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"

La República del Perú, citado en adelante como "Perú", por una parte

y

el Reino de Bélgica, citado en adelante como "Bélgica", por otra

Denominados en lo sucesivo « las Partes »;

- Visto el Convenio General de Cooperación Bilateral establecido entre el Reino de Bélgica y la República del Perú firmado en Lima el día 15 de octubre de 2002.

- Vista el acta aprobada de la Comisión Mixta celebrada entre las Partes en Lima el día 24 de Septiembre 2009, Anexo 1 "Bélgica-Perú Programa Indicativo de Cooperación (PIC) 2010 - 2013".

- Vista la Carta de Intenciones de Cooperación Internacional para el Aseguramiento Universal en Salud para el seguimiento conjunto entre el Gobierno del Perú y los Socios al Desarrollo del sector salud, con respecto a los Principios de Partenariado para el Apoyo a la implementación del Aseguramiento Universal en Salud,

disponen lo siguiente:

ARTÍCULO 1 - Definición y objeto del convenio

1.1 Mediante el presente Convenio específico, Bélgica se compromete a brindar un apoyo financiero al "Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal" para contribuir en la implementación de la política de aseguramiento universal a través del Seguro Integral de Salud. Este convenio se desarrolla como parte del Programa de Apoyo a la política de Aseguramiento Universal en salud en el Perú - Componente de Apoyo Presupuestal. La descripción del Programa Presupuestal se detalla en el anexo que forma parte de este convenio.

El objetivo general de este Programa de cooperación es "El derecho de toda persona en situación de pobreza y pobreza extrema a servicios de salud de calidad ha sido garantizado mejorando el nivel de salud de la población".

El objetivo específico de este Programa de cooperación es: «Al 2016, la cobertura de afiliación y de beneficios del Seguro Integral de Salud ha sido extendida con garantías de calidad implementadas para hombres, mujeres, niños y niñas en situación de pobreza y extrema pobreza, según sus necesidades diferenciadas, en regiones priorizadas del país en el marco del Aseguramiento Universal en Salud».

ARTÍCULO 2 - Responsabilidades de las Partes

2.1 La Parte belga designa a:

2.1.1. La Dirección General de la Cooperación al Desarrollo, denominada en lo sucesivo la "DGD", del Servicio Público Federal (SPF) de "Asuntos Exteriores, Comercio Exterior y Cooperación al Desarrollo", como la entidad administrativa responsable de su contribución al Programa de Apoyo a la política de aseguramiento universal

en salud en el Perú, componente ayuda presupuestal. La DGD está representada en el Perú por el Consejero/Agregado de la Cooperación al Desarrollo de la Embajada en Lima.

2.1.2 La "Cooperación Técnica Belga", sociedad anónima belga de derecho público con finalidad social, denominada en adelante la "CTB", como el órgano responsable de la participación belga en lo relativo al seguimiento de la implementación del Programa de Apoyo a la política de aseguramiento universal en salud, componente ayuda presupuestal y de la transferencia de fondos. La CTB está representada en el Perú por su Representante Residente en Lima.

2.2 La Parte peruana designa a:

2.2.1 La Agencia Peruana de Cooperación Internacional, en adelante denominada "APCI", como la entidad peruana responsable de la coordinación con la Embajada de Bélgica en Lima.

2.2.2 El Ministerio de Economía y Finanzas, en adelante denominado "MEF", como la entidad responsable de la ejecución del Apoyo Presupuestal.

2.2.3 El Seguro Integral de Salud, organismo público descentralizado del Ministerio de Salud, responsable técnico del Programa Presupuestal Materno Neo-Natal, en adelante denominado el "SIS", como la entidad peruana responsable de la supervisión, seguimiento y monitoreo del apoyo presupuestal.

ARTÍCULO 3 - Contribución de las Partes y desembolsos

3.1 El importe total de la contribución belga al apoyo presupuestales de 6.500.000 euros (seis millones y medio de euros) por un periodo total de tres años (2013-2015).

Un primer desembolso de € 2.000.000 para el presupuesto 2013 del Perú será transferido después de la entrada en vigor del Convenio Específico.

Un segundo desembolso de € 2.500.000 euros para el presupuesto 2014 del Perú será trasferido después de:

- Presentación del Presupuesto 2014 del SIS, así como del Plan Operativo Anual 2014 del SIS;
- Presentación del reporte técnico y financiero 2012 del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (y/o Informe de Desempeño Anual 2012);
- Presentación del reporte de auditoría del SIS del 2011.

Un tercer y último desembolso de € 2.000.000 euros para el presupuesto 2015 del Perú será transferido después de:

- Presentación del presupuesto 2015 del SIS, así como del Plan Operativo Anual 2015 del SIS;
- Presentación del reporte técnico y financiero 2013 del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (y/o informe de Desempeño Anual 2013);
- Presentación del reporte de auditoría del SIS del 2012.

Bélgica transferirá su contribución a la cuenta receptora de donaciones del Tesoro Público del MEF que será comunicada por la Dirección General de Endeudamiento y Tesoro Publicotal y como indique el mismo ministerio.

En el lapso de un mes después de la transferencia realizada por Bélgica, el MEF informará al SIS del depósito efectuado. Por otro lado enviará un reporte del estado de cuenta emitido por la Dirección General de Endeudamiento y Tesoro Público al Representante Residente de la CTB en Lima, para confirmar el importe recibido.

3.2 En caso de un informe negativo a la auditoria del Seguro Integral de Salud, se necesita una respuesta de esta institución y del Ministerio de Economía y Finanzas. Un plan de acción para la implementación de larespuesta deberá ser presentado porla Parte Peruana y deberá ser aprobado por los Socios para el Desarrollo (o "los donantes principales al Aseguramiento de Salud"). Esto constituye una condición suficiente para la transferencia de los fondos.

3.3 El desembolso previsto podrá ser postergado o incluso anulado si se detectase un caso evidente de fraude y si éste no hubiese sido subsanado correctamente tras haber sido detectado y notificado. De registrarse usos graves inadecuados de la transferencia de los fondos, Bélgica se reserva el derecho de exigir de forma unilateral o conjunta, el reembolso total o parcial de los fondos.

3.4 Adicionalmente, la Parte belga financiará y contratará a un Experto Senior en Salud para el Apoyo Presupuestal. Este experto formará parte del personal de la Representación Residente de la CTB y será financiado directamente por la Parte belga con fondos adicionales a la donación de seis millones y medio de euros mencionada en el artículo 3.1. Para facilitar los procesos administrativos peruanos, este personal contará con la opinión favorable de la Parte peruana

3.5 El personal contratado según el numeral anterior que fuere puesto a disposición del programa por la CTB y que no sea de nacionalidad peruana ni extranjero residente tendrá categoría de experto y gozará de los privilegios e inmunidades a los que hace referencia el artículo 8 del "Convenio General de Cooperación Internacional entre el Reino de Bélgica y la República del Perú", suscrito el 15 de octubre de 2002, así como de aquellos otros beneficios que les fueran aplicables de conformidad con lo estipulado en la legislación peruana vigente sobre la materia.

3.6 La parte peruana expedirá al personal antes mencionado un carnet de identidad para extranjeros y los visados que sean necesarios, conforme a su legislación, según las modalidades vigentes para los expertos de las Naciones Unidas que desempeñan funciones en el Perú.

ARTÍCULO 4 - Implementación de la Contribución

4.1 El MEF, conjuntamente con el SIS, suscribirán Convenios de Apoyo Presupuestal de cumplimiento de los compromisos con los Gobiernos Regionales.

4.2 Los Gobiernos Regionales elevarán su informe al SIS sobre el cumplimiento de las metas, según lo acordado en los Convenios mencionados en el punto 4.1.

4.3 El SIS es responsable de la revisión y verificación del cumplimiento de los compromisos de los Gobiernos Regionales y de informar al respecto al MEF.

4.4 El MEF transferirá los fondos del apoyo presupuestario, a los gobiernos regionales para que se incorporen en los presupuestos de las unidades ejecutoras comprendidas en los Convenios suscritos, previo informe de verificación del SIS.

ARTÍCULO 5 - Seguimiento, control y evaluación

5.1 Las partes adoptarán todas las medidas administrativas y presupuestarias necesarias para alcanzar los objetivos del presente Convenio Específico, incluyendo controles o evaluaciones de tipo técnico, administrativo y financiero, tanto de forma conjunta como por separado. Las Partes deberán informarse mutuamente acerca de los resultados y posibles recomendaciones de dichas prácticas de control y evaluación.

5.2 Una Revisión Sectorial Conjunta será organizada como mínimo una vez al año. Se verificará el desempeño del SIS durante el periodo anterior sus prioridades y la asignación de recursos para el siguiente año financiero.

5.3 La CTB es responsable de la participación belga en el seguimiento de la implementación del Programa en estrecha colaboración con el Consejero/Agregado de Cooperación de la Embajada de Bélgica en Lima. El Experto técnico belga, proporcionado por la CTB y establecido en Lima trabajará estrechamente con los demás Socios al Desarrollo y en el marco los mecanismos de seguimiento existentes.

5.4 El punto de atención principal belga en el marco del diálogo político versará sobre la implementación de la política de Aseguramiento Universal y los desafíos actuales del sector salud con especial atención en el avance del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Específicamente se brindará una atención prioritaria a temas relacionados con el financiamiento y aumento del gasto per cápita en el sector salud con un enfoque pro-pobre y de género, la calidad de los servicios, la coordinación de los diferentes actores bajo la rectoría del MINSA, la promoción de un enfoque de derechos humanos en el sector salud y del rol de la sociedad civil como actores claves de la vigilancia ciudadana para institucionalizar un diálogo abierto con los diferentes actores del Estado.

5.5 Si durante la ejecución del Apoyo presupuestal se planifican auditorías de desempeño diferentes a las mencionadas en el punto 3.1, tanto del SIS o del programa presupuestal Salud Materno Neonatal a nivel central o regional, éstas deberán ser informadas a todas las partes involucradas en este convenio.

ARTÍCULO 6 - Duración, denuncia, modificación y conflictos.

6.1 El presente Convenio entrará en vigor en la fecha en que el Reino de Bélgica reciba notificación escrita, por parte de la República del Perú, comunicando que éste ha cumplido los procedimientos internos necesarios para tal efecto y, a partir de dicho momento tendrá una duración de 48 meses, plazo que no podrá ser ampliado.

La ejecución del programa tiene una duración de 36 meses.

6.2 Las disposiciones del presente Convenio pueden ser modificadas de mutuo acuerdo, mediante un intercambio de Notas entre las Partes.

6.3 Cualquier conflicto relativo a la aplicación o a la interpretación del presente Convenio será resuelto por vía de negociación bilateral.

6.4 El presente convenio puede ser denunciado por cada una de las Partes mediante nota verbal, con un preaviso de seis meses.

ARTÍCULO 7 - Anticorrupción

Ninguna oferta, pago, regalo o beneficio de ningún tipo que pueda ser considerado como una práctica ilegal o de corrupción, será hecha, intentada, prometida o aceptada, directa o indirectamente, como estímulo o recompensa, en relación a las actividades financiadas bajo el presente Programa, incluyendo adjudicación, asignación o ejecución de contratos. Cualquiera de estas prácticas será causa de inmediata cancelación de este Convenio.

ARTÍCULO 8 - Notificaciones

Las notificaciones previstas por el presente Convenio y en particular aquellas que versen sobre su modificación o su interpretación, serán transmitidas por vía diplomática a las direcciones siguientes:

- Por la Parte belga, a:
  Oficina de Cooperación al Desarrollo
  Embajada de Bélgica
  Avenida Angamos Oeste, 380
  Miraflores, Lima 18, Perú

- Por la Parte peruana, a:
  Agencia Peruana de Cooperación Internacional – APCI
  Avenida José Pardo, 261
  Miraflores, Lima 18, Perú

Las notificaciones o la correspondencia relativa a la ejecución del presente Convenio Específico se enviarán a las siguientes instituciones:

- Por la Parte belga, a:
  Representación Residente de la "Cooperación Técnica Belga" - CTB
  Calle Felix Olcay 389
  Miraflores, Lima 18, Perú

- Por la Parte peruana, a :
  Ministerio de Economía y Finanzas
  Jr. Junín N° 319 –
  Lima Cercado, Lima 1, Perú

ARTÍCULO 9 - Disposiciones finales

En fe de lo cual, los abajo firmantes, debidamente autorizados para ello, han firmado el presente Convenio específico.

Suscrito en la ciudad de Lima, República del Perú el 07 OCT 2013, en cuatro (4) ejemplares, dos (2) en francés y dos (2) en español.

Por la República del Perú	Por el Reino de Bélgica
Eda Adriana Rivas Franchini Ministra de Relaciones Exteriores	Michel Dewez Embajador de Bélgica Firma por el Reino de Bélgica la Sra.

Anna-Elisabeth DE BACKER, facultada

con plenos poderes

CONVENTION SPECIFIQUE

entre

la République du Pérou

et

le Royaume de Belgique

relative au

« Programme d'appui à la politique d'assurance universelle de Santé au Pérou – Composante appui budgétaire »

La République du Pérou, ci-après dénommé « le Pérou », d'une part,

et

Le Royaume de Belgique, ci-après dénommé « la Belgique » d'autre part,

Ci-après dénommés « les Parties » ;

- Vu la Convention Générale de Coopération Bilatérale établie entre le Royaume de Belgique et la République du Pérou signée à Lima le 15 octobre 2002.

- Vu le PV approuvé de la Commission Conjointe de la Coopération au Développement entre les Parties, tenue à Lima le 24 septembre 2009, Annexe 1 « Belgique-Pérou Programme Indicatif de Coopération (PIC) 2010 - 2013 ».

- Vu la Lettre d'Intentions de Coopération Internationale concernant l'Assurance universelle en santé pour le suivi conjoint entre le Gouvernement du Pérou et les Partenaires du développement du secteur de la santé, se référant aux Principes de Partenariat d'appui à l'implémentation de l'Assurance Santé Universelle,

Conviennent des dispositions suivantes :

ARTICLE 1 – Définition et objet de la convention

1.1. Par la présente Convention spécifique, la Belgique s'engage à offrir un appui budgétaire au « Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal » afin de contribuer à l'implémentation de la politique d'assurance universelle au travers de l'Assurance Intégrale de Santé. Cette convention fait partie du Programme d'appui à la politique d'Assurance Santé Universelle au Pérou – composante appui budgétaire. La description du « Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal » est détaillée dans l'annexe qui fait partie de cette convention.

L'objectif global de ce Programme de coopération est le « Le droit aux services de santé de qualité de toute personne en situation de pauvreté et d'extrême pauvreté est garantie en améliorant le niveau de santé de la population ».

L'objectif spécifique de ce Programme de coopération est que « Pour 2016, la couverture des affiliations et des bénéfices de l'Assurance Intégrale de Santé est étendue avec des garanties de qualité implémentées pour les hommes, femmes et enfants en situation de pauvreté et d'extrême pauvreté, selon leurs besoins différenciés, dans les régions du pays priorisées dans le cadre de l'Assurance Santé Universelle ».

ARTICLE 2 - Responsabilités des Parties

2.1 La Partie belge désigne :

2.1.1 La Direction Générale de la Coopération au Développement, ci-après dénommée "DGD", du Service Public Fédéral (SPF) «Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au développement", comme l'entité administrative belge responsable de sa contribution au Programme d'appui à la politique d'Assurance Santé Universelle au Pérou

– composante appui budgétaire. La DGD est représentée au Pérou par l'Attaché/Conseiller de Coopération Internationale de l'Ambassade de Belgique à Lima.

2.1.2 La « Coopération Technique Belge », société anonyme de droit public belge a finalité sociale, ci-après dénommée « CTB », comme l'entité responsable de la participation belge dans le suivi de l'implémentation du Programme d'appui à la politique d'Assurance Santé Universelle au Pérou – composante appui budgétaire. La CTB est représentée au Pérou par son Représentant Résident à Lima.

2.2. La Partie péruvienne désigne :

2.2.1 L'Agence Péruvienne de Coopération Internationale, ci-après dénommée « APCI », comme l'entité péruvienne responsable de la coordination avec l'Ambassade de Belgique à Lima.

2.2.2 Le Ministère de l'Economie et des Finances, ci-après dénommé « MEF », comme l'entité responsable de l'exécution de l'appui budgétaire.

2.2.3 L'Assurance Intégrale de Santé, entité publique décentralisée du Ministère de la Santé, responsable technique du « Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal » ci-après dénommé « SIS », comme l'entité péruvienne responsable de la supervision, le suivi et le monitoring de l'appui budgétaire.

ARTICLE 3 - Contribution des Parties et déboursements

3.1. Le montant total de la contribution belge de l'appui budgétaire est de 6.500.000 d'EUR (six millions cinq cent mille euros) pour une période totale de trois ans (2013 – 2015).

Une première tranche de 2.000.000 € pour le budget annuel 2013 du Pérou sera transférée après l'entrée en vigueur de la Convention spécifique.

Une deuxième tranche de 2.500.000 € pour budget annuel 2014 du Pérou sera transférée après :

- La présentation du Budget 2014 du SIS, ainsi que du Plan Opératif Annuel 2014 du SIS;
- La présentation du rapport technique et financier 2012 du « Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal » (et/ou le rapport de Performance Annuel 2012) ;
- La présentation du rapport d'audit du SIS 2011.

Une troisième et dernière tranche de 2.000.000 € pour le budget annuel 2015 du Pérou sera transférée après :

- La présentation du budget 2015 du SIS, ainsi que du Plan Opératif Annuel 2015 du SIS ;

- La présentation du rapport technique et financier 2013 du « Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal » (et/ou le rapport de Performance Annuel 2013) ;

- La présentation du rapport d'audit du SIS 2012.

La Belgique transfèrera sa contribution sur le compte récepteur de donations du Trésor Publique du MEF qui sera communiquée par la Direction Générale d'Endettement et Trésor Publique comme ledit Ministère l'indique.

Endéans une période d'un mois faisant suite au transfert effectué par la Belgique, le MEF informera le SIS. De même, il enverra au Représentant Résident de la CTB à Lima un rapport de l'extrait du compte émit par la Direction d'Endettement et Trésor Publique, afin de confirmer le montant reçu.

3.2. Dans le cas d'un rapport d'audit négatif de l'Assurance Intégrale de Santé, une réponse de cette institution et du Ministère de l'Economie et des Finances est nécessaire. La Partie péruvienne devra présenter un plan d'action pour implémenter la réponse et celui-ci sera approuvé par les Partenaires au Développement (ou « les principaux bailleurs de fonds de l'Assurance en Santé »). Ceci constitue une condition suffisante pour le transfert des fonds.

3.3. Les tranches prévues peuvent être retardées ou même annulées, dans un cas évident de fraude, au cas où cette dernière ne serait pas suffisamment corrigée, après avoir été détectée ou notifiée. En cas de sérieux usages inappropriés du transfert de fonds, la Belgique se réserve le droit d'exiger unilatéralement ou conjointement le remboursement total ou partiel des fonds.

3.4. De plus, la Partie belge financera et engagera un Expert Senior en Santé pour l'Appui budgétaire. Cet expert fera partie du personnel de la Représentation Résidente de la CTB et sera financé directement par la Partie belge avec des fonds supplémentaires à la donation des six millions et demi d'euros mentionnés dans l'article 3.1. Afin de faciliter les procédures administratives péruviennes, ce personnel sera soumis à l'avis favorable de la Partie péruvienne.

3.5. Le personnel engagé selon la modalité mentionnée ci-dessus, mis à disposition du programme par la CTB, qui ne soit ni de nationalité péruvienne ni étranger résident, aura la catégorie d'expert et bénéficiera des privilèges et des immunités décrits dans l'article 8 de la « Convention Générale de la Coopération Internationale entre la République du Pérou et le Royaume de Belgique », souscrite le 15 octobre 2002, ainsi que d'autres bénéfices qui leur seraient applicables en vertu de la réglementation péruvienne en vigueur en la matière.

3.6. La partie péruvienne délivrera au personnel ci-dessus mentionné un carnet tenant lieu de carte d'identité pour étrangers et lui accordera les visas nécessaires, conformes à sa législation, selon les modalités en vigueur pour les experts des Nations Unies en fonction au Pérou.

ARTICLE 4 - Implémentation de la Contribution

4.1 Le MEF, conjointement avec le SIS, souscriront des Conventions d'Appui Budgétaire pour l'accomplissement des engagements avec les Gouvernements Régionaux.

4.2 Les Gouvernements Régionaux enverront leur rapport d'atteinte des résultats au SIS, selon convenu dans les Conventions mentionnées ci-dessus.

4.3 Le SIS est responsable de la révision et de la vérification de l'accomplissement des engagements des Gouvernements Régionaux et d'informer le MEF.

4.4 Après avoir reçu un rapport de vérification du SIS, le MEF fera le transfert des fonds de l'appui budgétaire aux gouvernements régionaux pour que ceux-ci les incorporent dans les budgets des unités d'exécution comprises dans les Conventions souscrites.

ARTICLE 5 - Suivi, contrôle et évaluation

5.1 Les Parties prendront toutes les mesures administratives et budgétaires nécessaires pour atteindre les objectifs de la présente Convention Spécifique, incluant des contrôles ou évaluations techniques, administratives et financières conjointement ou séparément. Les parties doivent s'informer mutuellement sur les résultats et les possibles recommandations de ces exercices de contrôle et d'évaluation.

5.2 Une Revue Sectorielle Conjointe doit être tenue au moins une fois par an, afin de vérifier la performance du SIS durant l'année écoulée, ses priorités et l'allocation de ressources pour l'année fiscale suivante.

5.3 La CTB est responsable pour la participation belge dans le suivi de l'implémentation du Programme en étroite collaboration avec le Conseiller / Attaché de Coopération de l'Ambassade de Belgique à Lima. L'Expert technique belge délivré par la CTB et basé à Lima, travaillera étroitement avec les autres Partenaires au Développement et au sein des mécanismes existants de suivi.

5.4 Le point d'attention principal belge au sein du dialogue politique portera sur : l'implémentation de la politique d'Assurance Universelle et les défis actuels du secteur de la santé, en particulier l'état d'avancement du « Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal ». Spécifiquement, une attention prioritaire portera sur les thèmes concernant le financement et l'augmentation des dépenses per capita du secteur santé avec une approche pro-pauvre et de genre, la qualité des services, la coordination entre les différents acteurs sous la direction du MINSA, la promotion d'une approche droits humains du secteur santé et le rôle de la société civile comme acteurs clés de la surveillance citoyenne afin d'institutionnaliser un dialogue ouvert avec les différents acteurs de l'Etat.

5.5 Si pendant l'exécution de l'appui budgétaire sont planifiés d'autres audits de performances, différentes aux mentionnées au point 3.1, soit du SIS ou du « Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal » au niveau central ou régional, elles seront informées à toutes les parties impliquées dans cette convention.

ARTICLE 6 – Durée, dénonciation, modifications et différends

6.1. La présente Convention entrera en vigueur le jour où le Royaume de Belgique recevra la notification écrite, de la part de la République du Pérou, qui communique que celle-ci est en ordre avec les procédures internes nécessaires à cet effet et, à partir de ce moment, aura une durée de 48 mois, période qui ne pourra être prolongée.
L'exécution du programme a une durée de 36 mois.

6.2. Les dispositions de la présente Convention peuvent être modifiées d'un commun accord par échange de lettres entre les Parties.

6.3. Tout différend relatif à l'application ou à l'interprétation de la présente Convention sera réglé par voie de négociation bilatérale.

6.4. La présente convention peut être dénoncée par chacune des Parties par note verbale, moyennant un préavis de six mois.

ARTICLE 7 - Anticorruption

Aucun payement, offre, cadeau ou bénéfice d'aucune sorte, qui puisse être assimilé à une pratique illégale ou de corruption, n'a été ni ne sera fait, promis, demandé ou accepté, de manière directe ou indirecte, comme récompense ou encouragement lié aux activités résultant du Programme, y compris l'appel d'offres, l'adjudication et l'exécution des contrats. Quelle qu'une de ces pratiques sera motif immédiat de résiliation de la présente Convention.

ARTICLE 8 - Notifications

Les notifications prévues par la présente Convention, et plus spécialement celles qui auraient pour objet sa modification ou son interprétation, seront adressées par la voie diplomatique aux adresses suivantes :

- Pour la Partie belge à :
  Bureau de Coopération au Développement
  Ambassade de Belgique
  Avenue Angamos Oeste, 380
  Miraflores, Lima 18, Pérou

- Pour la Partie péruvienne à :
  Agence Péruvienne de Coopération Internationale – APCI
  Avenue José Pardo, 261
  Miraflores, Lima 18, Pérou

Les notifications ou la correspondance relative à l'exécution de la présente Convention spécifique seront adressées aux Institutions suivantes :

- Pour la Partie belge, à:
  Représentation Résidente de la « Coopération Technique Belge » - CTB
  Calle José Felix Olcay, 389
  Miraflores, Lima 18, Pérou

- Pour la Partie péruvienne, à :
  Ministère de l'Economie et des Finances
  Jr. Junín, 319
  Lima Cercado, Lima 1, Pérou

ARTICLE 9 - Dispositions finales

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés en ce sens, ont signés la présente Convention spécifique.

Fait à Lima, le 07 OCT 2013, en quatre (4) exemplaires, 2 (deux) en Français et 2 (deux) en Espagnol.

Pour la République du Pérou	Pour le Royaume de Belgique
Eda Adriana Rivas Franchini Ministre des Affaires Etrangères	Michel Dewez Ambassadeur de Belgique à Lima

Signe par le Royaume de Belgique
Mme Anna-Elisabeth DE BACKER, munie des pleins pouvoirs

ANEXO

AL CONVENIO ESPECÍFICO

"Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú - Componente de Apoyo Presupuestal"

ÍNDICE

I. Antecedentes **3**
1. Presupuesto por Resultados en el Perú 3

II. El Programa Salud Materno Neonatal **4**
1. Situación de la Mortalidad Materna y Neonatal en el Perú 4
Situación de mortalidad materna 4
Situación de mortalidad fetal y neonatal 7
2. Principales trayectorias de causalidad 9
Relacionadas con la mortalidad materna 9
Relacionadas con la morbilidad y mortalidad neonatal 10
3. Esquemas para reducir la mortalidad materna y la morbilidad y mortalidad neonatal 11
Esquema para reducir la mortalidad materna 11
Esquema para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal 17
4. Modelo Lógico del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal 19
5. Presupuesto nacional asignado al Programa Salud Materno Neonatal 20
6. Seguimiento del Programa Salud Materno Neonatal. 21
6.1 Matriz de seguimiento de indicadores de desempeño 22
6.2 Productos priorizados y sus indicadores respectivos 22
6.3 Seguimiento focalizado ..... **¡Error! Marcador no definido.**

ANEXOS 27

I. Antecedentes

1. Presupuesto por Resultados en el Perú

Diversos son los estudios y análisis que concluyen que el presupuesto, tal como se realiza en la actualidad, no logra consolidarse en un instrumento de gestión que promueva una provisión adecuada de los bienes públicos y el logro de efectos positivos y permanentes a favor de la población a la que sirve, particularmente la más pobre y excluida. Entre las principales limitaciones mencionadas están: su débil articulación con los planes y lineamientos de política nacional y sectorial; la rigidez para gestionar como consecuencia de una normatividad abundante, desarticulada y contradictoria; el marcado énfasis en la gestión financiera, a pesar de los avances en identificación y monitoreo de productos; la falta de flexibilidad en las asignaciones presupuestarias debido a los compromisos laborales, pensionarios y de funcionamiento rutinario que copan las asignaciones presupuestarias dejando escaso margen para establecer prioridades diferentes a las existentes; débil desarrollo de mediciones del desempeño que permitan determinar si se logran o no los objetivos; la carencia de evaluaciones significativas que retroalimenten los procesos de toma de decisiones, entre otras.

Con el fin de superar estas limitaciones y consolidar un sistema de gestión presupuestaria capaz de contribuir a logro de los propósitos del Estado se plantea la introducción y aplicación progresiva del Presupuesto por Resultados (PpR). Consistente con esta iniciativa, la Ley 28927-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007-, en su Capítulo IV, incorpora los elementos básicos para la implantación del Presupuesto por Resultados en el Perú, estableciendo una ruta crítica para su implementación progresiva en todas las entidades de la administración pública peruana, siendo la Dirección Nacional del Presupuesto Público (DNPP) la responsable de diseñar e implementar la gestión presupuestaria por resultados. Así mismo en el artículo 11 de la referida Ley señala 11 actividades en favor de la infancia, a partir de las cuales iniciar el enfoque de una gestión presupuestaria centrada en resultados.

Estas prioridades están relacionadas con el objetivo de desarrollar las capacidades humanas, las cuales forman parte del Eje 1 de la Estrategia Nacional de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres (Decreto Supremo Nº 002-2003-PCM) y son consistentes con lo señalado en las Políticas Nacionales contenidas en el Acuerdo Nacional, el Decreto Supremo Nº 027-2007-PCM; el Marco Macroeconómico Multianual 2008-2010; el artículo 11º de la Ley 28927; y la Estrategia Nacional denominada CRECER aprobada por Decreto Supremo Nº 056- 2007-PCM.

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

Posteriormente se fueron implementando nuevos programas estratégicos partiendo de una condición de interés relacionado con las prioridades nacionales, tales como, los Programas de Control de Tuberculosis y VIH/SIDA, control de enfermedades metaxenicas y zoonoticas, control de enfermedades no transmisibles y Prevención y control del Cáncer.

II. El Programa Salud Materno Neonatal[1]

1. Situación de la Mortalidad Materna y Neonatal en el Perú

Situación de mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. La disparidad que existe entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor en cuanto a la mortalidad materna, en contraste a cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Mientras que los niveles de mortalidad infantil en los países en desarrollo son, en promedio, 10 veces mayores a los de en los países desarrollados, la mortalidad materna es, a su vez, 100 veces más alta[2].

La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el embarazo. Estas representan una pérdida equivalente a más del doble de "años de vida ajustados en función a la discapacidad" (AVAD) que las que son ocasionadas por enfermedades transmisibles, SIDA o tuberculosis. En el caso de los varones, no existe ninguna causa de muerte que se acerque en magnitud a la de la mortalidad y morbilidad materna.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, en 1996 la mortalidad materna fue de 265 casos por cada 100 mil nacidos vivos. Para entonces, el Perú se ubicaba en el tercer lugar, justo después de Haití y Bolivia, y su razón de muerte materna era 1,5 veces más alta que el promedio de América Latina. En el 2000, la mortalidad materna fue del orden de 185 casos por cada 100 mil nacidos vivos[3]; lo que representa aproximadamente 1258 muertes anuales. Esta causa de mortalidad materna está considerada según los estándares internacionales como "muy alta", ya que supera los 150 por cada 100 mil nacidos vivos.

Según las estimaciones realizadas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, con información procedente de la Encuesta de Demografía y salud, para el año 2001, la razón de mortalidad materna a nivel nacional ascendía a 185por cada 100 mil nacidos vivos y para el año 2009 este valor fue de 103 x 100,000 nv. Sin embargo la situación no es igual para todos los departamentos, según la publicación que hiciera la Dirección General de Epidemiología para el año 2001, en departamentos como Puno, el riesgo de morir de una mujer durante el momento del parto es siete veces mayor que en Ica.

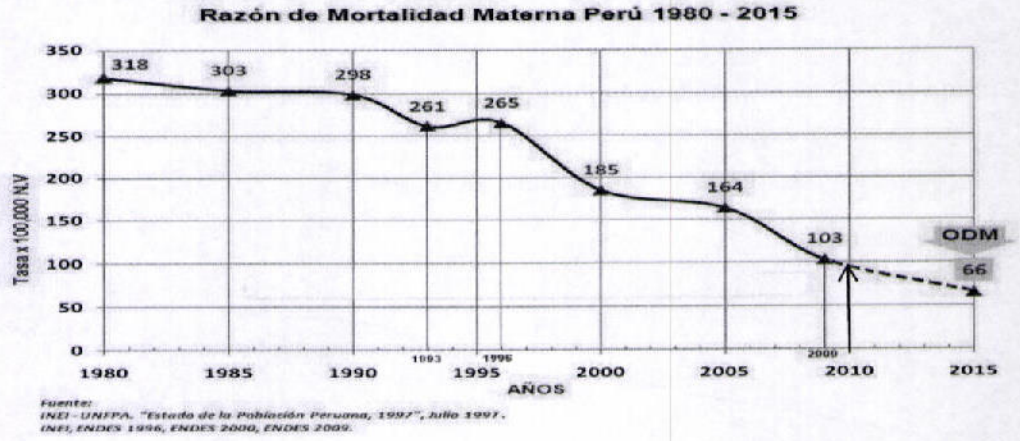
---

[1] Contenidos Mínimos del Programa Salud Materno Neonatal según Directiva No 02-2012-EF/50.01 "Directiva para los Programas Presupuestales en el marco de la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2013"

[2] Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M, Suzuki E; Maternal Mortality Working Group. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet. 2007 Oct 13;370(9595):1311-9.

[3] Este valor corresponde a los 10 años previos a la encuesta, es decir al periodo 1990-2000.

Gráfico N° 1. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú



En los últimos siete años, las principales causas de mortalidad materna casi no se han modificado. Así, los datos reportados por las Direcciones de Salud (DISAs) para el año 2003 indican que el mayor número de muertes ocurrió en los departamentos de Cusco, Huancavelica, Lima ciudad y Puno; y éstas se debieron a:

- Las hemorragias son la primera causa de muerte materna, del año 1997 al 2003 ha variado el porcentaje del 48% al 43%, respectivamente.
- La hipertensión, inducida por el embarazo, es la segunda causa de muerte materna; en 1997 fue responsable del 16 % de muertes y en el 2003 del 14%.
- Las infecciones constituyen la causa que mayor descenso ha experimentado; en 1997 causaron 13 % de las muertes maternas, para el 2003 representó el 8 % de la mortalidad materna.
- Abortos, los porcentajes han permanecido casi inalterables entre 1997 y el 2003, siendo el 7 y 8 % respectivamente.

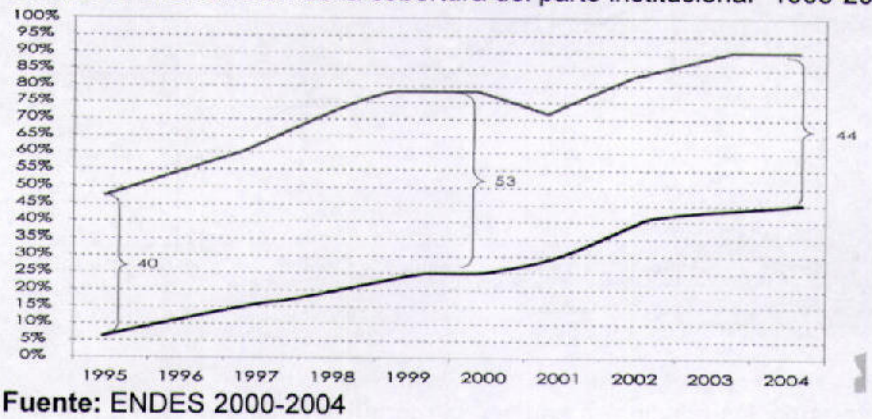
En el año 2003, la mortalidad en adolescentes representó el 16,34 % (85) del total de muertes maternas, produciéndose el 35 % de ellas por hemorragia, y el 12 % como consecuencia de abortos complicados.

La razón de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos, es el mejor indicador para medir el riesgo de morir que experimenta una mujer cuando se expone al embarazo y al parto. Sin embargo, es un indicador que tiene serias limitaciones de tipo estadístico para hacer un monitoreo anual, así como análisis desagregados por ámbito, nivel socioeconómico y departamentos.

Un indicador alternativo recomendado para medir la evolución de la muerte materna es la ***cobertura de parto institucional.*** Este indicador, desde el punto de vista estadístico, es mucho más robusto y facilita el análisis desagregado por diferentes variables (ámbito, departamento, quintiles de pobreza, estratos socio económicos).

En el gráfico siguiente, se muestra la tendencia en la cobertura del parto institucional, según ámbito urbano (línea superior) y rural (línea inferior). En ambos casos, la tendencia es creciente, siendo lo más resaltante la evolución que presenta la brecha urbano-rural. En 1995, la brecha fue de 40 puntos, se amplió en el 2000 a 53; y se redujo en el 2004 a 44 debido al mayor incremento de la cobertura en la zona rural.

Gráfico N°2. Evolución de la cobertura del parto institucional[4] 1995-2004.



Fuente: ENDES 2000-2004

La tabla siguiente muestra la distribución del parto institucional por ámbito urbano-rural y por departamentos. Se puede observar que el 54.4% del total de gestantes rurales del país se concentra en Huancavelica, Huánuco, Amazonas, Apurímac, Puno, Cusco y Ayacucho.

Tabla N°1. Cobertura del parto institucional por departamentos en el año 2004, en el Perú.

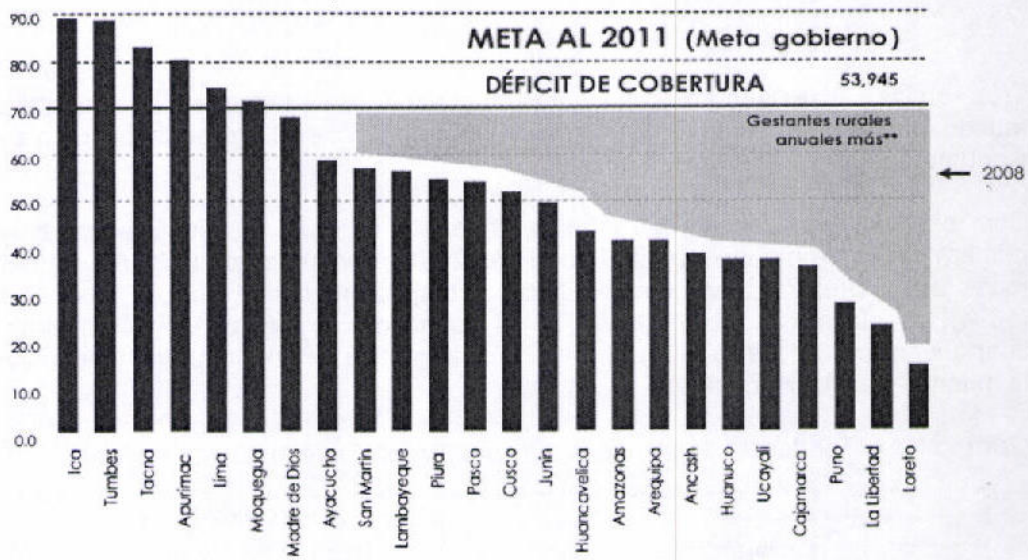
Orden	Departamento	Urbano	Rural	Brecha	Pobreza extrema (%)	Ruralidad (%)	Gestantes rurales	(%) Acumulado gestantes rurales
1	Huancavelica	64,6	17,0	47,6	73,6	75,3	11 226	4,3
2	Cajamarca	90,0	25,8	64,3	41,2	74,7	37 958	18,9
3	Huánuco	83,3	33,2	50,2	56	63,1	17 265	25,6
4	Amazonas	72,6	38,7	33,9	35,8	63,0	10 269	29,5
5	Apurímac	100,0	90,9	9,1	33	62,9	10 585	33,6
6	Puno	77,0	17,3	59,7	47,1	62,1	23 328	42,5
7	Cusco	93,3	59,2	34,0	21,7	56,4	21 130	50,7
8	Ayacucho	87,3	60,1	27,3	34,8	54,3	9 730	54,4
9	Pasco	81,2	44,8	36,5	24,4	50,9	4 141	56,0
10	Ancash	100,0	45,3	54,7	28,8	44,9	14 419	64,6
11	Junín	89,2	39,3	49,9	22,1	38,5	13 668	66,8
12	Loreto	65,9	17,1	48,8	40,3	37,6	14 068	72,2
13	Madre de Dios	83,7	62,8	20,9	7,2	37,5	1 366	72,7
14	San Martín	88,0	37,5	50,6	24,4	36,0	9 717	76,5
15	Ucayali	94,0	21,0	72,9	41,4	34,0	5 752	78,7
16	Piura	88,0	25,8	62,2	21,8	33,9	17 405	85,4
17	La Libertad	89,5	13,3	76,2	18,4	30,1	13 399	90,5
18	Lambayeque	98,5	33,3	65,1	9,9	24,9	8 081	93,6
19	Moquegua	100,0	49,3	50,7	6,6	23,1	845	94,0
20	Ica	98,8	93,8	5,0	2,7	18,3	3 403	95,3
21	Arequipa	88,2	61,9	26,3	10,5	17,0	4 568	97,0
22	Tumbes	95,3	83,9	11,4	2,4	16,0	939	97,4
23	Tacna	91,9	83,4	8,5	8,1	11,9	925	97,8
24	Lima	95,9	80,0	15,9	4,4	3,1	5 838	100,0

Fuente: ENAHO 2004, Proyecciones de población OEI MINSA

En los últimos años se ha mejorado la cobertura de parto institucional, no obstante ello tal como se observa en el siguiente gráfico, aun cuando el promedio nacional es muy alto, los departamentos con las mayores tasas de pobreza son los que tienen los peores resultados a nivel nacional.

[4] *Parto institucional: se ha considerado a todos los partos que fueron atendidos en establecimientos de salud sean privados o públicos. La encuesta ENDES pregunta por la atención de partos en los cinco años previos a la encuesta, eso permite reconstruir la tendencia desde el año 1995 hasta el 2004.*

Gráfico N°3. Cobertura departamental



Fuente: INEI

Situación de mortalidad fetal y neonatal

La mortalidad neonatal es la probabilidad de que un recién nacido muera en el periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, que datan de 2004, cerca de 3,7 millones de niños y niñas murieron durante los primeros 28 días de vida en ese año. La mortalidad de neonatos ha descendido de 4,6 millones en 1990 a 3,3 millones en 2009, y el ritmo de descenso ha sido algo más rápido a partir del año 2000.

La tasa de mortalidad perinatal en el Perú, según ENDES 2000[5], fue de 23.1 por 1000 nacidos vivos, lo cual significa que por cada muerte materna ocurren 12 muertes perinatales[6]; y se estima que por cada recién nacido que muere, existe un mortinato (muerte neonatal).

Algunos datos del año 2001:

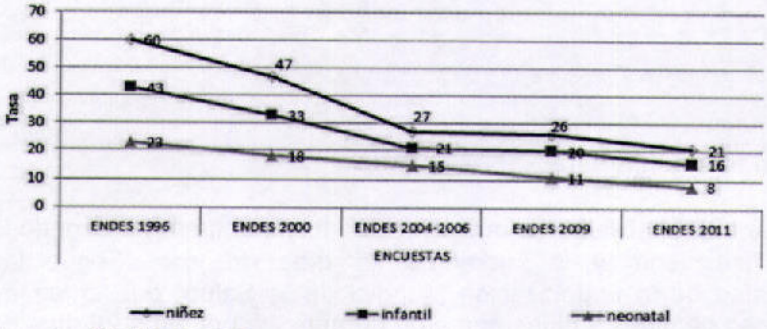
- El 50,76 % (3260) de las muertes perinatales registradas correspondieron al periodo fetal, y 49,24% (3984) al neonatal precoz.
- El 74,54 % (2430) de muertes fetales se produjeron en el ante parto y el 47,6 % (1554) en fetos que pesaron 2500 o más gramos.
- Del total de fetos muertos, el 15,30 % (499) pesaron menos de 1000 gramos.
- El 79,36 % (3162) fueron muertes precoces; es decir, ocurrieron en la primera semana de vida.
- El 58,4 % (1874) de la mortalidad neonatal precoz se produjo dentro de las primeras 24 horas de vida, así mismo representó el 47 % del total de muertes neonatales.
- El 44,3 % (1766) del total recién nacidos pesaron 2500 gramos o más; y el 10,26 % (409) de muertes neonatales ocurrieron en neonatos que pesaron al nacer menos de 1000 gramos.

[5] Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima: 2000.
[6] La muerte perinatal contempla la muerte del neonato y del mortinato (muerte fetal).

Tres son las causas que explican las tres cuartas partes de la mortalidad neonatal en el mundo: partos prematuros (29%), asfixia (23%) e infecciones graves tales como sepsis y neumonía (25%)[7].

Con respecto a las causas de mortalidad neonatal en el Perú, la asfixia constituyó la primera causa de muerte neonatal en el año 2001, representando el 30,5 % (1216) de todas las muertes, los síndromes de dificultad respiratoria contribuyeron con el 27,45 % (1094), las infecciones con 19,8 % (788), y las malformaciones congénitas ocuparon el cuarto lugar con 11,89 % (474). En el siguiente gráfico se muestran las tendencias de la muerte Infantil y Neonatal.

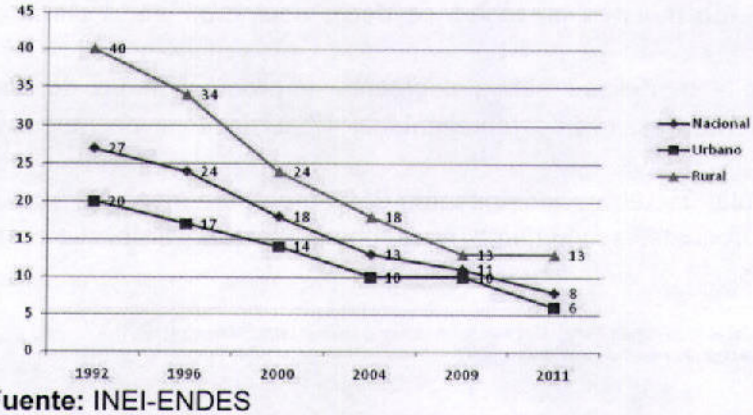
Gráfico N° 4. Tendencia de la mortalidad niñez, infantil y neonatal en el Perú



Fuente: INEI-ENDES

El Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) Perú–2008, señala que la meta del ODM 4; Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de cinco años; se ha alcanzado incluso ocho años antes de la fecha comprometida, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2006, que estimaba en 25 por mil nacidos vivos la Tasa de Mortalidad en los niños menores de cinco años; cuando la meta para el país al 2015 es de 26 por mil nacidos vivos. Lo mismo sucede con la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), la ENDES 2006 señala en 18 por mil nacidos vivos, cuando la meta para el 2015 es de 19 por cada mil nacimientos. Actualmente la ENDES 2011 estima la TMI en 16 por mil nacidos vivos y10 por mil nacidos vivos corresponden a la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN).

Gráfico N°5. Tendencia de la mortalidad neonatal en zonas urbanas y rurales en el Perú



Fuente: INEI-ENDES

[7]Organización Mundial de la Salud,2011

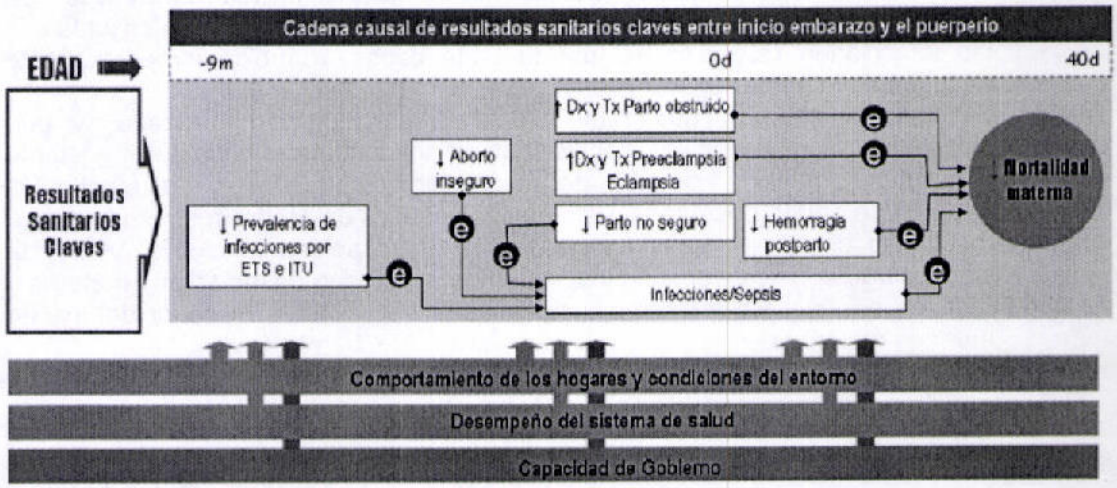
A pesar de que la mortalidad neonatal en nuestro país ha disminuido, todavía estas siguen siendo altas sobre todo en zonas rurales, Gráfico N°5.

2. Principales trayectorias de causalidad

Relacionadas con la mortalidad materna

En el **gráfico N°6** se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad materna. La letra -e- sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Gráfica N°6. Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad materna



Siguiendo la lógica del diagrama del **gráfico N° 6** y por orden de relevancia, la mortalidad materna, es resultado principalmente de las siguientes causas[8,9, 10,11].

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

[8] Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006 Apr 1;367(9516):1066-74.
[9] Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5): 313-317
[10] Ronsmans C, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet. 2006 Sep 30;368(9542):1189-200.
[11] Nour NM. An introduction to maternal mortality. Rev Obstet Gynecol. 2008 Spring;1(2):77-81.

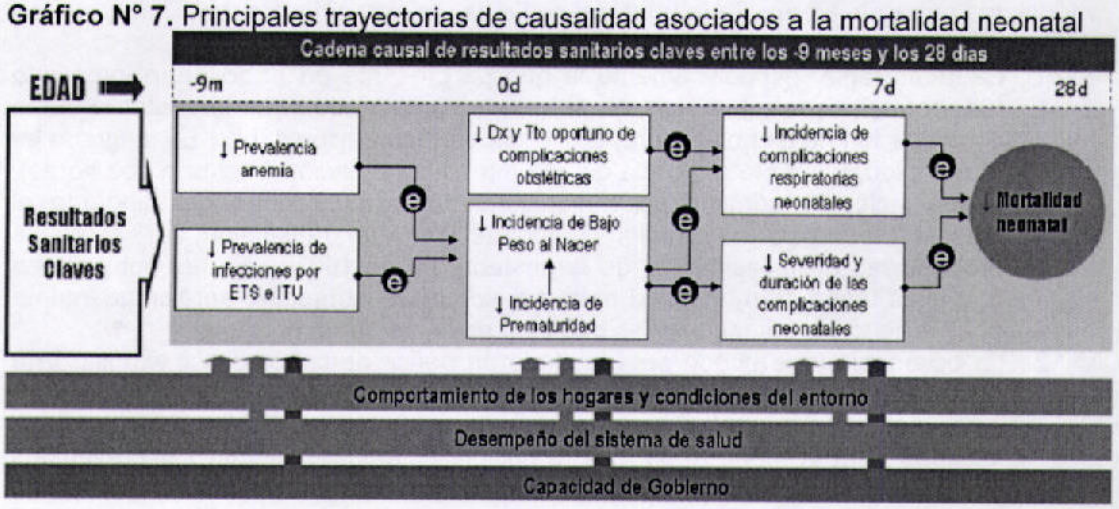
de magnesio en caso avance a un grado de pre-eclampsia severa, cuando no responde a este tratamiento, la única opción para aliviar el cuadro de eclampsia es adelantar el parto, con lo cual se incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer. Se ubica entre la segunda o tercera causa de muerte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

3. Las infecciones, específicamente la sepsis, la cual es frecuentemente consecuencia de la pobre higiene durante el parto o de enfermedades de transmisión sexual no tratadas durante el embarazo. Estas infecciones puede ser prevenidas de manera efectiva mediante la atención de un parto limpio o el tratamiento antibiótico de las ETS durante el embarazo. Para la resolución de esta complicación, tal como está demostrado en la literatura y en la experiencia acumulada de los países que han reducido la mortalidad materna, es indispensable el uso de al menos una combinación tres antibióticos. En promedio el 15% de las muertes son debidas a esta causa, cuando se junta con las infecciones resultado del aborto, esta causa se ubica inmediatamente después de la hemorragia.
4. El parto obstruido[12], que requiere de la atención especializada, y que independientemente de las condiciones socioeconómicas, cualquier gestante tiene una probabilidad de 15% de desarrollar complicaciones y al menos 5% padecer de partos obstruidos. Este evento es difícil de predecir, sin embargo su resolución al requerir de servicios de mayor capacidad resolutiva, y ante la inaccesibilidad física y económica, incrementa el riesgo de mortalidad materna y también del feto. En promedio esta complicación explica alrededor del 8% de muertes maternas.

Relacionadas con la morbilidad y mortalidad neonatal

En el gráfico N° 7 se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada mortalidad neonatal. La letra -e- sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Gráfico N° 7. Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal



La mayoría de las muertes peri-neonatales está asociada a problemas que sobrevienen durante la gestación, el parto y período pos-parto. Más de dos tercios de las muertes en recién nacidos ocurre entre niños normales y aparentemente bien dotados para la vida: Estas muertes podrían evitarse si se adoptaran medidas de prevención básicas y de atención oportuna del recién nacido[13,14,15].

[12] Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. BJOG. 2005 Sep;112(9):1221-8.
[13]OMS. Mother-Baby Package: An approach to Implementing Safe Motherhood. Geneva. 1994

Siguiendo la lógica del diagrama del **gráfico 7** y por orden de relevancia, la mortalidad neonatal, es resultado principalmente de las siguientes causas:

1. La OMS estima que, en los países en desarrollo[16,17], el 85% de las **muertes en recién nacidos se debe a infecciones que incluyen la sepsis (7%), la neumonía (19%) y el tétanos (14%), asfixia al nacer (21%), traumas del parto (11%) y la prematuridad (10%)**[18]. De acuerdo a los registros administrativos (certificados de defunción), las causas de muerte neonatal más frecuentes son los trastornos respiratorios específicos del periodo neonatal (en las zonas rurales el 60% de las muertes neonatales ocurre por asfixia[19]), el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la sepsis bacteriana del recién nacido[20] y las malformaciones congénitas.
2. Las complicaciones respiratorias (principalmente la asfixia) tiene dos principales factores causales, el primero (el más relevante) está directamente relacionado con la atención de la labor de parto, el parto y de las complicaciones obstétricas; y el segundo, se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad. Si bien, la prematuridad tiene su origen en el primer trimestre, el uso de corticoides puede disminuirla.
3. La duración de las complicaciones, resultado principalmente de la capacidad resolutiva de los servicios de salud, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Aquí tiene relevancia las infecciones intrahospitalarias.
4. Como se indicó anteriormente, el bajo peso al nacer y la prematuridad son las patologías de fondo que incrementan el riesgo de las otras patologías que se presentan durante la etapa neonatal.
5. El fundamento de la relación de causalidad entre anemia e infección durante el embarazo con bajo peso al nacer y prematuridad fueron señalados anteriormente.

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

Esquema para reducir la mortalidad materna

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

---

[14]OMS. Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. Geneva.1995

[15] CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido: Un manual de referencia para gerentes de programas. 1998

[16] Hill K, Choi Y. Neonatal mortality in the developing world. Demographic Research 2006; 14 (18): 429-452

[17] Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. Determinants of neonatal mortality in Indonesia. BMC Public Health. 2008 Jul 9;8:232.

[18]United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcomittee on Nutrition.Low Brith Weight.Report of a meeting. Dhaka, Bangladesh, 14-17 June 1999. Pojda J, Kelley L, editors. Nutrition policy paper N° 18. Geneva: ACC/SNC in collaboration with ICDDRB. 2000

[19]Oficina General de Epidemiología 1999-2002.

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

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

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

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

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

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

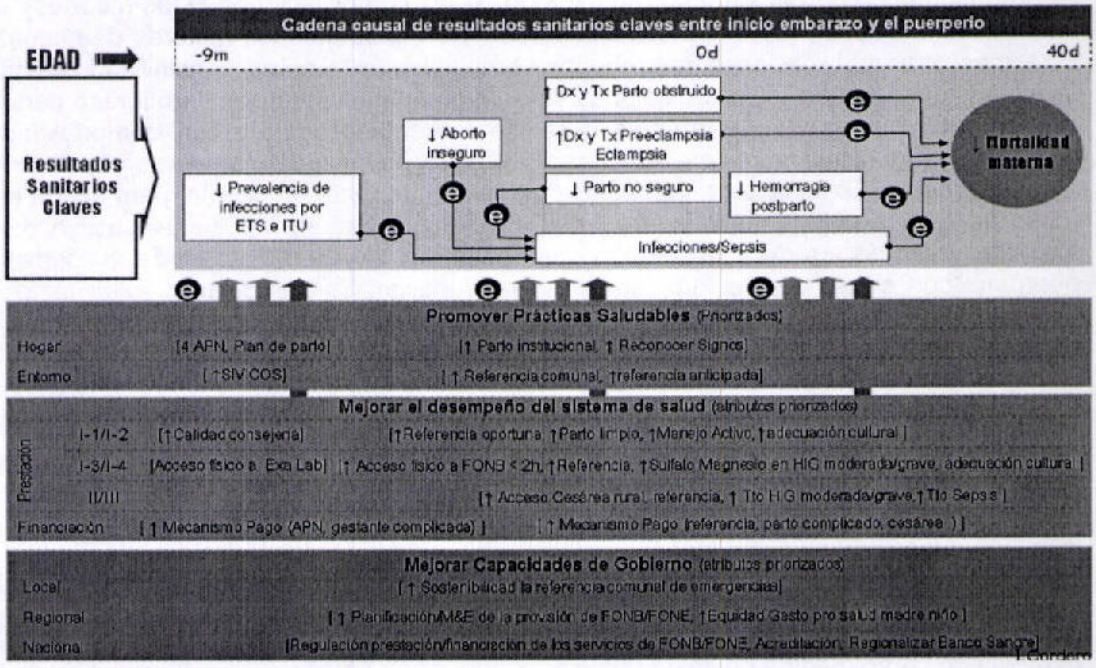
En el tercer grupo, están aquellos factores referidos a la capacidad que el gobierno y sus instituciones tienen para:

i. establecer y poner en práctica un marco regulatorio centrado en la protección del usuario;
ii. adoptar instrumentos que contribuyan a la equidad y superen la exclusión (ejemplo: descentralización, focalización del gasto, subsidio de seguros de salud);
iii. constituir estructuras organizacionales eficientes (modernización).

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

En el **gráfico N°8** se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones priorizadas para modificar los resultados sanitarios claves vinculados con la reducción la mortalidad materna[21]. Las intervenciones se focalizan en dos momentos de ciclo de vida y en siete resultados claves.

Gráfica N°8. Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad materna



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

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

En el segundo enfoque para reducir la mortalidad materna, la idea sería emplear alguna tecnología para: 1) Identificar a las gestantes en mayor riesgo de sufrir complicaciones; y, 2) Realizar intervenciones dirigidas a prevenir dichas complicaciones. Con respecto a lo primero; es cierto que determinados grupos de gestantes, con algunos antecedentes médicos u obstétricos están en mayor riesgo de sufrir complicaciones (por ejemplo, las mujeres de edad avanzada, con ciertas condiciones médicas, o la paridad: las multíparas (mayor riesgo de atonía uterina) o las nulíparas (mayor riesgo de pre-eclampsia). Sin embargo estos factores de riesgo, exceptuando algunos pocos casos, tienen muy poco valor predictivo para identificar a las gestantes que sufrirán complicaciones. Ello ocurre por ejemplo para identificar qué mujeres sufrirán hemorragia postparto por retención placentaria, o complicaciones debidas a distocias por mala presentación fetal. En una revisión sistemática reciente de la OMS acerca de pruebas de tamizaje para identificar tempranamente a gestantes que sufrirán de pre-eclampsia[22] se concluyó que estas pruebas tienen muy bajo valor predictivo y que están lejos de ser clínicamente útiles.

En el mejor de los casos los factores de riesgo identificarían el 30% de gestantes que sufrirán alguna complicación. La gran mayoría de las complicaciones (y las muertes) –más del 70%-– ocurren de manera inesperada y en gestantes sin factores de riesgo. En varias otras publicaciones se reconoce ampliamente la pobre sensibilidad de los factores de riesgo para predecir quienes sufrirán complicaciones en el embarazo parto o puerperio. Excepciones notables a lo recién comentado ocurren con la mortalidad debida a abortos inducidos en las cuales el factor de riesgo (maniobras abortivas) resulta evidente. Otros factores que también debieran tenerse en cuenta, pero desde el punto de vista de acciones preventivas de complicaciones son el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia postparto[23,24] y la reducción de la sepsis puerperal con el uso de medidas higiénicas preventivas. En particular el evitar tactos vaginales frecuentes en la evaluación obstétrica durante la labor de parto[25]

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

---

[22]Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. World Health Organization systematic review of screening tests for preeclampsia. Obstet Gynecol 2004;104:1367-91.

[23] McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. Int J Gynaecol Obstet. 2002;77(3):267-75.

[24]Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, et al. WHO multicenter randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. Lancet 2001;358:689-95.

[25]Goodburn E, Chowdhury M, Gazi R, Marshall T, Graham W. Training traditional birth attendants in clean delivery does not prevent postpartum infection. Health Policy Plan 2000;15:394—9.

Como consecuencia del escaso valor predictivo de los factores de riesgo y de la escasa posibilidad de prevenir las complicaciones, resulta conveniente, a nivel poblacional, considerar que cada gestante está en riesgo de sufrir alguna complicación del embarazo y de fallecer como consecuencia de ella[26].

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

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

La UNICEF, la OMS y la UNFPA han identificado un paquete de intervenciones clave en el manejo de las siete complicaciones obstétricas más importantes listadas previamente (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997)[27]. Este conjunto de intervenciones se conocen como Funciones obstétricas[28] para el cuidado de emergencia. Se definen dos niveles de funciones obstétricas a nivel de los establecimientos con capacidad de resolver emergencias obstétricas:

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

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

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

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

A continuación se resumen brevemente las evidencias que soportan estas funciones:

Los Oxitócicos parenterales son medicamentos claves para la prevención de la hemorragia postparto. Se estima que sin intervención alguna la hemorragia > 500 cc ocurriría en el 10% o más de los partos. Sin embargo, utilizando Oxitocina en el manejo

[26] Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled?.Am J Public Health. 1999;89(4):480-2.
[27] Maine D, Wardlaw T, Ward V, McCarthy J, Birnbaum A, et al. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF, WHO. UNFPA. 1997
[28] Mavalankar DV, Rosenfield A. Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care. Am J Public Health. 2005 Feb;95(2):200-3.

asistido del alumbramiento, se estima que esta proporción se reduzca a 5% o menos, sin incrementar la incidencia de retención placentaria u otras complicaciones serias. Adicionalmente los oxitócicos son drogas de primera línea para el manejo de la hemorragia postparto establecida.

El manejo de la sepsis puerperal, los abortos sépticos u otras complicaciones infecciosas severas relativamente frecuentes en el embarazo y el puerperio (ej. pielonefritis) sería impensable sin el uso apropiado y racional de antibióticos parenterales.

El Sulfato de Magnesio es la droga anticonvulsivante de elección para el manejo de la Eclampsia (The Eclampsia Trial Collaborative Group, 1995)[29], siendo superior a otros anticonvulsivantes. Incluso un ensayo clínico más reciente favorece el uso de esta droga en la prevención de convulsiones en mujeres con pre-eclampsia consideradas en alto riesgo de sufrir eclampsia[30]. De manera similar existen otros estudios que proveen de nuevas evidencias valiosas en el manejo de complicaciones obstétricas.

La extracción manual de placenta en caso de retención y la remoción de productos retenidos (ej., aborto incompleto) son medidas efectivas claramente establecidas desde hace muchos años (UNICEF, WHO, UNFPA, 1997)[31].

Respecto al método para efectuar la remoción de productos retenidos, la evidencia sugiere que el empleo de la aspiración manual endouterina (AMEU) es más segura, y con menor costo que el curetaje (legrado uterino)[32].

En relación al parto obstruido, el vacuum extractor, bien indicado y correctamente empleado puede usarse sin dañar a la madre y sin interferir con el mecanismo normal del parto. A diferencia del Forceps, este instrumento no ocupa el espacio entre la cabeza del feto y el canal de parto. Aunque su facilidad de uso podría conducir a ser empleado inapropiadamente, resultando en fracaso y en algunos casos produciendo lesiones, desacreditando con ello al método[33] (Bergström S. 2001). El uso del vacuum tiene indicaciones precisas, que incluyen la falta de acceso a cirugía.

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

Aunque la efectividad de estas (y otras) intervenciones en la reducción de la mortalidad materna está fuera de discusión, aún existe espacio para el — afinamiento de algunas de estas funciones. Por ejemplo el uso de Misoprostol en el manejo de la hemorragia postparto aún es controversial, básicamente por la falta de ensayos clínicos de suficiente magnitud para evidenciar una ventaja clínica significativa[34], aunque dado el tremendo costo de una muerte materna, muchos recomiendan su uso en adición a los oxitócicos parenterales[35].

---

[29]The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. Lancet 1995;345:1455-63.

[30] Altman D, Carroli G, Duley L, et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002;359:1877-90.

[31]UNICEF, WHO and UNFPA.Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York UNICEF; 1997

[32]Fonseca W, Misago C, Fernandes L, Correia L, Silveira D. Use of manual vacuum aspiration in reducing cost and duration of hospitalisation due to incomplete abortion in an urban area of north-eastern Brazil. Revista de SaudePublica 1997;31(5):472–8.

[33]Bergström S. Appropriate obstetric technologies to deal with maternal complications. Studies in Health Services Organisation and Policy 2001, 17, 175-194.

[34]Hofmeyr GJ, Ferreira S, Nikodem VC, et al. Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial [ISRCTN72263357]. BMC Pregnancy Childbirth. 2004;4(1):16.

[35]Potts M, Campbell M.Three meetings and fewer funerals--misoprostol in postpartum haemorrhage.Lancet. 2004; 364(9440):1110-1.

A pesar de la demostrada efectividad individual de cada una de las intervenciones para resolver las complicaciones obstétricas, una situación que aún ha estado poco clara es el modo de entrega más eficiente y efectivo. Posiblemente esto sea la mayor dificultad y el reto actualmente existente en el camino hacia la reducción de la mortalidad materna.

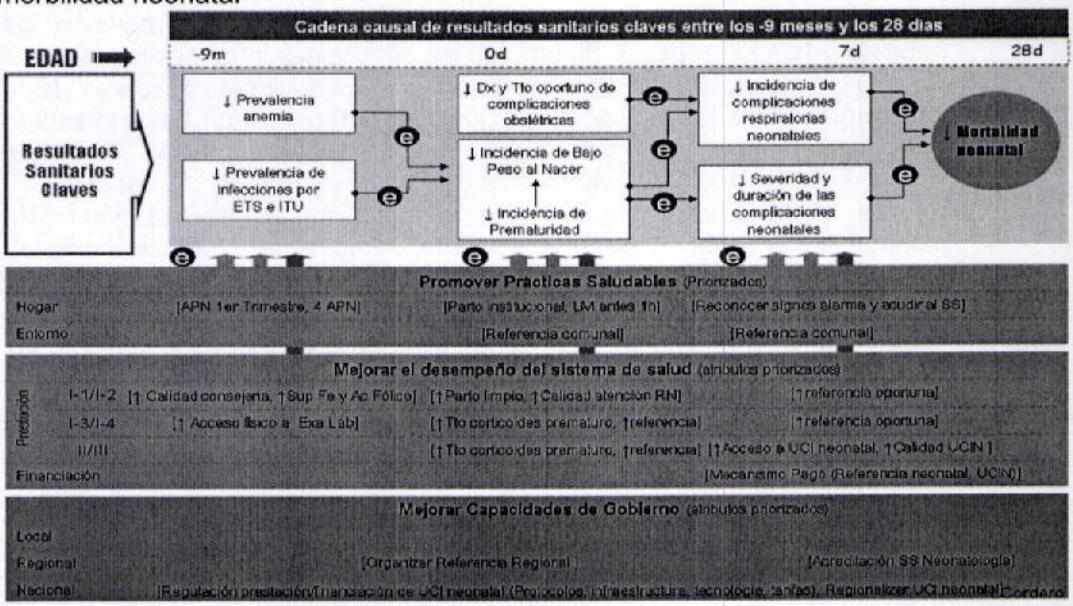
Esta dificultad se debe en parte a la imposibilidad de asegurar la infraestructura, el equipamiento, y el personal entrenado para proveer servicios de atención obstétrica con capacidad de resolver las emergencias obstétricas a una población que no está concentrada en urbes o poblaciones grandes con recursos limitados de la mayoría de los países en vías de desarrollo. Cuando la población está dispersa en poblados pequeños el llegar a ellos con este paquete de servicios se hace bastante costoso y poco conveniente.

Koblinsky y Col[36] (1999) ha identificado 4 modelos de atención obstétrica a nivel poblacional basado en dos parámetros: Quién atiende el parto y a dónde se refiere la paciente luego de que esta se complica. Estos modelos surgen del estudio de casos de las experiencias (exitosas) de algunos países como ejemplos característicos de estos modelos.

Esquema para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal

En el **gráfico N° 9** se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones priorizadas para modificar los resultados sanitarios claves vinculados con la reducción la morbilidad y mortalidad neonatal[37]. El programa se focaliza en tres momentos de ciclo de vida y en seis resultados claves.

Gráfico N° 9. Esquema de las intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal



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

[36] Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? Bull World Health Organ 1999;77:399-406

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

i. **Reducir la incidencia de las complicaciones respiratorias neonatales[38],[39], con énfasis en los 7 primeros días después del parto, a través de prioritariamente:**
   - Incrementar el conocimiento de las madres para reconocer signos de alarma de complicaciones respiratorias del neonato y ante tal situación acudir al servicio de salud.
   - Promover la participación de la comunidad en la organización de sistemas de referencia comunal.
   - Mejorar la oportunidad de las referencias, específicamente las que se dan entre los establecimientos I-1, I-2 hacia el nivel I-3, I-4, y de estos establecimientos hacia el segundo nivel.
   - Incrementar el acceso a Unidades de Cuidados Intensivas Neonatales y mejorar la capacidad resolutiva de las mismas.
   - Resolver los aspectos de financiamiento de los servicios de cuidados intensivos. El alto costo que tienen las prestaciones de cuidados intensivos rápidamente se constituyen en barrera de acceso, y al no tener los mecanismos de pago apropiado, el prestador tiende a trasladar costos a los usuarios.
   - Desarrollar una propuesta de regionalización nacional de los servicios de cuidado intensiva neonatales debido al muy alto costo fijo de operación y al nivel de especialización de la tecnología.

ii. **Reducir la severidad y duración de las complicaciones neonatales[40], a través de prioritariamente:**
   - Activamente realizar el proceso de acreditación de las unidades intermedias y de las intensivas de cuidados neonatales, de tal manera de continuamente mejorar los procesos organizacionales y clínicos para la atención del neonato. Atención especial constituyen las infecciones intrahospitalarias.
   - Revisar y actualizar el estado de la normatividad vigente respecto de la infraestructura de las Unidades de Cuidados Intensivos en base al estado de conocimiento actual de los elementos de bioseguridad. Aspectos vinculados a los acabados, ambientes multicama vs unicasa, flujos, etc.
   - Revisar y actualizar el estado de la normatividad en relación a la categorización de establecimientos. En la literatura se diferencia hasta en cuatro los niveles de las unidades de cuidados intensivas neonatales.
   - Revisar y actualizar los protocolos y guías de tratamiento de los servicios neonatales y de cuidados intensivas en base una revisión exhaustiva de las evidencias.
   - Como parte de la acreditación de las Unidades de Cuidados Intensivos, se promoverá la certificación del personal de las Unidades de Cuidados Intensivos.

iii. **Incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas, el cual incluye promover la atención del parto seguro, a través de prioritariamente:**
   - Promover el parto institucional y el inicio antes de la hora de la lactancia materna.
   - Incrementar el parto limpio en establecimientos I-1, I-2 y mejorar las competencias del personal Técnico de Salud en la atención del recién nacido. Específicamente en el manejo de asfixia.

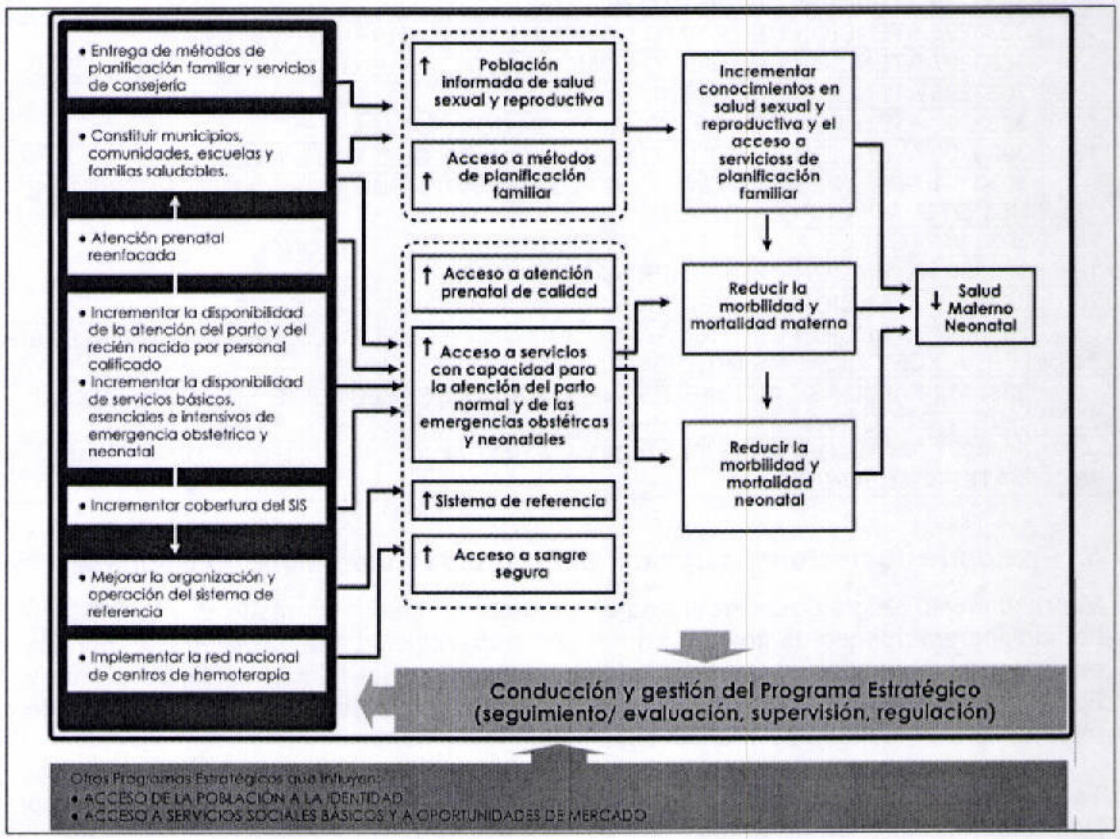
---

[38] Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. Acta Paediatr. 2004 May;93(5):643-7.
[39] Miller JD, Carlo WA. Pulmonary complications of mechanical ventilation in neonates. Clin Perinatol. 2008 Mar;35(1):273-81
[40] Askin DF. Complications in the transition from fetal to neonatal life. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 May-Jun;31(3):318-27.

4. Modelo Lógico del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

En el siguiente gráfico N°10 se presenta el modelo lógico del Programa en donde se diferencia las intervenciones de los resultados.

Gráfico N°10 Modelo Lógico del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal



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

El Programa Salud Materno Neonatal comprenden los siguientes 23 productos:

Nro	Descripción del Producto
1	3000002 POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
2	3000005 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO
3	**3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA**
4	3033287 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL
5	3033288 MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
6	3033289 COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
7	3033290 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Nro	Descripción del Producto
8	3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
9	**3033292 POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**
10	3033294 ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES
11	**3033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL**
12	3033296 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO
13	3033297 ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO
14	3033298 ATENCION DEL PUERPERIO
15	3033299 ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES
16	3033300 ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
17	3033301 PRE INVERSION DE LA IMPLEMENTACION DE LA RED DE CENTROS DE HEMOTERAPIA TIPO I Y TIPO II
18	3033304 ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL
19	3033305 ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL
20	3033306 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES
21	3033307 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES – UCIN
22	3033412 FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
23	3044277 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL

5. Presupuesto nacional asignado al Programa Salud Materno Neonatal

El presupuesto asignado al Programa Salud Materno Neonatal desde el año 2009 se ha ido incrementando tanto por una mejor redistribución del presupuesto por las entidades como por un presupuesto adicional de parte del Ministerio de Economía y Finanzas. En la tabla 4 tal presupuesto se presenta desagregado por Resultado Intermedio e inmediatos del Modelo Lógico del Programa.

Tabla 4. Presupuesto Anual Institucional 2009 -2013 del Programa Salud Materno Neonatal (en Millones de Soles).

Intervención [Producto]	PIA2009	PIA2010	PIA2011	PIA2012	PIA 2013
3033295 Atención del Parto Normal	62.2	73.5	147.7	260.6	204.0
3033172 Atención Prenatal Reenfocada	52.6	43.8	87.9	159.2	134.6
3033297 Atención del Parto Complicado Quirúrgico	31.9	41.4	58.7	71.7	94.4
3033292 Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva.	6.3	7.3	12.1	14.3	14.5
3033305 Atención del Recién Nacido Normal	24.8	27.0	34.4	83.3	54.6
Otros Productos y proyectos	168.3	228.7	535.9	598.5	535.8
0002 SALUD MATERNO NEONATAL	**359.0**	**447.1**	**900.7**	**1,209.0**	**1,079.9**

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera- SIAF-MEF (07/04/2013)

El presupuesto es ejecutado por los Pliegos siguientes: Ministerio de Salud (MINSA), Instituto Nacional de Salud (INS), Seguro integral de Salud(SIS) y los 24 Gobiernos Regionales.

Tabla 5: Presupuesto asignado al Programa Salud Materno Neonatal por Pliegos del Gobierno Nacional

Pliegos Nacionales	PIA2009	PIA2010	PIA2011	PIA2012	PIA 2013
11 011 M. DE SALUD	121,164,325	167,426,737	392,886,550	649,843,662	350,389,441
11 135 SEGURO INTEGRAL DE SALUD -SIS	83,558,702	116,934,819	149,260,584	121,223,397	189,057,908
11 131 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	0	0	0	0	150,000
Total	204,723,027	284,361,556	542,147,134	771,067,059	539,597,349

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera- SIAF-MEF (07/04/2013)

Tabla 6: Presupuesto asignado al Programa Salud Materno Neonatal por departamento

Departamento	PIA2009	PIA2010	PIA2011	PIA2012	2013
15 LIMA	150,727,844	182,201,837	177,072,980	366,485,195	255,851,578
06 CAJAMARCA	**14,492,583**	**23,669,571**	**64,745,840**	**80,628,970**	**67,397,411**
09 HUANCAVELICA	2,729,808	10,986,930	27,292,317	30,839,181	66,111,780
13 LA LIBERTAD	17,607,380	20,096,917	46,575,049	51,075,636	60,167,166
20 PIURA	9,758,570	12,809,112	30,796,844	45,131,393	51,475,207
08 CUSCO	11,993,429	16,547,750	51,740,469	55,924,951	51,197,666
21 PUNO	12,141,200	15,770,948	53,834,125	46,502,644	46,230,757
10 HUANUCO	9,655,224	13,259,363	52,023,336	39,651,202	43,286,260
07 CALLAO	12,506,871	10,791,115	45,072,970	38,726,637	41,145,637
05 AYACUCHO	17,889,628	25,109,632	50,405,418	42,865,172	39,829,463
03 APURIMAC	7,972,290	12,670,558	29,819,231	38,726,916	38,043,564
16 LORETO	6,454,884	7,753,328	34,046,470	37,283,418	34,214,222
04 AREQUIPA	18,792,240	21,669,518	29,446,275	35,981,075	33,930,036
12 JUNIN	8,748,312	8,457,427	26,020,190	34,325,213	33,721,521
02 ANCASH	5,611,926	6,951,294	19,722,511	36,116,312	32,087,319
01 AMAZONAS	**7,947,430**	**6,192,129**	**36,472,964**	**35,893,602**	**31,046,517**
14 LAMBAYEQUE	9,780,931	11,390,828	19,411,838	38,154,457	29,402,291
24 TUMBES	938,596	1,236,654	22,331,873	20,396,284	22,159,255
22 SAN MARTIN	10,792,000	12,782,440	19,389,628	24,519,771	22,148,172
11 ICA	3,039,283	3,584,360	6,738,596	28,122,468	20,633,158
25 UCAYALI	2,896,363	6,024,519	26,012,022	27,879,703	18,398,525
23 TACNA	9,838,558	10,344,391	14,605,414	17,978,447	16,798,419
19 PASCO	1,968,803	2,327,759	7,357,885	11,972,183	8,775,815
17 MADRE DE DIOS	2,965,544	3,841,563	3,919,348	9,380,120	7,950,963
18 MOQUEGUA	1,796,281	603,684	5,804,430	14,405,368	7,926,680
Total	359,045,978	447,073,627	900,658,023	1,208,966,318	1,079,929,382

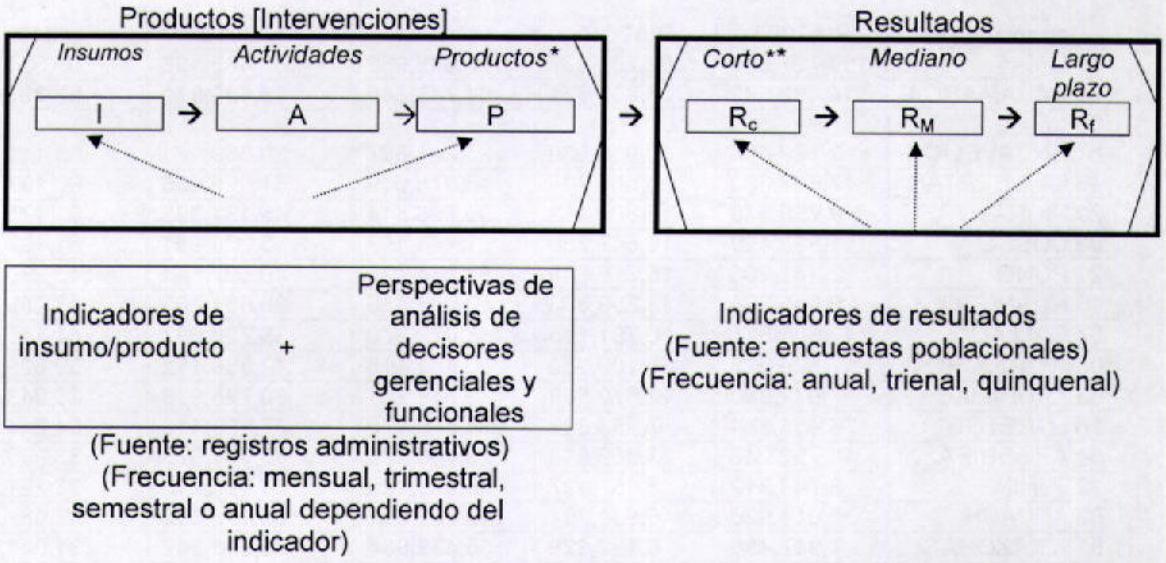
Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera- SIAF-MEF (07/04/2013)

6. Seguimiento del Programa Salud Materno Neonatal

En la lógica de Presupuesto por Resultados un elemento clave es lograr conectar las actividades que ejecutan las instituciones públicas con resultados que se expresan en cambios en las condiciones de la población objetivo. Desde esa perspectiva la

selección de los indicadores de seguimiento se hace a partir de identificar cuales son las cadenas claves del modelo lógico que se presumen contribuyen en mayor medida con la reducción de la mortalidad materna y neonatal.
Así para realizar el diseño y rediseño de los Programas Presupuestales se requiere identificar y seleccionar una o más cadenas claves de resultados vinculados con el problema que el Programa aspira resolver. A su vez la identificación y selección de estas cadenas claves, demanda al menos dos tipo de información: i) aquella que ayuda a documentar las relaciones de causalidad entre insumos, productos y resultados (Ver las flechas horizontales en el Gráfico 12); y, ii) las mediciones mediante las cuales se determina los valores de los indicadores de resultados y de las coberturas de las intervenciones orientadas a resolverlo.

Gráfico 11: Modelo Lógico vs Indicadores de Seguimiento del Programa Estratégico



Nota: I=Insumos, A=Acciones, P=Productos, Rc=Resultado inmediato, Rm=Resultado Intermedio, Resultado Final.

6.1 Matriz de seguimiento de indicadores de desempeño

En el anexo 1.1 se presenta la Matriz de seguimiento de indicadores de desempeño (con los niveles de resultado del modelo lógico) del Programa Salud Materno Neonatal.

Adicionalmente en el anexo 1.2 se presenta la evolución de los indicadores del resultado final por departamentos del Programa Salud Materno Neonatal.

6.2 Seguimiento focalizado: Productos priorizados y sus indicadores respectivos

Con la finalidad de focalizar los esfuerzos y el seguimiento en el marco del Apoyo Presupuestal brindado por la Cooperación Belga y en la lógica del Aseguramiento Universal y del camino causal crítico, **se han priorizado 3 productos del Programa Salud Materno Neonatal**, dentro de un conjunto de 23 mencionados en el punto 4. Estos son:

	Productos de Salud Materno Neonatal en Presupuesto por resultado	Indicadores medidos actualmente con Encuesta Nacional - ENDES	Indicadores seleccionados para el Apoyo Presupuestal tomando como fuente el SIS
1	3033295 Atención del Parto Normal	Cobertura de gestantes procedentes de zonas rurales que tienen parto institucional	Proporción de gestantes procedentes de distritos pobres que tienen parto institucional.
2	3033172 Atención Prenatal Reenfocada	Proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre de gestación	Proporción de gestantes procedentes de distritos pobres que han recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre del embarazo y que cuenta con exámenes completos de laboratorio.
3	3033292 Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva.	Proporción de mujeres en unión que usa actualmente algún método de planificación familiar.	Proporción de mujeres procedentes de distritos pobres han recibido consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

Actualmente la medición de los avances del Programa Salud Materno Neonatal se realiza utilizando la información de las Encuestas nacionales (ENDES) desarrolladas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, de la que se dispone información como parte del seguimiento de los programas presupuestales. Sin embargo esto datos no miden exactamente todos los indicadores de los productos precisados y seleccionados, ni presentan información más específica a nivel de distritos. Es por ello que la coordinación y el trabajo conjunto con el SIS será vital para desarrollar los instrumentos que permitan una medición y un seguimiento más focalizado de los indicadores seleccionados.

En la tabla 7 se puede observar la evolución de los indicadores tal como se mide actualmente para los 3 primeros productos priorizados en departamentos seleccionados por formar parte del ámbito del Aseguramiento Universal en Salud, ámbitos de intervención del PARSALUD II y con convenios de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional. Con esta información es posible constatar que los departamentos de Cajamarca y Amazonas presentan las coberturas más bajas de gestantes procedentes de zonas rurales con parto institucional y con cesárea e igualmente las coberturas más bajas de recién nacidos vivos en establecimientos de salud.

Sin embargo, tal como se menciona líneas arriba, en el marco del Apoyo Presupuestal se desarrollarán las herramientas utilizando como base la fuente del SIS para realizar mediciones más específicas.

Tabla 7: Evolución de los indicadores de los tres productos priorizados promedio nacional y por departamentos seleccionados

Indicador	Ámbito	Fuente	2000	2007	2009	2010	2011	2012
1. Cobertura de gestantes procedentes de zonas rurales que tienen parto institucional	Nacional	ENDES-INEI	**23.4**	**49.4**	**55.0**	**58.4**	**62.5**	**67.2**
	Cajamarca [2,3]		12.1	36.4	49.7	46.3	49.1	**55.0**
	Amazonas [2,3]		19.3	36.2	48.2	53.4	44.4	**49.9**
	Huancavelica [1,2,3]		14.0	51.6	59.1	64.8	69.0	75.1
	Apurímac [1,2,3]		34.5	83.3	92.1	95.6	95.3	97.4
	Ayacucho [1,2,3]		31.8	58.3	89.9	84.3	85.9	90.1
	Cusco [1,2]		23.7	65.8	66.4	69.5	77.6	89.9
	Junín [1]		28.4	55.7	41.3	48.1	64.8	73.4
	La libertad [1]		16.4	29.5	33.6	45.8	22.4	**54.6**
	Lambayeque [1]		33.0	59.7	66.9	60.7	75.3	62.7
	Piura [1]		36.4	44.0	52.5	58.5	50.9	**44.7**
	San Martin [1]		28.1	61.1	50.0	62.6	58.6	67.0
2. Proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre de gestación	Nacional	ENDES-INEI	**58.0**	**71.3**	**72.4**	**73.0**	**74.9**	**74.9**
	Urbano		68.9	76.2	76.6	76.5	78.7	77.9
	Rural		42.7	63.8	64.0	66.3	67.1	69.0
	Cajamarca [2,3]		45.1	65.3	70.1	68.3	71.1	**70.5**
	Amazonas [2,3]		37.8	61.6	67.9	68.0	68.6	**68.0**
	Huancavelica [1,2,3]		45.7	70.4	64.7	72.6	64.9	72.9
	Apurímac [1,2,3]		60.5	74.8	73.2	76.4	70.9	78.9
	Ayacucho [1,2,3]		45.3	69.7	64.8	66.5	66.6	**68.6**
	Cusco [1,2]		64.5	70.9	74.9	78.6	70.6	74.0
	Junín [1]		47.5	65.7	63.9	66.8	68.8	72.9
	La libertad [1]		56.1	70.5	68.7	71.8	70.9	78.5
	Lambayeque [1]		54.9	75.5	76.2	77.9	81.2	74.8
	Piura [1]		61.3	74.4	74.0	77.4	74.8	72.0
	San Martin [1]		58.1	72.8	69.0	73.2	71.0	74.8
3. Proporción de mujeres en unión que usa actualmente algún método de planificación familiar.	Nacional	INEI-ENDES	68.9	73.1	73.2	74.4	75.4	75.5
	Urbano		73.0	73.8	74.6	75.2	75.9	75.8
	Rural		61.5	71.8	70.0	72.4	74.2	74.8
	Cajamarca [2,3]		62.9	72.5	69.6	79.4	78.2	76.6
	Amazonas [2,3]		64.8	75.1	77.3	77.9	72.7	75.5
	Huancavelica [1,2,3]		49.6	64.7	71.5	70.6	69.7	73.5
	Apurímac [1,2,3]		63.9	71.8	77.5	76.5	79.2	77.1
	Ayacucho [1,2,3]		55.4	71.8	69.0	69.7	72.6	72.4
	Cusco [1,2]		67.3	72.5	71.9	70.5	76.7	78.3
	Junín [1]		74.5	71.3	69.0	74.8	76.0	73.8
	La libertad [1]		68.3	72.3	66.7	72.9	72.0	75.5
	Lambayeque [1]		65.6	73.1	74.7	72.8	78.4	76.4
	Piura [1]		68.9	74.1	73.8	73.6	71.7	75.3
	San Martin [1]		72.5	73.5	75.1	70.6	77.5	74.0

Fuente: INEI. Encuesta ENDES
[1]: Ámbito del Aseguramiento Universal en Salud
[2]: Ámbito de intervención PARSALUD II
[3]: Departamentos con Convenio de Apoyo Presupuestal al Programa Articulado Nutricional

En el marco del Apoyo Presupuestal belga, los indicadores de seguimiento identificados de estos productos tendrán como **fuente la base de datos del Seguro Integral de Salud**. Para ello se estimarán los valores de los tres indicadores a nivel de los distritos priorizados (quintil I y II) y se fijará una línea de base para este nivel de desagregación tomando como referencia el año que precede a la ejecución del Convenio Específico entre Perú y Bélgica. Toda esta información será definida en los Convenios Específicos que se firmarán con las regiones priorizadas. (Ver explicación líneas abajo). Como es comprensible la estimación con este nivel de desagregación no

es viable obtenerlo a partir de encuestas poblacionales (ENDES) sino a partir de registros administrativos.

Estos indicadores están vinculados directamente con la reducción de las principales causas de Mortalidad Materna y Neonatal en la población asegurada al SIS procedente de los distritos más pobres del quintil I y II de las regiones de Amazonas y Cajamarca que son las de menor cobertura y por ende con mayor riesgo de presentar muertes maternas y neonatales, afectado al resultado final del Programa Presupuestal. En los últimos 5 años departamentos como Apurímac, Ayacucho y Huancavelica han incrementado la proporción de partos institucionales, especialmente las procedentes de zonas rurales e igualmente la captación oportuna de gestantes y como consecuencia de ello se ha reducido el número de muertes maternas. Igualmente los departamentos de Cusco, Junín, Lambayeque y San Martin tienen una mejor cobertura de atención respecto a los otros departamentos. Todo esto por un proceso de mejora de la oferta de servicios especialmente por una mayor disponibilidad de profesionales de la salud en el marco de la implementación de los Programas presupuestales.

El Apoyo Presupuestal implica un estrecho trabajo de coordinación con las regiones priorizadas (Cajamarca y Amazonas) para el logro de resultados a nivel local. En este sentido, la asignación de los recursos a los Gobiernos Regionales que participan de este Apoyo presupuestario, será en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2013[41] y en la Directiva que norma la formulación, suscripción, ejecución y seguimiento de Convenios de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios en el marco del Presupuesto por Resultados[42].

Dichos Convenios de Apoyo Presupuestario a ser suscritos entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuesto Público y los Gobiernos Regionales priorizados, contemplan que las transferencias de recursos a realizarse anualmente, por el tiempo que dure el mismo, se hará en función a un tramo fijo y variable de acuerdo con el cumplimiento de los compromisos de gestión y metas de los indicadores priorizados, respectivamente.

En este contexto, para el tramo fijo los compromisos de gestión estarán relacionados a mejoras en los procesos de: i) Programación Operativa, ii) Soporte Logistico para la Adquisicón y Distribución de insumos, iii) Organización para la producción y entrega de los productos, y iv) Supervisión, Seguimiento y Evaluación. Para cada proceso se definirán criterios, cuya verificación de su cumplimiento será realizada por la Dirección General de Presupuesto Público del MEF, previo a la transferencia de los recursos y de acuerdo a la normatividad vigente.

Por su parte, el tramo variable contempla las metas de los tres indicadores de productos priorizados del Programa Salud Materno Neonatal, anteriormente descritos. La evaluación de su cumplimiento será realizada por el Seguro Integral de Salud y verificado por la Dirección General de Presupuesto Público del MEF, previo también a la transferencia de recursos y según normatividad vigente.

Cabe precisar que el tramo variable, contempla indicadores de producto y no de resultados, ya que están directamente vinculados con la magnitud del gasto y constituyen elementos de referencia para la negociación de la asignación presupuestal (formulación y programación anual, aprobación de calendarios, aprobación de créditos suplementarios).

---

[41] Ley N° 29951-Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, artículo 15.
[42] Directiva N° 002-2010-EF/76.06

En la medida que el apoyo presupuestario debe favorecer a las poblaciones más pobres de las regiones priorizadas, **la medición del tramo variable utilizará como fuente de datos los registros administrativos del Seguro Integral de Salud tal como mencionado líneas arriba.** En este sentido, a fin de medir con mayor precisión los contenidos de los indicadores priorizados, se han realizado algunos ajustes a las fichas técnicas contemplando las definiciones operacionales aprobadas por el MINSA. Dichas fichas que se utilizarán para los convenios con los Gobiernos regionales brindan, entre otros aspectos, precisiones sobre el método de cálculo, periodicidad y fuentes de datos para ejecutar el seguimiento y la medición de los tres indicadores priorizados, las que se adjuntan en el anexo 1.3.

ANEXOS

ANEXO 1.1

Matriz de seguimiento de indicadores de desempeño (con los niveles de resultado del modelo lógico)

A continuación se presentan los indicadores de resultado de todo el Programa Salud Materno Neonatal por lo que se ha marcado en amarillo aquellos indicadores que estarán estrechamente relacionados con los indicadores de productos que se monitorearán en el marco del Apoyo Presupuestal belga y que se medirán con fuente del SIS.

Tabla N° 1. Perú: Principales indicadores del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, 2000, 2007, 2009, 2010 y 2011

Resultado final	INDICADORES	2000	2007	2009	2010	2011	
Mortalidad neonatal	Tasa de Mortalidad Neonatal (x1,000 nv)	23	15	13	11	10	IC95%[8,1-11,6]
Mortalidad materna	Razón de mortalidad Materna (x100,000 nv)	185	164		93		
Resultados intermedios							
Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar	Tasa global de fecundidad en los 3 años anteriores a la encuesta	2,9	2,4	2,6	2,5	2,6	IC95%[2,5-2,7]
	Proporción de MEF en unión que usa algún método de planificación familiar	68,9	73,1	73,2	74,4	75,4	IC95%[74,4-76,4]
	Proporción mujeres en unión que usa algún método moderno de planificación familiar	50,4	47,8	50	50,5	51,1	IC95%[49,9-52,3]
Reducción de la morbilidad y mortalidad materna	Proporción Parto institucional de gestantes procedentes en zonas rurales	23,4	49,4	61,9		62,5	IC95%[58,9-66,1]
	Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural	3,7	7	8,4		8,2	IC95%[7,0-9,4]
	Proporción de Parto atendido por profesional de la salud	29	57,2	67,3		67,4	IC95%[64-70,8]
Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas	....	14,7	16,2		15,8	IC95%[14,5-17,2]
Resultados inmediatos							
Población informada en salud sexual y reproductiva	Proporción de Mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar.	97,9	99,2	99,3	99,6	99,5	IC95%[99,4-99,7]
Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Proporción Mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar	10,2	7,8	6,9		6,1	IC95%[5,6-6,6]
Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutiva	Proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre de gestación	58	71,3	72,4	73	74,9	IC95%[73,6-76,2]
	Proporción de gestantes que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales	50,6	76,4	80,8	81	83,5	IC95%[82,5-84,6]
Acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal	Proporción de recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud						
Acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutiva para atender complicaciones neonatales	Proporción de neonatos complicados atendidos en establecimientos de salud						
Regulación de la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal	Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB			0.4	0.3	1	
	Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE			9	7.3	3.1	
	Proporción de Establecimientos de Salud Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas - FONI			-	-	-	

ANEXO 1.2

Indicadores de seguimiento de los resultados finales por región.

Evolución de Indicadores de Resultados 2000-2012 promedio nacional y algunos departamentos

Indicador	Ámbito	Fuente	2000	2007	2009	2010	2011	2012
Razón de Mortalidad Materna x 100,000 nv*	Nacional	ENDES-INEI	185			93**		
Número de Muertes maternas	Nacional	DGE-MINSA	605	513	481	457	445	428
	Apurímac		12	8	6	4	6	13
	Ayacucho		20	12	8	13	14	11
	Cusco		58	25	17	21	26	21
	Junín		37	34	22	23	17	11
	La libertad		44	38	33	38	44	32
	Lambayeque		23	27	20	14	15	13
	Piura		41	33	39	28	33	34
	San Martin		25	22	32	17	13	14
	Cajamarca		67	55	55	47	35	43
	Amazonas		16	12	20	14	12	14
	Huancavelica		16	14	13	23	9	7
Tasa de Mortalidad Neonatal x 1,000 nv (10 años antes de la encuesta)	Nacional	ENDES-INEI	23	15.2	12.8	11.1	9.8	12.6
	Urbano		15	11	11	10	9	8
	Rural		31	21	16	17	14	13
	Apurímac		41	18	10	17	13	19
	Ayacucho		29	17	11	10	11	11
	Cusco		48	13	17	16	17	14
	Junín		20	20	13	12	8	20
	La libertad		27	14	16	5	5	7
	Lambayeque		15	7	14	5	10	9
	Piura		18	16	15	12	11	12
	San Martin		23	26	21	19	16	17
	Cajamarca		25	17	13	12	10	20
	Amazonas		25	15	15	16	14	14
	Huancavelica		43	22	17	14	14	14

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

*Se mide cada 7 años, por las limitaciones para su estimación anual y por ámbitos departamentales.
**Sin embargo en base a la información de las encuestas de los años 2004 al 2010, el INEI estimó el dato de Razón de Mortalidad materna

ANEXO 1.3

Fichas Técnicas adaptadas de los dos Indicadores Priorizados en el marco del Apoyo Presupuestal belga

PROPORCIÓN DE GESTANTES ASEGURADAS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PROCEDENTES DE DISTRITOS DE QUINTIL I Y II QUE TIENEN PARTO INSTITUCIONAL

DEFINICIÓN

Porcentaje de mujeres aseguradas SIS procedentes de distritos de quintil I y II, cuyo último nacimiento vivo fue atendido en un establecimiento de salud con Capacidad Resolutiva por personal capacitado.

VALOR DEL INDICADOR

Fuente: SIS

JUSTIFICACIÓN

Este indicador es una medida del potencial del sistema de salud para proveer una cobertura adecuada para los partos y da información sobre la cobertura de los partos asistidos, ya sean normales o complejos.

A diferencia de otros indicadores complementarios como la proporción de nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud, este indicador recoge las condiciones en términos de la infraestructura donde se llevan a cabo los partos, sino también las características de los recursos humanos encargados de llevar a cabo dichas tareas.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La OMS define el personal de salud capacitado como personas que han completado con éxito cursos recomendados de obstetricia y que son capaces de dar la supervisión, atención y consejo necesarios a las mujeres durante el período de embarazo, parto y post-parto, para conducir partos y cuidar al recién nacido y al niño. No obstante, la identificación por parte de la entrevistada de dichas características puede ser complicada, lo que ocasionaría algunos sesgos en las estimaciones de este indicador.

Otro problema con el uso de este indicador, es que el mismo supone que la atención en un establecimiento de salud está asociada a adecuadas condiciones para el tratamiento de complicaciones durante el parto. Sin embargo, la realidad en el Perú es que un gran número de postas y puestos de salud, así como algunos centros de salud, en particular en el área rural, no cuentan con el equipamiento adecuado para el manejo de dichas situaciones. Por este motivo, se considerará para la medición solo aquellos partos ocurridos en establecimientos de salud calificados como FONB (Función Obstétrica y Neonatal Básica) o FONE (Función Obstétrica y Neonatal Esencial) o considerado estratégico según RM 632-2012/SA.

PRECISIONES TÉCNICAS

- Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los

músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

- Para la identificación del personal de salud capacitado se incluyen los médicos, enfermeras y obstetras.

- Entre los establecimientos de salud se incluyen hospitales, centros de salud de la red sanitaria del MINSA o los Gobiernos Regionales. Se excluyen aquellos partos atendidos en puestos de salud o en otros establecimientos que no forman parte de la Resolución Ministerial de establecimiento estratégico o Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas o Esenciales.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de últimos niños nacidos vivos de madres aseguradas al Seguro integral de Salud procedentes de distritos de quintiles I y II en un periodo determinado, cuyo parto se dio a través en un establecimiento de salud calificado como FONB o FONE y que fueron atendidos por un personal de salud capacitado.

Denominador: Número de últimos niños nacidos vivos de madres aseguradas al Seguro Integral de Salud procedentes de distritos del quintiles I y II de los departamentos seleccionados registrados en la base de datos del SIS.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Registros administrativos del Seguro Integral de Salud.

BASE DE DATOS

Registros administrativos del Seguro Integral de Salud.:

PROPORCIÓN DE MADRES DE DISTRITOS POBRES QUE HAN RECIBIDO SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN EL 1ER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y TUVO 4 EXAMENES BASICOS DE LABORATORIO

DEFINICIÓN

Es el porcentaje de niños nacidos vivos de distritos pobres, cuya madre tuvo su primer control prenatal en el 1er trimestre de la gestación y 4 exámenes básicos de laboratorio.

VALOR DEL INDICADOR

Fuente: SIS

JUSTIFICACIÓN

Según muchos estudios el acceso de las gestantes al tratamiento de las principales infecciones (del tracto urinario y enfermedades de trasmisión sexual), así como de la anemia diagnosticas en el primer trimestre de gestación está relacionado a la reducción de Prematuridad y del bajo peso al nacer. Por este motivo es muy importante que todas las gestantes puedan acceder a exámenes de laboratorio al menos a 4 de ellas (examen de orina, VIH-SIDA, sífilis y Hemoglobina). Determinar la proporción de gestantes que el último nacimiento recibió su primer control prenatal en el 1er trimestre de gestación y los 4 exámenes básicos es muy importante para iniciar el tratamiento oportuno de requerirlo.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

NINGUNO

PRECISIONES TÉCNICAS

$$CPN1trim = \frac{\text{CPN_1trim}}{TMG} * 100$$

CPN_1trim= Mujeres que en el último nacimiento tuvo su primer control prenatal en el 1er trimestre de la gestación con 4 exámenes básicos (hemoglobina, examen de orina, VIH-SIDA y Sifiles).

TMG: Total de mujeres con último nacido vivo en el periodo evaluado.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Mujeres aseguradas al Seguro Integral de Salud que en el último nacimiento tuvo su primer control prenatal en el 1er trimestre de la gestación con 4 exámenes básicos (hemoglobina, examen de orina, VIH-SIDA y Sífilis).

Denominador: Total de mujeres aseguradas al SIS con último nacido vivo en el periodo evaluado

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Registros administrativos del Seguro Integral de Salud.

BASE DE DATOS

Registros administrativos del Seguro Integral de Salud.

PROPORCIÓN DE MUJERES ASEGURADAS AL SIS EN EDAD REPRODUCTIVA QUE HAN RECIBIDO AL MENOS UNA ATENCION EN CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DEFINICIÓN

Es el porcentaje de mujeres en edad reproductiva de distritos pobres que acceden a la atención en salud sexual y reproductiva.

VALOR DEL INDICADOR

Fuente: SIS

JUSTIFICACIÓN

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

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

NINGUNO

PRECISIONES TÉCNICAS

$$\% \text{ M_ASSR} = \frac{\text{M_ASSR} \times 100}{\text{To_MEF}}$$

M_ASSR= Mujeres entre 15 y 49 años, que en el año han recibido al menos una atención en salud sexual y reproductiva en establecimientos de salud.
To_MEF: Total de mujeres entre 15 y 49 años.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Mujeres entre 15 a 49 años aseguradas al Seguro Integral de Salud que en el último año han recibido al menos 1 atención en salud sexual y reproductiva

Denominador: Total de mujeres entre 15 a 49 años aseguradas al SIS en el periodo evaluado

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Registros administrativos del Seguro Integral de Salud.

BASE DE DATOS

Registros administrativos del Seguro Integral de Salud.