

ANEXO I

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL CONVENIO

CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO	3
1.01 Antecedentes	3
1.02 Principales factores que explican la condición de interés que aborda el Programa Presupuestario	4
1.03 Principales intervenciones a implementar a través del Programa Presupuestario Estratégico	6
1.04 Modelo Lógico del Programa Presupuestario Estratégico	7
1.05 Resultados Esperados del Programa Presupuestario Estratégico	7
(a) Resultado Final	7
(b) Resultados Intermedios	7
(c) Resultados inmediatos	7
1.06 Productos del Programa Presupuestario Estratégico	8
1.07 Presupuesto del Programa Presupuestario Estratégico	10
(a) Presupuesto Nacional	10
(b) Presupuesto de la Entidad	10
1.08 Tendencias en los principales indicadores del Programa Presupuestario Estratégico Articulado Nutricional	10
(a) Tendencias a nivel nacional	11
FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2005, 2007, 2008 y 2009	11
(b) Tendencias en el ámbito de la influencia de la Entidad	12
FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES	12
CAPÍTULO II. INDICADORES	13
2.01 Introducción	13
2.02 Indicadores seleccionados y metas	13
2.03 Descripción Técnica para la Estimación de los Indicadores Seleccionados	13
(a) Indicador 1	13
(b) Indicador 2	14
(c) Indicador 3	15
(d) Indicador 4	16
CAPÍTULO III. LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN	18
3.01 Aspectos Generales del Compromiso de Gestión	18
(a) Diagrama General y descripción de los Procesos	18
(b) Criterios de priorización	19
3.02 Especificación del Compromiso de Gestión	20
(a) Proceso 1: Programación Operativa	20
(b) Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos	21
(c) Proceso 3: Organización para la producción y entrega de los productos	23
(d) Proceso 4: Supervisión, Seguimiento y Evaluación	24



3.03	Definición Operacional de los Niveles	25
(a)	Definición Operacional del Nivel 0	25
(b)	Definición Operacional del Nivel 1	25
(c)	Definición Operacional del Nivel 2	25
(d)	Definición Operacional del Nivel 3	25

CAPITULO IV. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO

4.01	Aspectos Generales del Procedimiento de Verificación	26
4.02	Descripción del proceso de verificación	26

CAPITULO V. INFORMES

5.01	Aspectos Generales	29
5.02	Informes	29
(a)	Contenido del "Informe de Verificación de Cumplimiento del Convenio"	29
(b)	Contenido del Informe de Seguimiento de los Indicadores del Programa Presupuestario Estratégico	29



CAPITULO I. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO

1.01 Antecedentes



La Ley 28927-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, en su Capítulo IV, incorpora los elementos básicos para la implantación del Presupuesto por Resultados (PpR) en el Perú, estableciendo una ruta crítica para su implementación progresiva en todas las entidades de la administración pública peruana, siendo la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP) la responsable de diseñar e implementar la gestión presupuestaria por resultados. Asimismo, en el artículo 11° de la referida Ley se señala 11 actividades en favor de la infancia, a partir de las cuales iniciar el enfoque de una gestión presupuestaria centrada en resultados.

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

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

El presente CONVENIO tiene por objetivo incrementar la cobertura de los Productos del Programa Articulado Nutricional y promover la adopción de instrumentos de gestión en la Entidades vinculadas.



1.02 Principales factores que explican la condición de interés que aborda el Programa Presupuestario Estratégico

Gráfico 1. Principales trayectorias de causalidad asociados a la desnutrición crónica



Seguendo la lógica del diagrama (ver gráfico 1) y por orden de relevancia, la prevalencia del retardo en el crecimiento observado en niños de 24 o más meses de edad, es resultado principalmente de las siguientes causas:

- (1) La elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas (infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda principalmente) y por la deficiencia de micronutrientes (hierro, zinc) que los niños adquieren entre los 6 y 24 meses de edad. Cuando se trata de enfermedades infecciosas, el término "carga de morbilidad", no solo hace referencia al número de niños que lo padecen, sino también la severidad y duración cada episodio. Utilizando modelos estadísticos, se ha estimado que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales.^{1, 2, 3} En reiteradas investigaciones, se ha examinado la relación bidireccional que existe entre los indicadores antropométricos (*z* score peso/altura, *z*-score peso/edad) y la duración del episodio de diarrea, la severidad de la deshidratación y la tasa de letalidad. En cada caso, se ha demostrado que el estado previo de malnutrición (*z*-score peso/edad) se asocia con mayor severidad de la diarrea aguda.^{4, 5, 6}

¹ Martorell, R., Habicht, J. P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Alva, R. S. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical growth in rural Guatemalan children. *Am. J. Clin. Nutr.* 129:179-190.
² Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. D. (1977) A quantitative study into the role of infections in determining nutritional status in Gambian village children. *Br. J. Nutr.* 37:441-450.
³ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the growth of children in rural Bangladesh. *Pediatrics* 75:759-765.
⁴ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. *Am. J. Clin. Nutr.* 39:67-94.
⁵ Palmer, D. L., Easter, F. T., Alva, R. S. & Juan, M. R. (1976) Nutritional status: a determinant of severity of diarrhea in persons with children. *J. Infect. Dis.* 134:3-14.

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) La deficiencia de micronutrientes es causa y efecto a la vez de la elevada "carga de morbilidad". Sucesivos episodios de diarrea o de infecciones respiratorias agudas ocasiona pérdidas de micronutrientes, las cuales no son compensadas por la alimentación habitual que recibe el niño, generando situaciones de déficit de dos minerales fundamentales que son el Hierro y el Zinc. A su vez, de episodio a episodio, se va instalando un ciclo pernicioso, en el cual la deficiencia de los micronutrientes incrementan la susceptibilidad para adquirir infecciones y ser más resistentes al tratamiento, y estas infecciones a su vez causan mayores pérdida 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 esta ampliamente documentado la relación de causalidad entre Zinc con la duración, severidad de la diarrea.
- (3) 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 gráfico 1), debido a su fuerte asociación con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas⁷, 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 también bajo peso al nacer, reproduciéndose de esta manera de generación a generación el retraso 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.
- (4) El Bajo Peso al Nacer y la prematuridad son condiciones que ocurren antes del nacimiento, fundamentalmente durante el primer trimestre (Ver gráfico 1). De los elementos aquí priorizados solo hemos considerado el rol de anemia como factor causal relevante en vista de las 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. De otra parte, la adquisición de infecciones tanto del tracto urinario como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) también son causantes del bajo peso al nacer.
- (5) La prematuridad es otra condición que se asocia con bajo peso al nacer y que es consecuencia de las infecciones que la gestante experimenta durante el primer trimestre. Estas infecciones son las del tracto urinario y las ETS.

⁷ Sazawal, A., Chowdhury, A.L., Maiti, M., & Shaha, N. S. (1985) Risk factors for death in complicated diarrhoea of children. *Br. Med. J.* 290:3515-3517.

⁸ Grande, C., Saigusa, A. Contribución de la prematuridad extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. *Rev. Hosp. Materno Infantil España* 2002;22(1):11-15



1.03 Principales intervenciones a implementar a través del Programa Presupuestario Estratégico

El Programa se focaliza en dos momentos de ciclo de vida:

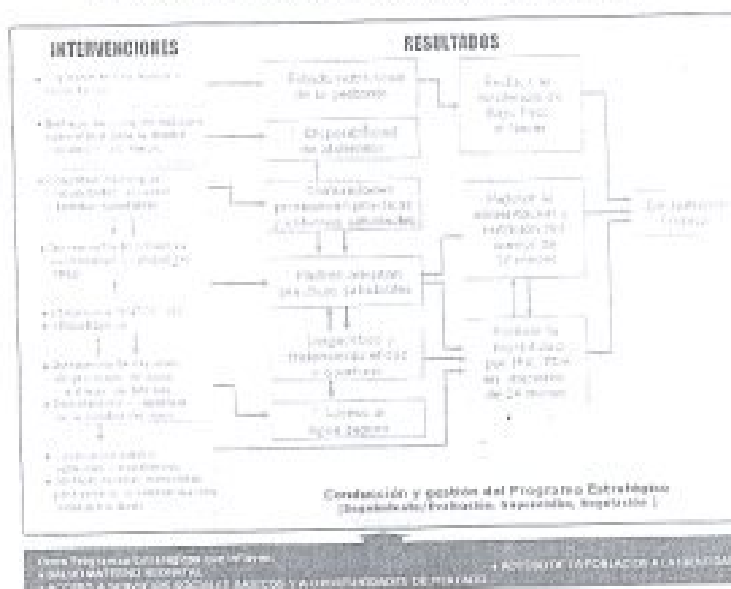
i) Reducir la morbilidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias y la deficiencia de micronutrientes con énfasis en el grupo de niños y niñas de 6 a 24 meses a través de:

- Incrementar la adopción por parte de las familias de tres prácticas prioritizadas además de otros comportamientos: la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses, el lavado de manos con agua y jabón y la adecuada alimentación complementaria del niño. 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. Adicionalmente se entrega complemento nutricional, en particular micronutrientes (sulfato ferroso y vitamina A principalmente).
- 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 es escuelas saludables se espera fortalecer el vínculo de comunidad, gobierno local y servicios de salud, de tal manera que se incrementen 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 prioritizadas.
- Disminuir la duración y severidad de los episodios de las enfermedades de diarreica aguda e infección respiratoria aguda mediante la aplicación correcta del AIEPI clínico. Desde el 2009, 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.

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 en el primer trimestre resultado de intensificar la constitución y consolidación de los sistemas de vigilancia comunal.
- Mejorar la calidad de consejería de la APN que se entrega en establecimientos del primer nivel. Esto incluye la prescripción del sulfato ferroso y del ácido fólico.







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

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



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

- Mejorar nutrición de gestante

1.06 Productos del Programa Presupuestario Estratégico y Estructura Funcional Presupuestal

Tabla No 01: Vinculo entre el modelo lógico del Programa Estratégico y la Estructura Funcional Presupuestal

Modelo Lógico del Programa Estratégico	Estructura Funcional Presupuestal (EFP)
Resultado final	Programa Presupuestal Estratégico
Resultado intermedio	Actividad
Resultado inmediato	Componente
Productos	Finalidad



Actividad 043486: Conducción de la Gestión de la Estrategia

Componente 120143: Gestión de la Estrategia

- Finalidad 33243: Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control
- Finalidad 33244: Vigilancia, Investigación y Tecnologías en Nutrición
- Finalidad 33245: Calificación de Municipios Saludables
- Finalidad 33246: Calificación de Comunidades Saludables
- Finalidad 33293: Acreditación de Instituciones Educativas Saludables

Componente 120543: Regulación de la Financiación y provisión de los servicios al menor de 36 meses

- Finalidad 33247: Desarrollo de normas y guías técnicas en Nutrición

Actividad 043489: Mejorar la Alimentación y Nutrición del < de 36 meses

Componente 119680: Comunidades promueven las prácticas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación

- Finalidad 33248: Municipios Saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
- Finalidad 33249: Comunidades Saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
- Finalidad 33250: Instituciones Educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
- Finalidad 33251: Familias Saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna y adecuada alimentación, y protección del menor de 36 meses





Componente 119651: Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y la adecuada alimentación para el < de 36 meses

- Finalidad 33252: Hogares con "Cocinas Mejoradas"
- Finalidad 33253: Hogares Pobres afiliados al "Programa JUNTOS"
- Finalidad 33254: Niños con Vacuna Completa
- Finalidad 33255: Niños con CRED completo según edad
- Finalidad 33256: Niños con Suplemento de hierro y vitamina A
- Finalidad 33257: Mujeres analfabetas que acceden al Programa Nacional de Movilización para la alfabetización



Componente 119652: Alimentos disponibles y de calidad para el menor de 36 meses

- Finalidad 33258: Control de la calidad Nutricional de alimentos
- Finalidad 33259: Niños menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria
- Finalidad 33413: Madres lactantes atendidas con complementación alimentaria



Actividad 043763: Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes



Componente 119653: Acceso y uso de agua segura

- Finalidad 33260: Vigilancia de la calidad del agua en el consumo humano
- Finalidad 33308: Desinfección y/o tratamiento para el consumo humano
- Finalidad 33309: Hogares rurales con servicios de aguas (Instalación de Plantas)
- Finalidad 33310: Hogares con acceso a saneamiento básico (Letrinas)

Componente 119654: Diagnóstico y tratamiento de IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes regionales

- Finalidad 33311: Atención IRA
- Finalidad 33312: Atención EDA
- Finalidad 33313: Atención IRA con complicaciones
- Finalidad 33314: Atención EDA con complicaciones
- Finalidad 33315: Atención otras enfermedades prevalentes
- Finalidad 33414: Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal



Actividad 043784: Reducir la incidencia de bajo peso al nacer

Componente 119656: Mejorar Nutrición de la gestante

- Finalidad 33317: Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico
- Finalidad 33318: Gestantes atendidas con complementación alimentaria



1.07 Presupuesto del Programa Presupuestario Estratégico

(a) Presupuesto Nacional

Tabla No 02: Presupuesto del Programa Articulado Nutricional por Sectores a Nivel Nacional

Sectores	PIA 2009	PIM 2009	PIA 2010
01 PCM y OPDs	433,027,588	500,748,488	587,433,871
01 Ministerio Salud y OPDs	280,225,979	374,770,762	549,348,780
01 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y OPDs	213,105,235	213,783,482	206,802,881
02 Gobierno Regional	126,506,321	207,738,889	168,094,812
Total	1,052,954,121	1,297,025,630	1,564,474,854

(b) Presupuesto de la Entidad

Tabla No 03: Presupuesto por Unidad Ejecutora del Programa Articulado Nutricional para el Departamento de Apurímac

Unidad Ejecutora	PIA 2009	PIM 2009	PIA 2010
01 001 010 PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO A LOS MAS POBRES "JUNTOS"	21,654,492	35,007,842	32,444,414
11 001 001 ADMINISTRACIÓN CENTRAL - MINGA	2,437,240		
11 001 124 OPERACIÓN DE ABASTECIMIENTO DE RECURSOS ESTRATÉGICOS DE SALUD - DARES			7,500,421
11 138 001 SEGURO INTEGRAL DE SALUD	2,900,373	3,624,627	6,283,784
16 001 001 PROMIA	8,163,630	8,187,107	8,533,250
16 042 002 SALUD APS/PMAC	3,881,388	6,980,074	9,248,062
16 042 401 SALUD CHAMPA	1,258,817	1,685,721	2,078,786
16 042 402 HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - AYACAY	322,782	285,357	300,717
16 042 403 HOSPITAL SUBREGIONAL DE AYMA-SUYAS	143,500	139,073	148,484
Total	49,473,795	55,243,765	76,365,257

Tabla No 04: Presupuesto por Finalidad (Producto) del Programa Articulado Nutricional para el Departamento de Apurímac

Finalidad (Productos)	PIA 2009	PIM 2009	PIA 2010
3300 MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL	286,138	573,024	573,388
3304 VIGILANCIA, INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍAS EN NUTRICIÓN	517,576	803,435	360,245
3305 CALIFICACIÓN DE MUNICIPIOS SALUDABLES	78,212	38,719	44,558
3306 CALIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES	4,422	4	
3307 DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN NUTRICIÓN	184,095	133,538	138,286
3308 MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	387,808	673,138	452,721
3309 COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	4,007	623,405	0
3320 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	254,173	351,446	187,581
3321 FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL 0 - 36 MESES	295,082	308,280	304,194
3323 HOGARES POBRES AFILIADOS A PROGRAMA JUNTOS	21,654,492	35,007,842	32,444,414
3324 MROS CON VAGUERA COMPLETA	2,967,967	626,696	8,037,831

Finalidad (Productos)	PIA 2009	PIM 2009	PIA 2010
3226 NIÑOS CON ORO COMPLETO SEGURIDAD	375,671	684,486	2,744,789
3226 NIÑOS CON SUPLENTO DE HIERRO Y VITAMINA A	275,670	125,125	208,507
3226 CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIM.	223,082	305,728	228,418
3226 NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ATENDIDOS CON COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA	5,804,869	5,563,790	7,082,356
3226 VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	805,428	801,984	795,188
3226 ASESORAMIENTO INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES	1,912	2,191	
3226 DESINFECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	167,304	244,852	189,991
3311 ATENCIÓN PA	1,635,538	2,426,485	5,989,533
3312 ATENCIÓN EJA	332,062	783,791	473,172
3313 ATENCIÓN IVA CON COMPLICACIONES	285,190	583,539	328,961
3314 ATENCIÓN IVA CON COMPLICACIONES	131,488	256,849	344,465
3315 ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	199,532	266,388	207,801
3317 GESTANTE CON SUPLENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FOLICO	883,465	1,438,545	634,571
3318 GESTANTES ATENDIDAS CON COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA	1,405,127	943,543	1,385,257
3413 MADRES LACTANTES ATENDIDAS CON COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA	846,452	855,795	1,082,643
3414 ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INT.	658,802	737,194	520,635
Total	46,472,705	56,246,790	78,585,257

1.08 Tendencias en los principales indicadores del Programa Presupuestario Estratégico Articulado Nutricional

(a) Tendencias a nivel nacional

Tabla No 05: Proporción de menores de 5 años con Desnutrición Crónica (T/E < - 2 Desviaciones Estándar respecto al patrón NCHS/CDC/OMS)

Ámbito geográfico	2000	2006	2007	2008	2009
Total	25.4	22.9	22.8	21.5	18.3
Área de residencia					
Urbana	13.4	9.9	11.8	11.6	9.6
Rural	40.2	40.1	30.9	36.0	32.8
Región natural					
Lima Metropolitana	7.3	5.9	8.6	8.0	4.8
Resto Costa	19.4	12.8	19.4	15.5	8.3
Sierra	38.6	35.6	34.6	32.3	36.1
Selva	30.2	23.0	25.5	29.6	29.2
Quintiles de riqueza 11					
Quintil inferior	N.D.	48.8	45.1	46.0	37.1
Segundo quintil	N.D.	32.2	36.7	33.1	29.3
Quintil intermedio	N.D.	16.0	19.5	19.2	8.7
Cuarto quintil	N.D.	5.2	10.1	8.3	5.6
Quintil superior	N.D.	4.3	4.2	9.4	2.3

FUENTE: INEI, Censos Demográficos y de Salud Familiar UNICEF 2000, 2005, 2007, 2008 y 2009



(b) Tendencias en el ámbito de influencia de la ENTIDAD PÚBLICA

Tabla No 06: Indicadores de Seguimiento del Programa Articulado Nutricional
Departamento de Apurímac

	2000	2007	2009
Proporción de niños menores de 5 años con Desnutrición crónica (Patrón NCHS/CDC/OMS)	43	34.3	28.5
Proporción de niños menores de 6 meses con Lactancia Materna	93.5	76	90.8
Proporción de niños menores entre 6 y 36 meses con anemia	60	64.2	68.1
Proporción de niños con suplemento de hierro		32	38
Proporción de gestantes que reportan suplemento de hierro		88	92
Prevalencia de EDA (2 últimas semanas)		24	18
Prevalencia de IRA (2 últimas semanas)		21	5
Proporción de niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad		48.9	58.5
Proporción de hogares con saneamiento básico rural		56	57

FUENTE: INEI Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2005, 2007, 2008 y 2009

CAPITULO II. INDICADORES



2.01 Introducción

En este capítulo se presenta las metas para los indicadores seleccionados y la descripción técnica correspondiente, la cual incluye la definición del indicador, las fuentes de datos, la fórmula para el cálculo entre otros aspectos.



2.02 Indicadores seleccionados y metas

En la tabla 07 se presenta para cada uno de los cuatro indicadores las metas que la Entidad se compromete lograr durante los próximos cuatro años y que son objeto del presente CONVENIO.



Tabla No 07: Metas establecidas para los cuatro indicadores en el marco del presente convenio.

Departamento de Apurímac (Distritos del quintil 1)

Departamento / Indicador	Línea de Base	2010	2011	2012	2013
1. Proporción de niños/as menores de 36 meses con vacuna completa para su edad.	74.1	78.1	80.1	82.1	84.1
2. Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS con CRED completo para su edad.	16.0	29.1	43.7	58.4	67.5
3. Proporción de niños/as menores de 24 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro.	5.6	18.8	33.4	48.0	57.2
4. Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro.	95.9	96.0	98.0	96.0	96.0



2.03 Descripción Técnica para la Estimación de los Indicadores Seleccionados

(a) Indicador 1

- Denominación:** Proporción de niños/as menores de 36 meses con vacuna completa para su edad.
- Fuente de datos:** Encuesta demográfica y de salud familiar, ENDES
Periodicidad de la fuente de datos: Anual
- Descripción:** El numerador es el número de niños menores de 36 meses de edad, quienes en un mes dado hayan registrado el número de vacunas





en establecimientos de salud del MINSA, igual o superior a un valor especificado según su respectiva edad, de acuerdo al esquema de vacunación del Ministerio de Salud (las vacunas completas incluyen 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis contra la poliomielitis y 1 dosis contra el sarampión). El denominador es el número total de niños/as menores de 36 meses.



4. Desagregación:

Anual, por Regiones (departamentos), por ámbitos Urbano/Rural y por quintiles de pobreza del departamento.



5. Procedimiento de construcción del indicador:

Se divide el numerador (número de niños/as menores de 36 meses que recibieron vacunas según la edad correspondiente) entre el denominador (total de niños/as menores de 36 meses) para el total del ámbito y para los niveles de desagregación requeridos.



6. Supuestos:

Tanto la tarjeta de vacunación así como la aplicación del método recordatorio en ausencia de la tarjeta son procedimientos confiables para determinar la historia de inmunizaciones del menor de 36 meses.

7. Limitaciones:

El tamaño de muestra para estimar el valor departamental de las coberturas es suficiente y preciso de acuerdo a los coeficientes de variación, sin embargo cuando tal estimación se desagrega por quintiles departamentales, la estimación es menos precisa.

(b) Indicador 2



1. Denominación: Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS con CRED completo para su edad.

2. Fuente de datos:

Base de datos del SIS

Responsable de la fuente de datos: Seguro Integral de Salud

Periodicidad de la fuente de datos: Mensual.

3. Descripción:

El numerador es el número de niños/as afiliados al SIS mayores de 7 días y menores de 36 meses de edad, quienes registraron, en un mes dado, un número de atenciones de CRED (en establecimientos de salud) igual o superior a un valor especificado según la norma establecida por el MINSA. El denominador es el número total de niños que alguna vez se afiliaron al SIS y que en el mes dado tuvieron entre 8 días y 36 meses de edad. Entonces, para una fecha dada, en el denominador se considera a todos



los niños/as que tengan ≥ 8 días de edad, independientemente de su estatus de afiliación al SIS en esa fecha.



4. Desagregación:

Anual, por Regiones (departamentos), por ámbito Urbano/Rural y por grupos de edad (<6 meses, 6 meses-2 años y 2-3 años). Es importante la desagregación por grupos de edad pues pueden darse variaciones.



5. Procedimiento de construcción del indicador:

Se divide el numerador (Numerador de Niños/as con CRED apropiado para su edad) entre el denominador (tabla de niños) para los niveles de desagregación requeridos. En el caso de datos "missing" para la estimación por los dominios Departamento y Ámbito Urbano/Rural se excluyen los casos del numerador y el denominador. Así mismo no se permiten datos para la edad/ fecha de nacimiento.



6. Supuestos:

Se asume que no existen errores significativos en el algoritmo de duplicación empleado. 2) Se asume que no existe censura (pérdidas en el seguimiento) por fallecimiento o migración del afiliado. 3) Si existiese algún patrón de censura como los descritos en 2, se generaría un sesgo negativo (la magnitud del indicador estaría subestimada) que dependerá de la magnitud de la mortalidad y/o la migración. Se espera sin embargo que en periodos no muy largos (ej. 3 años), las magnitudes de estos factores sean constantes en el tiempo y no afectarán de manera importante la evaluación de la tendencia del indicador.



7. Limitaciones:

Al reconstruir la historia de atenciones del niño para establecer la condición individual de "niño/a con CRED completo", el indicador es muy exigente, en el sentido que basta que el niño falle una vez en asistir oportunamente a su control para considerarlo como no controlado. Desde el punto de vista estadístico los porcentajes pueden presentar amplias oscilaciones dependiente del número de niños presentes por cada tramo de edad que se debe verificar el cumplimiento del CRED, tal fenómeno es notorio en distritos muy pequeños.



(c) Indicador 3

1. **Denominación:** Proporción de niños/as menores de 24 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro.

2. Fuente de datos:

Base de datos del SIS

Responsable de la fuente de datos: seguro integral de salud

Periodicidad de la fuente de datos: Manual



3. Descripción:



El numerador es el número de niños/as, afiliados al SIS y entre los 24 y los 26 meses de edad, quienes en una fecha dada, recibieron un total acumulado de hierro elemental igual o superior a la dosis de 1260mg. (7 mg. Por 180 días) entre las edades de 6 y 23 meses en establecimientos de salud. El denominador es el número total de niños afiliados al SIS entre los 24 y 26 meses en la misma fecha.

4. Desagregación:



Anual, por Regiones (departamentos), por ámbito Urbano/Rural

5. Procedimiento de construcción del indicador:



Se identifica el numerador en el mes de evaluación (Número niños/as entre 24 y 26 meses de edad quienes recibieron un total acumulado de hierro elemental igual o superior de 1260 mg. Entre los 6 y 23 meses de edad) entre el denominador (Número de niños/as entre 24 y 26 meses) en el Año-mes de referencia, para los niveles de desagregación requeridos. En el caso de datos "missing" para la estimación por los dominios Departamento y Ambito Urbano/Rural se excluyen los casos del numerador y el denominador.

6. Supuestos:



1) Se asume que no existen errores significativos en el algoritmo de duplicación empleado. 2) Se asume que no existe censura (pérdidas en el seguimiento) por fallecimiento o migración del afiliado. 3) Si existiese algún patrón de censura como los descritos en 2, se generaría un sesgo negativo (la magnitud del indicador estaría subestimada) que dependerá de la magnitud de la mortalidad y/o la migración. Se espera sin embargo que en periodos no muy largos (pe. 3 años), las magnitudes de estos factores sean constantes en el tiempo y no afectarán de manera importante la evaluación de la tendencia del indicador.

(d) Indicador 4



1. Denominación:

Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro.

2. Fuente de datos:

Base de datos del SIS

Responsable de la fuente de datos: Seguro Integral de Salud

Periodicidad de la fuente de datos: Mensual

3. Descripción:



El numerador es el número de gestantes afiliadas al SIS que durante su afiliación al Seguro recibieron, en algún momento del embarazo y algún



establecimiento de salud, suplemento de tiempo y el denominador es el número de gestantes (número total de afiliadas).

4. Desagregación:

Trimestral, por Regiones (departamentos) y por ámbito Urbano/Rural, Distrital.

5. Procedimiento de construcción del indicador:

Se divide el numerador entre el denominador, luego se multiplica por 100 resultando el indicador actual. En el caso de datos "missing" (por ejemplo, para la estimación por dominios: Departamento, Ámbito Urbano/Rural), se excluyen los casos del numerador y el denominador.

6. Supuestos

- 1) Se asume que el total de embarazos de las gestantes afiliadas culminan en parto.
- 2) no exista un sesgo sistemático importante entre la fecha probable de parto y la fecha en la que efectivamente ocurrió el parto.
- 3) En el caso de darse algún tipo de sesgo sistemático, este sería una constante en el tiempo y no afectaría la evaluación de la tendencia del indicador.

CAPITULO III. LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN

3.01 Aspectos Generales del Compromiso de Gestión

(a) Diagrama General y descripción de los Procesos

Los Compromisos de Gestión se han estructurado tomando como referencia la definición y el diagrama básico de un Proceso.

Un proceso es un conjunto estructurado de tareas lógicamente relacionadas entre ellas que se establecen para conseguir un producto bien definido; por lo tanto utilizan insumos, los cuales son transformados y, con ello, se generan nuevos bienes o servicios comúnmente denominados productos.



Dependiendo de la naturaleza y complejidad del proceso, estos se pueden subdividir en sub procesos, y a su vez, estos pueden ser clasificados en críticos y no críticos. Igualmente, es una práctica de la gestión medir el desempeño del proceso en base a las características de los "Producto".

De esta manera, el foco del Compromiso de Gestión son los productos que se derivan de los cuatro Procesos indicados en el CONVENIO y sus correspondientes Sub Procesos Críticos, y para medir el desempeño de cada uno de ellos se definieron Criterios con su correspondiente Nivel de cumplimiento.

Los procesos identificados sobre los cuales serán formulados los compromisos de gestión del presente CONVENIO son los cuatro siguientes:

- | | |
|------------|---|
| Proceso 1: | Programación Operativa |
| Proceso 2: | Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos |
| Proceso 3: | Organización para la producción de los productos y su entrega a los beneficiarios directos. |
| Proceso 4: | Supervisión, seguimiento y evaluación |

Asimismo, por cada uno de los procesos se ha identificado los dos o tres Sub procesos críticos los cuales se detallan más adelante.



(b) Criterios de priorización

El presente CONVENIO adapta dos criterios de priorización para la asignación de los recursos económicos disponibles. El primer criterio está referido con privilegiar cuatro productos, y el segundo, en priorizar la atención de los distritos, que de acuerdo al mapa de pobreza, se ubican en el primer quintil de pobreza.

Productos priorizados

- 33254 Niños con Vacuna Completa según edad
- 33255 Niños con CRED Completo según edad
- 33256 Niños con Suplementos de Hierro y Vitamina A
- 33317 Gestante con suplemento de hierro y Ácido Fólico

Poblaciones priorizadas

Niños residentes en los distritos del primer quintil de pobreza del Departamento de Apurímac.

Tabla No 08: Distritos Priorizados en el Departamento de Apurímac

Provincia	Distrito
0301 Abancay	030106 Huanipaca
0302 Andahuaylas	030202 Andarapa
	030207 Kishuara
	030209 Pacucha
	030214 San Miguel De Chacacampa
	030218 Turpo
	030219 Kaquabamba
0303 Areabamba	030303 Huaquirca
0304 Aymaraes	030406 Cotaruse
0305 Catabambas	030501 Tambobamba
	030505 Mara
	030506 Chalhualhuacho
0306 Chincheros	030603 Cochamarca
	030608 Rancacancha
0307 Grau	030702 Curpahusi
	030705 Micaela Bastidas
	030707 Pataypampa
	030710 Santa Rosa
	030713 Virundo
	030714 Cusisco



3.02 Especificación del Compromiso de Gestión



(a) Proceso 1: Programación Operativa

La UE formula el ante proyecto de Presupuesto anual y multianual desagregado por punto de atención (establecimiento de salud o unidad productora de servicios de salud) y por producto. El ante proyecto de presupuesto es posible de ser analizado al menos según las siguientes variables: i) Por específicas de gasto; ii) por los insumos y grupos de insumos; iii) diferenciando insumos fijos de variables; iv) diferenciando gastos recurrentes de bienes de capital; v) diferenciando insumos directos de indirectos; vi) por departamento, provincia y distrito; vii) por quintiles de pobreza. Asimismo será posible estimar costos unitarios variables y fijos por cada producto a nivel de cada establecimiento de salud, de tal manera que es posible vincular presupuesto con metas físicas de cada producto del Programa Presupuestario Estratégico.

Sub Proceso Crítico 1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura de los Productos del Programa Estratégico

La Entidad Pública dispone de una base de datos actualizada y convenientemente organizada conteniendo las proyecciones de las metas físicas anuales y multianuales de los Productos finales del Programa Estratégico por punto de atención a los usuarios, es decir por establecimiento de salud. En caso de los establecimientos de salud del segundo o tercer nivel, las proyecciones de metas físicas se presentan por Unidades Productoras de Servicios (UPS). Asimismo las proyecciones de metas físicas son determinadas a partir del análisis de una base de datos que contiene el padrón nominado, autenticado y actualizado de los beneficiarios de los Productos finales del Programa Estratégico que ofrece la Entidad a los residentes del Departamento.

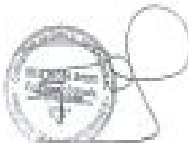
Criterio 1: Proporción de niños/as registrados en el padrón de beneficiarios de los Productos del Programa Estratégico antes de cumplir los 30 días de edad.

Criterio 2: Proporción de niños/as menores de 35 con CUI/DNI autenticado con la base de datos de la RENIEC.



Sub Proceso Crítico 2: Formulación del proyecto de Presupuesto anual y multianual para financiar los Productos del Programa Estratégico.

La Entidad dispone de una base de datos actualizada conteniendo la estimación del presupuesto anual requerido para financiar las metas físicas proyectadas en el Plan de Producción para cada uno de los Productos del Programa Estratégico y por cada punto de atención, es decir por cada establecimiento de salud. En caso de las Unidades Administrativas (DIRESA o DISA) y en los establecimientos de salud del segundo o tercer nivel, la estimación del presupuesto se presenta por Unidades Productoras de Servicios (UPS) o centros de costos. Las estimaciones presupuestales son calculados tomando como referencia la función de producción establecido por el Ministerio de Salud para cada uno de los Productos del Programa Estratégico, así como también considerando las particularidades locales del lugar donde se entrega los Productos a los beneficiarios.





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 RENAE, 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 Programa Estratégico a las particularidades locales donde reside el beneficiario buscando que sea de la manera más eficiente, oportuna y de calidad.

Sub Proceso Crítico 3: Capacidad Disponible en los puntos de atención para proveer los Productos del Programa Estratégico

La Entidad Pública dispone de una base de datos actualizada y codificada según los códigos estándar del catálogo de bienes y servicios del Ministerio de Economía y Finanzas sobre la disponibilidad de recursos humanos, insumos fungibles y bienes de capital en cada punto de atención donde se ofrece los Productos del Programa Estratégico.



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) Sistema 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.

(b) Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos

Adquisición, almacenamiento, distribución y uso eficiente de bienes y servicios adquiridos

Sub Proceso Crítico 1: Adquisición

Las Unidades Ejecutoras del Pliego ejecutan las adquisiciones según lo planificado para garantizar la provisión de bienes y servicios de manera oportuna





Criterio 1: Especificas 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.

Sub Proceso Crítico 2: Almacén y distribución

La logística de la UEs provisiona con oportunidad a los Establecimientos para garantizar la disponibilidad de los insumos en los establecimientos de salud todos los días del año.

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.



Sub Proceso Crítico 3: Reasignación de recursos

La atención, asignación y reasignación de recursos privilegia la atención de los distritos con mayor necesidad y en situación de pobreza del Departamento.

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.

(c) Proceso 3: Organización para la producción y entrega de los productos



Sub Proceso Crítico 1: Organización para entregar el servicio al ciudadano

La distribución espacial de los puntos de atención (establecimientos de salud) garantiza que al menos 80% de los residentes pobres del departamento se encuentra a menos de 60 minutos de un punto de atención para recibir CRED, Vacunas, Suplemento Hierro.

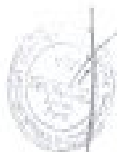


Criterio 1: El Gobierno Regional ha establecido y priorizado una lista de establecimientos de salud que garantizan un acceso físico menor de una hora al 80% de los residentes pobres del departamento.

Criterio 2: Proporción de establecimientos de salud que cumplen con los estándares de calidad, incluyendo la pertinencia cultural.

Sub Proceso Crítico 2: Organización para producir los servicios

La UE ha establecido Roles, Responsabilidades, Procedimientos y Tecnologías para los procesos claves vinculados directamente con la entrega del CRED y Vacunas.



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:

- 33264 Niños con Vacuna Completa según edad
- 33255 Niños con CRED Completo según edad
- 33256 Niños con Suplementos de Hierro y Vitamina A
- 33317 Gestante con suplemento de hierro y Ácido Fólico

Sub Proceso Crítico 3: Articulación, Coordinación, Colaboración

El Pliego/UE establece procedimientos/mecanismos precisos de articulación con otras entidades vinculados al PAN

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 incrementar la proporción de niños/as que se registran en el padrón antes de cumplir los 30 días de edad.



(d) Proceso 4: Supervisión, Seguimiento y Evaluación

Sub Proceso Crítico 1: Captura, Organización y Almacenamiento de Datos

La UE captura, almacena y organiza eficientemente los datos relevantes para la toma de decisiones vinculadas con la entrega de los Productos PAN.

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.

Sub Proceso Crítico 2: Análisis de Datos:

La UE genera y analiza periódicamente los indicadores claves de insumo, producto y resultado de acuerdo a un modelo analítico adoptado.

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.

Sub Proceso Crítico 3: Uso, Diseminación y Transparencia de información:

La UE genera y publica periódicamente información relacionada a los indicadores claves de insumo, producto y resultado.

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.



3.03 Definición Operacional de los Niveles

(a) Definición Operacional del Nivel 0



Se ha establecido el **Nivel Cero** para cada uno de los criterios de los Sub Procesos Críticos seleccionados y que deben ser cumplidos antes de la suscripción del Convenio y para la transferencia correspondiente al primer año del Convenio. En tabla 09 se presenta la correspondiente definición operacional.

Tabla No 09: Definición Operacional Nivel 0

Proceso	Sub proceso crítico	Criterio	Definición operacional del Nivel 0
1	1	1	Para el año 2009 se dispone del padrón nominado digital de niños/as menores de 36 meses en formato electrónico. El 60% de los niños/as del padrón está afiliado al SIS y el 30% de los niños/as tienen afiliación antes de los 30 días de nacidos.
		2	En el 2009, no menos del 15% de niños/as del padrón cuentan con CUI.
	2	1	Al 2010 se cuenta con un padrón de establecimientos de salud en formato electrónico, conciliado con SIS, HIS, RENAE, Planificación y Salud de las Personas.
		2	Al 2010, el 100% de establecimientos de salud activos han sido asignados como centro de costo en el SIGA (incluye AISPED).
		3	Al 2010 el 100% de establecimientos de salud activos han definido el listado de bienes y servicios, para las finalidades de entrega universal y para dos subfinalidades de entrega selectiva del PAN, ajustado localmente para ofrecer la cartera de servicios. Tal ajuste queda registrado en el SIP-PpR.
	3	1	Se registra en el SIP-PpR no menos del 80% del personal nombrado y contratado que labora en cada establecimiento de salud y centro de costos, con los siguientes datos: Profesión, documento de identidad, grado de instrucción y condición laboral.
		2	Se registra en el SIP-PpR los bienes patrimoniales en cada establecimiento de salud y centro de costo, y para el 2010 al menos el 30% de los bienes patrimoniales cuentan con datos completos (Determinación, código marginal, código del catálogo de bto, Fecha de ingreso, N° orden de compra, valor de compra), pero 0% se encuentren conciliados con contabilidad.

(b) Definición Operacional del Nivel 1

Será definido antes del 30 de julio del 2010

(c) Definición Operacional del Nivel 2

Será definido antes del 30 de julio del 2011

(d) Definición Operacional del Nivel 3

Será definido antes del 30 de julio del 2012



CAPITULO IV. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO



4.01 Aspectos Generales del Procedimiento de Verificación

Los procedimientos de verificación del cumplimiento del CONVENIO, tanto en lo referido a la verificación de los Compromisos de Gestión como a los Indicadores, serán detallados en los instructivos correspondientes a cada año. Estos se remitirán a la ENTIDAD PUBLICA de acuerdo con los plazos indicados en el numeral 3.03 en los ítems (b), (c) y (d) del presente Anexo, adjunto a las definiciones operacionales del nivel correspondiente.



4.02 Descripción del Procedimiento de Verificación

A continuación se presenta el procedimiento de verificación correspondiente a los Criterios de los tres Sub procesos del Proceso 1, los mismos que fueron seleccionados como parte de las condiciones previas que debe cumplir la ENTIDAD antes de la firma del CONVENIO.

Proceso 1: PROGRAMACION OPERATIVA



Sub Proceso 1	Nivel 0
Criterio 1	
Definición Operacional Nivel 0	
Para el año 2009 se dispone del padrón nominado diurno de niños/as menores de 36 meses en formato electrónico. El 60% de los niños/as del padrón está afiliado al SIS y el 30% de los niños/as tienen afiliación antes de los 30 días de nacidos.	
Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:	
Paso 1:	Revisar la información de las fuente de datos (SIS, Juntos y Padrón Nominado) enviada por la Entidad Pública, según Formato 100 "
Paso 2:	Analizar las bases de datos, en términos de la calidad y consistencia de la información, según lo planteado en el instructivo.
Paso 3:	Estandarizar y depurar las bases de datos, en función de las variables previamente identificadas en el instructivo y a la información disponible por las regiones.
Paso 4:	Procesar la información estandarizada, por distrito y ejecutora, identificando el número y porcentaje de niños/as que se afiliaron al SIS o a Juntos.
Paso 5:	Comparar el total de niños/as menores de 30 días con el número de nacimientos esperados.
Criterio 2	
Definición Operacional Nivel 0	
En el 2009, no menos del 15% de niños/as del padrón cuentan con CUI.	
Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:	
Paso 1:	De la información estandarizada en el padrón de niños/as, en formato Excel, filtrar y calcular aquellos que cuentan con CUI/DNI.
Paso 2:	Revisar la consistencia de los datos del CUI o DNI de la madre/cuidadora, con los datos existentes.



Sub Proceso 2

Criterio 1

Definición Operacional Nivel 0

Al 2010 se cuenta con un padrón de establecimientos de salud en formato electrónico, conciliado con SIS, HIS, RENAE, Planificación y Salud de las Personas.

Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:

- Paso 1: Revisar la información de las fuentes de datos solicitada (HIS, SIS, RENAE, Servicios de Salud y Padrón Nominado de establecimientos) enviada por la Entidad Pública, según Formato 100.
- Paso 2: Analizar las bases de datos, en términos de la calidad y consistencia de la información, según instructivo.
- Paso 3: Estandarizar y depurar las bases de datos en función de las variables previamente identificadas en el instructivo y de la información disponible por las regiones.
- Paso 4: Procesar las bases estandarizadas conciliando la información disponible de aquellos registrados oficialmente como prestadores.

Criterio 2

Definición Operacional Nivel 0

Al 2010, el 100% de establecimientos de salud activos han sido asignados como centro de costo en el SIGA (Incluye AISPED).

Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:

- Paso 1: Verificar el estado "Activo" de los establecimientos, para ello:
- Revisar en la base de datos del SIS y HIS los establecimientos que reportan atención en los últimos 12 meses.
 - Revisar en el reporte txt del SIGA si los establecimientos del padrón o listado único registra al menos un personal asignado por centros de costo.
 - Revisar si el establecimiento ha sido categorizado o recategorizado.
- Paso 2: Filtrar los establecimientos activos de la base del padrón en excel, y contrastar con la información enviada por la región en txt los establecimientos consignados en el SIP-PpR (SIGA).
- Paso 3: Identificar la brecha de los establecimientos que no han sido consignados en el SIP-PpR (SIGA).

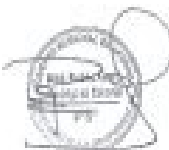
Criterio 3

Definición Operacional Nivel 0

Al 2010 el 100% de establecimientos de salud activos han definido el listado de bienes y servicios, para tres finalidades de entrega universal y para dos subfinalidades de entrega selectiva del PAN, ajustado localmente para afincar la cartera de servicios. Tal ajuste queda registrado en el SIP-PpR.

Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento:

- Paso 1: Revisar, en la base de datos txt del SIGA, los establecimientos que programaron según finalidad, subfinalidad y por categoría comparado con el total de establecimientos activos en la Unidad Ejecutora y en la Región.
- Paso 2: Revisar, en la base de datos txt del SIGA, la meta física por centro de costo por Finalidad, Subfinalidad contrastado con la población del Padrón Nominado. Analizar, en la base de datos txt del SIGA, el Presupuesto por finalidad, subfinalidad desagregado por genéricas y específicas de gasto y por grupos de insumos.
- Paso 3: Revisar las cantidades y precios mínimos y máximos de los insumos programados.
- Paso 4: Analizar la coherencia en la programación de bienes sustitutos, bienes similares y otros.





Sub Proceso 3	
Criterio 1	
Definición Operacional Nivel 0	
Se registra en el SIP PpR no menos del 80% del personal nombrado y contratado que labora en cada establecimiento de salud y centro de costos, con los siguientes datos: Profesión, documento de identidad, grado de instrucción y condición laboral.	
Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento	
Paso 1:	Revisar y contrastar la información de recursos humanos por Unidad Ejecutora, entre la base tci del SIGA y el Sistema de Recursos del Ministerio de Economía.
Paso 2:	Revisar si la información de cada persona registrada en el SIGA (Base tci) figura con sus datos completos mínimos.
Criterio 2	
Definición Operacional Nivel 0	
Se registra en el SIP-PpR los bienes patrimoniales en cada establecimiento de salud y centro de costo, y para el 2010 al menos el 30% de los bienes patrimoniales cuentan con datos completos (Denominación, código marges), código del catálogo de b/s, Fecha de ingreso, N° orden de compra, valor de compra), pero 0% se encuentran conciliados con contabilidad.	
Procedimiento para verificar el nivel de cumplimiento	
Paso 1:	Revisar la información patrimonial consignada en el SIGA (base tci) por centro de costo.
Paso 2:	Revisar en la base tci del SIGA, si la información la cada bien patrimonial registrado tiene sus datos completos. (Denominación, código marges), código del catálogo de b/s, Fecha de ingreso, N° orden de compra, valor de compra).



CAPITULO V. INFORMES



5.01 Aspectos Generales

Los informes correspondientes al presente CONVENIO son de dos tipos, uno que se constituye en el documento que sustenta la transferencia de los recursos al que se le denomina, de conformidad con la directiva, "Informe de Verificación de Cumplimiento del Convenio", y el segundo tipo, es el informe de seguimiento de indicadores, en este documento se presenta un reporte del comportamiento de los principales indicadores del Programa Presupuestario Estratégico.



5.02 Estructura de los Informes

(a) Contenido del "Informe de Verificación de Cumplimiento del Convenio"



- Antecedentes
- Verificación de la información remitida al MEF
- Verificación del cumplimiento de los compromisos de gestión
- Recomendaciones



(b) Contenido del Informe de Seguimiento de los Indicadores del Programa Presupuestario Estratégico.

- Tendencias en los principales de Indicadores de Resultado
- Tendencias en los indicadores de Producto e Insumo.



ANEXO II

DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DEL CONVENIO

1.01 Monto Total y Anual del Apoyo Presupuestario del CONVENIO

(a) Monto Total

El monto total máximo asignado en el marco del presente CONVENIO a la Entidad del Gobierno Regional del Departamento de Apurímac es de hasta 50 millones de soles para los 4 años.

(b) Monto anual

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Monto Máximo	12.0 millones	12.7 millones	12.7 millones	12.6 millones

(c) Distribución Porcentual del Presupuesto en su componente Tramo Fijo y Tramo Variable

Componente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Tramo Fijo	100%	70%	50%	30%
Tramo Variable	0%	30%	50%	70%
Total	100%	100%	100%	100%

1.02 Envío de información al Ministerio de Economía

(a) Plazos para la entrega de la información al Ministerio de Economía

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4:
Presentación de los formatos	15 días previos a la Firma del Convenio	Hasta el 30 de enero 2011	Hasta el 30 de enero 2012	Hasta el 30 de enero 2013

(b) Plazos para subsanar las observaciones

La Entidad tiene un plazo máximo de seis meses para subsanar las observaciones luego de habersele comunicado los resultados del "Informe de Verificación del Cumplimiento del Convenio".

1.03 Determinación del monto a transferir

(a) Monto correspondiente al Tramo Variable.

El monto de la transferencia correspondiente al Tramo Variable se determina de acuerdo con la siguiente tabla:

Porcentaje de avance en meta de indicadores	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4:
Igual o mayor a 90%		100%	100%	100%
Igual o mayor a 75%		75%	75%	75%
Igual o mayor a 50%		50%	50%	50%
Menor que 50%		0%	0%	0%

(b) **Monto correspondiente al Tramo Fijo.**

El monto de la transferencia correspondiente al Tramo Fijo se determina de acuerdo con la siguiente tabla:

Reporte del Informe de Cumplimiento del Convenio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4:
	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Sin Observaciones	100%	100%	100%	100%
Con Observaciones	60%	60%	60%	60%
El saldo luego que la Entidad subsane las observaciones. De no subsanarlas se cancela la transferencia del 40% restante.				

(c) **De la autorización de la transferencia.**

En un plazo máximo de 15 días después de conocido los resultados "Informe de Verificación del Cumplimiento del Convenio", se hace efectiva la transferencia para lo cual se aplica lo establecido en la Directiva de Ejecución Presupuestal y en la Directiva que regula el presente CONVENIO.

(d) **Incorporación de los recursos transferidos al presupuesto de la Entidad**

La incorporación de los recursos adicionales se realiza mediante la emisión de un dispositivo firmado por el Titular de la Entidad Pública según lo establecido por la Directiva de Ejecución Presupuestal. Adjunto al dispositivo, tal como indica la Directiva que regula el presente CONVENIO, la Entidad presenta el presupuesto desagregado por Unidad Ejecutora y por Finalidad, de acuerdo al Modelo 02 "Presupuesto adicional por Convenio de Apoyo Presupuestario EUROPA".

1.04 Procedimiento de entrega de información, Formatos y Modelos de documentos.

(a) Procedimiento de envío de información al Ministerio de Economía y Finanzas

Los procedimientos para remitir la información son los siguientes:

- El Pliego envía un oficio al Director General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas según el modelo 01 "Oficio de informe Cumplimiento del Convenio Apoyo Presupuestario EUROPA".
- El Pliego, por cada Unidad Ejecutora, adjunta al oficio los siguientes documentos: i) Formatos 100 ("Datos básicos de la fuente de datos") debidamente llenados, con las firmas, rubricas y sellos correspondientes; ii) Otra información complementaria, para lo cual, la Dirección General del Presupuesto Público mediante oficio comunicará tal requerimiento con el respectivo instructivo. Toda esta documentación es revisada y suscrita por la Dirección de Planeamiento de la Entidad Pública y por los Funcionarios del Pliego y Unidades Ejecutoras de origen.

- Acompañado a esta documentación, el Pliego envía los CDs de cada UE, donde se consolida la información de las bases de datos solicitadas. Cada CD deberá ser rotulado de la siguiente manera: i) Región; ii) Nombre de la UE; iii) Código Presupuestal de la UE; iv) Número de archivos incluidos; v) Fecha de creación del medio magnético; vi) Nombre de la persona que elaboró el CD.

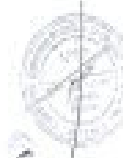
(b) Formatos:

La Entidad Pública, para documentar la o las fuentes de datos que se encuentran almacenados en formato digital bajo la estructura de bases de datos, utiliza el Formato 100. Este formato está orientado a documentar las bases de datos que se generan a partir de los sistemas de información sectoriales, en ese sentido formatos adicionales podrán ser incluidos con el propósito de documentar formas particulares de estructura de datos u otros elementos que contribuyan con una mejor comprensión de los datos y su metadata de lo sistemas de información.

(c) Nomenclatura de directorios y archivos:

La Entidad Pública organiza los directorios y los archivos de acuerdo con la siguiente nomenclatura:

- Crear un directorio principal denominado con el código SEC_EJEC de la Unidad Ejecutora, seguido por el nombre de la Unidad Ejecutora sin espacios, pero iniciando con mayúscula cada palabra. Por ejemplo: 755NombreUnidadEjecutora
- Un directorio por cada fuente de datos, el nombre del directorio inicia con un número de dos dígitos, seguido por el nombre del directorio sin espacios. Por ejemplo 01FuenteDatos1, 02FuenteDatos2, y así sucesivamente. En caso que se trate del SIGA la nomenclatura es 80SIGA.
- Los archivos que contiene cada directorio se inicia con un número de tres dígitos, seguido del nombre del archivo, sin espacios.



(d) Modelos de documentos:

MODELO 01

"Oficio de Informe Cumplimiento del Convenio Apoyo Presupuestario
EUROPAN"

Señor
Roger Diaz Alarcón
Director General
Dirección General del Presupuesto Público
Ministerio de Economía y Finanzas

Lima.-

A través de la presente remito a usted la información correspondiente al cumplimiento de compromisos del CONVENIO suscrito entre la y el Ministerio de Economía y Finanzas, en el marco del Proyecto de Apoyo Presupuestario al Programa Estratégico XX, según instructivo remitido.

En tal sentido, adjunto al presente los formatos y medios magnéticos (CDs) de las siguientes Unidades Ejecutoras, para su verificación respectiva:

Unidad ejecutora 1
Unidad Ejecutora 2

Atentamente,



MODELO 02

"Presupuesto adicional por Convenio de Apoyo Presupuestario
EUROPAN"



1. Sector: CC Nombre del Sector
2. Pliego: CCC Nombre del Pliego
3. Unidad Ejecutora: CCC Nombre de la Unidad Ejecutora



Código finalidad	Descripción de la Finalidad	Presupuesto adicional



Nota:

Se incluye todas las finalidades vinculadas con la Entidad Pública, aunque el presupuesto adicional fuera cero.



FORMATO 100	DATOS BASICOS DE LA FUENTE DE DATOS
-------------	-------------------------------------

SECCION I: IDENTIFICACION DE LA FUENTE DE DATOS

1. Denominación de la fuente de datos

2. Detalle del origen de la fuente de datos

2.1 Breve descripción de la fuente de datos:

2.2 Fecha de actualización de la base de datos:

2.3 Denominación del Sistema de Información que genera la base de datos:

3. Responsables de la fuente de datos

3.1 Datos del Responsable(s) de la administración de la Fuente de Datos:

(a) Area/Unidad	(b) Centro Costo [código]	(c) DNI	(d) Nombres y Apellidos

3.2 Datos del Responsable(s) de obtener y preparar las bases de datos para su remisión al MEF:

(a) Area/Unidad	(b) Centro Costo [código]	(c) DNI	(d) Nombres y Apellidos

Para cualquier comunicación respecto del llenado del presente formato, así como sobre las bases de datos remitidas al MEF comunicarse con la siguiente persona:

Nombres y Apellidos:

Teléfono de oficina:

Teléfono celular:

Correo Electrónico:

SECCION II: ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS



Nota: Todas las bases de datos serán entregados en formato ".txt".

Se documenta archivo por archivo, tantos como tenga la base de datos, y se numera de manera correlativa.



20. Número total de archivos que contiene la fuente de datos

21. Identificación del archivo

21.0 Número del archivo

21.1 Nombre del archivo

21.2 Descripción del archivo

21.3 Número de variables

21.4 Número de registros

21.5 Fecha de creación del archivo

21.6 Contenido del archivo

Transacciones

Diccionario

22. Contenido del archivo

a. Número	b. Nombre de la variable	c. Descripción de la variable	d. Tipo	e. Tiene diccionario? [Si/No]	f. Cual archivo? [Número]



[Firma manuscrita]

Firma y Sello del Responsable de la Unidad Ejecutora

