

51

**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 2012**

IV TRAMO FIJO

LIMA, JUNIO 2013





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
I. INTRODUCCION	6
II. EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN).	10
II.1 ASPECTOS CLAVES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	10
1. <i>Diseño del Programa: Modelo Causal basado en evidencias.</i>	11
2. <i>Prioridad y concentración de presupuesto en intervenciones claves</i>	21
3. <i>Reglas de asignación presupuestal para proteger intervenciones claves</i>	25
4. <i>Articulación de reglas de asignación y reasignación presupuestal con la gestión del punto final de atención.....</i>	27
5. <i>Seguimiento y Monitoreo del Programa</i>	32
II.2 AVANCES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	36
1. <i>Progreso en la Asignación del Presupuesto.....</i>	36
2. <i>Evolución de los indicadores de resultados</i>	40
3 <i>Evolución de Indicadores de Productos</i>	48
4 <i>Presupuesto ejecutado y disponibilidad de insumos críticos.....</i>	55
III. CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL ENTRE EL ESTADO PERUANO Y LA UNIÓN EUROPEA- EUROPAN.	59
1. ORIGEN DEL CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL.....	59
2. IMPLEMENTACIÓN DE CONVENIOS DE APOYO PRESUPUESTARIO ENTRE EL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS Y ENTIDADES DEL ESTADO	61
3. CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO EN EJECUCIÓN	64
3.1 <i>Convenio con Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica.....</i>	64
3.2 <i>Convenio con Gobiernos Regionales de Amazonas, Cajamarca y Huánuco</i>	71
3.3 <i>Convenio con Pliegos del Gobierno Nacional</i>	72
4. SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS Y METAS DE LOS CONVENIOS DE APOYO PRESUPUESTARIO... 79	79
4.1 <i>Avance en Convenios con Regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica</i>	79
4.2 <i>Avance en Convenios con Regiones de Amazonas, Cajamarca y Huánuco</i>	90
4.3 <i>Avance en Convenios con Pliegos del Gobierno Nacional</i>	97
IV. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2013.	100





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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, un Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional denominado EURO-PAN (Convenio N° DCI-ALA/2009/021-564), que comprende una donación de hasta 60.8 millones de euros, al considerarse al 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 periódicos se realizan en 2 tramos, uno fijo una vez que el Ministerio de Economía y Finanzas entrega la información correspondiente 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.*

Otra parte del desembolso que corresponde al tramo variable se transfiere una vez que el Ministerio de Economía y Finanzas entrega la información correspondiente al nivel de cumplimiento de las metas de los indicadores de cobertura de productos priorizados según lo acordado en el convenio.

El presente documento da cuenta del progreso en la implementación del Programa Articulado Nutricional (PAN) desde el año 2007 hasta el año 2012. 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 diarreicas 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 la parte II de este informe, se describen los contenidos del Programa Articulado Nutricional, los aspectos claves en el desarrollo del programa referidos al diseño de un modelo basado en evidencias, a la prioridad y a la concentración del presupuesto en productos claves, el desarrollo del modelo operativo basado en la gestión del punto final de atención y al impulso de un sistema de monitoreo y seguimiento de los indicadores de resultados, productos y de la disponibilidad de recursos, todos ellos





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

asociados a los principales hitos en la evolución del programa. Se presenta también un análisis de los principales indicadores de resultados, de productos y la disponibilidad de insumos del programa Articulado Nutricional, así como la asignación del presupuesto.

En la parte III, se describen los contenidos del Apoyo Financiero al Programa Articulado Nutricional de parte de la Unión Europea -EUROPAN referidos a los compromisos del país y a las metas de los indicadores que posteriormente serán desarrollados con detalle en un informe específico. Se hace referencia también a los convenios de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional firmados entre el Ministerio de Economía y Finanzas y 06 Gobiernos Regionales y con el Seguro Integral de Salud, así como sobre los convenios de apoyo presupuestario al Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres-JUNTOS y al Programa de Acceso a la Identidad. Se muestra el nivel de progreso en los compromisos de gestión que forman parte de estos convenios así como del avance en los indicadores de los principales productos. Se presenta el estado de las transferencias financieras en relación al nivel de cumplimiento de los convenios respectivos.

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 13.5% en el año 2012 y según el patrón de referencia de la OMS de 28.5% a 18.1%. Esta reducción se da en el nivel nacional así como en el ámbito rural, con una importante reducción entre la brecha urbano y rural. Del mismo modo se muestra que se ha mejorado las coberturas de los 2 principales productos de Programa Articulado Nutricional: "Niños protegidos con vacunas para la edad" y "Niños con CRED completo para la edad". En el primer caso de niños menores de 36 meses con vacunas completas para la edad se ha pasado de 64.3% en el 2007 a 73.6% en el 2012, siendo los departamentos de Huancavelica, Apurímac y Moquegua los de mayor cobertura. En el caso de niños menores de 36 meses con CRED completo para la edad, se ha pasado de 24% en el año 2007 a 50.8% en el 2012, siendo mayor en el ámbito rural (58.5%) y en la sierra (62.6%): Los departamentos con mayor cobertura de niños con CRED son Huancavelica y Ancash.

El presupuesto asignado al PAN se ha incrementado progresivamente desde el 2010 y se ha concentrado en 2 principales productos señalados, 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 casi el 50% del presupuesto asignado en el año 2012 y 2013.

Respecto a los Convenios de Apoyo presupuestario 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. Esto ha permitido en estas instituciones mejorar algunos procesos de programación operativa, organización para la oferta de servicios, así como de seguimiento y monitoreo de la disponibilidad de insumos, de productos ofertados y resultados logrados. En el transcurso de los 4 años de convenio, se aprecia que el nivel de cumplimiento ha





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

49

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

mejorado sin embargo aún existen dificultades en los procesos logísticos para la adquisición oportuna de bienes y servicios que se expresa en la disponibilidad inadecuada de algunos de insumos críticos en los establecimientos de salud.

El reto para el programa es continuar con la tendencia en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil hasta un nivel inferior a 10% para el 2016, meta propuesta por el gobierno 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 para una adecuada cobertura de productos.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

INTRODUCCIÓN

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, a partir de ellos se establece una ruta 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Estas prioridades estuvieron 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 11º 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 11º 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 11º 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 han creado 5 Programas Estratégicos que a su vez respondían a 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 a lo largo de los primeros años de vida, con la finalidad de reducir los riesgos de morbilidad, mortalidad y de secuelas fisiológicas y funcionales, a los que están



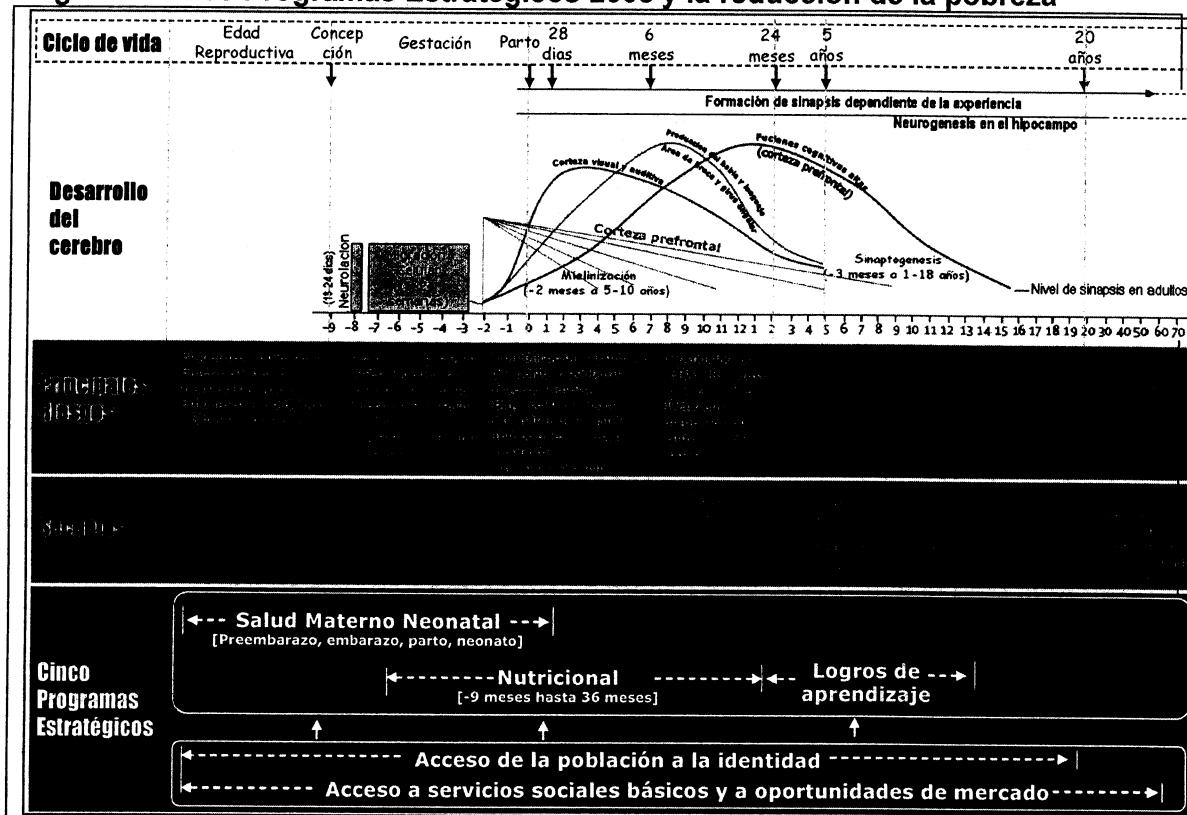


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 los primeros años de vida.

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 los siguientes 4 nuevos programas estratégicos en el año 2009¹:

- Acceso a energía en localidades rurales
- Saneamiento Rural;
- Telecomunicaciones Rural;
- Conservación del Medio Ambiente en zonas rurales y también en zonas urbanas altamente contaminadas, como la Provincia Constitucional el Callao, La Oroya, entre otros.

Con todos estos nuevos programas, para el año 2009 se involucraron 35 pliegos presupuestarios, de los 148 existentes.



Ley 28289. Ley de Presupuesto Público para el año Fiscal 2009.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Para el año 2010², se incorporaron 6 nuevos Programas más: x) Accidentes de Tránsito; xi) Seguridad Ciudadana; xii) Vigencia de los Derechos Humanos y Derechos Fundamentales; xiii) Mejora de la Sanidad Agraria; xiv) Incremento de la Productividad Rural de los Pequeños productores agrarios; y, xv) Incremento de la Productividad de las Micro y pequeñas empresas. Como se observa, siguió predominando el foco en la mejora en la calidad de vida y la reducción de la pobreza y la exclusión, añadiendo temas de competitividad.

Para el 2011³ se incorporan los Programas: xvi) Tuberculosis, VIH-SIDA, xvii) enfermedades Metaxénicas y Zoonosis , xviii) Enfermedades no trasmisibles , xix) Trabajo Infantil, xx) Violencia Familiar y Sexual, xxi) Logros de Aprendizaje en educación primaria y Educación Básica Alternativa, xxii) 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 involucraban a casi todos los sectores: Salud, Vivienda, Educación, Agricultura, PCM, SUNAT, Energía y Minas, MIMDES, Trabajo, Interior, Justicia, Producción, Transporte entre otros, 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, con la finalidad de involucrar a un mayor número de entidades en la implementación del Presupuesto por Resultados, se realizan algunos cambios en la metodología del diseño de los programas estratégicos. Para ello la Dirección General de Presupuesto Público asistió técnicamente a todas las entidades del estado a fin de identificar a partir de los objetivos institucionales las condiciones de interés en la población. Como resultado de este proceso, para el ejercicio presupuestal 2012 se aprobaron 58 programas presupuestales, que representan el 34% del presupuesto total de la república. Este proceso continuó en el año 2013 y a la fecha existen 67 Programas Presupuestales que involucran casi a todos los sectores del estado y representa el 38% del Presupuesto Total del país⁴.

Como consecuencia de los cambios realizados en el proceso de formulación del año 2011, se cambia la denominación de Programa Estratégico por Programa Presupuestal. También se hacen modificaciones en la estructura funcional programática del presupuesto, creando las categorías presupuestales, productos y actividades. Cada Programa Presupuestal se identifica como una categoría presupuestal compuesto por productos o proyectos y puede ser fácilmente identificado en la estructura funcional programática del presupuesto público. No obstante los cambios efectuados en la metodología del diseño, se aprueba también que los programas liderados por el sector salud como el Programa Articulado Nutricional, existentes desde antes del 2012 que por tanto ya tenían un desarrollo importante en su implementación mantenían su diseño original pero se adecuaban a la nueva estructura funcional programática.

² Ley 29465. Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2010

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

⁴ <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

II. EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)

Con la Ley 29142- Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2008⁵, se identifica como uno de los resultados prioritarios la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, tomando en cuenta las 11 actividades identificadas como prioridades en la ley del presupuesto del año 2007. Se diseña así el Programa Articulado Nutricional (PAN), utilizando como herramienta la Programación Presupuestaria Estratégica (PPE). El objetivo de la PPE es propiciar el desarrollo de estrategias que partiendo de una condición que afecta el bienestar ciudadano (resultado), propone líneas de acción (productos), sobre la base de evidencias, a ser financiadas con el presupuesto público. De este modo, se garantiza que los recursos sean asignados con criterio de eficacia y eficiencia.

El Programa Articulado Nutricional comprende un conjunto de intervenciones entregadas como productos a los ciudadanos y tiene como resultado final reducir los elevados índices de desnutrición crónica infantil en el país, particularmente en áreas geográficas donde hay mayor prevalencia.

El proceso de implementación del programa ha sido progresivo y para dar cuenta de su evolución podemos dividirlo en 2 partes: i) aspectos claves en el desarrollo del programa y ii) avances en el desarrollo del programa

II.1 ASPECTOS CLAVES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

Los 5 aspectos claves en el desarrollo del Programa Articulado Nutricional guardan relación con los ciclos de formulación y programación del presupuesto y son los siguientes:

- Diseño del programa: Modelo causal basado en evidencias
- Prioridad y concentración de presupuesto en intervenciones claves
- Reglas de asignación presupuestal para proteger intervenciones claves
- Articulación de reglas de asignación y reasignación presupuestal con la gestión del punto final de atención
- Seguimiento y Monitoreo del Programa

A continuación se detallan cada uno de estos aspectos claves:



⁵Ley 29142, Ley del Presupuesto Público para el año Fiscal 2008, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 7 de Diciembre 2007.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

46

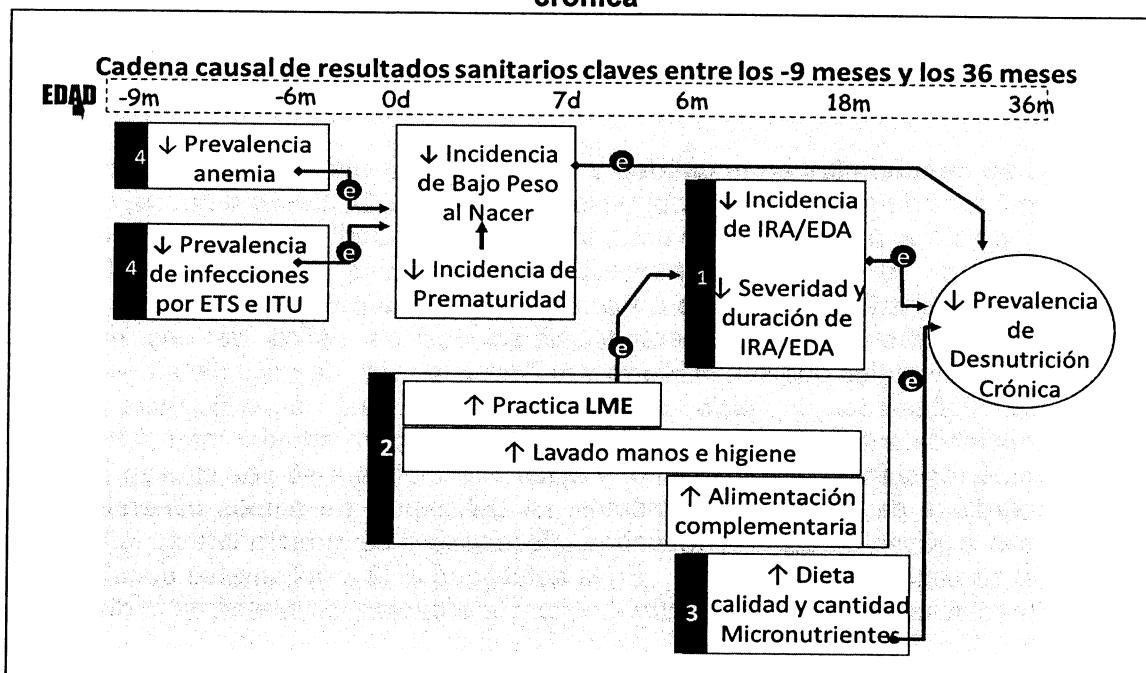
1. Diseño del Programa: Modelo Causal basado en evidencias.

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 retraso en el crecimiento observado en niños de 24 o más meses de edad, es resultado principalmente de las siguientes causas: La elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas, las prácticas inadecuadas en el cuidado de los niños, la deficiencia en la calidad y cantidad de micronutrientes e incidencia de bajo peso al nacer y de la prematuridad, condicionados por la alta prevalencia de anemia e infecciones en las gestantes. 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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^{6,7,8}. 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 aguda^{9,10,11}. 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 en la lactancia materna exclusiva en niños de 0 a 6 meses, en el lavado de manos y en la higiene personal, así como en la alimentación complementaria en niños de 6 a 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 ocasionan 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 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.
- (4) **Prematuridad y bajo peso al nacer**: 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**

⁶ Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical growth in rural Guatemala children. Am. J. Dis. Child. 129:1296-1301

⁷ Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. G. (1977) A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. Br. J. Nutr. 37:441-450

⁸ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the growth of children in rural Bangladesh. Pediatrics 73:799-805

⁹ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. Am. J. Clin. Nutr. 39:87-94

¹⁰ Palmer, D. L., Koster, F. T., Alam, A.K.M.J. & Islam, M. R. (1976) Nutritional status: a determinant of severity of diarrhea in patients with cholera. J. Infect. Dis. 134:8-14.

¹¹ Samadi, A., Chowdhury, A. I., Huq, M. I. & Shahid, N. S. (1985) Risk factors for death in complicated diarrhoea of children. Br. Med. J. 290:1615-1617.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

peso al nacer (BPN) (Ver figura 2), debido a su fuerte asociación con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas¹², 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) y se deben a la anemia y a las infecciones en las gestantes:

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.

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 han identificado los principales ejes de las intervenciones, los que a continuación se detallan: El Programa se focaliza en dos momentos de ciclo de vida:

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

- Incrementar la adopción por parte de las familias de tres prácticas priorizadas además de otros comportamientos: **la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses, el lavado de manos con agua y jabón y la adecuada alimentación complementaria del niño entre los 6 y 24 meses**. Estas tres prácticas son estimuladas por medio de consejerías y sesiones demostrativas de preparación de alimentos entregadas a las madres durante el Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño. Desde el año 2009, el Ministerio de Salud ha modificado la Norma de

¹²Grande 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

atención del niño¹³, incrementando 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, a partir de los 6 meses de edad).

- Desarrollar, con participación de la comunidad y sus autoridades, entornos que contribuyan a facilitar la adopción de prácticas saludables. 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 diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, mediante la aplicación correcta del AIEPI clínico. Desde el 2009¹⁴, en el Perú, con el propósito de reducir la incidencia de las dos enfermedades infecciosas, se introduce dos vacunas una contra el rotavirus (agente causante de la diarrea) y otra contra el neumococo (principal causa de los casos de infección respiratoria aguda). En esta línea el Programa también incluye las acciones de vigilancia de la calidad del agua de consumo y el desarrollo de proyectos de agua y saneamiento básico para las zonas rurales.
- ii) Reducir la prevalencia de la anemia y de las infecciones específicamente en el primer trimestre de embarazo a través de prioritariamente:

- Incrementar el inicio de la atención prenatal con exámenes de laboratorio básicos en el primer trimestre resultado de intensificar la constitución y consolidación de los sistemas de vigilancia comunal.
- Mejorar la calidad de consejería de la Atención Prenatal (APN) que se entrega en establecimientos del primer nivel de atención. Esto incluye la prescripción del sulfato ferroso y del ácido fólico.

Luego de identificar las intervenciones eficaces, se establecen 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

¹³ Resolución Ministerial 610-2007/MINSA. Directiva Sanitaria No 014- MINSA/DGSP V.01. [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM610-2007.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM610-2007.pdf)

¹⁴ Resolución Ministerial 457-2009/MINSA. NTS 080-MINSA/DGSP v.01. Norma Técnica de Salud que establece el esquema Nacional de Vacunación [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM457-2009.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM457-2009.pdf)



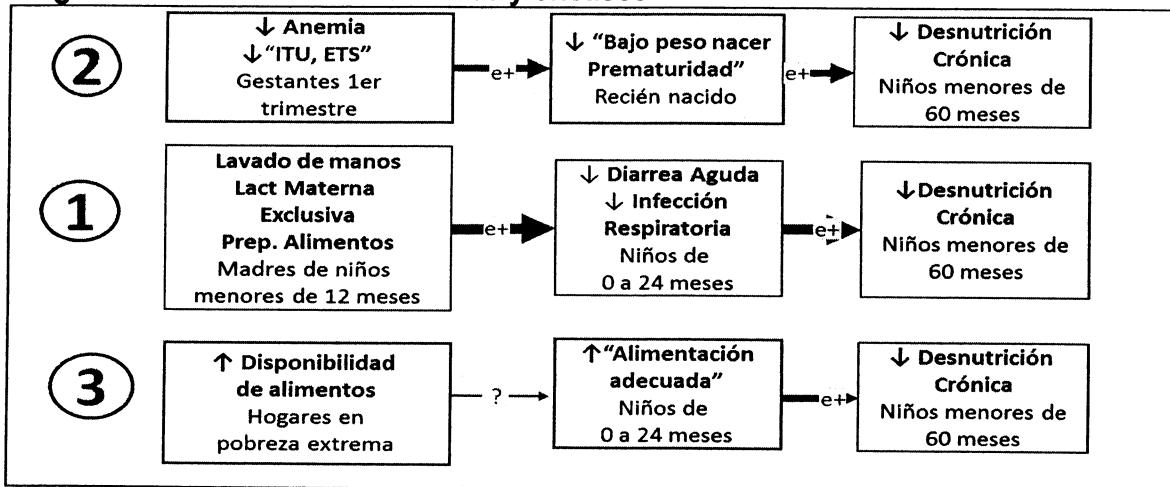


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 según las evidencias y de la revisión de todas las intervenciones que las diferentes instituciones ya realizaban 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 fueron incorporados como parte de las intervenciones del PAN¹⁵, igualmente las sesiones de consejería individual en prácticas saludables fueron incluidas en la atención de control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 24 meses, lo que conllevó a modificaciones en la Norma Sanitaria¹⁶, 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.

¹⁵ Resolución Ministerial 457-2009/MINSA. NTS 080-MINSA/DGSP v.01. Norma Técnica de Salud que establece el esquema Nacional de Vacunación <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM457-2009.pdf>

¹⁶ Resolución Ministerial 610-2007/MINSA. Directiva Sanitaria No 014- MINSA/DGSP V.01. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM610-2007.pdf>

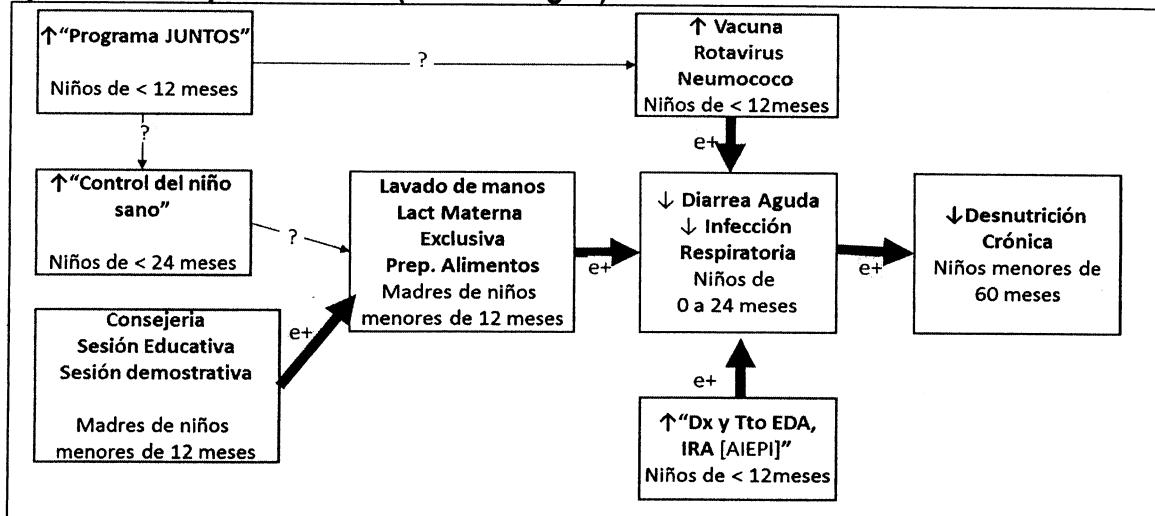




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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.

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.

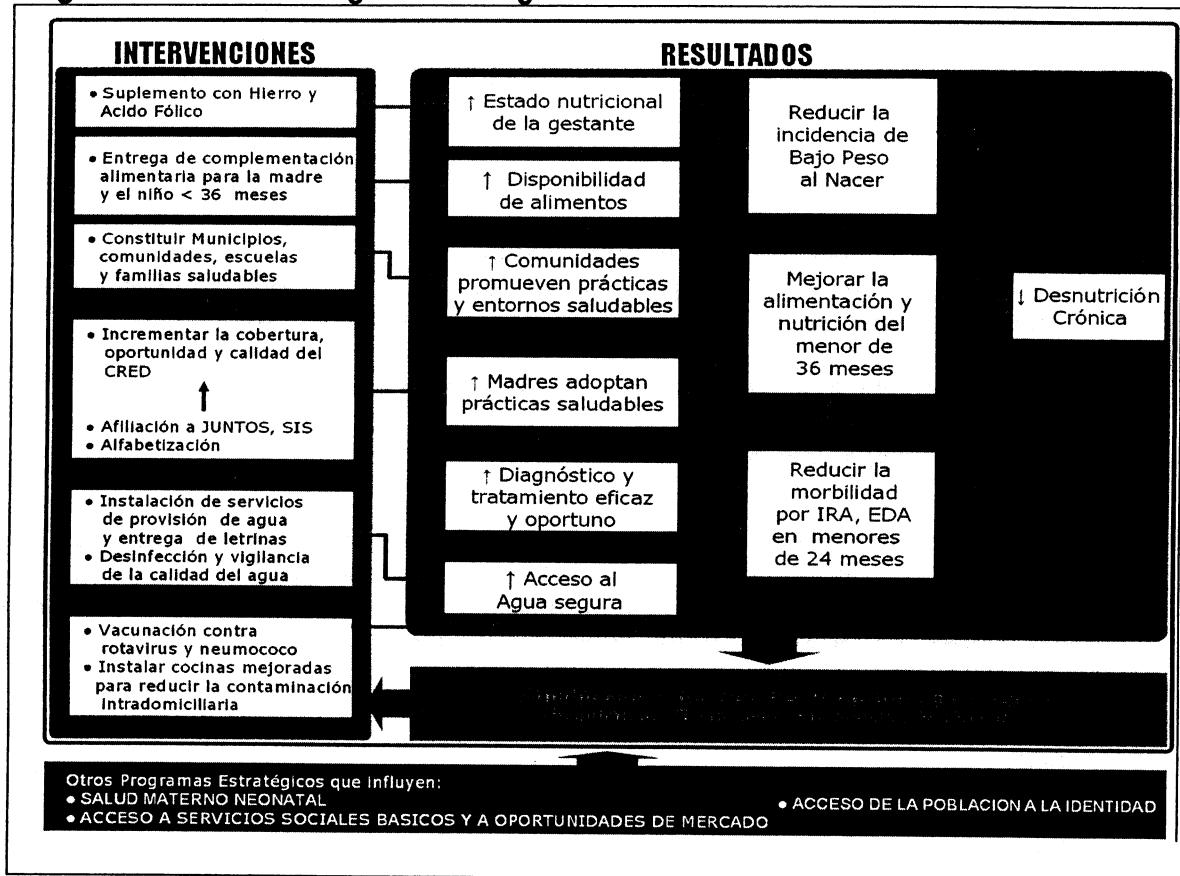




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Figura N°5. Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional



Resultados Esperados

Los resultados que se esperan lograr con la implementación del Programa Articulado Nutricional son los siguientes:

Resultado Final

Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica 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:





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

- 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.

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"**
- 33252. Hogares pobres afiliados al programa JUNTOS*
- 33254. Niños Con Vacuna Completa
- 33255. Niños Con CRED Completo Según Edad
- 33256. Niños Con Suplemento De Hierro y Vitamina A
- 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

- 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

*Productos bajo la responsabilidad de otros sectores (PCM, MIDIS).

Como parte de las modificaciones en la metodología del diseño de los Programas presupuestales en el proceso de formulación del presupuesto del año fiscal 2011¹⁷, se crearon nuevos Programas Presupuestales entre ellos, el Programa 0049: Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres y el 0083: Programa Nacional de Saneamiento Rural, que incluían algunos de los productos que formaban parte del PAN.

Por otro lado como parte del proceso de extinción del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) y la reestructuración del Programa de Nutrición Infantil (PIN), así como en el marco de los Lineamientos para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil aprobada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social –MIDIS, algunos productos que venían siendo ejecutados por este programa dejan de ser intervenciones del Programa Articulado Nutricional a partir del año 2013. A la fecha el Programa Articulado Nutricional tiene 20 productos, todos bajo la responsabilidad del sector salud.

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 PRONAA¹⁸ (hasta el año 2012). En los niveles de Gobierno Regional, los responsables son las Gerencias de Desarrollo Social y las Direcciones de Salud y sus Unidades Ejecutoras, responsables de la administración del presupuesto para que un conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad atiendan a una población determinada. Estas Unidades Ejecutoras tienen áreas técnicas (área de salud materna infantil) y administrativas (Logística, personal, etc).

¹⁷ Directiva N° 001-2011-EF/50.01. Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público 2012.

¹⁸ Según Decreto Supremo N° 007-2012-MIDIS. Se decreta la Extinción del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria – PRONAA y del Programa Integral de Nutrición a partir del 31 de diciembre de 2012.

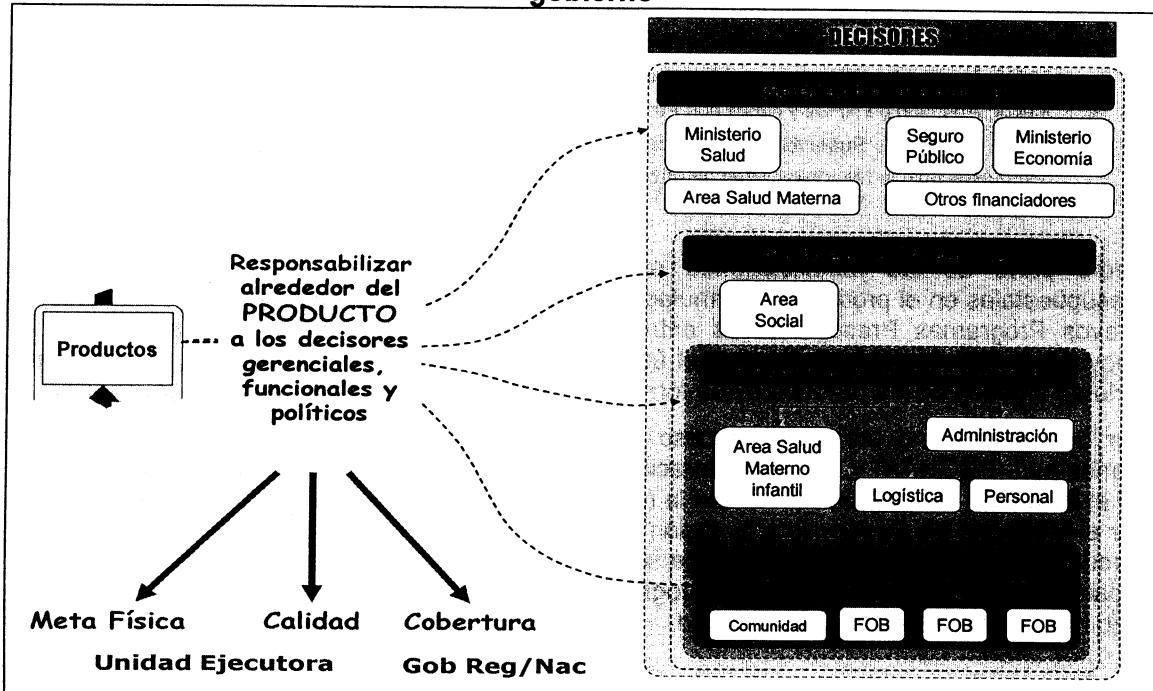




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 2008¹⁹.

Por otro lado están los Gobiernos Regionales que a través de más de 180 Unidades Ejecutoras y de más de 7,500 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 inicialmente.



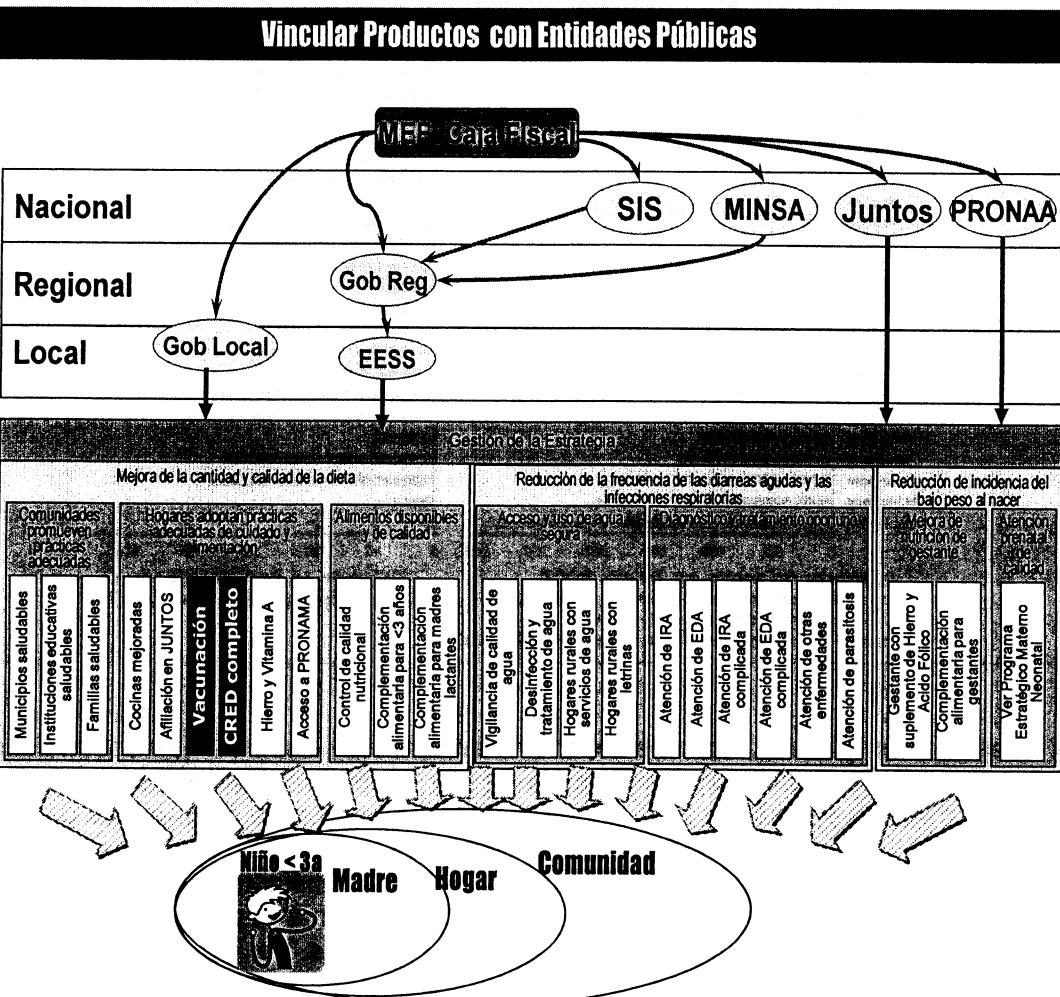
¹⁹Exposición de motivos para el proyecto de ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2008.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Figura N°7 Vinculación de entidades Públicas con los productos



Nota: JUNTOS y PRONAA ya no cuentan con productos incorporados al programa articulado Nutricional.

2. Prioridad y concentración de presupuesto en intervenciones claves

En el año 2009, no obstante que en el diseño del programa se había establecido una 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, por ejemplo en los departamentos de Pasco y Amazonas el presupuesto asignado por niños era inferior a 5 soles, mientras que en departamento como Tacna y Moquegua la asignación para el Programa Articulado Nutricional pasaba de 200 soles por niño, no obstante que en estos departamentos la prevalencia de desnutrición crónica eran las más bajas e inclusive estaban por debajo de la meta nacional establecida para el año 2007. Ver gráfico N° 2.

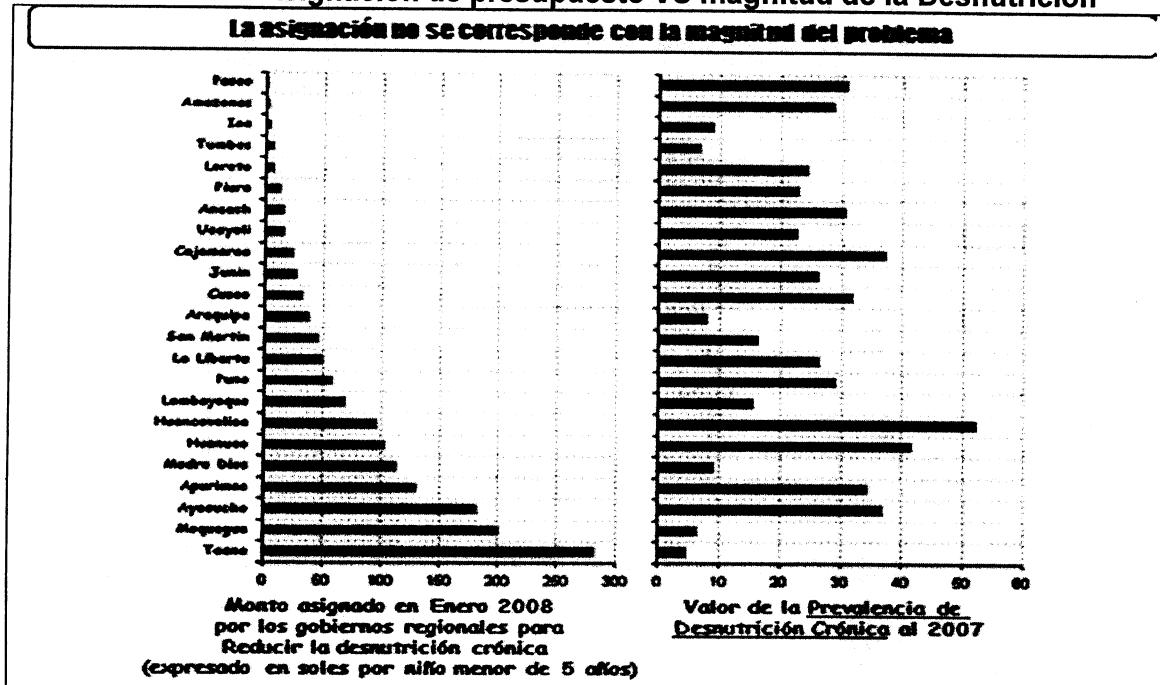




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Grafico N°2. 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 N° 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





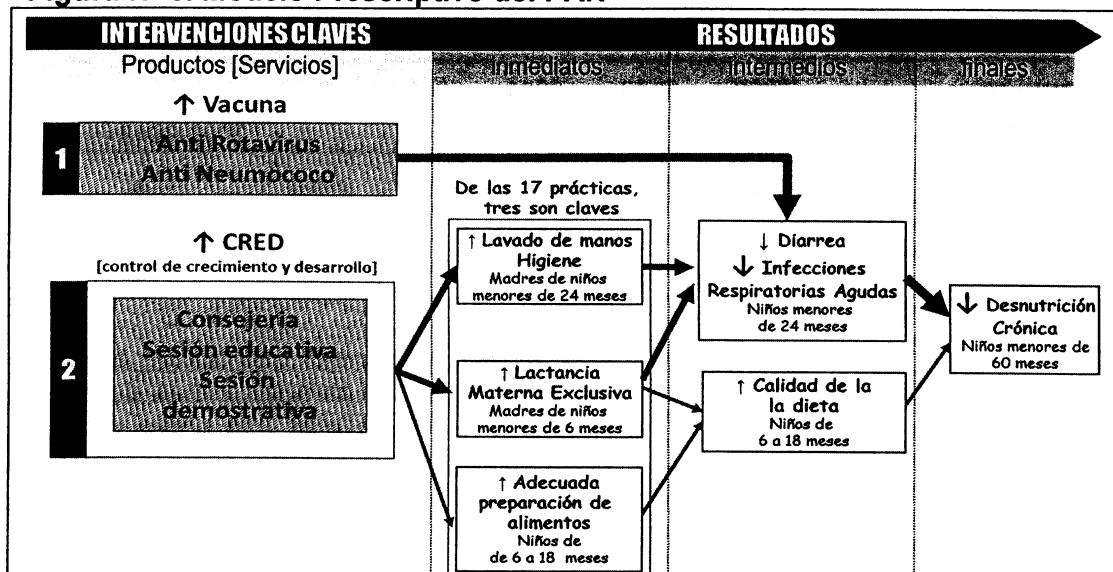
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

40

Ante esta situación, se hicieron 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° 8, 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.

Figura N° 8. Modelo Prescriptivo del PAN



Las coberturas de vacuna contra el Neumococo y Rotavirus para los menores de 12 meses para el año 2009, según el INEI era solo de 25%²⁰, había iniciado como piloto en ese año pero se necesitaba mayor presupuesto para ampliar la cobertura en todo el país. Igualmente los ajustes en las normas de atención del niño menor de 3 años realizadas por el Ministerio de Salud, demandaban mayor presupuesto porque se había incrementado la frecuencia de las atenciones en cada grupo de edad y el tiempo de cada atención, además de incorporar la medición de hemoglobina y examen de parásitos.

Esa necesidad se expresó en la exposición de motivos del proyecto de ley del presupuesto público correspondiente al año fiscal 2010²¹, donde se evidencia la concentración de recurso en 2 intervenciones claves, atención de niños con CRED y con vacunas completas para la edad. 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

²⁰ INEI. Encuesta de Demografía y Salud. http://desa.inei.gob.pe/endeds/images/libro_completo.pdf. Pagina 55

²¹ Ley 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

entrega al MINSA y se condiciona su distribución a la programación por puntos de atención en el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA). El incremento 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.

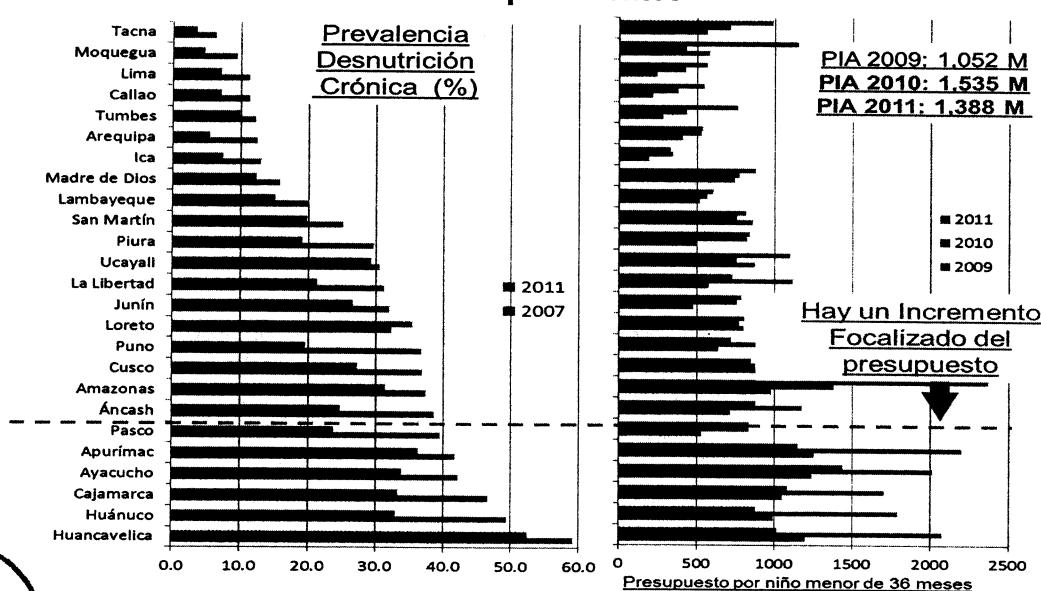
Tabla N° 2. Presupuesto Asignado a 2 intervenciones claves del PAN

Intervención [Producto]	2009	2010	2011	2012	2013	% Variación 2009-2013
33254 Niños con vacuna completa para su edad.	165M	420M	451M	519M	420M	155%
33255 Niños con CRED completo según edad	20 M	86M	110M	197M	177M	785%

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°2 Asignación presupuestal y magnitud de la desnutrición por departamentos



Fuente: BD SIAF. Elaboración propia





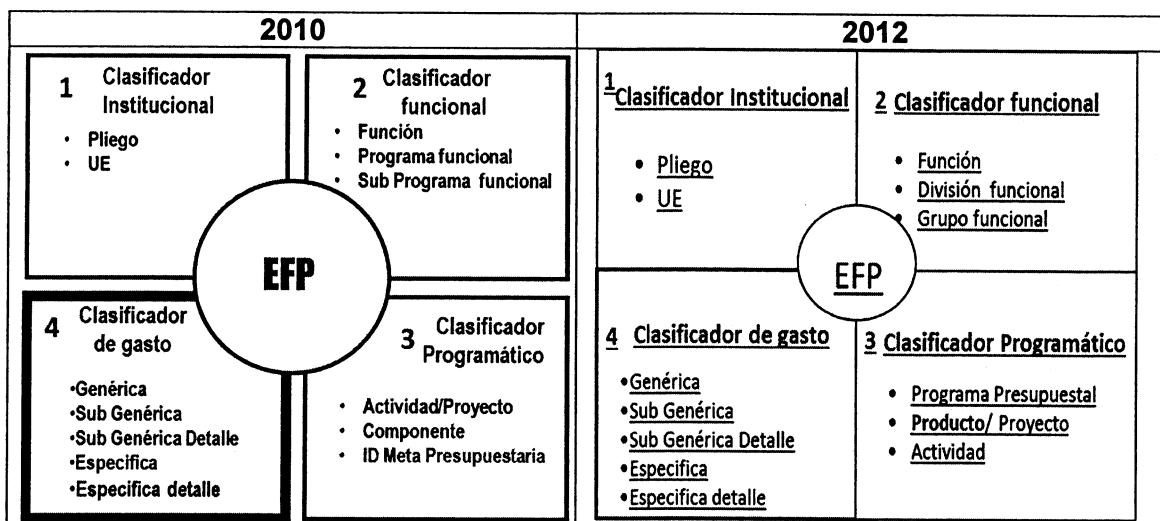
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

3. Reglas de asignación presupuestal para proteger intervenciones claves

Para el 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 Nº 9). Sin embargo si bien 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). Sin embargo es necesario, aplicando similar esquema de gestión presupuestaria, alinear el gasto público hacia las intervenciones más eficaces para alcanzar resultados en la población como la meta de reducir la desnutrición crónica. Esto es posible lograr si a través de normas y directivas de ejecución presupuestal se puede proteger los productos, pero también a través de las decisiones que se toman en los diferentes pliegos.

Figura Nº 9 Estructura Funcional Programática 2010-2012



Por otro lado, si bien para el año 2009 no obstante que las entidades del estado tenían plenamente identificados los productos que estaban bajo su responsabilidad, cuando se analizaba, porqué un mayor presupuesto asignado no se vinculaba con mayor servicio al ciudadano, se observaba que la asignación del presupuesto para los programas presupuestales no se había modificado, seguía siendo como el presupuesto asignado para intervenciones no prioritarias.

La asignación del presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) al pliego (Gobierno Regional, MINSA, etc.) se hace en parte mirando el presupuesto histórico,





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 observaban al menos cuatro razones de porque el servicio CRED o vacuna no se incrementaba, no obstante una mayor asignación presupuestal:

- El presupuesto solicitado por las Unidades Ejecutoras es histórico y frecuentemente 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. Las modificaciones presupuestales solo se permiten cuando se ha cumplido con la meta establecida para el producto^{22,23}.
3. La asignación adicional está sujeto al cumplimiento de condiciones. Desde el proceso de formulación del presupuesto del año 2009 a la fecha, se ha consignado el adicional de presupuesto para los Gobiernos Regionales el Presupuesto del MINSA para luego ser transferidos sujeto al cumplimiento de ciertas condiciones como la programación por punto de atención, la información referida a la disponibilidad de recursos humanos y equipos por punto de atención.

²² Ley 29465. Ley Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2010. Artículo 80.

²³ Ley 29951. Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2013. Artículo 80





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

4. Todos los presupuestos formulados en otras cadenas programáticas para la adquisición de insumos y bienes de capital directos relacionados a los dos productos se han reasignados dentro de los programas presupuestales.

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

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 7500 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 21 productos del PAN ha aprobado definiciones operacionales de los productos mediante Resolución Ministerial²⁴ 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 final (establecimiento de salud), la receta es la misma aunque con pequeñas variaciones según la realidad local (ajustado localmente), debiendo por tanto ser articulada por los responsables de los productos 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 y el Instituto Nacional de salud, establecen el modelo operativo de los productos que tienen bajo su responsabilidad, ello implica la descripción detallada de las intervenciones y el estándar de calidad de los mismos, así como los criterios de programación para establecer la meta física (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 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.

²⁴Resolución 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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° 10).

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 un presupuesto inicial sobre la base del Presupuesto de la entidad correspondiente al año anterior y luego un presupuesto adicional después que las entidades sustentan su presupuesto y debería responder a la programación operativa que hacen las entidades. Después del proceso de formulación el Ejecutivo envía el proyecto de ley al Congreso de la República. 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. Luego de ello, es responsabilidad de cada entidad evaluar además del porcentaje de presupuesto ejecutado, si este efectivamente se ha gastado 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 capital ya instalados en las diferentes dependencias de la institución y con personal nombrado que ya tiene asegurado presupuesto público a través de las planillas. A partir de estos datos es posible determinar el stock de personal y de activos fijos por





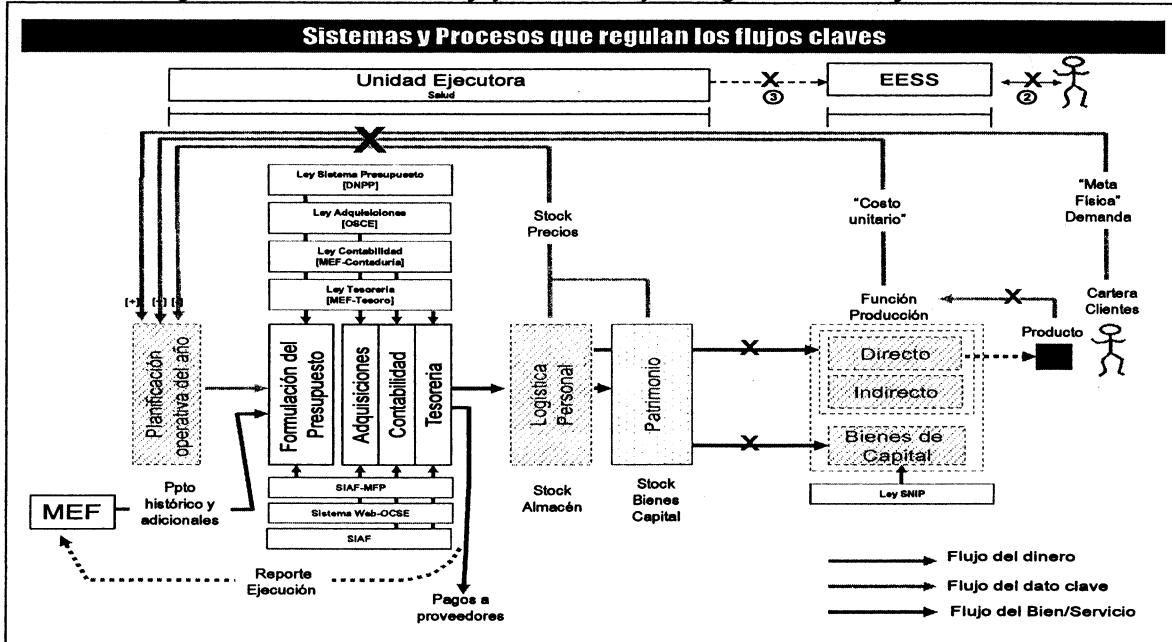
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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

Figura N° 10 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 y equipos, pero también del presupuesto asignado para el personal incorporado en la planilla de la entidad. 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, la brecha de equipamiento para cada establecimiento según el estándar aprobado para cada categoría y también identificar la cantidad de equipos que a veces se dispone en



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

exceso como consecuencia 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 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 a partir del año 2011 lo cual se ha mantenido incorporándose nuevas ejecutoras y establecimientos de salud que se han ido creando a lo largo de estos años. 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).



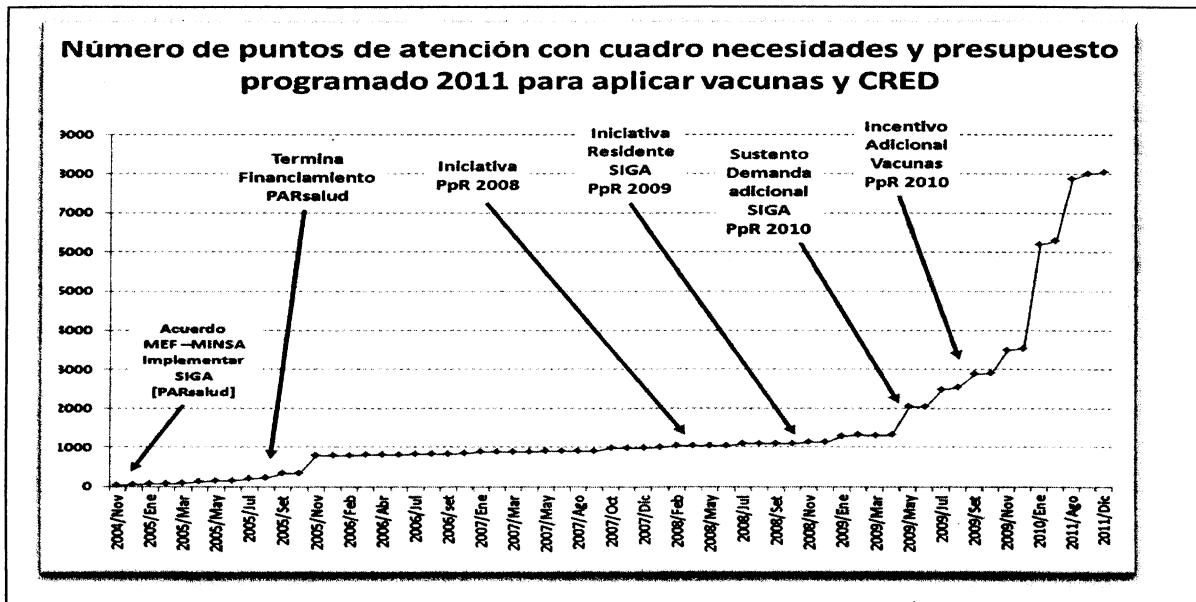


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

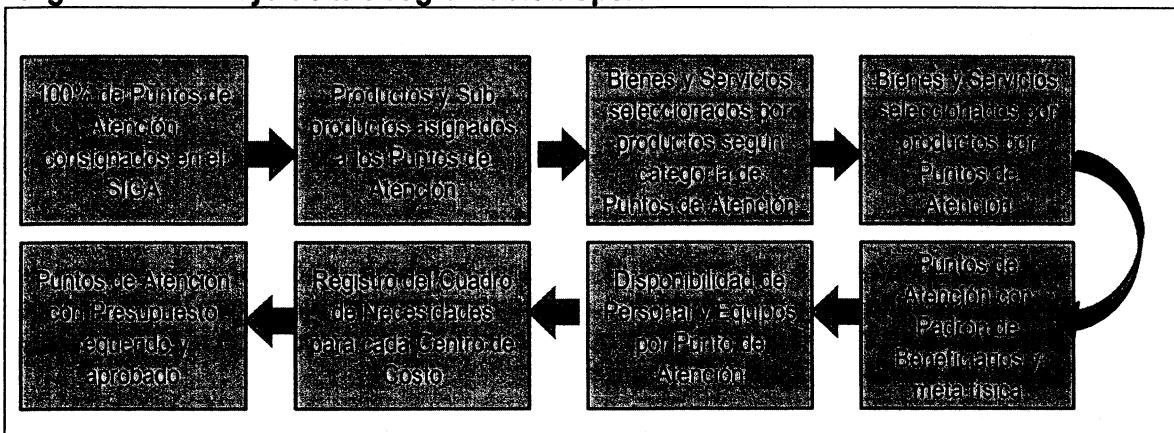
36

Figura N° 11. Evolución del número de puntos de atención que programan sus necesidades utilizando el aplicativo SIGA- (SIP PPR).



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

Figura N° 12. 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.





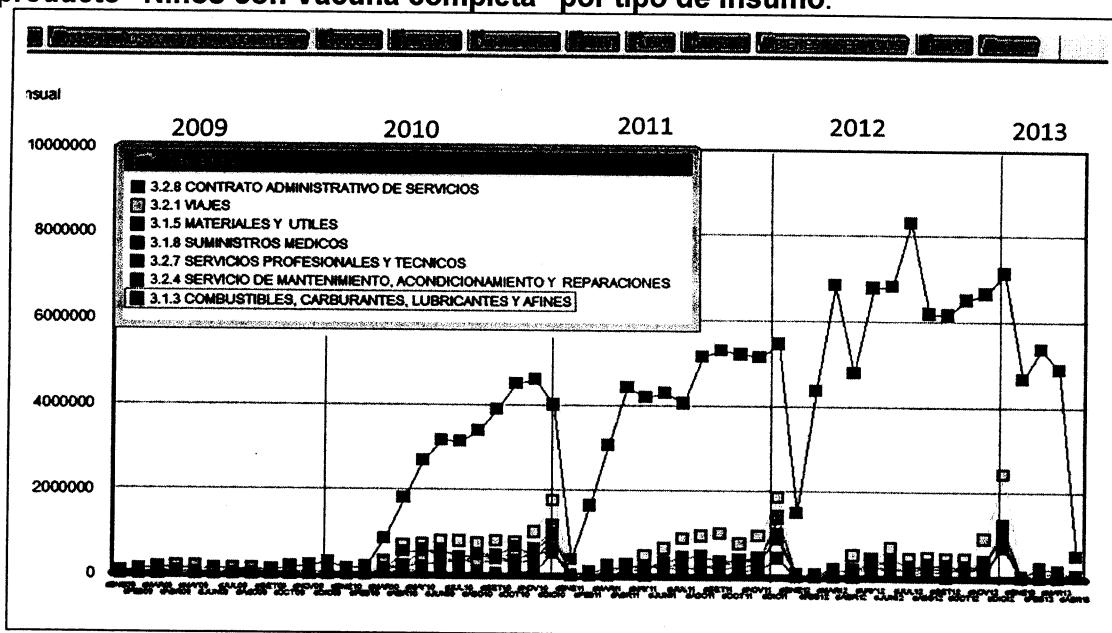
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Desde el año 2010 se han incrementado el número de unidades ejecutoras que utilizan SIGA en la programación del presupuesto por punto de atención (establecimientos de salud) e igualmente el número de puntos de atención para los que se registra información de personal y de patrimonio.

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° 13. Distribución del presupuesto asignado por los pliegos regionales al producto “Niños con Vacuna completa” por tipo de insumo.



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 períodos 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.





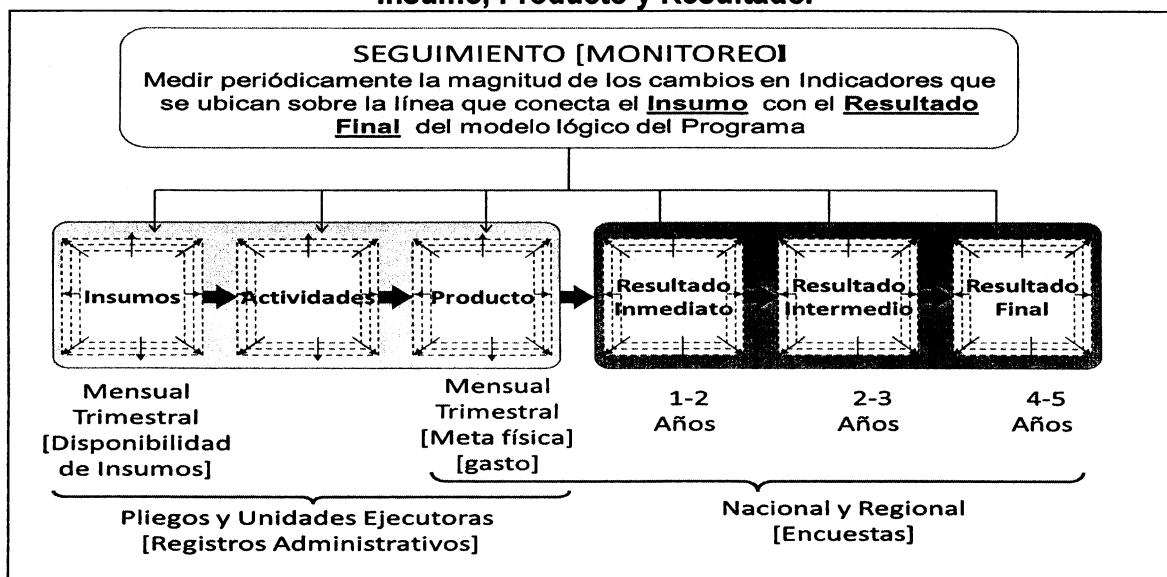
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

35

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° 14 se observa la conexión entre los indicadores de insumos, productos y resultados.

Figura N° 14. 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 años, el resultado intermedio es Reducir los casos de niños con diarrea y Neumonía por estar directamente relacionados a la Desnutrición crónica, algunos de los resultados inmediatos son incrementar el número y la proporción de madres que adoptan prácticas de lavado de manos y la proporción de niños menores de 6 meses con la lactancia materna exclusiva.

Por otro lado son indicadores de producto, incrementar la cobertura del servicio de control de crecimiento y desarrollo (CRED) y de las vacunas. El incremento conlleva además de una mayor cobertura es decir mayor proporción de niños que reciben los productos, un mayor número de atenciones de CRED por niño y mayor número de vacunas (se agrega vacunas contra el neumococo y rotavirus) al 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



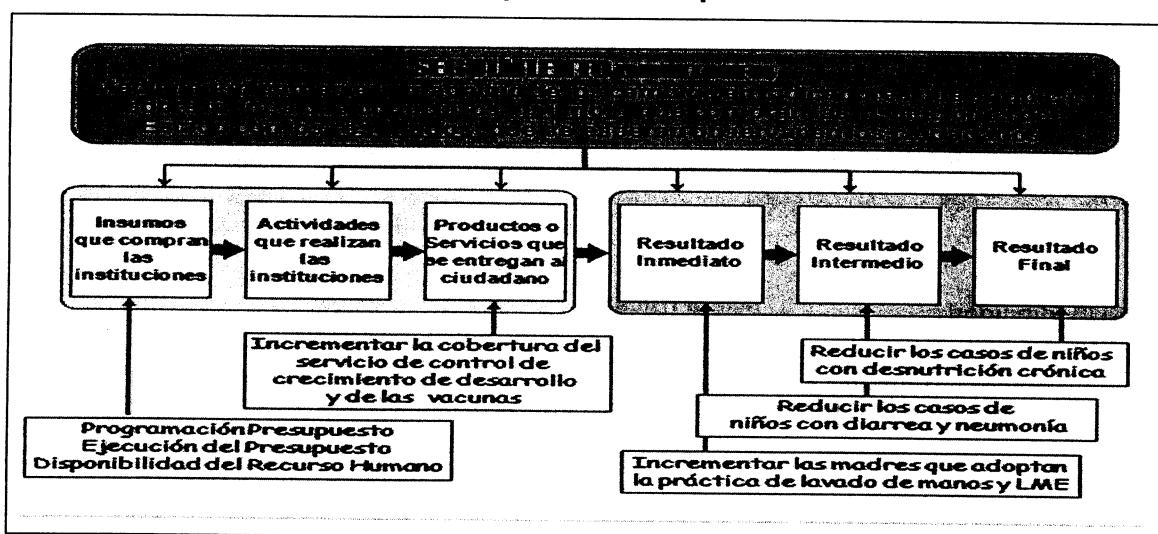
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

ello se entiende que los insumos deben estar disponibles (stock suficiente) en los puntos de atención (establecimientos de salud) para garantizar la entrega oportuna del producto. Por ejemplo en un hospital donde todos los días nacen niños, antes del alta deben recibir las vacunas, pero si estas no están disponibles el niño perderá la oportunidad de tener vacuna completa para la edad. Igualmente el niño puede acudir al establecimiento a recibir su vacuna, pero por falta de una cadena de frío o por falta de la enfermera que aplique la vacuna este no recibe la vacuna, entonces por falta de disponibilidad de insumos críticos se puede afectar la cobertura de productos.

En la figura N° 15 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° 15. Conexión entre medición de la disponibilidad de insumos y los cambios esperados en la población



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

El Sistema Integrado de administración Financiera (SIAF), provee información utilizada en el proceso presupuestario y es administrativa por el Ministerio de Economía y Finanzas. Está instalado en más de 2000 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



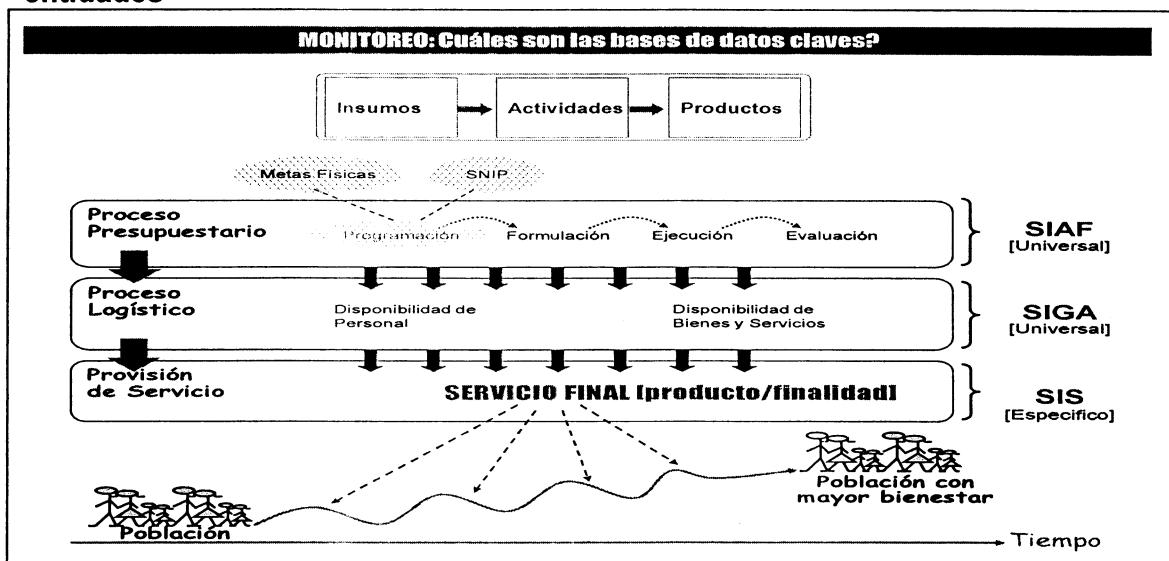
**"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
 "AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"**

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° 16 se muestra el esquema de datos claves y proceso donde se debe hacer seguimiento de indicadores de insumos y productos.

Figura N° 16. Seguimiento de indicadores en registros administrativos de las entidades



Un aspecto importante del Monitoreo y Supervisión ha sido el incorporar en los sistemas administrativos del MEF, del MINSA y del SIS el uso de códigos estándares de puntos de atención como es el Registro Nacional de establecimientos de Salud (RENAES), de ubicación de estos (UBIGEO), de identificación de usuarios y de responsables de la atención (DNI). A partir de ello es posible cruzar información de los diferentes registros administrativos y contar con información en bases de datos analíticas con múltiples dimensiones de análisis. Así por



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

**"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"**

ejemplo a partir de los registros del Seguro Integral de Salud se dispone de información referida a la cobertura de productos claves (CRED, suplemento de hierro) en niños asegurados al SIS, por grupo de edad, por departamento, provincia, distrito y por grupos de edad y para ámbitos seleccionados. Igualmente a partir del SIGA se puede obtener la información referida a la disponibilidad de insumos (personal y equipos por puntos de atención) en establecimientos de salud de ámbitos seleccionados y a partir de la base de datos del SISMED (Sistema Integrado de suministros de medicamentos) la disponibilidad de insumos (vacunas, suplemento de hierro) críticos en establecimientos de distritos priorizados o por categorías de establecimiento de salud.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

33

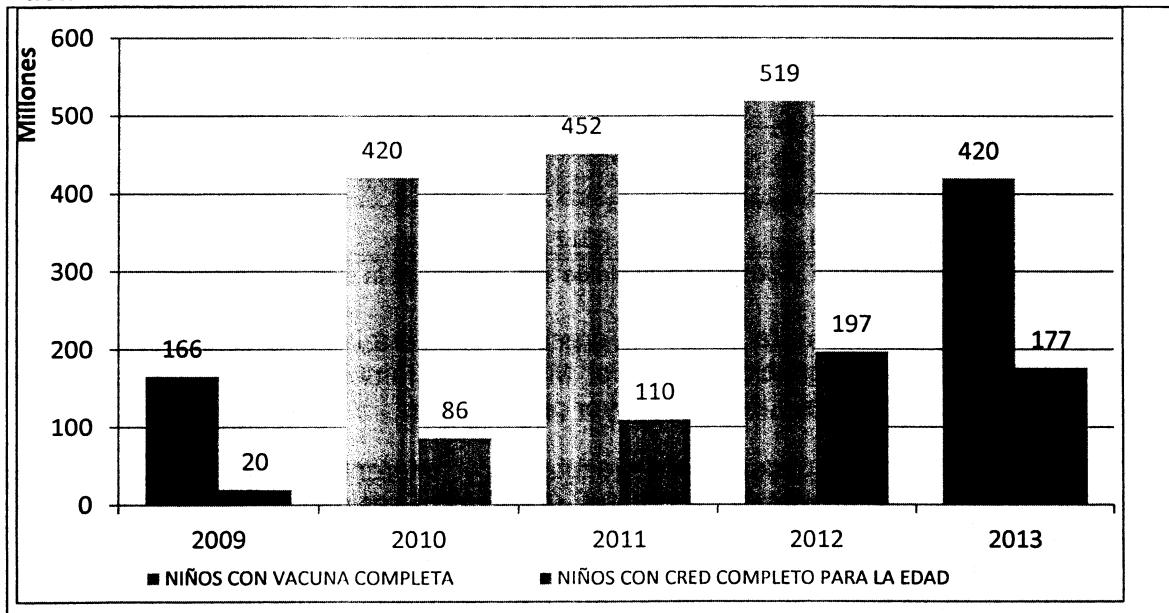
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

II.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. En el 2013 también se observa que el presupuesto asignado a ambas intervenciones sigue siendo importante, la diferencia respecto al 2012 se debe a que en ese año se incrementó presupuesto para la adquisición de activos o bienes de capital para el fortalecimiento de la cadena de frío en los establecimientos de salud.

Gráfico N°3. Evolución del Presupuesto asignado a 2 intervenciones claves del PAN



Elaboración propia. Fuente: PIA2009-2013. <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.

Entre los años 2009 y 2010, el 40% del presupuesto asignado correspondía a hogares pobres afiliados al Programa JUNTOS, que disminuyó para el 2011 y desde el año

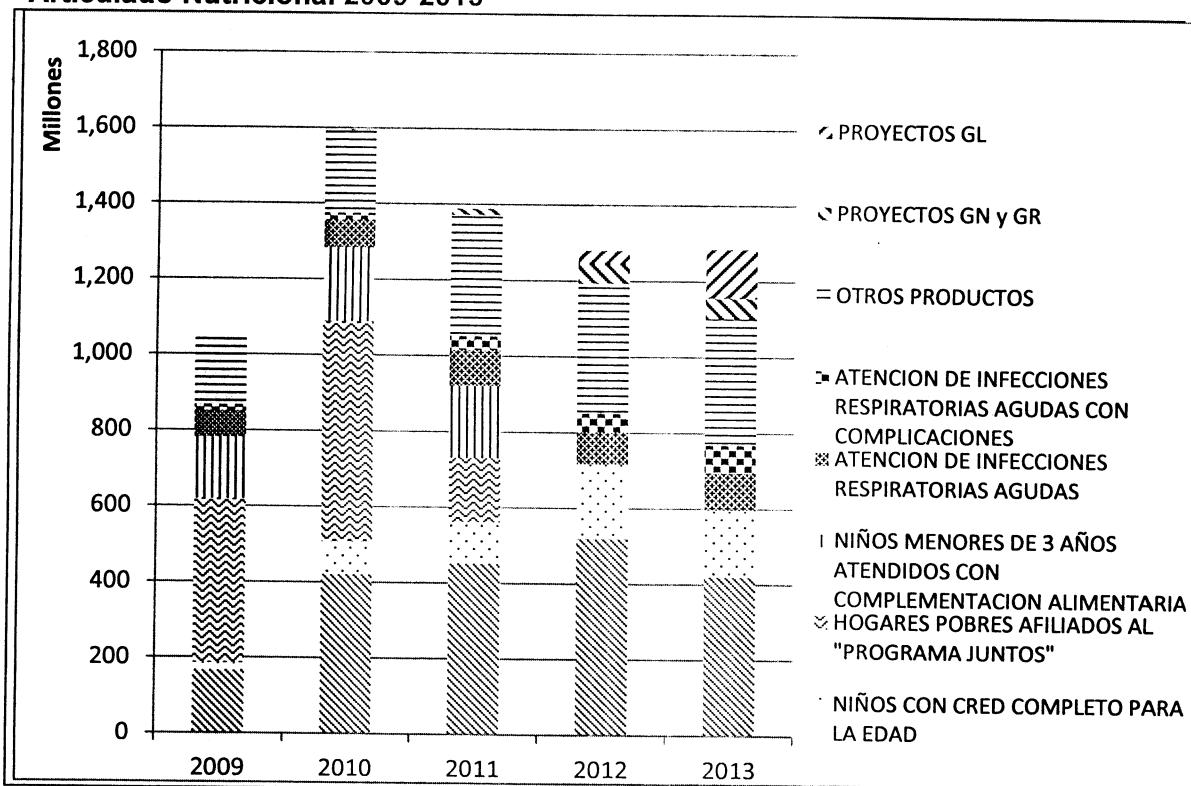


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

2012 este producto forma parte de otro programa. 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, 2012 y 2013. Del mismo modo el producto Niños con CRED completo ha pasado de ser el 2% del presupuesto a 13% en el año 2011 y el 20% para los años 2012 y 2013 (ver gráfico N° 04).

Gráfico N°04 Distribución del Presupuesto por productos del Programa Articulado Nutricional 2009-2013



Elaboración propia. Fuente: MEF. Consulta amigable de seguimiento de la ejecución del gasto.

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.

Hasta el año 2011 el presupuesto, era ejecutado por diferentes pliegos del Gobierno nacional, entre ellos 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. A partir de la directiva de formulación del presupuesto para el año 2012, los productos ejecutados por la PCM y el MIDIS ya no forman parte del PAN.

El presupuesto del PAN se incrementa además de las asignaciones adicionales por parte del MEF, debido a que todas las instituciones especialmente de los Gobiernos Regionales priorizaron mejor sus intervenciones. El 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.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

32

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

El presupuesto asignado para el programa Articulado Nutricional, se ejecuta en los diferentes niveles de gobierno. El presupuesto asignado es mayor en el Gobierno Nacional en los diferentes pliegos, especialmente en los pliegos de la PCM y en el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social que en conjunto en el año 2009 fue de 649 mil nuevos soles, mientras que el MINSA asignó 280 mil nuevos soles y los Gobiernos Regionales en conjunto 126 mil nuevos soles. Desde el 2010 la composición del presupuesto asignado por los diferentes pliegos fue variando, se ha ido incrementando progresivamente en el MINSA y en los Gobiernos Regionales y locales. A partir del año 2010 el MINSA y sus OPD habían duplicado su presupuesto y en el 2013 triplicado respecto al 2009 y de la misma forma los Gobiernos Regionales, mientras que la PCM ha ido reduciendo su presupuesto asignado de tal manera que en el año 2011 su presupuesto asignado representó el 40% del presupuesto del 2009, esto debido a una mejor identificación de hogares con niños menores de 3 años. El presupuesto asignado en los Gobiernos regionales se ha incrementado desde 126 millones en el 2009 a 483 millones en el año 2012 y 612 millones en el 2013, lo que ha significado pasar de ser 12% en el 2009 a 50% en el 2013 del total de presupuesto asignado al PAN. Desde el año 2011 los Gobiernos locales también asignan parte de su presupuesto al PAN, ello representa para el año 2013 el 10%.

Tabla N°3. Presupuesto asignado por sectores para el Programa Articulado Nutricional 2009-2013

Sectores	PIA 2009	PIA 2010	PIA 2011	PIA 2012	2013
01 PCM y OPDs	433,027,586	582,430,671	171,367,904	00	0
01 Ministerio Salud y OPDs	280,225,979	549,346,700	576,931,403	762,651,136	543,685,507
01 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y OPDs	213,195,235	266,602,691	281,495,048	00	0
02 Gobierno Regional	126,505,321	196,094,812	354,807,244	483,372,456	612,068,577
03 Gobierno Local	00	00	3,664,415	34,606,236	129,658,655
Total Programa	1,052,954,121	1,594,474,874	1,388,266,014	1,280,629,828	1,285,412,739

*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 la fuente Recursos Ordinarios, que asciende a 1,046 millones en el 2009, 1,190 millones en el 2012 y 1,120 millones en el 2013 y representa el 85% del presupuesto total del programa.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N°04. Distribución del Presupuesto asignado al Programa Articulado nutricional por fuentes de financiamiento 2009-2013.

FUENTES	PIA 2009	PIA 2010	PIA 2011	PIA 2012	PIA 2013
1: Recursos Ordinarios	1,046,057,795	1,585,740,409	1,363,445,086	1,190,595,750	1,120,801,115
2: Recursos Directamente Recaudados	6,896,326	8,734,465	12,345,898	15,302,322	21,571,044
3: Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito	0	0	4,513,140	6,991,685	2,400,069
5: Recursos Determinados	0	0	7,961,890	67,740,071	140,640,511
Total Programa	1,052,954,121	1,594,474,874	1,388,266,014	1,280,629,828	1,285,412,739

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

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 1,09 millones de soles en el 2009 a 518 millones a mayo del 2013, mientras que el presupuesto modificado de los Gobiernos Regionales pasa de 208 millones en el 2009 a 750 millones a mayo del 2013. 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 36% en el año 2012.

Tabla N°05. Distribución del Presupuesto para el Programa Articulado Nutricional por Niveles de Gobierno 2009-2013.

Niveles de Gobierno	PIM 2009	PIM 2010	PIM 2011	PIM 2012	PIM 2013*
Gobierno Nacional	1,088,802,031	1,376,901,521	1,006,352,604	835,021,752	517,994,230
Gobiernos Regionales	208,215,310	366,631,051	562,885,289	861,961,510	750,828,631
Gobiernos Locales	0	0	58,607,727	796,764,892	184,641,417
Total Programa	1,297,017,341	1,743,532,572	1,627,845,620	249,3748,154	1,453,464,278

*Al 8 de Mayo 2013. 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 OMS de 28.5 a 18.1 entre los años 2007 y 2012 y según el patrón de referencia de la NCHS de 22.6 a 13.5. Estos datos expresan que ya se ha cumplido la meta del milenio. Entre estos años se ha reducido la brecha urbana y rural según patrón de referencia de la OMS, de 30 a 21 entre el 2007 y 2012.

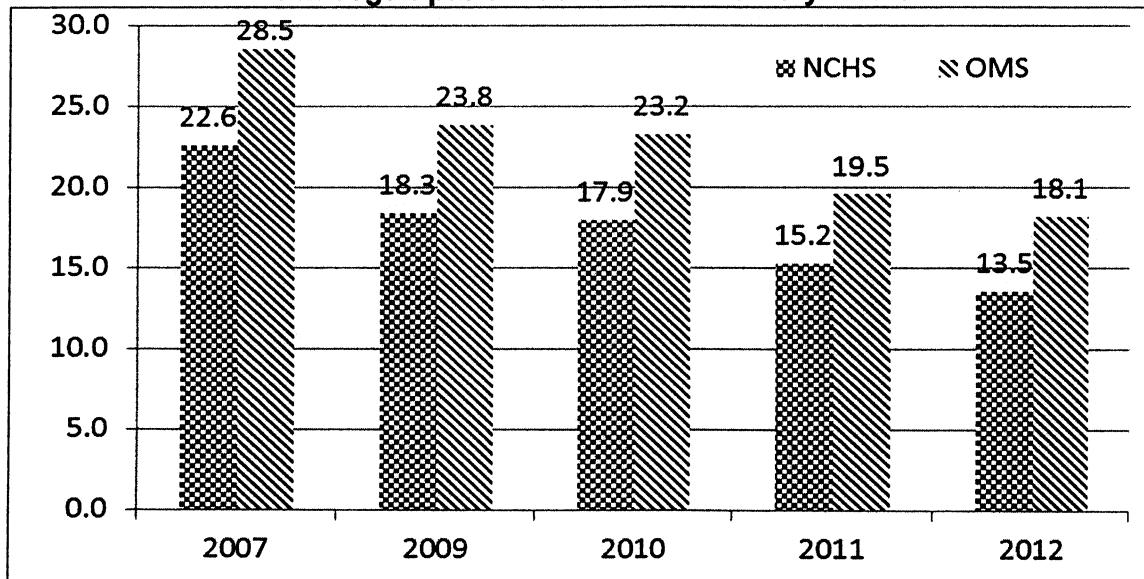




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

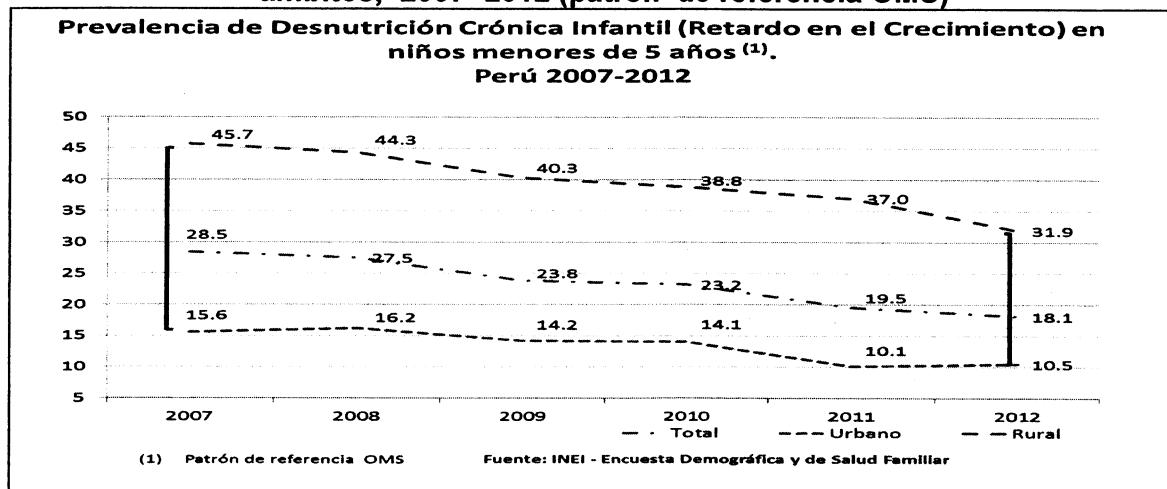
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Gráfico N°05. Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica 2007-2012 según patrón de referencia OMS y NCHS



Fuente: INEI. Encuesta ENDES 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012.

Gráfico N°06. Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, según ámbitos, 2007- 2012 (patrón de referencia OMS)



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

Cuando comparamos el promedio nacional y ámbitos seleccionados, se observa que hay una reducción importante en la proporción de niños con DCI en todos los ámbitos, sin embargo las brechas aún persisten. Así en el año 2012, en el Perú 1 de cada 5 niños menores de 5 años tienen DCI, en el ámbito rural 1 de cada 3 niños, en el urbano 1 de cada 10 niños y en Lima metropolitana 1 de cada 20 niños. Es decir la probabilidad de tener DCI en el ámbito rural es 7 veces más para un niño de Lima Metropolitana.

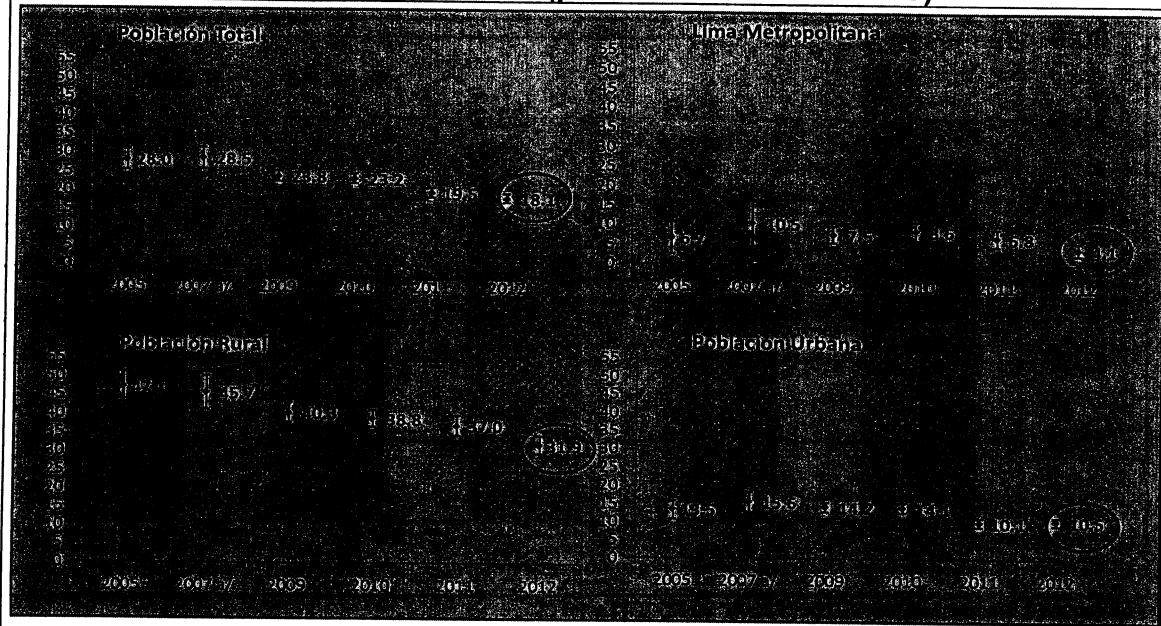




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Gráfico N°07. Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, según ámbitos, 2007- 2012 (patrón de referencia OMS)



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

La reducción de la prevalencia de desnutrición crónica infantil respecto al año 2007 se da en todos los departamentos a excepción de Loreto. En el año 2007, 5 departamentos tenían una proporción de niños menores de 5 años con DCI mayor a 40%, eso se ha reducido a un departamento, 14 tenían valores mayores a 30% el mismo que se ha reducido a 6. Hay una mayor reducción en Huánuco, Pasco, Puno y Ancash. En el 2012, Huancavelica, seguido de Cajamarca, Apurímac y Loreto son los departamentos con mayor prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil. Huánuco de ser el segundo departamento con mayor proporción de niños con DCI en el 2007 ha pasado a ocupar en el 2011-2012 al séptimo lugar, mientras que Loreto de ocupar el undécimo lugar en la proporción de niños con DCI ha pasado a ocupar en el 2011-2012 el tercer lugar en la proporción de niños con DCI.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N° 06. Proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, a nivel regional (patrón de referencia OMS).

Departamento	2007 a/	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Amazonas	37.4	25.2	27.5	29.2
Ancash	38.6	28.6	26.9	24.6
Apurímac	41.7	38.6	39.3	32.2
Arequipa	12.4	12.3	9.0	7.3
Ayacucho	42.2	38.8	35.3	29.5
Cajamarca	46.6	40.5	37.6	34.2
Cusco	36.9	35.4	29.9	24.3
Huancavelica	59.2	54.6	54.2	50.1
Huánuco	49.4	37.4	34.3	30.9
Ica	13.0	10.3	8.9	7.7
Junín	31.9	30.4	26.7	24.4
La Libertad	31.2	26.1	23.2	20.9
Lambayeque	20.1	17.8	16.2	14.0
Lima	11.4	8.9	8.0	6.3
Loreto	32.3	31.0	34.2	32.3
Madre de Dios	15.7	11.9	11.9	12.1
Moquegua	9.5	5.7	5.7	4.4
Pasco	39.5	32.6	24.8	26.0
Piura	29.6	22.9	20.9	21.6
Puno	36.7	25.5	21.5	20.0
San Martín	25.1	26.8	22.8	16.8
Tacna	6.3	3.0	3.7	3.1
Tumbes	12.2	12.8	11.0	10.1
Ucayali	30.5	31.6	31.4	24.7

Fuente: INEI. Encuesta ENDES. a) 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, 2010-2011 y 2011-2012.

En el siguiente gráfico se pueden mostrar los cambios en los resultados departamentales. En el 2007, 4 departamentos tenían una proporción de niños con DCI mayor a 40% en el 2012 solo Huancavelica a pesar de haber disminuido en 8 puntos sigue ubicándose en ese lugar, siendo el departamento con mayor proporción de niños con Desnutrición Crónica mientras que departamentos como Cajamarca, Huánuco, Ayacucho y Apurímac han reducido la tasa de niños con DCI y cambian de estrato. Del mismo modo en el 2007 solo 2 departamentos (Tacna y Moquegua) tenían una tasa de niños con DCI por debajo de 10% en el 2012 6 departamentos de la costa se ubican en este estrato por tener tasas menores a 10%.

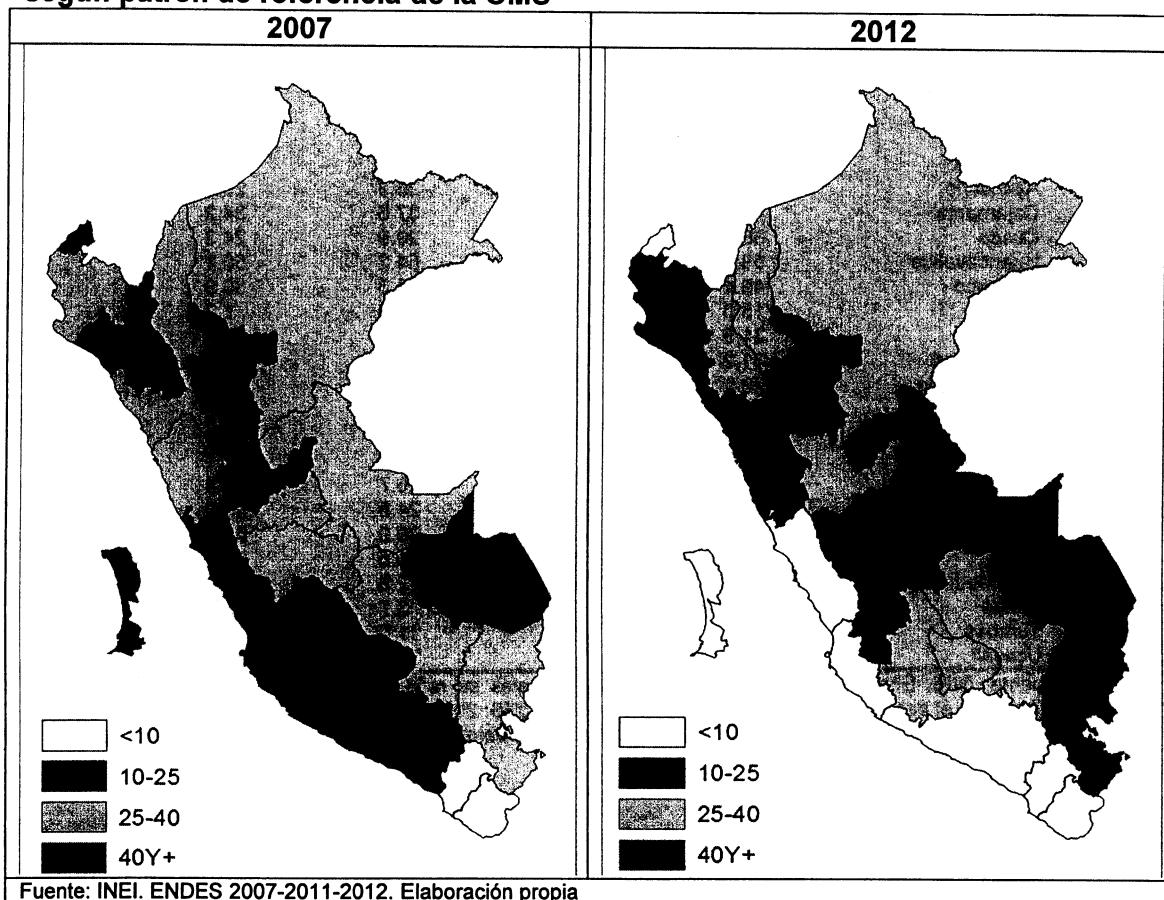




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Grafico N° 08. Proporción de niños con Desnutrición Crónica Infantil 2007-2012, según patrón de referencia de la OMS



Lactancia Materna exclusiva

La proporción de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses se mantiene alrededor del 67%, sin cambios importantes en los últimos años. El promedio de meses de duración de la lactancia materna exclusiva en el año 2012 es de 4.1 meses mientras que en el año 2009 fue de 4.4, siendo mayor en la zona rural (5.2) que la urbana (3.5)²⁵.



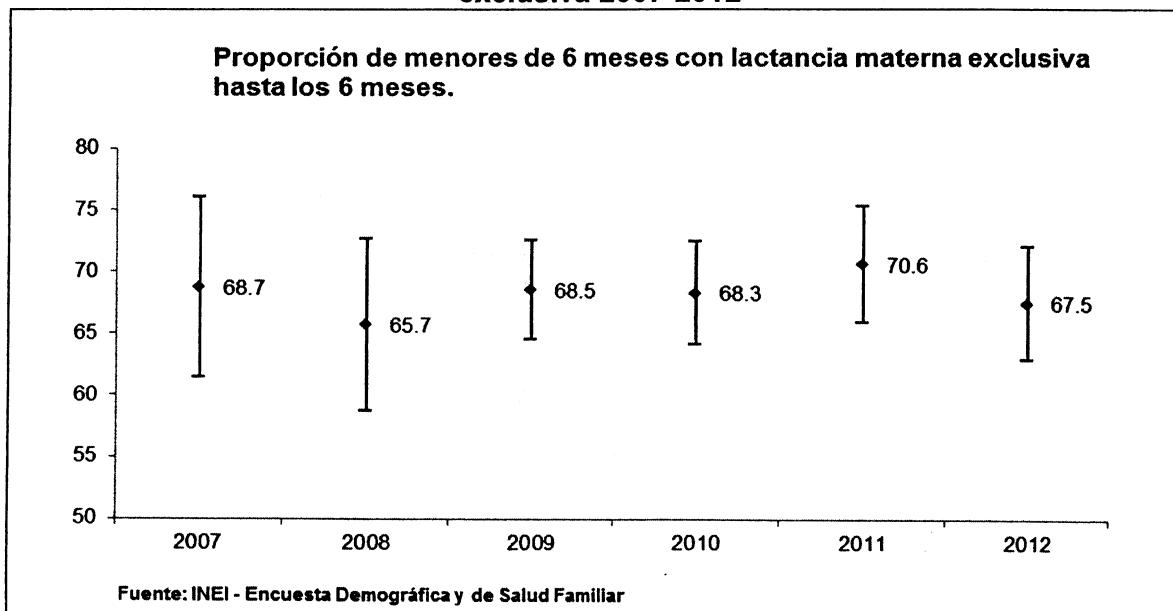
²⁵INEI. ENDES 2012



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

“DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ”
“AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA”

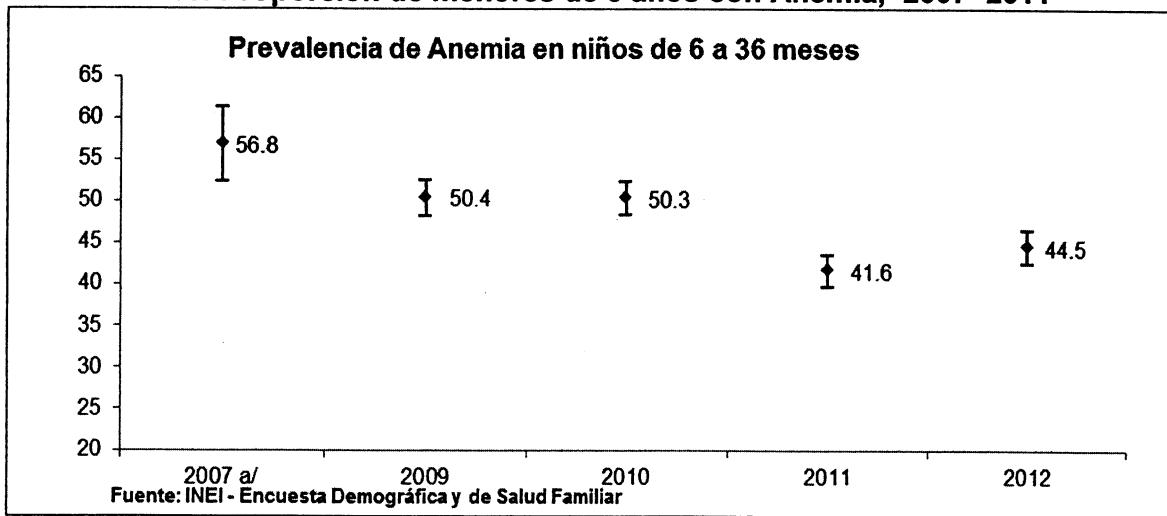
Gráfico N°09. Proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva 2007-2012



Prevalencia de Anemia en niños menores de 36 meses

Otro resultado relacionado a las mejores prácticas en el cuidado de los niños y niñas es la reducción de la anemia en los niños menores de 36 meses. En el gráfico N° 10 se observa una reducción en la prevalencia de anemia en niños menores de 3 años entre los años 2007 y 2011 en 15 puntos porcentuales, sin embargo en el 2012 se observa un ligero incremento respecto al 2012 aunque no significativo.

Gráfico N°10. Proporción de menores de 3 años con Anemia, 2007- 2011





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

La proporción de niño/as con anemia en el 2012 respecto al 2007 se ha reducido en casi todos los departamentos excepto en Amazonas y en Ucayali, donde se aprecia un incremento no significativo. En los departamentos de Ayacucho, Huancavelica y la Libertad se observa un incremento en la proporción de niños con anemia respecto al 2011. En 12 departamentos la prevalencia de niños con anemia es mayor al 50%.

Tabla N°07. Prevalencia de Anemia en Niños menores de 36 meses por departamento 2007-2012

Departamento	2007 a/	2009	2010	2011	2012
Amazonas	48.5	52.9	52.7	41.7	50.7
Áncash	54.1	52.6	57.7	42.2	37.7
Apurímac	64.2	66.1	61.9	47.4	47.4
Arequipa	50.6	59.0	44.5	36.7	44.1
Ayacucho	64.6	54.4	52.9	41.5	56.2
Cajamarca	54.2	41.3	59.8	45.0	43.9
Cusco	73.1	76.3	58.6	64.1	50.7
Huancavelica	66.9	68.3	71.5	48.7	64.3
Huánuco	55.4	53.1	66.5	53.3	50.9
Ica	50.6	44.9	54.0	46.8	39.9
Junín	58.2	60.5	41.4	57.2	40.1
La Libertad	57.8	49.0	46.6	32.4	50.0
Lambayeque	55.4	30.8	32.2	44.8	38.3
Lima	51.0	43.0	41.5	27.5	34.9
Loreto	59.6	45.2	55.9	55.5	57.3
Madre de Dios	64.2	53.4	58.3	59.2	59.4
Moquegua	56.2	58.3	42.4	45.4	37.9
Pasco	65.5	66.6	55.5	53.2	55.4
Piura	49.3	46.4	36.8	36.6	41.2
Puno	78.5	72.7	78.1	71.1	73.7
San Martín	54.1	32.3	44.8	33.5	38.8
Tacna	51.6	48.6	52.6	48.5	35.8
Tumbes	58.2	50.8	54.3	40.5	50.3
Ucayali	49.9	64.1	65.3	49.5	54.8

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

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 prevalencia de infecciones respiratorias agudas en los 15 días previos a la encuesta. En el siguiente gráfico se puede observar que entre los casos reportados para el año 2007 y para el 2012, se observa una reducción de 10 puntos, la reducción tiene una tendencia positiva.

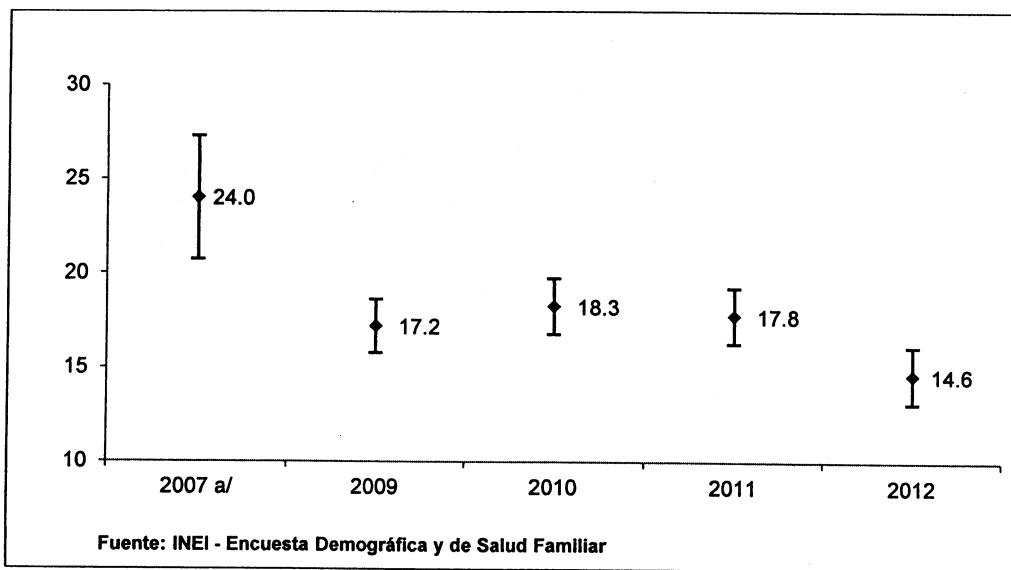




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Gráfico N°11. Proporción de niños de 36 meses en las 2 semanas previas a la encuesta tuvieron IRA 2007-2012



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 períodos similares (semana 52) de aproximadamente 45 mil casos en el 2007 a 30 mil casos en el 2012, la tasa de incidencia de neumonía se ha reducido de $151.9 \times 10,000$ niños en el año 2007 a $103.9 \times 10,000$ en el año 2012. Loreto y Ucayali son las regiones con mayor incidencia de Neumonía y las regiones de Ayacucho, Tacna y Tumbes son las de menor incidencia de Neumonía.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Grafico N°12. Atenciones por Neumonía 2007-2012 (semana 52)

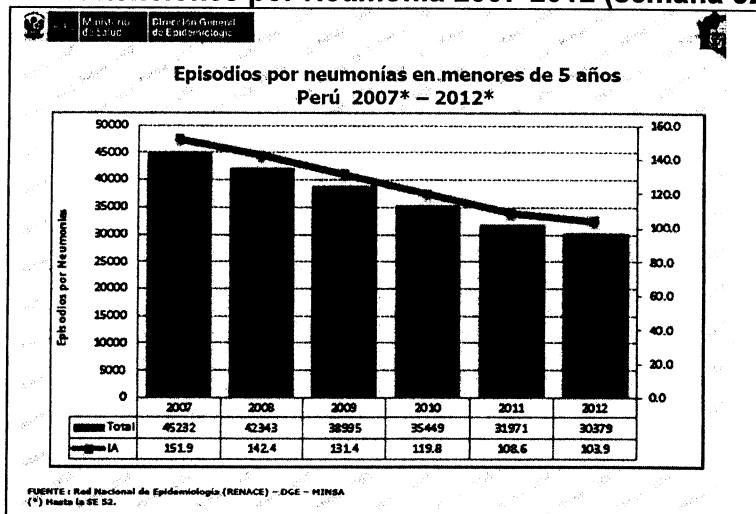
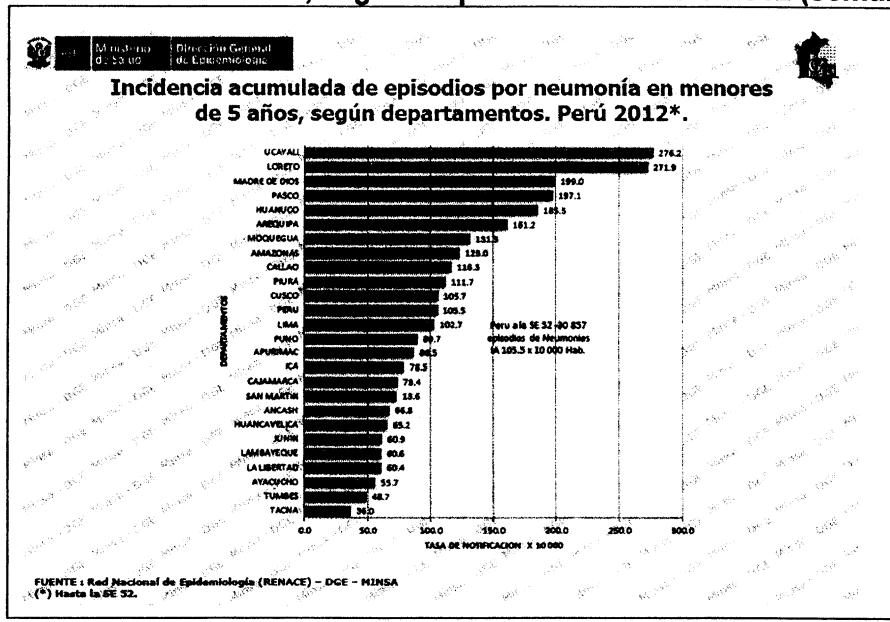


Gráfico N°13. Incidencia acumulada de atenciones por Neumonía en menores de 5 años, según departamentos. Perú 2012 (semana 52)



Fuente:<http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2012/SE52/neumonias.pdf>

3 Evolución de Indicadores de Productos

El seguimiento de los indicadores de productos para el caso de niños con vacuna completa y 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

27

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 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).

En el diseño del programa se han identificado indicadores para cada uno de los productos, también siguiendo el camino causal críticos se priorizan 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 2012 se ha incrementado respecto al año 2007 en 9 puntos a nivel nacional. El incremento se ha dado tanto en el ámbito urbano (8) como rural (11), en todos los dominios de residencia especialmente en la sierra rural donde el incremento es de 14 puntos porcentuales y en la sierra en general en 12 puntos, mientras que en la selva es de 7 puntos y en Lima Metropolitana de 5.3. Cuando se evalúa por quintiles de bienestar se observa que la cobertura de niños con vacuna completa respecto al 2007 se ha incrementado en todos los estratos especialmente en los quintiles 2 y 3, en 13 y 11 puntos respectivamente. Cuando se comparan los datos obtenidos en el 2012 respecto al 2011, se observa que la cobertura de niños menores de 36 meses se ha incrementado en 0.9 puntos, es mayor en el área rural (2.1) respecto al urbano (0.5) el incremento es de 2 punto con la cobertura de niños menores de 36 meses con vacuna. Por dominios de residencia el incremento es mayor en la sierra el incremento es de 3.4 y en la selva de 1.5, mientras que en Lima Metropolitana hay una disminución en 2.6 puntos porcentuales.

La Cobertura de niños menores de 36 meses con vacunas completas en el 2012 respecto al 2007 se ha incrementado en todos los departamentos. Sin embargo respecto al 2011, se nota en muchos departamentos una disminución mayor a 5 puntos como en el caso de Pasco y Tacna, disminución mayor a 3 puntos en los departamentos de Arequipa, Ayacucho y Huancavelica. También se observa que en los departamentos de Ancash, La libertad y Madre de Dios la cobertura de niños con vacuna completa para la edad se ha incrementado hasta en 9 puntos respecto al 2011 y en más de 20 puntos respecto al 2007. En el 2012, 4 departamentos (Ancash, Apurímac, Huancavelica y Moquegua) tienen una cobertura mayor a 80%, mientras





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

que Amazonas tiene menor que 60%, no habiendo logrado superar esta barrera a lo largo de todos los años evaluados.

Tabla N°08. Proporción de niños y niñas menores de 36 meses con vacunas completas para la edad según ámbito 2007-2012.

Característica seleccionada	2007 b/	2009	2010	2011	2012	Diferencia 2012-2007	Diferencia 2012-2011
Total	64.3	54.8	61.8	72.7	73.6	9.3	0.9
Área de residencia							
Urbana	66.8	56.4	63.4	74.2	74.7	7.9	0.5
Rural	60.8	51.6	58.8	69.5	71.6	10.8	2.1
Dominio de residencia							
Costa	65.7	56.4	62.8	74.3	73.6	7.9	-0.7
Lima Metropolitana	67.4	54.7	60.8	75.3	72.7	5.3	-2.6
Resto Costa	64.0	58.4	64.9	73.1	74.5	10.5	1.4
Sierra	64.4	55.0	63.2	73.8	77.2	12.8	3.4
Sierra urbana	68.1	54.3	66.6	74.3	77.9	9.8	3.6
Sierra rural	62.6	55.4	61.0	73.4	76.8	14.2	3.4
Selva	59.6	49.6	55.4	65.3	66.8	7.2	1.5
Selva urbana	67.5	58.8	63.6	73.5	74.2	6.7	0.7
Selva rural	53.3	41.0	48.3	58.8	59.0	5.7	0.2
Quintil de Bienestar							
Quintil inferior	60.2	47.1	54.0	64.9	67.7	7.5	2.8
Segundo quintil	63.0	57.2	62.6	75.4	76.1	13.1	0.7
Quintil intermedio	62.6	53.6	63.7	72.3	73.7	11.1	1.4
Cuarto quintil	70.9	59.1	63.2	75.8	74.5	3.6	-1.3
Quintil superior	70.7	60.2	70.3	78.1	78.1	7.4	0

Fuente: INEI. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos- ENDES 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012

Tabla N°09. Proporción de niños y niñas menores de 36 meses con vacunas completas para la edad por departamento 2007-2012.

Característica seleccionada	2007 b/	2009	2010	2011	2012	Diferencia 2012-2007	Diferencia 2012-2011
Amazonas	55.8	60.7	58.0	54.7	56.6	0.8	1.9
Áncash	58.8	63.7	69.3	74.8	84.3	25.5	9.5
Apurímac	72.1	62.3	79.9	85.4	88.2	16.1	2.8
Arequipa	69.2	58.2	64.2	81.2	78.0	8.8	-3.2
Ayacucho	59.3	60.6	63.0	73.2	69.5	10.2	-3.7
Cajamarca	66.2	55.4	59.4	72.6	74.4	8.2	1.8
Cusco	61.7	53.9	70.5	81.6	79.3	17.6	-2.3
Huancavelica	59.9	71.4	75.5	87.5	83.7	23.8	-3.8
Huánuco	58.0	54.8	67.0	71.7	76.9	18.9	5.2
Ica	48.3	54.9	55.8	66.5	70.0	21.7	3.5
Junín	55.5	51.7	62.9	78.7	76.0	20.5	-2.7
La Libertad	54.4	50.9	65.2	69.3	78.6	24.2	9.3
Lambayeque	57.6	52.2	60.2	64.5	70.8	13.2	6.3
Lima	66.8	54.8	60.9	75.6	73.1	6.3	-2.5
Loreto	51.6	40.7	48.4	60.5	63.4	11.8	2.9
Madre de Dios	51.4	44.7	56.9	57.8	67.0	15.6	9.2
Moquegua	71.0	71.8	63.5	82.1	84.2	13.2	2.1
Pasco	46.3	46.3	71.5	76.0	70.9	24.6	-5.1
Piura	62.4	55.5	59.2	66.7	73.5	11.1	6.8
Puno	62.0	51.8	51.7	63.8	67.7	5.7	3.9
San Martín	67.7	51.1	61.2	70.4	72.9	5.2	2.5
Tacna	64.1	61.3	66.0	77.9	70.8	6.7	-7.1
Tumbes	69.7	64.7	75.2	77.5	78.7	9	1.2
Ucayali	58.8	51.7	55.5	65.3	66.1	7.3	0.8

Fuente: INEI. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos- ENDES 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012



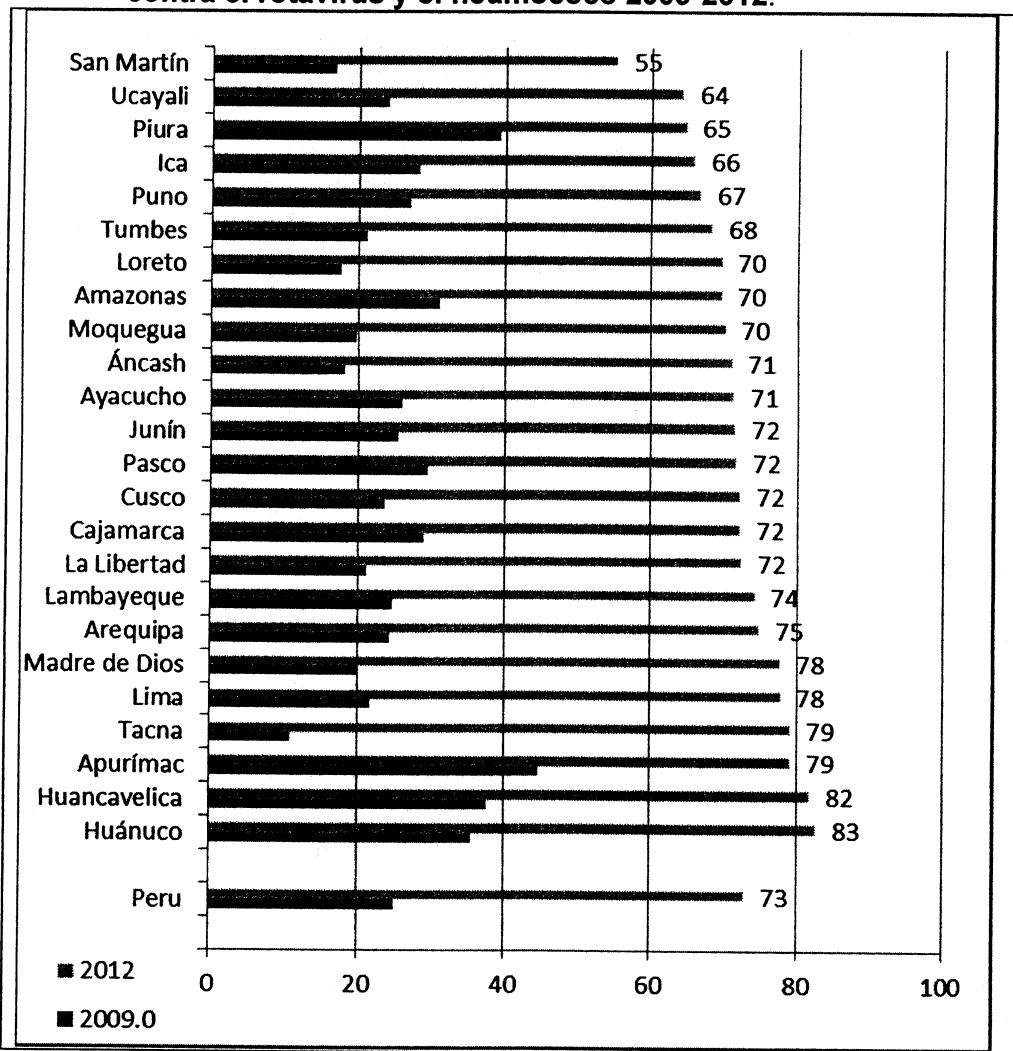


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 73% en el 2012. Cuando se observa por departamentos, Huancavelica y Huánuco tienen mayor cobertura (80%), seguidos de Apurímac y Tacna (79%), Lima y Madre de Dios (78%), mientras que San Martín tiene la más baja cobertura (55%), seguida de Ucayali (64%).

Grafico N° 14. Proporción de niños y niñas menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo 2009-2012.



Fuente: INEI. Encuesta ENDES. Elaboración propia

Niños con CRED completo para la edad

La cobertura de niños menores de 36 meses con CRED completo para la edad es de 50.8%, es mayor en el ámbito rural (58.5%) respecto al urbano (46.9%). Por dominios de residencia es mayor a 60% en la sierra, 50% en la selva y mayor a 40% en la





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Costa. Por quintiles de bienestar hay una mayor cobertura en los quintiles más pobres mayor a 55%.

Respecto al 2007, se observa un incremento en 26.8 puntos porcentuales, este ha sido mayor (34.5) respecto al urbano (23). Por dominios de residencia hay mayor incremento en sierra (37 puntos) y en la selva (32.8). Igualmente hay mayor en los quintiles 1 y 2, en 33 puntos.

Respecto al 2011 el incremento en la cobertura de niños con CRED completo para la edad ha sido de 3.5 puntos. Por dominios de residencia el incremento ha sido mayor en la sierra (4.3) y selva (5.3). Los resultados son concordantes con la mayor concentración del gasto en las zonas de sierra y selva.

Tabla N° 10. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad, según ámbito, 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012

Característica seleccionada	2007 b/	2009	2010	2011	2012	Diferencia 2012-2007	Diferencia 2012-2011
Total	24.0	27.7	40.0	47.3	50.8	26.8	3.5
Área de residencia							
Urbana	23.9	27.3	37.7	43.3	46.9	23.0	3.6
Rural	24.0	28.5	44.2	55.2	58.5	34.5	3.3
Dominio de residencia							
Costa	26.7	28.7	34.7	39.9	42.5	15.8	2.6
Lima Metropolitana	27.9	28.9	35.0	35.5	40.6	12.7	5.1
Resto Costa	25.6	28.4	34.3	45.0	44.6	19	-0.4
Sierra	23.1	28.8	47.7	58.3	62.6	39.5	4.3
Sierra urbana	15.7	25.8	45.6	53.1	59.7	44	6.6
Sierra rural	26.5	30.8	48.9	62.0	64.3	37.8	2.3
Selva	18.4	22.6	37.8	45.9	51.2	32.8	5.3
Selva urbana	22.2	24.0	42.1	51.5	51.8	29.6	0.3
Selva rural	15.3	21.2	34.1	41.4	50.4	35.1	9
Quintil de Bienestar							
Quintil inferior	21.6	27.0	42.4	53.3	55.3	33.7	2
Segundo quintil	23.1	22.9	39.7	49.0	56.1	33.0	7.1
Quintil intermedio	24.3	24.0	35.7	45.1	49.1	24.8	4
Cuarto quintil	21.6	28.1	37.5	38.8	41.7	20.1	2.9
Quintil superior	32.5	43.1	46.7	49.2	48.1	15.6	-1.1

Fuente: INEI. ENDES 2012

La cobertura de niños menores de 36 meses con CRED completo para la edad en el 2012 es mayor a 60% en los departamentos de Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Pasco y Puno, mientras que en Ucayali es menor al 40%. Respecto al 2007, hay incremento en todos los departamentos, destacando Huancavelica donde se ha incrementado en 56 puntos porcentuales. Respecto al 2011, hay incremento en 19 departamentos destacando Puno donde se ha incrementado en 15 puntos porcentuales, sin embargo hay una disminución en la proporción de niños con CRED completo para la edad en 6 departamentos entre ellos Tacna, Tumbes y Ucayali con más de 5 puntos porcentuales.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N° 11. Proporción de Niños menores de 36 meses con CRED completo para la edad por departamento. 2007-2012

Característica seleccionada	2007 b/	2009	2010	2011	2012	Diferencia 2012-2007	Diferencia 2012-2011
Amazonas	17.0	29.2	38.7	52.5	59.9	42.9	7.4
Ancash	31.8	41.6	54.7	65.8	70.7	38.9	4.9
Apurímac	48.6	58.5	62.2	51.1	55.9	7.3	4.8
Arequipa	26.1	27.5	36.7	44.6	46.6	20.5	2
Ayacucho	19.5	42.3	52.3	61.1	68.5	49.0	7.4
Cajamarca	27.9	37.6	56.3	71.5	68.4	40.5	-3.1
Cusco	20.8	32.5	50.5	63.5	64.1	43.3	0.6
Huancavelica	20.9	15.5	38.7	73.6	77.5	56.6	3.9
Huánuco	24.1	47.8	69.9	72.3	69.0	44.9	-3.3
Ica	14.1	22.2	26.9	40.8	40.6	26.5	-0.2
Junín	10.7	14.5	37.4	53.1	56.9	46.2	3.8
La Libertad	19.4	14.2	25.4	36.5	42.9	23.5	6.4
Lambayeque	21.9	31.4	38.6	36.5	41.5	19.6	5
Lima	29.5	30.4	35.7	37.4	41.2	11.7	3.8
Loreto	9.0	8.2	24.8	35.7	41.6	32.6	5.9
Madre de Dios	21.0	26.9	29.8	41.1	42.8	21.8	1.7
Moquegua	28.4	26.9	51.5	53.0	57.1	28.7	4.1
Pasco	13.4	27.5	51.1	59.9	62.6	49.2	2.7
Piura	18.4	23.7	30.2	43.1	44.9	26.5	1.8
Puno	19.1	18.5	40.2	47.0	62.6	43.5	15.6
San Martín	24.8	22.0	45.3	46.6	54.3	29.5	7.7
Tacna	26.9	25.1	42.9	59.4	54.3	27.4	-5.1
Tumbes	22.8	16.6	41.6	49.2	42.7	19.9	-6.5
Ucayali	24.1	24.4	37.3	45.5	38.9	14.8	-6.6

Fuente: INEI. Encuesta ENDES. Elaboración propia

Promedio de atención CRED

Cuando se evalúa el número promedio de atenciones CRED en niños menores de 2 años en 6 departamentos más pobres, se observa que para los niños de 24 meses el promedio de atenciones CRED se incrementa en el año 2012 (12) respecto al 2011 (9), mientras que para niños de 12 meses el número promedio es menor en el 2012 (6) respecto al 2011 (7). El promedio de atenciones con CRED en el quintil más pobre de las 6 regiones, es igualmente mayor en el 2012 respecto al año 2011 para los niños de 24 meses y en los niños que cumplen 12 meses de edad, el promedio de atenciones en el año 2012 es menor al del 2011. El promedio de atenciones en los niños de 12 meses es menor en el quintil más pobre respecto al total del departamento.

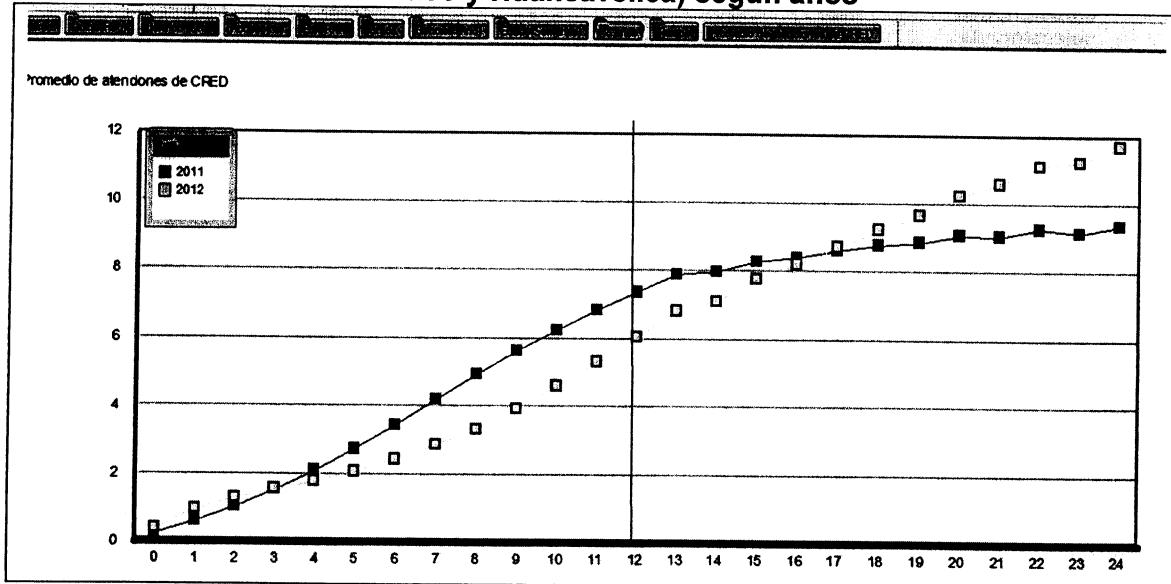




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

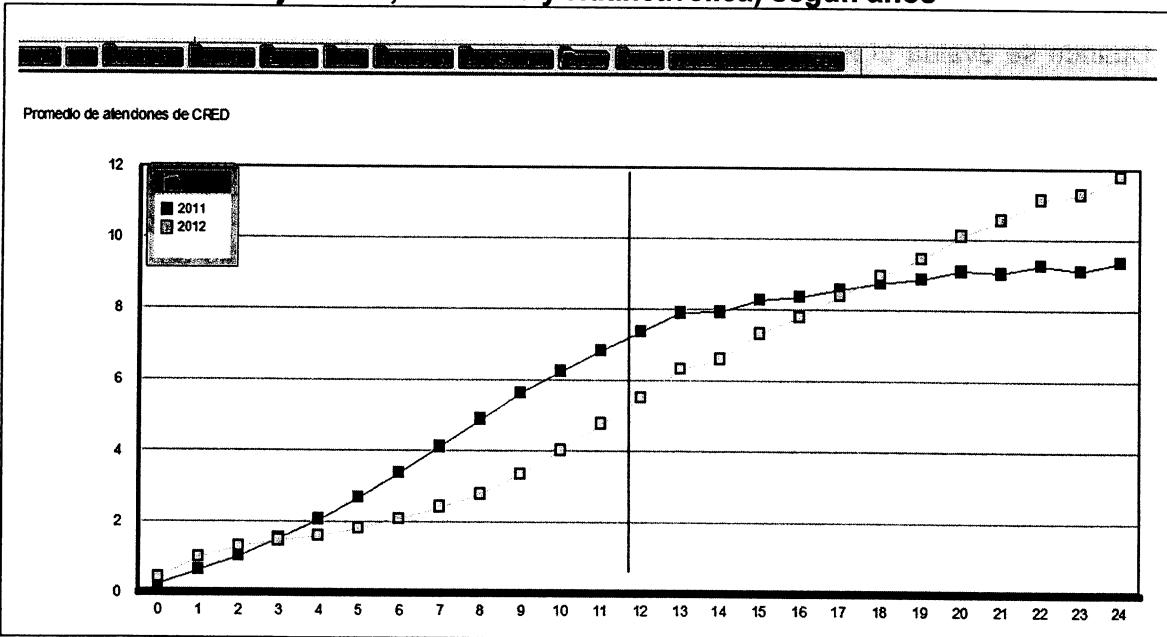
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Gráfico N°15. Promedio de atenciones de CRED en niños menores de 24 meses en 6 departamentos pobres (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco y Huancavelica) según años



Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

Gráfico N°16. Promedio de atenciones de CRED en niños menores de 24 meses 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.

La disminución en el número promedio de atenciones en el 2012 se acentúa porque en departamentos como Amazonas el número promedio de atenciones en niños de 12 meses es de 2 y en Huánuco y Cajamarca es de 4, mientras que en Ayacucho es 10.

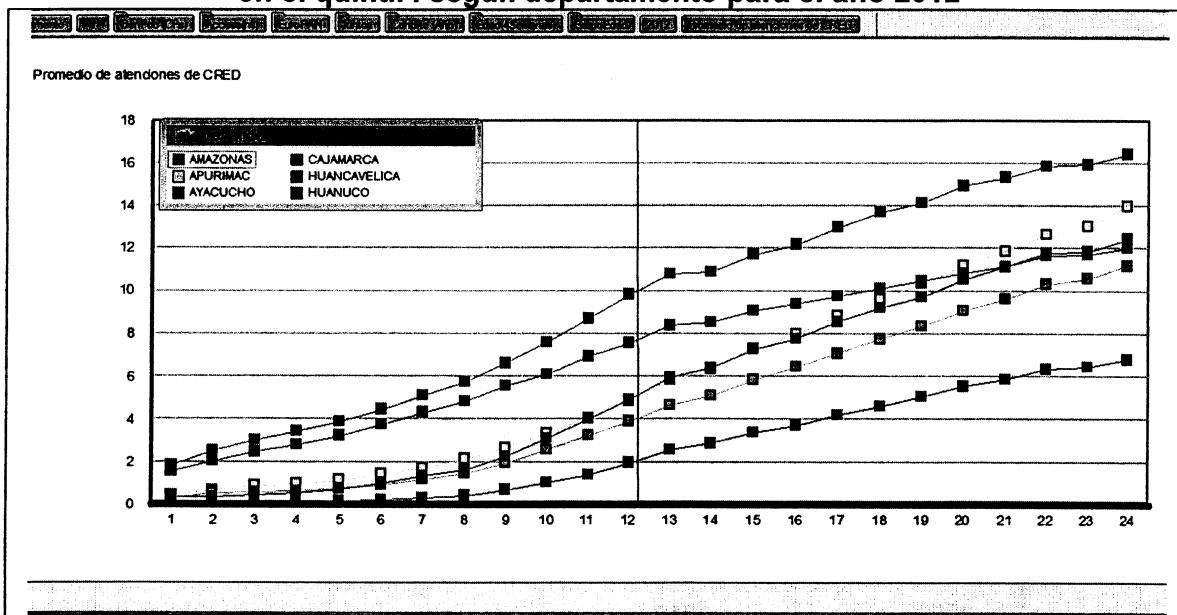




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Gráfico N°17. Promedio de atenciones de CRED en niños menores de 24 meses en el quintil I según departamento para el año 2012



Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

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 riesgo 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. De esta manera cuando se observa la ejecución del gasto en el conjunto de ejecutoras de la función salud, se observa un incremento significativo en el presupuesto ejecutado para la contratos administrativos de servicios - CAS a partir del año 2010. Se ha pasado de una ejecución promedio para servicios administrativos CAS en la función salud de 40 millones de soles mensuales a 80 millones en el último trimestre del año 2012.

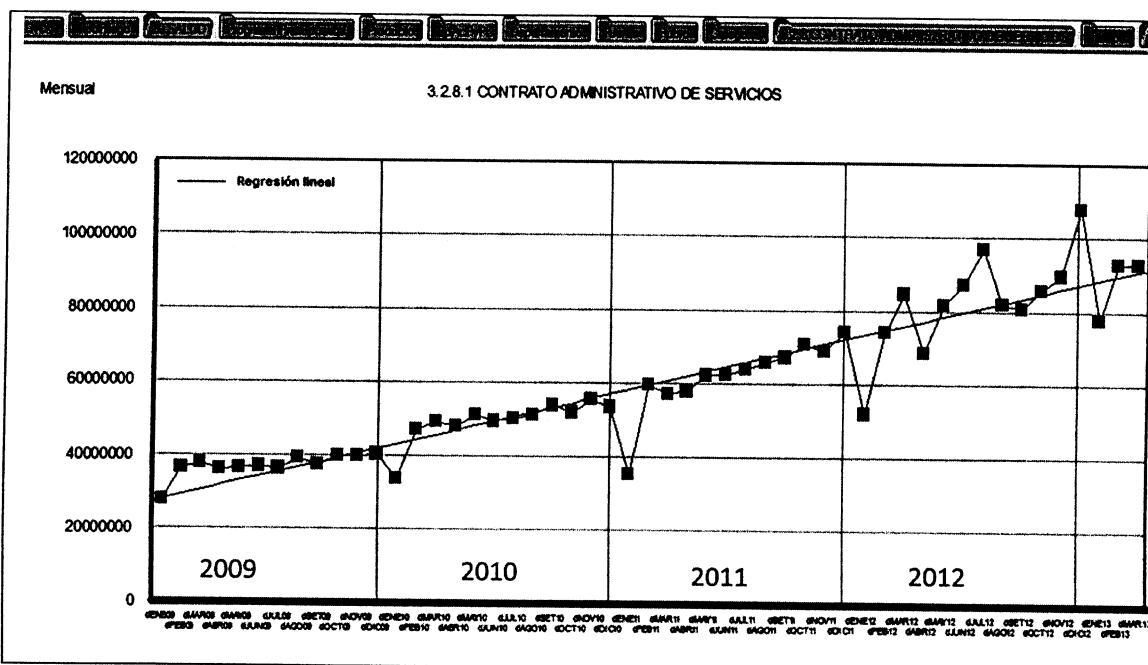




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

“DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ” “AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA”

Grafico N° 18. Ejecución del presupuesto en contratación de recursos humanos 2009 y 2012. 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 500 mil soles mensuales en promedio el año 2009 ha pasado a ejecutar aproximadamente 2 millones quinientos mil soles mensuales en el año 2012. El presupuesto ejecutado para Contratos administrativos de servicios (CAS) es 5 veces del presupuesto ejecutado en los años anteriores (Ver gráfico N° 19).

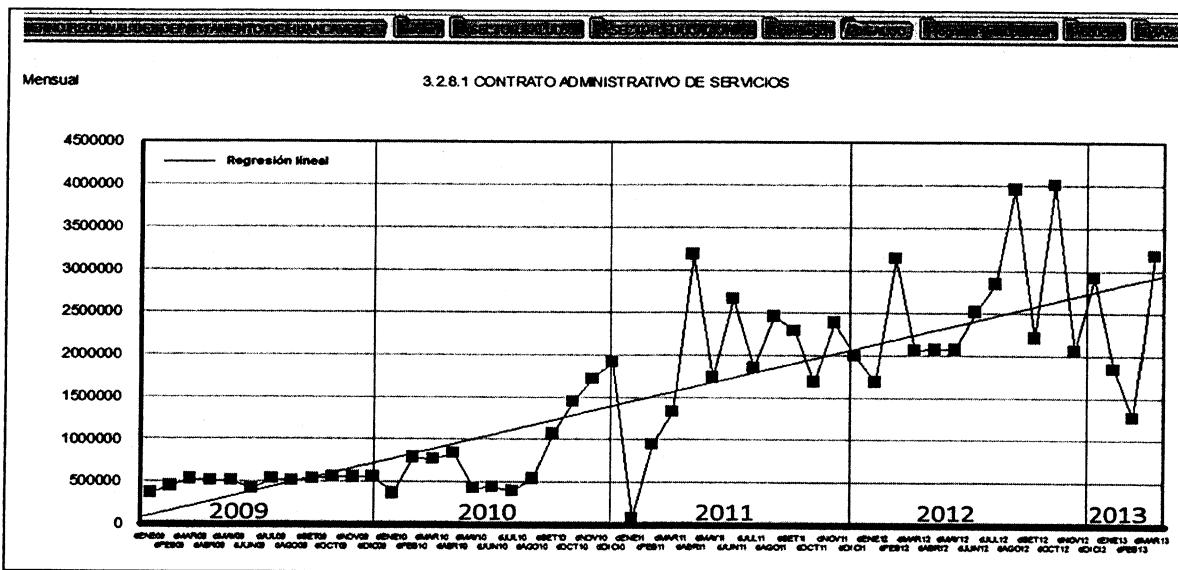




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

“DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ”
“AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA”

Gráfico N° 19. Presupuesto ejecutado en Servicios Administrativos CAS 2009-2011 por la Región Huancavelica en la Función Salud

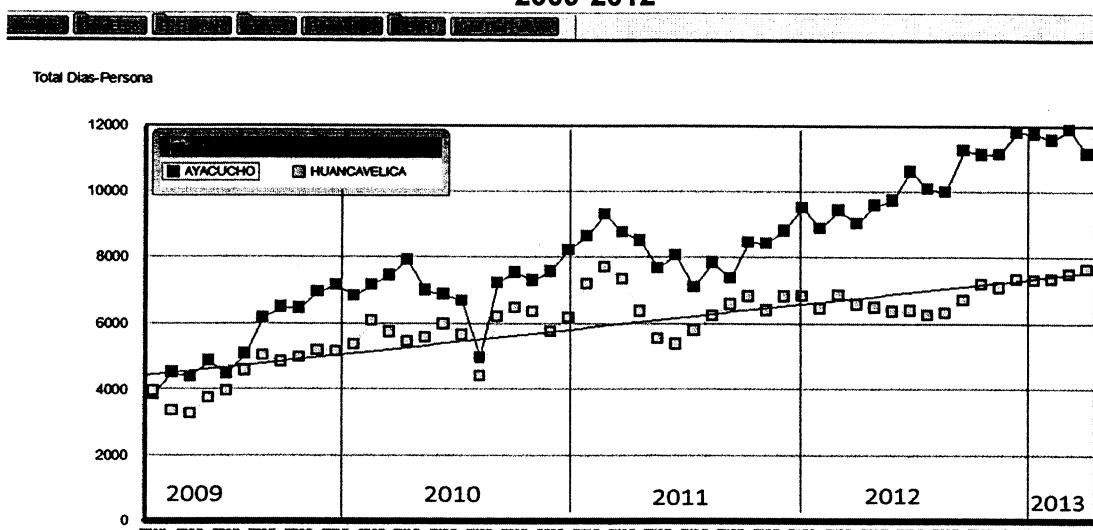


Fuente: BD SIAF. Elaboración propia.

Disponibilidad de Recursos Humanos

La mayor disponibilidad presupuestal permitió un número mayor de días enfermeras disponibles en establecimientos de salud de departamentos pobres como Huancavelica y Ayacucho, así de un número promedio mensual de 4,000 días enfermeras disponibles en el año 2009 se ha pasado a un promedio de 8,000 días enfermeras disponibles en el 2012.

Gráfico N° 20. Número de enfermeras departamento de Huancavelica y Ayacucho 2009-2012



Fuente: SIAF. Elaboración propia





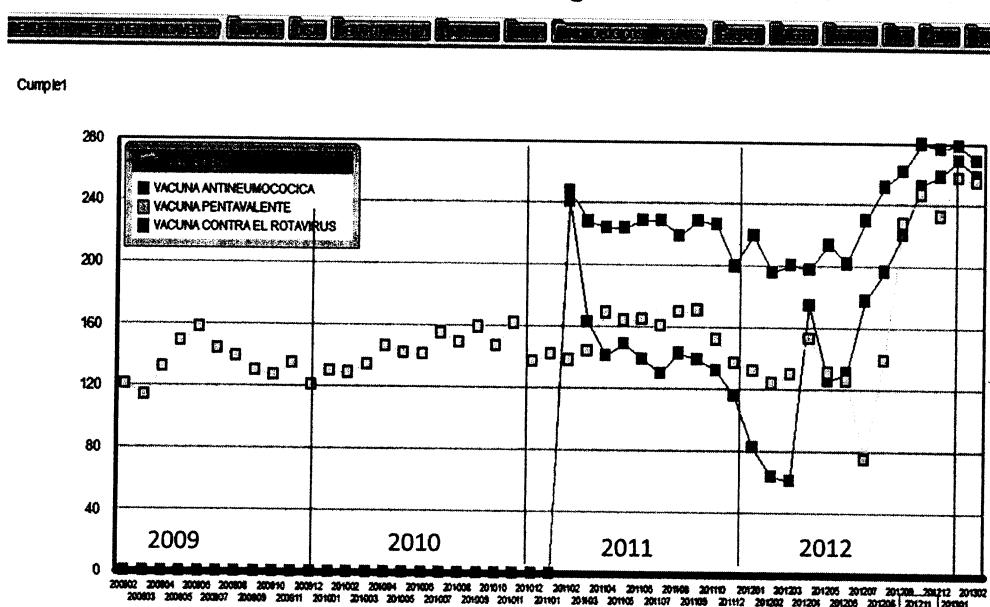
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Disponibilidad de vacunas en establecimientos de salud

A partir de la información del SISMED es posible medir la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos de salud. Tal como se observa en el siguiente gráfico el número de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable medido por la relación stock vs consumo mensual, se ha incrementado desde el 2011 particularmente para la vacuna contra el rotavirus, manteniéndose en promedio por encima de 200 establecimientos de salud y en el último trimestre por encima de 240 establecimientos de un total de 402, para el caso de la vacuna contra el neumococo el número de establecimientos con disponibilidad aceptable oscila entre 120 a 240, sin tener una cantidad promedio homogénea y para la vacuna pentavalente está alrededor de 160 establecimientos de salud. La baja disponibilidad de insumos críticos se explica porque esta fuente recién se está utilizando para el análisis a partir del año 2011 y posiblemente exista subregistro en algunos establecimientos de salud.

Gráfico N° 21. Número de establecimientos con disponibilidad aceptable de vacunas en la Región Huancavelica





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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

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 EUROPAN (Convenio N° DCI-ALA/2009/021-564), que comprende una donación de hasta 60.8 millones de Euros, al considerarse el Perú como país elegible dado los resultados positivos en el manejo de sus finanzas públicas. Para ello se tomó en cuenta la evaluación de la gestión de las finanzas públicas del Perú, la cual consistió en analizar las dimensiones del PEFA (Public Financial Management and Accountability Assessment): credibilidad del presupuesto, universalidad y 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 (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica) 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 instituciones eficientes y





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

**"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"**

transparentes, sistemas y procesos para la administración de sus recursos financieros y que, por tanto, genera confianza a las entidades cooperantes para hacer una transferencia directa al Presupuesto del Sector Público. Los arreglos normativos que tuvo que hacer el Ministerio de Economía y Finanzas para recibir este tipo de apoyo, se describen en la 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 donaciones”²⁶.

Por otro lado, con la finalidad de que el modelo del apoyo presupuestal aplicado para el Programa Articulado Nutricional sirva de modelo para otros programas, se ha incorporado en la ley de presupuesto público para el año 2013 lo siguiente. “A partir de la vigencia de la presente ley, 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 los resultados de los programas presupuestales, se depositan en la cuenta que para tal efecto determine la Dirección General de Endeudamiento y Tesoro Público, se asignan financieramente en los pliegos respectivos conforme a los procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería, y se incorporan en dichos pliegos en la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias, conforme a lo establecido en el artículo 42 de la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto. Para efecto de la asignación de los recursos, los pliegos suscriben con la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) **un convenio** que establece, principalmente, las metas y compromisos a cumplir y los montos a transferirse. La gestión de las estrategias asociadas a los programas presupuestales que desarrolle la DGPP se efectúa a través de la Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales del Ministerio de Economía y Finanzas, con cargo y bajo las disposiciones de las referidas donaciones”²⁷.

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**

26 Ley 29465. Ley del presupuesto del sector público para el año fiscal 2010.
27 Ley 29951. Ley del presupuesto del sector público para el año fiscal 2013





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Programas Presupuestarios Estratégicos²⁸, 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 mejorar los 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.

2. Implementación de Convenios de Apoyo presupuestario entre el Ministerio de Economía y Finanzas y entidades del Estado

La implementación del convenio de Apoyo Presupuestario se realiza sobre la base de los Programas Presupuestales y 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 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 Crónica Infantil 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%) según patrón de referencia de la NCHS. Tomando en cuenta los compromisos con la Unión Europea se seleccionaron en cada departamento los mismos distritos del

²⁸ Directiva N° 002-2010-EF/76.01 – Directiva para la Formulación, Suscripción, Ejecución y Seguimiento de Convenios de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios Estratégicos en el marco del Presupuesto por Resultados. Dicha Directiva fue aprobada a través de la Resolución Directoral N° 006-2010-EF/76.01.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 establece, las metas de los indicadores de los productos priorizados. Se revisa, su definición, las fuentes de datos, los procedimientos; así como los compromisos de gestión vinculados a los procesos claves. 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 de estos departamentos.

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

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

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

Proceso	Definición
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 ofrecer los productos del 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, con el objeto de hacer una adecuada redistribución de los insumos.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

20

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

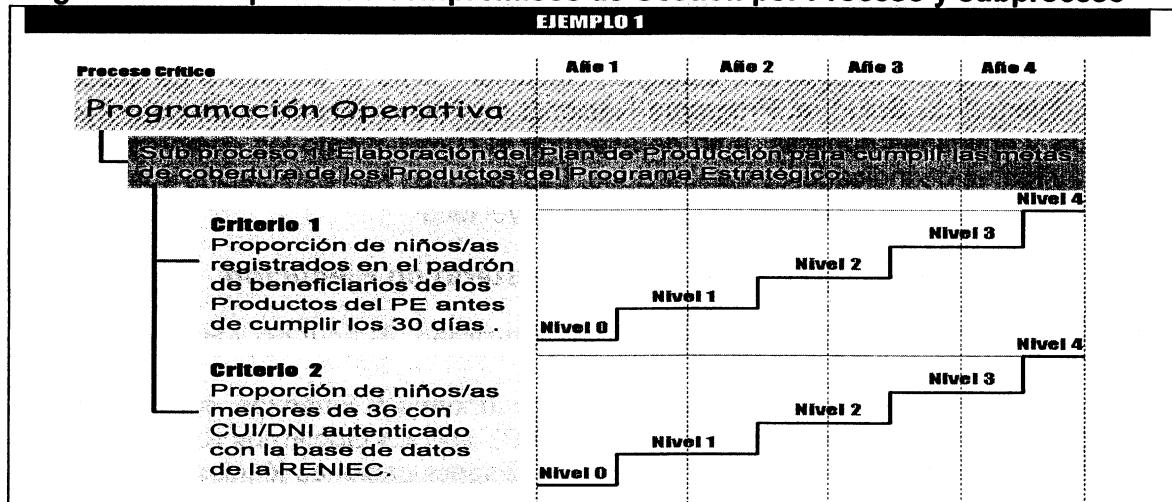
Proceso	Definición
Proceso 3 Organización para la producción y entrega de los productos	Es el proceso mediante el cual se organiza la entidad pública para entregar los Productos, a los usuarios de la manera más conveniente y eficiente, de tal modo que todos los beneficiarios tengan acceso oportuno a 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 Nº 002-2010-EF/76.01

Para la verificación de los criterios de cumplimiento en cada uno de los procesos, se hacen 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 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°17 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.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 de otras fuentes 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.

Los Convenios se constituyen como instrumentos que proveen incentivos y mecanismos efectivos para el desarrollo del 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

19

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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Proceso	Definición
	<p>para preservar las vacunas</p> <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.
Proceso 3 Organización para la producción y entrega de los productos	<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: <ul style="list-style-type: none"> 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 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:





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

18

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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

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

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

Indicador	Departamento	Línea de Base	Metas			
			2010	2011	2012	2013
Indicador 1: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses con vacuna completa para su edad.	Apurímac	74.1	78.1	80.1	82.1	84.1
	Ayacucho	56.3	64.3	68.3	72.3	76.3
	Huancavelica	56.8	64.3	68.3	72.3	76.3
Indicador 2: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses afiliados al SIS con CRED completo para su edad.	Apurímac	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 menores de 36 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro.	Apurímac	40.4	62.2	73.2	84.1	95
	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

Si bien cuando se firmó el convenio las metas establecidas fueron las mismas que se utilizaron en el convenio MEF-Unión Europea, tomando como fuente la base de datos el SIS para los criterios 2, 3 y 4, estos fueron cambiados mediante una adenda debido a que no se disponía de información del SIS como consecuencia de los cambios que hizo el Seguro Integral de Salud. Posteriormente se retomó esta fuente debido a que al ser bases de datos nominada permitía medir con mayor precisión los indicadores en distritos pobres.

Tabla N° 13. Metas de los cuatro indicadores establecidos en los Convenios con los Gobiernos Regionales (Adenda)

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 ¹ .	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 ² .	Apurímac	16.0	29.1	43.7	58.4	67.5
	Ayacucho	10.9	22.4	38.4	54.3	62.4
	Huancavelica	4.8	18.3	38.0	57.7	67.5
Indicador 3: Proporción de niños y niñas menores de 36 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro ² .	Apurímac	5.6	18.8	33.4	48.0	57.2
	Ayacucho	4.1	15.7	31.6	47.6	55.7
	Huancavelica	4.2	17.7	37.4	57.1	66.9
Indicador 4: Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro ²	Apurímac	95.9	96.0	96.0	96.0	96.0
	Ayacucho	96.0	96.0	96.0	96.0	96.0
	Huancavelica	95.9	96.0	96.0	96.0	96.0





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Fuente: MEF - Anexo I de los Convenios suscritos entre el MEF y los Gobiernos Regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Fuente de verificación: 1) Encuesta ENDES. 2) BD SIS

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 apoya 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° 14 Distritos y Establecimientos de salud priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario

Departamento	Nº Distritos	Distritos Q1	% de Distritos	2011		2012	
				Nº EESS	EESS Q1	% de EESS	Nº EESS Q1
Apurímac	80	20	25%	344	82	24%	364
Ayacucho	112	20	18%	381	97	25%	381
Huancavelica	95	14	15%	388	71	18%	396
Total	287	54	19%	1113	250	22%	1141
							273
							24%

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.

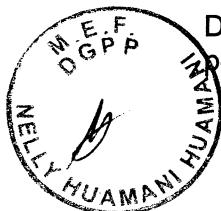
De acuerdo a lo estipulado en los Convenios, el monto máximo total asignado a cada Gobierno Regional, para los cuatro años de duración del Programa de Apoyo Presupuestario, es de hasta 50 millones de soles, según al siguiente calendario de desembolso:

Tabla N° 15 Calendario de desembolsos (en millones de nuevos soles)

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

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

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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N° 16: 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	\$2.0	12.7	12.7	12.8
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 17, 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 requisitos²⁹, 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° 17 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 subsana 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:

Tabla N° 18. 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.

²⁹Ver 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 establecidos para los compromisos de gestión.

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 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.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 priorizado 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° 19. Metas de los cuatro indicadores establecidos en los Convenios con los Gobiernos Regionales Amazonas, Cajamarca y Huánuco

Indicador	Departamento	Línea de Base 2010	2012	2013	Metas 2014
Indicador 1: 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 2: 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 395 establecimientos de salud:

Tabla N° 20. Distritos y Establecimientos de salud priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario

Departamento	Nº Distritos	Distritos Q1	% de Distritos	2011			2012		
				Nº EESS	EESS Q1	% de EESS	Nº EESS	EESS Q1	% de EESS
Amazonas	84	7	8%	457	116	25%	457	121	26%
Cajamarca	127	34	27%	814	205	25%	814	210	26%
Huánuco	77	25	32%	267	64	24%	269	64	24%
Total	288	66	23%	1538	385	25%	1540	395	26%

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

Tabla N° 21. 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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 mejorar el acceso oportuno a la atención en los principales productos del Programa Articulado Nutricional y estos sean a edades mas tempranas para lograr los resultados 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 de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional entre el MEF y el SIS, 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 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:





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Para el tramo variable 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°22. 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 año³⁰ 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 DE Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Acceso a la Identidad entre el MEF y el RENIEC en el mes de Abril del año 2012, 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
Proceso 1 Programación Operativa	<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 por punto de atención, para cada año del convenio.
Proceso 2 Soporte logístico para la adquisición y distribución de insumos	<p>Sub Proceso Crítico 2.1: Adquisición</p> <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. <p>Sub Proceso Crítico 2.2: Almacén y distribución</p> <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

³⁰INEI. 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Proceso	Definición
Proceso 3 Organización para la producción y entrega de los productos	<p>Sub Proceso Crítico 3.1: Organización para entregar el servicio al ciudadano</p> <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. <p>Sub Proceso Crítico 3.2: Articulación, Coordinación, Colaboración</p> <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	<p>Sub Proceso Crítico 4.1: Uso, Diseminación y Transparencia de información:</p> <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°23. Metas de productos priorizados en el Convenio con el RENIEC

Tramo Variable	Indicador 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 la transferencia de recursos a los hogares no necesariamente estaba acondicionada a que estos niños accedan a los servicios de salud con oportunidad. Por este motivo, se vio por la necesidad de preparar un convenio de apoyo presupuestario al Programa Nacional de apoyo directo a los más pobres- JUNTOS para contribuir a mejorar la cobertura en la entrega de productos priorizados a niños de los hogares pobres.

El convenio de Apoyo presupuestario, 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 Articulado Nutricional y se constituye como Programa presupuestal. Por estos motivos, se decidió hacer un nuevo Convenio de Apoyo presupuestario con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en el mes de Agosto del 2012, luego de un largo proceso de negociación sobre las metas de los compromisos de gestión.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 edad³¹. • Criterio 2: Proporción de niños/as de hogares usuarios registrados en el Programa JUNTOS afiliados al Seguro Integral de Salud antes de los 30 días³². • 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> <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.

³¹ Considera como universo a los niños/as menores de los 12 meses del padrón del ámbito de intervención.

³² 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Proceso	Definición
	<ul style="list-style-type: none"> 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, 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 Diseminación/Transparencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: La Entidad elabora reportes amigables para la diseminación 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:

Tabla N° 24. Metas de productos priorizados en el Convenio con el MIDIS-JUNTOS

Tramo Variable	Línea de base	2012	2014
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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N° 25. Distritos y Establecimientos de salud priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario SIS y RENIEC

Departamento	Nº Distritos	Distritos Q1	% de Distritos	Nº EESS	EESS Q1	% de EESS
Apurímac	80	20	25%	344	82	24%
Ayacucho	112	20	18%	381	97	25%
Huancavelica	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 361 distritos, en cuyo ámbito están involucrados 1799 establecimientos de salud:

Tabla N° 26. Distritos y Establecimientos de salud priorizados en los Convenios de Apoyo Presupuestario MIDIS (JUNTOS)

Departamento	Nº Distritos	Distritos JUNTOS	% de Distritos	Nº EESS	EESS Distritos JUNTOS	% de EESS
Apurímac	80	60	75%	344	265	77%
Ayacucho	112	69	62%	381	274	72%
Huancavelica	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%

Fuente: Convenios, MEF-SIS, MEF-RENIEC, MEF-MIDIS.

Monto asignado y cronograma de desembolsos

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

Tabla N° 27 Calendario de desembolsos (en millones de nuevos soles)

Entidad	Año 1 (2012)			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.



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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.

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 (modulo 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. Hasta el primer informe de verificación de compromisos del año 2012, no se había logrado que al menos una región cumpla con todos los compromisos de gestión. Sin embargo luego de la subsanación en el segundo informe correspondiente al tramo fijo del año 2012 las regiones de Ayacucho y Huancavelica lograron cumplir con los criterios establecidos para el 100% de compromisos. En el primer informe correspondiente al año 2013 todas las regiones han mejorado en el número de compromisos que cumplen con los criterios establecidos, respecto a los años anteriores, destacando Huancavelica con un 85% de compromisos que cumplen con los criterios establecidos para el nivel 3, mientras que Ayacucho cumple con 59% y Apurímac con 50% de los criterios establecidos

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, sin embargo Huancavelica ha hecho un esfuerzo y ha cumplido en el 100% de compromisos de gestión con los criterios establecidos para el nivel 3. Hay un mejor desempeño en los compromisos referidos a la Organización para la Producción y Entrega de Productos donde las 3 regiones cumplen en el 100% de compromisos. Hay un aparente retroceso en el proceso de Supervisión, seguimiento y Evaluación es donde se había conseguido mejor nivel de cumplimiento, sin embargo el nivel de exigencia ha sido mayor y por tanto el porcentaje de compromisos cumplidos ha disminuido respecto a las evaluaciones anteriores.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N° 28. Nivel de cumplimiento de Compromisos de gestión del tramo fijo de 3 Regiones priorizadas

Proceso Crítico	Nivel 0			Nivel 1			Nivel 2			Nivel 3		
	Metas	Cumpl.	%	Metas	Cumpl.	%	Metas	Cumpl.	%	Metas	Cumpl.	%
Apurímac												
Programación Operativa	7	4	57%	7	2	29%	7	4	57 %	7	3	43%
Soporte Logístico				9	2	22%	11	3	27%	10	4	40%
Organización para la Producción y Entrega de Productos				2	0	0%	4	4	100 %	4	4	100%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación				5	1	20%	5	3	60 %	5	2	40%
Total de criterios evaluados	7	4	57%	23	5	22%	27	14	52 %	26	13	50%
Ayacucho												
Programación Operativa	7	4	57%	7	4	57%	7	7	100%	7	4	57%
Soporte Logístico				9	3	33%	11	11	100%	11	6	55%
Organización para la Producción y Entrega de Productos				2	1	50%	4	4	100%	4	4	100%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación				5	4	80%	5	5	100%	5	2	40%
Total de criterios evaluados	7	4	57%	23	12	52%	27	27	100%	27	16	59%
Huancavelica												
Programación Operativa	7	5	71%	7	4	57%	7	7	100 %	7	6	86%
Soporte Logístico				9	3	33%	11	11	100 %	11	11	100%
Organización para la Producción y Entrega de Productos				2	0	0%	4	4	100%	4	4	100%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación				5	1	20%	5	5	100%	5	2	40%
Total de criterios evaluados	7	5	71%	23	8	35%	27	27	100 %	27	23	85%

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:

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 2011, en Apurímac el 65% de niños del padrón cuentan con DNI, en Ayacucho 68% y en Huancavelica el 78%. Destaca Huancavelica y Ayacucho con un incremento en más de 20 puntos porcentuales





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

**Tabla N° 29. Proporción de niños con DNI autenticado por RENIEC
2011- 2012 (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica)**

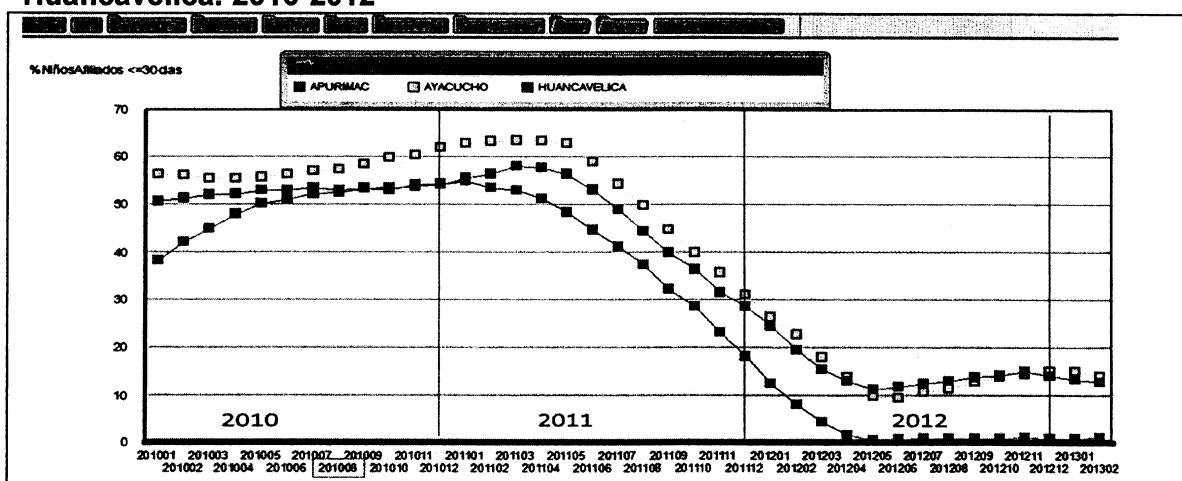
Departamento	2011		2012	
	Nº	%	Nº	%
Apurímac				
Con DNI	11,562	61.2	13,456	65.5
Solo CUI	793	4.2	1,250	6.1
Sin documento	6,549	34.6	5,832	28.4
Total	18,904	100.0	20,538	100
Ayacucho				
Con DNI	14,568	45.4	21,576	68.5
Solo CUI	5,166	16.1	2,914	9.3
Sin documento	12,354	38.5	7,008	22.2
Total	32,088	100.0	31,498	100
Huancavelica				
Con DNI	13,184	54.9	17,551	78.7
Solo CUI	1,965	8.2	473	2.1
Sin documento	8,869	36.9	4,272	19.2
Total	24,018	100.0	22,296	100

Fuente: Informes 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 entre los años 2009 y 2011 había mejorado, manteniéndose en este último año por encima de 50% en los 3 departamentos. Sin embargo a finales del año 2011 hay una disminución significativa en la afiliación oportuna, debido a que desde ese año se inicia la implementación del Aseguramiento Universal que conlleva a la obligatoriedad de contar con DNI y a pertenecer a un hogar elegible en el Sistema de Focalización de Hogares SISFOH. Tal como se aprecia en el gráfico en el 2012 solo el 10% de niños menores de 1 año se afilan antes de los 30 días en Ayacucho y Huancavelica, mientras que en Apurímac es 0%.

Gráfico N° 22. Proporción de niños menores de 1 año afiliados al Seguro integral de Salud antes de los 30 días en distritos más pobres de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. 2010-2012



Fuente: BD SIS. Elaboración propia

Del mismo modo, la disponibilidad oportuna en el punto de atención de insumos (medicamentos críticos), equipos y mobiliario crítico, además de los recursos



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

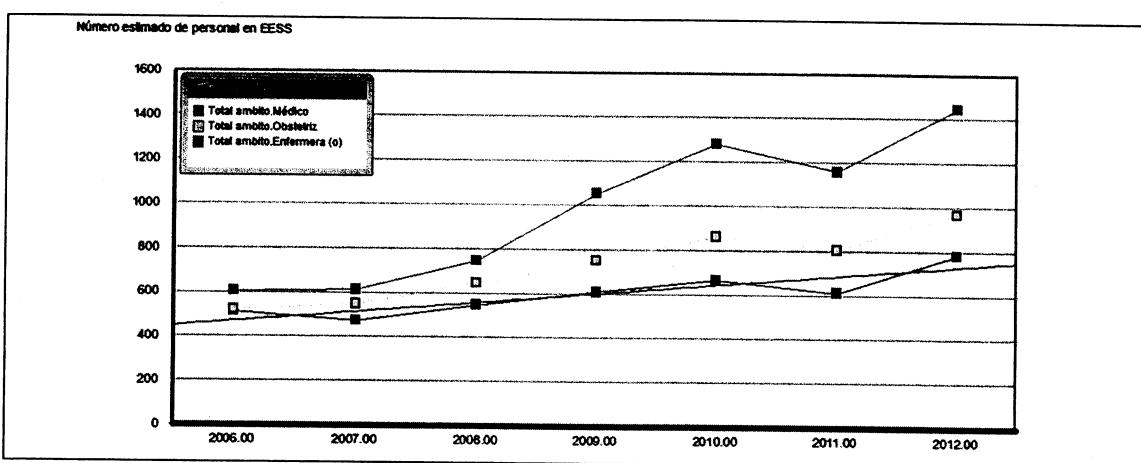
humanos, son imprescindibles para la entrega de los productos a los ciudadanos. Por ello, además de mejorar el proceso de programación de abajo hacia arriba, se hace seguimiento de la disponibilidad de insumos en los establecimientos ubicados en los distritos más pobres del departamento y que han sido priorizados como parte del convenio, tratando de garantizar un mayor de establecimientos con una disponibilidad adecuada de recursos.

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"

Disponibilidad de Recursos Humanos

Uno de los compromisos de gestión asumidos por las regiones ha sido el de incrementar la disponibilidad de recursos humanos en establecimientos de salud priorizados. Sin embargo como el presupuesto ha sido para todas las unidades ejecutoras, se puede apreciar que desde el 2009 se ha incrementado el número de profesionales de manera progresiva y en el 2012 el número de enfermeras en el primer nivel de atención es el doble de los que había en el año 2006. Igualmente se han incrementado el número de médicos y obstetras 500 a 800 y 1000 en el mismo periodo.

Grafico N°23. Disponibilidad de profesionales en establecimientos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica



Fuente: Base de datos HIS. Elaboración Propia.

El número de profesionales también se han incrementado en establecimientos de los distritos priorizados. El número de enfermeras ha pasado de un promedio de 120 en los años 2007 a más de 300 en el año 2012.



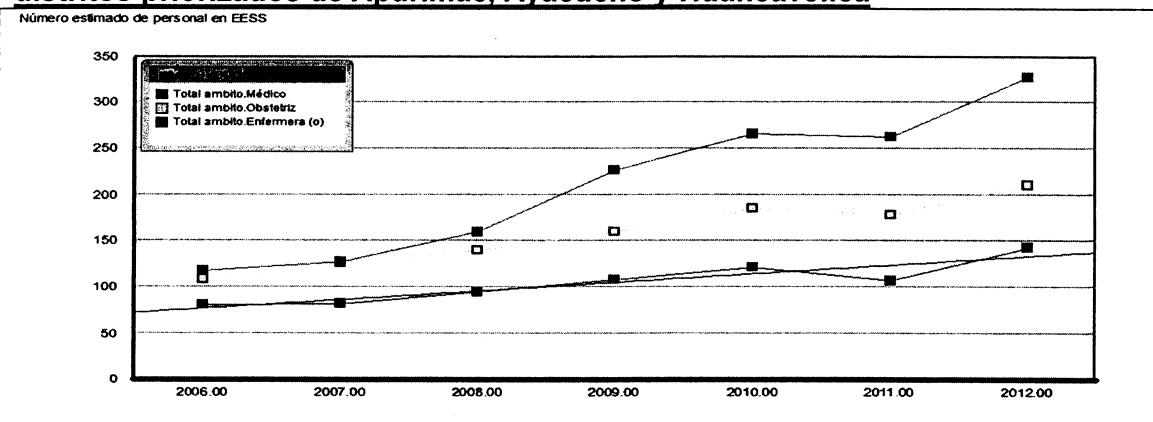


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

10

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Grafico N°24. Disponibilidad de profesionales en establecimientos de 54 distritos priorizados de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica



Fuente: Base de datos HIS. Elaboración Propia.

Si bien el número de profesionales pueden aumentar en número, sin embargo es necesario saber si estos están disponibles en todos los establecimientos de salud en cantidad y en días efectivamente laborados para la atención de una demanda real. Por ese motivo la disponibilidad de recursos humanos también se mide para cada establecimiento de salud según días persona requeridos cada mes para atender una cantidad de personas (meta física) para el conjunto de productos del programa Articulad Nutricional en cada establecimiento de salud. Esta información es procesada a partir de los registros de atención diaria en los establecimientos de salud utilizados por el MINSA conocido como HIS, se suman todos los días en que efectivamente hubo al menos una atención registrada. Para cada establecimiento según la meta física se estima el número de personas requeridas y por tanto un número de días persona requeridos sobre la base de multiplicar el número de personas por 17 días efectivos de asistencia promedio cada mes. Sobre esa base para cada establecimiento se compara los días persona disponibles de personal respecto a los días persona requeridos, eventualmente se puede cumplir en número de personas pero muchas veces estas no registran atenciones y podría darse el caso que existiendo personal no se cumpla con los días persona disponibles

El compromiso asumido por las regiones es que se cuente con al menos un profesional de enfermería disponible en establecimientos de categorías I-2, I-3 y I-4 y al menos con técnicos de enfermería o profesional de enfermería en la categoría I-1, todos en relación a la meta física al menos en el 80% de establecimientos de salud de los distritos priorizados. Se evalúan los últimos 3 meses previos a la verificación.

Según estos reportes, se observa que en Ayacucho y Huancavelica hay un esfuerzo por mantener personal en más del 80% de los establecimientos priorizados en los últimos 3 meses previos a la evaluación. En Apurímac debido a un problema de registro del HIS solo se contaba con información parcial y recién en el año 2012 esto se ha regularizado para una unidad ejecutora.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N°30. Nivel de cumplimiento en la disponibilidad de personal en los establecimientos de salud de distritos priorizados en los departamentos (Apurímac, Ayacucho, Huancavelica) 2011-2012

Región	2011 (Informe I nivel II)		2011 (Informe II nivel II)		2012 (Informe I nivel III)	
	Nº EESS	% de EESS cumplen	Nº EESS	% de EESS cumplen	Nº EESS	% de EESS cumplen
Apurímac	74	0%	87	0%	89	47%
Ayacucho	98	81%	98	89%	98	97%
Huancavelica	74	65%	86	88%	86	85%

Fuente: Informes de verificación de compromisos de los convenios MEF- Región Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

Por otro lado, cuando se compara el total de días enfermera disponibles respecto a los días enfermera requeridos se observa que en los departamentos Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, la cantidad de días enfermera disponibles en el 2009 alcanzaba al 60% de lo requerido, se incrementa progresivamente y en el último trimestre del 2010, la cantidad de días enfermeras disponibles es más del 80% de lo requerido. En Ayacucho en el segundo semestre del 2011 la cantidad de días enfermera disponible es mayor a lo requerido, lo cual sigue incrementándose en el 2012. En Apurímac hubo problemas de registro durante el año 2011 y en el 2012 los días enfermera disponibles en 80% de los días requeridos.



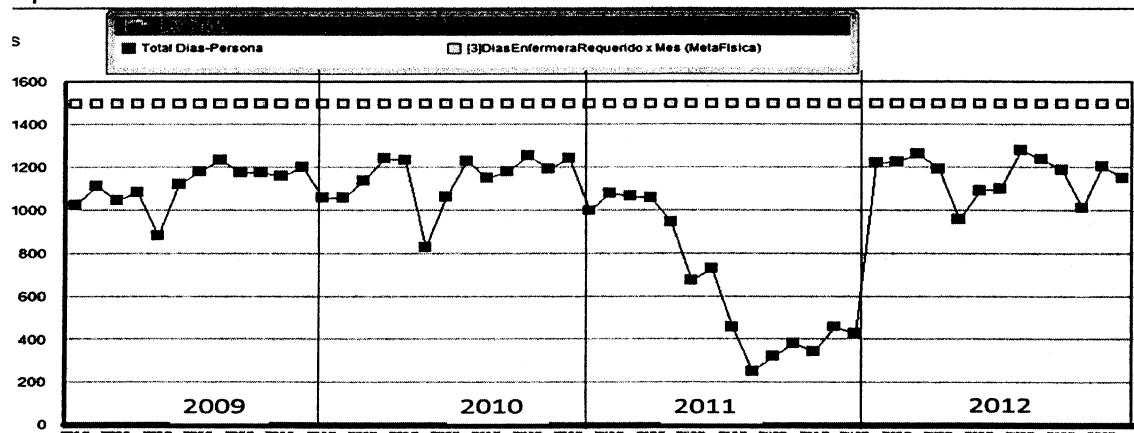


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

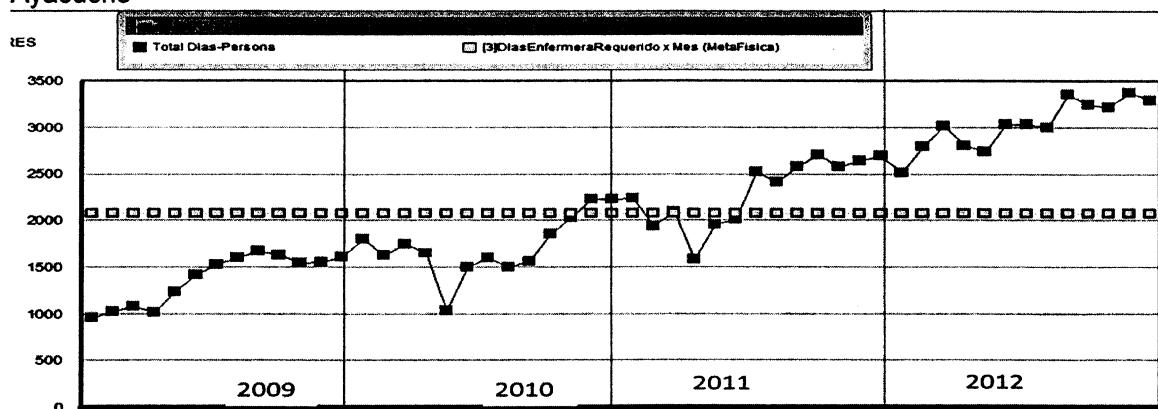
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Grafico N° 25. Disponibilidad de enfermeras en relación a la cantidad requerida según meta física en establecimientos de distritos priorizados en los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica 2009-2012

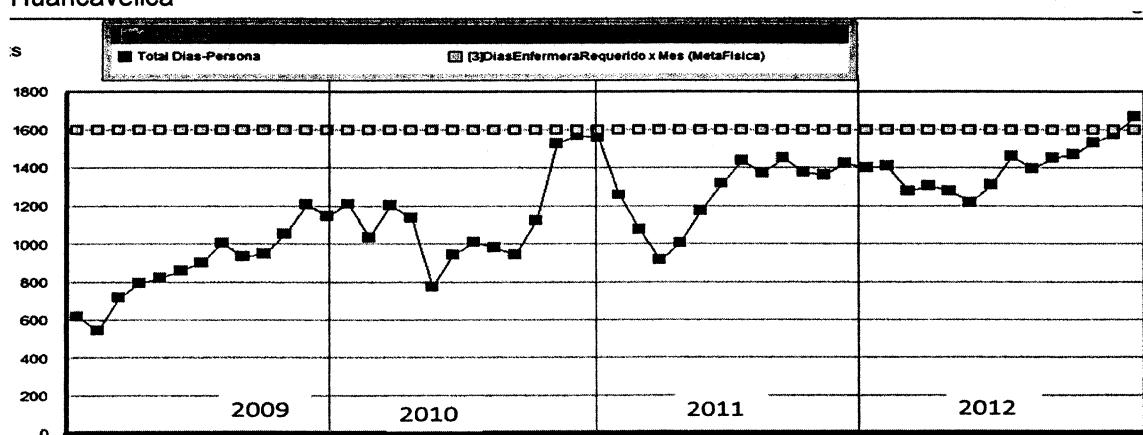
Apurímac



Ayacucho



Huancavelica



Elaboración propia con información de 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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. Se estima el nivel de disponibilidad por establecimiento de salud para cada mes.

En los compromisos de gestión se pide a las regiones garantizar la disponibilidad de al menos 3 vacunas en el 100% de establecimientos de salud de los distritos priorizados

Tabla N° 31. Disponibilidad de vacunas y suplemento de hierro en los establecimientos de salud de distritos priorizados en los departamentos (Apurímac, Ayacucho, Huancavelica) 2011-2012

Región	2011 (Informe I nivel II)		2011 (Informe II nivel II)		2012 (Informe I nivel III)		
	Nº FESS	% de EESS cumplen 3 vacunas	Nº EESS	% de EESS cumplen 3 vacunas	Nº EESS	% de EESS cumplen 3 vacunas	% de EESS cumplen sulfato ferroso
Apurímac	74	0%	87	21%	89	9%	73%
Ayacucho	98	26%	98	100%	98	98%	91%
Huancavelica	82	1%	86	100%	86	100%	100%

Fuente: Informes de verificación de compromisos de los convenios MEF- Región Apurímac, Ayacucho y Huancavelica

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 durante todos los meses de los años 2009 al 2012. 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 50 en promedio (20%). En el último semestre del año 2011 el promedio de establecimientos con disponibilidad aceptable para la vacuna pentavalente y contra el neumococo es de 120 (40%) y contra el rotavirus de 140 (50%). En el último trimestre del 2012 más de 200 (75%) establecimientos de salud tienen disponibilidad aceptable para las 3 vacunas. Regiones como Huancavelica y Ayacucho han pasado el 80% de establecimientos con disponibilidad aceptable, mientras que en Apurímac todavía hay limitaciones por un lado en el registro 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 suministro óptima.

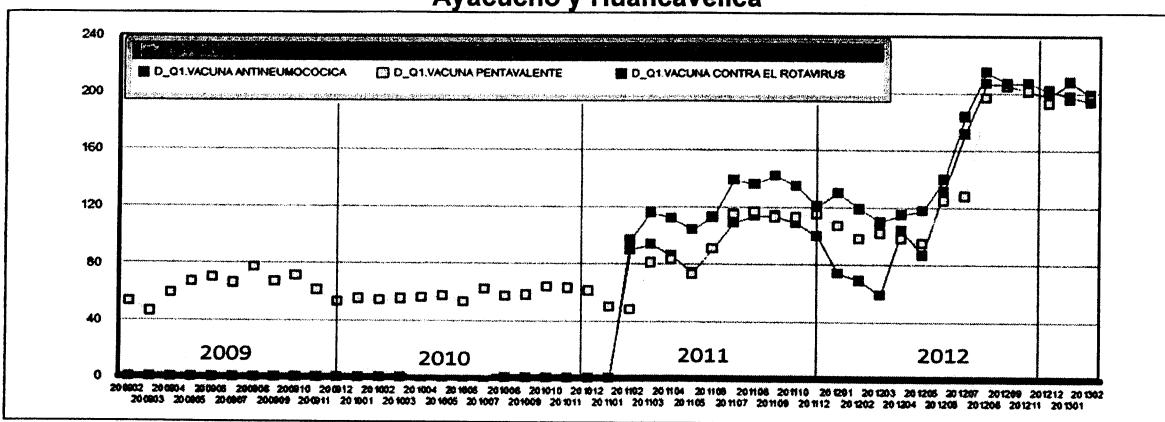




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Grafico N°26. 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 o en gotas, 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 120 (40%) establecimientos de salud la disponibilidad era aceptable, esto se incrementa a partir del último semestre del 2009 y todo el 2010 hasta 180 (60%) con un ligero descenso en el 2011. En el último trimestre del 2012 más de 250 establecimientos de salud del ámbito priorizado tienen disponibilidad aceptable para sulfato ferroso. Tal como se muestra en el gráfico a partir del año 2011 se inicia el registro de multivitamínicos en los establecimientos de salud manteniéndose en ese año por encima de 120 establecimientos de salud (40%) y en el 2012 entre 160 y 80 establecimientos. Si bien en estos departamentos, desde el año 2009 se cambió la política de suplementación de hierro incorporando los multivitamínicos, este aún no formaba parte del monitoreo por parte del SISMED y a la fecha persisten los problemas en el registro del stock y del consumo de este último medicamento.

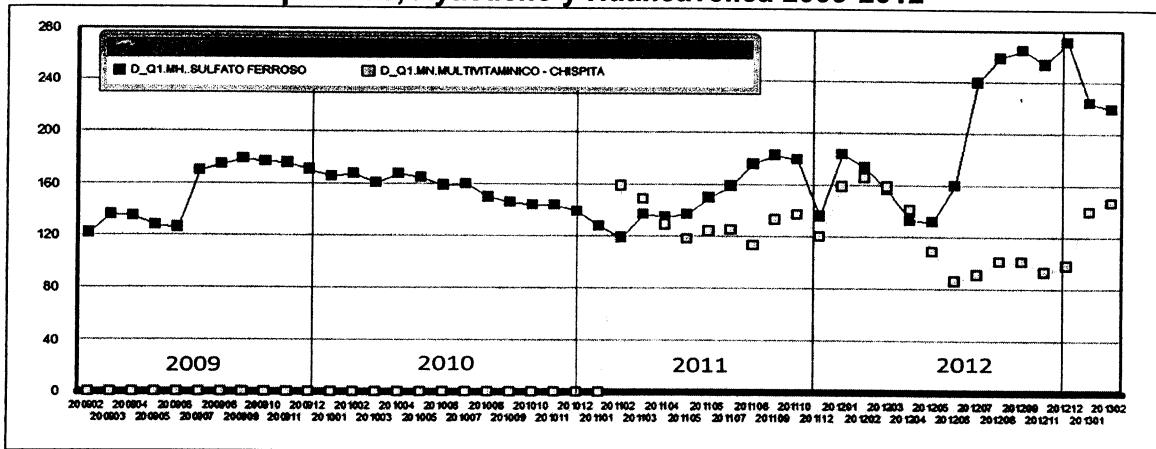




MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Grafico N°27. Disponibilidad de Sulfato ferroso para niños y multi-micronutrientes en establecimientos de Quintil I de los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica 2009-2012



Fuente: Base de datos SISMED. Elaboración propia.

Avances en el seguimiento de indicadores del tramo variable de los convenios regionales

En el 2012 en el indicador de "Niños con Vacuna completa" todas las regiones tienen un nivel de cumplimiento mayor al 90%, Apurímac y Huancavelica es mayor al 100%. Para el indicador "niños con CRED completo" Ayacucho supera el 100% de la meta, mientras Apurímac y Huancavelica alcanzan el 88% y 89% de la meta. Respecto al indicador de "Niños con suplemento de hierro" el nivel de cumplimiento en Huancavelica y Ayacucho es mayor al 100% de la meta, mientras que en Apurímac fue de 83% y para el caso de "gestantes con suplemento de hierro" el nivel de cumplimiento en todas las regiones es mayor a 90%. Si bien las metas del 2012 que toma como referencia la base de dato del SIS respecto al 2011 que fue con la ENDES, el nivel de cumplimiento por parte de las regiones ha sido mejor en el año 2012. A la fecha de evaluación del nivel de cumplimiento de las regiones aun había retrasos en el registro de parte de la información del año 2012.

Los resultados en el departamento de Apurímac, en los que el nivel de cumplimiento para 2 indicadores es menor al 90% es coherente con la reducción de la proporción de niños menores de un año afiliados oportunamente al SIS, lo que desincentiva al registro de las fichas únicas de atención por parte de los trabajadores ante el temor de no recibir el reembolso, no obstante que el SIS estableció un periodo de afiliación temporal primero a 90 días y luego a 180 días. Esta situación también afectó negativamente en el indicador niños con CRED completo para la edad en el caso de Huancavelica .





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N° 32. Nivel de cumplimiento del tramo variable convenio MEF-Regiones 2011-2012

Indicador	Región	2011			2012		
		Meta	Valor	% Cumplimiento	Meta	Valor	% Cumplimiento
1. Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad ¹	Apurímac	80.1	82.8	103%	82.1	91	111%
	Ayacucho	68.3	70.5	103%	72.3	64.9	90%
	Huancavelica	68.3	90.6	133%	72.3	86.9	120%
2. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad ^{1,2}	Apurímac	65.2	57.3	88%	58.4	52	89%
	Ayacucho	49.4	60.7	123%	54.3	65	120%
	Huancavelica*	49.4	84.6	171%	57.7	51	88%
3. Proporción de menores de 24 meses afiliados al SIS suplementados con hierro ^{1,2}	Apurímac	73.2	35.6	49%	48	40	83%
	Ayacucho	53.2	47.6	89%	47.6	62	130%
	Huancavelica*	59.8	51.7	86%	57.1	62	109%
4. Proporción de gestantes que recibieron sales de hierro ^{1,2}	Apurímac	91.0	57.3	63%	96	87	91%
	Ayacucho	86.4	60.7	70%	96	92	96%
	Huancavelica	78.0	84.6	108%	96	90	94%

Fuente: 1) ENDES 2) SIS. Para el año 2011 en todos los casos se utilizó fuente ENDES. Para el 2012 la ENDES para el indicador 1 y el SIS para los otros 3 indicadores.

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 el 88%, a las regiones de Ayacucho y Huancavelica se transfirió el 100% del tramo fijo, Apurímac fue la región que recibió menor proporción porque no logró la meta en 2 indicadores y tampoco cumplió con el 100% de compromisos del tramo fijo, mientras que Huancavelica logró la meta en todos los indicadores y recibió el 100% del previsto para el año 2012. En el año 2013 a la fecha se ha transferido el 84% del monto previsto y está pendiente la subsanación por el tamo fijo en todas las regiones. Ayacucho es la región que recibió más porque en el tramo variable cumplió con el 100% de las metas.

Tabla N° 33. 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
	Desembolsado	7.2	9.14	8.97	9.99*	35.3
	Porcentaje desembolsado	60%	72%	71%	79%	71%
Total Ayacucho (20 distritos)	Programado	13.5	12.5	12	12	50
	Desembolsado	8.1	8.77	11.25	10.56	38.68
	Porcentaje desembolsado	60%	70%	94%	88%	77%
Total Huancavelica (14 distritos)	Programado	12.5	12.5	12.5	12.5	50
	Desembolsado	7.5	9	12.5	10.45*	39.45
	Porcentaje desembolsado	60%	72%	100%	84%	79%
Total	Programado	38	37.7	37.2	37.1	150
	Desembolsado	22.8	26.91	32.72	31.0*	113.43
	Porcentaje desembolsado	60%	71%	88%	84%	76%

*Pendiente subsanación de observaciones 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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 EUROPAN representa el 20% del presupuesto total ejecutado en intervenciones del PAN en estas regiones y en el 2013 a la fecha representa el 23% del presupuesto total. Hay una mayor proporción en la Región Apurímac (42%) y menor en Ayacucho (23%).

Tabla Nº 34. Presupuesto del Apoyo presupuestario respecto al presupuesto total del PAN en millones de Soles en regiones Priorizadas.

REGIONES	2010			2011			2012			2013		
	PIM Toda fuente	Apoyo Presupu estal	%									
APURIMAC	21,75	7,20	33%	31,99	9,11	28%	37.07	8.97	24%	23.84	9.99	42%
AYACUCHO	34,97	8,10	23%	45,62	8,82	19%	60,65	11.25	19%	45.7	10.56	23%
HUANCAVELICA	19,11	7,50	39%	24,71	9,05	37%	69.11	12.50	18%	65.48	10.45	16%
TOTAL	75,83	22,80	30%	102,32	26,98	26%	166.83	32.72	20%	135.02	31.00	23%

Fuente: Consulta amigable MEF. PIM al 14 de Mayo 2013. 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 y el nivel 1. En el primer informe del nivel 0, ninguna de las Regiones había cumplido con el 100% de criterios en esta primera evaluación, sin embargo esto fue subsanado y en el segundo informe las 3 regiones cumplieron con los criterios establecidos para el 100% de compromisos. En el primer informe del nivel 1, se evaluaron un total de 23 compromisos, la exigencia fue mayor y en general solo se cumplieron con los criterios establecidos para 4 y 6 compromisos. Donde se aprecia mayores dificultades es en la organización de Se espera que en una segunda evaluación se cumpla con todos los compromisos.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N° 35. Nivel de cumplimiento de Compromisos de gestión del tramo fijo de 3 Regiones priorizadas

Proceso Crítico	Nivel 0 – Informe 1			Nivel 0-Informe 2			Nivel 1 Informe 1		
	Meta	Cumple	% Cumple	Meta	Cumple	% Cumple	Meta	Cumple	% Cumple
Amazonas									
Programación Operativa	7	2	57%	7	7	100%	7	2	29%
Soporte Logístico							9	1	11%
Organización para la Producción y Entrega de Productos							3	0	0%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación							4	1	25%
Total de criterios evaluados	7	2	57%	7	7	100%	23	4	17%
Cajamarca									
Programación Operativa	7	1	57%	7	7	100%	7	3	43%
Soporte Logístico							9	2	22%
Organización para la Producción y Entrega de Productos							3	0	0%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación							4	1	25%
Total de criterios evaluados	7	1	57%	7	7	100%	23	6	26%
Huánuco									
Programación Operativa	7	3	71%	7	7	100%	7	2	29%
Soporte Logístico							9	1	11%
Organización para la Producción y Entrega de Productos							3	0	0%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación							4	1	25%
Total de criterios evaluados	7	3	71%	7	7	100%	23	4	17%

A continuación algunos compromisos de gestión de procesos de gestión 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 en el 2012 respecto al 2011 se ha incrementado, en Amazonas de 3 a 46%, en Cajamarca de 17% a 54% y en Huánuco de 15% a 54%. En las 3 Regiones hay una alta proporción de niños sin CUI y sin DNI. En el año 2012 en Huánuco y Amazonas hay 10% menos niños en el padrón nominado, mientras que en Cajamarca hay 40% menos de niños respecto al 2011.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

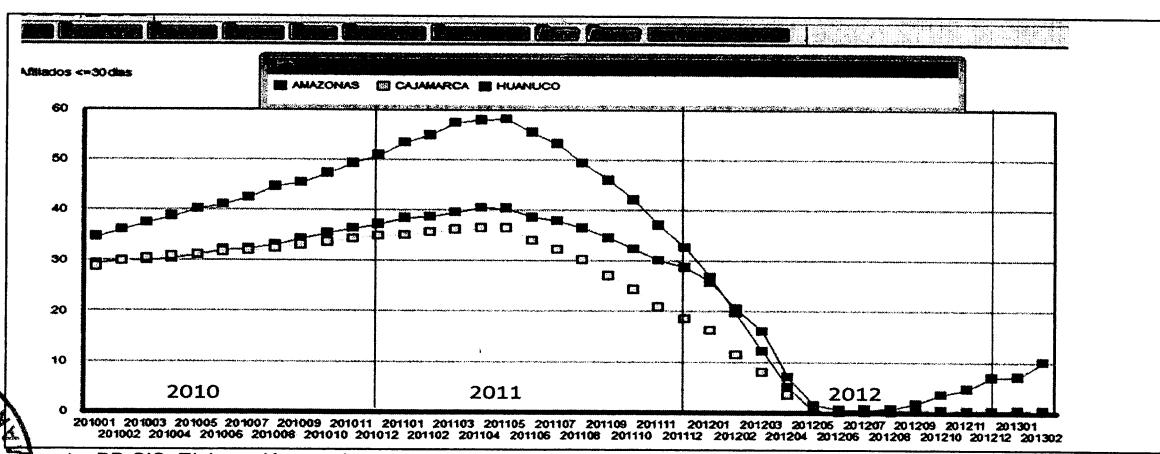
**Tabla Nº 36. Proporción de niños con DNI autenticado por RENIEC 2012
(Amazonas, Cajamarca y Huánuco)**

	2011		2012	
	Nº	%	Nº	%
Amazonas				
Con DNI	738	3%	9,522	46%
Solo CUI	4,119	17%	2,096	10%
Sin documento	20,080	81%	9,250	44%
Total	24,937	100%	20,868	100%
Cajamarca				
Con DNI	12,548	17%	23,067	54%
Solo CUI	4,601	6%	3,141	7%
Sin documento	57,531	77%	16,307	38%
Total	74,680	100%	42,515	100%
Huánuco				
Con DNI	6,733	15%	23,792	54%
Solo CUI	6,249	14%	0	0%
Sin documento	32,101	71%	19,911	46%
Total	45,083	100%	43,703	100%

Afiliación Temprana

La proporción de afiliación temprana (menor de 30 días) al Seguro Integral de Salud en los distritos más pobres entre los años 2010 y 2011 había mejorado, manteniéndose en Huánuco en el primer semestre del 2011 en 60% y al finalizar el año ya había bajado a 35% y en el 2012 un descenso progresivo que se acentúa en el segundo semestre hasta llegar al 1%. En Amazonas y Cajamarca hasta el primer semestre del 2011 era de 40% y al finalizar ese año ya había disminuido en 30% Amazonas y 20% en Cajamarca y siguió disminuyendo en el 2012 hasta llegar a 1% al finalizar el primer semestre y mantenerse así hasta diciembre 2012. Esta situación se explica porque la exigencia de DNI y la elegibilidad en el SISFOH para la afiliación.

Gráfico Nº 28. Proporción de niños menores de 1 año afiliados al Seguro integral de Salud antes de los 30 días en distritos más pobres de Amazonas, Cajamarca y Huánuco. 2010-2012



Fuente: BD 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Disponibilidad de recursos Humanos

Al igual que en las otras regiones, se mide la disponibilidad de recursos humanos en establecimientos de los distritos más pobres y priorizados en el convenio por esa condición, comparando para cada establecimiento los días disponible de personal en relación a los días requeridos. La disponibilidad de recursos humanos en establecimientos de distritos priorizados (licenciados en enfermería en categorías I-2, I-3 o I-4) y personal técnico de enfermería o licenciados en enfermería en categoría I-1.

En la siguiente tabla se observa que la disponibilidad de personal es óptima en el 40% de establecimientos de salud en promedio, 49% en Amazonas, 46% en Cajamarca y Huánuco 44%..

Tabla N° 37 Disponibilidad de personal en los establecimientos de salud en distritos de los departamentos (Amazonas, Cajamarca y Huánuco) 2012

Región	2012 (Informe I nivel II)	
	Nº EESS	% de EESS cumplen
Amazonas	109	49%
Cajamarca	210	46%
Huánuco	63	44%

Fuente. Informe de verificación de compromisos nivel I de los convenios MEF- Región Amazonas, Cajamarca y Huánuco.

En los siguientes gráficos se puede apreciar la disponibilidad de recursos humanos medidos en días enfermera requeridos y días enfermera disponibles en establecimientos de distritos priorizados. La disponibilidad de días enfermera requeridos varía según la meta física y el número de establecimientos de salud. Según los gráficos, en ninguna de las regiones la cantidad de días enfermera disponibles en relación a lo requerido es óptima, en Amazonas durante algunos meses se logra el 50% pero esta se mantiene en el 30% casi en todos los meses del año en relación a los días requeridos cada mes, en Cajamarca durante todo el año la disponibilidad de días enfermera es de 40% de lo requerido en el mes y en Huánuco en el último semestre se mantiene alrededor de 75% de lo requerido.



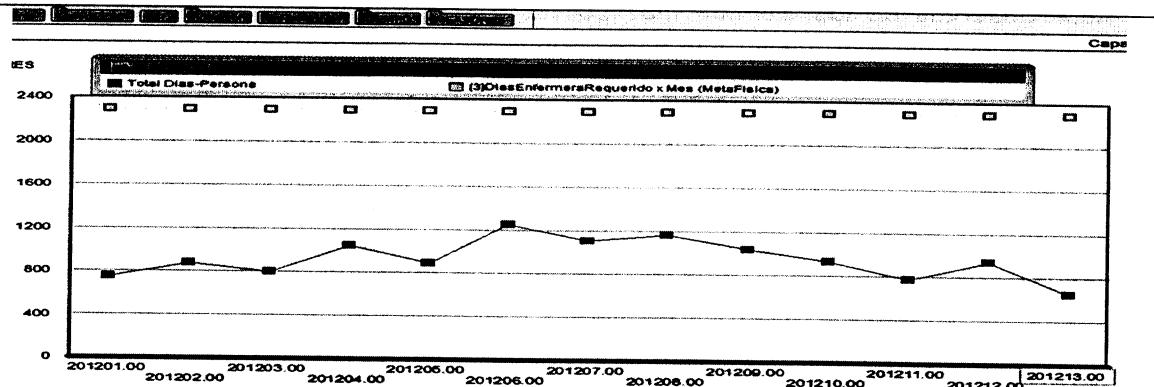


MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

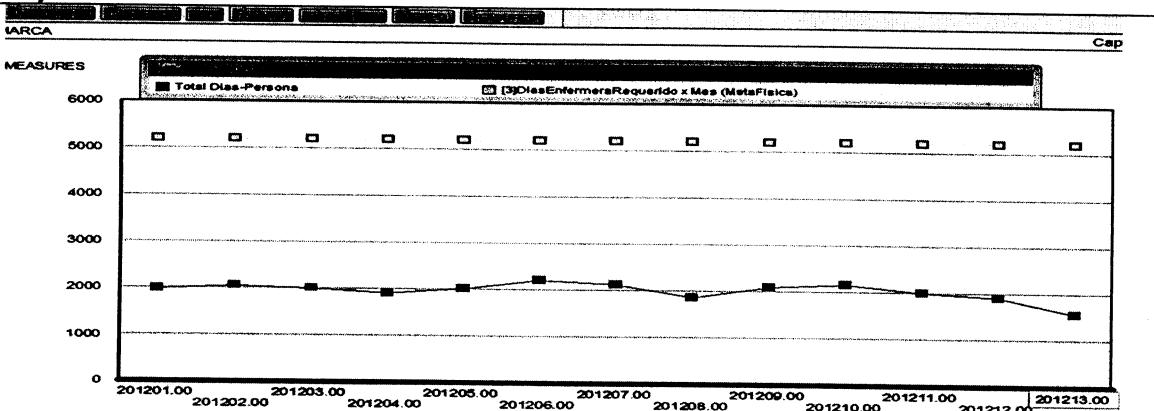
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Grafico N° 29. Disponibilidad de enfermeras en relación a la cantidad requerida según meta física en establecimientos de distritos priorizados en los departamentos de Amazonas, Cajamarca y Huánuco 2011-2012

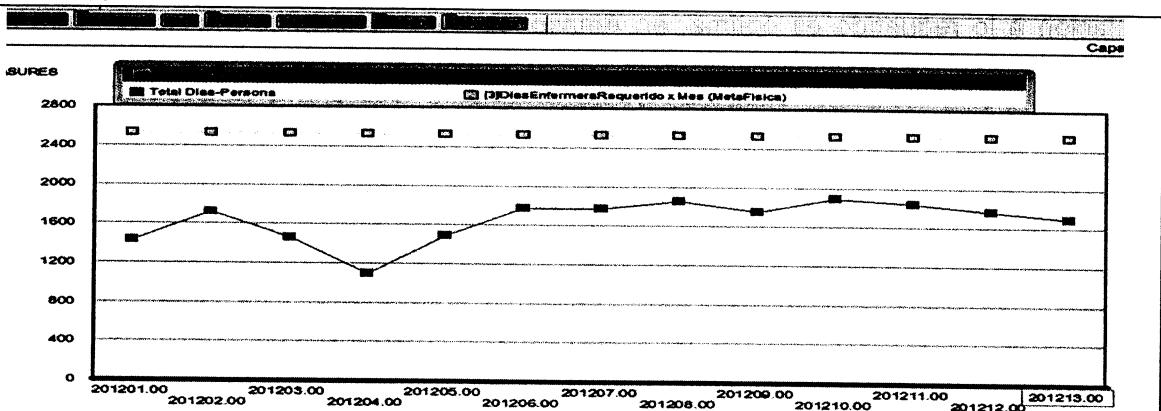
Amazonas



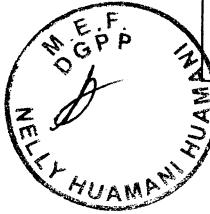
Cajamarca



Huanuco



Elaboración propia con información de 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

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. Se estima el nivel de disponibilidad por establecimiento de salud para cada mes.

En los compromisos de gestión se pide a las regiones garantizar la disponibilidad de al menos 3 vacunas en el 100% de establecimientos de salud de los distritos priorizados

Tabla N° 38 Disponibilidad de vacunas y suplemento de hierro en los establecimientos de salud de distritos priorizados de Amazonas, Cajamarca y Huánuco 2012

Región	Nº EESS	% de EESS cumplen 3 vacunas	% de EESS cumplen sulfato ferroso
Amazonas	109	51%	93%
Cajamarca	210	33%	37%
Huánuco	63	87%	34%

Fuente. Informe de verificación de compromisos nivel I de los convenios MEF-Región Amazonas, Cajamarca y Huánuco

Avances en el seguimiento de metas de indicadores del tramo variable de los convenios regionales

En el 2012 en el indicador de "Niños con Vacuna completa" el nivel de cumplimiento en la región de Amazonas es 78% de la meta, mientras que en Cajamarca y Huánuco es mayor al 100%. Para el indicador "niños con CRED completo" las 3 regiones pasan del 100% de la meta. Respecto al indicador de "Niños con suplemento de hierro" el nivel de cumplimiento en Cajamarca es mayor al 100%, mientras que en Amazonas y Huánuco es menor al 50% de la meta. En el Indicador Gestantes con suplemento de hierro en Cajamarca y Huánuco el nivel de cumplimiento es mayor al 100% de la meta mientras que en Amazonas es mayor a 90%.

Tabla N° 39. Nivel de cumplimiento de indicadores del tramo variable convenio MEF-Regiones 2012

Indicador	Región	2012		
		Meta	Valor	% Cumplimiento
1. Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad ¹	Amazonas	60.1	47.1	78%
	Cajamarca	65.1	82.4	127%
	Huánuco	68.8	69	100%
2. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad ¹	Amazonas	46	56.1	122%
	Cajamarca	59.8	67.9	114%
	Huánuco	74.8	76	102%
3. Proporción de niños/as de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro ¹	Amazonas	24.2	9.8	41%
	Cajamarca	34.5	42.2	122%
	Huánuco	50.6	15.6	31%
4. Proporción de gestantes que recibieron sales de hierro ¹	Amazonas	83.8	78.4	94%
	Cajamarca	91.9	94.4	103%
	Huánuco	87.6	90.5	103%

Fuente: 1) ENDES. Informes de seguimiento de los indicadores del PAN Amazonas, Cajamarca y Huánuco





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Avances en el desembolso en regiones priorizadas por el convenio

En el primer año solo correspondía transferir el tramo fijo, todas las regiones cumplieron con los 7 criterios establecidos después de la subsanación, motivo por el cual se transfirió el 100% de lo previsto. En el año 2013 después de la verificación de compromisos y el seguimiento de indicadores del tramo variable se ha transferido el 66% de lo acordado, en las 3 regiones se ha transferido el 60% de lo acordado para el tramo fijo. Respecto al monto transferido por el tramo variable solo Cajamarca ha recibido el 100% de lo acordado, a Huánuco Amazonas se les descontó por el indicador Niños con suplemento de hierro y a Amazonas además por niños con vacuna completa. A la fecha se ha transferido solo el 55% de lo acordado.

Tabla N° 39. 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	5	5	15
	Desembolsado	5	3.13		8.13
	Porcentaje desembolsado	100%	63%		54%
Total Cajamarca (34 distritos)	Programado	5	5	5	15
	Desembolsado	5	3.6		8.6
	Porcentaje desembolsado	100%	72%		57%
Total Huánuco (15 distritos)	Programado	5	5	5	15
	Desembolsado	5	3.23		8.23
	Porcentaje desembolsado	100%	65%		55%
Total	Programado	15	15	15	45
	Desembolsado	15	9.96		24.96
	Porcentaje desembolsado	100%	66%		55%

*Pendiente presentación de informe de subsanación de observaciones.

El presupuesto proveniente del convenio está dirigido principalmente a reducir 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 EUROPAN representa el 11% del presupuesto asignado al PAN en estas regiones, hay una mayor proporción en la Región Amazonas (16%) y menor en Cajamarca (8%). En el 2012 el presupuesto transferido a las regiones representa el 9% del presupuesto asignado al PAN en estas regiones, en Amazonas representa la mayor proporción (13%) y en Cajamarca la menor (7%).

Tabla N° 40. Presupuesto del Apoyo presupuestario respecto al presupuesto total del PAN en millones de soles en regiones Priorizadas.

REGIONES	2011			2012			2013		
	PIM Toda fuente	Apoyo Presupuestal	%	PIM Toda fuente	Apoyo Presupuestal	%	PIM Toda fuente	Apoyo Presupuestal	%
Amazonas	19.6	0	0%	30.9	5.0	16%	23.4	3.1	13%
Cajamarca	43.2	0	0%	59.5	5.0	8%	50.2	3.6	7%
Huánuco	14.5	0	0%	40.3	5.0	12%	34.5	3.2	9%
Total	77.3	0	0%	130.7	15.0	11%	108.0	10.0	9%

Fuente: Consulta amigable MEF al 15 de Mayo 2013. Elaboración propia





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

4.3 Avance en Convenios con Pliegos del Gobierno Nacional

A la fecha, se han evaluado el nivel 0 y 1 del convenio con las 3 entidades. El nivel de cumplimiento de compromisos en el primer informe del nivel 0 fue en promedio entre 33% para RENIEC, 50% para SIS y 75% para JUNTOS, estos fueron superados en un segundo informe en los casos de RENIEC y SIS y cumplieron con el 100% de compromisos, mientras que en el caso de JUNTOS no se logró subsanar. En el nivel 1 el nivel de exigencia fue mayor para las 3 entidades y según primer el informe ninguna de las 3 entidades a logrado cumplir con el 100% de los compromisos, siendo este de 43% para JUNTOS, 50% para el SIS y 73% para RENIEC. En general las 3 instituciones vienen haciendo esfuerzos para mejorar sus procesos de gestión.

Tabla N° 41. Nivel de cumplimiento de Compromisos de gestión del tramo fijo de Pliegos Nacionales

Proceso Crítico	Nivel 0 – Informe 1			Nivel 0-Informe 2			Nivel 1 Informe 1		
	Meta	Cumple	% Cumple	Meta	Cumple	% Cumple	Meta	Cumple	% Cumple
Seguro Integral de Salud									
Programación Operativa	7	5	71 %	7	7	100%	6	3	50 %
Soporte Logístico	1	0	0%	1	1	100%	1	1	100 %
Organización para la Producción y Entrega de Productos	2	2	100%	2	2	100%	3	2	67 %
Supervisión, Seguimiento y Evaluación	6	1	17 %	6	6	100%	6	4	67 %
Total de criterios evaluados	16	8	50 %	16	16	100%	16	8	50 %
RENIEC									
Programación Operativa	4	2	50 %	4	4	100%	4	4	100 %
Soporte Logístico	1	0	0 %	1	1	100%	3	2	67 %
Organización para la Producción y Entrega de Productos	1	0	0 %	1	1	100%	2	1	50 %
Supervisión, Seguimiento y Evaluación	1	0	0 %	1	1	100%	2	1	50 %
Total de criterios evaluados	6	2	33 %	6	6	100%	11	8	73 %
Programa JUNTOS									
Programación Operativa	7	4	57 %	7	3	42 %	8	2	25%
Soporte Logístico	1	1	100%	1	1	100%	3	1	25%
Organización para la Producción y Entrega de Productos	4	3	75 %	3	3	100%	5	2	40%
Supervisión, Seguimiento y Evaluación	4	4	100%	4	4	100%	5	4	80%
Total de criterios evaluados	16	12	75%	15	11	73 %	21	9	43 %

Fuente. Informes de verificación de compromisos tramo fijo convenio MEF-SIS, MEF-RENIEC y MEF-MIDIS

Avances en el seguimiento de metas de indicadores del tramo variable de los convenios con entidades nacionales

En el 2012 el Seguro integral de Salud el nivel de cumplimiento en el indicador "Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS" ha sido de 83.7% de la meta y en el indicador de "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 más de 100% de la meta. No se ha cumplido con la meta de niños afiliados al SIS en los distritos más pobres debido a las dificultades presentadas en la condición de elegibilidad por parte del Sistema de Focalización de Hogares administrada por el





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

MIDIS y debido a que en las zonas rurales y pobres el tiempo promedio de contar con el DNI para un recién nacido es de 90 días. Esto no ha afectado el nivel de cumplimiento en la meta de atención de CRED en todo el ámbito del convenio (6 regiones) debido a que el SIS mediante Resolución Jefatural estableció un periodo de afiliación temporal inicialmente de 90 días y luego de 180 días.

En el caso del RENIEC, el nivel de cumplimiento en los 2 indicadores acordados ha sido de 100 y 126%. En el caso del programa JUNTOS el nivel de cumplimiento para el indicador "Proporción de niños/as menores de 36 meses con vacunas completas para su edad" ha sido de 94% y para "Proporción de niños/as menores de 12 meses con CRED completo para su edad" ha sido mayor al 100%.

Tabla N° 42. Nivel de cumplimiento de indicadores del tramo variable convenio MEF-Regiones 2012

Indicador	Región	2012		
		Meta	Valor	% Cumplimiento
Seguro Integral de Salud -SIS*	Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS.	89	74.5	84%
	Proporción de niños/as mayores e igual a 8 días y menores de 12 meses afiliados al SIS con atenciónes de CRED completos para su edad.	16.8	19.0	113%
Registro Nacional de Identidad y Estado Civil- RENIEC	Proporción de niños y niñas menores de 12 meses, provenientes de los 120 distritos priorizados, que cuentan con DNI.	52%	65,8%	126%
	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.	15%	15,07%	100%
Programa JUNTOS	Proporción de niños/as menores de 36 meses con vacunas completas para su edad.	79,2	74,4	94%
	Proporción de niños/as menores de 12 meses con CRED completo para su edad.	71,1	78,4	110%

Fuente: 1) ENDES. Informes de seguimiento de los indicadores del PAN Amazonas, Cajamarca y Huánuco

Avances en el desembolso a entidades nacionales por el convenio

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 para los Programas presupuestales. En el 2011 y el 2012 el presupuesto del apoyo presupuestario representa el 1% del presupuesto asignado a los programas presupuestales de estas entidades, en el SIS y RENIEC este presupuesto representa el 2% de su presupuesto por toda fuente.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Tabla N° 43. Proporción de presupuesto del Convenio de Apoyo presupuestario respecto al presupuesto total de los programas presupuestales con Apoyo presupuestario en las entidades nacionales.

ENTIDAD ES	PROGRAMA PRESUPUESTAL	2011			2012			2013		
		PIM Toda fuente	Apoyo Presupuestal	%	PIM Toda fuente	Apoyo Presupuestal	%	PIM Toda fuente	Apoyo Presupuestal	%
Seguro Integral de Salud	0001 Programa Articulado Nutricional	89.2	3	3%	64.1	2	3%	152.6	3.4	2%
RENIEC	0079 Acceso de la Población a la Identidad	123.9	0	0%	233.3	5	2%	181.8	3.6	2%
Programa JUNTOS	0049 Programa de Apoyo directo a los más pobres*	618.6	0	0%	825.6	3	0%	1027.6	3.6	0%
Total	Total	170.9	3	2%	1123	10	1%	1362.0	10.6	1%

Fuente: Consulta amigable MEF al 15 de Mayo 2013. Elaboración propia.

Nota: el presupuesto del año 2011 corresponde a * 004 Acceso a la Identidad y **productos incluidos en el PAN y Logros del aprendizaje.

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 y 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 INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

IV. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2013.

Entre los años 2007 y 2012, se ha reducido la Desnutrición Crónica Infantil según el patrón de referencia de la NCSH de 22.6% en el año 2007 a 13.2% en el año 2012 y según el patrón de referencia de la OMS de 28.5% a 18.1%. Esta reducción se da en el nivel nacional así como en el ámbito rural, la brecha entre el urbano y rural en este mismo periodo se ha reducido en 10 puntos. 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 seguir afianzando las intervenciones para reducir la brecha 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 2 nuevas vacunas (contra el rotavirus y contra el neumococo) al esquema de inmunizaciones del niño menor de 1 año, con lo cual es posible reducir las infecciones respiratorias y gastrointestinales, tanto en severidad como en duración de la enfermedad, habiéndose incrementado las coberturas año a año, aunque en menor proporción en el año 2012.

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. Esto se ha conseguido por el incremento presupuestal condicionado a la programación por punto de atención 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), hasta el 2011 se había 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 a la salud del niño. Sin embargo en el año 2012, se ha disminuido significativamente la proporción de niños afiliados oportunamente al SIS antes de los 30 días, como consecuencia de las dificultades en el Sistema de Focalización de Hogares y del tiempo de demora en la emisión del Documento Nacional de Identidad. A fin de evitar problemas en el acceso de los niños a los servicios de salud el SIS ha ampliado el periodo de inscripción temporal para niños hasta los 180 días de nacido.





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

La disponibilidad de profesionales de enfermería en establecimiento ubicados en los distritos más pobres, se ha incrementado tanto en número como en días enfermera disponible desde el 2010, 2011 y 2012. Desde el segundo semestre del 2011 y durante el año 2012, se observa que en Ayacucho y Huancavelica más de 90% de establecimientos cuentan con personal de salud disponibles calculado a partir de la meta física. Sin embargo en las regiones de Amazonas, Cajamarca y Huánuco solo el 50% de establecimientos cuentan con personal disponible según la meta física, se espera que esta situación se revierta al igual que las otras regiones.

La disponibilidad de vacunas y de suplemento de hierro en las regiones priorizadas con el convenio desde el 2010 (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica) ha mejorado para los establecimientos que atienden a la población de los distritos más pobres, situación que aún no es superado por las nuevas regiones (Amazonas, Cajamarca y Huánuco) que han suscrito convenio a partir del 2012.

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 contribuido en la mejora de la gestión de los insumos en más de 180 Unidades Ejecutoras del país. El modelo de asignación aplicado para todas las regiones del país desde el proceso de formulación 2009 para el producto "Niños con vacuna completa para la edad", condicionado a la mejora en la programación operativa por puntos de atención, se amplió a productos de otros 5 programas priorizados en el proceso de formulación del año 2010.

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. En 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 del año 2012 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.

Respecto al nivel de avance en los convenios de apoyo presupuestario firmados con las entidades regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, se observan mejoras progresivas en los compromisos de gestión, sobre todo en los procesos de programación operativa, organización para la oferta de servicios, así como de seguimiento y monitoreo de la disponibilidad de insumos, de productos ofertados y resultados logrados. Sin embargo aún se tienen dificultades en mejorar los procesos logísticos para la adquisición oportuna de bienes y servicios para una mejor disponibilidad de insumos. Respecto a la evolución de los indicadores priorizados se observa una mejor cobertura de atención en los distritos más pobres, sin embargo como las metas son más exigentes el nivel de cumplimiento no ha sido igual o mayor al 100% de meta como en años anteriores.

Un aspecto importante de los convenios de gestión ha sido el de mantener la disponibilidad de recursos críticos asociados a los productos priorizados en





MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

establecimientos que atienden a las poblaciones de los distritos más pobres. Esto se evidencia cuando se compara la disponibilidad de recursos críticos en distritos más pobres de las regiones que cuentan con Convenio desde el año 2010 como Apurímac, Ayacucho y Huancavelica respecto a las regiones de Amazonas, Cajamarca y Huánuco que iniciaron en el año 2012.

El presupuesto proveniente del apoyo presupuestario-EUROPAN se constituye en un medio eficaz para la asignación presupuestal de recursos adicionales condicionada a una mejor cobertura de productos y a compromisos de mejora en los procesos de gestión consensuados con las instituciones involucradas, esperando con ello logros en los resultados de la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.

Entre los años 2010 y 2013, el presupuesto transferido como parte de los convenios de apoyo presupuestario de la fuente Donaciones y transferencias respecto a todo el presupuesto del Programa Articulado Nutricional en las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica ha sido alrededor de 23%. Este presupuesto ha permitido reducir brechas en productos priorizados, motivo por el cual es necesario que al menos parte de este presupuesto se siga manteniendo con recursos del Estado para dar sostenibilidad a las intervenciones a fin lograr los resultados esperados.

