

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

**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, AÑO 2011**

TERCER TRAMO FIJO



LIMA, JUNIO 2012



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

INDICE

I.	RESUMEN EJECUTIVO	3
II.	INTRODUCCION	5
III.	EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)	8
III.1	ASPECTOS CLAVES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA	9
1.	<i>Diseño del Programa</i>	9
2.	<i>Prioridad y concentración de presupuesto en intervenciones claves</i>	18
3.	<i>Reglas de asignación presupuestal para proteger intervenciones claves</i>	22
4.	<i>Articulación de reglas de asignación y reasignación presupuestal con la gestión del punto final de atención</i>	24
5.	<i>Seguimiento y Monitoreo del Programa</i>	29
III.2	AVANCES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA	32
1.	<i>Progreso en la Asignación del Presupuesto</i>	32
2.	<i>Evolución de los indicadores de resultados</i>	35
3.	<i>Evolución de Indicadores de Productos</i>	41
4.	<i>Presupuesto ejecutado y disponibilidad de insumos críticos</i>	47
IV.	CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL ENTRE EL ESTADO PERUANO Y LA UNIÓN EUROPEA- EUROSPAN.	50
1.	ORIGEN DEL CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	50
2.	IMPLEMENTACIÓN DE CONVENIOS DE APOYO PRESUPUESTARIO MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS Y ENTIDADES DEL ESTADO	52
3.	CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO EN EJECUCIÓN	55
3.1	<i>Convenio con Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica</i>	55
3.2	<i>Convenio con Gobiernos Regionales de Amazonas, Cajamarca y Huánuco</i>	61
3.3	<i>Convenio con Pliegos del Gobierno Nacional</i>	62
4.	SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS Y METAS DE LOS CONVENIOS DE APOYO PRESUPUESTARIO... ..	68
4.1	<i>Avance en Convenios con Regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica</i>	69
4.2	<i>Avance en Convenios con Regiones de Amazonas, Cajamarca y Huánuco</i>	78
4.3	<i>Avance en Convenios con Pliegos del Gobierno Nacional</i>	80
V.	CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2012.	82





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

I. RESUMEN EJECUTIVO

El Estado 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 EURO-PAN (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 por los resultados positivos en el manejo de sus finanzas públicas.

El EURO-PAN 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, como parte de ello la implementación de una política sostenida para reducir la Desnutrición Crónica Infantil. 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.

El convenio establece que los desembolsos se realizan una vez que el Ministerio de Economía y Finanzas entrega la información correspondiente al tramo fijo que comprende 3 informes:

1. *Informe de Política Macroeconómica.*
2. *Informe de progreso en el plan de mejora de las Finanzas Públicas.*
3. *Informe de progreso del Programa Articulado Nutricional.*

El presente documento da cuenta del progreso en la implementación del Programa Articulado Nutricional (PAN) desde el año 2007 hasta el año 2011. El PAN tiene como condición de interés la reducción de la proporción de niños con Desnutrición Crónica Infantil, a través de la reducción de la incidencia y severidad de las infecciones respiratorias y diarreas agudas, el bajo peso al nacer y la disponibilidad de micronutrientes, conteniendo en su diseño un conjunto de productos que se entregan al ciudadano para lograr los cambios esperados.

En este informe, se describen los contenidos del Programa Articulado Nutricional, los productos priorizados, el presupuesto asignado a los mismos y los aspectos más resaltantes en su implementación. Se detallan los principales hitos en la evolución del programa. Se presenta un análisis de los principales indicadores de resultados, de productos y la disponibilidad de insumos.

En el capítulo IV se describen los contenidos del convenio de Apoyo Financiero al PAN-EUROPAN y la situación de los convenios firmados entre el MEF y las 3 regiones priorizadas. Se muestra el nivel de progreso en los compromisos de gestión que forman parte de estos convenios así como de la cobertura de 4 principales productos. Se presentan el estado de transferencias financieras en relación al nivel de





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

cumplimiento de los convenios.

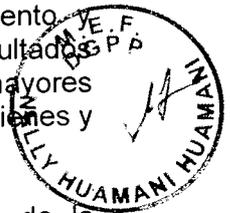
Las principales conclusiones del informe, están referidas a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 5 años según el patrón de referencia de la NCHS de 22.6% en el año 2007 a 15.2% en el año 2011 y según el patrón de referencia de la OMS de 28.5% a 19.5%. Esta reducción se da en el nivel nacional así como en el ámbito rural, aunque las brechas de urbano rural aún se mantienen distantes. Del mismo modo se muestra que se ha mejorado las coberturas de los 2 principales productos. En el caso de niños menores de 36 meses con vacunas completas para la edad se ha pasado de 64.3% en el 2007 a 72.7% en el 2011, siendo los departamentos de Apurímac y Huancavelica los de mayor cobertura. En el caso de niños con CRED completo para la edad, se ha pasado de 24% en el año 2007 a 47.3% en el 2011, siendo mayor la proporción de niños con CRED en el ámbito rural y en la sierra. Los departamentos con mayor cobertura de CRED son Huancavelica, Cajamarca y Huánuco.

El presupuesto asignado al PAN se ha incrementado progresivamente en el 2010 y se ha concentrado en 2 principales productos que desde el diseño fueron priorizadas debido a su mayor relación causal con el resultado final y a la fuerza de las evidencias. En estos 2 productos se concentran el 50% del presupuesto asignado en el año 2012.

Respecto a los Convenios de Apoyo Financiero a regiones priorizadas, se concluye que la ayuda económica de la Unión Europea, ha permitido que las Unidades Ejecutoras de salud cuenten con recursos financieros adicionales condicionados al cumplimiento de compromisos y metas de cobertura de productos. Con ello ha sido posible incrementar la disponibilidad de insumos en los establecimientos de salud del quintil más pobre para una adecuada y oportuna entrega de productos. Producto de ello, ha permitido a estas instituciones mejorar algunos procesos de programación operativa, organización para la oferta de servicios, así como de seguimiento, monitoreo de la disponibilidad de insumos, de productos ofertados y resultados logrados. En el transcurso de los 3 años de convenio, se aprecia que hay mayores dificultades en mejorar los procesos logísticos para la adquisición oportuna de bienes y servicios así como de una mejor disponibilidad de insumos.

El reto para el programa es continuar con la tendencia en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil hasta un nivel inferior a 10% y reducir las brechas existentes entre los ámbitos rural y urbano.

Las recomendaciones están orientadas a fortalecer la asistencia técnica en las regiones para mejorar la calidad de los registros de atenciones de salud, los procesos para afiliación temprana al Seguro Integral de Salud (SIS) y la identidad del niño, así como una mayor articulación con las entidades responsables en el nivel nacional y regional. Por otro lado, es necesario mejorar el sistema de seguimiento desde el nivel local sobre la cobertura de productos priorizados usando datos del SIS, y de la disponibilidad de insumos críticos como las vacunas y el sulfato ferroso o los multimicronutrientes, especialmente en los distritos priorizados.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

II. INTRODUCCION

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 implementación 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 Presupuesto por Resultados (PpR), introduce un cambio en la forma de hacer el Presupuesto, partiendo de una visión integrada de planificación y presupuesto y la articulación de acciones y actores para la consecución de resultados. El PpR rompe además el esquema tradicional de enfoque institucional de intervenciones que generan aislamiento y nula articulación de 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 11º, señala 11 actividades en favor de la infancia, a partir de las cuales se inicia 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°





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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 - MINSA, 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 diseñadas bajo este proceso se le denominó Programa Estratégico (PE).

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.

El enfoque de la contribución de los PE en la reducción de la pobreza y exclusión social, se resume en la Figura N°1. En ella se muestra como los PE de Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional y Logros de Aprendizaje, acompañan sucesivamente 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°1 muestra también, la explicación fisiológica de la existencia de estos riesgos en cada etapa de estos primeros años de vida.

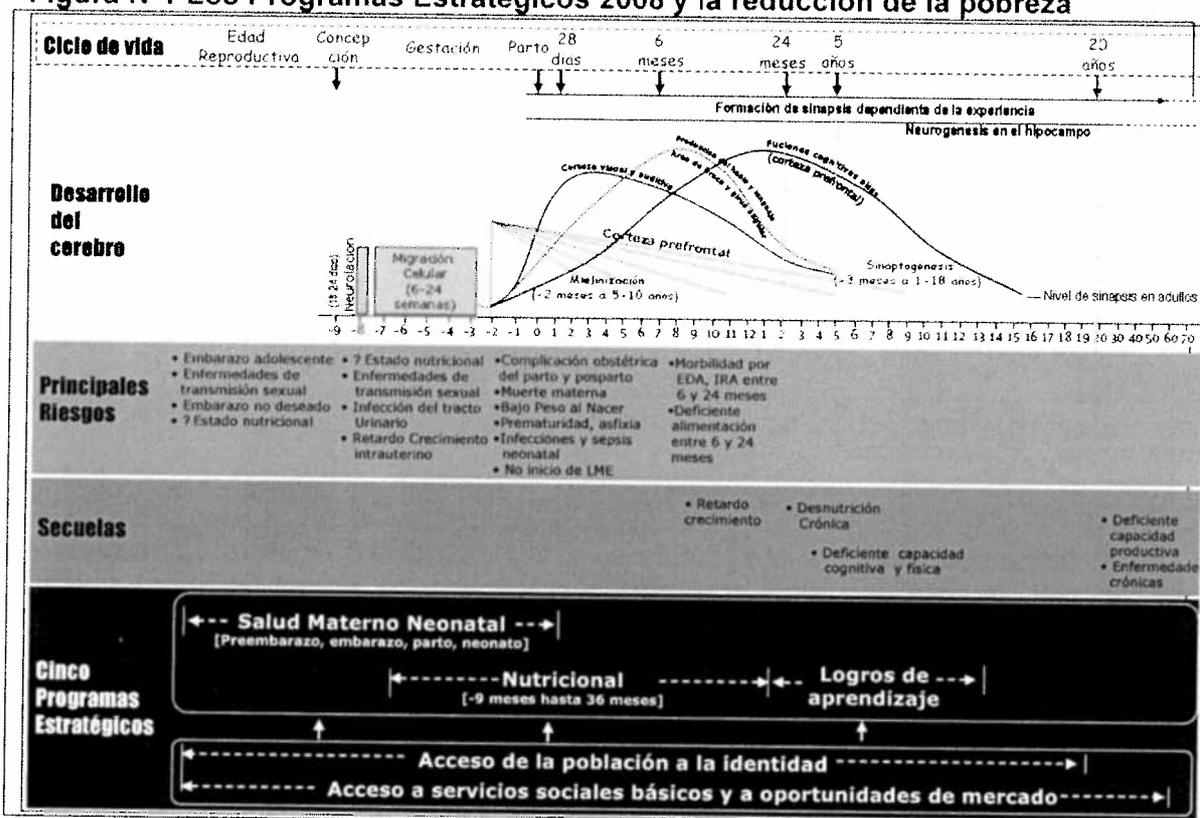




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Figura N°1 Los Programas Estratégicos 2008 y la reducción de la pobreza



En términos de la Programación Presupuestaria Estratégica, se avanzó gradualmente incorporando en los respectivos Presupuestos del Sector Público nuevos programas. A los 5 Programas Estratégicos diseñados en el 2008, se añaden en el 2009¹ 4 programas estratégicos:

- (i) Acceso a energía en localidades rurales
- (ii) Saneamiento Rural;
- (iii) Telecomunicaciones Rural;
- (iv) 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 involucraron 35 pliegos presupuestarios, de los 148 existentes.

Para el año 2010², se incorporaron 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

¹ Ley 28289. Ley de Presupuesto Público para el año Fiscal 2009.
² Ley 29465. Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2010





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

“DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ”
“AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD”

mejora en la calidad de vida y la reducción de la pobreza y la exclusión, añadiendo temas de competitividad.

Para el 2011³ se incorporan los Programas: 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 Ministerio de Economía y Finanzas, haciendo un total de 24 programas estratégicos. El presupuesto asignado al conjunto de los programas estratégicos en el año 2011 correspondía al 12% del presupuesto total.

En el proceso de formulación del presupuesto 2011, se profundizan los cambios en la implementación del presupuesto por Resultados y se rediseñan los programas ya existentes a excepción del programas liderados por el sector salud como el Programa Articulado Nutricional. Producto de este proceso, para el ejercicio presupuestal 2012 se cuentan con 58 programas presupuestales, que representan el 34% del presupuesto total de la república.

III. EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)

Con la Ley 29142- Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2008⁴, se identifica 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 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 de cada 2 niños padece de desnutrición crónica.

³Ley 29626. Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2011

⁴Ley 29142. Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2008, publicado en el Diario Oficial El peruano el 7 de Diciembre 2007.





III.1 ASPECTOS CLAVES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

El Programa Articulado Nutricional tiene un desarrollo progresivo y para entenderlo podríamos definir en **5 aspectos claves en el desarrollo** de su evolución los mismos que guardan relación con los ciclos de formulación y programación del presupuesto.

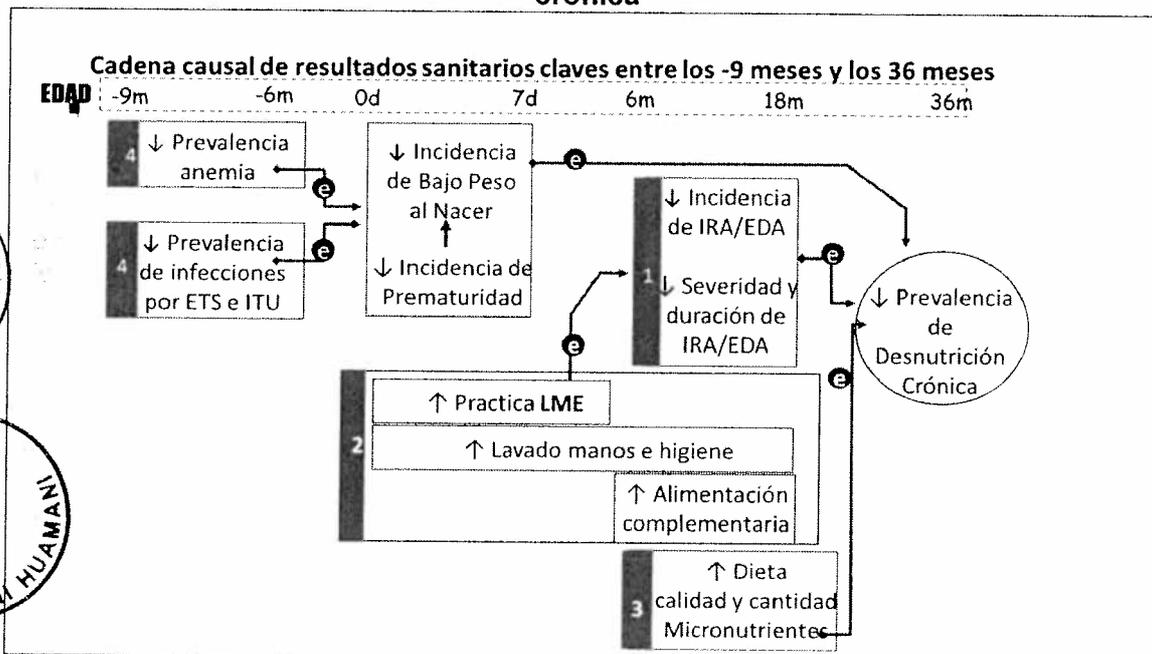
1. Diseño del Programa

El Programa Articulado Nutricional, tiene un modelo causal basado en evidencias, que comprende la revisión de la información disponible tanto para el análisis de causalidad como para la propuesta de intervenciones eficaces, lo que se explica a continuación:

1A Principales Factores causales que explican la desnutrición crónica.

En la figura N°2, 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.

Figura N°2. 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



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

principalmente de las siguientes causas: La elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas, las prácticas inadecuadas en el cuidado de los niños, la deficiencia en la calidad y cantidad de micronutrientes y la prevalencia de anemia e infecciones en las gestantes que condicionan una mayor incidencia de bajo peso al nacer y de la prematuridad. Estos 4 factores, están íntimamente relacionados entre sí y se presentan en etapas críticas del desarrollo del niño:

- (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 de 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.⁵⁶⁷ 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 a la diarrea aguda⁸⁹¹⁰. 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

⁵Martorell, 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

⁶Rowland, 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

⁷Black, 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

⁸Black, 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

⁹Palmer, 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.

¹⁰Samadi, 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.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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 2), debido a su fuerte asociación con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas¹¹, 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 2).

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

1B 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

¹¹ Grande C, Larguía 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 DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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 niño¹², 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.
- Disminuir la duración y severidad de los episodios de las enfermedades de diarrea aguda e infección respiratoria aguda mediante la aplicación correcta del AIEPI clínico. Desde el 2009¹³, 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 entrega en establecimientos del primer nivel de atención. Esto incluye prescripción del sulfato ferroso y del ácido fólico.



¹²Resolución Ministerial 610-2007/MINSA. Directiva Sanitaria No 014- MINS/DGSP V.01. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM610-2007.pdf>

¹³Resolución 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>

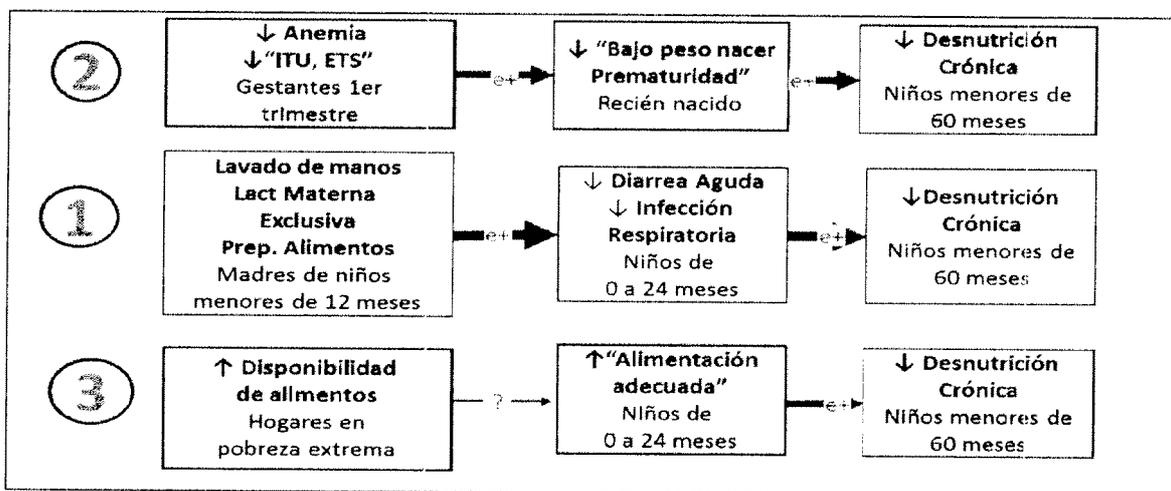


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Luego de identificar las intervenciones eficaces, era necesario siguiendo la metodología del diseño, establecer caminos causales de mayor impacto en el problema según las evidencias y la magnitud de las determinantes, tal como se describe la figura 3. Según el esquema, la ruta crítica de mayor relevancia por su relación causal y mayor magnitud es la de **prácticas saludables en madres de niños** menores de 12 meses que incide en la reducción de las infecciones en los niños de 0 a 24 meses. Otra ruta crítica es la de la reducción de la incidencia de anemia e infecciones en el primer trimestre de la gestación que incide favorablemente en la reducción del bajo peso al nacer y de la prematuridad.

Figura N°3. Intervenciones claves y eficaces



De todo este análisis de causalidad se establecen los principales resultados que se espera obtener con la implementación del programa. Para conseguir esos resultados es necesario identificar las intervenciones más eficaces y para ello era necesario revisar todas las intervenciones que las diferentes instituciones para reducir la desnutrición Crónica infantil, tal como se observa en la figura 4. Esto se conoce como modelo prescriptivo que consiste en identificar las intervenciones de mayor eficacia luego de una búsqueda sistemática de evidencias.

Se incorporan intervenciones de mayor eficacia como las vacunas contra el neumococo y el rotavirus para la reducción de las infecciones respiratorias que hasta antes del año 2009 no existían en el esquema de vacunación del Ministerio de salud, igualmente las sesiones de consejería individual en prácticas saludables son incorporadas a la atención de control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 24 meses, del mismo modo se toma en cuenta el diagnóstico y tratamiento de las infecciones incorporadas en la atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), que se venían ejecutando a través de la red de establecimientos de salud. Intervenciones como el programa JUNTOS cuyo objetivo era transferencias condicionadas al cumplimiento de atenciones de salud a los niños por parte de los hogares, tal como venía funcionando hasta antes del 2009 no necesariamente estaba ligado a una mejor cobertura de vacunas y ni de atención con CRED y por tanto su incidencia en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil no era determinante.

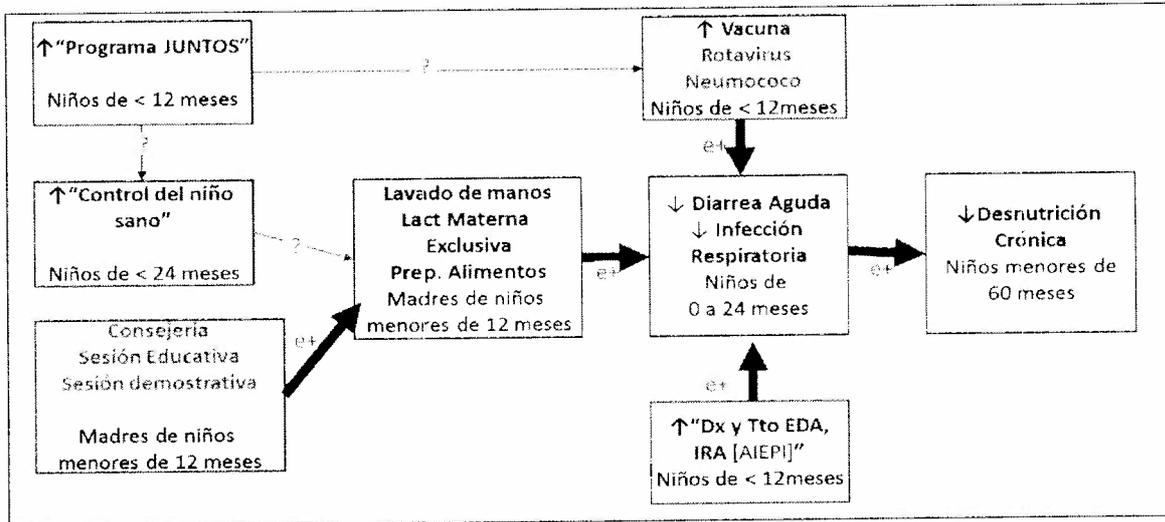




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Figura N°4. Nivel de conocimiento de la EFICACIA de las intervenciones vigentes y otras no implementadas (con color gris) antes de 2009

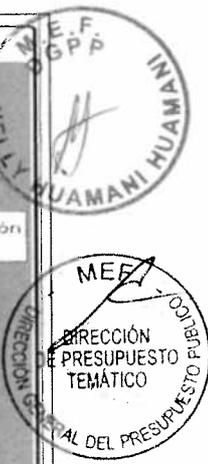
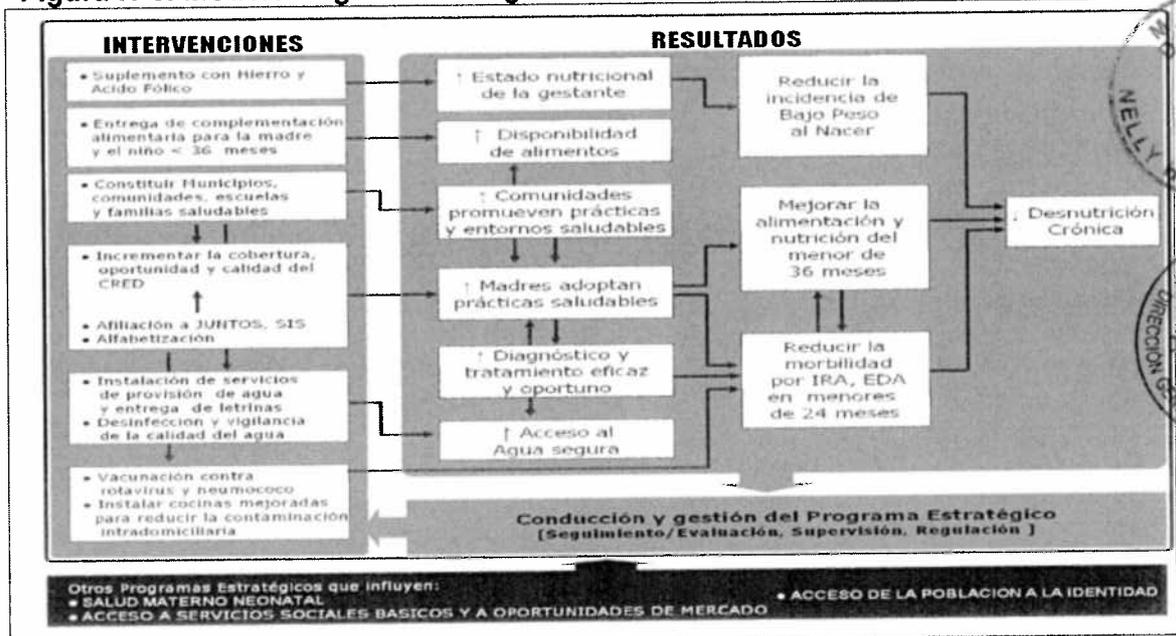


Luego de todo este análisis se establece el modelo lógico del programa Articulado Nutricional que está constituido por un conjunto de intervenciones

1.C Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional

En el Modelo Lógico, se identifican los principales resultados y su interrelación entre ellos, igualmente se identifican las principales intervenciones a través de los cuales se conseguirán los resultados esperados. En la figura N° 5, se muestra el modelo Lógico del Programa.

Figura N°5. Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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

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 la gestante

Todas estas intervenciones solas o empaquetados forman en conjunto un total de 27 productos, cada uno de los cuales tienen expresión presupuestal. Cada uno de los productos tiene códigos estándares que son utilizados por todas las entidades de los diferentes niveles del Gobierno. Estos códigos permanecen en el tiempo aun con el cambio del año fiscal.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

El programa está constituido por un conjunto de 27 productos que se detallan a continuación:

- 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"**
- 33254. Niños Con Vacuna Completa
- 33255. Niños Con CRED Completo Según Edad
- 33256. Niños Con Suplemento De Hierro y Vitamina A
- 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 Ácido 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 tres niveles de Gobierno y de diferentes entidades nacionales. 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 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, Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección General de Saneamiento ambiental), Instituto Nacional de Salud (Centro nacional de Nutrición y alimentación- CENAN), Seguro Integral de Salud, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social con el PRONA. 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



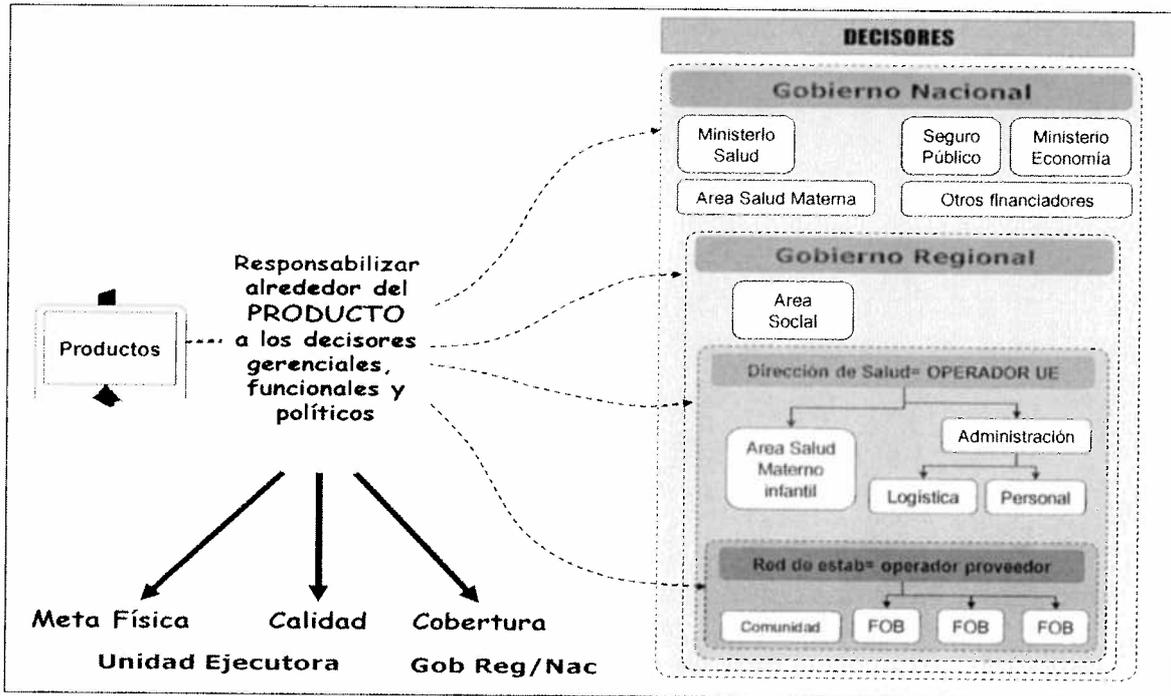


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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°6 Entidades Involucradas en la Gestión de Productos por niveles de gobierno



Todas estas entidades tienen asignado presupuesto para el conjunto de intervenciones de los cuales son responsables desde el ejercicio presupuestal 2008¹⁴.

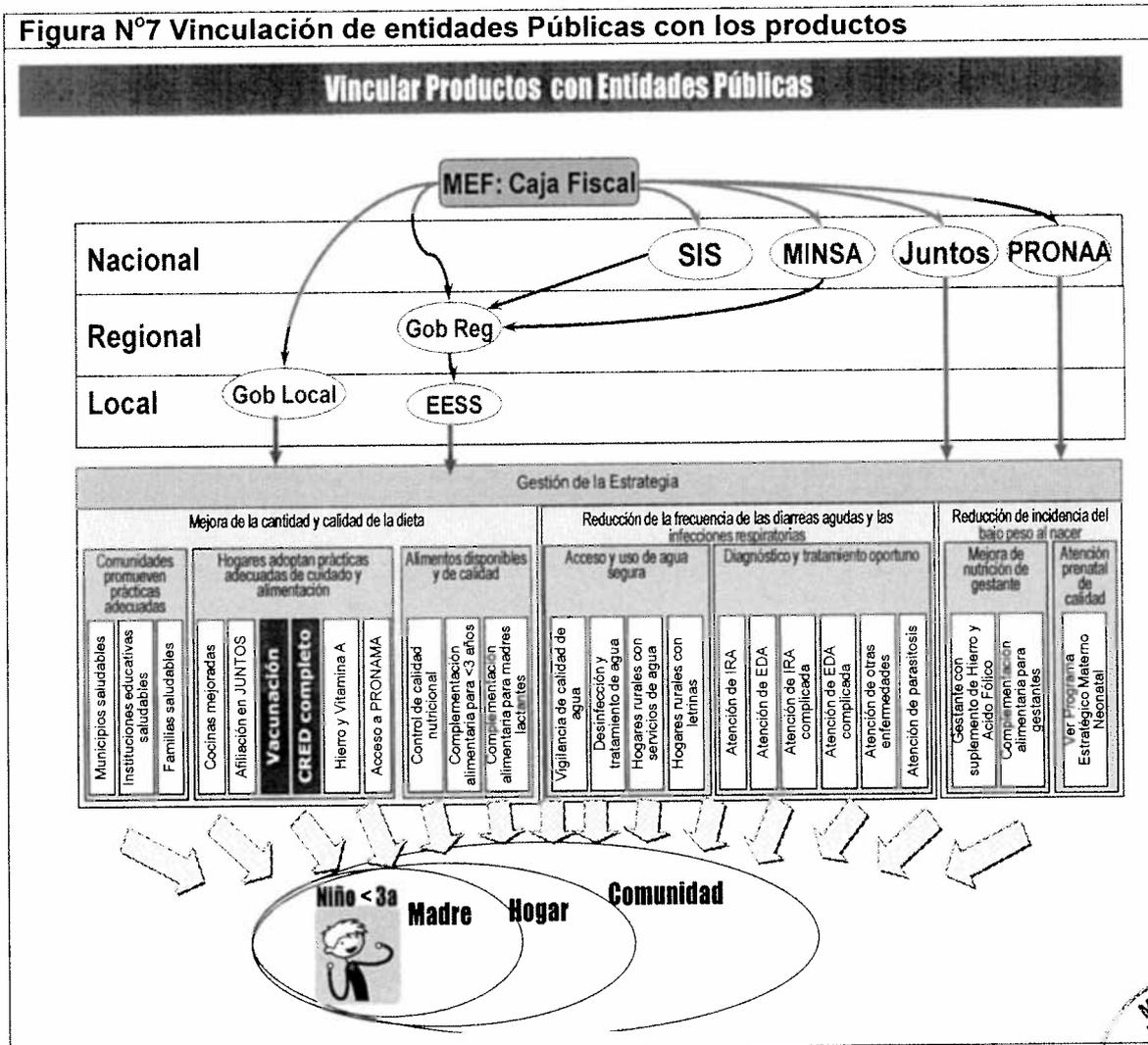
Por otro lado están los Gobiernos Regionales que a través de más de 150 Unidades Ejecutoras y de más de 7,000 establecimientos de salud son responsables de la entrega directa de los productos a los beneficiarios (niños menores de 3 años, madres, hogares y comunidades). En la figura N°7 se muestra la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



¹⁴Exposición de motivos para el proyecto de ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2008.



Figura N°7 Vinculación de entidades Públicas con los productos



2. Prioridad y concentración de presupuesto en intervenciones claves

No obstante que en el diseño del programa se había establecido un ruta crítica y por tanto se tenían identificados productos prioritarios, la distribución del presupuesto no se había modificado. La asignación per cápita por niño no se correspondía con la magnitud del problema, en los departamentos de Pasco y Amazonas el presupuesto asignado por niños era inferior a 5 soles, mientras que en departamento como Tacna Moquegua la asignación para el Programa Articulado nutricional pasaban de 200 soles por niño, no obstante que en estos últimos la prevalencia de desnutrición crónica eran las más bajas e inclusive estaban por debajo de la meta nacional establecida para el año 2011. Ver figura 8.

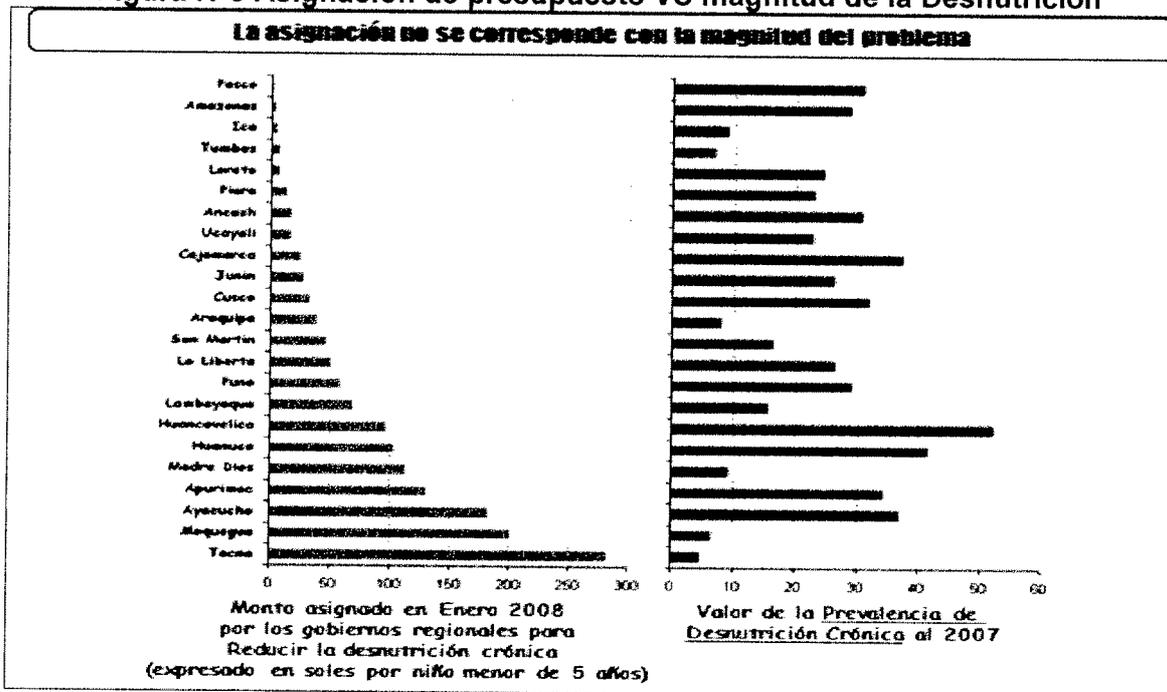




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Figura N°8 Asignación de presupuesto VS magnitud de la Desnutrición



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°1. 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. Ver tabla 1

Tabla N°1 Situación de los indicadores de Cobertura de dos Productos Claves

	Vacunas (<36 meses)				CRED (<36 meses)		
	2005	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Nacional	65.6	61.3	55.0	53.5	17.0	16.4	18.9
Área de residencia							
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
Región natural							
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
Quintiles de Riqueza							
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





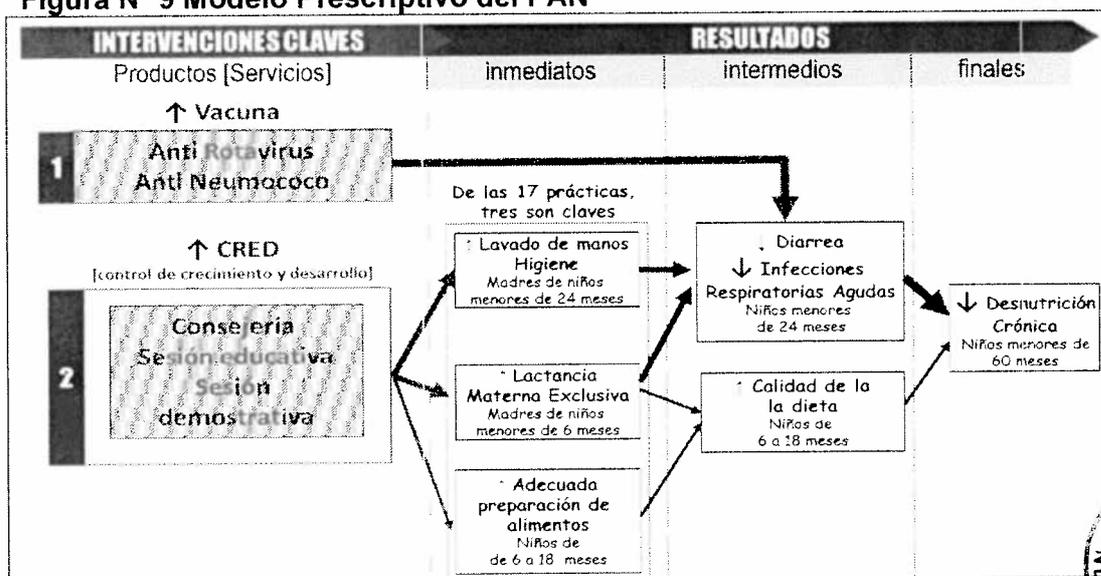
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Ante esta situación, se necesitaban algunos reajustes como el de concentrar el presupuesto en aquellos productos identificados como prioritarios por su mayor eficacia. Por ello tal como se muestra en la figura N° 9, las intervenciones que según el modelo lógico tienen mayor relevancia por su eficacia son la aplicación de vacunas contra rotavirus y neumococo a niños menores de 12 meses y la educación de la madre mediante consejería y sesiones educativas individualizadas, intervenciones que se incorporaron por un lado al esquema de vacunación de niños menores de 1 año y al control de crecimiento y desarrollo conocido como CRED.

Hasta antes del 2009, las vacunas contra el Neumococo y el rotavirus no formaban parte del esquema regular de vacunación¹⁵. 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 contra el Neumococo y Rotavirus¹⁶. 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.

Figura N° 9 Modelo Prescriptivo del PAN



Por este motivo en la exposición de motivos que sustenta la Ley 29465, Ley del presupuesto público correspondiente al año fiscal 2010¹⁷, 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

¹⁵Resolución Ministerial 610-2007/MINSA. Directiva Sanitaria No 014- MINSA/DGSP V.01. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM610-2007.pdf>

¹⁶Resolución 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>

¹⁷Ley 29465, Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2010. Publicada en el Diario Oficial El Peruano el 08 de Diciembre 2009





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

programación por puntos de atención en el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA). El incremento para el año 2010 fue de 430% en el caso del CRED y 255% en el caso de vacunas y para el año 2012 respecto al 2009, fue de 315% para el caso de vacunas y 985% para la atención de CRED. El incremento ha sido sostenido en el año 2011 y 2012, tal como se muestra en la tabla N°2. El presupuesto adicional sirvió para incrementar la cobertura de 2 nuevas vacunas que se empezaron a aplicar desde el año 2009 y los gastos operativos que su aplicación conlleva, de esta manera fue posible que las unidades ejecutoras dispongan de mayor presupuesto no solo para la adquisición de vacunas, sino también para la contratación de personal crítico.

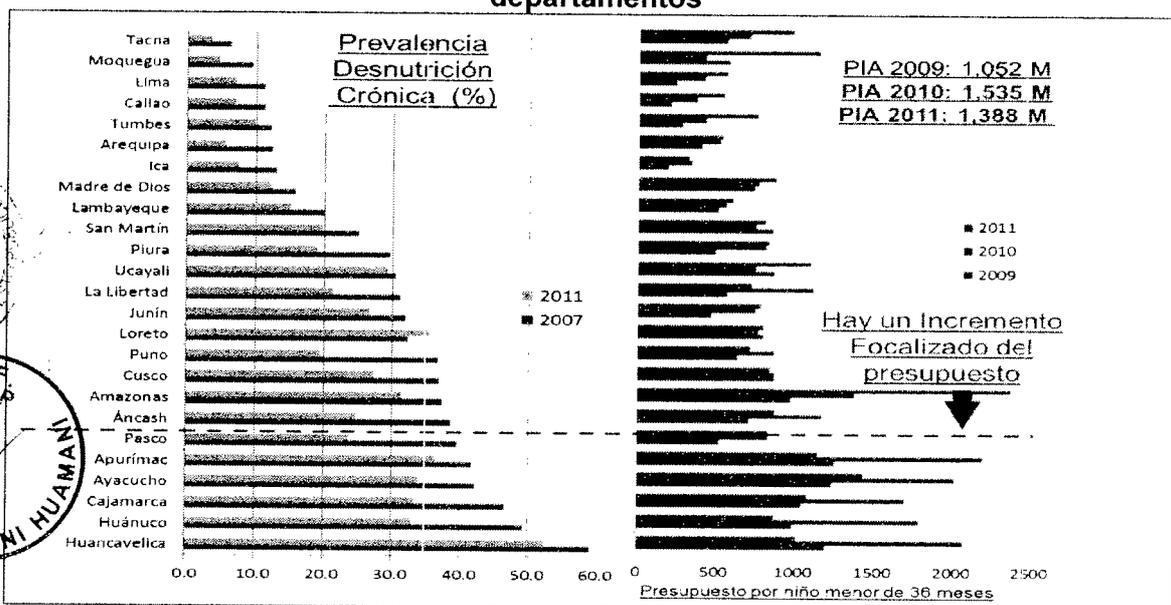
Tabla N° 2 Presupuesto Asignado a 2 intervenciones claves del PAN

Intervención [Producto]	2009	2010	2011	2012	% Variación	
					2009-2010	2009-2012
33254 Niños con vacuna completa para su edad.	165M	420M	451M	519M	255%	315%
33255 Niños con CRED completo según edad	20 M	86M	110M	197M	430%	985%

Fuente: Consulta amigable de ejecución presupuestal del MEF.

Además de incrementar el presupuesto, esto permitió una mejor distribución entre las regiones a partir del año 2010, 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.

Grafico N°1 Asignación presupuestal y magnitud de la desnutrición por departamentos





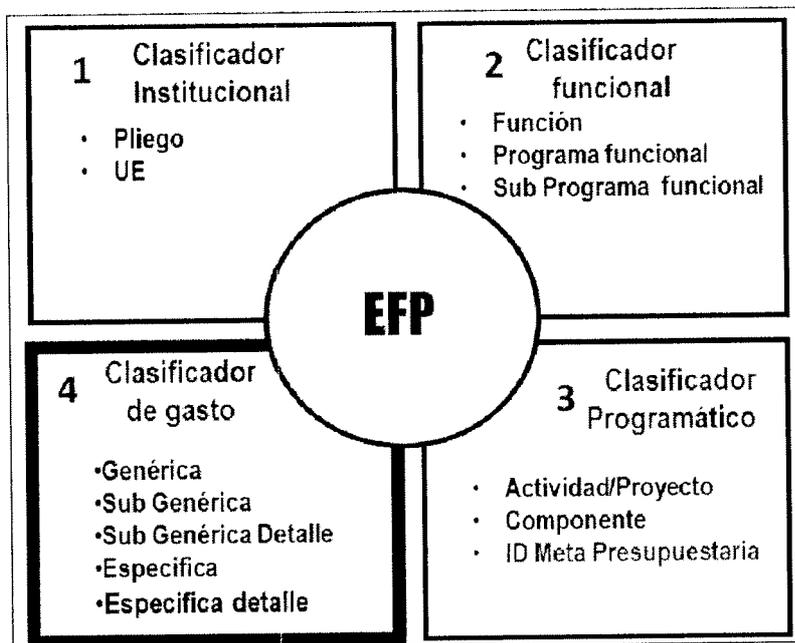
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

3. Reglas de asignación presupuestal para proteger intervenciones claves

Otro aspecto importante, son las reglas de asignación presupuestal. Para un Ministerio de Economía y finanzas, la Estructura Funcional Programática, es la herramienta de gestión presupuestaria y está compuesta típicamente por cuatro segmentos. Mediante el segmento " **4 clasificador de gasto**" se fija las reglas (normas, parámetros) de asignación y reasignación del gasto público, de tal manera, que se pueda ejercer un eficaz control del gasto y cumplir con las metas de la política macroeconómica (ver figura N° 10). Sin embargo la experiencia nos demuestra, que se puede lograr un buen alineamiento del gasto público con la política macroeconómica, pero no necesariamente con las políticas sociales prioritarias (salud, educación, ambiente). Entonces, la pregunta es: Es posible, aplicando similar esquema de gestión presupuestaria, alinear el gasto público hacia las intervenciones más eficaces para alcanzar la meta de reducir la desnutrición crónica? Eso se puede lograr si se protegen los productos con normas y directivas de ejecución presupuestal, pero también en las decisiones que se toman en los diferentes pliegos.

Figura N° 10 Estructura Funcional Programática



Por otro lado, 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 presupuestales no se había modificado, seguía siendo como el presupuesto asignado para intervenciones no prioritarias.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

La asignación del presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) al pliego (Gobierno Regional, MINSA, etc.) se hace aun 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:

- 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.
- 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 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 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.

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.

Por este motivo se hacía necesario establecer algunas reglas de asignación

1. El adicional de presupuesto se asigna directamente a los dos PRODUCTOS que son la clave de la apuesta estratégica de acuerdo a las evidencias.
2. Los programas presupuestales son protegidos en la Ley de presupuesto.
3. La asignación adicional está sujeto al cumplimiento de condiciones.
4. Todos los presupuestos formulados en otras cadenas programáticas para la adquisición de insumos y bienes de capital directos para los dos productos son reasignados a las nueva estructura programática

Esto permitió una mayor concentración de presupuesto sobre todo en los pliegos regionales en estos 2 productos claves.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

4. Articulación de reglas de asignación y reasignación presupuestal con la gestión del punto final de atención

Adicionalmente a las reglas de asignación realizadas es necesario centrarse en la gestión del punto final de atención, toda vez quien directamente está relacionado o brinda el producto al ciudadano es el punto de atención final, constituido en el sector salud por más de 7000 establecimiento de salud que por tener diferente categoría y nivel de resolución tienen una cartera de servicios diversificada.

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 Ministerial¹⁸ pero también estructuras de costos (listado de bienes y servicios asociados a los productos) cada vez más precisas, ahora el reto es mejorar la eficiencia en la ejecución del presupuesto. Todo ello porque para brindar los productos en los puntos de atención la receta es la misma aunque con pequeñas variaciones para todos los establecimientos de salud, debiendo por tanto ser articulada por los responsables de los productos dentro del Ministerio de Salud.

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, 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 para cada uno de los productos (cartera de clientes), 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.

Todo esto, porque si bien en la implementación del programa se articulan un conjunto de actores y se había logrado una mayor asignación de presupuesto, esto se desarrollaba en un contexto descentralización, que debería permitir un mayor acercamiento a los ciudadanos, sin embargo esto no necesariamente se reflejaba en los cambios esperados. Esto se debe a 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 y mejores servicios para los ciudadanos. El reto era entonces alinear a las Entidades a un Programa cuyo diseño está centrado en el ciudadano.

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° 11).

¹⁸Resolución 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 DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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 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), a partir de ello las entidades siguiendo las leyes del sistema presupuestario, leyes de contrataciones y adquisiciones, leyes de tesorería y contabilidad, ejecutan el presupuesto que se traduce en compromiso, devengado y girado que corresponde al 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 las 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 entidad con el porcentaje de presupuesto pagado, sin importar si efectivamente se ha gastado ese presupuesto en la adquisición de insumos (bienes y servicios) críticos para el desarrollo de los productos.

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 punto de atención, toda vez que este se relaciona directamente con la población. 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, con bienes de hospital ya instalados en las diferentes dependencias de la institución y con personal nombrado que ya tiene presupuesto asegurado por otra fuente de financiamiento. 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 Nacional de Inversión Pública (SNIP). De esta manera el presupuesto requerido para





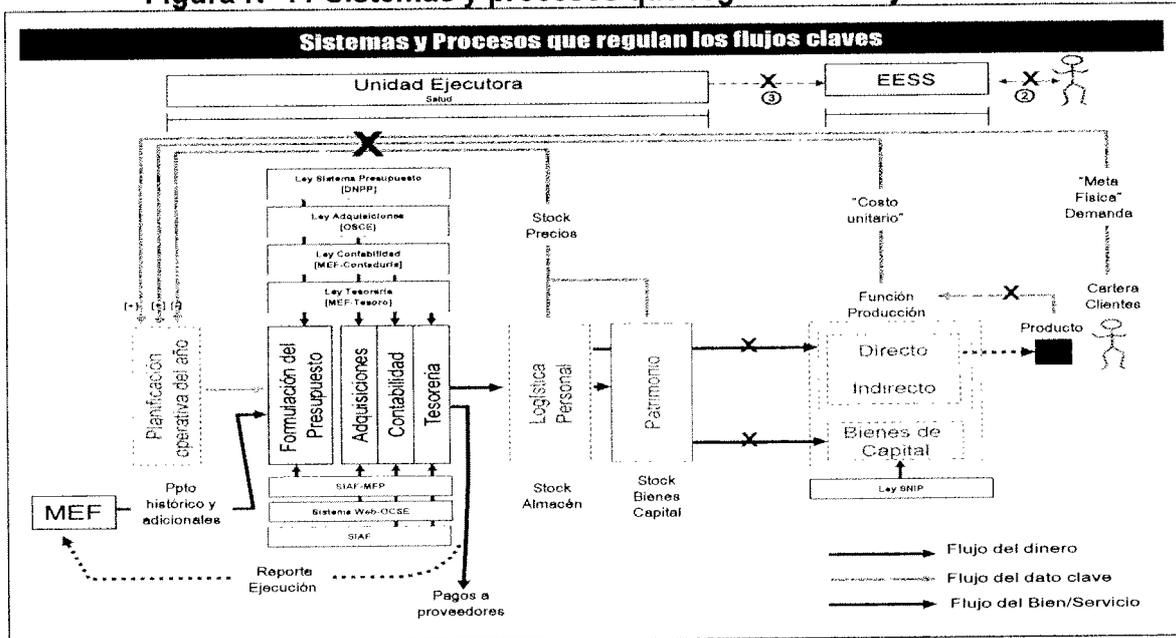
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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.

En la figura 11, se puede observar que son 3 los flujos importantes en la asignación del presupuesto:

Figura N° 11 Sistemas y procesos que regulan los flujos Claves



Para mejorar la programación y ejecución del presupuesto, se recurre a una herramienta importante que venía siendo implementado por el Ministerio de Economía y Finanzas que es el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA). A través de este instrumento es posible la programación por punto de atención, conocer en detalle los bienes y servicios que las entidades adquieren, la disponibilidad de personal y la disponibilidad de activos fijos por punto de atención, así como la distribución de bienes a estos puntos de atención, etc.

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, que podrían ser redistribuidos. 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

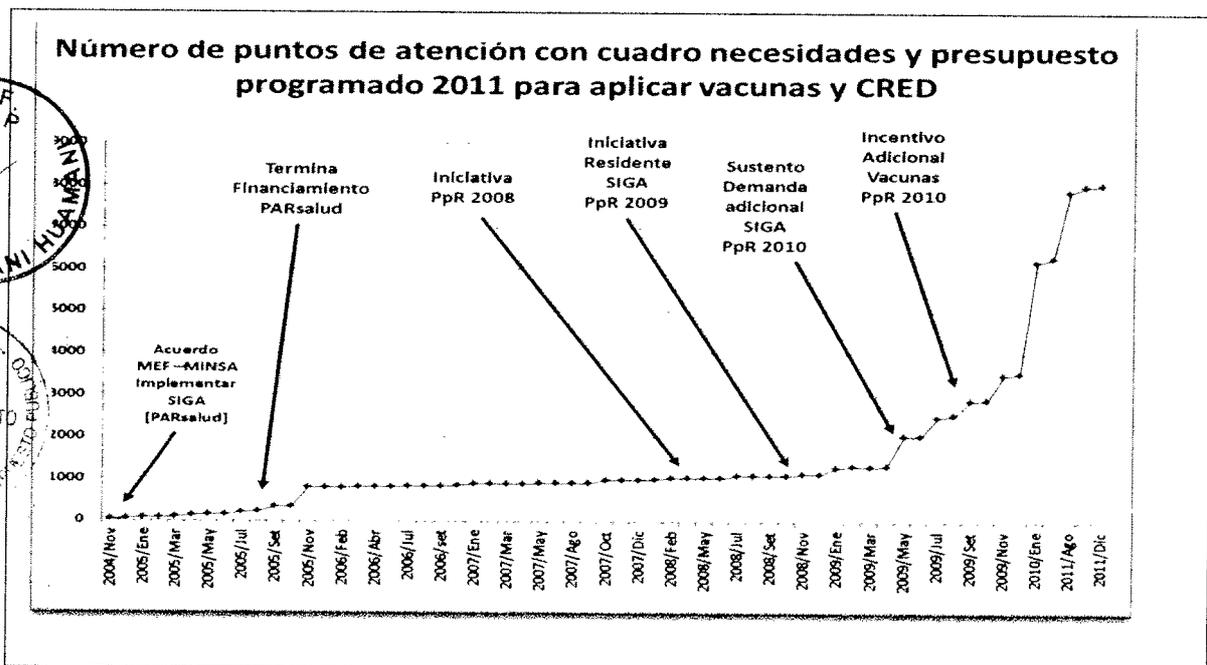
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

cantidad de insumos requeridos para cada producto. Todo este proceso se conoce como Programación operativa.

Por este motivo, en la Ley 29465, Ley del Presupuesto Público para el año 2010, en la cuadragésima disposición transitoria, se dispuso 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, con el objeto de registrar, verificar y monitorear el uso de los insumos necesarios para la prestación de los productos o bienes y servicios públicos. 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 módulo 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 módulos de Logística y patrimonio del SIGA, habían sido implementados 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. Recién cuando se incorpora la estructura de costos a través del módulo de programación y se establece en la Ley que la asignación adicional estaba condicionada a su uso, esta rápidamente se masifica y ha permitido automatizar el proceso de programación en más de 180 Unidades Ejecutoras de salud, permitiendo contar con información de las necesidades de más de 7500 establecimientos de salud. Se enfatiza la "última milla", que la asignación presupuestal condicione una mejor programación operativa del punto de atención (presupuestar el punto de atención donde se atiende al ciudadano).

Figura N° 12. Evolución del número de puntos de atención que programan sus necesidades utilizando el aplicativo SIGA- (SIP PPR).



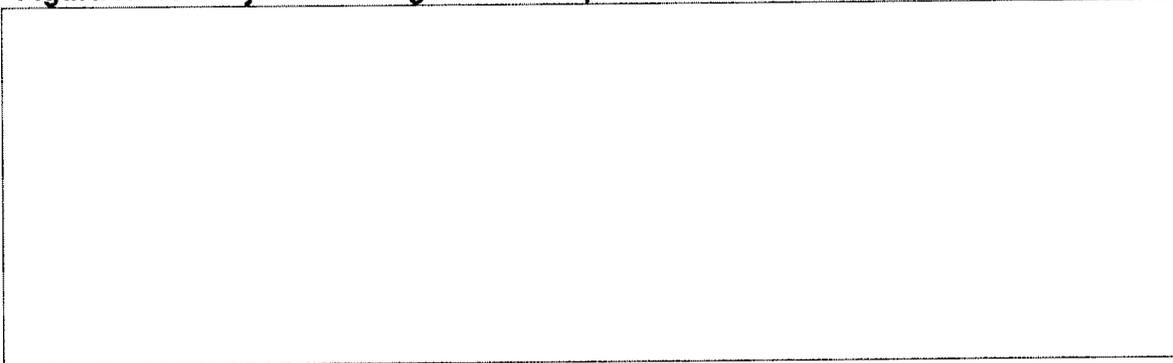


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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:

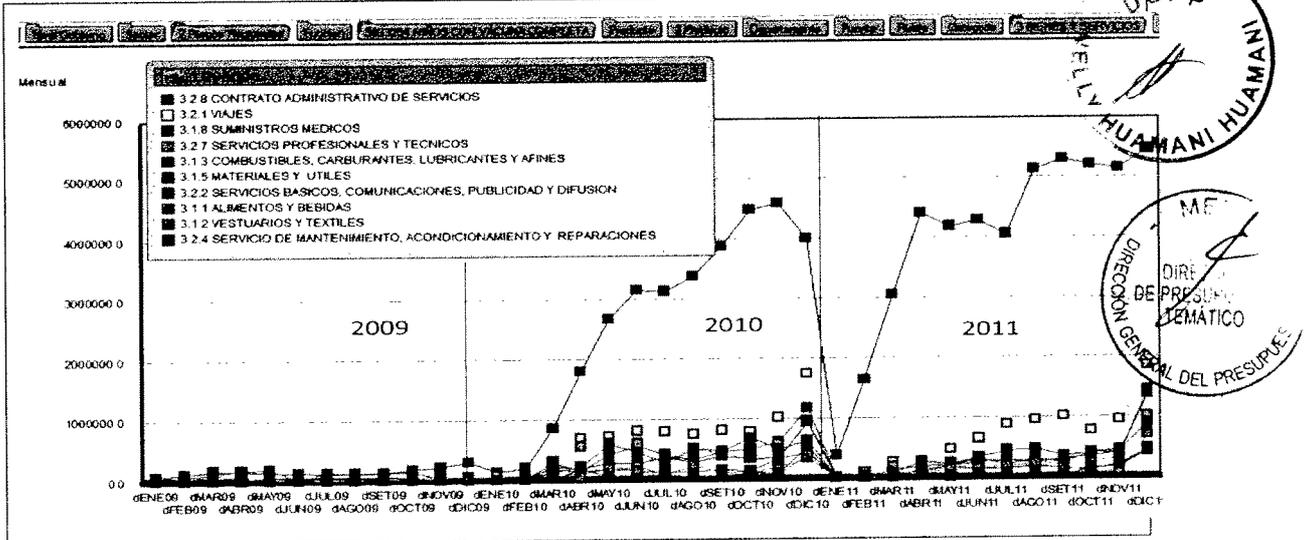
Figura N° 13. Flujo de la Programación operativa



El Ministerio de salud además de haber elaborado y aprobado el listado de bienes y servicios asociados al producto, se encargó de hacer la difusión y capacitación a los equipos de más de 170 Unidades Ejecutoras del país para mejorar la programación operativa, toda vez que desde el año 2010 los presupuestos adicionales se dan contra la programación en el SIGA por punto de atención. El MEF colaboró en la asistencia técnica a los pliegos regionales.

Como consecuencia de centrar la atención en la gestión del producto final se consiguió a partir del 2010 una mejor estructura del gasto, de solo financiar los suministros médicos se pasó a financiar otros gastos como el pago de personal, combustible para el desplazamiento del personal en zonas rurales y para el traslado de los biológicos, etc.

Figura N° 14. Distribución del presupuesto asignado por los pliegos regionales al producto "Niños con Vacuna completa" por tipo de insumo.



Fuente: BD SIAF



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

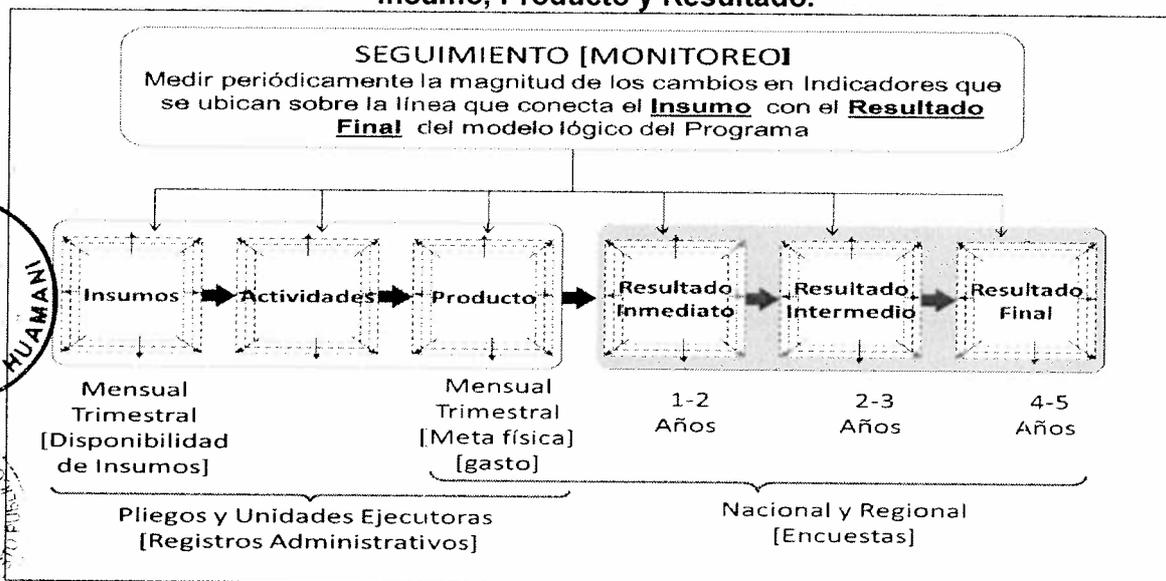
5. Seguimiento y Monitoreo del Programa

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.

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° 15 se observa la conexión entre lo indicadores de insumos, productos y resultados.

Figura N° 15 Periodicidad y conexión entre la Medición de Indicadores de Insumo, Producto y Resultado.



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



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

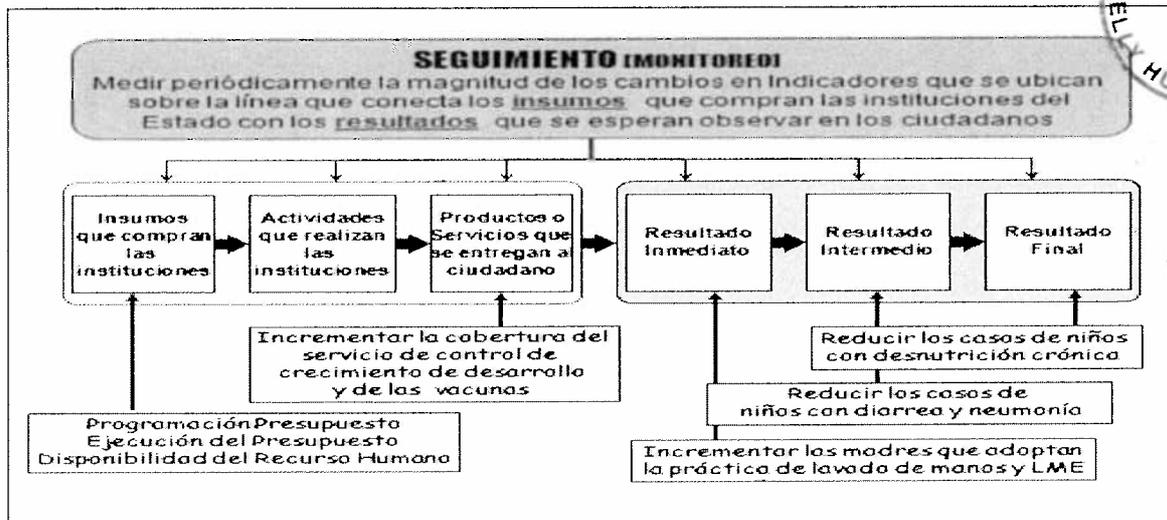
es incrementar el número y la proporción de madres que adoptan prácticas el lavado de manos y la lactancia materna exclusiva.

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 frio o por falta de la enfermera que aplique la vacuna este no recibe la vacuna, entonces por faltade disponibilidad de insumos críticos se afecta la cobertura de productos.

En la figura N° 16 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° 16. Conexión entre medición de la disponibilidad de insumos y los cambios esperados en la población





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

La medición periódica de los indicadores de productos y de insumos, se realiza 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 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 la Figura N° 17 se muestra el esquema de datos claves y proceso donde se debe hacer seguimiento de indicadores de insumos y productos.

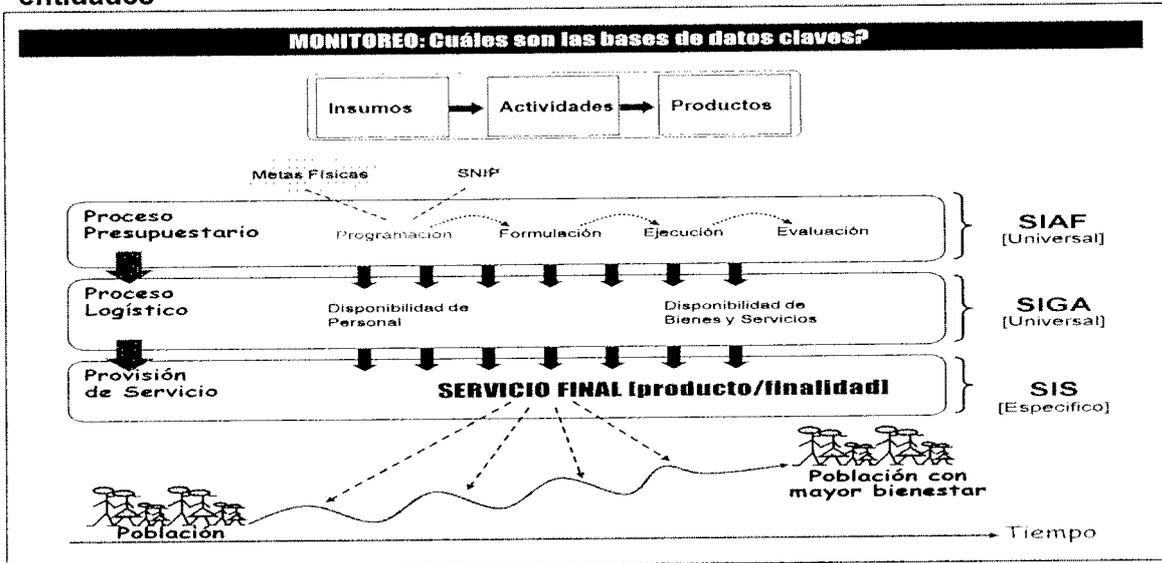




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

“DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ”
“AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD”

Figura N° 17. Seguimiento de indicadores en registros administrativos de las entidades



III.2 AVANCES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

1. Progreso en la Asignación del Presupuesto

Como consecuencia de las reglas de asignación y reasignación del presupuesto el presupuesto asignado para el Programa Articulado Nutricional ha pasado de 1,052 millones en el 2009 a 1,280 millones para el 2012. 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 20 y 166 millones de soles en el año 2009 a 197 y 519 millones de soles en el año 2012 respectivamente, (ver gráfico N°01). 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 de manera sostenida desde el año 2010 en adelante, por la decisión de concentrar recursos en las intervenciones más eficaces.

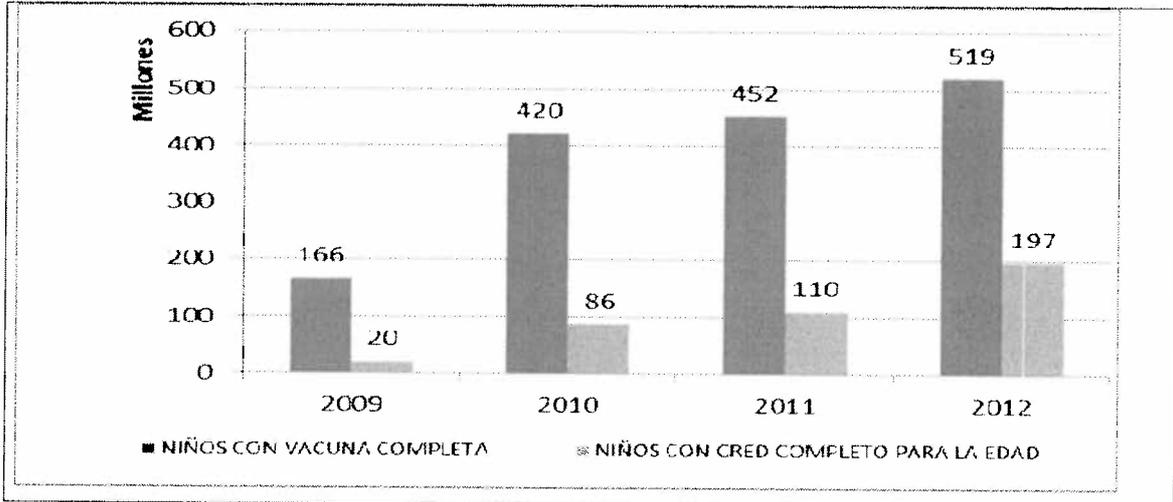




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Gráfico N°01 Evolución del Presupuesto asignado a 2 intervenciones claves del PAN

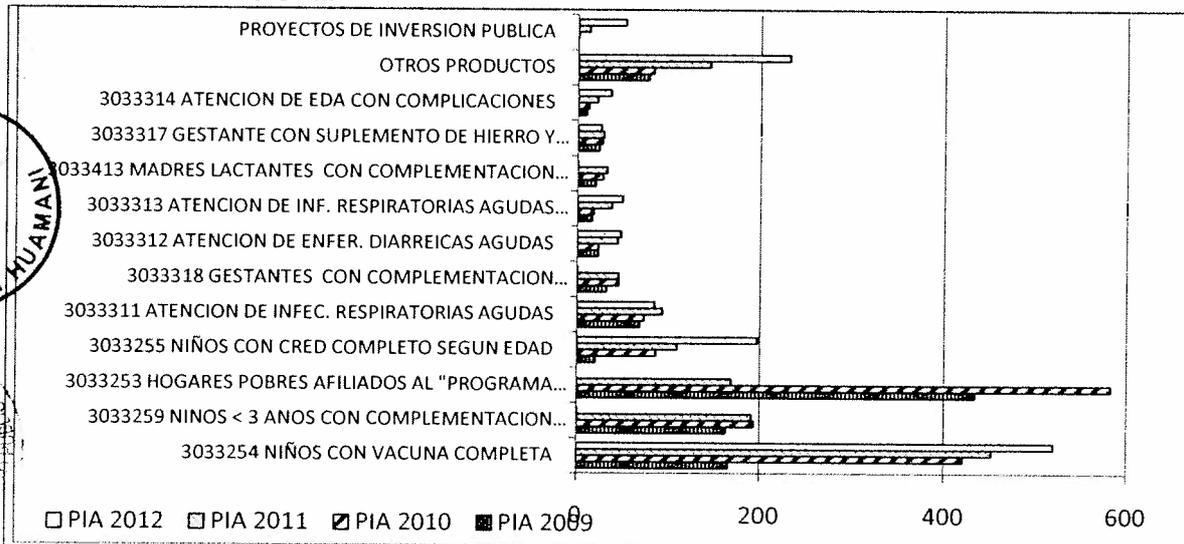


Elaboración propia. Fuente: PIA2009-2012. <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

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 del niño, como el lavado de manos, la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación.

Hasta el 2011 entre el 65 y 85%, del presupuesto estaba concentrado en 5 productos y en el año 2012 4 productos representan más del 50%. 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 13% en el año 2011 (ver gráfico N°2).

Gráfico N°02 Distribución del Presupuesto por productos del Programa Articulado Nutricional





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

A partir del año 2010, se logra un mayor presupuesto para las intervenciones claves, no solo por la mejor asignación desde el MEF, sino también porque las regiones priorizan sus intervenciones y asignan mayor presupuesto.

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 casos el presupuesto para el año 2010 se había incrementado, para el año 2011 a excepción de la PCM, todos mejoran la asignación para el PAN, especialmente los Gobiernos regionales que priorizaron mejor sus intervenciones. 60% del presupuesto están asignados para el gobierno nacional y en el caso de salud parte de ese presupuesto es transferido a los gobiernos regionales. 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 1246 millones en el 2012, 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 2009 a 483 millones en el año 2012, lo que ha pasado de ser 12% del presupuesto a 37% del total asignado. Desde el año 2011 los Gobiernos locales también asignan parte de su presupuesto al PAN, ello representa para el 2012 el 2.7%.

Tabla N°3. Presupuesto asignado por sectores para el Programa Articulado Nutricional 2009-2011

Sectores	PIA 2009	PIA 2010	PIA 2011	PIA 2012
01 PCM y OPDs	433,027,586	582,430,671	171,367,904	00
01 Ministerio Salud y OPDs	280,225,979	549,346,700	576,931,403	762,651,130
01 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y OPDs	213,195,235	266,602,691	281,495,048	00
02 Gobierno Regional	126,505,321	196,094,812	354,807,244	483,072,000
03 Gobierno Local	00	00	3,664,415	34,906,299
Total Programa	1,052,954,121	1,594,474,874	1,388,266,014	1,280,629,828

*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 y en el año 2012, el programa JUNTOS deja de pertenecer al PAN.

El presupuesto asignado para el programa Articulado Nutricional, proviene principalmente de Recursos Ordinarios, que asciende a 1,046 millones en el 2009 y 1,190 millones en el 2012 que representa el 93% del presupuesto total del programa.

Tabla N°4. Distribución del Presupuesto asignado al Programa Articulado nutricional por toda fuente 2009-2012.

FUENTES	PIA 2009	PIA 2010	PIA 2011	PIA 2012
1: Recursos Ordinarios	1,046,057,795	1,585,740,409	1,363,445,086	1,190,595,750
2: Recursos Directamente Recaudados	6,896,326	8,734,465	12,345,898	15,302,322
3: Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito	0	0	4,513,140	6,991,685
5: Recursos Determinados	0	0	7,961,890	67,740,071
Total Programa	1,052,954,121	1,594,474,874	1,388,266,014	1,280,629,828

Fuente: Consulta amigable de seguimiento de la ejecución presupuestal MEF.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

El presupuesto asignado 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 modificado (PIM) en el Gobierno Nacional pasa de 1, 088 millones de soles en el 2009 a 1110 millones a mayo del 2012, mientras que el presupuesto modificado de los Gobiernos Regionales pasa de 208 millones en el 2009 a 663 millones a mayo del 2012. Desde el año 2011 los Gobiernos Locales también cuentan con presupuesto asignado para productos y proyectos de inversión orientados a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. Así el presupuesto modificado del gobierno Nacional ha pasado de representar el 84% en el año 2009 a 53% en el año 2012.

Tabla N°5 Distribución del Presupuesto para el Programa Articulado Nutricional por Niveles de Gobierno 2009-2011.

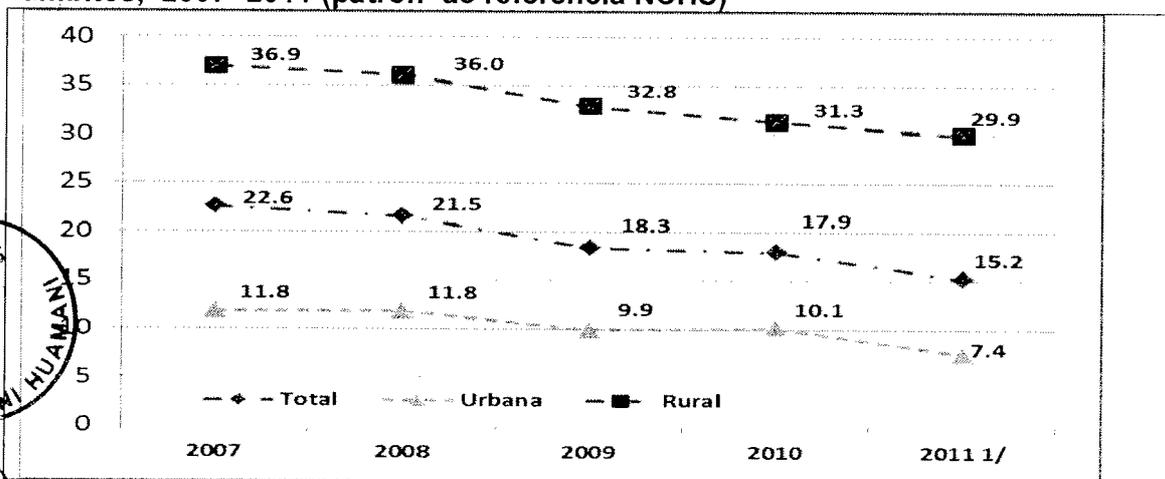
Niveles de Gobierno	PIM 2009	PIM 2010	PIM 2011	PIM 2012*
Gobierno Nacional	1,088,802,031	1,376,901,521	1,006,352,604	1,110,793,601
Gobiernos Regionales	208,215,310	366,631,051	562,885,289	663,304,647
Gobiernos Locales	0	0	58,607,727	328,281,914
Total Programa	1,297,017,341	1,743,532,572	1,627,845,620	2,102,380,162

*Al 28 de Mayo 2012. Fuente: Consulta amigable de seguimiento de la ejecución presupuestal MEF.

2. 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 según el patrón de referencia de la NCHS de 22.6 a 15.2 entre los años 2007 y 2011. Estos datos expresan que se ha cumplido la meta propuesta para el 2011. La reducción ha sido tanto en el ámbito rural como urbano, aunque persisten las brechas.

Gráfico N°03 Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, según ámbitos, 2007- 2011 (patrón de referencia NCHS)



Fuente: ENDES Continua Indicadores de Resultados de los Programa Estratégicos. http://desa.inei.gov.pe/endes/Investigaciones/Libro_Endes.pdf



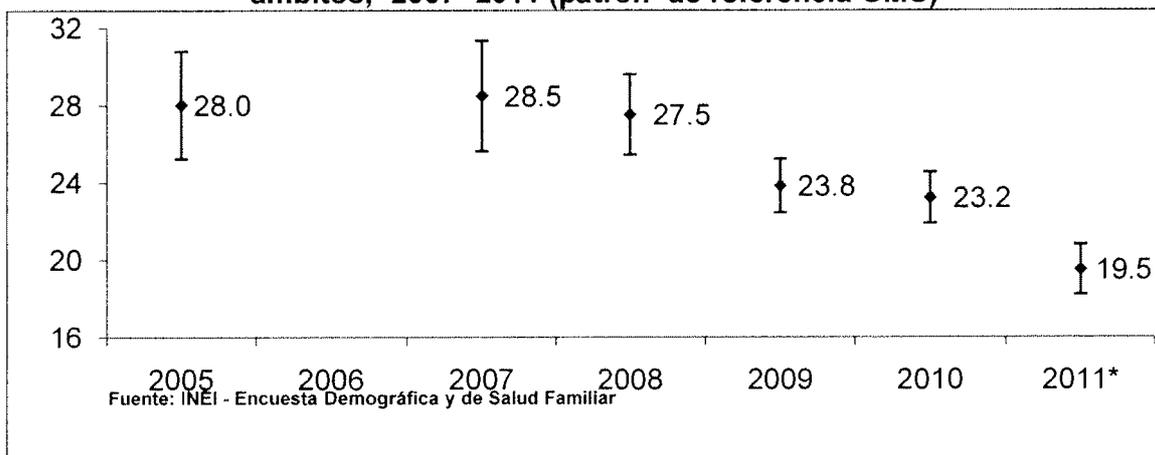


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Cuando analizamos estos datos en relación al patrón de referencia de OMS, hay una reducción de 29.5 en el 2007 a 19.5 en el 2011

Gráfico N°04 Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, según ámbitos, 2007- 2011 (patrón de referencia OMS)



La reducción de la prevalencia de desnutrición crónica infantil se da en 13 departamentos de los 25 existentes, sobre todo en los más pobres aunque algunos de ellos siguen con valores altos. Hay una mayor reducción en Huánuco, Pasco y Puno. Huancavelica y Apurímac siguen siendo los departamentos con mayor prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil

Tabla N° 6 Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, a nivel regional (patrón de referencia NCHS).

Departamento	2007 ^{1/}	2006 ^{1/}	2011 ^{4/}	Diferencia 2011/2007	Variación ^{3/}
Total	22.6	1.3	15.2	0.6	-7.4 Disminuyó*
Amazonas	28.9	3.4	21.7	1.7	-7.2 Disminuyó*
Áncash	30.6	4.0	20.8	1.9	-9.8 Disminuyó*
Apurímac	34.3	3.2	31.3	2.8	-3.0 n.s.
Arequipa	7.9	3.2	6.0	1.2	-1.9 n.s.
Ayacucho	36.8	3.8	28.1	2.2	-8.7 Disminuyó*
Cajamarca	37.3	3.2	29.9	3.0	-7.4 Disminuyó*
Cusco	31.9	4.9	24.3	2.3	-7.6 Disminuyó**
Huancavelica	52.2	3.4	46.4	2.9	-5.8 Disminuyó**
Huánuco	41.5	4.0	28.8	2.2	-12.7 Disminuyó*
Ica	9.0	1.4	6.3	1.4	-2.7 Disminuyó**
Junín	26.2	3.5	21.5	3.1	-4.7 n.s.
La Libertad	26.4	4.0	17.5	2.1	-8.9 Disminuyó*
Lambayeque	15.6	2.6	13.1	2.4	-2.5 n.s.
Lima	9.3	1.3	5.6	0.7	-3.7 Disminuyó*
Loreto	24.5	2.3	26.3	2.1	1.8 n.s.
Madre de Dios	9.2	1.4	7.5	0.9	-1.7 n.s.
Moquegua	6.4	2.1	4.5	1.2	-1.9 n.s.
Pasco	30.9	2.6	19.0	1.8	-11.9 Disminuyó*
Piura	22.9	2.8	16.1	1.9	-6.8 Disminuyó*
Puno	29.1	3.0	16.8	1.4	-12.3 Disminuyó*
San Martín	16.3	2.3	16.8	1.7	0.5 n.s.
Tacna	4.7	1.6	2.8	0.8	-1.9 n.s.
Tumbes	7.2	1.5	7.8	1.3	0.6 n.s.
Ucayali	22.7	2.3	23.3	1.8	0.6 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.





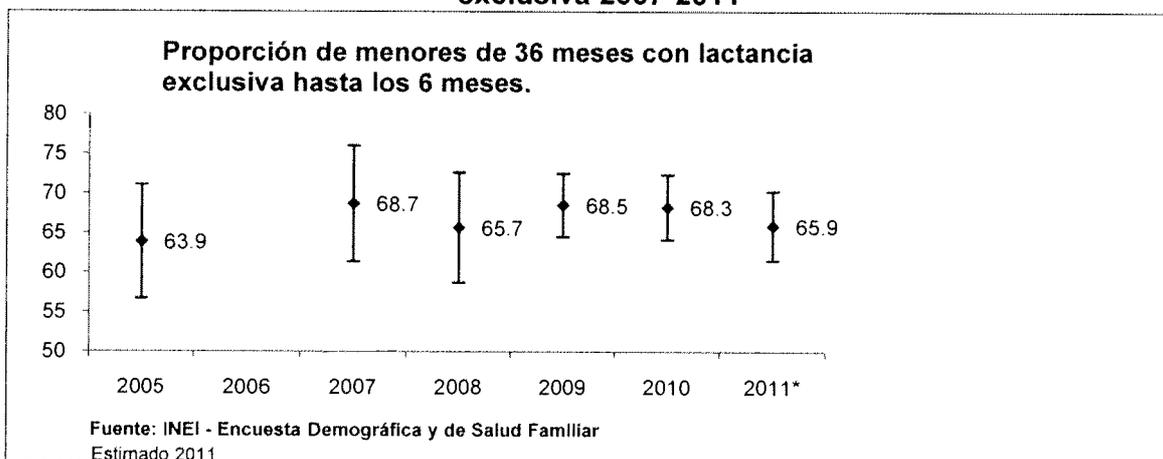
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Lactancia Materna exclusiva

La proporción de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses se mantiene alrededor del 65%, sin cambios importantes en los últimos años. El promedio de meses de duración de la lactancia materna exclusiva es de 4.2 meses, siendo mayor en la zona rural (5.2) que la urbana (3.7)¹⁹.

Gráfico N°05: Proporción de menores de 36 meses con lactancia materna exclusiva 2007-2011



Prevalencia de Anemia en niños menores de 36 meses

Otro resultado relacionado a las mejores prácticas en el cuidado de los niños es la reducción de la anemia en los niños menores de 36 meses. En el gráfico N°06 se observa una reducción en la prevalencia de anemia en niños menores de 3 años entre los años 2007 y 2011 en 17 puntos porcentuales. La proporción de niño/as con anemia se ha reducido en 16 departamentos en el año 2011 respecto al año 2007.



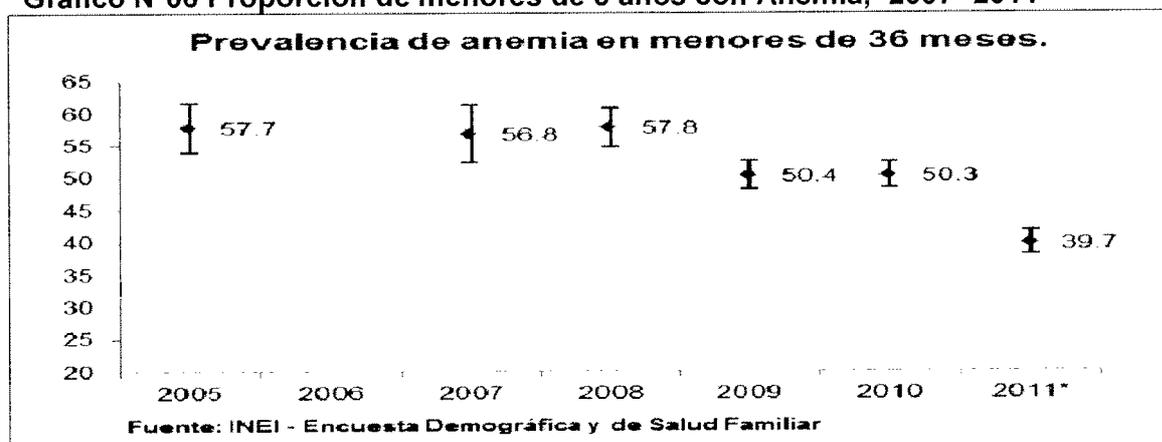
¹⁹INEI. ENDES 2011



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Gráfico N°06 Proporción de menores de 3 años con Anemia, 2007- 2011



En las regiones Ayacucho, San Martín, Lima y La Libertad la reducción es mayor. En 7 departamentos la prevalencia de anemia es mayor al 50%. Puno y Cusco son las regiones de mayor prevalencia de Anemia en niños menores de 36 meses con 71 y 64% respectivamente.

Tabla N°7 Prevalencia de Anemia en Niños menores de 36 meses por departamento 2007-2011

Departamento	2007 ^{1/}	2011 ^{3/}	Diferencia	Variación ^{3/}
Total	56.8	41.6	-15.2	Disminuyó* ↓
Amazonas	48.5	41.7	-6.8	n.s.
Áncash	54.1	42.2	-11.9	Disminuyó* ↓
Apurímac	64.2	47.4	-16.8	Disminuyó* ↓
Arequipa	50.6	36.7	-13.9	Disminuyó** ↓
Ayacucho	64.6	41.5	-23.1	Disminuyó* ↓
Cajamarca	54.2	45.0	-9.2	Disminuyó** ↓
Cusco	73.1	64.1	-9.0	Disminuyó** ↓
Huancavelica	66.9	48.7	-18.2	Disminuyó* ↓
Huánuco	55.4	53.3	-2.1	n.s.
Ica	50.6	46.8	-3.8	n.s.
Junín	58.2	57.2	-1.0	n.s.
La Libertad	57.8	32.4	-25.4	Disminuyó* ↓
Lambayeque	55.4	44.8	-10.6	Disminuyó* ↓
Lima	51.0	27.5	-23.5	Disminuyó* ↓
Loreto	59.6	55.5	-4.1	n.s.
Madre de Dios	64.2	59.2	-5.0	n.s.
Moquegua	56.2	45.4	-10.8	Disminuyó** ↓
Pasco	65.5	53.2	-12.3	Disminuyó* ↓
Piura	49.3	36.6	-12.7	Disminuyó* ↓
Puno	78.5	71.1	-7.4	Disminuyó** ↓
San Martín	54.1	33.5	-20.6	Disminuyó* ↓
Tacna	51.6	48.5	-3.1	n.s.
Tumbes	58.2	40.5	-17.7	Disminuyó* ↓
Ucayali	49.9	49.5	-0.4	n.s.

Fuente: INEI- Indicadores de Resultados de los Programas estratégicos. ENDES 2011





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

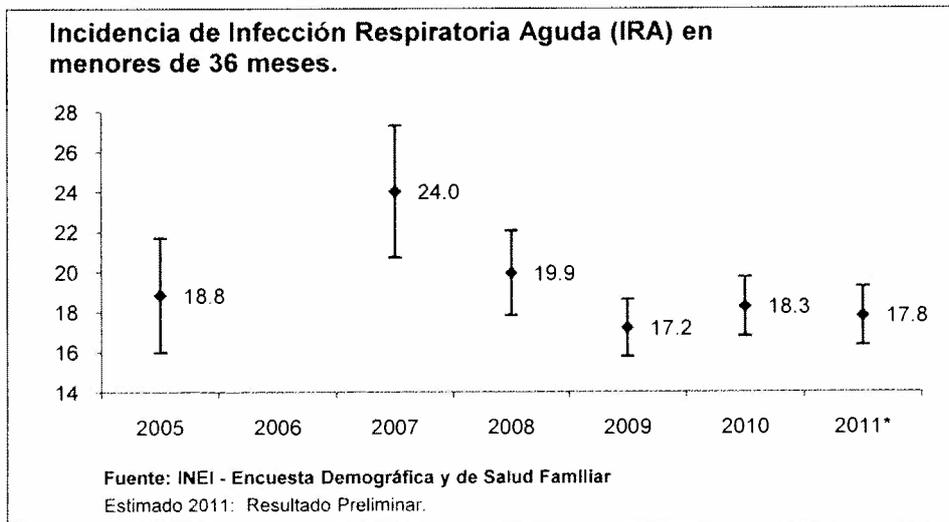
Incidencia de enfermedades respiratorias agudas en menores de 36 meses de edad

Otro resultado asociado a la reducción de la Desnutrición Crónica infantil, es la reducción de las infecciones respiratorias en menores de 5 años, tanto en la incidencia como en la severidad. La ENDES nos proporciona el dato de incidencia de infecciones respiratorias agudas. En el siguiente gráfico se puede observar que entre los casos reportados para el año 2007 y para el 2011, se observa una reducción de 6 puntos, sin embargo en los últimos 2 años esta se mantiene en el mismo valor.





Gráfico N°08



Incidencia de Neumonías

Las neumonías representan las infecciones respiratorias complicadas, las formas severas de esta infección, que de no ser atendida oportunamente puede llevar a incrementar las muertes en los niños. Esta información es difícil estimar a partir de la encuesta ENDES por ello se presenta la información reportada por la Dirección General de Epidemiología del MINSA. Tal como se observa en el gráfico N°08, la cantidad de casos de neumonía en menores de 5 años reportados por los establecimientos de salud se ha reducido progresivamente cuando se mide periodos similares (semana 19) de aproximadamente 15000 casos en el 2007 a 11 mil casos en el 2012, la tasa de incidencia de neumonía se ha reducido de 51.6 x 10000 niños en el año 2007 a 38.9 x 10000 en el año 2012. Loreto es la región con mayor incidencia de Neumonía y las regiones de Ayacucho, Tacna, Junín y Huancavelica las de menor incidencia de Neumonía.

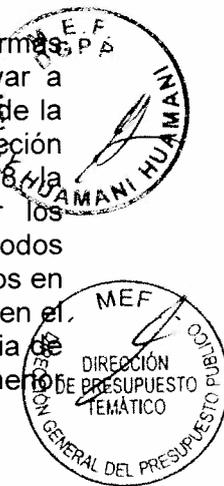


Gráfico N°08. Atenciones por Neumonía 2007-2012 (semana 19)

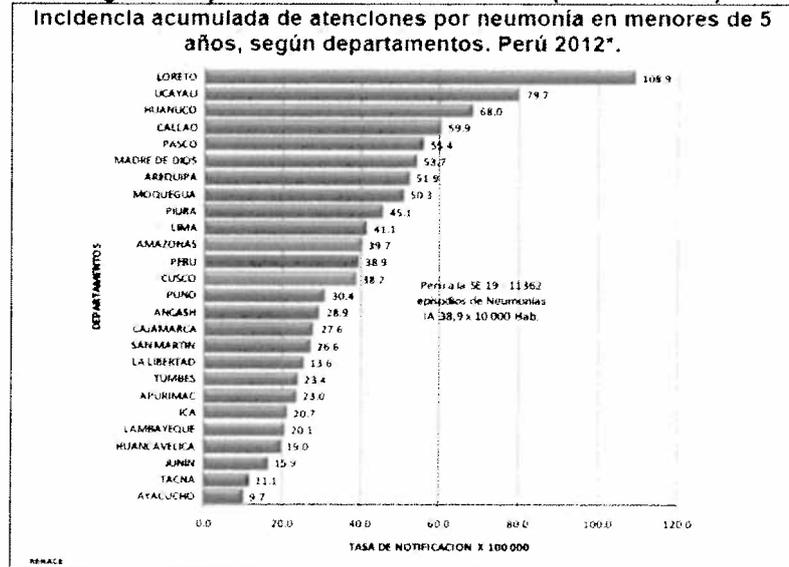




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Gráfico N°09. Incidencia acumulada de atenciones por Neumonía en menores de 5 años, según departamentos. Perú 2012 (semana 19)



Fuente: <http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2012/SE19/neumonias.pdf>

3Evolución 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 para un análisis desagregado por diferentes dimensiones y con niveles de detalle útil a nivel local, como por ejemplo por distrito o por establecimiento, se utilizan 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 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).





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

En el diseño del programa se han identificado 2 productos por su mayor eficacia, Niños con vacuna completa y niños con CRED completo para la edad.

Cobertura de Niños protegidos con Vacunas

La cobertura de Niños menores de 36 meses con vacunas básicas para la edad en el año 2011 se ha incrementado respecto al año 2008 en 8,4 puntos a nivel nacional. La cobertura de niños con vacuna completa para la edad es mayor en el ámbito rural que en el urbano, es mayor en Lima Metropolitana (75%), mientras que en la selva solo es de 65%, cuando se evalúa por quintiles se observa que la cobertura es menor en el quintil I. Se observa que en todos los departamentos se han incrementado las coberturas, sin embargo en 5 regiones no se aprecian cambios significativos respecto al 2007 (Amazonas, Piura, Puno; San Martín y Ucayali), aunque si hay incremento respecto al 2009 y 2010. Las regiones con mayor cobertura son Huancavelica, Apurímac, Moquegua, Apurímac, Cusco y Arequipa.

Desde el año 2009, se incorporó como intervención la aplicación de 2 nuevas vacunas muy importantes para la reducción de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas. La cobertura de niños menores de 12 meses con estas 2 vacunas para el año 2009 fue de 25% y pasó a 68.7% en el 2011. Cuando se observa por departamentos, si bien todos han incrementado su cobertura, se observa que Huancavelica es el que tiene mayor cobertura (90%), seguida de Tacna, Huánuco, Apurímac y La libertad (Valores mayores al 75%). Ver gráfico 12

Gráfico N°10. Proporción de niños y niñas menores de 36 meses con vacunas completas para la edad según ámbito.

	2007	2008	2009	2010	2011 ^{1/}	Diferencia 2011/07	Variación 2/
Total	64.3	55.8	54.8	61.8	72.7	8.4	Aumentó* ☺
Área de residencia							
Urbana	66.8	57.3	56.4	63.4	74.2	7.4	Aumentó* ☺
Rural	60.8	53.2	51.6	58.8	69.5	8.7	Aumentó* ☺
Región natural							
Lima Metropolitana:	67.4	56.2	54.7	60.8	75.3	7.9	Aumentó** ☺
Resto Costa	64.0	55.3	58.4	64.9	73.1	9.1	Aumentó* ☺
Sierra	64.4	55.3	55.0	63.2	73.8	9.4	Aumentó* ☺
Selva	59.6	57.1	49.6	55.4	65.3	5.7	n.s.
Quintiles de Riqueza ^{3/}							
Quintil inferior	60.2	51.7	47.1	54.0	64.8	4.6	n.s.
Segundo quintil	63.0	55.2	57.2	62.6	75.1	12.1	Aumentó* ☺
Quintil intermedio	62.6	55.6	53.6	63.7	72.9	10.3	Aumentó* ☺
Cuarto Quintil	70.9	58.2	59.1	63.2	75.7	4.8	n.s.
Quintil superior	70.7	62.4	60.2	70.3	77.9	7.2	n.s.

Fuente: INEI. ENDES 2011





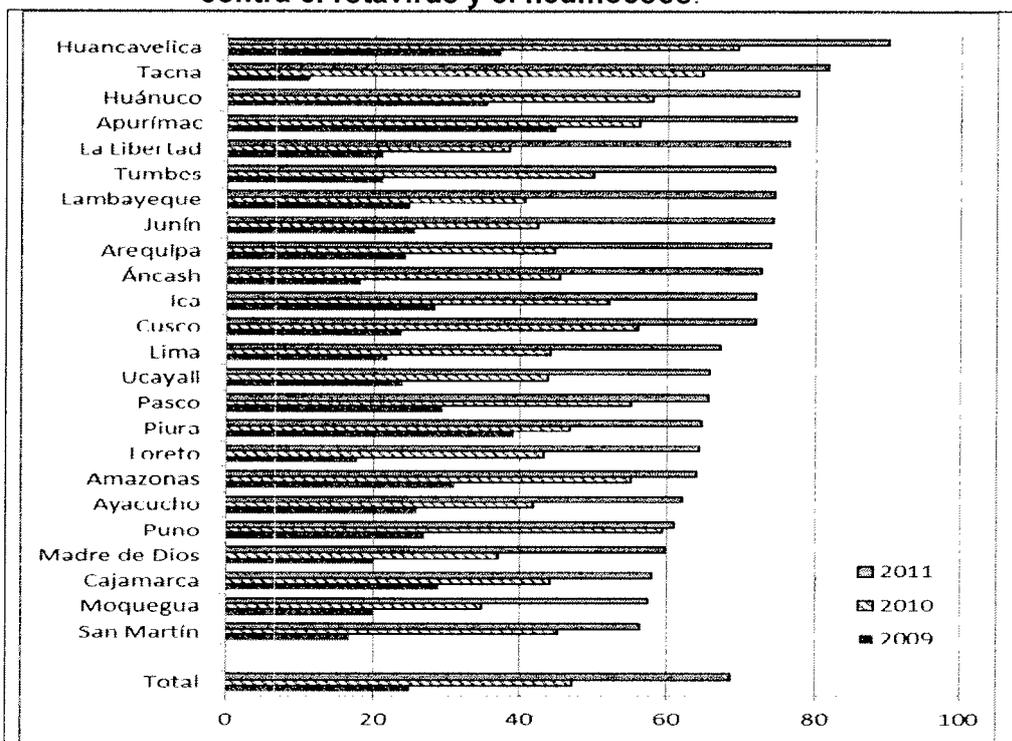
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Gráfico N°11. Proporción de niños y niñas menores de 36 meses con vacunas completas para la edad por departamento.

Departamento	2007 ¹	2009	2010	2011 ²	Diferencia 2011/2007	Variación ³
Total	64.3	54.8	61.8	72.7	8.4	Aumentó* ☺
Amazonas	55.8	60.7	58.0	54.7	-1.1	n.s.
Ancash	58.8	63.7	69.3	74.8	16.0	Aumentó* ☺
Apurímac	72.1	62.3	79.9	85.4	13.3	Aumentó* ☺
Arequipa	69.2	58.2	64.2	81.2	12.0	Aumentó* ☺
Ayacucho	59.3	60.6	63.0	73.2	13.9	Aumentó* ☺
Cajamarca	66.2	55.4	59.4	72.6	6.4	Aumentó** ☺
Cusco	61.7	53.9	70.5	81.6	19.9	Aumentó* ☺
Huancavelica	59.9	71.4	75.5	87.5	27.6	Aumentó* ☺
Huánuco	58.0	54.8	67.0	71.7	13.7	Aumentó* ☺
Ica	48.3	54.9	55.8	66.5	18.2	Aumentó* ☺
Junín	55.5	51.7	62.9	78.7	23.2	Aumentó* ☺
La Libertad	54.4	50.9	65.2	69.3	14.9	Aumentó* ☺
Lambayeque	57.6	52.2	60.2	64.5	6.9	Aumentó** ☺
Lima	66.8	54.8	60.9	75.6	8.8	Aumentó* ☺
Loreto	51.6	40.7	48.4	60.5	8.9	Aumentó* ☺
Madre de Dios	51.4	44.7	56.9	57.8	6.4	Aumentó** ☺
Moquegua	71.0	71.8	63.5	82.1	11.1	Aumentó* ☺
Pasco	46.3	46.3	71.5	76.0	29.7	Aumentó* ☺
Piura	62.4	55.5	59.2	66.7	4.3	n.s.
Puno	62.0	51.8	51.7	63.8	1.8	n.s.
San Martín	67.7	51.1	61.2	70.4	2.7	n.s.
Tacna	64.1	61.3	66.0	77.9	13.8	Aumentó* ☺
Tumbes	69.7	64.7	75.2	77.5	7.8	Aumentó* ☺
Ucayali	58.8	51.7	55.5	65.3	6.5	n.s.

Gráfico N°12. Proporción de niños y niñas menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo.



Fuente: INEI. Encuesta ENDES.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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° 8 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.

Tabla N° 8. 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	ENDES 2009-2010			N° de casos ponderados
	Total	Área de Residencia		
		Urbano	Rural	
Total	15.8	9.6	27.3	8,983
Con vacuna contra Rotavirus y/o Neumococo	13.3	7.7	22.8	2,608
Sin vacuna contra Neumococo y Rotavirus	16.9	10.4	29.3	6,374

Fuente: INEI Encuesta ENDES 2010

Niños con CRED completo para la edad

La proporción de Niños con CRED completo para su edad se ha incrementado de 24% en el año 2007 a 40% en el 2010 y a 47% en el 2011. El incremento es mayor en el ámbito rural alcanzando a 44% en el 2010 y 55% en el 2011. Es mayor en la sierra respecto a otros ámbitos y en el quintil más pobre. Los resultados son concordantes con el periodo de mayor asignación presupuestal para este producto.

Tabla N° 9. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad, según ámbito, 2007, 2009, 2010 y 2011

	2007	2008	2009	2010	2011 ^{1/}	Diferencia 2011/07	Variación 2/	
Total	24.0	21.6	27.7	40.0	47.3	23.3	Aumentó*	
Área de residencia								
Urbana	23.9	22.4	27.3	37.7	43.3	19.4	Aumentó*	
Rural	24.0	20.3	28.5	44.2	55.2	31.2	Aumentó*	
Región natural								
Lima Metropolitana	27.9	21.6	28.9	35.0	35.5	7.6	Aumentó**	
Resto Costa	25.6	21.9	28.4	34.3	45.0	19.4	Aumentó*	
Sierra	23.1	22.0	28.8	47.7	58.3	35.2	Aumentó*	
Selva	18.4	20.2	22.6	37.8	45.9	27.5	Aumentó*	
Quintiles de Riqueza ^{3/}								
Quintil inferior	21.6	18.7	27.0	42.4	50.0	28.4	Aumentó*	
Segundo quintil	23.1	22.6	22.9	39.7	43.9	20.8	Aumentó*	

Fuente: INEI. Encuesta ENDES. Elaboración propia





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

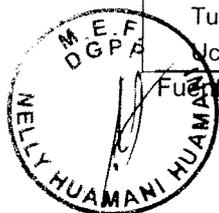
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

La cobertura de niños con CRED completo para la edad se ha incrementado en todos los departamentos, especialmente en las regiones de la sierra que recibieron mayor asignación presupuestal, como Huancavelica, Huánuco, Ayacucho, Cajamarca, Junín, y Cusco. El departamento de Huancavelica tiene la mayor proporción de niños con CRED completo para la edad, seguida de Huánuco y Cajamarca. Los departamentos de Loreto, Lima y Lambayeque tienen menor proporción de niños con CRED completo para la edad.

Grafico N° 13. Cobertura de Niños con CRED completo por departamento

Departamento	2007 1/	2009	2010	2011 3/	Diferencia 2011/2007	Variación 3/	
Total	24.0	27.7	40.0	47.3	23.3	Aumentó*	
Amazonas	17.0	29.2	38.7	52.5	35.5	Aumentó*	
Áncash	31.8	41.6	54.7	65.8	34.0	Aumentó*	
Apurímac	48.6	58.5	62.2	51.1	2.5	n.s.	
Arequipa	26.1	27.5	36.7	44.6	18.5	Aumentó*	
Ayacucho	19.5	42.3	52.3	61.1	41.6	Aumentó*	
Cajamarca	27.9	37.6	56.3	71.5	43.6	Aumentó*	
Cusco	20.8	32.5	50.5	63.5	42.7	Aumentó*	
Huancavelica	20.9	15.5	38.7	73.6	52.7	Aumentó*	
Huánuco	24.1	47.8	69.9	72.3	48.2	Aumentó*	
Ica	14.1	22.2	26.9	40.8	26.7	Aumentó*	
Junín	10.7	14.5	37.4	53.1	42.4	Aumentó*	
La Libertad	19.4	14.2	25.4	36.5	17.1	Aumentó*	
Lambayeque	21.9	31.4	38.6	36.5	14.6	Aumentó*	
Lima	29.5	30.4	35.7	37.4	7.9	Aumentó*	
Loreto	9.0	8.2	24.8	35.7	26.7	Aumentó*	
Madre de Dios	21.0	26.9	29.8	41.1	20.1	Aumentó*	
Moquegua	28.4	26.9	51.5	53.0	24.6	Aumentó*	
Pasco	13.4	27.5	51.1	59.9	46.5	Aumentó*	
Piura	18.4	23.7	30.2	43.1	24.7	Aumentó*	
Puno	19.1	18.5	40.2	47.0	27.9	Aumentó*	
San Martín	24.8	22.0	45.3	46.6	21.8	Aumentó*	
Tacna	26.9	25.1	42.9	59.4	32.5	Aumentó*	
Tumbes	22.8	16.6	41.6	49.2	26.4	Aumentó*	
Ucayali	24.1	24.4	37.3	45.5	21.4	Aumentó*	

Fuente: INEI-ENDES



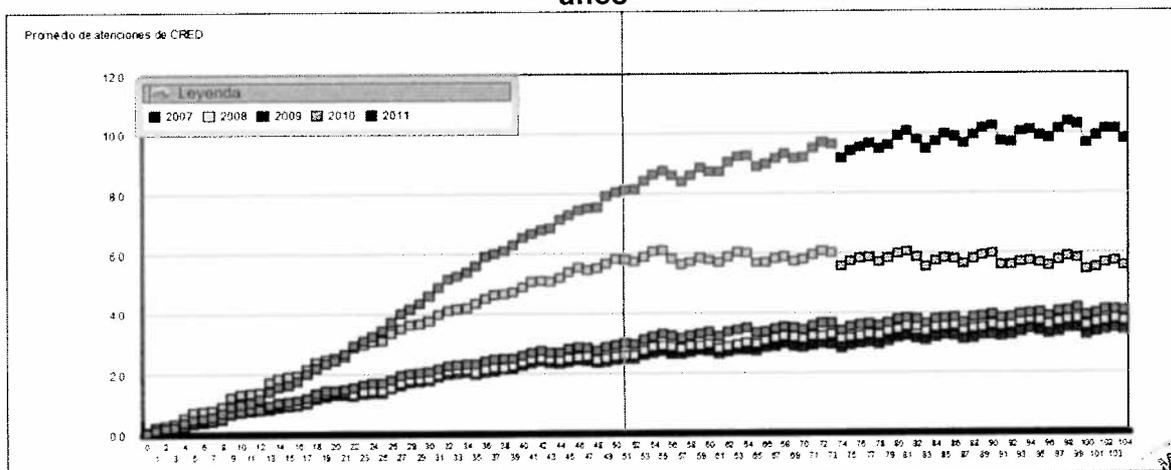


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

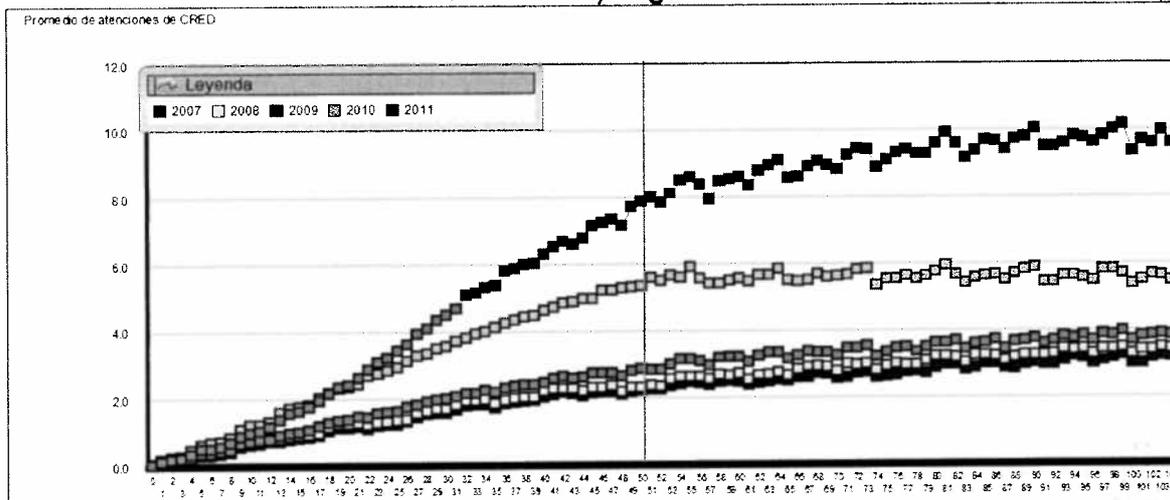
Cuando se evalúa el número promedio de atenciones CRED entre los años 2008 y 2011 según la edad en semanas en niños menores de 2 años en 6 departamentos más pobres, se observa que el promedio de atenciones CRED por niños se incrementa en el año 2010 y en el 2011. En los niños que cumplen 52 semanas (12 meses de edad), el promedio de atenciones en el año 2011 es de 8 mientras que en el 2009 era de 3. Se observa similar patrón en el quintil I.

Gráfico N°14. Promedio de atenciones de CRED en 6 departamentos pobres (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco y Huancavelica) según años

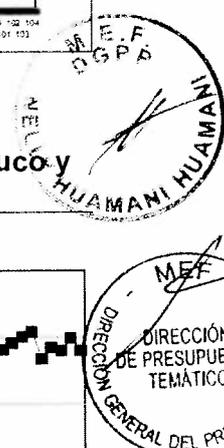


Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

Gráfico N°15. Promedio de atenciones de CRED en el quintil I de 6 departamentos pobres (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco y Huancavelica) según años



Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.





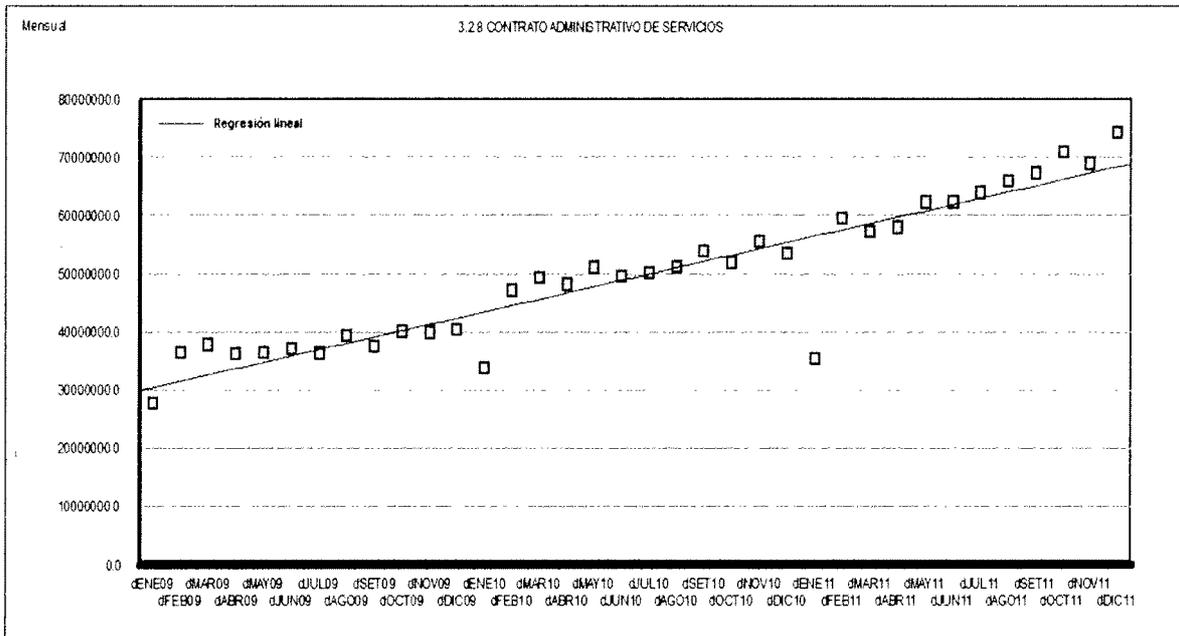
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

4 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. Se ha pasado de una ejecución promedio para servicios administrativos CAS en la función salud de 30 millones de soles mensuales a 70 millones en el último trimestre del año 2011.

Grafico N° 16 Ejecución del presupuesto en contratación de recursos humanos 2009 y 2011. 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 50 mil soles mensuales en el año 2009 ha pasado a ejecutar aproximadamente 2 millones de soles mensuales en el año 2011, 4 veces del presupuesto ejecutado en los años anteriores para la contratación del personal (Ver gráfico N° 17).

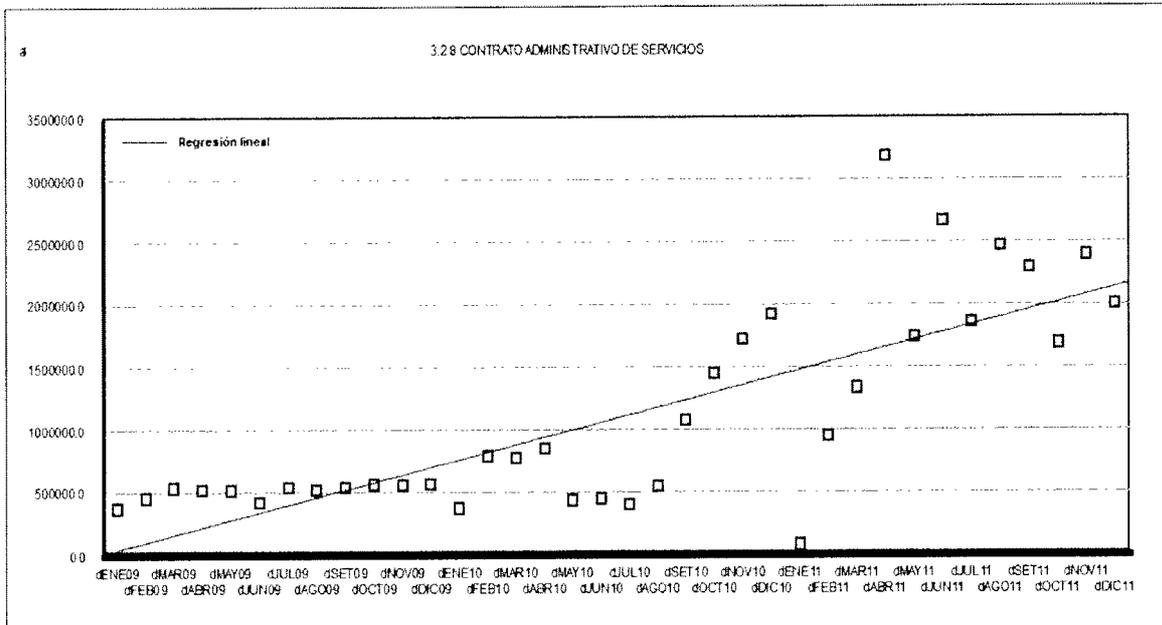




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

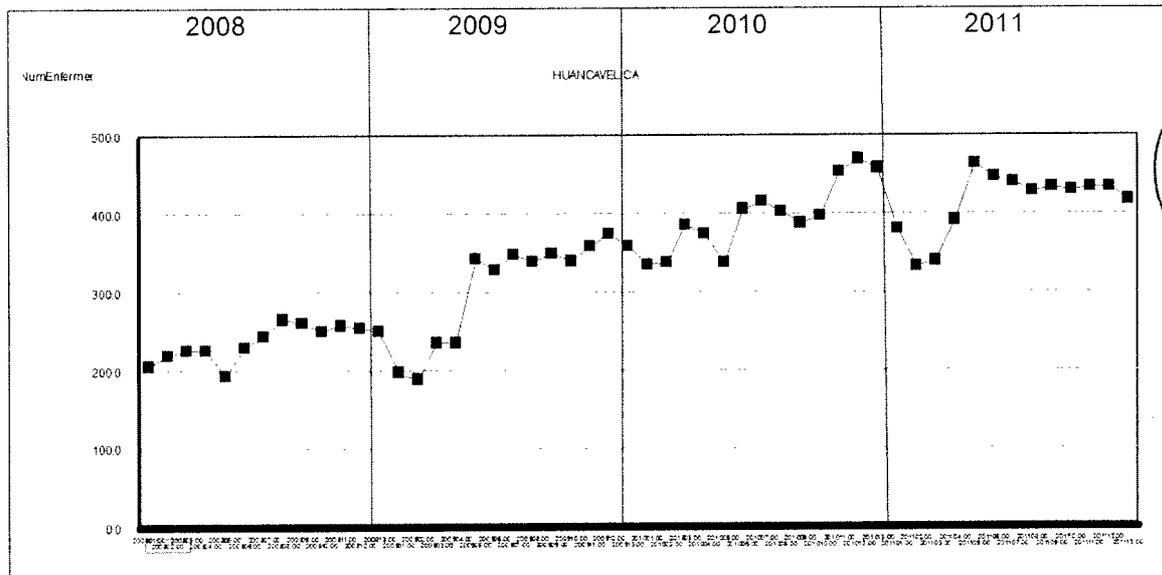
Gráfico N° 17. Presupuesto ejecutado en Servicios Administrativos CAS 2009-2011 por la Región Huancavelica en la Función Salud



Fuente: BD SIAF. Elaboración propia.

La mayor disponibilidad presupuestal permitió un número mayor de enfermeras en establecimientos de salud de departamentos pobres como Huancavelica, así de un número promedio de 200 enfermeras en el año 2008 se ha pasado a un promedio de 420 enfermeras en el 2011.

Gráfico N° 18. Numero de enfermeras departamento de Huancavelica 2008-2011



Fuente: SIAF. Elaboración propia





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Según los registros de la base de datos de patrimonio, se observa que hay mayor disponibilidad de insumos críticos como refrigeradoras y congeladoras.

Tabla N° 10. Numero de refrigeradoras y congeladoras para la conservación de vacunas en establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales 2012

Gobierno regional	Congeladoras	Refrigeradoras
440 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	105	216
441 GOBIERNO REGIONAL ANCASH	68	169
442 GOBIERNO REGIONAL APURIMAC	48	65
443 GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA	33	115
444 GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	125	362
445 GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	93	293
446 GOBIERNO REGIONAL CUSCO	67	312
447 GOBIERNO REGIONAL HUANCANELICA	54	96
448 GOBIERNO REGIONAL HUANUCO	36	225
449 GOBIERNO REGIONAL ICA	11	54
450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN	52	179
451 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	26	246
452 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	79	191
453 GOBIERNO REGIONAL LORETO	5	31
455 GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA	4	7
456 GOBIERNO REGIONAL PASCO	33	211
457 GOBIERNO REGIONAL PIURA	51	258
458 GOBIERNO REGIONAL PUNO	28	187
459 GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN	29	89
460 GOBIERNO REGIONAL TACNA	16	20
461 GOBIERNO REGIONAL TUMBES	12	21
462 GOBIERNO REGIONAL UCAYALI	39	127
463 GOBIERNO REGIONAL LIMA	25	49
464 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	53	104





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

IV. CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL ENTRE EL ESTADO PERUANO Y LA UNIÓN EUROPEA- EUROSPAN.

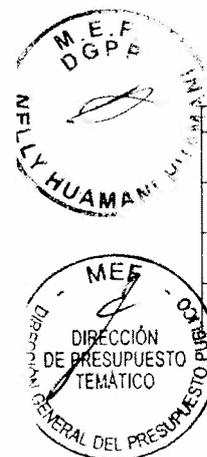
1. Origen del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional

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 EUROSPAN (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 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 EURO-PAN 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 ácido 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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 trigésima sexta disposición complementaria de la ley N°29465- Ley del Presupuesto Público para el año fiscal 2010, lo siguiente: " Dispóngase 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 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 DGPP son asignadas y ejecutadas a través de la Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales, con cargo y bajo las disposiciones de las referidas donaciones²⁰."

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**²¹, 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.

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 inicialmente los Gobiernos Regionales priorizados para la medición de indicadores de cobertura de productos de los que el MEF debía dar cuenta a la Unión EUROPEA como parte del cumplimiento del tramo variable. Sin embargo, para mejorarlos índices de desnutrición infantil, están involucradas otras entidades como el MINSA, SIS, JUNTOS, RENIEC, sin cuya participación no es posible el cumplimiento de logros. 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.

²⁰Ley 29465. Ley del presupuesto del sector público para el año fiscal 2010.

²¹Directiva 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 DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

2. Implementación de Convenios de Apoyo presupuestario Ministerio de Economía y Finanzas y entidades del estado

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

En la etapa de diseño del convenio se realizan un conjunto de reuniones con las entidades involucradas y según lo establecido en los lineamientos técnicos y procedimientos para la implementación del convenio de Apoyo Presupuestario, se realizan acuerdos previos para establecer ámbitos priorizados, indicadores de producto priorizados, compromisos de gestión y metas para el nivel 0 sobre la base de información existente.

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, motivo por el cual en el Convenio con la Unión Europea se había acordado medir la cobertura de productos de 4 indicadores priorizados, porque según las cifras de pobreza y desnutrición proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI), los departamentos de **Apurímac, Ayacucho y Huancavelica**, presentaban tasas de desnutrición crónica de 34,3%, 36,8% y 52,2%, respectivamente, cifras muy por encima del promedio nacional (19%). Tomando en cuenta los compromisos con la Unión Europea se seleccionaron en cada departamento los mismos distritos del convenio MEF-Unión Europea, **ubicados en el quintil** más pobres dentro de cada departamento.

Este proceso se lleva a cabo en varias reuniones técnicas donde los equipos técnicos de las instituciones y del MEF se ponen de acuerdo. Luego de ello se preparan los documentos técnicos y se suscriben los **Convenios entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la DGPP, y los pliegos**. Dichos Convenios tienen una misma estructura general, es decir, contienen dos anexos: Anexo I (especificaciones técnicas) y Anexo II (especificaciones administrativas):

Anexo I (especificaciones técnicas):

Se establecen, los productos priorizados y las metas de los indicadores que serán medidos en los distritos priorizados, 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. También se especifican los distritos que forman parte de la intervención, que usualmente son los ubicados en el quintil más pobre de cada departamento.

Los productos priorizados dependen del programa favorecido por el apoyo presupuestario y los ámbitos donde se miden los indicadores son establecidos en base a la estratificación por quintiles de riqueza en cada Región seleccionadas, se consideran a los distritos ubicados en el quintil más pobre.

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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

“DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ”
“AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD”

- **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
Proceso 1 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.
Proceso 2 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.
Proceso 3 Organización para la producción y entrega de los productos	Es el proceso mediante el cual se organiza la entidad pública para entregar los Productos, a los usuarios de la manera más conveniente y eficiente, de tal modo que todos los beneficiarios tengan acceso oportuno a los servicios que ofrece el 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 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 del catálogo de Bienes y Servicios del MEF utilizado en el 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



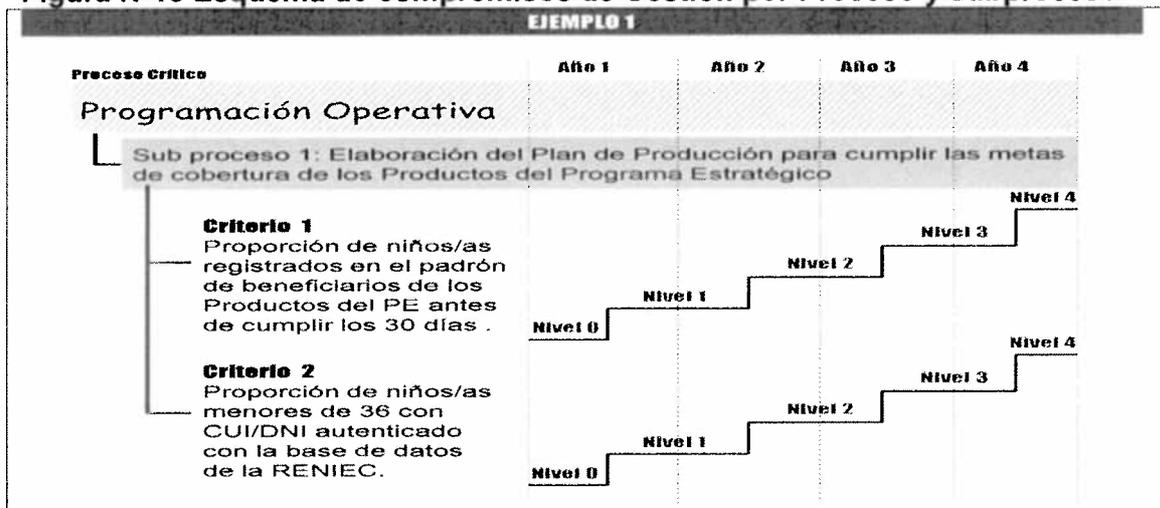
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Documento Nacional de Identidad (DNI) o el código único de identificación para el registro temporal de los Recién Nacidos.

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



En el Convenio se establece las metas para cada uno de los criterios que serán evaluados en el nivel 0 que corresponde al año 1.

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. 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.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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 de gestión.

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

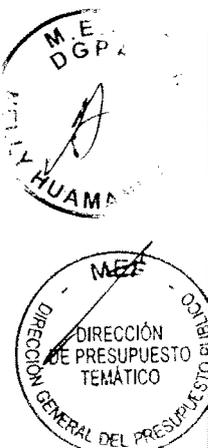
3.1 Convenio con Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

Los Convenios suscritos entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP), con los Gobiernos Regionales, de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica 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. En cada proceso se han identificado 1 o más subprocesos críticos y cada uno de ellos se evalúan igualmente con 1 o más de un criterio, cuyas metas se consensuan con las partes para cada nivel. A continuación se detallan los criterios considerados en la evaluación de compromisos de gestión:

Proceso	Definición
Proceso 1 Programación Operativa	Sub Proceso Crítico 1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura de los Productos del Programa Estratégico <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Proporción de niños/as registrados en el padrón de beneficiarios de los Productos del Programa antes de cumplir los 30 días de edad. • Criterio 2: Proporción de niños/as menores de 36 con CUI/DNI autenticado con la base de datos de la RENIEC. • Criterio 3: Proporción de familias que reciben sesiones demostrativas.
	Sub Proceso Crítico 2: Formulación del proyecto de Presupuesto anual y multianual para financiar los Productos del Programa. <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: La Entidad dispone de una base de datos que contiene el listado completo y actualizado de puntos de atención (establecimientos de salud). Esta base de datos está plenamente conciliada con el listado de establecimientos de salud consignados en el sistema de información del Seguro Integral de Salud, en el sistema de registro de atenciones ambulatorias denominado HIS, en el sistema de registro nacional de establecimientos del Ministerio de Salud y con el padrón de establecimientos de la Dirección de Servicios de Salud o la que haga sus veces en la Región. • Criterio 2: La Entidad, para cada punto de atención (establecimiento de salud o Unidades Productoras de Servicios) calificado como activo, en conformidad con el RENAES, establece cuales son los Productos del Programa Estratégico que serán ofertados en cada uno de ellos a los beneficiarios. • Criterio 3: La Entidad, ajusta la función de producción para cada uno de los Productos del





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Proceso	Definición
	<p>Programa Estratégico a las particularidades locales donde reside el beneficiario buscando que sea de la manera más eficiente, oportuna y de calidad.</p> <p>Sub Proceso Crítico 3: Capacidad Disponible en los puntos de atención para proveer los Productos del Programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: La Entidad cuenta con la base de datos de recursos humanos nominada, actualizada y autenticada. Asimismo la información se organiza por punto de atención y es conciliada al menos con los siguientes sistemas de información: i) Sistema de Registro de Recursos del Ministerio de Economía; ii) Sistemas de información del Seguro Integral de Salud; iii) sistema de registro de atenciones ambulatorias; iv) el maestro de personal del módulo SIP PpR (SIGA-ML). • Criterio 2: El Patrimonio de la Entidad correspondiente a bienes de capital se encuentra actualizado al último mes en el módulo SIGA-Patrimonio con verificación física y conciliado contablemente a nivel de cada sede y por centro de costos.
<p>Proceso 2 Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos</p>	<p>Sub Proceso Crítico 1: Adquisición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Específicas de gasto de la genérica bienes y servicios del PIA/PIM del SIAF se corresponde con el Cuadro de Necesidades en fase aprobado del SIP-PpR (SIGA-ML) para cada finalidad del Programa Presupuestario Estratégico objeto del presente convenio. • Criterio 2: Proporción de procesos de selección convocados en el primer trimestre (excepto ejecuciones contractuales de procesos convocados el año anterior). • Criterio 3: Proporción de procesos de selección consignados en SIP-PpR (SIGA-ML) • Criterio 4: Los bienes de capital, específicamente equipos biomédicos del PAAC son adquiridos con especificaciones técnicas estandarizadas normadas por el MINSA. La UE dispone de especificaciones técnicas de los bienes comunes del sector. • Criterio 5: Proporción del presupuesto disponible en el PAAC para bienes de capital han sido adjudicados oportunamente según lo programado. • Criterio 6: Proporción del presupuesto planificado para financiar los requerimientos del personal asistencial en los establecimientos de salud comprometido en el primer trimestre. <p>Sub Proceso Crítico 2: Almacén y distribución</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: La UE hace entrega de los insumos médicos directos, medicamentos y vacunas según lo requerido por el establecimiento y su stock disponible en el Establecimiento de Salud. • Criterio 2: Proporción de los de bienes ingresados al almacén de la UE que son distribuidos dentro de los 15 días posteriores a su ingreso. • Criterio 3: Proporción de establecimientos de salud con disponibilidad de antibióticos, vacunas y sulfato ferroso en el rango de Normo Stock. • Criterio 4: Proporción de establecimientos de salud con sistemas de cadena de frío operativa para preservar las vacunas <p>Sub Proceso Crítico 3: Reasignación de recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Disponibilidad de los profesionales de salud y técnicos en los establecimientos de salud del primer nivel que atienden a la población residente en los distritos ubicados en el quintil 1 del departamento. • Criterio 2: Disponibilidad de bienes de Capital en los establecimientos de salud del primer nivel que atienden a la población residente en los distritos ubicados en el quintil 1 del departamento.
<p>Proceso 3 Organización para la producción y entrega de los productos</p>	<p>Sub Proceso Crítico 1: Organización para entregar el servicio al ciudadano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: El Gobierno Regional ha establecido y priorizado una lista de establecimientos de salud que garantizan un acceso físico menor de una hora al 80% de los residentes pobres del departamento. • Criterio 2: Proporción de establecimientos de salud que cumplen con los estándares de calidad, incluyendo la pertinencia cultural. <p>Sub Proceso Crítico 2: Organización para producir los servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: La Entidad, a través de los documentos de gestión correspondientes, establece roles, responsabilidades, procedimientos, flujos y tecnologías al menos para los siguientes procesos: administración y gestión del padrón de usuarios, la programación operativa, gestión de los recursos humanos, gestión logística y la gestión de patrimonio. • Criterio 2: La Entidad, a través de los documentos de gestión correspondientes, establece roles, responsabilidades, procedimientos, flujos y tecnologías para procesos vinculados directamente con la entrega de al menos los siguientes Productos: 33254 Niños con Vacuna Completa según edad 33255 Niños con CRED Completo según edad 33248 Municipios 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 <p>Sub Proceso Crítico 3: Articulación, Coordinación, Colaboración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: La Entidad ha implementado una solución tecnológica para el intercambio de datos con el Seguro Integral de Salud, el Programa Juntos, RENIEC y Gobierno Local con la finalidad de disponer de una base de datos actualizada, autenticada de beneficiarios e





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Proceso	Definición
	incrementar la proporción de niños/as que se registran en el padrón antes de cumplir los 30 días de edad.
Proceso 4 Supervisión, seguimiento y evaluación	<p>Sub Proceso Crítico 1: Captura, Organización y Almacenamiento de Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: Los Pliegos y las UEs, a través de los documentos de gestión correspondientes, establece roles, competencias, responsabilidades, procedimientos, flujos y tecnologías para la captura, el almacenamiento y la organización eficiente de al menos de las bases de datos siguientes: i) Padrón actualizado y conciliado de establecimientos de salud; ii) Padrón nominado, autenticado y actualizado de beneficiarios del PAN tomando como base los afiliados al Seguro Integral de Salud y al Programa Juntos; iii) Las atenciones y prestaciones individuales recibidas por cada uno de los afiliados al Seguro Integral de Salud y al Programa Juntos; iv) Las operaciones que se registran en el SIGA y en el SIAF. Criterio 2: Los Pliegos y las UEs han incorporado en los sistemas de información los códigos estándares de acuerdo con el marco normativo vigente del Ministerio de Salud y de otros Sectores. <p>Sub Proceso Crítico 2: Análisis de Datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad, dispone de una base de datos analítica actualizada mediante la cual se puede construir los indicadores de Producto y de Insumo del Programa Presupuestario Estratégico y es posible analizar al menos según las siguientes dimensiones: i) Tiempo: Anual, semestral, trimestral, mensual; ii) Territorial: Departamento, provincia, distrito; iii) Categoría del Establecimiento de Salud; iv) Organización Sanitaria de los Establecimientos de Salud; v) Clasificador de gasto ; vi) Cadena funcional e institucional; vii) Clasificador de insumos ; viii) Clasificación de los costos; ix) Clasificación de pobreza de los distritos; x) variables demográficas de los beneficiarios. <p>Sub Proceso Crítico 3: Uso, Diseminación y Transparencia de la información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La UE elabora reportes amigables para la diseminación de la información a organizaciones de la sociedad civil. Criterio 2: El Gobierno regional publica regularmente el estado de avance de los indicadores y compromisos.

Fuente: Convenio MEF Gobiernos Regionales Apurímac, Ayacucho y Huancavelica.

A su vez para la evaluación del tramo variable, 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° 11).

Tabla N° 11 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	50.6	60.4	65.2	70.1	75
	Ayacucho	10.9	36.5	49.4	62.2	75
	Huancavelica	18.4	39	49.4	59.7	70
Indicador 3: Proporción de niños y niñas	Apurímac	40.4	62.2	73.2	84.1	95



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Indicador	Departamento	Línea de Base	Metas			
			2010	2011	2012	2013
menores de 36 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro.	Ayacucho	20.5	42.3	53.2	64.1	75
	Huancavelica	22	47.2	59.8	72.4	85
Indicador 4: Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro	Apurímac	85	89	91	93	95
	Ayacucho	73.6	82.2	86.4	90.7	95
	Huancavelica	52.4	69.4	78	86.5	95

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

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.

El convenio involucra apoyo a la gestión en todas las unidades ejecutoras responsables de la Función salud en el pliego, sin embargo incide en la mejora de la capacidad de la oferta de servicios en establecimientos de salud ubicados en distritos del quintil más pobre.

Tabla N° 12 Distritos y Establecimientos de salud priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario

Departamento	N° Distritos	Distritos Q1	% de Distritos	N° EESS	EESS Q1	% de EESS
Apurímac	80	20	25%	344	82	24%
Ayacucho	112	20	18%	381	97	25%
Huanca velica	95	14	15%	388	71	18%
Total	287	54	19%	1113	250	22%

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



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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:

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)
Apurímac	12.0	12.7	12.7	12.6
Tramo Fijo	100%	70%	50%	30%
Tramo Variable	0%	30%	50%	70%
Ayacucho	13.5	12.5	12.0	12.0
Tramo Fijo	100%	70%	50%	30%
Tramo Variable	0%	30%	50%	70%
Huancavelica	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 requisitos²², 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 esquema 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, según el siguiente detalle:

²²Ver 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 DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Tabla N° 16 Esquema de la transferencia correspondiente al tramo variable

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
Valor del indicador = o >90%		100%	100%	100%
Valor del indicador <90% e = o >75%		75%	75%	75%
Valor del indicador <75% e = o >50%		50%	50%	50%
Valor del indicador <50%		0%	0%	0%

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

El convenio establece plazos de entrega de informes por parte de los Gobiernos Regionales. Estos envían la información, luego de consolidar la información proporcionada por sus Unidades Ejecutoras, acompañada de bases de datos para su verificación por parte del Ministerio de Economía y Finanzas. El MEF luego de verificar la información respaldada en los archivos electrónicos, elabora un informe de verificación de cumplimiento del convenio, requisito indispensable para poder efectuar los desembolsos. Dichos informes se concentran en la verificación de bases de datos, de los compromisos de gestión cumplidos y de la asignación de recursos a los productos del PAN por Unidad Ejecutora. Para el tramo variable se revisa la información proporcionada por el Instituto Nacional de estadística e Informática realizada en la ENDES y se contrasta con las metas establecidas, luego del cual se elabora un informe.

Si bien el tramo variable se mide en los distritos priorizados, los convenios exigen la mejora de procesos en todas las Unidades Ejecutoras de los pliegos regionales que ejecutan presupuesto del Programa Articulado Nutricional y el presupuesto adicional del tramo fijo se da siempre y cuando el conjunto de estas entidades han cumplido con los criterios de verificación.

Las entidades responsables de la ejecución del PAN realizan un monitoreo permanente al avance en el cumplimiento de metas de indicadores y compromisos de gestión. El MINSA al ser responsable de los indicadores de resultado nacional del PAN (reducción de la tasa de desnutrición crónica) debe realizar el seguimiento de los avances de las metas físicas previstas a nivel regional. Por otro lado, el gobierno regional debe hacer lo propio con sus Unidades Ejecutoras adscritas. Para facilitar este trabajo, los Coordinadores Residentes del MEF apoyan dicha actividad, mediante visitas y verificaciones en los puntos de atención de servicios y en las Unidades Ejecutoras.

Igualmente, desde la implementación del PpR, los colectivos de la sociedad civil han participado activamente en el seguimiento de los resultados de los programas estratégicos en ejecución. Al respecto, a nivel regional se han conformado los Comités de Seguimiento al PAN con la participación de funcionarios del gobierno regional, representantes de ONG, de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, cuyo objetivo principal es informar sobre los avances, dificultades en el cumplimiento de las metas previstas. Se han constituido en diferentes regiones una red de asistentes técnicos.

El MEF, a través de un asistente técnico 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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.

3.2 Convenio con Gobiernos Regionales de Amazonas, Cajamarca y Huánuco

Con la experiencia adquirida en la ejecución de los convenios con las 3 regiones priorizadas, en el año 2010 se han firmado 3 convenios con otras regiones pobres, Amazonas, Cajamarca y Huánuco. Igualmente se ha priorizados distritos del quintil más pobre para medir 4 indicadores de cobertura de productos del tramo variable y compromisos de gestión, para los cuales se han establecidos especificaciones técnicas y administrativas similares a la de los convenios con los 3 primeros departamentos.

Para cada uno de los cuatro indicadores presentados se establecieron las metas que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla N° 17 Metas de los cuatro indicadores establecidos en los Convenios con los Gobiernos Regionales Amazonas, Cajamarca y Huánuco

Indicador	Departamento	Línea de Base 2010	Metas		
			2012	2013	2014
Indicador 1: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses con vacuna completa para su edad.	Amazonas	51.8	60.1	68.4	76.7
	Cajamarca	58.4	64.3	68.3	71.3
	Huánuco	63.4	64.3	68.3	76.0
Indicador 2: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses afiliados al SIS con CRED completo para su edad.	Amazonas	34.7	46.0	57.4	68.7
	Cajamarca	53.1	61.9	66.2	70.6
	Huánuco	71.4	72.8	73.6	79.0
Indicador 3: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro.	Amazonas	12.3	24.2	36.2	48.1
	Cajamarca	22.7	37.2	51.6	66.1
	Huánuco	42.5	53.0	63.5	74.0
Indicador 4: Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro	Amazonas	80.0	83.8	87.5	91.3
	Cajamarca	90.9	92.5	93.4	95.0
	Huánuco	85.1	89.0	91.0	93.0

Fuente: MEF - Anexo I de los Convenios suscritos entre el MEF y los Gobiernos Regionales de Amazonas, Cajamarca y Huánuco. Fuente de verificación: Encuesta ENDES

El convenio involucra la participación de 66 distritos, en cuyo ámbito están involucrados 371 establecimientos de salud:

Tabla N° 18 Distritos y Establecimientos de salud priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario

Departamento	N° Distritos	Distritos Q1	% de Distritos	N° EESS	EESS Q1	% de EESS
Amazonas	84	7	8%	457	116	25%
Cajamarca	127	34	27%	814	205	25%
Huánuco	77	25	32%	277	50	18%
Total	288	66	23%	1548	371	24%

El monto asignado a estos convenios es de 15 millones para cada departamento, según el siguiente detalle:



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Tabla N° 19 Calendario de desembolsos (en millones de nuevos soles)

Departamento	Año 1 (2012)	Año 2 (2013)	Año 3 (2014)	Total
Amazonas	5.0	5.0	5.0	15.0
Cajamarca	5.0	5.0	5.0	15.0
Huánuco	5.0	5.0	5.0	15.0
Tramo Fijo	100%	70%	30%	
Tramo Variable	0%	30%	70%	

Fuente: MEF - Convenios suscritos entre el MEF y los Gobiernos Regionales de Amazonas, Cajamarca y Huánuco

La verificación de compromisos sigue el mismo procedimiento utilizado en los convenios anteriores e igualmente el monto de cada transferencia se establece luego que el MEF emite el informe de verificación de compromisos del tramo fijo y la revisión de la información proporcionada por la ENDES para el tramo variable.

3.3 Convenio con Pliegos del Gobierno Nacional

Del mismo modo, siendo necesario aunar esfuerzos con otras instituciones para garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud, se han firmado convenios con el Seguro Integral de Salud, con el Registro Nacional de Identificación y con el Programa JUNTOS. Con todos ellos se busca garantizar la afiliación temprana al aseguramiento, la identificación oportuna (antes de los 30 días de nacido) y la captación temprana en el padrón de niños del programa JUNTOS, con todo ellos se espera que la cobertura de atención en los principales productos sea a edades muy tempranas para lograr los cambios esperados.

Estos convenios también tienen especificaciones técnicas donde se establecen los indicadores de productos priorizados en cada convenio y los ámbitos seleccionados que para el caso del SIS y RENIEC todos los distritos del quintil más pobre de los departamentos de Amazonas, Apurímac, Ayacucho; Cajamarca, Huánuco y Huancavelica, que comprende 120 distritos. En el caso de JUNTOS se han priorizados todos los distritos donde opera el Programa que hacen un total de 367 en los 6 departamentos.

En todos los casos el objetivo final de los convenios es favorecer el acceso oportuno de los niño/as a los servicios de salud y según las características de los programas presupuestales se han priorizado algunos productos. En estos convenios al igual que en los firmados con los Gobiernos Regionales hay un tramo fijo orientado a la mejora de la gestión y un tramo variable orientado a la cobertura de productos. En el tramo fijo, hay 4 procesos y cada uno de ellos tiene subprocesos, los que son evaluados mediante uno o más criterios establecidos. En el tramo variable se mide el avance en cada uno de los indicadores priorizados en cada convenio.

Convenio con el Seguro Integral de Salud

El convenio fue firmado en Setiembre del año 2011 en razón a que la condición de asegurado facilita el acceso a los servicios de salud de los más pobres. En los ámbitos priorizados con más del 90% de población que vive en condiciones de pobreza se espera que el 100% de esta población esté afiliada al Seguro Público subsidiado por el estado. La condición básica para disminuir la Desnutrición Crónica Infantil es que los niños y las gestantes accedan tempranamente a los servicios y por ese motivo en los





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

compromisos de gestión con los Gobiernos regionales se establece como un criterio de evaluación la proporción de niños afiliados antes de los 30 días.

En el tramo fijo se han identificados los siguientes criterios de medición según cada uno de los 4 procesos:

Proceso	Definición
Proceso 1 Programación Operativa	<p>Sub Proceso Crítico 1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura de los Productos del Programa Estratégico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: Proporción de niños afiliados al Seguro Integral de Salud antes de cumplir los 30 días de edad. Criterio 2: Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS con DNI autenticado con la base de datos de RENIEC y con la evaluación de su condición de elegibilidad por el SISFOH. <p>Sub Proceso Crítico 2: Formulación del proyecto de Presupuesto anual y multianual para financiar los Productos del Programa Estratégico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad dispone de una base de datos que contiene el listado completo y actualizado de puntos de atención (Establecimientos de Salud), los mismos que se encuentran conciliados con RENAES. Criterio 2: La Entidad tiene definido para cada punto de atención (Establecimiento de Salud o Unidades Productoras de Servicios) calificado como activo, los Productos del Programa Presupuestal Estratégico Articulado Nutricional que son entregados a la población afiliada al SIS. Criterio 3: La Entidad cuenta con un sistema de control de las prestaciones mediante el cual determina el consumo individual valorizado de los servicios de salud durante un año. <p>Sub Proceso Crítico 3: Capacidad Disponible en los puntos de atención para proveer los Productos del Programa Estratégico</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad cuenta con un sistema en línea que le permita analizar la elegibilidad de los usuarios, su autenticación, consultas históricas, así como la autorización de prestaciones de salud y administrativas
Proceso 2 Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos	<p>Sub Proceso Crítico 1: Desarrollo de nuevos mecanismos de pago a prestadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad ha implementado diferentes mecanismos de pago a prestadores públicos y privados, para la atención preventiva, recuperativa y de rehabilitación (Lista de mecanismos).
Proceso 3 Organización para la producción y entrega de los productos	<p>Sub Proceso Crítico 1: Organización para la mejora de los procesos críticos de los servicios del SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: Proceso de Soporte: La Entidad cuenta con documentos de Gestión aprobado por el titular del Pliego/UE que establece roles, responsabilidades, procedimientos, flujos, tecnologías a través del ROF, CAP, MOF y MAPRO. Criterio 2: Proceso de Negocio: La Entidad cuenta con los documentos de gestión para los procesos de aseguramiento, financiamiento y control prestacional. <p>Sub Proceso Crítico 2: Articulación, Coordinación, Colaboración</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad ha implementado solución tecnológica para la transacción de datos (actualización de establecimientos de salud, afiliaciones, prestaciones, medicamentos, recursos humanos) con otras instituciones: SISFOH, RENAES, SIP PpR, RENIEC, Banco de la Nación, SUNASA, DIGEMID, Unidades Ejecutoras y Establecimientos de Salud.
Proceso 4 Supervisión, seguimiento y evaluación	<p>Sub Proceso Crítico 1: Captura, Organización y Almacenamiento de Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad ha normado y cuenta con la documentación técnica actualizada sobre el procedimiento de tecnología de la información. Criterio 2: La Entidad ha incorporado en los sistemas de información el código único estándar de establecimiento de salud en la base de datos de afiliación y atención, DNI para el profesional de salud responsable de la atención, Códigos SISMED para medicamentos e insumos, DNI como identificación del afiliado y CPT para procedimientos, de acuerdo al marco normativo vigente del Ministerio de Salud. <p>Sub Proceso Crítico 2: Análisis de Datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad desarrolla un sistema de consulta en línea de indicadores claves relacionados al PAN. Criterio 2: La Entidad facilita un módulo de reportes por Unidad Ejecutora, Establecimientos de Salud y otros usuarios respecto a prestaciones claves. Criterio 3: La Entidad, realiza un control presencial (expost) de calidad de las prestaciones entregadas a los asegurados según normas MINSa, a través de indicadores de calidad relacionados al PAN, específicamente el referido a la "verificación del cumplimiento del





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Proceso	Definición
	<p>protocolo de atención de CRED completo para la edad".</p> <p>Sub Proceso Crítico 3: Uso y Disseminación/Transparencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: La Entidad elabora reportes amigables para la disseminación de la información al público en general.

Para el tramo variable se han identificado se han priorizado 2 productos y se han establecido las siguientes metas para ser medidos en 120 distritos más pobres de los departamentos de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Huánuco:

Tabla N°20 Metas de productos priorizados en el Convenio con el Seguro Integral de Salud

Tramo Variable	Línea de base	2011	2012	2013
Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS.	83.0	86.0	89.0	90.0
Proporción de niños/as mayores e igual a 8 días y menores de 12 meses afiliados al SIS con atenciones de CRED completos para su edad.	12.5	16.8	21.1	25.4

Fuente: Anexo I Convenio de Apoyo Presupuestario al PAN MEF-SIS.

Convenio con el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil- RENIEC

Un aspecto limitante para la afiliación temprana al Seguro integral de Salud y por tanto a la atención de los principales productos del Programa Articulado Nutricional es la falta de identificación temprana del niño menor de 12 meses. En los distritos del quintil más pobre de los 6 departamentos, solo el 50% de niños menores de 1 año²³ tienen Documento Nacional de Identidad, esto se incrementa a 75% en menores de 3 años. Por este motivo con la finalidad de incrementar la proporción de niños menores de 12 meses con DNI y por tanto mejorar la cobertura de cobertura de productos priorizados del Programa Articulado Nutricional en distritos pobres se ha firmado el convenio con el RENIEC en el mes de Abril del presente año, después de un largo periodo de negociación.

En el tramo fijo se han identificados los siguientes criterios de medición según cada uno de los 4 procesos:

Proceso	Definición
<p>Proceso 1 Programación Operativa</p>	<p>Sub Proceso Crítico 1.1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura de los Productos del Programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1.1.1: RENIEC define las metas físicas para los 120 distritos por año para los dos indicadores seleccionados. <p>Sub Proceso Crítico 1.2: Formulación del proyecto de Presupuesto anual y multianual para financiar los Productos del Programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1.2.1: RENIEC cuenta con un listado de puntos de atención disponibles para la entrega del servicio de DNI a niños de 0 a 12 meses. • Criterio 1.2.2: RENIEC actualiza anualmente la estructura de costos para la entrega del DNI por punto de atención. <p>Sub Proceso Crítico 1.3: Capacidad Disponible en los puntos de atención para proveer los Productos del Programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1.3.1: RENIEC cuenta con la base de datos de recursos humanos nominada, actualizada y autenticada, así como de insumos críticos y de bienes de capital, organizada

²³ INEI. Reporte estimado con datos de la Encuesta Nacional de Presupuesto por Resultados. ENAPRES.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Proceso	Definición
	por punto de atención, para cada año del convenio.
Proceso 2 Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos	Sub Proceso Crítico 2.1: Adquisición <ul style="list-style-type: none"> Criterio 2.1.1: RENIEC inicia los procesos de contrataciones y adquisición de equipos e insumos críticos al primer trimestre del año. Sub Proceso Crítico 2.2: Almacén y distribución <ul style="list-style-type: none"> Criterio 2.2.1: RENIEC garantiza disponibilidad aceptable de insumos críticos en cada punto de atención, en coherencia con la meta definida
Proceso 3 Organización para la producción y entrega de los productos	Sub Proceso Crítico 3.1: Organización para entregar el servicio al ciudadano <ul style="list-style-type: none"> Criterio 3.1.1: RENIEC ha instalado puntos de atención de tal manera que pueda asegurar el acceso a no menos del 80% de los niños/as nacidos en los establecimientos de salud donde se implementó una ORA. Sub Proceso Crítico 3.2: Articulación, Coordinación, Colaboración <ul style="list-style-type: none"> Criterio 3.2.1: RENIEC ha implementado soluciones tecnológicas para la consulta de datos con otras entidades.
Proceso 4 Supervisión, seguimiento y evaluación	Sub Proceso Crítico 4.1: Uso, Diseminación y Transparencia de información: <ul style="list-style-type: none"> Criterio 4.1.1: RENIEC dispone de un sistema de información para el análisis dinámico de indicadores claves. Criterio 4.1.2: RENIEC publica reportes amigables en su página web para la diseminación de la información a organizaciones de la sociedad civil, de manera periódica.

Para el tramo variable se han identificado se han priorizado 2 productos y se han establecido las siguientes metas para ser medidos en 120 distritos más pobres de los departamentos de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Huánuco:

Tabla N°21 Metas de productos priorizados en el Convenio con el RENIEC

Tramo Variable	Línea de base	2012	2013	2014
Proporción de niños y niñas menores de 12 meses, provenientes de los 120 distritos priorizados, que cuentan con DNI.	51 %	52%	55%	60%
Proporción de niños y niñas recién nacidos, procedentes de los 120 distritos priorizados, que cuentan con el DNI emitido hasta los 30 días de edad.	12%	15%	20%	30%

Fuente: Anexo I Convenio de Apoyo Presupuestario MEF-RENIEC.

Convenio con el Ministerio de Desarrollos e Inclusión Social (Programa JUNTOS)

El programa JUNTOS funciona haciendo transferencias de dinero condicionadas a la atención de salud de hogares pobres con niños menores de 36 meses y a la educación en hogares con niños de 3 a 14 años. Sin embargo, cuando en anteriores oportunidades se revisó la base de datos de los niños JUNTOS, se observaba que en esta existían muy pocos niños menores de 12 meses, con lo cual no se estimulaba que estos niños accedan a los servicios de salud con oportunidad. Por este motivo se trata de que a través del convenio con el programa JUNTOS se contribuya a una mejora cobertura en la entrega de productos en hogares pobres.

El convenio inicialmente fue firmado con la Presidencia del Consejo de Ministros a donde estaba adscrito el Programa JUNTOS en el mes de Diciembre de 2011. Sin embargo con la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social el programa pasó a esta nueva entidad. Por otro lado desde el año 2012 los productos de "Hogares pobres afiliados al programa JUNTOS" dejó de ser un producto del Programa



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Articulado Nutricional y se constituye como Programa presupuestal. Por estos motivos, se decidió hacer un nuevo Convenio con la actual administración del Programa JUNTOS, que a la fecha todavía está en proceso de firma luego de un largo proceso de negociación sobre las metas de los compromisos de gestión.

En el tramo fijo se han identificados los siguientes criterios de medición según cada uno de los 4 procesos:

Proceso	Definición
Proceso 1 Programación Operativa	<p>Sub Proceso Crítico 1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura del Producto que ofrece la Entidad a la población objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Proporción de niños/as en hogares usuarios registrados en el Programa JUNTOS antes de cumplir los 30 días de edad²⁴. • Criterio 2: Proporción de niños/as de hogares usuarios registrados en el Programa JUNTOS afiliados al Seguro Integral de Salud antes de los 30 días²⁵. • Criterio 3: Proporción de gestantes en hogares usuarios registrados por el Programa JUNTOS durante el primer trimestre de embarazo. • Criterio 4: Proporción de niños/as menores de 36 meses en Hogares Usuarios registrados por el Programa JUNTOS con DNI autenticado con la base de datos de RENIEC y con la evaluación de su condición de elegibilidad por el SISFOH. <p>Sub Proceso Crítico 2: Formulación del proyecto de Presupuesto anual y multianual para financiar los Productos del Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: La Entidad dispone de una base de datos que contiene el listado completo y actualizado de puntos de atención donde los usuarios reciben CRED y Controles Prenatales (distrito y establecimientos de salud activos). En el caso de establecimiento de salud la base de datos debe estar conciliada con el listado de establecimientos de salud consignados en el sistema de información del Seguro Integral de Salud y en el Sistema de Registro Nacional de Establecimientos del Ministerio de Salud (RENAES). • Criterio 2: La Entidad cuenta con un reporte de seguimiento y la correspondiente base de datos de las transferencias mediante el cual determina el monto transferido durante un año a cada hogar beneficiario. <p>Sub Proceso Crítico 3: Capacidad Disponible en los puntos de atención para proveer los Productos del Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: La Entidad cuenta con la base de datos de sus recursos humanos nominada, actualizada y autenticada. Asimismo la información se organiza por equipo regional y es conciliada al menos con los siguientes sistemas de información: i) Sistema de Registro de Recursos Humanos del Ministerio de Economía y Finanzas; ii) el maestro de personal del módulo SIP PpR (SIGA-ML). • Criterio 2: El Patrimonio de la Entidad correspondiente a bienes de capital se encuentra actualizado al último mes en el módulo SIGA-Patrimonio con verificación física y conciliado contablemente a nivel de cada equipo regional.
Proceso 2 Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos	<p>Sub Proceso Crítico 1: Adquisición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Proporción del presupuesto programado en el PAAC han sido adjudicados en el primer trimestre del año. • Criterio 2: Proporción del presupuesto planificado por equipo regional para financiar su contratación de CAS ejecutado sobre PIM. <p>Sub Proceso Crítico 2: Almacén y distribución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Disponibilidad de materiales para entrega y recopilación de formatos por Equipo Regional. <p>Sub Proceso Crítico 3: Priorización de la asignación de recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Disponibilidad de Gestores Locales para atender usuarios priorizados (poblaciones nativas, dispersas). • Criterio 2: Disponibilidad de insumos en los Equipos Regionales para atender usuarios priorizados (poblaciones nativas, dispersas).
Proceso 3 Organización para la producción y entrega de los productos	<p>Sub Proceso Crítico 1: Organización para entrega de los servicios al beneficiario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Proporción de gestantes en hogares usuarios identificadas durante el primer trimestre de embarazo. • Criterio 2: Ratio de usuarios por puntos de pago ajustado por departamento. <p>Sub Proceso Crítico 2: Organización para mejorar los procesos críticos para producir los servicios:</p>

²⁴ Considera como universo a los niños/as menores de los 12 meses del padrón del ámbito de intervención.

²⁵ Considera como universo a los niños/as menores 12 meses del padrón del ámbito de intervención.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Proceso	Definición
	<ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad, a través de los documentos de gestión correspondientes, establece roles, responsables, procedimientos, flujos y tecnologías al menos para los siguientes procesos: administración y gestión del padrón de usuarios, la programación operativa, gestión de los recursos humanos, gestión logística y la gestión de patrimonio. Documento de procesos y directivas. Criterio 2: La Entidad, a través de los documentos de gestión correspondientes, establece roles, responsables, procedimientos, flujos y tecnologías para procesos vinculados a: i) Registro de la información, ii) Verificación de la corresponsabilidad, iii) Cumplimiento de la corresponsabilidad, y iv) Monitoreo del cumplimiento de la corresponsabilidad. <p>Sub Proceso Crítico 3: Articulación, Coordinación, Colaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad ha implementado soluciones tecnológicas para la transacción de datos con otras instituciones: SIS, SISFOH MEF, MINSA RENAES, RENIEC, Banco de la Nación, Gobierno Regional [UEs de Salud] y Gobierno Local (actualización de establecimientos de salud, afiliación al SIS, prestaciones SIS, recursos humanos en establecimientos de salud, entre otros).
Proceso 4 Supervisión, seguimiento y evaluación	<p>Sub Proceso Crítico 1: Captura, Organización y Almacenamiento de Datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad ha normado y cuenta con la documentación técnica actualizada sobre los procedimientos de tecnología de la información para la captura, almacenamiento y procesamiento de los datos. Nivel cero diccionario de datos de las bases de datos vinculados a los procesos Criterio 2: La Entidad ha adoptado en los sistemas de información códigos únicos estándar. Específicamente el CUI o DNI para identificar a los usuarios del Programa, el código único de establecimientos de salud establecido por el MINSA. <p>Sub Proceso Crítico 2: Análisis de Datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad, dispone de una base de datos analítica actualizada mediante la cual se puede construir los indicadores de Producto (Afiliación, cumplimientos de las corresponsabilidades) y es posible analizar al menos según las siguientes dimensiones: i) Periodicidad: Anual, semestral, bimestral; ii) Geográfica: Departamento, provincia, distrito de intervención; iii) Categoría del Establecimiento de Salud; iv) Clasificación de pobreza de los distritos; v) Variables demográficas de los usuarios. Criterio 2: La Entidad, realiza un control (expost) del cumplimiento de las corresponsabilidades y su registro en los sistemas de información del MINSA (registros de atención del establecimiento de salud, bases de datos HIS y SIS) y en los sistemas de información del "Programa Juntos". <p>Sub Proceso Crítico 3: Uso y Disseminación/Transparencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad elabora reportes amigables para la disseminación de la información al público en general.

Respecto al tramo variable, en el Convenio con el programa JUNTOS, se han identificado productos priorizados y por lo tanto indicadores de medición. En la siguiente tabla se pueden observar los indicadores de productos que se medirán en el tramo variable:

Tramo Variable	Línea de base	2012	2013
Proporción de niños/as menores de 36 meses con vacunas completas para su edad.	75.2	79.2	83.2
Proporción de niños/as menores de 12 meses con CRED completo para su edad.	55.5	71.1	78.0

Fuente: Anexo I. Convenio Apoyo presupuestario MEF-MIDIS

Ámbitos Priorizados

El convenio con el SIS y con RENIEC involucra la participación de 120 distritos, en cuyo ámbito están involucrados 621 establecimientos de salud:



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Tabla N° 22 Distritos y Establecimientos de salud priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario SIS y RENIEC

Departamento	N° Distritos	Distritos Q1	% de Distritos	N° EESS	EESS Q1	% de EESS
Apurímac	80	20	25%	344	82	24%
Ayacucho	112	20	18%	381	97	25%
Huanca velica	95	14	15%	388	71	18%
Amazonas	84	7	8%	457	116	25%
Cajamarca	127	34	27%	814	205	25%
Huánuco	77	25	32%	277	50	18%
Total	575	120	21%	2661	621	23%

El convenio con el MIDIS (Programa JUNTOS) involucra la participación de 120 distritos, en cuyo ámbito están involucrados 621 establecimientos de salud:

Tabla N° 23 Distritos y Establecimientos de salud priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario MIDIS (JUNTOS)

Departamento	N° Distritos	Distritos JUNTOS	% de Distritos	N° EESS	EESS Distritos JUNTOS	% de EESS
Apurímac	80	60	75%	344	265	77%
Ayacucho	112	69	62%	381	274	72%
Huanca velica	95	76	80%	388	350	90%
Amazonas	84	12	14%	457	133	29%
Cajamarca	127	77	61%	814	547	67%
Huánuco	77	67	87%	277	230	83%
Total	575	361	63%	2661	1799	68%

Monto asignado y cronograma de desembolsos

El monto asignado a estos convenios es de 15 millones, según el siguiente cronograma:

Tabla N° 24 Calendario de desembolsos (en millones de nuevos soles)

Entidad	Año 1 (2012)	Año 2 (2013)	Año 3 (2014)	Total
	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	
Seguro Integral de Salud-SIS	5.0	5.0	5.0	15.0
Registro Nacional de Identidad y Estado Civil -RENIEC	5.0	5.0	5.0	15.0
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Programa JUNTOS)	5.0	5.0	5.0	15.0
Tramo Fijo	100%	70%	30%	
Tramo Variable	0%	30%	70%	

Fuente: MEF - Convenios suscritos entre el MEF y SIS

En todos los casos, los procesos de verificación de compromisos lo realiza el MEF sobre la base de información proporcionada por las entidades, luego del cual se prepara un informe y según ello se transfiere el monto establecido para cada nivel y según grado de cumplimiento, utilizando para ello el mismo esquema de los convenios regionales mencionados anteriormente.

4. Seguimiento del cumplimiento de Compromisos y metas de los Convenios de Apoyo Presupuestario.

El modelo de gestión, además de haber contribuido al logro de resultados, ha permitido a las regiones mejorar la gestión.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

4.1 Avance en Convenios con Regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

Avances en el Tramo Fijo

Para la evaluación de cada uno de los compromisos de gestión se han establecido criterios y una meta para cada nivel. Se evalúan bases de datos de diferentes fuentes, como el SIGA (módulo programación, logístico y patrimonio), SIAF, página web del OSCE, el SIS, el HIS, el SISMED, padrón nominado de beneficiarios, módulo de Recursos humanos.

Después de haber transcurrido 3 años del convenio, se aprecia que si bien hay una progresiva mejora en el cumplimiento de compromisos, no obstante que cada año el nivel de esfuerzo exigido es mayor. Sin embargo, aún no se ha logrado que al menos una región cumpla con todos los compromisos de gestión. Donde se aprecia mayor dificultad es en el proceso logístico relacionado a las adquisiciones oportunas de insumos críticos, así como a la distribución de los mismos por puntos de atención. En el proceso de Supervisión, seguimiento y Evaluación es donde se consigue mejor nivel de cumplimiento. Ayacucho es la región que muestra mayor nivel de cumplimiento y Apurímac menor nivel de cumplimiento.

Tabla N° 25. Nivel de cumplimiento de Compromisos de gestión del tramo fijo de 3 Regiones priorizadas

Proceso Crítico	Nivel 0			Nivel 1			Nivel 2		
	Meta	Cumple	% Cumple	Meta	Cumple	% Cumple	Meta	Cumple	% Cumple
Apurímac									
Programación Operativa	7	4	57%	7	2	29%	7	0	0%
Soporte Logístico				9	2	22%	10	2	20%
Organización para la Producción y Entrega de Productos				2	0	0%	4	0	0%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación				5	1	20%	5	0	0%
Total de criterios evaluados	7	4	57%	23	5	22%	26	2	8%
Ayacucho									
Programación Operativa	7	4	57%	7	4	57%	7	4	57%
Soporte Logístico				9	3	33%	10	2	20%
Organización para la Producción y Entrega de Productos				2	1	50%	5	3	75%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación				5	4	80%	5	4	80%
Total de criterios evaluados	7	4	57%	23	12	52%	26	13	50%
Huancavelica									
Programación Operativa	7	5	71%	7	4	57%	7	2	29%
Soporte Logístico				9	3	33%	10	1	10%
Organización para la Producción y Entrega de Productos				2	0	0%	4	2	50%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación				5	1	20%	5	5	100%
Total de criterios evaluados	7	5	71%	23	8	35%	26	10	38%

Fuente: Informes de verificación de compromisos nivel 0, 1 y 2 de los convenios MEF GR Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

A continuación algunos compromisos del **tramo Fijo**:



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Identificación de niños

Un aspecto importante es la determinación de la meta física, para ello se requiere contar con una base de datos universal que identifique a la población pobre a quien está dirigido los productos. La proporción de niños con DNI en el 2012 se ha incrementado respecto al 2009, en Apurímac el 61% de niños del padrón cuentan con DNI y en Huancavelica el 55%.

Tabla N° 26. Proporción de niños con DNI autenticado por RENIEC 2012 (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica)

	APURIMAC		AYACUCHO		HUANCABELICA	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con DNI	11,562	61.16	14,568	45.40	13,184	54.89
Solo CUI	793	4.19	5,166	16.10	1,965	8.18
Sin CUI	6,549	34.64	12,354	38.50	8,869	36.93
Total	18,904	100	32,088	100	24,018	100

Fuente: Informe de verificación de compromisos Regiones Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

Afiliación Temprana

La proporción de niños con afiliación temprana (antes de los 30 días) al Seguro Integral de Salud ha mejorado progresivamente de 34% en el año 2009 a 60% en el año 2011. Sin embargo la proporción de niños nacidos en el año 2011 registrados en el padrón nominado es menor respecto a los años 2009 y 2010, esto es más acentuado en Huancavelica donde la cantidad de niños nacidos en el 2011 es la tercera parte de los nacidos en el 2009 y en Apurímac y Ayacucho es 50%.

Tabla N° 27. Proporción de niños afiliados antes de los 30 días al Seguro integral de Salud 2009-2011 (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica)

	2009			2010			2011		
	N° Niños	<30 días	%	N° Niños	<30 días	%	N° Niños	<30 días	%
Apurímac	7,943	2,720	34%	6,973	3149	45%	4,112	2,819	69%
Ayacucho	15,484	6,919	45%	15,385	7216	47%	12,728	8,373	66%
Huancavelica	12,033	2,388	20%	10,698	3988	37%	4,178	1,495	36%
Total	35,460	12,027	34%	33,056	14,353	43%	21,018	12,687	60%

Del mismo modo, la disponibilidad oportuna en el punto de atención de insumos (medicamentos críticos), equipos y mobiliario crítico, además de los recursos humanos, son imprescindibles para la entrega de los productos a los ciudadanos en salud. Por ello, además de mejorar el proceso de programación de abajo hacia arriba, se hace seguimiento de la disponibilidad de insumos en los establecimientos ubicados en los distritos más pobres del departamento.

Así uno de los compromisos busca la disponibilidad de personal profesional en los puestos de salud, el mismo que muestra que este se ha incrementado desde el año 2009 en adelante. El mayor incremento se da para el caso de las enfermeras, insumo crítico para el producto "Niños protegidos con vacuna para la edad" y "Niños con CRED completo para la edad"



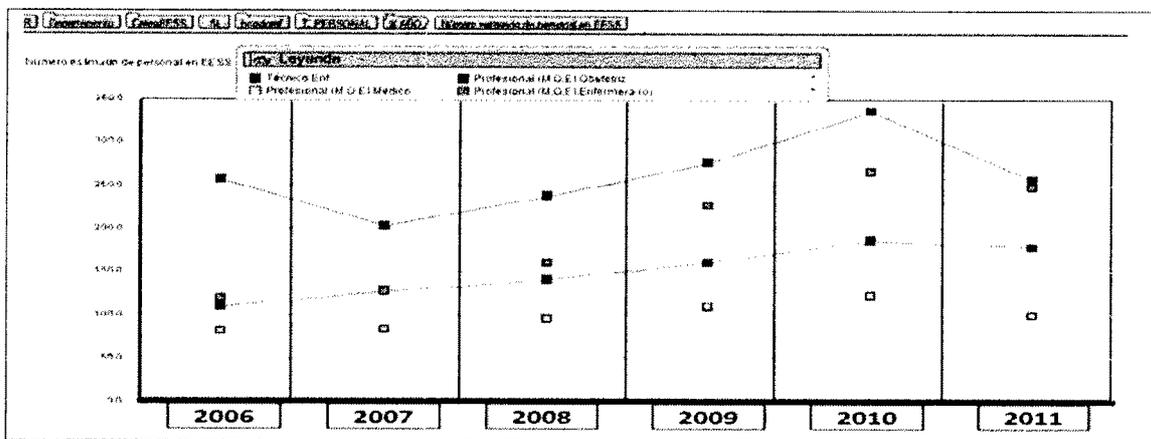
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Disponibilidad de Recursos Humanos

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° 20). La aparente disminución de personal en el 2011, se debe a la falta de información de la Región Apurímac en el último trimestre del año.

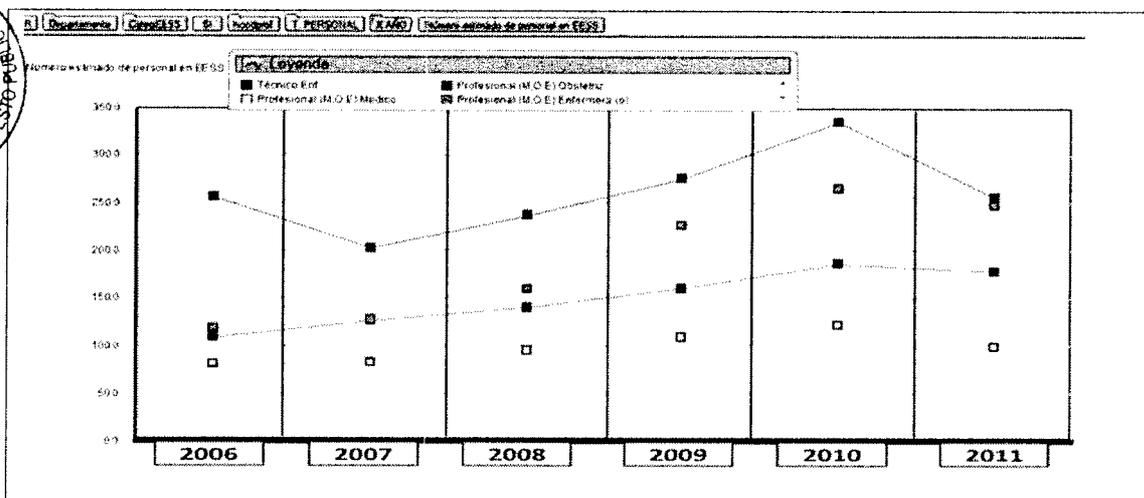
Gráfico N°19. Disponibilidad de Recursos Humanos en establecimientos de 54 distritos priorizados de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica



Fuente: Base de datos HIS. Elaboración Propia.

El número de enfermeras se ha incrementado en todos los departamentos, especialmente en Ayacucho y Huancavelica.

Gráfico N°20. Disponibilidad de enfermeras en establecimientos de 54 distritos priorizados de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica



Fuente: Base de datos HIS. Elaboración Propia.



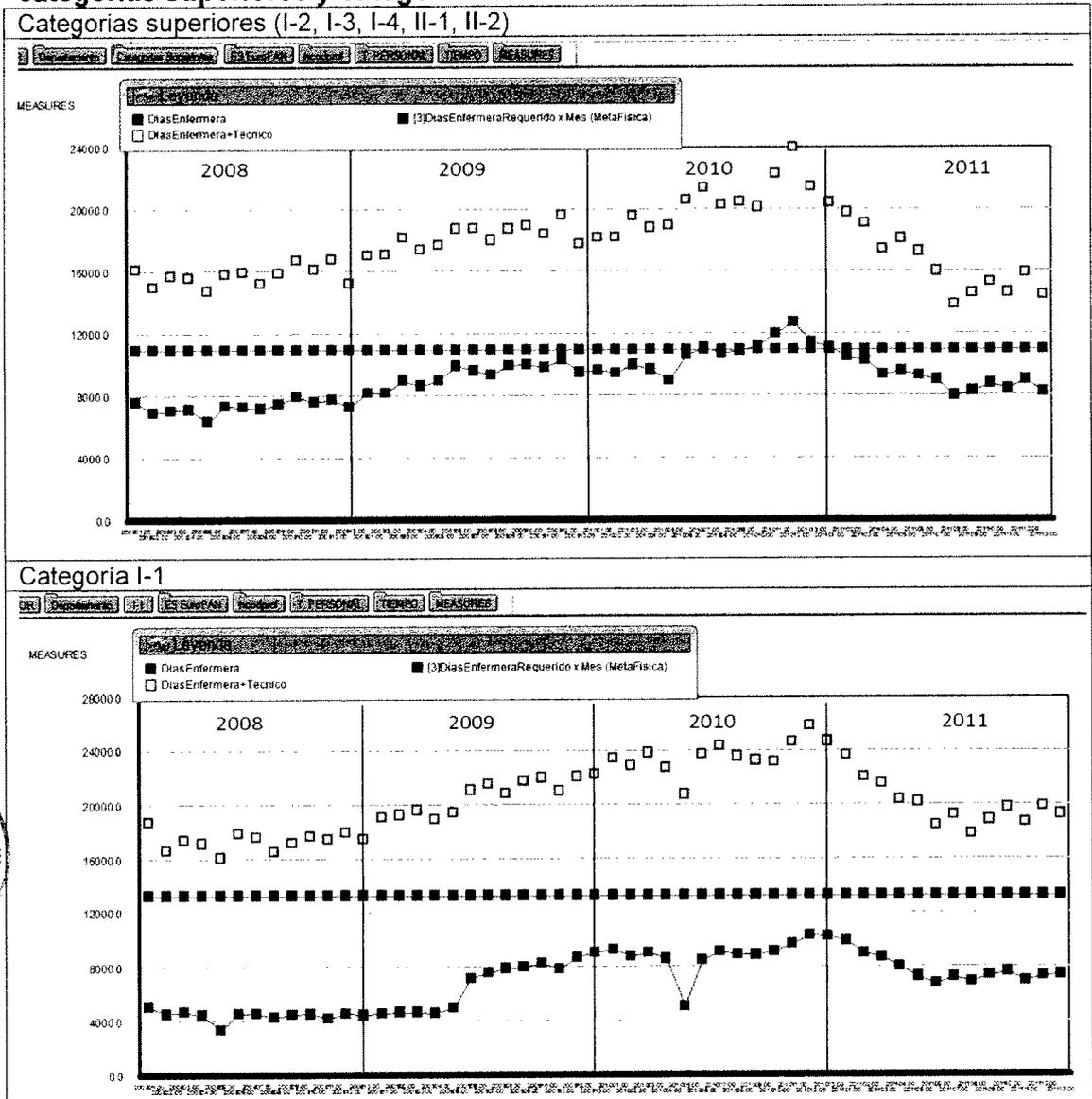


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

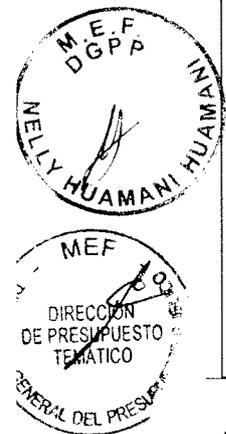
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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 también como Número de días enfermera disponibles para la atención en función de la cantidad de personas que reciben el servicio (Meta física). Desde el año 2010 se observa un incremento en la disponibilidad de enfermeras en los 3 departamentos más pobres, tanto en categorías superiores como en el de categoría I-1. En el Gráfico se muestra una ligera disminución en el 2011, debido a la falta de información de la Región Apurímac (ver gráfico N° 21).

Gráfico N° 21 Comportamiento de la disponibilidad de recursos humanos en los tres departamentos más pobres (Apurímac, Ayacucho, Huancavelica) para categorías superiores y categoría I-1 2008-2011



En el gráfico N° 22 se observa que en los departamentos Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, la disponibilidad de enfermeras en 2008 alcanzaba al 50% de lo





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

requerido según meta física, se incrementa en el año 2009 y recién a partir del último semestre del 2010, la cantidad de enfermeras disponibles es más del 80% delo requerido según meta física en establecimientos de categoría I-1.

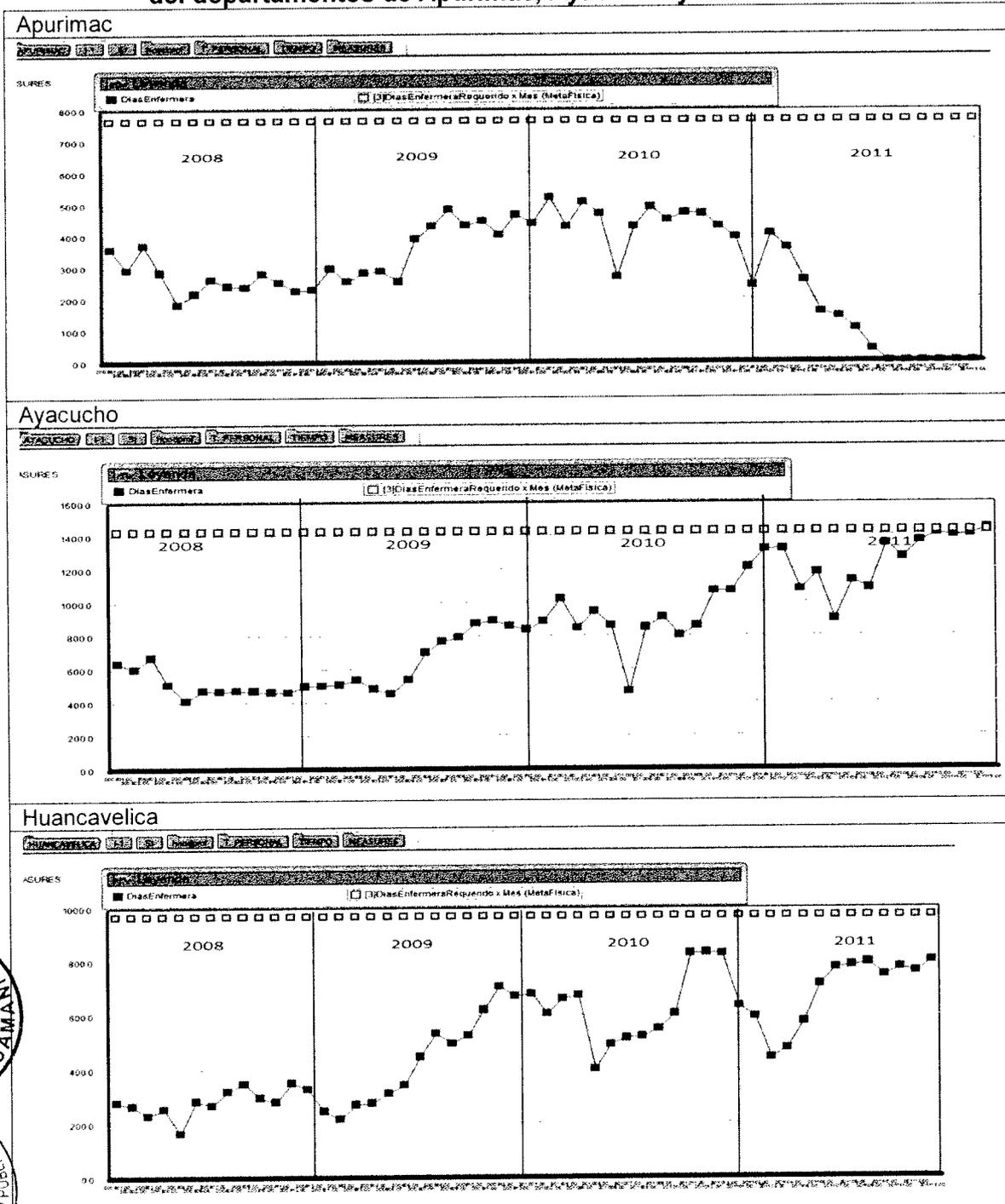




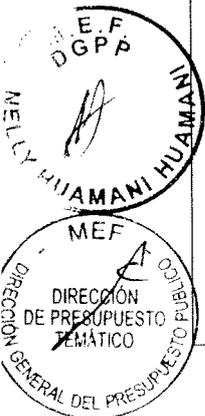
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Grafico N° 22. Disponibilidad de enfermeras en relación a la cantidad requerida según meta física en establecimientos de categoría I-1 de 54 distritos priorizados del departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica



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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

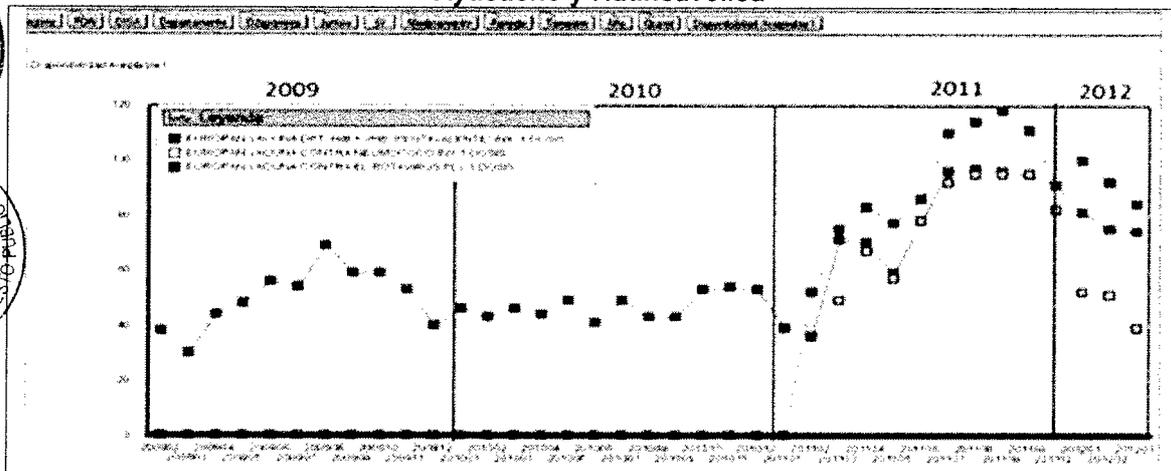
Es muy importante que la disponibilidad de enfermeras en establecimientos ubicados en los distritos más pobres sea suficiente, con lo cual se garantiza el acceso a los servicios de los niños que viven en estas zonas y que por muchos años han sido marginados de la atención. El incremento de enfermeras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

Disponibilidad de Insumos críticos (Vacunas y suplemento de hierro).

Otro aspecto importante para incrementar la cobertura de niños con vacunas completas y de niños con suplemento de hierro, es la disponibilidad de los insumos críticos en los establecimientos de salud. Se dice que hay disponibilidad aceptable para un insumo cuando la razón de stock del insumo al finalizar el mes dividido entre el consumo promedio de los últimos 12 meses es mayor a 1 y menor a 6, lo que significa que se cuenta con un stock disponible al menos para un mes.

En el siguiente gráfico se presenta el número de establecimientos con disponibilidad aceptable para las principales vacunas en los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. De 279 establecimientos ubicados en el quintil más pobre de estos departamentos, se observa que durante los años 2009 y 2010 la disponibilidad de vacunas contra Neumococo y Rotavirus era 0 y para la vacuna pentavalente de 40 en promedio (15%). En el año 2011 el promedio de establecimientos con disponibilidad aceptable para la vacuna pentavalente y contra el neumococo es de 90 (30%) y contra el rotavirus de 120 (40%). Posiblemente, esto se deba por un lado a problemas de registro del stock de vacunas a través del Sistema de Información de Medicamentos, Insumos y Drogas (SISMED) y porque persiste la costumbre de mantener stock en los centros de salud y no así en los puestos de salud, debido a la poca disponibilidad de una cadena de frío óptima. En el año 2011 más establecimientos cuentan con refrigeradoras lo que permite mantener stock de vacuna al menos para más de 1 mes, con lo cual se garantiza la oportunidad en la vacunación a los niños.

Gráfico N°23. Número de establecimientos con disponibilidad aceptable de las principales vacunas en distritos de quintil I de los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

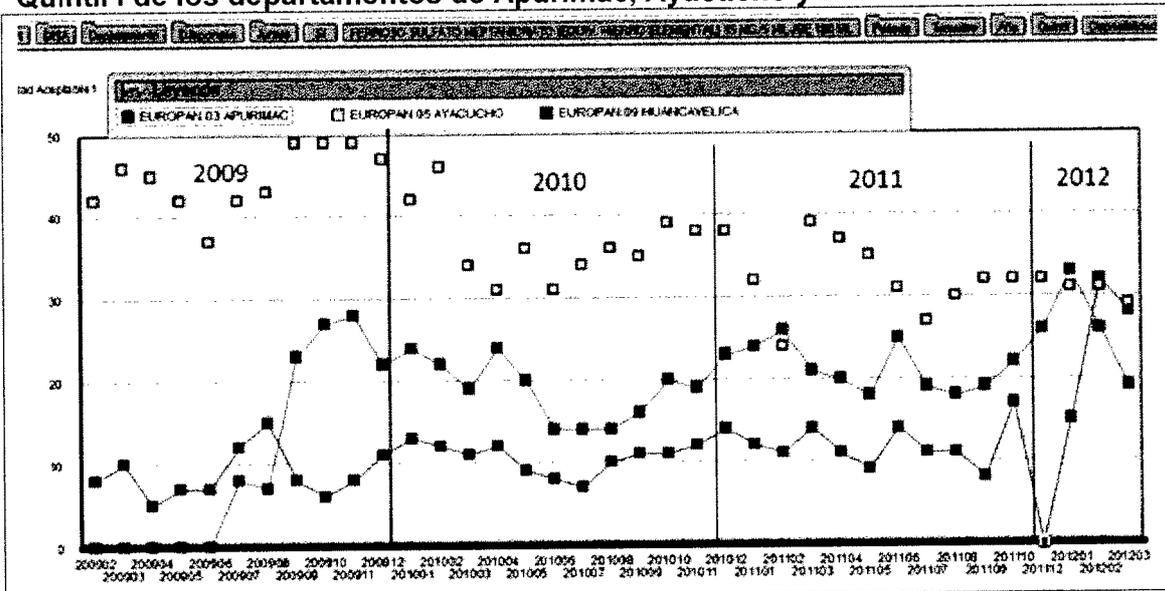


Fuente: Base de datos SISMED. Elaboración propia.



Respecto a la disponibilidad de sulfato ferroso en jarabe, insumo crítico para la suplementación de hierro en niños, se observa que de 279 establecimientos ubicados en el quintil más pobre de los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, en el 2009 solo en 55 establecimientos la disponibilidad era aceptable, esto se incrementa en el 2010 hasta 80 y en el 2011 disminuye hasta 60. Hay más establecimientos con disponibilidad aceptables en Ayacucho, seguido de Huancavelica. Apurímac, tiene un menor número de establecimientos con disponibilidad aceptable. Esto se explica porque desde el año 2009 en estos departamentos se cambió la política de suplementación de hierro incorporando los multimicronutrientes que aún no forma parte del monitoreo por parte del SISMED.

Grafico N°24. Disponibilidad de Sulfato ferroso en jarabe en establecimientos de Quintil I de los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica 2009-2011



Fuente: Base de datos SISMED. Elaboración propia.

Avances en el tramo variable de los convenios regionales

En el Indicador de Niños con Vacuna completa todas las regiones tienen un nivel de cumplimiento mayor al 100%, mientras que en niños con CRED completo las Regiones de Ayacucho y Huancavelica tienen un valor mayor al 100% y la Región Apurímac 88%. Respecto al indicador de Niños con suplemento de hierro el nivel de cumplimiento en Huancavelica y Ayacucho es menor a 90% pero mayor al 85% y en Apurímac menor al 50%, mientras que en gestantes con suplemento de hierro el nivel de cumplimiento solo en el caso de Huancavelica es mayor al 100%, y en las regiones de Apurímac y Ayacucho es menor al 75%. Si bien las metas son diferentes a las establecidas con la base de dato del SIS, los valores correspondientes al 2011 son casi similares a los obtenidos con el Seguro Integral de Salud, encontrándose en el margen de error excepto para el caso de niños con CRED en Huancavelica donde la diferencia es superior y en el caso de gestantes con suplemento de hierro para Apurímac y Ayacucho.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Tabla N° 28. Nivel de cumplimiento del tramo variable convenio MEF-Regiones 2011

Indicador	Región	Meta 2011	Valor 2011	% Cumplimiento
1. Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad	Apurímac	80.1	82.8	103%
	Ayacucho	68.3	70.5	103%
	Huancavelica	68.3	90.6	133%
2. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad	Apurímac	65.2	57.3	88%
	Ayacucho	49.4	60.7	123%
	Huancavelica*	49.4	84.6	171%
3. Proporción de menores de 24 meses afiliados al SIS suplementados con hierro	Apurímac	73.2	35.6	49%
	Ayacucho	53.2	47.6	89%
	Huancavelica*	59.8	51.7	86%
4. Proporción de gestantes que recibieron sales de hierro	Apurímac	91.0	57.3	63%
	Ayacucho	86.4	60.7	70%
	Huancavelica	78.0	84.6	108%

Fuente: ENDES

Avances en el desembolso en regiones priorizadas por el convenio

En el primer año solo correspondía transferir el tramo fijo, pero como ninguna región cumplió con los 7 criterios establecidos, entonces solo se transfirió el 60% de lo previsto. En el año 2011 el 70% correspondía al tramo fijo y el 30% al tramo variable, igualmente solo se transfirió el 71%, porque ninguna región cumplió con los criterios del tramo fijo, Ayacucho fue la región que recibió menos porcentaje de lo previsto (70%). En el año 2012, se ha transferido a la fecha solo el 75%, igualmente solo se transfirió el 60% del tramo fijo en todas las regiones, Apurímac fue la región que recibió menor proporción porque no logró la meta en 2 indicadores mientras que Huancavelica logró la meta en todos los indicadores y recibió mayor porcentaje del previsto para el año (80%).

Tabla N° 29. Desembolso según nivel de cumplimiento en el tramo fijo y variable

Presupuesto Indicativo (millones S/.)	2010	2011	2012	2013	Total	
Total Apurímac (20 distritos)	Programado	12	12.7	12.7	12.6	50.0
	Desembolsado	7.2	9.14	8.97*		25.31
	Porcentaje desembolsado	60%	72%	71%		51%
Total Ayacucho (20 distritos)	Programado	13.5	12.5	12	12.0	50.0
	Desembolsado	8.1	8.77	8.85*		25.72
	Porcentaje desembolsado	60%	70%	74%		51%
Total Huancavelica (14 distritos)	Programado	12.5	12.5	12.5	12.5	50.0
	Desembolsado	7.5	9	10*		26.50
	Porcentaje desembolsado	60%	72%	80%		53%
Total	Programado	38	37.7	37.2	37.1	150.0
	Desembolsado	22.8	26.91	27.82		77.53
	Porcentaje desembolsado	60%	71%	75%		52%

*Pendiente subsanación de observaciones del tramo fijo.

El presupuesto proveniente del convenio está dirigido principalmente a cerrar brechas en las 3 Regiones pobres. Si bien esta se ha incrementado progresivamente al



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

avanzar los años, también el estado Peruano ha incrementado en este tiempo el presupuesto asignado a estas regiones pobres. No obstante ello en el 2012 el presupuesto del EUROPAN representa el 21% del presupuesto asignado al PAN en estas regiones, hay una mayor proporción en la Región Apurímac (27%) y menor en Ayacucho (17%).

Tabla N° 30. Proporción de presupuesto del Convenio de Apoyo presupuestario respecto al presupuesto total del PAN en regiones Priorizadas.

REGIONES	2010			2011			2012		
	Recurso s x toda fuente	Apoyo Presupu estal	%	Recursos x toda fuente	Apoyo Presupu estal	%	Recursos x toda fuente	Apoyo Presupu estal	%
APURIMAC	21,75 M	7,20 M	33%	31,99 M	9,11 M	28%	32,83 M	8,97 M	27%
AYACUCHO	34,97 M	8,10 M	23%	45,62 M	8,82 M	19%	52,67 M	8,85 M	17%
HUANCAVELICA	19,11 M	7,50 M	39%	24,71 M	9,05 M	37%	45,46 M	10,00 M	22%
TOTAL	75,83 M	22,80 M	30%	102,32 M	26,98 M	26%	130,96 M	27,82 M	21%

Fuente: Consulta amigable MEF. Elaboración propia

4.2 Avance en Convenios con Regiones de Amazonas, Cajamarca y Huánuco

Respecto a los otros convenios con 3 regiones, a la fecha solo se ha evaluado el nivel 0. En este nivel solo se evalúa el Proceso 1 referido a la Programación operativa que consta de 7 criterios. Ninguna de las Regiones ha cumplido con el 100% de criterios en esta primera evaluación y se espera que en una segunda evaluación se cumpla con todos los compromisos. Por tanto solo se ha transferido el 60% de lo previsto, quedando un 40% hasta que se subsanen las observaciones.

Tabla N° 31. Nivel de cumplimiento de Compromisos de gestión del tramo fijo de 3 Regiones priorizadas

Proceso Crítico	Nivel 0		
	Meta	Cumple	% Cumple
Amazonas			
Total de criterios evaluados	7	2	57%
Cajamarca			
Total de criterios evaluados	7	1	57%
Huánuco			
Total de criterios evaluados	7	3	71%

A continuación algunos compromisos del tramo Fijo:

Identificación de niños

Al igual que en las otras regiones, se maneja un padrón nominado de niños menores de 3 años. De la verificación de compromisos se observa, que la proporción de niños con DNI es menor de 17% en Cajamarca, 15% en Huánuco y solo 3% en Amazonas. En las 3 Regiones hay una alta proporción de niños sin CUI y sin DNI.

Tabla N° 32. Proporción de niños con DNI autenticado por RENIEC 2012

	AMAZONAS		CAJAMARCA		HUANUCO	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con DNI	738	3%	12,548	17%	6,733	15%
Solo CUI	4,119	17%	4,601	6%	6,249	14%
Sin CUI	20,080	81%	57,531	77%	32,101	71%
Total	24,937	100%	74,680	100%	45,083	100%



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Afiliación Temprana

La proporción de afiliación temprana (menor de 30 días) en el año 2011 es de 35% mientras que en el 2009 era de 24%. Sin embargo la proporción de niños nacidos en el año 2011 del padrón es menor respecto a los años 2009 y 2010, esto es más acentuado en Huánuco donde la cantidad de niños nacidos en el 2011 es la cuarta parte de los nacidos en el 2009 y en Amazonas y Cajamarca es 30%. En general solo el 31% de niños menores de 36 meses del padrón fueron afiliados antes de los 30 días.

Tabla N° 33. Proporción de niños afiliados antes de los 30 días al Seguro integral de Salud 2009-2011

	2009			2010			2011			TOTAL		
	N° Niños	<30 días	%	N° Niños	<30 días	%	N° Niños	<30 días	%	N° Niños	<30 días	%
Amazonas	10,683	2,614	24%	6,973	3,149	45%	4,112	2,819	69%	21,768	8,582	39%
Cajamarca	26,355	5,829	22%	22,234	6,437	29%	9,041	2,670	30%	57,630	14,936	26%
Huánuco	18,321	4,956	27%	15,113	5,748	38%	4,543	2,290	50%	36,977	12,994	35%
Total	55,359	13,399	24%	44,320	15,334	35%	17,696	7,779	44%	116,375	36,512	31%

Avances en el desembolso en regiones priorizadas por el convenio

En el primer año solo correspondía transferir el tramo fijo, pero como ninguna región cumplió con los 7 criterios establecidos, entonces se transfirió el 60% de lo previsto. Aún queda pendiente la subsanación de observaciones del primer año por parte de las entidades, de cumplirse con todos los criterios se podrá transferir la diferencia del 40% restante. Para el siguiente año ya se evalúa el tramo variable y se hará la transferencia según lo estipulado en el convenio

Tabla N° 34. Desembolso según nivel de cumplimiento en el tramo fijo y variable Gobiernos Regionales de Amazonas, Cajamarca y Huánuco

Presupuesto Indicativo (millones S/.)	2012	2013	2014	Total
Total Amazonas (06 distritos)	Programado 5.0	5.0	5.0	15.0
	Desembolsado 3.0*			3.0
	Porcentaje desembolsado 60%			20%
Total Cajamarca (34 distritos)	Programado 5.0	5.0	5.0	15.0
	Desembolsado 3.0*			3.0
	Porcentaje desembolsado 60%			20%
Total Huánuco (15 distritos)	Programado 5.0	5.0	5.0	15.0
	Desembolsado 3.0*			3.0
	Porcentaje desembolsado 60%			20%
Total	Programado 15.0	15.0	15.0	45.0
	Desembolsado 9.0			9.0
	Porcentaje desembolsado 60%			20%

*Pendiente presentación de informe de subsanación de observaciones.

El presupuesto proveniente del convenio está dirigido principalmente a cerrar brechas en las 3 Regiones pobres. Si bien esta se ha incrementado progresivamente al avanzar los años, también el estado Peruano ha incrementado en este tiempo el presupuesto asignado a estas regiones pobres. No obstante ello en el 2012 el presupuesto del EUROPLAN representa el 9% del presupuesto asignado al PAN en



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

estas regiones, hay una mayor proporción en la Región Amazonas (15%) y menor en Cajamarca (7%).

Tabla N° 35. Proporción de presupuesto del Convenio de Apoyo presupuestario respecto al presupuesto total del PAN en regiones Priorizadas.

REGIONES	2011			2012		
	Recursos x toda fuente	Apoyo Presupu estatal	%	Recursos x toda fuente	Apoyo Presupu estatal	%
AMAZONAS	19,63 M	0 M	0%	20,07 M	3 M	15%
CAJAMARCA	43,16 M	0 M	0%	44,44 M	3 M	7%
HUANUCO	14,49 M	0 M	0%	32,49 M	3 M	9%
TOTAL	77,28 M	0 M	0%	97,00 M	9 M	9%

Fuente: Consulta amigable MEF a Junio 2012. Elaboración propia

4.3 Avance en Convenios con Pliegos del Gobierno Nacional

A la fecha, solamente se ha evaluado el nivel 0 del convenio con el Seguro Integral de Salud. Como es usual se ha presentado el primer informe y luego de la verificación se ha determinado que el nivel de cumplimiento fue de 47%, quedando algunos criterios no cumplidos para el segundo informe de subsanación de observaciones. A la fecha el SIS ha presentado el segundo informe de subsanación el cual está en proceso de verificación e igualmente el primer informe del RENIEC.

Tabla N° 36. Nivel de cumplimiento de Compromisos de gestión del tramo fijo de Pliegos Nacionales

Proceso Crítico	Nivel 0		
	Meta	Cumple	% Cumple
Seguro Integral de Salud -SIS*			
Programación Operativa	7	4	57%
Soporte Logístico	1	0	0%
Organización para la Producción y Entrega de Productos	2	2	100%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación	6	1	17%
Total de criterios evaluados	15	7	47%
Registro Nacional de Identidad y Estado Civil-RENIEC			
Programación Operativa	4		
Soporte Logístico	0		
Organización para la Producción y Entrega de Productos	1		
Supervisión, Seguimiento y Evaluación	1		
Total de criterios evaluados	6		
Programa JUNTOS			
Programación Operativa	6		
Soporte Logístico	1		
Organización para la Producción y Entrega de Productos	4		
Supervisión, Seguimiento y Evaluación	4		
Total de criterios evaluados	15		

Fuente: 1er Informe de verificación de compromisos tramo fijo convenio MEF-SIS

A la fecha, solo se ha transferido al Seguro Integral de Salud el 60% de lo programado para el presente año. Está pendiente la revisión del segundo informe del nivel 0 de este convenio e igualmente el primer informe del convenio con RENIEC.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Tabla N° 37. Desembolso según nivel de cumplimiento en el tramo fijo y variable Pliegos Nacionales

Presupuesto Indicativo (millones S/.)		2012	2013	2014	Total
Total Seguro Integral de Salud	Programado	5.0	5.0	5.0	15.0
	Desembolsado	3.0*			3.0
	Porcentaje desembolsado	60%			20%
Total RENIEC	Programado	5.0	5.0	5.0	15.0
	Desembolsado				0.0
	Porcentaje desembolsado	0%			0%
Total Programa JUNTOS	Programado	5.0	5.0	5.0	15.0
	Desembolsado				0.0
	Porcentaje desembolsado	0%			0%
Total	Programado	15.0	15.0	15.0	45.0
	Desembolsado	3.0			3.0
	Porcentaje desembolsado	20%			7%

*Pendiente presentación de informe de subsanación de observaciones.

El presupuesto proveniente del convenio está dirigido principalmente a contribuir con gastos operativos para mejorar el sistema de información y de Monitoreo de estas instituciones. Si bien esta se ha incrementado progresivamente al avanzar los años, también el estado Peruano ha incrementado en este tiempo el presupuesto asignado a estas regiones pobres. No obstante ello en el 2012 el presupuesto del EUROSPAN representa el 9% del presupuesto asignado al PAN en estas regiones, hay una mayor proporción en la Región Amazonas (15%) y menor en Cajamarca (7%).

Tabla N° 38. Proporción de presupuesto del Convenio de Apoyo presupuestario respecto al presupuesto total del PAN en regiones Priorizadas.

REGIONES	2011			2012		
	Recursos x toda fuente	Apoyo Presupuestal	%	Recursos x toda fuente	Apoyo Presupuestal	%
Seguro Integral de Salud	216,36 M	0 M	0%	213,00 M	3 M	1.4%
RENIEC	123,95 M	0 M	0%	821,00 M	3 M	1.8%
Programa JUNTOS	618,61 M	0 M	0%	169,08 M	3 M	0.4%
TOTAL	958,92 M	0 M	0%	1203,08 M	9 M	0.7%

Fuente: Consulta amigable MEF a Mayo 2012. Elaboración propia

El presupuesto ejecutado por la UCPS está básicamente orientado a la asistencia técnica en herramientas de presupuesto por Resultados en 6 regiones pobres y en uso de operación del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) y seguimiento de la ejecución del presupuesto en las 25 regiones del país.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

V. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2012.

Entre los años 2007 y 2011, se ha reducido la Desnutrición Crónica Infantil según el patrón de referencia de la NCSH de 22.6% en el año 2007 a 15.2% en el año 2011 y según el patrón de referencia de la OMS de 28.5% a 19.5%. Esta reducción se da en el nivel nacional así como en el ámbito rural, aunque las brechas de urbano rural aún se mantienen distantes. El reto para el programa es la tendencia positiva en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil hasta un valor por debajo del 10% y reducir las brechas entre los ámbitos rural y urbano.

Entre los años 2009 a 2012, se ha concentrado el presupuesto en 2 intervenciones claves, la aplicación de vacunas y la atención con CRED a los niños, los mismos que representan el 50% del presupuesto asignado al Programa Articulado Nutricional.

Desde el año 2009 se han introducido al esquema de inmunizaciones del niño menor de 1 año, 2 nuevas vacunas, una contra el rotavirus y otra contra el Neumococo, con lo cual es posible reducir las infecciones respiratorias y gastrointestinales, tanto en severidad como en duración de la enfermedad.

Desde el año 2009 se ha masificado el uso del SIGA (SIP PpR) en las entidades que ejecutan Programas Presupuestales de Salud, permitiendo la programación de insumos asociados a los productos en más de 180 Unidades Ejecutoras para más de 7500 establecimientos de salud de todo el país, condicionado al incremento presupuestal para el producto "Niños con vacuna completa para la edad" en el ejercicio presupuestal para el año fiscal 2010 y para los 6 Programas Presupuestales del sector salud desde el año 2011.

21 productos del Programa Articulado Nutricional que se encuentran bajo la responsabilidad del Ministerio de salud, cuentan con un modelo operativo que está compuesto por Definiciones operacionales del producto y por una estructura de costos, para facilitar la programación por puntos de atención por parte de las Unidades Ejecutoras.

En las 3 regiones más pobres del país (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica), se ha incrementado la proporción de niños con DNI y la afiliación temprana al Seguro Integral de salud, para lo cual se ha implementado el padrón de beneficiarios que permite hacer un mejor seguimiento en la salud del niño. El padrón nominado hoy en día es utilizado por las 25 regiones, a través del cual se espera contar con la meta física para los diferentes productos.

La disponibilidad de insumos críticos como enfermeras en establecimiento de menor categoría denominados I-1, se ha incrementado tanto en número como en días enfermera disponible desde el 2010, lo que se mide haciendo uso de la base de datos SIS del Ministerio de Salud.

Los modelos de asignación presupuestal aplicado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud para cubrir las brechas de recursos, han sido efectivas para mejorar la gestión de los insumos en más de 180 Unidades Ejecutoras



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

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.

El apoyo presupuestario está contribuyendo a mejorar proceso de gestión en las de Amazonas, Cajamarca y Huánuco, siguiendo los mismos criterios aplicados para los 3 primeros departamentos.

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 ha firmado convenios con el Seguro Integral de Salud (SIS) para incrementar la proporción de niños afiliados a una temprana edad y en el primer trimestre de este año con el Registro Nacional de Identidad (RENIEC) para incrementar la proporción de niños con DNI antes de los 30 días en distritos pobres de 6 departamentos 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.



