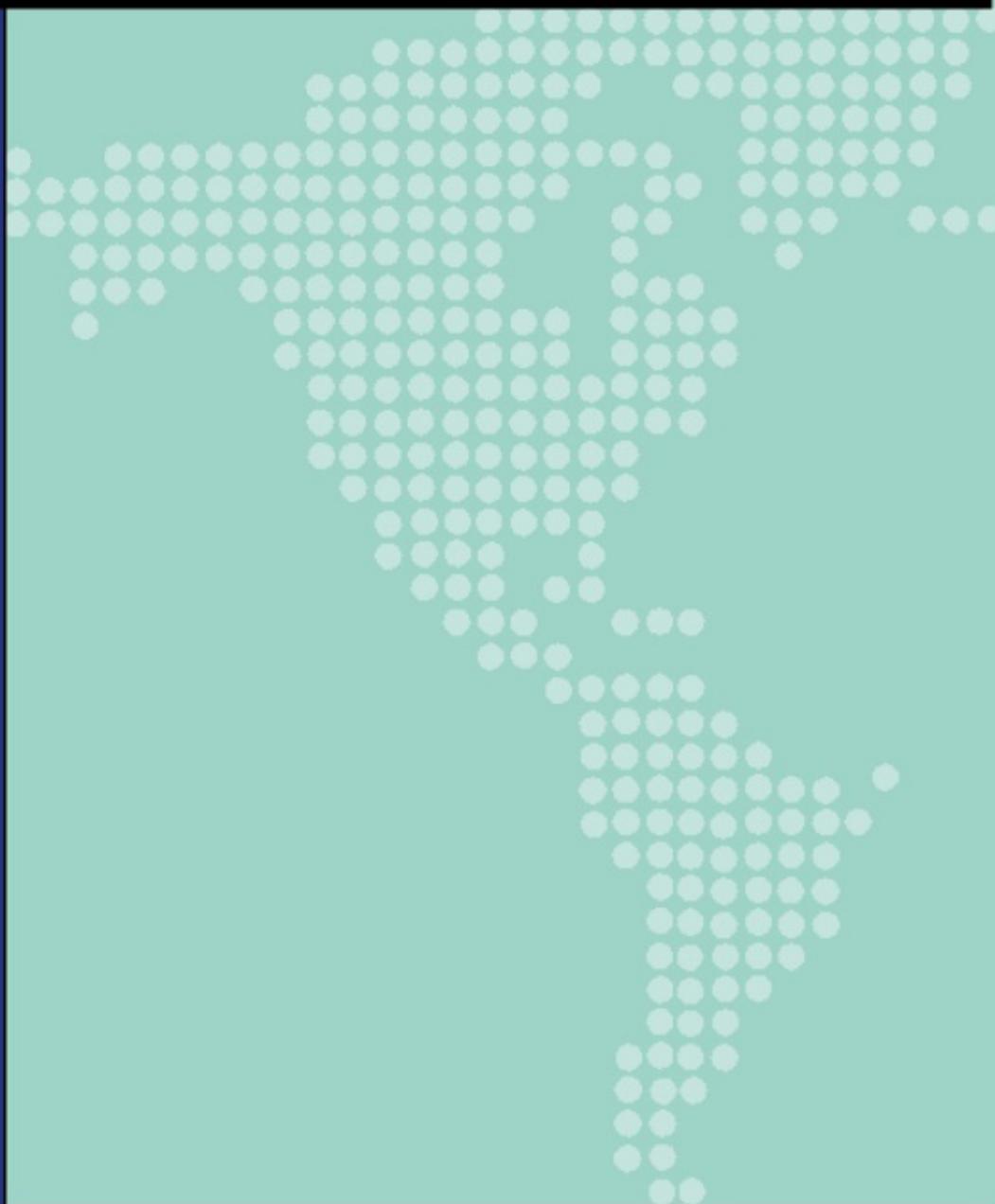




Monitoreo del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal para el sector público

Lydia Arbaiza
Patricia Álvarez
Catherine Hernández
Sabrina Sarria
Erick Villalba



Monitoreo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal para el sector público

Lydia Arbaiza • Patricia Álvarez • Catherine Hernández
Sabrina Sarria • Erick Villalba

Monitoreo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal para el sector público
ISBN 978-612-4110-73-3

Serie Gerencia para el Desarrollo 62
ISSN de la serie: 2078-7979

© Lydia Arbaiza, Patricia Álvarez, Catherine Hernández, Sabrina Sarria, Erick Villalba, 2017

© Universidad ESAN, 2017
Av. Alonso de Molina 1652, Surco, Lima-Perú
www.esan.edu.pe esanediciones@esan.edu.pe

Primera edición
Lima, julio del 2017
Tiraje: 80 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la
Biblioteca Nacional del Perú N.º 2017-07756

DIRECCIÓN EDITORIAL
Ada Ampuero

CORRECCIÓN TÉCNICA Y EDICIÓN
Juan Carlos Soto

CORRECCIÓN DE ESTILO
Rosa Díaz

DISEÑO DE CARÁTULA
Alexander Forsyth

DISEÑO DE INTERIORES Y DIAGRAMACIÓN
Blanca Peirano

IMPRESIÓN
T-Copia S.A.C.
Av. Arequipa 2875, San Isidro
Lima, Perú

Julio del 2017
Impreso en el Perú / *Printed in Peru*

Índice

Introducción	11
Capítulo 1. Marco contextual, conceptual y legal sobre la salud materno neonatal	15
1. Origen y antecedentes de la evolución de la salud materno neonatal	15
2. La salud materno neonatal en el Perú bajo el modelo conceptual del PP-SMN	18
3. La calidad del gasto público	20
4. El valor público	20
5. El presupuesto por resultados (PpR)	22
6. Los instrumentos del presupuesto por resultados	27
6.1. Programas presupuestales	27
6.2. Seguimiento	28
6.3. Evaluación	28
6.4. Incentivos	30
6.5. Sistema Integrado de Gestión	31
6.6. Programación presupuestaria estratégica	32
6.7. Presupuesto plurianual	32
7. El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal	32
8. Marco legal del PP-SMN en el Perú	38
Capítulo 2. Metodología y diseño de la investigación	51
1. Definición del problema	51
2. Objetivos de la investigación	63

3. Justificación y contribución del estudio	64
4. Enfoque de la investigación	65
5. Alcance y tipo de investigación	68
6. Estructura metodológica	69
6.1. Selección y definición de indicadores	69
6.2. Información básica de los indicadores	69
6.3. Periodicidad de la recolección de información	71
6.4. Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos	71
 Capítulo 3. Situación actual y propuesta de un instrumento de monitoreo para el desarrollo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal	 75
1. Los recursos presupuestales del programa	75
2. Recursos humanos	75
3. Infraestructura y equipamiento	79
4. Grupos de interés	80
5. Seguimiento y evaluación de la ejecución	80
6. Propuesta de instrumento de monitoreo de la ejecución del PP-SMN	86
6.1. Priorización de productos del programa	86
6.2. Identificación de los actores involucrados en los productos priorizados	92
7. Construcción de la evidencia empírica para la propuesta de monitoreo	92
7.1. Producto: atención prenatal reenfocada (3033172)	92
7.2. Producto: atención del parto normal (3033295)	98
7.3. Producto: atención del recién nacido normal (3033305)	101
7.4. Producto: población accede a métodos de planificación familiar (30332291)	106
8. Registro de la información en la propuesta de monitoreo	108
9. Validación del instrumento de monitoreo	108
 Capítulo 4. Análisis costo-efectividad de la herramienta de monitoreo	 115
1. Determinación de los costos de la herramienta de monitoreo	115

2. Beneficios de la aplicación de la herramienta de monitoreo	116
3. Análisis costo-efectividad	117
3.1. Determinación del ratio costo-eficacia	117
3.2. Determinación del ratio costo-efectividad	118
4. Análisis de sostenibilidad	123
Conclusiones generales y recomendaciones	127
1. Conclusiones	127
2. Recomendaciones	129
Bibliografía	131
Sobre los autores	141

Introducción

Dentro del marco del establecimiento de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) suscritos en el año 2000 por los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), orientados a la lucha contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer, para el año 2015 se fijó como meta del quinto objetivo la disminución que la mortalidad materna fuera el 75% respecto de las cifras de 1990.

Sin embargo, durante este periodo se ha podido observar que existe gran variabilidad en los avances en disminución de la mortalidad materna en las diferentes regiones del mundo. Por ejemplo, en Mozambique y Nigeria en el año 1990 la RMM (muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) era superior a 1,000, para el año 2015 estos índices disminuyeron en 65% y en 40%, respectivamente. En América Latina, el Perú ha tenido la mayor disminución de la RMM, al variar de 251 en 1990 a 68 en el 2015, lo que representa una reducción del 73%; por el contrario, la situación más crítica de la RMM se presenta en Bolivia que en 1990 tenía una RMM de 425 y en 2015 mantiene el importante número de 206, lo que representa una disminución de solo el 52%.

No obstante los esfuerzos que se realizan en el Perú, la mortalidad materno neonatal sigue representando un problema socioeconómico de salud pública. Por esta razón, desde el año 2007 se incorporaron en la Ley de Presupuesto del Sector Público del Ministerio de Economía y Finanzas

(MEF) la programación estratégica y la medición de resultados priorizando, entre otros aspectos, la atención a la mujer gestante y al neonato. Esto se complementó en el 2008 con la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, en la que se estableció el presupuesto por resultados (PpR) como estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados mensurables a favor de la población.

Así, el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PP-SMN), creado con la finalidad de disminuir la mortalidad materno neonatal, es el instrumento que aplica el PpR a través de un mejor acceso a servicios de salud con calidad y a la consecución de una población informada sobre los diferentes factores que influyen en la salud materno neonatal, todo ello en el marco de la reforma en el sector salud.

Si bien el PP-SMN tiene un modelo conceptual acerca de las causas de la mortalidad materna y neonatal que pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados que comprenden desde la información acerca de salud sexual y reproductiva hasta el acceso a métodos de planificación familiar, al igual que acciones tanto sobre la reducción de la morbimortalidad materna como neonatal.

Entre los años 2012 y 2015 se ha hecho evidente que los departamentos de Huánuco, Junín y Ucayali han sufrido un incremento en el número de muertes maternas; mientras que en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Arequipa el número de muertes maternas disminuyó durante el mismo periodo según información publicada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa). Este organismo advierte además diferencias en la variación de las muertes maternas por cada departamento del Perú a pesar de la priorización en su abordaje por el Minsa, en un inicio a través de un Programa Estratégico y luego mediante el PP-SMN.

La correlación entre el incremento del presupuesto asignado al PP-SMN con la reducción de las muertes maternas durante los años 2012-2015 es inversa, ya que solo disminuyeron entre el 2012 y el 2013, y desde entonces hubo un incremento en su número. Asimismo, se mantienen las brechas en la atención del parto institucional en las diferentes zonas andinas y amazónicas, servicios de baja calidad, y capacidad resolutive insuficiente, entre otras deficiencias que no guardan relación con el incremento homogéneo

en el presupuesto total asignado del PP-SMN a todos los departamentos del Perú durante los mismos años.

La presente investigación aborda el problema de si se están ejecutando los recursos y desarrollando los procesos de manera adecuada para el cumplimiento eficaz y eficiente del PP-SMN, además de identificar las muchas causas que explican el estancamiento de la reducción de la mortalidad materna neonatal.

Se espera plantear una posible solución a este problema al proponer una herramienta de «monitoreo» para el PP-SMN que puedan utilizar las ejecutoras en salud del sector público, con la finalidad de identificar y evaluar sistemáticamente la calidad del desempeño de los productos y los subproductos, permitiendo introducir ajustes o cambios pertinentes y oportunos para lograr los resultados esperados del programa.

Este libro está estructurado en cuatro capítulos. En el primero se describe el marco contextual sobre cómo la salud de las mujeres y de los niños se reconoce como un derecho fundamental en diferentes tratados y convenciones internacionales desde el año 1966. También se aborda el marco conceptual de los términos técnicos involucrados en la gestión pública del PP-SMN que vincula la asignación de recursos a productos y resultados mensurables a favor de las madres gestantes y los neonatos sobre una base teórica-técnica. Por último, se describe el marco legal vigente que considera todas las acciones de ejecución del Minsa, las políticas públicas de salud y el monitoreo por parte de los actores involucrados en el PP-SMN.

Dado el establecimiento como base conceptual del modelo del PP-SMN, y ante los comentarios de funcionarios especialistas en el diseño y la ejecución de programas presupuestales, y en particular del PP-SMN, en el segundo capítulo se describe la metodología y el diseño de la investigación, eligiéndose los productos a priorizar, las herramientas para la obtención de información y el periodo de recolección de esta. Pues tanto de la revisión de las evaluaciones anuales de los programas presupuestales que realiza el MEF, junto con el Minsa y las direcciones regionales de salud de los gobiernos regionales, así como de las entrevistas realizadas a los expertos de ambos ministerios, surgió el diseño de una estructura metodológica para identificar los indicadores que muestren las muchas causas que inciden en

el problema del estancamiento de la reducción de la mortalidad materna neonatal.

En el tercer capítulo se presenta y describe la situación actual del PP-SMN. Después de efectuar la ponderación de las causas del estancamiento de la reducción de la mortalidad materna neonatal se ha identificado que son cinco las que inciden en la ineficiencia de ejecución del PP-SMN, dos de las cuales se relacionan directamente con el control de la ejecución del programa presupuestal. Con este propósito, también en este capítulo se propone plantear un instrumento de monitoreo para el desarrollo del PP-SMN frente a la carencia de indicadores de actividades en el diseño del marco conceptual y la falta de seguimiento de la calidad del gasto, aspectos que se vinculan también con la escasez de sistemas de información en las unidades ejecutoras, que el instrumento de monitoreo propuesto pretende corregir.

En el cuarto capítulo, hecha la identificación de las cinco principales causas que inciden en la ineficiencia de la ejecución del PP-SMN y formulada la propuesta de una herramienta de monitoreo que permitirá, entre otros objetivos: 1) evaluar la calidad de gasto de los productos asociados directamente al resultado final del PP-SMN y de los resultados de los programas en las unidades ejecutoras del sector salud; 2) identificar los puntos críticos en los procesos que son parte del PP-SMN; 3) analizar el avance de las metas físicas de los productos que afectan de manera significativa el resultado final del programa presupuestal; y 4) identificar las especificaciones de gasto de los productos del programa presupuestal y su correlación con el resultado esperado. Asimismo, se realiza un análisis del costo-efectividad de esta propuesta de aplicación del instrumento de monitoreo, para ello se determinaron los costos de la herramienta y el beneficio y la sostenibilidad que traería al PP-SMN.

Por último, se exponen las principales conclusiones de la investigación y las recomendaciones para la puesta en práctica del instrumento de monitoreo.

1

Marco contextual, conceptual y legal sobre la salud materno neonatal

En este capítulo se describe el marco contextual del proceso de reconocimiento de la salud de las mujeres y de los niños como un derecho fundamental en diferentes tratados y convenciones internacionales desde el año 1966. Asimismo, se aborda el marco conceptual de los términos técnicos involucrados en la gestión pública del PP-SMN, que vincula la asignación de recursos a productos y resultados mensurables a favor de las madres gestantes y los neonatos sobre una base teórica-técnica. Finalmente, se describe el marco legal vigente que considera todas las acciones de ejecución emitidas por el Minsa, las políticas públicas de salud y el monitoreo por parte de los actores involucrados en el PP-SMN.

1. Origen y antecedentes de la evolución de la salud materno neonatal

En el mundo, desde 1966 la salud de las mujeres y de los niños ha sido reconocida como un derecho humano fundamental en tratados como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discrimina-

1 Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI), del 19 de diciembre de 1966. Para el Perú: aprobado por Decreto Ley 22129 del 28 de marzo de 1978 (instrumento de adhesión del 12 de abril de 1978, depositado el 28 de abril de 1978, con fecha de entrada en vigencia el 28 de julio de 1978).

ción contra la Mujer² y la Convención sobre los Derechos del Niño³ (Ban Ki-moon, 2010). No obstante, en el año 2010 se reportó que año tras año morían alrededor de 8 millones de niños por causas evitables, y más de 350,000 mujeres por complicaciones evitables relacionadas con el embarazo y el parto (Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2010), constituyéndose en un problema de salud pública y, por lo tanto, un indicador del desarrollo humano de los países.

En el año 2009, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU adopta la Resolución 11/8 sobre la Mortalidad y Morbilidad Materna y Derechos Humanos (Unidas C. D., 2009), la cual señala que el problema de la mortalidad y la morbilidad materna prevenible afecta a las mujeres y sus familias en todas las regiones y culturas y se ve agravado por factores como la pobreza, la desigualdad entre los géneros, la edad y múltiples formas de discriminación, así como por la falta de acceso a servicios y tecnología de salud adecuados y la carencia de infraestructura.

Asimismo, en esta resolución se expresa como grave la preocupación por la tasa mundial inaceptablemente alta de mortalidad y morbilidad materna prevenible, al señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que más de 1,500 mujeres y niñas mueren todos los días como resultado de complicaciones prevenibles que aparecen antes, durante y después del embarazo y del parto, por lo que la mortalidad materna llega a ser la principal causa de muerte entre las mujeres y las niñas en edad reproductiva. La mortalidad materna causa un impacto social y económico: los niños huérfanos por la muerte de sus madres por lo general reciben menos cuidados, menor educación y tienen un rendimiento escolar más bajo.

En diversos comentarios relacionados con la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños establecida por la ONU se señala que la

2 Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de la ONU en su resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979 y entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981.

3 Adoptada por la Asamblea General de la ONU el 20 de noviembre de 1989.

salud materna e infantil es un tema no solo social, sino socioeconómico. Esta estrategia planteada por su Secretario General en el 2010 establece que «invertir más en [la salud de las mujeres y los niños] no solo es correcto sino también ayuda a lograr sociedades estables, pacíficas y productivas. Aumentar las inversiones acarrea muchos beneficios» (Ban Ki-moon, 2010, p. 6). Asimismo:

Reduce la pobreza: Las mujeres sanas son más productivas y pueden obtener más ingresos durante la vida. Tratar la desnutrición de las embarazadas y los niños permite aumentar hasta un 10% los ingresos obtenidos a lo largo de la vida (Horton, Shekar, McDonald, Mahal, & Brooks, 2010, citado por Ban Ki-moon, 2010, p. 6).

Estimula la productividad y el crecimiento económico: Las muertes maternas y de recién nacidos desaceleran el crecimiento económico y ocasionan pérdidas mundiales de productividad por un monto calculado en US\$ 15,000 millones cada año (USAID, 2001, citado por Ban Ki-moon, 2010, p. 6). Un país que no logra resolver la desnutrición puede tener un producto interno bruto un 2% menor del que conseguiría si la resolviera (Horton, Shekar, McDonald, Mahal, & Brooks, 2010, citado por Ban Ki-moon, 2010, p. 6).

Es costo eficaz: La asistencia sanitaria esencial evita enfermedades y discapacidad, con lo cual ahorra miles de millones de dólares en tratamientos. En muchos países, cada dólar que se destina a la planificación familiar ahorra por lo menos US\$ 4 que de lo contrario habría que gastar para tratar las complicaciones derivadas de los embarazos no planificados (Frost, Finer, & Tapales, 2008, citado por Ban Ki-moon, 2010, p. 6).

En el marco de los ya mencionados ODM suscritos en el año 2000 por los Estados miembros de la ONU —orientados a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer— al 2015 se estableció como meta del Objetivo 5 la disminución de la mortalidad materna en un 75% del valor que tenía en 1990.

2. La salud materno neonatal en el Perú bajo el modelo conceptual del PP-SMN

En el Perú, considerando que la mortalidad materno neonatal representa un problema socioeconómico de salud pública, en el año 2007, en la Ley de Presupuesto del Sector Público, el MEF consideró la programación estratégica y la medición de resultados priorizando, entre otros temas, la atención a la mujer gestante y al neonato. En el 2008, en la Ley 28411⁴, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, se estableció el PpR como una estrategia de gestión pública de vinculación entre la asignación de recursos a productos y a resultados mensurables a favor de la población.

Uno de los instrumentos que aplica el PpR es el programa presupuestal. En este caso se crea ya nombrado PP-SMN, cuya finalidad es disminuir la mortalidad materno neonatal mediante un mejor acceso a servicios de salud con calidad y una población informada sobre los diferentes factores que influyen en la salud materno neonatal, en el marco de la reforma del sector salud. El PP-SMN plantea un modelo conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal al poner de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden desde la información en salud sexual y reproductiva y el acceso a métodos de planificación familiar hasta acciones sobre la reducción de la morbilidad materna y la morbilidad neonatal.

Los productos que inciden directamente en la reducción de la morbilidad materna son: «acceso de la gestante a los servicios de atención prenatal», «acceso de la gestante a los servicios de atención de parto calificado» y «acceso de gestantes a sangre segura». Aquellos que influyen en la reducción de la morbilidad neonatal son: «acceso del neonato a servicios de atención neonatal normal», «acceso de neonatos a servicios con capacidad resolutive para atender complicaciones» y «acceso de neonatos a servicios de cuidados intensivos neonatales». Por su parte, el producto «acceso a referencia materna y/o neonatal según capacidad resolutive»

4 Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, vigente desde el 1 de enero de 2005, y sus modificatorias, las leyes 28500, 28522, 28652, 28750, 28831, 28880, 28927, 28929, 29035, 29078, 29083, 29142, 29258, 29289, 29465, 29626, 29812, 29951, 30099 y 30334.

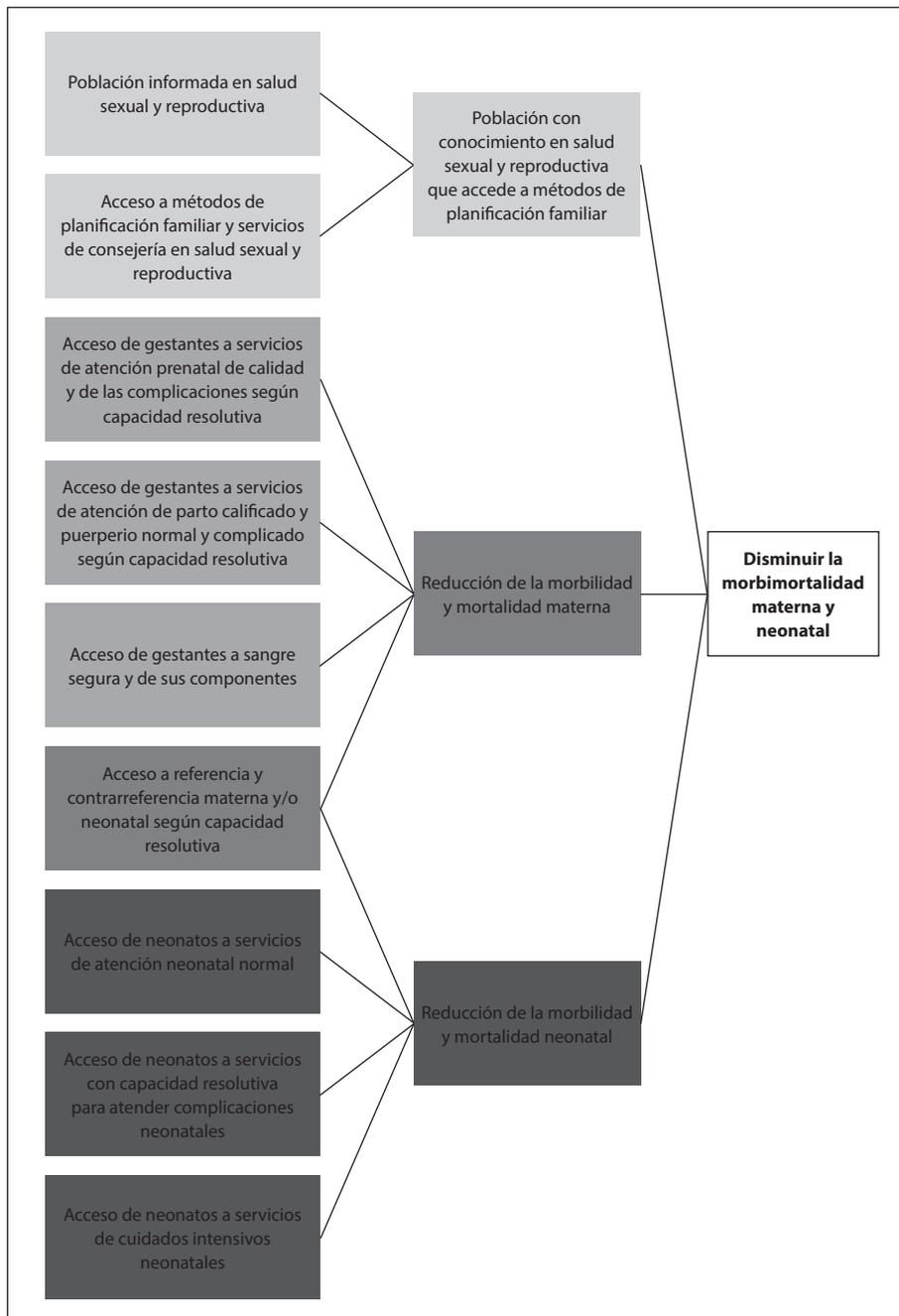


Figura 1.1. Perú: modelo conceptual adaptado del PP-SMN

Fuente: Minsa, 2016.

incide en la reducción de ambos daños. En la figura 1.1 se presenta la relación entre los resultados inmediatos, los resultados intermedios y los resultados finales, de acuerdo con el diseño del modelo conceptual del PP-SMN.

3. La calidad del gasto público

Según el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), la calidad del gasto público abarca aquellos elementos que garantizan un uso eficaz y eficiente de los recursos públicos, con los objetivos de elevar el potencial de crecimiento de la economía (ILPES, 2012, p. 15). Asimismo, en una investigación sobre el tema, Armijo y Espada (2014, p. 5) señalan que las distintas iniciativas para mejorar la calidad de gasto público se encuentran relacionadas a los aspectos de política fiscal, así como de gestión pública. En ese orden de ideas, la evaluación de la eficiencia y eficacia del gasto público a un mediano y largo plazo requiere, junto con los instrumentos de política fiscal, considerar los procesos, sistemas e instituciones que materializan ese gasto en políticas y programas públicos, que finalmente constituyen los bienes y servicios que se entregan a los usuarios para el logro de los objetivos de política (Armijo & Espada, 2014, p. 7-8).

Asimismo, ILPES (2012) señala que en la última década, los países de América Latina han puesto como prioridad en sus agendas de reformas fiscales la introducción de herramientas para la presupuestación, una de ellas es el presupuesto orientado a resultados, incorporando con este mecanismos de planificación y programación presupuestaria plurianual vinculada a las prioridades de desarrollo, así como sistemas de monitoreo y evaluación de desempeño, con indicadores que apoyan la medición de la calidad de gasto público e instrumentos orientados al mejoramiento de la rendición de cuentas del gasto público.

4. El valor público

Con la introducción del concepto de valor público se busca cambiar la concepción que se tenía sobre la gestión pública. En ese orden de ideas,

Moore (2006) indica que existen tres concepciones muy diferentes de valor público:

La primera corresponde al concepto estándar que propone la economía utilitarista y de bienestar: el valor público es igual a la suma de las satisfacciones individuales que pueden ser producidas por cualquier sistema social o política gubernamental. Es el estándar que aplicamos cuando medimos las políticas públicas en términos de “el mayor bien para el mayor número (Moore, 2006, p. 15).

Una segunda concepción de “valor público” es la idea de que ese valor público es, cualquiera sea el gobierno debidamente constituido actuando como un agente de sus ciudadanos, lo que dicho gobierno declara como propósito importante a ser logrado utilizando las propiedades y el poder del gobierno. Ésta es una acepción estándar que se usa cuando postulamos que los funcionarios públicos deben estar involucrados en el logro de los propósitos bajo el mandato de una acción legislativa. Éste es el estándar que presionó a Mahoney a usar el poder de dominio eminente para promover el desarrollo económico y social, pero sólo cuando ciertos estándares puedan lograrse de manera tal que conduzcan a los ciudadanos a tener una razonable confianza de que algún bien público se obtendrá con el uso de dicho poder extraordinario para conculcar los derechos individuales de propiedad (Moore, 2006, p. 15-16).

Una tercera concepción de valor público se ubica en algún lugar entre las dos primeras: el valor público consiste, principalmente, en propósitos importantes que pueden ampliar el grado de satisfacción individual del que disfrutan los miembros de un sistema político, grado de satisfacción que no puede ser logrado necesariamente por las operaciones del mercado competitivo y, por ello, esa comunidad política designa al gobierno para que le ayude a obtenerlo colectivamente, pero para su beneficio individual (Moore, 2006, p. 16).

De acuerdo con lo señalado por Serra, Figueroa y Saz (2007), quienes recogen lo postulado por Moore (1995):

El valor público se crea cuando se realizan actividades capaces de aportar respuestas efectivas y útiles a necesidades o demandas que:

- sean políticamente deseables como consecuencia de un proceso de legitimación democrática;

- su propiedad sea colectiva, caracterizando así su naturaleza pública;
- requieran la generación de cambios sociales (resultados) que modifiquen ciertos aspectos del conjunto de la sociedad o de algunos grupos específicos reconocidos como destinatarios legítimos de bienes públicos (Serra, Figueroa, & Saz, 2007, p. 162).

5. El presupuesto por resultados (PpR)

Según García López y García Moreno (2010), el PpR es:

[El] proceso presupuestal (programación, aprobación, ejecución y rendición de cuentas) que incorpora el análisis de los resultados producidos por las acciones del sector público y cuya previsión de gastos se clasifica de acuerdo a los programas establecidos en el plan estratégico de mediano plazo. El análisis de los resultados se basa en indicadores de desempeño y en evaluaciones (García López & García Moreno, 2010, p. 13).

En América Latina y el Caribe, la búsqueda de mayor eficiencia y efectividad en la asignación de los recursos públicos motivó el interés por el presupuesto por resultados o presupuesto basado en resultados (PpR o PBR). Cuanto más escasos son los recursos, más importante es aumentar la efectividad de su uso. El PpR cumple ese propósito, pues es un conjunto de procesos e instrumentos capaces de integrar sistemáticamente el análisis sobre los resultados de la gestión pública al proceso de asignación de los recursos (García López & García Moreno, 2010, p. 37).

Tavares y Berretta indican que el PpR:

[O]torga recursos a los organismos para que los gasten en insumos con el fin de generar un cierto volumen de productos previsto. Esos productos, a su vez, generarán ciertos resultados en la sociedad. El presupuesto por resultados brinda información adicional sobre qué se produce en los organismos públicos, quién produce los bienes públicos, cuántos bienes se producen, qué resultados se planea lograr con esos bienes y cuánto cuesta lograr dichos resultados (Tavares & Berretta, 2006, citado en García López & García Moreno, 2010, p. 38).

Asimismo, Marcel conceptualiza el PpR como:

... [E]l conjunto de metodologías, procesos e instrumentos que permiten que las decisiones involucradas en un presupuesto incorporen de manera sistemática consideraciones sobre los resultados —pasados y futuros—, de la aplicación de los recursos públicos, pero que también motivan y facilitan que las instituciones públicas obtengan dichos resultados (2009, p. 237).

De acuerdo a esta definición, para que haya PpR resulta necesario que se cumplan cuatro condiciones básicas:

- i. Que exista información comprehensiva sobre desempeño para alimentar el proceso presupuestario;
- ii. Que el proceso presupuestario sea capaz de incorporar esta información al proceso decisional que involucra;
- iii. Que el sistema presupuestario origine o se complemente con una estructura de incentivos que motive a las instituciones públicas a alcanzar mejores resultados; y
- iv. Que las normas sobre administración financiera generen la flexibilidad necesaria para que los recursos de las instituciones se utilicen con eficiencia en el logro de resultados (Marcel, 2009, p. 237).

Dicho autor precisa que para la implementación de un PpR se requieren los siguientes elementos:

- i. [I]nformación comprehensiva sobre los resultados de las acciones financiadas con el presupuesto mediante un sistema de seguimiento y evaluación,
- ii. procedimientos explícitos debidamente formalizados sobre la manera en que la información será analizada y considerada en el proceso de formulación del presupuesto,
- iii. estructura de incentivos complementaria al sistema presupuestario que motive a las instituciones públicas a alcanzar mejores resultados, y
- iv. normas sobre administración financiera que permitan la flexibilidad necesaria para que las dependencias utilicen con eficiencia sus recursos para el logro de resultados (Marcel, 2007, citado en García López & García Moreno, 2010, p. 37).

Asimismo, distingue tres conceptos:

1. *Presupuesto para resultados presentacional*. Publicación de información de desempeño en el presupuesto y otros documentos gubernamentales que tiene el propósito de incrementar la transparencia y rendición de cuentas de las operaciones gubernamentales, pero no de sustentar la toma de decisiones sobre las asignaciones presupuestarias.
2. *Presupuesto sobre la base de información de resultados*. Uso de información sobre desempeño, pasado o esperado, para informar la asignación de recursos. Los datos sobre los resultados se utilizan junto con otros criterios y tipos de información para la toma de decisiones y las asignaciones presupuestarias.
3. *Presupuesto para resultados según fórmulas*. La asignación de recursos se basa exclusivamente en el desempeño anterior. Se utiliza solo en sectores específicos, como educación y salud (Marcel, 2009, citado en Santiso & Varea, 2013, p. 5-6).

García López y García Moreno mencionan que:

El PpR requiere incorporar la información acerca de los resultados en el proceso de toma de decisiones sobre la asignación de los recursos, evitando que esta se realice en base a los mecanismos tradicionales que no toman en cuenta la efectividad y la eficiencia del gasto público. Entre esos mecanismos se encuentran la asignación clientelar de los recursos y la práctica *incrementalista*, que consiste en aumentar la misma proporción de recursos a todos los ejecutores año tras año. Incorporar la información sobre los productos y los efectos en el proceso de asignación de recursos es un reto particularmente difícil en ALC, ya que los sistemas presupuestarios sólo toman en cuenta los datos relacionados con la ejecución financiera y los insumos empleados (2010, p. 38).

De acuerdo con Schick (2008), la manera en que un PpR liga los recursos con los resultados proviene del análisis de tres factores:

- i. proyecciones de los gastos y de los resultados si la situación presente no varía,
- ii. análisis de las tendencias que siguen los fenómenos sociales con las actuales políticas y
- iii. propuesta de cambios en el presupuesto y análisis de la manera en que esto afectaría las tendencias (Schick, 2008, citado en García López & García Moreno, 2010, p. 38).

Según García López y García Moreno, «estos elementos deben someterse a debate por parte de los actores políticos y de la opinión pública» (2010, p. 38).

Asimismo, indica que las reformas de los sistemas de presupuesto pueden fallar por muchas razones pero nunca tendrán éxito si las condiciones del entorno gerencial y gubernamental no son propicias a las mejoras. En particular, los gobiernos no pueden presupuestar por resultados si no gestionan para resultados. El presupuesto está entretelado con normas, tradiciones, cultura, prácticas y relaciones de la gestión pública. Los gobiernos presupuestan de la misma forma en que administran, razón por la cual es necesario modernizar las prácticas administrativas con el fin de reformar el proceso presupuestal.

Además, se debe mencionar que la puesta en marcha del PpR también requiere que exista una cultura institucional que fomente el uso transparente de los recursos públicos y que el proceso presupuestario se realice de manera sólida. Entre estas condiciones se pueden citar las siguientes:

- Contar con un presupuesto creíble y realista que se ejecute sin desviaciones significativas de los montos autorizados.
- Gastar los fondos públicos solamente para los propósitos autorizados.
- Correspondencia entre los gastos reportados y los gastos reales.
- Certidumbre sobre los fondos que dispondrán los ejecutores del gasto durante el año fiscal.
- Alto nivel de transparencia en las finanzas públicas.
- Bajo nivel de corrupción en las erogaciones públicas.
- Cultura gerencial que promueva la observancia de las reglas formales.
- Servicio civil profesional (Schick, 2008, citado en García López & García Moreno, 2010, p. 40).

Un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sobre las prácticas presupuestarias de sus países miembros clasificó el PpR en tres tipos, según la función que cumple la información sobre el desempeño en el proceso de elaboración del presupuesto. Estas tres funciones son:

- i. informar sobre el desempeño con el propósito de rendir cuentas y establecer el diálogo con el Poder Legislativo y la ciudadanía,

- ii. sustentar las decisiones de asignación de fondos en la información sobre el desempeño y otras variables, y
- iii. asignar fondos basándose exclusivamente en la información sobre el desempeño y mediante fórmulas preestablecidas (OCDE, 2007, citado en García López & García Moreno, 2010, p. 41).

La OCDE, que ha abordado este tema desde hace más de una década, define la presupuestación por desempeño como una forma de presupuestación que vincula los fondos asignados con resultados mensurables.

Mayor Gamero indica que el PpR:

... es una metodología que integra programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto en una visión de logro de resultados a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales para la reasignación, la reprogramación y los ajustes de las intervenciones. Por resultados, no se entiende solo el impacto final de los programas sino los aportes en toda la cadena de generación de valor público. El PpR no significa condicionar mecánicamente las asignaciones de recursos, ni adornarlas con información, sino organizar una discusión presupuestaria capaz de integrar información sobre resultados (Mayor Gamero, 2011, p. C23).

Por su parte, Franciskovic (2013), al tratar sobre el PpR, concluye que:

Utilizar un enfoque por resultados para la elaboración presupuestal es uno de los mecanismos para alcanzar una mejora de la calidad del gasto público, tema que ha sido señalado por el estado como una prioridad nacional.

Igualmente, la rendición de cuentas debe comprenderse no solo en su dimensión político-administrativa, sino como un elemento de gestión en el manejo de los fondos públicos.

Teórica y conceptualmente, la relación entre la formulación presupuestal y la rendición de cuentas es directa y se lleva a cabo en un proceso que se retroalimenta constantemente; a cada acción en uno de los mecanismos le corresponderá una reacción en la aplicación del otro, y viceversa.

Sin embargo, en la práctica esto no es tan cierto. En el Perú, si bien se ha avanzado con la formulación del PpR, no se puede decir lo mismo acerca

de los mecanismos, instrumentos, y menos aún prácticas, sobre la rendición de cuentas (Franciskovic, 2013, p. 31).

Robinson define el PpR como:

Mecanismos de financiamiento público y los procesos diseñados para fortalecer el vínculo entre la entrega de recursos y los resultados (productos e impactos) a través del uso sistemático de información formal sobre desempeño, con el objetivo de mejorar la eficiencia distributiva y técnica del gasto público (Robinson, 2007, p. 1).

Mientras que Shah y Shen definen presupuesto por desempeño así:

El sistema de presupuestación que presenta el propósito y los objetivos para los que se requieren los fondos, los costos de los programas y actividades asociadas para alcanzar esos objetivos, y los productos o servicios que se van a producir bajo cada programa (Shah & Shen, 2007, citado por Robinson, 2007, p. 143).

6. Los instrumentos del presupuesto por resultados

Entre los instrumentos del presupuesto por resultados, a continuación se destacan algunos de ellos, aquellos que han sido incorporados en su mayor parte en el sector público peruano.

6.1. Programas presupuestales

Para García López y García Moreno, un programa presupuestal de recursos públicos se define de la siguiente manera:

Un presupuesto clasificado en base a programas es un buen apoyo para avanzar en un PpR; sin embargo, esta no es una condición sine qua non para desarrollarlo. Por ejemplo, una alternativa es realizar asignaciones en base a la clasificación funcional (educación, salud, etc.) y establecer metas de desempeño para cada función. No obstante, la ventaja de la clasificación por programas es que permite realizar el seguimiento y la evaluación de los programas estratégicos y, además, facilita la articulación del presupuesto con el [Plan Nacional de Mediano Plazo] PNMP

y el logro de los resultados esperados (García López & García Moreno, 2010, p. 42).

El MEF define a los programas presupuestales como:

... una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un resultado específico en la población y así contribuir al logro de un resultado final asociado a un objetivo de política pública (MEF, 2016, párr. 1).

6.2. Seguimiento

Mayor Gamero refiere que «el seguimiento en el marco del Presupuesto por Resultados (PpR) se realiza sobre los avances en los productos y resultados del gasto público en general, con énfasis inicial en los Programas Estratégicos» (2011, p. C24).

Por su parte, el MEF señala que:

Comprende la generación, registro y reporte de los valores alcanzados en los niveles de resultados y de productos generados por la ejecución de las intervenciones identificadas en el marco de la Programación Presupuestaria Estratégica. Proporcionan información sobre el avance que se logra en cada punto de la ruta causal de las intervenciones diseñadas y en periodos de tiempo, trimestral, semestral, anual y multianual, dependiendo de las características del producto y/o resultado (MEF, 2008a, p. 17-18).

6.3. Evaluación

Respecto de la evaluación de la efectividad del gasto, García López y García Moreno indican que:

La evaluación del gasto es el corazón del PpR y lo que lo diferencia del presupuesto tradicional. Consiste en analizar el desempeño en el uso de los recursos públicos, es decir, el logro o el resultado de las actividades realizadas para proveer bienes y servicios a la población. Esto supone analizar la cadena de resultados de la gestión gubernamental, para lo cual se requiere disponer de un sistema de seguimiento y de evaluación. El eje de este sis-

tema es un conjunto de indicadores y estudios evaluativos que valoran el progreso y el logro de los objetivos estratégicos del país realizados con los recursos públicos. La mayor parte de estos indicadores son producidos por las mismas entidades que ejecutan los programas y los proyectos, por ello su desarrollo exige coordinación y cooperación interinstitucional. Las evaluaciones pueden ser de distintos tipos y apuntan a explicar de qué manera y por qué las acciones han afectado la realidad social.

Por tanto, la evaluación de la efectividad del gasto se realiza en base al sistema de seguimiento y evaluación de los objetivos, las estrategias y los programas. Además, incorpora información sobre los costos de los bienes y servicios producidos, con el fin de examinar las distintas alternativas de acción. El sistema se usa tanto para asignar adecuadamente los recursos como para mejorar la gestión de los programas. El único país de ALC que dispone de un sistema de evaluación de la efectividad del gasto es Chile. Otros países, como México y Perú, están avanzando en el diseño y la implementación de estos sistemas (García López & García Moreno, 2010, p. 46).

La evaluación da cuenta de los resultados que se obtienen mediante el uso de los indicadores incluyendo una base poblacional, así como del adecuado diseño de los programas y las estrategias de intervención. Existirán diferentes tipos de evaluación según el propósito que buscan alcanzar (por ejemplo, autoevaluaciones o evaluaciones independientes; intermedias o de impacto; operativas, de gestión o de eficacia de intervención) (Cepal, 2007, p. 6).

El MEF afirma también que en el Perú se realizan evaluaciones independientes, que consisten en:

... la valoración de las intervenciones para determinar su relevancia, eficiencia, efectividad (eficacia), impacto y sostenibilidad. El propósito es la generación de información en profundidad sobre las intervenciones diseñadas en el marco del PpR, que permitan implementar correctivos, tanto a su diseño como a su ejecución (MEF, 2008a, p. 19).

En el marco del PpR, las evaluaciones son independientes, es decir, realizadas por personas naturales o jurídicas diferentes de las que diseñan y/o ejecutan las acciones que son objeto de evaluación.

Asimismo, Mayor Gamero señala que:

La evaluación en el marco del Presupuesto por Resultados (PpR) consiste en el análisis sistemático y objetivo de un proyecto, programa o política en curso o concluido, en razón a su diseño, ejecución, eficiencia, eficacia e impacto y resultados en la población (2011, p. C25).

6.4. Incentivos

Los incentivos constituyen un elemento central del PpR, pues permiten crear sinergias entre los intereses de las personas y las instituciones con los intereses del país expresados en los objetivos estratégicos gubernamentales. Los incentivos que se aplican en el sector público pueden ser monetarios o no monetarios, e incluyen:

- i. acreditación de la calidad de una institución, lo que conlleva reconocimiento social y estimula la pertenencia institucional de los funcionarios;
- ii. premios a la excelencia, individual o institucional, otorgados por las autoridades públicas o las organizaciones no gubernamentales (ONG);
- iii. empoderamiento o traspaso de responsabilidades de niveles superiores a inferiores;
- iv. difusión de los resultados de la gestión institucional; y
- v. reconocimientos económicos individuales (salarios diferenciales o bonos anuales) o institucionales (fondos concursables) (Marcel, 2007, citado en García López & García Moreno, 2010, p. 39).

En el Perú existe la Ley del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) del MEF, que cada año cuenta con metas para ser cumplidas por los gobiernos locales. Este plan se orienta a promover condiciones que contribuyan con el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local; asimismo, busca impulsar la mejora continua y sostenible de la gestión municipal. Se centra en seis objetivos, entre los que se encuentran reducir la desnutrición crónica infantil en el país y mejorar la provisión de los servicios públicos locales prestados por los gobiernos locales en el marco de la Ley Orgánica de Municipalidades, de conformidad con lo señalado en la Ley 29332 y sus modificatorias, ley que crea el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal.

Se debe precisar que el literal c) del artículo 41 de la Ley 30372, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, dispone el cambio de nombre de Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal por el de Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI). Asimismo, dispone la asignación de hasta S/ 1,000'000,000 en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, destinados exclusivamente al financiamiento de los fines del PI.

6.5. Sistema Integrado de Gestión

El Sistema Integrado de Gestión comprende un conjunto de soluciones tecnológicas para la automatización de los procesos de programación operativa, ejecución y análisis, según estructuras de costos y metas de provisión de productos.

El propósito de este instrumento es viabilizar, en la operación de las unidades ejecutoras, una programación y una realización adecuadas de las contrataciones, consistentes con la definición de los modelos operativos de los productos definidos en la programación presupuestaria estratégica. Asimismo, busca propiciar una articulación de la provisión logística de insumos de las unidades ejecutoras hacia las unidades operativas prestadoras de bienes y servicios al ciudadano-cliente, consistente con las metas de cobertura de productos establecidas en la fase de programación y formulación presupuestal.

Para la aplicación de estas soluciones el MEF se ha basado en el uso y la actualización del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) ya utilizado en varias entidades públicas, en particular en el sector salud.

Respecto del análisis de la información, se ha promovido el empleo de un *software* gerencial que facilite el manejo de bases de datos para la generación de módulos de salida que ayuden en el seguimiento y en la toma de decisiones, tanto en el ámbito de las unidades ejecutoras y en el de las unidades operativas prestadoras de bienes y servicios como en el propio MEF (Dirección General de Presupuesto Público [DGPP], 2010, p. 25-26).

6.6. Programación presupuestaria estratégica

La programación presupuestaria estratégica (PPE) se define como el proceso sistemático mediante el cual se vinculan resultados requeridos y valorados por los ciudadanos para el desarrollo con los productos necesarios para su logro. Una de las características más importantes de la PPE radica en que los productos y los resultados identificados, y las relaciones entre ellos, deben estar sustentados en evidencias, sobre cuya base se construyen intervenciones articuladas, lo que mejora la eficacia y la eficiencia del sector público (DGPP, 2010, p. 23).

6.7. Presupuesto plurianual

Es un instrumento de planificación de mediano plazo del sector público que incluye proyecciones macroeconómicas respecto a ingresos y gastos públicos, indicadores de producción y responsabilidades asignadas a las instituciones en el marco de los planes de gobierno. Busca orientar la fijación de las políticas presupuestarias anuales (Makón, 2013, p. 10).

7. El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

Como se ha señalado, en el año 2000 los 189 países miembros de la ONU fijaron ocho ODM a conseguir para el año 2015, entre ellos, el Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna, con dos metas: 1) reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna; y 2) lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

En el año 2008, el MEF inició el PP-SMN bajo el marco lógico que se presenta en el cuadro 1.1.

Al respecto, Alvarado y Morón refieren:

La elección del programa estratégico de salud materno neonatal es definitivamente una prioridad por el alto nivel de emergencia del mismo. Este programa visualizado a través de la metodología del presupuesto por resultados es el feliz encuentro entre la agenda de reforma sectorial sanitaria y la modernización de procesos y metodologías del Estado. Las

estadísticas han demostrado hasta la saciedad que la reducción de la razón de mortalidad materna debe ser el norte elegido para impulsar la reforma en el sector salud.

En ese sentido, el propósito de “mejorar la salud materno neonatal” medido a través de la reducción de la razón de mortalidad materna neonatal en el marco lógico del presupuesto por resultados es muy pertinente (Alvarado & Morón, 2008, p. 71).

En mayo del 2013, el Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP) publicó

Cuadro 1.1. *Marco lógico del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal*

Objetivos	Indicadores
Fin: Mejorar la salud de mujeres y niños menores	
Propósito: Mejorar la salud materno neonatal	Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos. Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos.
Objetivos específicos/componentes	
1 Conducción sobre la gestión de la estrategia	Proporción de establecimientos acreditados como FONB (Función Obstétrica y Neonatal Básica). Proporción de establecimientos acreditados como FONE (Función Obstétrica y Neonatal Esencial). Proporción de establecimientos acreditados como FONI (Función Obstétrica y Neonatal Intensiva).
2 Población con conocimientos en salud sexual reproductiva y que acceden a métodos de planificación familiar	Tasa global de fecundidad. Número de parejas protegidas.
3 Reducción de morbilidad y mortalidad materna	Cobertura de parto institucional en gestantes procedentes de las zonas rurales. Cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales.
4 Reducción de morbilidad y mortalidad neonatal	Proporción de neonatos complicados atendidos en EESS. Proporción de recién nacidos vivos atendidos en EESS. Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas.

Fuente: MEF, 2008b, p.4-6.

el documento *Seguimiento concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN)* que contiene un reporte de este programa al año 2012, en el cual se constata estos hechos:

- La implementación del Programa Salud Materno Neonatal ha contribuido a incrementar los recursos públicos para enfrentar el problema de la mortalidad materna y neonatal en el país entre los años 2008 y 2012 (MCLCP, 2013, p. 20).
- En cuanto al equilibrio: mejoró la priorización de cinco intervenciones claves del Programa entre ellas atención prenatal y acceso al sistema de referencia materno-neonatal (MCLCP, 2013, p. 21).
- En cuanto a la inclusión con equidad en la salud materna: en el 2012, a pesar del incremento en la inversión, persiste la brecha entre los Gobiernos Regionales. Asimismo, se carece de un presupuesto focalizado para atender poblaciones en situación de pobreza, rurales e indígenas (MCLCP, 2013, p. 21).
- En cuanto a la inclusión con equidad en la salud neonatal: en el año 2012 mejoró significativamente la equidad en la distribución de los recursos en el territorio nacional, no obstante, quedan rezagados departamentos con alta tasa de mortalidad neonatal como Puno y Huancavelica (por sus características de ruralidad, pobreza y barreras culturales de acceso a los servicios de baja capacidad resolutiva) (MCLCP, 2013, p. 22).

En el año 2015 la ONU publicó un informe sobre los logros alcanzados en los ODM, en el cual respecto al Objetivo 5 presenta como datos de interés los siguientes:

- Desde 1990, la tasa de mortalidad materna se ha reducido en casi la mitad y la mayor parte de esta reducción ha ocurrido desde el año 2000.
- Más del 71% de los nacimientos en todo el mundo fueron asistidos en 2014 por personal de salud capacitado, en comparación con el 59% en 1990.
- En las regiones en desarrollo, solo el 56% de los nacimientos en zonas rurales recibe asistencia de personal de salud capacitado, en comparación con el 87% en zonas urbanas.
- Solo la mitad de las mujeres embarazadas en las regiones en desarrollo recibe la atención prenatal mínima recomendada de cuatro visitas.
- Solo el 51% de los países cuenta con información sobre las causas de muerte materna (ONU, 2015, p. 38).

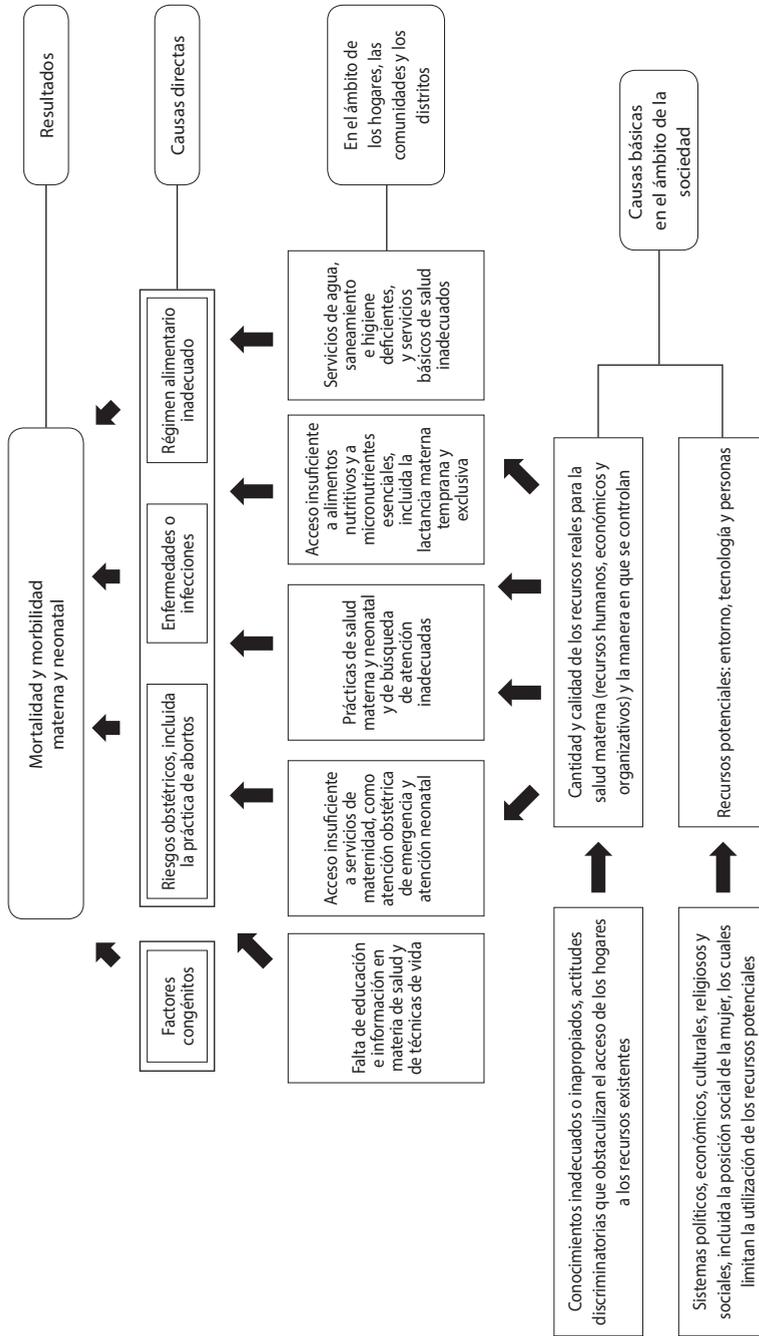


Figura 1.2. Marco conceptual sobre causas de mortalidad materna y neonatal

Fuente: Unicef, 2008, p. 17.

En el año 2008, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef por su sigla en inglés) publicó *Estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal*. En este documento se plantea un marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal que pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de hábitos saludables, y el control de las enfermedades (ver figura 1.2).

Se debe señalar que estos factores se definen como inmediatos (aquellos que provienen del individuo), subyacentes (los que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (si provienen de la sociedad) (Unicef, 2008). Todo lo cual forma parte del marco conceptual y ha servido para el diseño del marco lógico del PP-SMN.

La OMS (2016), en su *Nota Descriptiva* de septiembre sobre la mortalidad materna a escala mundial, presenta los siguientes datos:

- Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.
- Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.
- La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.
- En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.
- La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.
- La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 (OMS, 2016, párr. 1-7).

Asimismo, se señala que en el año 2016 murieron 303,000 mujeres durante el embarazo y el parto o inmediatamente después. Casi todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

La inequidad en el acceso a los servicios de salud se refleja en el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia meridional.

De acuerdo con la OMS (2016), las causas de la mortalidad materna son en su mayor parte por complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), infecciones (por lo general después del parto), hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) y abortos peligrosos; en su mayoría, muertes evitables.

Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son conocidas, todas las mujeres necesitan acceso a atención prenatal durante la gestación, atención especializada durante el parto y atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos los atiendan profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Si bien se conocen las soluciones sanitarias, existen obstáculos a que las mujeres reciban la atención que necesitan, las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios calificados, como el África subsahariana y el Asia meridional.

Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, en el año 2015 solo el 40% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto o realizaron las consultas prenatales recomendadas. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera certificada. En los países de ingresos elevados prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios

capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, poco más de un tercio de las embarazadas realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas (OMS, 2016).

No obstante, la OMS también reconoce otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto como la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados o las prácticas culturales. Para mejorar la salud materna se deben identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

Ban Ki-moon, secretario general de la ONU, en su publicación *Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños* (2010) sostiene que:

Sabemos qué es lo que da buen resultado. Mujeres y niños necesitan un conjunto integrado de intervenciones y servicios esenciales prestados por sistemas de salud que funcionen bien. Muchos países ya están logrando adelantos. En Tanzania, por ejemplo, las defunciones de niños menores de cinco años han disminuido entre un 15% y un 20% gracias al uso generalizado de intervenciones como la vacunación, la administración de suplementos de vitamina A y el tratamiento y la atención integrada a las enfermedades propias de la infancia. En los últimos 40 años, Sri Lanka ha reducido la mortalidad materna en un 87% gracias a que el 99% de las embarazadas reciben cuatro consultas de control prenatal y dan a luz en un establecimiento sanitario (Ban Ki-moon, 2010, p. 7).

De esta manera, como se mencionó en el acápite anterior, el Perú, tomando en consideración el marco conceptual dispuesto por la OMS, ha diseñado el marco conceptual del PP-SMN en el cual se considera al «control prenatal» como uno de los más importantes componentes del programa.

8. Marco legal del PP-SMN en el Perú

Desde hace varios años, el Gobierno peruano está aplicando progresivamente el PpR, como estrategia de gestión que busca un Estado eficaz a través de los programas presupuestales, las acciones de seguimiento del desempeño sobre la base de indicadores, las evaluaciones y los incentivos a la gestión, entre otros instrumentos que determine el MEF.

En el Capítulo IV de la Ley 28927, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, se precisó que, entre otros ministerios, el Minsa realizaría la Programación Presupuestaria Estratégica, debiendo priorizar el gasto en favor de la infancia, la implementación de la mejora de la calidad de gasto y la gestión por resultados en la atención de la mujer gestante y del neonato menor de 29 días.

Asimismo, se introdujo en la fase Evaluación Presupuestal un nuevo instrumento sobre gestión de resultados para aplicar a los programas piloto, con la finalidad de realizar correctivos en los procesos o en la gestión de la programación; sin embargo, como han señalado los expertos entrevistados, la evaluación que se aplica no permite realizar las correcciones durante el año fiscal.

Se debe indicar que la Ley 29142, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008, introdujo un cambio metodológico en la introducción progresiva del PpR, lo que modificó la forma de programar, monitorear y evaluar el presupuesto; priorizándose en ese año fiscal cinco resultados: salud materno neonatal, articulado nutricional, logros de aprendizaje al finalizar el III ciclo, acceso de la población a la identidad, y acceso a servicios sociales básicos y a oportunidades de mercado. Esto permitió obtener una visión integrada de las acciones del Estado y de los resultados que se esperaba alcanzar en favor de la población.

A partir del año fiscal 2008 se crearon cinco programas estratégicos, entre los cuales se encuentra el PP-SMN, con la concepción de una ejecución articulada, encargándose su monitoreo a la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales-Secretaría Técnica (CIAS-ST) como responsable nacional, a los gerentes generales de los gobiernos regionales como responsables de sus respectivos gobiernos y a los gerentes municipales en sus jurisdicciones.

Según este esquema, correspondía a los responsables de los pliegos involucrados informar trimestralmente al MEF y a la CIAS-ST. Esta información se encontraba vinculada con los avances de las metas físicas y de la ejecución del gasto para el logro de estas. Por su parte, la Dirección Nacional de Presupuesto Público (DNPP) consolidaba la información y la remitía a la Comisión de Presupuesto y Cuenta General del Congreso de la República.

Se debe indicar que en la formulación del proceso presupuestario de 2008 el MEF publicó diferentes directivas, entre las que se encuentran las directivas 06-2007-EF/76.01 y 010-2007-EF/76.01, para la Programación y la Formulación del Presupuesto Público, estableciéndose disposiciones para los cinco programas piloto de PpR (marco lógico, matriz de indicadores y cadenas creadas en la estructura funcional programática).

Ese mismo año se introdujo una modificación al artículo 79 de la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, precisándose que el PpR es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados mensurables a favor de la población. Por tanto, requiere de la existencia de una definición de los resultados a alcanzar, del compromiso para alcanzar dichos resultados por encima de otros objetivos secundarios o procedimientos internos, de la determinación de responsables, de los procedimientos de generación de información de los resultados, los productos y las herramientas de gestión institucional, y de la rendición de cuentas.

Desde el año 2007 se incorporó en las leyes de presupuesto del sector público el tema del PpR, en el marco de lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Gestión del Estado que establece, en el literal f) del artículo 5, que el proceso de modernización se sustenta entre otras acciones en:

... la institucionalización de la evaluación de la gestión por resultados a través del uso de modernos recursos tecnológicos, la planificación estratégica y concertada, la rendición pública y periódica de cuentas y la transparencia a fin de garantizar canales que permitan el control de las acciones del Estado (Ley 27658, 2002).

Además, la IV Política de Estado (Estado eficiente, transparente y descentralizado), elaborada y aprobada con base en el diálogo y el consenso en el Acuerdo Nacional en el año 2002, esboza el compromiso de construir y mantener un Estado eficiente, eficaz, moderno y transparente al servicio de las personas y de sus derechos, que promueva el desarrollo y el buen funcionamiento del mercado y de los servicios públicos. Un Estado que atienda las demandas de la población y asegure su participación en la gestión de políticas públicas y sociales, y en la regulación de los servicios públicos en los tres niveles de gobierno; y que garantice

una adecuada representación y defensa de los usuarios de estos servicios, la protección a los consumidores y la autonomía de los organismos reguladores.

En este marco, se precisa como objetivos de dicha política:

El Estado: (a) incrementará *la cobertura, calidad y celeridad* de la atención de trámites así como de *la provisión y prestación de los servicios públicos*, para lo que *establecerá y evaluará periódicamente los estándares básicos de los servicios* que el Estado garantiza a la población; (b) establecerá en la administración pública mecanismos de *mejora continua en la asignación, ejecución, calidad y control del gasto fiscal*; (c) dará acceso a la información sobre planes, programas, proyectos, presupuestos, operaciones financieras, adquisiciones y gastos públicos proyectados o ejecutados en cada región, departamento, provincia, distrito o instancia de gobierno; (d) pondrá en uso instrumentos de fiscalización ciudadana que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas en todas las instancias de gobierno [las cursivas son de los autores].

Asimismo, con la finalidad de lograr un Estado eficaz y eficiente, se debe destacar lo señalado en el Plan Bicentenario: Perú hacia el 2021, aprobado por Decreto Supremo 054-2011, en cuanto a uno de los objetivos nacionales: «Estado democrático y descentralizado que funciona con eficacia, eficiencia y articuladamente entre sus diferentes sectores y los tres niveles de gobierno al servicio de la ciudadanía y el desarrollo, garantizando la seguridad nacional». Este objetivo implica que el Estado se oriente al servicio de los ciudadanos y a la promoción del desarrollo, y que el ejercicio de la función pública sea eficiente, democrático, transparente, descentralizado y participativo, en el marco de una ciudadanía ejercida a plenitud por las personas.

De conformidad con lo indicado en el Plan Bicentenario, la estrategia para lograr este objetivo incluye la modernización del Estado mediante mecanismos como el planeamiento estratégico, el gobierno electrónico, la participación ciudadana, la vigilancia ciudadana y la rendición de cuentas en todos los niveles de gobierno.

Dentro de los lineamientos de política establecidos en este plan, en lo referente a la reforma del Estado se encuentran los siguientes objetivos:

- 1) Reformar la administración del Estado para mejorar su capacidad de gestión en los niveles nacional, regional y local, asegurando su presencia en todo el territorio del país e incrementando la cobertura, eficiencia y calidad de sus servicios y la celeridad en la atención de trámites;
- 2) Revalorar y fortalecer la carrera pública promoviendo el alto rendimiento profesional sustentado en competencias técnicas y personales con solvencia moral, mediante el establecimiento de un nuevo servicio civil y una gerencia pública meritocrática y con vocación de servicio;
- 3) Promover el sistema nacional y regional de gobierno electrónico para mejorar la eficiencia y calidad de la gestión pública.

En el año 2013 se aprobó, mediante el Decreto Supremo 004-2013-PCM, la Política de Modernización de la Gestión Pública, que introduce como uno de los componentes de la gestión pública orientada a resultados el presupuesto para resultados:

c) Presupuesto para resultados

Un Estado moderno al servicio del ciudadano, además de objetivos claros, requiere que sus presupuestos sean asignados también con orientación a resultados, es decir, en función a los productos que los ciudadanos esperan recibir para satisfacer sus demandas. Sobre todo considerando que los recursos son escasos, lo cual obliga a priorizar. En ese proceso la transparencia y rendición de cuentas son sumamente importantes en *los procesos de asignación y evaluación del destino* de los recursos [las cursivas son de los autores].

De ese modo, se contribuirá con una gestión orientada a resultados y se podrá aspirar a dar un gran cambio en la gestión pública, de una gestión que se mira a sí misma, supeditada al proceso presupuestario, inercial, a una gestión para la obtención de resultados para el ciudadano. Ello facilitará el cierre de brechas de calidad y cobertura de infraestructura y servicios públicos, con mayor eficiencia económica, manteniendo el equilibrio fiscal y fortaleciendo la articulación de todas las entidades públicas en el territorio nacional.

En la mencionada Política de Modernización de la Gestión Pública se precisa que el PpR se constituye en uno de sus pilares centrales y que dicha política apoyará las reformas que impulsa el MEF, las cuales se en-

cuentran orientadas a conciliar tres objetivos: mantener la disciplina fiscal, mejorar la eficiencia en la distribución de los recursos y mejorar la calidad de gasto asegurando eficiencia y eficacia en las operaciones de todas las entidades y las agencias en los tres niveles de gobierno.

De otro lado, resulta importante resaltar que en el Plan Bicentenario se establece como un objetivo nacional: «Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos, que consiste en lograr que todas las personas tengan las mismas oportunidades para desarrollarse y el acceso a servicios básicos de calidad, en particular educación, salud, agua y desagüe, entre otros». Así, se señala que uno de los lineamientos de política en lo referido a la salud y el aseguramiento es garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de los niños de entre 0 y 5 años.

También se establece como prioridad reducir la mortalidad infantil y materna y erradicar la desnutrición infantil y de las madres gestantes. Para ello se plantean acciones estratégicas entre las que se encuentran: 1) garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el desarrollo de las actividades de aseguramiento universal en salud; 2) dotar a los establecimientos de salud de la infraestructura y del equipamiento necesarios; 3) fortalecer el primer nivel de atención de salud en todo el país, en especial en los gobiernos regionales con mayores niveles absolutos de pobreza; 4) ampliar la participación ciudadana en la prevención y la promoción de la salud mediante la articulación entre el Estado y la sociedad civil; y 5) aumentar el acceso de las mujeres a partos institucionalizados con adecuación cultural, entre otras acciones.

En lo referido a la mortalidad materna y perinatal, mediante Resolución Ministerial 207-2009-MINSA, del 27 de marzo de 2009, se aprobó el documento técnico *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*, en el cual se señala como objetivo general la reducción de la mortalidad materna y perinatal como expresión de una maternidad saludable, segura y voluntaria, con participación multisectorial y el compromiso de la sociedad civil.

Las metas para el 2015, precisadas en el plan mencionado, fueron reducir la razón de la mortalidad materna a 66 por 100,000 nacidos vi-

vos y disminuir la tasa de mortalidad perinatal a 16 por 1,000 nacidos vivos.

Respecto de la evaluación, el artículo 81 de la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público, precisa que la evaluación en el marco del PpR consiste en el análisis sistemático y objetivo de un proyecto, un programa o una política en curso o concluido, de su diseño, ejecución, eficiencia, eficacia e impacto y de sus resultados sobre la población, sin perjuicio de las normas y los procesos establecidos por el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) relativos a los proyectos de inversión.

Así, los resultados de las evaluaciones vinculan a las entidades que participan en la ejecución de actividades y que hayan formado parte de la evaluación, las cuales deben asumir compromisos formales para la mejora de su desempeño.

La evaluación incluye los sistemas de información a través de los que se recolecta, organiza y provee la información acerca de la operación de los programas, en especial la referida a los productos que estos entregan a la población para el logro de sus objetivos.

De conformidad con la norma citada, los procesos de evaluación de las intervenciones públicas tienen cuatro fases: 1) preparatoria, 2) de desarrollo, 3) de formalización de compromisos de mejora del desempeño y 4) de seguimiento del cumplimiento de dichos compromisos por las entidades responsables de la intervención pública evaluada.

Se debe precisar que el Minsa, con el objetivo de facilitar el proceso de programación y formulación del presupuesto de los programas presupuestales y estandarizar la forma de estimar las metas físicas de los productos que deben ser entregados a la población y, por ende, del presupuesto necesario para su cumplimiento, ha aprobado desde el año 2010 un documento técnico con las definiciones operacionales y los criterios de programación de los programas presupuestales. En el año fiscal 2013 aprobó la Resolución Ministerial 289-2013-MINSA, publicada el 24 de mayo de 2013, y modificada por la Resolución Ministerial 555-2013-MINSA, publicada el 4 de septiembre de 2013, que contiene el documento técnico correspondiente.

Asimismo, mediante Resolución Ministerial 302-2013/MINSA, del 24 de mayo de 2013, se aprobó el *Documento técnico de definiciones operacionales y criterios de programación de los programas presupuestales articulado nutricional, salud materno neonatal, prevención y control de la tuberculosis y el VIH-Sida, enfermedades metaxénicas y zoonosis, enfermedades no transmisibles, prevención y control del cáncer, reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres* (en adelante, Documento Técnico 2013). En este dispositivo también se aprobó la versión electrónica de la matriz de la «estructura de costos de los programas estratégicos», que contiene aquellos correspondientes al PP-SMN.

Para el año 2016, el Minsa difundió entre las unidades ejecutoras la última versión del mencionado documento técnico, el cual aún no cuenta con un dispositivo legal de aprobación.

En el numeral 2.1.1 del Documento Técnico 2013 se define al proceso de monitoreo del PP-SMN como:

... una actividad de control gerencial y realizada por el equipo de gestión, nacional, regional y las unidades ejecutoras y que permite describir y calificar el cumplimiento y avance de metas físicas, realización de las actividades para el logro de los productos que espera (finalidades) a través de los indicadores establecidos para el Programa Estratégico, así mismo de los procesos que aseguren la disponibilidad de los insumos, la ejecución presupuestal y otros.

También se precisa que el monitoreo es un proceso continuo y sistemático que requiere la participación de profesionales competentes cuya ejecución permite comprobar la eficacia y la eficiencia de las actividades, en tanto se identificarán aspectos limitantes y ventajosos, obteniendo como resultado la ejecución o la emisión de recomendaciones para la realización de medidas correctivas con el fin de orientar o reorientar los procesos y optimizar los resultados.

Además, se precisa que el monitoreo implica un seguimiento periódico (mensual) del avance de la ejecución de las metas físicas de cada finalidad, de los procesos de adquisiciones y del avance de la ejecución presupuestal.

Sobre cada producto, el Documento Técnico 2013 incluye: definición operacional, unidad de medida, indicador físico con fuente de información y categorías de los establecimientos de salud que lo deben aplicar, y la lista de sus finalidades subalternas. Asimismo, indica por cada una de estas últimas: definición operacional, nivel de establecimientos de salud que las deben aplicar, unidad de medida, metodología y fuente para determinar avance de la meta física, de los criterios de programación y de la fuente de información.

Este documento no desarrolla mayores precisiones sobre las actividades que se ejecutarán para el monitoreo, las cuales únicamente describe, e incluyen: 1) generación y reportes de datos estadísticos; 2) investigación, reporte y difusión epidemiológicos; 3) análisis de la situación de salud; y 4) evaluación de gestión del programa presupuestal, entre otros, que se aplicarán con una frecuencia mensual, semestral y anual, según detalla este documento.

De lo expuesto se desprende que el PP-SMN, nacido como programa estratégico, se encuentra articulado a las normas sobre modernización que promueven la generación de un Estado eficiente que preste servicios de calidad y que se encuentre orientado al ciudadano y enmarcado en las metas del Plan Bicentenario.

El Estado ha resaltado la necesidad de dar atención a la mortalidad materna neonatal en todos los documentos estratégicos aprobados en nuestro país y descritos anteriormente; lo que demuestra que su incorporación como programa estratégico responde una política de Estado, más allá de la gestión por resultados.

Asimismo, no queda duda de que el Minsa y el MEF están trabajando en diferentes marcos normativos en busca de mejorar la ejecución del PP-SMN, mediante ajustes a la estructura de costos y a las definiciones operacionales. Sin embargo, aún no se cuenta con un marco normativo que precise las actividades que deben ejecutarse para un monitoreo adecuado y oportuno, como se ha señalado, lo que hace necesaria la realización del monitoreo no solo de la meta física sino de la calidad del producto o del subproducto que forma parte del PP-SMN. Esto significa que existe una carencia en las normas sobre cómo debe realizarse el mo-

nitoreo en la actualidad, pues no se encuentra expresamente indicado en ellas.

Con este interés, se han identificado las diferentes fuentes de las que proviene la información, sin embargo, de las normas aprobadas por el Minsa no se desprende la manera en la cual deben articularse los sistemas o los registros a cargo de los diferentes actores que participan en el PP-SMN.

Además, resulta necesario realizar un análisis sobre las normas vigentes respecto del control gubernamental, cuya rectoría recae en la Contraloría General de la República, en la medida en que permitirá determinar a qué tipo de control corresponde la herramienta de monitoreo que se plantea proponer.

Al respecto, la Ley 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y las Normas Generales de Control Gubernamental, aprobadas con Resolución de Contraloría 273-2014-CG, regulan al ejercicio del control gubernamental:

El control gubernamental consiste en la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública, en atención al grado de eficiencia, eficacia, transparencia y economía en el uso y destino de los recursos y bienes del Estado, así como del cumplimiento de las normas legales y de los lineamientos de política y planes de acción, evaluando los sistemas de administración, gerencia y control, con fines de su mejoramiento a través de la adopción de acciones preventivas y correctivas pertinentes.

El control gubernamental es interno y externo y su desarrollo constituye un proceso integral y permanente.

El control gubernamental se clasifica de las siguientes maneras:

- En función a quién lo ejerce: control interno y externo
- En función al momento de su ejercicio: control previo, simultáneo y posterior

El control gubernamental interno a su vez puede ser previo, simultáneo y posterior; su desarrollo es responsabilidad de las autoridades, funcionarios y servidores de las entidades.

El control interno simultáneo y posterior también es ejercido por los Órganos de Control Institucional.

El control gubernamental externo puede ser previo, simultáneo y posterior; y lo ejerce la Contraloría u otro órgano del Sistema por encargo o designación de esta. En el caso del control externo posterior, puede ser ejecutado además por las Sociedades de Auditoría que sean designadas por la Contraloría. El control gubernamental externo posterior se realiza fundamentalmente mediante acciones de control.

Las Normas de Control Interno, aprobadas con Resolución de Contraloría 320-2006-CG, y que toman como base el enfoque moderno establecido por el Informe COSO (por la sigla en inglés de Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission), la Guía de la Intosai (Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores) y la Ley 28716, señalan que la estructura de control interno en todas las entidades del Estado consta de cinco componentes: 1) ambiente de control, 2) evaluación de riesgos, 3) actividades de control gerencial, 4) información y comunicación, y 5) supervisión (la cual reúne las actividades de prevención y monitoreo, seguimiento de resultados y compromisos de mejoramiento). Sobre el componente supervisión se señala que:

El sistema de control interno debe ser objeto de supervisión para valorar la eficacia y calidad de su funcionamiento en el tiempo y permitir su retroalimentación. Para ello la supervisión, identificada también como seguimiento, comprende un conjunto de actividades de autocontrol incorporadas a los procesos y operaciones de la entidad, con fines de mejora y evaluación. Dichas actividades se llevan a cabo mediante la prevención y monitoreo, el seguimiento de resultados y los compromisos de mejoramiento.

El monitoreo de los procesos y operaciones de la entidad debe permitir conocer oportunamente si estos se realizan de forma adecuada para el logro de sus objetivos y si en el desempeño de las funciones asignadas se adoptan las acciones de prevención, cumplimiento y corrección necesarias para garantizar la idoneidad y calidad de los mismos.

Como ya se ha señalado, este marco legal prevé, con base en la oportunidad en que se ejerce, tres formas de control gubernamental:

- *Control previo*: consiste en someter a un tribunal u organismo competente un acto del administrador, antes de que adquiera pleno vigor o que dicho acto se materialice.
- *Control concurrente o simultáneo*: es la forma de verificación de los actos de la administración cuando está ejecutándose su decisión. Permite que los correctivos puedan darse oportunamente o sanear los vicios contenidos en los actos.
- *Control posterior*: se caracteriza por la apreciación de los actos de la administración después de su consumación, de forma tal que el administrador no tiene obligación de aguardar, previa o contemporáneamente a que sus decisiones sean apreciadas por un determinado órgano de control. Por tanto, la manifestación del organismo o el órgano de control será posterior a la ejecución de los actos, cuya finalidad será formular recomendaciones y, de ser el caso, identificar responsabilidades.

Lo que reafirma que el control se clasifica bajo dos criterios: según el momento en que se realiza, puede ser previo, simultáneo o posterior; y según quien lo ejerza, interno o externo.

Para determinar el tipo de control de la herramienta de monitoreo que se propone más adelante es pertinente considerar la definición de monitoreo establecida por el Minsa en el Documento Técnico 2013 ya mencionado. En él se señala que esta actividad la realiza el equipo de gestión nacional, regional y de las unidades ejecutoras; es decir, es un mecanismo de control que aplican los mismos responsables de la operación, por tanto, desde el punto de vista de la clasificación de quién ejerce el control se concluye que se trata de un control interno.

Igualmente, en la misma definición de monitoreo se señala que es un proceso continuo y sistemático que permite comprobar la eficacia y la eficiencia de las actividades, mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos, que culmina ejecutando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar sus resultados; por tanto, se trata de un control simultáneo a ejercerse durante el desarrollo de la operación.

A manera de conclusión se puede afirmar que el monitoreo del PP-SMN es una actividad de control interno simultáneo; en consecuencia, su ejecución y adecuado funcionamiento son de responsabilidad de los gestores del programa con el fin de generar las medidas correctivas y oportunas que aseguren el cumplimiento de los resultados esperados.

2

Metodología y diseño de la investigación

Definida la base conceptual del modelo del PP-SMN, este capítulo busca explicar los antecedentes de este trabajo, establecer los parámetros que motivaron la investigación, señalar el problema, los objetivos, el alcance, las limitaciones, la justificación y la contribución de esta que, junto con los comentarios de funcionarios y especialistas en diseño y ejecución de programas presupuestales, en particular del PP-SMN. Con estos elementos se elabora la estructura metodológica de la investigación para identificar aquellos indicadores que muestren las muchas causas que inciden en el problema del estancamiento de la reducción de la mortalidad materna neonatal a través de la elección de los productos a priorizar, las herramientas para la obtención de información y el periodo de recolección de esta.

1. Definición del problema

Entre los años 2010 y 2014, el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) del sector salud se incrementó en 7,000 millones de soles (MEF, 2015a). Del total de este presupuesto, el porcentaje asignado a los programas presupuestales varió del 20% en el 2010 al 37% en el 2014. Por su parte, la OMS señala que en el Perú la RMM disminuyó del 2010 al 2015 de 92 a 68 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos (OMS, 2015, p. 10).

En el cuadro 2.1 se presenta la evolución de las estimaciones de la RMM y los progresos hacia la consecución de la meta 5A de los ODM: «Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015» (OMS, 2015, p. 3). Se observa variabilidad en la disminución de la mortalidad materna; por ejemplo, en Mozambique y Nigeria cuya RMM en 1990 era superior a 1,000, para el año 2015 disminuyó en 65% y en 40%, respectivamente. En América Latina, el Perú ha tenido la mayor disminución de la RMM, al variar de 251 en 1990 a 68 en el 2015, lo que representa una reducción del 73%.

De otro lado, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) revela que el acceso de las gestantes a seis o más controles prenatales y su monitoreo se incrementó entre los años 2007 y 2012 del 76.4% al 84.5%, apreciándose un esfuerzo en las zonas rurales donde aumentó del 68.8% al 80.2%.

Asimismo, la encuesta Endes del año 2014 muestra que, para las áreas urbana y rural del Perú, en el embarazo del último nacido vivo el 96.9% de las mujeres tuvo algún control prenatal por personal de salud calificado (médico, obstetrix o enfermera), cifra que es el 2.6% mayor que la del año 2009 (94.3%). En el área rural, según se muestra en la figura 2.1, destaca el incremento de nacimientos que recibieron control prenatal por profesional de salud calificado, que subió del 87.1% en el año 2009 al 91.9% en el 2014, lo que representa una mejora del 4.8%. Además, esta encuesta refiere que, según el tipo de profesional de salud, más mujeres fueron atendidas por médicos en el área urbana (42.5%) que en la rural (18.7%); en cambio, la atención por obstetrix o enfermera fue mayor en el área rural (59.5% y 13.7%, respectivamente) (INEI, 2014).

Si bien en el Perú se han realizado esfuerzos por abordar los temas vinculados con la salvaguarda de la gestante y el recién nacido, priorizando desde hace varios años este tema en el presupuesto institucional del Minsa y abordándolo a través de programas estratégicos en un inicio y, después, con el PP-SMN, aún existen brechas en la atención del parto institucional en zonas andinas y amazónicas, servicios con baja calidad y capacidad resolutive insuficiente, entre otras deficiencias (UNFPA, 2014).

Cuadro 2.1. Evolución de la mortalidad materna por países, 1990-2015

País (a)	RMM (b)					Cambio porcentual de la RMM 1990-2015 (c)	Cambio porcentual medio anual de la RMM 1990-2015	Progreso hacia la meta 5A de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (d)
	1990	1995	2000	2005	2010			
Argentina	72	63	60	58	58	52	1.3	Dato no disponible
Bolivia	425	390	334	305	253	206	51.5	Progreso insuficiente
Brasil	104	84	66	67	65	44	57.7	Progreso
Chile	57	41	31	27	26	22	61.4	Dato no disponible
Colombia	118	105	97	80	72	64	45.8	Progreso insuficiente
Ecuador	185	131	103	74	75	64	65.4	Progreso
El Salvador	157	118	84	68	59	54	65.5	Progreso
Guatemala	205	173	178	120	109	88	57.1	Progreso
Haití	625	544	505	459	389	359	42.6	Nulo
México	90	85	77	54	45	38	57.8	Dato no disponible
Nicaragua	173	212	202	190	166	150	13.3	Nulo
Paraguay	150	147	158	159	139	132	12.0	Nulo
Perú	251	206	140	114	92	68	72.9	Progreso
Uruguay	37	36	31	26	19	15	59.5	Dato no disponible
Venezuela	94	90	90	93	99	95	-1.1	Dato no disponible
Mozambique	1,390	1,150	915	762	619	489	64.8	Progreso
Nigeria	1,350	1,250	1,170	946	867	814	39.7	Nulo

Notas:

- (a) Las estimaciones se han hecho para garantizar la comparabilidad entre países, por lo que no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de estos, en las que se puede haber utilizado métodos alternativos más rigurosos.
- (b) Las estimaciones de la RMM se han redondeado del siguiente modo: < 100, redondeadas a la unidad más cercana; 100-999, redondeadas a la unidad más cercana, y ≥ 1000 , redondeadas a la decena más cercana.
- (c) Las cifras del cambio porcentual de la RMM están redondeadas.
- (d) Los progresos hacia la meta 5A de los ODM se evaluaron en los países con una RMM > 100 en 1990.

Fuente: OMS, 2015, p. 5-12.

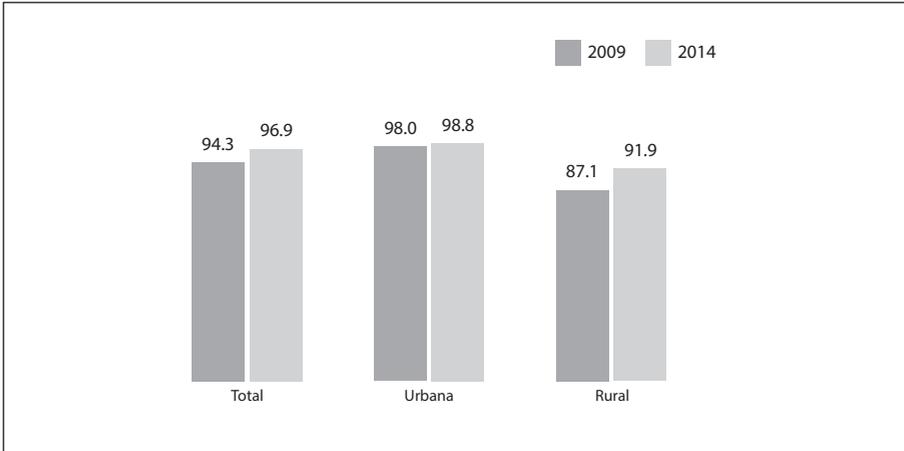


Figura 2.1. Perú: nacimientos que recibieron control prenatal de un profesional de salud calificado, según área residencial

Fuente: INEI, 2014.

Nota: La encuesta Endes se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.

El cuadro 2.2 muestra que en el periodo 2012-2015 la relación entre el incremento en el presupuesto asignado al PP-SMN y la reducción de las muertes maternas es inversa, toda vez que las muertes solo disminuyeron entre el 2012 y el 2013, y hasta el 2015 han continuado aumentando.

Cuadro 2.2. Presupuestos asignados y muertes maternas por año, 2012-2015

Presupuesto asignado (S/)				Muertes maternas (número)			
2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
1,576'369,865	1,577'992,482	1,735'559,311	2,075'232,832	440	383	411	414

Fuente: MEF, 2015a; INEI, 2015.

Asimismo, en información publicada por la Dirección General de Epidemiología del Minsa, como muestra la figura 2.2, se advierte diferencias en la variación de las muertes maternas en los departamentos del Perú entre los años 2012 y 2015, los departamentos de Huánuco, Junín y Ucayali sufrieron un incremento en el número de muertes maternas; mientras que en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Arequipa el número de muertes maternas disminuyó durante el mismo periodo.

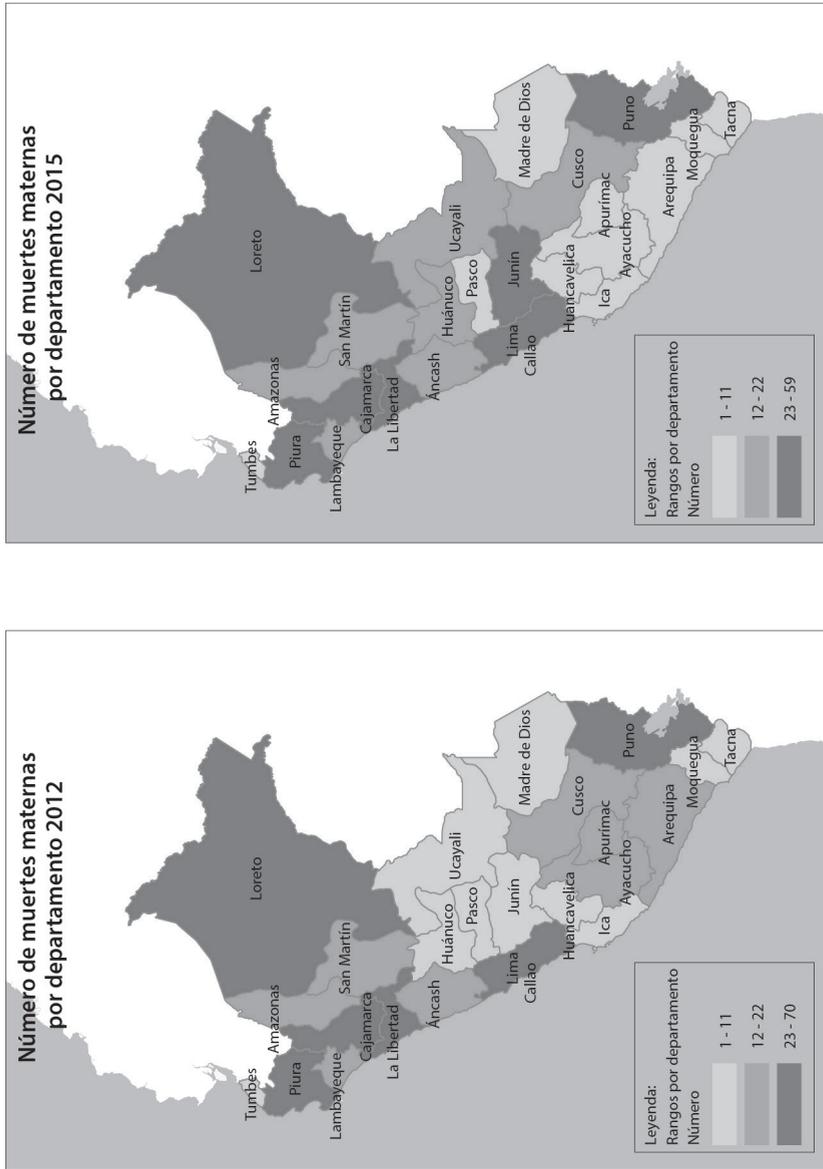


Figura 2.2. Variación de las muertes maternas por departamento, 2012-2015
Fuente: INEI, 2015.

No obstante, tal como se desprende de los cuadros 2.3 y 2.4, la asignación del presupuesto se ha incrementado en todos los departamentos sin que ese aumento haya producido una disminución de las muertes maternas. Peor aún, se constata que en ocho departamentos ha aumentado su número en el periodo 2012-2015.

Se debe destacar que el cuadro 2.4 evidencia que el incremento del presupuesto corresponde también a la partida genérica bienes y servicios, la cual sirve directamente para la adquisición de insumos médicos, de laboratorio, pago a personal CAS y para otros servicios relacionados con los productos del área materna neonatal. No obstante, durante las entrevistas a los especialistas del MEF y del Minsa estos declararon que existen casos en los cuales se adquieren bienes que no se encuentran directamente vinculados con los productos o los subproductos de esta área; por ejemplo, compra de gaseosas en cantidades exorbitantes, buzos o polos, entre otros.

¿Por qué la existencia de brechas entre los distintos departamentos del Perú, en cuanto a la reducción de la mortalidad materna si la implementación del PP-SMN fue homogénea en todo el país?

De acuerdo con las evaluaciones anuales de los programas presupuestales que realiza el MEF, junto con el Minsa, a las direcciones regionales de salud (Diresa) de los gobiernos regionales y con las entrevistas a los expertos de estos ministerios son muchas las causas que inciden en el estancamiento de la reducción de la mortalidad materna neonatal, entre ellas las que se muestran en la figura 2.3, relacionada con:

- *Recursos humanos*: falta de personal en los establecimientos de salud de acuerdo con las necesidades del producto de salud a brindar, bajas competencias del personal asignado al PP-SMN, desconocimiento del marco conceptual del PP-SMN y de los lineamientos emitidos por el sector.
- *Recursos financieros*: ejecución presupuestal inadecuada al evidenciarse gastos que no se relacionan con los productos del PP-SMN, y distribución incorrecta del presupuesto para las distintas unidades ejecutoras.
- *Comunicaciones*: estrategia ineficiente de comunicación del PP-SMN a los pacientes y a la población en general.

Cuadro 2.3. Departamentos con mayores incrementos de muertes maternas por presupuesto total asignado, 2012-2015

Departamento	Presupuesto (en soles)						Muertes maternas (número)					
	2012	2013	2014	2015	2015-2012	2012	2013	2014	2015	2015/2012		
12: Junín	45'351,112	52'197,620	50'365,964	86'148,659	40'797,547	11	17	26	27	16		
10: Huánuco	48'726,461	82'760,268	69'871,214	69'564,441	20'837,980	10	11	9	18	8		
25: Ucayali	24'934,188	28'686,717	31'348,851	41'012,741	16'078,553	10	14	23	17	7		
20: Piura	47'920,657	57'520,038	82'166,801	94'913,796	39'977,558	35	27	29	41	6		
7: Callao	9'865,145	12'696,421	65'012,521	82'916,668	34'996,011	8	13	19	11	3		
17: Madre de Dios	27'251,405	54'266,762	9'701,171	11'823,370	1'958,225	1	7	3	2	1		
22: San Martín	50'255,588	26'529,937	40'073,717	66'021,092	38'769,687	14	16	16	15	1		
24: Tumbes	40'400,411	50'390,092	24'117,427	25'917,232	24'338,356	3	5	2	4	1		
14: Lambayeque	34'092,741	33'402,722	58'016,110	57'464,312	17'063,901	15	14	13	15	0		
1: Amazonas	27'262,999	11'314,502	47'300,984	57'657,505	23'564,764	14	13	13	13	-1		
18: Moquegua	32'492,576	46'680,720	13'678,823	12'656,403	14'606,596	2	3	0	1	-1		
9: Huancavelica	37'537,517	30'051,395	56'606,196	67'892,895	35'400,319	8	6	8	6	-2		
11: Ica	42'766,662	51'199,019	32'240,455	35'009,981	2'527,536	7	6	3	5	-2		
16: Loreto	138'429,443	74'920,963	53'421,363	81'690,552	38'923,890	30	32	32	28	-2		
21: Puno	20'195,286	22'756,506	79'793,276	99'379,049	39'050,394	30	26	26	28	-2		
23: Tacna	91'845,765	80'236,615	16'598,758	18'647,505	1'547,781	4	5	1	2	-2		
8: Cusco	72'406,667	83'626,219	81'640,860	83'292,219	8'553,546	21	20	30	18	-3		
13: La Libertad	15'641,811	13'992,749	78'123,261	86'874,087	14'467,420	32	30	31	29	-3		
19: Pasco	55'090,653	51'165,094	16'676,989	18'986,072	3'344,261	7	5	11	4	-3		
4: Arequipa	87'491,369	94'774,881	60'538,396	72'973,098	17'882,445	16	9	10	11	-5		
6: Cajamarca	47'157,620	48'757,850	175'451,139	157'548'152	70'056,783	43	31	36	38	-5		
2: Áncash	44'259,082	50'460,276	48'052,324	62'872,734	15'715,114	22	16	15	13	-9		
3: Apurímac	66'159,318	71'117,328	59'318,652	68'998,834	24'739,752	13	2	3	4	-9		
5: Ayacucho	413'899,151	355'989,377	73'496,505	93'668,481	27'509,163	14	8	10	5	-9		
15: Lima	1,576'369,865	1,577'992,482	411'947,554	521'302,954	107'403,803	70	47	42	59	-11		
Total	1,576'369,865	1,577'992,482	1,735'559,311	2,075'232,832	498'862,967	440	383	411	414	-26		

Fuente: MEF, 2015a.

Elaboración propia.

Cuadro 2.4. Departamentos con mayores incrementos de muertes maternas por presupuesto asignado en bienes y servicios, 2012-2015

Departamento	Presupuesto (en soles)					Muertes maternas (número)				
	2012	2013	2014	2015	2015-2012	2012	2013	2014	2015	2015/2012
12: Junín	13'788,480	17'388,502	14'446,046	21'965,208	8'176,728	11	17	26	27	16
10: Huánuco	12'092,129	14'817,101	17'217,045	20'627,093	8'534,964	10	11	9	18	8
25: Ucayali	6'424,143	7'258,678	8'759,902	12'769,601	6'345,458	10	14	23	17	7
20: Piura	12'594,038	20'961,906	23'405,673	26'355,050	13'761,012	35	27	29	41	6
7: Callao	20'658,692	26'034,439	28'781,091	34'994,732	14'336,040	8	13	19	11	3
17: Madre de Dios	1'777,151	2'562,956	2'254,580	4'266,228	2'489,077	1	7	3	2	1
22: San Martín	9'822,333	11'834,523	12'832,484	26'561,401	16'739,068	14	16	16	15	1
24: Tumbes	5'466,589	10'079,262	11'247,149	13'243,136	7'776,547	3	5	2	4	1
14: Lambayeque	10'318,385	11'097,521	11'824,209	17'454,679	7'136,294	15	14	13	15	0
1: Amazonas	8'969,603	9'630,588	11'300,983	13'802,745	4'833,142	14	13	13	13	-1
18: Moquegua	2'443,354	1'929,498	2'125,105	2'285,428	157,926	2	3	0	1	-1
9: Huancavelica	10'227,809	11'565,633	15'633,389	17'069,215	6'841,406	8	6	8	6	-2
11: Ica	5'742,289	6'742,262	7'315,369	9'199,221	3'456,932	7	6	3	5	-2
16: Loreto	16'636,822	18'254,787	18'933,554	27'064,781	10'427,959	30	32	32	28	-2
21: Puno	12'734,293	12'064,742	14'517,858	16'228,291	3'493,998	30	26	26	28	-2
23: Tacna	3'878,167	2'249,524	2'352,126	3'427,366	450,801	4	5	1	2	-2
8: Cusco	17'210,319	17'631,394	20'089,945	20'152,455	2'942,136	21	20	30	18	-3
13: La Libertad	21'602,616	25'209,371	26'107,820	28'751,301	7'148,685	32	30	31	29	-3
19: Pasco	3'844,878	4'321,147	4'267,040	5'236,330	1'391,452	7	5	11	4	-3
4: Arequipa	11'316,538	9'646,646	11'638,881	17'747,519	6'430,981	16	9	10	11	-5
6: Cajamarca	22'534,922	27'757,912	33'231,175	37'195,736	14'660,814	43	31	36	38	-5
2: Áncash	12'400,482	11'433,612	12'221,563	18'721,418	6'320,936	22	16	15	13	-9
3: Apurímac	15'055,373	14'978,110	16'582,715	23'331,840	8'276,467	13	2	3	4	-9
5: Ayacucho	16'890,772	19'889,747	19'168,627	25'220,484	8'329,712	14	8	10	5	-9
15: Lima	164'915,343	124'919,380	143'495,787	181'230,065	16'314,722	70	47	42	59	-11
Total	439'345,520	440'259,241	489'750,116	624'901,323	185'555,803	440	383	411	414	-26

Fuente: MEF, 2015a.

Elaboración propia.

- *Control y seguimiento*: falta de seguimiento respecto de la calidad del gasto de los recursos del PP-SMN, y carencia de seguimiento de los indicadores de los subproductos o de las actividades diseñadas en el marco conceptual del citado programa.
- *Marco legal*: carencia de costos estándar de los insumos, según nivel de establecimiento de salud y región, que deben ser establecidos por el ente rector del sector salud.
- *Sistemas informáticos*: falta de sistemas de información en las unidades ejecutoras del PP-SMN y carencia de un sistema informático integrado en el sector salud.

En el cuadro 2.5 se realiza la valoración de las causas detectadas según el impacto que acarrearían de no tomarse decisiones oportunas sobre ellas.

Cuadro 2.5. *Valoración de las causas*

N.º	Causas identificadas	Impacto (valor)		
		Bajo	Medio	Alto
1	Falta de personal en los establecimientos de salud de acuerdo con las necesidades del producto de salud a brindar		X	
2	Bajas competencias del personal asignado al PP-SMN			X
3	Desconocimiento del marco conceptual del PP-SMN y de los lineamientos emitidos por el sector	X		
4	Ejecución presupuestal inadecuada al evidenciarse gastos que no se relacionan con los productos del PP-SMN		X	
5	Distribución incorrecta del presupuesto entre las unidades ejecutoras		X	
6	Estrategia ineficiente de comunicación del PP-SMN a los pacientes y a la población en general	X		
7	Falta de seguimiento respecto de la calidad del gasto de los recursos del PP-SMN			X
8	Carencia de indicadores de los subproductos o las actividades diseñadas en el marco conceptual del citado programa			X
9	Carencia de costos estándar de los insumos, según nivel de establecimiento de salud y región, que deben ser establecidos por el ente rector del sector salud			X
10	Falta de sistemas de información en las unidades ejecutoras del PP-SMN			X
11	Carencia de un sistema informático integrado en el sector salud		X	
Total		2	4	5

Elaboración propia.

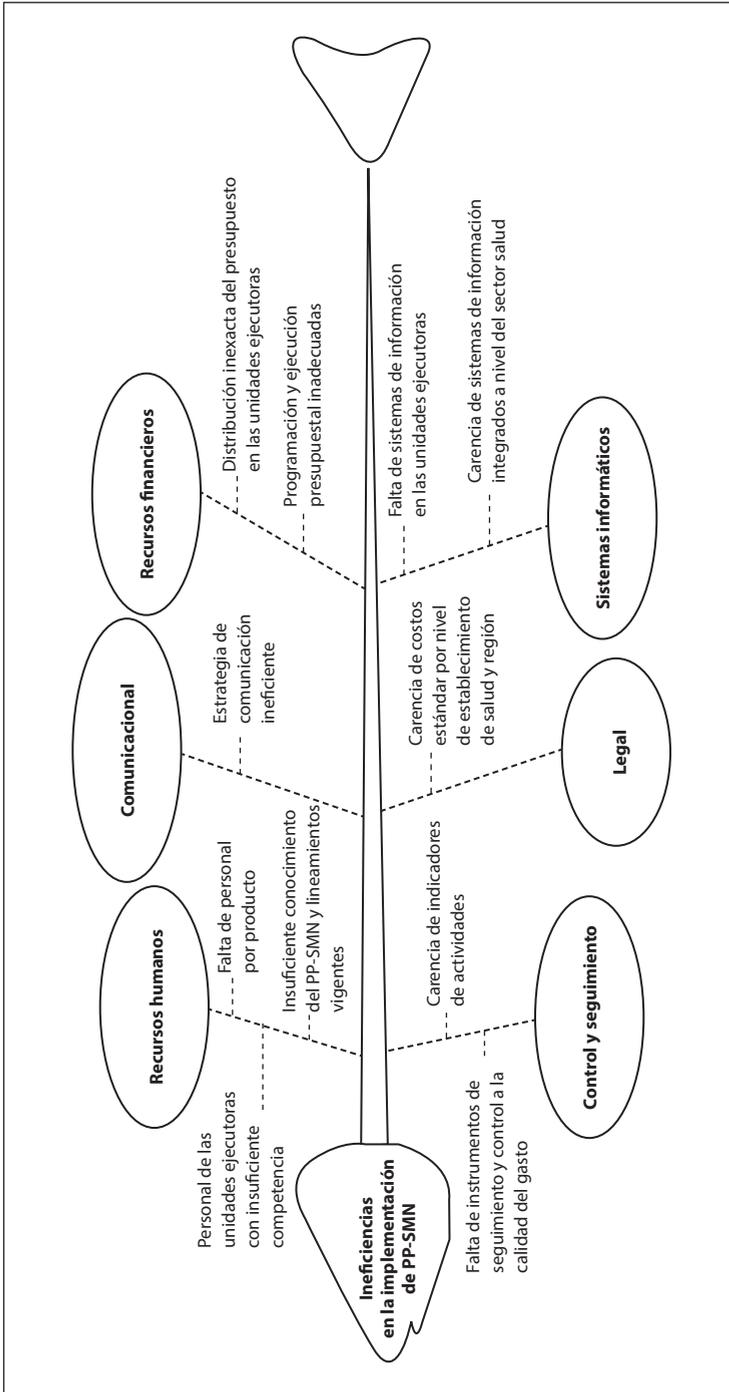


Figura 2.3. Diagrama Ishikawa: causa-efecto
Elaboración propia.

Son cinco las causas que más inciden en las ineficiencias en la aplicación del PP-SMN, dos de las cuales se relacionan con el control de la ejecución del programa (carencia de indicadores de actividades en el diseño del marco conceptual y falta de seguimiento respecto de la calidad del gasto) y se vincula con ellas la falta de sistemas de información en las unidades ejecutoras.

Se debe señalar que, para el caso de los programas bajo el marco del PpR, el MEF ha emitido las directivas que regulan su ejecución, estableciendo como instrumentos el seguimiento y las evaluaciones independientes.

Respecto del seguimiento (finanzas), este corresponde a un proceso continuo de recolección y análisis de información acerca del desempeño para establecer en qué medida una intervención pública está logrando sus objetivos y cómo se está ejecutando.

Con este propósito se realiza el seguimiento de la ejecución financiera y física mediante la elaboración semestral del «Reporte de seguimiento de ejecución financiera y ejecución de metas físicas», basado en la información registrada en el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF). La información presentada en los reportes es la siguiente: 1) porcentaje de ejecución financiera acumulada semestral/anual respecto del Presupuesto Inicial Modificado (PIM) y 2) porcentaje de avance en la ejecución de la meta física semestral/anual. Para ello se efectúan dos tipos de seguimiento:

- *Seguimiento de indicadores de desempeño*: mediante la elaboración anual de los «Reportes de línea de base» y los «Reportes de progreso», a partir de la medición de los distintos indicadores de resultados de los productos que utilizan como fuente de datos las encuestas realizadas por el INEI y los registros administrativos de las entidades responsables de la medición de indicadores.
- *Seguimiento del gasto social*: es la cuantificación del avance en la ejecución del presupuesto destinado a intervenciones que benefician a la niñez y a la adolescencia, es decir, el gasto público dirigido a niñas, niños y adolescentes.

Las evaluaciones independientes consisten en el análisis sistemático y objetivo de una intervención pública, un proyecto, un programa o una política en curso o concluida con el objetivo de proporcionar información confiable y útil en el proceso de toma de decisiones de gestión y presupuestales. La evaluación utiliza herramientas técnicas que analizan aspectos como diseño, gestión, resultados y/o impactos del objeto evaluado. La realizan personas naturales o jurídicas diferentes de las que diseñan y/o ejecutan las acciones objeto de evaluación. Los instrumentos de evaluación actualmente utilizados son las *evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal* (EDEP), que ponen énfasis en el análisis de la lógica del diseño de un programa o una intervención, y de aspectos vinculados con su ejecución y desempeño (eficiencia, eficacia, calidad) en la entrega de bienes o en la provisión de servicios a la población. También se emplean las *evaluaciones de impacto* (EI) que utilizan herramientas de análisis complejas y permiten medir el efecto enteramente atribuible al programa en el logro de los resultados planteados.

Lo señalado muestra que los programas que se ejecutan en el marco del PpR se evalúan durante su ejecución con base en parámetros financieros del gasto, las metas físicas, las encuestas y los registros administrativos. No se advierte el seguimiento sistemático y concurrente de los avances en las unidades ejecutoras para verificar la calidad del gasto.

Con este propósito, la creación de una herramienta de monitoreo del desarrollo del PP-SMN ayudaría de manera significativa a mejorar la eficacia y la eficiencia de su ejecución, toda vez que se podría detectar, en forma oportuna, puntos críticos en el proceso y tomar acciones para la obtención de mejores resultados. Además, esta herramienta serviría para las evaluaciones *ex post*.

En este punto es importante definir operacionalmente qué es el «monitoreo», lo que se hará de acuerdo con lo establecido por el Minsa (2016):

Es una actividad orientada al proceso de control gerencial y realizada por el equipo de gestión, nacional, regional y de las unidades ejecutoras y que permite describir y calificar el cumplimiento y avance de metas físicas, realización de las actividades para el logro de los productos esperados

(finalidades) a través de los indicadores establecidos para el Programa Estratégico, así mismo de los procesos que aseguren la disponibilidad de los insumos, la ejecución presupuestal y otros.

Es un proceso continuo y sistemático, realizado por un profesional competente, que permite comprobar la efectividad y eficiencia de las actividades, mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos, que culmina implementando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar los resultados.

Implica un seguimiento periódico (mensual) del avance de la ejecución de las metas físicas de cada finalidad, de los procesos de adquisiciones y distribución, avance de la ejecución presupuestal.

Se requiere contar con información válida proveniente de reportes de los diferentes sistemas de información, implementados en los diferentes niveles: reportes estadísticos de actividades, reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, reportes del SIS, HIS, SIP 2000, Formatos de Producción de Servicios (SIS 240, Materno Perinatal, Software del FON, etc.), información proveniente del SIGA, SIAF, etc. (Minsa, 2016, p. 111).

Por todo lo mencionado, el problema central de la investigación se plantea en los siguientes términos: ¿Se están gastando los recursos y ejecutando los procesos de manera adecuada para el cumplimiento eficaz y eficiente del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal? Frente a esta cuestión, la presente investigación permitirá plantear una posible solución al proponer una *herramienta de monitoreo* para el PP-SMN.

2. Objetivos de la investigación

Como objetivo general se busca diseñar un instrumento de monitoreo del desarrollo del PP-SMN que puedan utilizar las unidades ejecutoras del sector público, con la finalidad de identificar sistemáticamente la calidad del desempeño de los productos y los subproductos, y permitir la introducción de ajustes o cambios pertinentes y oportunos para lograr los resultados esperados del programa.

Entre los objetivos específicos están los siguientes:

- 1) Analizar las normas existentes relacionadas con la factibilidad de ejecutar una herramienta de monitoreo del PP-SMN.
- 2) Identificar las metas y los indicadores programados de los productos y los subproductos del PP-SMN que tienen mayor incidencia en el logro de los resultados esperados de acuerdo con el modelo lógico del programa, para priorizar su monitoreo.
- 3) Identificar los puntos críticos en la ejecución de los principales productos que inciden en el logro de resultados inmediatos, intermedios y finales del PP-SMN.
- 4) Diseñar la herramienta de monitoreo del desarrollo del PP-SMN y validarla con los especialistas.

3. Justificación y contribución del estudio

Como consecuencia de la definición de la morbilidad materno neonatal como un problema de salud pública con repercusiones socioeconómicas se plantea proponer una herramienta de monitoreo que permita identificar puntos críticos en la entrega de los productos y los subproductos incluidos en el marco conceptual del PP-SMN, con el fin de que se introduzcan ajustes o cambios pertinentes y oportunos para lograr los resultados esperados del programa y mejorar la prestación del servicio a la población.

Asimismo, la herramienta de monitoreo de la aplicación del PP-SMN para las unidades ejecutoras del sector salud permitirá las siguientes contribuciones:

- Evaluar la calidad de gasto de los productos asociados directamente al resultado final del PP-SMN y los resultados de los programas de las unidades ejecutoras del sector salud.
- Identificar puntos críticos en los procesos que son parte del PP-SMN.
- Analizar el avance de las metas físicas de los productos que inciden de manera significativa en el resultado final de este programa presupuestal.

- Identificar las especificaciones de gasto de los productos del programa presupuestal y su correlación con el resultado esperado.

4. Enfoque de la investigación

Este trabajo se ha realizado con un enfoque cualitativo puesto que parte de un análisis del modelo conceptual del diseño del PP-SMN y de la posterior aplicación de entrevistas a los actores del diseño, los ejecutores y los especialistas, con el fin de conocer su opinión y percepción respecto de la ejecución del programa. Todo ello ha servido de base para definir la orientación del diseño de la herramienta de monitoreo y de los instrumentos a emplear.

Las preguntas de las entrevistas se formularon con base en la literatura existente y se afinaron con el análisis de los datos obtenidos de la ejecución presupuestal y de los reportes de evaluación física —registrada por el MEF—, incidiendo y profundizando en el análisis de las causas que llevan al problema identificado, con el propósito de comprender la realidad de la situación estudiada.

Las entrevistas realizadas fueron las siguientes:

- 1) *Funcionario del MEF*: sobre la concepción general del diseño de los programas presupuestales, la falta de un sistema de monitoreo de la calidad del gasto durante su ejecución, las deficiencias en la distribución de los recursos por parte de las unidades ejecutoras y las inconsistencias de las demandas adicionales.
- 2) *Empleado del MEF*: sobre los productos críticos del PP-SMN a los que se les asigna mayor presupuesto, diseño del PP-SMN con base en el modelo lógico, fases de programación y de formulación del presupuesto para el programa, tablero de control para el monitoreo de la calidad del gasto de la ejecución del PP-SMN aplicado solo en entidades que han suscrito convenios de apoyo presupuestal con el MEF. Así como la falta de un sistema de monitoreo de la calidad del gasto por parte de las unidades ejecutoras.
- 3) *Funcionarios del Minsa*: sobre la información que se registra en diversos aplicativos informáticos del sector, la resistencia de las uni-

dades ejecutoras a registrar información y la discrecionalidad que estas tienen para adquirir o contratar los insumos.

- 4) *Exfuncionarios del MEF*: acerca de la importancia de formular un instrumento de monitoreo respecto de la eficiencia, la eficacia, la economía y la calidad de los programas presupuestales.
- 5) *Funcionarios y empleados del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)*: sobre el diseño de programas presupuestales y las herramientas de seguimiento y el diseño de los programas presupuestales.
- 6) *Funcionarios y empleados del Hospital San José del Gobierno Regional del Callao*: sobre la información que la unidad ejecutora reporta al Minsa, la entrega directa de los productos a los pacientes, las evidencias con que se cuenta para la aplicación de medidas correctivas, y respecto de los indicadores de los productos, las actividades del PP-SMN y la información requerida, los reportes de ejecución de las metas físicas del PP-SMN, el perfil de los profesionales que realizan la programación de las metas, y las debilidades del programa.
- 7) *Consultores de organismos no gubernamentales*: acerca del diseño de los programas presupuestales, el diseño y el seguimiento de indicadores, herramientas de monitoreo y problemas de implantación.

Para el propósito de la herramienta de monitoreo que se propone es importante destacar algunos comentarios de los entrevistados que se señalan a continuación:

- El PP-SMN tiene ya varios años de ejecución. Al principio fue evidente la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal, pero en los últimos años esto ya no ocurre: se ha producido un estancamiento. Aún existen brechas e inequidades en la puesta en práctica del PP-SMN, algo no está funcionando. Año a año se incrementan los presupuestos de los programas presupuestales, pero sus resultados y metas no mejoran, se percibe una mala ejecución.
- No existe una herramienta para el monitoreo de la entrega de productos de los programas presupuestales. El MEF realiza el seguimiento solo a la ejecución presupuestaria, con información que se registra en el SIAF. No se han desarrollado herramientas para verificar el cumplimiento de lo establecido en los modelos operaciona-

les aprobados por el Minsa. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) evaluó algunos programas presupuestales y advirtió que uno de los problemas era la falta de seguimiento y monitoreo. El monitoreo es importante porque es un instrumento de gestión pública que permite la identificación de los problemas que limitan los niveles de ejecución y genera alertas respecto de deficiencias en esta con el fin de realizar las acciones correctivas en forma oportuna y mejorar la entrega de los productos.

Para el diseño de una herramienta de monitoreo se debe definir si se quiere llegar hasta niveles estratégicos u operativos del marco conceptual y establecer los indicadores y las metas, según se busque medir eficiencia, eficacia, economía y/o calidad. Actualmente, existen mediciones estratégicas por medio de encuestas Endes que se publican en Resulta⁵. Sería conveniente realizar el monitoreo de cada actividad para asegurar la entrega oportuna y de calidad del producto.

La herramienta de monitoreo debería mostrar la ejecución de metas en la población priorizada y las brechas respecto de la población objetivo; asimismo, combinar el trabajo de campo y de gabinete para lograr la eficacia de los resultados. El monitoreo debería ser trimestral, de modo que pueda ayudar a mejorar los errores.

El seguimiento que realiza la unidad ejecutora y se registra en el SIAF consiste en información generada por la Unidad de Obstetricia respecto del avance de metas físicas de bienes, insumos y madres atendidas, y de la registrada en el sistema HIS (por la sigla en inglés de Health Information System), que reporta información sobre pacientes con diagnóstico. No cuenta con un sistema interno de monitoreo para obtener información en tiempo real, las fuentes de información se trabajan en forma independiente, no articulada.

5 Es una aplicación para Internet desarrollada por la Dirección de Presupuesto Público del MEF con la asistencia técnica de la Cooperación Alemana al Desarrollo (GIZ) para difundir los resultados del seguimiento del desempeño de los programas presupuestales. Entrega información sobre el avance en los resultados específicos y los productos de los programas presupuestales a través de indicadores, lo que permite medir el grado de avance del programa presupuestal evaluado.

- Hay deficiencias en la asignación de recursos y en la inducción de los operadores dentro de las unidades ejecutoras del PP-SMN. No existe estandarización en la realización de los trabajos, los cuales no se gestionan adecuadamente ni se cumplen sus metas ni se logra la atención. Las entidades no planifican en forma adecuada o no ejecutan de manera apropiada el gasto, el personal no siempre está preparado.

Para la programación de insumos por producto se utiliza el SIGA, sobre la base de una lista de bienes y servicios aprobada por el Minsa, la cual varía según las unidades ejecutoras, y para la formulación se usa el SIAF.

Algunos gastos en insumos no se relacionan con los productos para los que fueron asignados; además, hay problemas en asegurar la disposición oportuna de bienes y servicios, como los insumos de laboratorio.

- De los 21 productos con los que cuenta el PP-SMN, incluidas acciones comunes, son cuatro los que más inciden en el objetivo de reducir la mortalidad materna y neonatal: atención prenatal reenfocada, parto normal, familias con métodos de planificación familiar y atención del recién nacido normal.
- Se dispone de sistemas de registro de información pero no están integrados entre ellos. Se pueden mencionar: el Sistema de Información en Salud (HIS), el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo y el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. Además del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) y del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) administrados por el MEF. En varios casos hay resistencia en las regiones al registro de información, y en otros la información no es confiable.

5. Alcance y tipo de investigación

El instrumento de monitoreo que se propone es para aplicarse en las unidades ejecutoras del sector salud a escala regional y nacional en el desarrollo del PP-SMN. Asimismo, servirá al Minsa, como ente rector del

sector salud, y al MEF para considerarlo en el enfoque del diseño del programa, respecto de la calidad del gasto.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo debido a que con la información técnica, administrativa y legal obtenida, tanto documental como de entrevistas, se ha efectuado el estudio y el análisis del modelo lógico del PP-SMN y de los alcances de su ejecución, para proponer la herramienta de monitoreo.

6. Estructura metodológica

La estructura metodológica de esta investigación se fundamenta en la propuesta por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef por su sigla en inglés) y por el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), en su publicación *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales* del año 2012. Este documento plantea cuatro pasos que se describen a continuación.

6.1. Selección y definición de indicadores

Se establecen los indicadores de los productos de mayor incidencia en los resultados esperados del PP-SMN en función del marco conceptual que lo concibió, y los indicadores de las actividades de dichos productos. Es necesario tener en cuenta que los indicadores seleccionados sean fácilmente mensurables.

La determinación de los productos de mayor efecto se basará en los presupuestos asignados y en la información obtenida de los funcionarios del MEF vinculados con el presupuesto público y de los funcionarios del Minsa.

6.2. Información básica de los indicadores

Es la información necesaria para construir los datos de los indicadores involucrados en los productos y las actividades seleccionados. El marco conceptual del PP-SMN consigna los indicadores resultados finales, resultados intermedios y resultados inmediatos, y el nivel de los productos. La información hasta los resultados se obtiene de la realización de

las encuestas Endes del INEI. Para los indicadores de los productos no se señala las fuentes para la obtención de la información requerida, por lo que, de ser necesario, se definirán en la propuesta de la herramienta.

Asimismo, se establecerán los subproductos que tienen mayor incidencia para cada producto priorizado, los cuales serán objeto de seguimiento con la herramienta de monitoreo que se propone, la que señalará los indicadores para su medición y los instrumentos de obtención de información para su rastreo.

En el cuadro 2.6 se muestran las fuentes primarias y secundarias que se emplearán para estas tareas. Se considera la identificación de los funcionarios o los especialistas de las entidades públicas que brindan los servicios de salud, del Minsa y del MEF sobre la información registrada en sus sistemas informáticos.

Cuadro 2.6. *Fuentes primarias y secundarias para formular indicadores*

Primarias	Secundarias
<ul style="list-style-type: none"> • Registros de información <ul style="list-style-type: none"> - De las unidades ejecutoras del PP-SMN - Del sector salud • Entrevistas individuales <ul style="list-style-type: none"> - A expertos en programas presupuestales - A funcionarios de presupuesto y de salud - A personal relacionado con la preparación y la entrega del producto del PP-SMN • Entrevistas grupales • Sistemas de información del Minsa y del MEF <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de Información en Salud (HIS) del Minsa, herramienta informática para el Registro Diario de Atención y de otras actividades de consulta externa - Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF-MEF) - Página Resulta del MEF e información de Endes del INEI 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografía acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - Programas presupuestales - Metodologías de monitoreo y evaluación - Salud materno neonatal • Información de organismos públicos y privados sobre el tema de la investigación • Sitios web • Tesis • Normas, resoluciones y anexos del PP-SMN • Directivas vigentes sobre programas presupuestales • Documentos técnicos vigentes sobre el tema de investigación

Elaboración propia.

6.3. Periodicidad de la recolección de información

El monitoreo de los indicadores se desarrollará de manera permanente, estableciéndose cortes transversales de la recopilación de la información para el correspondiente análisis trimestral que permita la realización de ajustes en la ejecución del programa presupuestal.

6.4. Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos

Sobre la base de las entrevistas realizadas, en especial de las efectuadas a funcionarios del Minsa acerca de la información reportada por las unidades ejecutoras, y a los funcionarios y empleados que ejecutan el PP-SMN, se estima que la información necesaria para sustentar los valores de las variables de los indicadores se obtendrá a partir de la aplicación de las técnicas y los instrumentos que se describen a continuación:

1) Registros existentes

Obtención de los registros documentales o informáticos con los que cuentan los establecimientos de salud respecto de las actividades analizadas y de los sistemas informáticos del sector salud.

2) Entrevista individual

Interacción entre el equipo de seguimiento y el personal que realiza las actividades vinculadas con el producto, a los supervisores y los gerentes, a la población que recibe los servicios, etc., a través de preguntas directas sobre las actividades relacionadas con el producto. Esto proporcionará una explicación cualitativa de los resultados obtenidos por el instrumento aplicado.

3) Lista de control de preguntas

Se diseñarán listas según necesidades específicas, aunque pueden ser adaptadas y usadas para otros productos priorizados. Deben ser preparadas por personas con un profundo conocimiento de los temas específicos. El equipo del seguimiento puede utilizarlas como una guía para las entrevistas o las conversaciones informales y no debe tener ningún tipo de restricción para investigar o plantear temas no incluidos inicialmente. Las listas de preguntas pueden prever respuestas a preguntas cerradas (sí/no) o a preguntas con respuestas abiertas.

Cuadro 2.7. *Desglose de la Matriz del Modelo Lógico (MML)*

Objetivos (resumen narrativo)	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin El impacto mayor al cual contribuye el proyecto (largo plazo)	¿Cuáles son los medios cuantitativos para medir o los medios cualitativos para juzgar si se está contribuyendo al objetivo planteado?	¿Qué fuentes de información existen o pueden ser proporcionadas de manera rentable?	¿Qué factores externos son necesarios para sostener los objetivos de largo plazo?
Propósito El beneficio del proyecto a mediano plazo	¿Cuáles son las medidas cuantitativas o las evidencias cualitativas por las cuales el logro y la distribución de los beneficios pueden ser juzgados?	¿Con qué fuentes de información se comprobará el avance en los indicadores de la MML?	¿Qué condiciones externas al proyecto son necesarias para que la consecución del propósito contribuya al logro del fin?
Componentes Cada uno de los resultados (bienes o servicios) producidos por el proyecto para alcanzar el objetivo inmediato	¿Qué tipo y qué número de resultados y para cuándo se producirán? (número, calidad, tiempo)	¿Con qué fuentes de información se comprobará el avance en los indicadores de la MML?	¿Cuáles son los factores fuera del control del proyecto que si no están presentes son responsables de obstaculizar el progreso de los resultados para lograr el objetivo inmediato?
Actividades / Subproductos Cada uno de los pasos a seguir para lograr los componentes esperados	Los indicadores de gestión deberían incluirse frente a todas las actividades. Esto es esencial para los informes y el seguimiento del proyecto frente a la MML	¿Con qué fuentes de información se comprobará el avance en los indicadores de la MML?	¿Qué factores externos deben cumplirse para que los resultados planificados se obtengan según calendario? ¿Qué tipo de decisiones o acciones externas al control del proyecto son necesarias para el inicio del proyecto?

Fuente: Dorantes Salgado, 2014.

Estos son los siguientes pasos:

- Detallar los ítems que se monitorearán.
- Redactar preguntas que puedan ser respondidas en cada caso con un «sí» o un «no».
- Consensuar los ítems seleccionados con todos los actores que harán uso de la lista de control.

Es importante tener en cuenta que la matriz que se presenta en el cuadro 2.7 tiene la finalidad de no perder la perspectiva del modelo lógico sobre la base de los objetivos del programa.

3

Situación actual y propuesta de un instrumento de monitoreo para el desarrollo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal

En este capítulo se describe la situación actual del PP-SMN, identificándose las cinco causas que inciden en la ineficiencia de la ejecución de este programa y, por ende, en el estancamiento de la reducción de la mortalidad materna neonatal. Dos de las causas se relacionan directamente con el control de la ejecución del programa presupuestal, para lo cual se hace una propuesta de un instrumento de monitoreo para el desarrollo del PP-SMN frente a la carencia de indicadores de gestión, control y evaluación.

1. Los recursos presupuestales del programa

El presupuesto es un factor preponderante para que los programas puedan tener un manejo eficiente de la entrega de sus productos. En ese contexto, en el cuadro 3.1 se puede observar que la asignación del presupuesto (Presupuesto Institucional Modificado) para el PP-SMN ha sido creciente en el periodo comprendido entre los años 2012-2015.

2. Recursos humanos

Para garantizar el cumplimiento de los resultados del PP-SMN, el Min-sa ha determinado el perfil de los profesionales y los técnicos requeridos para sus actividades a través de la publicación de la Directiva Sanitaria

Cuadro 3.1. *Presupuesto por productos del PP-SMN (toda fuente de financiamiento)*

N°	Producto
1	3000001: Acciones comunes
2	3000002: Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar
3	3000005: Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo
4	3033172: Atención prenatal reenforcada
5	3033287: Desarrollo de normas y guías técnicas en salud materno neonatal
6	3033288: Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva
7	3033289: Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva
8	3033290: Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva
9	3033291: Población accede a métodos de planificación familiar
10	3033292: Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva
11	3033294: Atención de la gestante con complicaciones
12	3033295: Atención del parto normal
13	3033296: Atención del parto complicado no quirúrgico
14	3033297: Atención del parto complicado quirúrgico
15	3033298: Atención del puerperio
16	3033299: Atención del puerperio con complicaciones
17	3033300: Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos
18	3033301: Preinversión de la implementación de la red de centros de hemoterapia tipo I y tipo II
19	3033304: Acceso al sistema de referencia institucional
20	3033305: Atención del recién nacido normal
21	3033306: Atención del recién nacido con complicaciones
22	3033307: Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCI
23	3033412: Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva
24	3044277: Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal
Total del PP-SMN	

Fuente: MEF, 2015a.

Elaboración propia.

en soles)

Presupuesto 2012	Presupuesto 2013	Presupuesto 2014	Presupuesto 2015
		45'081,352	72'544,384
8'430,233	10'504,254	13'693,091	33'498,031
10'398,993	12'125,593	10'009,019	10'143,286
154'170,075	178'208,439	200'182,961	284'481,255
4'858,494	10'541,979		
5'512,841	7'090,551	8'720,080	7'692,723
9'057,709	8'476,431	7'024,127	7'979,747
6'450,952	6'965,011	9'105,139	7'761,280
34'557,207	55'882,816	44'422,506	60'542,903
19'714,080	18'610,844	22'900,616	19'092,982
75'050,047	115'201,216	113'166,254	170'999,193
230'104,016	296'760,330	259'381,316	297'422,257
46'629,595	56'535,386	54'284,382	71'249,578
155'850,252	135'078,465	187'824,723	236'861,289
37'265,714	42'297,487	53'032,273	58'667,678
27'685,467	30'186,920	41'768,053	41'746,238
25'390,227	22'110,682	31'515,825	36'761,006
386,366	683,116		
51'621,753	43'733,044	67'649,671	36'917,717
80'342,539	84'476,019	94'241,081	131'127,351
94'209,042	88'448,313	94'978,557	137'286,888
59'191,654	53'642,053	62'193,587	78'506,535
11'731,733	8'234,598	13'878,971	12'548,427
38'942,232	31'306,180		
1,187'551,221	1,317'099,727	1,435'053,584	1,813'830,748

001-MINSA/DGSP-V.01, «Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud», aprobada por Resolución Ministerial 1001-2005-MINSA. Su finalidad es disponer de establecimientos de salud con la capacidad resolutoria adecuada para enfrentar los problemas críticos o de emergencias para la atención de la gestante y del recién nacido.

Estas funciones obstétricas y neonatales se definen como:

... las actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado en el proceso de la gestación, parto, puerperio y atención del recién nacido, de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos y de acuerdo al rol que cumplen en el sistema de salud local (Minsa, 2006, p. 12).

A continuación se describen las cuatro funciones obstétricas neonatales y, en el cuadro 3.2, se muestran los recursos humanos requeridos en el PP-SMN para cada una de ellas.

- 1) *Funciones obstétricas neonatales primarias (FONP)*: Se desarrollan principalmente en establecimientos del primer nivel de atención I-1. Incluyen la atención prenatal básica y la planificación familiar, el parto inminente y la atención básica del recién nacido, la identificación y la referencia oportuna de gestantes y recién nacidos complicados, las emergencias obstétricas o neonatales (para referirlas), la anticoncepción y el posparto.
- 2) *Funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB)*: Se desarrollan en establecimientos del primer nivel hasta I-4. Incluyen, aparte de lo señalado en las FONP, la atención de complicaciones leves (retención de placenta no complicada, hipertensión leve inducida por el embarazo, hemorragia leve, etcétera).
- 3) *Funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE)*: Se desarrollan en establecimientos del segundo nivel de atención (hospitales). Además de las señaladas en las FONB, incluyen la atención de complicaciones moderadas que no requieren de una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- 4) *Funciones obstétricas y neonatales intensivas (FONI)*: Se desarrollan principalmente en establecimientos del tercer nivel de atención III-

1 al III-2. Consideran las señaladas en las FONE y la atención de complicaciones que requieren de una UCI.

Cuadro 3.2. *Recursos humanos en el desarrollo del PP-SMN*

Función obstétrica	Recursos humanos
FONP	Personal profesional o técnico con competencias para atención prenatal, planificación familiar, referencia oportuna de gestantes y puerperas, atención de partos inminentes y del recién nacido.
FONB	Médico general con competencias neonatales y obstétricas; obstetras calificadas en manejo de gestantes y puerperas, y atención prenatal y puerperal; enfermera, técnico en enfermería, odontólogo, técnico en laboratorio, técnico en farmacia.
FONE	Ginecoobstetra o médico general calificado en ginecología, médico calificado para cirugía general, anestesiólogo, pediatra, médico intensivista, obstetra, enfermera, odontólogo, técnico en enfermería, técnico en laboratorio.
FONI	Ginecólogo, anestesiólogo, pediatra especializado en neonatología, médico calificado en UCI, médico general, obstetra, enfermera, técnico en laboratorio, técnico en rayos x, chofer.

Fuente: Minsa, 2006.
Elaboración propia.

3. Infraestructura y equipamiento

Los establecimientos de salud se clasifican con base en los grados de complejidad y las características de sus funciones comunes, para lo cual cuentan con unidades productoras de servicios de salud (UPSS) que permiten responder a las necesidades de salud de la población que atienden, lo cual en conjunto determina su capacidad resolutive.

Actualmente, se cuenta con establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel. Los de primer nivel se dividen en los que cuentan con población asignada a la cual se brinda atención integral de salud según su ámbito territorial, y los que no tienen población asignada y brindan atención de salud a la población a libre demanda.

Los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel son aquellos que ofrecen servicios de salud de diversas especialidades y los de atención especial que se especializan en un campo clínico y/o en un grupo etario en una o más especialidades. Estos pueden tener subespecialidades.

En la clasificación se encuentran los establecimientos de salud pública, en tanto adscritos a una institución pública y cuya administración y financiamiento es primordialmente del Estado; de salud privada, inscritos como institución privada, con administración y financiamiento del ámbito privado; y mixto, que tienen una administración compartida y cuya fuente de financiamiento le corresponde a más de una institución.

4. Grupos de interés

Respecto a los grupos de interés, en el cuadro 3.3 se identifican los actores que tienen incidencia directa e indirecta respecto de los resultados esperados. Los actores directos son la población objetivo, quienes pueden recibir los productos en distintas instancias.

En el cuadro 3.4 se presenta la matriz de poder/interés en la que se observa que en el cuadrante de alto poder y alto interés se ubican el MEF y el Minsa, que son los agentes clave o más poderosos para el desarrollo del PP-SMN, puesto que son los entes rectores respecto del presupuesto público y la salud. Además, se observa que en el cuadrante de alto interés y bajo poder se ubican el resto de actores, aquellos entes que tienen mucha influencia para la toma de decisiones de los grupos poderosos, por ser el grupo en el que se encuentran los actores ejecutores del sector salud, en todos sus niveles, y la población objetivo (madres gestantes, mujeres en edad fértil y niños neonatos) que son a quienes se entregan los productos del programa.

5. Seguimiento y evaluación de la ejecución

Desde el año 2014, el MEF ha desarrollado el aplicativo Resulta, el cual permite conocer el avance de los indicadores de desempeño de resultados y productos de los distintos programas presupuestales diseñados bajo el enfoque de PpR, entre los que se encuentra el PP-SMN. Complementariamente, facilita la comparación entre el avance del desempeño y la ejecución financiera de cada programa presupuestal.

Cuadro 3.3. *Matriz de incidencia*

Actores	Rol	Directos	Indirectos
Mujeres gestantes	Beneficiarias directas de los productos del PP-SMN	X	
Mujeres en edad fértil	Beneficiarias directas de los productos del PP-SMN	X	
Niños neonatos	Beneficiarios directos de los productos del PP-SMN	X	
Minsa	Responsable del PP-SMN a nivel nacional. En su condición de ente rector tiene la responsabilidad de formular las políticas, los lineamientos, las normas, los planes y los proyectos nacionales. También monitorea, supervisa y evalúa la implementación de estos.		X
Dirección Regional de Salud (Diresa)	Órgano técnico encargado de normar, dirigir, supervisar, controlar, coordinar y concertar con los gobiernos regionales y los otros componentes del Sistema Nacional de Salud las políticas relacionadas con la atención integral de la salud de las personas y de la comunidad.		X
Redes de salud	Conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población.		X
Establecimientos de salud	Entidades del sector salud en las cuales se desarrolla directamente la entrega de los productos del PP-SMN como hospitales, postas, etcétera.	X	
MEF	Ente rector y responsable de la asignación de recursos al PP-SMN.		X
Otras entidades públicas	Que se relacionen con las actividades del PP-SMN.		X

Elaboración propia.

Cuadro 3.4. *Matriz de poder/interés*

		Interés	
		Bajo	Alto
Poder	Bajo	A (esfuerzos y supervisión mínimos)	B (mantenerlos informados, influyen con grupos poderosos) <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres gestantes • Mujeres en edad fértil • Niños neonatos • Diresa • Redes de salud • Establecimientos de salud • Otras entidades del sector
	Alto	C (mantenerlos satisfechos)	D (agentes claves) <ul style="list-style-type: none"> • Minsa • MEF

Elaboración propia.

En el marco de la ejecución progresiva del PpR, Resulta presenta información de los indicadores medidos con las fuentes de información disponible. En este aplicativo se señala que en la medida en que se definan y midan nuevos indicadores de desempeño, según la matriz lógica de los programas presupuestales, estos se incorporarán. Sin embargo, esta información, que básicamente corresponde a encuestas efectuadas por Endes del INEI, no tiene un periodo de actualización apropiado (la última actualización es del 2014) que permita realizar correcciones durante la ejecución de las actividades para la entrega de los productos del PP-SMN.

De otro lado, en el año 2013, respecto al PP-SMN, el MEF desarrolló una evaluación de diseño y ejecución de presupuestos públicos al producto parto normal (Montañez Ginocchio, 2013), que implicó el análisis de la lógica del diseño de la intervención, aspectos vinculados con su ejecución y el desempeño en la entrega de la provisión del servicio, entre otros.

En las conclusiones sobre el diseño de esta evaluación destaca que el hecho que la información sobre atención del parto provista por la Endes abarque solo hasta el nivel regional y existan hasta tres sistemas que registran información sobre partos de manera simultánea (máxime si estas últimas no son aceptadas ampliamente), hace necesario que el Minsa logre que el sistema de información sea capaz de capturar y reportar datos para el seguimiento del programa y, por ende, para la toma de decisiones (Montañez Ginocchio, 2013, p. 134).

Asimismo, acerca de la ejecución se afirma que: «La aplicación de la información para la toma de decisiones en la programación presupuestaria y el seguimiento es un problema para el producto parto [normal]» (Montañez Ginocchio, 2013, p. 135).

Esto ocurre en la medida en que, por un lado, el INEI realiza la proyección de la población por sexo y edad con base en la cual la Oficina General de Estadísticas e Informática del Minsa hace la proyección anual de gestantes y nacidos esperados. Esta última proyección se utiliza a escala nacional para la programación en los tres niveles de gobierno. No obstante, precisa:

... se cuestionan las proyecciones adoptadas y a nivel operativo se opta por una programación histórica con ajustes progresivos o por proyecciones propias de su población.

... En algunas regiones las metas de un año a otro pueden subir o bajar sin ningún sustento. No resulta suficiente contar con las definiciones operacionales sino con soluciones más concretas (Montañez Ginocchio, 2013, p. 135).

Asimismo, se afirma que:

El seguimiento del avance de [la] meta física de parto es débil, la meta inicial no tiene el respaldo de sus formuladores, la meta que reporta el SIAF no coincide con el avance de meta que maneja el MINSA (tanto de padrones como del SIGA) (Montañez Ginocchio, 2013, p. 136).

Resaltándose que la gran tarea pendiente es lograr que la meta que reporta el programa tenga el respaldo de los encargados de su formulación y que coincidan los sistemas, lo cual permitirá dar valor al seguimiento.

La evaluación citada recomienda revisar las definiciones operacionales del producto parto normal. Se debe señalar que el Minsa realiza año a año ajustes a sus definiciones, incorporando precisiones de las actividades y de los insumos en los subproductos. Asimismo, el ministerio evalúa los cuatro indicadores del producto con la finalidad de poder ajustar la información.

Cuadro 3.5. *Ránking por productos del PP-SMN, presupuesto asignado 2012-2015*

Producto
3033295: Atención del parto normal
3033172: Atención prenatal reenforcada
3033297: Atención del parto complicado quirúrgico
3033294: Atención de la gestante con complicaciones
3033306: Atención del recién nacido con complicaciones
3033305: Atención del recién nacido normal
3033307: Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCI
3033296: Atención del parto complicado no quirúrgico
3033304: Acceso al sistema de referencia institucional
3033291: Población accede a métodos de planificación familiar
3033298: Atención del puerperio
3033299: Atención del puerperio con complicaciones
3000001: Acciones comunes
3033300: Atención obstétrica en UCI
3033292: Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva
3044277: Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal
3000002: Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar
3033412: Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva
3000005: Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo
3033289: Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva
3033290: Instituciones educativas saludables que promueven salud sexual y reproductiva
3033288: Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva
3033287: Desarrollo de normas y guías técnicas en salud materno neonatal
3033301: Preinversión de la implementación de la red de centros de hemoterapia tipos I y II
Total del PP-SMN

Fuente: MEF, 2015a.
Elaboración propia.

(por toda fuente de financiamiento en soles)

Ránking	2012	2013	2014	2015	2012-2015
1	230'104,016	296'760,330	259'381,316	297'422,257	1,083'667,919
2	154'170,075	178'208,439	200'182,961	284'481,255	817'042,730
3	155'850,252	135'078,465	187'824,723	236'861,289	715'614,729
4	75'050,047	115'201,216	113'166,254	170'999,193	474'416,710
5	94'209,042	88'448,313	94'978,557	137'286,888	414'922,800
6	80'342,539	84'476,019	94'241,081	131'127,351	390'186,990
7	59'191,654	53'642,053	62'193,587	78'506,535	253'533,829
8	46'629,595	56'535,386	54'284,382	71'249,578	228'698,941
9	51'621,753	43'733,044	67'649,671	36'917,717	199'922,185
10	34'557,207	55'882,816	44'422,506	60'542,903	195'405,432
11	37'265,714	42'297,487	53'032,273	58'667,678	191'263,152
12	27'685,467	30'186,920	41'768,053	41'746,238	141'386,678
13			45'081,352	72'544,384	117'625,736
14	25'390,227	22'110,682	31'515,825	36'761,006	115'777,740
15	19'714,080	18'610,844	22'900,616	19'092,982	80'318,522
16	38'942,232	31'306,180			70'248,412
17	8'430,233	10'504,254	13'693,091	33'498,031	66'125,609
18	11'731,733	8'234,598	13'878,971	12'548,427	46'393,729
19	10'398,993	12'125,593	10'009,019	10'143,286	42'676,891
20	9'057,709	8'476,431	7'024,127	7'979,747	32'538,014
21	6'450,952	6'965,011	9'105,139	7'761,280	30'282,382
22	5'512,841	7'090,551	8'720,080	7'692,723	29'016,195
23	4'858,494	10'541,979			15'400,473
24	386,366	683,116			1'069,482
	1,187'551,221	1,317'099,727	1,435'053,584	1,813'830,748	5,753'535,280

6. Propuesta de instrumento de monitoreo de la ejecución del PP-SMN

La presente propuesta de herramienta pretende hacer el monitoreo del PP-SMN, enfocándose en los siguientes cuatro productos priorizados que recomendaron los expertos en las entrevistas realizadas: atención prenatal reenfocada, atención del parto normal, atención del recién nacido normal y población que accede a métodos de planificación familiar.

6.1. Priorización de productos del programa

Los productos priorizados, llamados intervenciones claves, se han seleccionado en función de su representatividad en el logro de los resultados finales esperados, es decir, la reducción de la mortalidad materna y neonatal, conforme lo señalan los especialistas entrevistados del Minsa y del MEF al analizar el modelo conceptual del PP-SMN. Asimismo, se evidencia que estos productos son los que mayor asignación presupuestal tienen.

En el cuadro 3.5 se observa en forma descendente la asignación de recursos de todos los productos en el periodo 2012-2015. En los dos primeros lugares están los productos 3033295: *Atención del parto normal* y 3033172: *Atención prenatal reenfocada*; los otros dos productos priorizados son 3033305: *Atención del recién nacido normal* y 3033291: *Población accede a métodos de planificación familiar*, que se encuentran entre los diez productos a los que se ha asignado mayor presupuesto en el periodo 2012-2015.

En el cuadro 3.6 se muestra que el presupuesto asignado a estos cuatro productos en el periodo 2012-2015 representa el 44% del presupuesto total del PP-SMN, valor que resulta del promedio de los cuatro años cuyo rango se encuentra entre el 42% y el 47%, es decir, el presupuesto de estos cuatro productos priorizados siempre ha superado el 40% del total asignado al PP-SMN.

El cuadro 3.7 presenta la relación de las partidas CAS y los suministros médicos y de laboratorio con el presupuesto total de los productos priorizados en los gobiernos regionales que han tenido un aumento de las muertes maternas entre los años 2012 y 2015. Se advierte que la asignación de recursos a estas partidas en casi la totalidad de productos de ellos es menor al 50%.

Cuadro 3.6. *Productos priorizados 2012-2015 (por toda fuente de financiamiento en soles)*

Producto	2012	2013	2014	2015	2012-2015
Total PP-SMN*	1,187'551,221	1,317'099,727	1,435'053,584	1,813'830,748	5,753'535,280
3033172: Atención prenatal reenfocada	154'170,075	178'208,439	200'182,961	284'481,255	817'042,730
<i>P1/Total PP-SMN</i>	13%	14%	14%	16%	14%
3033291: Población accede a métodos de planificación familiar	34'557,207	55'882,816	44'422,506	60'542,903	195'405,432
<i>P2/Total PP-SMN</i>	3%	4%	3%	3%	3%
3033295: Atención del parto normal	230'104,016	296'760,330	259'381,316	297'422,257	1,083'667,919
<i>P3/Total PP-SMN</i>	19%	23%	19%	17%	19%
3033305: Atención del recién nacido normal	80'342,539	84'476,019	94'241,081	131'127,351	390'186,990
<i>P4/Total PP-SMN</i>	7%	6%	7%	8%	7%
Total de productos priorizados	499'173,837	615'327,604	598'227,864	773'573,766	2,486'303,071
P1, P2, P3, P4 / Total PP-SMN	42%	47%	43%	44%	44%

Nota. * No incluye acciones comunes.

Fuente: MEF, 2015a.

Elaboración propia.

Cuadro 3.7. *Presupuesto asignado por partida de gasto de productos priorizados,*

Producto / Partida	25: Ucayali	7: Callao
3033172: Atención prenatal reenforcada	5'579,644	4'912,427
CAS y suministros médicos y de laboratorio	1'561,846	1'561,846
Porcentaje	28%	32%
Otras partidas	4'017,798	3'350,581
Porcentaje	72%	68%
3033291: Población accede a métodos de planificación familiar	877,500	3'003,517
CAS y suministros médicos y de laboratorio	503,895	1'898,618
Porcentaje	57%	63%
Otras partidas	373,605	1'104,899
Porcentaje	43%	37%
3033295: Atención del parto normal	10'224,305	11'099,613
CAS y suministros médicos y de laboratorio	2'307,555	2'247,495
Porcentaje	23%	20%
Otras partidas	7'916,750	8'852,118
Porcentaje	77%	80%
3033305: Atención del recién nacido normal	2'967,199	5'278,258
CAS y suministros médicos y de laboratorio	514,676	1'692,744
Porcentaje	17%	32%
Otras partidas	2'452,523	3'585,514
Porcentaje	83%	68%
Total de productos priorizados	19'648,648	24'293,815

Fuente: MEF, 2015a.
Elaboración propia.

todas las genéricas (en soles)

10: Huánuco	12: Junín	17: Madre de Dios	20: Piura	22: San Martín	24: Tumbes
16'163,572	10'368,677	1'827,333	18'409,968	14'010,692	3'069,629
1'561,846	1'561,846	1'561,846	1'561,846	1'561,846	1'561,846
10%	15%	85%	8%	11%	51%
14'601,726	8'806,831	265,487	16'848,122	12'448,846	1'507,783
90%	85%	15%	92%	89%	49%
2'651,937	2'934,957	540,075	2'097,684	3'187,800	157,551
1'782,878	1'132,013	241,560	1'993,140	1'948,201	142,821
67%	39%	45%	95%	61%	91%
869,059	1'802,944	298,515	104,544	1'239,599	14,730
33%	61%	55%	5%	39%	9%
11'329,069	10'082,418	2'332,002	18'358,697	12'509,975	4'873,437
2'509,583	2'667,264	623,846	5'689,634	3'022,145	2'374,579
22%	26%	27%	31%	24%	49%
8'819,486	7'415,154	1'708,156	12'669,063	9'487,830	2'498,858
78%	74%	73%	69%	76%	51%
3'158,015	5'654,104	763,151	11'615,999	7'711,087	697,586
703,753	538,541	137,377	847,440	1'583,666	283,407
22%	10%	18%	7%	21%	41%
2'454,262	5'115,563	625,774	10'768,559	6'127,421	414,179
78%	90%	82%	93%	79%	59%
33'302,593	29'040,156	5'462,561	50'482,348	37'419,554	8'798,203

Cuadro 3.8. *Presupuesto asignado por partida de gasto de productos priorizados,*

Producto / Partida	25: Ucayali	7: Callao
3033172: Atención prenatal reenfocada	2'720,319	2'819,861
CAS y suministros médicos y de laboratorio	1'561,846	1'617,049
Porcentaje	57%	57%
Otras partidas	1'158,473	1'202,812
Porcentaje	43%	43%
3033291: Población accede a métodos de planificación familiar	541,699	2'032,622
CAS y suministros médicos y de laboratorio	503,895	1'898,618
Porcentaje	93%	93%
Otras partidas	37,804	134,004
Porcentaje	7%	7%
3033295: Atención del parto normal	3'582,786	4'419,538
CAS y suministros médicos y de laboratorio	2'307,555	2'247,495
Porcentaje	64%	51%
Otras partidas	1'275,231	2'172,043
Porcentaje	36%	49%
3033305: Atención del recién nacido normal	820,360	2'529,554
CAS y suministros médicos y de laboratorio	514,676	1'692,744
Porcentaje	63%	67%
Otras partidas	305,684	836,810
Porcentaje	37%	33%
Total de productos priorizados	7'665,164	11'801,575

Fuente: MEF, 2015a.

Elaboración propia.

bienes y servicios (en soles)

10: Huánuco	12: Junín	17: Madre de Dios	20: Piura	22: San Martín	24: Tumbes
5'178,016	4'946,893	822,865	5'671,038	8'071,108	1'056,419
4'203,854	4'233,304	705,849	4'688,105	5'720,519	782,947
81%	86%	86%	83%	71%	74%
974,162	713,589	117,016	982,933	2'350,589	273,472
19%	14%	14%	17%	29%	26%
1'834,066	1'175,116	257,773	2'025,468	1'992,197	157,551
1'782,878	1'132,013	241,560	1'993,140	1'948,201	142,821
97%	96%	94%	98%	98%	91%
51,188	43,103	16,213	32,328	43,996	14,730
3%	4%	6%	2%	2%	9%
3'068,595	3'252,142	781,244	7'101,335	3'979,194	2'646,671
2'509,583	2'667,264	623,846	5'689,634	3'022,145	2'374,579
82%	82%	80%	80%	76%	90%
559,012	584,878	157,398	1'411,701	957,049	272,092
18%	18%	20%	20%	24%	10%
1'088,869	675,728	277,191	1'377,887	3'645,646	319,582
703,753	538,541	137,377	847,440	1'583,666	283,407
65%	80%	50%	62%	43%	89%
385,116	137,187	139,814	530,447	2'061,980	36,175
35%	20%	50%	38%	57%	11%
11'169,546	10'049,879	2'139,073	16'175,728	17'688,145	4'180,223

En el cuadro 3.8 se analiza esta proporción respecto de la partida bienes y servicios. En algunos productos de los gobiernos regionales indicados la proporción de recursos de la partida CAS y suministros médicos y de laboratorio es mayor al 50% y solo en el caso del producto 3033291: *Población accede a métodos de planificación familiar* la asignación es mayor al 90%.

El cuadro 3.9 detalla las definiciones operacionales de los cuatro productos priorizados, las acciones que se llevan a cabo y sus subproductos.

6.2. Identificación de los actores involucrados en los productos priorizados

En los cuadros 3.10, 3.11, 3.12 y 3.13 se identifican los actores que participan en los cuatro productos priorizados, el rol que cumplen en cada uno de ellos y su incidencia, directa o indirecta.

7. Construcción de la evidencia empírica para la propuesta de monitoreo

El marco conceptual del PP-SMN determina como resultados finales de todos los productos: 1) reducción de la mortalidad materna y 2) reducción de la mortalidad neonatal. En esa línea, la construcción de las evidencias se formula desde los resultados intermedios hasta las actividades para los cuatro productos priorizados.

7.1. Producto: atención prenatal reenforcada (3033172)

Las definiciones operacionales emitidas por el Minsa consideran para este producto el indicador de producción física que se presenta en el cuadro 3.14.

Este producto a su vez consta de siete subproductos: 1) atención prenatal, 2) vacuna antitetánica a la gestante, 3) visita domiciliaria, 4) exámenes de laboratorio completos, 5) ecografía obstétrica, 6) atención odontológica de la gestante y 7) evaluación del bienestar familiar.

Cuadro 3.9. Descripción de los productos priorizados del PP-SMN

Código	Producto	Descripción del producto	Subproductos (subfinalidades)
3033172	Atención prenatal reenfocada	Actividades basadas en la vigilancia y la evaluación integral de la gestante y del feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Debe iniciarse antes de las catorce semanas de gestación y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato. Considera como mínimo seis atenciones durante el embarazo.	Atención prenatal Vacuna antitetánica a la gestante Visita domiciliaria Exámenes de laboratorio completo Ecografía obstétrica Atención odontológica de la gestante Evaluación del bienestar familiar
3033295	Atención del parto normal	Es la atención que se brinda a la gestante y al recién nacido durante el proceso de parto vaginal. La duración de este proceso varía de una mujer nulípara a una multipara; lo realiza el médico gineco-obstetra, el obstetra o el médico general con competencia, a partir de los establecimientos de salud I-4, el parto inminente puede ser asistido por otro personal de salud en establecimiento de menor categoría.	Atención de parto normal
3033305	Atención del recién nacido normal	Conjunto de cuidados y procedimientos (incluye atención médica) que se brinda al recién nacido, desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, con el propósito de disminuir el riesgo de enfermar o morir; es realizado por un equipo de profesionales y técnicos capacitados. La atención se realiza en un establecimiento de salud y excepcionalmente, en otro espacio (parto inminente).	Atención inmediata del recién nacido Control del recién nacido (7 y 15 días) Visita domiciliaria Tamizaje neonatal AQV masculina
3033291	Población accede a métodos de planificación familiar	Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o a la pareja por personal de salud capacitado en los establecimientos de salud según capacidad resolutiva. Donde no exista profesional calificado podrá proveer el método otro personal capacitado.	Complicaciones de AQV masculina AQV femenina Complicaciones de AQV femenina Dispositivo intrauterino Anticonceptivo hormonal inyectable Método de barrera Anticonceptivo hormonal oral Anticonceptivo oral de emergencia Método de abstinencia periódica Método de lactancia materna exclusiva Complicaciones por uso del DIU

Fuente: Minsa, 2014.
Elaboración propia.

Cuadro 3.10. *Atención prenatal reenforcada*

Actores	Rol	Directos	Indirectos
Mujeres gestantes	Beneficiarias del producto, con la atención mínima de seis controles, exámenes médicos y odontológicos, entre otros.	X	
Unidades ejecutoras	Responsables de la programación y el seguimiento del cumplimiento de metas.		X
Establecimientos de salud	Responsable de la prestación del producto.	X	

Fuente: Minsa, 2014.

Elaboración propia.

Cuadro 3.11. *Atención del parto normal*

Actores	Rol	Directos	Indirectos
Mujeres gestantes	Beneficiarias del producto.	X	
Sistema Integral de Salud (SIS)	Paga parcialmente por la atención del parto de la población vulnerable en situación de pobreza y pobreza extrema (tarifa aprobada por el Minsa, según el nivel de atención). Alerta de las irregularidades o los aspectos importantes que estén ocurriendo en las regiones relacionados con la atención.		X
Unidades ejecutoras	Responsables de la programación y la ejecución de actividades de atención de partos.		X
Gobiernos locales	Interactúan con los gobiernos regionales en el cuidado de la gestante a través de la instalación de casas de espera, apoyo logístico de la gestante para la atención del parto y actividades sociales determinantes de la salud.	X	
Establecimientos de salud	Responsable de la prestación del producto.	X	

Fuente: Minsa, 2014.

Elaboración propia.

Cuadro 3.12. *Atención del recién nacido normal*

Actores	Rol	Directos	Indirectos
Recién nacido	Beneficiarias del producto, en edad gestacional igual o mayor de 37 semanas o menor de 42 semanas, que no presenta patología y recibe atención médica.	X	
Unidades ejecutoras	Responsables de la programación de las actividades del producto que reportan el consolidado de la información.		X
Establecimientos de salud	Responsables de brindar atención médica, revisiones, consejería, entre otros, excepcionalmente se desarrolla en otro ambiente. Encargados de llenar el padrón nominal de gestantes.	X	

Fuente: Minsa, 2014.
Elaboración propia.

Cuadro 3.13. *Población accede a métodos de planificación familiar*

Actores	Rol	Directos	Indirectos
Mujeres en edad fértil	Beneficiarias del producto, reciben orientación y métodos anticonceptivos.	X	
Hombres en edad fértil	Beneficiarios del producto, reciben orientación y métodos anticonceptivos.	X	
Minsa y gobiernos regionales	Provisión de los métodos anticonceptivos al 54% del 57% de mujeres en edad fértil que demandan planificación familiar, según mezcla de anticonceptivos y tendencias de consumo.		X
Establecimientos de salud	Responsables de la prestación del producto y de los subproductos.	X	

Fuente: Minsa, 2014.
Elaboración propia.

Cuadro 3.14. *Indicador de producción física del producto atención prenatal reenforcada*

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimiento a aplicar el indicador
Proporción de gestantes con seis o más controles (APN)	Reporte HIS	Todos

Fuente: Minsa, 2014.

Se aprecia que el producto solo considera como indicador la medición de uno de sus subproductos: atención prenatal. Sin embargo, con el fin de estimar el grado de eficacia en la atención se plantea el seguimiento de la relación entre la atención prenatal y los exámenes de laboratorio completos, dada la repercusión de estos últimos sobre el desarrollo del embarazo (aborto, parto prematuro, sífilis, VIH, etc.), y de la calidad del gasto enfocada en los insumos más relevantes.

1) Eficacia de la atención a la gestante, relación entre los subproductos atención prenatal y exámenes de laboratorio

Dada la definición operacional, se esperaría tener el mismo número entre gestantes controladas con atenciones prenatales y gestantes atendidas con exámenes de laboratorio, es decir, una relación de 1. No obstante, la realidad que se observa en los establecimientos de salud es que es mayor el número de gestantes controladas con el subproducto «atención prenatal» que el número de gestantes atendidas con el subproducto «exámenes de laboratorio completos», por problemas como la no existencia de insumos de laboratorio o la falta de personal en este. En esa línea, una de las formas de medir la eficacia de la atención de las gestantes podría ser mediante la siguiente relación:

$$\text{Relación de eficacia} = \frac{\text{Exámenes auxiliares (gestantes atendidas)}}{\text{Atención prenatal (gestantes controladas)}}$$

Valor esperado = 0.95-1

- Unidad de medida:
 - El subproducto «atención prenatal» tiene como unidad de medida «número de gestantes controladas».
 - El subproducto «exámenes de laboratorio completos» tiene como unidad de medida «número de gestantes atendidas».
- Método de medición: aplicación de la fórmula.
- Responsable de la medición: el responsable del programa de salud sexual y reproductiva de la unidad ejecutora correspondiente.
- Periodicidad: trimestral.
- Forma de recolección de la información de la ejecución:
 - Número de gestantes controladas: registros de cada establecimiento de salud que brinda el producto y que la ingresa al sistema de reportes HIS (Minsa).

- Número de gestantes atendidas: registros de cada establecimiento de salud que brinda el producto y que la ingresa al sistema de reportes HIS (Minsa).
- Fuente de información de la programación: para los establecimientos de salud es según la población estimada por el INEI. Para los hospitales se considera el reporte de atención HIS (reporte histórico).
- Fuente de información de la ejecución: sistema de reportes HIS (Minsa).

2) Relación entre gasto y producto (calidad de gasto): 80% del gasto del producto es invertido en insumos principales

Se ha evidenciado que el gasto que se ejecuta en los productos del PP-SMN está compuesto por insumos que no necesariamente se relacionan con estos productos, por lo que se estima que los insumos preponderantes que se deben de tomar en cuenta en la ejecución de gasto son los recursos humanos y los insumos médicos y de laboratorio que, según el Principio de Pareto, deberían ascender al 80%, en este caso respecto de la asignación presupuestal del producto.

$$\text{Ratio de eficiencia} = \frac{\text{Monto en RR. HH. + Monto en insumos médicos y de laboratorio}}{\text{Monto total asignado al producto}} \geq 0.80$$

- Unidad de medida
 - Monto en RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio en soles (S/).
 - Monto total asignado al producto en soles (S/).
- Método de medición: aplicación de la fórmula.
- Responsable de la medición: es el responsable de planificación y presupuesto de la unidad ejecutora correspondiente.
- Periodicidad: trimestral.
- Forma de recolección de la información de la ejecución:
 - Monto en RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio: información que cada unidad ejecutora registra en el SIAF, códigos 232811 y 231821.
 - Monto total asignado al producto: información que cada unidad ejecutora registra en el SIAF.

- Fuente de información de la programación: es la evaluación por parte de la ejecutora del reporte SIAF de los tres últimos años.
- Fuente de información de la ejecución: SIAF.

En el cuadro 3.15 se muestra la matriz lógica del producto en el marco de los resultados esperados.

7.2. Producto: atención del parto normal (3033295)

Las definiciones operacionales emitidas por el Minsa consideran para el producto «atención del parto normal» el indicador de producción física que se muestra en el cuadro 3.16.

Este producto consta de un solo subproducto: «atención del parto normal»; sin embargo, con el fin de estimar el grado de eficacia en la atención a la gestante se plantea el seguimiento de la relación entre la atención prenatal y la atención del parto normal, así como de la calidad del gasto, enfocada en los insumos más relevantes.

1) *Relación entre los subproductos atención prenatal y atención del parto normal*

Se plantea esta relación debido a que se busca que todas las gestantes atendidas por parto normal cuenten con todas las atenciones prenatales establecidas, lo que garantizaría una disminución de las complicaciones tanto maternas como neonatales. El margen de tolerancia sería del 5%.

$$\text{Índice de atención a la gestante} = \frac{\text{Atención prenatal (gestantes controladas)}}{\text{Atención por parto normal (número de partos normales)}}$$

Valor esperado = 0.95-1

- Unidad de medida:
 - El subproducto «atención prenatal» tiene como unidad de medida «número de gestantes controladas».
 - El subproducto «atención del parto normal» tiene como unidad de medida «número de partos normales (vaginales)».
- Método de medición: aplicación de la fórmula.
- Responsable de la medición: el responsable del programa de salud sexual y reproductiva de la unidad ejecutora correspondiente.

Cuadro 3.15. Matriz lógica del producto atención prenatal reenfocada

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Resultado intermedio Reducción de la morbilidad y de la mortalidad materna	<ol style="list-style-type: none"> Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través de un establecimiento de salud y que fueron atendidos por personal de salud capacitado / Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años. Número de niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través de una cesárea / Número de niños nacidos vivos < 5 años. Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por un profesional de salud / Total de mujeres del área rural con último hijo nacido vivo en los últimos cinco años. 	Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes), INEI	
Resultado inmediato Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive	<ol style="list-style-type: none"> Mujeres que en el último nacimiento en los últimos cinco años anteriores a la encuesta recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de la gestación / Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos a la encuesta recibieron seis o más controles prenatales / Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años. 	Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes), INEI	
Producto Atención prenatal reenfocada	<ol style="list-style-type: none"> Proporción de gestantes con seis atenciones prenatales. Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre. 	Reportes de atención HIS	
Subproductos	<ol style="list-style-type: none"> Número de gestantes atendidas con exámenes de laboratorio / Número entre gestantes controladas con atenciones prenatales $\geq 0.95-1$ Monto en RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio / Monto total asignado al producto ≥ 0.80 	Reportes de atención del Sistema HIS	Dares* y Digemid** abastecen en forma oportuna al establecimiento en cuanto a insumos médicos y de laboratorio

Nota. * Dares: Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (con aprobación del nuevo reglamento de organización y funciones [ROF] del Minsa pasa a denominarse Cenares; Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos).

** Digemid: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
Elaboración propia.

Cuadro 3.16. *Indicador de producción física del producto atención del parto normal*

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimiento a aplicar el indicador
Número de partos vaginales atendidos	Reporte de egresos hospitalarios	Establecimientos de salud a partir de la categoría I-4

Fuente: Minsa, 2014.

- Periodicidad: trimestral.
- Forma de recolección de la información de la ejecución:
 - Número de gestantes controladas: registros de cada establecimiento de salud que brinda el producto y que la ingresa al sistema de reporte HIS (Minsa).
 - Número de partos normales (vaginales): registros de cada establecimiento de salud que brinda el producto y que la ingresa al sistema de reporte HIS (Minsa).
- Fuente de información de la programación: para el caso de «número de partos normales» se realiza con base en la programación de gestantes para atención prenatal. Si el establecimiento de salud es un hospital se considera el reporte de egresos hospitalarios de los últimos tres años.
- Fuente de información de la ejecución: para el caso de «número de partos normales» es el reporte de egresos hospitalarios.

2) *Relación entre gasto y producto (calidad del gasto): 80% del gasto del producto es invertido en insumos principales*

Se ha evidenciado que el gasto que se ejecuta en los productos del PP-SMN está compuesto por insumos que no necesariamente se relacionan con ellos, por lo que se estima que los insumos preponderantes que se deben considerar en la ejecución del gasto son los recursos humanos y los insumos médicos y de laboratorio que, según el Principio de Pareto, deberían ser el 80%, en este caso respecto de la asignación presupuestal del producto.

$$\text{Ratio de eficiencia} = \frac{\text{Monto en RR. HH.} + \text{Monto en insumos médicos y de laboratorio}}{\text{Monto total asignado al producto}} \geq 0.80$$

- Unidad de medida:
 - Monto en RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio en soles (S/)
 - Monto total asignado al producto en soles (S/)
- Método de medición: aplicación de la fórmula.
- Responsable de la medición: el responsable de planificación y presupuesto de la unidad ejecutora correspondiente.
- Periodicidad: trimestral.
- Forma de recolección de la información de la ejecución:
 - Monto de RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio: información que cada unidad ejecutora registra en el SIAF, códigos 232811 y 231821.
 - Monto total asignado al producto: información que cada unidad ejecutora registra en el SIAF.
- Fuente de información de la programación: evaluación por parte de la unidad ejecutora del reporte SIAF de los tres últimos años.
- Fuente de información de la ejecución: SIAF.

En el cuadro 3.17 se muestra la matriz del producto en el marco de los resultados esperados.

7.3. Producto: atención del recién nacido normal (3033305)

Las definiciones operacionales emitidas por el Minsa consideran para el producto «atención del recién nacido normal» el indicador de producción física que se presenta en el cuadro 3.18.

Este producto tiene cuatro subproductos: 1) atención inmediata del recién nacido, 2) control del recién nacido (7 y 15 días), 3) visita domiciliaria y 4) tamizaje neonatal. Se aprecia que el producto solo considera como indicador la medición de uno de sus subproductos: control del recién nacido; sin embargo, con el fin de estimar el grado de eficacia en la atención del recién nacido se plantea el seguimiento de la relación entre la atención inmediata del recién nacido y el tamizaje neonatal, así como la calidad del gasto, enfocada en los insumos principales.

Cuadro 3.17. *Matriz lógica del producto atención del parto normal*

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p>Resultado intermedio Reducción de la morbilidad y de la mortalidad materna</p>	<ol style="list-style-type: none"> Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través de un establecimiento de salud y que fueron atendidos por personal de salud capacitado / Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años. Número de niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través de una cesárea / Número de niños nacidos vivos < 5 años. Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por un profesional de salud / Total de mujeres del área rural con último hijo nacido vivo en los últimos cinco años. 	<p>Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes), INEI</p>	
<p>Resultado inmediato Acceso de gestantes a servicios de atención del parto calificado y puerperio normal y complicado según capacidad resolutive</p>			
<p>Producto Atención del parto normal</p>	<ol style="list-style-type: none"> Cobertura de partos institucionales. Cobertura de partos institucionales en gestantes procedentes de zonas rurales. 		<p>Dares* y Digemid** abastecen en forma oportuna al establecimiento en cuanto a insumos médicos y de laboratorio</p>
<p>Subproductos</p>	<ol style="list-style-type: none"> Atención prenatal (gestante controlada) / Atención de parto normal (número de partos normales) Valor esperado = 0.95-1.0 Montos en RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio / Monto total asignado al producto > 0.8 		

Nota. * Dares: Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (con aprobación del nuevo reglamento de organización y funciones [ROF] del Minsa pasa a denominarse Ceneas: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos).

** Digemid: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
Elaboración propia.

Cuadro 3.18. *Indicador de producción física del producto atención del recién nacido normal*

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimiento a aplicar el indicador
Porcentaje de recién nacidos controlados	Reporte HIS	Todos

Fuente: Minsa, 2014.

1) *Relación entre los subproductos atención inmediata del recién nacido y tamizaje neonatal*

Se plantea esta relación dada la relevancia del tamizaje para el desarrollo del neonato, puesto que permite identificar enfermedades congénitas, las cuales, de no tratarse en forma oportuna, conllevan a graves retrasos en el desarrollo psicomotor del neonato.

$$\text{Índice de atención al neonato} = \frac{\text{Tamizaje neonatal (número de recién nacidos atendidos)}}{\text{Atención inmediata del recién nacido (número de recién nacidos atendidos)}}$$

Valor esperado = 1

Unidad de medida:

- El subproducto «atención inmediata del neonato» tiene como unidad de medida «número de recién nacidos atendidos con atención inmediata».
- El subproducto «tamizaje neonatal» tiene como la unidad de medida «número de recién nacidos atendidos con tamizaje neonatal».
- Método de medición: aplicación de la fórmula.
- Responsable de la medición: el responsable del programa de salud sexual y reproductiva de la unidad ejecutora correspondiente.
- Periodicidad: trimestral.
- Forma de recolección de la información de la ejecución:
 - «Número de recién nacidos atendidos con atención inmediata»: registros de reportes de egresos hospitalarios del establecimiento de salud que brinda el producto y que los ingresa al HIS (Minsa).
 - «Número de recién nacidos atendidos con tamizaje neonatal»: registros de reportes de egresos hospitalarios del establecimiento de salud que brinda el producto y que los ingresa al HIS (Minsa).

- Fuente de información de la programación: reporte de egresos de los últimos tres años.
- Fuente de información de la ejecución: reportes de egresos hospitalarios.

2) Relación entre gasto y producto (calidad del gasto): 80% del gasto del producto se invierte en insumos principales

Se ha evidenciado que el gasto que se ejecuta en los productos del PP-SMN está compuesto por insumos que no necesariamente se relacionan con ellos, por lo que se estima que los insumos principales que se deben considerar en la ejecución del gasto son los recursos humanos y los insumos médicos y de laboratorio que, según el Principio de Pareto, deberían ser el 80%, en este caso respecto de la asignación presupuestal del producto.

$$\text{Ratio de eficiencia} = \frac{\text{Monto en RR. HH.} + \text{Monto en insumos médicos y de laboratorio}}{\text{Monto total asignado al producto}} \geq 0.80$$

- Unidad de medida:
 - Monto en RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio en soles (S/)
 - Monto total asignado al producto en soles (S/)
- Método de medición: aplicación de la fórmula.
- Responsable de la medición: el responsable de planificación y presupuesto de la unidad ejecutora correspondiente.
- Periodicidad: trimestral.
- Forma de recolección de la información de la ejecución:
 - Monto en RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio: información que cada unidad ejecutora registra en el SIAF, códigos 232811 y 231821.
 - Monto total asignado al producto: información que cada unidad ejecutora registra en el SIAF.
- Fuente de información de la programación: evaluación por parte de la unidad ejecutora del reporte SIAF de los tres últimos años.
- Fuente de información de la ejecución: SIAF.

En el cuadro 3.19 se muestra la matriz del producto en el marco de los resultados esperados.

Cuadro 3.19. *Matriz lógica del producto atención del recién nacido normal*

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Resultado intermedio Reducción de la morbilidad y de la mortalidad materna	1. Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través de un establecimiento de salud / Número de últimos niños nacidos vivos < 5 años	Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes)/ INEI	
Resultado inmediato Acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal			
Producto Atención del recién nacido normal	1. Porcentaje de recién nacidos controlados	Reportes de atención HIS	
Subproductos	1. Tamizaje neonatal / Recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud. Valor esperado = 1.0 2. Monto en RR. HH. + Insumos médicos y de laboratorio / Monto total asignado al producto \geq 0.80	Reporte de egresos hospitalarios, reporte HIS, hojas de referencia	Dares* y Digemid** abastecen en forma oportuna al establecimiento en cuanto a insumos médicos y de laboratorio

Nota. * Dares: Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (con aprobación del nuevo reglamento de organización y funciones [ROF] del Minsa pasa a denominarse Cenares: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos).

** Digemid: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Elaboración propia.

7.4. Producto: población accede a métodos de planificación familiar (3033291)

Las definiciones operacionales emitidas por el Minsa consideran para el producto «población accede a métodos de planificación familiar» el indicador de producción física que se presenta en el cuadro 3.20.

Cuadro 3.20. *Indicador de producción física del producto población accede a métodos de planificación familiar*

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimiento a aplicar el indicador
Porcentaje de parejas protegidas (Consumo de insumos por tipo de método / Factor de conversión por cada método)	Informe operacional del Programa de Planificación Familiar	Todos

Fuente: Minsa, 2014.

Este producto consta de 12 subproductos, todos en atención a los diferentes métodos de anticoncepción y complicaciones en caso de métodos definitivos (quirúrgicos). Para este producto se considera como indicador la suma de todos sus subproductos; sin embargo, con el fin de estimar el grado de oportunidad y, por ende, de eficacia del producto se plantea el seguimiento del avance de la meta física programada y de la calidad del gasto enfocada en los insumos más relevantes. Se plantea el avance de la meta física como criterio de oportunidad y, en consecuencia, de eficacia, dado que si un método de planificación no se brinda en forma oportuna existe riesgo de embarazo y con este del fracaso del método. En esa línea se plantea lo siguiente:

$$\text{Porcentaje de avance trimestral} = \frac{\text{Avance trimestral}}{\text{Programación anual (número de parejas protegidas)}} \times 100$$

- Valores esperados por trimestre:
 - Primer trimestre: 25% de la meta física programada al año
 - Segundo trimestre: 50% de la meta física programada al año
 - Tercer trimestre: 75% de la meta física programada al año
 - Cuarto trimestre: 100% de la meta física programada al año
- La unidad de medida del producto «población accede a métodos de planificación familiar» es «número de parejas protegidas».

Cuadro 3.21. *Matriz lógica del producto población accede a métodos de planificación familiar*

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p>Resultado intermedio Población con conocimiento en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar</p>	<ol style="list-style-type: none"> Suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de mujeres entre 15 y 49 años, multiplicada por 5. Número de mujeres en unión entre 15 y 49 años que utiliza algún método de planificación familiar / Número de mujeres en unión entre 15 y 49 años. Mujeres unidas que usan algún método moderno de planificación familiar / Total de mujeres unidas. 	Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes), INEI	
<p>Resultado inmediato Acceso a métodos de planificación familiar, a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva y a servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familiar / Total de mujeres unidas 	Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes), INEI	
<p>Producto Población accede a métodos de planificación familiar</p>	<ol style="list-style-type: none"> Proporción de mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar 	Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes), INEI	
<p>Subproductos Entrega de diferentes métodos anticonceptivos</p>	<ol style="list-style-type: none"> Porcentaje de avance trimestral 	Informe operacional del Programa de Planificación Familiar	Dares* abastece en forma oportuna al establecimiento en cuanto a insumos médicos y de laboratorio

Nota. * Dares: Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (con aprobación del nuevo reglamento de organización y funciones [ROF] del Minsa pasa a denominarse Cenares: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos).
Elaboración propia.

- Método de medición: avance del porcentaje de cumplimiento de la meta física.
- Responsable de la medición: el responsable del programa de salud sexual y reproductiva de la unidad ejecutora correspondiente.
- Periodicidad: trimestral.
- Forma de recolección de la información de la ejecución: un informe operacional del Programa de Planificación Familiar.
- Fuente de información de la programación: un informe anual de cobertura de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva-Planificación Familiar.
- Fuente de información de la ejecución: informe operacional del Programa de Planificación familiar.

En el cuadro 3.21 se muestra la matriz del producto en el marco de los resultados esperados.

8. Registro de la información en la propuesta de monitoreo

Para el registro de lo expuesto en el acápite anterior se han diseñado los reportes de información de monitoreo que se presentan en las figuras 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4 para los productos «atención prenatal reenfocada», «atención del parto normal», «atención del recién nacido normal» y «población accede a métodos de planificación familiar», respectivamente, con el fin de que estas se apliquen en los centros de salud que brindan los productos.

9. Validación del instrumento de monitoreo

Una eventual implementación del instrumento de monitoreo se llevaría a cabo en las etapas que se muestran en la figura 3.5.

Para la presente investigación, el proceso de ejecución preliminar se inició en julio del año 2015, periodo en el cual se hizo la recolección de fuentes primarias y secundarias para plantear una versión preliminar de la herramienta de monitoreo, tomando en cuenta las observaciones y las recomendaciones de los expertos entrevistados de los sectores escogidos.

**Instrumento para el monitoreo del
Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PP-SMN)**

Fecha	
Trimestre	
Unidad ejecutora	

I. Producto: Atención Prenatal Reenfocada

Indicador de producción física

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimiento a aplicar el indicador
Proporción de gestantes con seis o más controles (APN)	Reporte HIS	Todos

Eficacia de la atención a la gestante

a) Gestante controlada con atención prenatal	Número	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">$a/b^* =$</div> <small>* Valor esperado cercano o igual a 1</small>
b) Gestante atendida con exámenes de laboratorio completos	Número	

Eficiencia en el producto Atención Prenatal Reenfocada

i) Monto en soles de la ejecución presupuestal en RR. HH. (CAS) + Insumos médicos y de laboratorio correspondientes al producto	S/	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">$a/b^* =$</div> <small>* Valor esperado ≥ 0.80</small>
ii) Monto total en soles de la asignación presupuestal correspondiente al producto	S/	

Figura 3.1. Reporte para el monitoreo del producto atención prenatal reenfocada
Elaboración propia.

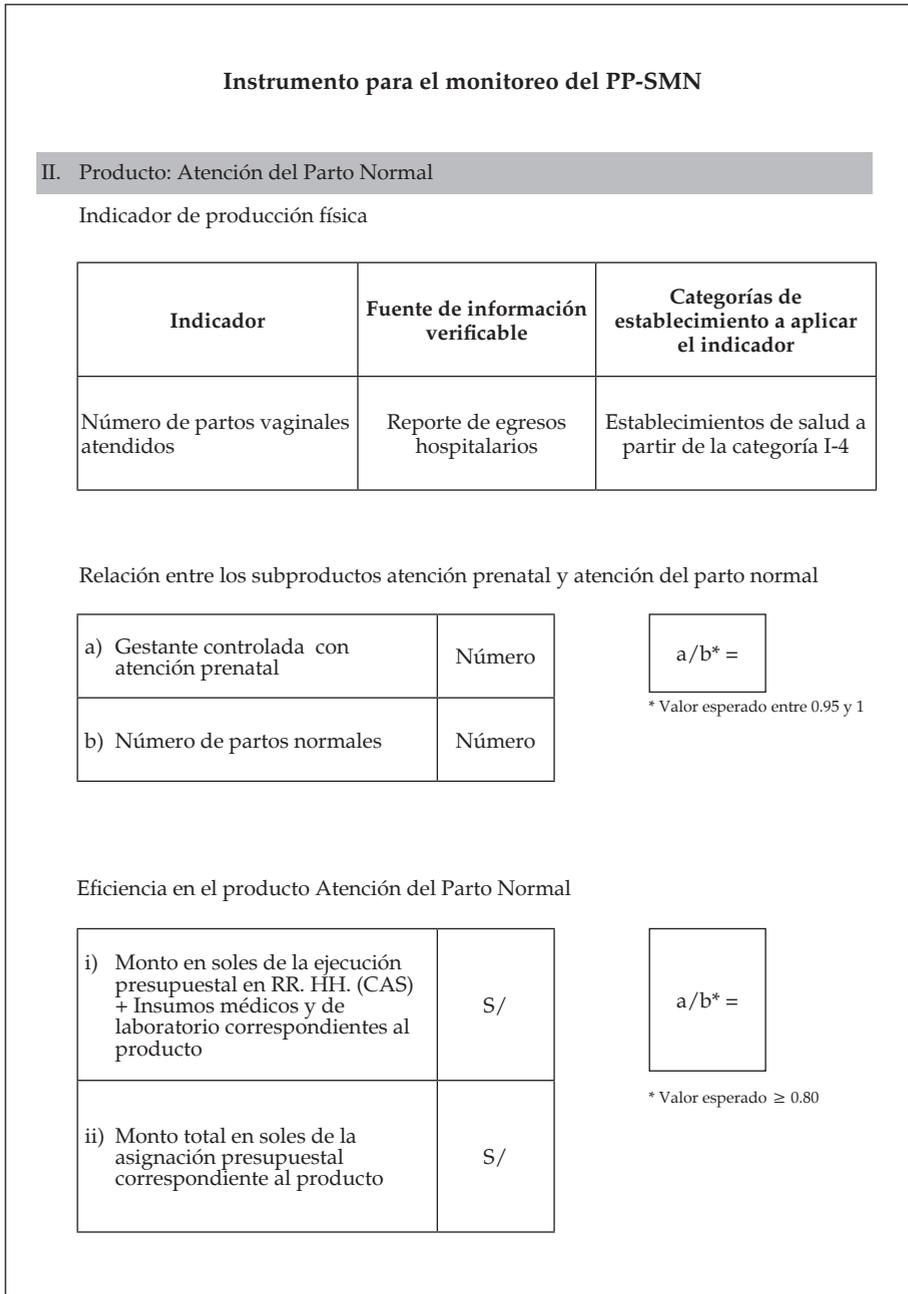


Figura 3.2. Reporte para el monitoreo del producto atención del parto normal
Elaboración propia.

Instrumento para el monitoreo del PP-SMN

III. Producto: Atención del Recién Nacido Normal

Indicador de producción física

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimiento a aplicar el indicador
Porcentaje de recién nacidos controlados	Reporte HIS	Todos

Relación entre los subproductos atención inmediata del recién nacido y tamizaje neonatal

a) Número de recién nacidos atendidos" con atención inmediata	Número	$a/b^* =$ * Valor esperado = 1
b) Número de partos normales	Número	

Eficiencia en el producto Atención del Recién Nacido Normal

i) Monto en soles de la ejecución presupuestal en RR. HH. (CAS) + Insumos médicos y de laboratorio correspondientes al producto	S/	$a/b^* =$ * Valor esperado ≥ 0.80
ii) Monto total en soles de la asignación presupuestal correspondiente al producto	S/	

Figura 3.3. Reporte para el monitoreo del producto atención del recién nacido normal

Elaboración propia.

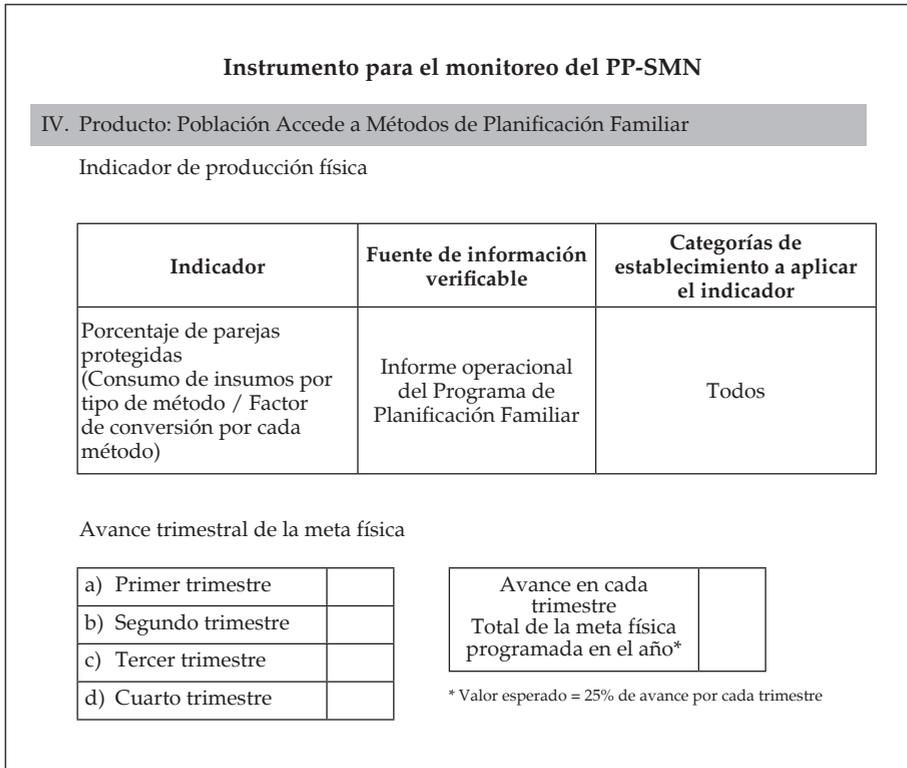


Figura 3.4. Reporte para el monitoreo del producto población accede a métodos de planificación familiar
Elaboración propia.

Para realizar una propuesta consistente y tener una visión de todos los actores que participan directa e indirectamente en el PP-SMN se consideró conveniente entrevistar a especialistas y funcionarios de las entidades públicas, y de una entidad privada que apoya al Estado.

Como resultado de las entrevistas se diseñó una versión preliminar de la herramienta la cual fue validada mediante una entrevista grupal con los expertos del Hospital San José del Callao, para concluir con la versión final del presente trabajo y el cierre de su edición. En este proceso de validación se debe mencionar que los expertos estuvieron muy de acuerdo con la distribución del presupuesto que se plantea, indicando que es un factor primordial para mejorar el proceso del PP-SMN.

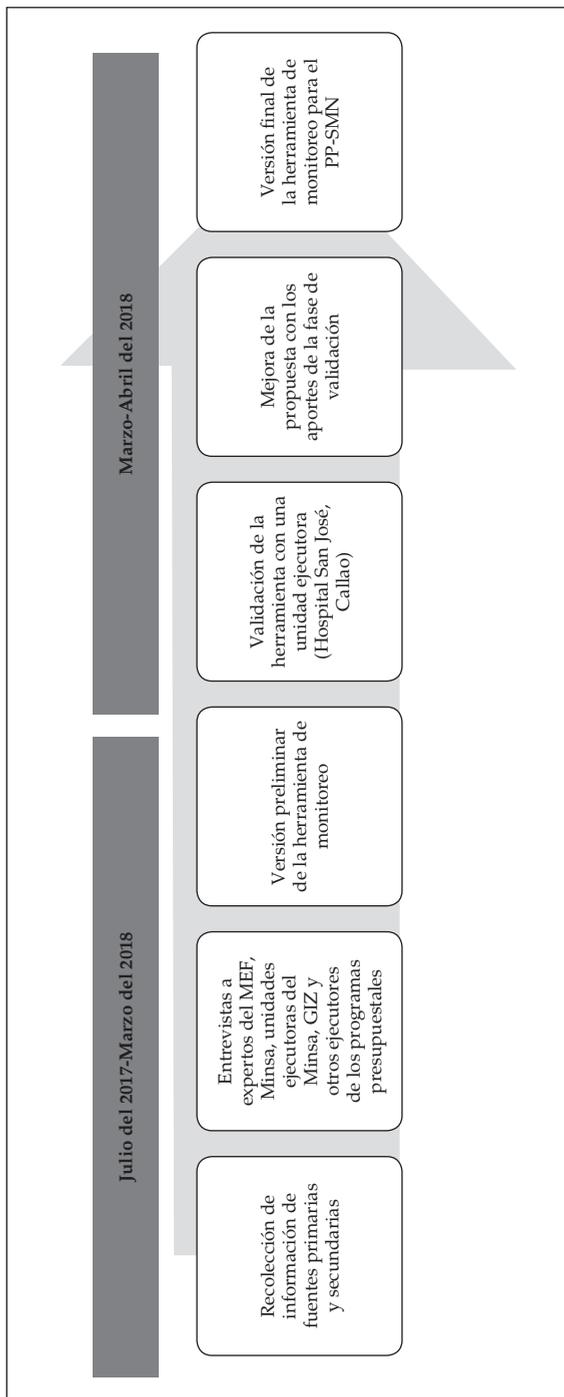


Figura 3.5. Etapas para la formulación de la herramienta de monitoreo del PP-SMN
Elaboración propia.

4

Análisis costo-efectividad de la herramienta de monitoreo

En el presente capítulo, luego de propuesta una herramienta de monitoreo que permitirá evaluar la calidad del gasto de los productos asociados directamente al resultado final del PP-SMN, en especial, y los resultados de este programa en general, se analiza el costo-efectividad de esta propuesta de instrumento de monitoreo. Con este propósito se determinarán los costos de la herramienta a aplicar y el beneficio y la sostenibilidad que traerían al PP-MSN en el Perú.

1. Determinación de los costos de la herramienta de monitoreo

La determinación de los costos de aplicación de la herramienta, que se presentan en el cuadro 4.1, toma como valores referenciales el gasto requerido para el funcionamiento del PP-MSN ejecutado en el año 2015 en personal, materiales, equipos y mobiliario. Se debe mencionar que su utilización no demandará mayores recursos al Estado por estar incluidos en el presupuesto que se asigne a las unidades ejecutoras de los tres niveles de gobierno que intervienen en el programa presupuestal. Se han considerado también los componentes en los que la herramienta de monitoreo participa de manera directa.

Cuadro 4.1. *Costo necesario para la implementación de la herramienta de monitoreo*

Componente	Actividades	Costo total (en soles)
Materiales, útiles e indumentaria médica	Materiales y útiles	16'311,780
	Indumentaria médica	6'515,972
	Subtotal	22'827,752
Suministros médicos	Productos farmacéuticos	92'777,261
	Vacunas	513,738
	Medicamentos	88'254,457
	Otros productos similares	4'009,066
	Material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio	118'213,960
	Subtotal	210'991,221
Equipamiento y mobiliario (E&M)	E&M de oficina	830,957
	Equipos informáticos y de comunicaciones	5'742,273
	Mobiliario médico	10'458,133
	Equipos médicos	87'601,436
	Subtotal	104'632,799
Personal y capacitación	Personal nombrado	702'521,108
	Personal contratado	200'417,654
	Capacitación	220,664
	Subtotal	903'159,426
	Total	1,241'611,198

Fuente: MEF, 2015a.
Elaboración propia.

2. Beneficios de la aplicación de la herramienta de monitoreo

La guía para la formulación de proyectos de inversión exitosos en temas de salud del MEF (*Guía simplificada para la formulación de proyectos de atención médica básica de Salud, a nivel de perfil*, 2011) indica que los beneficios generados por los proyectos de salud se reflejan en la mejora de las condiciones de salud de la población, lo cual se puede traducir en una mayor calidad de vida futura de los involucrados. Sin embargo, aun cuando pueden cuantificarse, su valorización monetaria es difícil. Este beneficio se expresa directamente en el resultado final del programa presupuestal que es la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

3. Análisis costo-efectividad

Esta metodología se recomienda debido a la dificultad de valorizar monetariamente los beneficios de los proyectos sociales y los programas de salud pública.

3.1. Determinación del ratio costo-eficacia

La población demandante o beneficiaria son las gestantes esperadas, para establecer su número se toma como referencia aquel de gestantes esperadas a nivel nacional, como se aprecia en el cuadro 4.2.

Cuadro 4.2. *Número de gestantes esperadas a nivel nacional*

N.º	Departamento	Gestantes esperadas (número)			
		2012	2013	2014	2015
1	Amazonas	12,076	11,823	11,659	11,452
2	Áncash	28,886	28,597	28,418	28,121
3	Apurímac	13,279	13,063	12,902	12,719
4	Arequipa	26,126	26,206	26,343	26,372
5	Ayacucho	20,270	19,937	19,692	19,504
6	Cajamarca	40,705	39,839	39,039	38,240
7	Callao	19,250	19,126	19,004	18,946
8	Cusco	32,610	32,027	31,479	30,990
9	Huancavelica	33,363	32,834	32,322	17,292
10	Huánuco	35,411	34,836	34,268	23,502
11	Ica	37,458	36,837	36,213	16,675
12	Junín	39,506	38,839	38,159	36,992
13	La Libertad	41,553	40,841	40,105	41,936
14	Lambayeque	43,600	42,842	42,050	26,792
15	Lima	45,648	44,844	43,996	199,084
16	Loreto	29,775	29,017	28,258	27,643
17	Madre de Dios	3,265	3,267	3,274	3,265
18	Moquegua	3,392	3,383	3,394	3,402
19	Pasco	8,037	8,028	8,019	8,021
20	Piura	47,533	47,137	46,624	46,165
21	Puno	38,119	37,548	36,936	36,629
22	San Martín	20,945	20,555	20,129	19,872
23	Tacna	7,166	7,055	6,960	6,910
24	Tumbes	5,050	5,009	4,961	4,924
25	Ucayali	11,601	11,360	11,112	10,943
Total nacional		644,624	634,850	625,316	716,391

Fuente: Minsa, 2015a.
Elaboración propia.

En el cuadro 4.3 se presenta el cálculo del ratio costo-eficacia, en el que se puede observar que el costo por gestante esperada a nivel nacional es de S/ 1,733.

Cuadro 4.3. *Ratio costo-eficacia, 2015*

Ratio costo-eficacia	Gasto del PP-SMN que incide en el monitoreo	Número de gestantes esperadas	Costo-eficacia (en soles)
	1,241'611,198	716,391	1,733

Elaboración propia.

3.2. Determinación del ratio costo-efectividad

Para determinar este ratio es necesario tener el índice a nivel nacional de las muertes maternas para establecer la tendencia de acuerdo con el número de gestantes esperadas. En el cuadro 4.4 se aprecia que, a nivel nacional, en los últimos tres años del periodo 2012-2015 hubo un aumento de las muertes maternas. Lima es el departamento con un mayor número (59) debido a la migración de las gestantes desde el interior del país a la capital.

1) *Índice de muerte materna entre gestantes esperadas*

Con los datos obtenidos se ha determinado el índice, el cual expresa la relación entre gestantes esperadas y muertes maternas, que se muestra en el cuadro 4.5.

2) *El ratio costo-efectividad*

Existe evidencia acerca de la utilidad de la mejora de la calidad para reducir la mortalidad materna, como se indica en el estudio *Reducción de la mortalidad materna en el Perú. ¿Por dónde empezar?*, el cual sostiene que:

El Proyecto 2000 ha venido trabajando intensamente con un enfoque de calidad. La evaluación de su intervención mostró una diferencia significativa en la ponderación de calidad y uso de servicios en favor de los establecimientos participantes en el Proyecto, comparado con aquellos seleccionados como control. Un análisis multivariado permitió demostrar que,

Cuadro 4.4. Variación porcentual del número de muertes maternas en todo el país, 2012-2015

N.º	Departamento	Muertes maternas (número)				Variación (en porcentajes)		
		2012	2013	2014	2015	2013/2012	2014/2013	2015/2014
1	Amazonas	14	13	13	13	-7.1	0.0	0.0
2	Áncash	22	16	15	13	-27.3	-6.3	-13.3
3	Apurímac	13	2	3	4	-84.6	50.0	33.3
4	Arequipa	16	9	10	11	-43.8	11.1	10.0
5	Ayacucho	14	8	10	5	-42.9	25.0	-50.0
6	Cajamarca	43	31	36	38	-27.9	16.1	5.6
7	Callao	8	13	19	11	62.5	46.2	-42.1
8	Cusco	21	20	30	18	-4.8	50.0	-40.0
9	Huancavelica	8	6	8	6	-25.0	33.3	-25.0
10	Huánuco	10	11	9	18	10.0	-18.2	100.0
11	Ica	7	6	3	5	-14.3	-50.0	66.7
12	Junín	11	17	26	27	54.5	52.9	3.8
13	La Libertad	32	30	31	29	-6.3	3.3	-6.5
14	Lambayeque	15	14	13	15	-6.7	-7.1	15.4
15	Lima	70	47	42	59	-32.9	-10.6	40.5
16	Loreto	30	32	32	28	6.7	0.0	-12.5
17	Madre de Dios	1	7	3	2	600.0	-57.1	-33.3
18	Moquegua	2	3	0	1	50.0	-100.0	100.0
19	Pasco	7	5	11	4	-28.6	120.0	-63.6
20	Piura	35	27	29	41	-22.9	7.4	41.4
21	Puno	30	26	26	28	-13.3	0.0	7.7
22	San Martín	14	16	16	15	14.3	0.0	-6.3
23	Tacna	4	5	1	2	25.0	-80.0	100.0
24	Tumbes	3	5	2	4	66.7	-60.0	100.0
25	Ucayali	10	14	23	17	40.0	64.3	-26.1
Total nacional		440	383	411	414	-13.0	7.3	0.7

Fuente: Minsa, 2015b.

Elaboración propia.

Cuadro 4.5. Variación porcentual de muertes maternas a nivel nacional, 2012-2015

N.º	Departamento	Gestantes esperadas (número)										Muertes maternas (número)					Índice: Muertes maternas / Gestantes esperadas				
		2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015				
1	Amazonas	12,076	11,823	11,659	11,452	14	13	13	13	13	13	13	13	0.12	0.11	0.11	0.11				
2	Áncash	28,886	28,597	28,418	28,121	22	16	15	15	13	13	13	13	0.08	0.06	0.05	0.05				
3	Apurímac	13,279	13,063	12,902	12,719	13	2	3	4	4	3	4	4	0.10	0.02	0.02	0.03				
4	Arequipa	26,126	26,206	26,343	26,372	16	9	10	10	11	10	11	11	0.06	0.03	0.04	0.04				
5	Ayacucho	20,270	19,937	19,692	19,504	14	8	10	10	5	10	5	5	0.07	0.04	0.05	0.03				
6	Cajamarca	40,705	39,839	39,039	38,240	43	31	36	38	38	36	38	38	0.11	0.08	0.09	0.10				
7	Callao	19,250	19,126	19,004	18,946	8	13	19	11	11	19	11	11	0.04	0.07	0.10	0.06				
8	Cusco	32,610	32,027	31,479	30,990	21	20	30	18	18	30	18	18	0.06	0.06	0.10	0.06				
9	Huancavelica	33,363	32,834	32,322	17,292	8	6	8	6	6	8	6	6	0.02	0.02	0.02	0.03				
10	Huánuco	35,411	34,836	34,268	23,502	10	11	9	18	18	9	18	18	0.03	0.03	0.03	0.08				
11	Ica	37,458	36,837	36,213	16,675	7	6	3	5	3	3	5	5	0.02	0.02	0.01	0.03				
12	Junín	39,506	38,839	38,159	36,992	11	17	26	27	27	26	27	27	0.03	0.04	0.07	0.07				
13	La Libertad	41,553	40,841	40,105	41,936	32	30	31	29	30	31	29	29	0.08	0.07	0.08	0.07				
14	Lambayeque	43,600	42,842	42,050	26,792	15	14	13	15	14	13	15	15	0.03	0.03	0.03	0.06				
15	Lima	45,648	44,844	43,996	199,084	70	47	42	59	47	42	59	59	0.15	0.10	0.10	0.03				
16	Loreto	29,775	29,017	28,258	27,643	30	32	32	32	32	32	28	28	0.10	0.11	0.11	0.10				
17	Madre de Dios	3,265	3,267	3,274	3,265	1	7	3	2	3	3	2	2	0.03	0.21	0.09	0.06				
18	Moquegua	3,392	3,383	3,394	3,402	2	3	0	1	3	0	1	1	0.06	0.09	0.00	0.03				
19	Pasco	8,037	8,028	8,019	8,021	7	5	11	4	5	11	4	4	0.09	0.06	0.14	0.05				
20	Piura	47,533	47,137	46,624	46,165	35	27	29	41	27	29	41	41	0.07	0.06	0.06	0.09				
21	Puno	38,119	37,548	36,936	36,629	30	26	26	28	26	26	28	28	0.08	0.07	0.07	0.08				
22	San Martín	20,945	20,555	20,129	19,872	14	16	16	15	16	16	15	15	0.07	0.08	0.08	0.08				
23	Tacna	7,166	7,055	6,960	6,910	4	5	1	2	5	1	2	2	0.06	0.07	0.01	0.03				
24	Tumbes	5,050	5,009	4,961	4,924	3	5	2	4	5	2	4	4	0.06	0.10	0.04	0.08				
25	Ucayali	11,601	11,360	11,112	10,943	10	14	23	17	14	23	17	17	0.09	0.12	0.21	0.16				
Total		644,624	634,850	625,316	716,391	440	383	411	414	383	411	414	414	0.07	0.06	0.07	0.06				

Fuente: Minsa, 2015a y 2015b.

Elaboración propia.

en aquellos establecimientos en los cuales se había instalado procesos de mejora continua de la calidad, la cobertura de partos institucionales se incrementó en 54% ($r^2 = 0,87$). Igualmente, el análisis de las cifras oficiales de muertes maternas notificadas por todas las DISA del país entre 1997 y 1999 permitió calcular tasas de mortalidad, utilizando estas cifras y las estimaciones de nacidos vivos (NV) del Ministerio de Salud. El resultado mostró que en las DISA participantes en el Proyecto 2000 la razón de mortalidad materna se redujo de $172 \times 100\ 000$ NV en 1997 a $127 \times 100\ 000$ NV en el año 2000, mientras que en las DISA que no participan en el Proyecto 2000, la razón prácticamente no se modificó ($103 \times 100\ 000$ NV en 1997 y $98 \times 100\ 000$ NV en 2000) [las cursivas son de los autores] (Benavides, 2001, p. 225).

También en Argentina, en el año 2010, se publicó el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes (Ministerio de Salud, 2010), el cual incluía el sistema de monitoreo para los indicadores propuestos. Desde el año 2010 al 2015 se constató una reducción de las muertes maternas del 10%.

En Ecuador, en el año 2008, se publicó el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (Ministerio de Salud Pública, 2008), el que tiene un Sistema de Monitoreo y Evaluación de periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual, diseñado con indicadores de impacto, de entrada, de procesos y de resultados. Los logros han sido alentadores puesto que del 2010 al 2015 se redujeron las muertes maternas en el 15%.

Asimismo, el Ministerio de Salud de El Salvador, en el año 2009, emitió la Guía Técnica para el Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal, que logró disminuir posteriormente las muertes maternas en un 8% durante el quinquenio 2010-2015.

Evidencia similar se comprueba en Guatemala, país en el cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promulgó, en el año 2010, el Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva que estableció un cuadro de operaciones para el monitoreo también con resultados favorables para la reducción de la MMN del 2010 al 2015, que fue del 19%.

Todas estas experiencias llevan a afirmar que la utilización de una herramienta de monitoreo en el proceso del PP-SMN tendrá incidencia directa sobre la reducción de las muertes maternas; por esta razón, se ha hecho una estimación con los ratios de los países que han utilizado herramientas de monitoreo y el porcentaje promedio de reducción de muertes maternas, la que se muestra en el cuadro 4.6.

Cuadro 4.6. *Ratios de reducción de la MMN*

País	Reducción de la MMN 2010-2015
Argentina	10.3%
Ecuador	14.7%
El Salvador	8.5%
Guatemala	19.3%
Promedio	13.2%
Porcentaje anual de la reducción de la MMN	2.6%

Elaboración propia.

Con el cálculo de este ratio se procede a hacer la estimación comparada de lo que implicaría el uso de la herramienta de monitoreo frente a su no utilización, como se aprecia en el cuadro 4.7.

Cuadro 4.7. *Tendencia de muertes maternas con herramienta de monitoreo y sin ella*

Alternativas	Tasa de mortalidad estimada anual (%)	Muertes maternas (año t)	Muertes maternas (año $t + 1$)	Muertes maternas (año $t + 2$)	Muertes maternas (año $t + 3$)
Sin monitoreo	0.7	414	417	420	423
Con monitoreo	-2.6	414	403	393	383

Fuente: Minsa, 2015b; OMS, 2015 y 2016.

Elaboración propia.

De esta manera se ha determinado, primero, la tendencia de acuerdo con los datos estadísticos existentes respecto del número de muertes maternas para el próximo periodo que señala que este aumentará. También se considera que, por la evidencia del uso de herramientas de monitoreo en los países en los cuales se ha reducido el porcentaje de muertes maternas y la validación realizada de la herramienta en la unidad ejecutora su uso determinaría una tendencia negativa del número de muertes maternas gracias al seguimiento directo de los puntos críticos de las actividades de los productos que inciden directamente sobre los resultados del PP-

SMN. Todo lo cual lleva a un índice de -2.6% para el periodo siguiente, como se observa en el cuadro 4.7.

En ese sentido, la herramienta planteada para el monitoreo de la entrega de los productos del PP-SMN tendría una incidencia directa en la eficiencia y la eficacia de la ejecución de los productos debido a que se tendrá una mejor capacidad de reacción y mejora para el planteamiento de soluciones, lo que redundaría en el resultado final esperado del programa que es la reducción del número de las muertes maternas y neonatales.

Esta apreciación se refuerza con lo indicado en la publicación del ILPES *Panorama de la gestión pública en América Latina, en la hora de la igualdad* (2012), estudio que afirma que la introducción de sistemas de monitoreo y evaluación del desempeño mejora la medición de la calidad del gasto público.

Por lo expuesto, la efectividad de la herramienta de monitoreo está garantizada, ya que permitirá cumplir con el resultado final del PP-SMN, que es la reducción del número de muertes maternas y neonatales, y mejorar las actividades de entrega de los productos sin demandar mayores recursos al Estado, lo que le da un mayor valor agregado.

4. Análisis de sostenibilidad

La Directiva 002-2015-EF/50.01, «Directiva para la Programación y Formulación Anual del Presupuesto del Sector Público, con una Perspectiva de Programación Multianual», del MEF (2015b), establece que los programas presupuestales no podrán programar para el próximo año más costos de lo asignado en el año actual y que para los dos años subsiguientes solo se podrá aumentar los recursos en el 1.06% .

Bajo este marco, la herramienta de monitoreo propuesta no busca la asignación de recursos adicionales ya que para su aplicación se usarán los recursos humanos y logísticos existentes. En el cuadro 4.8 se observa la proyección de gastos para los años 2017-2019 que ha establecido el MEF (2015a), lo que asegura la sostenibilidad en la continuidad de la herramienta de monitoreo. Se ha proyectado con los recursos totales del PP-SMN.

Cuadro 4.8. *Proyección de costos 2017-2019 (en soles)*

Rubro	2016	
	Estimado	Asignado
Personal nombrado y pensionistas	703'753,777	713'459,629
Bienes	286'269,167	83'959,859
Alimentos y bebidas	9'674,449	5'382,491
Vestuario y textiles	7'613,597	6'314,373
Combustibles, carburantes, lubricantes y afines	10'428,292	3'687,235
Materiales y útiles	17'740,477	6'401,899
Repuestos y accesorios	1'653,956	553,473
Enseres	1'043,741	597,844
Suministros médicos	229'048,394	58'423,186
Materiales y útiles de enseñanza	618,630	522,437
Suministros para uso agropecuario, forestal y veterinario	26,468	
Suministros para mantenimiento y reparación	480,963	101,362
Compra de otros bienes	7'940,200	1'975,559
Servicios	338'632,156	201'996,531
Viajes	17'275,351	7'801,043
Servicios básicos, comunicación, publicidad y difusión	12'855,450	8'480,750
Servicios de limpieza, seguridad y vigilancia	10'052,299	9'791,517
Servicio de mantenimiento, acondicionamiento y reparaciones	10'968,131	3'042,130
Alquileres de muebles e inmuebles	2'179,348	1'342,230
Servicios administrativos, financieros y de seguros	7'551,963	1'297,369
Servicios profesionales y técnicos	69'142,673	18'870,467
Contrato administrativo de servicios	208'606,941	151'371,025
Equipamiento	130'009,163	25'947,084
Otros gastos	355'166,485	367'783,296
Total	1,813'830,748	1,393'146,399

Fuente: MEF, 2015a.
Elaboración propia.

2017 Proyección	2018 Proyección	2019 Proyección
713'459,629	721'022,301	728'665,137
83'959,859	84'849,834	85'749,242
5'382,491	5'439,545	5'497,205
6'314,373	6'381,305	6'448,947
3'687,235	3'726,320	3'765,819
6'401,899	6'469,759	6'538,339
553,473	559,340	565,269
597,844	604,181	610,585
58'423,186	59'042,472	59'668,322
522,437	527,975	533,571
101,362	102,436	103,522
1'975,559	1'996,500	2'017,663
201'996,531	204'137,694	206'301,554
7'801,043	7'883,734	7'967,302
8'480,750	8'570,646	8'661,495
9'791,517	9'895,307	10'000,197
3'042,130	3'074,377	3'106,965
1'342,230	1'356,458	1'370,836
1'297,369	1'311,121	1'325,019
18'870,467	19'070,494	19'272,641
151'371,025	152'975,558	154'597,099
25'947,084	26'222,123	26'500,078
367'783,296	371'681,799	375'621,626
1,393'146,399	1,407'913,751	1,422'837,637

Conclusiones generales y recomendaciones

1. Conclusiones

- 1) En el Perú, durante los años 2012 al 2015 los gobiernos regionales han visto incrementado su presupuesto asignado al PP-SMN; sin embargo, ello no ha llevado a una reducción del número de muertes maternas. Son ocho los gobiernos regionales en los cuales las muertes se incrementaron en este periodo.
- 2) El marco legal vigente considera la ejecución de monitoreo por parte de los actores involucrados en el PP-SMN. En esa línea, el Minsa ha emitido dispositivos técnicos que consideran lineamientos generales para el monitoreo; sin embargo, no ha desarrollado las herramientas para su ejecución, situación que se refleja en que en la actualidad los establecimientos de salud no realizan el seguimiento de los productos y los subproductos del programa.
- 3) La metodología se definió con base en el modelo conceptual del PP-SMN y a las observaciones de los funcionarios y los empleados especialistas del sector en diseño y ejecución de programas presupuestales, en particular del PP-SMN. Así se eligieron los productos a priorizar, las herramientas para la obtención de información y el periodo de recolección de esta.
- 4) El PP-SMN consta de 24 productos, se ejecuta en establecimientos de salud en todo el país, clasificados de acuerdo con las funciones obstétricas y neonatales que desarrollan según el nivel de atención.

Los principales actores del programa son el MEF y el Minsa que, en su calidad de entes rectores del presupuesto y de la salud, tienen el interés y el poder en la toma de decisiones. Otros grupos de interés son los beneficiarios de los productos, los establecimientos de salud y las direcciones regionales.

- 5) La herramienta planteada monitoriza, tanto en eficacia como en eficiencia, cuatro productos priorizados por su representatividad en la obtención de los resultados del PP-SMN. Con esta propuesta, un adecuado monitoreo genera valor público en las acciones del Estado, puesto que se espera que los resultados en salud materno neonatal mejoren a nivel nacional. No supone mayores gastos para el Estado, puesto que estaría a cargo del mismo personal de las unidades ejecutoras (responsables de planificación y presupuesto y responsable del programa de salud sexual y reproductiva o planificación familiar).
- 6) La elaboración del instrumento ha sido producto de una metodología fundamentada en la publicación *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales* (Unicef & CIPPEC, 2012). La que constituye una herramienta de fácil utilización en la cual se han considerado los actores principales, los expertos temáticos y las dimensiones eficacia y eficiencia.
- 7) Se plantea que los insumos principales de los productos priorizados sean recursos humanos e insumos médicos y de laboratorio, cuya asignación presupuestal sea como mínimo el 80% del presupuesto total que se les asigne. Esto permitirá que los gastos de dichos productos no se desvirtúen e incidan directamente sobre la ejecución de las actividades para que la asignación presupuestal no se considere una restricción para la correcta aplicación de la herramienta de monitoreo propuesta y lleve al cumplimiento del resultado final del programa: la reducción del número de muertes maternas y neonatales.
- 8) Existe evidencia acerca de que en países de América Latina se están aplicando planes para la reducción de la muerte materna neonatal, los cuales incluyen herramientas de monitoreo; en esos países se ha comprobado una reducción de las muertes maternas. Se espera una tendencia similar con la aplicación de la herramienta de monitoreo que se propone, debido a que contribuirá a cumplir con

el resultado final del PP-SMN que es la reducción del número de muertes maternas y neonatales, además de mejorar las actividades para la entrega de los productos y no demandar mayores recursos al Estado.

2. Recomendaciones

- 1) Se recomienda que la herramienta de monitoreo del PP-SMN se aplique de manera gradual en los establecimientos de salud que brindan los productos. Los informes o los reportes resultantes del monitoreo podrían considerarse como punto de partida para las evaluaciones *ex post*, con el fin de medir de manera real lo proyectado respecto del beneficio de su aplicación.
- 2) Al no demandar mayores recursos al Estado, el MEF podría incluir la herramienta de monitoreo en los anexos de las directivas de los programas presupuestales para que las entidades de los tres niveles de gobierno puedan efectuar acciones correctivas oportunas en el cumplimiento de las metas y los objetivos del PP-SMN.
- 3) Se recomienda que el Minsa utilice un sistema unificado de registro de información de las gestantes a través de un aplicativo web para registro en línea, que podría incluir tanto a las unidades ejecutoras del sector público (hospitales, centros de salud, postas médicas) como a las del sector privado (clínicas), para que el control y el diagnóstico de la gestante se desarrolle de manera óptima con toda la información necesaria.
- 4) Se sugiere intensificar las campañas de comunicación sobre cuidado pre y posnatal en la población, para crear una cultura de responsabilidad en las familias.
- 5) El Minsa debería mejorar la capacitación sobre temas materno-neonatales en las zonas rurales, priorizando pueblos de difícil acceso en los cuales no existan centros de salud y en los que son los pobladores quienes atienden a las gestantes en el momento del parto (comadronas).
- 6) El instrumento de monitoreo propuesto sirve de insumo para generar instrumentos de este tipo para los demás programas presupuestales del sector salud.

Bibliografía

- Alvarado, B. & Morón, E. (2008). *Perú, hacia un presupuesto por resultados: afianzando la transparencia y rendición de cuentas*. Documento de Discusión N° 11. Lima, Perú: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Recuperado de <http://studylib.es/doc/7429964/abrir---repositorio-de-la-universidad-del-pac%C3%ADfico>
- Armijo, M. & Espada, M. V. (2014). *Calidad del gasto público y reformas institucionales en América Latina*. Serie Macroeconomía del Desarrollo N° 156. Santiago, Chile: Cepal-GIZ. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37012/S1420450_es.pdf?sequence=1
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2000). *Plataforma Regional de Desarrollo de Capacidades en Evaluación y Sistematización de América Latina y el Caribe (PREVAL)*.
- Ban Ki-moon. (2010). *Estrategia mundial de salud de la mujeres y los niños*. Secretaría de las Naciones Unidas. Recuperado de http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1
- Benavides, B. (2001). Reducción de la mortalidad materna en el Perú. ¿Por dónde empezar? *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(3), 215-227. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/4198>

- Cepal (Comisión Económica para América Latina y El Caribe). (2007). *Plan de trabajo. Implementación del presupuesto por resultados*. Recuperado de <http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/2/36342/PlandeImplementaciondePpR.pdf>
- CIES (Consortio de Investigación Económica y Social). (2010). *Programa Estratégico Salud Materno Neonatal. Grupo 1-Diplomado*. Cusco, Perú: CIES, Unión Europea y Centro Guaman Poma de Ayala.
- DGPP (Dirección General de Presupuesto Público del MEF). (2010). *De las instituciones al ciudadano: la reforma del presupuesto por resultados en el Perú*. Recuperado de http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/1/41751/mayra_ugarte_Presupuesto_por_Resultados_Peru_doc.pdf
- Dorantes Salgado, D. D. (2014). *Análisis comparado de las metodologías de marco lógico y mapeo de alcances para el diseño de proyectos en gobierno federal y sociedad civil*. Tesis de Maestría en Políticas Públicas Comparadas. México D.F., México: Flacso. Recuperado de http://bibdigital.flacso.edu.mx:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/5000/Dorantes_DD.pdf?sequence=1
- Franciskovic, J. (2013). Retos de la gestión pública: presupuesto por resultados y rendición de cuentas. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science*, 18, 28-32. Recuperado de <http://jefas.esan.edu.pe/index.php/jefas/article/view/268/254>
- Frost, J., Finer, L., & Tapales, A. (2008). The impact of publicly funded family planning clinic services on unintended pregnancies and government cost savings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19, 778-796.
- García López, R. & García Moreno, M. (2010). *La gestión para resultados en el desarrollo. Avances y desafíos en América Latina y El Caribe*. 2ª ed. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Recuperado de <https://indesvirtual.iadb.org/mod/resource/view.php?id=25160>
- Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimación de la Mortalidad en la Niñez. (2010). *Levels & trends in child mortality: Report 2010*. Recuperado de http://www.childmortality.org/files_v20/download/Levels%20and%20Trends%20in%20Child%20Mortality%20Report%202010.pdf
- Horton, S., Shekar, M., McDonald, C., Mahal, A., & Brooks, J. K. (2010). *Scaling up nutrition: What will it cost?* Washington, D.C.: Banco Mundial.

- Iacoviello, M. & Pulido, N. (2008). Gestión y gestores de resultados: cara y contracara. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 41, 1-12, junio. Recuperado de <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/041-junio-2008/iacoviello>
- ILPES (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social). (2012). *Panorama de la gestión pública en América Latina. En la hora de la igualdad*. Santiago, Chile: Cepal-GIZ. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3956/1/S1100624_es.pdf
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2014). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES-2014: nacional y departamental*. Lima, Perú: INEI.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2015). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES-2015: nacional y departamental*. Lima, Perú: INEI. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/
- Ley 27658. (2002). *Ley de Modernización del Estado*. Congreso de la República del Perú.
- Makón, M. (2008). *La gestión por resultados, ¿es sinónimo de presupuesto por resultados?* Recuperado de <http://asip.org.ar/la-gestion-por-resultados-es-sinonimo-de-presupuesto-por-resultados/>
- Makón, M. (2013). *La gestión por resultados y el presupuesto*. Recuperado de http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/gestion_por_resultados_y_presupuesto_mmakon.pdf
- Marcel, M. (2007). *Plan de acción: Modelo de fortalecimiento del sistema de presupuesto basado en resultados en la administración pública federal de México*. Politeia Soluciones Públicas. Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.politeia.cl>
- Marcel, M. (2009). Presupuesto por resultados: ¿Moda burocrática o nuevo paradigma de gestión pública? En *Efectividad en el desarrollo y gestión presupuestaria por resultados. Documentos presentados en las reuniones de la Red de Gestión y Transparencia de la Política Pública del Diálogo Regional de Política* (pp. 235-254). Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36075574>

- Mayor Gamero, J. (2011). El presupuesto por resultados (PpR). *Gestión Pública y Desarrollo. Información, Análisis y Actualidad*, 4(48), C23-C26. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/biblioteca/Biblio_con.nsf/999a45849237d86c052577920082c0c3/07BC48E8BAB87CBE05257D560053E66F/\\$FILE/GESTIONPUBLICA48.PDF](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/biblioteca/Biblio_con.nsf/999a45849237d86c052577920082c0c3/07BC48E8BAB87CBE05257D560053E66F/$FILE/GESTIONPUBLICA48.PDF)
- MCLCP (Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza). (2013). *Seguimiento concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN). Reporte de balance del año 2012*. Lima, Perú: MIDIS. Recuperado de <http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje1/documento-tecnico/MCLCPSeguimientoPPRSaludMatNeonl2012.pdf>
- MCLCP (Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza). (2014). *Perú: Situación de la salud y la supervivencia de la mujer gestante y del recién nacido, 2012-2013*. Recuperado de http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/7._alerta_recien_nacido_aprobado_cen_10_04_14_vfinal.pdf
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2008a). *PpR: Presupuesto por Resultados. Conceptos y líneas de acción*. Lima, Perú: MEF. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/conceptos_lineas_accion.pdf
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2008b). *Programa Estratégico Salud Materno Neonatal*. Lima, Perú: DGPP-MEF. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/PPR_salud_materno.pdf
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2011). *Guía simplificada para la formulación de proyectos de atención médica básica de salud, a nivel de perfil*. Lima, Perú: Dirección General de Política de Inversiones- MEF. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/instrumentos_metod/salud/Guia_Simplificada_Salud.pdf
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2015a). Consulta amigable sobre ejecución del gasto. Transparencia Económica. Recuperado de <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2015b). *Directiva para la programación y formulación anual del presupuesto del sector público, con una perspectiva de programación multianual. Directiva N° 002-2015-EF/50.01*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/anexos/TUO_Directiva_programacion_multianual_110316.pdf

- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2015c). *Seguimiento en el presupuesto por resultados*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3354&Itemid=101531&lang=es
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2015d). *Programas presupuestales*. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2126&Itemid=101530&lang=es
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2015e). *Programa de incentivos a la mejora de la gestión municipal-PI*. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2221&Itemid=101547&lang=es
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2016). *Programas presupuestales*. Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales>
- Ministerio de Hacienda. (2012). *Plan de reforma del presupuesto público de El Salvador*. San Salvador, El Salvador: Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Agencia Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ). Recuperado de http://www.mh.gob.sv/portal/page/portal/PMH/Institucion/Marco_Institucional/Informes/Planes/Plan_de_Reforma_del_Sistema_de_Presupuesto_de_El%20Salvador.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Plan nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal*. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización. Recuperado de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D589.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2009). *Guía técnica para el sistema de vigilancia de la salud materno perinatal*. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud. Recuperado de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_sistema_vig_materno_perinatal.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). *Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015*. Tegucigalpa, Guatemala: Programa Nacional de Salud Reproductiva. Recuperado de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=normas-protocolos-y-resoluciones&alias=403-plan-de-accion-para-la-reduccion-de-la-mm-y-nn-y-mejoramiento-de-la-salud-reproductiva&Itemid=518

- Ministerio de Salud. (2010). *Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf
- Minsa (Ministerio de Salud). (2006). *Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud. Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01*. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas-Minsa. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1089_DGSP266.pdf
- Minsa (Ministerio de Salud). (2013). *Directiva Sanitaria 001-MINSA/DGSP-V.02. Directiva sanitaria para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud*. Lima, Perú: Minsa. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3199.pdf>
- Minsa (Ministerio de Salud). (2014). *Resolución Ministerial N° 302-2013-MINSA que aprueba el documento técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis y Enfermedades no Transmisibles, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias y Desastres*. Lima, Perú: Minsa. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/transparencia/preresul/pr_defoperacionales.asp
- Minsa (Ministerio de Salud). (2015a). *Estadística: Población estimada por edades simples y grupos de edad, según provincia y distrito*. Oficina General de Estadística e Informática (OGEI)-Minsa. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6#Estadística>
- Minsa (Ministerio de Salud). (2015b). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Minsa. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/>
- Minsa (Ministerio de Salud). (2016). *Documento técnico: definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales. Resolución Ministerial 907-2016/MINSA*. Lima, Perú: Minsa. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/334402534/RM-907-2016-MINSA-pdf>

- Montañez Ginocchio, V. A. (2013). *Consultoría para la evaluación de diseño y ejecución de presupuestos públicos. Atención del parto normal*. Lima, Perú: Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales-MEF y BID. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/2013_parto_normal.pdf
- Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moore, M. H. (2006). Creando valor público a través de asociaciones público-privadas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 34, febrero. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3575/357533666001.pdf>
- Mostajo Guardia, R. (2002). *El sistema presupuestario en el Perú*. Santiago, Chile: Cepal e Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social-ILPES.
- Navarro, Z. (2014, noviembre). *Nuevos paradigmas de la administración pública*. Tema 2. Lima, Perú.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). (2005). *Libro de consulta sobre buenas prácticas recientemente identificadas de Gestión Para Resultados en el Desarrollo*. París, Francia: OCDE-Banco Mundial.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). (2007). *Performance budgeting in OECD countries*. París, Francia: OCDE.
- OCDE. (2009). *Estudio de la OCDE sobre el Proceso Presupuestario en México*. París, Francia: OCDE.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2015). *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?ua=1
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2016, septiembre). *Mortalidad materna*. Nota Descriptiva del Centro de Prensa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. New York, NY: ONU. Recuperado de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

- Robinson, M. (ed.). (2007). *Performance budgeting: Linking funding and results*. Londres, Reino Unido: Palgrave Macmillan. Recuperado de <http://www.palgrave.com/la/book/9780230553569#aboutAuthors>
- Santiso, C. & Varea, M. (2013). *Fortaleciendo las capacidades presupuestarias de los Parlamentos en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1494/Fortaleciendo%20las%20capacidades%20presupuestarias%20de%20los%20Parlamentos%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf?sequence=1>
- Schick, A. (2008). *El futuro de la presupuestación para resultados*. Trabajo presentado en la IV Reunión del Diálogo Regional de Políticas llevado a cabo en México D.F., México.
- Serra, A., Figueroa, V., & Saz, A. (2007). Modelo abierto de gestión para resultados en el sector público. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 39, 149-210. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3575/357533693007.pdf>
- Shah, A. & Shen, C. (2007). A primer on performance budgeting. En A. Shah (ed.), *Budgeting and budgetary institutions*. Washington, D.C.: World Bank.
- Tavares, M. & Berretta, N. (2006). *Sistemas de planificación estratégica e innovaciones presupuestarias*. Trabajo presentado en el Diálogo Regional de Políticas BID-Prodev llevado a cabo en Washington, D.C.
- Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). (2008). *Estado mundial de la infancia 2009. Salud materna y neonatal*. New York, NY: Unicef. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)
- Unicef & CIPPEC (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia & Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento). (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires, Argentina: CIPPEC y Unicef. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). (2014). *El estado de la población mundial 2014. El poder de 1.800 millones: los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro*. New York, NY: UNFPA. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>

- Unidas C. D. (2009). *Resolución 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos*. Recuperado de http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf
- Unidas, N. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado de <http://www.un.org/millenniumgoals>
- USAID (United States Agency for International Development). (2001). *USAID Congressional Budget Justification FY2002: Program, performance and prospects. The global health pillar*. Washington, D.C.: USAID.

Sobre los autores

Lydia ARBAIZA FERMINI

larbaiza@esan.edu.pe

Doctora en Administración por la Universidad WHU (Wissenschaftliche Hochschule für Unternehmensführung), de Alemania, magíster en Administración (MBA) por la Universidad ESAN e ingeniera industrial por la Universidad de Lima. Actualmente es profesora del área de Administración y titular de la Dirección de Programas Institucionales de la Universidad ESAN. Antes de dedicarse a la carrera académica desempeñó cargos directivos en el sector privado. Fue gerente de Recursos Humanos y de Administración y Finanzas en empresas de los sectores construcción, inmobiliario e industrial. En el sector público, ha realizado funciones de asesoría, principalmente en planeamiento estratégico, clima laboral y responsabilidad social. Ha publicado artículos en *journals* académicos de prestigio, capítulos en libros en colaboración (Estados Unidos, España) y libros propios. Entre los más recientes se cuentan *Liderazgo y comportamiento organizacional* (ESAN, 2017), *Dirección de recursos humanos: el factor humano* (ESAN, 2016), *Cómo elaborar un plan de negocio* (ESAN, 2015) y *Cómo elaborar una tesis de grado* (ESAN, 2014). Sus intereses de investigación incluyen la teoría organizacional, el desarrollo sostenible, la responsabilidad social empresarial y la administración de recursos humanos.

Ana Patricia ÁLVAREZ GIRALDO

apalgi@gmail.com

Magíster en Gestión Pública por la Universidad ESAN y profesional en Ingeniería Civil, con especialidad en procesos, administración de negocios, concesiones, contratación pública, medio ambiente, entre otras áreas. Amplia experiencia en el control gubernamental de diversos aspectos de la gestión pública, ha asumido jefaturas de los órganos de control institucional en varias entidades del Estado por designación de la Contraloría General de la República del Perú (CGRP).

Catherine HERNÁNDEZ SOTOMAYOR

catherinehs@gmail.com

Magíster en Gestión Pública por la Universidad ESAN y médica cirujana egresada de la Especialidad de Gestión en Salud por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), diplomatura en Auditoría Médica. Experiencia en coordinaciones con instituciones del Estado, tales como el Seguro Integral de Salud (SIS), la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), EsSalud y la sociedad civil. Actualmente, trabaja en el Instituto Nacional de Salud, entidad adscrita al Ministerio de Salud (Minsa).

Sabrina SARRIA TORRES

sk.sarria@yahoo.es

Magíster en Gestión Pública por la Universidad ESAN y abogada por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Entre sus actividades, ha prestado servicios en el Consejo Nacional de Competitividad y Formalización del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Cuenta con más de doce años de experiencia profesional en instituciones del sector público, como la Presidencia del Consejo de Ministros, el Instituto Nacional de Defensa Civil, la Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo. Durante su ejercicio profesional, ha participado en la elaboración de reformas normativas vinculadas con la simplificación administrativa, la gestión de riesgo de desastres, entre otras temáticas.

Erick VILLALBA RAMÍREZ

erick_vr@hotmail.com

Magíster en Gestión Pública por la Universidad ESAN y profesional en Economía por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Experiencia y dominio en temas de finanzas, presupuesto, planificación, cooperación internacional, Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), inversión privada, asociaciones público-privadas (APP), tributación, modernización del Estado. Cuenta con más de once años de experiencia profesional en diversas instituciones: Cooperación Alemana al Desarrollo (agencia de la GIZ en el Perú); Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento; Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir); Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (Sunat), entre otras, donde participó en la implementación de propuestas de reformas en la gestión pública. Actualmente trabaja en Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC).