

**APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA ESTRATEGICO  
ARTICULADO NUTRICIONAL-EUROPAN**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD  
DEL CONVENIO DE FINANCIACION**

**INFORME DE AVANCE DE LA POLITICA DE LUCHA CONTRA LA  
DESNUTRICION CRONICA INFANTIL – PROGRAMA  
ARTICULADO NUTRICIONAL**



**LIMA, SETIEMBRE 2011**



**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**INFORME DE AVANCE DE LA POLÍTICA DE LUCHA CONTRA LA  
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>SITUACIÓN DE LA POBREZA</b> .....	<b>5</b>
<b>III.</b>	<b>LAS POLÍTICAS SOCIALES EN EL PERU</b> .....	<b>7</b>
1.	OBJETIVOS DEL MILENIO .....	8
2.	EL ACUERDO NACIONAL (AN) .....	9
3.	METAS DE GOBIERNO PARA EL AÑO 2011. ....	9
4.	MARCO GENERAL DE POLÍTICA: MARCO SOCIAL MULTIANUAL .....	10
5.	LA ESTRATEGIA NACIONAL CRECER Y LA COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE ASUNTOS SOCIALES COMO HILOS CONDUCTORES DE LA POLÍTICA SOCIAL DE LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN. ....	11
6.	EL PLAN BICENTENARIO Y EL CENTRO NACIONAL DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO – CEPLAN .....	12
7.	SISTEMA DE FOCALIZACIÓN DE HOGARES (SISFHO); INSTRUMENTO IMPORTANTE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL.....	13
8.	PRESUPUESTO POR RESULTADOS (PPR).....	14
<b>IV.</b>	<b>EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)</b> .....	<b>20</b>
1.	DISEÑO DEL PROGRAMA (FORMULACIÓN 2007, EJECUCIÓN 2008) .....	20
2.	ALINEAMIENTO DE LA ESTRATEGIA (FORMULACIÓN 2008, EJECUCIÓN 2009) .....	35
3.	LA GESTIÓN DEL SERVICIO FINAL (FORMULACIÓN 2009, EJECUCIÓN 2010) .....	43
4.	AVANCES DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL .....	47
<b>V.</b>	<b>CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL</b> .....	<b>64</b>
1.	ORIGEN DEL CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO .....	64
2.	IMPLEMENTACIÓN DEL CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO .....	67
3.	CONVENIO CON LOS GOBIERNOS REGIONALES .....	68
4.	SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS .....	73
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES Y PERSPECTIVA PARA EL AÑO 2011.</b> .....	<b>74</b>





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

## I. INTRODUCCION

En los últimos años, el Perú ha experimentado un desempeño económico y social remarcable. Para el año 2010, el Producto Bruto Interno (PBI) se ha casi duplicado en comparación con las cifras del 2005, y triplicado respecto al año 2000, ascendiendo a US\$ 153 mil millones<sup>1</sup>. Durante el período 2006-2010, el PBI creció a un ritmo promedio anual de 7,2%, el mayor registro desde el quinquenio 1961-1965, a pesar de haber atravesado por la peor crisis internacional desde la Segunda Guerra Mundial. Este fue un crecimiento liderado por ganancias de productividad y la inversión privada. El PBI per cápita creció a su mayor ritmo promedio anual desde los años cincuenta y para el 2010 en alrededor de US\$ 5,200<sup>2</sup>, un incremento de 82% respecto del año 2005. Más importante aún, el crecimiento económico de los últimos años traspasó los indicadores puramente macroeconómicos. En los últimos años se ha producido una importante transformación y crecimiento del consumo privado y comercio, no sólo en Lima sino en varias ciudades al interior del país.

El crecimiento económico, es muy importante para reducir la pobreza, porque permite incrementar la productividad y el ingreso en los países en desarrollo. Pero el desarrollo implica más que simple crecimiento económico, involucra asuntos ambientales y sociales. A menos que se entienda integralmente a la transformación de la sociedad y al manejo del medio ambiente, conjuntamente con el crecimiento económico, el propio crecimiento se verá seriamente amenazado en el largo plazo<sup>3</sup>.

En el Informe sobre Desarrollo Humano (IDH) 2010<sup>4</sup>, se señala que los países han alcanzado un mayor nivel de desempeño en el IDH a través de dos vías generales: rápido aumento de los ingresos o avances excepcionales en salud y educación. En el Informe se muestra una asociación positiva, aunque con importantes variaciones, entre crecimiento y avances en desarrollo humano<sup>5</sup>. Sin embargo, hay que recordar que el ingreso forma parte del IDH; por ende, podemos deducir que un tercio de los cambios en el IDH se deben al crecimiento económico, lo cual asegura una asociación positiva. Un ejercicio más útil sería comparar el crecimiento del ingreso con los cambios en las dimensiones del desarrollo humano no relacionadas con el ingreso, como se aprecia en el gráfico N° 1. El IDH no referido al ingreso se presenta en la parte derecha. La correlación es notoriamente débil y estadísticamente no significativa<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Estadísticas económicas del Banco Central de Reserva del Perú

<sup>2</sup> Estadísticas económicas del Banco Central de Reserva del Perú

<sup>3</sup> Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2003: Desarrollo sostenible en un mundo dinámico. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial 2003

<sup>4</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2010. PNUD/Ediciones Mundiprensa 2010

<sup>5</sup> Entre los esfuerzos más recientes destacan la Comisión Stiglitz-Sen-Fitoussi ([www.stiglitz-sen-fitoussi.fr](http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr)), el proyecto de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos para medir el bienestar ([www.oecd.org/progress](http://www.oecd.org/progress)) y el Marco de la Unión Europea sobre indicadores multidimensionales ([www.ec.europa.eu/social](http://www.ec.europa.eu/social)).

<sup>6</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo—Oficina encargada del Informe sobre Desarrollo Humano 2000–2009; vea una lista completa de informes mundiales en el interior de la contraportada.

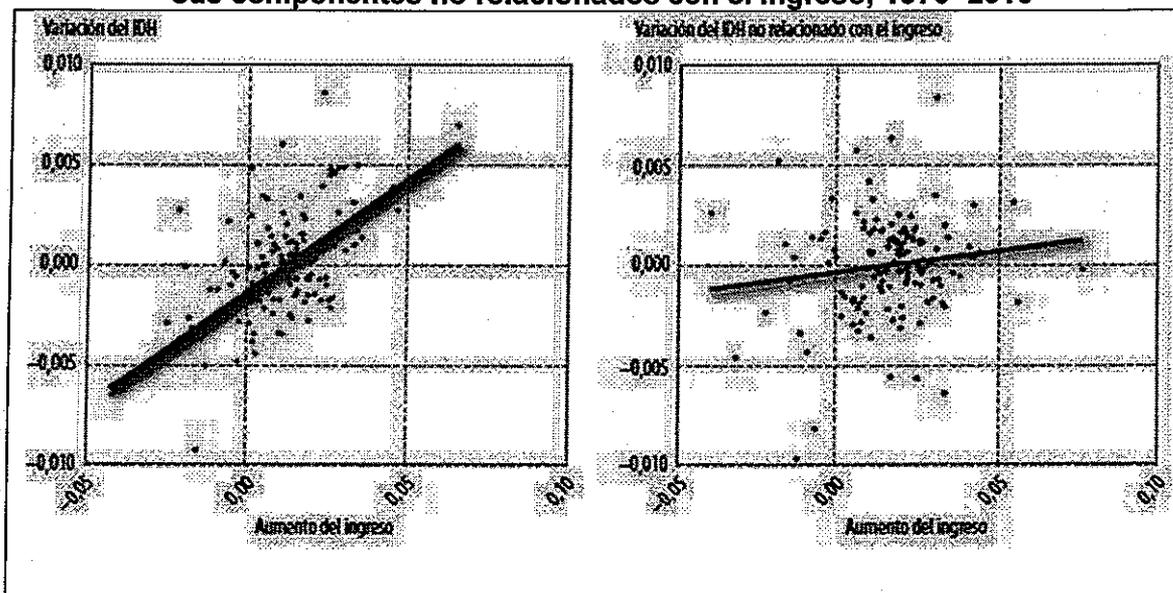




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Gráfico N° 1**  
**Relación entre crecimiento económico y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y sus componentes no relacionados con el ingreso, 1970–2010**



Nota: basado en el análisis de la desviación respecto de la línea de ajuste (recuadro 2.1 del capítulo 2 y Nota técnica 1). El ingreso es el PIB per cápita. Una línea de regresión más gruesa indica que la relación es estadísticamente significativa. Fuente: cálculos de la HDRO a partir de su propia base de datos.

Estudios anteriores han llegado a las mismas conclusiones. Uno de los primeros académicos en investigar este vínculo de manera sistemática fue el demógrafo estadounidense Samuel Preston, quien en su emblemático artículo publicado en 1975 indicó que no existía una correlación estadísticamente significativa entre cambios en el ingreso y cambios en la esperanza de vida durante un período de 30 años para 30 países<sup>7</sup>.

El crecimiento económico tiene incidencia en la reducción de la pobreza, especialmente a través de un mejor acceso y calidad del empleo, lo cual se traduce en el incremento del ingreso familiar<sup>8</sup>. El efecto del crecimiento se manifiesta en un aumento de los ingresos de los hogares en situación de pobreza, el cual proviene especialmente de fuentes laborales a través de una mayor ocupación o de mejoras salariales.

Por eso, los esfuerzos en el crecimiento económico deben acompañarse de políticas sociales destinadas a mejorar el desarrollo. Investigaciones recientes demuestran que las políticas de crecimiento económico y desarrollo social deben llevarse a cabo simultáneamente, y no de forma consecutiva. En la actualidad existe un consenso en la urgencia de promover políticas sociales y económicas en paralelo, de manera complementaria. El crecimiento económico permite una inversión sostenida

Existe numerosa bibliografía y experiencias prácticas; vea un resumen en Alkire 2010. "Conceptual Overview of Human Development: Definitions, Critiques, and Related Concepts." Human Development Research Paper 1. PNUD-HDRO, Nueva York  
CEPAL. Panorama Social EN América Latina. 2007.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

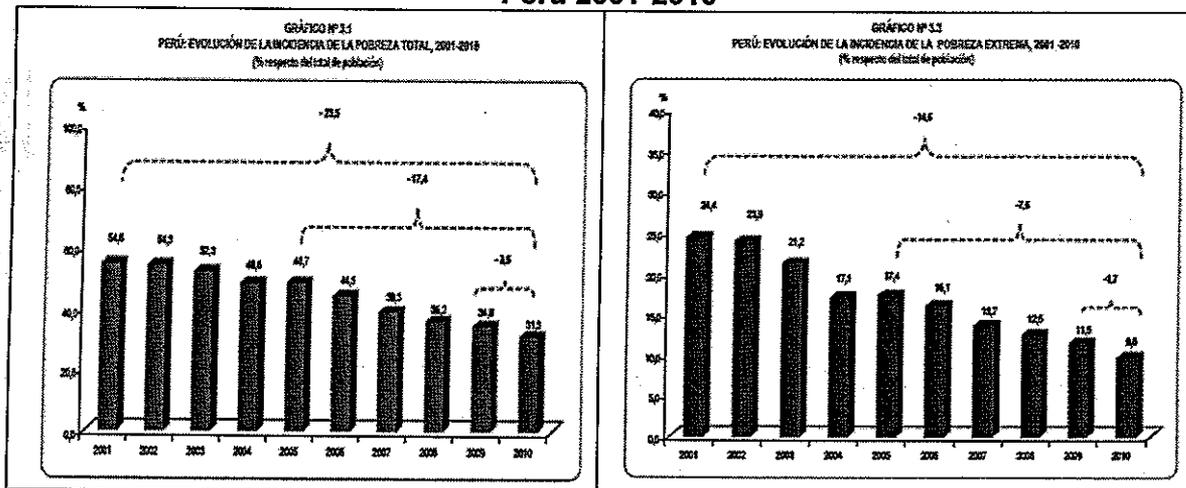
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

en desarrollo social; y el desarrollo social aumenta la capacidad de los ciudadanos de contribuir al crecimiento. Así, pues, el crecimiento sostenible y la reducción de la pobreza requieren Estrategias Nacionales de Desarrollo para todos.

**II. SITUACIÓN DE LA POBREZA**

El Perú se encuentra en los países que redujo más aceleradamente la pobreza en los últimos años en América Latina. Entre el 2005 y 2009<sup>9</sup> la región mostró un buen desempeño en lo que se refiere a la reducción de la pobreza pues esta se redujo en 6,7 puntos porcentuales y la pobreza extrema lo hizo en 3,6 puntos porcentuales. Tal como se muestra en el gráfico N° 2, en el Perú, la pobreza total se redujo de 54.8% en el 2001 a 31.3% en el 2010, en tanto que la pobreza extrema pasó de 24.4% a 9.8% en el mismo período<sup>10</sup>.

**Gráfico N° 2: Evolución de la Incidencia de la Pobreza y la pobreza extrema en el Perú 2001-2010**



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares Anual, 2001 – 2010

En la última década la reducción de la pobreza fue mayor en la zona rural, pasando de 78.4% a 54.2%, mientras que en la urbana pasó de 42.0% a 19.1%<sup>11</sup>. Esta mejora se explica principalmente por el incremento de las iniciativas gubernamentales en las zonas rurales, como el programa JUNTOS y por la mayor inversión en educación y salud, entre otros. En ese sentido, la reducción de la tasa de pobreza total observada significó que, en los últimos 6 años, alrededor de 4,2 millones de personas dejen de ser pobres. Según INEI (2010), los determinantes que influyen más en la pobreza rural son la posesión de activos, el capital social así como la disponibilidad de servicios de telefonía básica o celular. En el ámbito urbano son la calidad del empleo del jefe del hogar, el contar con más de una ocupación así como el tamaño del hogar<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Panorama Económico y Social 2010- CEPAL.

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Estadística. Informe Técnico de Evolución de la pobreza.

<sup>11</sup> Encuesta Nacional de Hogares Anual, 2001 – 2010

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares 2010.



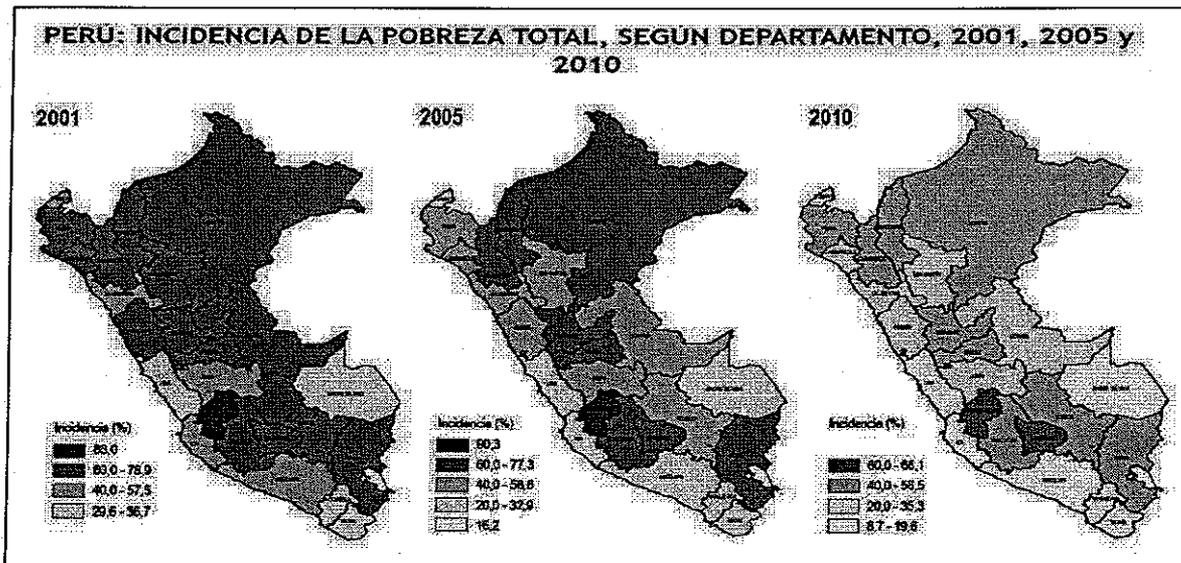


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

La reducción de la proporción de población pobre se ha dado en todos los departamentos. En el 2010, 2 departamentos (Apurímac y Huancavelica) tienen más del 60% de su población como pobres a diferencia del año 2005, donde Huancavelica tenía más del 90% de pobres y 8 departamentos más con valores mayores a 60%. En el 2010, 6 departamentos tienen menos de 20% de su población que vive en condiciones de pobreza entre ellos, Lima, Ica, Tacna, Moquegua y Arequipa, además de Madre de Dios.

**Figura 1: Incidencia de la Pobreza Total, según departamento 2001-2005-2010**



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares Anual, 2001, 2005 y 2010

Si bien entre el 2001 y 2010 la pobreza en Perú se redujo, la desigualdad en la distribución del ingreso apenas registró una mínima reducción de 0.52 a 0.46, según el coeficiente de Gini (cuanto más cerca está de 0, menor es la desigualdad). Esta ligera reducción ha ocurrido fundamentalmente a nivel de las zonas urbanas, ya que en las zonas rurales no se ha modificado en el periodo 2005-2010 (gini de 0,41). Esto significa que el crecimiento económico no ha tenido el mismo efecto positivo sobre todos los pobres entre 2001 y 2010, y son las poblaciones rurales de sierra y selva las que menos se han beneficiado:

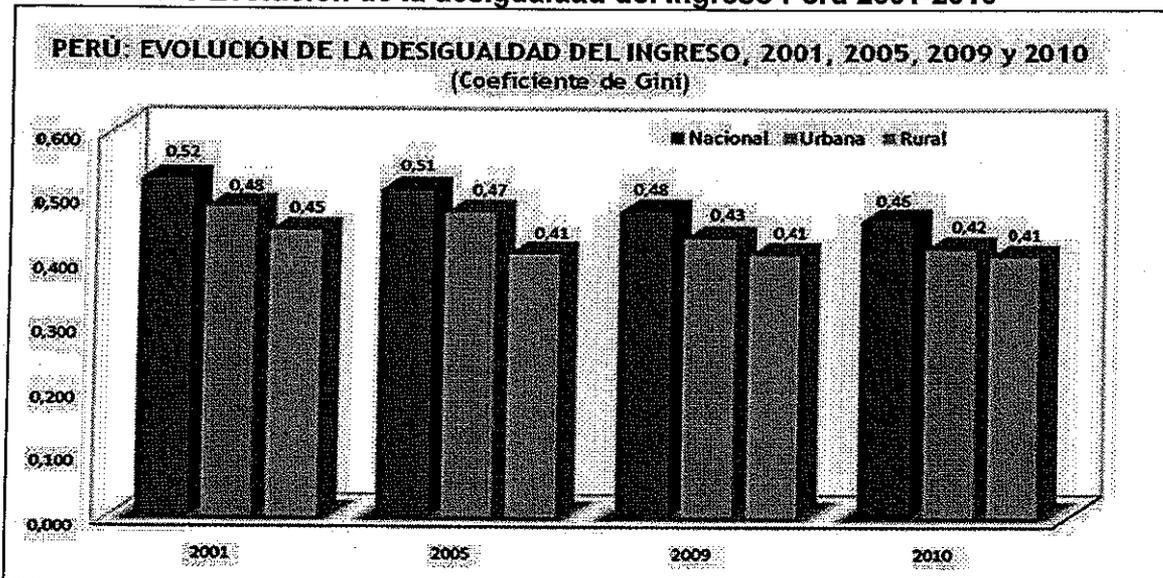




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Gráfico N° 3 Evolución de la desigualdad del Ingreso Perú 2001-2010



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares Anual, 2001, 2005, 2009 y 2010.

Según el Informe de la Evolución de la Pobreza en el Perú al 2009 del INEI, la pobreza extrema presenta mayores diferencias regionales que la pobreza: es casi 140 veces mayor entre la población rural que en Lima, y 13 veces más alta en la sierra y 9 veces mayor en la selva que en la costa. Es decir, la indigencia afecta casi exclusivamente a la población rural de la sierra y la selva.

Los dos últimos gobiernos priorizaron la estabilidad macroeconómica y la inversión privada, lo que sin duda es indispensable para un crecimiento sostenido. Sin embargo, la política y la inversión social no han acompañado, con igual prioridad, a esta política económica. Este divorcio entre la política económica y la social explica los impactos diferenciales en la reducción de la pobreza presentados. El descenso de la pobreza ha sido mayor en Lima, en la costa y en ámbitos urbanos en todas las regiones. Ello revela que la pobreza monetaria ha disminuido más en las regiones más conectadas al mercado, y es todavía cercana al 60% para la población rural de la sierra y selva<sup>13</sup>

### III. LAS POLÍTICAS SOCIALES EN EL PERÚ

En el Perú con el objetivo de reducir la pobreza se vienen aplicando un conjunto de políticas sociales, expresadas en múltiples documentos y compromisos nacionales e internacionales.

En términos generales las políticas sociales aplicadas por el estado Peruano, incluyen Servicios universales y Programas focalizados. Los primeros abarcan la educación y la atención de la salud, que se ofrecen en establecimientos públicos (escuelas, colegios, centros, puestos de salud y hospitales públicos). Los servicios universales se basan en la demanda y por lo tanto son auto-focalizados, aunque al interior de estos sectores

<sup>13</sup> Aramburú, Carlos E. y Rodríguez, María Ana. Documento "Políticas Sociales y Pobreza", realizado en el marco del proyecto "Elecciones Perú 2011: Centrando el debate electoral". CIES 2011





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

pueden existir proyectos o programas focalizados.

Los programas focalizados más importantes se crearon en los noventa como una política de compensación social ante las medidas de ajuste económico implementadas durante los primeros años de esa década. Se denominan focalizados porque no pretenden dar cobertura universal y debido a que desde la oferta se establecen criterios de selección y filtros para acceder a ellos. En general, los programas focalizados tienen como población objetivo a las personas en pobreza y en especial a las de pobreza extrema.

El reto actual de la política social es ampliar la cobertura y calidad de los servicios universales y, al mismo tiempo, orientar los programas focalizados a reducir las brechas económicas, culturales y de género que impiden a los grupos más pobres y vulnerables el acceso a estos servicios.

En el Perú las políticas sociales se expresan en:

- **Acuerdos o estrategias generales:** las Metas del Milenio y el Acuerdo Nacional.
- **Planes nacionales transversales:** de Derechos Humanos, Competitividad, Superación de la Pobreza, de la Infancia y Adolescencia, Ambiental, de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de Prevención y Atención de Desastres, de Saneamiento, Seguridad Ciudadana, Vivienda, Adultos Mayores y de Reparaciones.
- **Planes sectoriales-institucionales:** Salud, Agricultura, Educación, Turismo, Transporte y Comunicaciones, Producción, Energía y Minas, Vivienda, MEF y CONCYTEC que tienen relación con temas sociales.

## 1. Objetivos del Milenio

Las Metas del Milenio, acordadas en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en septiembre de 2000<sup>14</sup> establecen 8 grandes objetivos a lograrse en 2015. Perú, con otros 188 países como signatarios de dicho acuerdo internacional, se ha comprometido a:

1. Reducir a la mitad la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los sexos.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Reducir la mortalidad materna.
6. Detener la propagación del VIH-Sida y el paludismo.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo con metas para la asistencia, el comercio y el alivio de la carga de la deuda.

Los primeros 6 acuerdos son parte de la política social peruana, con objetivos y metas específicas.

<sup>14</sup> Ver [www.undp.org](http://www.undp.org)





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

## 2. El Acuerdo Nacional (AN)<sup>15</sup>

Es un conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso, luego de un proceso de talleres y consultas a nivel nacional, con el fin de definir un rumbo para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática. La suscripción del Acuerdo Nacional se llevó a cabo en un acto solemne en Palacio de Gobierno, el 22 de julio de 2002, con la participación del entonces Presidente de la República, Alejandro Toledo, el Presidente del Consejo de Ministros, Roberto Dañino, y los principales representantes de las organizaciones políticas y de la sociedad civil integrantes del AN.

En la sección sobre Políticas de Estado Sociales del AN, en el rubro de Equidad y Justicia, se identifica 7 políticas generales en el campo del desarrollo social, descritas a continuación:

1. Reducción de la pobreza
2. Igualdad de oportunidades sin discriminación
3. Acceso universal a la educación y promoción de la cultura y el deporte
4. Acceso universal a los servicios de salud y seguridad social
5. Acceso al empleo pleno, digno y productivo
6. Promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición
7. Fortalecimiento de la familia y protección de la niñez.

Estas siete políticas corresponden de la décima a la décima sexta política del acuerdo Nacional. De éstas, tres (la décima, la décima primera, y la décima sexta política)<sup>16</sup> pueden considerarse transversales y, por lo tanto, multisectoriales y las otras cuatro<sup>17</sup> son más bien de carácter sectorial, aunque la nueva política social requiere de la articulación intersectorial para el conjunto de las políticas y programas sociales.

## 3. Metas de Gobierno para el año 2011.

Los objetivos y metas sociales más importantes del Gobierno que termina, para el año 2011<sup>18</sup> fueron:

1. Reducir la pobreza del 50% (2005) al 30%.
2. Reducir la pobreza urbana al 20%.
3. Reducir la pobreza rural del 70% (2005) al 45%.
4. Reducir la desnutrición crónica infantil del 25% (2005) al 16%.

Ver [www.acuerdonacional.gob.pe](http://www.acuerdonacional.gob.pe)

Décima política: Reducción de la Pobreza; décimo primera: Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin discriminación; décimo sexta: Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud

<sup>17</sup> Décimo segunda: Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita y de Calidad y Promoción y Defensa de la Cultura y del Deporte; décimo tercera: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social; décimo cuarta: Acceso al Empleo Pleno, Digno y Productivo; décimo quinta: Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición

<sup>18</sup> Discurso presidencial del 28 de julio de 2007. Ver <http://www.andina.com.pe/Espanol/Noticia.aspx?id=j5UrHKa7bWY=>





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

5. 90% de hogares con agua y desagüe.
6. Aumentar acceso a electricidad del 74% al 90% de los hogares.
7. 800 mil familias más que en el 2006 con título de propiedad de su vivienda.
8. 2,5 millones de personas alfabetizadas.
9. Acceso universal al Seguro Integral de Salud (SIS).
10. Mejorar en 30% los niveles de comprensión de lectura y razonamiento matemático en la escuela pública.
11. Reducir el empleo informal del 53% (2005) al 35% y crear 1,5 millones de nuevos empleos.

Una buena parte de estos objetivos fueron extraídos del Acuerdo Nacional y de los Objetivo del Milenio. Por lo tanto, ha habido una intencionalidad expresa del gobierno peruano de cumplir estos acuerdos nacionales e internacionales, así como de consolidar la construcción de una política social que guíe la acción pública.

#### **4. Marco general de política: Marco Social Multianual**

El Marco Social Multianual (MSM) establecido oficialmente en el 2007<sup>19</sup>, es el documento que establece los grandes lineamientos, objetivos e instrumentos de la política social, así como la composición del gasto de los sectores y programas sociales. Este documento, además debe estar estrechamente asociado al Marco Macroeconómico Multianual (MMM), que presenta los lineamientos de la política económica y los objetivos e instrumentos de dicha política.

El MMM es el documento que, de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal (LRTF)<sup>20</sup>, elabora anualmente el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y que sirve como guía a los distintos agentes económicos para que puedan tomar de manera informada sus decisiones de consumo, ahorro e inversión. En el MMM existe información básica sobre las proyecciones de las distintas variables macroeconómicas, actuales y esperadas, para el año en el que se elabora el documento y los tres siguientes. Contiene un conjunto de medidas de política económica, especialmente vinculadas a la política fiscal y a las políticas tendientes a la promoción de la inversión privada y de la inserción de nuestro país en los mercados internacionales, consideradas necesarias para contribuir al proceso de crecimiento sostenido de la economía.

El MMM es el documento oficial de la política económica del Gobierno, es aprobado por el Consejo de Ministros y se publica íntegramente junto con el Informe del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP). El MMM se envía anualmente al Congreso de la República, junto con la Ley de Presupuesto, la Ley de Endeudamiento Público y la Ley de Equilibrio Financiero. El MMM establece los parámetros fiscales que constituyen los soportes técnicos de estas tres importantes leyes que se aprueban anualmente en el Congreso. Es, en ese sentido, un documento que establece, con toda claridad, el contenido de la política fiscal.

<sup>19</sup> Decreto Supremo N° 029-2007-PCM que aprueba el Plan de Reforma de Programas Sociales, publicado en El Peruano el 30 de marzo de 2007.

<sup>20</sup> Ley N° 27245 Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal, que por efecto de la Ley N° 27958 paso a denominarse Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

En este sentido, el MSM tiene que ser un documento consistente con las proyecciones macroeconómicas del MMM. En el Decreto Supremo de su creación se establece que "... el Marco Social Multianual (MSM) que de manera análoga al Marco Macroeconómico Multianual (MMM), sea el documento guía para que cada programa social defina sus objetivos, resultados e impactos a lograr en cada año, asimismo, establezca las prioridades y montos de la inversión social en vista a la consecución de metas de mediano plazo en cuanto a indicadores de resultados e impacto".

El MSM es así una guía para poner en marcha políticas sociales apropiadas, en un escenario multianual, que orienta la política y el gasto social dirigido a los pobres, especialmente a los pobres extremos. El MSM deberá publicarse anualmente, en julio de cada año, dos meses después de publicado el Marco Macroeconómico Multianual (MMM).

El MSM se centra en los programas sociales focalizados, aunque incluye también algunas estrategias de sectores sociales que atienden a los pobres y en especial a los 3.86 millones de pobres extremos (2007), que por su vulnerabilidad y niveles de exclusión requieren prioridad. El MSM en adelante, en sus versiones anuales, presentará un balance de la situación social del país, con especial énfasis en la evolución reciente de la pobreza, y definirá y actualizará las estrategias de política económica y social para alcanzar los objetivos y metas sociales prioritarias.

### **5. La Estrategia Nacional CRECER y la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales como hilos conductores de la política social de lucha contra la Desnutrición.**

Según lo establece la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo<sup>21</sup>, la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) a través de su Secretaría Técnica, es la instancia de coordinación y de discusión de la política social del Estado al interior del Consejo de Ministros. La CIAS se encuentra presidida por el Presidente del Consejo de Ministros y es la encargada de dirigir, articular, coordinar y establecer los lineamientos de política y del gasto social, así como supervisar su cumplimiento, siendo su función principal la de reducir la pobreza y la extrema pobreza.

El 01 de julio del 2007 se aprobó la Estrategia Nacional CRECER (EN Crecer)<sup>22</sup>, con la finalidad de articular las intervenciones de los diversos sectores, programas y proyectos a cargo de las diversas entidades del Gobierno Nacional, Gobiernos regionales y Gobiernos Locales, vinculados directa o indirectamente a la lucha contra la desnutrición crónica infantil. Luego, el 08 de setiembre del mismo año se aprobó, el Plan de Operaciones de la Estrategia Nacional Crecer<sup>23</sup>, siendo la Secretaría Técnica de la CIAS (ST-CIAS) la encargada de brindar el soporte técnico a las acciones de coordinación multisectorial, seguimiento y control de su implementación.

La EN Crecer promueve una intervención articulada y complementaria de las entidades del Estado, instituciones privadas, cooperación internacional y la sociedad

<sup>21</sup> Ley N° 29158 que aprueba la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, publicada en El Peruano el 20 de diciembre de 2007.

<sup>22</sup> Decreto Supremo N° 055-2007-PCM, aprueba la Estrategia Nacional Crecer, publicado el 02 de julio de 2007.

<sup>23</sup> Decreto Supremo N° 080-2007-PCM que aprueba el Plan de Operaciones de la Estrategia Nacional Crecer, publicado el 08 de setiembre de 2007.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

civil, en los tres ejes de intervención, con la finalidad de garantizar la adecuada provisión de bienes y servicios que cubran de manera integral las necesidades de la población en situación de pobreza, pobreza extrema y desnutrición infantil, evitando la duplicidad de acciones y el uso inadecuado de los recursos, logrando un mayor impacto en las intervenciones. Dichas intervenciones articuladas entre sectores e instituciones deberán reflejarse en los planes sectoriales e institucionales en el nivel nacional; en los planes institucionales y de desarrollo concertado, en los niveles regionales y locales; y en los presupuestos participativos.

La Secretaria Técnica de la CIAS tiene, entre sus responsabilidades, la coordinación y seguimiento de la EN Crecer a nivel Nacional, a través de la CIAS que es la encargada de dirigir, articular, coordinar y establecer los lineamientos de la política y gasto social, así como supervisar su cumplimiento. Tiene como función principal reducir la pobreza y la extrema pobreza.

En el nivel Regional, la Instancia de Articulación y Coordinación (IAC) está liderada por el Gobierno Regional y está conformada por las entidades públicas, privadas, sociedad civil y cooperación internacional que intervienen en el ámbito regional. En el nivel local, la Instancia de Articulación y Coordinación (IAC) está liderada por el Gobierno Local, Provincial o Distrital y está conformada por las entidades públicas, privadas, sociedad civil y cooperación internacional que intervienen en el ámbito local.

La EN Crecer promueve dos tipos de articulación: horizontal, entre las institucionales públicas, privadas, cooperación internacional y sociedad civil; y vertical, entre los distintos niveles de gobierno, nacional, regional y local.

## **6. El Plan Bicentenario y el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN**

En abril del año 2010, después de largas jornadas de trabajo que duró 2 años involucrando entidades del gobierno Nacional, Regional y Local se establece el Plan Bicentenario, mirando como horizonte el año 2021, aniversario de la proclama de la independencia del Perú. En este plan se propone que .."el Perú alcance un ingreso per cápita entre US\$ 8000 y US\$ 10 000. Con una población prevista de 33 millones de peruanos, necesitaremos duplicar nuestro producto interno y cuadruplicar nuestras exportaciones. Debemos lograr una tasa promedio de crecimiento cercana al 6% y tasas de inversión del 25%. La tributación debe mejorar en 5 puntos en relación con el PBI, y los impuestos directos e indirectos deben alcanzar la misma proporción. La pobreza debe reducirse a menos del 10% del total de la población. La mortalidad infantil y la desnutrición crónica deben ser disminuidas drásticamente o, de ser posible, eliminadas. El Perú debe tener un coeficiente de Gini que indique una clara reducción de la desigualdad, consolidándose como un país de renta media alta y de desarrollo humano elevado"<sup>24</sup>.

El plan propone el desarrollo de programas estratégicos en educación, salud, infraestructura, ciencia y tecnología, energía, redes nacionales e internacionales de transporte multimodal, y los programas de modernización y reforma del Estado, para generar las condiciones para un nuevo país.

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Plan bicentenario. El Perú hacia el 2021.



**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Los lineamientos estratégicos propuestos en el plan son los siguientes:

1. Derechos fundamentales y dignidad de las personas
2. Oportunidades y acceso a los servicios
3. Estado y gobernabilidad
4. Economía, competitividad y empleo
5. Desarrollo regional e infraestructura
6. Recursos naturales y ambiente

El Segundo lineamiento del plan tiene como objetivo nacional la igualdad de oportunidades y el acceso a los servicios básicos de educación, salud y aseguramiento, seguridad alimentaria, vivienda, seguridad ciudadana entre otro. En lo que respecta a salud, uno de los indicadores meta es la reducción de la desnutrición crónica infantil para el año 2021 a 5%<sup>25</sup>.

Para ello propone un conjunto de estrategias que se basan en brindar alimentación complementaria a niños menores de 5 años, atención integral de salud a niños menores de 5 años y la difusión de prácticas saludables en la población para prevenir la enfermedades infecciosas.

## **7. Sistema de Focalización de hogares (SISFHO), Instrumento importante para la Implementación de la Política Social<sup>26</sup>**

El Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) es un instrumento fundamental para responder las necesidades de información social. Para ello, cuenta con un sistema de información sobre las características socioeconómicas de los hogares, llamado Padrón General de Hogares (PGH). El Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) se inicia con el D.S. N° 130-2004-EF que estableció criterios para mejorar la equidad del gasto; sin embargo, es con la RM N° 399-2004-PCM que se crea el Sistema de Focalización de Hogares con el propósito de proveer a los programas sociales información que será utilizada para la selección de sus beneficiarios. Este mandato legal es respaldado por lo dispuesto por el artículo 12° de la Ley 29626 – Ley del Presupuesto Público para el año 2011.

La responsabilidad de la operación del SISFOH está a cargo de la Unidad Central de Focalización (UCF), bajo el ámbito de la Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales (DGAES)<sup>27</sup> del Ministerio de Economía y Finanzas.

El SISFOH tiene entre sus objetivos:

<sup>25</sup> Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Plan bicentenario. El Perú hacia el 2021. Página 97.

<sup>26</sup> Extraído de "Ricse, Carlos. Asistencia técnica para la implementación de Juntos 2 en las cuatro regiones prioritarias: Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco. Banco Mundial 2010". La información sintetizada fue extraída a su vez, de la página web del SISFOH (<http://sisfoh.mef.gob.pe/>).

<sup>27</sup> Con RM N° 223-2011-EF/43 se actualizó el ROF del MEF, por el cual entre otros la DGAES se divide en 4 direcciones generales. El SISFOH se encuentra adscrita a la reciente creada Dirección General de Descentralización Fiscal y Asuntos Sociales.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

- Mejorar la equidad del gasto social y contribuir a mejorar la eficiencia y eficacia de los programas sociales, identificando a los grupos que requieren más ayuda del Estado.
- Establecer procedimientos técnicos y uniformes para la identificación de los potenciales beneficiarios de los programas sociales.
- Identificar a los potenciales beneficiarios de los programas sociales. El SISFOH identifica a las personas que son elegibles y los Programas Sociales los eligen.
- Cuantificar el nivel de bienestar de los hogares empadronados, mediante la construcción del Índice de Focalización de Hogares (IFH).

Son componentes del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH):

- La Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) y su Comité Técnico Social Multisectorial;
- La Unidad Central de Focalización (UCF) en la Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales (DGAES) del MEF;
- Las Unidades Locales de Focalización (ULF) en las Municipalidades provinciales y distritales;
- Los Programas Sociales;
- Los Ministerios responsables de los programas sociales;

Hoy en día el SISFOH es una fuente muy importante de información para el Seguro Integral de Salud y otros programas sociales, con ello se busca evitar las filtraciones que impiden que los servicios lleguen a la población objetivo.

## 8. Presupuesto por Resultados (PpR)<sup>28</sup>

El Presupuesto Público es una herramienta importante para lograr que el Estado tenga capacidad de proveer de manera eficaz, oportuna, eficiente y con criterios de equidad, los bienes y servicios públicos que requiere la población, objetivo fundamental de la administración pública. Este es el principal instrumento de programación económica y financiera para el logro de las funciones del Estado de asignación, distribución y estabilización.

Por ese motivo, considerando su importancia el Gobierno a través de la aprobación de la Ley 28927- Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007-, Capítulo IV, incorpora los elementos básicos para la implantación del Presupuesto por Resultados en el Perú, estableciendo una ruta crítica para su implementación progresiva en todas las entidades de la administración pública peruana.

El PpR introduce un cambio en la forma de hacer el Presupuesto, partiendo de una visión integrada de planificación y presupuesto y la articulación de acciones y actores para la consecución de resultados. El PpR rompe además el esquema tradicional de enfoque institucional de intervenciones que generan aislamiento y nula articulación de

Exposición de Motivos. Proyecto de Ley del Presupuesto para el año Fiscal 2008.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

la intervención del Estado, a través de diseños de acciones en función a la resolución de problemas críticos que afectan a la población y que requiere de la participación de diversos actores, los mismos que alinean su accionar en tal sentido.

En efecto, el Capítulo IV de la Ley 28927 - Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, establece la implementación del Presupuesto por Resultados, encargando la responsabilidad de conducir el proceso a la Dirección Nacional del Presupuesto Público - DNPP. Dicho capítulo, en el artículo 11°, señala 11 actividades en favor de la infancia, a partir de las cuales iniciar el enfoque de una gestión presupuestaria centrada en resultados. Tales actividades son:

1. Atención de la mujer gestante.
2. Atención de niño < 29 días.
3. Atención del niño < 5 años.
4. Atención de Enfermedades diarreicas y respiratorias agudas.
5. Abastecimiento de agua segura y vigilancia y control de calidad de agua para consumo.
6. Registro de Nacimiento y de identidad.
7. Control de asistencia de profesores y alumnos.
8. Atención educativa prioritaria a niños y niñas de 5 a 7 años.
9. Formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria.
10. Supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica y capacitación a docentes.
11. Atención a infraestructura escolar en riesgo

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

En tal sentido, y como punto de partida, en el numeral 11.1 del artículo 11° de la Ley 28927 se señala que para tal implementación, se efectuará la Programación Presupuestaria Estratégica, como uno de los instrumentos del Presupuesto por Resultados, con los Pliegos:

Ministerio de Educación - MINEDU, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - MIMDES, Ministerio de Salud - MINSAL, Ministerio de Transportes y Comunicaciones - MTC, Gobiernos Regionales - GR y RENIEC.

En el marco de lo dispuesto en el Capítulo IV de la Ley 28927, la DNPP desarrolló la metodología para la Programación Presupuestaria Estratégica (PPE), la cual se aplicó, conjuntamente con los pliegos involucrados, a las 11 actividades prioritarias indicadas en el artículo 11° de la mencionada Ley. La PPE, como instrumento del PpR, aplicado a la formulación del presupuesto 2008, es el proceso sistemático de toma de decisiones sobre las intervenciones, y los recursos necesarios, para la resolución de un problema central que aqueja a la población del país. Al conjunto de intervenciones





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

diseñadas bajo este proceso se le denomina Programa Estratégico (PE). La PPE comprende una secuencia ordenada de momentos para el diseño de un conjunto articulado de intervenciones y acciones que, implementadas, posibiliten la generación de productos y el logro de resultados. A este conjunto de relaciones de causa-efecto entre las acciones y resultados se le denomina Modelo Lógico y todos los PE, deben tenerlo claramente especificado.

La aplicación de dicho instrumento, en el marco de la programación y formulación del presupuesto 2008, involucró intensas jornadas de trabajo entre los ministerios correspondientes, pliegos y gobiernos regionales, conjuntamente con la DNPP del MEF, en Lima y Provincias, y derivó en la creación de los siguientes Programas Estratégicos:

- (i) Salud Materno Neonatal
- (ii) Articulado Nutricional
- (iii) Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo
- (iv) Acceso de la Población a la Identidad
- (v) Acceso a Servicios Sociales Básicos y Oportunidades de Mercado.

La formalización en el proceso presupuestario 2008 de estos PE se dio el 04 de julio con la publicación de la Directiva N° 010-2007-EF/76.01, que fue complementaria a la Directiva N° 006-2007-EF/76.01 para la Programación y Formulación del Presupuesto Público del sector público. En esta directiva se establecieron las disposiciones para la programación y formulación de los programas piloto de presupuesto por resultados, señalando los modelos lógicos, la matriz de indicadores y las cadenas creadas en la Estructura Funcional Programática para estos 5 programas estratégicos.

En este marco, los Pliegos señalados en el numeral 11.1 han programado y formulado sus presupuestos para el 2008 en atención a las 2 directivas, una general (006-2007-EF/76.01) y otra específica (010-2007-EF/76.01). Cada uno de estos Pliegos debieron distinguir previamente las acciones asociadas a los 5 PE para ser transferidas de las cadenas presupuestarias en la que estaban cargadas hasta el 2007, hacia las cadenas creadas para los 5 PE en la Estructura Funcional Programática.

En el marco del proceso presupuestario 2008, se ha construido alrededor de cinco resultados u objetivos claves para la superación la pobreza y exclusión en el país. Estos son:

PROGRAMA ESTRATEGICO	OBJETIVOS / RESULTADOS PRIORITARIOS
1 . PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1. Reducir la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años.
2 . SALUD MATERNO NEONATAL	2. Reducir la Morbimortalidad Materna y Neonatal.
3. LOGROS DE APRENDIZAJE AL FINALIZAR EL III CICLO.	3. Conseguir que los estudiantes al finaliza el 2do grado de primaria obtengan los Niveles esperados de aprendizaje en Comunicación integral y pensamiento Lógico matemático.
4 . ACCESO DE LA POBLACION A LA IDENTIDAD	4. Reducir la proporción de peruanos que no consiguen registro de nacimiento ni el DNI.
5 . ACCESO A SERVICIOS SOCIALES BASICOS Y A OPORTUNIDADES DE MERCADO	5. Asegurar las condiciones de la viabilidad terrestre para que mejore el acceso de las poblaciones rurales pobres a los servicios sociales básicos y a oportunidades locales de mercado.



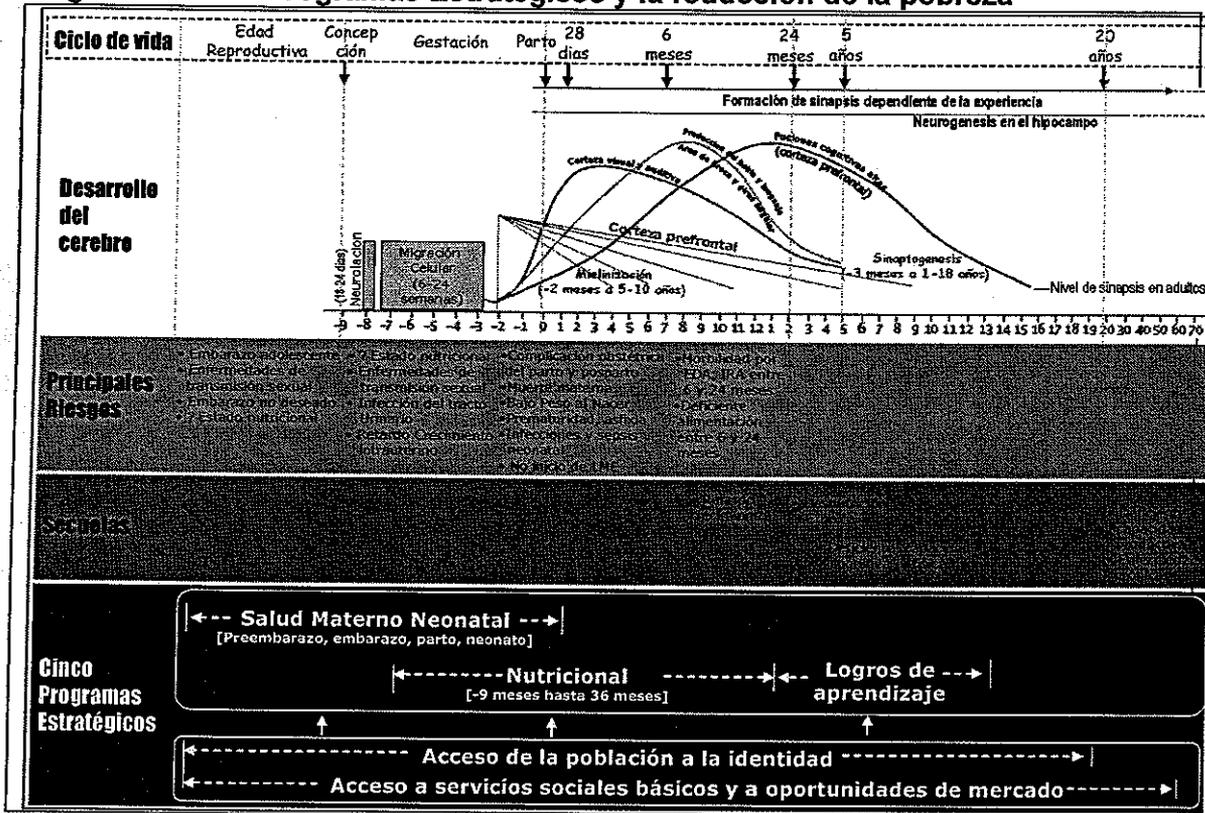


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

El enfoque de la contribución de los PE en la reducción de la pobreza y exclusión social, se resume en la figura N° 2. En ella se muestra como los PE de Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional y Logros de Aprendizaje, acompañan sucesivamente a lo largo de los primeros años de vida, con la finalidad de reducir los riesgos de morbilidad, mortalidad y de secuelas fisiológicas y funcionales, a los que están expuestos los peruanos, en particular los más pobres. Además, se señala como los PE de Acceso a la Identidad y de Acceso a Servicios Básicos y de Mercado, fortalecen la intervención de estos 3 primeros Programas Estratégicos. La figura N° 2 muestra también, la explicación fisiológica de la existencia de estos riesgos en cada etapa de estos primeros años de vida.

**Figura N° 2 Los Programas Estratégicos y la reducción de la pobreza**



En términos de la Programación Presupuestaria Estratégica, se avanzó gradualmente incorporando en los respectivos Presupuestos del Sector Público. A los 5 Programas Estratégicos diseñados en el 2008, se añaden en el 2009<sup>29</sup> 4 Programas estratégicos:

- (vi) Acceso a energía en localidades rurales
- (vii) Saneamiento Rural;
- (viii) Telecomunicaciones Rural;



<sup>29</sup> Ley 28289. Ley de Presupuesto Público para el año Fiscal 2009.



**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

- (ix) Conservación del Medio Ambiente en zonas rurales y también en zonas urbanas altamente contaminadas, como la Provincia Constitucional el Callao, La Oroya, entre otros.

Estos nueve temas representan 35 pliegos presupuestarios, de los 148 existentes.

Para el año 2010<sup>30</sup>, se incorporan 6 Programas más: x) Accidentes de Tránsito; xi) Seguridad Ciudadana; xii) Vigencia de los Derechos Humanos y Derechos Fundamentales; xiii) Mejora de la Sanidad Agraria; xiv) Incremento de la Productividad Rural de los Pequeños productores agrarios; y, xv) Incremento de la Productividad de las Micro y pequeñas empresas. Como se observa, siguió predominando el foco en la mejora en la calidad de vida y la reducción de la pobreza y la exclusión, añadiendo temas de competitividad recientemente.

Para el 2011<sup>31</sup> se incorporan: xvi) Tuberculosis, VIH-SIDA, XVII) enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, XVIII) Enfermedades no transmisibles, XIX) Trabajo Infantil, xx) Violencia Familiar y Sexual, xxi) Logros de Aprendizaje en educación primaria y Educación Básica Alternativa, xxiii) Ampliación de la base tributaria, xxiv) Control y prevención del cáncer, xxv) Seguridad Alimentaria, y, xxvi) Sostenibilidad del medio Ambiente y Mejora en el Clima de Negocios, Competitividad.

De esta manera con los programas estratégicos se involucran a casi todos los sectores: Salud, Vivienda, Educación, Agricultura, PCM, SUNAT, Energía y Minas, MIMDES, Trabajo, Interior, Justicia, Producción, Transporte y posteriormente Defensa y MEF.

La articulación entre los diferentes programas estratégicos, se observa en el figura N° 3. El eje articulador es la reducción de la pobreza, particularmente en las zonas de mayor pobreza estructural.

Un primer eje estratégico básico, es el desarrollo de capacidades en respuesta a la necesidad de contrarrestar el reducido capital humano y el bajo acceso a los servicios. 4 de los 5 primeros programas diseñados se inscribe en este eje.

Un segundo eje estratégico es incrementar las oportunidades y el acceso a los más pobres, ello para contrarrestar el desempleo, los bajos ingresos y la falta de oportunidades para los más pobres. En este eje se identifican los programas relacionados al acceso a energía, a telecomunicaciones, a servicios sociales y oportunidades de mercados, mejora de la sanidad agraria, incremento de la productividad agraria y de la micro y pequeñas empresas, gestión ambiental entre otros.

Un Tercer eje estratégico es la protección social, como respuesta a la exclusión social, la débil organización de los pobres, altos riesgos e inseguridad en sus propiedades. En este eje se inscriben los programas de seguridad ciudadana, vigencia de los derechos humanos entre otros.

<sup>30</sup> Ley 29465. Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2010

<sup>31</sup> Ley 29626. Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2011

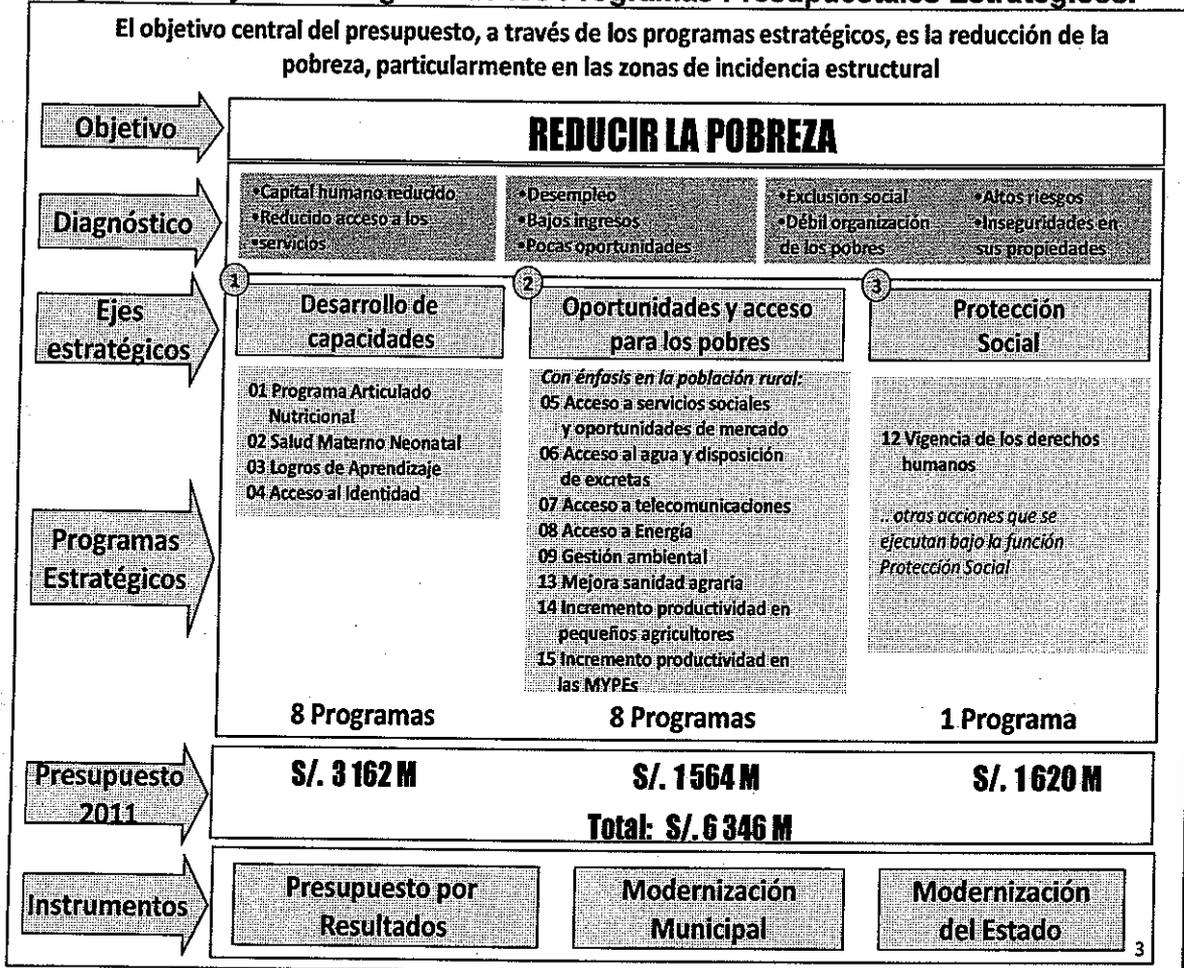




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Figura N° 3 Ejes Estratégicos de los Programas Presupuestales Estratégicos.**





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

#### **IV. EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)**

Con la Ley 29142- Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2008<sup>32</sup>, se identifican como uno de los resultados prioritarios la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, tomando en cuenta las 11 actividades identificadas como prioridad en la ley del presupuesto correspondiente al año 2007. Se diseña así el Programa Articulado Nutricional (PAN), utilizando como herramienta la Programación Presupuestaria Estratégica (PPE). El objetivo de la PPE es propiciar el desarrollo de estrategias que partiendo de una condición que afecta el bienestar ciudadano (resultado), propone líneas de acción (productos), sobre la base de evidencias, a ser financiadas con el presupuesto público. De este modo, se garantiza que los recursos sean asignados con criterio de eficiencia y, sobre todo, de eficacia.

El Programa Articulado Nutricional comprende un conjunto de estrategias específicas que articula insumos, intervenciones y productos con un conjunto de resultados, que en una lógica de causa-efecto, tienen por objetivo final reducir los elevados índices de desnutrición crónica infantil en el país, particularmente en áreas geográficas donde 1 de cada 2 niños padece de desnutrición crónica.

El Programa Articulado Nutricional tiene un desarrollo progresivo y para entenderlo mejor podríamos definir ciclos que corresponden al año de formulación y ejecución del presupuesto, de este modo el primer ciclo se inicia con el proceso de formulación del año 2007 y la ejecución del año 2008.

##### **1. Diseño del Programa (Formulación 2007, Ejecución 2008)**

El Programa Articulado Nutricional, utilizando la Programación Presupuestaria Estratégica define un modelo causal basado en evidencias, el mismo que se describe a continuación:

###### **1A Principales Factores causales que explican la desnutrición crónica.**

En la figura N° 4, se presenta las principales trayectorias de causalidad que conducen a la desnutrición crónica. En el mismo esquema al costado izquierdo de cada recuadro, con números del 1 al 5, se propone una jerarquización de cada factor. La letra "e" sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

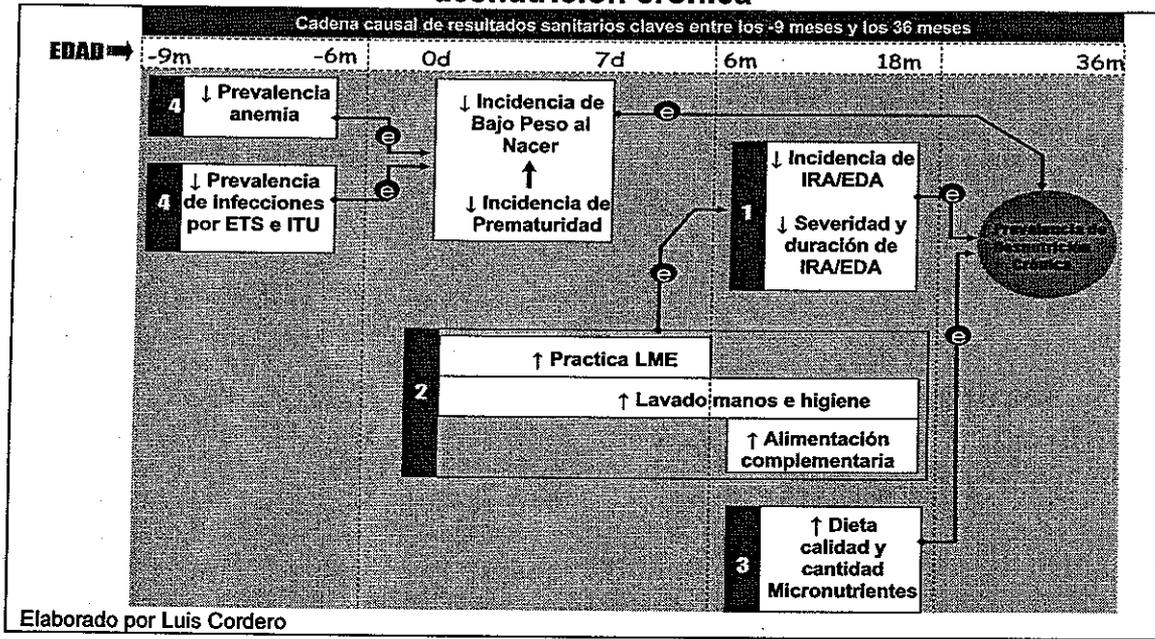


<sup>32</sup> Ley 29142, Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2008, publicado en el Diario Oficial El peruano el 7 de Diciembre 2007.





Figura N° 4. Principales trayectorias de causalidad asociados a la desnutrición crónica



Siguiendo la lógica del diagrama y por orden de relevancia, la prevalencia del retardo en el crecimiento observado en niños de 24 o más meses de edad, es resultado principalmente de las siguientes causas: La elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas y a las deficiencias en la calidad y cantidad de micronutrientes. Estos 3 factores, están íntimamente relacionados entre sí:

- (1) **La elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas** (infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda principalmente) que los niños adquieren entre los 6 y 24 meses de edad. Cuando se trata de enfermedades infecciosas, el término "carga de morbilidad", no solo hace referencia al número de niños que lo padecen, sino también la severidad y duración cada episodio. Utilizando modelos estadísticos, se ha estimado que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales.<sup>33 34 35</sup> En reiteradas investigaciones, se ha examinado la relación bidireccional que existe entre los indicadores antropométricos (z score peso/talla, z-score peso/edad) y la duración del episodio de diarrea, la severidad de la deshidratación y la tasa de letalidad. En cada caso, se ha demostrado que el estado previo de malnutrición (z-score peso/edad) se asocia con mayor severidad de la diarrea aguda.<sup>36 37 38</sup>



<sup>33</sup> Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical growth in rural Guatemala children. Am. J. Dis. Child. 129:1296-1301

<sup>34</sup> Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. G. (1977) A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. Br. J. Nutr. 37:441-450

<sup>35</sup> Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the growth of children in rural Bangladesh. Pediatrics 73:799-805

<sup>36</sup> Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. Am. J. Clin. Nutr. 39:87-94





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Asimismo, a partir de 10 estudios realizados en países en desarrollo, se estimó que un día de diarrea reduce la ganancia de peso en 10.9 gramos y que 30 días de diarrea, en el lapso de un año, se traduce en 327 gramos de déficit ponderal.

- (2) **Prácticas inadecuadas en el cuidado de los niños**, como la lactancia materna exclusiva en niños de 0 a 6 meses, el lavado de manos y la higiene personal, así como la alimentación complementaria en niños de 6 y 24 meses, predisponen a su vez a un mayor riesgo de presentar enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias agudas:
- (3) **Las deficiencias en la calidad y cantidad de la dieta** ocasionan el déficit de micronutrientes (**hierro, zinc**) en los niños de 6 a 24 meses de edad, es causa y efecto a la vez de la elevada "carga de morbilidad". Sucesivos episodios de diarrea o de infecciones respiratorias agudas ocasiona pérdidas de micronutrientes, las cuales no son compensadas por la alimentación habitual que recibe el niño, generando situaciones de déficit de dos minerales fundamentales que son el Hierro y el Zinc. A su vez, de episodio a episodio, se va instalando un ciclo pernicioso, en el cual la deficiencia de los micronutrientes incrementan la susceptibilidad para adquirir infecciones y ser más resistentes al tratamiento, y estas infecciones a su vez causa mayores pérdidas de estos micronutrientes. La deficiencia de ambos minerales, bien sea a través de las enfermedades infecciosas o de manera directa influyen en el crecimiento de los niños. En la actualidad está ampliamente documentado la relación de causalidad entre Zinc con la duración, severidad de la diarrea.

Por otro lado, son varios e importantes los eventos que ocurren en etapas previas a los 6 meses de vida que tienen repercusión directa en el crecimiento de los niños. De todos ellos, el principal es el **bajo peso al nacer (BPN)** (Ver figura 4), debido a su fuerte asociación con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas<sup>39</sup>, con tendencia a mantener bajo peso y tener muy baja resistencia ante la presencia de enfermedades durante la niñez y la adultez. Asimismo, los hijos de las niñas que nacieron con bajo peso al nacer, cuando en la edad adulta resulten embarazadas, tendrán mayor riesgo de presentar bajo peso al nacer, reproduciéndose de esta manera de generación a generación el retardo en el crecimiento. A la par del BPN, está presente otro factor que es la **prematuridad**. Estos dos factores son resultado de condiciones de salud que la madre experimenta durante el primer trimestre del embarazo. **El Bajo Peso al Nacer y la prematuridad** son condiciones que ocurren antes del nacimiento, fundamentalmente durante el primer trimestre (Ver figura 4).

- (4) **Anemia**: La anemia es un factor causal relevante debidamente documentado con evidencias disponibles, sin embargo, se debe mencionar que no está de

Palmer, D. L., Koster, F. T., Alam, A.K.M.J. & Islam, M. R. (1976) Nutritional status: a determinant of severity of diarrhea in patients with cholera. *J. Infect. Dis.* 134:8-14.

<sup>38</sup> Samadi, A., Chowdhury, A. I., Huq, M. I. & Shahid, N. S. (1985) Risk factors for death in complicated diarrhoea of children. *Br. Med. J.* 290:1615-1617.

<sup>39</sup> Grande C, Largaña A. Contribución de la prematuridad extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. *Rev. Hosp. Materno-Infantil Ramón Sarda* 2003;22(1):11-15





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

manera definitiva esclarecida el rol de los programas de asistencia alimentaria durante el embarazo para reducir la anemia.

- (5) **Infecciones por ETS e ITU:** la adquisición de infecciones tanto del tracto urinario y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) también son causantes del bajo peso al nacer y de la prematuridad, que están íntimamente asociados y también son consecuencia de las infecciones que la gestante experimenta durante el primer trimestre.

### 1.B Principales intervenciones del Programa Articulado Nutricional

Considerando las principales trayectorias de causalidad del problema de la Desnutrición Crónica Infantil, se ha trazado los principales ejes de las intervenciones, los que a continuación se detallan: El Programa se focaliza en dos momentos de ciclo de vida:

- i) Reducir la morbilidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias y la deficiencia de micronutrientes con énfasis en el grupo de niños y niñas de 6 a 24 meses a través de:
- Incrementar la adopción por parte de las familias de tres prácticas priorizadas además de otros comportamientos: la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses, el lavado de manos con agua y jabón y la adecuada alimentación complementaria del niño entre los 6 y 24 meses. Estas tres prácticas son estimuladas por medio de consejerías y sesiones demostrativas de preparación de alimentos entregadas a las madres durante el Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño. Desde el año 2009, el Ministerio de Salud modifica la Norma de atención del niño<sup>40</sup>, e incrementa la frecuencia de atención de CRED a los niños menores de 3 años, además de enfatizar las actividades de consejería en las 3 prácticas priorizadas. Adicionalmente se entrega complemento nutricional, en particular micronutrientes (sulfato ferroso y vitamina A principalmente a partir de los 6 meses de edad).
  - De desarrollar, con participación de la comunidad y sus autoridades, entornos que contribuyan a facilitar la adopción de las prácticas. Específicamente, mediante la constitución de municipios y escuelas saludables se espera fortalecer el vínculo de comunidad, gobierno local y servicios de salud, de tal manera que se incremente las iniciativas locales para realizar actividades de promoción de la salud. Entre las actividades identificadas como prioritarias es la constitución de los sistemas de vigilancia comunal, los sistemas de referencia comunal, la provisión de agua y saneamiento, la ejecución de acciones de información, educación y comunicación que promueven las prácticas priorizadas.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

- Disminuir la duración y severidad de los episodios de las enfermedades de diarreica aguda e infección respiratoria aguda mediante la aplicación correcta del AIEPI clínico. Desde el 2009<sup>41</sup>, en el Perú, con el propósito de reducir la incidencia de las dos enfermedades infecciosas, se introduce dos vacunas una contra el virus rotavirus (agente causante de la diarrea) y otra contra el neumococo (principal causa de los casos de infección respiratoria aguda). En esta línea el Programa también incluye las acciones de vigilancia de la calidad del agua de consumo y el desarrollo de proyectos de agua y saneamiento básico para las zonas rurales.
- ii) Reducir la prevalencia de la **anemia y de las infecciones específicamente en el primer trimestre de embarazo** a través de prioritariamente:
- Incrementar el inicio de la atención prenatal con exámenes de laboratorio básicos en el primer trimestre resultado de intensificar la constitución y consolidación de los sistemas de vigilancia comunal.
  - Mejorar la calidad de consejería de la Atención Prenatal (APN) que se entrega en establecimientos del primer nivel de atención. Esto incluye la prescripción del sulfato ferroso y del ácido fólico.

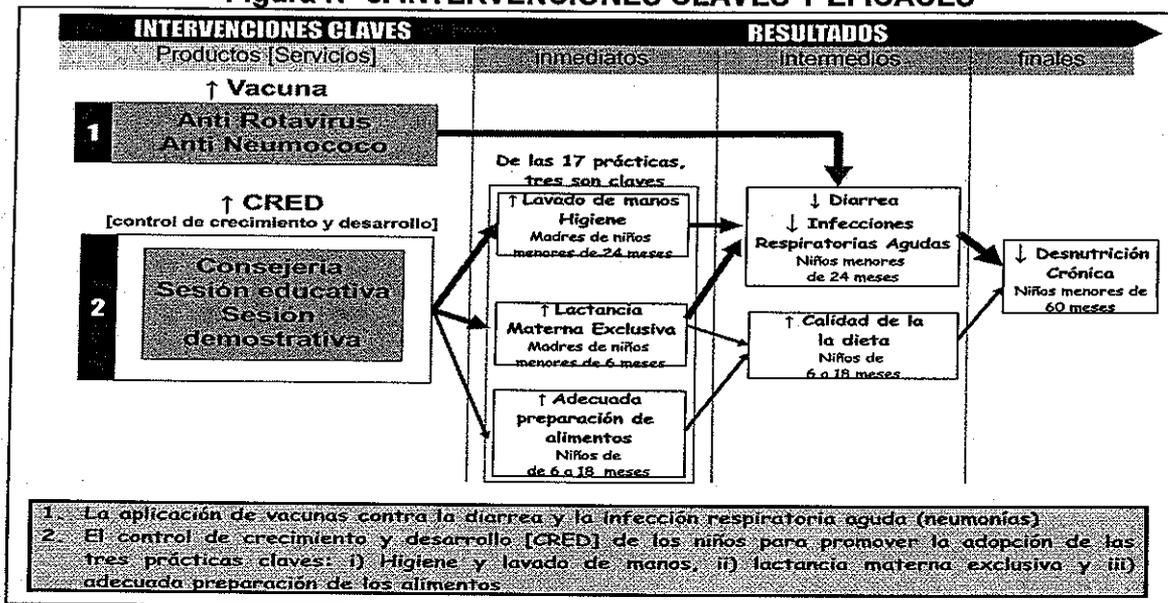
En la figura N° 5, se presenta el esquema de intervenciones claves asociadas a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. Las intervenciones claves constituyen productos del Programa Articulado Nutricional, la aplicación de vacunas contra el Rotavirus y el Neumococo forman parte del producto "NIÑOS PROTEGIDOS CON VACUNA COMPLETA PARA LA EDAD" y las actividades de consejería, sesiones educativas y demostrativas, para promover 3 prácticas saludables en la madre y el niño (Lactancia materna exclusiva, lavado de manos y alimentación complementaria) constituyen el producto "NIÑOS CON CRED COMPLETO PARA LA EDAD".



<sup>41</sup> Resolución Ministerial 457-2009/MINSA. NTS 080-MINSA/DGSP v.01. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM457-2009.pdf>



Figura N° 5. INTERVENCIONES CLAVES Y EFICACES



Estos Intervenciones que constituyen productos forman parte del Modelo Lógico del programa, que a su vez involucra otras intervenciones que en conjunto son 29. Estos productos tienen expresión presupuestal como Finalidades

### 1C Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional

Si bien la aplicación de vacunas contra el rotavirus y neumococo, así como la atención con consejería para la adopción de prácticas claves en el niño el programa cuenta con más intervenciones que constituyen el modelo Lógico del Programa y la participación de varias entidades tanto del nivel nacional, regional y local. En la figura N° 6, se muestra el modelo Lógico del Programa.

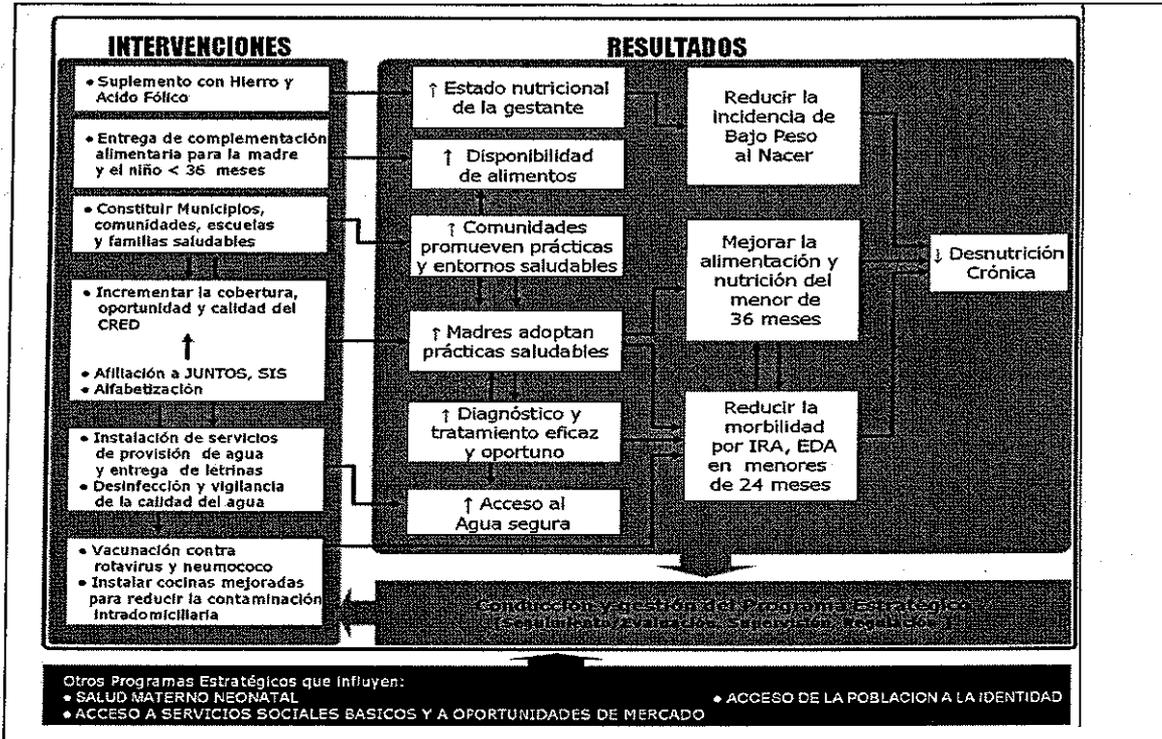




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Figura N° 6. MODELO LOGICO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL



**Resultados Esperados**

Los resultados que se esperan logran con la aplicación del Programa Articulado Nutricional son los siguientes

**Resultado Final**

Reducir la prevalencia de desnutrición en niños y niñas menores de 60 meses.

**Resultados Intermedios**

- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
- Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes
- Reducir la incidencia de bajo peso al nacer

**Resultados inmediatos**

Para mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses se espera lograr:

Mayor número de comunidades que promueven prácticas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación para el menor de 36 meses.

Mayor número de hogares que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses.

Alimentos disponibles y de calidad para la alimentación del menor de 36 meses





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Para reducir la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes se espera:**

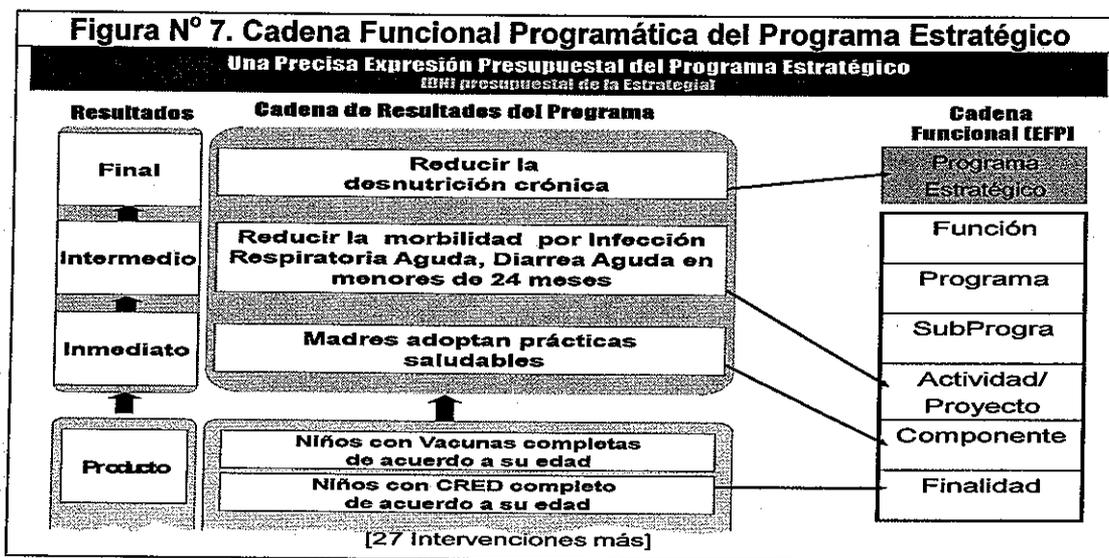
- Incrementar el acceso y Uso de Agua Segura
- Incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la infección respiratoria aguda, diarreas agudas y otras enfermedades prevalentes regionales

**Para reducir la incidencia de bajo peso al nacer se espera lograr:**

- Mejorar nutrición de gestante

**1D Expresión Presupuestal de los productos y resultados del programa en la cadena Funcional Programática**

Un aspecto importante para la implementación del programa estratégico es la expresión presupuestal del Producto en la cadena Funcional Programática. Tanto los productos como la cadena de resultados tienen expresión presupuestal, tienen códigos estándares que son utilizados por todas las entidades de los diferentes niveles del Gobierno. Las intervenciones claves tienen un código presupuestal que permanece en el tiempo aun con el cambio del año fiscal. De esta manera el Resultado Final "Reducir la Desnutrición Crónica Infantil", se relaciona con la denominación del Programa Estratégico, el resultado intermedio "Reducir la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda, Diarrea Aguda en menores de 24 meses" con la **Actividad** en la cadena funcional, el resultado inmediato "Madres adoptan prácticas" con **componente** y el producto "Niños con CRED completo para la edad" o Niños protegidos con **vacuna**", se relaciona con la finalidad.



El conjunto de las 2 intervenciones claves más otras 27 constituyen los productos involucrados en el programa Articulado Nutricional, los que se detallan a continuación:





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

- 33244. Vigilancia, Investigación y Tecnologías en Nutrición
- 33245. Calificación de Municipios Saludables
- 33247. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Nutrición
- 33248. Municipios Saludables Promueven el Cuidado Infantil y la adecuada alimentación\*
- 33249. Comunidades Saludables Promueven el Cuidado Infantil y la Adecuada alimentación
- 33250. Instituciones Educativas Saludables Promueven el Cuidado Infantil y la adecuada alimentación
- 33251. Familias Saludables con Conocimientos para el Cuidado Infantil, Lactancia Materna Exclusiva y la Adecuada Alimentación y Protección del Menor De 36 Meses
- 33252. Hogares Con "Cocinas Mejoradas"
- 33253. Hogares Pobres Afiliados Al "Programa Juntos"
- 33254. Niños Con Vacuna Completa
- 33255. Niños Con CRED Completo Según Edad
- 33256. Niños Con Suplemento De Hierro Y Vitamina A
- 33257. Mujeres Analfabetas que Acceden al Programa Nacional de Movilización para la Alfabetización
- 33258. Control de Calidad Nutricional de los Alimentos
- 33259. Niños Menores de 3 Años Atendidos con Complementación Alimentaria
- 33260. Vigilancia de la Calidad del Agua para el Consumo Humano
- 33308. Desinfección Y/O Tratamiento del Agua para el Consumo Humano\*
- 33309. Hogares Rurales con Servicios De Agua (Instalación de Plantas)
- 33310. Hogares con Acceso a Saneamiento Básico (Letrinas)
- 33311. Atención Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
- 33312. Atención Enfermedades diarreicas agudas (EDA)
- 33313. Atención IRA Con Complicaciones
- 33314. Atención EDA Con Complicaciones
- 33315. Atención de Otras Enfermedades Prevalentes
- 33317. Gestante con Suplemento de Hierro y Acido Fólico
- 33318. Gestantes Atendidas con Complementación Alimentaria
- 33413. Madres Lactantes Atendidas Con Complementación Alimentaria
- 33414. Atención De Niños y Niñas Con Parasitosis Intestinal
- 44276. Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control del Programa Articulado Nutricional

**Instituciones públicas involucradas en la implementación del programa**

En la implementación del programa, participan instituciones de los diferentes niveles de Gobierno. Están involucradas instituciones de diferentes sectores, de la PCM, del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Seguro Integral de Salud, Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales. Responsabilizar alrededor del **Producto** a los decisores gerenciales, funcionales y políticos es muy importante para el éxito del programa, ello compromete a las instituciones que representan.

Las instituciones involucradas en la implementación del programa, son responsables de los productos, de las metas físicas, la calidad y la cobertura del producto. Así las



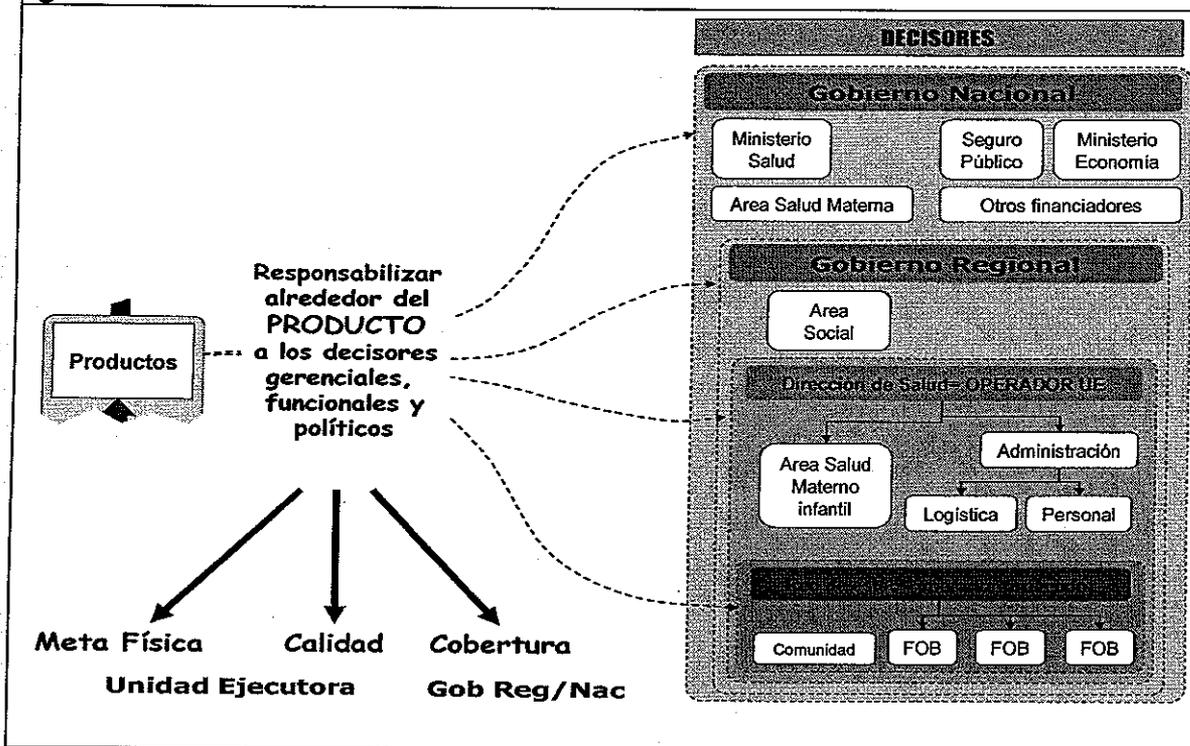


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

entidades del Gobierno Nacional involucradas son: Ministerio de Salud con sus órganos de Línea (Dirección General de Salud de las Personas y estrategias sanitarias de inmunizaciones), Seguro Integral de salud, Ministerio de Economía y Finanzas. En los niveles de Gobierno Regional, los responsables son las gerencias de desarrollo social y las Direcciones de Salud y sus Unidades ejecutoras, responsables de la administración del presupuesto para que un conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad atiendan a una población determinada. Estas unidades ejecutoras tienen áreas técnicas (área de salud materna infantil) y administrativas (Logística, personal, etc).

**Figura N° 8 Entidades Involucradas en la Gestión de Productos por niveles de gobierno**



En la Gestión del programa, las entidades públicas tienen diferentes responsabilidades, como órganos rectores, las entidades del Gobierno nacional como el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de salud, JUNTOS y PRONA, establecen el modelo operativo de los productos que tienen bajo su responsabilidad, ello implica la descripción detallada de las intervenciones que forman parte del producto y el estándar de calidad de los mismos, así como los criterios para establecer la meta física, todo ello forma parte de las definiciones operacionales de los productos. A partir de estas definiciones se pueden establecer un listado de insumos (bienes y servicios) vinculados a los productos para posteriormente definir los costos estándares de la entrega del producto a los beneficiarios y así determinar el presupuesto requerido por la entidad. Estas entidades, también ejecutan fondos directamente para la entrega del producto a los beneficiarios. Por otro lado están las entidades del Gobierno Nacional



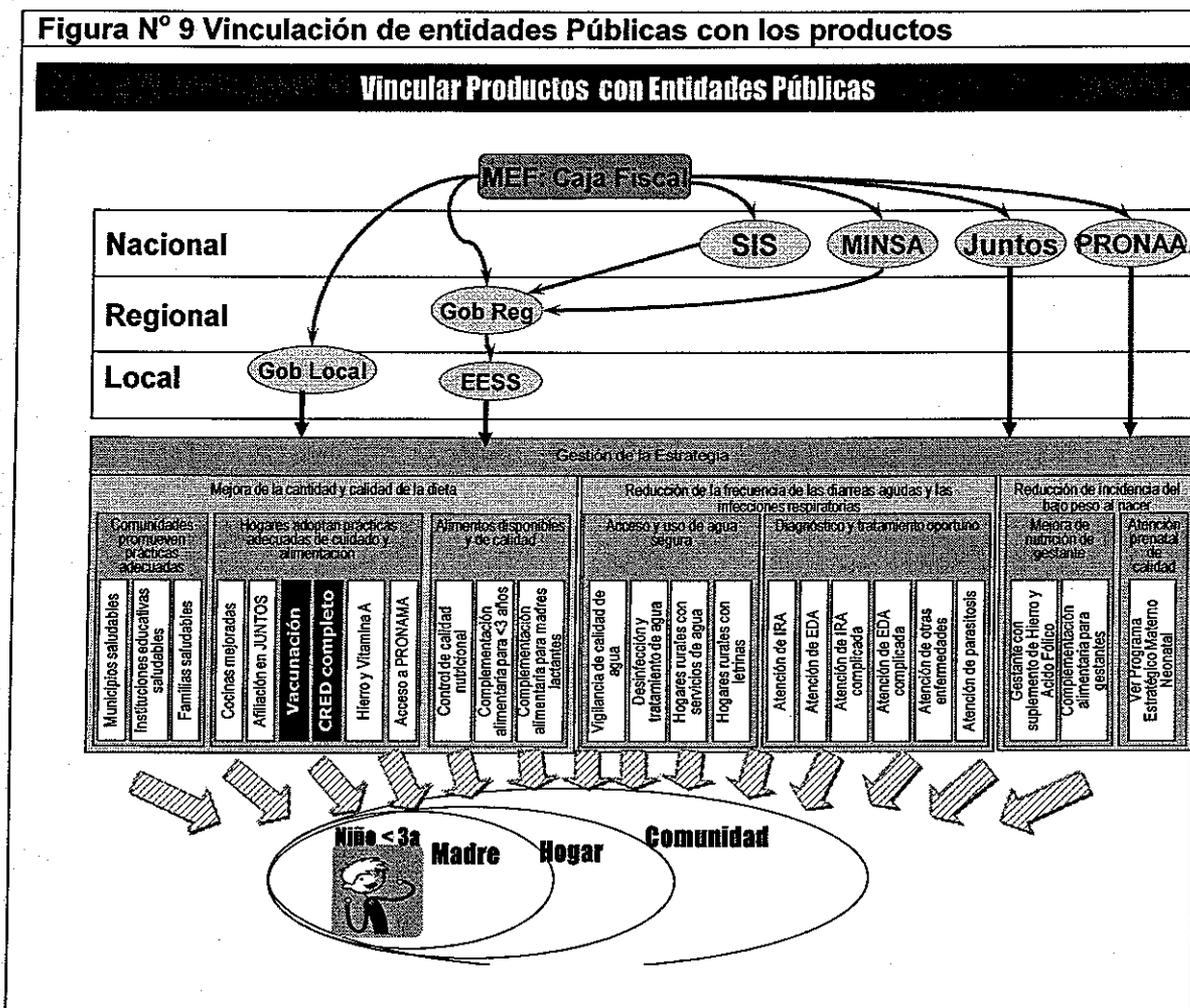


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

como el Seguro Integral de Salud, que transfieren fondos a los gobiernos regionales para financiar parte de los costos de los productos contra un estándar establecido. Todas estas entidades tienen asignado presupuesto para el conjunto de intervenciones desde el ejercicio presupuestal 2008<sup>42</sup>.

Por otro lado están los Gobiernos Regionales que a través de más de 150 unidades ejecutoras y de más de 7,000 establecimientos de salud son responsables de la entrega directa de los productos a los beneficiarios (niños menores de 3 años, madres, hogares y comunidades). En la figura N° 9 se muestra la vinculación entre las entidades alrededor de los productos.



**Seguimiento y Monitoreo del Programa**

La medición periódica de la magnitud de los cambios obtenidos a través de indicadores de resultados y de productos es muy importante para evaluar el avance del programa. Ello se hace sobre la línea que conecta los insumos y los resultados que forman parte del Modelo Lógico del programa.



<sup>42</sup> Exposición de motivos para el pre proyecto de ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2008. Página

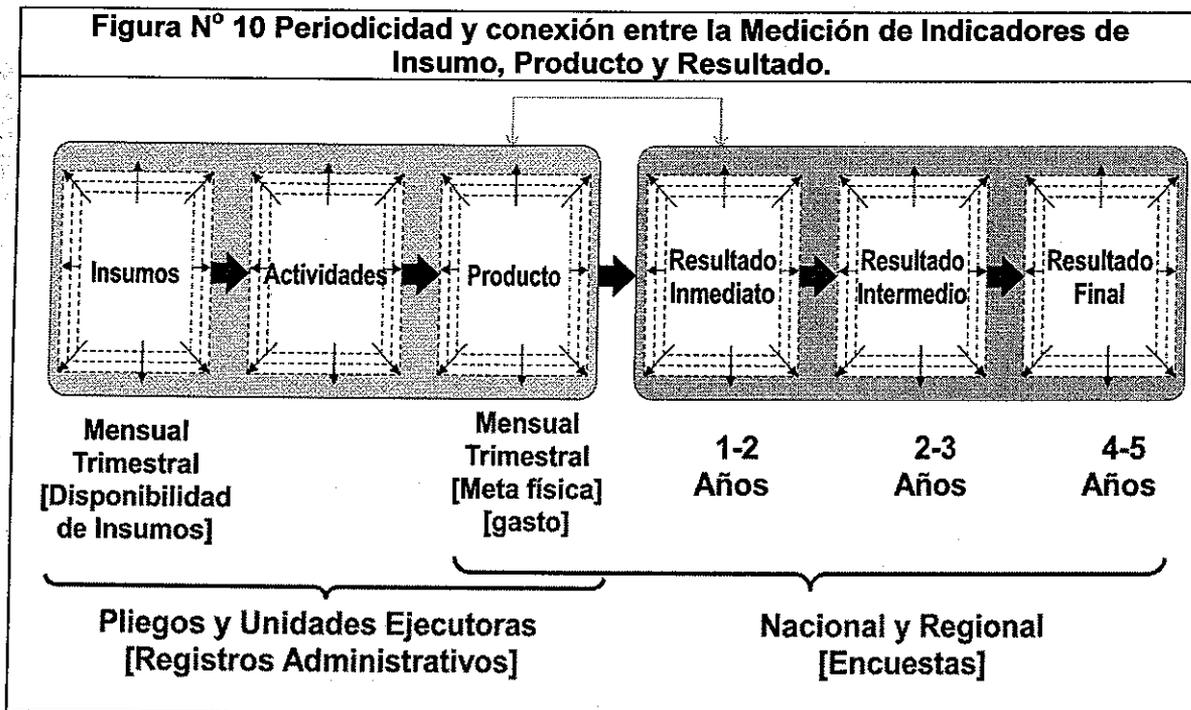


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

La medición de los indicadores si bien pueden hacerse anualmente, el análisis se hace considerando periodos de 4 a 5 años para el resultado final, 2 a 3 años para el resultado intermedio y de 1 a 2 años para los resultados inmediatos. Los cambios en los resultados se hacen a través de encuestas nacionales que se realizan con periodicidad anual para el ámbito nacional, áreas y dominios de residencia, departamental etc. Por otro lado los indicadores de producto podrían medirse de manera mensual, trimestral o anual, para ello se hacen uso de registros administrativos, pero también se hace uso de encuestas nacionales, sobre todo para aquellos casos donde se quiere medir la cobertura del producto.

Otro cambio que se mide es la disponibilidad de insumos críticos relacionados a la entrega del producto, por ejemplo la disponibilidad de vacunas o cualquier otro medicamento en los establecimientos de salud (puntos de atención directa al beneficiario), igualmente la disponibilidad de equipos y de recursos humanos críticos, sin los cuales el incremento en la cobertura de los productos no se garantiza. Se mide con una periodicidad mensual o trimestral. En la figura N° 10 se observa la conexión entre lo indicadores de insumos, productos y resultados.



Los indicadores expresan los cambios que se espera obtener con las intervenciones propuestas. De esta manera para el Programa Articulado Nutricional el Resultado Final esperado es la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 año, el resultado intermedio es Reducir los casos de niños con diarrea y Neumonía por estar directamente relacionado a la Desnutrición crónica, uno de los resultados inmediatos es incrementar el número y la proporción de madres que adoptan prácticas el lavado de manos y la lactancia materna exclusiva.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Por otro lado es indicador de producto, incrementar la cobertura del servicio de control de crecimiento y desarrollo (CRED) y de las vacunas. El incremento conlleva un mayor número de atenciones de CRED por niño y el incremento de la cobertura medida por la proporción de niños que reciben atenciones de CRED completo para la edad. Del mismo modo, para el caso de vacuna el incremento es en el número de vacunas (se agrega vacunas contra el neumococo y rotavirus) y en la proporción de niños que reciben las vacunas completa para la edad según el nuevo esquema de vacunación del MINSA.

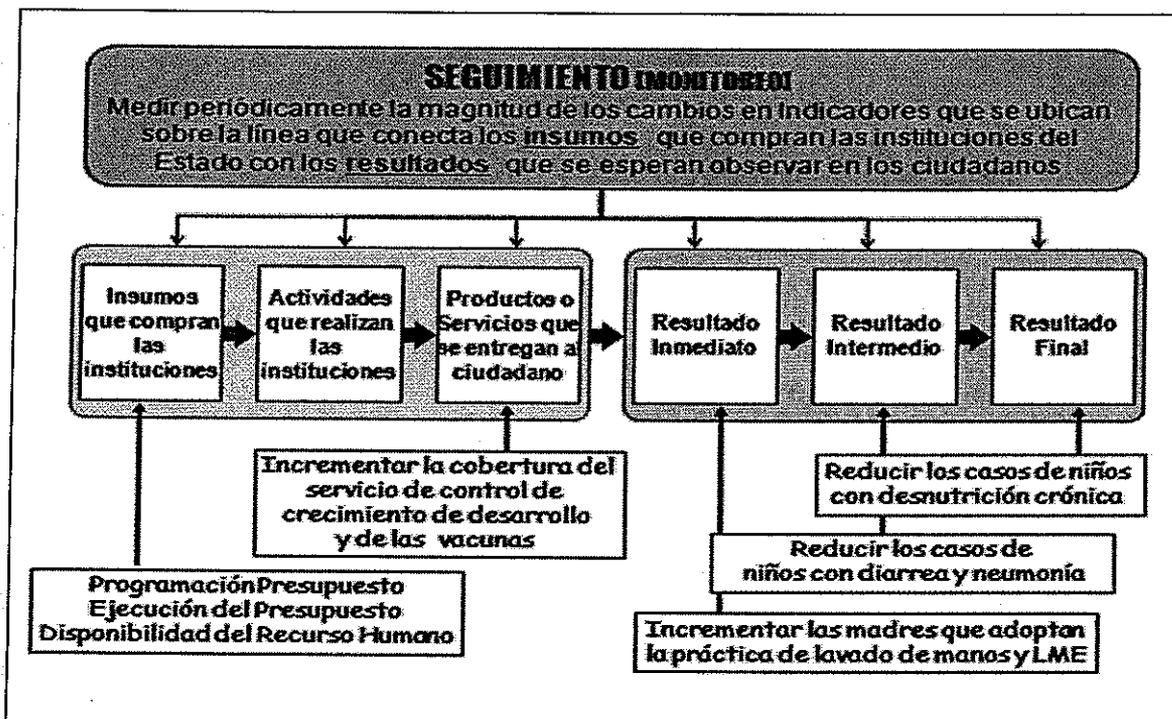
Para la entrega del producto a los ciudadanos, se realizan un conjunto de actividades (proceso) que usan insumos. La medición para el caso de los Insumos, está referido a la disponibilidad (stock suficiente) de determinados tipos de insumos, ello pasa por la programación presupuestal y la ejecución del presupuesto (adquisiciones). Con todo ello se entiende que los insumos deben estar disponibles (stock suficiente) en los puntos de atención (establecimientos de salud) para garantizar la entrega oportuna del producto. Por ejemplo en un hospital donde todos los días nacen niños, antes del alta deben recibir las vacunas, pero si estas no están disponibles el niño perderá la oportunidad de tener vacuna completa para la edad. Igualmente el niño puede acudir al establecimiento a recibir su vacuna, pero por falta de una cadena de frío o por falta de la enfermera que aplique la vacuna este no recibe la vacuna, entonces por falta de disponibilidad de insumos críticos se afecta la cobertura de productos.

En la figura N° 11 se muestra como se conecta la medición periódica de la magnitud de los cambios en Indicadores que se ubican sobre la línea de los **insumos** que compran las instituciones del Estado con los **resultados** que se esperan observar en los ciudadanos





Figura N° 11 Conexión entre medición de la disponibilidad de insumos y los cambios esperados en la población



La medición periódica de los indicadores de productos y de insumos, se realiza periódicamente haciendo uso de registros administrativos existentes, entre ellos el SIAF, el SIGA, el SIS.

El Sistema Integrado de administración Financiera (SIAF), es una información utilizada en el proceso presupuestario y es administrativa por el Ministerio de Economía y Finanzas. Está instalado en más de 1700 unidades ejecutoras de los diferentes niveles de gobierno. A través de este sistema de información, se puede medir en los diferentes procesos de programación, formulación, ejecución y evaluación. En el proceso de programación, se mide la relación del presupuesto requerido en función de la meta física del producto, en el proceso de formulación el presupuesto asignado y la priorización de intervenciones (productos), la priorización de ámbitos de intervención. Para el caso del Programa Articulado Nutricional, se mide la proporción de presupuesto asignado para las intervenciones claves como CRED y vacunas, y el presupuesto per cápita asignado por niño que recibe CRED o vacuna, para diferentes departamentos. En el proceso de ejecución, se mide el presupuesto ejecutado en relación al avance de meta física, la proporción de ejecución según lo programado, la evaluación debería permitir medir la proporción del presupuesto ejecutado en partidas específicas utilizadas para la adquisición de insumos (bienes y servicios) críticos relacionados a los productos, por ejemplo la proporción del presupuesto utilizado en la adquisición de vacunas tiene relación con lo programado previamente.

El Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA), brinda información del proceso de adquisiciones y de la disponibilidad de activos fijos. Permite medir la





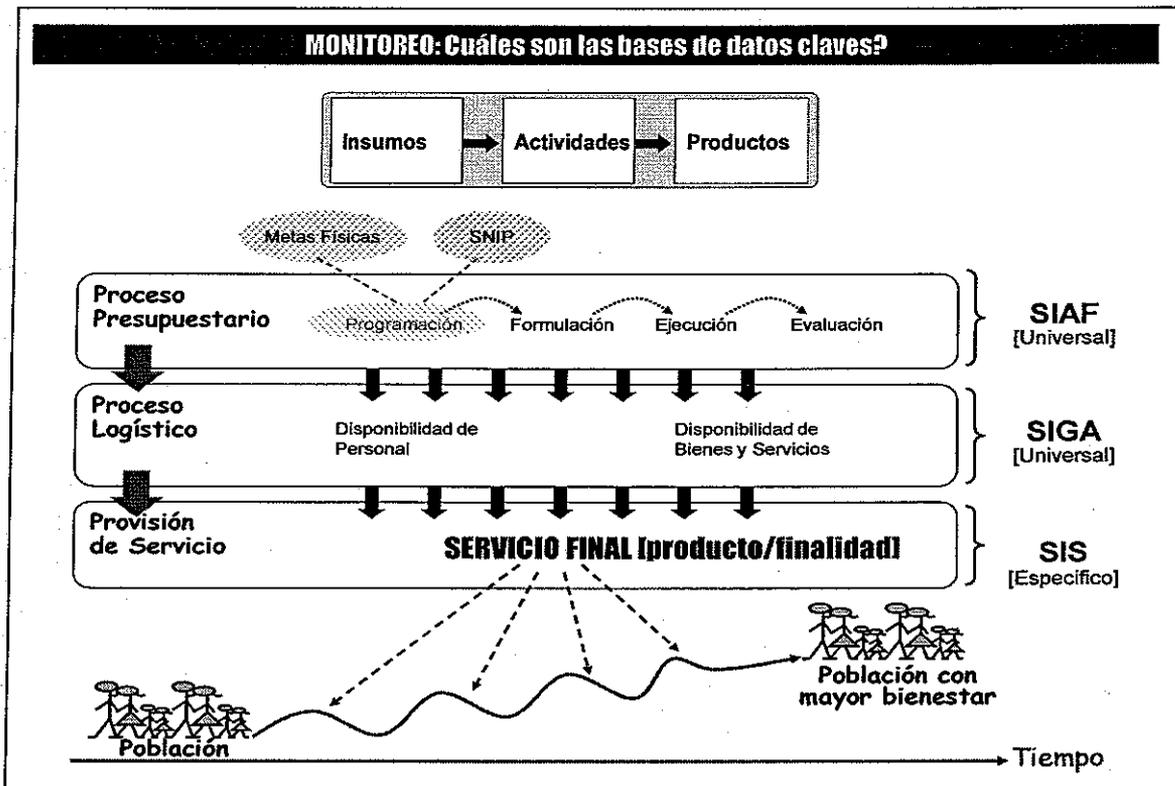
**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

disponibilidad de insumos adquiridos, los ingresados en almacenes, los distribuidos a los puntos de atención, etc. También brinda información sobre si los insumos adquiridos guardan relación con los productos, así como de la disponibilidad de activos fijos críticos para la entrega de los productos a los beneficiarios. El SIGA viene siendo utilizada por la mayoría de unidades ejecutoras que ejecutan productos del Programa articulado Nutricional, más de 170 entidades del Ministerio de Salud y de los Gobiernos regionales.

El Seguro Integral de Salud (SIS), cuenta con registros de las atenciones y de los afiliados que reciben las atenciones, proporciona información de la cantidad de servicios entregados pero también de la cobertura de productos en los afiliados, como por ejemplo la proporción de niños afiliados al CRED que reciben el número de atenciones según el estándar. En el Gráfico No se muestra el esquema de datos claves y proceso donde se debe hacer seguimiento de indicadores de insumos y productos.

**Figura No 12. Seguimiento de indicadores en registros administrativos de las entidades**





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

## **2. Alineamiento de la Estrategia (Formulación 2008, Ejecución 2009)**

Con la Ley 22289, Ley del presupuesto Público para el año fiscal 2009<sup>43</sup>, se profundiza la aplicación del Presupuesto por Resultados, incorporando el capítulo IV "Presupuesto por Resultados (PpR)" en el Título III, "Normas Complementarias para la Gestión Presupuestaria", de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto. Se establecen el Presupuesto por Resultados, como una metodología que se aplica progresivamente al proceso presupuestario y que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto, en una visión de logro de productos, resultados y uso eficaz y eficiente de los recursos del Estado a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales de asignación del presupuesto público y mejorando los sistemas de gestión administrativa del Estado. Se refiere a un conjunto de instrumentos tales como la programación presupuestaria estratégica, el seguimiento de productos y resultados a través de indicadores de desempeño y las evaluaciones independientes, entre otros. Un aspecto importante estaba referido a la protección de los programas, para evitar que las instituciones utilicen los recursos destinados a los programas estratégicos para otros fines.

### **2.A Consistencia de la meta física del producto y el presupuesto asignado**

La meta física que representa la cantidad de beneficiarios que reciben un determinado producto, debería guardar coherencia entre las entidades responsables de la ejecución del producto. En la figura N° 13 se muestra que para el año 2008, las metas programadas de los productos Niños con vacuna completa y niños con CRED completo. Para el caso de niños con vacuna completa la meta programada por el MINSA (responsable de la adquisición de las vacunas) es 2 veces la meta programada por las entidades que entregan directamente el producto (Gobiernos Regionales y MINSA para Lima metropolitana). Para el caso del CRED, la meta física programada por el SIS que financia las intervenciones de CRED completo es solamente 80% de la meta física programada por los prestadores (Gobiernos regionales y el MINSA).



Ley 22289, Ley del Presupuesto Público para el año fiscal 2009. Publicado en el Diario Oficial El peruano 11 de Diciembre 2008



**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Figura N° 13. Relación entre Meta Física y Presupuesto asignado**

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL							
FINALIDADES [28] PRODUCTOS		Nacional		Regional Proveedor del servicio			
		Pliego		Pliego			
		011 MINSA	135 SIS	001 PCM	011 MINSA	039 MIMDES	131 INS
33252. HOGARES CON COCINAS MEJORADAS	MF					57,248	27,235
	SI					6,315,987	286,520
33253. HOGARES POBRES AFILIADOS AL	MF			263,280			37,528
	SI			633,752,752			52,555
33254. NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	MF	2,361,994			406,326		851,816
	SI	92,160,702			3,795,946		6,025,825
33255. NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD	MF		958,566		254,711		856,480
	SI		3,594,718		3,722,854		5,921,641

Es una finalidad COMPARTIDA  
UE MINSA (Salaverry) + Pliegos Regionales

	UE MINSA (Salaverry)	PLIEGO REGIONAL
Meta FISICA	2'361,994	1'258,141
PIA 2008	92'160,702	9'821,801

Por otro lado en regiones pobres, cuya prevalencia de desnutrición infantil es alta, el presupuesto programado por las entidades para intervenciones claves como las vacunas y el CRED eran exiguas y algunas veces inexistentes. En la tabla N° 1 se observa que para el año 2008 en el departamento de Amazonas la meta física programada para el producto NIÑOS CON VACUNA COMPLETA Y NIÑOS CON CRED COMPLETO, era de 456 y 527 niños respectivamente, que representan apenas el 10% y 20% de lo programado por el MINSA y el SIS para los mismos productos para el mismo departamento. Más aun entidades como la DIRESA Amazonas, no había programado presupuesto para la atención de niños con CRED completo para la edad y la Red Bagua había programado 120 soles para 200 niños, menos de 1 sol por niño.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Tabla N° 1 Presupuesto y Meta física para productos claves**

		NACIONAL		REGIONAL			Pirgeos Regionales
		011 MINSAs	135 SIS	001 POM	011 MINSAs	039 MIMDE S	
33254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	MF	42,353	→				456
	PIA	827,838					21,888
33255 NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD	MF		←	21,165			527
	PIA			61,589			19,501

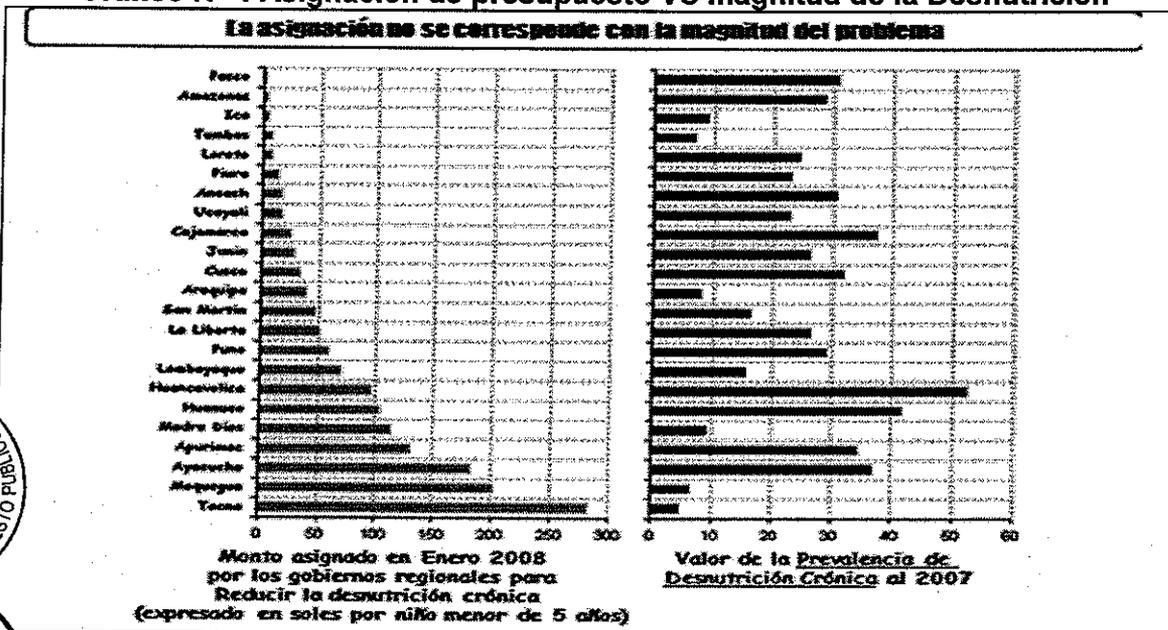
  

	MF	PIA
UE Bagua	→ 200	s/ 120.0
UE DIRESA	→ 0	s/ 0.0
UE 403	→ 327	s/ 19,381.0
	<b>527</b>	<b>19,501.0</b>

**2C Consistencia entre la asignación del presupuesto y la magnitud del problema según ámbito de intervención**

Otro problema identificado en la implementación del programa, es que la asignación per cápita por niño no se correspondía con la magnitud del problema. Así la asignación per cápita por niño en los departamentos de Pasco y Amazonas era inferior a 5 soles, mientras que en departamento como Tacna y Moquegua la asignación para el Programa Articulado nutricional pasaban de 200 soles por niño, no obstante que en estos departamento la prevalencia de desnutrición crónica eran las más bajas e inclusive estaban por debajo de la meta nacional establecida para el año 2011.

**Grafico N° 4 Asignación de presupuesto VS magnitud de la Desnutrición**





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**2B Consistencia entre la asignación del presupuesto y los resultados esperados**

Si la asignación ya era un problema, al primer semestre del 2009 los dos indicadores correspondientes a las intervenciones claves no mostraban una tendencia positiva tal como se muestra en la tabla N° 2. Por el contrario, la cobertura de vacunas descendía, esta situación se explicaba por la descentralización. En el ámbito rural, en la sierra y en quintil 1 la situación de los datos eran más que insatisfactorios, el esfuerzo en lo que restaba del año era buscar mecanismos para reasignar el presupuesto y entender porque no se estaban produciendo los cambios esperados.

**Tabla N°2 Situación de los indicadores de Cobertura de los dos Productos Claves**

	Vacunas[<36 meses]				CRED [<36 meses]		
	2005	2007	2008	2009	2007	2008	2009
<b>Nacional</b>	<b>65.6</b>	<b>61.3</b>	<b>55.0</b>	<b>53.5</b>	<b>17.0</b>	<b>16.4</b>	<b>18.9</b>
<b>Área de residencia</b>							
Urbana	64.2	61.3	56.4	54.5	17.5	16.9	19.6
Rural	67.5	61.4	52.6	51.5	16.2	15.6	17.5
<b>Región natural</b>							
Lima Metropolitana	63.6	64.0	58.5	56.2	22.1	17.0	21.8
Resto Costa	63.2	61.1	54.9	54.4	19.2	16.7	18.6
Sierra	64.5	60.4	51.0	52.6	15.4	16.8	19.3
Selva	74.3	61.7	60.8	50.1	10.8	14.1	12.1
<b>Quintiles de Riqueza</b>							
Quintil inferior	71.0	55.1	49.4	44.3	13.3	12.6	13.8
Segundo quintil	57.7	65.0	54.2	52.4	15.3	15.9	16.2
Quintil intermedio	73.3	56.7	53.6	50.7	15.0	15.8	15.5
Cuarto Quintil	59.2	54.3	51.0	56.1	18.8	14.1	19.8
Quintil superior	69.6	73.9	63.5	60.5	22.9	21.7	29.2

Fuente: ENDES primer semestre del 2009. INEI

Si bien con la implementación del programa ya se había articulado un conjunto de actores, se había logrado una mayor asignación de presupuesto y se estaba dando el proceso de descentralización que debería permitir un mayor acercamiento a los ciudadanos, esto no necesariamente se reflejaba en los cambios esperados. Esto se debe que la organización del Estado está desconectada de las necesidades del ciudadano, por eso no obstante la descentralización y la mayor asignación presupuestal, no se traducían en mayores servicios para los ciudadanos. El reto era entonces alinear a las Entidades a un Programa cuyo diseño está centrado en el ciudadano.

Partiendo de las necesidades del ciudadano reconocidas por el estado, expresado en resultados que se quieren lograr, expresados en el modelo lógico del programa se tienen un conjunto de intervenciones claves que son productos (servicios) entregados por el estado al ciudadano para satisfacer sus necesidades. La responsabilidad del logro de resultados es de todo el estado, pero las instituciones del estado involucradas



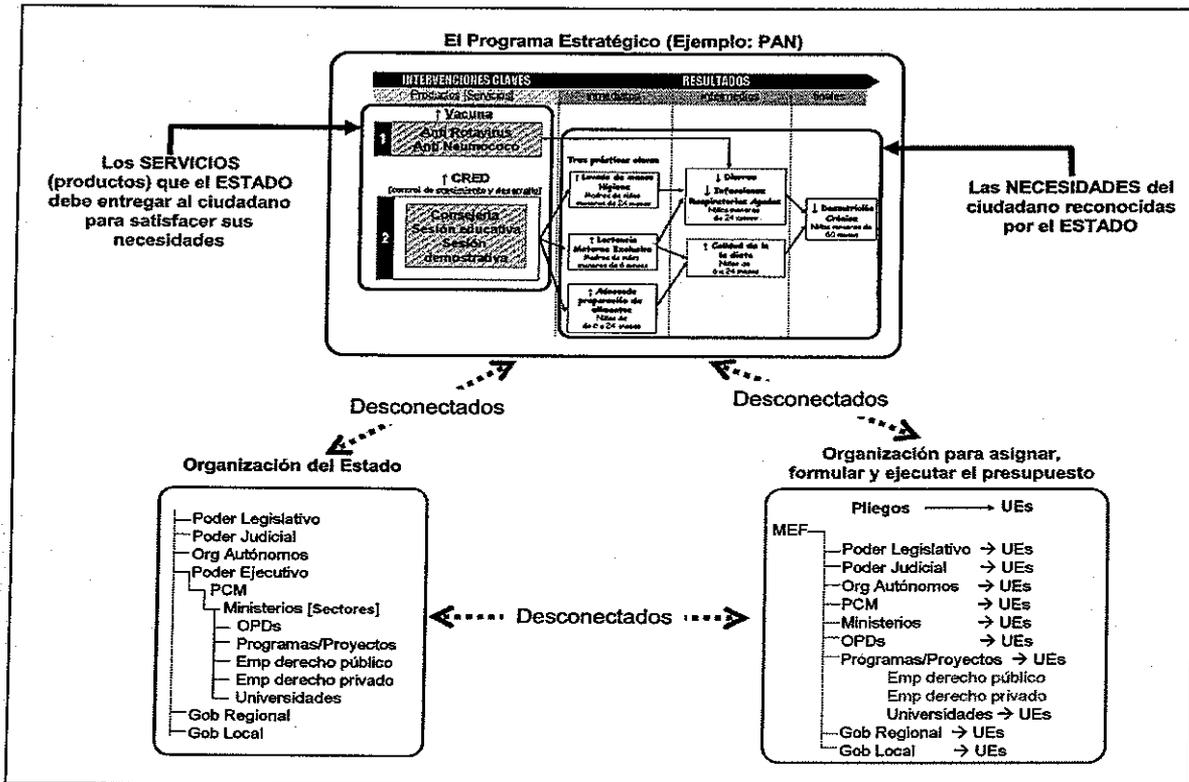


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

en la implementación del programa son responsables de 1 o más productos, para ello se necesita que los pliegos y las unidades ejecutoras se organicen para asignar, formular y ejecutar el presupuesto mirando las necesidades de los ciudadanos.

**Figura N° 14 Organización del estado para la entrega de productos**



No obstante que las entidades del estado tienen plenamente identificados los productos que están bajo su responsabilidad, cuando se analiza, porqué un mayor presupuesto asignado no se vincula con mayor servicio al ciudadano, se observa que la asignación del presupuesto para los programas estratégicos no se había modificado, seguía siendo como el presupuesto asignado para intervenciones no estratégicas.

La asignación del presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) al pliego (Gobierno Regional, MINSA, etc) se hace mirando el presupuesto histórico, por genéricas de gasto, el pliego igualmente distribuye el presupuesto a sus unidades ejecutoras siguiendo el presupuesto histórico.

La Unidad Ejecutora debería asignar el presupuesto para cada establecimiento de salud, por lo tanto el presupuesto que el establecimiento recibe debe corresponderse con la variedad de productos que entrega y con la cantidad de beneficiarios (meta física) que reciben el producto. Sin embargo, se observan al menos cuatro razones de porque el servicio CRED o vacuna no se incrementaba, no obstante una mayor asignación presupuestal:





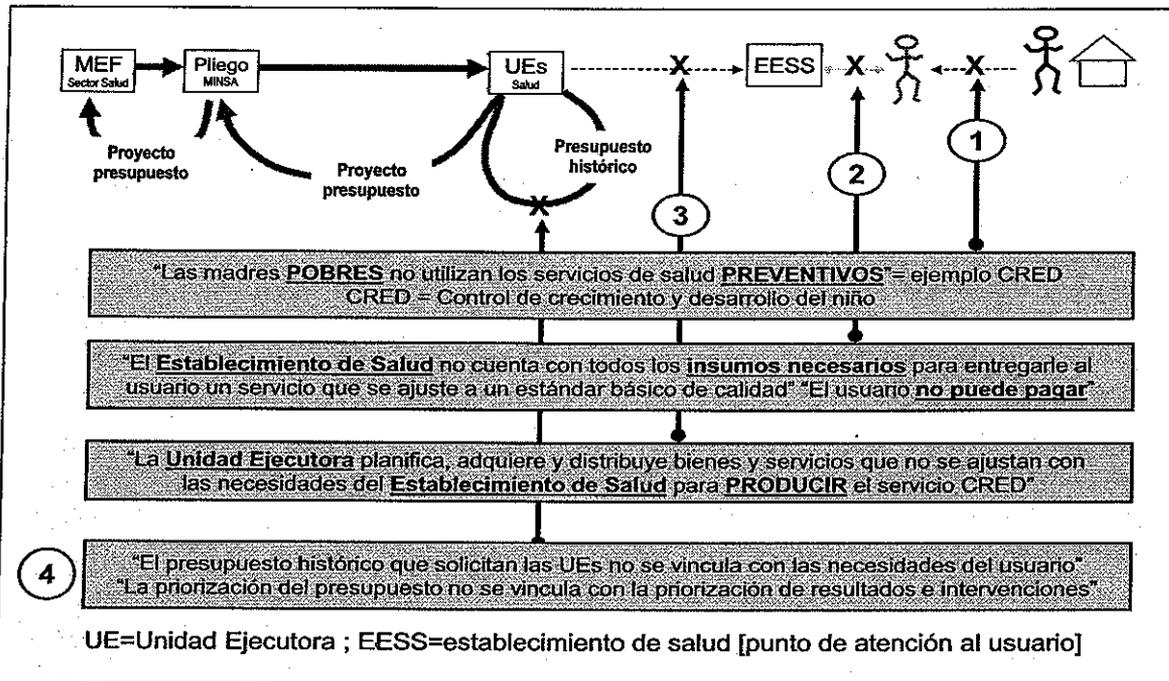
**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

- Las madres pobres no utilizan los servicios de salud preventivos por desconocimiento, por mala experiencia anterior como demoras y cobro por la atención o por poca valoración de la necesidad del servicio.
- El establecimiento de salud responsable directo de la entrega del producto al ciudadano, no cuenta con todos los insumos necesarios para entregarle al usuario un servicio que se ajuste a un estándar básico de calidad, como el usuario no puede pagar no recibe el producto.
- Las unidades ejecutoras, planifican, adquieren y distribuyen insumos (bienes y servicios) que no se ajustan con las necesidades del establecimiento de salud para producir el servicio CRED o vacuna o cualquier otro producto.
- El presupuesto histórico solicitado por las unidades ejecutoras no se vinculan con las necesidades de los usuarios. La priorización del presupuesto no guarda relación con la priorización de resultados o intervenciones.

Todo ello se traduce en que la asignación del gasto no conversa con las necesidades del usuario, no expresa las necesidades de los establecimientos de salud, ni mucho menos la cantidad de beneficiarios que atiende el establecimiento para cada uno de los productos.

**Figura N° 15. Flujo de asignación y ejecución del presupuesto**



Sistemas y Procesos que regulan los flujos claves en la asignación del presupuesto.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Se han identificado hasta tres flujos claves en la asignación del presupuesto, el flujo del dinero, el flujo de los datos claves para estimar el presupuesto y el flujo de los bienes y servicios adquiridos por las entidades que ejecutan el presupuesto (ver figura N° 16).

**El flujo del dinero:** Como parte del proceso de formulación del Presupuesto Público, que se realiza todos los años entre los meses de Junio y Agosto del año anterior, el Ministerio de Economía y Finanzas asigna a las entidades el presupuesto histórico y un presupuesto adicional, este presupuesto está en teoría responde a la programación operativa que hacen las entidades. El Congreso de la República aprueba el presupuesto en el mes de Diciembre y con ello cada entidad tiene un Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), con ello las entidades siguiendo las leyes del sistema presupuestario, leyes de contrataciones y adquisiciones, leyes de tesorería y contabilidad, ejecutan el presupuesto siguiendo los procesos de adquisiciones, contabilidad y tesorería, lo que finalmente termina en pago de proveedores. Una vez aprobado el presupuesto el MEF no tienen un control de la calidad del gasto, solo hace seguimiento del presupuesto ejecutado mediante los datos ingresados en el Sistema de Administración Financiera (SIAF), no hay manera de saber si el presupuesto ejecutado por las entidades tuvieron relación con los bienes y servicios requeridos para entregar los productos a los ciudadanos y por lo tanto generar los cambios (resultados) esperados. Solo se evalúa a la institución con el porcentaje de presupuesto pagado.

**El Flujo de los datos claves:** Tres son los datos claves para estimar el presupuesto requerido por una institución para entregar los productos (servicios) a la población. Primero, la función de producción a partir del cual se puede identificar que insumos (bienes y servicios) y cuanto de ellos se necesita para entregar el producto a un ciudadano, a partir del cual se puede estimar el costo unitario para cada producto, esto implica bienes y servicios directos como las vacunas, el costo de la enfermera que aplica las vacunas, la refrigeradora que permite mantener la cadena de frío óptima para la aplicación de vacunas y otros insumos como gastos de transporte etc. Un segundo dato es la meta física, es decir la cantidad de ciudadanos (beneficiarios) que recibirán el producto, el mismo que se estima para cada establecimiento, toda vez que este es el punto de atención directa a la población y un tercer dato son los precios de los insumos que varía entre las diferentes unidades ejecutoras del país haciendo que el presupuesto requerido para una misma cantidad de niños en Loreto sea diferente a Lima. Idealmente el presupuesto requerido por la Unidad ejecutora en el momento de la planificación operativa sería la suma del presupuesto requerido por cada establecimiento de salud (punto de atención).

**Flujo de Bienes y Servicios:** Todos los años a partir del presupuesto institucional al inicio del ejercicio (PIA) que usualmente se incrementa con las transferencias que recibe (PIM), la entidad contrata servicios y adquiere bienes, por lo tanto no empieza de cero cada ejercicio y es posible que cuente con insumos en almacén y con bienes de capital ya instalados en las diferentes dependencias de la institución. A partir de estos datos es posible determinar el stock de personal y de activos fijos por cada punto de atención. Esta información es proporcionada por el Sistema de gestión administrativa (SIGA), es posible identificar si los activos fijos que cuenta la institución se corresponden con el estándar requerido para la entrega del producto, su estado de conservación y años de vida útil, para así presupuestar su reposición y si se carece del bien presupuestar su adquisición siguiendo para tal efecto las normas del sistema



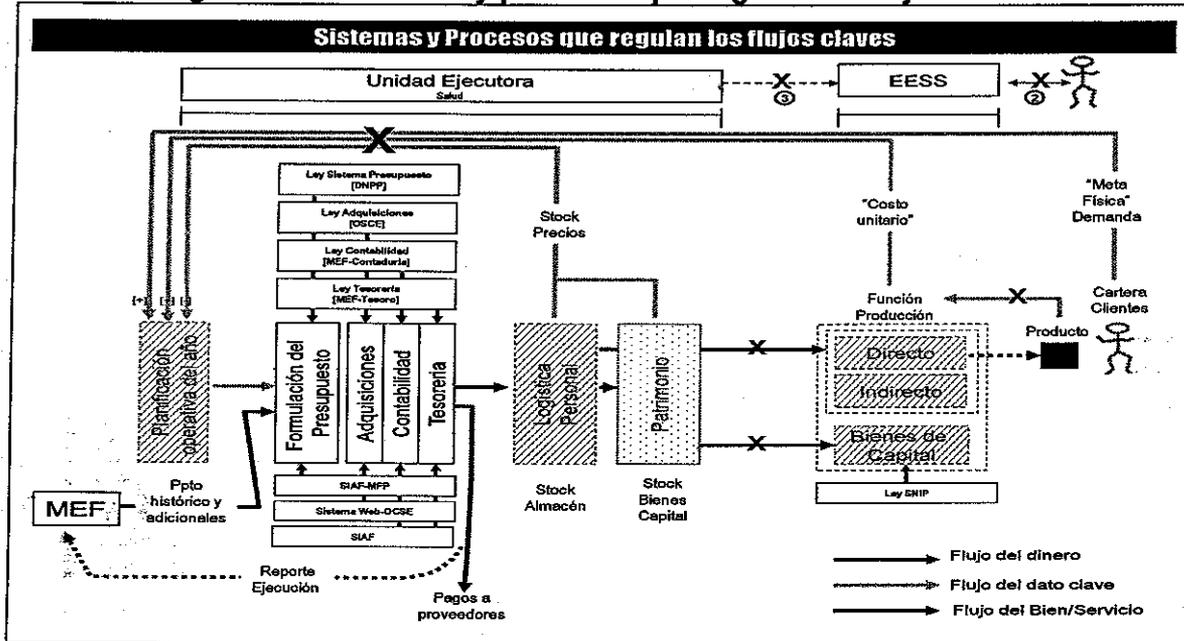


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Nacional de Inversión Pública (SNIP). De esta manera el presupuesto requerido para un año será menor, porque los activos fijos tienen un tiempo de vida útil de 5 a más años y no requiere ser presupuestado todos los años.

**Figura N° 16 Sistemas y procesos que regulan los flujos Claves**



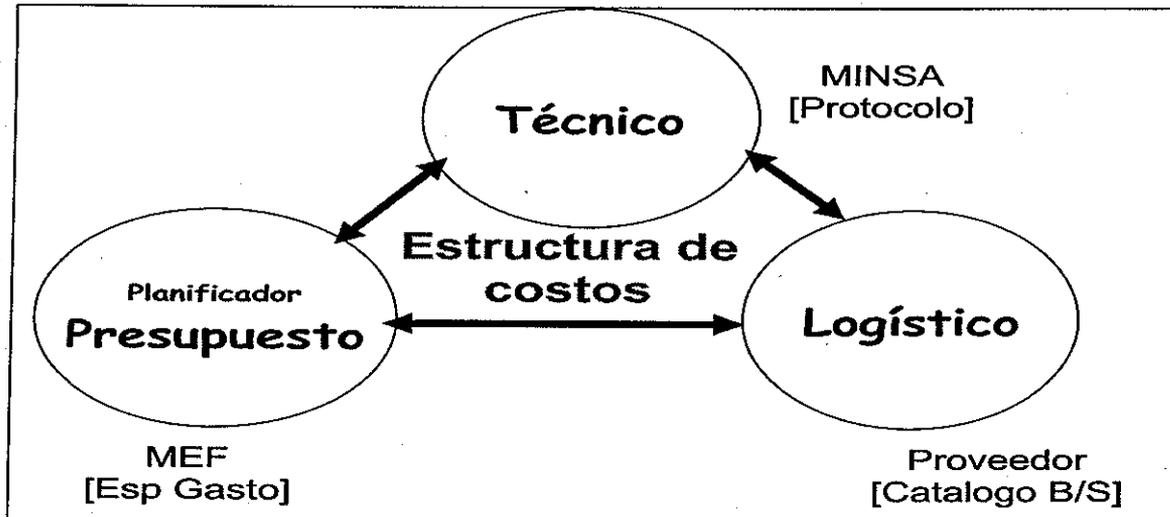
**Sistemas de Organización y operación de las entidades para la implementación de los Programas Estratégicos**

Las entidades involucradas en la implementación del programa articulado Nutricional, también tienen su propia organización que operan con idiomas diferentes, no obstante la responsabilidad de mejorar la cobertura de productos y por tanto el logro de resultados involucra a todos. Para ello es necesario el trabajo articulado y que cada dirección tenga plenamente identificado que rol le corresponde. Así al técnico responsable directo del producto le corresponde establecer el protocolo del producto, el mismo que se describe en las definiciones operacionales y en algunos casos arreglos institucionales para modificar el protocolo cuando estás necesitan ser reajustadas en relación al modelo lógico del programa. Le corresponde también establecer el listado de bienes y servicios necesarios para la entrega del producto. Al logístico le corresponde traducir el listado de bienes y servicios propuestos por el técnico traducirlo en el catálogo de bienes y servicios del Ministerio de Economía y Finanzas para luego ser cargado en el SIGA. Finalmente al responsable de Planificación y presupuesto le corresponde traducir los bienes y servicios debidamente catalogados por el logístico traducirlo en específicas de gasto y convertirlos en presupuesto. Así en cada entidad se puede estimar el presupuesto para cada producto.





Figura N° 17 Articulación entre los Sistemas de Organización y operación de las entidades



### 3. La Gestión del Servicio Final (Formulación 2009, Ejecución 2010)

#### Concentración del presupuesto en intervenciones claves

En la exposición de motivos que sustenta la Ley 29465, Ley del presupuesto público correspondiente al año fiscal 2010<sup>44</sup>, se decide concentrar los esfuerzos en 2 intervenciones claves, lo que se expresa en el significativo incremento de presupuesto para el CRED y para las vacunas. El presupuesto para el producto "33255 Niños con CRED completo según edad", se asigna directamente a las ejecutoras de la sierra y selva del país, las que tenían mayor prevalencia de desnutrición crónica, mientras que el presupuesto para "33254 Niños con vacuna completa para su edad", se entrega al MINSA y se condiciona su distribución a la programación por puntos de atención en el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA). El incremento ha sido de 432% en el caso del CRED y 254% en el caso de vacunas, para introducir las 2 nuevas vacunas y los gasto operativos que su aplicación conlleva, de esta manera es posible que las unidades ejecutoras disponga de mayor presupuesto no solo para la adquisición de vacunas, sino también para la contratación de personal crítico.

Hasta antes del 2009, las vacunas contra el Neumococo y el rotavirus no formaban parte del esquema regular de vacunación<sup>45</sup>. La implementación del programa estratégico también significó ajustes en las normas del Ministerio de Salud, es así que en Julio del año 2009 se incorpora en el esquema regular de inmunizaciones la vacuna

<sup>44</sup> Ley 29465, Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2010. Publicada en el Diario Oficial El Peruano el 08 de Diciembre 2009

<sup>45</sup> Resolución Ministerial 610-2007/MINSA. Directiva Sanitaria No 014- MINSA/DGSP V.01. <http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM610-2007.pdf>





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

contra en Neumococo y Rotavirus<sup>46</sup>. A partir de ello es que el presupuesto asignado para esta intervención clave era insuficiente, situación por lo que se asigna un presupuesto adicional para la adquisición de estas vacunas para que el 100% de niños menores de 12 meses recibieran estas vacunas.

**Tabla N° 3 Presupuesto Asignado a 2 intervenciones claves del PAN**

<b>Intervención [Producto]</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Variación</b>
33254 Niños con vacuna completa para su edad Introducción de nuevas vacunas para prevenir las infecciones respiratorias agudas y las diarreas en menores de 24 meses.	165 M	420 M	+254%
33255 Niños con CRED completo según edad Incrementar sustancialmente la cobertura del control del crecimiento y desarrollo de los niños para promover en el hogar las tres prácticas claves de cuidado y alimentación del menor de 36 meses: lavado de manos, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación del menor.	20 M	86 M	+432%

Mejorar la asignación y estimación del presupuesto, es posible por la definición del modelo operativo de cada producto, para ello el Ministerio de salud responsable de al menos 21 productos del PAN ha aprobado definiciones operacionales de los productos mediante Resolución Ministerial<sup>47</sup> pero también estructuras de costos cada vez más precisas, ahora el reto es mejorar la eficiencia en la ejecución del presupuesto. De esta manera en el presupuesto asignado para el año 2010, se observa además de un mayor incremento de presupuesto una mejor asignación, priorizando el presupuesto para las zonas de mayor vulnerabilidad, así las región de Huancavelica que tiene la más alta prevalencia de desnutrición para el año 2010 tenía un presupuesto per cápita por niño de más de 2000 soles, mientras que la región Callao tenía solamente 400 soles.

Resolución Ministerial 457-2009/MINSA. NTS 080-MINSA/DGSP v.01. Norma Técnica de Salud que establece el esquema Nacional de Vacunación [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM457-2009.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM457-2009.pdf)

<sup>47</sup> Resolución Ministerial N° 098-2010/MINSA. Aprueban Documento Técnico "Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal".

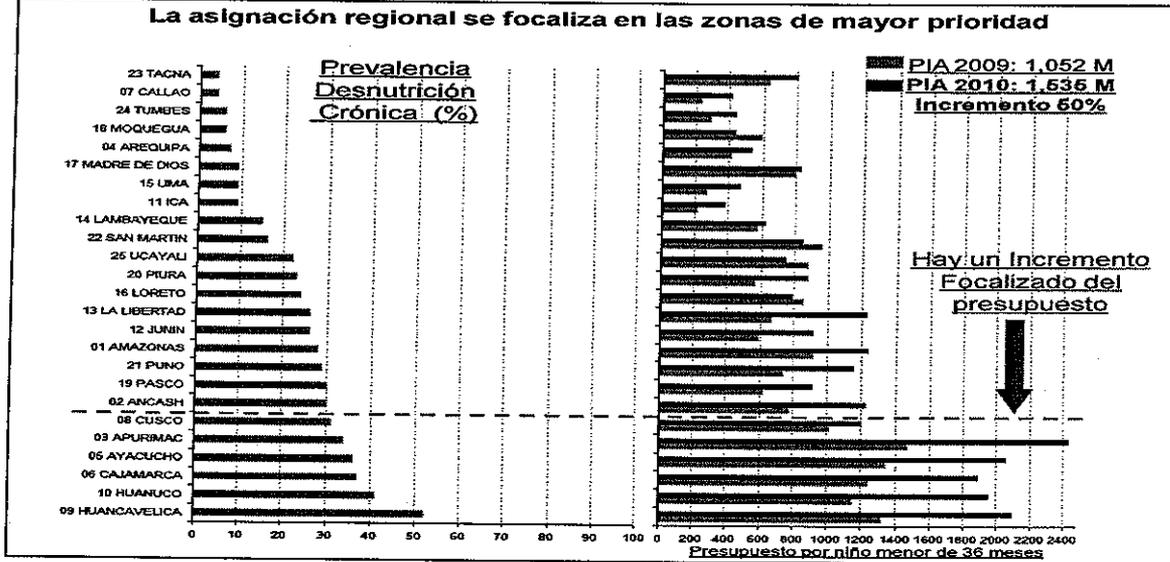




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Grafico N° 5 Asignación presupuestal y magnitud de la desnutrición por departamentos**



Asignación de presupuesto adicional condicionado a la programación por puntos de atención

Por otro lado, siendo necesario mejorar los proceso de programación, en la Ley 29465, Ley del Presupuesto Público para el año 2010, en la cuadragésima disposición transitoria, se dispone la creación del Aplicativo para la Gestión y Seguimiento de Insumos y Productos en Presupuesto por Resultados (SIP-PpR), a cargo de la Dirección Nacional del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, que tiene por objeto registrar, verificar y monitorear el uso de los insumos necesarios para la prestación de los productos o bienes y servicios públicos. El SIP PpR, se aplica progresivamente conforme a las directivas que emita la citada dirección nacional. El aplicativo SIP-PPR, que se conoce también como SIGA, consta de 3 módulos: el módulo de programación donde se personaliza las necesidades de cada punto de atención a partir de un listado de bienes y servicios estándar establecidos por el MINSA, el modulo de logística que permite elaborar el cuadro de necesidades, las adquisiciones, el ingreso y salida de bienes del almacén y el módulo de patrimonio que permite mostrar la disponibilidad de activos fijos por punto de atención.

Los módulo de Logística y patrimonio del SIGA, se habían sido implementado desde el año 2004 por el Ministerio de Economía y Finanzas en ejecutoras de salud, sin embargo su uso estaba limitado hasta el año 2009 a algunos puntos de atención, sin embargo cuando se incorpora la estructura de costos a través del módulo de programación y se da la asignación adicional condicionada a su uso, esta rápidamente se masifica y ha permitido automatizar el proceso de programación en a menos 178 unidades ejecutoras de salud, permitiendo contar con información de las necesidades de más de 7000 establecimientos de salud. Se enfatiza la "última milla", que la asignación presupuestal condicione una mejor programación operativa del punto de atención (presupuestar la tienda donde se atiende al ciudadano).





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

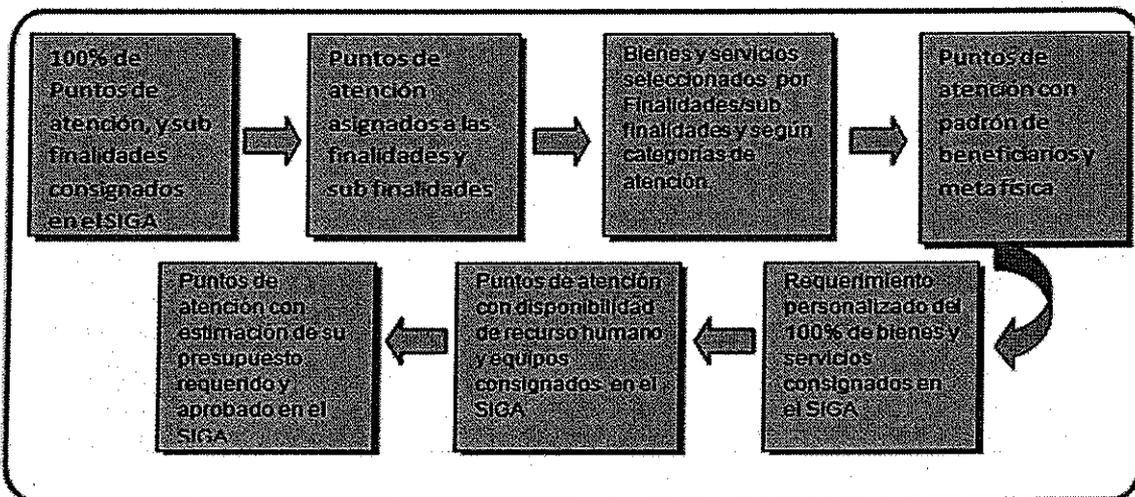
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Figura N° 18. Evolución del número de puntos de atención que programan sus necesidades utilizando el aplicativo SIGA- (SIP PPR).**



Para la Programación Operativa, cuya finalidad es estimar la cantidad y presupuesto requerido de insumos para cada producto, se han establecido las fases que a continuación se detallan

**FLUJO DE PROCESOS DE LA PROGRAMACIÓN OPERATIVA**





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Para estimar el presupuesto real requerido por una entidad, es importante tomar en cuenta las existencias ( stock) de insumos, de equipos y de personal. Para ello el SIGA brinda información de la cantidad de equipos, sus características, el tiempo de vida útil, su estado de conservación y su ubicación física, de tal manera que se puede programar en el tiempo la cantidad de equipos requeridos para reposición, así como la cantidad de equipos que el establecimiento debería tener y no los tiene, así como la cantidad de equipos que a veces dispone en exceso producto de adquisiciones y donaciones no articuladas, lo que permite una redistribución. Se puede contar con información relacionada a las adquisiciones, como proveedores, valor de compra, seguimiento de los tiempos para el cumplimiento de los contratos, entrega de insumos a los establecimientos de salud, tiempo promedio de insumos y equipos en almacén. Igualmente se cuenta con información de personal sus especialidades, su ubicación física, su modalidad de contratación. A partir de la meta física se puede establecer la cantidad de insumos requeridos para cada producto. Todo este proceso se conoce como Programación operativa.

#### 4. Avances del Programa Articulado Nutricional

Evolución en la Asignación del Presupuesto 2008-2011

Entre el año 2007 en que la ley dispone la priorización de un conjunto de actividades entre ellos la atención del niños, y el 2011, en que se consolida el programa, el presupuesto asignado para el Programa Articulado Nutricional ha pasado de 972 millones en el 2007 a 1,309 millones para el 2011. El presupuesto asignado para las dos intervenciones claves "NIÑOS CON CRED COMPLETO PARA LA EDAD" y "NIÑOS CON VACUNA COMPLETA PARA LA EDAD", ha pasado de 13.8 millones de soles en el año 2007 a 562 millones en el año 2011, principalmente por la decisión de concentrar la atención en estas intervenciones eficaces (ver gráfico N° 6). Todo ello debido a una mejor reasignación del propio presupuesto de las entidades y sobre todo por un incremento como demanda adicional de parte del Ministerio de Economía y Finanzas en el presupuesto correspondiente al año 2010 de aproximadamente 280 millones de soles.

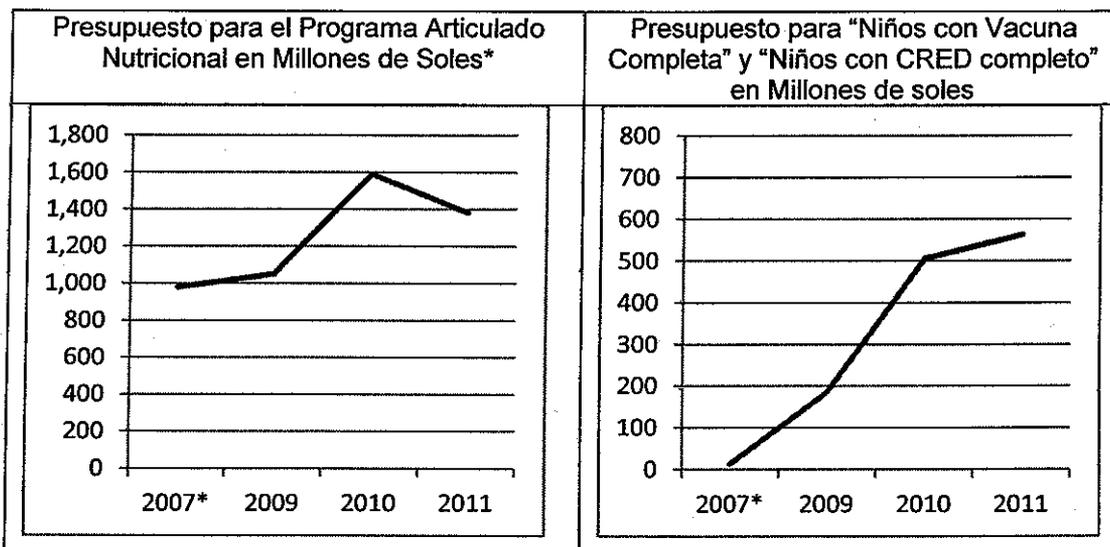




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Gráfico N° 6 Evolución del Presupuesto asignado al Programa Articulado Nutricional y a 2 intervenciones claves**



Elaboración propia. Fuente: PIA2007-2011. <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

\*En el año 2011, el Programa JUNTOS, redefine sus intervenciones orientadas a hogares con niños mayores de 36 meses, por no tener relación directa con la Reducción de la Desnutrición crónica infantil, lo que significa una reducción en 300 millones de soles.

El incremento de presupuesto ha estado orientado a mejorar la cobertura del control de crecimiento y desarrollo de los niños, cuyas madres reciben consejería en 3 prácticas fundamentales de cuidado y alimentación, como el lavado de manos, la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación.

**Tabla No 4 Incremento del Presupuesto para Intervenciones claves 2009-2011**

Intervención [Producto]	2009	2010	2011 <sup>(1)</sup>
33254 Niños con vacuna completa para su edad	165 M	420 M	452 M
33255 Niños con CRED completo según edad	20 M	86 M	110 M
<b>Total PAN*</b>	<b>1053 M</b>	<b>1,594 M</b>	<b>1,385 M</b>

\*Presupuesto asignado por Gobierno Nacional, Regional y Local. (1), En el año 2011, parte del Producto "hogares pobres afiliados a "JUNTOS" orientado a las familias con niños mayores de 3 años se transfiere al programa 0003 Logros del Aprendizaje.

El presupuesto, es ejecutado por los Pliegos siguientes: Ministerio de Salud (MINSA), presidencia del Consejo de Ministros (JUNTOS), Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES-PRONAA), Instituto Nacional de Salud (INS), Seguro integral de Salud (SIS) y los 24 Gobiernos Regionales. En todos los caso el presupuesto para el año 2010 se había incrementado, para el año 2011 a excepción de la PCM, todos





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

mejoran la asignación para el PAN, especialmente los Gobiernos regionales que priorizaron mejor sus intervenciones.

**Tabla N° 5. Presupuesto asignado por sectores para el Programa Articulado Nutricional 2009-2011**

Sectores	PIA 2009	PIA 2010	PIA 2011
01 PCM y OPDs	433,027,586	582,430,671	171,367,904
01 Ministerio Salud y OPDs	280,225,979	549,346,700	576,931,403
01 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y OPDs	213,195,235	266,602,691	281,495,048
02 Gobierno Regional	126,505,321	196,094,812	354,807,244
Total	1,052,954,121	1,594,474,874	1,384,601,599

El presupuesto asignado para el programa Articulado Nutricional, proviene principalmente de Recursos Ordinarios, que asciende a 1,046 millones en el 2007 y 1585 millones en el 2011, que representa el 99% del presupuesto total. Para el año 2011 el presupuesto de Recursos Ordinarios es de 1,363 millones de soles y representa el 98% y el presupuesto de otras fuentes alcanza al 2%.

**Tabla N° 6. Distribución del Presupuesto asignado al Programa Articulado nutricional por toda fuente 2009-2011.**

FUENTES	PIA 2009	PIA 2010	PIA 2011
1: Recursos Ordinarios	1,046,057,795	1,585,740,409	1,363,445,086
2: Recursos Directamente Recaudados	6,896,326	8,734,465	12,345,898
3: Recursos Por Operaciones Oficiales De Crédito	0	0	4,513,140
4: Donaciones y Transferencias	0	0	0
5: Recursos Determinados	0	0	7,961,890
0001: Programa Articulado Nutricional	1,052,954,121	1,594,474,874	1,388,266,014

El presupuesto asignado para el programa Articulado Nutricional, se ejecuta en los diferentes niveles de gobierno. En el Gobierno Nacional se ejecuta la mayor proporción de presupuesto que corresponde al 936 millones en el año 2009 y 1029 millones en el 2011, ello debido a que tanto la PCM con el programa JUNTOS y el MINDES con el PRONA que representaban en los 2 primeros años más del 50% del presupuesto total del PAN ejecutan el 100% de su presupuesto en el Gobierno Nacional. El presupuesto asignado en los Gobiernos regionales se ha incrementado desde 126 millones en el 2007 a 354 millones en el año 2011, lo que ha pasado de ser 12% del presupuesto a 25% del total asignado. En el año 2011 los Gobiernos locales también asignan parte de su presupuesto al PAN.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Tabla N° 7 Distribución del Presupuesto asignado al Programa Articulado nutricional por Niveles de Gobierno 2009-2011.**

Niveles de Gobierno	PIA 2009	PIA 2010	PIA 2011
E: GOBIERNO NACIONAL	926,448,800	1,398,380,062	1,029,794,355
R: GOBIERNOS REGIONALES	126,505,321	196,094,812	354,807,244
M: GOBIERNOS LOCALES	0	0	3,664,415
Programa Estratégico 0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1,052,954,121	1,594,474,874	1,388,266,014

El presupuesto ejecutado por las entidades de los Gobierno regionales se incrementa con las transferencias recibidas del Seguro Integral de Salud y del Ministerio de Salud. Así el presupuesto ejecutado en el Gobierno Nacional pasa de 1, 088 millones de soles en el 2009 a 946 millones en el 2011, mientras que el presupuesto ejecutado por los Gobiernos regionales pasa de 208 millones en el 2009 a 520 millones en el 2011

**Tabla N° 8 Distribución del Presupuesto ejecutado para el Programa Articulado Nutricional por Niveles de Gobierno 2009-2011.**

Niveles de Gobierno	PIM 2009	PIM 2010	PIM 2011
E: GOBIERNO NACIONAL	1,088,802,031	1,376,901,521	946,101,631
R: GOBIERNOS REGIONALES	208,215,310	366,631,051	520,081,505
M: GOBIERNOS LOCALES	0	0	25,768,340
Programa Estratégico 0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1,297,017,341	1,743,532,572	1,491,951,476

Entre el 75 y 85%, del presupuesto está concentrado en 5 productos. El producto Niños con vacuna completa ha pasado de representar el 15% del presupuesto asignado en el 2009 a 33% del presupuesto para el año 2011, del mismo modo el producto Niños con CRED completo ha pasado de ser el 2% del presupuesto a 8% en el año 2011 (ver gráfico N° 7).

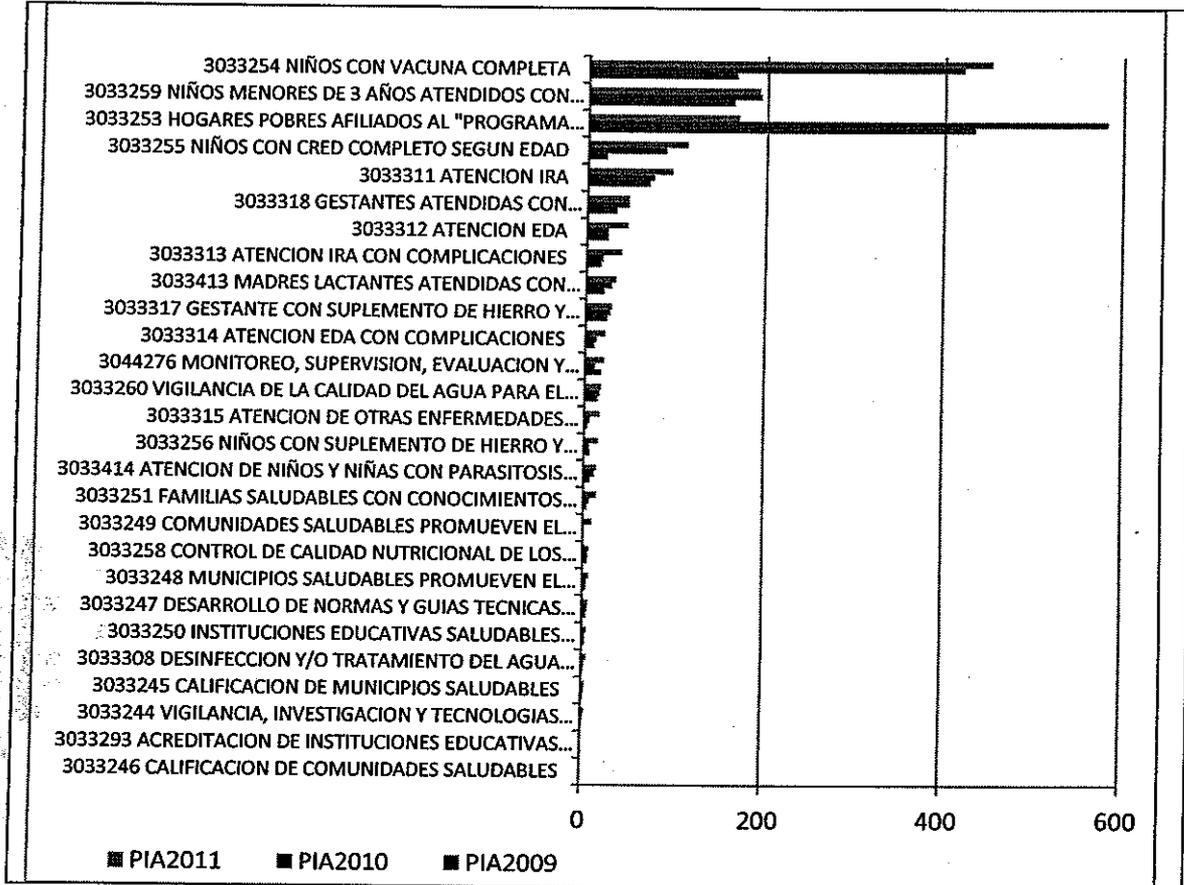




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Gráfico N° 7 Distribución del Presupuesto por productos del Programa Articulado Nutricional**



Entre los años 2010 y 2011 se logra un mayor presupuesto para las intervenciones claves, no solo por la mejor asignación desde el Ministerio de Economía y Finanzas, sino también porque las regiones priorizan sus intervenciones y asignan mayor presupuesto a las intervenciones claves, sobre todo para la atención del CRED. Las regiones de Ayacucho, Cajamarca y Apurímac con valores de prevalencia de desnutrición crónica más alta pasan de haber asignado alrededor de 10 soles en el año 2009 a más 100 soles por niño en el año 2011. La desnutrición en los 5 departamentos cuyos valores eran los más altos en el año 2007, se reduce hasta en 5 puntos para el 2010.

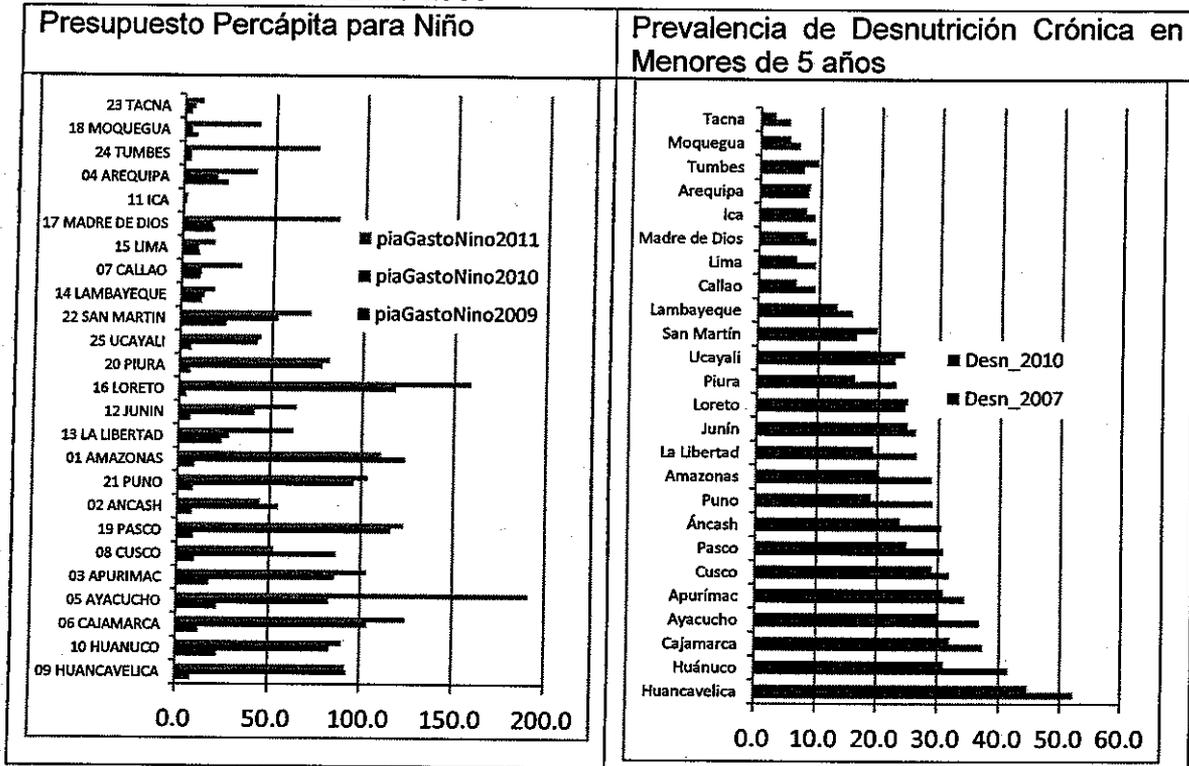




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Gráfico N° 8 Presupuesto Percápita por niño asignado para el producto "CRED COMPLETO PARA LA EDAD" por Departamento en Relación a la prevalencia de Desnutrición Crónica 2009-2011**



**Evolución de los indicadores de resultados**

Después de 4 años de aplicación sostenida del Presupuesto Por Resultados, se pueden mostrar algunos resultados satisfactorios, se ha reducido la proporción de Niños con Desnutrición crónica infantil de 22.6 a 16.6 entre los años 2007 y 2011, con lo cual se ha cumplido la meta propuesta para el 2011. La reducción ha sido tanto en el ámbito rural como urbano, aunque persisten las brechas.

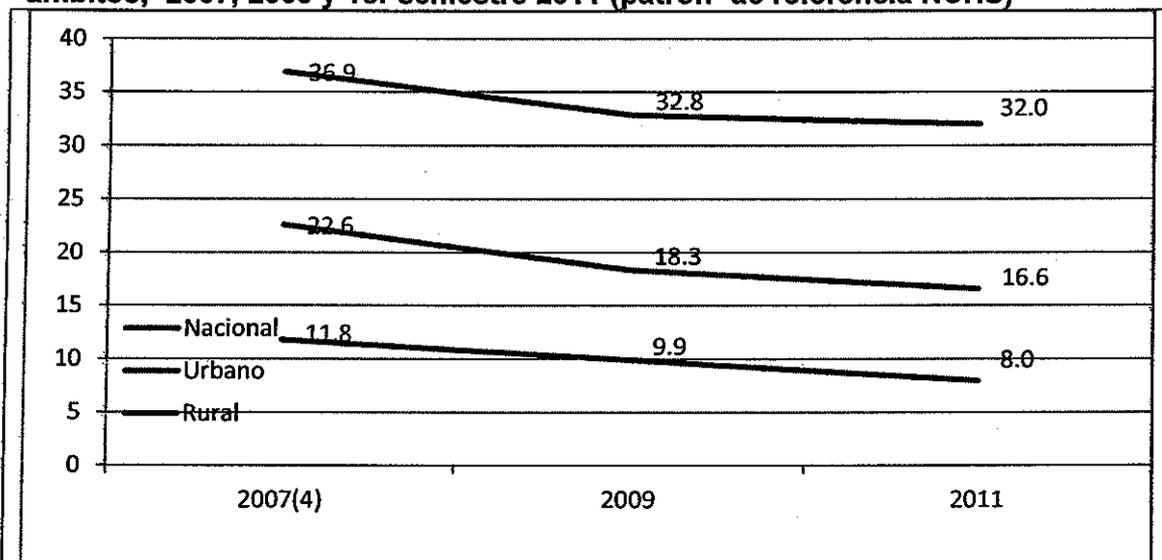




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

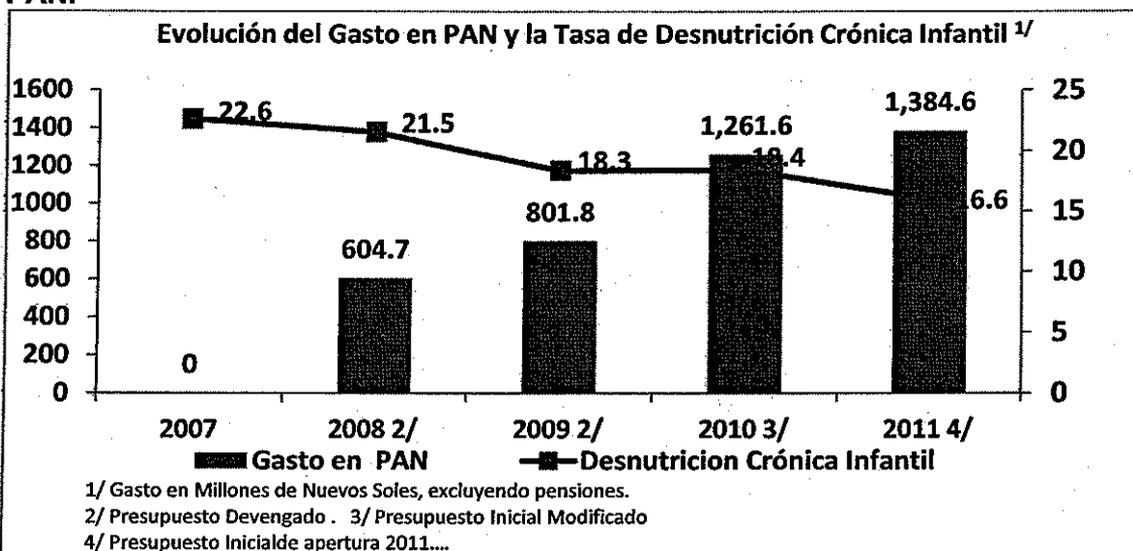
**Gráfico N° 9 Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, según ámbitos, 2007, 2009 y 1er semestre 2011 (patrón de referencia NCHS)**



Fuente: ENDES Continua Indicadores de Resultados de los Programa Estratégicos.  
[http://desa.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Libro\\_Endes.pdf](http://desa.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Libro_Endes.pdf)

Quando analizamos los resultados en relación al presupuesto asignado al programa, se observa cambios importantes, a mayor presupuesto menor proporción de niños con Desnutrición Crónica Infantil.

**Gráfico N° 10 Evolución de la Desnutrición Crónica en relación al Gasto para el PAN.**



La reducción de la prevalencia de desnutrición se da en casi todos los departamentos, sobre todo en los que tienen mayores valores. Hay una mayor reducción en Amazonas, Huánuco, Huancavelica y Puno.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Tabla N° 9 Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, a nivel regional.**

Departamento	2007 <sup>1/</sup>	2010 <sup>2/</sup>	Diferencia	Variación <sup>3/</sup>		Cambio relativo en %
	Valor estimado	Valor estimado	Difer. (D)			
<b>Total</b>	<b>22.6</b>	<b>17.9</b>	<b>-4.6</b>	<b>Disminuyó*</b>	<b>↓</b>	<b>-20.5</b>
Amazonas	28.9	20.3	-8.6	Disminuyó*	↓	-29.8
Áncash	30.6	23.7	-6.9	Disminuyó**	↓	-22.4
Apurímac	34.3	30.9	-3.4	n.s.		
Arequipa	7.9	8.2	0.3	n.s.		
Ayacucho	36.8	30.3	-6.5	Disminuyó**	↓	-17.7
Cajamarca	37.3	32.0	-5.3	Disminuyó**	↓	-14.2
Cusco	31.9	29.1	-2.8	n.s.		
Huancavelica	52.2	44.7	-7.5	Disminuyó**	↓	-14.4
Huánuco	41.5	31.0	-10.4	Disminuyó*	↓	-25.1
Ica	9.0	7.6	-1.4	n.s.		
Junín	26.2	24.9	-1.3	n.s.		
La Libertad	26.4	19.3	-7.1	Disminuyó**	↓	-27.0
Lambayeque	15.6	13.0	-2.6	n.s.		
Lima	9.3	6.2	-3.1	Disminuyó*	↓	-33.5
Loreto	24.5	24.9	0.4	n.s.		
Madre de Dios	9.2	7.8	-1.5	n.s.		
Moquegua	6.4	4.8	-1.6	n.s.		
Pasco	30.9	24.9	-5.9	Disminuyó*	↓	-19.3
Piura	22.9	16.1	-6.7	Disminuyó*	↓	-29.4
Puno	29.1	19.0	-10.1	Disminuyó*	↓	-34.8
San Martín	16.3	19.7	3.4	n.s.		
Tacna	4.7	2.4	-2.3	n.s.		
Tumbes	7.2	9.5	2.3	n.s.		
Ucayali	22.7	24.3	1.6	n.s.		

Fuente: INEI. Encuesta ENDES. 1) Los datos regionales se refieren a la mediana de los valores en el período de recolección de datos de la ENDES: 2005, 2006, 2007 y 1er. trimestre 2008, más ampliación muestral. 2) Corresponde a los datos de la ENDES: 2009 y 2010.

**Evolución de Indicadores de Productos**

El seguimiento de los indicadores de productos para el caso de niños con vacuna completa y para el caso de niños con CRED completo para la edad, entre otros es realizado por el instituto Nacional de estadística mediante la Encuesta ENDES, aplicadas 2 veces al año. Adicionalmente para fines de hacer un seguimiento trimestral de los indicadores de producto y puedan ser desagregados por diferentes variables y con niveles de detalle útil a nivel local, como por ejemplo por distrito o por establecimiento, el sistema de seguimiento de los Programas Estratégicos utiliza las bases de datos generadas por los sistemas de información que automatizan los procesos y las transacciones vinculadas con la entrega de servicios y bienes a los beneficiarios directos para la generación de indicadores de PRODUCTOS. Actualmente, varios de los indicadores de PRODUCTOS del Programa Articulado Nutricional y del Programa de Salud Materno Neonatal, puede ser generados a partir de las bases de datos generados por el Sistema de Información del Seguro Integral de Salud (SIS) y por el HIS.

Los indicadores de PRODUCTO, al estar vinculados directamente con la magnitud del gasto, se constituyen en elementos de referencia para la negociación de la asignación presupuestal (formulación y programación anual, aprobación de calendarios, aprobación de créditos suplementarios). Entonces un aspecto clave en esta negociación es minimizar la asimetría de información entre el receptor de los recursos (Pliegos, UE) y el asignador (MEF), en tal sentido, dado que es insuficiente solo proveer el valor de indicador, es necesario que el indicador de PRODUCTO pueda ser





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

examinado desde las diferentes perspectivas de análisis e indagación de los decisores gerenciales y funcionales de los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local).

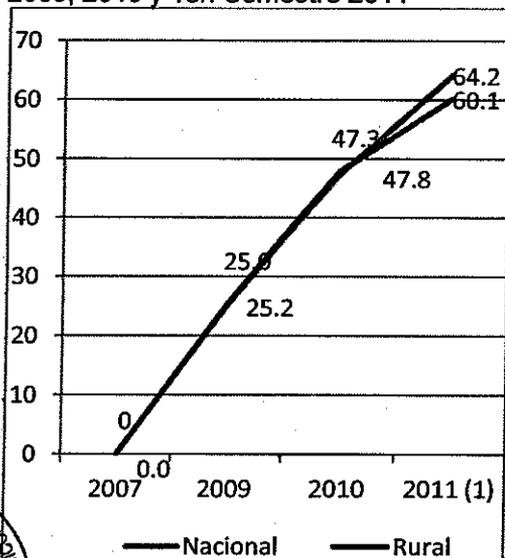
**Cobertura de Niños con Vacunas**

La cobertura de Niños con vacunas contra el rotavirus y Neumococo según edad, se ha incrementado de 25% en el 2009 a 64% en el primer semestre del año 2011 a nivel nacional y a 60% en el ámbito Rural (ver gráfico N° 11). El valor de la cobertura de vacuna para Neumococo y rotavirus en el año 2007 es 0, porque estas vacunas recién se empiezan a aplicar desde el año 2009.

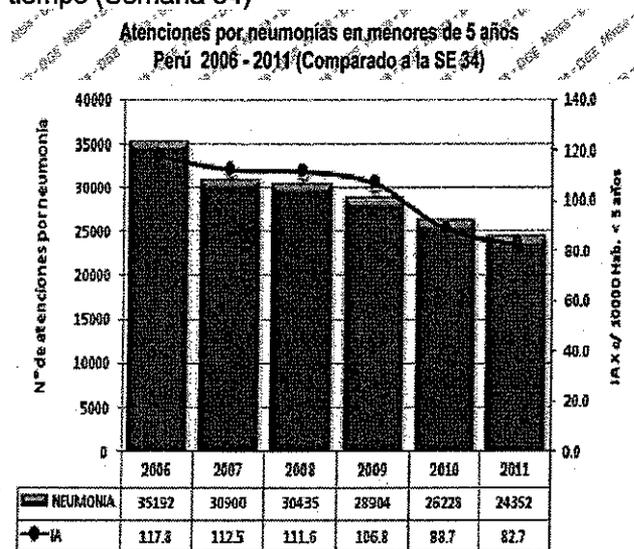
Aunque no se ha considerado como indicador la proporción de Niños que reportan Neumonía debido a que no existen bases de datos nominadas en el sector, a excepción de la base de datos del Seguro Integral de Salud para sus afiliados, el Sistema de Vigilancia de la Dirección general de Epidemiología reporta menos casos de Atenciones por Neumonía en los servicios de salud para el mismo periodo comparado con los años anteriores. Así se observa que entre los años 2007 y 2008 no se observan variaciones entre la cantidad de casos de Neumonía, mientras que a partir del año 2010 se observa una disminución de casos. La tasa de incidencia acumulada se reduce de 106.8 x 10,000 niños menores de 5 años en el año 2009 a 88.7 X 10,000 en el año 2010 y a 82.7 x 10,000 en el año 2011 (ver gráfico N° 11).

**Gráfico N° 11 Relación entre la cobertura contra el Neumococo y Rotavirus y casos reportados de Neumonía.**

Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo para su edad, según ámbito, 2009, 2010 y 1er. Semestre 2011



Atenciones por neumonía en menores de 5 años 2006-2011 en establecimientos del MINSA y tasa de incidencia acumulada para el mismo periodo de tiempo (Semana 34)



fuente: INEI. Encuesta ENDES. MINSA. Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica<sup>48</sup>

<http://www.dge.qob.pe/vigilancia/safa/2011/SE34/neumonias.pdf>

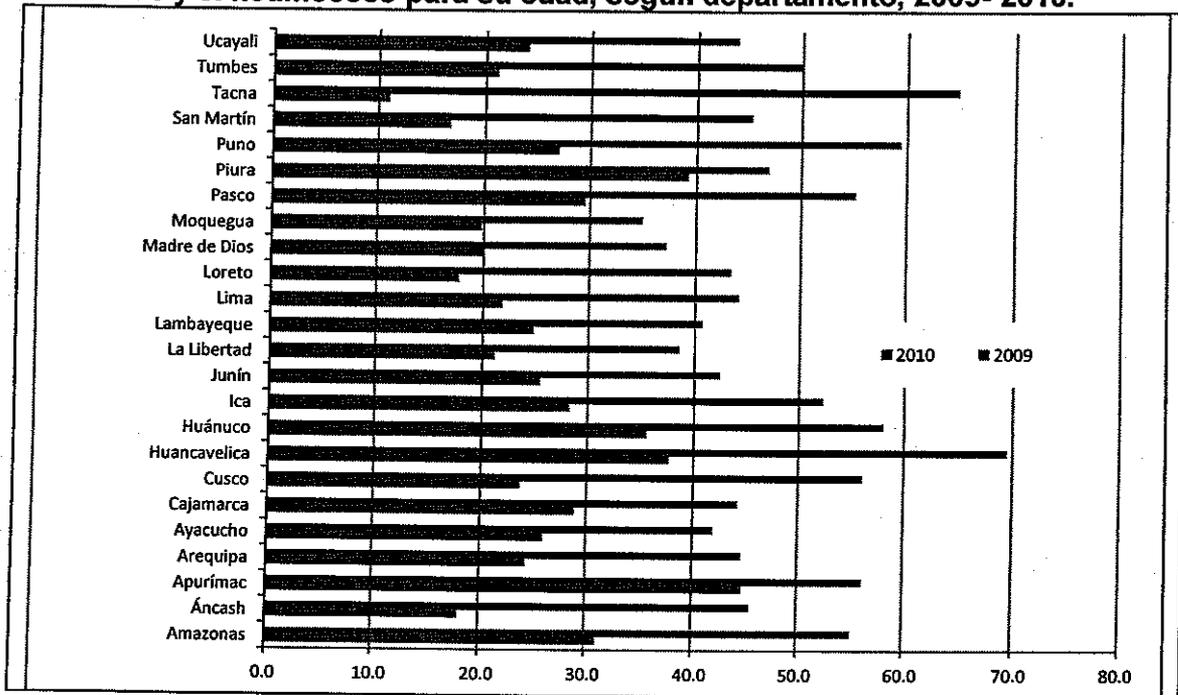


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Quando se evalúa la evolución de la cobertura de niños vacunados contra el rotavirus y el Neumococo por departamentos, se observa que este valor se incrementa en todas las Regiones, especialmente en las que se encuentran en la sierra y selva del país. Todas las Regiones desde el 2010 han sido favorecidas con un incremento de presupuesto para gastos operativos y el MINSA ha contado con el presupuesto necesario para la adquisición de vacunas.

**Grafico N° 12 Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo para su edad, según departamento, 2009- 2010.**



Fuente: INEI. Encuesta ENDES.

La cobertura de vacunas contra el Neumococo y Rotavirus es muy importante por su efecto en la reducción de la incidencia de infecciones y por lo tanto en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. En la tabla N° 10 se observa que los niños protegidos con vacuna contra el neumococo y rotavirus tienen menor proporción de niños con desnutrición crónica en relación a los niños que no tuvieron vacunas. La diferencia en el ámbito rural es de 5 puntos.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

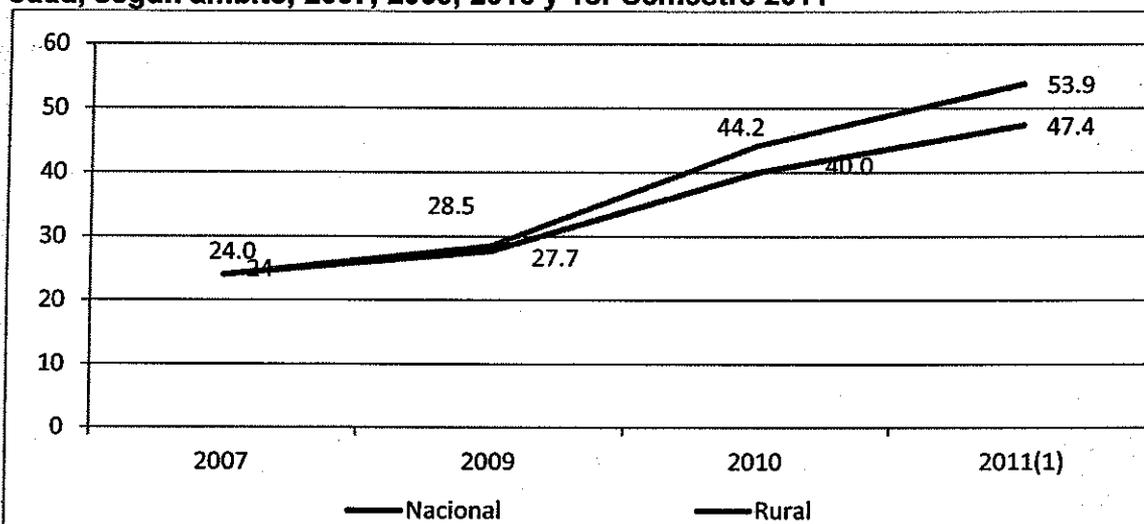
**Tabla N° 10 Últimos nacidos vivos con desnutrición crónica por área de residencia, según situación de inmunización de las vacunas neumococo y Rotavirus para su edad**

Situación de inmunización de Neumococo y Rotavirus para su edad	Total	ENDES 2009-2010		Número de casos ponderados
		Área de Residencia Urbano	Rural	
Total	15.8	9.6	27.3	8,983
Con Rotavirus y/o Neumococo	13.3	7.7	22.8	2,608
Sin Neumococo y sin Rotavirus	16.9	10.4	29.3	6,374

Fuente: INEI Encuesta ENDES

La proporción de Niños con CRED completo para su edad se ha incrementado de 24% en el año 2007 a 47% en el primer semestre 2011, el incremento es mayor en el ámbito rural alcanzando a 53.9%. Los resultados son concordantes con el periodo de mayor asignación presupuestal para este producto.

**Gráfico N° 13 Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad, según ámbito, 2007, 2009, 2010 y 1er Semestre 2011**



Fuente: INEI. Encuesta ENDES. Elaboración propia

El incremento en la cobertura de Niños con CRED completo para la edad se da principalmente en la sierra y selva rural, e igualmente en los quintiles más pobres y en niños de madres sin nivel educativo o con primaria.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

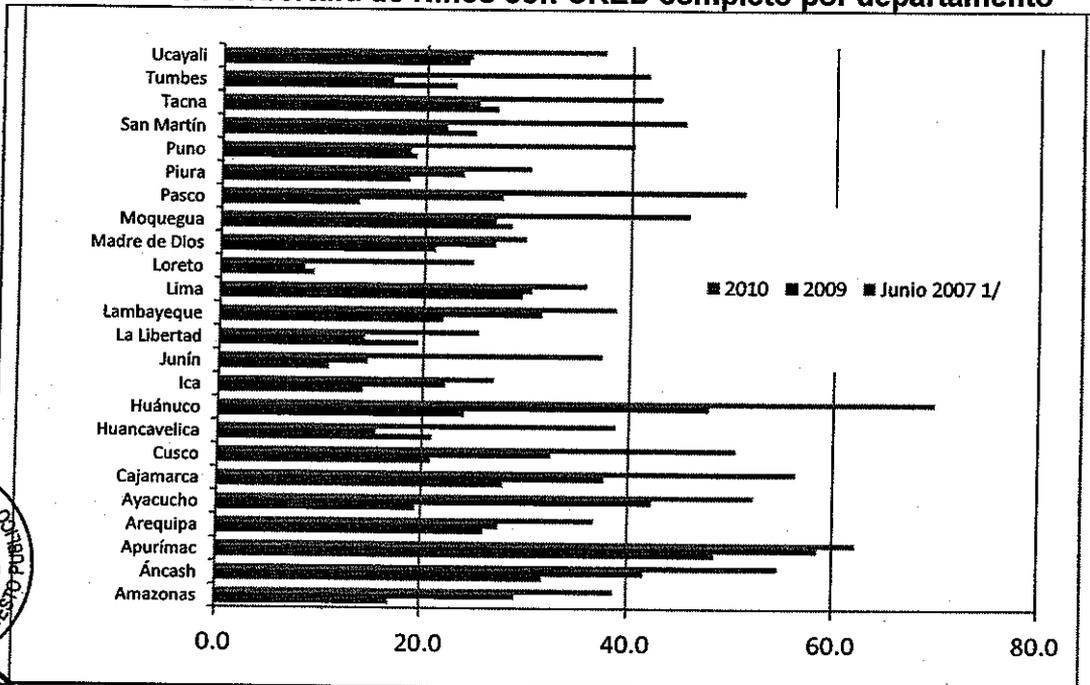
**Tabla N° 11 Proporción menores de 36 meses con CRED completo para su edad**

	2005	2007	2008	2009	2010	Variación
<b>Nacional</b>	<b>25.0</b>	<b>24.0</b>	<b>21.6</b>	<b>27.7</b>	<b>39.9</b>	<b>12.2</b>
<b>Área de residencia</b>						
Urbana	27.8	23.9	22.4	27.3	37.6	10.3
Rural	20.9	24.0	20.3	28.5	44.1	15.6
<b>Dominio de residencia</b>						
Lima Metropolitana	41.9	27.9	21.6	28.9	35.0	6.1
Resto Costa	24.8	25.6	21.9	28.4	34.3	5.9
Sierra urbana	14.0	15.7	23.8	25.8	45.6	19.8
Sierra rural	20.4	26.5	20.9	30.8	48.9	18.2
Selva urbana	18.6	22.2	23.0	24.0	42.1	18.0
Selva rural	19.5	15.3	17.8	21.2	34.1	12.8
<b>Educación de la madre</b>						
Sin Nivel/Primaria	19.6	22.4	19.0	22.8	38.4	15.6
Secundaria	26.1	21.4	20.0	27.1	37.7	10.6
Superior	33.1	31.4	28.8	35.5	47.3	11.8
<b>Quintil de Bienestar</b>						
Quintil inferior	16.6	21.6	18.7	27.0	42.3	15.4
Segundo quintil	24.3	23.1	22.6	27.9	39.6	16.7
Quintil intermedio	21.4	24.3	19.1	24.0	35.7	11.8
Cuarto quintil	29.1	21.6	20.5	28.1	37.5	9.4
Quintil superior	41.7	32.5	32.0	43.1	46.7	3.7
<b>Ámbito JUNTOS</b>	<b>18.9</b>	<b>21.7</b>	<b>20.5</b>	<b>33.1</b>	<b>51.9</b>	<b>18.8</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta ENDES. Elaboración propia.

La cobertura de niños con CRED completo para la edad se ha incrementado en todos los departamentos, especialmente en las regiones priorizadas que recibieron mayor asignación presupuestal, como Huánuco, Huancavelica, Apurímac, Cajamarca, Cusco, Ancash y Loreto.

**Gráfico N° 14 Cobertura de Niños con CRED completo por departamento**



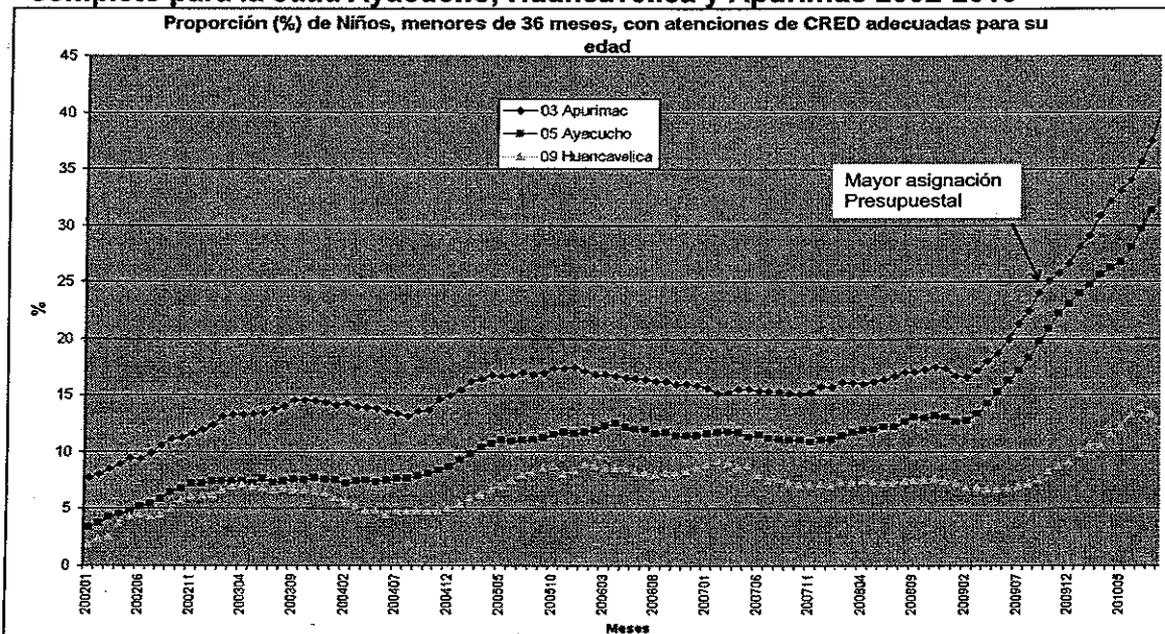


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

En los tres departamentos donde se focalizo la mayor asignación del presupuesto CRED, es posible analizar otras fuentes de información como la base de datos del SIS y verificar las modificaciones del indicador mes a mes. Tal como se observa en el Gráfico N° 15 la proporción de niños con CRED completo se ha incrementado mes a mes, y de manera más importante desde el año 2009, especialmente en los departamentos de Apurímac y Ayacucho.

**Gráfico N° 15 Proporción de Niños menores de 36 meses con atenciones CRED completo para la edad Ayacucho, Huancavelica y Apurímac 2002-2010**



Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

Presupuesto ejecutado y disponibilidad de insumos críticos.

Un programa bien diseñado y una asignación adecuada del presupuesto, son factores muy importantes para conseguir los resultados esperados, sin embargo sin un buen seguimiento de la ejecución del gasto podría poner en peligro el éxito del programa. Por ese motivo haciendo uso del SIGA y del SIAF, es posible medir la asignación del presupuesto para insumos críticos como las enfermeras para la atención del CRED o la aplicación de vacunas en establecimientos del primer nivel de atención o los ubicados en distritos que pertenecen al quintil más pobre de una región. Por ello, si bien la definición de la línea de causalidad comienza por el resultado final, la experiencia del 2009 nos condujo a iniciar la vigilancia del indicador del insumo clave lo antes temprano posible. De esta manera cuando se observa la ejecución en el conjunto de ejecutoras de la función salud, se observa un incremento significativo en el presupuesto ejecutado para la contratación de recursos humanos a partir del año 2010, coincidente con la mayor asignación presupuestal.

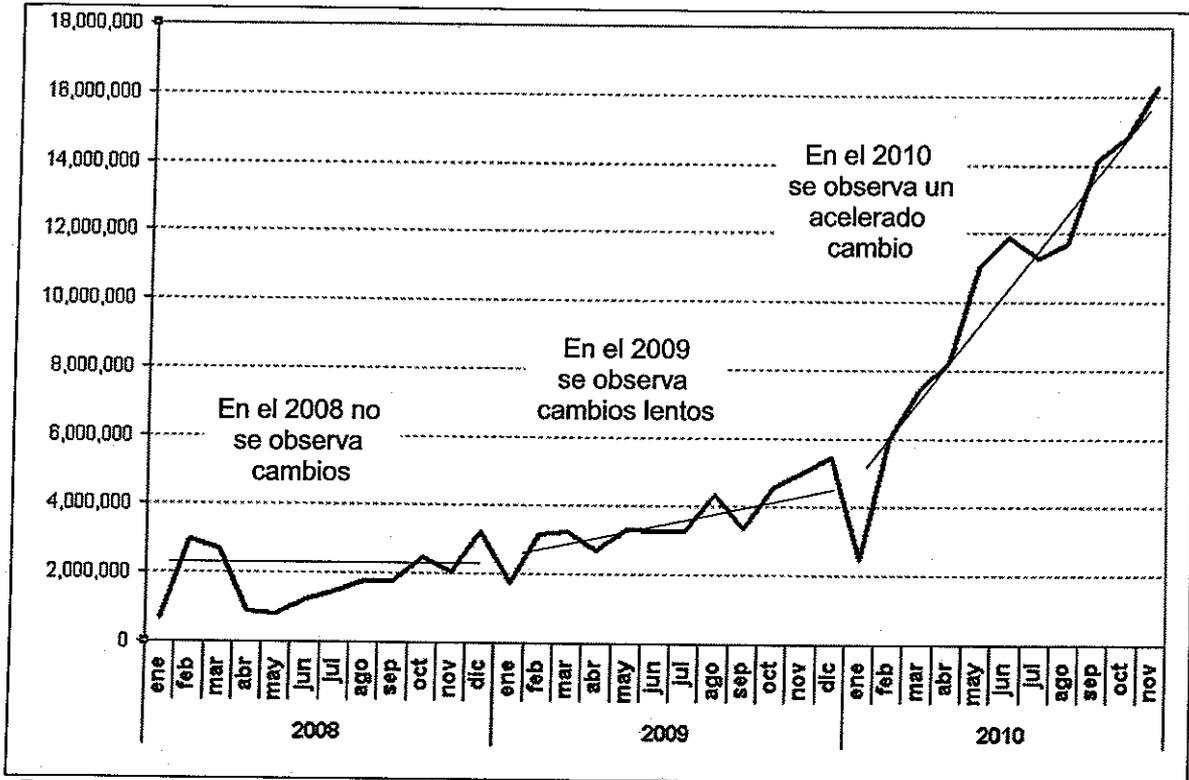




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Grafico N° 16 Ejecución del presupuesto en contratación de recursos humanos. (Gasto SNP (2008) y CAS (2009 y 2010) en el PAN. Nacional**



Fuente: Base de Datos SIAF. Elaboración propia.

La tendencia mostrada a nivel nacional también se expresa en departamentos como Huancavelica donde por muchos años la disponibilidad de recursos humanos ha sido insuficiente. Así de haber ejecutado 400 mil soles mensuales ha pasado a ejecutar aproximadamente más de mil millones de soles mensuales, 3 veces del presupuesto ejecutado en los años anteriores para la contratación del personal (Ver gráfico N° 18).

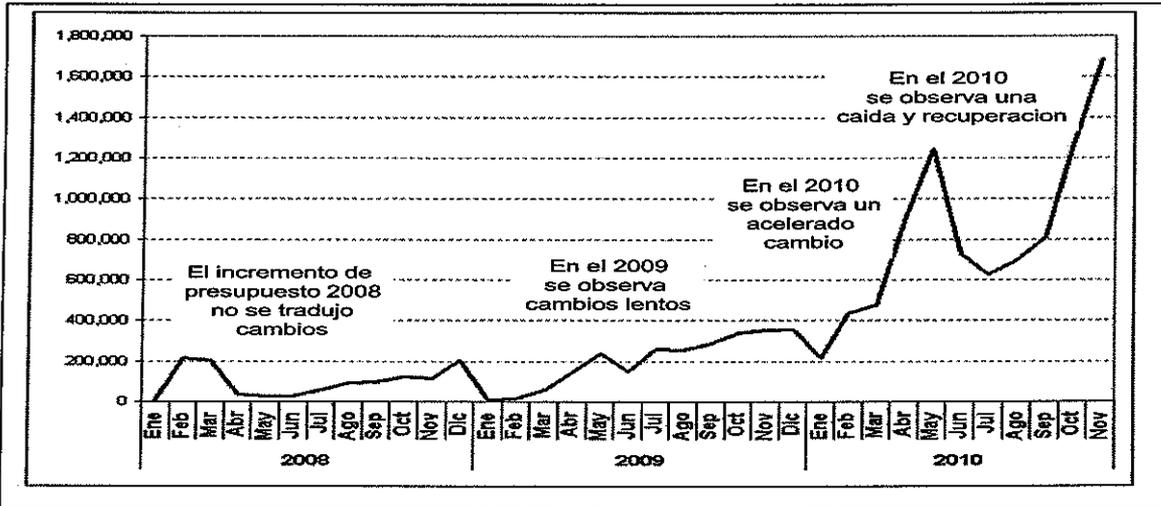




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

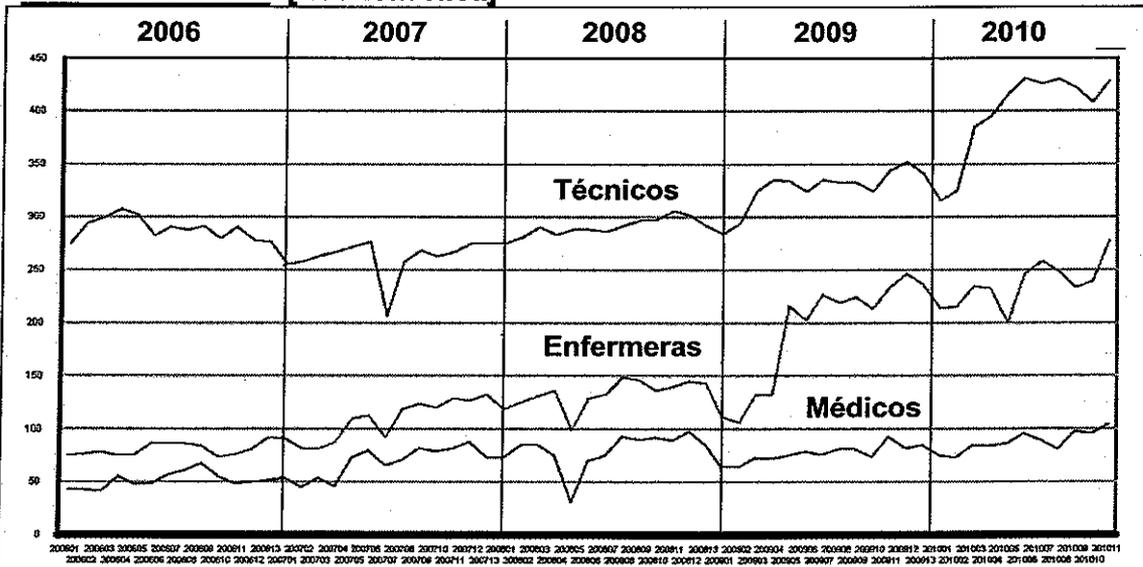
**Gráfico N°18. Ejecución del presupuesto en contratación de recursos humanos. (Gasto SNP (2008) y CAS (2009 y 2010) en el PAN. Huancavelica**



Fuente: SIAF. Elaboración propia

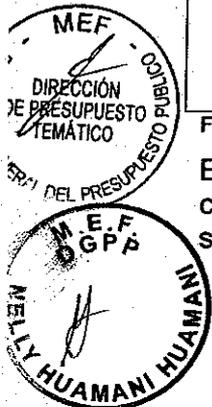
Disponer de una base de datos analíticas (cubos) posibilita hacer un seguimiento rápido con diferentes niveles de desagregación, lo cual permite verificar si los cambios están ocurriendo en los ámbitos esperados. En el 2009 se incrementa el número de enfermeras (efecto de la reasignación del adicional del 2008) y en el 2010 se incrementa el número de técnicos (ver Gráfico N° 19).

**Gráfico N° 19. Disponibilidad de recursos humanos (enfermeras y técnicos) en Puestos de Salud [Huancavelica]**



Fuente: Base de datos HIS. Elaboración Propia.

Es muy importante que la disponibilidad de recursos críticos sea coherente con la cantidad de servicios que se brinda, por lo tanto la disponibilidad de recursos humanos se mide tanto en cantidad de personas como de días hombres disponibles para la



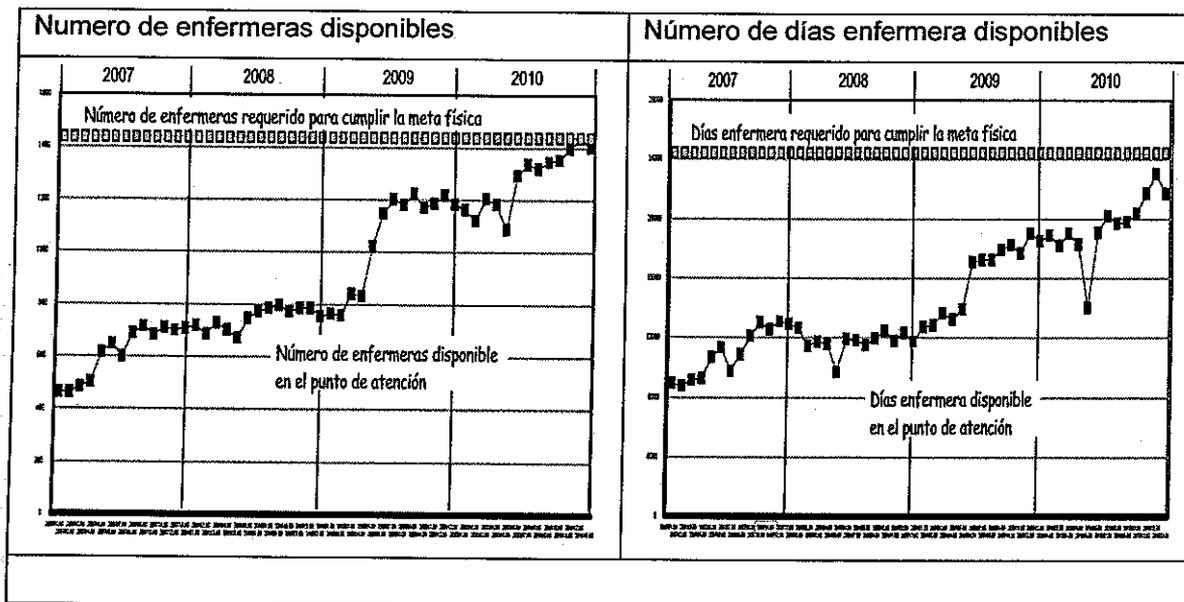


**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

atención en función de la cantidad de personas que reciben el servicio (Meta física). En el gráfico N° 20 se observa que en los departamentos más pobres del país (Ayacucho, Huancavelica y Apurímac), la disponibilidad de enfermeras entre los años 2007 y 2008 alcanzaba al 50% de lo requerido según meta física, lo que se incrementa en el año 2009 y recién en el último semestre del año 2010, la cantidad de enfermeras disponibles es igual al número de enfermeras requeridas según meta física. Contar con enfermeras en los establecimientos de salud es indispensable para realizar las atenciones de CRED a los niños.

**Gráfico N° 20 Disponibilidad de enfermeras en relación a la cantidad requerida según meta física en los puntos de atención en departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica**



Elaboración propia en base a la base de datos del HIS-MINSA.

No obstante el incremento en la cantidad de enfermeras disponibles en todos los departamentos, la disponibilidad en establecimientos de salud I-1, que usualmente se ubican en los distritos más pobres, sigue siendo insuficiente en relación a la disponibilidad de este recurso en establecimientos de mayor categoría (ver gráfico N° 21).

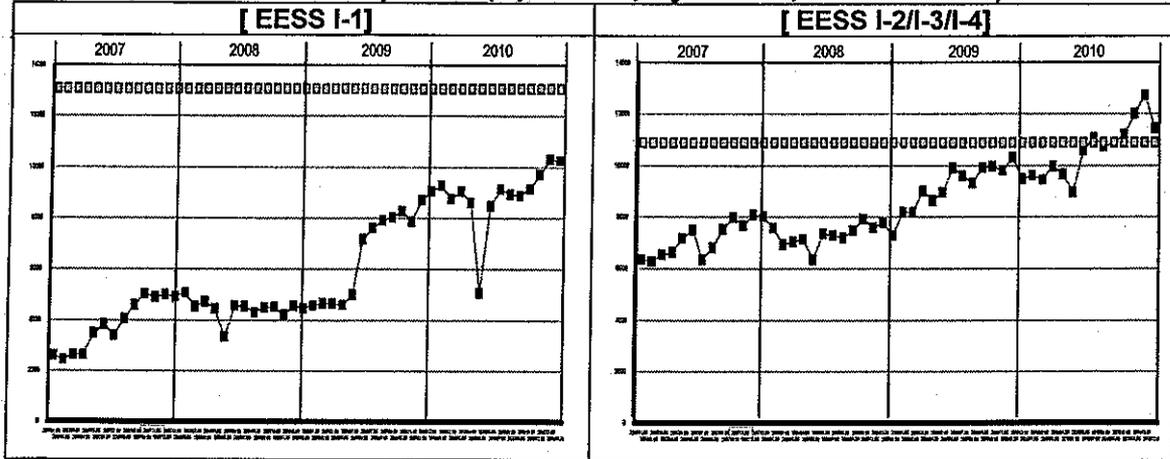




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Gráfico N° 21 Comportamiento de la disponibilidad de recursos humanos en los tres departamentos más pobres (Apurímac, Ayacucho, Huancavelica)**



Es muy importante que la disponibilidad de enfermeras en establecimientos ubicados en los distritos más pobres sea suficiente, con lo cual se garantiza el acceso a los servicios de los niños que viven en estas zonas y que por muchos años han sido marginados de la atención. El incremento de enfermeras en los establecimientos explica el incremento en la cobertura de niños con CRED completo, tal como se mostrará más adelante.

En los departamentos de Ayacucho y Huancavelica, se observa incremento de días enfermera disponible desde el año 2009, sin embargo es recién en el último trimestre del 2010 donde el número de enfermeras disponibles es mayor al número de días enfermera requeridos. En general se observan cambios en los tres departamentos, sin embargo en Apurímac los cambios aun no alcanzan al número mínimo requerido según la meta física.

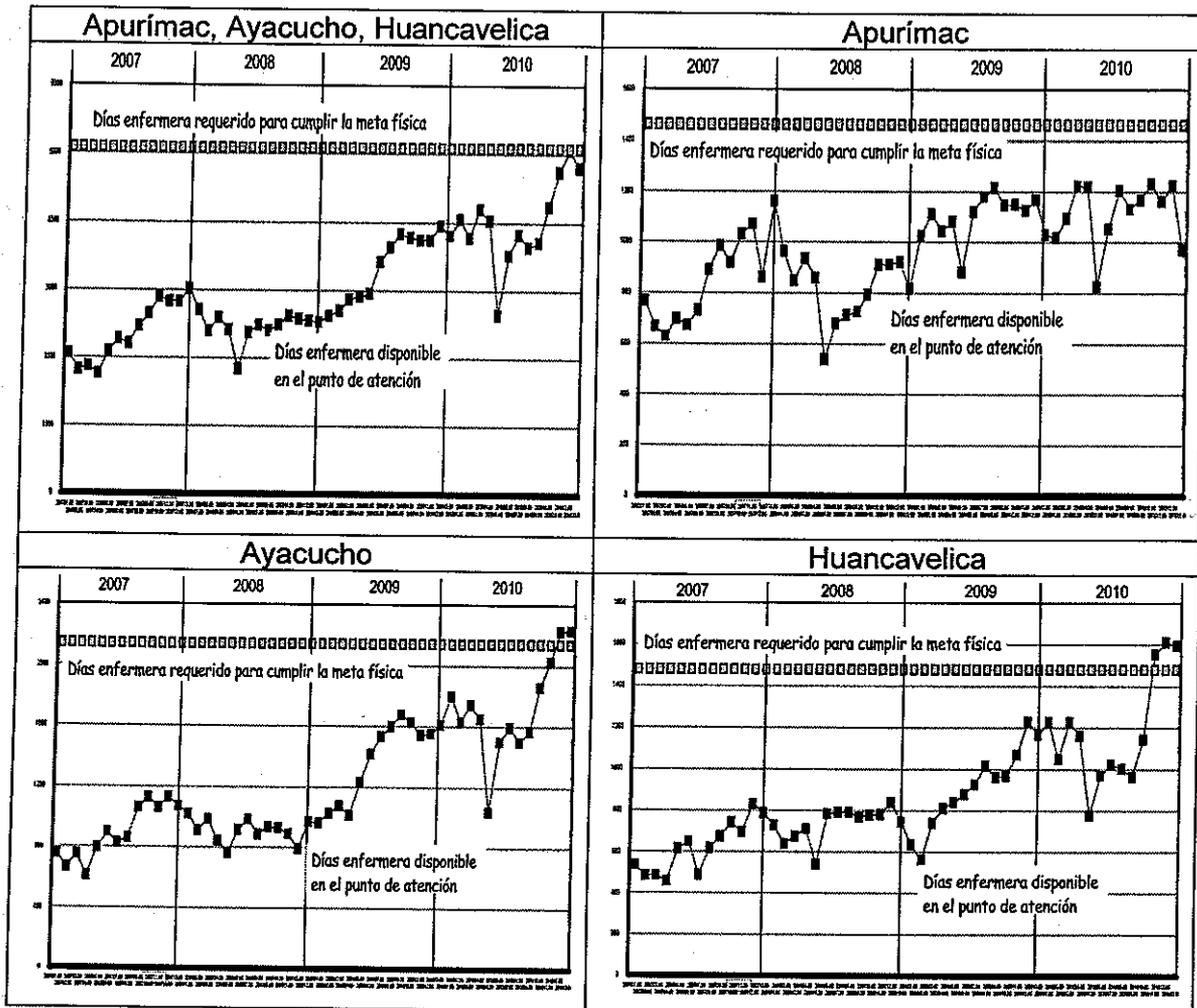




**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Gráfico N° 22 Comportamiento de la disponibilidad de recursos humanos en el 20% más pobre de los departamentos.**



**V. CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL.**

**1. Origen del Convenio de Apoyo Presupuestario**

El gobierno peruano, representado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI), suscribió en noviembre del 2009 con la Comisión Europea, el primer Convenio de Apoyo Presupuestario denominado EuroPAN (Convenio N° DCI-ALA/2009/021-564), que comprende una donación de hasta 60.8 millones de euros, al considerarse el Perú como país elegible dado los resultados positivos en el manejo de sus finanzas públicas. Para ello se tomó en cuenta la evaluación de la gestión de las finanzas públicas del Perú, la cual consistió en analizar las dimensiones del PEFA (Public Financial Management and Accountability Assessment): credibilidad del presupuesto, universalidad y





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

transparencia del presupuesto, proceso presupuestario basado en políticas, certeza y control de la ejecución presupuestaria, contabilidad y registro de la información, auditorías. Los resultados de dicha evaluación determinaron que las finanzas públicas en el Perú funcionan de manera adecuada, y de conformidad con las buenas prácticas internacionales, lo cual colocó a Perú como el primer país en América del Sur en haber sido evaluado satisfactoriamente, bajo esta metodología y estableció su idoneidad para recibir el apoyo presupuestario.

El EuroPAN contempla desembolsos periódicos, sujetos al cumplimiento de **compromisos e indicadores** por parte de los Organismos del Estado Peruano a cargo de su ejecución. Estos **compromisos** están relacionados con el mantenimiento de los estándares logrados en materia de política macroeconómica, manejo de las finanzas públicas y la implementación de políticas sectoriales de combate a la pobreza. Por su parte, los **indicadores** están referidos a incrementos de cobertura en los niveles de vacunación de niños, controles de crecimiento y desarrollo en niños (CRED), provisión de suplemento de hierro a niños menores de 24 meses y provisión de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes, su cumplimiento permitirán dar cuenta sobre el mejoramiento de los resultados del PAN y por tanto, de la desnutrición crónica infantil a nivel de los tres departamentos priorizados, los mismos que están relacionados a productos del Programa Articulado Nutricional.

Producto del PAN	Indicador seleccionado
33254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	Proporción de niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad.
33255 NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD	Proporción de niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos para su edad.
33256 NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A	Proporción de niños menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro y vitamina A.
33317 GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO	Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro y acido fólico.

Este convenio de Apoyo Presupuestario, se constituye como una nueva forma de cooperación que reciben los países que cuentan con eficientes y transparentes instituciones, sistemas y procesos para la administración de sus recursos financieros y que, por tanto, genera confianza a las entidades cooperantes para hacer una transferencia directa al Presupuesto del Sector Público. Los arreglos normativos que tuvo que hacer el Ministerio de Economía y Finanzas para recibir este tipo de apoyo, se describen en la ley n°29465- Ley del Presupuesto Público para el año fiscal 2010, se establece lo siguiente: " **TRIGÉSIMA SEXTA.-** Dispónese que las **donaciones para apoyo presupuestario** que reciba el Estado, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, en los años fiscales correspondientes, **para impulsar la reducción de la desnutrición crónica infantil y de la muerte materna y neonatal, así como la mejora en la comprensión lectora y matemática y otros resultados de los programas presupuestales estratégicos**, se depositan en la cuenta que para tal efecto determine la Dirección Nacional del Tesoro Público (DNTP) y se incorporan en los pliegos respectivos, en la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias, conforme a lo establecido en el artículo 42 de la Ley N° 28411, Ley General del





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Sistema Nacional de Presupuesto. Para efecto de la asignación de los recursos, los pliegos suscriben con la Dirección Nacional del Presupuesto Público (DNPP) un **convenio** que establezca, principalmente, las metas y compromisos a cumplir y los montos a transferirse. Las asignaciones para la gestión de las estrategias asociadas a los programas presupuestales estratégicos que desarrolle la DNPP son asignadas y ejecutadas a través de la Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales, con cargo y bajo las disposiciones de las referidas donaciones."

Por otro lado, para poner en marcha el apoyo presupuestario, se establecieron los **lineamientos técnicos y procedimientos para la formulación, suscripción, ejecución y seguimiento de los Convenios de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios Estratégicos**<sup>49</sup>, con el objeto de asignar los recursos provenientes de las donaciones para apoyo presupuestario recibidas por el Estado a través del Ministerio de Economía y Finanzas, de conformidad con lo señalado en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2010.

Para seleccionar los departamentos a ser beneficiados por el Programa de Apoyo Presupuestario al PAN se identificaron aquellos con mayores índices de pobreza y de desnutrición crónica infantil. En ese sentido, según las cifras de pobreza y desnutrición proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI), se seleccionaron a los departamentos de **Apurímac, Ayacucho y Huancavelica**, por presentan tasas de desnutrición crónica de 34,3%, 36,8% y 52,2%, respectivamente, cifras muy por encima del promedio nacional (19%).

Una vez seleccionados los departamentos, se debía focalizar la intervención en determinados distritos. Para ello, se realizó un ranking regional, en el que se identificaron dentro de cada departamento los distritos con mayor porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza, es decir, aquellos correspondientes al quintil 1 (20%) de riqueza regional. Es así, que se seleccionaron **54 distritos**, los cuales son los distritos más pobres dentro los 3 departamentos más pobres del país.

Sentadas las bases normativas para la ejecución del apoyo presupuestario, se determinó como siguientes pasos la negociación y suscripción de convenios con las entidades vinculadas al cumplimiento de metas para mejorar los índices de desnutrición infantil, entre ellas el MINSA, SIS, JUNTOS, RENIEC y Gobiernos Regionales. Los convenios de apoyo presupuestario, se convierten en una nueva modalidad de asignación de presupuesto condicionado al cumplimiento de indicadores de cobertura de productos y a compromisos de gestión destinados a mejorar la planificación operativa, los procesos logísticos para mejorar la disponibilidad de insumos críticos la organización de los servicios para hacerlos más accesibles y la instauración de un sistema de monitoreo y seguimiento.



<sup>49</sup> Directiva N° 002-2010-EF/76.01 – Directiva para la Formulación, Suscripción, Ejecución y Seguimiento de Convenios de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios Estratégicos en el marco del Presupuesto por Resultados. Dicha Directiva fue aprobada a través de la Resolución Directoral N° 006-2010-EF/76.01.



**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

## 2. Implementación del Convenio de Apoyo presupuestario

La implementación del convenio de Apoyo Presupuestario pasa por 3 fases, el de diseño, ejecución y Monitoreo y Evaluación.

Siguiendo lo establecido en los lineamientos técnicos y procedimientos para la implementación del convenio de Apoyo Presupuestario, se suscribieron los **Convenios entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la DGPP, y los Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica**. Dichos Convenios tienen una misma estructura general, es decir, contienen dos anexos:

- (i) Anexo I (especificaciones técnicas): Se establecen las metas de los indicadores, su definición, las fuentes de datos, los procedimientos; así como los compromisos de gestión vinculados a la planificación operativa, la mejora de la ejecución, la organización para la producción de los productos y su entrega a los beneficiarias, y la supervisión, seguimiento y evaluación;
- (ii) Anexo II (especificaciones administrativas) se establecen las modalidades de desembolsos y el cronograma de los mismos, especificando los "tramos fijos" o "tramos variables" en función del cumplimiento de los compromisos de gestión y metas de indicadores planteados. Los desembolsos establecidos en el "tramo fijo" están condicionados al cumplimiento de los compromisos de gestión y los desembolsos establecidos en el "tramo variable" están condicionados al cumplimiento de las metas de los indicadores. Los convenios suscritos con los Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica tienen la misma estructura, pero se diferencian entre sí por los compromisos y metas de indicadores que cada Gobierno Regional se ha comprometido a alcanzar durante el periodo 2010-2013.

El objetivo principal de dichos Convenios es cerrar las brechas de disponibilidad de insumos (bienes y servicios) en las entidades que ejecutan el Programa Articulado Nutricional, en los departamentos seleccionados, complementando los recursos ordinarios que reciben los Gobiernos Regionales. El presupuesto adicional que reciben las entidades representa hasta el 25% de gastos corrientes en Bienes y Servicios. La distribución de los recursos se realiza previa verificación del cumplimiento de compromisos de gestión orientadas a mejorar la planificación operativa, los procesos logísticos a fin de garantizar la disponibilidad de insumos en los puntos de atención de los distritos más pobres, la organización de los servicios para favorecer el acceso a servicios de calidad y la implementación de un sistema de Monitoreo y seguimiento de productos y de insumos por parte del Gobierno Regional.

Los Convenios se constituyen como instrumentos que proveen incentivos y mecanismos efectivos para fomentar el Presupuesto por Resultados así como para mejorar y fortalecer sus procedimientos. Estos instrumentos logran alinear objetivos de diversas instituciones en torno al logro de los resultados del PAN, y contribuye a la mejora de sus procesos.

Los cambios requeridos a nivel regional, necesitan de estándares establecidos y adecuaciones en las normatividad en el gobierno Nacional. Por eso es muy importante





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

involucrar a las instituciones del Gobierno Nacional, como el Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres JUNTOS y entidades públicas, a fin de asegurar el cumplimiento los compromisos de gestión y metas de indicadores establecidos. Las regiones han establecido sus propios convenios y acuerdos con estas instituciones a nivel local.

### 3. Convenio con los Gobiernos Regionales

Los Convenios suscritos entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP), con los tres Gobiernos Regionales, constan de Especificaciones técnicas (Anexo I) y Especificaciones administrativas (Anexo II)

#### Especificaciones Técnicas

Los compromisos de gestión hacen referencia a la mejora de cuatro procesos de gestión:

- **Proceso 1:** Programación operativa
- **Proceso 2:** Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos
- **Proceso 3:** Organización para la producción y entrega de los productos
- **Proceso 4:** Supervisión, seguimiento y evaluación

A su vez, dichos procesos se dividen en **subprocesos críticos** y para medir el desempeño de los mismos, se han definido **criterios** los cuales tienen diferentes **niveles** de cumplimiento para medir el avance de los compromisos de gestión (niveles 0, 1, 2 3). Estos procesos están señalados en la Directiva N° 002-2010-EF/76.01, y se detallan a continuación:

Proceso	Definición
<b>Proceso 1</b> Programación Operativa	Es un proceso de soporte que debe ejecutar toda entidad pública que entrega productos a los beneficiarios del PAN. A través de este proceso se determina con precisión lo siguiente: i) la cantidad anual de beneficiarios por cada uno de los Productos del PAN; ii) el número anual de beneficiarios que se proyecta atender en cada punto de atención; iii) los insumos que son necesarios que estén disponibles en cada punto de atención para producir en cantidad y calidad los Productos del PAN; iv) el presupuesto que se requiere para adquirir los insumos, transformarlos y convertirlos en Productos del PAN; y vii) los costos para producir los Productos del PAN en el punto de atención al beneficiario.
<b>Proceso 2</b> Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos	Es el proceso a través del cual las entidades públicas resuelven la logística de aprovisionamiento de los insumos que se requieren para ofertar los productos de los PAN en el punto de atención al ciudadano. A través de ese proceso se establece con precisión lo siguiente: i) El plan anual de adquisiciones y sus modificaciones; ii) El control de inventarios y stock de los insumos en los almacenes y su distribución a los puntos de atención; iii) Los puntos de atención con exceso o con déficit de los insumos críticos.
<b>Proceso 3</b>	Es el proceso mediante el cual se organiza la entidad pública para





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

Proceso	Definición
Organización para la producción y entrega de los productos	entregar los Productos, a los usuarios de la manera más conveniente y eficiente, de tal modo que todos los beneficiarios tengan acceso oportuno a los servicios que ofrece el PPE. Este proceso incluye la organización interna del punto de atención para ofrecer a los beneficiarios un servicio acorde con los estándares básicos de calidad. Mediante este Proceso se determina con precisión lo siguiente: i) los puntos de atención donde se ofrece los Productos del PAN a la población objetivo; iii) la lista de Productos que serán ofrecidos en cada punto de atención; iii) la organización interna de la entidad pública por centros de costos y su vínculo con los Productos; y iv) los convenios y alianzas con otras instituciones que contribuyan con la implementación de los Productos.
Proceso 4 Supervisión, seguimiento y evaluación	Es el proceso mediante el cual la entidad pública genera los Productos que contribuyan a la mejora en la gestión, conducción, supervisión, seguimiento y evaluación del PAN. A través de este Proceso la entidad pública establece al menos los siguientes tres sub procesos: i) Recolección, administración, organización, almacenamiento de las fuentes datos y correspondientes bases de datos que se constituyen en insumos para la generación de los indicadores del PAN, y al mismo tiempo son esenciales para la Verificación del cumplimiento del Convenio; ii) El procesamiento y análisis para elaborar bases de datos analíticas; iii) La diseminación de la información y transparencia.

Fuente: Directiva N° 002-2010-EF/76.01

Los indicadores seleccionados, en conformidad con la Directiva N° 002-2010-EF/76.01, son los siguientes:

- **Indicador 1:** Proporción de niños y niñas menores de 36 meses con vacuna completa para su edad.
- **Indicador 2:** Proporción de niños y niñas menores de 36 meses afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) con Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo para su edad.
- **Indicador 3:** Proporción de niños y niñas menores de 36 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro.
- **Indicador 4:** Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro.

Para cada uno de los cuatro indicadores presentados se establecen metas que los Gobiernos Regionales se comprometen a lograr durante los próximos cuatro años (ver tabla N° 12).





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Tabla N° 12 Metas de los cuatro indicadores establecidos en los Convenios con los Gobiernos Regionales**

Indicador	Departamento	Línea de Base	Metas			
			2010	2011	2012	2013
Indicador 1: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses con vacuna completa para su edad.	Apurímac	74.1	78.1	80.1	82.1	84.1
	Ayacucho	56.3	64.3	68.3	72.3	76.3
	Huancavelica	56.8	64.3	68.3	72.3	76.3
Indicador 2: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses afiliados al SIS con CRED completo para su edad.	Apurímac	16.0	29.1	43.7	58.4	67.5
	Ayacucho	10.9	22.4	38.4	54.3	62.4
	Huancavelica	4.8	18.3	38.0	57.7	67.5
Indicador 3: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro.	Apurímac	6.6	18.8	33.4	48.0	57.2
	Ayacucho	4.1	15.7	31.6	47.6	55.7
	Huancavelica	4.2	17.7	37.4	57.1	66.9
Indicador 4: Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro	Apurímac	95.9	96.0	96.0	96.0	96.0
	Ayacucho	96.0	96.0	96.0	96.0	96.0
	Huancavelica	95.9	96.0	96.0	96.0	96.0

Fuente: MEF - Anexo I de los Convenios suscritos entre el MEF y los Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

Los Gobiernos Regionales negocian con el Ministerio de Economía y Finanzas el valor de las metas correspondientes, tomando en cuenta la línea de base. Para ello, cada Unidad Ejecutora del Gobierno Regional debe adecuar sus procesos y sistemas de información para generar y reportar datos verificables y auditables.

La fuente de información principal para los indicadores del PAN es el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). En ese sentido, esta entidad es la responsable de generar y proveer información de calidad vinculada al cumplimiento de las metas establecidas en los Convenios.

**Especificaciones administrativas (Anexo II)**

En esta sección de los Convenios se establecen principalmente las modalidades de desembolsos y el cronograma de los mismos, especificando los "tramos fijos" o "tramos variables" en función del cumplimiento de los compromisos de gestión y metas de indicadores planteados.

De acuerdo a lo estipulado en los Convenios, el monto máximo total asignado a cada Gobierno Regional, para los cuatro años de duración del Programa de Apoyo Presupuestario, es de hasta 50 millones de soles, según al siguiente calendario de desembolso:

**Tabla N° 13 Calendario de desembolsos (en millones de nuevos soles)**

Departamento	Año 1 (2010)	Año 2 (2011)	Año 3 (2012)	Año 4 (2013)	Total
Apurímac	12.0	12.7	12.7	12.6	50.0
Ayacucho	13.5	12.5	12.0	12.0	50.0
Huancavelica	12.5	12.5	12.5	12.5	50.0

Fuente: MEF - Convenios suscritos entre el MEF y los Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

Dichos desembolsos tienen dos tipos de tramos, un **tramo fijo** y un **tramo variable** por lo que el calendario, según tipo de tramo sería el siguiente:





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

**Tabla N° 14: Calendario de desembolsos según tipo de tramo (en millones de nuevos soles)**

Departamento	Año 1 (2010)	Año 2 (2011)	Año 3 (2012)	Año 4 (2013)
<b>Apurímac</b>	12.0	12.7	12.7	12.6
Tramo Fijo	100%	70%	50%	30%
Tramo Variable	0%	30%	50%	70%
<b>Ayacucho</b>	13.5	12.5	12.0	12.0
Tramo Fijo	100%	70%	50%	30%
Tramo Variable	0%	30%	50%	70%
<b>Huancavelica</b>	12.5	12.5	12.5	12.5
Tramo Fijo	100%	70%	50%	30%
Tramo Variable	0%	30%	50%	70%

Fuente: MEF – Anexo II de los Convenios suscritos entre el MEF y los Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

Como se observa en la tabla 14, los montos a desembolsar provenientes del tramo fijo tienen una tendencia decreciente a lo largo de los cuatro años (100%, 70%, 50% y 30%) y los montos a desembolsar del tramo variable tienen una tendencia creciente en el mismo periodo (0%, 30%, 50% y 70%). Esto tiene como finalidad apoyar a los Gobiernos Regionales, durante los primeros años, para que tengan el capital necesario para asegurar el cumplimiento de los resultados esperados.

Para acceder a dichos desembolsos, los Gobiernos Regionales deben cumplir con los siguientes requisitos<sup>50</sup>, según tipo de tramo:

En el **tramo fijo**, reciben una cantidad fija máxima condicionada al cumplimiento de los **compromisos de gestión** establecidos en el Convenio. El monto de la transferencia correspondiente a este tramo se determina de acuerdo al siguiente cuadro:

**Tabla N° 15 Monto de la transferencia correspondiente al tramo fijo**

Reporte del Informe de Cumplimiento del Convenio	Año 1 (2010)	Año 2 (2011)	Año 3 (2012)	Año 4 (2013)
	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Sin observaciones	100%	100%	100%	100%
Con observaciones*	60%	60%	60%	60%

Fuente: Anexo II de los Convenios suscritos entre el MEF y los Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

\*Nota: El saldo de 40% es transferido solo luego que la entidad subsane las observaciones. En caso contrario, se cancela dicha transferencia.

En el **tramo variable**, reciben una cantidad máxima condicionada al cumplimiento de las metas de los indicadores de producto y/o resultados establecidos en el Convenio y se determina de manera proporcional al valor alcanzado en dichas metas.

Una vez firmado los convenios, se establece las metas de cumplimiento de compromisos de gestión para cada nivel. Para ello el MEF, brinda asistencia técnica a

Ver Anexo 1 (especificaciones técnicas) de los Convenios con los Gobiernos Regionales





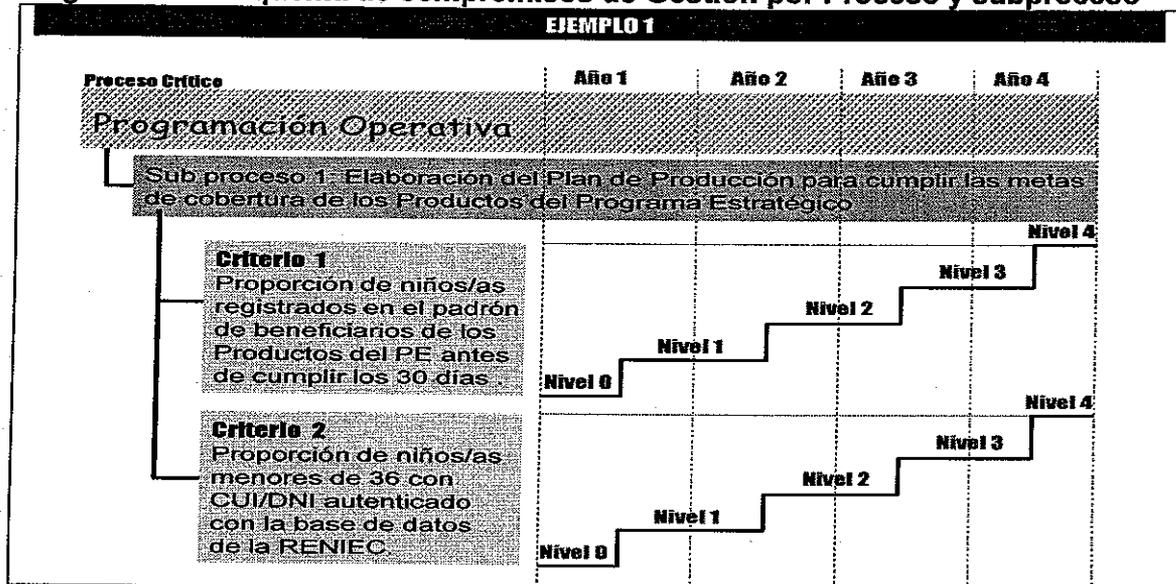
**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

través de un consultor en cada Gobierno Regional, quien de manera conjunta con los funcionarios de las entidades facilita los procesos de programación de insumos por producto y por punto de atención, capacita a los técnicos en el uso de las herramientas informáticas durante la formulación del presupuesto público y sirve de nexo entre las Unidades Ejecutoras regionales y la Dirección General del Presupuesto Público del MEF. Igualmente se brinda asistencia Técnica a través de un Residente del SIGA, quien se encarga de capacitar en el uso de esta herramienta a los responsables de cada una de las unidades ejecutoras.

Una vez consensuado los valores a ser alcanzados, cada entidad pone operativo un conjunto de acciones tendientes al cumplimiento de los compromisos. A continuación se muestra un modelo de compromisos relacionados a la programación operativa:

**Figura N° 18 Esquema de compromisos de Gestión por Proceso y subproceso**



Durante la fase de ejecución, se ha implantado un modelo de gestión regional con la participación del MEF, SIS, Gobierno Regional y sus Unidades Ejecutoras. El MEF cumple un rol importante a través del consultor contratado para brindar asistencia técnica de este proceso.

Los criterios de cumplimiento en cada uno de los procesos, hacen uso intenso en el uso de sistemas de información existentes, tales como la base de datos del HIS, SIS, SISMED, SIGA, SIAF, planilla electrónica del registro de personal etc. La integración para el análisis de estas fuentes de datos, requiere el uso de códigos estándares, de este modo para identificar a los puntos de atención se usa el código de Registro de establecimientos de salud (RENAES), la identificación de insumos mediante el código SIGA, para lo cual se ha conciliado la información con el código de Medicamentos e insumos utilizado por la Dirección General de Medicamentos y para la identificación de los beneficiarios el Documento Nacional de Identidad (DNI) o el código único de identificación para el registro temporal de los Recién Nacidos.





**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

horas hombre disponible desde el 2010, lo que se mide haciendo uso de la base de datos del HIS del Ministerio de Salud.

Los modelos de asignación presupuestal aplicados por el Ministerio de Economía y Finanzas para cubrir las brechas de recursos, han sido efectivas para mejorar la gestión de los insumos en más de 170 unidades ejecutoras del país. El modelo de asignación aplicado para todas las regiones del país desde el proceso de formulación 2009 para el producto "Niños con vacuna completa para la edad", condicionado a la mejora en la programación operativa por puntos de atención, se amplió a productos de otros 5 programas priorizados en el proceso de formulación del año 2010.

Los convenios de apoyo presupuestario al Programa Articulado Nutricional en 3 Regiones priorizadas (Ayacucho, Apurímac y Huancavelica), se están utilizando como modelos para realizar otros convenios con similar característica. Por ello, se ha previsto la firma de convenio de apoyo presupuestal al PAN para las Regiones de Amazonas, Huánuco y Cajamarca en el marco del Proyecto de "Cierre de Brechas en Productos Priorizados dentro del Programa Articulado Nutricional", con participación del Banco Mundial. Igualmente con fondos de Recursos Ordinarios del estado Peruano, se ha previsto la firma de convenio de apoyo presupuestario a 3 programas Estratégicos, Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal y Logros del Aprendizaje, para apoyar intervenciones en la provincia de Condorcanqui, que está conformado por los distritos más pobres de la región Amazonas y con alta proporción de población indígena.

El logro de los Resultados esperados depende en parte de la mejora de los procesos tanto en el ámbito Regional como en el ámbito Nacional, por ello se establecen compromisos de gestión y de resultados con las instituciones involucradas. Para el año 2011, se vienen preparando la firma de convenios con el Seguro Integral de Salud (SIS) para incrementar la proporción de niños afiliados a una temprana edad, con el Registro Nacional de Identidad (RENIEC) para incrementar la proporción de niños registrados a edad temprana y con JUNTOS para mejorar la afiliación temprana al programa de las familias con niños menores de 36 meses.

El presupuesto proveniente del apoyo presupuestario-EUROPAN se constituye en un medio eficaz para la asignación presupuestal de recursos adicionales condicionada al logro de resultados y a compromisos de gestión, que son consensuados con las instituciones involucradas. Estos compromisos son evaluados mediante la revisión de bases de datos y según sea el caso sobre la revisión de los documentos presentados, como la emisión de directivas para mejorar los procesos de gestión.

