54.0	53.6	57.3	58.1	56.8	60.5	62.4
San Martín	69.0	73.2	71.0	74.7	77.0	77.6	79.1	79.7
Tacna	75.2	74.8	71.5	73.4	80.5	72.9	77.7	77.2
Tumbes	79.8	78.4	79.3	78.0	81.7	82.0	83.2	86.2
Ucayali	56.4	63.6	66.9	67.6	67.4	67.4	70.0	68.6
Lima y Callao	82.1	79.0	84.9	79.7	82.9	83.3	86.0	84.8

Nota: A partir del año 2014 se presenta la provincia de Lima, Región Lima y la Provincia Constitucional del Callao de manera independiente.

P/ Preliminar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

* Diferencia significativa ($p < 0.10$).

** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).

*** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

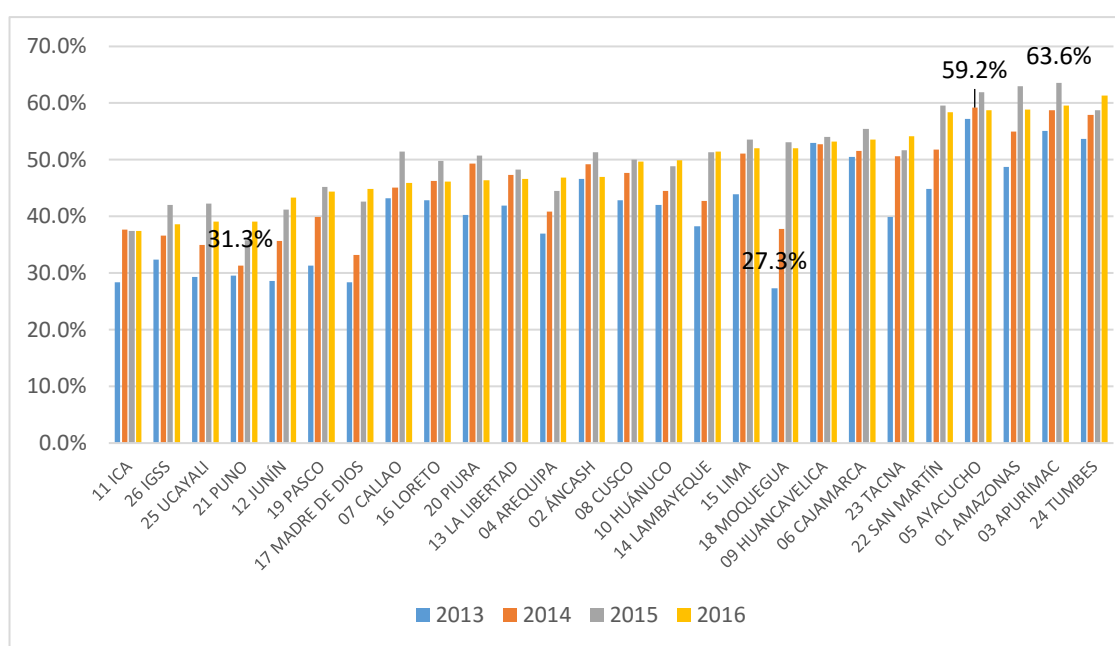
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

9. Algunos de estos departamentos muestran avances modestos con respecto al 2015, tal es el caso de Puno: (+ 2%), Loreto: (+1,3%) y Huánuco: (+ 1%); no es el caso de otros que muestran retrocesos: Ucayali: (-1,4%) y Madre de Dios: (-0,5%); sin embargo, hay que resaltar el avance importante mostrado por algunas de éstas si se les compara con el 2009; así, Puno incrementa

su cobertura en 13,6%, Ucayali en 12,2%, Loreto en 11,3% y Huánuco en 7,4%. Solo Madre de Dios no refleja avance en este periodo, tal y como se puede ver en la Tabla N° 10.

10. La base de datos nominal del SIS nos permite verificar el porcentaje de gestantes afiliadas al SIS que han recibido la primera atención prenatal dentro del primer trimestre del embarazo (Gráfico N° 8 y Tabla N° 11). Este porcentaje se ha incrementado significativamente entre el 2013 y el 2016, pero parece alcanzar su límite o disminuir en el 2016. Otro aspecto a tomar en cuenta es que no todas las regiones llegan a superar el 70% y en otros casos (Ica, Lima Ucayali y Puno) no superan el 50%. Esto puede deberse a problemas de programación y capacidad de la oferta o comportamiento de la demanda o una combinación de todas las anteriores.

Gráfico N° 8. Porcentaje de gestantes afiliada al SIS que han recibido el primer APN dentro del primer trimestre de embarazo, por regiones, 2013-2016



Fuente SIASIS 2013-2016

Tabla N° 11. Porcentaje de gestantes afiliada al SS que han recibido el primer APN dentro del primer trimestre de embarazo, por regiones, 2013-2016

REGIONES	2013	2014	2015	2016
TUMBES	53.6%	57.9%	58.7%	61.4%
APURÍMAC	55.1%	58.7%	63.6%	59.6%
AMAZONAS	48.8%	55.0%	63.0%	58.9%
AYACUCHO	57.2%	59.2%	61.9%	58.8%
SAN MARTÍN	44.9%	51.8%	59.6%	58.3%
TACNA	39.9%	50.6%	51.7%	54.2%
CAJAMARCA	50.4%	51.6%	55.5%	53.5%
HUANCAVELICA	53.0%	52.8%	54.0%	53.2%
MOQUEGUA	27.3%	37.8%	53.1%	52.1%
LIMA	43.9%	51.1%	53.6%	52.1%
LAMBAYEQUE	38.2%	42.7%	51.3%	51.4%
HUÁNUCO	42.0%	44.5%	48.9%	49.9%
CUSCO	42.8%	47.6%	50.0%	49.6%

ÁNCASH	46.7%	49.2%	51.4%	47.0%
AREQUIPA	37.0%	40.9%	44.5%	46.9%
LA LIBERTAD	41.9%	47.4%	48.2%	46.6%
PIURA	40.3%	49.3%	50.7%	46.4%
LORETO	42.8%	46.2%	49.8%	46.2%
CALLAO	43.2%	45.1%	51.5%	45.9%
MADRE DE DIOS	28.4%	33.2%	42.7%	44.8%
PASCO	31.3%	40.0%	45.3%	44.4%
JUNÍN	28.7%	35.6%	41.2%	43.3%
PUNO	29.5%	31.3%	35.8%	39.1%
UCAYALI	29.3%	35.0%	42.3%	39.1%
IGSS	32.4%	36.6%	42.0%	38.6%
ICA	28.4%	37.6%	37.4%	37.5%
PERÚ	39.7%	44.3%	48.3%	46.5%

Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales.

11. Como se puede observar en la Tabla N° 12, en el 2016, el 88,9% de gestantes tuvo 6 a más atenciones prenatales, lo que representa un aumento en 0,5 pp con respecto al 2015. Si se diferencia por área de residencia, en el área urbana (90,5%) es mayor en comparación al área rural (84,3%). Con respecto al 2009, este indicador avanza en 8,1 pp (2009: 80,8%) a predominio del área rural (+10,3 pp) con respecto al urbana (+6,3 pp).

12. Si se analiza por quintiles de bienestar se destaca un avance de 13 pp en el quintil 1 (2009: 69,2% y 2016: 82,1%) y del 10 pp en el quintil 2 (2009: 77,9% y 2016: 87,8%).

Tabla N° 12. Proporción de gestantes con 6 o más controles prenatales en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta. Perú, 2009 - 2016

Característica seleccionada	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	80.8	81.0	83.5	84.5	87.3	86.6	88.4	88.9
Área de residencia								
Urbana	84.2	84.2	87.0	86.7	89.5	89.1	89.8	90.5
Rural	74.0	74.7	76.3	80.3	82.1	80.3	84.5	84.3
Dominio de residencia								
Costa	86.3	84.9	88.4	87.3	90.6	89.4	91.1	91.3
Lima Metropolitana	89.1	84.2	91.6	87.7	92.0	91.8	92.1	92.0
Resto Costa	82.9	85.6	84.6	86.9	89.1	86.9	90.0	90.6
Sierra	77.0	79.5	81.7	83.0	85.2	84.7	86.6	87.3
Sierra urbana	78.8	84.7	85.4	84.8	87.4	87.4	87.3	88.7
Sierra rural	75.9	76.0	79.0	81.8	83.5	82.3	86.0	85.9
Selva	72.6	72.2	71.9	79.6	80.3	80.4	82.6	83.6
Selva urbana	80.5	79.4	76.5	83.7	85.0	86.1	85.4	87.5
Selva rural	64.3	65.5	68.0	75.0	75.4	74.1	79.0	78.5
Educación de la madre								
Sin nivel / Primaria	72.0	72.2	77.1	77.1	81.1	79.8	82.8	82.3
Secundaria	82.4	82.3	83.5	85.5	88.7	86.5	87.9	88.6

Superior	90.0	91.3	92.2	91.9	91.3	92.7	93.5	93.9
Quintil de bienestar								
Quintil inferior	69.2	70.2	74.5	76.4	79.3	76.9	81.8	82.1
Segundo quintil	77.9	78.1	79.4	82.7	86.4	85.8	87.7	87.8
Quintil intermedio	82.0	82.4	85.9	85.7	89.6	88.4	88.5	89.0
Cuarto quintil	88.1	89.9	89.9	88.4	91.3	90.3	91.4	91.5
Quintil superior	92.1	89.7	92.4	93.9	93.1	95.3	94.6	95.9

Fuente: INEI. ENDES

13. Las regiones con menor cobertura son Ucayali (75,4%), Loreto (78,3%), Puno (80,5%), Ayacucho (81,4%) y Amazonas (81,5%). Con respecto al año 2015, en este grupo solo Loreto muestra un avance significativo (+3,5 pp), mientras que Ayacucho retrocede en -2,7 pp.

14. Si se compara con el 2009, se destacan los avances logrados por Ucayali (+15 pp), Loreto (+13 pp) y Puno (+13 pp); aun así, estas regiones siguen siendo la de menor cobertura del país. (Tabla N° 13)

Tabla N° 13. Proporción de gestantes que en su última gestación recibieron 6 o más controles prenatales, por regiones. Perú, 2009-2016

Región	2009	2010	2011	2012	2013	2014 P/	2015	2016
Perú	80.8	81.0	83.5	84.5	87.3	86.6	88.4	88.9
Amazonas	73.5	75.0	70.9	71.4	78.9	79.7	80.5	81.5
Áncash	84.1	83.3	85.8	89.5	90.6	88.8	90.4	91.6
Apurímac	87.5	86.5	80.0	89.3	90.1	91.7	92.3	94.8
Arequipa	76.4	77.9	83.6	87.9	88.7	88.7	90.2	91.5
Ayacucho	81.5	76.5	82.6	80.2	84.5	80.6	84.1	81.4
Cajamarca	79.1	78.5	87.1	85.7	80.6	84.9	89.3	89.1
Prov. Const. del Callao	-	-	-	-	-	89.9	90.0	90.1
Cusco	88.3	82.8	85.0	88.4	87.5	90.6	89.4	89.3
Huancavelica	80.9	83.1	82.4	88.1	91.5	83.2	85.2	87.9
Huánuco	85.8	88.8	83.4	87.6	88.4	85.5	88.5	88.0
Ica	79.1	83.9	84.1	86.5	86.4	84.4	88.4	90.1
Junín	74.7	76.4	82.2	83.4	86.3	84.1	89.3	87.8
La Libertad	77.1	80.9	79.0	83.5	87.4	84.2	89.2	90.2
Lambayeque	80.1	78.6	83.2	80.4	86.6	85.6	86.8	86.6
Provincia de Lima 1/	-	-	-	-	-	91.9	92.4	92.2
Región Lima 2/	-	-	-	-	-	87.4	89.6	91.9
Loreto	65.6	60.8	65.5	71.2	76.6	75.2	74.8	78.3
Madre de Dios	81.8	80.5	75.0	83.8	79.0	78.8	82.4	83.1
Moquegua	88.2	89.9	93.4	85.0	89.6	91.0	90.9	90.6
Pasco	74.9	80.9	85.4	86.4	83.6	86.9	86.4	87.8
Piura	77.4	84.3	80.3	86.0	89.4	86.3	88.6	89.9
Puno	67.2	78.6	71.0	75.2	77.0	77.3	79.9	80.5
San Martín	78.3	79.5	76.9	89.5	90.0	90.1	91.0	90.3
Tacna	87.2	91.2	84.3	86.9	93.5	88.1	91.2	88.5
Tumbes	88.2	85.2	82.3	81.2	85.0	88.4	89.3	92.8
Ucayali	59.7	67.5	67.1	71.5	71.0	70.9	75.4	75.4
Lima y Callao	88.2	84.9	91.1	87.1	91.5	91.2	91.9	92.0

Nota: A partir del año 2014 se presenta la provincia de Lima, Región Lima y la Provincia Constitucional del Callao de manera independiente.

P/ Preliminar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

* Diferencia significativa ($p < 0.10$).

** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).

*** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).

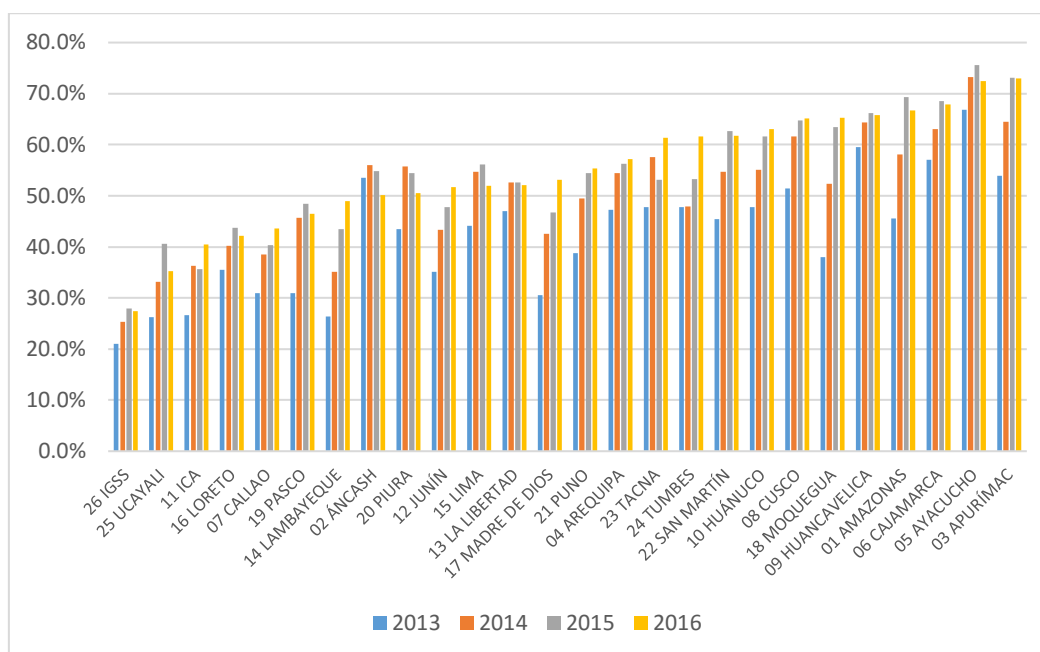
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

15. Al analizar la base de datos de los registros nominales del SIS se observa igualmente una mejora entre 2013 y 2016 en 10pp (de 39.4% a 49%) en la cobertura real de las gestantes afiliadas quienes reciben 6 controles prenatales. Las regiones con la cobertura más alta en el año 2016 son Apurímac (73%), Ayacucho (72,4%), Cajamarca (67,9%) y Amazonas (66,8%).

Gráfico N° 9. Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con 6 APN, por regiones, 2013-2016



Fuente: SIASIS 2013-2016

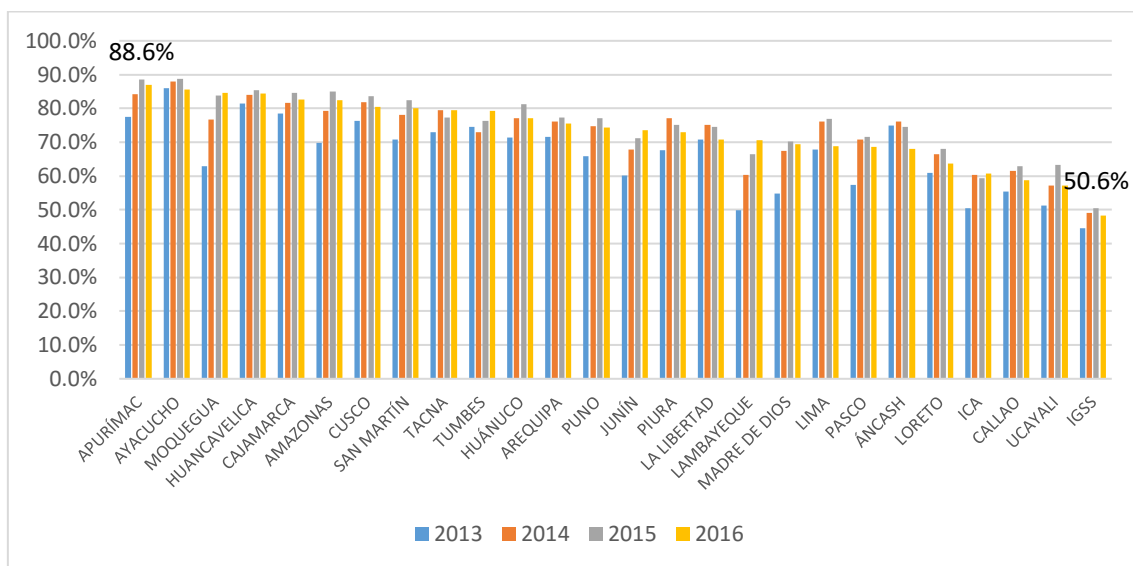
Tabla N° 14. Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con 6 APN, por regiones, 2013 - 2016

REGIONES	2013	2014	2015	2016
APURÍMAC	53.9%	64.5%	73.0%	73.0%
AYACUCHO	66.8%	73.2%	75.6%	72.4%
CAJAMARCA	57.1%	63.0%	68.5%	67.9%
AMAZONAS	45.5%	58.1%	69.3%	66.8%
HUANCABELICA	59.6%	64.3%	66.1%	65.8%
MOQUEGUA	38.0%	52.3%	63.4%	65.2%
CUSCO	51.4%	61.6%	64.8%	65.2%
HUÁNUCO	47.7%	55.0%	61.6%	63.0%
SAN MARTÍN	45.4%	54.7%	62.7%	61.7%
TUMBES	47.8%	47.9%	53.3%	61.6%
TACNA	47.8%	57.5%	53.1%	61.4%
AREQUIPA	47.3%	54.4%	56.2%	57.2%
PUNO	38.7%	49.5%	54.4%	55.3%
MADRE DE DIOS	30.6%	42.5%	46.8%	53.1%
LA LIBERTAD	47.0%	52.6%	52.6%	52.1%
LIMA	44.2%	54.7%	56.1%	51.9%
JUNÍN	35.1%	43.3%	47.8%	51.8%
PIURA	43.5%	55.7%	54.4%	50.6%
ANCASH	53.5%	56.0%	54.9%	50.1%
LAMBAYEQUE	26.4%	35.1%	43.5%	48.9%
PASCO	30.9%	45.7%	48.5%	46.4%
CALLAO	30.9%	38.6%	40.3%	43.5%
LORETO	35.5%	40.1%	43.7%	42.1%
ICA	26.6%	36.3%	35.7%	40.5%
UCAVALI	26.3%	33.1%	40.6%	35.2%
IGSS	21.0%	25.3%	27.9%	27.4%
PERÚ	39.4%	46.7%	49.4%	49.0%

Fuente SIASIS 2013-2016

16. Sin embargo, si se toma como unidad de medida las exigencias incorporadas a los Convenios de Gestión suscritos por el SIS con las regiones, para fines de incentivos, estos incorporan el registro de la entrega del paquete integral de APN, el cual, según norma, incluye la administración de suplemento de hierro y ácido fólico y los exámenes priorizados dentro del primer trimestre de embarazo. Como se puede observar en el Gráfico N°. 10 y Tabla N°. 15, 10 regiones alcanzan una cobertura igual o mayor al 80% del APN completos.

Gráfico N° 10 Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con cuatro APN, por regiones, 2013-2016



17. Sin embargo, este indicador no mide integralidad de procesos incluidos dentro del paquete integral de la APN. Al haber llegado a coberturas aceptables de más del 80% en algunas regiones y de más de 60% como país, se propone establecer un indicador que permita identificar las brechas de una atención integral de un paquete básico para al APN, permitiendo modular sus resultados a través de incentivos.

Tabla N° 15. Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con cuatro APN, por regiones, 2013-2016

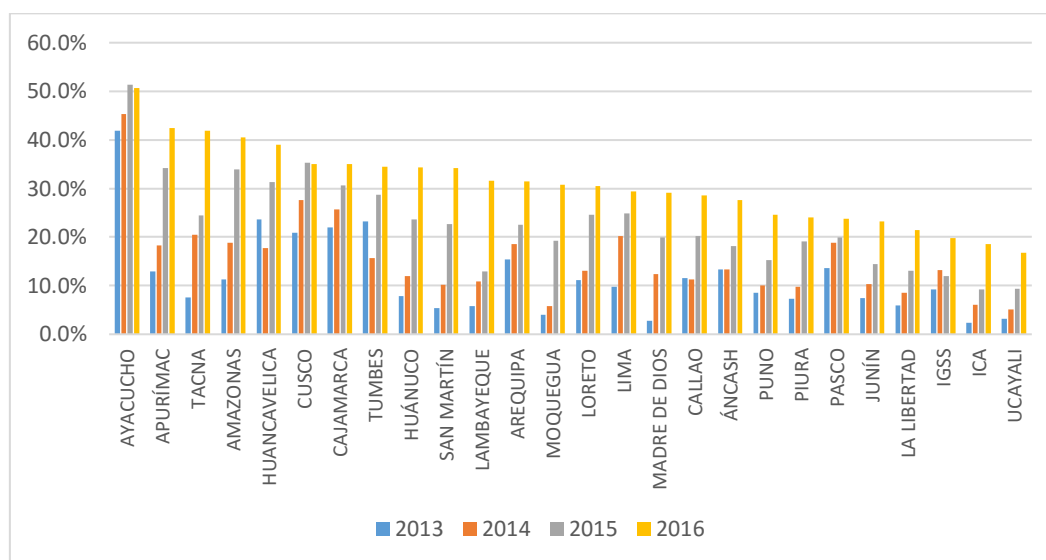
REGIONES	2013	2014	2015	2016
APURÍMAC	77.5%	84.3%	88.6%	87.0%
AYACUCHO	86.0%	88.0%	88.7%	85.6%
MOQUEGUA	62.9%	76.8%	83.8%	84.5%
HUANCANELICA	81.5%	84.1%	85.4%	84.5%
CAJAMARCA	78.5%	81.6%	84.5%	82.6%
AMAZONAS	69.7%	79.3%	84.9%	82.4%
CUSCO	76.4%	81.8%	83.6%	80.5%
SAN MARTÍN	70.8%	78.1%	82.4%	80.0%
TACNA	73.0%	79.4%	77.3%	79.5%
TUMBES	74.5%	73.1%	76.4%	79.2%
HUÁNUCO	71.4%	77.1%	81.3%	77.1%
AREQUIPA	71.6%	76.1%	77.3%	75.5%

PUNO	65.9%	74.7%	77.1%	74.3%
JUNÍN	60.2%	67.9%	71.1%	73.5%
PIURA	67.7%	77.0%	75.1%	72.9%
LA LIBERTAD	70.8%	75.2%	74.6%	70.9%
LAMBAYEQUE	49.8%	60.3%	66.5%	70.6%
MADRE DE DIOS	54.8%	67.4%	70.2%	69.4%
LIMA	67.8%	76.1%	76.9%	68.9%
PASCO	57.4%	70.8%	71.5%	68.6%
ÁNCASH	74.9%	76.0%	74.6%	68.1%
LORETO	61.0%	66.4%	68.0%	63.7%
ICA	50.5%	60.3%	59.3%	60.8%
CALLAO	55.5%	61.5%	62.9%	58.7%
UCAYALI	51.3%	57.2%	63.4%	57.1%
IGSS	44.6%	49.1%	50.6%	48.3%

Fuente: SIASIS 2013-2016

18. Al final, lo que se busca es una atención prenatal con calidad, por lo cual, impulsado por los convenios, el SIS brinda también seguimiento al paquete preventivo completo, lo que refiere a 4 atenciones prenatales con entrega de sulfato ferroso y ácido fólico, cuatro exámenes completos (orina, hemoglobina, HIV y Sífilis), dentro del primer trimestre del embarazo. Como se discutirá luego, notable son los porcentajes bajos lo que apunta a dificultades para entregar un servicio completo, pero también el avance significativo logrado en 4 años.

Gráfico N° 11. Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con paquete preventivo completo, por regiones, 2013-2016



Fuente SIASIS 2013-2016

Tabla N° 16. Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con paquete preventivo completo, por regiones, 2013-2016

REGIONES	2013	2014	2015	2016
AYACUCHO	41.9%	45.3%	51.4%	50.7%
APURÍMAC	12.9%	18.3%	34.2%	42.4%

TACNA	7.6%	20.5%	24.5%	41.9%
AMAZONAS	11.3%	18.8%	34.0%	40.5%
HUANCAVELICA	23.6%	17.8%	31.4%	39.0%
CUSCO	21.0%	27.6%	35.3%	35.1%
CAJAMARCA	22.0%	25.7%	30.6%	35.0%
TUMBES	23.3%	15.7%	28.7%	34.5%
HUÁNUCO	7.8%	12.0%	23.6%	34.4%
SAN MARTÍN	5.4%	10.2%	22.6%	34.2%
LAMBAYEQUE	5.8%	10.9%	13.0%	31.6%
AREQUIPA	15.5%	18.5%	22.5%	31.4%
MOQUEGUA	4.0%	5.8%	19.2%	30.8%
LORETO	11.2%	13.0%	24.6%	30.5%
LIMA	9.8%	20.2%	24.9%	29.4%
MADRE DE DIOS	2.8%	12.3%	20.0%	29.1%
CALLAO	11.6%	11.3%	20.2%	28.6%
ÁNCASH	13.3%	13.3%	18.1%	27.6%
PUNO	8.6%	10.0%	15.3%	24.6%
PIURA	7.3%	9.7%	19.1%	24.0%
PASCO	13.6%	18.8%	20.0%	23.8%
JUNÍN	7.5%	10.4%	14.5%	23.2%
LA LIBERTAD	5.9%	8.5%	13.1%	21.5%
IGSS	9.2%	13.3%	12.0%	19.8%
ICA	2.3%	6.1%	9.2%	18.6%
UCAYALI	3.2%	5.0%	9.4%	16.8%
Total general	11.7%	15.3%	20.4%	27.9%

Fuente SIASIS 2013-2016

19. Con los datos presentados, se pueden plantear las siguientes conclusiones:

- Aunque el programa original establecía dos indicadores trazadores: **Proporción de gestantes con por lo menos 1 APN en el primer trimestre** y **Proporción de gestantes con 6 atenciones prenatales**, la incorporación del indicador Atención Pre Natal Reenfocada con paquete completo ha permitido obtener información que permite evaluar mejor la calidad de la APN entregada y ver las dificultades en su entrega completa.
- Los avances logrados en los quintiles 1 y 2, tanto en los indicadores “Proporción de gestantes con por lo menos 1 APN en el 1er trimestre” y “proporción de gestantes con 6 APN” es significativo, aunque no homogéneo. El crecimiento del año 2016 es más equitativo que el año 2015, donde se observa que sólo algunas regiones crecen en mayor proporción y otras se mantienen²⁴.
- Los registros nominales del SIS dan una información precisa sobre la cobertura real de los servicios ofrecidos.

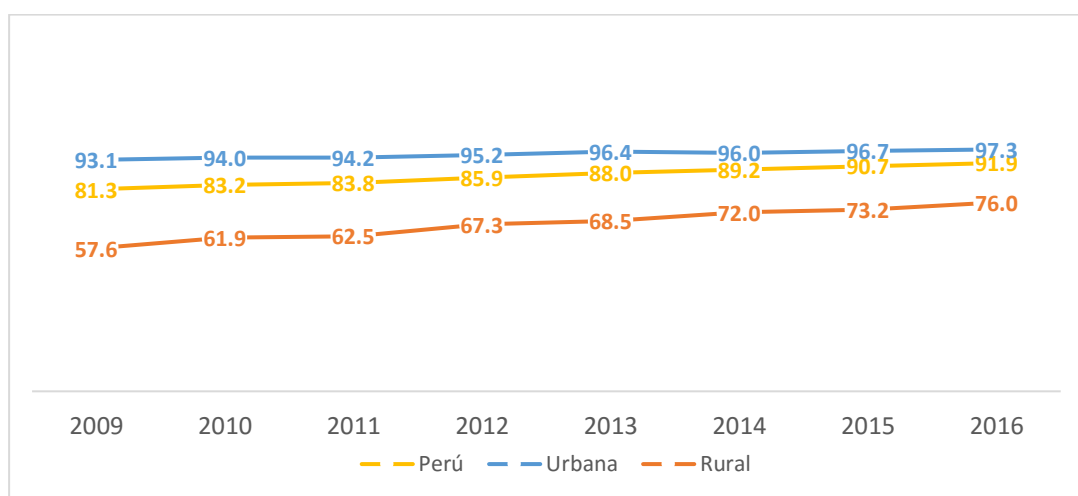
²⁴Generado por las metas negociadas de crecimiento de 2, 4, 6 ó 10% para todos en los Convenios Capitado para el periodo 2016.

Resultado Inmediato/Producto3.2: Acceso de gestantes a servicios de parto calificado y puerperio, normal y complicado, según capacidad resolutive.

Cobertura de parto institucional de gestantes (procedentes de zonas rurales).

20. La atención de **parto institucional** (ocurridos en EESS y atendidos por profesional de salud calificado) se ha incrementado de 81,3% en el 2009 a 91,9% en el 2016. Existen diferencias aún marcadas entre la zona urbana (97,3%) y la rural (76%); sin embargo, esta brecha se ha acortado con respecto al 2009 donde las cifras mostraban 93% de parto institucional urbano y 57,6% a nivel rural. Una reducción de 35 a 21 pps. Los departamentos con menor cobertura institucional son: Loreto (70,2%), Amazonas (72,3%), Cajamarca (76,5%) y Ucayali (80,9%).

Gráfico N° 12. Proporción de parto institucional urbano y rural. Perú 2009-2016



Fuente: INEI. ENDES

21. En el año 2016 el indicador parto institucional en zonas rurales ha mostrado un avance de 2.8 pp con respecto al 2015 (Tabla N° 17). El progreso es mayor en la selva rural (+3,6pp) que la sierra rural (+1,2pp). Sin embargo, es la sierra rural la que muestra el mayor progreso en cobertura de parto institucional con respecto al 2009 (+23,3 pp). La selva rural muestra un progreso de 13,3 pp en este mismo indicador.

22. El progreso es igualmente sustantivo para la población de gestantes sin nivel educativo o con sólo educación primaria: +16,2 pp y para los quintiles 1 y 2 con +22,4 pp y +17,2 pp respectivamente para el mismo periodo (2009 - 2016). Tabla N° 16-1

Tabla N° 17. Proporción de parto institucional del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta. Perú 2009-2016

Característica seleccionada	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	81.3	83.2	83.8	85.9	88.0	89.2	90.7	91.9
Área de residencia								
Urbana	93.1	94.0	94.2	95.2	96.4	96.0	96.7	97.3

Rural	57.6	61.9	62.5	67.3	68.5	72.0	73.2	76.0
Dominio de residencia								
Costa	95.2	94.5	95.0	95.5	96.6	96.4	96.7	97.4
Lima Metropolitana	97.5	98.0	97.5	98.5	99.2	97.7	98.2	98.5
Resto Costa	92.3	90.8	91.9	92.3	94.0	94.9	95.1	96.1
Sierra	69.4	75.5	76.1	78.2	80.2	83.2	86.8	88.5
Sierra urbana	87.4	92.9	92.1	93.3	91.5	93.1	95.0	96.2
Sierra rural	57.8	63.7	64.5	68.6	71.8	74.0	78.9	81.1
Selva	66.4	65.8	65.5	74.5	74.3	76.5	77.1	79.6
Selva urbana	84.7	84.3	87.9	90.3	93.4	93.1	93.1	94.3
Selva rural	47.1	48.8	46.2	56.7	54.0	58.2	56.8	60.4
Educación de la madre								
Sin nivel / Primaria	60.5	65.1	64.2	66.5	70.4	71.5	75.6	76.2
Secundaria	89.0	90.0	91.2	92.3	92.8	93.1	93.3	95.1
Superior	95.9	96.3	96.0	97.9	97.9	98.1	98.2	98.0
Quintil de bienestar								
Quintil inferior	50.0	54.6	54.2	57.7	63.5	66.3	68.6	71.9
Segundo quintil	77.2	81.4	83.7	85.2	90.8	90.9	93.4	94.3
Quintil intermedio	93.6	93.9	95.0	96.4	96.3	97.2	97.5	97.7
Cuarto quintil	97.1	97.4	96.9	98.2	97.7	98.3	98.1	99.0
Quintil superior	96.9	97.1	96.2	98.6	98.5	97.4	98.6	98.1
Fuente: INEI. ENDES								

23. Los departamentos con menor cobertura de parto de gestantes procedentes de zonas rurales son: Loreto (38,2%), Ucayali (49,4%), Piura (57,1%), Amazonas (62,7%) y La Libertad (67%). En el caso de Loreto y La Libertad se evidencia un avance en la cobertura con respecto al año 2015 (+8,2 pp y +5 pp, respectivamente); sin embargo, en Ucayali, Piura y Amazonas se registra un retroceso en la cobertura de -0,2%, -3,5% y -1,3 pp respectivamente, los cuales no parecen ser significativos si se observan los resultados históricos en estas regiones.

Tabla N° 18. Proporción de parto institucional en gestantes de zona rural para el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, por regiones. Perú, 2009-2016

Región	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	55.0	58.4	62.5	67.3	68.5	72.0	73.2	76.0
Amazonas	48.2	53.4	44.4	50.1	49.5	59.0	64.0	62.7
Áncash	69.3	67.7	66.9	75.5	83.6	83.3	85.4	88.0
Apurímac	92.1	95.6	95.3	97.4	97.1	96.2	97.7	98.4
Arequipa	75.2	84.2	89.5	79.8	86.2	86.4	86.1	88.7
Ayacucho	89.9	84.3	85.9	89.7	91.2	90.3	93.4	96.2
Cajamarca	49.7	46.3	49.1	55.0	57.6	60.6	66.4	68.3
Cusco	66.4	69.5	77.6	90.0	90.6	95.1	95.7	94.7
Huancavelica	59.1	64.8	69.0	75.5	85.5	87.9	88.4	89.5
Huánuco	63.0	71.7	76.0	84.8	80.6	80.0	92.2	91.2
Ica	95.6	98.2	100.0	100.0	100.0	100.0	96.9	100.0
Junín	41.3	48.1	64.8	73.2	63.6	74.9	72.0	80.3
La Libertad	33.6	45.8	22.4	54.5	55.8	72.4	62.0	67.0
Lambayeque	66.9	60.7	75.3	61.7	82.4	71.3	71.2	80.6
Región Lima 2/	-	-	-	-	-	93.2	93.7	96.6
Loreto	15.0	13.4	20.1	24.1	25.8	24.7	30.0	38.2
Madre de Dios	79.6	64.8	78.3	79.5	77.7	93.6	88.8	91.9
Moquegua	88.3	73.1	71.6	85.9	97.2	86.3	94.0	93.3
Pasco	61.3	62.4	71.0	77.4	63.5	77.3	79.6	77.6
Piura	52.5	58.5	50.9	44.9	43.1	55.0	60.6	57.1
Puno	44.8	48.7	58.2	55.2	71.6	68.1	74.4	79.5
San Martín	50.0	62.6	58.6	67.1	77.0	77.2	77.8	83.8
Tacna	75.4	74.2	54.7	73.6	81.5	74.3	80.1	87.6
Tumbes	94.5	66.7	71.8	88.8	96.8	95.7	91.2	90.2
Ucayali	20.3	28.1	42.6	38.4	42.6	44.1	49.6	49.4
Lima y Callao	79.3	70.9	91.0	83.7	86.0	93.2	93.7	96.6

Nota: Parto institucional, se refiere a los partos ocurridos en establecimiento de salud y que fueron atendidos por profesional de la salud: Médico, Obstetrix y/o Enfermera.

A partir del año 2014 se presenta la provincia de Lima, Región Lima y la Provincia Constitucional del Callao de manera independiente.

() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

P/ Preliminar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

* Diferencia significativa ($p < 0.10$).

** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).

*** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

24. Asimismo, los departamentos que muestran mayor progreso con respecto al 2015 son Lambayeque (+9,4 pp), Loreto (+8,2pp), Junín (+8,3 pp), San Martín (+6,0 pp) y Puno (+5,1 pp). Si el año de comparación es el 2009, el promedio nacional de progreso es de 21 puntos y los departamentos que muestran mayor progreso son: Junín (+39 pp), Puno (+34,7 pp), San Martín (+33,8 pp), La Libertad (+33,4 pp) y Huancavelica (+30,4 pp) (Tabla N° 18). Se plantea la

necesidad de explorar y sistematizar los factores que derivaron es estos resultados.

Cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.

25. Este indicador progresa de 7,5% en el 2009 a 13,2% en promedio en el 2016, vale decir una variación de +5.7 pp; sin embargo, el avance con respecto al 2015 es solo de +0.3 pp – Tabla N° 19. Similares avances se evidencian en la sierra rural y selva rural. En la primera se avanza de 6,4% en el 2009 a 11,7% en el 2016, con un progreso de solo 0,1 pp con respecto al 2015. En la selva rural se evoluciona de 4,5% en el 2009 a 8,7% en el 2016 con un descenso de -0,5 pp con respecto al 2015. Nuevamente, tal y como se puede evidenciar en los otros indicadores, el progreso es mayor en el quintil 1 y el quintil 2 que pasan de 4,6% a 9,0% y de 9,2% a 21,1% respectivamente para el periodo 2009 - 2016.

Tabla N° 19. Proporción de cesáreas en gestantes de zona rural y para el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta. Perú, 2009-2016

Característica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perú	7.5	8.4	8.2	10.8	11.5	12.0	12.9	13.2
Área de residencia								
Urbana	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Rural	7.5	8.4	8.2	10.8	11.5	12.0	12.9	13.2
Dominio de residencia								
Resto Costa	21.4	14.4	21.3	20.5	21.2	22.6	23.9	26.7
Sierra rural	6.4	7.5	6.7	9.7	10.7	10.5	11.6	11.7
Selva rural	4.5	8.1	5.7	9.5	7.4	8.9	9.2	8.7
Educación de la madre								
Sin nivel / Primaria	4.5	6.6	5.3	6.7	8.4	7.3	9.4	8.9
Secundaria	10.7	9.5	11.8	15.7	13.4	15.6	14.9	15.6
Superior	30.0	25.0	25.3	26.9	31.1	33.5	28.9	32.2
Quintil de bienestar								
Quintil inferior	4.6	6.0	5.1	6.0	8.0	7.6	9.0	9.0
Segundo quintil	9.2	10.2	11.3	14.6	16.9	18.8	19.1	21.1
Quintil intermedio	20.4	20.2	21.1	31.1	22.3	31.4	36.4	29.3
Cuarto quintil	45.0	20.8	30.0	34.8	36.6	38.0	42.1	41.1
Quintil superior	66.6	30.8	43.5	54.3	65.6	35.6	63.2	75.0

Fuente: INEI. ENDES

26. Las regiones con menor cobertura de cesáreas procedentes de zonas rurales en el 2016 son Loreto (3,9%), Ucayali (5,9%), Cusco (8,8%), Cajamarca (9,8%) y Huancavelica (10,0%). Los avances con respecto al 2015 son muy modestos, ya que en ningún caso superan el 1% y en algunos casos, como Cusco y Cajamarca se muestra un retroceso de -2.5% y -1.7% respectivamente (Tabla 19).

Tabla N° 20. Proporción de cesáreas en gestantes de zona rural y para el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, por regiones. Perú, 2009-2016

Región	2009	2010	2011	2012	2013	2014 P/	2015	2016
Perú	7.5	8.4	8.2	10.8	11.5	12.0	12.9	13.2
Amazonas	5.3	12.1	5.6	8.1	3.2	10.7	11.3	10.5
Áncash	6.7	14.2	6.9	11.3	14.3	16.9	14.9	15.7
Apurímac	9.0	9.1	8.4	14.2	10.7	9.9	17.7	18.6
Arequipa	35.9	24.4	11.6	18.6	13.8	26.4	21.6	30.8
Ayacucho	7.3	6.0	6.9	10.1	13.9	13.0	12.2	13.7
Cajamarca	6.4	7.4	8.3	12.0	11.3	9.9	11.5	9.8
Cusco	4.9	8.8	5.1	13.3	13.2	11.8	11.3	8.8
Huancavelica	3.7	4.8	6.5	6.0	8.6	8.0	9.4	10.0
Huánuco	6.1	6.8	4.8	8.1	9.1	8.2	10.5	11.4
Ica	22.0	18.6	35.0	29.1	37.8	25.7	29.0	38.6
Junín	4.3	9.8	11.1	10.8	9.3	13.2	13.6	19.1
La Libertad	5.1	3.0	2.1	8.7	10.7	14.4	15.4	13.8
Lambayeque	11.3	13.5	20.1	11.7	19.4	11.1	13.7	15.4
Región Lima 2/	-	-	-	-	-	23.7	29.1	34.8
Loreto	0.6	0.8	0.9	3.4	2.3	2.8	3.4	3.9
Madre de Dios	12.0	7.9	12.2	20.5	13.5	13.2	18.3	14.1
Moquegua	19.0	12.3	18.4	20.1	29.2	30.4	18.5	30.6
Pasco	6.7	8.3	8.1	15.4	10.0	9.9	13.6	18.1
Piura	16.9	13.8	11.9	7.5	11.2	14.5	17.9	14.4
Puno	6.4	4.3	7.2	7.5	9.2	7.7	8.1	10.2
San Martín	5.8	13.0	8.1	6.4	12.1	13.6	16.0	13.4
Tacna	32.6	15.2	19.3	15.6	25.4	32.7	22.8	30.8
Tumbes	39.9	15.2	26.5	31.8	43.4	48.2	42.5	34.8
Ucayali	2.1	5.1	5.0	6.8	6.0	3.9	5.2	5.9
Lima y Callao	25.3	12.2	20.3	35.2	25.0	23.7	29.1	34.8

Nota: A partir del año 2014 se presenta la provincia de Lima, Región Lima y la Provincia Constitucional del Callao de manera independiente.

() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

P/ Preliminar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

* Diferencia significativa ($p < 0.10$).

** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).

*** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

27. La principal conclusión de este segmento es que los datos demuestran un avance progresivo y significativo en el acceso y la cobertura de servicios de parto institucional y de cesáreas en poblaciones rurales y de los quintiles 1 y 2, produciéndose un cierre de las brechas existentes con los sectores 4 y 5.

28. Es de hacer notar, sin embargo, que la data muestra una disminución (estancamiento) de la velocidad de avance en ambos indicadores, especialmente entre el año 2015 y 2016.

29. El Taller Cuantitativo permitió, por otro lado, validar la consistencia entre la información administrativa y la reportada por ENDES/INEI. Sin embargo, se señaló que debería desarrollar indicadores aún más específicos como, por ejemplo, sobre algunos pueblos viviendo en especiales condiciones de vulnerabilidad, tales como comunidades indígenas.

Resultado Inmediato/Producto 3.3: Acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes

30. Tal y como se ha señalado en secciones anteriores, el 66,8% de la mortalidad materna se debe a causas directas, siendo la principal de ellas (28,3%) las hemorragias obstétricas. Las hemorragias graves durante el embarazo y puerperio, además constituyen una causa importante de morbilidad y discapacidad. El acceso a sangre segura y sus derivados se constituye en un elemento clave para su control; sin embargo, su acceso enfrenta barreras estructurales importantes, entre ellas, la existencia de una red de servicios adecuadamente organizada, dotada de la infraestructura y de la tecnología que garantice la calidad y seguridad de la sangre y sus derivados. Se necesita, además de personal adecuadamente entrenado para su manejo; y, no menos importante, una cultura de donación que permita su suministro permanente.

31. El diseño del PPSMN, reconoce la ausencia de esta red y se plantea dos indicadores para medir el progreso en esta área: “número de perfiles viables” y “proporción de gestantes con diagnóstico de hemorragia que reciben transfusión de sangre segura”.

32. El Taller Cuantitativo permitió reconocer no solo que ambos indicadores son de limitada utilidad, sino que no existe un sistema de reporte y, por tanto, no son monitoreados.

33. SUSALUD, por su parte, incluye los bancos de sangre como parte de su supervisión. Las mismas incluyen la evaluación de su capacidad operativa y la existencia de parámetros que garanticen seguridad y calidad; lamentablemente, este mecanismo todavía no cubre el total de los establecimientos del país y sus resultados no se analizan de manera conjunta con el programa nacional.

34. La principal conclusión en este segmento es que el país no tiene los instrumentos para verificar y dar seguimiento al componente de acceso a sangre segura y sus derivados por parte de la población gestante.

35. Dada su importancia, se sugiere que, de manera conjunta, SUSALUD y el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, entre otros, propongan los indicadores más pertinentes que reemplacen a los actualmente existentes.

Resultado Inmediato/Producto 3.4: Acceso de gestantes a referencia y contra referencia materna y/o neonatal, según capacidad resolutive.

36. Al igual que en el caso de las hemorragias, la eclampsia y la sepsis, además de las causas indirectas de mortalidad materna, su manejo requiere de una red de servicios con capacidades y competencias diferenciadas y certificadas, de complejidad creciente y con protocolos estandarizados, todo ello con la finalidad de reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables.

37. El diseño original del PPSMN establece un indicador para medir la existencia de esta red de soporte: “**Proporción de gestantes con complicaciones referidas que fueron atendidas en ESS FON-B, FON-E y FON-I**”.

38. Sin embargo, la medición del indicador enfrenta dos problemas: Más allá de diversos intentos y normativas propuestas, el país no cuenta con un sistema nacional de referencia y contra referencia formalmente establecido. El resultado de la falta de este sistema es, entre

otros, que las referencias se hacen de manera ad-hoc y de acuerdo a las capacidades resolutivas disponibles en el momento que se presenta la emergencia (ya sea en materia de recursos humanos, equipamiento, insumos o espacio físico). Por otro lado, una vez realizada la referencia, casi en todos los casos, la contra referencia es inexistente. Por estas razones el dato no es registrado con regularidad y tampoco monitoreado.

39. El segundo inconveniente es el relacionado a la clasificación de los establecimientos según FON. Aunque de manera nominal los establecimientos han sido categorizados según niveles de complejidad como B, E o I, los resultados de las auto-evaluaciones y las evaluaciones realizadas muestran que son muy pocos los establecimientos que califican como tales, ya sea por problemas estructurales, de equipamiento o insumos o por las competencias de los recursos humanos.

40. A modo de conclusión, se puede afirmar que ante la ausencia de estos dos elementos críticos para la construcción de este indicador no hay forma de evidenciar el grado de avance que se ha producido en este componente a lo largo de estos años.

41. Sin embargo, el conjunto de los participantes sugiere que se rescate la esencia del fenómeno que se pretende medir y se usen fuentes fiables y consistentes para su elaboración. También se ha sugerido una revisión de los criterios del FON para adecuarlos más a la realidad de los establecimientos de salud del país.

RESULTADO INTERMEDIO: REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD NEONATAL.

1. La mortalidad neonatal es monitoreada por la ENDES/INEI y por el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal (SNVEPN) con el Sistema de Hechos Vitales.
2. La ENDES/INEI estima el número de muertes neonatales y tasa de mortalidad neonatal por ámbito geográfico, departamentos y algunas variables relacionadas con determinantes sociales. Sin embargo, la cohorte de datos en esta encuesta sirve para estimar en promedio lo que ocurrió hace cinco años, es decir un reducido número de muertes neonatales. Además, el nivel de estratificación del análisis no permite identificar las brechas existentes al interior del país ni visibilizar a las poblaciones vulnerables, no permitiendo así identificar al recién nacido en situación de inequidad.
3. Por otro lado, el SNVEPN recoge información a través de la notificación semanal y el Sistema de Hechos Vitales registra información a través de los certificados de defunción.
4. Se reconoce que ambas fuentes de información presentan niveles variables de subregistro y de deficiencias en la calidad del registro.
5. Para el seguimiento de este resultado intermedio se consideran tres indicadores: **“Proporción de recién nacidos atendidos en establecimientos de salud”, “Proporción de neonatos complicados atendidos en establecimientos de salud” y “Proporción de nacidos vivos menores de 37 semanas”**.
6. Los participantes del taller mencionaron que el nivel de confiabilidad del dato de mortalidad neonatal es menor que el de la mortalidad materna debido a problemas relacionados con el diagnóstico, registro y reporte de este evento, el cual, además no cuenta con un soporte de seguimiento e investigación como sí lo tiene el de Mortalidad Materna.
7. En el taller ratificó el limitado desarrollo en el seguimiento de la salud neonatal, siendo la razón fundamental la dificultad para atraer a personal calificado en esta área para posiciones de gobierno y rectoría; así mismo, se recomendó realizar una actualización del análisis a profundidad sobre la situación de este fenómeno, incluyendo la calidad de los sistemas de información existentes, así como las potencialidades y factibilidad de incluir fuentes alternativas del dato (Certificado de Nacido Vivo). Se sugiere también intercambiar información entre el SIS, la DGE y el MINSA con la base de datos del CNV.

Resultado Inmediato/Producto 4.1: Acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal.

8. El indicador para este resultado inmediato es porcentaje de atención institucional del recién nacido”. Y tal como señalamos previamente ENDES/INEI reporta como un proxy la proporción de partos institucionales. Para el periodo 2015-2016, la proporción de partos institucionales pasó de 90,7% a 91,9%. Por área de residencia, el área urbana presenta un aumento de 0,8 punto porcentual (de 96,7% a 97,5%).

Resultado Inmediato/Producto 4.2: Acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutive para atender complicaciones neonatales.

9. El indicador para este resultado es proporción de neonatos complicados atendidos en FON-

B-FON-E y FON-I y el producto trazador identificado es “Atención del Recién Nacido con Complicaciones”. Tal como se ha señalado en párrafos precedentes, la propuesta de medición del FON no se ha desarrollado según lo planeado en un principio. Como consecuencia de ello, su medición es irregular. Como se pudo observar en la presentación del MINSA, en las últimas mediciones (2013-2015) ninguno de los establecimientos de salud evaluados lograba acreditar como FON-B-FON-E y FON-I.

Tabla N° 21. Proporción de nacidos vivos con edad gestacional al menor a 37 semanas en los 5 años antes de la encuesta, según característica seleccionada. Perú, 2011-2016

Característica seleccionada	2011	2012	2013	2014	2015	2016 P/	Test de diferencias de medias	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	2016/2011	2016/2015
Total	15.8	17.5	18.5	17.2	19.0	21.1	***	***
Área de residencia								
Urbana	19.0	20.7	21.9	19.8	22.4	24.4	***	***
Rural	9.9	11.2	11.2	10.8	10.4	12.1	**	**
Región natural								
Lima Metropolitana	21.0	24.9	27.2	24.2	27.3	28.9	***	
Resto Costa	19.0	20.1	19.5	19.2	21.3	24.8	***	***
Sierra	13.2	13.7	14.8	13.4	14.0	15.3	**	
Selva	9.1	10.5	10.6	9.6	11.0	12.3	***	
Grado de Instrucción								
Sin nivel / Primaria	11.0	10.7	10.9	10.5	12.5	12.9	*	
Secundaria	16.5	18.7	18.6	17.2	18.6	20.4	***	**
Superior	21.7	23.8	27.1	23.6	25.4	28.6	***	***
Quintil de bienestar								
Quintil inferior	8.8	12.2	10.3	10.0	9.8	11.4	***	*
Segundo quintil	14.1	14.9	13.9	14.0	15.4	16.4	*	
Quintil intermedio	17.8	18.4	20.4	19.1	22.5	24.4	***	
Cuarto quintil	20.8	22.0	28.7	21.4	23.0	25.8	**	*
Quintil superior	22.2	24.2	25.8	26.8	29.3	32.2	***	

P/ Preliminar.

* Diferencia significativa ($p < 0.10$).

** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).

*** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

10. Para hacer el seguimiento del producto se usa “Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (< 2.5 kg) en los 5 años anteriores a la encuesta” y “Proporción de nacidos vivos prematuros (< 37 semanas) en los 5 años anteriores a la encuesta”. En ambos casos, las cifras muestran un avance progresivo, pero con menor desarrollo en el caso del quintil 1.

11. En relación a la proporción de recién nacidos prematuros (Tabla 21), se observa que esta aumentó 2,1 puntos porcentuales entre el 2015 y 2016. El análisis de factores relacionados muestra una mayor proporción de recién nacidos prematuros en el área urbana, en Lima Provincias seguido del resto de la Costa, en mujeres con mayor grado de instrucción y en población de los quintiles más ricos.

12. Las regiones que reportan mayor proporción de recién nacidos prematuros (Tabla 22) son:

Provincia Constitucional del Callao (32,4%), Provincia de Lima (28,5%), Tumbes (28,3%), Región Lima (25,9%), Ica (24,0%), Lambayeque (23,8%) Piura (23,0%) y La Libertad (22,6%).

Tabla N° 22. Proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas en los 5 años antes de la encuesta, según región. Perú, 2011-2016

Región	2011	2012	2013	2014	2015	2016 P/	Test de diferencias de medias	
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	2016/2011	2016/2015
Total	15.8	17.5	18.5	17.2	19.0	21.1	***	***
Amazonas	(10.8)	(10.4)	(8,9)	(11,6)	11.7	12.4		
Áncash	(9.7)	(9.0)	(12,5)	11.3	14.4	18.8	***	*
Apurímac	17.2	(15.3)	(13,6)	12.6	15.9	16.7		
Arequipa	(10.1)	(10.6)	(9,3)	(13,7)	11.5	19.3	***	***
Ayacucho	(14.3)	14.3	22.6	16.6	16.5	17.4		
Cajamarca	(7.9)	(11.1)	15.1	12.2	16.4	15.1	***	
Prov. Const. del Callao	-	-	-	23.6	24.2	32.4	-	***
Cusco	(13.6)	(15.1)	(38,0)	14.2	14.4	19.3	*	**
Huancavelica	18.0	(15.1)	(14,8)	(14,9)	12.9	13.7		
Huánuco	(15.1)	(21.7)	(12,3)	15.2	17.1	14.6		
Ica	24.4	34.6	(15,5)	18.6	21.9	24.0		
Junín	(20.8)	(14.4)	21.8	(10,4)	15.0	15.7		
La Libertad	(11.6)	(16.5)	(14,5)	(16,3)	21.2	22.6	***	
Lambayeque	(16.8)	(17.4)	(17,2)	17.6	17.7	23.8	**	**
Provincia de Lima 1/	-	-	-	24.2	27.7	28.5	-	
Región Lima 2/	-	-	-	(18,4)	20.7	25.9	-	**
Loreto	7.9	13.2	26.2	10.4	12.3	11.6	**	
Madre de Dios	16.2	(13.2)	12.8	14.1	12.3	14.2		
Moquegua	(20.9)	(13.7)	14.9	21.0	21.3	19.1		
Pasco	14.8	(15.2)	(20,9)	(15,7)	16.3	17.1		
Piura	20.4	21.1	13.6	20.9	19.5	23.0		
Puno	13.1	(16.3)	15.2	14.6	(10,4)	(10,4)		
San Martín	(8.4)	(8.2)	16.7	(8,2)	9.5	9.6		
Tacna	(15.2)	(15.1)	(8,7)	(11,9)	16.2	21.1		**
Tumbes	(12.7)	(15.6)	(18,5)	18.8	21.8	28.3	***	***
Ucayali	(9.2)	(10.9)	(15,0)	(9,6)	8.6	11.7		*
Lima y Callao	20.8	23.2	21.1	23.5	26.6	28.6	***	

Nota: A partir del año 2014 se presenta la provincia de Lima, Región Lima y la Provincia Constitucional del Callao de manera independiente.

() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales. P/ Preliminar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

* Diferencia significativa ($p < 0.10$).

** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).

*** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

13. En el Perú, el análisis de los nacidos con bajo peso al nacer (< 2,5kg) en los cinco últimos años muestra para el período 2015-2016, una disminución de 7,5% a 7,0%; sin que esta diferencia sea significativa. Como era de esperar la Costa como dominio de residencia y dentro de ella Lima Metropolitana (6,0%) reportan la menor proporción de nacidos con bajo peso al nacer (< 2,5kg). De manera similar ocurre con los nacidos de madres que cuentan con educación superior, reportándose una proporción de 6,6% y con aquellas procedentes del quintil superior (5,9%) Por otro lado, la población que reporta la proporción más alta es la del quintil inferior

(9,1%) y aquella que reside en el ámbito JUNTOS (8,6%).

Tabla N° 23. Proporción de nacidos vivos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5 KG.), según característica seleccionada. Perú, 2011-2016

Característica seleccionada	2011	2012	2013	2014	2015	2016 P/	Test de diferencias de medias	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	2016/2011	2016/2015
Total	7.1	7.4	7.8	6.4	7.5	7.0		
Área de residencia								
Urbana	6.2	6.7	7.2	5.5	7.3	6.7		
Rural	9.0	8.8	9.2	8.7	8.1	8.1		
Dominio de residencia								
Costa	6.2	5.7	6.6	5.3	6.8	6.2		
Lima Metropolitana	(5.5)	(5.9)	(6,5)	(3,6)	6.8	6.0		
Resto Costa	7.0	5.4	6.6	7.0	6.9	6.6		
Sierra	8.3	9.3	9.3	7.8	8.7	8.1		
Sierra urbana	7.0	8.6	8.7	6.9	8.5	7.7		
Sierra rural	9.3	9.7	9.8	8.7	8.8	8.4		
Selva	7.2	8.6	9.2	7.5	8.0	8.0		
Selva urbana	(7.7)	9.5	9.7	7.2	8.1	7.9		
Selva rural	6.8	7.6	8.6	7.9	7.9	8.0		
Educación de la madre								
Sin nivel/Primaria	8.8	9.6	10.1	8.8	9.4	8.5		
Secundaria	7.2	6.6	6.5	5.9	6.8	6.7		
Superior	(4.8)	(6.5)	7.8	5.2	7.3	6.6	**	
Quintil de bienestar								
Quintil inferior	9.4	9.8	10.3	9.4	9.2	9.1		
Segundo quintil	8.0	9.0	7.8	6.5	7.6	6.9		
Quintil intermedio	6.5	5.3	6.8	5.8	7.5	5.9		**
Cuarto quintil	(5.5)	(6.3)	(5,9)	(4,2)	6.0	7.3		
Quintil superior	(5.2)	(6.0)	(8,1)	(5,5)	7.0	5.9		
Ámbito JUNTOS	8.9	9.3	8.8	8.9	8.8	8.6		

P/ Preliminar.

* Diferencia significativa (p < 0.10).

** Diferencia altamente significativa (p < 0.05).

*** Diferencia muy altamente significativa (p < 0.01).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

El análisis de los nacidos con bajo peso al nacer (< 2,5kg) en los cinco últimos años muestra que las regiones con mayor proporción de bajo peso al nacer fueron para el 2016: Loreto (10,9%), Pasco (9,6%), Ucayali (9,4%), Cajamarca (9,1%) y La Libertad (8,3%). Asimismo, para el periodo 2015-2016, las regiones que mostraron la disminución más significativa de esta proporción fueron Ayacucho (de 10,6% a 6,1%) y Lima Provincias (de 7,7% a 4,4%)

Tabla N° 24. Proporción de nacidos vivos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5 KG.), según región. Perú, 2011-2016

Región	2011	2012	2013	2014	2015	2016 P/	Test de diferencias de medias	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	2016/2011	2016/2015

Total	7.1	7.4	7.8	6.4	7.5	7.0	
Amazonas	(8.2)	(8.1)	(10,1)	(7,0)	7.7	(7,7)	
Áncash	(6.3)	(8.3)	(8,5)	(7,2)	6.9	6.4	
Apurímac	(11.4)	(12.9)	(6,7)	(9,5)	8.7	(7,4)	*
Arequipa	(4.9)	(4.2)	(5,0)	(5,5)	(4,3)	(5,0)	
Ayacucho	(7.9)	(8.0)	10.6	(9,4)	10.6	(6,1)	***
Cajamarca	(10.3)	(11.1)	(10,3)	(9,3)	9.4	9.1	
Prov. Const. del Callao	-	-	-	(6,6)	7.5	7.3	-
Cusco	(5.8)	(7.3)	(9,1)	(5,3)	8.3	(6,8)	
Huancavelica	(9.8)	(8.3)	(7,4)	(8,7)	8.1	7.4	
Huánuco	(9.9)	(11.3)	10.6	(8,1)	9.1	8.5	
Ica	(5.9)	(5.6)	(6,1)	(7,2)	6.3	(5,8)	
Junín	(5.7)	(8.2)	(11,1)	(6,8)	8.2	7.7	
La Libertad	(6.7)	(5.9)	(5,1)	(5,9)	6.6	8.3	
Lambayeque	(7.3)	(4.7)	(7,5)	(5,8)	6.0	(6,7)	
Provincia de Lima 1/	-	-	-	(3,3)	6.7	5.8	-
RegiónLima 2/	-	-	-	(6,4)	7.7	(4,4)	***
Loreto	(12.1)	13.1	(12,1)	(10,5)	10.1	10.9	
Madre de Dios	(7.6)	(5.6)	(6,6)	(4,4)	5.5	(5,5)	
Moquegua	(4.8)	(8.2)	(2,3)	(6,8)	(5,7)	(5,2)	
Pasco	(7.7)	(8.0)	(8,5)	(10,7)	9.8	9.6	
Piura	(9.8)	7.0	(7,9)	(9,7)	10.4	8.1	
Puno	(6.7)	(7.6)	(5,5)	(8,3)	(5,9)	(8,2)	
San Martín	(5.0)	(10.1)	(9,3)	(6,4)	7.3	(6,6)	
Tacna	(2.5)	(2.5)	(4,2)	(6,4)	(3,4)	(3,7)	
Tumbes	(7.1)	9.1	(7,1)	(7,8)	7.0	8.2	
Ucayali	(6.0)	6.5	(7,6)	(5,7)	8.3	9.4	**
Lima y Callao	(5.9)	(5.7)	6.8	(4,0)	6.9	5.8	

Nota: A partir del año 2014 se presenta la provincia de Lima, Región Lima y la Provincia Constitucional del Callao de manera independiente.

() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales. P/ Preliminar.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

* Diferencia significativa ($p < 0.10$).

** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).

*** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Resultado Inmediato/Producto 4.3: Acceso de neonatos a servicios de cuidado intensivos neonatales.

15. Este indicador no es medido con regularidad, pese a existir la posibilidad de hacerlo al menos en la población más vulnerable, como son los afiliados al SIS. Un instrumento de medición relevante es el Certificado de Nacido Vivo en línea, aunque todavía tiene limitaciones, también tiene enormes potencialidades toda vez que el parto institucional llega a casi 80%.

16. Con la información disponible, se ratifican algunas de las conclusiones ya presentadas anteriormente e incorpora otras:

- La proporción relativa de mortalidad neonatal en la primera semana de vida y en las primeras 24 horas de vida siguen representando la proporción de muertes neonatales más elevada con 41,70% y 36,12%, respectivamente; sin embargo, se evidenció que la mortalidad neonatal después de los 8 días de vida ha aumentado de 20,49% a 22,19% entre el 2015 y 2016.
- El 50% de las defunciones notificadas proceden de 6 DIRESA en orden de frecuencia de notificación: Lima Metropolitana, La Libertad, Puno, Cusco, Junín y Loreto. El bajo peso se asocia con las altas cifras de MNN.
- Los datos no muestran de manera categórica una reducción significativa de las brechas entre los quintiles 1 y 5.
- El nivel de confiabilidad del dato de mortalidad neonatal es menor que el de la mortalidad materna debido a problemas relacionados con la precisión del diagnóstico, el alto nivel de subregistro (53%) de este evento²⁵, el cual, además no cuenta con un sistema de soporte de seguimiento e investigación como el que sí se tiene para el caso de la mortalidad materna.
- Se evidenció el limitado desarrollo y seguimiento en relación a los resultados intermedios e inmediatos de la mortalidad neonatal establecidos en este programa presupuestal; por ejemplo, la nula acreditación de los establecimientos de salud como FON-B, FON-E y FON-I limita la medición apropiada del indicador relacionado con acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutoria para atender complicaciones neonatales.

Consecuentemente, las sugerencias propuestas son:

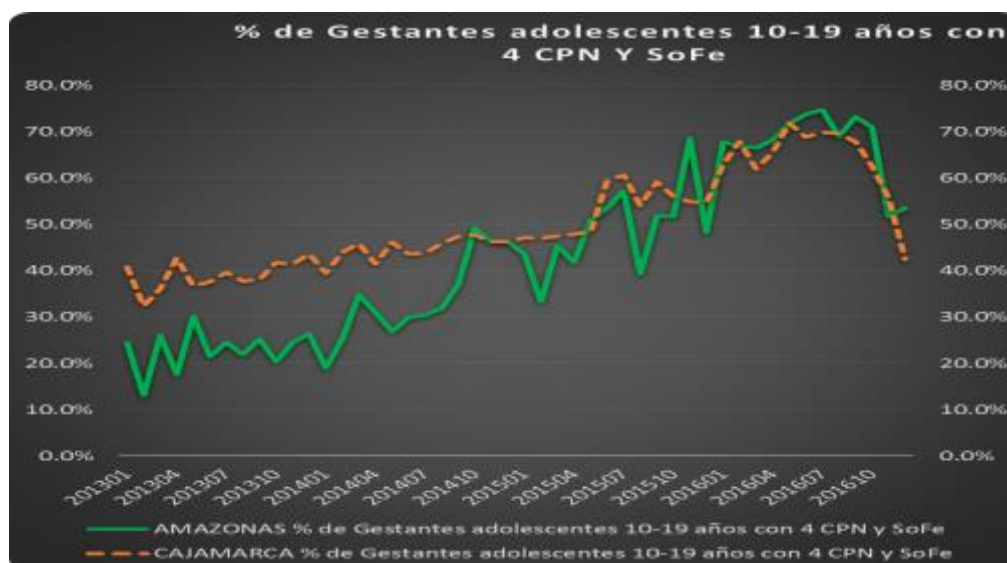
Realizar un trabajo especializado para verificar la calidad del dato de MNN y, además, considerar mediciones utilizando las bases administrativas nominales para monitorear los indicadores neonatales. Se sugiere, así mismo, realizar un análisis especial sobre equidad. El intercambio de información entre el SIS y la DGE se considera impostergable.

²⁵ Ávila J. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal nacional en el Perú, Año 2016 (SE 1-52); 26 (1): 1218 - 1222.

C.2 INDICADORES DE COBERTURA DE PRODUCTOS

1. Esta sección se circunscribe al análisis de la cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud en el componente Materno Neonatal y sus indicadores no son parte de aquellos que son utilizados para hacer el monitoreo y evaluación del PPSMN; sin embargo, se incorporan en este ejercicio porque agregan información adicional sobre la cantidad de servicios que, de manera efectiva, reciben las personas que acceden a los servicios. En este sentido, complementan la información recopilada por las ENDES.
2. En la actualidad el enfoque de atención del SIS ha registrado un importante cambio a través de la suscripción de convenios con los Gobiernos Regionales a nivel nacional bajo la modalidad de financiamiento de mecanismos de pago “capitado”. El nuevo mecanismo de pago permite modular el comportamiento de las regiones hacia acciones de salud pública. Así mismo como IAFA permite la inversión de actividades costo-efectivas en el primer nivel de atención como son las atenciones de promoción y prevención, para reducir o contener el gasto en morbilidades crónicas y de alto costo. La nueva modalidad de convenios prioriza acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
3. Asimismo, se evidencia que las diferentes instituciones (MINSA, MEF, MIDIS; SIS), a través de diferentes convenios utilizan los indicadores que miden la atención completa de las gestantes y que responde al modelo lógico del PSMNN. Entre estos convenios se incluye el desarrollado en el marco del apoyo otorgado por el gobierno Belga a la política de Aseguramiento Universal en el Perú, dentro del cual se han establecido compromisos de Gestión y cobertura prestacional

Gráfico N° 13. Cobertura prestacional. Gestantes adolescentes (10 - 19 años) con 4 APN y suplemento de hierro. Cajamarca y Amazonas, 2013-2016

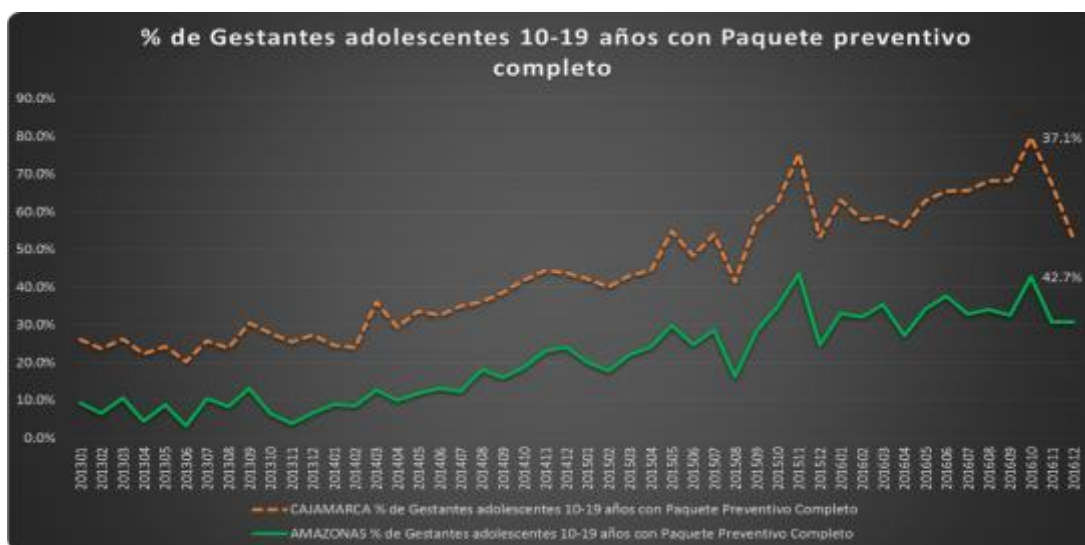


4. Los convenios utilizan información de cobertura real de las prestaciones entregadas a la población SIS, o sea población pobre y extremadamente pobre. Esta información generada aporta en la gestión del PPSMN, dado que se puede brindar un seguimiento continuo en el tiempo enfocado en la población con las necesidades más grandes. Por ello, se incluyó en la sección C.1, resultados (Ve atención prenatal reenforcado y uso de métodos de anticoncepción). Además, brinda un detalle que el dato ENDES, por su metodología, no incluye como por ejemplo el seguimiento nominal del grupo de adolescentes.

5. El Gráfico N° 13 muestra un avance significativo en la entrega del servicio de cuatro atenciones prenatales con suplemento de hierro en el grupo etaria de los adolescentes (10-19 años) en Amazonas y Cajamarca, lo que es congruente con lo manifestado en las secciones previas.

6. Sin embargo, hay todavía un camino por recorrer para asegurar la entrega de un paquete completo: 4 exámenes auxiliares en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico, como se puede notar en el grafico 14.

Gráfico N° 14. Porcentaje de gestantes adolescentes (10-19 años) con paquete preventivo completo. SIS. Cajamarca y Amazonas, 2013-2016



7. Si bien hay una diferencia notoria entre los datos brindados por ENDES y por el SIS, las diferentes fuentes abordan su medición utilizando diferentes metodologías y desde diferentes perspectivas. Una pone énfasis en el acceso (ENDES) y el otro en la calidad (entendiéndose esta como un servicio integral); ENDES usa una encuesta nacional poblacional y la otra utiliza los registros administrativos nominales que evalúa a grupos de riesgo incluyendo la población más necesitada como son los afiliados SIS.

8. De manera sistemática, mediante el uso de esta información, proveniente de bancos de datos SIS, se puede demostrar que:

- El universo representa a más de 50% de la población total, sin embargo, la misma no puede ser considerado una muestra.
- Las fuentes de información utilizados para medir el progreso en los convenios sirven para la toma de decisión en la gestión del PPSMN ya que son de base nominal, son más precisos, permiten un seguimiento longitudinal, y cubren más aspectos con mayor precisión;
- Los resultados de estos indicadores demuestran que las coberturas de los servicios se han incrementado; sin embargo, es aún baja;
- Que cuanto más completo y complejo es el indicador, la cobertura disminuye, reflejándose mejor la capacidad de ofertar servicios completos; y,
- Que, aunque aún baja, los indicadores muestran una mejora progresiva y sustantiva con los años, también en la población adolescente.

- f. Permiten poder diseñar los indicadores acordes a lo solicitado en las definiciones operacionales y mide hasta el nivel de mayor desagregación.
- g. Permite medir indicadores de insumo, de producto, coberturas y de resultado intermedio a corto y mediano plazo.

C.3 INDICADORES DE ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

1. Un aspecto muy importante incorporado en esta evaluación del desempeño es la que corresponde al de la asignación presupuestal, su ejecución y, posteriormente con la entrega de los productos priorizados y los resultados sanitarios. Este segmento, como en los anteriores, se pondrá especial énfasis en el análisis de las Regiones Cajamarca y Amazonas.
2. El análisis comprende la asignación y ejecución de presupuesto por toda fuente y se incluye la supervisión financiera del SIS.

Asignación presupuestal

3. Tal y como se puede observar en la tabla N° 25, el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) del PPSMN se ha incrementado sustancialmente (321.6%) entre el 2009 y el 2016. Similar comportamiento ha tenido el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) el cual, además, fue superior al PIA en un 21.4% en promedio por año.
4. Por otro lado, al analizar la asignación de estos recursos a las intervenciones clave del PPSMN se evidencia que los mismos han sido destinados preferentemente a la Atención del Parto Normal, seguido por la Atención Prenatal Reenfocada. Ambas representan el 25% del total del presupuesto asignado al Programa Salud Materno Neonatal. Es de hacer notar, igualmente, que la mayor parte de los recursos han sido destinados a “otros productos”: 60%. Esta última, además es la que crece más entre el 2009 y 2016: 351%, mientras que para los productos claves es de más de 200%. Llama la atención, por otro lado, que la inversión en la prevención del embarazo adolescente, aunque ha ido ascendiendo progresivamente en los últimos años, en el 2016 representa el 0,9% del PIA para ese año.

Tabla N° 25. PPSMN Asignación de presupuesto directamente a los productos (Intervenciones claves) PIA en millones de Soles. 2009 – 2017

Intervención [Producto]	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% Incremento (2009-2016)
3033295 Atención del Parto Normal	62,2	73,5	147,7	260,6	204,0	192,5	231,3	259,7	210,9	239,1
3033172 Atención Prenatal Reenfocada	52,6	43,8	87,9	159,2	134,6	118,6	168,8	195,2	188,9	259,1
3033291 Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	19,2	32,7	36,1	35,7	56,5	45,1	49,5	64,6	68,0	254,2
3033305 Atención del Recién Nacido Normal	24,8	27,0	34,4	83,3	54,6	56,7	93,0	95,0	97,0	291,1
3000005 Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo	0,00	0,00	0,00	6,44	7,74	7,20	8,91	13,47	16,52	
Otros productos	200,37	231,50	327,62	546,54	478,11	521,55	708,45	765,26	903,76	351%
Otros proyectos	0,00	38,62	266,99	308,67	149,83	162,41	179,31	55,17	28,39	
TOTAL: SALUD MATERNO NEONATAL	359,0	447,1	900,7	1400,3	1085,2	1104,1	1439,4	1448,3	1513,7	321,6

Fuente: SIAF - MEF

5. En el taller se mencionó que la concentración de la inversión en los dos primeros productos se explica porque son a través de estos que se financia la contratación de los recursos humanos. Sin embargo, el equipamiento complementario al incorporado en otros productos, se encuentra incluido dentro del rubro “otros productos”.

6. En el caso de Amazonas (Tablas N° 26) el crecimiento del PIA (+254%) es menor que el mostrado a nivel nacional. Sin embargo, el comportamiento del presupuesto asignado a intervenciones clave es marcadamente diferente. El presupuesto en atención de parto normal y de atención prenatal reenfocada representa 60% del total del presupuesto asignado al Programa Salud Materno Neonatal, mientras que el presupuesto asignado para la atención de adolescente representa el 0,1% y la asignación para otros productos representan el 40%. Llama la atención el marcado incremento del presupuesto para los productos claves de más de 1900% para parto normal y más de 5500% para atención prenatal reenfocada. Por otro lado, el presupuesto para atención de RN Normal ha disminuido y solo representa el 0,4% del total asignado al PSMN.

7. En el 2016 el presupuesto se contrae con respecto al 2015 (en alrededor de 5 millones) y el perfil de la asignación presupuestal sufre una modificación llamativa, se incrementa en más de dos millones de soles para el producto APN y se disminuye significativamente en “otros productos”. Por otro lado, en el 2015, se nota una asignación importante a este rubro (otros productos), probablemente destinados a la compra y renovación de tecnología sanitaria.

Tabla N° 26. PPSMN Asignación de presupuesto directamente a productos (intervenciones claves) PIA en millones de Soles. Gobierno Regional Amazonas

Intervención [Producto]	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% Incremento (2009-2016)
3033295 Atención del Parto Normal	0,17	0,14	0,76	0,88	1,79	1,49	2,02	2,20	3,50	1965%
3033172 Atención Prenatal Reenfocada	0,13	0,01	0,13	0,11	1,35	3,24	3,79	5,89	7,14	5511%
3033291 Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	0,00	0,02	0,08	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03	0,04	
3033305 Atención del Recién Nacido Normal	0,20	0,05	0,05	0,01	0,19	0,24	0,09	0,13	0,06	-69%
3000005 Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,03	0,04	0,05	0,01	
Otros productos	4,48	1,26	6,78	7,04	7,99	7,51	11,37	4,46	6,88	54%
Otros proyectos	0,00	0,00	0,50	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTAL: SALUD MATERNO NEONATAL	4,98	1,47	8,30	8,06	12,36	12,52	17,32	12,75	17,63	254%

Fuente: SIAF - MEF

8. Cajamarca, también muestra una dinámica singular (Tabla N° 27). El presupuesto en atención de parto normal y de atención prenatal reenfocada representa 12% del total del presupuesto asignado al Programa Salud Materno Neonatal, el presupuesto asignado para la atención de adolescente representa el 2,5% y la asignación para otros productos representan el 70%. El incremento para el 2017 respecto al 2009 ha sido en más de 450% para el total (superior al promedio nacional), mientras que para los productos claves el incremento ha sido 397% para parto normal y más de 2000% para atención prenatal reenfocada. El presupuesto para atención de Rn Normal se ha incrementado en 177% y representa el 5,4% del total asignado al PSMN. La inversión en prevención del embarazo adolescente es inferior al 2%.

9. Al igual que en Amazonas el año 2016 sufre una contracción si se compara con el año 2015 (una reducción aproximada de 5 millones); sin embargo, y contrariamente al caso anterior, es el rubro “otros proyectos” el que sufre una drástica reducción. Los demás productos no se ven afectados.

Tabla N° 27. PPSMN Asignación de presupuesto directamente a productos (intervenciones

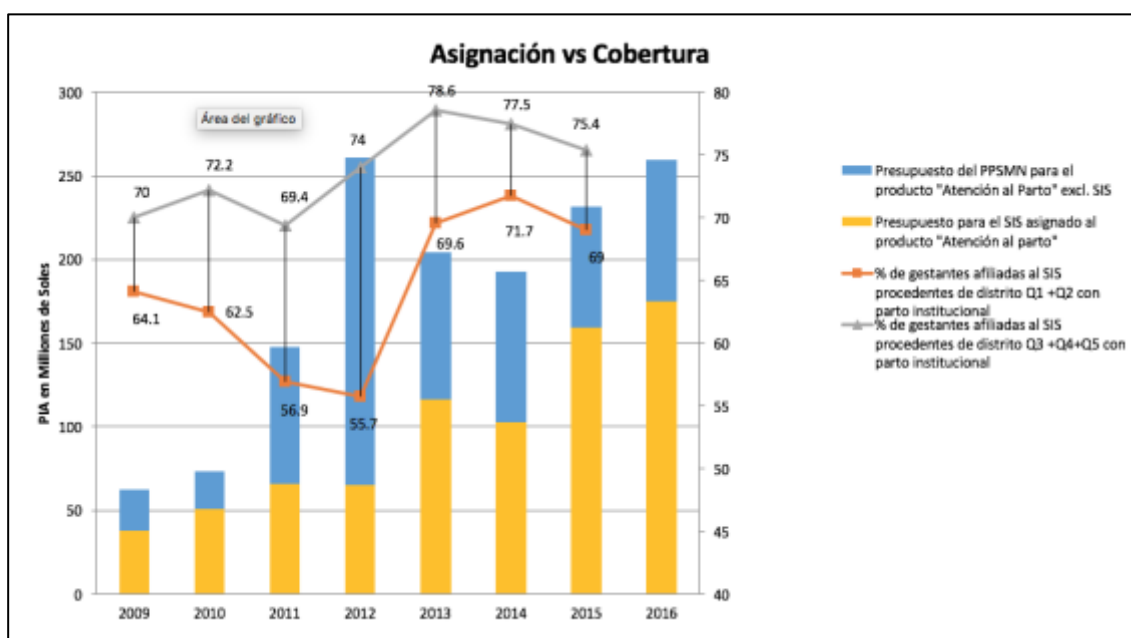
claves) PIA en millones de Soles. Gobierno Regional Cajamarca

Intervención [Producto]	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% Incremento (2009-2016)
3033295 Atención del Parto Normal	1,16	0,64	0,92	3,84	5,27	4,46	5,12	5,21	5,76	397%
3033172 Atención Prenatal Reenfocada	0,27	0,57	1,41	2,90	3,80	3,74	4,90	5,52	6,04	2151%
3033291 Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	0,77	0,38	0,51	0,34	0,56	0,70	0,94	1,10	1,49	93%
3033305 Atención del Recién Nacido Normal	1,16	0,65	0,63	1,90	1,21	2,14	2,69	2,87	3,22	177%
3000005 Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo	0,00	0,00	0,00	0,09	0,47	0,26	0,81	1,33	1,48	
Otros productos	6,94	12,27	17,81	18,66	20,02	22,70	29,29	34,73	41,16	493%
Otros proyectos	0,00	0,00	0,00	3,32	0,00	6,88	8,27	0,00	0,00	
TOTAL: SALUD MATERNO NEONATAL	10,30	14,51	21,28	31,05	31,33	40,87	52,03	50,76	59,16	474%

Fuente: SIAF-MEF

10. Tal y como se puede ver en el Gráfico 15, la inversión destinada al producto “atención al parto” (vía el PPSMN y el SIS) se ha incrementado de manera progresiva. La gráfica muestra, además, que la proporción de partos observados (institucionales) / partos esperados entre 2009 y 2016 para afiliadas SIS incrementó alrededor de 5 pp, tanto con los procedentes de distritos q1+q2 (de 64,1% a 69.0 %), como los procedentes de distritos q3-q5 (67,91% a 76,77%).

Gráfico N° 15. Asignación presupuestal y cobertura de gestantes afiliadas al SIS con parto institucional procedentes de distritos pobres vs distritos q3-q5.



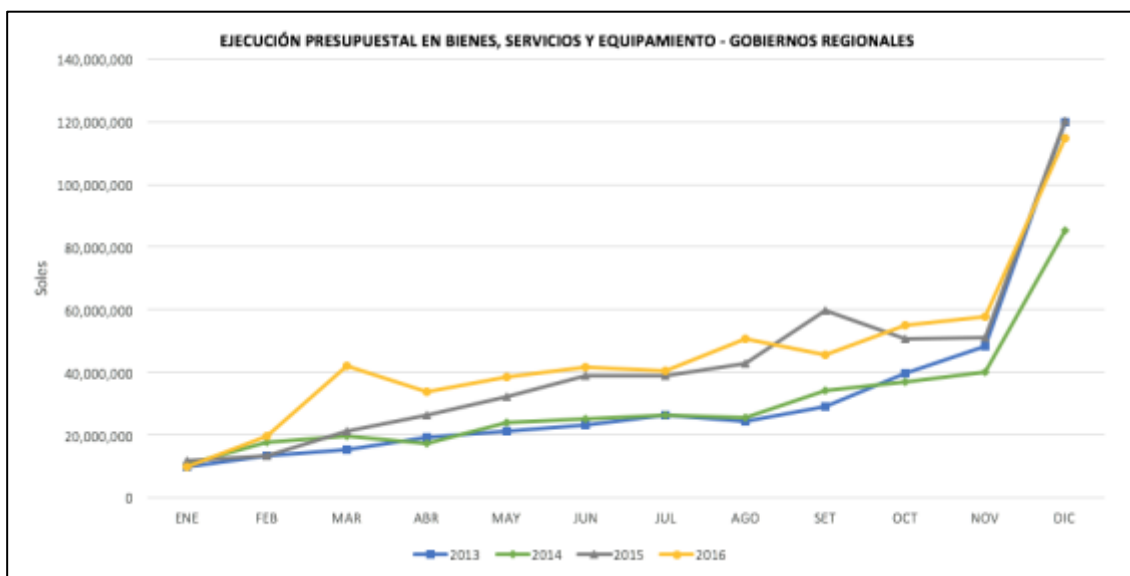
Ejecución presupuestal – bienes, servicios y equipamiento

11. Los gráficos 16, 17 y 18 muestran un patrón: que los fondos orientados a la compra de bienes, servicios y equipamiento, tanto a nivel nacional como en Cajamarca y Amazonas, se ejecutan de manera tardía, la mayor parte durante los tres últimos meses del año; aunque, es de notar, que en el año 2016 se ha mejorado respecto a los años anteriores logrando una mejora ejecución en el tercer trimestre.

12. Sin embargo, es de reconocer que se necesita fortalecer las capacidades y competencias para identificar los cuellos de botella que originan el problema y desarrollar estrategias para acometerlas.

13. Los resultados preliminares de una Investigación-Acción desarrollada por Videnza Consultores apunta a señalar que se necesita fortalecer todos los procesos que afectan la adecuada ejecución del presupuesto: mejor programación, transferir los recursos de manera oportuna, mejorar las capacidades para realizar compras estratégicas, mejorar la coordinación y cooperación entre las unidades involucradas en la compra, entre otras. Estas mejoras se deben dar tanto a nivel nacional como local.

Gráfico N° 16. Indicador 1: Ejecución oportuna del presupuesto con cargo a Productos del PPSMN orientados a bienes, servicios y equipamiento. Perú, 2013-2016 (SIAF).



14. Tal y como se puede observar en los casos específicos de Amazonas y Cajamarca, aunque se puede observar una ligera mejora en la ejecución del presupuesto asignado al PPSMN, el patrón se mantiene: la ejecución sigue siendo tardía. Esto afecta de manera similar a todos los rubros: bienes, servicios y equipamiento.

Gráfico N° 17. Indicador 1: Ejecución oportuna del presupuesto con cargo a Productos del

PPSMN orientados a bienes, servicios y equipamiento. Amazonas, 2013-2016 (SIAF).

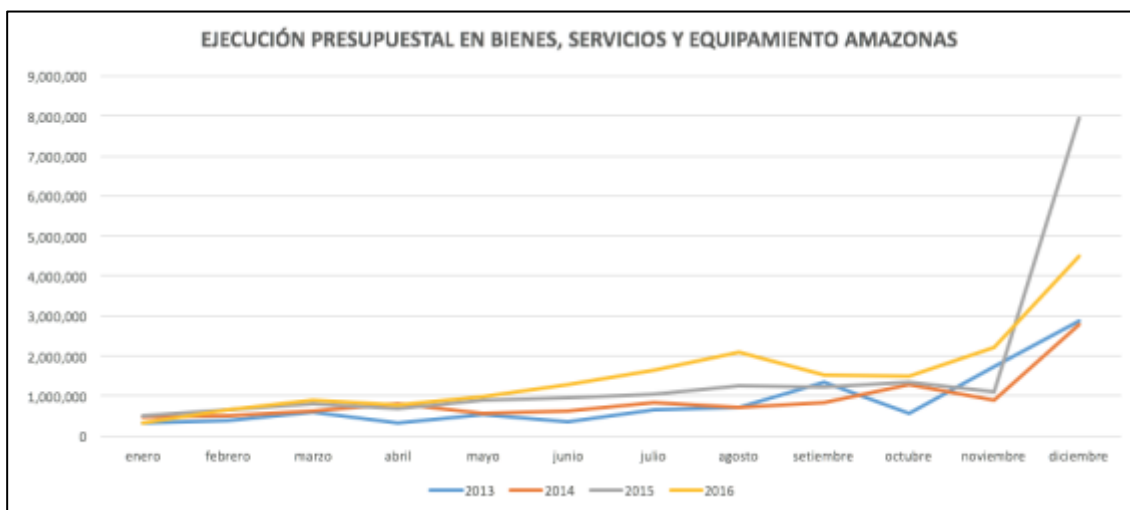
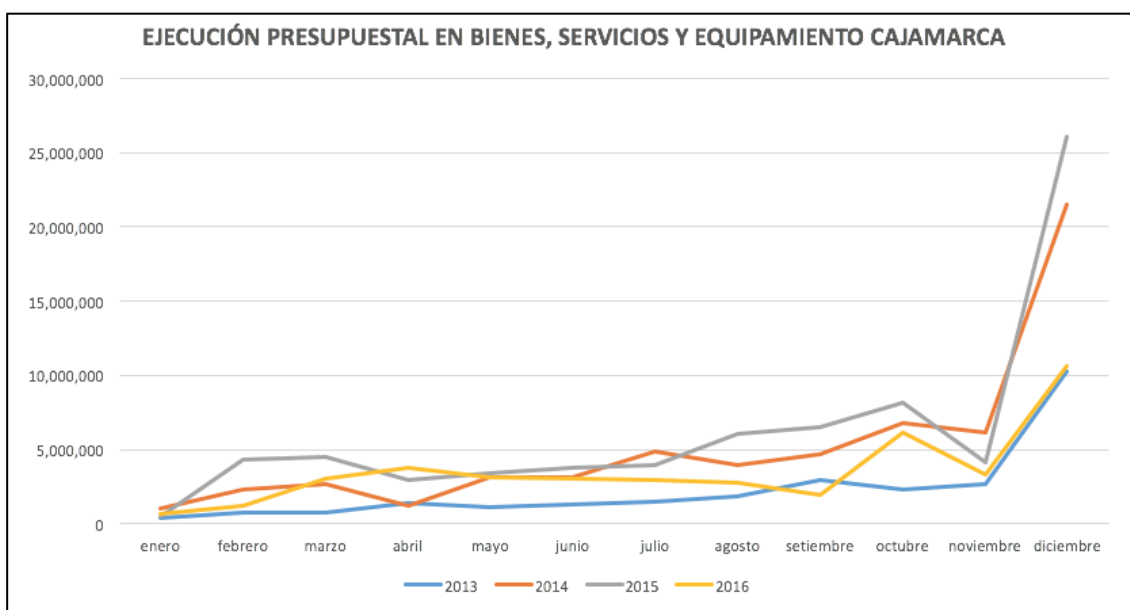


Gráfico N° 18. Indicador 1: Ejecución oportuna del presupuesto con cargo a Productos del PPSMN orientados a bienes, servicios y equipamiento. Cajamarca, 2013-2016 (SIAF).



Ejecución presupuestal – suministros médicos

15. En el caso de la ejecución presupuestal destinada a suministros médicos, el comportamiento es mejor que en el caso anterior (y ha mostrado mejoras en el último año), tal y como se puede evidenciar en los Gráficos 19, 20 y 21. A pesar de las mejoras, la ejecución se sigue concentrando en el mes de diciembre. En el 2016, el Seguro Integral de Salud transfirió una parte importante de presupuesto en marzo, mientras antes las transferencias llegaban más tarde en el año. Esto permitió a las regiones poder certificar su presupuesto para que CENARES programe las compras corporativas de suministro descentralizado, además adelantó las compras nacionales. En la región de Cajamarca, así como en el mes de julio en el caso de Amazonas, se aprecia que las adquisiciones en general se están adelantando lo cual expresa

progreso en los procesos de compra.

Las compras corporativas incluyen las compras de suministro centralizado (Financiados por el MINSAs), y descentralizado, financiado por las regiones (generalmente con D/T SIS). Contando con las transferencias adelantadas las regiones pueden programar las compras corporativas o, de ser el caso, sustentar su compra regional, las cuales deben ser validadas con los indicadores de pago oportuno de órdenes de compra al proveedor (para garantizar el abastecimiento de medicamentos), la distribución de los mismos con el financiamiento de la distribución regional (de los almacenes a los EE.SS.) y la disponibilidad de medicamentos en los EESS (que DIGEMID monitoriza).

Gráfico N° 19. Indicador 2: Gasto en específicas de gasto prioritizadas Insumos – Suministros médicos. Perú, 2013-2016 (SIAF).

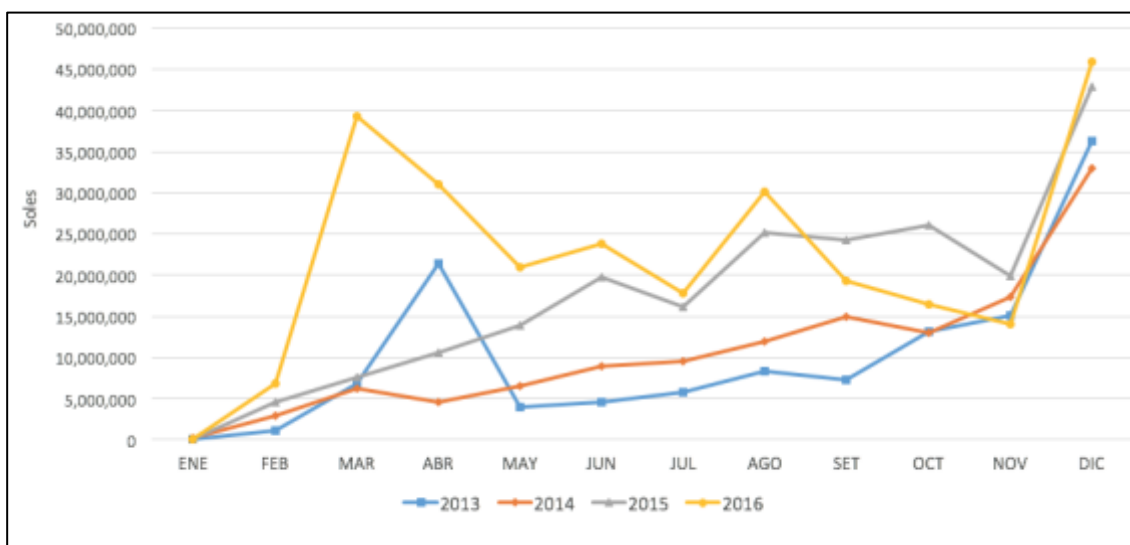


Gráfico N° 20. Indicador 2: Gasto en específicas de gasto prioritizadas Insumos – Suministros médicos. Amazonas, 2013-2016 (SIAF).

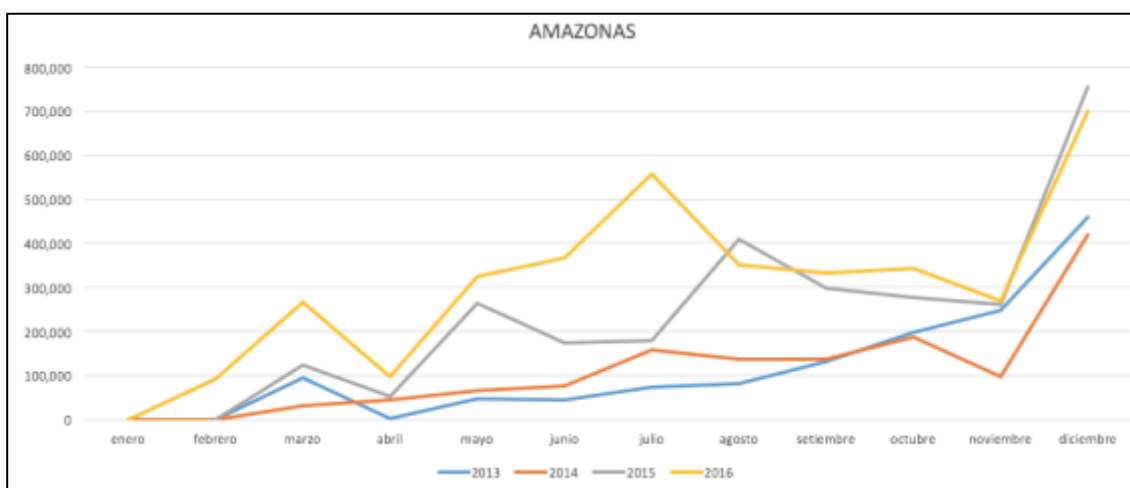
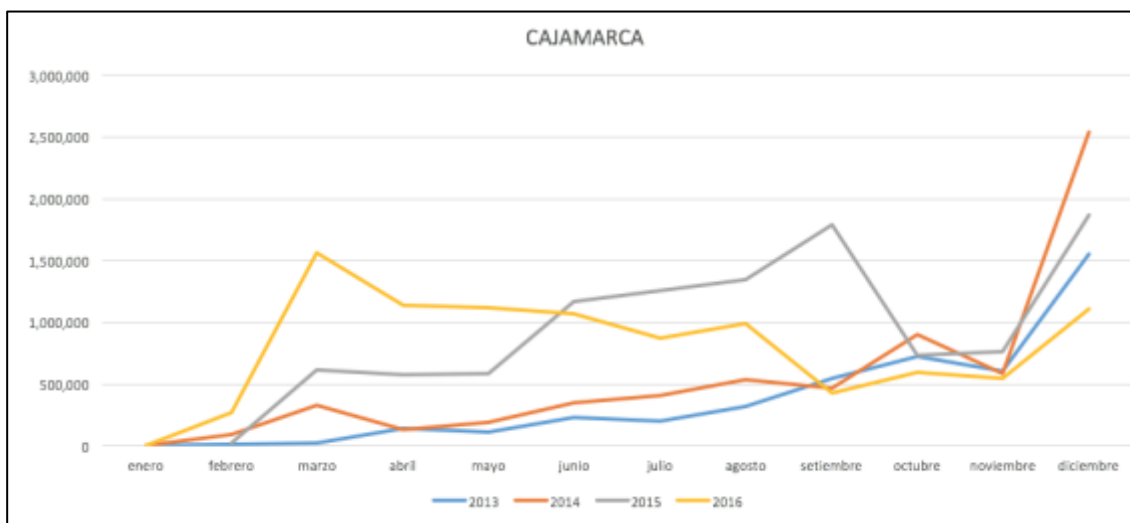


Gráfico N° 21. Indicador 2: Gasto en Especificas de gasto prioritizadas Insumos – Suministros

médicos. Cajamarca, 2013-2016 (SIAF).



Ejecución presupuestal – Gasto en Personal CAS

16. Los datos nacionales como de las regiones Cajamarca y Amazonas muestran que el gasto en personal CAS es bastante similar durante todos los meses del año, tal y como se muestra en los Gráficos N° 22, 23 y 24

17. Sin embargo, en el año 2016 se observa una mayor concentración del gasto en el último trimestre del año. Esta variación se relaciona con una decisión tomada a nivel central. La Ley del presupuesto del 2016 prohibió que el gasto relacionado a la contratación del personal CAS se financiara con recursos financiados por donaciones y transferencias (D/T), cual es la fuente financiera del SIS. Tal y como se muestra en la gráfica, el gasto mensual en CAS en el 2016 por toda fuente fue menor a la del 2015. Debido a que el monto debía ser sustentado por el SIS, parte del presupuesto para CAS fue transferido tardíamente en setiembre. Razón por lo cual tanto a nivel nacional como en Cajamarca y Amazonas se aprecia un mayor gasto mensual en los meses de noviembre y diciembre 2016.

18. Esta restricción produjo una contracción en el gasto en contratos CAS y un aumento de contratos de personal “por terceros”. Esta situación afectó negativamente la continuidad en la provisión de los servicios, especialmente en los de primer nivel de atención que tienen menor capacidad para contratar “por terceros”, aumentándose la brecha de recursos humanos entre hospitales y establecimientos de primer nivel, afectándose, así mismo, el desempeño del programa. Sin embargo, es importante resaltar que el SIS financia solo el 9 al 12% del presupuesto en salud (2014 – 2016) de todo el presupuesto que debiera garantizar el suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios para la prestación de salud; es decir el gasto variable.

Gráfico N° 22. Indicador 2: Porcentaje del Gasto en Especificas de gasto priorizadas personal

CAS. Perú, 2013-2016 (SIAF).

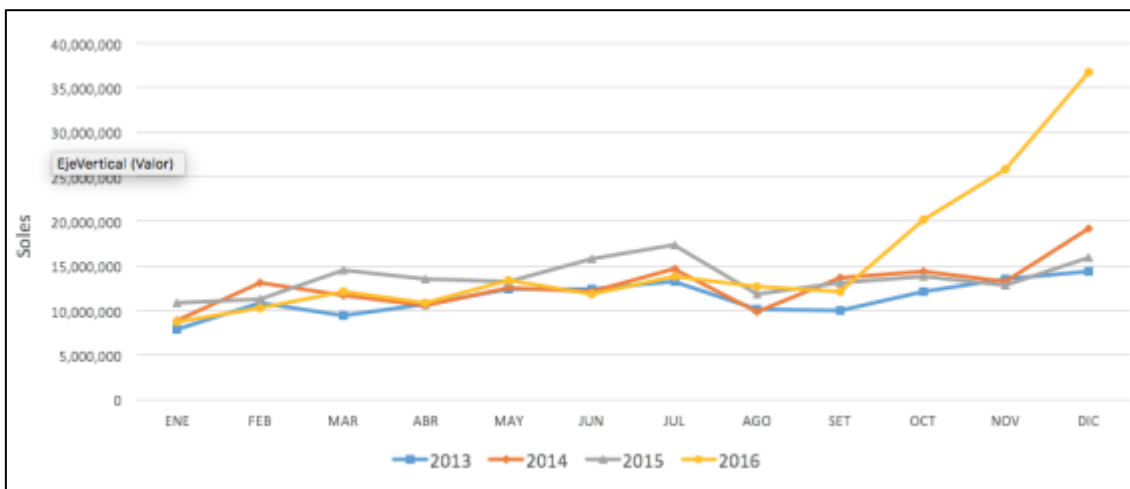


Gráfico N° 23. Indicador 2: Porcentaje del Gasto en Especificas de gasto priorizadas personal CAS. Amazonas, 2013-2016 (SIAF).

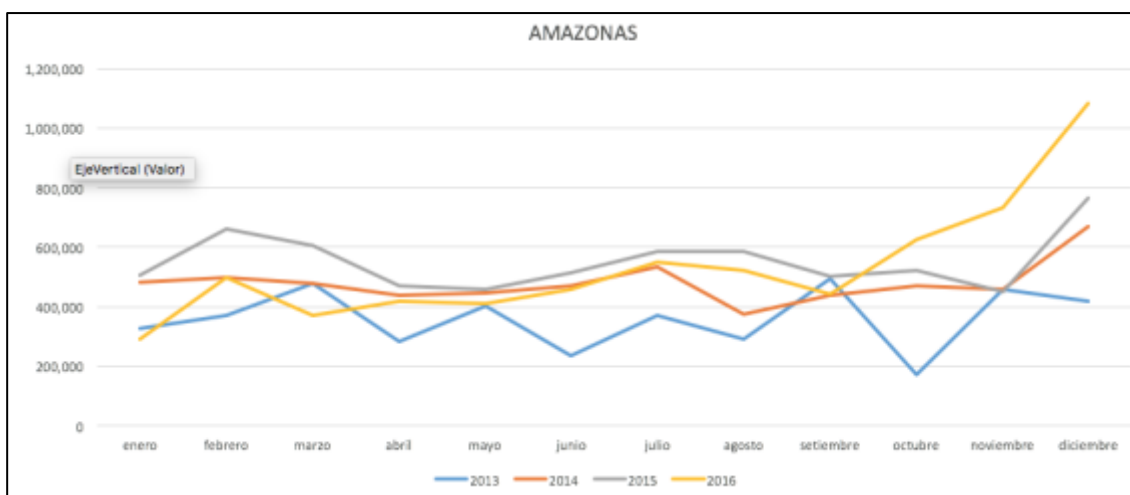
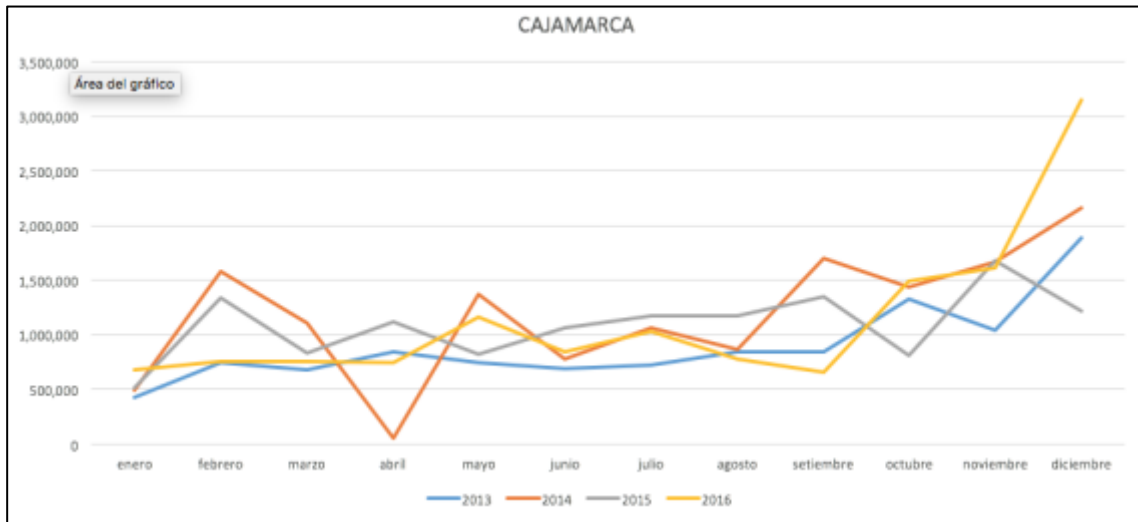


Gráfico N° 24. Indicador 2: Porcentaje del Gasto en Especificas de gasto priorizadas, personal

CAS. Cajamarca, 2013-2016 (SIAF).



Ejecución presupuestal por genérica y específica.

19. La tabla N° 26 muestra el uso de los fondos de Donaciones y Transferencias (D/T) – SIS en las contrataciones CAS en desmedro de los Productos Farmacéuticos (PF), Dispositivos Médicos (DM) y Productos Sanitarios (PS), como en el caso de Amazonas y Cajamarca en donde este gasto supera el 80%, pero que luego sufre una baja en los años 2015 y 2016.

20. Tal y como se puede observar en la Tabla N° 27 y los Gráficos 25, 26 y 27, aunque con variaciones entre años, existe un patrón de gasto a predominio de personal y obligaciones sociales y contratos administrativos de servicios (CAS), que en total representan casi el 65% del gasto del programa a nivel nacional, así como en la adquisición de activos no financieros que representa el 15%. Este patrón se observa de manera diferenciada en las Regiones de Cajamarca y Amazonas, tal y como se explicará más abajo.

Tabla N° 28. Uso de D/T en contratos CAS y Terceros

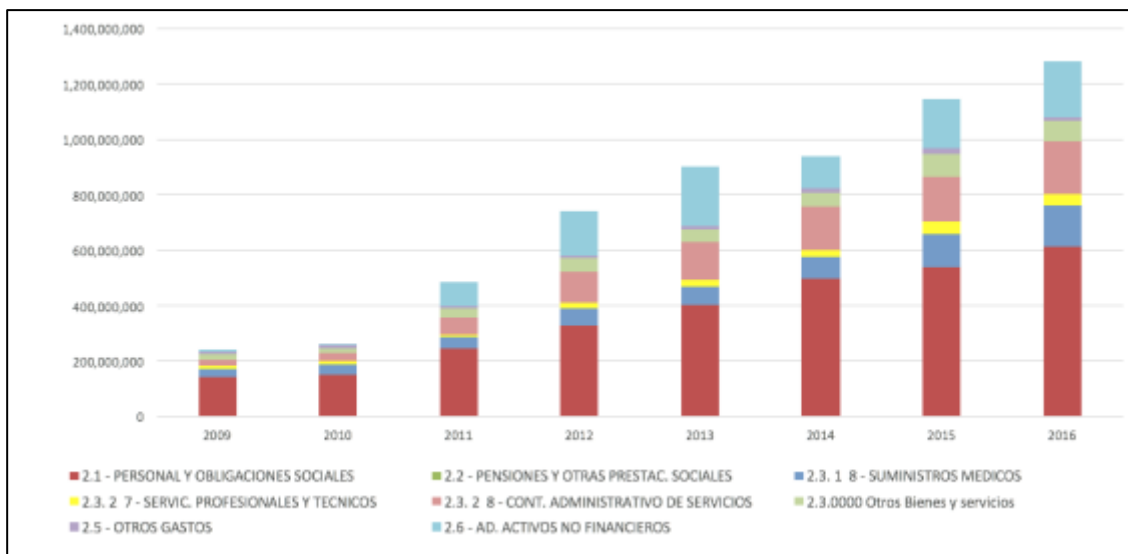
REGION	CAS (*)			TERCEROS (**)			NIVEL DE DESEMPEÑO
	GLOBAL	D/T	S/.	GLOBAL	D/T	S/.	
CUSCO	14.17%	45.26%	30,150,358	2.33%	4.79%	3,193,513	54.35%
APURIMAC	10.34%	40.49%	15,264,782	4.48%	7.62%	2,874,700	137.20%
CAJAMARCA	16.36%	38.07%	33,492,950	2.69%	3.82%	3,357,071	56.61%
LA LIBERTAD	6.17%	17.74%	14,440,520	4.29%	7.39%	6,016,231	57.60%
AMAZONAS	7.73%	34.98%	9,265,985	2.02%	3.14%	830,936	49.55%
PUNO	5.00%	34.44%	12,169,275	1.25%	1.60%	566,519	38.62%
PASCO	4.55%	24.34%	2,519,059	3.31%	3.74%	387,419	87.24%
ANCASH	8.79%	24.14%	16,906,732	6.35%	8.79%	6,156,007	106.95%
UCAYALI	5.63%	23.09%	5,522,945	7.64%	14.97%	3,580,838	75.88%
HUANUCO	6.32%	22.64%	14,070,648	2.24%	4.73%	2,942,030	45.39%
PIURA	3.20%	21.09%	8,669,618	4.16%	8.41%	3,458,381	45.81%
JUNIN	5.40%	35.66%	16,299,614	2.60%	4.73%	2,163,865	103.97%
LORETO	4.56%	18.78%	11,111,849	6.76%	12.12%	7,171,769	87.17%
AYACUCHO	4.44%	18.74%	11,816,397	1.86%	2.79%	1,760,842	161.14%
LAMBAYEQUE	3.50%	15.38%	7,136,059	7.82%	15.63%	7,248,799	21.96%
HUANCAVELICA	5.87%	16.44%	8,111,169	11.06%	16.54%	8,160,710	95.65%
IGSS	3.11%	47.78%	1,678,758	1.79%	3.20%	411,599	38.24%
TUMBES	1.75%	14.88%	1,346,219	5.27%	13.89%	1,256,797	32.82%
SAN MARTIN	2.64%	14.10%	5,951,360	4.98%	17.94%	7,574,135	98.06%
TACNA	1.12%	12.72%	1,048,703	2.89%	5.98%	492,992	58.68%
LIMA REGION	0.86%	11.62%	2,630,926	6.43%	27.67%	6,263,068	100.08%
MADRE DE DIOS	0.96%	11.28%	517,691	6.28%	9.46%	434,288	97.96%
CALLAO	3.30%	10.21%	7,234,071	14.59%	23.79%	16,846,889	97.91%
ICA	0.95%	8.96%	1,770,405	3.70%	15.18%	2,999,376	87.87%
MOQUEGUA	0.57%	8.30%	532,832	1.30%	5.13%	329,123	102.17%
AREQUIPA	1.09%	5.05%	2,877,713	2.09%	4.63%	2,637,597	39.17%

(*) Contratación de Cas con transferencias SIS - Cápita

(**) Contratación de terceros con transferencias SIS Cápita

Fuente: SIS. Negociación de Indicadores Prestacionales Cápita 2015. http://www.sis.gov.pe/ipresspublicas/miradorGREP/archivos/20150206_NegociacionIndicadoresPrestacionalesCapi ta2015.pdf

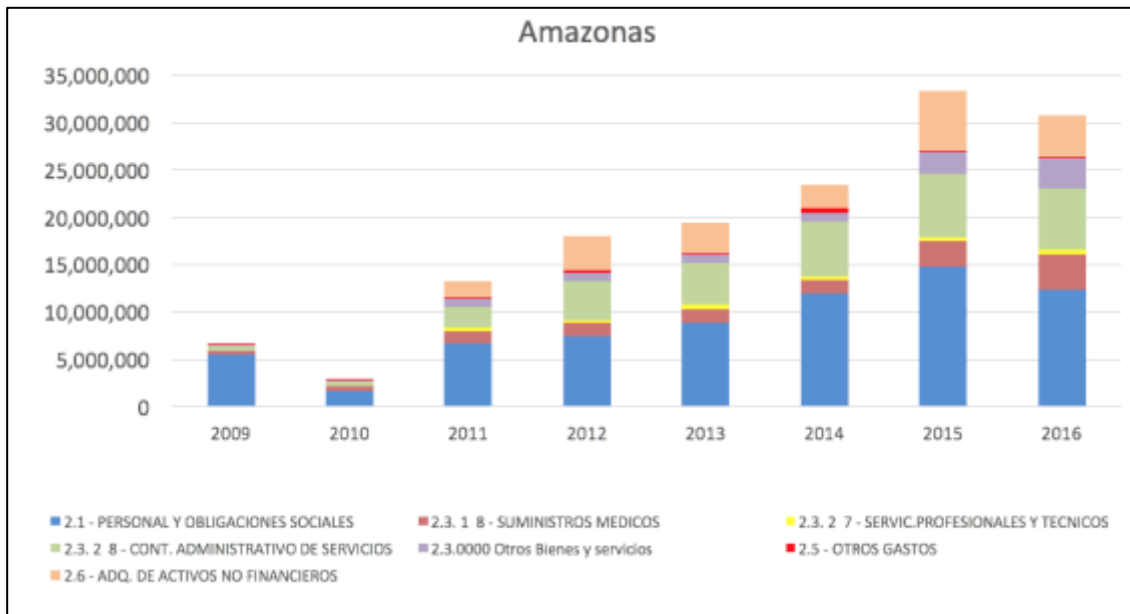
Gráfico N° 25. Ejecución del Presupuesto por Genérica y Específicas de gasto. PPSMN, Perú, 2009 - 2016



21. El Gráfico N° 26, correspondiente a Amazonas muestra un dato relevante. Contrariamente a la tendencia general, la ejecución del presupuesto destinado a recursos humanos y

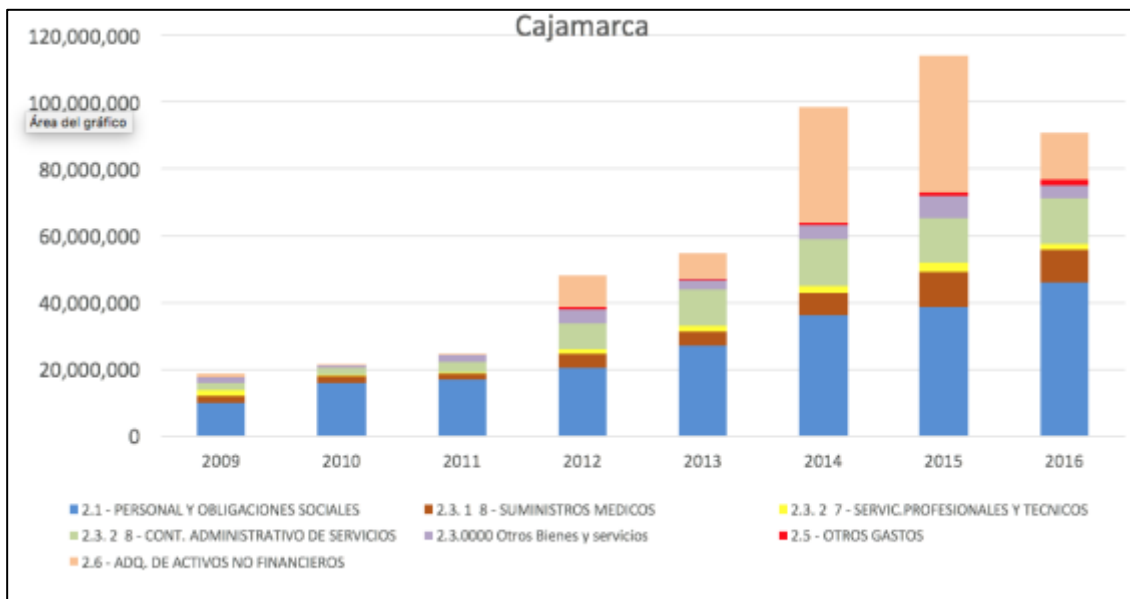
adquisiciones financieras se contrae en el año 2016 en comparación con el 2015.

Gráfico N° 26. Ejecución del Presupuesto por Genérica y Específicas de gasto. PPSMN, Amazonas, 2009 - 2016



22. Este comportamiento no se observa en el caso de Cajamarca, el cual mantiene su nivel de ejecución similar al año previo en los rubros 2.1 (personal) y 2.3 (CAS). Lo que si disminuye notablemente es, como en Amazonas, la ejecución total, y la destinada a adquisiciones de activos no financieros.

Gráfico N° 27. Ejecución del Presupuesto por Genérica y Específicas de gasto. PPSMN, Cajamarca, 2009 - 2016



SUPERVISION FINANCIERA PRESENCIAL

23. La Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud establece el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud orientado a garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

24. Esta Ley establece que el Seguro Integral de Salud, es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) que recibe, capta y gestiona fondos para la cobertura de atenciones de salud;

25. La Ley N° 30372, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, en su artículo 15.3 establece que el SIS es responsable del monitoreo, seguimiento y cumplimiento de los fines para los cuales fueron entregados los recursos. Los recursos públicos bajo responsabilidad, deben ser destinados solo a los fines para los cuales se autorizó su transferencia. Para cumplir con esta responsabilidad, se han establecido los mecanismos de supervisión financiera presencial.

26. Tal y como se puede observar en la Tabla N° 29, el monto de transferencias presupuestales en el PPSMN provenientes del SIS han ido incrementándose a lo largo de estos años hasta llegar a ser 21,1% en el 2016. Este último año, sin embargo, el ritmo de crecimiento en términos relativos y absolutos decreció si se compara con el año 2015.

Tabla N° 29. Porcentaje de transferencias presupuestales en el PPSMN. SIS 2008 - 2016

AÑO	SIS (FASE COMPROMISO)	002 SMN (FASE COMPROMISO)	% de Transferencias en el PPSMN
2008	402,508,552	59,156,582	14.7%
2009	460,587,157	76,566,865	16.6%
2010	377,051,714	74,693,912	19.8%
2011	394,244,934	57,707,950	14.6%
2012	529,276,512	93,780,848	17.7%
2013	956,312,104	167,810,803	17.5%
2014	1,377,047,867	211,839,798	15.4%
2015	1,602,150,665	332,249,715	20.7%
2016	1,323,720,806	279,614,925	21.1%

Fuente: SIAF (Cuenta amigable)

27. La oferta de un servicio de salud requiere la convergencia de los siguientes insumos²⁶: Equipamiento, Infraestructura, Recursos Humanos y Medicamentos. La combinación apropiada de estos cuatro insumos determina la mayor o menor calidad técnica en la atención. En el presente informe se evalúan los insumos críticos del cuarto grupo de insumos (medicamentos) que representan parte de los costos variables de la atención financiado por el SIS.

28. En ese contexto, se busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos, priorizando el componente materno infantil. El financiamiento que se realiza tanto a través de los diferentes convenios y/o contratos implementados, deben garantizar, en términos de calidad y oportunidad, la disponibilidad óptima de los insumos.

29. El nivel de disponibilidad de los insumos críticos para el cumplimiento de la cobertura prestacional en el componente Materno Neonatal se muestran en los siguientes cuadros.

30. Los resultados del nivel de disponibilidad con la fuente de Financiamiento Donaciones y transferencias, muestran que ha mejorado en el 2015, respecto al año 2014 en la región Amazonas, mientras que en la región Cajamarca ha disminuido para los reactivos.

Tabla N° 30. Disponibilidad de insumos críticos para la atención de gestantes. SIS. Donaciones y transferencias. Cajamarca y Amazonas, 2014- 2015

DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRITICOS PARA LA ATENCION DE GESTANTES EN LA REGION AMAZONAS									
INSUMOS CRITICOS	UNID. MED.	N° GESTANTES		REQUERIDA		ADQUIRIDA *		NIVEL DE	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO	TABLETA	4,792	4,869	575,040	575,040	31,164	56,350	5%	10%
MICROCUBETAS	UNIDAD			9,584	9,584	1,450	4,800	15%	50%
REACTIVO DE HIV	DETERMINACIONES			9,584	9,584	0	2,160	0%	23%
REACTIVO DE SIFILIS	DETERMINACIONES			9,584	9,584	7,716	6,420	81%	67%
REACTIVO DE GLUCOSA	DETERMINACIONES			9,584	9,584	8,800	14,000	92%	146%
REACTIVO DE ORINA	DETERMINACIONES			9,584	9,584	306,600	294,300	3199%	3071%

* Por la fuente de financiamiento D/T en el Programa presupuestal SMN

DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRITICOS PARA LA ATENCION DE GESTANTES EN LA REGION CAJAMARCA									
INSUMOS CRITICOS	UNID. MED.	N° GESTANTES		REQUERIDA		ADQUIRIDA *		NIVEL DE	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO	TABLETA	18,164	18,089	2,179,680	2,170,680	764,000	2,299,100	35%	106%
MICROCUBETAS	UNIDAD			36,328	36,178	68,400	10	188%	0%
REACTIVO DE HIV	DETERMINACIONES			36,328	36,178	62,654	4,300	172%	12%
REACTIVO DE SIFILIS	DETERMINACIONES			36,328	36,178	31,388	2,326	86%	6%
REACTIVO DE GLUCOSA	DETERMINACIONES			36,328	36,178	14,500	3,000	40%	8%
REACTIVO DE ORINA	DETERMINACIONES			36,328	36,178	3,000	41,800	8%	116%

* Por la fuente de financiamiento D/T en el Programa presupuestal SMN

Fuente: SIASIS – SIGA-MEF

31. El nivel de disponibilidad con gestión de compras por toda fuente de financiamiento, dentro de misma categoría presupuestal, muestra una mejora, respecto a que se realice solo con la fuente D/T, en ambas regiones. Sin embargo, la región Cajamarca se mantiene en los niveles críticos de disponibilidad para los reactivos.

Tabla N° 31. Disponibilidad de insumos críticos para la atención de gestantes. SIS. Toda

²⁶ Convenio de apoyo presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal entre el Ministerio de Economía y Finanzas y los Gobiernos Regionales de los Departamentos de Amazonas y Cajamarca. Especificaciones técnicas.

fuelle. 2014-2015

DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRITICOS PARA LA ATENCION DE GESTANTES EN LA REGION AMAZONAS									
INSUMOS CRITICOS	UNID. MED.	N° GESTANTES		REQUERIDA		ADQUIRIDA *		NIVEL DE	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO	TABLETA	4,792	4,869	575,040	575,040	31,164	243,572	5%	42%
MICROCUBETAS	UNIDAD			9,584	9,584	1,450	5,300	15%	55%
REACTIVO DE HIV	DETERMINACIONES			9,584	9,584	2,400	4,800	25%	50%
REACTIVO DE SIFILIS	DETERMINACIONES			9,584	9,584	11,797	12,050	123%	126%
REACTIVO DE GLUCOSA	DETERMINACIONES			9,584	9,584	8,800	15,101	92%	158%
REACTIVO DE ORINA	DETERMINACIONES			9,584	9,584	306,600	1,825,600	3199%	19048%

* Por la fuente de financiamiento D/T en el Programa presupuestal SMN

DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRITICOS PARA LA ATENCION DE GESTANTES EN LA REGION CAJAMARCA									
INSUMOS CRITICOS	UNID. MED.	N° GESTANTES		REQUERIDA		ADQUIRIDA *		NIVEL DE	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO	TABLETA	18,164	18,089	2,179,680	2,170,680	867,950	2,309,100	40%	106%
MICROCUBETAS	UNIDAD			36,328	36,178	68,400	11	188%	0%
REACTIVO DE HIV	DETERMINACIONES			36,328	36,178	62,654	5,535	172%	15%
REACTIVO DE SIFILIS	DETERMINACIONES			36,328	36,178	33,848	2,548	93%	7%
REACTIVO DE GLUCOSA	DETERMINACIONES			36,328	36,178	37,000	8,500	102%	23%
REACTIVO DE ORINA	DETERMINACIONES			36,328	36,178	27,200	42,300	75%	117%

* Por la fuente de financiamiento D/T en el Programa presupuestal SMN

Fuente: SIASIS – SIGA-MEF

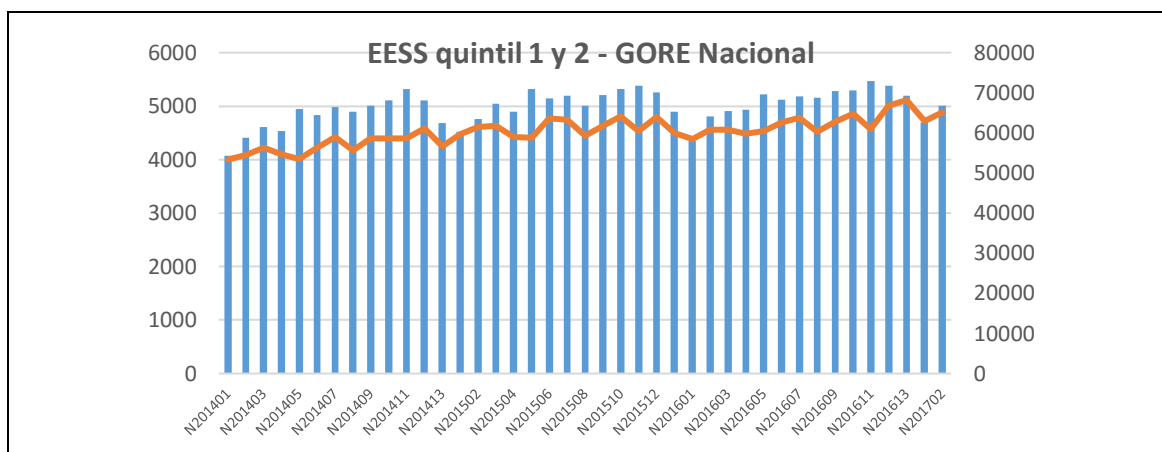
32. Con la información presentada, se puede sostener que:

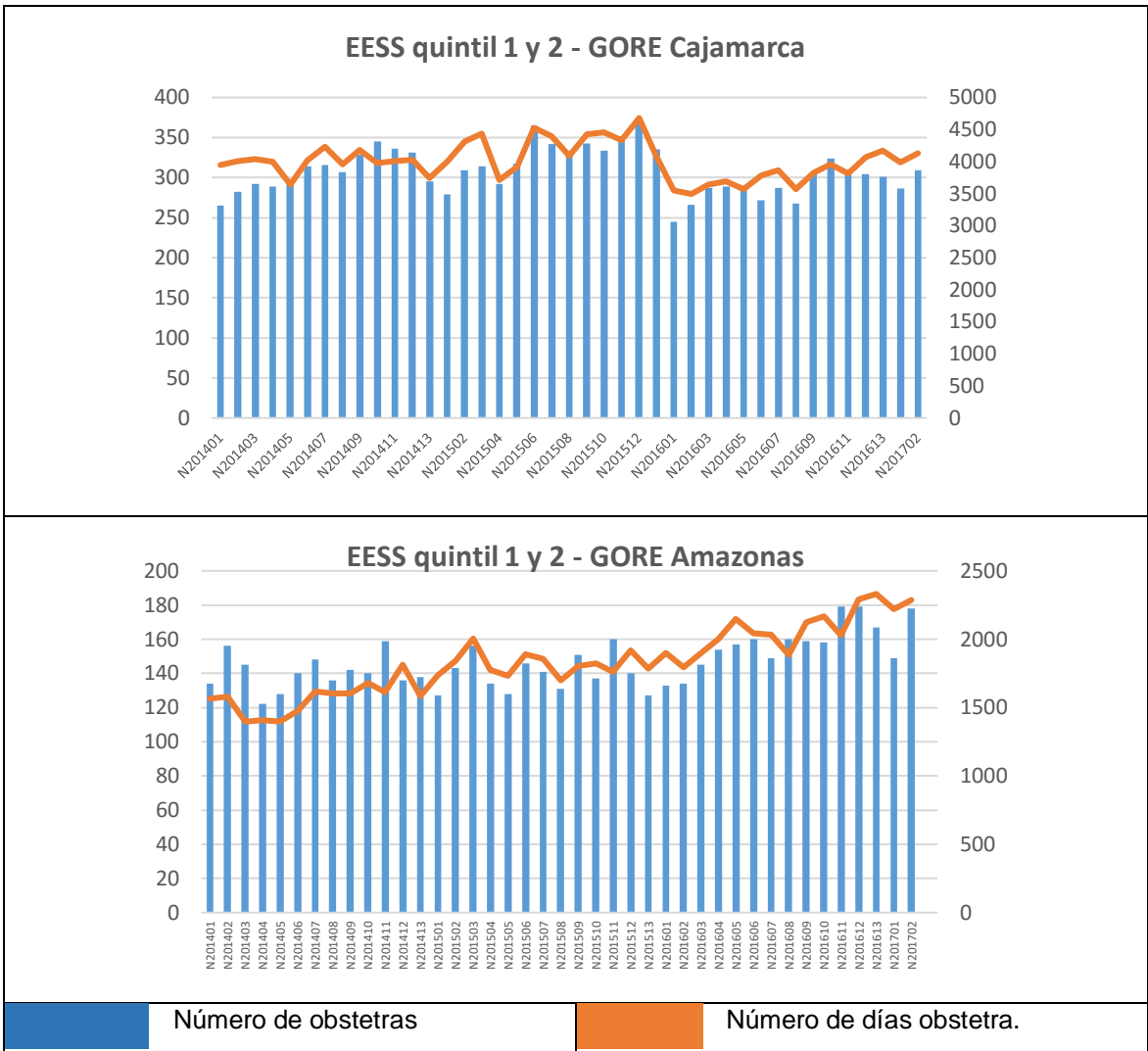
- El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) del PPSMN se ha incrementado sustancialmente (321,6%) entre el 2009 y el 2016. Similar comportamiento ha tenido el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) el cual, además, fue superior al PIA en un 21,4% en promedio por año.
- Estos recursos han sido destinados preferentemente a las Atención del Parto Normal, seguido por la Atención Prenatal Reenfocada. Ambas representan el 25% del total del presupuesto asignado al Programa Salud Materno Neonatal.
- La inversión en la prevención del embarazo adolescente, aunque ha ido ascendiendo progresivamente en los últimos años, en el 2016 representa el 0,9% del PIA para ese año.
- Existe un patrón de gasto a predominio de personal y obligaciones sociales, así como en la adquisición de activos no financieros.
- Los fondos orientados a la compra de bienes, servicios y equipamiento, tanto a nivel nacional como en Cajamarca y Amazonas, se ejecutan de manera tardía.
- Aún con las demoras, la disponibilidad de insumos críticos (de medicamentos) ha mejorado, según los datos de la supervisión financiera realizada por el SIS.

C.4 INDICADORES DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS/EQUIPOS Y RECURSOS HUMANOS

1. En las secciones anteriores se ha mostrado el esfuerzo técnico por organizar una intervención sanitaria cuyas intervenciones tuviesen una sólida base de evidencias y que estuviese organizado de manera lógica con la finalidad de controlar las principales causas subyacentes para reducir la MM y la MNN.
2. Se ha presentado, así mismo, el esfuerzo financiero y administrativo desarrollado orientado a garantizar que los insumos necesarios para la producción de las intervenciones.
3. Sin embargo, ambos esfuerzos fracasan si los insumos (RRHH, equipos e insumos) no se encuentran disponibles en el momento en que son requeridos.
4. Esta sección presenta los avances logrados en materia de disponibilidad de insumos, equipos y recursos humanos, especialmente para el quintil 1 y 2 de la población.
5. Tal y como se puede observar en el Gráfico N° 32 (elaborado con información procedente del registro de atenciones del HIS para el primer nivel de atención), se muestra que entre los años 2014 y 2016 el número promedio de obstetras que registran atenciones en establecimientos de salud de los distritos más pobres se ha incrementado de 4500 a 5500, el número de días/obstetra se ha mantenido sin mayores variaciones. En Cajamarca se aprecia que el número de obstetras que registraron atenciones en los distritos más pobres fue menor en el año 2016 respecto al año 2015, mientras que en Amazonas la tendencia ha ido al crecimiento. En situaciones de restricción del gasto, las decisiones respecto a priorizar el gasto y la atención de los servicios corresponde a nivel local y estas pueden ser diferentes.

Gráfico N° 28. N° Obstetra vs Días Obstetra/atención de gestante en EESS quintil 1 y 2





6. En el caso de disponibilidad de insumos críticos, tal y como se puede observar en los Gráficos 28, utilizando las bases de datos de SIGA patrimonio del MEF, se muestra que la disponibilidad de equipos críticos es superior al 80% en la gran mayoría de los establecimientos evaluados.

Gráfico N° 29. Establecimientos de salud con disponibilidad de equipos críticos

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	cumple_Pat	cumple_Pat	cumple_Pat	cumple_Pat	cumple_Pat	cumple_Pat	cumple_Pat
0004839 TAQUBA	71,4	71,4	71,4	78,6	85,7	85,7	78,6
0004840 SAN ISIDRO DE UTCUBAMBA	33,3	33,3	33,3	40,0	71,4	78,6	40,0
0004841 HUANCAS	78,6	78,6	78,6	78,6	78,6	78,6	78,6
0004842 LEVANTO	86,7	86,7	86,7	93,3	92,9	92,9	93,3
0004843 COLLONCE	88,2	88,2	88,2	88,2	94,1	82,4	88,2
0004844 SAN JUAN DE OCUMAL	85,7	85,7	85,7	85,7	100,0	100,0	85,7
0004845 CALDERA	71,4	71,4	78,6	85,7	82,9	92,9	85,7
0004846 PIRCAPAMPA	86,7	86,7	86,7	93,3	86,7	86,7	83,3
0004847 SAN MIGUEL DE PORO PORO	85,7	85,7	85,7	78,6	85,7	92,9	78,6
0004848 HUAMPANGULLO	86,7	86,7	86,7	73,3	100,0	92,9	73,3
0004849 PROVIDENCIA	86,7	86,7	86,7	86,7	100,0	100,0	86,7
0004850 LAMUO	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0004851 LLUYA VIEJO	86,7	86,7	86,7	100,0	82,9	86,7	100,0
0004852 SAN CRISTOBAL DE OLTTO	73,3	73,3	73,3	80,0	82,9	82,9	80,0
0004853 PACLAG	80,0	80,0	80,0	100,0	82,9	92,9	100,0
0004854 SANTA CATALINA	100,0	100,0	100,0	100,0	82,9	85,7	100,0
0004855 TRITA	93,3	93,3	93,3	93,3	85,7	78,6	93,3
0004856 BALZAS	88,9	88,9	88,9	94,4	100,0	100,0	94,4
0004857 GOLLON	85,7	85,7	82,9	100,0	100,0	100,0	100,0

Parte del seguimiento implica analizar establecimiento por establecimiento la disponibilidad de los equipos e insumos críticos basado en los datos del SISMED de MINSA, como muestra el grafico 35.

Gráfico N° 30. Porcentaje de EESS con equipos e insumos críticos para productos del PAN y PSMN (SIGA-Patrimonio)

	1.REFRIGERACION	2. INFANTOMETRO	3. HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL	4. DETECTOR DE LATIDOS FETALES	5. CAMILLA METALICA	6. BALANZA TALL	7. GLUCOMETRO	8. Vacuna contra el neumococo tipo 1 dosis	9. Otras combinaciones de multivitaminas	10. AMOXICILINA 500 mg TAB	11. TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10	12. PRUEBA RAPIDA PARA VIH/ANTICUERPO	Cumple OIGEM D2
0005145 SANTA MARIA DE NEIVA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,0
0005146 IPAKUBA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,0
0005147 PUTUYAKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	87,5
0005148 PAKINTSA	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	81,3
0005149 KOGKIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	93,8
0005150 MAPURUKA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	93,3
0005152 CASHACCO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	86,7
0005153 PUMPUKAK	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	86,7
0005154 YUMINKUKUS	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	80,0
0005155 URUKUSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	81,3
0005156 ALTO KAMAMPA	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	93,3
0005157 MUJEVO SEABME	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	86,7
0005158 CIRO ALEGRIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	93,3

C.5 INDICADORES DE CONDUCCIÓN Y GESTIÓN DEL PPSMN

1. Los indicadores establecidos para medir el logro de este resultado son 3: “Proporción de establecimientos de salud (EESS) acreditados como Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)-B”, “Proporción de EESS acreditados como FON-E” y “Proporción de establecimientos acreditados como FON-I”.
2. Como se explicará con más detalle en el capítulo dedicado específicamente al análisis de la calidad de los servicios de salud, el PPSMN realizó el esfuerzo por desarrollar y mantener un sistema de información permanente que permitiese acreditar las capacidades instaladas y las competencias desarrolladas para brindar servicios obstétricos y neonatales de complejidad creciente. Aunque el sistema fue desarrollado y utilizado para realizar autoevaluaciones y evaluaciones externas (Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales (ENESA) realizada por el INEI) hasta ahora no se ha podido instalar como un sistema regular.
3. Lamentablemente, esta encuesta que se realiza de manera periódica, al igual que un ejercicio similar conducido por el MINSA: autoevaluación de establecimientos de salud, el cual sólo toma en cuenta el registro de los elementos de estructura y no de proceso de la ENESA han perdido fuerza normativa y credibilidad dado que carecen de carácter vinculante (ya sea con los procesos de acreditación o de financiamiento) y es sujeta a constantes críticas sobre su calidad, ya que su construcción se basa en guías que necesitan actualización.
4. Por otro lado, los resultados mostrados por la encuesta y la autoevaluación son desalentadores ya que solo una minoría de los establecimientos aprueba los criterios establecidos, tanto en capacidades como en competencias (menos del 5%).

Resultado inmediato/Producto 1.1. Gestión estratégica

Este resultado se mide con el siguiente indicador “Proporción de establecimientos supervisados que proveen servicios materno-neonatales”.

Resultado inmediato/Producto 1.2. Regulación de la provisión del financiamiento de la atención materno-neonatal.

Este resultado se debiera medir usando el indicador “Número de Normas sobre salud materno neonatal promulgados”

5. Con la sola excepción del Anexo Nº 2 - CONTENIDOS MÍNIMOS DE UN PROGRAMA PRESUPUESTAL, documento de gestión del Programa Presupuestal, las evaluaciones regulares establecidas en otras plataformas (por ejemplo, INEI) no incluyen instrumentos o mecanismos institucionales que permitan monitorear o evaluar de forma permanente los indicadores y productos de este componente, el cual incluye las denominadas “acciones comunes”, entre ellas el desarrollo de normas y guías técnicas, la implementación de documentos técnicos, el monitoreo, la evaluación y la supervisión del PSMN, lo cual no significa de manera alguna que estas actividades no se realicen.
6. Como conclusión se puede decir que los indicadores establecidos para este componente no fueron adecuadamente desarrollados y las actividades desarrolladas bajo este componente no son capturadas y analizadas con regularidad en el sistema de M&E del PPSMN.

C. ANÁLISIS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

1. La literatura técnica y científica reconoce que la reducción de la MM y la MNN tiene como pilar fundamental el acceso a servicios de salud “de calidad” entendida esta última como servicios eficaces, efectivos, eficientes, seguros, continuos y oportunos.²⁷

La medición de las Funciones Obstétricas Neonatales

2. En relación a la calidad de servicios materno neonatales, el MINSA, en el marco del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, en el año 2000 diseñó las Funciones Obstétricas y Neonatales definidas como: *“actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado de los procesos de la gestación, parto, puerperio y atención de recién nacido, de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud y de acuerdo al rol que cumplen en el sistema de salud local”*, constituyéndose en la base para evaluar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.

3. Es, sin embargo, en el año 2012 que se aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 “Directiva Sanitaria para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud” mediante el cual se plantea contar con instrumentos estandarizados para evaluar los recursos de los servicios por niveles de atención, para brindar la atención materna y neonatal en base a las FON; y, contar con instrumentos estandarizados y actualizados de recolección de datos para determinar la disponibilidad de recursos para realizar las FON por niveles de atención. La Directiva Sanitaria es de obligatorio cumplimiento en todo el territorio del país. Su versión original establece 4 categorías: Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP), FON Básicas (FONB), FON Esenciales (FONE), el cual a su vez se subdivide en FONE-I y FONE-II; y, las FON Intensivas (FONI). Cada nivel considera los siguientes ítems: a) Recursos involucrados por actividad de la función; y, b) Formato de recolección de datos.

4. Las FON, por otro lado, están correlacionadas con la categorización de los establecimientos de salud.

5. La evaluación de los FON considera tres parámetros: 1) Correlacionar la variable recursos con la variable FON (Estructura), 2) Determinar cómo se realizan los procedimientos de atención (Procesos); y, 3) Utilizar indicadores de resultado (Resultado).

6. Las estrategias desarrolladas por el MINSA para realizar la evaluación de las FON comprenden: una evaluación externa (de estructura y procesos) realizada por el INEI a una muestra aleatoria de establecimientos con una periodicidad anual (que luego ha pasado a ser cada dos años) y una evaluación interna o autoevaluación la cual se realiza de manera semestral. Los resultados de la encuesta desarrollada por el MINSA son reportados como Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud – ENESA.

²⁷WHO (2016) Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/

7. Abajo se presentan los resultados de las ENESA realizadas el 2013 y del 2015 (Tablas 32 - 33). Cuando no se logra cumplir con el 80 por ciento de los requisitos mínimos para el cumplimiento del indicador, entonces se califica como "0" (cero). Los resultados son desalentadores ya que ninguno de los establecidos visitados logra cumplir con las FON-B, FONE-I ni FONE-II, según su categorización.

Tabla N° 32. Proporción de establecimientos calificados como establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB). 2013 y 2015

N°	Departamento	Total de Establecimientos de Salud	Califican 2013		Califican 2015	
			Abs.	Proporción	Abs.	Proporción
1	AMAZONAS	27	0	0.00	0	0.00
2	ANCASH	19	0	0.00	0	0.00
3	APURIMAC	28	0	0.00	0	0.00
4	AREQUIPA	18	0	0.00	0	0.00
5	AYACUCHO	32	0	0.00	0	0.00
6	CAJAMARCA	49	0	0.00	0	0.00
7	CALLAO	11	0	0.00	0	0.00
8	CUSCO	43	0	0.00	0	0.00
9	HUANCAVELICA	26	0	0.00	0	0.00
10	HUANUCO	32	0	0.00	0	0.00
11	ICA	16	0	0.00	0	0.00
12	JUNIN	28	0	0.00	0	0.00
13	LA LIBERTAD	24	0	0.00	0	0.00
14	LAMBAYEQUE	15	0	0.00	0	0.00
15	LIMA	78	0	0.00	0	0.00
16	LORETO	27	0	0.00	0	0.00
17	MADRE DE DIOS	10	0	0.00	0	0.00
18	MOQUEGUA	9	0	0.00	0	0.00
19	PASCO	10	0	0.00	0	0.00
20	PIURA	24	0	0.00	0	0.00
21	PUNO	36	0	0.00	0	0.00
22	SAN MARTIN	29	0	0.00	0	0.00
23	TACNA	7	0	0.00	0	0.00
24	TUMBES	11	0	0.00	0	0.00
25	UCAYALI	10	0	0.00	0	0.00

Tabla N° 33. Proporción de establecimientos calificados como establecimientos con Funciones

Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE-I)

N°	Departamento	Total de Establecimientos de Salud	Califican 2013		Califican 2015	
			Abs.	Proporción	Abs.	Proporción
1	AMAZONAS	4	0	0.00	0	0.00
2	ANCASH	8	0	0.00	0	0.00
3	APURIMAC	3	0	0.00	0	0.00
4	AREQUIPA	8	0	0.00	0	0.00
5	AYACUCHO	7	0	0.00	0	0.00
6	CAJAMARCA	9	0	0.00	0	0.00
7	CALLAO	1	0	0.00	0	0.00
8	CUSCO	5	0	0.00	0	0.00
9	HUANCAVELICA	4	0	0.00	0	0.00
10	HUANUCO	4	0	0.00	0	0.00
11	ICA	4	0	0.00	0	0.00
12	JUNIN	6	0	0.00	0	0.00
13	LA LIBERTAD	17	0	0.00	0	0.00
14	LAMBAYEQUE	3	0	0.00	0	0.00
15	LIMA	16	0	0.00	0	0.00
16	LORETO	6	0	0.00	0	0.00
17	MADRE DE DIOS	2	0	0.00	0	0.00
18	MOQUEGUA	2	0	0.00	0	0.00
19	PASCO	3	0	0.00	0	0.00
20	PIURA	5	0	0.00	0	0.00
21	PUNO	10	0	0.00	0	0.00
22	SAN MARTIN	5	0	0.00	0	0.00
23	TACNA	1	0	0.00	0	0.00
24	TUMBES	1	0	0.00	0	0.00
25	UCAYALI	2	0	0.00	0	0.00

Tabla N° 34. Proporción de establecimientos calificados como establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE-II). 2013 y 2015

N°	Departamento	Total de Establecimientos de Salud	Califican 2013		Califican 2015	
			Abs.	Proporción	Abs.	Proporción
1	AMAZONAS	1	0	0.00	0	0.00
2	ANCASH	3	0	0.00	0	0.00
3	APURIMAC	2	0	0.00	0	0.00
4	AREQUIPA	1	0	0.00	0	0.00
5	AYACUCHO	1	0	0.00	0	0.00
6	CAJAMARCA	1	0	0.00	0	0.00
7	CALLAO	2	0	0.00	0	0.00
8	CUSCO	2	0	0.00	0	0.00
9	HUANCAVELICA	1	0	0.00	0	0.00
10	HUANUCO	1	0	0.00	0	0.00
11	ICA	2	0	0.00	0	0.00
12	JUNIN	2	0	0.00	0	0.00
13	LA LIBERTAD	2	0	0.00	0	0.00
14	LAMBAYEQUE	2	0	0.00	0	0.00
15	LIMA	13	0	0.00	0	0.00
16	LORETO	1	0	0.00	0	0.00
17	PASCO	1	0	0.00	0	0.00
18	PIURA	2	0	0.00	0	0.00
19	PUNO	2	0	0.00	0	0.00
20	SAN MARTIN	1	0	0.00	0	0.00
21	TACNA	1	0	0.00	0	0.00
22	UCAYALI	1	0	0.00	0	0.00

8. Según la información presentada en el taller, los resultados de la autoevaluación no son diferentes de los resultados del INEI. Sin que se hayan implementado medidas que permitan mejorar la calidad de atención obstétrica y neonatal.

9. Adicionalmente, en talleres realizados por el MINSA, los equipos técnicos de las regiones identificaron algunas “inconsistencias”, tales como solicitar que se cuente con “medicamentos que no están en el petitorio”, con equipos en el servicio de salud sexual y reproductiva, tales como “ecógrafos o pruebas rápidas de laboratorio” los que normalmente no se encuentran disponibles en los establecimientos. Otros elementos limitantes del ejercicio son: que los instrumentos de evaluación se desarrollan sobre Guías de práctica clínica ya obsoletas o que los procesos no toman en cuenta las complejidades de la dinámica del establecimiento (“se espera que el tensiómetro sea utilizado de manera exclusiva para la atención materna, cuando en realidad, en el establecimiento el tensiómetro es utilizado para todas las actividades”)

10. Otro elemento señalado en los talleres es que para fortalecer el sistema FON, el cumplimiento podría vincularse con mecanismos de incentivos, positivos o negativos (de reconocimiento/estímulo o de amonestación/sanción). Ello se traduce en una pasividad de los establecimientos de salud y de las autoridades regionales en relación a este punto. Los resultados tampoco se consideran para el proceso de planificación o de financiamiento o como orientador de las inversiones sectoriales.

Medición de Calidad de los Servicios por SUSALUD

11. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano, para lo cual orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento. SUSALUD tiene potestad para actuar sobre todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) así como las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), públicas, privadas y mixtas del país.

12. En Julio del 2016, mediante el **DECRETO SUPREMO Nº 030-2016-SA**, aprueban el Reglamento *para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), públicas, privadas o mixtas*. Con este Reglamento se permitió establecer el procedimiento para la atención de las quejas y reclamos presentados por los usuarios o terceros legitimados ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de, las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas. Asimismo, establecer las disposiciones aplicables para la atención de consultas; y de denuncias presentadas ante SUSALUD.

13. En diciembre de 2016 se promulga el Decreto Legislativo N°1289, que tiene por objeto dictar disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud. Mediante este se dictan disposiciones orientadas a fomentar la formalización de los agentes del Sistema de Salud, como son las IPRESS y IAFAS, lo cual repercutirá en la reactivación económica en materia de prestaciones de servicios de salud. Entre los principales cambios que se producen con la dación de este decreto con respecto al DL N°1158 (a la cual reemplaza), se tienen:

- Sobre las funciones generales de la Superintendencia (artículo 8°): ***se suprimen las facultades de categorización y de acreditación***; se incluye la posibilidad de recomendar el inicio de procesos administrativos, civiles y/o penales a los involucrados por los hechos que verifique en el marco del ejercicio de sus funciones.

- Se incorpora el artículo 9°-A, que introduce la **posibilidad de aplicar medidas de seguridad** como la suspensión temporal de unidades productoras de servicios, el cierre temporal u otras que resulten pertinentes.

14. En este contexto, SUSALUD han desarrollado instrumentos de supervisión general y específica de las IPRESS, los cuales incorporan los desarrollos de la propuesta de FON y permite evaluar estructura y procesos en salas de parto, centros quirúrgicos, unidades de cuidados intensivos, bancos de sangre y sistemas de referencia. El sistema, aunque no cubre todos los establecimientos de salud²⁸, en estos momentos arroja datos desalentadores sobre la calidad de los servicios que se ofrecen, tanto para la atención de la gestante, como la del/de la recién nacido@.

15. Asimismo, viene realizando supervisiones en instituciones de usando estándares mínimos que aseguren una prestación de salud “accesible, con calidad y oportuna” para el usuario. Para ello se considera que las IAFAS, IPRESS Y UGIPRESS gestionan su Cadena de Valor con miras a alcanzar resultados satisfactorios en el ciudadano. Para ello sus procesos deben operar en la lógica de un “sistema” y a su vez estos procesos deben operar con un nivel esperado de desempeño (Estándares de Calidad).

16. Se reconoce que el no cumplimiento de estos estándares, condiciona la aparición de *Riesgos en los Procesos* de las IPRESS /UGIPRESS /IAFAS. Por ello se debe promover la evaluación e implementación de intervenciones de mejora frente al no cumplimiento de estándares de calidad. Estas intervenciones permitirán disminuir la variabilidad en el proceso haciéndolo más seguro y eficiente (reducción de costos de la no calidad).

17. En el periodo 2014-2016 se han realizado más de dos mil supervisiones integrales y específicas a establecimientos de salud de los distintos subsectores del sector salud (privados, MINSA, EsSalud, Sanidades, SISOL, entre otros), según el tipo de instrumento utilizado. En estas supervisiones se verifican insumos y procesos²⁹.

18. En el caso de la **supervisión a IPRESS que brindan atención materno neonatal** para identificar niveles de riesgo operativo, en el periodo 2014-2016 se encontró que, de las 598 supervisiones realizadas, **42,1% (n=252) reportaron alto riesgo operativo**. En la supervisión de 24 bancos de sangre, se encontró que 16,7% presentaban alto riesgo operativo; y que, de las 91 supervisiones a unidades de cuidados intensivos, 45,1% presentaban alto riesgo operativo.

²⁸ Al momento, 2017 se tienen 32.033.679 millones de peruanos (población total), con 16.297.043 millones de asegurados, 95 IAFAS públicas, privadas o mixtas y 20.361 IPRESS públicas y privadas

²⁹ Algunos verificadores de Centro Obstétrico son: Verificación in situ de la orientación al usuario a la UPSS, señalización escrita y por símbolos que permita la ubicación e identificación. Cuenta con vías de acceso y circulación que faciliten el ingreso y desplazamiento seguro de personas con limitaciones físicas y que requieren silla de ruedas, camillas u otro tipo de ayudas. Cuenta con registro, análisis y medidas correctivas sobre la información de eventos adversos en los servicios priorizados (Infecciones Intrahospitalarias, Reacciones Adversas Medicamentosas, entre otras). Se conoce y aplica la Técnica de Lavado de Manos en el personal asistencial en la UPSS. Algunos verificadores para establecimientos de salud del primer nivel son: Tienen acceso a sistemas de información para conocer a los afiliados y la cobertura que les corresponde. El ES gestiona el abastecimiento oportuno de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos según el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales vigente y para su categoría y nivel de atención. El establecimiento de salud cuenta con un kit completo medicamentos e insumos establecidos para atención de las emergencias obstétricas y neonatales y están disponibles para su uso inmediato. Anexo N° 1, Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) (Solo aplicable a I-4 del IGSS y Gobiernos Regionales). La IPRESS tiene implementado intervenciones extramurales para la captación y seguimiento oportuno de las gestantes y puérperas: Radar de gestante y/o tarjetero y/o mapeo y estos se encuentran actualizados.

19. En relación a las FON, **SUSALUD reconoce que sólo en los establecimientos de salud I-4 se verifica si la IPRESS cuenta con el recurso humano necesario mínimo según las Funciones Obstétricas Neonatales Básicas.** En la Tabla 33 se muestra algunos de los verificadores de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Los verificadores usados por SUSALUD se basan en la normativa existente.

Tabla N° 35. Relación de algunos verificadores de las supervisiones de los establecimientos de primer nivel de atención. SUSALUD

CÓDIGOS DE VALORACIÓN : 1 = CONFORME 2 = NO CONFORME 3 = NO APLICABLE		
N°	CÓDIGO	VERIFICADOR/ ÍTEM DE LISTA DE CHEQUEO
1	V_1388	Cuenta con Registro RENIPRESS e información ingresada acorde con la realidad y actualizada.
2	V_1389	El establecimiento de salud dispone de un plan de contingencia frente a emergencias y desastres.
3	V_1390	En la IPRESS que cuenta con servicio de maternidad y/o recién nacidos, tiene un comité de lactancia materna y este cumple con sus funciones de acuerdo a la normativa vigente
4	V_1391	La IPRESS cabecera de Microrred, cuenta con comité de prevención de Mortalidad Materna y Perinatal
5	V_1392	Llevar un archivo actualizado de identificación del personal que labora en el establecimiento en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares; que acredite su formación, colegiatura, especialización y capacitación según corresponda.
6	V_1393	Para IPRESS categoría I-4: L a IPRESS cuenta con el recurso humano necesario mínimo según las Funciones obstétricas neonatales básicas

20. Las Tablas 36-39 muestran las potencialidades de SUSALUD, el cual, aunque tiene una limitada cobertura, produce información valiosa referida a puntos críticos del modelo lógico (bancos de sangre y cuidados intensivos) que puede servir como un poderoso insumo para orientar la política pública. SUSALUD reconoce que no ha desarrollado un instrumento específico para salas de parto, pero que puede desarrollarla.

Tabla N° 36. Supervisiones a IPRESS de Atención Materno Neonatal. SUSALUD, 2014-2016

DEPARTAMENTO	Sector Salud	CATEGORIA					Total general
		I-4	II-1	II-2	III-1	III-2	
AMAZONAS	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		2	10			12
ANCASH	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	1		12			13
APURIMAC	MINSA / GOBIERNO REGIONAL			7			7
AREQUIPA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	6	1		13	2	22
AYACUCHO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		1	4			5
CAJAMARCA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		6	7			13
CALLAO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	5	6	10	19		40
CUSCO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL				12		12
HUANCAVELICA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	1		2			3
HUANUCO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		2	8			10
ICA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	6	6	6			18
JUNIN	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	3	4	11			18
LA LIBERTAD	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		9		24	1	34
LAMBAYEQUE	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	9	15	13	13		50
LIMA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	79	15	48	149	65	356
LORETO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	3	1	11	8		23
MADRE DE DIOS	MINSA / GOBIERNO REGIONAL			3			3
MOQUEGUA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		1	5			6
PASCO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		3				3
PIURA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		1	12			13
PUNO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	1	1	7			9
SAN MARTIN	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	2	4	10			16
TACNA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	4		9			13
TUMBES	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	2	1	2			5
UCAYALI	MINSA / GOBIERNO REGIONAL			13			13
Total general		122	79	210	238	68	717

Fuente: Sistema de Gestión de la Supervisión
*FECHA DE CORTE 11 DE ABRIL 2017

Tabla N° 37. Supervisiones a IPRESS de atención Materno Neonatal y niveles de riesgo. SUSALUD 2014-2016

DEPARTAMENTO	Sector Salud	Alto Riesgo	Bajo Riesgo	Mediano Riesgo	Total general
AMAZONAS	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	8			8
ANCASH	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	6		4	10
APURIMAC	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	2	2	3	7
AREQUIPA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	13		9	22
AYACUCHO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	5			5
CAJAMARCA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	9		4	13
CALLAO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	12	7	10	29
CUSCO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	4		8	12
HUANCAVELICA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	1		1	2
HUANUCO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	6		1	7
ICA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	9	2	7	18
JUNIN	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	7		5	12
LA LIBERTAD	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	13	2	9	24
LAMBAYEQUE	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	19	4	14	37
LIMA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	96	90	134	320
LORETO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	9		2	11
MADRE DE DIOS	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	2			2
MOQUEGUA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL		5	1	6
PASCO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	3			3
PIURA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	8		2	10
PUNO	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	4		5	9
SAN MARTIN	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	6		1	7
TACNA	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	5	1	6	12
TUMBES	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	1		1	2
UCAYALI	MINSA / GOBIERNO REGIONAL	4		6	10
Total general		252	113	233	598

Fuente: Sistema de Gestión de la Supervisión
*FECHA DE CORTE 11 DE ABRIL 2017

Tabla N° 38. Supervisiones a IPRESS con Atención Materno Neonatal, según instrumento aplicado (Banco de Sangre) y niveles de riesgo. SUSALUD, 2014-2016

AÑO VISITA SUPERV	DEPARTAMENTO	CATEG.	Instrumento	Puntaje	Riesgo	Sector Salud
2015	LIMA	III-1	Banco de Sangre	89.10%	Bajo	MINSA/Gobierno Regional
2015	LIMA	III-2	Banco de Sangre	98.48%	Bajo	MINSA/Gobierno Regional
2015	LIMA	III-1	Banco de Sangre	80.32%	Bajo	MINSA/Gobierno Regional
2015	LIMA	III-E	Banco de Sangre	72.16%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2015	LIMA	III-1	Banco de Sangre	77.99%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2015	LIMA	III-1	Banco de Sangre	76.91%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2015	LORETO	III-1	Banco de Sangre	60.52%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2015	PIURA	II-2	Banco de Sangre	79.29%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2015	PUNO	II-2	Banco de Sangre	75.11%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2015	UCAYALI	II-2	Banco de Sangre	75.11%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2016	TACNA	II-2	Banco de Sangre	63.07%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional

Fuente: Sistema de Gestión de la Supervisión
*FECHA DE CORTE 11 DE ABRIL 2017

Tabla N° 39. Supervisiones a IPRESS con Atención Materno Neonatal, según instrumento

aplicado (Cuidados Intensivos) y niveles de riesgo. SUSALUD, 2014-2016

AÑO VISITA SUPERV	DEPARTAMENTO	CATEG.	Instrumento	Puntaje	Riesgo	Sector Salud
2014	CALLAO	II-2	Cuidados Intensivos	43.08%	Alto	MINSA/Gobierno Regional
2014	CALLAO	III-1	Cuidados Intensivos	53.14%	Alto	MINSA/Gobierno Regional
2014	CALLAO	III-1	Cuidados Intensivos	50.87%	Alto	MINSA/Gobierno Regional
2014	CALLAO	III-1	Cuidados Intensivos	64.21%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	II-2	Cuidados Intensivos	50.98%	Alto	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	II-2	Cuidados Intensivos	58.62%	Alto	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-1	Cuidados Intensivos	54.48%	Alto	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-1	Cuidados Intensivos	57.74%	Alto	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-2	Cuidados Intensivos	50.58%	Alto	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-E	Cuidados Intensivos	81.00%	Bajo	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-E	Cuidados Intensivos	81.07%	Bajo	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-2	Cuidados Intensivos	88.99%	Bajo	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-2	Cuidados Intensivos	87.45%	Bajo	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-E	Cuidados Intensivos	70.85%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-1	Cuidados Intensivos	67.94%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-1	Cuidados Intensivos	62.24%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional
2014	LIMA	III-2	Cuidados Intensivos	65.05%	Mediano	MINSA/Gobierno Regional

Fuente: Sistema de Gestión de la Supervisión

*FECHA DE CORTE 11 DE ABRIL 2017

21. A modo de conclusión, se puede afirmar que:

- Tal y como se había señalado líneas arriba, la propuesta para el desarrollo de un sistema de evaluación de las funciones obstétricas y neonatales (FON) no ha logrado su plena institucionalización de alcance nacional.
- Los reportes de la autoevaluación y de las evaluaciones externas señalaban que los avances en materia de calidad han sido limitados; pese a los resultados de estas evaluaciones, no se han tomado decisiones ni implementado planes ni acciones para mejorar garantizar que los establecimientos de salud cumplan los criterios FON.
- Pese a ello, desde el 2014, SUSALUD desarrolla evaluaciones de la calidad de atención incorporando algunos de los instrumentos desarrollados en el FON y acoplándolo a sus propios mecanismos de supervisión de establecimientos de salud.
- Las recientes modificaciones legales, eliminan funciones de acreditación y fortalecen sus capacidades sancionadoras a SUSALUD. Basado en esta última capacidad, se han desarrollado los instrumentos de supervisión integral y por Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS), los cuales incorporan los desarrollos de la propuesta de FON y permite evaluar estructura y procesos en salas de parto, centros quirúrgicos, unidades de cuidados intensivos, bancos de sangre y sistemas de referencia.
- El sistema, aunque no cubre todos los establecimientos de salud, en estos momentos arroja datos desalentadores sobre la calidad de los servicios que se ofrecen, tanto para la atención de la gestante, como la del/de la recién nacido@.

22. Los participantes del taller sugieren incorporar la data producida por SUSALUD en los esquemas de seguimiento y monitoreo del PPSMN.

D. CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO. Enfoque Amazonas y Cajamarca.

1. En el marco del Convenio Específico entre la República del Perú y el Reino de Bélgica, relativo al “Programa de Apoyo a la política de Aseguramiento Universal en salud en el Perú – Componente de Apoyo Presupuestal”, se compromete brindar un apoyo financiero al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, (Convenio específico suscrito en 201330, ratificado por el decreto supremo N° 006-2014-RE31).
2. Para ello se suscribió convenios de apoyo presupuestario al programa presupuestal salud materno neonatal (CAP-PPSMN) entre MEF, SIS y los gobiernos regionales (GORE) de Amazonas y Cajamarca (2014-2017)³² por tener la RMM más alta del país. El GORE se compromete al cumplimiento de metas de Indicadores de Resultado y/o Producto del Programa Presupuestal, así como en la implementación de Compromisos de Gestión para una mejor provisión de los servicios públicos. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) es el responsable de la ejecución del apoyo presupuestal, mientras que el Seguro Integral de Salud (SIS) es el encargado de su supervisión, seguimiento y monitoreo.
3. El objetivo del CAP es incentivar a las entidades públicas a:
 - Incrementar la cobertura de los servicios principalmente en las zonas focalizadas.
 - Reorientar la gestión de los operadores hacia la mejora de la capacidad de prestación de los servicios
 - Reducción de inequidades en los servicios de entrega universal.
 - Mejora de la articulación interna entre las áreas de la entidad, para mejorar la provisión de servicios.
4. El **Convenio de Apoyo Presupuestario** opera acorde a los siguientes pasos:
 - Formulación y suscripción de convenios entre la Dirección General de Presupuesto Público, los gobiernos regionales de Amazonas y Cajamarca, receptoras del apoyo presupuestario, y el Seguro Integral de Salud.
 - Verificación de la DGPP del cumplimiento de metas de indicadores y de compromisos de gestión en función a los períodos y montos establecidos en los convenios.
 - Desembolso del MEF a las unidades ejecutoras del tramo fijo (en función al cumplimiento de compromisos de gestión a nivel regional) y del tramo variable (según logro de las metas a nivel regional).
 - La Entidad Pública incorpora los recursos de donación en el presupuesto del Programa Presupuestal y adopta la priorización de cuatro productos priorizados: atención prenatal reenfocada, atención del parto normal, población accede a métodos de planificación familiar, población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva para las gestantes aseguradas al SIS procedentes de los distritos más pobres del quintil I y II.
 - Se negocia las metas de los criterios de los procesos de gestión del siguiente año.

³⁰ Fuente: Convenios Especifico

³¹ Fuente: Decreto Supremo

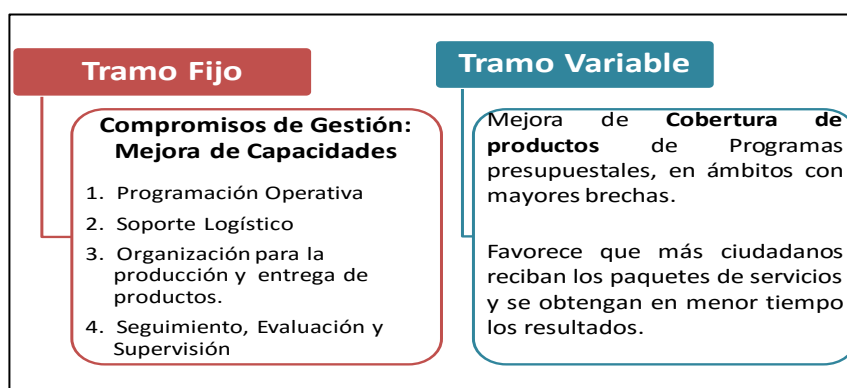
³² Fuente: Convenios de apoyo presupuestario

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

6. La distribución de los recursos se realiza previa verificación del cumplimiento de compromisos de gestión orientadas a mejorar la planificación operativa, los procesos logísticos a fin de garantizar la disponibilidad de insumos en los puntos de atención de los distritos más pobres, la organización de los servicios para favorecer el acceso a servicios de calidad y la implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento de productos y de insumos, del PPSMN por parte del Gobierno Regional (El Tramo Fijo).

7. Por su parte, los indicadores sanitarios están referidos a dar cuenta sobre el mejoramiento de los resultados del PPSMN vía un aumento de cobertura y, por tanto, de la disminución de la morbilidad y mortalidad materno neonatal a nivel de los dos departamentos priorizados (El Tramo Variable). La fuente de información principal para los indicadores del PPSMN, en el marco de los Convenios de Apoyo Presupuestal al Programa Salud Materno Neonatal, es el Seguro Integral de Salud y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Gráfico N° 31. Convenio de Apoyo Presupuestal: Tramo Fijo y Tramo Variable



8. Los Convenios involucran la gestión en todas las unidades ejecutoras responsables de la función salud en el pliego; sin embargo, incide en la mejora de la capacidad de la oferta de servicios en establecimientos de salud ubicados en los distritos de los quintiles 1 y 2.

9. Existen dos mecanismos de incentivos condicionados a desempeño cuyos indicadores se alinean con los usados por el PPSMN, estos el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) para los ejes 1 y 2 del Desarrollo Infantil Temprano (DIT), a cargo del MIDIS y del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), así como por el Convenio per cápita del Seguro Integral de Salud (SIS). Esta articulación de apoyos que se traducen en pagos por desempeño favorecen el compromiso e involucración de las autoridades y funcionarios, técnicos y administrativos, de los niveles regional y subregional para el logro de los indicadores y mejora de los procesos.

Gráfico N° 32. Distritos y Población priorizados en el Convenio de Apoyo Presupuestario del Programa de Salud Materno Neonatal.

Departamento	N° Distritos Q1 y Q2 priorizados	N° Población Q1 y Q2
Amazonas	38	341,580 Hab.

Cajamarca	68	574,609 Hab.
Total	106	916,189 Hab.

FUENTE: INEI Proyección de Población 2014

10. **Monto Total y Anual del Apoyo Presupuestario de los Convenios suscritos.** A finales de 2016, Amazonas recibió S/. 8,470,000 y para Cajamarca se transfirió un monto total de S/. 7,175,000. Además, con los fondos remanentes de los años anteriores acumulados por los intereses ganados por el fondo se firmó en setiembre 2016 una adenda del convenio (nivel 3) por el monto de S/. 3,800,000 por región para el año 2017. Los CAP operan dentro del marco legal establecido para el presupuesto del sector público³³.

Resultados tramo fijo y variable - MEF

Resultados del Tramo Fijo:

Se dividen los cuatro procesos de gestión en subprocesos críticos y para medir el desempeño de los mismos, se han definido criterios los cuales tienen diferentes niveles de cumplimiento para medir el avance de los compromisos de gestión.

Gráfico N° 33. Procesos y subprocesos de gestión del programa presupuestal



- **Proceso 1: Programación Operativa:** Para el año 2016 se consideraron 5 criterios para este primer proceso. Amazonas cumplió inicialmente 3 de ellos y en la subsanación logró 4; mientras que Cajamarca cumplió inicialmente 4 de los criterios y en la subsanación cumplió los 5 criterios establecidos para este proceso. En

³³Ley N° 29465 - Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2010- DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRIGÉSIMA SEXTA.- LEY N° 29951 Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2013. Artículo 15. Apoyo presupuestario para impulsar los programas presupuestales.- Directiva 001-2016-EF/50.01 aprobada con la Resolución Directiva 014-2016-EF/50.01 - Directiva para la Formulación, Suscripción, Ejecución y Seguimiento de Convenios de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestales

conclusión, sólo Cajamarca cumplió en este proceso.

- **Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos.** Para el año 2016 se consideraron 5 criterios para este proceso. En este caso, ambas regiones, Amazonas y Cajamarca, cumplieron sólo uno de los criterios y en la subsanación cumplieron 4 de los mismos. Por ello, ninguna región cumplió con este proceso.
- **Proceso 3: Organización para la producción de los productos y su entrega a los beneficiarios directos.** De los dos criterios establecidos inicialmente, la Dirección General de Presupuesto Público decidió dejar de evaluar el segundo criterio. Amazonas inicialmente no cumplió con el otro criterio establecido, pero en la subsanación lo cumplió. Por el contrario, Cajamarca cumplió con el criterio establecido.
- **Proceso 4: Seguimiento, Supervisión y Evaluación.** Para este proceso se establecieron tres criterios. Amazonas tanto al inicio como en la subsanación no cumplió con ninguno de los criterios establecidos. Por el contrario, Cajamarca cumplió con los criterios establecidos.

Se reconoce la relevancia de apropiarse de estos criterios como una herramienta que permite la mejora de gestión. Por ello, se mide el comportamiento de los procesos claves de gestión que ayudan a lograr mejor cobertura de servicios. Así, la mejora en la calidad y cantidad de registros de información es necesaria para una mejor programación operativa, al igual que las mejoras a nivel nacional para garantizar un adecuado abastecimiento de insumos críticos. Por otro lado, se observan dificultades en la fase de adquisición del proceso de soporte logístico. Es notorio que se encontró dificultades en formular nuevos criterios en la organización para la entrega de productos. Finalmente, en el caso de seguimiento, supervisión y evaluación se observa que en Amazonas se requiere más desarrollo.

A continuación, se muestra la evolución en el tiempo del cumplimiento de los criterios para los cuatro procesos. Es importante aclarar que se negocia para cada nivel, las metas y los criterios de los procesos, por lo cual esta figura no demuestra un desempeño lineal.

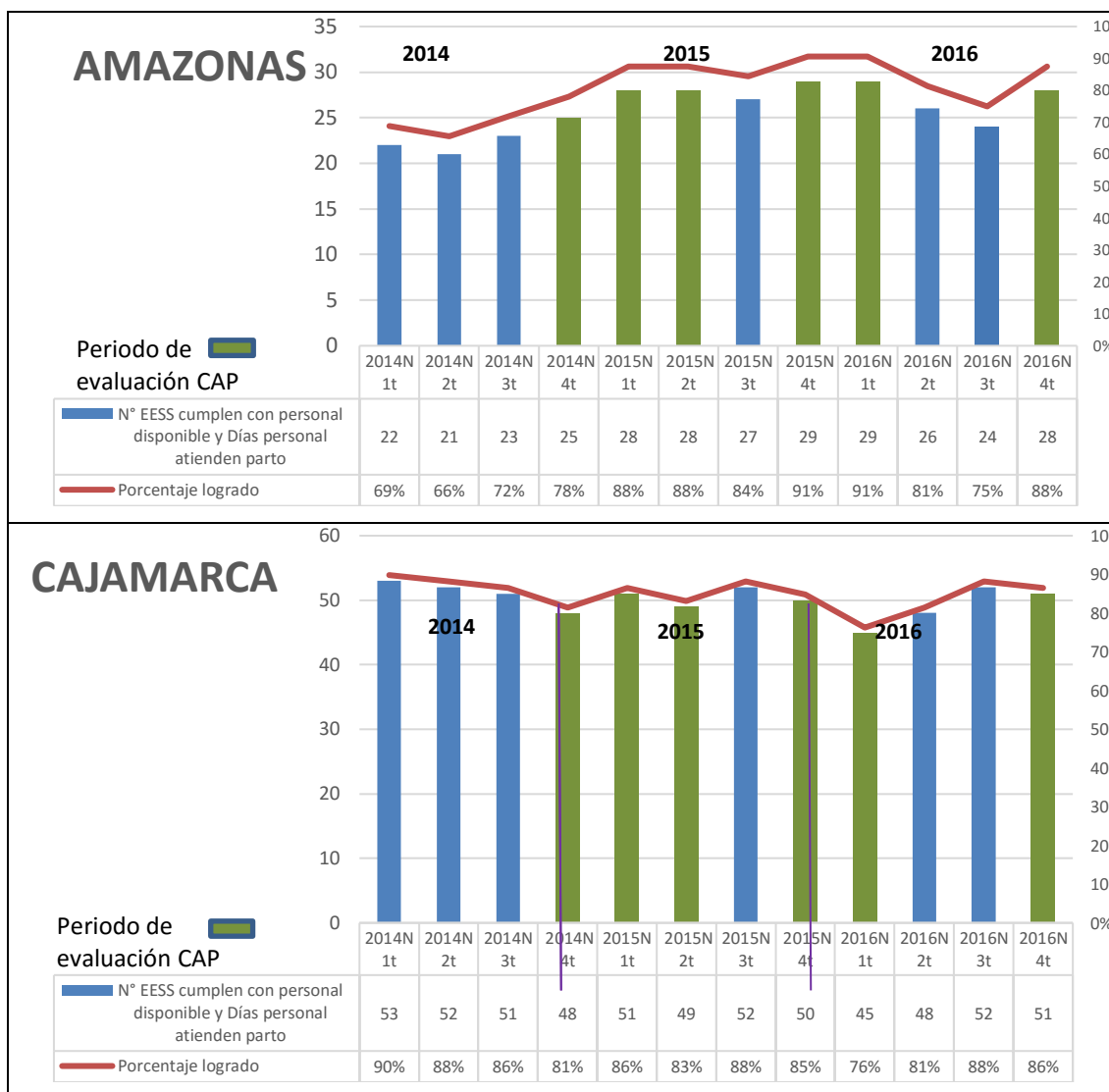
Gráfico N° 34. Evolución del cumplimiento de los Criterios consensuados para los cuatro

Procesos de Gestión del Tramo Fijo.

		Nivel 0 Subsanación 2014	Nivel 1 Subsanación 2015	Nivel 2 Subsanación 2016	Nivel 3 Subsanación 2017
Proceso 1		Criterios: 3	Criterios: 5	Criterios: 5	Criterios: 5
PROGRAMACION OPERATIVA	Amazonas	1 → 1	1 → 5	3 → 4	2 → <input type="text"/>
	Cajamarca	1 → 1	1 → 5	4 → 5	5 → <input type="text"/>
Proceso 2		Criterios: 2	Criterios: 5	Criterios: 8	Criterios: 7
SOPORTE LOGISTICO	Amazonas	0 → 1	1 → 5	1 → 4	2 → <input type="text"/>
	Cajamarca	0 → 0	2 → 4	1 → 4	2 → <input type="text"/>
Proceso 3		Criterios: 1	Criterios: 3	Criterios: 2	Criterios: 1
ORGANIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE PRODUCTOS	Amazonas	1 → 0	0 → 3	0 → 1*	0 → <input type="text"/>
	Cajamarca	1 → 1	3 → 3	1 → 1	0 → <input type="text"/>
Proceso 4		Criterios: 0	Criterios: 3	Criterios: 3	Criterios: 3
SEGUIMIENTO, SUPERVISION Y EVALUACION	Amazonas	X → X	0 → 3	0 → 0	0 → <input type="text"/>
	Cajamarca	X → X	0 → 3	3 → 3	3 → <input type="text"/>

7. Uno de los compromisos de gestión dentro el proceso 2 es garantizar la disponibilidad de recursos humanos en los establecimientos de salud de los distritos pobres de los departamentos. Para ello se estima el número de personal requerido de acuerdo a la demanda y se estima la disponibilidad de días a partir del registro diario de atenciones (HIS), se verifica el tiempo que el personal de enfermería permanece en los servicios y qué tipo de atenciones de salud brindó. Se evalúa la proporción de establecimientos de salud que cuentan con disponibilidad de personal en 3 periodos de 28 días (calendario mensual). Tal como se aprecia en el gráfico N° 34 la proporción de establecimientos que cuentan con personal disponible según demanda se ha incrementado en Amazona de de 65% a 90%, mientras que en Cajamarca se ha mantenido por encima de 80%.

Gráfico N° 35. Disponibilidad de RRHH clave (enf-obst-méd) en EESS FON – CAP PP 0002



Resultados del Tramo Variable

Los gráficos muestran la meta y el valor cumplido de los indicadores del tramo variable por año según los Informes de Verificación del Cumplimiento de metas de indicadores, que evalúan cada año en febrero el desempeño del año anterior. Los porcentajes son los valores del cumplimiento. En el primer año 2014 se calculó “Valor alcanzado 2014/Meta 2014”, lo que fue redefinido por “Incremento real respecto a basal 2013/Incremento esperado respecto a basal 2013”, justificado por un cálculo más real del progreso. Los porcentajes menor que 90% indican un cumplimiento parcial, lo que resultó en una transferencia menor o ausente.

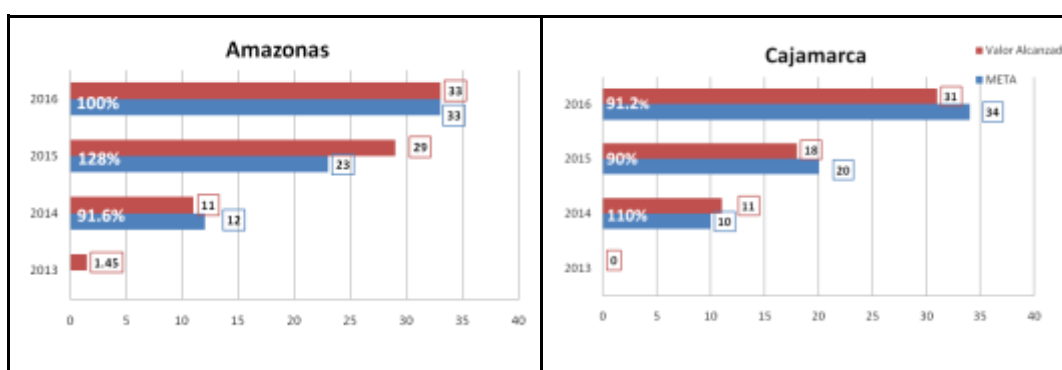
INDICADOR 1: Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones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

En el gráfico N° 35 se aprecia el porcentaje de cumplimiento de la meta del indicador N° 1 para las regiones de Amazonas y Cajamarca. Para el caso de Amazonas se estableció una meta de 33% para este indicador, la cual fue alcanzada, representando 100% de cumplimiento de la meta. Para el caso de Cajamarca, la meta fue 34%, teniendo una ejecución de 31%, llegando a 91,2% de cumplimiento de meta.

Como se puede observar hay progreso significativo, habiéndose casi triplicado el valor reportado en ambas regiones, entre los años 2014 y 2016, lo que refleja un aumento real de las atenciones mínimas que corresponde entregar con oportunidad a la gestante afiliada al SIS.

En el análisis anterior (sección C.2) “Análisis de indicadores de cobertura de productos” se menciona que Amazonas llega a 40.5% y Cajamarca a 35%, para el 2016. Esta diferencia en valor se puede explicar por el comportamiento dinámico de los datos administrativos, y el corte respectivo de la información de los bancos de datos.

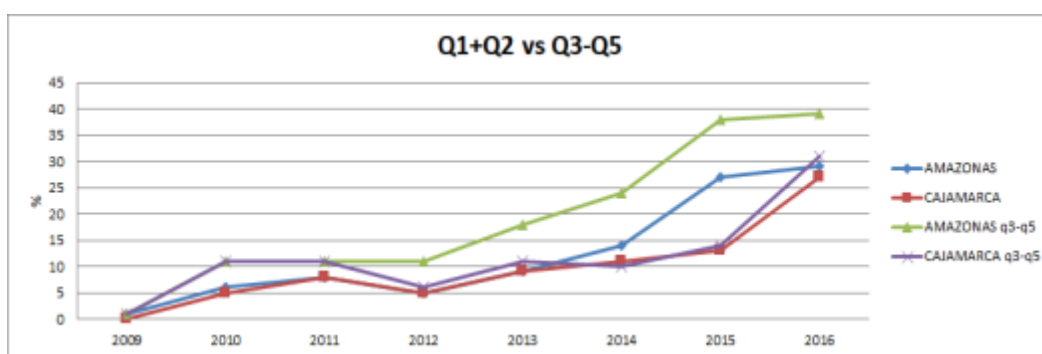
Gráfico N° 36. Variación del Indicador N° 1 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca. 2014 - 2016



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

El CAP-PPSMN busca cerrar las brechas y asegurar una atención de calidad para la población más pobre; por ende, es importante mencionar las diferencias entre estratos socioeconómicos. Por eso se complementa el análisis con el Gráfico N° 36. Se observa que la brecha entre las afiliadas SIS de los quintiles 1 y 2 (Q1-Q2) con los quintiles 3 al 5 (Q3-Q5), según el distrito de residencia, se mantiene en aproximadamente 10 puntos porcentuales en la región Amazonas, mientras que en Cajamarca esta brecha ha pasado de ser casi nula en el 2015 a ser pequeña en el 2016, aproximadamente 5 puntos porcentuales. Es importante analizar qué factores están condicionando este comportamiento.

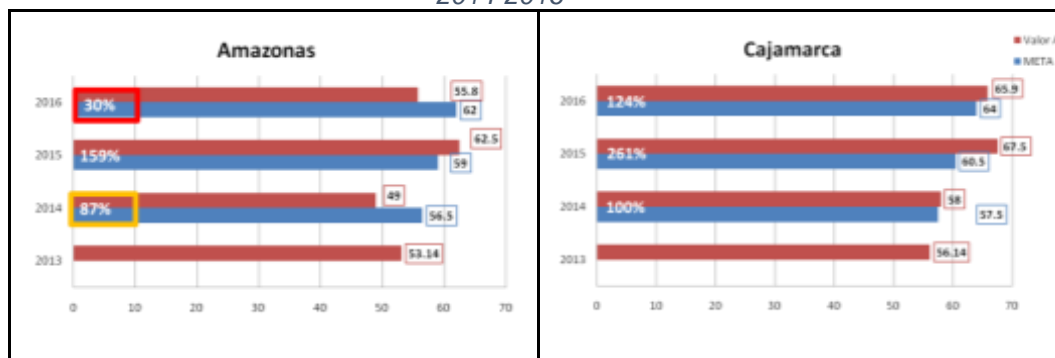
Gráfico N° 37. Variación del Indicador N° 1 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca, 2009-2016 entre quintiles de bienestar (Q1+Q2 vs Q3-Q5)



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

Para el caso del indicador N° 02 del Convenio de Apoyo Presupuestario, el porcentaje de cumplimiento de meta fue de 30% y 124% para las regiones de Amazonas y Cajamarca respectivamente (Gráfico N° 37). El gráfico permite ver un desempeño fluctuante en Amazonas; mientras que Cajamarca progresa hasta el 2015, pero tiene un discreto retroceso en 2016.

Gráfico 37. Variación del Indicador N° 2 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca, 2014-2016



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

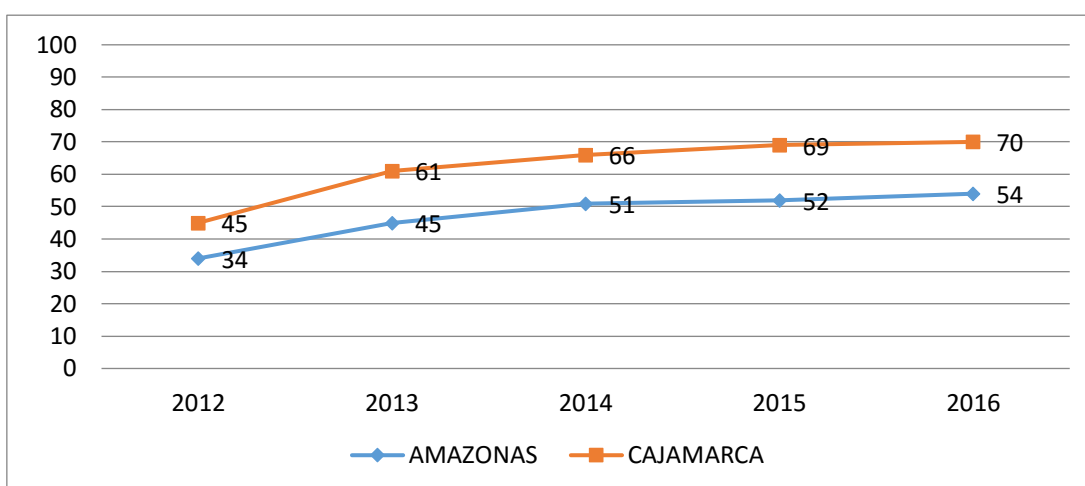
En el diseño del CAP-PPSMN se definió como método de cálculo:

- Numerador: N° de gestantes afiliadas al SIS procedentes de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 con parto institucional en EESS FONB y FONE según RM 632-2012/MINSA.
- Denominador: N° 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.

En las secciones C.4 (Análisis de gestión) y la sección D (Análisis de la calidad de los servicios) se referencia a las limitaciones en el desarrollo de la categorización FON.

Del total de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos q1 y q2 en Cajamarca, el 70% culmina en un parto institucional. En Amazonas esta cobertura es de 54%. En ambos casos se objetiva un avance importante y sostenido, aunque es importante hacer notar que la velocidad de avance ha disminuido.

Gráfico N° 38. Proporción de parto institucional de gestantes afiliadas al SIS procedentes de q1 y q2.

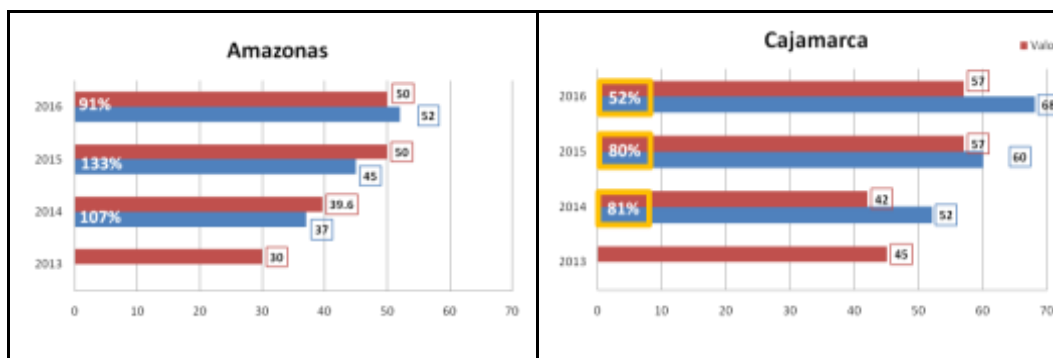


INDICADOR 3: Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 con consejería en Planificación Familiar

En el Gráfico N° 39 se aprecia el porcentaje de cumplimiento de la meta del indicador N° 3 para las regiones de Amazonas y Cajamarca. Para Amazonas, se estableció una meta de 52% para este indicador, alcanzando un valor de 50%, que representa un 96,2% de cumplimiento de la meta. Para el caso de Cajamarca, la meta fue 68%, teniendo una ejecución de 57%, con 83,8% de cumplimiento de la meta. Se mide la proporción de mujeres en edad fértil afiliadas al SIS quienes en los últimos 5 años han recibido por lo menos una atención de consejería en planificación familiar. Resulta llamativo que en términos porcentuales ninguna de las regiones muestre variación en la proporción de mujeres con consejería en planificación familiar entre los años 2015 y 2016. Será interesante de seguir el desempeño de este indicador, porque aunque entre 2013 y 2015 pudiera haber sido un subregistro resultando en un aumento del indicador por la atención recibida por ser parte del CAP-PPSMN. Si posteriormente no se nota mayor cambio significa que se capta anualmente un porcentaje similar de mujeres en edad fértil, sin aumentar la cobertura real.

Gráfico N° 39. Ejecución del Indicador N° 3 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca.

2014-2016



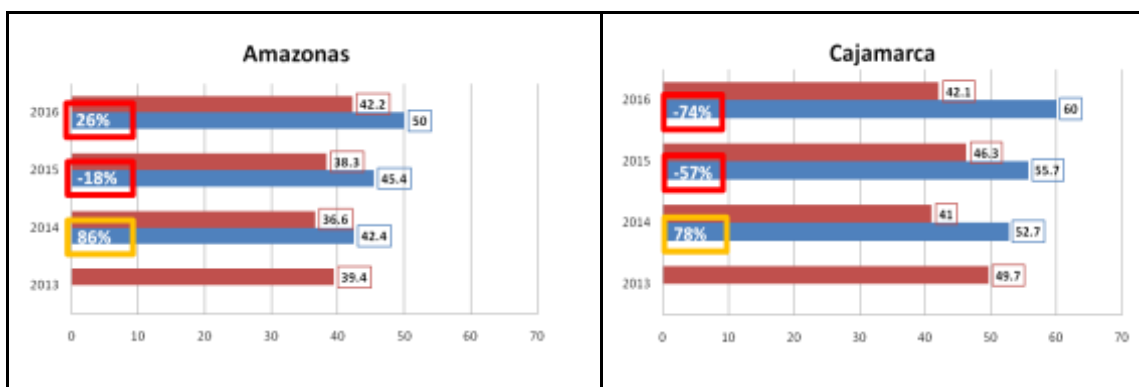
Fuente: Elaboración propia, basado en la información de los informes de verificación de los Convenios de Apoyo Presupuestario-MEF, Amazonas y Cajamarca. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3637&Itemid=101937&lang=es

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

En el Gráfico N° 49 se observa el porcentaje de cumplimiento de la meta del indicador N° 4 para las regiones Amazonas y Cajamarca. Para Amazonas, se estableció 50% como meta para este indicador, alcanzando un valor de 42,2%, representando 26% de cumplimiento de meta. Para Cajamarca, la meta fue 60%, teniendo una ejecución de 42,1%, representando un desempeño negativo valorado como 74% en comparación con la línea basal. Llama la atención que utilizando los datos de la ENDES a lo largo del periodo ambas regiones presenten valores inferiores a sus valores basales, excepto Amazonas sólo para el año 2016. Fue en base a este indicador que se restableció el cálculo del cumplimiento de la meta. En el primer año 2014 se calculó “Valor alcanzado 2014/Meta 2014”, lo que fue redefinido por “Incremento real respecto a basal 2013/Incremento esperado respecto a basal 2013”, justificado por un cálculo más real del progreso.

Gráfico N° 40. Variación del Indicador N° 4 en las Regiones de Amazonas y Cajamarca. 2014-

2016



Fuente: INEI, ENDES 2016.

A modo de conclusión se puede afirmar que los CAP han tenido un efecto positivo en mejorar las capacidades locales para la programación, ejecución y monitoreo y evaluación del PPSMN. El CAP inserta los estímulos necesarios para generar una mejor dinámica entre todos los responsables de los diferentes componentes de los procesos para que estos sean más efectivos. Esta mejora en los procesos se refleja en una mayor disponibilidad de insumos en los tiempos en que estos son requeridos.

Los CAP, además, han permitido identificar los procesos y las barreras o “cuellos de botella” que impiden la adecuada ejecución del programa.

Los indicadores utilizados por el CAP para medir el desempeño, han permitido identificar otras atribuciones del resultado que no se miden con regularidad: cobertura y calidad de algunos productos, y con especial énfasis en la población más pobre. Esto ha permitido movilizar recursos adicionales disponibles orientados a reducir las brechas en las zonas más pobres.

23. REFLEXIONES SOBRE LOS RESULTADOS ALCANZADOS

1. El PP SMN tiene como objetivo fundamental contribuir a reducir la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal. Con la finalidad de orientar la inversión pública, una nueva modalidad de formulación de presupuesto fue desarrollada: Presupuestos por Resultados. Esta se basa en el concepto de orientar las inversiones públicas a aquellas intervenciones que produzcan un resultado tangible para la ciudadanía y que tengan un sólido soporte en las evidencias científicas disponibles. Para ello se desarrolló un modelo lógico y una matriz de indicadores para medir los avances de las diferentes categorías de resultados: finales, intermedios e inmediatos. Estos indicadores se produjeron sobre la base de los sistemas de información existentes en su momento y aquellos que el propio programa contribuiría a desarrollar durante su implementación. Además, vía los Convenios de Apoyo Presupuestario (CAP), el cual es un instrumento complementario al PpR, se desarrollaron indicadores que permitieron evaluar la calidad y oportunidad de los productos entregados, así como los procesos para su adecuada entrega. Estos CAP se desarrollaron en dos zonas del país: Amazonas y Cajamarca.
2. La primera observación general que se puede hacer del PPSMN es que, efectivamente, esta nueva modalidad presupuestaria ha permitido asignar los recursos a intervenciones basadas en evidencias, organizadas de manera lógica y cuyos resultados son plausibles de ser medidos y monitorizados. Esta racionalidad permitió incrementar de manera significativa los recursos orientados a los objetivos sanitarios planteados.
3. Independientemente del monto a ser usado como incentivo, lo importante es generar una política de incentivo que impulse el desarrollo de las acciones de salud pública sustentadas en los marcos lógicos causales y la competencia sana entre regiones para el reconocimiento respectivo.
4. En materia de asignación y ejecución presupuestal, los datos permiten afirmar:
 - Al 2016, la asignación presupuestal se había incrementado en 321% con respecto al año basal.
 - Estos recursos, se han traducido en un aumento efectivo de la disponibilidad de insumos críticos para la entrega de servicios, tanto en recursos humanos, como en equipamiento, medicamentos e insumos de laboratorio;
 - Sin embargo, como veremos más adelante, la adquisición incompleta y tardía de los mismos todavía sigue siendo un reto a resolver y tiene un impacto sobre la calidad de las prestaciones y, por tanto, en la efectividad del programa
 - Otro reto importante es reorientar las intervenciones para que lleguen de manera efectiva a una población en situación de especial vulnerabilidad: la población adolescente.
5. El incremento en la asignación presupuestal ha permitido, según los datos ENDES/INEI, mejorar de manera significativa algunos indicadores clave del programa, tanto inmediatos como intermedios.

- El acceso a métodos de planificación familiar ha aumentado (aunque ligeramente)
 - La atención prenatal, el parto institucional y la cesárea³⁴ se han incrementado de manera significativa, especialmente en las zonas rurales y en los quintiles más pobres, evidenciándose una reducción efectiva de las brechas.
6. Condicionar mayores recursos del estado a la implementación de acciones de salud pública reduciendo el gasto en enfermedades prevenibles y evitables, así como incorporar la evaluación de las acciones colectivas y su financiamiento.
7. Otros elementos del modelo, no obstante, no pueden ser medidos con la misma precisión debido a las debilidades organizacionales del sistema público de salud, incluyendo sus sistemas de información. Estas debilidades no permiten generar los indicadores que permitan monitorear la calidad de atención de manera confiable. Este es el caso de acceso a sangre segura y sus derivados, la evaluación estándar de las funciones obstétricas y neonatales (FON), así como de los sistemas de referencia a establecimientos de complejidad creciente.
8. Sin embargo, a pesar del incremento significativo de la inversión, los resultados del indicador de resultado final, tanto en RMM como en TMN, no se condicen con el incremento presupuestal, siendo una preocupación adicional el hecho que no contemos con el dato de RMM para el 2015, dificultándose así, aún más, la medición del progreso.
9. ¿Cuáles son las razones que podrían explicar este aparente comportamiento paradójico: aumento significativo de la inversión y mejora de la capacidad instalada versus resultados? Entre las razones más importantes se encuentran:
- a) Los fenómenos de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal son complejos y necesitan un abordaje multidimensional. Aunque en ambos casos el acceso a servicios de salud de calidad es clave, también es fundamental reforzar las acciones de educación en el ámbito escolar, en las propias familias y en la comunidad con la finalidad de lograr que todas las mujeres tengan acceso a información oportuna y pertinente sobre la salud sexual reproductiva.
 - b) Aunque el modelo lógico incorpora ambos enfoques (el de los servicios y el de un entorno saludable), el PPSMN ha puesto énfasis en el fortalecimiento de los elementos técnicos relacionados a la prestación de los servicios de salud de diferente complejidad, todos ellos necesarios para reducir los riesgos de una muerte materna o una muerte neonatal. El componente del entorno saludable, sin embargo, tiene un menor desarrollo técnico y operacional. Esto se refleja, además, en el esfuerzo financiero y de gestión del PPSMN el cual refleja este sesgo.
 - c) Otro elemento a tener en cuenta es el de calidad de la atención. La literatura es enfática en señalar que tanto la MM como la MNN se reducen significativamente cuando las gestantes tienen acceso a servicios de salud **de calidad**. El PPSMN, correctamente, ha puesto énfasis en ampliar el acceso al primer nivel de atención (PF y APN) y en aquellos establecimientos de menor complejidad con la finalidad de garantizar una adecuada atención del parto normal; sin embargo, el fortalecimiento de los servicios de mayor complejidad, incluyendo servicios de soporte como bancos de sangre, es aún un tema pendiente.

El PPSMN ha realizado esfuerzos por desarrollar un sistema que permita medir la calidad

³⁴ El aumento significativo de las cesáreas en todos los estratos sociales obligaría una revisión sobre los niveles esperados de la misma y cómo incorporar su medición dentro del PPSMN.

de la prestación. Los resultados preliminares de este esfuerzo dan cuenta que la calidad de los servicios es aun deficiente. Los datos de supervisión de servicios de SUSALUD refrendan este diagnóstico. Otro aspecto de la calidad de la atención es la cobertura; vale decir, si las usuarias de los servicios están recibiendo todos los servicios que requieren, tanto para evitar un embarazo no deseado, como para su adecuado control. Los datos del SIS muestran una realidad diferente a los datos del ENDES/INEI. Esta situación es más crítica en la población adolescente.

Así, aunque los recursos puestos a disposición del PPSMN buscan aumentar la disponibilidad de los insumos necesarios para la generación de los productos esperados, no dispone de mecanismos que permitan influir en el proceso de mejora de los procesos que conviertan los insumos en un producto de calidad en términos de eficacia, efectividad, eficiencia, seguridad, oportunidad y continuidad.

- e) Población adolescente. 14,8% de las muertes maternas registradas en el 2016 se produjeron en el grupo de edad menor a los 19 años de edad. Este porcentaje se ha mantenido sin variaciones durante todo el periodo de aplicación del PPSMN. Las actividades orientadas a esta población y que se miden en la matriz de indicadores del programa se concentran en la consejería entregada en el establecimiento de salud. De por sí, según la literatura del propio modelo lógico, esta es una intervención poco efectiva. Además de ello, los recursos asignados a esta actividad no superan el 1% del presupuesto total.
- f) Poblaciones rurales y en pobreza extrema. En este caso no se puede hacer una afirmación categórica dado que los análisis regulares de mortalidad materna no presentan este dato con regularidad. Este es un vacío importante y relevante para el PPSMN que fue diseñado en parte como una estrategia para reducir la pobreza y la inequidad.
- g) Hipótesis no evaluadas en el presente estudio pero que sin embargo requieren ser evaluadas con mayor profundidad son:
 - La capacidad de absorción de la demanda que tienen nuestros servicios de mayor complejidad, especialmente en las zonas urbanas cuyas poblaciones vienen creciendo a una mayor velocidad que el ritmo de crecimiento de la oferta sanitaria.
 - El crecimiento relativo de la mortalidad materna indirecta, producto del aumento de las enfermedades crónicas, no transmisibles, los accidentes, la violencia y las enfermedades degenerativas. Este fenómeno global también se denomina “diversificación” de la mortalidad materna y explica una tercera parte de las muertes maternas en el Perú.
- h) La matriz de indicadores del modelo lógico, por otro lado, tiene algunas debilidades:
 - Existen áreas del modelo lógico que no se miden o se miden con poca regularidad. Este es el caso de los componentes de gestión y aquellos orientados a la promoción de la salud (familias, escuelas, comunidades y municipios saludables). En el componente de gestión, además, los indicadores necesitan un mayor nivel de desarrollo, incorporando mediciones del esfuerzo por desarrollar o mejorar los sistemas de información. Las actividades por mejorar la vigilancia de la MM o de la MNN, o los realizados por establecer un sistema de medición de la calidad no se miden este último. En relación con las actividades de promoción de la salud, la evidencia señala que estas son las intervenciones más efectivas para reducir el embarazo adolescente no deseado y, eventualmente, la mortalidad materna en este grupo etario.

- Existen indicadores relevantes que no se han podido construir adecuadamente. Este es el caso de los indicadores que se han construido teniendo como denominador el “número de establecimientos que cumplen con los criterios establecidos en las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)” o “número de establecimientos que son parte de un sistema de referencia y contra referencia”. En el primer caso, los resultados del FON (ya sea por autoevaluación o por evaluación externa) son desalentadores: el número de establecimientos que cumplen con los estándares mínimos establecidos no supera el 5%. En el caso de los sistemas de referencia y contra referencia, el país no ha desarrollado tal sistema aún. En ambos casos, cuando el denominador es muy bajo o el dato no está disponible, el indicador no se puede construir; por tanto, ya no se puede medir el fenómeno al cual se pretende dar seguimiento.
- Existen indicadores que no cumplen su propósito. Este es el caso del indicador que mide el desempeño de bancos de sangre.

10. El sistema de monitoreo y evaluación del PPSMN se construye en un entorno institucional con sistemas de información que necesitan ser fortalecidos. La mayoría de indicadores derivados del modelo se construyen con datos proporcionados por las ENDES/INEI, las encuestas sobre FON, encargada al INEI y, de manera complementaria, con datos administrativos; así:

- La información sobre la magnitud y dinámica de la RMM y TMN es inoportuna para el proceso de toma de decisiones (MM) y en algunos casos de limitada confiabilidad (MNN). Los esfuerzos desarrollados por la DGE para resolver este problema, vía la ampliación de las unidades de notificación necesitan apoyo financiero y técnico.

11. Mientras tanto, se reconoce la existencia de las dos fuentes de información principales, ambas con sus fortalezas y debilidades. Por un lado, los datos ENDES/INEI cuentan con un registro amplio histórico, basado en encuestas, lo que conlleva un dato de percepción personal, pero con muestras relativamente pequeñas. Por otro lado, los bancos de datos del seguro integral de salud (SIS) que cuenta con registros administrativos nominales, que se basa en un correcto llenado, procesamiento de Fichas Únicas de Atención, datos contables que condicionan su pago, lo que incentiva el registro de las mismas.

12. Otros temas a tomar en cuenta en materia de sistemas de información y manejo de los datos son:

- Que no todas las instituciones utilizan las mismas definiciones operacionales para medir las actividades incluidas en el PPSMN; por ejemplo, Atención pre natal.
- Que la construcción de los indicadores adolece de la falta de procedimientos estándares, haciéndoles perder confiabilidad.

13. Los talleres y entrevistas permitieron identificar un conjunto de elementos de gestión y del entorno organizacional que afectan directamente el desempeño del programa. Algunos de estos se presentan en la siguiente sección.

Factores internos que afectan el desempeño del PP SMN

- Tanto en el nivel central como en el descentralizado se evidencian problemas de programación, los cuales conducen a una inadecuada definición de la estimación de la meta física de algunos productos por parte del responsable del programa.
- Los problemas de programación, a su vez, son consecuencia de una mezcla de problemas. El primero, la inexistencia de protocolos en unos casos o su falta de actualización, en otros. A esto se suma el limitado uso de la información para su realización, así como para la estimación de la demanda y coberturas reales de los productos a partir de datos administrativos nominados. Finalmente, se mencionó cierto nivel de la alienación de los gestores con respecto al producto del proceso mismo de programación ya que los resultados de este ejercicio no son respetados por otros niveles de decisión.
- Las dificultades para cuantificar el valor del capitado usado por el SIS no han podido ser superadas. El último esfuerzo para su cuantificación, vía un estudio actuarial, ya ha sido desestimado por errores derivados de la baja calidad del dato fuente. El cápita es un elemento fundamental para la programación de actividades que serán financiadas por SIS. La queja permanente entre proveedores es que el monto del cápita es insuficiente. Esta situación de insatisfacción se agrava con las demoras en los desembolsos, lo cual ya ha sido corregido en el último año.
- La gestión del PPSMN, se ve afectada por la permanente rotación del personal responsable de su manejo y del conjunto de la administración pública.
- Limitaciones en la rectoría del sector para ejercer gobierno sobre las IPRESS de mayor complejidad, especialmente en el campo de la calidad sobre las otras IAFAS e IPRESS (por ejemplo, EsSalud) para que asuman la responsabilidad de la atención preventiva a las mujeres en edad fértil, especialmente en las adolescentes.
- Entre el 2015 y 2016, sin embargo, se han dado algunos avances en materia normativa y programática; entre estos, se resalta la aprobación de la nueva norma técnica de atención integral para la salud materna, que incluye la atención prenatal reenfocada, la aprobación de los lineamientos del Desarrollo Infantil Temprano.

Aporte de los Convenios de Apoyo Presupuestario al logro de los resultados

- Se resalta, igualmente, el efecto positivo que han tenido los CAP en mejorar las capacidades locales para la programación, ejecución y monitoreo y evaluación del PPSMN. El CAP inserta los estímulos necesarios para generar una mejor dinámica entre todos los responsables de los diferentes componentes de los procesos para que estos sean más efectivos. Esta mejora en los procesos se refleja en una mayor disponibilidad de insumos en los tiempos en que estos son requeridos.
- Los CAP, además, han permitido identificar los procesos y las barreras o “cuellos de botella” que impiden la adecuada ejecución del programa.
- Los indicadores utilizados por el CAP para medir el desempeño, han permitido identificar otras atribuciones del resultado que no se miden con regularidad: cobertura y calidad de

algunos productos, y con especial énfasis en la población más pobre. Esto ha permitido movilizar recursos adicionales disponibles orientados a reducir las brechas en las zonas más pobres.

Factores Externos que afecta el desempeño del PP SMN

- Pobreza estructural. Aunque el país muestra avances significativos en materia de reducción de la pobreza monetaria, existen otros elementos estructurales que limitan el acceso de la población a los bienes y servicios de la sociedad, entre ellos los de salud, entre estos factores resaltan las barreras geográficas y etno-culturales.
- Una de las dimensiones a tomar en cuenta son los bajos niveles educativos de las mujeres, especialmente de las poblaciones que viven en situación de pobreza o vulnerabilidad social.
- Entre estas últimas, las niñas y adolescentes se encuentran entre las poblaciones en especial situación de vulnerabilidad. Según el informe “Estado de la Población Mundial 2013”, elaborado por el UNFPA, el embarazo en la adolescencia es especialmente riesgoso para las menores de 15 años. “Las madres menores de 16 años tiene 4 veces más riesgo de morir que una mujer mayor de 20 años (...) los mayores peligros son el parto prematuro, la pre eclampsia y el bajo peso en los recién nacidos”. En el Perú, cada día 4 niñas de 15 años se convierten en madres. Parte de la vulnerabilidad de la población adolescente es el estar expuestas al riesgo de la violencia sexual. En el Perú, 34,6% de adolescentes de 12 a 17 años alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual y 19,9% de las adolescentes de 12 a 17 años de edad sufrió violencia sexual en los últimos 12 meses anteriores a la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES 2013 y 2015).³⁵
- Débil involucramiento de los otros sectores (educación, gobiernos locales) en intervenciones orientadas a proteger a la mujer.
- Limitado desarrollo y penetración del enfoque de género en la sociedad peruana. Las visiones tradicionales sobre el rol de la mujer, así como la violencia basada en género contribuyen al deterioro de la salud y el bienestar de la mujer.
- Finalmente, la alta discrecionalidad existente en los Gobiernos Regionales, los cuales no necesariamente planifican, ni programan los recursos en concordancia con la propuesta del sector salud, sea este de carácter regional o nacional.

El avance de la política.

14. Los participantes en las diversas sesiones coinciden en señalar que el entorno político e institucional es de alta incertidumbre debido a varios elementos concurrentes. Entre los más importantes tenemos el cambio de gobierno en el poder ejecutivo y en el poder legislativo, como resultado de las elecciones generales del 2016, esto incluye el recambio de la mayoría de funcionarios de alto y mediano nivel de las instituciones directamente involucradas con el proceso de implementación del PPSMN.

15. El cambio en el Ministerio de Salud tiene particular relevancia toda vez que la nueva gestión no ha presentado (al momento de presentar este informe) un Plan Sectorial para los próximos 5 años; a pesar de ello, se han realizado algunos cambios que ya tienen impacto en el programa, entre ellos dos cambios importantes al Reglamento de Organización y Funciones el Ministerio

³⁵Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. (2017). Prevención del embarazo en adolescentes. Situación y Perspectivas al 2021.

de Salud, cambios que se suman al realizado a finales de la gestión del último Ministro de Salud del gobierno saliente.

16. Estos tres cambios en el ROF crean dos vice-ministerios, uno responsable de los programas de salud pública (La estrategia de Salud Sexual y Reproductiva se encuentra en este viceministerio), y el otro de la gestión y financiamiento de los servicios de salud, incluyendo su supervisión (el SIS y SUSALUD se encuentran en este viceministerio). La estrategia de Salud Reproductiva pasa a ser una Dirección Ejecutiva, al igual que la ex - Dirección General de Promoción de Salud. Se debilitan las estructuras relacionadas con el gobierno de la calidad de la salud; por ejemplo, desaparece la dirección de calidad y se incorpora como actividad dentro de la dirección de servicios. Otros cambios importantes han sido la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, el cambio de las funciones asignadas a SUSALUD en materia de acreditación de los servicios de salud, la intervención de las operaciones del SIS, la paralización y reformulación de las compras corporativas de los medicamentos y los cambios establecidos en la categorización de los establecimientos de salud.

17. Otro cambio considerado como relevante es el producido en el Ministerio de Educación. El primer ministro de educación del primer gabinete del gobierno entrante fue interpelado y posteriormente censurado. Este ministro se caracterizaba por su importante apoyo a las políticas enfocadas en las y los adolescentes.

18. Se han identificado elementos del entorno que pueden afectar el desempeño del programa de manera negativa. El primero de ellos son los altos niveles de conflictividad social y el segundo es la fuerte y creciente presión social y política ejercida por los movimientos conservadores. A pesar de ello, es positivo que el nuevo gobierno haya ratificado su compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Declaración Internacional por los Derechos del Niño.

24. CONCLUSIONES

1. El PPSMN ha servido para aumentar significativamente la inversión en intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna y la mortalidad neonatal y destinarlos a intervenciones de eficacia y efectividad comprobada por las mejores evidencias disponibles en el momento de su diseño.
2. Los recursos asignados al programa han crecido en 321% entre el 2009 y el 2017. Esto ha permitido aumentar, también significativamente, la disponibilidad de recursos humanos, equipamiento, medicamentos y otros insumos críticos requeridos para producir los servicios de Planificación Familiar, Atención Pre Natal, Atención del Parto Normal y por Cesárea, así como la atención del Recién Nacido Normal y Complicado.
3. Persisten barreras para ejecutar oportunamente los recursos financieros asignados al programa. Aunque se evidencian algunas mejoras, el patrón de ejecución sigue concentrada en el último trimestre del año.
4. Se evidencia, igualmente, que el PPSMN, potenciado por el SIS, ha servido para aumentar el acceso a estos servicios por parte de la población rural y más pobre.
5. La población adolescente no se ha visto beneficiada significativamente por las intervenciones del PPSMN. En materia de equilibrio de asignación presupuestal por productos, se evidencia la necesidad de aumentar sustantivamente las inversiones en los productos orientados a reducir el embarazo adolescente. La inversión en esta área no supera el 2%. Esto a pesar de que la mortalidad materna en menores de 19 años representa alrededor de una quinta parte de la MM, proporción que no ha disminuido durante toda la existencia del PPSMN.
6. El PPSMN muestra, igualmente, que existen aún retos en materia de cobertura poblacional, conjunto de prestaciones, oportunidad de su entrega y continuidad del servicio; así como de calidad de la atención, entendida esta última como servicios eficaces, efectivos, eficientes, seguros, continuos y oportunos. Esto se explica por el hecho que el PPSMN se implementa en un marco institucional aún débil que limita su desempeño, entre ellos los procesos de gestión del programa.
7. La base de datos del SIS permite medir con mayor precisión tanto el acceso a métodos de planificación familiar (% de MEF que usan los servicios de SSR con uso de algún MAC), como el atención prenatal (Proporción de mujeres con parto institucional afiliadas al SIS procedentes de distritos de los quintiles 1 y 2 que durante el embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico) y el parto institucional (Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS procedentes de los distritos de los quintiles 1 y 2 que tienen parto institucional). De manera sistemática, mediante el uso de estos indicadores, se puede demostrar que: a) los indicadores utilizados en los convenios brindan información complementaria a la producida por el ENDES; b) los resultados de estos indicadores demuestran que la cobertura de los servicios es aún baja; c) que cuanto más completo y complejo es el indicador, la cobertura disminuye; y, d) que, aunque aún baja, los indicadores muestran una mejora sustantiva con los años.
8. Los CAP del PPSMN, implementados tanto en las regiones Amazonas como Cajamarca, muestran la importancia de intervenir sobre los procesos de gestión (desde la programación, hasta el análisis de la información). Los CAP no solo han servido para fortalecer las capacidades individuales (capacitación) e institucionales (equipamiento), sino también para generar una dinámica organizacional de colaboración orientada al logro de resultados. Esta última modulada

por incentivos incorporados en los CAP. Este enfoque y sus instrumentos, así como las lecciones aprendidas pueden servir como plataforma para el SIS, que también usa los convenios como mecanismo para las transferencias financieras, así como para desarrollar nuevos indicadores de desempeño a ser incorporados para la medición del desempeño del PPSMN a nivel nacional.

9. A pesar de haber sido incorporado en su diseño inicial, las intervenciones sobre la familia, la comunidad y la escuela no han sido priorizadas.

10. La matriz de indicadores desarrollada para monitorear el desempeño del PPSMN y la cadena de valor (Insumo – Proceso – Resultado), se aplica de manera parcial. Así, se reconoce que los datos más robustos se relacionan con la medición de la disponibilidad (en cantidad y oportunidad) de los insumos necesarios para la generación de un producto o resultado. La medición de los resultados, sean estos finales, intermedios o inmediatos no es homogénea en disponibilidad, calidad y oportunidad.

11. Los importantes esfuerzos realizados por el PPSMN por mejorar la calidad de los sistemas de información para el monitoreo del propio programa no son medidos.

12. Los resultados presentados en este informe son similares a los encontrados en experiencias internacionales de financiamiento por resultado, tanto en el área materno infantil, como en otras áreas^{36,37,38,39,40}. La literatura internacional revisada señala que este tipo de programa han probado tener más impacto sobre indicadores de proceso que sobre indicadores de resultado y que aún entre estos últimos, su impacto es mayor sobre resultados intermedios que sobre los resultados finales. Esto se explica porque dichos indicadores (de proceso y de resultados inmediatos o intermedios) son más fáciles de ser intervenidos por el proveedor que los indicadores finales, los cuales son influenciados por factores externos sobre los cuales el gestor tiene limitado o ningún control. La medición del impacto también depende del diseño del programa, ya que en algunos casos los programas se imponen objetivos poco realistas o sobreestimados o sus indicadores no se construyen de manera adecuada. Es difícil, igualmente, poder diferenciar si el impacto logrado se debe al diseño del programa o al incremento de los recursos disponibles para el mismo. En otros casos, la mejora de los indicadores se relaciona no solo con la mejora en la disponibilidad de recursos en el servicio final, sino en la mejora sustancial de los procesos de soporte.

³⁶Ogundeji Y.K. et al. The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy* 120 (2016) 1141-1150

³⁷Oxman A D and Fretheim A. Evaluations of results-based financing in Low and Middle Income Countries. *Journal of Evidence Based Medicine* 2 (2009) 184-195

³⁸Ogundeji Y.K. (2015) Pay-for-performance for health service providers. Effectiveness, design, context and implementation. Thesis for Doctor of Philosophy. University of York. Health Sciences.

³⁹Scheffler R M. (2010) Pay for Performance (P4P) Programs in Health Services: What is the Evidence? World Health Report (2010) Background Paper, No 31

⁴⁰Basinga P, Et al. (2011) Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *The Lancet* 377: 1421-1428

25. SUGERENCIAS

1. Luego de casi una década después de su desarrollo inicial, el modelo lógico del PPSMN requiere de una revisión y actualización de forma tal que incorpore los cambios producidos en estos años, tanto en el enfoque (pasar de un enfoque centrado en la mortalidad a uno centrado en la salud sexual y reproductiva; de un enfoque centrado en las instituciones a uno centrado en la persona, la familia y la comunidad, cubiertos por una red de servicios de salud), como de composición de servicios. El modelo lógico debe responder a los cambios producidos en la dimensión, la distribución y dinámica de los problemas sanitarios (MM y MN), los cuales, a su vez, son el resultado del impacto del propio PPSMN, pero también de los rápidos cambios institucionales, culturales, demográficos, epidemiológicos, económicos y políticos producidos en el Perú en este periodo. Además, se han generado nuevas fuentes de información y más y mejores evidencias; también se han acumulado experiencias y se tienen importantes lecciones aprendidas. Todos estos elementos deben ser incorporados en una nueva versión del modelo lógico que dé soporte a un renovado PPSMN que incorpore, con especial énfasis, las necesidades de la población adolescente, de las poblaciones nativas y aquellas gestantes con riesgo de morir por causas indirectas.

2. Es imperativo, por ejemplo, avanzar más en la medición de la cobertura real de los servicios, así como de la calidad de los mismos y el impacto que estos tienen en todo el universo de la población objetivo, como en segmentos poblacionales específicos. Existen esfuerzos por mejorar la calidad del dato y fuentes de información que pueden ser incorporados en los sistemas regulares de monitoreo y evaluación. Todos estos esfuerzos necesitan ser potenciados. Entre estos:

- El SIS procesa información valiosa que permitiría evaluar la cobertura de los servicios con mejor precisión y oportunidad que el ENDES/INEI;
- SUSALUD, puede informar mejor sobre la calidad de los mismos, aunque todavía no cubre todo el universo de establecimientos de salud.
- La DGE ha desarrollado sistemas de vigilancia de MM y MNN; sin embargo, es necesario redoblar los esfuerzos para registrarlos datos adecuadamente, reportarlos de manera oportuna, así como analizar de forma permanente su evolución.
- Se requiere fortalecer el espacio intercambio de información y análisis sobre la base del recientemente conformado Comité de Seguimiento del PPSMN en el cual participan todas las instancias encargadas de su implementación.

3. Se evidencia, igualmente, que existen por lo menos tres áreas en que la medición del desempeño necesita ser creada o mejorada:

- a) Los procesos de gestión, (incluyendo la captura, procesamiento y análisis de la evolución de los indicadores), carecen de indicadores para medir su propio desempeño; así, procesos como el de programación, adquisición y distribución de insumos o de desembolsos y transferencias de recursos financieros o del proceso

de contratación de los recursos humanos no se miden de manera permanente u oportuna.

b) Las actividades de promoción de la salud, aunque se encuentran mencionadas, se encuentran poco desarrolladas y no existen mecanismos regulares de seguimiento sobre su desempeño. El SIS ha implementado el registro de actividades de salud colectiva, aprobado con RJ 061-2016, que permite evaluar las atenciones colectivas establecidas en los Programas presupuestales de manera nominal. A la fecha viene utilizándose este sistema de información en los CPA del FED para medir sesiones demostrativas. Así mismo señalar que el financiamiento para las actividades colectivas va incluido dentro del RO de los PP sin condicionamiento y evaluación de indicadores, ya que no hubo sistemas de información que permitan su seguimiento. En ese sentido se sugiere su modulación a través de incentivos monetarios para impulsar las actividades promocionales y colectivas en el país generando inversión en salud y conteniendo o reduciendo el gasto en enfermedades.

c) El acceso y la prestación de servicios de alta complejidad (incluyendo sistemas de referencia y contrareferencia, bancos de sangre, cuidados intensivos), carece de indicadores que permitan medir su desempeño y las fuentes de información no han sido estandarizadas y sus datos no son regulares ni confiables.

4. Independientemente al desarrollo de una nueva matriz de indicadores de desempeño, es imperativo realizar una evaluación de la calidad de los datos de MM y MN, así como de los procesos existentes para la generación del dato. Sobre esto último, es necesario fortalecer la vigilancia y el análisis de los datos de MN.

5. Existen procesos clave del PPSMN que necesitan ser fortalecidos. Entre ellos destaca el de programación. Este, a su vez, depende, entre otros, de la actualización de los protocolos de atención, la revisión de las definiciones operacionales y criterios de programación, el adecuado entrenamiento del personal que la realiza, etc.

6. Un área que requiere una revisión exhaustiva es el relacionado a la programación y seguimiento de los insumos de planificación familiar. Las sugerencias planteadas en el taller para mejorar la medición del grado de avance del objetivo intermedio en materia de planificación familiar para MEF durante el periodo de un año incluyen, entre otros, el priorizar la medición en los quintiles 1 y 2, restringir su medición a un sub-grupo de métodos modernos y usar bases nominadas para realizar su seguimiento.

7. La actualización de los protocolos también es clave para revisar y relanzar la Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud – ENESA, especialmente en lo que respecta al FON.

8. Otro proceso de igual importancia es el relacionado a la valoración del capitado del SIS, que al igual que el anterior también depende de los protocolos de atención. Sin embargo, está demostrado que, al incorporar la medición de indicadores en los convenios, se garantiza su evaluación objetiva y esto permite su crecimiento y adecuada modulación, alineándolos a los objetivos sanitarios y financieros.

9. Es necesario que el MINSA lidere la revisión los criterios para la asignación

presupuestal, el cual debiera estar más orientado a cerrar las brechas de inequidad. Aunque se evidencia avances en el equilibrio de asignación presupuestal por productos, se necesita avanzar en materia del equilibrio de la distribución presupuestal territorial.

Bibliografía

- Ávila J, Tavera M, Carrasco M. Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica. 2015;32(3):423-30.
- Ávila J. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal nacional en el Perú, Año 2016 (SE 1-52); 26 (1): 1218 – 1222.
- Basinga P, Et al. (2011) Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. The Lancet 377: 1421-1428
- EuropeAid, “Apoyo Presupuestario en América Latina” – Patrick Gallard 2012 (<http://www.delper.ec.europa.eu>).
- Graham, Wendy et al. **Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health.** The Lancet, Volume 388, Issue 10056, 2164 – 2175
- Huicho L. Et al. Examining national and district-level trends in neonatal health in Peru through an equity lens: a success story driven by political will and societal advocacy. BioMed Central PublicHealth 2016, 16(Suppl 2):796
- INEI. ENDES 2016
- Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. (2017). Prevención del embarazo en adolescentes. Situación y perspectivas al 2021.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 28927: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2007. 30 de noviembre del 2006.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 29142: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2008. 10 de diciembre del 2007.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 29951: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2013. 04 de diciembre del 2012
- Ministerio de Economía y Finanzas – MEF (2008). PE0002 Programa Estratégico Materno Neonatal. Documento de diseño. <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-publico-sp-18162/211-presupuesto-por-resultados/2144-salud-materno-neonatal><https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-publico-sp-18162/211-presupuesto-por-resultados/2144-salud-materno-neonatal>
- Ministerio de Salud del Perú. Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/CDC-V-02. Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la muerte materna, aprobada por RM N°778-2016/MINSA.
- Maguiña M, Miranda J. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Ministerio de Salud. 2013. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/MORTALIDAD_%20MATERNAPERU.pdf.
- Ogundeji Y.K. et al. The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. Health Policy 120 (2016) 1141–1150
- Oxman A D and Fretheim A. Evaluations of results-based financing in Low and Middle Income Countries. Journal of Evidence Based Medicine 2 (2009) 184–195
- Ogundeji Y.K. (2015) Pay-for-performance for health service providers. Effectiveness, design, context and implementation. Thesis for Doctor of Philosophy. University of York.
- Presidencia del Consejo de Ministros. Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2017/04/PNMGP.pdf>
- Scheffler R M. (2010) Pay for Performance (P4P) Programs in Health Services: What is the Evidence? World Health Report (2010) Background Paper, No 31
- Távara L. Rol de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en la toma de decisiones. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2005; 51(3): 136-142.

- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015
- WHO (2016) Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/



LA COOPERACIÓN BELGA
AL DESARROLLO **.be**