

# **Sistematización del Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional EUROPAN**

**Project No. 2014/351160/I**

**Perú**

**Reporte Final de la Misión**

***Setiembre de 2015***



This project is funded by  
The European Union



A project implemented by  
ACE International Consultants

The contents of this publication are the sole responsibility of **ACE International Consultants** and can in no way be taken to reflect the views of the European Union.



Reporte Final

Project No. 2014/351160/1

Reporte de la Sistematización del Programa de Apoyo  
Presupuestario al Programa Articulado Nutricional - EUROPAN

By

Luis Cordero and Roger Salhuana

Presented by

**ACE, International Consultants (Spain)**



In consortium with

## CONTENIDOS

Abreviaciones y Acrónimos .....	5
Introducción .....	7
RESUMEN EJECUTIVO .....	9
1. Orígenes de EUROPAN.....	13
1.1. La Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) como prioridad política nacional .....	13
1.2. El contexto del sistema presupuestal en Perú 2006-2009: La reforma del PpR.....	18
1.3. El Apoyo Presupuestario como herramienta de la Comisión Europea.....	28
1.4. Contexto para EUROPAN: La descentralización del Estado Peruano.....	32
2. El Modelo EUROPAN.....	34
2.1. Elementos centrales en la aplicación del EUROPAN .....	34
2.2. El Enfoque de Resultados Ciudadanos como elemento diferenciador del Mecanismo EUROPAN.....	36
2.3. El Mecanismo EUROPAN y la Línea de Producción como eje operativo .....	38
2.4. Los Convenios de Apoyo Presupuestario.....	42
2.5. Respuestas en la aplicación del nivel Regional.....	51
2.6. Organización desde el MEF para gestión de los Convenios de Apoyo Presupuestario	53
3. Efectos de EUROPAN .....	54
3.1. Servicios públicos e indicadores seleccionados para explorar el efecto del Mecanismo EUROPAN.....	55
3.2. Esquema de análisis para explorar los efectos del Mecanismo EUROPAN.....	58
3.3. Evolución de los indicadores de resultado y cobertura .....	61
3.4. Resultados del análisis que explora los efectos del mecanismo EUROPAN .....	63
4. Conclusiones .....	83
5. Anexos.....	84

## Abreviaciones y Acrónimos

APCI	Agencia Peruana de Cooperación Internacional
AdGR	Acuerdos de Gobernabilidad Regional
BCRP	Banco Central de Reserva del Perú
AP	Apoyo Presupuestario
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CdG	Compromiso de Gestión
CE	Comisión Europea
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
DISA	Direcciones Regionales de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
E.N. CRECER	Estrategia Nacional CRECER
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EUROPAN	Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FMI	Fondo Monetario Internacional
GN	Gobierno Nacional
GIZ	Cooperación Alemana al Desarrollo
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINAG	Ministerio de Agricultura
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
MMM	Marco Macroeconómico Multianual
MONIN	Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales
MdC	Meta de Cobertura
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PAN	Programa Articulado Nutricional
PASA	Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PE	Programa Estratégico
PEFA	Public Expenditure and Financial Accountability
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PNAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PP	Presupuesto Participativo
PpR	Presupuesto por Resultados

PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
PSM	Programa Salud Materno Neonatal
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SIS	Sistema Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
USAID	United States Agency for International Development

## Introducción

Los días **10 y 19 de noviembre de 2009** la Unión Europea (UE), mediante el Convenio de Financiación N° DCI-ALA/2009/021-564, suscribió el denominado “Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional” -EUROPAN- con la República del Perú, representado por la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

En el marco de dicho convenio la CE se comprometió a contribuir a la financiación del EUROPAN con un monto de hasta €60.8 millones. De este total, €60 millones, fueron orientados a la Ayuda Presupuestaria y €0.8 millones para asistencia técnica, visibilidad, auditoría y medidas de apoyo suplementarias al programa. El período de duración se fijó en 54 meses o 4.5 años (noviembre 2009-junio 2014).

El objetivo de EUROPAN, según lo señalado en el Convenio de Financiación, fue *“contribuir financiera y técnicamente a la implementación del Programa Articulado Nutricional, con el fin de acelerar el proceso de reducción de la DCI y luchar efectivamente contra la pobreza en el Perú”*.

La modalidad de implementación de EUROPAN, según lo establecido en el convenio, fue de Apoyo Presupuestario (AP). El AP es un mecanismo de apoyo al desarrollo implementada por la CE que comprende la transferencia de recursos de donación al Tesoro Público del país beneficiario. Esto se logra a través de una programación de desembolsos que se efectivizan una vez que el país haya evidenciado el cumplimiento tanto de compromisos referidos a la política económica y fiscal en general, como de compromisos específicos referidos a la política que se busca apoyar con esta herramienta. En el caso de EUROPAN, los compromisos políticos se definieron en el marco de la implementación del Programa Articulado Nutricional (PAN) que el país venía implementado con el propósito de reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI).

Otra característica importante del AP, precisada en el Convenio de Financiación, que resultaría fundamental para la manera cómo se implementaría EUROPAN en el interior del país, es que la asignación o uso de los recursos transferidos al Estado en el marco del Convenio de Financiación se realizarían bajo responsabilidad del MEF y a través de la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP).

Esta característica del AP en general y de EUROPAN en particular devino en una innovación no especificada en el Convenio de Financiación que consistió en asignar los fondos también bajo esquemas contractuales o convenios de gestión con las entidades que participaran en el programa. En el marco de estos convenios de gestión, también denominados Convenios de Apoyo Presupuestario, el MEF a través de la DGPP se comprometía a transferir determinada cantidad de recursos en un plazo de cuatro años a las entidades, con cargo a que estas cumplieran determinados compromisos de gestión y lograran metas preestablecidas de cobertura de servicios críticos para la reducción de la DCI. Dentro de este marco, el MEF suscribió convenios con tres Gobiernos Regionales y con tres entidades del Gobierno Nacional, involucrados en la implementación del PAN.

Luego de cumplido el período de implementación de EUROPAN, los datos y las cifras disponibles muestran que no solo se han logrado mejoras en la gestión y mayores coberturas de los servicios priorizados, sino que además se ha validado un mecanismo para permitir que los diversos actores y procesos de gestión puedan alinearse hacia el logro de un resultado prioritario. En efecto, producto de la

implementación del EUROPAN, las entidades públicas participantes implementaron mejoras notables de gestión y se incrementó significativamente la cobertura de servicios claves para la reducción de DCI en poblaciones de mayor pobreza. Paralelamente, la DCI en el país tuvo una reducción inédita que ya es tomada como referencia internacional de políticas exitosas. La Unión Europea por su parte ha logrado explorar, con la creatividad del país ejecutante, una forma particular de implementar el AP, vinculándolo a mecanismos de priorización de políticas nacionales, gestión por resultados e incentivos al desempeño.



## RESUMEN EJECUTIVO

Los días **10 y 19 de noviembre de 2009** la Unión Europea (UE), mediante el Convenio de Financiación N° DCI-ALA/2009/021-564 suscribió el denominado “Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional” -EUROPAN- con la República del Perú. En el marco de dicho convenio la CE se comprometió a contribuir a la financiación del EUROPAN con un monto de hasta €60.8 millones.

El objetivo de EUROPAN, según lo señalado en el Convenio de Financiación fue “*contribuir financiera y técnicamente a la implementación del Programa Articulado Nutricional, con el fin de acelerar el proceso de reducción de la DCI y luchar efectivamente contra la pobreza en el Perú*”. De este total, €60 millones fueron orientados a la Ayuda Presupuestaria y €0.8 millones para asistencia técnica, visibilidad, auditoría y medidas de apoyo suplementarias al programa. El período de duración se fijó en 54 meses o 4.5 años (noviembre 2009 - junio 2014).

El diseño e implementación del EUROPAN, como herramienta de incentivos a la gestión del Estado peruano, surgió a partir de tres procesos importantes que coincidieron en el tiempo. El primero inherente al ámbito político, en el marco de la definición de prioridades nacionales. El segundo vinculado a reformas de las finanzas públicas. El tercer proceso proviene de la modalidad de entrega de recursos de cooperación promovida por la Comisión Europea en Latinoamérica a través de los denominados Apoyos Presupuestarios Sectoriales.

El proceso político está referido al ascenso de la reducción de la desnutrición crónica infantil como prioridad nacional. El proceso técnico corresponde al diseño e implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) como una de las reformas más importantes de las finanzas públicas en el Perú y que busca generar mayor efectividad en la asignación y ejecución del gasto público. La decisión de la Comisión Europea de implementar un Apoyo Presupuestario en Perú hacia fines de 2009 coincidió con los dos primeros procesos en su máximo nivel de madurez.

Luego de varios años de un elevado activismo de diversas organizaciones, entre las que destacó la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, el período 2008-2012 fue una etapa de gran visibilidad de la reducción de la DCI como prioridad para el país. Esto se hizo patente en el mensaje a la Nación del Presidente de la República de cada 28 de julio; en los discursos de sustentación del Proyecto de Ley de Presupuesto Anual a cargo del presidente del Consejo de Ministros, en las exposiciones de motivos de los Proyectos de Ley de Presupuesto que el Poder Ejecutivo remite al Congreso; en el Marco Macroeconómico Multianual y en las Leyes Anuales de Presupuesto. De hecho, en el discurso presidencial del año 2008 se estableció una meta para el año 2011.

Por su parte, el PpR fue una iniciativa de reforma de las finanzas públicas orientada a elevar la efectividad del Estado peruano para lograr resultados directamente en la población. Para realizarlo introdujo la exigencia de diseñar e implementar los denominados Programas Presupuestales Estratégicos, los cuales a partir de un resultado prioritario utilizaban esquemas lógicos de causalidad y uso de evidencia científica para determinar qué intervenciones o productos debían ser financiados y provistos a la comunidad. El PAN fue el primer programa diseñado bajo esta lógica y se había beneficiado no solo de una amplia atención que había recibido la DCI como prioridad política sino, sobre todo, de la atención recibida a partir del uso de evidencias científicas para su reducción. En buena cuenta, la aplicación de esta lógica dota de solidez al diseño del PAN y permite ganar máxima seguridad respecto de los servicios que deben ser provistos y, en lo concerniente al EUROPAN, los

servicios sobre los cuales establecer indicadores para evaluar éxito en coberturas y sobre los cuales impulsar mejoras de gestión.

Desde el año 2006, la Comisión Europea requería a la Delegación Europea en Lima que el país ingresara en la esfera del Apoyo Presupuestario Sectorial (APS). El APS era una modalidad de ayuda al desarrollo que consistía en una transferencia de recursos financieros al Tesoro Público del país receptor del apoyo, previo al cumplimiento de determinados compromisos orientados a aspectos macrofiscales y de política pública priorizadas. El donante no realizaba control sobre el uso de fondos sino que implementaba un monitoreo constante de los criterios de elegibilidad de los apoyos presupuestarios y el desempeño en la implementación de la política (ver más adelante).

El 2008 esta presión se incrementó pues el Perú era uno de los pocos países de América Latina que no tenía la modalidad de apoyo presupuestario. A inicios del año 2009, Nicaragua era el modelo a seguir en materia de apoyo presupuestario, siendo hacia el 2005 el primer y único país en la región que tenía Apoyo Presupuestario, coincidentemente con un gobierno de corte liberal. El retorno de Daniel Ortega al poder significó la suspensión de dicho apoyo, sobre todo por la ocurrencia de fraude en las elecciones municipales, el cual, desde la percepción de la Unión Europea, hizo “caer” el principio de elegibilidad del país para apoyos presupuestarios. Paralelamente, en el resto de países de Latinoamérica se observaba una baja ejecución de la cooperación a través de los proyectos tradicionales y por ello el AP aparecía como una alternativa de ayuda más eficiente.

Frente a esto se decide entrar al mecanismo priorizándose el PAN como política a apoyar preferentemente en los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, donde se había implementado con éxito el Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria (PASA).

Hacia el inicio de las negociaciones para la suscripción de EUROPAN entre la CE y el Gobierno peruano ya se habían realizado en el país dos elecciones de Gobernadores Regionales. El año 2009, los departamentos seleccionados para ser parte de EUROPAN, Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, atravesaban su segundo período de gestión descentralizada y aún se percibía en ellos cierta reticencia por que fuera el MEF el actor principal en la implementación de EUROPAN. Ello se debía en parte a que el MEF, asociado a un manejo centralista de los recursos públicos, no infundía confianza para que los recursos realmente fueran canalizados para su administración a través de los GORES. Sin embargo, estas dudas se fueron disipando durante el proceso de negociación inicial del EUROPAN, conforme se fue conociendo y entendiendo la propuesta de operatividad de EUROPAN en el interior del país, por parte del MEF.

EUROPAN en la práctica debe ser comprendida en dos dimensiones o espacios institucionales. La primera en función a los acuerdos que el país asume con la CE, a través del Convenio de Financiación. La segunda en función a la implementación conducida por el MEF, a través de los denominados Convenios de Apoyo Presupuestario (con entidades públicas del GN y de los GORES) y que permitirían al país cumplir con parte de los acuerdos del Convenio de Financiación.

El Convenio de Financiación establecía que la Unión Europea transferiría recursos económicos al Perú bajo el esquema de donación, hasta por un monto de 60.8 millones de euros (60 millones de Ayuda Presupuestaria y 0.8 millones de Ayuda Complementaria) en un periodo de cuatro años. En el plano de las *Condiciones Generales*, el Estado peruano se comprometía a superar satisfactoriamente tres criterios de elegibilidad: (i) el buen desempeño de la política macroeconómica; (ii) la gestión de las finanzas públicas; y (iii) la implementación de la política de lucha contra la desnutrición crónica. El

cumplimiento de las condiciones generales se aplicaría para el desembolso de los tramos fijos y variables, debiendo acreditarse adecuadamente la fuente de verificación.

Por su parte, el Estado peruano, en el marco de las *Condiciones Específicas* del AP, se comprometía a alcanzar determinadas metas en indicadores de cobertura de cuatro servicios claves para reducir la DCI. A saber: (i) vacunas; (ii) controles de crecimiento y desarrollo; (iii) suplemento de hierro en niños; y (iv) suplemento de hierro en gestantes. Todos ellos, parte de la estructura o modelo lógico del PAN. El ámbito territorial en el que se evaluaría el cumplimiento de las metas sería en el quintil 1<sup>1</sup> de los 54 distritos más pobres de los tres departamentos más pobres del Perú al 2010: **Apurímac, Ayacucho y Huancavelica**.

El ingreso de los fondos de EUROPAN a través del BCRP, así como su asignación a través del sistema de las finanzas públicas en las que el MEF, y particularmente la Dirección General del Presupuesto Público, ejercía rectoría, brindaron una gran oportunidad para la aplicación de innovaciones en materia de gestión pública en el Perú como parte y en el marco de lo avanzado con el Presupuesto por Resultados. La aplicación de estas innovaciones dio origen en la práctica a un mecanismo de asignación condicionada de recursos bastante particular, a la cual para fines de análisis respecto de sus efectos, se denomina en este documento el **Mecanismo EUROPAN**.

Uno de los principales desafíos que busca abordar EUROPAN, desde la perspectiva de sus diseñadores, y que constituye una de sus innovaciones centrales, es la conexión o desconexión existente entre los actores específicos que operan en la línea de producción o de provisión de servicios a los ciudadanos. De acuerdo con la lógica o diagnóstico de EUROPAN, prevalece una dinámica que socaba la capacidad de entregar mayores coberturas de servicios, que debe ser revertida. A esto se denomina lograr la conexión de los Tres Flujos (a saber, los datos, el dinero y los insumos) con la provisión de servicios. Bajo la lógica EUROPAN, se tiene que lograr que el dinero, a través de los presupuestos, esté correctamente asignado a los servicios y en los puntos de atención y se ejecuten en esa medida. Asimismo, se debe lograr que los datos, que son la información sobre beneficiarios, puntos de atención, portafolio de productos entre otros, fluyan para la toma de decisiones de asignación y ejecución presupuestal. Finalmente, los insumos, adquiridos con el presupuesto, deberían estén disponibles en cantidad y calidad en los puntos de atención al ciudadano. De este modo, al lograr que estos flujos se den de manera eficiente, EUROPAN puede exigir mayores coberturas de servicios.

Para el logro de los objetivos de EUROPAN, el Estado peruano estableció en la Ley de Presupuesto del año 2010 que la asignación de estos recursos se daría mediante la suscripción de Convenios de Desempeño entre el MEF y las entidades involucradas en la reducción de la DCI. En estos convenios se establecían compromisos específicos de mejoras en gestión y metas de cobertura de servicios claves para la reducción de la DCI en poblaciones de mayor pobreza. Dentro de este marco, el MEF suscribió convenios con tres Gobiernos Regionales y con tres entidades del Gobierno Nacional involucrados en la implementación del PAN.

En este marco se suscriben los Convenios de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestario Estratégico Articulado Nutricional. Estos, imitando la lógica del Convenio de Financiación, contienen tramos fijos, vinculados al cumplimiento de condiciones o criterios de gestión, y tramos variables, vinculados al cumplimiento de metas de indicadores de cobertura de servicios. Las condiciones o compromisos de gestión se orientan a lograr la conexión de los tres flujos (datos, dinero e insumos) en

---

<sup>1</sup> Categorías de población más pobre (escala de 1 a 5)

tanto que las metas de cobertura evalúan el éxito logrado en materia de mayores entregas de servicios a los ciudadanos.

La respuesta de las entidades que suscribieron el convenio fue bastante positiva, destacando los casos de los GORES de Huancavelica y Ayacucho, y en menor medida el de Apurímac. Huancavelica se destacó por la creación de un mecanismo ad hoc para el seguimiento constante de los procesos e indicadores del convenio, y como consecuencia del PAN, así como por el alto involucramiento de sus autoridades políticas, particularmente del propio Gobernador regional. Ayacucho, si bien no tuvo el nivel de organización de Huancavelica, en la práctica operó bajo esquemas de seguimiento y rendición de cuentas participativo al interior de las unidades de salud siguiendo una práctica fortalecida en dicho sector y que permitió dar visibilidad permanente a los procesos del PAN y del convenio. También generó compromisos en las unidades prestadoras de servicios y la competencia necesaria para mejorar constantemente en sus indicadores. En ambos casos, la autoridad regional emitió normativas de soporte que hasta hoy siguen incidiendo.

Hacia el final de EUROPAN es posible establecer los efectos atribuibles a su intervención. Para esto se han seleccionado 15 indicadores agrupados en dos tipos: once de ellos directamente relacionados con la cobertura de los cinco servicios y cuatro para observar el comportamiento de indicadores que revelen la capacidad operativa del punto de atención. Asimismo se dividió el país en grupos de análisis para comparar las áreas que tenían los efectos EUROPAN versus aquellas que no habían tenido el esquema.

Siguiendo este esquema analítico se puede concluir que EUROPAN aceleró el incremento de la cobertura de los servicios en zonas de alta pobreza, logrando valores muy superiores a las coberturas que se alcanzan en otras zonas de similar o menor pobreza. Asimismo, podemos decir que EUROPAN desempeñó un rol importante en la prevención y reducción de inequidades en el caso de servicios previstos como universales, en los cuales casi siempre los primeros en ser beneficiados son los quintiles de menor pobreza.

Luego de cumplido el período de implementación de EUROPAN, los datos y cifras disponibles muestran que no solo se han logrado las mejoras en gestión y mayores coberturas de los servicios priorizados, sino que además se ha validado un mecanismo para lograr que los diversos actores y procesos de gestión puedan alinearse hacia el logro de un resultado prioritario. En efecto, asociado a la implementación del EUROPAN, las entidades públicas participantes han implementado mejoras notables de gestión y se ha incrementado significativamente la cobertura de servicios claves para reducción de DCI en poblaciones de mayor pobreza. Paralelamente, la DCI en el país tuvo una reducción inédita que ya es tomada como referencia internacional de políticas exitosas. La Unión Europea por su parte ha logrado explorar, con la creatividad del país ejecutante, una forma particular de implementar el AP, vinculándolo a mecanismos de priorización de políticas nacionales, gestión por resultados e incentivos al desempeño.

## 1. Orígenes de EUROPAN

El diseño e implementación del EUROPAN, como herramienta de incentivos a la gestión del Estado, surgió a partir de tres procesos importantes que coincidieron en el tiempo. El primero inherente al ámbito político, en el marco de la definición de prioridades nacionales. El segundo, vinculado a reformas de las finanzas públicas. El tercer proceso proviene de la modalidad de entrega de recursos de cooperación promovida por la Comisión Europea en Latinoamérica, a través de los denominados Apoyos Presupuestarios Sectoriales.

El proceso político está referido al ascenso de la reducción de la desnutrición crónica infantil, como prioridad nacional. El proceso técnico corresponde al diseño e implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) como una de las reformas más importantes de las finanzas públicas en el Perú y que busca generar mayor efectividad en la asignación y ejecución del gasto público. La decisión de la Comisión Europea de implementar un Apoyo Presupuestario en Perú hacia fines de 2009 coincidió con los dos primeros procesos en su máximo nivel de madurez.

Comprender y aprender de EUROPAN exige tener claridad sobre la naturaleza de estos procesos.

### **1.1. La Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) como prioridad política nacional**

#### *Prioridad política*

El período 2008-2012 fue una etapa de gran visibilidad de la reducción de la DCI como prioridad para el país. Esto se hizo patente en el mensaje a la nación del Presidente de la República de cada 28 de julio; en los discursos de sustentación del Proyecto de Ley de Presupuesto Anual a cargo del presidente del Consejo de Ministros, en las Exposiciones de Motivos de los Proyectos de Ley de Presupuesto que el Poder Ejecutivo remite al Congreso de la República; en el Marco Macroeconómico Multianual y en las Leyes Anuales de Presupuesto.

En particular destaca el hecho de que en el mensaje a la Nación de 28 de julio de 2007<sup>2</sup>, el Presidente señalara la meta de reducir la desnutrición crónica a menos de 16% al 2011. Esta era la primera vez que un presidente colocaba no solo la necesidad de reducir la DCI como política de gobierno, sino que además, estableciera una meta, que dados los penosos antecedentes de la lucha contra la DCI, resultaba ambiciosa.

En la etapa previa 2001-2006, la reducción de la DCI no es mencionada como objetivo de política en el mensaje presidencial. Solo se señalan servicios de tipo alimentario y de aseguramiento en salud y se crea Juntos como un programa relacionado a la DCI. No obstante, la lógica para el establecimiento de objetivos de política está centrada básicamente en la implementación de programas o provisión de servicios, antes que en lograr cambios concretos en las condiciones de la gente. En efecto, en esta etapa,

---

<sup>2</sup> En cuatro de los cinco discursos del presidente Alan García, en la exposición de motivos de las Leyes de Presupuesto 2008, 2009, 2010.

de manera reiterada se presenta el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria y el Seguro Integral de Salud vinculados a la nutrición y la salud en términos de acciones o actividades que realizaron las instituciones. También se resalta el inicio del Programa JUNTOS como una intervención para mejorar la participación de las personas a los programas de asistencia alimentaria y a sus controles de salud.

En la etapa 2012-2014, a pesar del avance logrado entre el 2007 y 2011 en posicionar el logro de resultados en DCI, se retoma una visión de asistencia alimentaria al reforzar el rol de JUNTOS y no se establece una nueva meta para la DCI<sup>3</sup>.

Cabe señalar, sin embargo, que si bien el discurso político es importante en el establecimiento de prioridades, no es suficiente para garantizar acciones concretas. En la vida real, los discursos políticos empiezan a materializarse cuando se consideran en el Presupuesto Público.

Por tal razón, para explorar el posicionamiento real de la DCI como política pública debe explorarse su presencia, en primer lugar, en la sustentación del proyecto anual del presupuesto y, en segundo lugar, en las propias estructuras presupuestarias de acción del Estado y, fundamentalmente en el tipo de servicio que se financia.

Un primer hallazgo, luego de revisar la Exposición de Motivos<sup>4</sup> del Proyecto de Ley de Presupuesto para el Sector Público de cada año de cada uno de los períodos evaluados, fue comprobar que el abordaje de la DCI a este nivel guardaba cierta correspondencia con el discurso presidencial. Ciertamente, en el período 2001-2006, la DCI no recibe una atención particular y sigue siendo comprendida como un problema que se resuelve o se mitiga con programas alimentarios.

El cambio cualitativo en el abordaje de la DCI, a nivel presupuestal, se puede visualizar recién en el segundo año del período de gobierno 2006-2011. Como se aprecia en la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año 2008, elaborado el 2007, se recoge la meta de resultado en reducción de la DCI del mensaje presidencial y se le dota de contenido técnico a través de un programa nuevo, creado específicamente para tal fin, diseñado e implementado bajo una lógica innovadora de gestión de los recursos públicos denominado Presupuesto por Resultados (PpR).

En las siguientes exposiciones de motivos del período 2006-2011 se profundizó en esta lógica haciendo de la reducción de la DCI un asunto de amplio interés del presupuesto público. Hacia el año 2009 se introdujeron asignaciones adicionales orientadas a garantizar el 100% de cobertura de servicios claves para la reducción de la DCI que rompían el molde tradicional de iniciativas alimentarias y que se basaban en la evidencia científica de lo que realmente funciona.<sup>5</sup>

### ***Prioridad en el proceso presupuestal***

En cuanto a aspectos concretos materializados en la Ley Anual de Presupuesto, hacia fines del período de gobierno 2001-2006 se introdujo en la ley una disposición específica de protección presupuestal para un conjunto de servicios concretos orientados a la reducción de la DCI. Esta innovación resultaba una evolución de los conceptos de protección presupuestal manejados en períodos anteriores e impulsados desde el MEF, en los que se cuidaba que no se modificaran o redujeran los presupuestos asignados a un

---

<sup>3</sup> Para un mayor detalle de los anuncios de política de gobierno ver Anexo 1, “Síntesis de la mención de DCI en el Mensaje a la Nación 2001-2012 por parte del Presidente de la República”.

<sup>4</sup> La Exposición de Motivos es un documento que acompaña al Proyecto de Ley de Presupuesto que el Poder Ejecutivo y que remite anualmente (a más tardar el 30 de agosto de cada año) al Poder Legislativo para su discusión y aprobación en el que se sustenta la propuesta. Contiene objetivos, fines y medios que el presupuesto financiará.

<sup>5</sup> Ver detalle analizado de las exposiciones de motivos en el Anexo 3 “Tabla: Exposición de Motivos del Proyecto de Ley de Presupuesto para el Sector Público”.

conjunto de programas denominados Protegidos. No obstante, la amplitud de estos programas y su baja precisión respecto a su eficacia los hacían vulnerables y convertían esa protección en una disposición poco eficaz.

Un detalle revelador es que la introducción del artículo de protección más específica, respecto de servicios puntuales para reducción de DCI, se produjera después de remitido el proyecto de Ley de Presupuesto por parte del Poder Ejecutivo al Poder Legislativo. En efecto, el proyecto de Ley de Presupuesto remitido al Congreso contenía la tradicional cláusula promovida por el MEF según lo siguiente: “*No pueden ser objeto de anulaciones presupuestarias, los créditos presupuestarios asignados a las prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS), a los Programas Sociales y de Lucha contra la Pobreza, así como a los programas presupuestarios de salud individual, salud colectiva, educación inicial, primaria y secundaria. Excepcionalmente, dichos créditos presupuestarios pueden ser objeto de modificaciones cuando éstas se produzcan entre y dentro de los indicados programas*”.

Sin embargo, cuando se aprueba la ley, a dicha cláusula se le había agregado lo siguiente: “*.. no pueden ser objeto de anulaciones presupuestarias los créditos presupuestarios asignados a las actividades Atención de la Mujer Gestante, Atención de Niño Sano Menor de Cinco Años, Atención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Enfermedades Respiratorias Agudas, Atención de Neonato Menor de 29 Días.*” Indagando sobre cómo se incorporó esta modificación, se pudo determinar que ciertas acciones de incidencia de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP) habían dado frutos en la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República del Congreso de la República.

En los años posteriores, estas iniciativas fueron perfeccionadas y ampliadas con la combinación de prioridades en la infancia y la implementación de PpR. Por ello se incluyeron cláusulas específicas sobre asignaciones adicionales a los servicios principales para la reducción de DCI así como la incorporación de un elemento nuevo en asignaciones presupuestales: el condicionamiento de las transferencias al cumplimiento de compromisos de gestión. Esto último fue uno de los referentes inmediatos cuando se inició el diseño del EUROPAN.<sup>6</sup>

### ***Prioridad en la organización y acción del Estado***

La prioridad de la reducción de la DCI se fue materializando también a partir de una clara respuesta institucional. Diversas entidades como la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)<sup>7</sup>, el Seguro Integral de Salud (SIS), JUNTOS y los Gobiernos Regionales fueron incorporándola en su gestión.

En este contexto la Estrategia Crecer<sup>8</sup>, conducida desde la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), logró constituirse en un espacio de articulación en torno a un conjunto de resultados prioritarios, entre los cuales la reducción de la DCI era el más relevante. Dicha estrategia generó una intensa movilización e incidencia en los gobiernos regionales y locales a nivel nacional, capturando todo el capital político hacia la reducción de la DCI y otros resultados relacionados a la infancia, acumulado desde ese entonces (2007-2008).

### ***Antecedentes de la DCI como prioridad***

---

<sup>6</sup> Ver detalle en Anexo: “Leyes Anuales de Presupuesto Público. Resúmenes y extractos vinculados con la desnutrición crónica”.

<sup>7</sup> Denominado Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) a partir del año 2012.

<sup>8</sup> Presidencia de Consejo Ministros.

## *El rol de la sociedad civil*

La emergencia de la reducción de la DCI en la agenda de gobierno, a partir del año 2006, no es una casualidad ni el resultado de una inspiración coyuntural. En realidad, se había venido gestando luego de muchos años de trabajo paciente y dedicado de un conjunto de actores, fuera y dentro del Estado, que buscaban dotar de visibilidad y atención fiscal a la primera infancia. Desde principios del nuevo siglo, diferentes organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional promovían la necesidad de colocar la primera infancia como prioridad de las políticas públicas. En este marco, la DCI figuraba como objetivo fundamental debido a sus efectos irreversibles en el desarrollo de las personas y por el hecho de que durante muchos años se había mantenido inalterable alrededor del 25%, pese al crecimiento económico y a la existencia de numerosos programas e iniciativas de corte alimentario.

Desde el 1995 hasta el 2005, según los datos de la ENDES (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud), la prevalencia de la desnutrición crónica se mantuvo alrededor de 25%, a pesar de los importantes recursos asignados a las intervenciones (cerca de 15 programas). Este dato fue el argumento esgrimido por diferentes actores sobre la necesidad de llamar la atención de los principales líderes políticos, tanto en el Poder Ejecutivo como en el Legislativo, así como también de los partidos y de las agrupaciones políticas. Una ventana de oportunidad se abre para la sociedad civil después de la caída del régimen de Fujimori (en el año 2000). En ese momento el Gobierno de Transición crea y promueve espacios de democratización a todo nivel, los cuales se constituyen en canales de comunicación entre el gobierno y la sociedad civil, uno de ellos es la Mesa de Lucha Contra la Pobreza (MLCP), donde participa el ejecutivo y la sociedad civil.

Uno de los puntos centrales que la MLCP coloca en la agenda pública es el problema de la desnutrición crónica (desde su creación en el 2002 en adelante). A diferencia de años anteriores, ya se comienza a notar un cambio en el foco del debate: de ser dominado por la falta de alimentos (entendido como sinónimo de desnutrición) hacia el retardo en el crecimiento de los niños menores de 3 años. La MLCP le da cohesión a la movilización de la sociedad civil y la canaliza para influir en el gobierno (reuniones con funcionarios) y en el Congreso (propuestas de modificaciones en la ley de presupuesto).

En el año 2004, la MCLCP promovió una movilización nacional por la infancia centrada en el registro de nacimiento, en los controles de la madre gestante y los controles de crecimiento y desarrollo de los niños, en particular durante los tres primeros años de vida<sup>9</sup>. Asimismo, entre los años 2004 y 2005 realizó la campaña en el Presupuesto Público “Los niños y las niñas primero” promovida por la Asociación Nacional de Centros (ANC) en el marco de un proyecto financiado por *Save the Children*. La ANC era parte del Comité Ejecutivo Nacional (CEN) de la MCLCP.

En el año 2006 la MCLCP realizó la campaña “En el Presupuesto Participativo Los Niños y las Niñas Primero” que comprendía la realización de acciones orientadas a lograr que se dé prioridad a la infancia, en particular a los rubros de Salud, Educación, Nutrición y Protección, a los proyectos de inversión así como, en general, al gasto de los Gobiernos Regionales y Locales, en el marco del proceso de presupuesto participativo 2007 que recién se estaba iniciando. Para ello, en marzo de ese año se realizaron nueve seminarios interregionales sobre programación presupuestaria, organizados por la MCLCP, junto con la ANC y el MEF. En estas reuniones se trabajó con autoridades y funcionarios

---

<sup>9</sup> MCLCP (2006). Boletín Informativo N° 35. Marzo-abril 2006.



regionales y municipales, así como con representantes de la sociedad civil y de instituciones de apoyo, para incorporar la primera infancia como prioridad presupuestal.

Desde los predios de la Salud, ya desde fines de los años 70, a partir de la Declaración de Alma-Ata (setiembre del 1978), se había destacado que la desnutrición estaba en la patología de la pobreza y que era crucial abordarla a partir de la salud primaria en mujeres y niños<sup>10</sup>. Como se puede apreciar, la importancia de la infancia como etapa de vida sobre la cual había que privilegiar recursos públicos, incluyendo temas nutricionales, había estado siempre presente. Como consecuencia de estas corrientes, en la legislación de los 80 se empezaron a considerar estos elementos.

Por otro lado, hacia finales de 2005, en el marco de la Iniciativa Desnutrición Infantil (IDI), instituciones de apoyo al desarrollo, tales como ADRA Perú, CARE Perú, CARITAS del Perú, PRISMA, conforman la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, con la finalidad de promover políticas públicas y acciones concretas orientadas a reducir la DCI. La Iniciativa, como se le conoce comúnmente, buscaba aprovechar el espacio de cambios generado por la renovación de autoridades con miras hacia el 2006. Entre febrero y marzo de 2006 se integraron a la Iniciativa, la MCLCP, FAO, OPS/OMS, PMA y UNICEF. Asimismo, se sumó dicho año el Banco Mundial. Hacia fines de 2006 se incorporó UNFPA. En octubre de 2007 se sumó Futuras Generaciones y en marzo de 2008 el Instituto de Investigación Nutricional. Posteriormente se incorporaron Acción contra el Hambre y Plan Internacional (2010), *World Vision* Perú (2011) y MSH (2012), quedando la IDI integrada por diecisiete (17) instituciones<sup>11</sup>. La iniciativa promueve espacios para la incidencia política y técnica, a partir del desarrollo de discusiones, reuniones y la utilización de medios de comunicación social, entre otros.<sup>12</sup> Uno de los logros más relevantes de estas iniciativas fue la suscripción de los Acuerdos de Gobernabilidad Regional (AdGR) para las elecciones de gobernadores regionales. En estos AdGR los candidatos suscribieron acuerdos sobre la priorización de políticas, principalmente a favor de la infancia. Estos acuerdos constituyeron importantes marcos de política en los procesos de gestión regional.

Uno de los esfuerzos más efectivos, pero poco conocidos, del trabajo de incidencia de la MCLCP fue la promoción de la incorporación a nivel de ley de 11 acciones prioritarias de la primera infancia como centrales en el quehacer del Estado.

#### *Desde el lado externo*

En el contexto internacional las metas del milenio fueron un referente importante en el debate y en las propuestas de políticas públicas. Estas incluían expresamente la reducción de la DCI como objetivo de políticas que deberían ser asumidas por los gobiernos.

#### *La solidez y confiabilidad de los indicadores de DCI*

Desde 1985, con financiamiento de la cooperación internacional (USAID), se realizaron encuestas en salud materno-infantil aplicando instrumentos validados en más de 60 países. El Perú desde ese entonces dispone de estimaciones confiables para una amplia lista de indicadores de resultado y de cobertura de productos vinculados a la salud infantil. Esta encuesta se realizó en 1985, 1992, 1996,

---

<sup>10</sup> Luis López Hermosa Parra. “A treinta años de Alma Ata. ¿Salud para Todos?”

[http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc184/L\\_Lopez.pdf](http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc184/L_Lopez.pdf)

<sup>11</sup> Por su característica institucional la Delegación de la UE en el Perú participó en calidad de observadora.

<sup>12</sup> Información recogida de <http://www.iniciativacontradesnutricion.org.pe/acerca-de-2/historia/>

2000 con inferencia departamental. Luego durante los años 2005, 2006, 2007 con inferencia nacional, y a partir del 2008, ya con financiamiento del tesoro público y como parte del PpR se realiza anualmente con inferencia departamental. La confiabilidad de estos indicadores son reconocidos por el gobierno, por la sociedad civil y por las entidades académicas.

### *El rol particular y destacable de la MCLCP*

Dentro del concierto de actores, importantes en el posicionamiento de la DCI como prioridad nacional, se destaca nítidamente el rol de La Mesa de Lucha Contra la Pobreza (MLCP). Su operatividad y dinámica permitieron adoptar acuerdos políticos y normativos, así como la coordinación de acciones que han contribuido a luchar contra la pobreza en el país, específicamente en acciones de incidencia, movilización, articulación y transparencia en los tres niveles de gobierno (regional, provincial y distrital) desde el año 2001.

La MLCP, a través de sus 26 mesas regionales, 122 provinciales y 372 distritales, permitió promover canales de participación e involucrar a los diversos actores desde las realidades locales impulsando el desarrollo regional y local, articulando propuestas concertadas y generando una mayor y mejor comunicación entre el Estado -en sus diversos niveles- y la ciudadanía. La MLCP tuvo un rol fundamental de facilitación de las diferentes y dispersas acciones sectoriales, de la sociedad civil y de los operadores de las agencias de cooperación. Así mismo fue fundamental para que el MEF incorporara la atención de la infancia como prioridad en la Ley General de Presupuesto Público (2006 y 2007).

Se reconoce la participación de la MLCP en las acciones del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2002-2010 y el Diálogo por la Niñez, una iniciativa conjunta entre el Estado peruano, UNICEF y la asociación empresarial Perú 2021. En el Acuerdo Nacional, suscrito en 2002, se establece la Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud en la decimosexta política de Estado y luego, a inicios de 2004, se suscribe un Compromiso Político, Social y Económico de corto plazo, en el que se incluye una declaración que recoge la propuesta de prioridades planteada por la MLCP en su “Campaña de Movilización por la Infancia”. La Declaración por la Infancia del Acuerdo Nacional plantea siete medidas prioritarias, entre ellas: el registro del niño, la disminución de la desnutrición crónica, el incremento de la asistencia escolar y las horas de clase, la salud preventiva y promocional madre-niño y asegurar los recursos fiscales para su ejecución.

## **1.2. El contexto del sistema presupuestal en Perú 2006-2009: La reforma del PpR**

En el año 2006, la discusión y aprobación de la Ley de Presupuesto Anual del Sector Público peruano incorporó una sección completa referida a una reforma del proceso presupuestal denominada Presupuesto por Resultados (PpR). Lo sorpresivo de esta incorporación fue que la propuesta inicial provino del Poder Legislativo, y no del Poder Ejecutivo. No obstante, es claro hoy en día que las herramientas específicas y los conceptos contenidos en dicha propuesta se originaron en el trabajo paciente de varios años de la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP) del MEF.

### *Antecedentes del PpR*

En los diez años que van desde 1996 hasta el año 2006, diversas iniciativas orientadas a mejorar la calidad del gasto público se habían impulsado desde el MEF:

- i) En 1996 se impulsa la reforma denominada Presupuesto por Programas desde la Dirección General del Presupuesto Público. El objetivo era estructurar el presupuesto en programas. Esta iniciativa derivó en la reforma de la estructura presupuestal denominada Funcional Programática.
- ii) En 1995 se inicia la implementación del SIAF como herramienta informática que permite automatizar los procesos financieros del sector público (ingresos y gastos) y vincularlos a las actividades y proyectos que financian. El SIAF hace viables y eficientes los pagos de tesorería y el almacenamiento de los registros contables y financieros. Por su carácter sistémico y de base de datos permite generar y acceder a reportes inmediatos del estado de las finanzas, es decir, del avance en la ejecución de los gastos a un gran nivel de detalle.
- iii) Su implementación permitió mejorar el registro y sobre todo el control del gasto público, muy necesario en una época de crisis macroeconómicas y restricciones fiscales. Luego del cumplimiento de este primer propósito, el SIAF contribuyó también en las iniciativas de modernización de las finanzas públicas y en la calidad del gasto público al permitir vincular asignaciones, aprobaciones y ejecuciones de gastos con estructuras innovadoras de presupuesto como productos y resultados.
- iv) Desde el año 2000, desde la Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales del MEF se empieza a adaptar el Planeamiento Estratégico. Bajo este marco, las entidades públicas desarrollan instrumentos como el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) y los Planes Estratégicos Institucionales (PEI), ambos con una visión de mediano plazo, así como los Planes Operativos Institucionales (POI) que se elaboran anualmente.
- v) En el año 2003 se inicia la implementación del Presupuesto Participativo con el objetivo de mejorar la eficiencia asignativa de los recursos públicos en el nivel descentralizado: Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. El Presupuesto Participativo plantea que la población, a través de grupos organizados y en coordinación con las autoridades democráticamente elegidas, tome decisiones de asignación de los recursos públicos orientados a la inversión pública.
- vi) Incentivos al desempeño como herramienta para mejorar la calidad de gasto y logro de resultados.

Si bien la aplicación de incentivos presupuestales al desempeño, implementado de manera paralela a las anteriores iniciativas, ha sido una herramienta con antecedentes en la administración pública peruana, el principio tras esta herramienta radicaba en la suscripción de contratos entre un principal (El MEF u otra entidad) y un agente (la entidad) sobre los cuales se establecían metas de desempeño. El logro de las metas propiciaba la entrega de un premio o de un incentivo al desempeño.

Entre estos se puede señalar:

- a) Los acuerdos de gestión suscritos entre 1997 y 1999 entre el Ministerio de Salud y algunos hospitales y redes de salud y retomados en el 2002 con las Direcciones Regionales de Salud;

- b) Los convenios de gestión implantados entre 1999 y 2005 por el Fondo Nacional de Financiamiento de las Actividades Empresariales del Estado;
- c) Los convenios de gestión que suscribiría la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) según lo dispuesto por la Ley Marco de Modernización del Estado, Ley N° 27658 del 30 de enero de 2002, que sería uno de los pilares del proceso de modernización de la gestión del Estado; y
- d) Los Convenios de Administración por Resultados (CAR) suscritos entre la Dirección Nacional de Presupuesto Público (DNPP)<sup>13</sup> del MEF y una serie de entidades públicas entre 2002 y 2006, y retomados en el marco del Presupuesto por Resultados (Resolución Directoral N° 052-2008-EF/76.01), como se verá más adelante.

De acuerdo con estudios promovidos por el MEF, los CAR tuvieron efectos positivos desde el punto de vista de los funcionarios y técnicos de las entidades beneficiarias. Significaron además la introducción del uso de indicadores de desempeño y la idea de que desde la DNPP, es decir desde el asignador de presupuesto y rector del proceso, se podía incidir, a través de condicionantes, en la gestión de las entidades hacia el logro de resultados<sup>14</sup>.

Sin embargo, los CAR fueron perdiendo respaldo político debido en parte a que se estaba convirtiendo en una manera poco elegante de conseguir mayor remuneración, incluso por entidades con régimen de contratación privado. A esto se sumaba el cuestionamiento respecto de la calidad de los indicadores y a la credibilidad de las metas (autoimpuestas) por la entidad en la negociación con el MEF.

#### vii) La protección presupuestal

Con el soporte de organismos como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, principalmente, desde 2001 se buscó apoyar una mayor efectividad del gasto público. Para ello se definieron programas cuyo presupuesto se determinó como protegidos con el propósito de aislar a determinadas líneas de gasto de los ajustes presupuestarios y de este modo se facilitar el suministro de los recursos necesarios para la gestión. Uno de los acuerdos de un programa acordado con el BID (PE-0212) el 2001, fue la aprobación por el MEF del nivel mínimo gasto para los programas protegidos seleccionados y la creación de un plan trimestral para controlar o monitorear la ejecución por programa, subprograma y proyecto. Se llegó a proteger el equivalente al 10.3% del gasto primario presupuestario<sup>15</sup>.

#### *La implementación del SSEGP*

En el año 2004 la Ley de Presupuesto del Sector Público para dicho año (Artículo 9°) dispone que la DNPP inicie la implementación progresiva de un sistema de seguimiento y evaluación del gasto público a nivel nacional. En este marco, la DNPP aprueba la Directiva N° 019-2004-EF/76.01 que da inicio a la implementación del Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público (SSEGP). En dicha norma se señalan lineamientos técnicos para el inicio del registro de la información que permita la adecuada y progresiva implementación del SSEGP a nivel nacional. El instrumento principal del SSEGP es la

<sup>13</sup> La Dirección Nacional del Presupuesto Público (DNPP) era el nombre que tenía la oficina central de presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas. Actualmente (julio 2015) se denomina Dirección General del Presupuesto Público (DGPP).

<sup>14</sup> <http://www.mef.gob.pe/DNPP/documentos/UsoyEfectividaddelosConveniodeGestion.pdf> y <http://www.mef.gob.pe/DNPP/documentos/EvaluaciondeLaAplicaciondelosCARs2005.pdf>

<sup>15</sup>.MEF (2010). De las Instituciones al Ciudadano: La Reforma del Presupuesto por Resultados en el Perú.

medición y reporte de indicadores de desempeño en la ejecución del gasto público, con el propósito de realizar los ajustes necesarios para mejorar la eficiencia, eficacia, economía y calidad con que se realiza. La evaluación, por su parte, consiste en la estimación o cálculo del nivel, valor y/o logros de la gestión, con el propósito de proveer información adecuada sobre el gasto público, así como realizar los correctivos necesarios tanto en la asignación como en la ejecución de los recursos públicos.

Sobre la base de este normativo, la DNPP inició una intensa labor de sensibilización y capacitación a las entidades públicas del país, particularmente del Gobierno Nacional, para que registraran y reportaran indicadores de desempeño, a nivel de insumo, producto y resultado, en un aplicativo informático diseñado ad hoc. Según la lógica planteada por el MEF, el registro debía realizarse en dos niveles. En el primero, a nivel de actividad y proyecto, se registrarían indicadores de insumo y producto por cada unidad ejecutora (que es la unidad administrativa encargada de la logística de cada entidad pública), debido al alcance y funciones de dicha unidad de gestión. En un segundo, a nivel de programa, se registrarían indicadores de producto y, principalmente de resultado, por cada pliego presupuestario como responsable del seguimiento de los objetivos estratégicos de la entidad. Se conceptualiza que los indicadores de resultado constituyen el efecto final de la provisión de productos y ejecución de insumos, registrado en cada unidad ejecutora.

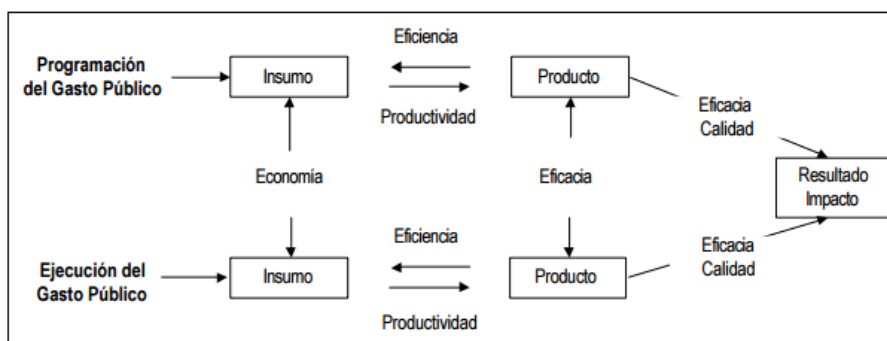
Hacia setiembre de 2005, según un informe elaborado por la propia DNPP<sup>16</sup>, 125 de un total de 240 unidades ejecutoras habían registrado información sobre indicadores. De este total fueron las unidades ejecutoras del sector Salud las que tuvieron una mayor participación en cuanto al número de indicadores reportados y depurados (160 de un total de 594). No ocurría lo mismo con las unidades ejecutoras del sector Educación, que hacia dicho período de evaluación no habían registrado información alguna en el sistema. Otros sectores que registraron importante participación en el sistema fueron los de Agricultura y Vivienda, así como las universidades.

Una característica destacable del proceso de implementación de este mecanismo de S&E fue que la DNPP señalara explícitamente que era progresivo, focalizado en actividades y proyectos más relevantes para la misión institucional. Otro hecho relevante en esta iniciativa fue la vinculación expresa que se hacía entre los indicadores y la estructura presupuestal visible y evaluable a través del SIAF. Más adelante en la evolución de las reformas presupuestales, estos elementos resurgirán bajo enfoques más avanzados.

---

<sup>16</sup> Dirección Nacional del Presupuesto Público. César Chanamé Zapata (2005). Análisis de los alcances y limitaciones de los Indicadores de Desempeño desarrollados por la DNPP en el marco de la Directiva N° 019-2004-EF. Evaluación de las lecciones aprendidas en el proceso de elaboración de indicadores de desempeño entre la DNPP y los pliegos presupuestarios del Gobierno Nacional.

### Indicadores para la Medición y Evaluación del Desempeño



Fuente: DNPP-MEF (2005)

La aprobación de esta directiva y el liderazgo asumido por la DNPP motivaron que un equipo con objetivos e intereses comunes, que había venido trabajando desde la DGPM, se integrara a la primera conformando un equipo unificado MEF a cargo de esta iniciativa. Así surgieron Los Equipos Técnicos de Seguimiento del Gasto Público. Más adelante se podrá observar que estos fueron muy importantes para el diseño e implementación de PpR.

### *PpR: El rol del Congreso de la República*

El Congreso de la República, a través de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República, fue el detonante de la institucionalización del Presupuesto por Resultados al introducir una propuesta de articulación que establecía la obligatoriedad de su aplicación a partir del año 2007.

El plan de gobierno del partido ganador para el período 2006-2011 en su sección de “Modernización del Aparato Estatal” señalaba como línea de acción “*Establecer en la Administración Pública mecanismos de mejora continua de la asignación, ejecución, calidad y control del gasto fiscal y de la ciudadanía*”. Si bien no hay un señalamiento expreso a PpR, la participación del líder político Luis Alva Castro en la elaboración de dicho plan de gobierno, particularmente de esta sección, representa un hilo conductor en la comprensión del rol que tuvo el Congreso.

En efecto, hacia fines de agosto del año 2006, el MEF ya había remitido al Congreso el Proyecto de Ley de Presupuesto para el año fiscal 2007. El Presidente de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República era precisamente el Congresista Luis Alva Castro. Este último tenía la intención de incorporar artículos en la Ley de Presupuesto orientados a mejorar la calidad del gasto público, a partir de un mayor empoderamiento del Congreso de la República frente al amplio poder y capacidad técnica del Ministerio de Economía y Finanzas. Sin embargo, esta intención estaba aún revestida de generalidades sin mayor precisión técnica de cómo se debían lograr tales propósitos.

En setiembre del 2006, con el auspicio del Banco Mundial, el Congreso organiza un evento en el que se presentan las iniciativas referidas al Presupuesto por Resultados, una herramienta que en el nivel técnico del MEF y su relación con los organismos cooperantes ya se venía preparando. Asimismo, los asesores de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República, tenían ya conocimiento de que en la propia DNPP se había conformado un equipo, no oficial, de técnicos que habían venido desarrollando el SSEGP y que tenían propuestas concretas de cómo implementar herramientas de mejora de la calidad

del gasto, particularmente del Presupuesto por Resultados. En este contexto, la Comisión de Presupuesto solicita a la DNPP que se realice una presentación de estas propuestas al equipo de asesores de dicha comisión. Esta se realiza en setiembre de 2006, de manera coincidente con el diálogo entablado con el Banco Mundial. Las ideas presentadas por el equipo técnico de la DNPP a la Comisión fueron de enorme interés.

A partir de estos insumos, los asesores de la Comisión de Presupuesto preparan una propuesta de articulado inicial sobre Presupuesto por Resultados que sería incorporada en el proyecto de Ley de Presupuesto remitido por el Ejecutivo al Congreso y que ya estaba en control de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República. Con el fin de generar consensos, los asesores de la Comisión encargada de preparar la propuesta remitieron su articulado a la DNPP para consideración. Sin embargo, si bien los Directivos de la DNPP y del Viceministerio de Hacienda, respaldaban y promovían las iniciativas respecto del PpR, no habían considerado necesaria la generación de un marco normativo específico a nivel de Ley de Presupuesto. Esta situación generó un ambiente de tensión entre la DNPP-MEF y la Comisión de Presupuesto del Congreso, que tuvo que resolver de manera forzada puesto que el propio presidente de la comisión estaba decidido a sacar adelante su propuesta.

Los principales elementos de la propuesta del equipo de asesores de la CPCGR fueron: i) la creación de la Programación Presupuestaria Estratégica, como proceso de diseño de programas, que da origen a los Programas Estratégicos; (ii) el seguimiento y la evaluación de los Programas Estratégicos, sustentado en indicadores de desempeño; y (iii) el encargo expreso que hace a la DNPP del MEF para liderar el PpR y crear una unidad especial dentro de su seno para implementar el encargo.

Internamente, la CPCGR crea el Sub Grupo de Trabajo de Presupuesto por Resultados y Calidad de Gasto, como instancia interna para el seguimiento.

### ***PpR: Iniciativa técnica desde la Dirección Nacional del Presupuesto Público***

El concepto de Presupuesto por Resultados surge dentro del MEF como una evolución natural de las iniciativas previas (planeamiento estratégico, seguimiento y evaluación, uso de indicadores de desempeño, Convenios de Administración por Resultados, Presupuesto Participativo, entre otros), todas ellas inspiradas en la necesidad de mejorar la efectividad del gasto público.

En el plano organizacional resulta claro ahora luego de varios años, que un elemento importante en la introducción de los conceptos de mejora de desempeño, resultados, efectividad y gestión por resultados en general, fue la continuidad de pequeños equipos técnicos con alta libertad de acción y propuesta, tanto en la DNPP como en la DGPM. Estos equipos estaban libres de participar en los procesos regulares de gestión presupuestal que exigían una dedicación casi exclusiva a los trámites que toda dirección de presupuestos enfrenta. Este hecho permitió generar un capital humano y una acumulación de conocimientos.

En este marco, se había logrado armar una propuesta para que los programas de gasto fueran definidos a partir de resultados que permitieran una discusión de la asignación del presupuesto en función a prioridades: el seguimiento priorizado del presupuesto, a través de los programas que se diseñaran; la evaluación de programas como herramienta analítica que permitiría generar información para tomar decisiones de gestión; y una amplia iniciativa de capacitación y asistencia técnica a las entidades públicas para progresivamente construir una gestión orientada a resultados.



Sin embargo, pese a la maduración de estas ideas y al progresivo perfeccionamiento de los instrumentos y métodos, la DNPP no había aún determinado cómo sería la implementación. Prevalecía en esta la idea de impulsarla a partir de directivas, que son normas de menor rango, pero que al ser aprobadas por el Ente Rector de Presupuesto son de cumplimiento obligatorio. La preferencia por este camino en vez de optar por la modificación de la Ley de Presupuesto o de la Ley General de Presupuesto, se fundamentaba en el justificado temor de la burocracia presupuestaria, de la obligatoriedad que representaba la ley y de la posible incapacidad de cumplirla como se aprobara, frente al control que la DNPP ejercía sobre las directivas, que son aprobadas mediante Resolución Directoral del propio Director de la DNPP.

### ***PpR: Las prioridades y el rol de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza***

De manera paralela a estos avances, el 18 de enero del 2001, en pleno Gobierno de Transición, mediante D.S.01-2001-PROMUDEH <sup>17</sup> (modificado y complementado por el D.S. 014-2001-PROMUDEH del mes de julio de ese año) se crea La Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP). La MCLCP “es un espacio en el que participan instituciones del Estado y la sociedad civil para adoptar acuerdos y coordinar acciones que permitan luchar eficazmente contra la pobreza en cada región, departamento, provincia y distrito del Perú”.

En mayo de 2001, la MCLCP hizo pública la Carta Social, en la que se establece “las orientaciones instrumentos y compromisos institucionales de largo plazo, que deben servir de guía a las acciones del conjunto de los actores públicos y privados, con la finalidad de incrementar la cobertura, eficiencia y calidad de la acción de desarrollo y lucha contra la pobreza”.

En diciembre de 2003, la MCLCP elaboró el documento “Desarrollo humano y superación de la pobreza”. En este documento se plantea como eje de su trabajo “lograr una vida digna para todos los peruanos y peruanas”. Además, propone la necesidad de garantizar principalmente una actitud prioritariamente preventiva para evitar la pérdida de capacidades humanas, en particular protegiendo del daño a la primera infancia, asegurando el mantenimiento de los activos comunales y apoyando la generación de oportunidades económicas.

Siguiendo esta agenda y los lineamientos de su trabajo, la MCLCP había buscado hacer incidencia en el accionar del Poder Ejecutivo y sus entidades públicas, incluyendo los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, a partir de la introducción de artículos puntuales en las leyes cuya discusión y aprobación anual es obligatoria. Entre estas la Ley Anual de Presupuesto y la Ley de Equilibrio Financiero.

Uno de los principales logros de estas acciones de incidencia en el Poder Legislativo fue la inclusión en la Ley de Equilibrio Financiero de 2006 de un artículo que declaraba como prioridad la orientación de recursos adicionales disponibles hacia un grupo de acciones denominadas Prioritarias.

Sin embargo, este logro no se tradujo en acciones concretas en la asignación de los recursos, en gran medida porque dichos años eran de restricción fiscal recurrente. Aunque también en parte a que la ley

---

<sup>17</sup> PROMUDEH eran las siglas del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, que a partir del 2002 pasó a denominarse Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) y el 2012 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).



más relevante para inducir acciones concretas en la Administración Pública era y sigue siendo la Ley Anual de Presupuesto.

En tal sentido, coincidentemente con la iniciativa de la CPCGR de introducir un capítulo de PpR en el proyecto de Ley de Presupuesto, la MCLCP había remitido a dicha comisión una propuesta de artículo para la Ley de Presupuesto, que declaraba la prioridad de 11 acciones orientadas a generar condiciones para el desarrollo, principalmente de la primera infancia.

Con esta propuesta a la mano y con el objetivo de darle más fuerza a su iniciativa, la Comisión de Presupuesto, a través de su presidente, decide incorporar la idea de las acciones prioritarias sobre la cual se debía iniciar la implementación de PpR. Con este agregado, la propuesta inicial, focalizada en una lógica instrumental, adquiere una lógica estratégica, puesto que ahora la aplicación de PpR tenía que empezar forzosamente por prioridades que bajo la óptica propuesta por la MCLCP sí resultaban de enorme interés para el país.

### *El PpR en la Ley de Presupuesto y su implementación*

La propuesta final de articulado en la que se combinan las herramientas de PpR y su aplicación bajo una lógica de prioridades fue incorporada y aprobada sin mayor discusión en la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República y posteriormente en el Pleno del Congreso. La aprobación de esta iniciativa a este nivel representó un fuerte espaldarazo político para la reforma del PpR y allanó las resistencias que aún subsistían en el MEF.

De este modo, desde finales de 2006 se crea oficialmente, aunque sin incorporación en la estructura orgánica de la dirección, el Equipo de PpR en la DNPP. Su composición era mixta: por un lado los consultores que trabajaban con las cooperaciones técnicas financiadas por los organismos multilaterales, que promovían estas ideas; y por otro lado, los funcionarios de carrera de la dirección.<sup>18</sup> Con este mandato se empezó a trabajar en los contenidos del PpR, particularmente en las herramientas que lo componen y que son señaladas en la Ley de Presupuesto 2007.

El flamante equipo de PpR contó desde siempre con el respaldo técnico y financiero de la cooperación internacional (GIZ, BM y BID, principalmente). En este marco, a finales de marzo de 2007 se llevó a cabo el Seminario Internacional “Hacia un Presupuesto por Resultados en el Perú” con la participación de expertos del BID, Banco Mundial y FMI.

En mayo de 2007 el Ministro de Economía y Finanzas expuso ante el Congreso el Plan de Implementación del PpR en el Perú, enfatizando los instrumentos que se aplicarían, tales como la Programación Presupuestaria Estratégica; el seguimiento; y la evaluación de las metas y de los indicadores. En dicha presentación el MEF señaló la importancia de promover la transparencia y la rendición de cuentas y actualizar y racionalizar la normatividad de manera acorde con la reforma, además de mejorar la capacidad de gestión institucional.

La experiencia internacional fue un referente importante en la implementación. En Latinoamérica la única experiencia visible era el caso chileno centrado en herramientas de seguimiento y evaluación,

---

<sup>18</sup> Para la coordinación inicial del equipo de PpR se incorpora al Dr. Carlos Ricse Cataño, ex funcionario del MEF y del Sector Salud con amplia experiencia en la conducción de equipos de trabajo. Hacia fines de dicho año, Carlos Ricse dejaría el equipo y asumiría la Coordinación Roger Salhuana Cavides que había venido promoviendo desde su concepción como idea la implementación de PpR en Perú.

pero sin considerar específicamente instrumentos a ser aplicados en el diseño de los programas. Precisamente, el énfasis en el diseño y más adelante en modelos causales basados en evidencia sería el elemento diferenciador del PpR a la peruana.

Durante el segundo trimestre de 2007, con el apoyo de la GIZ (Programa de Gobernabilidad), se construyeron los cinco primeros Programas Estratégicos (PE) definidos en concordancia con las 11 Acciones Prioritarias del presupuesto de 2007. Estos fueron: el Programa Articulado Nutricional (PAN); el Programa Salud Materno Neonatal (SMN); Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo (PELA); el Acceso de la Población a la Identidad; y el Acceso a Servicios Sociales Básicos y Oportunidades de Mercado<sup>19</sup>.

Sin embargo, durante la ejecución del presupuesto del 2007 ya no fue posible la incorporación de los nuevos programas, puesto que el presupuesto ya estaba estructurado en el formato seguido el 2006. No obstante, con la identificación de una nueva estructura presupuestal que reflejaba la estrategia del programa para la reducción de la DCI a nivel del resultado (reducción de la DCI) y de los productos (servicios necesarios para el logro de los resultados) se podía ahora orientar la formulación del presupuesto 2008 con esa lógica. De este modo, se establecieron las bases para una nueva manera de estructurar el presupuesto que permitiría más adelante tomar decisiones de asignación estratégicas, priorizando entre resultados y productos.

En cuanto a las metodologías definidas, como se señaló previamente en materia de seguimiento y evaluación, el referente era el modelo chileno, que había atravesado una serie de mejoras desde sus inicios a finales de los 90. En tal sentido, el equipo PpR trabajaba en otra parte de su mandato legal, el vinculado a las evaluaciones. Para ello, se decidió adoptar el enfoque implantado en Chile (utilizado también posteriormente en Colombia con las Evaluaciones Focalizadas) y durante 2008 se diseñó la metodología para las Evaluaciones de Diseño y Ejecución Presupuestal (EDEP), partiendo del beneficio de que este tipo de evaluación resulta costo-efectiva para los fines del PpR; es decir, se podían alcanzar resultados pertinentes para la toma de decisiones bajo el PpR de una manera relativamente rápida y a un costo relativamente bajo.

### *La Programación Presupuestaria Estratégica y los Programas Presupuestales Estratégicos*

En cuanto a la metodología definida para el diseño de programas, más conocida como Programación Presupuestaria Estratégica (PPE), se utilizó en primer lugar una adaptación del Enfoque de Marco Lógico, específicamente una metodología desarrollada por el Banco Asiático de Desarrollo denominada “El Enfoque de Marco Lógico para el Diseño de Programas” o Logical Framework Program Design (2006).

El marco lógico, hacia el 2007, era una metodología ampliamente utilizada en el mundo del diseño de proyectos y contaba con un respaldo de las entidades de cooperación que la utilizaban en sus propias

---

<sup>19</sup> De acuerdo con la exposición de motivos del presupuesto de 2008: “La formalización en el proceso presupuestario 2008 de estos PE se dio el 04 de julio pasado con la publicación de la Directiva N° 010-2007-EF/76.01, que fue complementaria a la Directiva N° 006-2007-EF/76.01 para la programación y formulación del Presupuesto Público del sector público. En esta directiva se establecieron las disposiciones para la programación y formulación de los programas piloto de presupuesto por resultados, señalando los marcos lógicos, la matriz de indicadores y las cadenas creadas en la estructura funcional programática para estos cinco programas estratégicos”.

operaciones, así como también por el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) que lo había incorporado en su metodología muchos años atrás.

Sin embargo, la aplicación de la metodología, según el juicio de los implementadores de la programación presupuestal líderes del equipo de PpR, dejaba un elevado margen a la imaginación puesto que las relaciones de causa-efecto, fundamentales para el diseño de un programa, se sustentaban en el sesgo de los técnicos de los sectores responsables, antes que en principios sólidos de causalidad. Además, reflejaban las estructuras y lógicas institucionales en los factores causales, lo que restaba credibilidad y solidez al diseño de los programas.

En paralelo y con estas dudas en mente, el equipo de PpR incorpora en sus filas a la persona<sup>20</sup> que, desde el sector Salud, había estado promoviendo una metodología innovadora para el diseño de estrategias de intervención, basado en evidencias científicas. De hecho, ya en la trayectoria de trabajo en el sector Salud, había logrado que 17 programas se trabajaran con una lógica estratégica y se había recopilado una sustantiva cantidad y calidad de evidencia para el diseño de programas, particularmente en Desnutrición Crónica y Mortalidad Materna y Neonatal.

Con esta nueva incorporación y buscando mejorar las debilidades metodológicas iniciales, el equipo PpR decide dejar de lado la metodología inicial basada en el Marco Lógico y escribir una versión propia de la metodología de PPE. Esta plantearía, a través de un paso a paso muy sólido, que el diseño de los programas estratégicos se debe sustentar en modelos conceptuales o en modelos causales, validados por la academia y adecuados a la realidad nacional. Estos servirían de marco analítico para la construcción de modelos causales específicos que recogerían la realidad nacional y la identificación de intervenciones, como las “prescripciones” sustentadas en evidencia.<sup>21</sup>

### *Los Programas Presupuestales Estratégicos: lógica*

El Programa Presupuestal Estratégico, bajo la lógica del PpR, resultaba de un proceso denominado Programación Presupuestaria Estratégica (PPE). Mediante dicho proceso se realizaba la vinculación entre los resultados valorados por los ciudadanos y las intervenciones o productos requeridos para ello. Un atributo fundamental en la PPE es que se fundamenta en los principios de causa-efecto y en el de política pública basada en evidencia.

La PPE se desarrolla en dos momentos o fases:

**Fase 1. Diagnóstico** - Consiste en la identificación y el análisis de una condición de interés (o problema identificado) sobre la cual se desea incidir, con el propósito de determinar los factores que lo causan o condicionan. La metodología plantea tres herramientas:

- **Modelo Conceptual.** Es un conjunto de relaciones entre conceptos que explican la ocurrencia de una condición de interés o problema. Estos conceptos responden a una o más de las

---

<sup>20</sup> Dr. Luis Cordero Muñoz.

<sup>21</sup> Esta versión metodológica, está disponible en la siguiente dirección:  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publico/ppr/guia\\_metodologica\\_completa.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/ppr/guia_metodologica_completa.pdf) . “Guía Metodológica para la Programación Presupuestaria Estratégica” de acuerdo con la Resolución Directoral N° 028-2008-EF/76.01.

siguientes propiedades: (i) deben estar asociadas a una característica que los haga identificables con respecto a otros conceptos o variables; (ii) deben presentar regularidad, es decir estar asociados a una ocurrencia temporal; y (iii) deben referirse a un suceso o evento de la realidad.

- **Modelo Explicativo.** Es la especificación o desagregación de los conceptos del modelo conceptual en factores concretos que son relevantes para el país. Se debe acreditar la relación de causalidad entre el factor específico y la condición de interés mediante el uso de evidencia.
- **Modelo Prescriptivo.** Consiste en la identificación de las intervenciones más eficaces que permiten vulnerar alguno de los factores identificados en el modelo explicativo. Para dicha identificación se recurre a la evidencia y a la búsqueda de la misma en las diferentes fuentes de información científica disponible y accesible.

**Fase 2. Diseño de la intervención** - Comprende el establecimiento de un Modelo Lógico que presenta sistemáticamente la relación entre productos y resultados priorizados. El Modelo Lógico constituye la apuesta estratégica que el país hace para abordar el problema o condición seleccionada. Permite además establecer las bases para el seguimiento y evaluación a nivel de resultado y de producto.

En resumen, la PPE parte de la identificación de un problema o “condición de interés” del ciudadano o el entorno que se desea modificar. A partir de tal condición se adapta o adopta un modelo conceptual, como marco de referencia proveniente de la literatura científica respecto del tema. Luego se construye un Modelo Explicativo en el que se identifican las causas específicas que determinan la ocurrencia de la condición de interés. Finalmente se construye el Modelo Prescriptivo, que no es más que el conjunto de soluciones o intervenciones que funcionan para atacar los factores causales identificados. Todo el proceso se sustenta en evidencia científica.

De este modo, la metodología plasma por lo menos dos de las características clave del PpR peruano antes mencionadas. Este enfoque no toma en cuenta de manera directa a ninguna institución, nivel de Gobierno ni entidad del Estado. Está claro que los productos deben ser suministrados por alguna o varias entidades públicas, pero la lógica del enfoque no las predetermina.

Un aspecto destacable de la metodología es el uso intensivo de evidencia. Las evidencias están referidas a investigaciones de carácter científico, que plantean la existencia de causalidad entre factores sobre los cuales incidir y entre intervenciones o servicios respecto de los resultados que se desean lograr.

### **1.3. El Apoyo Presupuestario como herramienta de la Comisión Europea**

El apoyo presupuestario es una modalidad de ayuda al desarrollo. Consiste en una transferencia de recursos financieros al Tesoro Público del país receptor del apoyo, a través de una transferencia inicial al Banco Central de Reserva en euros para ser luego transferida a la Cuenta Única del Tesoro en moneda local. Una vez que esta transferencia ha tenido lugar, los fondos de apoyo presupuestario se utilizan de acuerdo al sistema de Gestión de las Finanzas Públicas (GFP) del país beneficiario, debiendo velar este por su correcta administración. El donante no realiza control sobre el uso de fondos sino que implementa un monitoreo constante de los criterios de elegibilidad de los apoyos presupuestarios y el desempeño en la implementación de la política (ver más adelante).

En este sentido se diferencia el AP de la modalidad tradicional de proyecto, en la que los recursos de cooperación no ingresan en el presupuesto y son ejecutados a través de unidades de gestión paralelas a las unidades del Estado. Una gran debilidad de esta modalidad es que muchos proyectos no se alinean

apropiadamente con las políticas y planes del sector, resultando principalmente en una agenda impulsada por el donante, antes que una demanda del beneficiario.

Frente a esto, la modalidad de Apoyo Presupuestario Sectorial, en línea con los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005), favorece la apropiación por parte del país beneficiario al apoyar sus políticas; refuerza los sistemas administrativos nacionales, puesto que los recursos son canalizados a través de ellos; y permite la alineación de las contribuciones de los donantes con las prioridades de desarrollo nacionales, entre otros.

#### *Los Desembolsos del APS*

Los desembolsos se realizan luego del cumplimiento de condiciones generales y específicas que se establecen en el marco de la suscripción de un Convenio de Apoyo Presupuestario (sectorial).

Las **Condiciones Generales** relacionadas a la elegibilidad del país para recibir un APS son:

- Que esté en ejecución una estrategia y/o política nacional o sectorial de desarrollo;
- Que se cuente con una política macroeconómica orientada a la estabilidad;
- Que exista un programa creíble y relevante para mejorar la gestión de las finanzas públicas;
- y
- Que la información presupuestaria esté disponible al público.

Por su parte, las **Condiciones Específicas** están relacionadas con las medidas de desempeño o indicadores que se definan en el marco de la política o programa sectorial que será apoyado.

Asimismo, los desembolsos se realizan en dos tramos. Uno fijo y otro variable.

- Los **tramos fijos** son montos determinados antes de la suscripción del convenio y que se transfieren en su totalidad a la verificación del cumplimiento de las condiciones generales o criterios de elegibilidad. En este caso, se utilizan fuentes de información del país tales como reportes del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, del Banco Central de Reserva, del Instituto Nacional de Estadística y de entidades internacionales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, entre otros. Si una condición no es cumplida, no se desembolsan los recursos. Un desembolso parcial no es posible.
- Los **tramos variables** se refieren a montos parciales o totales que se desembolsan en proporción a lo establecido, como valores a alcanzar para los indicadores sectoriales seleccionados. Es decir, cada indicador está asociado a un valor establecido, de manera que el porcentaje de cumplimiento de cada indicador, determina el porcentaje del monto a desembolsar de manera proporcional. En el caso de Perú, como se verá más adelante, la medición de los indicadores sectoriales se realiza de manera focalizada en los territorios que son considerados prioritarios por las autoridades. Cabe destacar que los tramos variables no se desembolsan si las condiciones generales no son cumplidas.

Una vez que los recursos son desembolsados, según la ruta señala anteriormente, para efectos del donante, los recursos son plenamente fungibles como cualquier recurso del Tesoro Público y no se requiere trazabilidad para los mismos. Es decir, su uso, una vez incorporado en las finanzas públicas nacionales, sigue los procedimientos y procesos definidos en dicho marco y le es indiferente al donante.

## *APS en Latinoamérica y en el Perú*

El AP ya estaba en aplicación en la cooperación europea con países de Latinoamérica, siendo el caso más conocido, por sus dimensiones y alcances, el apoyo presupuestario aplicado en Nicaragua. Posteriormente, otros países como Bolivia, Paraguay, Uruguay, Honduras, Guatemala y Ecuador también se incorporaron a la modalidad.

En este contexto, desde el año 2006 la Comisión Europea requería a la Delegación Europea en Lima que el país entrara a la modalidad de Apoyo Presupuestario y que incluso se incorporara en el Programa País que iniciaba el 2007 la implementación de dicha herramienta. A partir de esto, se sostuvieron reuniones iniciales con el MEF, al ser este un actor clave en la lógica del AP. Sin embargo, en esta etapa inicial el AP no prosperó, en parte porque se consideraba que el PBI de Perú no justificaba un apoyo presupuestario.

El 2008 la presión fue mayor. Perú era uno de los pocos países de América Latina que no tenía la modalidad de apoyo presupuestario. A inicios del año 2009, Nicaragua era el modelo a seguir en esta materia siendo hacia el 2005 el primer y único país en la región que tenía Apoyo Presupuestario lo que coincidió con el gobierno de corte liberal. El retorno de Daniel Ortega al poder significó la suspensión del Apoyo Presupuestario, sobre todo por la ocurrencia de fraude en las elecciones municipales, el cual, desde la percepción de la Unión Europea, hizo “caer” el principio de elegibilidad del país para apoyos presupuestarios. Paralelamente, en el resto de países de Latinoamérica se observaba una baja ejecución de la cooperación a través de los proyectos tradicionales, apareciendo el AP como una alternativa de ayuda más eficiente.

Frente a esto se decide entrar al mecanismo aún sin una idea clara de qué sector o política se priorizaría. No obstante había una enorme experiencia de trabajo en tres zonas específicas del país (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica), en las que se había implementado con éxito el Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria (PASA). Basado en esta experiencia y aún con escasa claridad sobre la naturaleza del AP, la idea inicial de la delegación era que los recursos podrían ser canalizados directamente a las regiones donde había operado el PASA.

### **PASA:**

El Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria (PASA PERU-CE) es un programa de cooperación financiera no reembolsable suscrito entre el Estado Peruano y la Comisión Europea. Se orientó a financiar dos componentes de las políticas sociales destinadas a combatir la pobreza. El primero es de apoyo a Educación y Salud. El segundo es de apoyo a políticas de inversión para el desarrollo social y económico local. Desde su inicio en 1997 hasta su final en el 2003, la Comisión Europea en el marco del PASA firmó 18 convenios de apoyo financiero con los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, Presidencia y luego de la desactivación de este último, con el Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social (MIMDES); además, un convenio con el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), que en la actualidad ha pasado a ser parte del MIMDES. Entre los departamentos priorizados se encontraban Apurímac, Ayacucho y Huancavelica.

Fuente: Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria PASA Perú-Comisión Europea “Sistematización de las actividades desarrolladas en el marco del PASA Perú-Comisión Europea 1997-2003”.

La motivación inicial fue trabajar directamente con los Gobiernos Regionales, en línea con la experiencia del PASA y del Programa de Apoyo al Desarrollo Socioeconómico y a la Descentralización

en las Regiones de Ayacucho y Huancavelica (AGORAH). Sin embargo, al ser condición necesaria para la aplicación de AP que los fondos y negociación pasaran por el MEF, la opción de ir directamente vía Gobiernos Regionales se diluyó.

Con el fin de apoyar en la identificación del apoyo presupuestario, la Sede de la Comisión Europea envió una misión que rápidamente ratificó la idea de focalizar el AP en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. En materia de política de apoyo se pensó en una de índole nacional que se amoldara al ámbito regional, aunque esto no quedó claro en esta corta misión.

En paralelo el país ya venía avanzando con PpR y en el diseño de Programas Estratégicos, como los que se crearon para reducir la DCI. En reuniones con el MEF, particularmente con la Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales (DGAES), se señaló que los Programas Estratégicos definidos en el marco de PpR eran los elementos centrales para la selección de la política. La indicación concreta fue que no debería buscarse más. Allí estaba todo lo que se necesitaba para armar el AP.<sup>22</sup>

Asimismo, una información similar fue recibida de parte de la GIZ, cooperación con presencia significativa en el MEF, la misma que informó a la delegación que en la Dirección de Presupuestos del MEF había un equipo que estaba trabajando una reforma importante de Presupuesto por Resultados y que tenía ya diseñados programas que podrían ser muy pertinentes para la identificación.<sup>23</sup>

Luego de esta primera aproximación se llevó a cabo una reunión con el Equipo de PpR en la que se conoció con mayor detalle el diseño de los diferentes Programas Estratégicos vigentes, quedando claro que los programas diseñados en el ámbito de la salud eran los más sólidos desde el punto de vista metodológico.

### *La misión de identificación*

Se organizó una segunda misión de identificación que considerara las expectativas y prioridades de un grupo de gobiernos regionales priorizados (Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco y Ucayali). En visita de trabajo a los Gobiernos Regionales quedó claro que tenían la expectativa de que los recursos del apoyo presupuestario financiaran sus demandas de proyectos. Sin embargo, esta posibilidad quedaba vulnerada cuando tomaban conciencia de que el MEF y el Gobierno Nacional tenían que participar en el AP.

Inicialmente la misión había considerado que se haría una evaluación comprensiva de las políticas y estrategias nacionales orientadas a la reducción de la pobreza. Sin embargo, la indicación directa de la delegación, en pleno desarrollo de la misión, fue que se concentrara solo en los Programas Estratégicos del PpR. Esta indicación significaba que se dejaban de lado las iniciativas planteadas por los GORES de priorizar proyectos productivos.

En tal sentido, la identificación se orientó a determinar si alguno de los programas estratégicos del PpR cumplía con los requisitos necesarios para un APS. Se evaluaron los nueve Programas Estratégicos vigentes hacia noviembre de 2008. Como resultado del análisis se concluyó que el número de Programas Estratégicos a considerar se reducía a tres:

---

<sup>22</sup> Esto fue señalado por Hillman Farfán, funcionario de la DGAES-MEF, según entrevista realizada a Leonor Suarez.

<sup>23</sup> La sugerencia de GIZ provenía de Mayra Ugarte, Coordinadora del Programa Gobernabilidad y Buen Gobierno de dicha institución, según señalado en entrevista por Patrick Reboud.

- i) Programa Articulado Nutricional (PAN)
- ii) Programa Estratégico Salud Materno Neonatal (SMN)
- iii) Acceso a Agua Potable y Disposición Sanitaria de Excretas para Poblaciones Rurales

A partir de esta primera aproximación, el MEF sugirió con gran convicción que el programa a seleccionarse debería ser el PAN. Las razones para esto radicaban en la solidez de su diseño, en lo prioritario del resultado y, sobre todo, porque coincidía con esfuerzos específicos en materia presupuestal que el gobierno estaba realizando a favor de este resultado.

#### *El nuevo paradigma del Apoyo Presupuestario*

Luego del sesgo u orientación inevitable a que el APS recayera sobre el PAN, la delegación recibió la visita de dos especialistas de Bruselas. Una experta en aspectos de salud y otro experto en AP. De las presentaciones iniciales del PAN y luego de comprender la lógica de su diseño, sus indicadores y sus mecanismos de medición, el equipo visitante quedó plenamente convencido de que la decisión era la correcta: había que suscribir un programa de APS en el PAN.

La alta calidad del diseño de dicho programa y el enorme consenso político y técnico que había en torno a él persuadieron finalmente a la delegación de que la decisión era acertada. Es más, según la especialista, la manera como se perfilaba la elaboración del AP en Perú basado en el PAN representaría un cambio paradigmático en los apoyos presupuestarios implementados por la Unión Europea.

### **1.4. Contexto para EUROPAN: La descentralización del Estado Peruano**

Desde principios del nuevo siglo, Perú experimentó una tendencia descentralista y participativa de la gestión del Estado. Luego de una etapa caracterizada por una concentración del poder en manos del Gobierno Central, el país estaba encaminándose hacia una nueva etapa. Un hito para este proceso fue la suscripción del Acuerdo Nacional, en el año 2002, en el que se incorporó como política de Estado “la descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido de Perú”.<sup>24</sup>

A partir de estos acuerdos iniciales y con un entorno político y social favorable, la descentralización inició su camino. El punto de partida fue la generación de un marco legal adecuado. Así, en marzo de 2002, se aprobó la Reforma Constitucional<sup>25</sup> que define la descentralización como forma de organización del Estado, establece la integración del territorio peruano en regiones, departamentos, provincias y distritos, en cuyos espacios se establecen los Gobiernos nacional, regional y local. La norma señala además, que los Gobiernos Regionales tienen autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, que incluyen, entre otros, la provisión de servicios de **Salud** y Educación.

Por otro lado, en el mismo mes de marzo del 2002, se promulgó la Ley de Elecciones Regionales<sup>26</sup> en la que se señala que las autoridades de los gobiernos regionales son el Presidente, Vicepresidente<sup>27</sup> y los

---

<sup>24</sup> La Contraloría General de la República (2014). “Estudio del proceso de descentralización en el Perú”. Lima. P. 40.

<sup>25</sup> Ley de Reforma Constitucional, Ley N° 27680.

<sup>26</sup> Ley de Elecciones Regionales, Ley N° 27683.



miembros del Consejo Regional, todos ellos, elegidos mediante votación democrática. En noviembre del 2002 se promulgó la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales<sup>28</sup> que establece mayores especificidades respecto de las funciones, estructura, organización y competencias de los Gobiernos Regionales (GORES). Dicha Ley introduce el Plan de Desarrollo Regional Concertado como instrumento de mediano y largo plazo, en el marco del cual se inscribe la gestión del GORE.

En diciembre de 2007, luego de intensas discusiones, se publica la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE), con el propósito de adecuar la normativa del Gobierno Nacional al nuevo esquema de Estado unitario descentralizado. La LOPE establece *“los principios y las normas básicas de organización, competencias y funciones del Poder Ejecutivo, como parte del Gobierno Nacional; las funciones, atribuciones y facultades legales del Presidente de la República y del Consejo de Ministros; las relaciones entre el Poder Ejecutivo y los Gobiernos Regionales y Locales; la naturaleza y requisitos de creación de Entidades Públicas y los Sistemas Administrativos que orientan la función pública, en el marco de la Constitución Política del Perú y la Ley de Bases de la Descentralización”*. En esta Ley se establece que los ministerios diseñan, establecen, ejecutan y supervisan políticas nacionales y sectoriales, asumiendo rectoría respecto de ellas.

A partir de este marco y otras leyes complementarias aprobadas se fue consolidando un esquema de gestión del Estado en tres niveles: Nacional, Regional y Local, en el que se establecían funciones y competencias exclusivas y compartidas. Un elemento quedó claro en este proceso y es el rol central del Poder Ejecutivo, cumplido a través de los Ministerios que ejercen la rectoría de las políticas nacionales, complementando con el **Gobierno Regional como proveedor directo de servicios** a la población, en diversos aspectos del desarrollo.

#### *Contexto político Regional:*

Hacia el inicio de las negociaciones para la suscripción de EUROPAN entre la CE y el Gobierno peruano ya se habían realizado en el país dos elecciones de Gobernadores Regionales. El año 2009, los departamentos seleccionados para ser parte de EUROPAN, Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, atravesaban su segundo período de gestión descentralizada y aún se percibía en ellos cierta reticencia por que fuera el MEF el actor principal en la implementación de EUROPAN. Ello debido en parte a que el MEF, asociado a un manejo centralista de los recursos públicos, no infundía confianza para que los recursos realmente fueran canalizados para su administración a través de los GORES.

Sin embargo, estas dudas se fueron disipando durante el proceso de negociación inicial del EUROPAN, conforme el MEF conocía y entendía la propuesta de operatividad de EUROPAN hacia el interior del país.

---

<sup>27</sup> La Ley 30305, Ley de reforma de los artículos 191°, 194° y 203° de la Constitución Política del Perú sobre denominación y no reelección inmediata de autoridades de los gobiernos regionales y de los alcaldes, promulgada el 09/03/2015, modifica, entre otros, el artículo 191° referido a los gobiernos regionales, variando la denominación de Presidente por Gobernador Regional y la de Vicepresidente por Vicegobernador Regional.

<sup>28</sup> Ley Orgánica de Gobiernos Regionales LEY N° 27867.

## 2. El Modelo EUROPAN

### 2.1.Elementos centrales en la aplicación del EUROPAN

EUROPAN en la práctica debe ser comprendida en dos dimensiones o espacios institucionales. La primera, en función a los acuerdos que el país asume con la CE a través del Convenio de Financiación. La segunda, en función a la implementación conducida por el MEF, a través de los denominados Convenios de Apoyo Presupuestario (con entidades públicas del GN y de los GORES) y que permitirían al país cumplir con parte de los acuerdos del Convenio de Financiación.

#### *Acuerdos del Convenio de Financiación*

Como se ha señalado al principio del presente documento, el Convenio de Financiación establecía que la Unión Europea transferiría recursos económicos al Perú bajo el esquema de donación, hasta por un monto de 60.8 millones de euros (60 millones de Ayuda Presupuestaria y 0.8 millones de Ayuda Complementaria) en un periodo de cuatro años.

Por otro lado, en el plano de las Condiciones Generales, el Estado peruano se comprometía a superar satisfactoriamente tres criterios de elegibilidad: (i) buen desempeño de la política macroeconómica; (ii) la gestión de las finanzas públicas; y (iii) la implementación de la política de lucha contra la desnutrición crónica. El cumplimiento de las Condiciones Generales se aplicaría para el desembolso de los tramos fijos y variables, debiendo acreditarse adecuadamente la fuente de verificación.

#### **Condiciones Generales para el desembolso de cada tramo**

Ámbito	Condiciones Generales	Fuente de Verificación
<b>Estabilidad Macroeconómica</b>	Apreciación positiva por parte de la CE sobre la existencia de una política macroeconómica que tiene por objetivo la estabilidad.	Informes económicos del BCRP, ejecución presupuestaria del MEF, informes del FMI, BM y otros multilaterales.
<b>Gestión de las Finanzas Públicas</b>	Progreso satisfactorio en la implementación del plan de mejora de la Gestión de las Finanzas Públicas.	Informes del MEF sobre las reformas en curso; PEFA y otros diagnósticos. Aportes de otros Estados Miembros de la UE, Agencias de Cooperación y Organismos Multilaterales miembros de la Mesa de Coordinación para el Seguimiento de la Gestión de las Finanzas Públicas.
<b>Política y estrategia nacional o sectorial</b>	Progreso satisfactorio en la implementación del PAN.	Informes del MEF, del Ministerio de Salud, MCLCP, otras instituciones oficiales o asociaciones especializadas.

**Fuente: Convenio de Financiación**

Por su parte, el Estado peruano, en el marco de las Condiciones Específicas del AP, se comprometía a alcanzar determinadas metas en indicadores de cobertura de cuatro servicios claves para reducir la DCI, a saber: (i) vacunas; (ii) controles de crecimiento y desarrollo; (iii) suplemento de hierro en niños; y (iv) suplemento de hierro en gestantes. Todos ellos, parte de la estructura o modelo lógico del PAN. El ámbito territorial en el que se evaluaría el cumplimiento de las metas sería el quintil 1 de los 54 distritos más pobres de los tres departamentos más pobres del Perú al 2010: **Apurímac, Ayacucho y Huancavelica.**

### Condiciones Específicas

Tramo	Importe	Fecha indicativa de solicitud de desembolso	Fecha indicativa del desembolso	Condiciones/Criterios/Actividades para el desembolso	Fuentes de verificación (cuando proceda)
1° Tramo Fijo	25 M€	Nov. 2009	Dic. 2009 / Ene. 2010	Condiciones Generales Establecimiento de metas para cada uno de los cuatro indicadores del tramo variable.	Informe MEF.
2° Tramo Fijo	5 M€	May. 2011	Set. 2011	Condiciones Generales.	
1° Tramo Variable	6 M€	May. 2011	Set. 2011	Metas al 2010 para cada uno de los indicadores establecidos para el tramo variable.	Informes del MEF, del MINSA, otras instituciones oficiales. Reportes de la MCLCP.
3° Tramo Fijo	2 M€	May. 2012	Set. 2012	Condiciones Generales.	
2° Tramo Variable	9 M€	May. 2012	Set. 2012	Metas al 2011 para cada uno de los indicadores establecidos para el tramo variable.	Informes del MEF, del MINSA, otras instituciones oficiales. Reportes de la MCLCP.
4° Tramo Fijo	2 M€	May. 2013	Set. 2013	Condiciones Generales.	
3° Tramo Variable	11 M€	May. 2013	Set. 2013	Metas al 2012 para cada uno de los indicadores establecidos para el tramo variable.	Informes del MEF, del MINSA, otras instituciones oficiales. Reportes de la MCLCP.

Fuente: Convenio de Financiación

Presupuesto Indicativo (millones € )	2009-2010	2011	2012	2013	Total
<b>Total</b>	<b>25,2</b>	<b>11,2</b>	<b>11,2</b>	<b>13,2</b>	<b>60,8</b>
Tramo Fijo	25	5	2	2	34
Tramo Variable	-	6	9	11	26
Asistencia Técnica, Visibilidad, Monitoreo & Evaluación	0,2	0,2	0,2	0,2	0,8

Logro de metas en cuatro indicadores en 54 distritos más pobres de 3 Regiones :  
Ayacucho, Apurímac, Huancavelica

Tres criterios de elegibilidad

1. Proporción de niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad
2. Proporción de niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad
3. Proporción de gestantes con suplemento de hierro
4. Proporción de niños menores de 24 con suplemento de hierro

1. Política macroeconómica
2. Gestión de las finanzas públicas
3. La implementación de la política de lucha contra la desnutrición.

**PAN**

### ***Implementación hacia el interior del Estado peruano: El Mecanismo EUROPAN***

Por otro lado, el ingreso de los fondos de EUROPAN a través del BCRP así como su asignación a través del sistema de las finanzas públicas en las que el MEF, y particularmente la Dirección General del Presupuesto Público, ejercía rectoría, brindaron una gran oportunidad para la aplicación de innovaciones en materia de gestión pública en el Perú como parte y en el marco de lo avanzado con el Presupuesto por Resultados. La aplicación de estas innovaciones dio origen en la práctica a un mecanismo de asignación condicionada de recursos bastante particular, a la cual para fines de análisis respecto de sus efectos se denomina en este documento el **Mecanismo EUROPAN**.

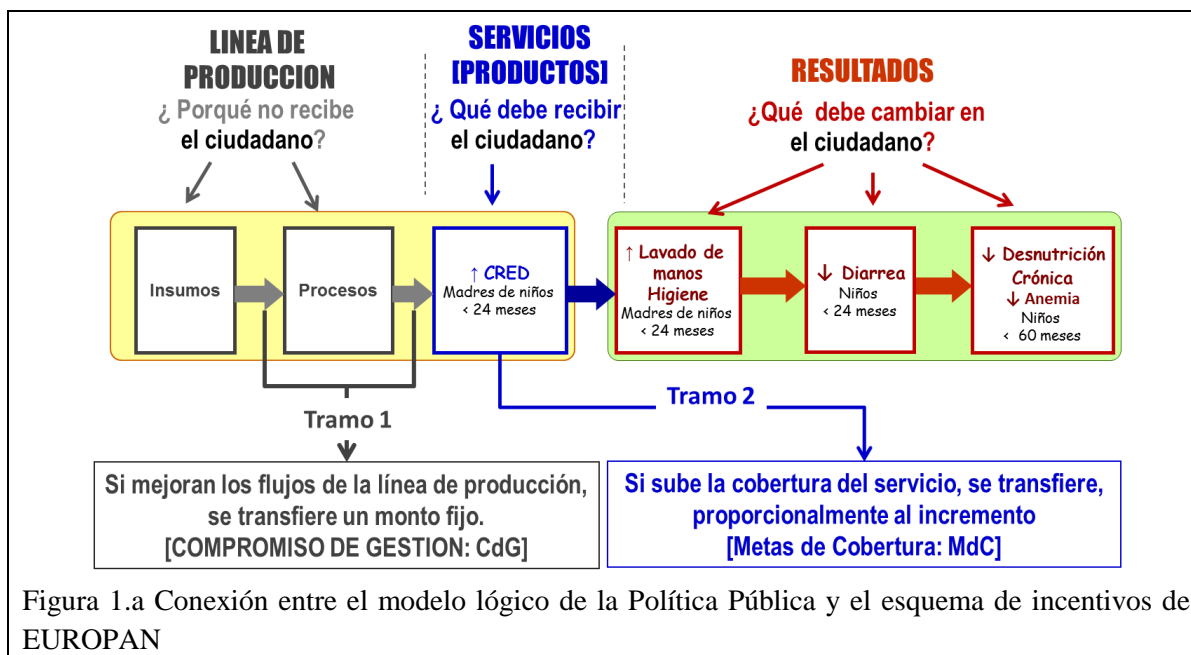
## **2.2. El Enfoque de Resultados Ciudadanos como elemento diferenciador del Mecanismo EUROPAN**

El Mecanismo European, es decir, la modalidad seguida para implementar el Convenio de Financiación, tuvo una característica diferenciadora, marcada por la impronta del PpR y de la lógica planteada por este para el diseño de políticas y programas públicos. En efecto, el mecanismo EUROPAN está marcado por la lógica de los **Resultados centrados en el ciudadano**.

Bajo esta lógica de resultados se tienen claramente identificadas y resueltas tres preguntas fundamentales:

- i. ¿Qué debe cambiar en el ciudadano? (Resultados);
- ii. ¿Qué debe recibir el ciudadano para lograr el cambio? (Servicios/Productos); y ciertamente siguiendo la lógica del modelo de provisión de servicios que sigue EUROPAN
- iii. ¿Por qué no recibe adecuadamente los servicios el ciudadano?

La figura 1.a responde estas tres preguntas a partir del modelo lógico del PAN:



### ¿Qué debe cambiar en el ciudadano? (Resultados)

La respuesta a esta pregunta necesita no solo un abordaje técnico si no también político. Requiere que quienes decidan la política pública reconozcan la obligatoriedad del Estado de atender el Resultado priorizado. Este reconocimiento es el punto de partida de la formulación de la política pública centrado en el ciudadano, el cual se concreta cuando los poderes del Estado, en particular el Poder Ejecutivo, además de definir la cadena de resultados (ver figura 1.a), dicta el marco legal, le asigna una prioridad y aprueba un presupuesto para su implementación. Para efectos de la reducción de la DCI, como se señaló previamente, hacia el año 2008 se había acumulado ya un enorme capital político y su diseño como estrategia a seguir maduró bajo la lógica del PpR.

En la figura 1.a se presenta la cadena de resultados vinculados con la reducción de la desnutrición crónica. Si las madres de niños menores de 24 meses incrementan la práctica de lavado de manos e higiene, sus hijos menores de 24 meses tendrán menos diarrea y esta reducción disminuirá el riesgo de que sus hijos presenten desnutrición crónica antes de cumplir los 60 meses de edad. Los tres cambios esperados están centrados en el ciudadano.<sup>29</sup>

### ¿Qué debe recibir el ciudadano para lograr el cambio? (Servicios/Productos)

<sup>29</sup> Esta lógica “ciudadana” rompe el esquema tradicional de gestión del Estado, en el que los logros generales sobre la gente son consecuencia de la suma de logros parciales de los Programas Sectoriales, los que a su vez se diseñan dentro de los límites de las competencias y las funciones sectoriales, o en el peor de los casos, institucionales. En cambio, cuando la formulación de la política pública se centra en el ciudadano, a la cadena de resultados le es indiferente la frontera sectorial, puesto que el propósito es identificar y comprender las condiciones y necesidades de la gente así como los factores que inciden en ellos, y, ciertamente las intervenciones que deben realizarse a su favor. Este enfoque, adoptado en la implementación inicial del PpR, reconoce que para atender las necesidades que interesan al ciudadano el enfoque sectorial es en extremo limitado. Por el contrario, para lograr resultados reales sobre los ciudadanos se requiere la concurrencia articulada de los diferentes sectores y entidades del Estado.

La respuesta a esta segunda pregunta se da en el contexto del diseño de la política pública. En este espacio, como plantea el PpR, la revisión las evidencias científicas tiene un rol fundamental, constituyéndose en elemento central en el debate y en la toma de decisiones respecto de qué servicios entregar. Esto es muy relevante para lograr mayor eficiencia asignativa de los escasos recursos públicos.

A diferencia del resultado, que denota un cambio en el ciudadano, en este caso se requiere definir qué intervenciones debe implementar el Estado se desea realmente lograr el resultado. En la figura 1.a se ilustra el caso en el que los decisores definieron como una prioridad entregar el servicio CRED a las madres de niños menores 24 meses. De acuerdo con las evidencias científicas, las madres que son expuestas a las intervenciones del CRED, transcurrido un tiempo, adoptan la práctica de lavado de manos, la cual a su vez reduce el riesgo de diarrea y tal reducción reduce la probabilidad de desnutrición crónica en niños menores de 60 meses.

### ***¿Por qué no recibe adecuadamente los servicios el ciudadano?***

La capacidad de brindar los servicios prioritarios a los ciudadanos para el logro de los resultados por parte de los puntos de atención del Estado es fundamental. Para esto, resulta muy relevante la capacidad de gestión que el Estado tiene para implementar los procesos mediante los cuales se transforman insumos (materiales, equipos, infraestructura y recursos humanos) en servicios para el ciudadano.

Los elementos a tener en cuenta para este caso son los canales y puntos de entrega de los servicios; las entidades que participan en la línea de producción del servicio; el presupuesto y esquema de financiamiento del servicio; la distribución espacial de los puntos de atención; el portafolio de servicios que se oferta en cada punto de atención; la lista de insumos que se requiere para proveer los servicios; las unidades ejecutoras y los pliegos responsables de la administración y de la gestión del servicio; las reglas de asignación; y la ejecución del presupuesto, entre otros.

## **2.3. El Mecanismo EUROPAN y la Línea de Producción como eje operativo**

El diseño de la política pública sobre el cual construye EUROPAN, en este caso el Programa Articulado Nutricional, se dio como parte del diseño de los Programas Estratégicos del PpR. El énfasis de EUROPAN en consecuencia no radica en el diseño de la política, sino, fundamentalmente en su implementación.

En este marco, su foco de atención natural resulta ser la línea de producción del servicio (ver figura 1.a) y la necesidad de propiciar que este (el servicio) llegue realmente al ciudadano, de tal modo que, en la lógica de causalidad descrita por el modelo, se logren los resultados planteados como parte de la política.

La pregunta natural es: ¿Cómo hacer para que la línea de producción mejore? Para lograrlo EUROPAN construye un esquema complejo de incentivos al desempeño, en el que las entidades que participan en la línea de producción de los servicios, mediante suscripción de convenio, reciben un monto adicional en

su presupuesto en función del cumplimiento de dos tipos de acuerdos. Uno denominado **Meta de Cobertura** (MdC) y otro llamado **Compromiso de Gestión** (CdG). De este modo EUROPAN premia el incremento en la cobertura del servicio y por otro lado, y muy relevante para el esquema, premia las mejoras que las entidades logren demostrar en la línea de producción del servicio priorizado.

Este esquema básico de incentivos tuvo además dos atributos remarcables. Primero, las MdC se acuerdan para un horizonte de tres años sin chance de modificación y se verifican anualmente tomando como referencia la población residente en los distritos del quintil más pobre de la región. Segundo, en el primer año del convenio el mayor monto del premio es por mejoras en la línea de producción del servicio, mientras que en el tercer año esta relación se invierte para premiar el cumplimiento en las metas de cobertura. Con el primer atributo EUROPAN fija su atención en las inequidades intrarregionales en el acceso a servicios públicos, situación muy común en el país. El segundo atributo promueve que la entidad se concentre en un primer momento en la línea de producción de los puntos de atención, es decir, en el medio que más adelante permitirá lograr mayores coberturas.

Siguiendo esta lógica puede señalarse que el mecanismo EUROPAN en un primer momento busca incrementar la capacidad operativa de los puntos de atención, teorizando que la deficiente capacidad operativa se explica porque los flujos de datos, dinero e insumos no conectan de extremo a extremo a los actores con los procesos que subyacen la cadena de valor de los servicios priorizados (ver diagrama ubicado en el lado derecho de la figura 1.b).

Para comprender mejor esta lógica, resulta útil visualizar la generación de Resultados a partir de la **cadena de valor** del servicio público, desde el insumo, pasando por el servicio, hasta el resultado. En esta participan tres actores primarios: la **población objetivo**, los **puntos de atención** a través de los que se entrega el servicio y las **Unidades Ejecutoras** que son las responsables de la administración y de la gestión del servicio (ver diagrama ubicado en el lado izquierdo de la figura 1.b). Actores secundarios son los proveedores del Estado y el Ministerio de Economía y Finanzas.

EUROPAN, tomando como referencia la línea de producción del servicio, formula los Compromisos de Gestión (CdG) antes señalados, en particular identificando las barreras que obstaculizan que los datos, el dinero o los insumos fluyan a través de los procesos y actores de la cadena de valor del servicio público. (Ver figura 1.b)

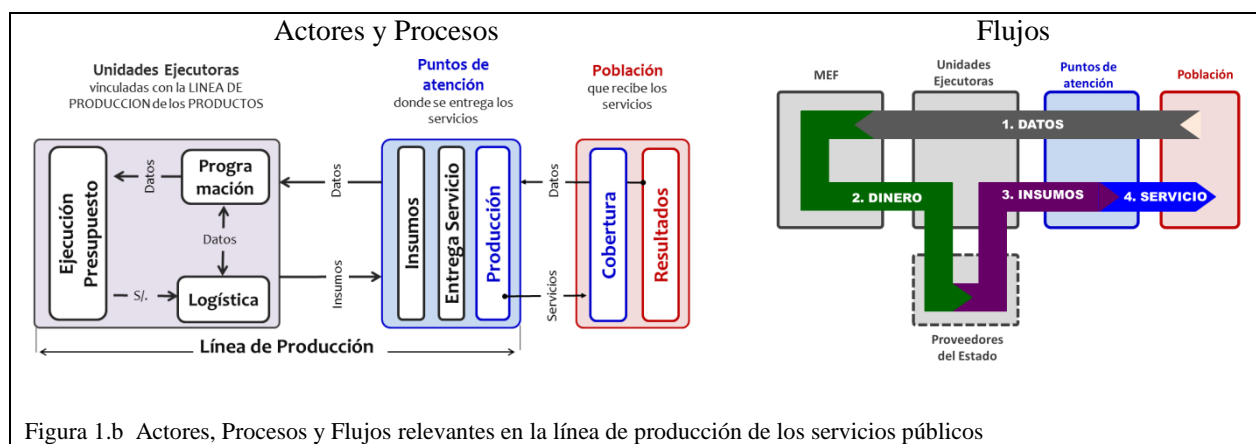


Figura 1.b Actores, Procesos y Flujos relevantes en la línea de producción de los servicios públicos

EUROPAN se focaliza en identificar fallas en el flujo de cuatro datos que son claves para programar y asignar recursos para financiar el servicio: los usuarios del servicio; los puntos de atención; la lista de

insumos que se requiere para ofertar el servicio en los puntos de atención; y los precios de los insumos que la unidad ejecutora debe pagar cada vez que los adquiere. (Ver el diagrama izquierdo de la figura 1.c)

Datos inexactos o la ausencia parcial o completa de los cuatro datos impactan negativamente en los procesos básicos de la gestión de la Unidad Ejecutora que son la programación de recursos, la ejecución del presupuesto y la logística. Ante la ausencia de alguno de estos datos, el gestor de la unidad ejecutora opta por la programación histórica o inercial de recursos y es en ese preciso momento que ignora los cuatro datos.

Esta situación genera tres problemas muy característicos de la gestión pública: i) la programación, asignación y ejecución de las partidas presupuestales que realizan las unidades ejecutoras no contribuyen a incrementar la capacidad operativa de los puntos de atención para ofertar los servicios priorizados, sobre todo en los ámbitos de mayor pobreza; ii) la adquisición de cantidades excesivas o insuficientes de insumos; y iii) los insumos adquiridos, tanto en cantidad como en combinación, no corresponden con la lista de insumos que se requiere en el punto de atención para proveer los servicios priorizados.

En la figura 1.c se presenta los cuatro datos claves para programar recursos y las nueve transacciones que facilitan el flujo del dinero (en verde) y de los insumos (en morado).

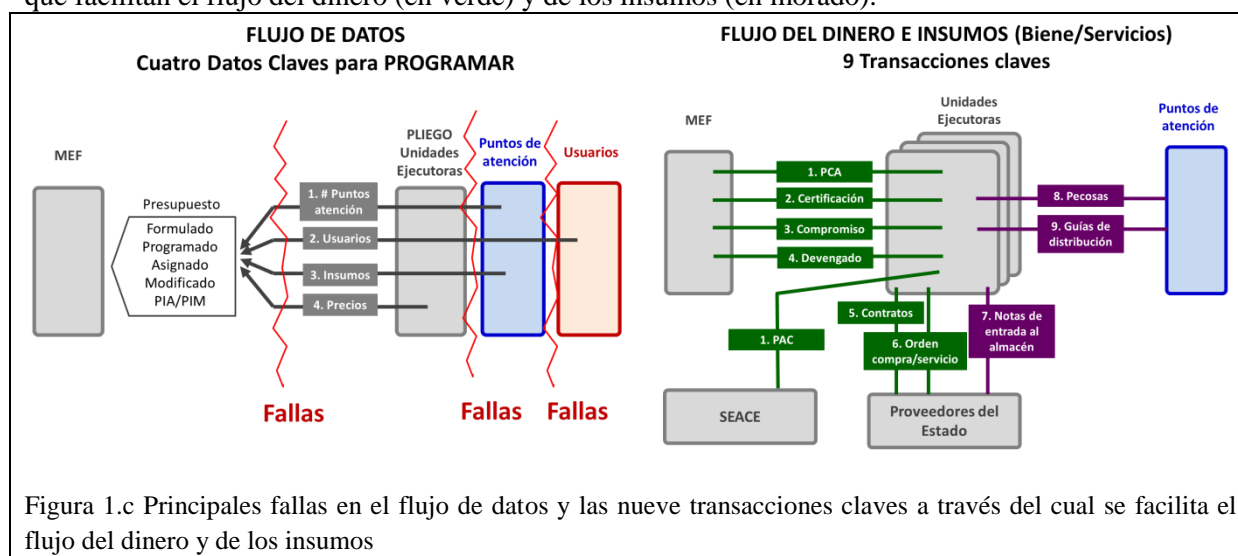


Figura 1.c Principales fallas en el flujo de datos y las nueve transacciones claves a través del cual se facilita el flujo del dinero y de los insumos

Por otra parte, asumiendo que no hay fallas en el flujo de datos, el siguiente flujo donde se presentan diversos tipos de distorsiones es en la ejecución del presupuesto (flujo del dinero). En este flujo interactúan intensamente tres actores con diferente poder de negociación. De una parte la Unidad Ejecutora y el pliego responsable de ejecutar el gasto. De otro lado el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) regulando el flujo y la composición de ese gasto. Finalmente, los proveedores del Estado.

La interacción antes descrita se da en un contexto de permanente tensión y conflicto. Los tres actores tienen diferentes intereses y casi siempre están desalineados de las metas de cobertura de los servicios priorizados para lograr resultados sobre las poblaciones más pobres. De una parte el MEF privilegia el cumplimiento de la meta fiscal, estableciendo una serie de restricciones en la composición del gasto.



Ello trae como consecuencia que a pesar de contarse con recursos ciertos insumos no se pueden adquirir o contratar (personal, por ejemplo, tradicionalmente restringido).

Por otra parte el Pliego y la Unidad Ejecutora generalmente responden a las prioridades políticas del Gobierno Regional o del ministro del sector, los cuales van de la mano con el reloj electoral y con las necesidades de la población que constituye el capital político, que casi siempre es urbano. Por su parte, los proveedores, ejercen presión para que se adquieran los insumos que ellos ofertan y no necesariamente por proveer la mezcla de insumos que se requiere para el servicio en el punto de atención.

EUROPAN en este punto procura identificar aquellas distorsiones que en razón de intereses desencontrados y conflictos generados afectan la adquisición de los insumos críticos para la provisión del servicio priorizado. Esta situación queda ilustrada por ejemplo cuando el presupuesto para adquirir las lancetas, que son muy útiles para la determinación del nivel de hemoglobina en niños, a pesar de haber estado programado y asignado no es ejecutado durante todo el año y en los puntos de atención no está disponible el insumo. Dado el muy bajo monto de la compra no es de interés para el responsable logístico hacer la adquisición. Además, tiene bajo impacto en el indicador de ejecución presupuestal y como la demanda del insumo es escasa no existen proveedores del producto en el mercado. Esta situación por ejemplo configura una distorsión que es candidata a ser incluida en un Compromiso de Gestión de los convenios que suscribe EUROPAN.

Superado el flujo de los datos y del dinero, un tercer flujo es el de los insumos y al igual de lo que se observa con el flujo del dinero, en este también concurren y compiten intereses encontrados que finalmente afectan la disponibilidad de la mezcla de insumos en el punto de atención.

EUROPAN, a efectos de formular los Compromisos de Gestión (CdG), agrupa las fallas de los tres flujos en cuatro procesos generales afectados por distorsiones en los tres flujos: i) programación y planificación; ii) ejecución y logística; iii) organización del punto de atención; y iv) supervisión, seguimiento y evaluación.

A su vez cada proceso se desagrega en subprocesos y estos en criterios de cumplimiento, que en realidad son indicadores que dan cuenta de en qué medida se avanza en la corrección de las fallas en los flujos antes señalados. (Ver figura 1.d)

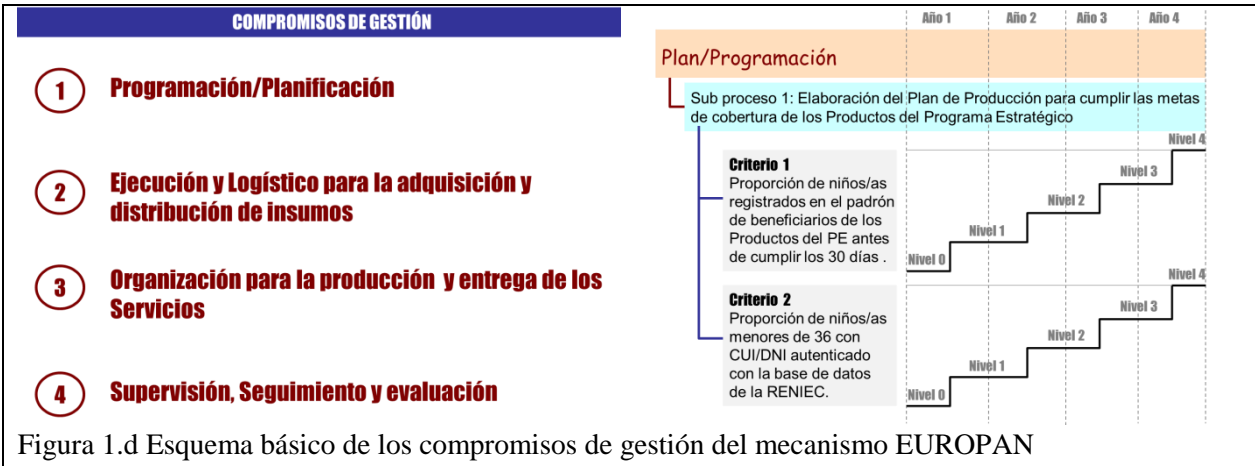


Figura 1.d Esquema básico de los compromisos de gestión del mecanismo EUROPAN

Gráficamente los CdG son representados como los peldaños de una escalera (parte derecha de la figura 1d), que van subiendo del menor al mayor nivel de complejidad. El primer peldaño, denominado nivel cero, se corresponde con CdG de carácter elemental, pero indispensables para la gestión de los servicios y para la definición del segundo peldaño. El nivel 1, se corresponde con CdG más complejos, pero que requieren haber logrado el Nivel 0 para su consecución. En los siguientes niveles o peldaños se aplica la misma lógica.

Los CdG son acumulativos, no es posible suscribir el CdG de nivel 1 sin haber previamente superado el nivel 0. Como en una escalera, el peldaño 2 es imposible sin el peldaño 1. La secuencia completa de los CdG se define progresivamente a la par que se evalúa el cumplimiento del nivel cero se va definiendo el siguiente nivel y así sucesivamente. Esta característica le da la connotación de un convenio en permanente negociación y tensión entre las partes.

## 2.4. Los Convenios de Apoyo Presupuestario

Tomando en consideración el historial y las lecciones aprendidas de las diversas iniciativas impulsadas en materia de mejora de la calidad del gasto público, y en la misma lógica del Convenio de Financiación, el MEF consideró los recursos provenientes de dicho convenio como una oportunidad para introducir, con buen nivel de flexibilidad y de manera renovada, herramientas de gestión centradas en la lógica de incentivos al desempeño para alinear el proceso productivo y propiciar una entrega oportuna y con máxima cobertura de servicios a la población. La manera de darle forma y contenido a esto fue la suscripción de un convenio, denominado **Convenio de Apoyo Presupuestario** a los Programas Estratégicos, en analogía al convenio de financiación

Para dar la formalidad necesaria al Mecanismo EUROPLAN y la modalidad de convenio, el MEF introdujo una disposición legal en la Ley de Presupuesto 2010. En dicha ley se incluyó y aprobó un artículo (Trigésima Sexta Disposición Final) que establece que las donaciones provenientes de **apoyo presupuestario** que el país recibiera a través del MEF, para impulsar la reducción de la DCI, de la muerte materna y neonatal así como de otros resultados de los PPE, se incorporarían en las entidades públicas a través de la fuente de financiamiento, **previa suscripción de un convenio con la DNPP en la que se establecerían metas y compromisos a cumplir** que condicionarían la transferencia de los fondos.<sup>30</sup>

Esta sola disposición, aparentemente inocua, crea en la práctica un instrumento de negociación con las entidades públicas involucradas en el logro de algún resultado (por ejemplo el Ministerio de Salud o los

---

<sup>30</sup> Más adelante, con el fin de garantizar la continuidad normativa del mecanismo y adecuar la terminología a los cambios que se hicieron en PpR en el año 2012, se introdujo y aprobó en la Ley de Presupuesto 2013 el Artículo 15° que señalaba lo siguiente: “Dispónese, **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.”

Gobiernos Regionales). En dicha negociación se condiciona la asignación de presupuestos adicionales (en este caso provenientes del Convenio de Financiación) a la implementación de mejoras específicas en su gestión y al logro de metas de cobertura de servicios claves para los resultados. Estos convenios, en la práctica establecen **relaciones contractuales** entre el MEF y las demás entidades del Estado respecto del uso de recursos y la exigencia de logros específicos.

Esta disposición constituiría un quiebre en el esquema tradicional de asignación de recursos adicionales, sin exigencias ni compromisos ni obligaciones de rendir cuentas sobre aspectos necesarios en la mejora del bienestar ciudadano. En este marco, el sustento de la transferencia de recursos no es el monto recibido el año anterior, sino el cumplimiento de lo estipulado en el convenio en los plazos establecidos. Este rasgo del convenio significa en la práctica que la interacción entre el MEF y la entidad, para efectos presupuestarios, debe involucrar otras áreas de la entidad, además de la tradicional de Presupuesto que puedan dar sustento, respaldo y contenido a aquello que se debe lograr en términos de gestión y cobertura de servicios.

Como se ha señalado previamente, inicialmente los GORES manifestaron cierta reticencia a que el AP fuera administrado a través del MEF. Estas dudas se diluyeron plenamente al conocerse que los recursos serían transferidos a la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias y que podrían ser utilizados tanto para gasto de inversión como para gasto corriente. El atractivo de la fuente Donaciones y Transferencias radica en que si un GORE no ejecuta todo el presupuesto asignado en esta fuente, puede utilizarlos durante el siguiente año, sin perderlo. Por otra parte, el hecho de que no hubiera restricción respecto del gasto corriente o inversión, significaba que se podían usar los fondos para contratar personal y adquirir bienes y servicios, tipos de gasto usualmente restringidos en su crecimiento debido a las políticas fiscales que implementa el país.

Si bien existía una experiencia nacional, particularmente en el MEF, respecto de la suscripción de convenios de gestión con exigencia de logros, en el caso de EUROPAN es el **contenido del convenio** lo que marca la diferencia respecto de las experiencias previas. Este documento, que en realidad es un contrato, tiene la virtud de **comunicar a las entidades descentralizadas (Gobiernos Regionales) en términos muy precisos y operacionales la implementación de la política pública**. En primer término establece la cadena de resultados, la cual viene a ser el Norte de la política pública; en segundo término, negocia y fija las metas de cobertura de las intervenciones que son prioritarias para lograr la cadena de resultados; en tercer término quedan explícitos los cuellos de botella (de planificación, programación, logísticos, de seguimiento) que obstaculizan los flujos de la línea de producción de los servicios priorizados. Sobre estos últimos se acuerdan plazos muy cortos (alrededor de seis meses) para su remoción.

En línea con la anterior característica señalada y que en comparación con otros convenios y esquemas de incentivos es novedoso, tenemos el esquema adoptado para condicionar y transferir los recursos. Lo tradicional en este tipo de convenios es condicionar la transferencia al cumplimiento de metas de cobertura de servicios que se evalúan al finalizar el año. En EUROPAN se **combinan indicadores de insumos con indicadores de cobertura**. Los indicadores de cobertura quedan fijos para el horizonte de tres años mientras que los indicadores de insumos, denominados compromisos de gestión, son reajustados o reemplazados por otros semestralmente en función de la identificación de los cuellos de botella de la línea de producción del servicio. Esta última característica es la que mantiene intensamente activa la relación entre el MEF y la entidad, con la agenda de discusión centrada en la línea de producción del servicio.

El hecho de incorporar indicadores de insumo (que en realidad son remociones de cuellos de botella) obliga a la entidad a focalizar su atención en identificar la línea de producción del servicio y los cuellos de botella que obstaculizan los flujos de tres elementos: datos, dinero e insumos. En la práctica se induce a trabajar la **gestión con una lógica de resultados (insumo→producto→resultado)**. Conforme avanza el convenio, los decisores comienzan con mayor claridad y destreza a conectar las acciones y decisiones de gestión que impactan en la cobertura de los servicios. A diferencia de otros esfuerzos de modernización de reforma del Estado, donde el foco es la estructura organizacional o las reformas laborales, en el marco del convenio el foco son los flujos que impactan la provisión del servicio.

La transferencia de recursos del modelo EUROPLAN busca **inducir en los decisores que el foco sea la conexión entre el insumo y el producto y no el insumo o el producto per se.** Cuando la conexión no ocurre la transferencia es parcial: mientras más nítida sea la conexión, mayor es la transferencia. Cuando el flujo de datos, dinero e insumos fluye, es decir cuando se remueven los cuellos de botella, la entidad recibe un monto fijo; pero si además incrementa la cobertura del servicio recibe otra cantidad proporcional a la magnitud del incremento.

Si partimos de premisa de que sobre la línea de producción de prácticamente cualquier servicio público ofertado por el Estado concurre más de una entidad pública (por ejemplo en el caso de las vacunas, el pliego Ministerio de Salud, a través de su Unidad ejecutora de abastecimiento, realiza la compra internacional del producto biológico y su distribución a los GORES), los Gobiernos Regionales, a través de las unidades ejecutoras responsables de la prestación de servicios de Salud, realizan el traslado de los insumos a los puntos de atención. En el ejemplo descrito participan de manera directa el Gobierno Nacional y el Gobierno Regional, ambos vinculados al sector Salud.

Otro ejemplo es el caso del servicio de identidad: en la línea de producción concurren el establecimiento de Salud (otorga el Certificado de Nacido Vivo), la municipalidad (otorga el Acta de Nacimiento) y la RENIEC (otorga el DNI). Como estos ejemplos se pueden enumerar otros más. El modelo EUROPLAN, antes que tomar como referencia las fronteras institucionales más bien privilegia la línea de producción de servicio y en función de ella identifica las entidades públicas con las cuales suscribir convenios. **De esta forma las fallas de articulación intersectorial o intergubernamental que afectan la línea de producción del servicio se superan** y se constituyen en la agenda de diálogo entre el Gobierno Regional, el Gobierno Nacional y el Gobierno Local. Si no se realizara la corrección inmediata de esas fallas habría un impacto en el volumen de recursos que la entidad podría recibir.

En buena cuenta, para el equipo técnico de PpR y para el MEF, interesados en promover una gestión pública por resultados, EUROPLAN constituye la oportunidad perfecta para experimentar un esquema de incentivos que busca instalar en la gestión pública la lógica de gestión por resultados, con énfasis directo en la conexión insumo → producto, antes que en los indicadores de producto o de insumo per se, privilegiando la línea de producción del servicio por sobre las fronteras institucionales.

Las reglas principales establecidas para la suscripción del convenio fueron las siguientes:

- i) El monto total de transferencia de recursos por los cuatro años quedó establecido al momento de la suscripción del convenio, al igual que los montos máximos a ser transferidos anualmente.
- ii) Las metas de cobertura de los servicios se fijaron para un horizonte de tres años sin opción a ser modificables en ese periodo.
- iii) Al momento de la suscripción se incluyó una lista de Compromisos de Gestión (CdG), denominados el nivel 0, a los que anualmente se agregaban más criterios o los mismos con un

nivel mayor de exigencia. La incorporación de nuevos criterios fueron comunicadas mediante Oficio y considerada para la verificación de compromisos, sin requerir de adendas.

- iv) La proporción del monto total a ser distribuido entre las transferencias por cumplimiento de Metas de Cobertura (MdC) y por los Compromisos de Gestión (CdG) siguieron el siguiente patrón: El primer año, el 100% por cumplir con los CdG, en el segundo año, el 70% por cumplir con los CdG y el restante 30% por MdC; en el tercer año se redujo a 50% por CdG; y en el cuarto año, se invirtió la proporción, 70% por cumplir MdC y la diferencia por CdG.
- v) En caso de las metas de cobertura, cuando el cumplimiento es parcial, el monto de transferencia es parcial respecto del monto acordado. Si cumplió entre 75% y 100% de la meta se transfirió el 100%; si cumplió entre 50% y 75%, se transfirió el 50% del monto; y si cumplió menos del 50% de la meta no se transfirieron recursos.
- vi) En caso de los CdG la regla fue “todo o nada”. El convenio no reconoció cumplimiento parcial del compromiso. Sin embargo, la entidad tenía el chance de subsanar si en una primera presentación no cumplía con los CdG. En caso la entidad no cumplía con el 100% de CdG, se dejaba de abonar el 40% restante de la transferencia.

De esta manera el convenio combina máxima rigidez, cuando fija sin chance de modificación las metas de cobertura, con una amplia flexibilidad, cuando anualmente, mediante adendas al convenio, va incorporando peldaño a peldaño la escalera de los CdG.

### ***Aspectos formales***

Luego de la aprobación de la Ley de Presupuesto 2010 y la formalización del esquema de apoyo presupuestario hacia el interior de la administración pública peruana, el MEF, a través de la DGPP, aprobó la 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 PpR”, que detalló el procedimiento para aplicar la disposición señalada en la ley creando a su vez toda la estructura, los procesos y la terminología aplicable.

De este modo, en dicha directiva se definió y estableció lo siguiente

#### **Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios Estratégicos denominado Convenio-PPE:**

**El Convenio – PPE:** es un acuerdo de carácter técnico suscrito entre las entidades públicas y la DGPP. En el convenio la entidad pública se compromete al cumplimiento de metas de Indicadores de Resultado y/o Producto del PPE, así como a la ejecución de los Compromisos Gestión para una mejor provisión de los servicios públicos. La DGPP se compromete a hacer efectiva la transferencia de los recursos públicos provenientes de donaciones, así como a brindar asistencia técnica.

**Indicadores y metas a alcanzar:** Los Indicadores de Resultado y/o Producto que se incluyan en el Convenio-PPE son seleccionados por la DGPP de la lista de indicadores de Productos y/o Resultados del PPE correspondiente. Se deben precisar las definiciones operacionales, las fuentes de datos, los algoritmos de cálculo y aspectos estadísticos, los niveles de desagregación, los supuestos y limitaciones, así como las metas anuales para los indicadores seleccionados.

**Los Compromisos de Gestión:** En todos los convenios, además de fijar indicadores, se deben establecer los Compromisos de Gestión. Por cada Compromiso de Gestión se deben indicar tres elementos: i) Los Procesos priorizados para el Compromiso de Gestión; ii) los Sub Procesos Críticos que se espera mejorar en cuanto a eficiencia; y iii) los Criterios para medir el avance en cada uno de los Sub Procesos Críticos. Los procesos a ser priorizados para los Compromisos de Gestión son: i) programación operativa; ii) ejecución del Presupuesto; iii) organización para la producción de los productos y su entrega a los beneficiarios directos; y iv) supervisión, seguimiento y evaluación. El avance se mide por Niveles de Cumplimiento del Criterio, los cuales son definidos anualmente por la DGPP. Los Niveles de Cumplimiento del Criterio van desde un Nivel 0 hasta un Nivel máximo que representa el haber alcanzado el mayor grado de desempeño en el Sub Proceso Crítico. El Nivel 0 representa las condiciones previas que la entidad pública debe cumplir para la transferencia de recursos correspondiente al primer año de dicho convenio. El siguiente Nivel de Cumplimiento es condición previa para la transferencia correspondiente al segundo año y así sucesivamente para los siguientes años.

**Formulación del Convenio:** El Convenio-PPE se formula mediante el trabajo coordinado que realiza la DGPP y las entidades públicas vinculadas con los PPE. La DGPP y la entidad pública analizan en conjunto la propuesta de Indicadores de Resultado y/o Producto seleccionados y los Compromisos de Gestión que estarían implicados si se ejecutara un Convenio de Apoyo Presupuestario. Luego de estas reuniones, la DGPP elabora una propuesta de Convenio que pone a consideración de la entidad pública.

**Suscripción del Convenio:** Para las entidades públicas del Gobierno Nacional, del Gobierno Regional y Gobierno Local, el Convenio-PPE es suscrito por el Titular de la Entidad Pública o quien este designe mediante resolución y por el Director General de la DGPP.

**De las fuentes de información para el seguimiento y verificación del cumplimiento del Convenio:** La verificación del cumplimiento de los Indicadores de Resultado y/o Producto y los Compromisos de Gestión son realizados a partir de bases de datos generadas por sistemas de información que utilizan las entidades públicas. Todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyan medios de verificación del cumplimiento del Convenio-PPE, deben ser accesibles para su revisión, procesamiento y análisis en caso se requiera verificar la calidad y consistencia de los datos. Complementariamente se podrán utilizar otras fuentes de información basadas en la observación directa, la cual podrá ser realizada por un tercero. Esta actividad podrá ser encargada al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) o a otra institución competente en el marco de las tareas y acciones de medición y seguimiento pertinentes al PPE.

**Del seguimiento y verificación del cumplimiento de los Indicadores y Compromisos de Gestión:** El seguimiento de los Indicadores y de los Compromisos de Gestión es permanente y se realiza mediante el procesamiento de los datos que se obtienen de las fuentes de información. La frecuencia de la actualización de esta información solo está sujeta a la disponibilidad de los datos de los sistemas de información. La DGPP realiza la verificación de los valores de los Indicadores y de los Compromisos de Gestión en los plazos acordados en el Convenio-PPE y prepara el **Informe de Verificación del Cumplimiento del Convenio**. En caso fuera necesario, solicitará información complementaria a la entidad pública.

**Requisitos para la transferencia de los recursos de apoyo presupuestario:** Los recursos de apoyo presupuestario son transferidos a la entidad siempre que se cuente con el informe favorable de verificación de la DGPP sobre el cumplimiento de los Indicadores de Resultado y/o Producto del PPE y de los Compromisos de Gestión del Convenio-PPE. La Transferencia de los recursos se sujeta a lo establecido en el Convenio-PPE y en lo dispuesto en el Capítulo III de la presente Directiva.

**Determinación del monto anual a ser transferido a la Entidad Pública:** El monto establecido es desagregado en dos componentes: Tramo Fijo y Tramo Variable:

- a) Tramo Fijo: Es una cantidad fija máxima condicionada al cumplimiento de los Compromisos de Gestión y que no puede superar el monto máximo establecido para el año correspondiente.
- b) Tramo Variable: Es una cantidad máxima condicionada al cumplimiento de las metas de los Indicadores de Producto y/o Resultados establecidos en el Convenio-PPE que se determina de manera proporcional al valor alcanzado en dichas metas.

La transferencia correspondiente al Tramo Fijo está sujeta al cumplimiento de los Compromisos de Gestión pactados en el Convenio-PPE. Si al momento de la verificación, el cumplimiento de los Compromisos de Gestión presenta observaciones, solo se transfiere hasta el 60% del monto del Tramo Fijo y la diferencia solo podrá ser transferida cuando la entidad pública subsane las observaciones. El monto total máximo de la transferencia, correspondiente al primer año del Convenio, será considerado de Tramo Fijo. Dicha transferencia está sujeta al cumplimiento de los Compromisos de Gestión Nivel 0 establecidos en el Convenio.

Para los siguientes años, el monto total de la transferencia se desagrega en sus dos componentes: Tramo Fijo y Tramo Variable, siendo la proporción anual entre ambos componentes establecida en el Convenio-PPE.

Para las transferencias a partir del segundo año, dentro de los quince (15) primeros días del año fiscal, la Entidad Pública remite un informe a la DGPP, mediante un oficio de su Titular, acerca del cumplimiento de los Indicadores de Resultado y/o Producto y de los Compromisos de Gestión. La DGPP dentro de los treinta (30) días de haber recibido el informe, elabora un informe de verificación de cumplimiento del convenio. De resultar favorable el mencionado documento se determina el monto de la transferencia de recursos de apoyo presupuestario.

**Autorización e incorporación de la transferencia:** La DGPP elabora el Informe de Verificación del Cumplimiento del Convenio y determina el monto de la transferencia de los recursos de apoyo presupuestario a la Entidad Pública. Posteriormente, la DGPP comunica a dicha entidad el monto de los recursos de apoyo presupuestario que debe ser transferido a nivel de Unidad Ejecutora y por Finalidad, con el objeto de que esta pueda aprobar la resolución de incorporación de dichos recursos a la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias. La Entidad Pública incorpora los recursos de apoyo presupuestario transferidos conforme a lo establecido en las disposiciones legales vigentes. La resolución que aprueba dicha incorporación de recursos debe adjuntar un Anexo en el que se consigne el presupuesto desagregado por Unidad Ejecutora y hasta nivel de finalidad. La DGPP comunica a la Dirección

Nacional del Tesoro Público el monto que debe ser incorporado como donación a la Entidad Pública.

### Los Convenios suscritos

Para la suscripción de los Convenios Específicos con los GORES seleccionados se estableció que 150 millones de nuevos soles serían asignados a dichas entidades. La diferencia del monto total estimado del Convenio de Financiación sería utilizada en convenios con Entidades del Gobierno Nacional que participaran en las cadenas de valor seleccionadas (SIS, RENIEC, MINSA).

Distribución de recursos de los Convenios						
Presupuesto indicativo Millones S/	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Convenio GR Apurímac	12.0	12.7	12.7	12.6	-	50.0
Convenio GR Ayacucho	13.5	12.5	12.0	12.0	-	50.0
Convenio GR Huancavelica	12.5	12.5	12.5	12.5	-	50.0
Convenio SIS	-	-	5.0	5.0	5.0	15.0
Convenio RENIEC	-	-	5.0	5.0	5.0	15.0
Convenio JUNTOS	-	-	5.0	5.0	5.0	15.0
Convenio GR Amazonas	-	-	5.0	5.0	5.0	15.0
Convenio GR Cajamarca	-	-	5.0	5.0	5.0	15.0
Convenio GR Huánuco	-	-	5.0	5.0	5.0	15.0
Distribución por tramos de los primeros tres convenios						
Tramo Fijo	100%	70%	50%	30%		
Tramo Variable	0%	30%	50%	70%		
Distribución por tramos de los últimos 6 convenios						
Tramo Fijo	-	-	100%	70%	30%	
Tramo Variable	-	-	0%	30%	70%	

Los indicadores y metas de cobertura a alcanzar para los servicios priorizados en el primer quintil de pobreza de cada uno de los departamentos seleccionados, fueron los siguientes:<sup>31</sup>

### Metas establecidas para el Departamento de Huancavelica (Primer Quintil de pobreza)

Indicador	Línea de Base	2010	2011	2012	2013
Proporción de niños/as menores de 36 meses con vacuna completa para su edad	56.8	64.3	68.3	72.3	76.3
Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS con CRED completo para su edad	4.8	18.3	38.0	57.7	67.5

<sup>31</sup> Cabe señalar que la definición de las metas fue realizada en un proceso de negociación entre los equipos técnicos del MEF y los del GORE respectivos.



Proporción de niños/as menores de 24 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro	4.2	17.7	37.4	57.1	66.9
Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro	95.9	96.0	96.0	96.0	96.0

### Metas establecidas para el Departamento de Apurímac (Primer Quintil de pobreza)

Indicador	Línea de Base	2010	2011	2012	2013
Proporción de niños/as menores de 36 meses con vacuna completa para su edad	74.1	78.1	80.1	82.1	84.1
Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS con CRED completo para su edad	16.0	29.1	43.7	56.4	67.5
Proporción de niños/as menores de 24 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro	5.6	18.8	33.4	48.0	57.2
Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro	95.9	96.0	96.0	96.0	96.0

### Metas establecidas para el Departamento de Ayacucho (Primer Quintil de pobreza)

Indicador	Línea de Base	2010	2011	2012	2013
Proporción de niños/as menores de 36 meses con vacuna completa para su edad	56.3	64.3	68.3	72.3	76.3
Proporción de niños/as menores de 36 meses afiliados al SIS con CRED completo para su edad	10.9	22.4	38.4	54.3	62.4
Proporción de niños/as menores de 24 meses afiliados al SIS con suplemento de hierro	4.1	15.7	31.6	47.6	55.7
Proporción de gestantes afiliadas al SIS con suplemento de hierro	96.0	96.0	96.0	96.0	96.0

Por su parte, los elementos definidos para establecer los Compromisos de Gestión establecidos para el primer Tramo Fijo fueron:

Proceso	Descripción del compromiso
<b>Proceso 1: Programación Operativa:</b>	Se elabora el proyecto de presupuesto desagregado por punto de atención (establecimiento de salud o unidad productora de servicios de salud)
<i>Sub Proceso Crítico 1: Elaboración del Plan de Producción para cumplir las metas de cobertura de los productos del PPE.</i>	Se dispone de base de datos actualizada de proyecciones de metas físicas anuales y multianuales por punto de atención
<i>Sub Proceso Crítico 2: Formulación del proyecto de presupuesto anual y multianual para financiar los productos del PPE</i>	Se dispone de base de datos para estimación de presupuestos, por punto de atención.
<i>Sub Proceso Crítico 3: capacidad disponible en los puntos de atención para proveer los productos del PPE</i>	Disponibilidad de base de datos actualizada de disponibilidad de personal, insumos y bienes de capital por punto de atención
Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de insumos	Adquisición, almacenamiento, distribución y uso eficiente de bienes y servicios adquiridos.
<i>Sub Proceso Crítico 1: Adquisición</i>	Adquisiciones según programación.
<i>Sub Proceso Crítico 2: Almacén y Distribución</i>	Logística de la UE provisiona con oportunidad a los puntos de atención para garantizar disponibilidad de insumos todos los días del año
<i>Sub Proceso Crítico 3: Reasignación de Recursos</i>	La atención, asignación y reasignación de recursos privilegia la atención de los distritos de mayor pobreza.

Proceso	Descripción del compromiso
Proceso 3: Organización para la producción y entrega de los productos	
<i>Sub Proceso Crítico 1: Organización para entregar el servicio al ciudadano</i>	La distribución espacial de puntos de atención garantiza que al menos 80% de los residentes pobres del departamento se encuentra a menos de 60 minutos de un punto de atención para recibir CRED, vacunas y suplementos de hierro.
<i>Sub Proceso Crítico 2: Organización para producir servicios</i>	La UE ha establecido roles, responsabilidades, procedimientos y tecnologías para los procesos claves vinculados con la entrega del CRED y vacunas.
<i>Sub Proceso Crítico 3: Articulación, coordinación y colaboración</i>	La Entidad o UE establece procedimientos/mecanismos precisos de articulación con otras entidades vinculadas al PAN.
Proceso 4: Supervisión, Seguimiento y Evaluación	
<i>Sub Proceso Crítico 1: Captura, organización y almacenamiento de Datos</i>	La UE captura, almacena y organiza eficientemente los datos relevantes para la toma de decisiones vinculadas con la entrega del PAN.
<i>Sub Proceso Crítico 2: Análisis de Datos</i>	La UE genera y analiza periódicamente los indicadores claves de insumo, producto y resultado de acuerdo a un modelo analítico adoptado.
<i>Sub Proceso Crítico 3: Uso, disseminación y transparencia de la información</i>	La UE genera y publica periódicamente información relacionada con los indicadores claves de insumo, producto y resultado.

A partir de estas pautas se definieron los criterios específicos por subproceso crítico así como el Nivel Cero<sup>32</sup> sobre el cual se evaluaría el primer año del convenio. Dicho Nivel Cero fue determinado en un proceso de negociación directa entre los técnicos del MEF y del GORE correspondiente.

En el caso del Convenio suscrito con el GORE Ayacucho, se tuvo el siguiente detalle para los compromisos de gestión:

#### Definición Operacional de Nivel 0 de los Compromisos de Gestión – GORE Ayacucho

Proceso	Sub Proceso Crítico	Criterio	Definición Operacional del Nivel 0
1	1	1	Para el año 2009 se dispone del padrón nominado distrital de niños/as menores de 36 meses en formato electrónico. El 60% de los niños/as está afiliado al SIS y el 30% de los niños/as tiene afiliación antes de los 30 días de nacidos.
		2	En el 2009, no menos del 15% de niños/as del padrón cuenta con CUI.
	2	1	Al 2010 se cuenta con un padrón de establecimientos de salud en formato electrónico, conciliado con SIS, HIS, RENAE, Planificación y Salud de las Personas.
		2	Al 2010 el 100% de establecimientos de salud activos han sido asignados como centros de costo en el SIGA.
	3	3	Al 2010 el 100% de establecimientos de salud activos han definido el listado de bienes y servicios para tres finalidades de entrega universal y para dos subfinalidades de entrega selectiva del PAN ajustado localmente para ofrecer la cartera de servicios. Tal ajuste queda registrado en el SIGA.
		1	Se registra en el SIGA no menos del 80% del personal nombrado y contratado que labora en cada EESS y centro de costos, con los siguientes datos: profesión, DNI, grado de instrucción y condición laboral.

<sup>32</sup> Debe entenderse este Nivel Cero como las condiciones básicas o mínimas que debería tener toda entidad para tener capacidad de entregar bienes y servicios a la población bajo ciertas condiciones aceptables. A partir de este nivel se establecen otros de carácter superior que significarían mejoras en dicha capacidad para lograr las coberturas que se desean.

		2	Se registra en el SIGA los bienes patrimoniales en cada EESS y centro de costo y para el 2010 al menos el 30% de los bienes patrimoniales cuenta con datos completos.
--	--	---	---

## 2.5. Respuestas en la aplicación del nivel Regional

Tras las firmas de los respectivos Convenios de Apoyo Presupuestario, los Gobiernos Regionales emprendieron diferentes iniciativas con el propósito de responder a los compromisos asumidos. Entre estas, destaca nítidamente el caso de Huancavelica, tanto por el compromiso directo asumido por sus autoridades, como por la creación de espacios y equipos ad hoc para la gestión y monitoreo de las acciones necesarias para el cumplimiento del convenio. Destaca también, aunque en menor medida, el Gobierno Regional de Ayacucho por la aplicación de buenas prácticas en materia de articulación al interior del sector Salud, heredadas de una tradición de gestión participativa. El Gobierno Regional de Apurímac, por su parte, fue el que tuvo un menor involucramiento en los inicios del Convenio, pero que fue mejorando hacia finales del mismo.

### *Huancavelica (2010-2013)*

El Gobierno Regional de Huancavelica conformó el Equipo Técnico para el Seguimiento y Monitoreo del PpR Salud con el objetivo de lograr el cumplimiento de los compromisos de gestión y las metas de cobertura del Convenio EUROPAN, a nivel de las Unidades Ejecutoras del Gobierno Regional.

Específicamente, este equipo estuvo orientado a apoyar el proceso que venía desarrollando el Gobierno Regional de Huancavelica para fortalecer la implementación de una gestión por resultados, así como las iniciativas complementarias en los ámbitos de la gestión presupuestaria, el sistema de seguimiento y la evaluación del gasto público.

Parte importante de esta labor comprendió el acompañamiento a las Unidades Ejecutoras en el cumplimiento de compromisos del Convenio EUROPAN y la asistencia técnica a los equipos de gestión conformados a nivel de las mismas.

El equipo estaba conformado por:

- Un representante de la Gerencia General Regional
- Un representante de la Gerencia Regional de Desarrollo Social
- Un representante de la Subgerencia de Planeamiento Estratégico y Acondicionamiento Territorial
- Dos representantes de la Subgerencia de Gestión Presupuestaria y Tributación
- Un representante de la Oficina Regional de Administración
- Tres representantes de la Dirección Regional de Salud Huancavelica

Este equipo fue reconocido mediante la Resolución Gerencial General Regional N° 155-2012/GOB. REG-HVCA/GGR, del 10 de febrero 2012.

Las funciones señaladas en dicho documento normativo fueron las siguientes:

- a. Efectuar el seguimiento, monitoreo y evaluación de los compromisos del Convenio EUROPAN.
- b. Realizar visitas a las unidades ejecutoras y establecimientos de salud para hacer las actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación.
- c. Solicitar información a cualquier instancia del Gobierno Regional y nivel de organización del PAN.
- d. Participar en el Equipo de Seguimiento Concertado a nivel de la Mesa de Concertación y Lucha contra la Pobreza.
- e. Mantener informado al Comité Ejecutivo Regional (cuerpo de gerentes y directores) sobre las actividades y acciones realizadas y alertando sobre aquellas acciones que requieran toma de decisiones o gestiones para garantizar su cumplimiento.
- f. Gestionar actividades de fortalecimiento de capacidades que soliciten las unidades ejecutoras o aquellas que el equipo considere necesarias.
- g. Generar y/o actualizar documentos de gestión que normen procedimientos y/o bases de datos de los compromisos EUROPAN.
- h. Garantizar la publicación de información, reportes y/o documentos sobre el Convenio EUROPAN en la página web del Gobierno Regional.
- i. Apoyo en la elaboración de informes mensuales sobre el avance del Convenio EUROPAN e informes para el envío de cumplimiento de compromisos al MEF e informe final de evaluación al culminar el año fiscal.

El equipo de trabajo operaba principalmente a través de:

- ✓ Reuniones periódicas con los miembros del Equipo Técnico para el Seguimiento y Monitoreo del PpR Salud.
- ✓ Reuniones periódicas con el Comité Ejecutivo Regional para toma de decisiones.
- ✓ Visitas periódicas a las Unidades Ejecutoras para reuniones con los Equipos de Gestión conformados.
- ✓ Supervisión de los Establecimientos de Salud en los 14 distritos priorizados.
- ✓ Monitoreo al proceso de ejecución presupuestal.
- ✓ Organización de talleres de asistencia técnica y fortalecimiento de competencias técnicas a los Equipos de gestión de cada UE en cada proceso del Convenio EUROPAN.

Estas innovaciones le permitieron al GORE cumplir adecuadamente los compromisos de gestión.

### **Gobierno Regional Ayacucho**

Durante los años previos a la suscripción del Convenio de Apoyo Presupuestario ya existía una tradición de seguimiento de cumplimiento de metas en materia de política sanitaria. Muchos de los técnicos que se habían formado bajo esta lógica habían asumido funciones en las oficinas centrales del Gobierno Regional.

Por ello, cuando se suscribe el convenio, bajo el liderazgo de la gerencia, se establecieron reuniones periódicas de evaluación del avance en el cumplimiento de los indicadores y los compromisos. En estas

reuniones, llevadas a cabo principalmente en Ayacucho, los Centros de Salud pugnaban entre ellas por demostrar un mejor desempeño.

Si bien, a diferencia del GORE Huancavelica este esquema no fue formalizado, sí pareció funcionar, como se pudo apreciar en el avance mostrado por este Gobierno Regional en el cumplimiento de sus compromisos.

### **Gobierno Regional Apurímac**

El Gobierno Regional Apurímac, desde inicios de la suscripción del Convenio de Apoyo Presupuestario, no evidenció un interés significativo en el mismo. Esto se mantuvo así hasta el año 2013, en que la Gerencia de Desarrollo Social asume mayor liderazgo en el proceso. En parte la explicación a esta situación se da por la existencia de dos Direcciones de Salud (DISA) que competían negativamente entre sí. Otro factor que incidió fue la menor accesibilidad desde Lima a los departamentos de Ayacucho y Huancavelica, lo que afectaba la frecuencia de visitas de los equipos técnicos del MEF. A esto se sumaba una baja compenetración del coordinador regional EUROPLAN con los equipos técnicos del GORE.

### **2.6. Organización desde el MEF para gestión de los Convenios de Apoyo Presupuestario**

En fechas cercanas a la negociación de los Convenios de Apoyo Presupuestario, la DGPP conformó un Equipo Técnico que se encargaría de la asistencia técnica, del seguimiento del cumplimiento de los compromisos y metas, así como de la elaboración de los informes de gestión necesarios para la correcta gestión tanto de los Convenios de Apoyo Presupuestario como del cumplimiento de los compromisos asumidos en el Convenio de Financiación.

El Equipo Técnico fue conformado como parte de la Dirección de Presupuesto Temático de la DGPP, la misma que había asumido la gestión presupuestal de los Programas Estratégicos que fueron diseñados y en implementación como parte de PpR.

La organización inicial consideró una persona a cargo de la coordinación general, tres personas especialistas en PpR y una persona encargada de administrar las bases de datos, generadas con información de insumos involucrados en los servicios priorizados en los convenios y en el presupuesto.<sup>33</sup> En la actualidad (junio de 2015), el equipo a cargo de los Apoyos Presupuestarios ha crecido de manera significativa. Esto se debe a que se suscribieron convenios adicionales a los tres primeros, incluyendo a nuevos Gobiernos Regionales y nuevos temas. Pero además porque se asumieron de manera intensiva funciones que trascendían el alcance del contenido de los convenios, principalmente en lo referido a la generación y al uso de información para el seguimiento de la gestión a nivel de insumos, a través del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA).

En líneas generales el equipo se conforma de la siguiente manera:

---

<sup>33</sup> El equipo inicial estuvo conformado por Ariela Luna (Coordinadora), Nelly Huamaní, Jessica Niño de Guzmán y Hubel Gonzales como especialistas en PpR y Sandro Martínez como responsable de gestión de bases de datos. Adicionalmente se contó con tres Coordinadores Regionales. Complementaban el equipo Luis Cordero, como asesor principal para el diseño del mecanismo, y Roger Salhuana como Coordinador de PpR y luego como Director de la Dirección de Presupuesto Temático, a cargo de Europlan.

<b>Función</b>	<b>Descripción</b>
<b>Coordinación</b>	Responsable del equipo y de su misión.
<b>Especialistas en PpR</b>	Asistencia Técnica y capacitación permanente a entidades que suscriben los Convenios. Elaboración de informes de verificación de cumplimiento de compromisos y metas de cobertura.
<b>Analista a cargo de reportes de información</b>	Generación de reportes de información detallada a partir de registros del SIGA y otras bases de datos.
<b>Analistas para procesamiento de información del SIGA</b>	A cargo de la gestión y verificación de la información de bases de datos de los Gobiernos Regionales. Asimismo a cargo de la elaboración de las bases de datos de los sistemas administrativos para el análisis: HIS, SIS, SIGA, SISMED.
<b>Coordinadores regionales</b>	A cargo del seguimiento directo de convenios en Gobiernos Regionales y asistencia técnica directa para el cumplimiento de CdG y MdC.
<b>Residentes regionales SIGA</b>	A cargo de la implementación y uso del SIGA por parte de los Gobiernos Regionales. Este apoyo se extiende a todos los Gobiernos Regionales, no solo a los que cuentan con Convenios de Apoyo Presupuestario.

A lo largo de los años, la fuerza y el alcance del trabajo del equipo de apoyo presupuestario se ha incrementado. Asimismo, el tipo de análisis y seguimiento de la gestión pública con información específica de servicios, insumos, puntos de atención y de las poblaciones beneficiadas combinadas con la asignación y ejecución del presupuesto derivó en una mecánica de trabajo altamente valorada, no solo en el seguimiento del EUROPAN, sino para la gestión presupuestaria misma.

En efecto, EUROPAN ha permitido impulsar el uso de información logística, a través del SIGA, cuyo uso se ha consolidado en todos los Gobiernos Regionales, a través del financiamiento de la asistencia técnica permanente en campo y fundamentalmente a través del uso de la información y su incorporación en procesos analíticos decisionales de asignación de todo el presupuesto de los programas de Salud.

Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido y del valor agregado para la DGPP, el tipo de trabajo realizado en el marco de los convenios de apoyo presupuestario como EUROPAN aún no está formalizado en la organización institucional de la DGPP.<sup>34</sup> Esto se refleja también en la manera cómo es financiado el equipo de trabajo, principalmente con los recursos de la donación recibidos. Recientemente sin embargo se han realizado previsiones presupuestales para que la mayor parte del equipo sea financiado con recursos ordinarios, lo que abonaría en el proceso de institucionalización de estas funciones.

### 3. Efectos de EUROPAN

---

<sup>34</sup> Existe la iniciativa de institucionalizar las funciones que se realizan a partir de la creación de las modificaciones que se hagan a la Dirección de Presupuesto Temático en el marco de la Ley Servir.

Finalmente, luego de cumplido el período de implementación de EUROPAN, es de interés general conocer cuáles han sido sus efectos, en términos de los propósitos específicos señalados, principalmente en los Convenios de Apoyo Presupuestario suscritos.

Con esa finalidad en la presente sección se presenta lo siguiente:

- i) Los servicios e indicadores seleccionados para examinar el efecto del mecanismo EUROPAN, que vendrían a ser las variables dependientes en una investigación formulada en términos cuantitativos;
- ii) El esquema de análisis de los indicadores, el cual describe básicamente en términos descriptivos la comparaciones entre diferentes grupos poblacionales que han sido expuestos al mecanismo EUROPAN entre el 2009 y el 2014. Se comparan cinco experiencias: EUROPAN, SWAP<sup>35</sup>, FED<sup>36</sup> fase 1, FED fase 2 y FED fase 3.
- iii) Evolución entre el 2009 y el 2014 de dos indicadores de resultado (la prevalencia de desnutrición crónica y de la anemia en menores de 6 y 36 meses) y de los cuatro indicadores de cobertura incluidos en el convenio que suscribió el MEF con la UE.
- iv) Los resultados del análisis de los indicadores seleccionados para explorar los efectos del mecanismo EUROPAN.

### 3.1. Servicios públicos e indicadores seleccionados para explorar el efecto del Mecanismo EUROPAN

Se seleccionaron cinco servicios para examinar el efecto del Mecanismo EUROPAN. Tres de ellos se encuentran en la lista de los cuatro servicios priorizados en el convenio que suscribió el MEF con la UE, a los cuales se añadieron dos nuevos servicios. Uno es la **afiliación al Seguro Integral de Salud en niños menores de un año** y otro es la **entrega de DNI a menores de un año**.

En la tabla 1 se presenta una breve caracterización de los cinco servicios, comparando características consideradas como relevantes en los procesos de programación, ejecución y logística de la línea de producción del servicio.

**Tabla 1. Breve caracterización de cinco servicios públicos cuyos incrementos de cobertura fueron condicionados por los incentivos establecidos en los convenios de EUROPAN.**

Característica	CRED	Vacunas	Suplementación de hierro	Afiliación al SIS	DNI
<b>Programación</b>	Exclusivo del GR	GN programa, formula	GN programa,	GN programa,	GN programa,

<sup>35</sup> Abreviación de una modalidad de préstamo del Banco Mundial denominado Sector Wide Approach. En el 2011 el Perú suscribió con el Banco Mundial un préstamo con el objetivo de : i) respaldar la continuación y la consolidación del Programa JUNTOS para las familias con niños menores de cinco años; ii) mejorar la cobertura y la calidad de la prestación de servicios de salud y nutrición preventivos básicos; y iii) fortalecer la capacidad del Gobierno de Perú para producir resultados nutricionales mejorando la planificación presupuestaria, el diseño operativo de programas y los resultados del seguimiento.

(Tomado de <http://www.bancomundial.org/projects/P117310/results-nutrition-juntos-swap?lang=es>)

<sup>36</sup> FED son las iniciales del Fondo de Estímulo al Desempeño creado en el 2014 por el Estado Peruano. Su operación sigue la misma lógica del mecanismo EUROPAN pero con recursos ordinarios. Su implementación se viene ejecutando en tres fases, la primera se inició en abril del 2014, la segunda entre setiembre y octubre del 2014 y la tercera entre enero y febrero del 2015.

Característica	CRED	Vacunas	Suplementación de hierro	Afiliación al SIS	DNI
y ejecución.		y ejecuta el presupuesto para comprar vacunas y jeringas para todo el país. GR se encarga del resto de insumos incluyendo el personal.	formula y ejecuta el presupuesto para comprar sulfato ferroso y el MMM para todo el país. GR se encarga del resto de insumos incluyendo el personal.	formula y ejecuta el presupuesto.	formula y ejecuta el presupuesto.
<b>Responsable de la logística de equipos críticos<sup>37</sup></b>	Compartido GN y GR. <i>No depende del GN.</i>	Compartido GR y GN. <i>No depende del GN.</i>	Compartido GR y GN. <i>No depende del GN.</i>	GN.	GN.
<b>Responsable de la logística de insumos críticos<sup>38</sup></b>	GR. <i>No depende del GN.</i>	GN <i>adquiere</i> las vacunas y jeringas. GR almacena y <i>distribuye</i> a los puntos de atención. <i>Altamente dependiente del GN.</i> Requiere de una <i>sofisticada cadena de frío</i> de extremo a extremo.	GN <i>adquiere</i> los MMM. GR almacena y <i>distribuye</i> a los puntos de atención. <i>Altamente dependiente del GN.</i>	GN.	GN.
<b>Cobertura del servicio público</b>	Universal.	Universal. Sin restricciones presupuestales.	Focalizado. Sin criterio de elegibilidad.	Focalizado a nivel individual. Aplica criterio de elegibilidad <sup>39</sup> .	Universal para menores de 1 año la primera vez.
<b>Responsable de la provisión en el punto de atención</b>	Gobierno Regional a través de los establecimientos de salud públicos.	Gobierno Regional a través de los establecimientos de salud públicos.	Gobierno Regional a través de los establecimientos de salud públicos.	Gobierno Nacional, administrado por la OPD del SIS. <sup>40</sup>	Gobierno Nacional a través de las agencias de RENIEC. <sup>41</sup> Pertenece al poder electoral.
<b>Naturaleza del servicio y capacidad operativa en el punto de atención.</b>	Entrega de sesiones de consejería. Intensivo en personal de enfermería y equipamiento básico.	Aplicación de un producto farmacéutico. Intensivo en el uso de adecuado de equipos de cadena de frío.	Entrega de 30 sobrecitos de MMM o un jarabe. Intensivo en personal de enfermería.	Registro en un formato de afiliación y luego en una base de datos. Demanda conectividad.	Registro en una base de datos y entrega de un documento. Entre 7 a 15 días para obtenerlo. Demanda conectividad.
<b>Percepción de los usuarios.</b>	Los usuarios no le reconocen beneficios.	Altamente valorado y demandado por los usuarios.	Pobremente valorado por los usuarios por sus efectos adversos.	Muy valorado y demandado por la población.	Muy valorado por los usuarios.

<sup>37</sup> Equipos biomédicos básicos para vacunas, cred y suplementación con hierro son: Termo, refrigeración, data logger, balanza, tallímetro, infantómetro, hemoglobínómetro y mesa para el examen pediátrico.

<sup>38</sup> Medicamentos: Vacunas, Sulfato Ferroso en jarabe y multimicronutrientes en polvo.

<sup>39</sup> A partir del 2015, es universal para las gestantes y niños menores de 3 años que no tengan otro seguro de salud.

<sup>40</sup> La afiliación es administrado por el Gobierno Nacional a través de Organismo Público Desconcentrado del Seguro Integral de Salud. En campo, el proceso de afiliación es una actividad que realiza el establecimiento de salud, pero es plenamente regulado, supervisado, administrado por el SIS.

<sup>41</sup> RENIEC. Registro Nacional de Identidad y Estado Civil, la cual pertenece al poder electoral y no depende directamente del Poder Ejecutivo. Tiene convenios con hospitales públicos, donde funcionan agencias RENIEC.



Nota: a) GN= Gobierno Nacional; b) GR= Gobierno Regional; c) RENIEC= Registro Nacional de Identidad y Estado Civil; d) MMM= Multimicronutriente; e) SIS=Seguro Integral de Salud; f) OPD= Organismo Público Descentralizado; g) DNI=Documento Nacional de Identidad.

Se han seleccionado dos tipos de indicadores, once de ellos directamente relacionados con la cobertura de los cinco servicios (ver tabla 2) y cuatro para observar el comportamiento de indicadores que revelan la capacidad operativa del punto de atención (ver tabla 3).

**Tabla 2 Indicadores seleccionados que miden la cobertura de los cinco servicios públicos.**

Servicio Público	Indicador	Fuente
<b>Vacunación (inmunizaciones)</b>	1. Proporción de niños con vacunas antirotavirus completas para su edad.	ENDES 2009-2014
	2. Proporción de niños con vacunas antineumococo completas para su edad.	
<b>CRED</b>	3. Proporción de niños menores de 12 meses de edad con CRED completo para su edad.	ENDES 2009-2014
<b>Suplementación con Hierro</b>	4. Proporción de niños menores de 24 meses de edad con reporte de consumo del suplemento de hierro en cualquiera de sus presentaciones (jarabe o multimicronutrientes).	ENDES 2009-2014
	5. Proporción de niños menores de 24 meses de edad con reporte de consumo de multimicronutrientes los 7 días previos a la encuesta.	
	6. Proporción de niños de 24 meses de edad afiliados al SIS que recibieron al menos una atención que incluyó la entrega suplemento de hierro.	Base de datos analítica del SIS producido por el Ministerio de Economía y Finanzas
	7. Proporción de niños de 24 meses de edad afiliados al SIS que recibieron al menos seis atenciones que incluyeron la entrega del suplemento de hierro.	
	8. Proporción de niños de 6 meses de edad afiliados al SIS que fueron evaluados con una prueba de hemoglobina.	Base de datos analítica del SIS producido por el Ministerio de Economía y Finanzas
	9. Proporción de niños de 36 meses edad afiliados al SIS que fueron evaluados con una prueba de hemoglobina.	
<b>Identidad</b>	10. Proporción de niños menores de 6 meses de edad con DNI.	ENAPRES 2011-2014
<b>Afiliación al SIS</b>	11. Proporción de niños menores de 6 meses de edad afiliados al SIS.	ENDES 2009-2014

**Tabla 3 Indicadores seleccionados de insumo directamente vinculados con la capacidad operativa del punto de atención**

Elemento	Indicador	Fuente
<b>Equipamiento</b>	12. Proporción de establecimientos de salud con disponibilidad de ocho (8) equipos biomédicos esenciales para prestación de los tres servicios de salud: CRED, vacunas y suplementación con hierro.	Base de datos analítica del SIGA módulo de patrimonio producido por el Ministerio de Economía y Finanzas

<b>Personal</b>	13. Número de días de una enfermera disponible respecto del estándar requerido.	Base de datos analítica del HIS producido por el Ministerio de Economía y Finanzas
<b>Insumos críticos</b>	14. Proporción de establecimientos de salud con disponibilidad de Sulfato Ferroso en jarabe para atender al menos durante seis meses del consumo histórico.  15. Proporción de establecimientos de salud con disponibilidad de Multimicronutrientes para atender al menos durante dos meses del consumo histórico correspondiente al promedio de los últimos seis meses.	Base de datos del SISMED.

### **3.2. Esquema de análisis para explorar los efectos del Mecanismo EUROPAN.**

Antes que concentrarse en el alcance del apoyo presupuestal EUROPAN, establecido en el convenio que suscribe la UE con el MEF del Perú, el presente esquema de análisis fija su atención en el Mecanismo EUROPAN. En tal sentido, se considera que un primer ensayo que explore sus efectos se ensamble siguiendo los sucesivos ejercicios de su implementación realizados entre el 2009 y el 2014.

La primera experiencia es la que el MEF implementó con los Gobiernos Regionales de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica entre el 2009 y el 2013 y que posteriormente incluyó a entidades del Gobierno Nacional (RENIEC; SIS, Programa Juntos). La segunda experiencia es la denominada SWAP, la cual se implementa en el marco de préstamo del Perú con el Banco Mundial. En esa ocasión, el MEF suscribió convenios con otros tres Gobiernos Regionales (Amazonas, Cajamarca y Huánuco) para un horizonte de ejecución entre el 2011 y el 2014. La tercera experiencia es la que se desarrolla en el marco de la implementación del Fondo del Estímulo para Desempeño (FED), que adopta toda la lógica del Mecanismo EUROPAN para promover el incremento de la cobertura de servicios vinculados con el primero y segundo eje de la Estrategia de Inclusión Social del Perú. Esta tercera experiencia se viene implementando en tres fases: i) la primera se inició en abril del 2014 y su ámbito incluye los seis (6) departamentos ya intervenidos por EUROPAN y SWAP y agrega tres nuevos departamentos (Loreto, Ucayali y Puno); ii) la segunda se inició entre setiembre y octubre del 2014 y su ámbito incluye siete (7) nuevos departamentos; iii) la tercera fase se inició entre enero y febrero del 2015 y su ámbito incluye otros nueve (9) departamentos.

En concordancia con la cronología de los cinco ejercicios de implementación del Mecanismo EUROPAN y con el fin de comparar en términos descriptivos qué pasa con los indicadores antes y después de la intervención, se procedió a dividir el país en cinco grupos de análisis de departamentos. Al interior de cada departamento se diferenciaron dos grupos de distritos: los que pertenecen al primer quintil de pobreza, según el mapa de pobreza del 2007, y el resto de distritos. De esta manera se cuenta con cinco grupos de distritos que pertenecen al primer quintil de pobreza de cada departamento. Es decir que es posible comparar el antes y después de la implementación del Mecanismo EUROPAN en cinco grupos de distritos pobres.

En la tabla 4 se presentan los cinco grupos de departamentos de acuerdo como fueron siendo expuestos al Mecanismo EUROSPAN. En la primera columna de la tabla vemos la denominación del grupo de departamentos; en la segunda los departamentos que se incluyen en el grupo; en la tercera las características de pobreza y de pobreza extrema de los distritos del quintil más pobre; y en la cuarta columna la fecha de introducción del mecanismo.

**Tabla 4. Departamentos y distritos distribuidos en cinco grupos de análisis según mecanismo de incentivos.**

Grupo de análisis	Departamentos	Distritos quintil 1 (20% de cada departamento)	Periodo de exposición al mecanismo de incentivos
<b>(A) EUROSPAN</b>	Apurímac, Ayacucho, Huancavelica	Número: 56 Pobreza (%). Total: 90 (82-98) Extrema: 56 (27 -92)	Inicio: 2do semestre del 2009 Fin: 2013. A partir de abril del 2014 incluidos en FED 1
<b>(B) SWAP</b>	Amazonas, Cajamarca, Huánuco	Número: 67 Pobreza (%). Total: 82 (71-93) Extrema: 48 (32 -71)	Inicio: primer semestre del 2011 A partir de abril del 2014 incluidos en FED 1
<b>(C) FED 1</b> Primera Fase del FED	Loreto, Puno, Ucayali	Número: 74 Pobreza (%). Total: 81 (50-96) Extrema: 46 (19 - 81)	Inicio: abril del 2014
<b>(D) FED 2</b> Segunda Fase del FED	Ancash, Cusco, La Libertad, Madre de Dios, Pasco, Piura y San Martín	Número: 178 Pobreza (%). Total: 78 (20-99) Extrema: 44 (2 -97)	Inicio: octubre del 2014
<b>(E) FED 3</b> Tercera Fase del FED	Arequipa, Callao, Ica, Junín, Lambayeque, Lima*, Moquegua, Tacna y Tumbes	Número: 227 Pobreza (%). Total: 46 (21-92) Extrema: 10 (0 - 65)	Inicio: Enero del 2015

FED: Fondo de Estímulo al Desempeño. \*No incluye Lima Metropolitana

Se optó por este esquema de análisis para incluir también los primeros efectos del Fondo de Estímulo al Desempeño (FED), que es la continuidad y el escalamiento a nivel nacional del Mecanismo EUROSPAN. La ventaja de seguir el orden del FED es que este mecanismo se implementó en tres tiempos, lo cual permite probar si cada vez que se introduce (en tres momentos diferentes), el comportamiento del indicador cambia de manera positiva. Este es un diseño alternativo,<sup>42 43 44 45 46</sup> conocido como “Series de tiempo interrumpidas”, altamente recomendado cuando no son posibles los experimentos donde en base al azar se asigna al grupo de intervención o al grupo de control.

<sup>42</sup> [http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/Value\\_of\\_Time\\_Series\\_Design.pdf](http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/Value_of_Time_Series_Design.pdf)

<sup>43</sup> <http://her.oxfordjournals.org/content/15/5/615.full>

<sup>44</sup> [http://www.researchgate.net/publication/11837091\\_The\\_value\\_of\\_interrupted\\_time-series\\_experiments\\_for\\_community\\_intervention\\_research](http://www.researchgate.net/publication/11837091_The_value_of_interrupted_time-series_experiments_for_community_intervention_research)

<sup>45</sup> [http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic79832.files/L06\\_Program\\_Evaluation\\_2/Segmented\\_Regression.Wagner.2002.pdf](http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic79832.files/L06_Program_Evaluation_2/Segmented_Regression.Wagner.2002.pdf)

<sup>46</sup>

[http://www.researchgate.net/profile/Jeremy\\_Grimshaw/publication/8607608\\_Interrupted\\_time\\_series\\_designs\\_in\\_health\\_technology\\_assessment\\_lessons\\_from\\_two\\_systematic\\_reviews\\_of\\_behavior\\_change\\_strategies/links/53fcc0ef0cf2364ccc04c2c0.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Jeremy_Grimshaw/publication/8607608_Interrupted_time_series_designs_in_health_technology_assessment_lessons_from_two_systematic_reviews_of_behavior_change_strategies/links/53fcc0ef0cf2364ccc04c2c0.pdf)

En la figura 1.e se presenta de manera gráfica el esquema postulado de análisis, considerando que la forma más robusta para evaluar los efectos de una intervención como EUROPAN es mediante un diseño de “Series de tiempo interrumpidas”. Como se observa en la figura 1e se dispone de cinco puntos de tiempo, es decir cinco líneas de base repetidas ( $t_1..t_5$ ) en cinco lugares diferentes (A..E) para cinco servicios diferentes (desde el Efecto 1 hasta el Efecto 5), los cuales son medidos a través de 11 indicadores de cobertura y cuatro indicadores de disponibilidad de insumos. Bajo este diseño se estarían ensayando 25 comparaciones antes y después de la intervención.

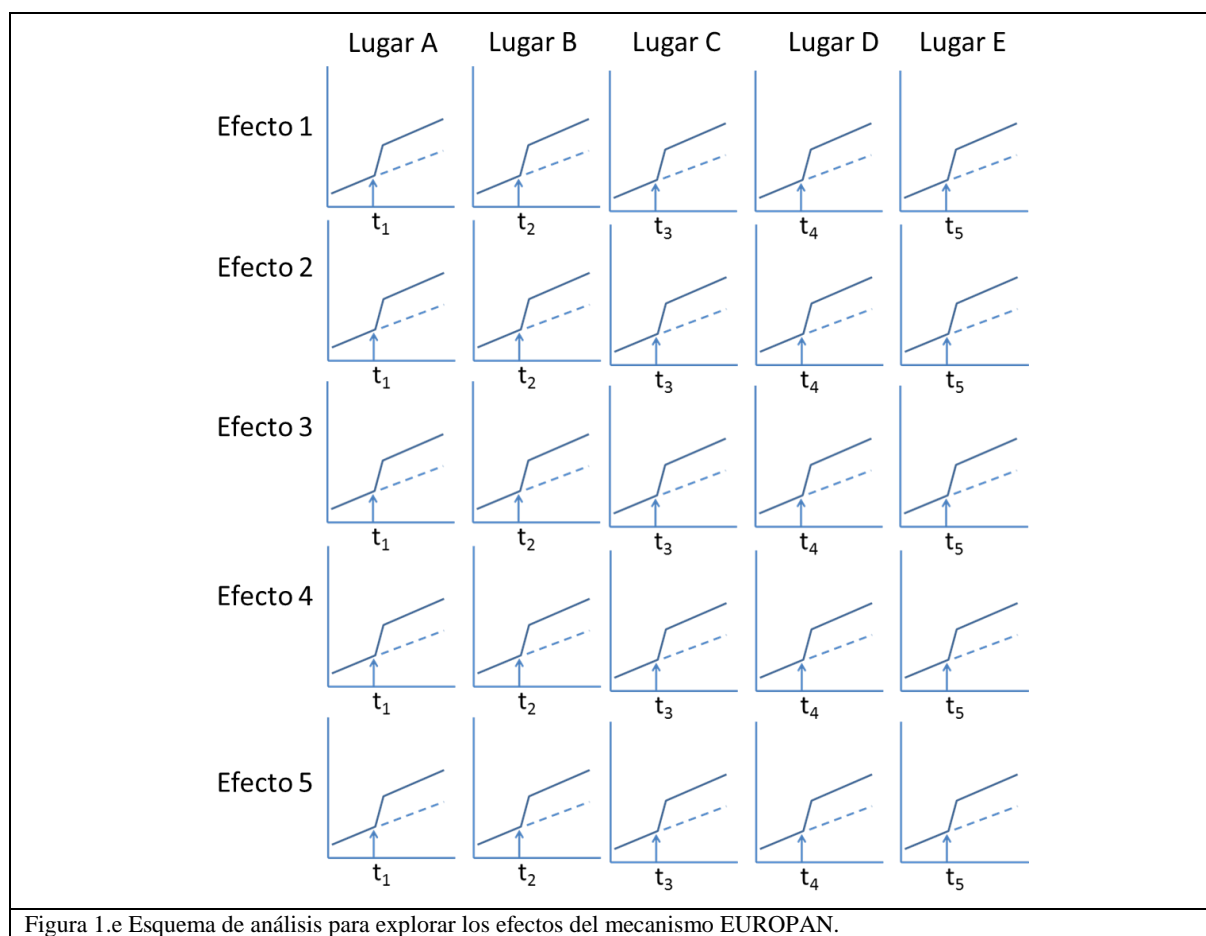


Figura 1.e Esquema de análisis para explorar los efectos del mecanismo EUROPAN.

Es preciso reconocer que, además de EUROPAN, el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales implementaron paralelamente otras intervenciones orientadas a influir en la cobertura de los cuatro servicios de salud. Por ello identificar a un grupo control apropiado, de tal manera que sea posible comparar las diferencias entre antes y después, así como entre grupo intervenido y grupo control afronta la limitación de no tener la certeza sobre la exposición del grupo de control a otras intervenciones iguales o más efectivas que el EUROPAN.

En el caso hipotético de que tanto en el grupo control como en el grupo intervenido se demostrara un efecto positivo, sería muy limitado concluir que “EUROPAN es tan efectivo como otras intervenciones a las que fue expuesto el grupo control”. El punto en este diseño no es identificar otro grupo de distritos similar al grupo intervenido respecto de condiciones de vida. La tarea, casi inviable, es encontrar un

grupo de distritos que, además de ser similar a los intervenidos, no haya sido expuesto a intervenciones que incrementarían la cobertura de los cuatro servicios.

Pero por otra parte, si en el ámbito de EUROPAN se demostrara un efecto positivo y en el grupo control el efecto fuera nulo, esto tampoco probaría que EUROPAN funciona, pues otra vez, el punto en este diseño es tener la certeza de que el grupo control no fue expuesto a otras intervenciones que afectaran de manera positiva o negativa la cobertura de los cuatro servicios. Aún teniendo las condiciones ideales, por razones éticas no sería factible lograr el grupo control ideal que fuera similar al grupo intervenido y que no fuera expuesto (por lo menos durante el periodo de estudio) a intervenciones que influyeran en la cobertura de los cuatro servicios.

Esta situación de no poder llevar a cabo un estudio controlado aleatorio<sup>47</sup> ha sido ampliamente discutida en la literatura, en particular cuando se trata de evaluar el efecto de políticas públicas u otras intervenciones similares al de EUROPAN. Ante esta situación, un creciente cuerpo de conocimientos, relacionados tanto con el diseño de la evaluación como con la aplicación de diferentes técnicas estadísticas, se han desarrollado bajo el nombre de “Series de tiempo interrumpidas” y sus variantes.

En la sección de resultados del presente trabajo se presenta la exploración descriptiva del esquema de análisis antes indicado y queda pendiente seleccionar el modelamiento estadístico que permita determinar el efecto del Mecanismo EUROPAN.

### **3.3. Evolución de los indicadores de resultado y cobertura**

En la tabla 1 se presenta la evolución anual de los dos indicadores de resultado y de los cuatro indicadores de cobertura que fueron incluidos en el convenio que suscribió el MEF con la UE. Por razones de tamaño de muestra los indicadores se han calculado para los tres departamentos (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica) y de manera referencial se presenta la evolución en el ámbito del SWAP (Amazonas, Cajamarca y Huánuco, que también suscribieron convenios de Apoyo Presupuestal al Programa Articulado Nutricional en el marco del EUROPAN donde se aplicó un mecanismo similar desde el 2011). Adicionalmente se presenta la tendencia de los indicadores en el resto de departamentos y en Lima Metropolitana.

En comparación con otros grupos poblacionales, en el ámbito EUROPAN se observa mayor reducción de la **prevalencia de la desnutrición crónica**, de 43.8% en el 2009 a 25.7% en el 2014, es decir 18 puntos en seis años. En cambio en el ámbito SWAP, para ese mismo periodo, la reducción pasó de 37.6% a 27.4%, un total de solo 10 puntos. En los otros dos ámbitos la tendencia del indicador fue decreciente, en el caso del resto de departamentos la desnutrición bajó 9 puntos y en Lima Metropolitana puntos.

La evolución anual de la **prevalencia de anemia** en menores de 6 a 36 meses presenta un patrón general en todos los ámbitos. Primero una drástica reducción entre el 2009 y el 2011, luego un incremento en los años 2012 y 2013, y en el 2014 se mantiene sin variaciones respecto del año anterior. En el ámbito EUROPAN se reproduce tal patrón, sin embargo al comparar el año 2009 con el 2014, es en el ámbito EUROPAN donde se observa la mayor reducción de la prevalencia de la anemia: de 61.9% en el 2009 a 52.9% en el 2014. En contraste con este cambio, en el ámbito SWAP, la prevalencia de

---

<sup>47</sup>

anemia para ese mismo periodo se incrementó de 46.3% a 49.5%. En Lima Metropolitana la reducción fue de siete puntos y en el resto de departamentos fue de dos puntos.

La **tendencia de la cobertura del CRED** en menores de 36 meses, tanto en el ámbito EUROPAN como en el del SWAP, fue de rápido crecimiento entre el 2009 y el 2012. En este primer periodo, en el ámbito EUROPAN, la cobertura subió de 31.3% a 76.5%, es decir en tres años se incrementó en 45 puntos. Para ese mismo periodo en el ámbito SWAP, el incremento pasó de 31.4% a 71.7%, es decir 40 puntos. En el resto del país, el incremento fue de 37 puntos y en Lima Metropolitana solo subió 17 puntos. En el 2013, en el ámbito de EUROPAN se observa una abrupta caída de 11.5 puntos respecto del año anterior y se mantiene sin cambios en el 2014. En cambio en el ámbito SWAP, si bien experimenta una caída de 5 puntos en el 2013, para el 2014 recupera el nivel alcanzando en el 2012. Los otros dos ámbitos (resto de departamentos y Lima Metropolitana), durante el 2013 y 2014 continuaron creciendo lentamente entre 2 y 3 puntos por año.

La tendencia de la **cobertura del suplemento de hierro** en menores de 6 a 36 meses en el ámbito de EUROPAN presenta un comportamiento similar al del CRED: primero un rápido crecimiento y luego descende. De ubicarse en 27.6%, en el 2009, subió a 48.6%, en el 2010; es decir 21 puntos en un año. En los años siguientes sucesivamente decreció la cobertura hasta 36.6% en el 2014. En el ámbito SWAP, la tendencia fue de lento crecimiento durante los seis años, subió de 18.2% en el 2009 hasta 32.7% en 2014, es decir alrededor de 2 a 3 puntos por año. Un patrón similar al del SWAP se reproduce en los ámbitos del resto de país y en Lima Metropolitana: en el primer caso subió de 12.3% a 24.3%, mientras en el segundo el incremento fue de 13.2% a 20.1%, es decir entre 1 y 2 puntos por año. A pesar del comportamiento errático observado en el ámbito de EUROPAN en estos tres departamentos, se observa las coberturas más altas de suplementación con hierro.

De acuerdo con los estimados obtenidos de la encuesta ENDES, durante todo el periodo del 2009 al 2014 la **cobertura de gestantes suplementadas con hierro** se mantuvo por encima del 80% en todos los ámbitos.

Tabla 1. Evolución de los indicadores de resultado (desnutrición crónica, anemia en menores de 6 a 36 meses) y de cobertura de cuatro servicios (CRED, suplemento de hierro en niños y gestantes y vacunas) según ámbito de intervención.

<b>Característica seleccionada</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 60 meses</b>						
Ámbito EUROPAN: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica	43.8	43.8	40.0	31.8	32.0	25.7
Ámbito SWAP: Amazonas, Cajamarca, Huánuco	37.6	36.9	32.9	31.7	32.5	27.4
Resto de departamentos del país	25.0	23.3	20.0	19.3	19.3	16.1
Lima Metropolitana	7.5	8.6	6.8	4.1	4.1	4.1
<b>Prevalencia de anemia menores de 6 a 36 meses</b>						
Ámbito EUROPAN: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica	61.9	60.9	45.1	55.9	53.0	52.9
Ámbito SWAP: Amazonas, Cajamarca, Huánuco	46.3	60.5	46.7	47.2	50.0	49.5
Resto de departamentos del país	52.5	49.9	47.1	47.5	48.2	50.6
Lima Metropolitana	43.1	42.8	26.2	32.9	39.0	35.9
<b>Proporción de niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED).</b>						
Ámbito EUROPAN: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica	31.3	52.2	70.1	76.5	64.9	63.2
Ámbito SWAP: Amazonas, Cajamarca, Huánuco	31.4	52.8	70.3	71.7	66.8	72.7
Resto de departamentos del país	18.4	33.0	44.5	47.6	51.6	55.9
Lima Metropolitana	24.6	31.0	34.2	35.9	39.2	41.5

**Proporción de niños menores de 6 a 36 meses con suplemento de hierro.**

Ámbito EUROPAN: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica	27.6	48.6	40.6	32.3	36.6	36.6
Ámbito SWAP: Amazonas, Cajamarca, Huánuco	18.2	25.2	24.4	27.8	31.7	32.7
Resto de departamentos del país	12.3	15.5	14.1	18.2	23.9	24.3
Lima Metropolitana	13.2	13.3	14.4	15.9	17.4	20.1

**Proporción de gestantes con suplemento de hierro.**

Ámbito EUROPAN: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica	83.1	89.9	90.1	89.3	89.7	86.6
Ámbito SWAP: Amazonas, Cajamarca, Huánuco	84.4	88.8	89.4	91.5	90.6	92.9
Resto de departamentos del país	76.3	83.4	85.6	86.8	88.8	86.7
Lima Metropolitana	86.2	90.7	91.5	91.7	92.2	92.6

**Proporción de niños menores de 12 meses vacunado contra el rotavirus.**

Ámbito EUROPAN: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica	42.1	75.3	89.4	89.3	77.3	84.0
Ámbito SWAP: Amazonas, Cajamarca, Huánuco	48.8	65.4	73.3	82.7	86.2	89.8
Resto de departamentos del país	36.3	58.8	76.1	80.1	79.3	78.5
Lima Metropolitana	31.2	59.5	79.6	80.4	72.8	73.4

**Proporción de niños menores de 12 meses vacunado contra el neumococo**

Ámbito EUROPAN: Ayacucho, Apurímac y Huancavelica	38.1	58.3	77.6	77.0	78.0	84.7
Ámbito SWAP: Amazonas, Cajamarca, Huánuco	33.5	60.3	73.2	81.3	88.3	91.3
Resto de departamentos del país	28.8	59.2	74.3	74.1	78.9	78.8
Lima Metropolitana	26.9	57.0	74.5	79.7	76.8	76.9

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES.

Notas:

- El número de CRED que se ha tenido en cuenta para el cálculo del indicador es según la Resolución Ministerial N°292-2006/MINSA que aprueba la NTS N°040MINSA/DGSPV.01. "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y Niño"
- El indicador en niños se calcula en base a la pregunta de la encuesta: "En los últimos siete días tomó hierro en pastilla o jarabe?"
- El indicador en gestantes se calcula en base a la pregunta de la encuesta: "Durante ese embarazo, ¿tomó hierro en pastilla, en jarabe o lo recibió en inyección?"

Finalmente, respecto de la cobertura de las dos vacunas vinculadas directamente con la prevención de las diarreas causadas por el Rotavirus y de las infecciones respiratorias agudas originadas por el Neumococo, la tendencia sigue un comportamiento similar al observado con el CRED: acelerado crecimiento entre el 2009 y 2012, seguido por descenso o estancamiento en los siguientes dos años. Ya en el 2011, el ámbito de EUROPAN, la vacuna antirotavirus paso de 42.1%, en el 2009, a 89.4% en el 2011, es decir en dos años subió 47 puntos. De la misma manera la vacuna antineumococo para ese mismo periodo subió 39 puntos: de 38.1% a 77.6%. Esta velocidad de crecimiento, para el caso del Rotavirus, es muy superior al observado en el ámbito del SWAP, que fue solo de 25 puntos y solo superado por Lima Metropolitana que fue de 48 puntos. En cambio para el caso del Neumococo, la mayor velocidad de crecimiento fue en el ámbito Resto de Departamentos y en Lima Metropolitana, subieron en esos dos años 46 y 48 puntos respectivamente, en cambio EUROPAN y SWAP subieron 40 puntos. Al 2014, es en el ámbito del EUROPAN o del SWAP donde se observan las más altas coberturas.

### 3.4. Resultados del análisis que explora los efectos del mecanismo EUROPAN

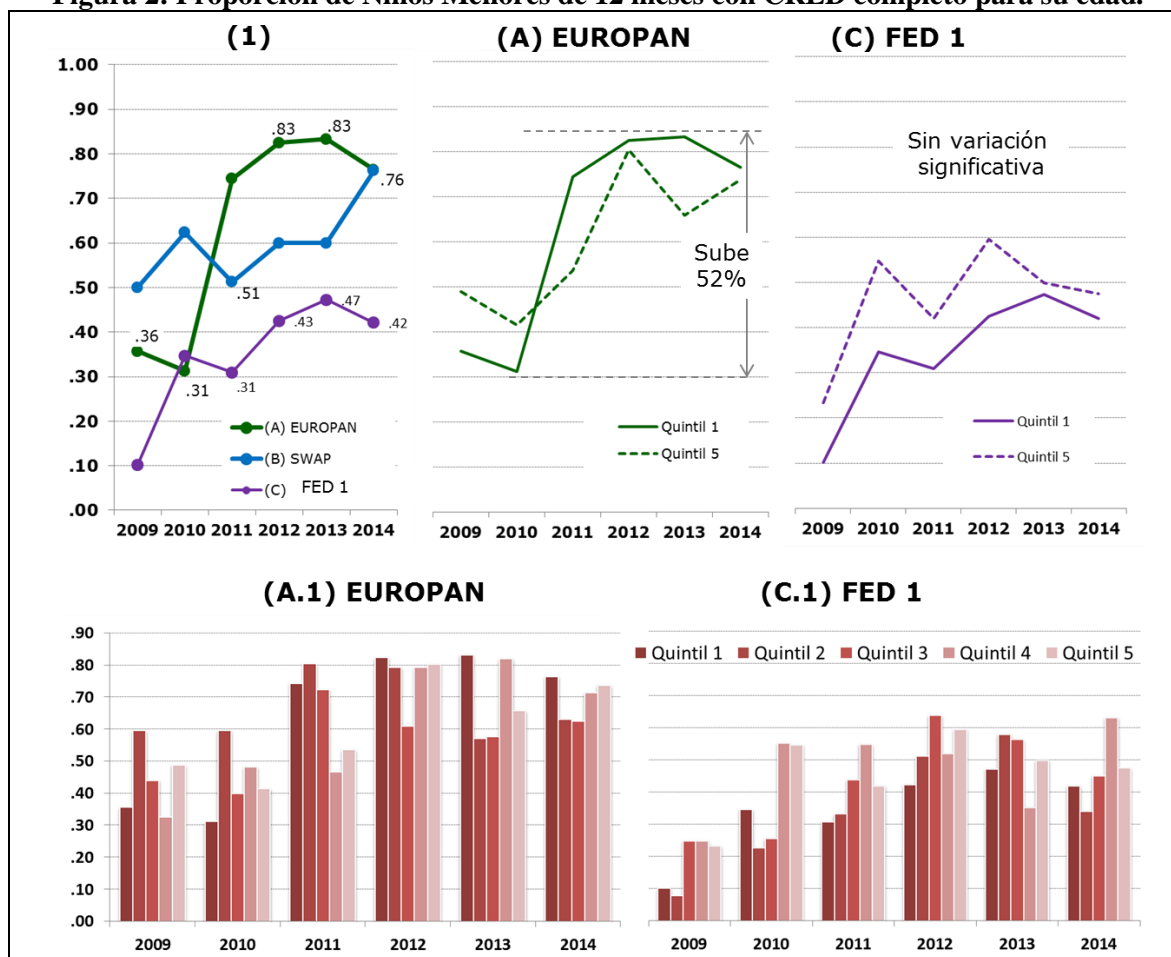
#### En el servicio del Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED)

La figura 2 presenta la tendencia anual del indicador *Proporción de Niños Menores de 12 meses con CRED completo para su edad*. En esta, al observar el Gráfico 1, que compara el comportamiento del indicador en el quintil más pobre de los tres grupos de departamentos, se aprecia claramente que el

incremento más significativo se dio en el ámbito EUROPAN, donde. pasó de 36% en el 2009 a 83% en el 2013. Es decir, 52 puntos porcentuales más respecto a las coberturas previas a la negociación del convenio EUROPAN.

Un patrón similar, aunque más lento, se observa en el ámbito del SWAP que, aplicó un mecanismo de incentivos semejante al de EUROPAN, pero cuya negociación fue durante el 2011 y partió de valores más altos (50% el 2009, 61% el 2010 y 51% el 2011). En este caso particular, recién el 2014 alcanzó el 76% de cobertura, 25 puntos más respecto de su línea de base.

**Figura 2: Proporción de Niños Menores de 12 meses con CRED completo para su edad.**



**Figura 2. Tendencia de la proporción de niños menores de 12 meses con CRED completo para su edad entre el 2009 y el 2014**

(1) Comparando el comportamiento del indicador en el quintil 1 de los tres primeros grupos de departamentos.

(A) En el ámbito EUROPAN, comparando quintil 1 con quintil 5.

(B) En el ámbito SWAP, comparando quintil 1 con quintil 5.

(A.1) En el ámbito EUROPAN, la evolución anual del indicador por quintil de pobreza

(C.1) En el ámbito FED 1, la evolución anual del indicador por quintil de pobreza

En contraste con la tendencia observada en los dos grupos anteriores, y particularmente con EUROPAN, en el grupo FED 1, que contiene zonas sin intervención o sin esquema de incentivos hasta



antes de abril del 2014, si bien el indicador sube 21 puntos del 2009 al 2010 en adelante muestra un ligero crecimiento en el 2011 y un estancamiento durante los tres últimos años (del 2012 al 2014).

El efecto progresivo de EUROPAN se aprecia nítidamente en el gráfico (A) de la Figura 2. Como se puede observar, en el ámbito EUROPAN la elevada brecha de cobertura entre el quintil 1 (más pobre) y el quintil 5 (menos pobre), que en el año 2009 ascendió a 10 puntos porcentuales de diferencia, se reduce rápidamente hasta equilibrarse casi plenamente hacia el 2014.

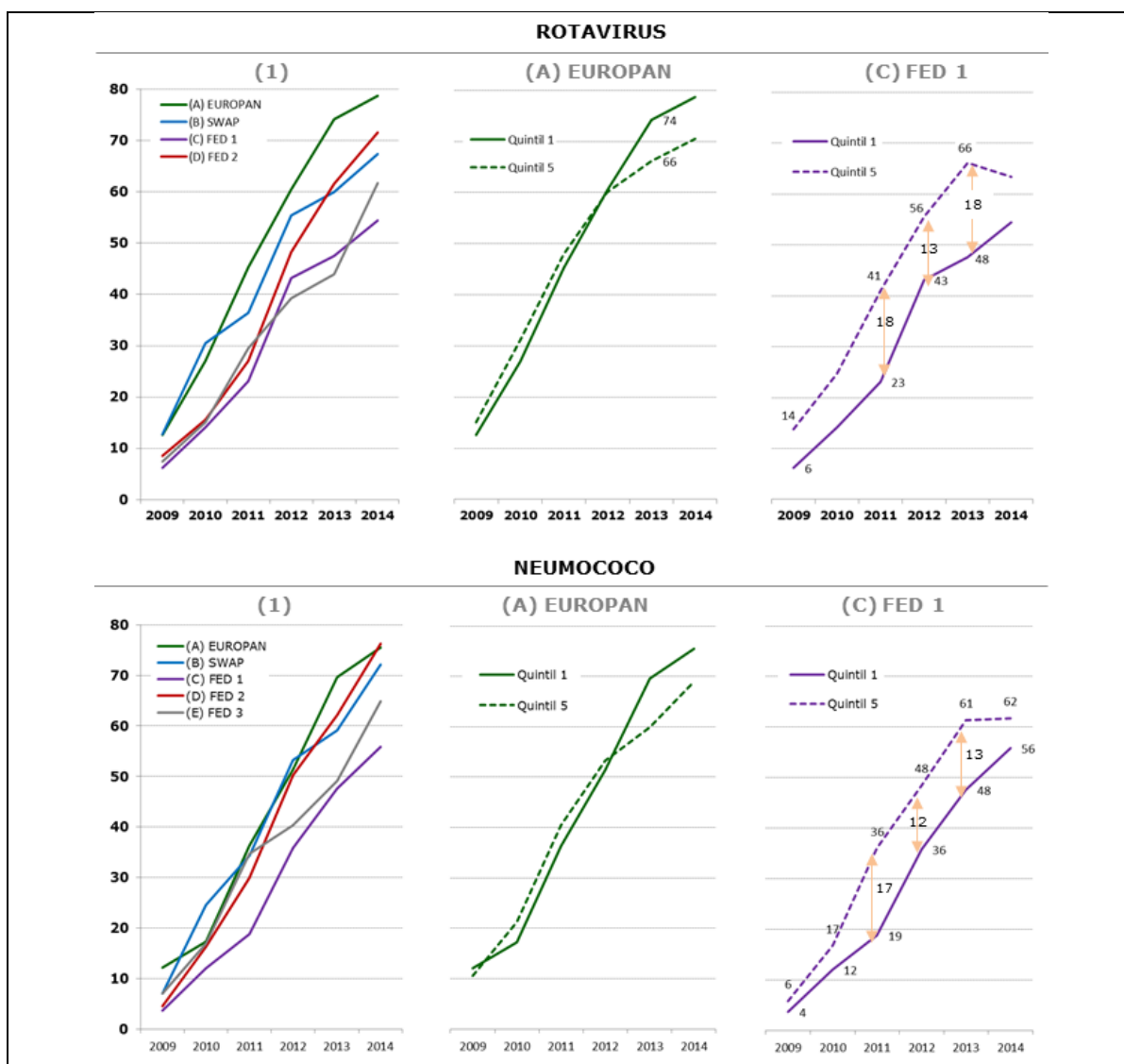
No ocurre lo mismo en el ámbito FED 1 (sin esquema de incentivos hasta antes de abril del 2014). Como se evidencia en el gráfico (C) de la figura 2, durante todo el periodo del 2009 al 2014 la cobertura fue mayor en el quintil 5.

Este patrón de progresividad (pro quintil 1) observado en el ámbito EUROPAN y de regresividad (pro quintil 5) en el ámbito sin intervención FED 1, se confirma de manera más nítida en los gráficos (A.1) y (C.1). En el ámbito EUROPAN cuanto más pobre es el quintil más alta la cobertura (años 2011, 2012, 2013), mientras lo contrario ocurre en el ámbito FED 1, donde en los quintiles más pobres la cobertura es menor.

### **Vacunas antirotavirus y antineumococo completas para su edad**

En el Perú, las vacunas antirotavirus y antineumococo fueron introducidas en el año 2009, lo que coincidió con el inicio de EUROPAN y las correspondientes negociaciones para el establecimiento de metas de cobertura de vacunación. Este hecho representa una excelente ocasión para los análisis comparativos de las trayectorias diferenciales de los ámbitos EUROPAN y No EUROPAN (SWAP y FED 1) respecto de la evolución en sus coberturas en los grupos de departamentos analizados. Esto porque parten de una misma línea de base y no hay diferencia de exposición ni de valores entre los grupos.

**Figura 3: Proporción de niños con vacuna antirotavirus y antineumococo completas para su edad entre los años 2009 y 2014.**



**Figura 3. En la parte superior, la proporción de niños con vacuna antirotavirus completa para su edad.**

(1) Comparando el indicador en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos (A) EUROSPAN, (B) EUROSPAN, (C) FED 1, (D) FED 2, (E) FED 3.

(A) En el ámbito EUROSPAN comparando la cobertura del quintil 1 con el quintil 5

(C) En el ámbito FED comparando la cobertura del quintil 1 con el quintil 5

**Figura 3. En la parte inferior, la proporción de niños con vacuna antineumococo completa para su edad.**

(1) Comparando el indicador en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos (A) EUROSPAN, (B) EUROSPAN, (C) FED 1, (D) FED 2, (E) FED 3.

(A) En el ámbito EUROSPAN comparando la cobertura del quintil 1 con el quintil 5

(C) En el ámbito FED comparando la cobertura del quintil 1 con el quintil 5

Los gráficos (1) de la parte superior (Rotavirus) e inferior (Neumococo) de la Figura 3 muestran la tendencia de la cobertura en el quintil 1, de mayor pobreza, de los cinco grupos de departamentos (EUROSPAN, SWAP, FED 1, FED 2, FED 3). En estos se puede apreciar que el incremento de la cobertura que se va logrando año a año desde el 2011 hasta el 2014 es mayor en el ámbito EUROSPAN.

En efecto, hacia el 2014 las diferencias ya son bastante notorias en favor de EUROPAN. En la vacuna antirrotavirus, 80% vs 71% del FED 2; 67% del SWAP; 61% del FED 3 y 51% del FED 1. En la vacuna antineumococo 75% vs 65% del FED 3 y 56% del FED 1.

Por su parte los gráficos (A) EUROPAN y (C) FED 1, de la parte superior (Rotavirus) e inferior (Neumococo) de la figura 3, muestran la evolución de la brecha de cobertura entre el grupo más pobre (quintil 1) y el menos pobre (quintil 5) de sus ámbitos respectivos. En estos casos se puede apreciar que en el ámbito EUROPAN, que coincide con el inicio de la provisión de este servicio, no existió brecha significativa favorable al quintil menos pobre, como es lo tradicional, desde su inicio el 2009 hasta el año 2012. Por el contrario, hacia los años 2013 y 2014 se observa una mayor atención en los ámbitos de mayor pobreza, lo que es coherente con el efecto progresivo de EUROPAN.

Una tendencia muy diferente se observa en el ámbito FED 1 (sin esquema de incentivos hasta el 2014). En este caso, durante el periodo del 2010 al 2014 siempre la cobertura fue mayor en el quintil 5, de menor pobreza, con diferencias que oscilaron entre 12 y 18 puntos a favor de dicho quintil.

### Suplementación con hierro

El servicio de suplementación con hierro entre el 2009 y 2014 experimentó cambios importantes que deben ser especificados para comprender mejor su dinámica y su evolución en el ámbito EUROPAN con relación a los otros ámbitos evaluados:

- i) La suplementación con hierro regular había sido hacia 2009 a través de su presentación en jarabe.
- ii) Durante los años 2009 y 2010 se iniciaron pilotos de introducción de otra presentación del sulfato ferroso denominada “Chispitas”, la cual incluye micronutrientes en polvo<sup>48</sup>. Estos primeros ensayos se realizaron en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica
- iii) Desde inicios del 2011 se extendió la entrega de “Chispitas” a los distritos del quintil 1 y 2 de trece regiones a través del PRONAA, ámbito de intervención del PIN<sup>49</sup>,
- iv) En abril del 2012, mediante una alerta DIGEMID dispone la inmovilización nacional de todos los lotes del mencionado producto y recomienda a la población abstenerse de consumirlo<sup>50</sup>;
- v) En noviembre del 2012 el MINSA establece la suplementación con el multimicronutriente (MMN) en polvo (con las “Chispitas”), quedando así el MINSA facultado para su adquisición y su uso para prevenir la anemia en menores de 36 meses<sup>51</sup>.
- vi) En diciembre del 2013 representantes del MINSA anuncian que para el 2014 se tenía previsto disponer de los sobrecitos de MMN para el 65% de la población menor de 36 meses (unos 954 mil niños).

La Figura 4 muestra la tendencia de la proporción de niños entre 6 y 24 meses que recibieron suplementación con hierro (*jarabe o multimicronutrientes*) desde el 2009 hasta el 2014. En dicha figura,

<sup>48</sup> Implementados por UNICEF y PRONAA con donaciones del Programa Mundial de Alimentos.

<sup>49</sup> PRONAA en el marco del Programa PIN, inicio la entrega de “Chispitas” a sus beneficiarios a través de los establecimientos de salud.

<sup>50</sup> [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Alertas/2012/ALERTA\\_12-12.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Alertas/2012/ALERTA_12-12.pdf)

<sup>51</sup> Resolución Ministerial N° 945-2012/MINSA la Directiva Sanitaria N° 050-MINSA/DGSP-V.01

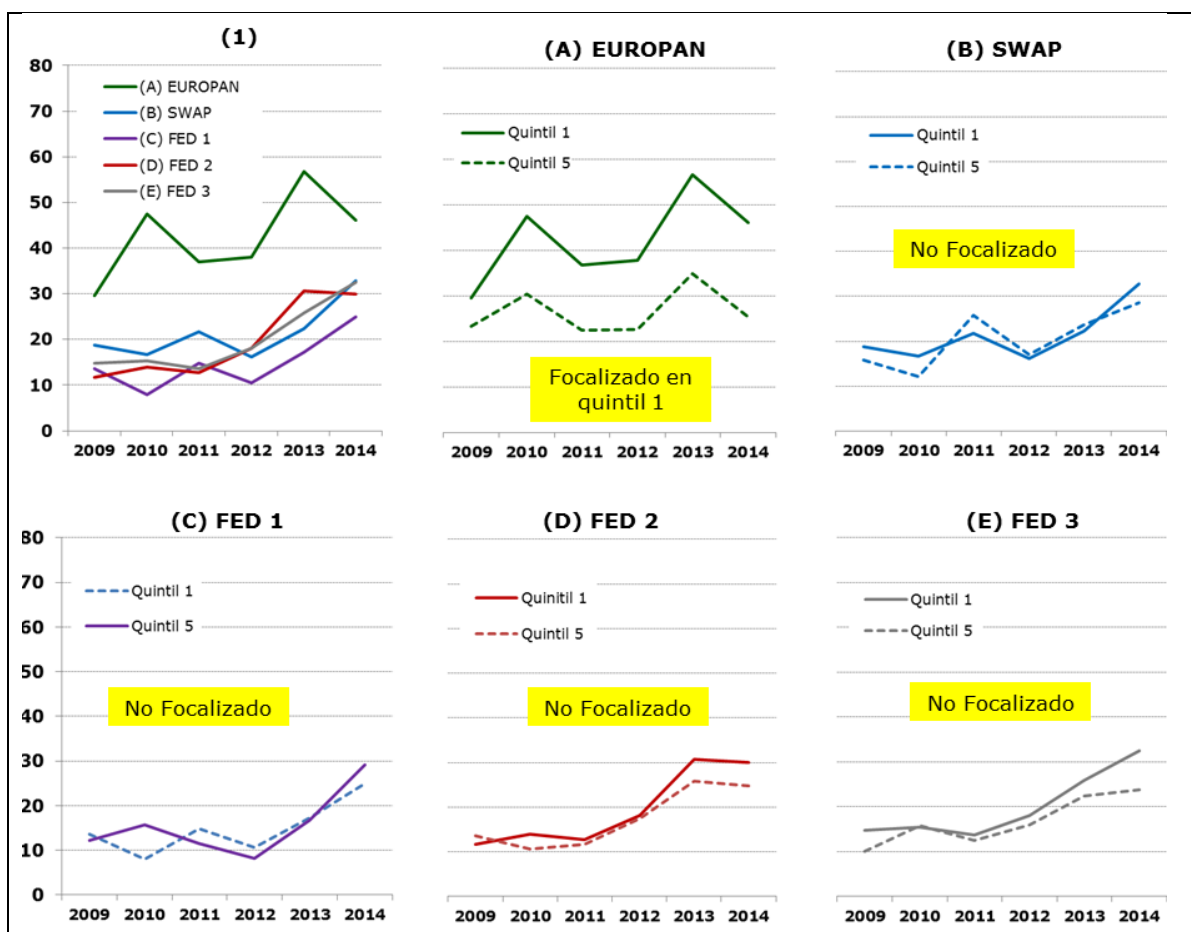
en el gráfico (1) se presenta la cobertura de la suplementación con hierro en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos: (A) EUROPAN, (B) SWAP, (C) FED 1, (D) FED 2, (E) FED 3 evaluados. En esta, se puede apreciar que en el periodo 2009-2014, en el ámbito EUROPAN la cobertura siempre fue más alta en comparación con los otros cuatro grupos. No obstante, esta mayor cobertura podría explicarse por el antecedente de los pilotos de entrega de MMN desde el 2009, es decir justo en los tres departamentos del ámbito de EUROPAN.

En los gráficos de la (A) a la (E) de la Figura 4 se compara la cobertura que se alcanza en el quintil 1 con el quintil 5 en cada uno de los cinco grupos de departamentos. Como se puede apreciar, el único ámbito donde la cobertura es concordante con la política de focalización del servicio de privilegiar los quintiles más pobres, es el de EUROPAN, que muestra una mayor cobertura en el primer quintil de pobreza (gráfico A). En efecto, en dicho ámbito la mayor cobertura en el primer quintil de pobreza fue creciendo de 5 puntos en el 2009 a más de 15 puntos de diferencia a partir del 2010, manteniéndose esta diferencia durante los siguientes años, a pesar de todos los eventos que ocurrieron en torno a la suplementación con hierro que afectaron a todo el país.

En los cuatro restantes grupos de departamentos, si bien se observa una tendencia de lento crecimiento de la cobertura no se hace visible o efectiva la política de focalización en los quintiles de mayor pobreza (1 y 2).

La Figura 5, presenta la tendencia de cuatro indicadores en el quintil más pobre. Estos indicadores aproximan, de manera indirecta, un aspecto relevante de la suplementación con hierro, que es la **continuidad en el uso del servicio**.

En la parte superior de la figura 5 se presenta el comportamiento de dos indicadores en líneas punteadas: La proporción de niños de 24 meses que recibieron al menos una vez la suplementación con hierro y, en línea sólidas, la proporción de niños de 24 meses que completaron al menos seis atenciones que incluyeron la suplementación con hierro.



**Figura 4. Tendencia de la proporción de niños entre 6 y 24 meses con suplementación de hierro en cualquier presentación, jarabe o multimicronutrientes.**

(1) Comparando la tendencia del indicador en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos: EUROPAN, SWAP, FED 1, FED 2, FED 3.

(A) En el ámbito de EUROPAN, comparando quintil 1 (línea sólida) con quintil 5 (línea punteada).

(B) En el ámbito del SWAP, comparando quintil 1 (línea sólida) con quintil 5 (línea punteada)

(C) En el ámbito de FED 1, comparando quintil 1 (línea sólida) con quintil 5 (línea punteada)

(D) En el ámbito de FED 2, comparando quintil 1 (línea sólida) con quintil 5 (línea punteada)

(E) En el ámbito de FED 3, comparando quintil 1 (línea sólida) con quintil 5 (línea punteada)

En la parte inferior de la figura 5, se muestra la cobertura de la prueba de hemoglobina niños de 6 a 8 meses (en líneas punteadas) y en niños de 36 a 38 meses (líneas sólidas). La realización de la prueba de hemoglobina es parte del servicio de suplementación con hierro y es la manera más simple para detectar tempranamente la anemia. Por ello se considera una práctica esencial de salud pública en la prevención de la anemia.

En los gráficos (A), (B) y (C), ubicados en la parte superior de la Figura 5, la proporción de niños que completaron seis atenciones con suplementación con hierro al finalizar el 2014 fue de 76% en el ámbito EUROPAN. Este valor es dos veces mayor al observado en el ámbito del SWAP (35%), y más de tres veces respecto del ámbito del FED 1. De otro lado, en EUROPAN solo el 18% de los niños que iniciaron la suplementación finalmente no completaron las seis atenciones (la diferencia entre ambos

indicadores). En cambio el porcentaje de niños que completaron las seis atenciones en el SWAP fue de 44% y en el FED1 llegó a 51%.

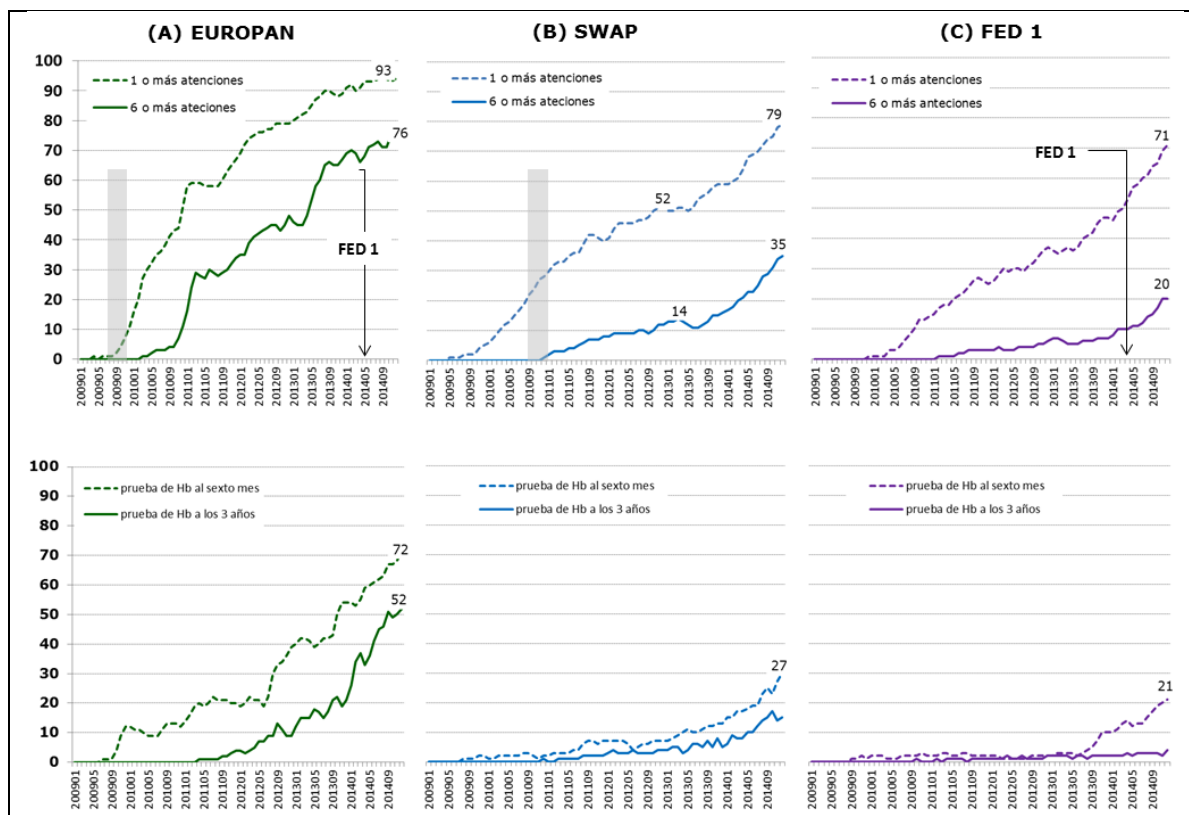


Figura 5.a En la parte superior: la tendencia de dos indicadores en niños afiliados al SIS residentes en el primer quintil de pobreza de tres grupos de departamentos: (i) En líneas punteadas: el porcentaje de niños de 24 meses de edad que recibieron al menos una atención que incluyó la entrega del suplemento de hierro. (ii) En líneas sólidas: el porcentaje de niños de 24 meses de edad que recibieron 6 o más atenciones que incluyeron la entrega de suplemento de hierro.

Figura 5.b En la parte inferior: la tendencia de dos indicadores en niños afiliados al SIS residentes en el primer quintil de pobreza de tres grupos de departamentos: (i) En líneas punteadas: el porcentaje de niños de 6 meses de edad que recibieron al menos una atención que incluyó la prueba de la hemoglobina. (ii) En líneas sólidas: el porcentaje de niños de 36 meses de edad que recibieron al menos una atención que incluyó la prueba de la hemoglobina.

(A) El comportamiento de los indicadores en el ámbito de EUROPAN

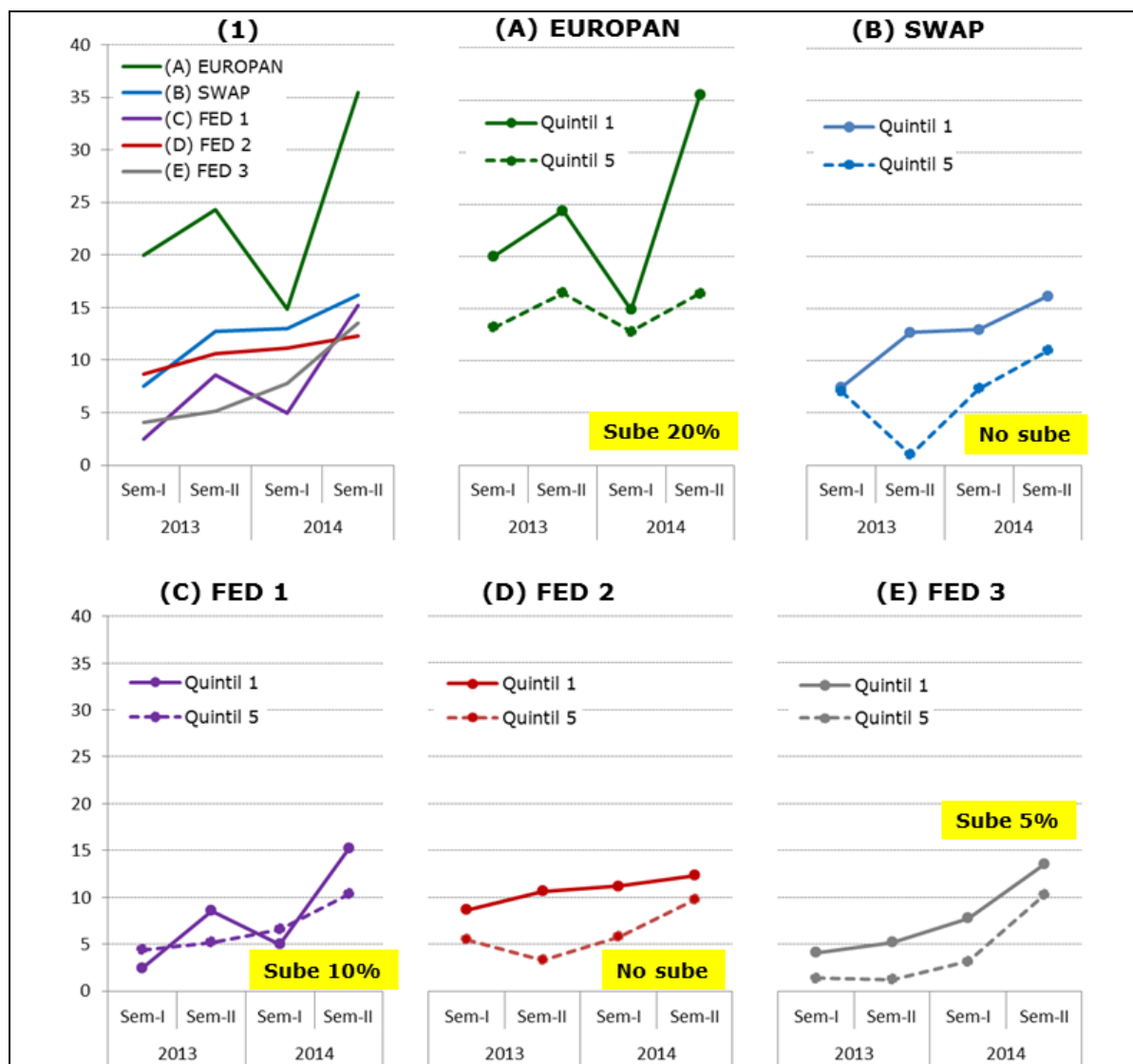
(B) El comportamiento de los indicadores en el ámbito de SWAP

(C) El comportamiento de los indicadores en el ámbito de FED 1

En los gráficos (A), (B) y (C) ubicados en la parte inferior de la Figura 5, la proporción de niños afiliados al SIS que se realizaron una prueba de hemoglobina entre los 6 y 8 meses edad, al finalizar el 2014 fue de 72% en el ámbito EUROPAN. Este valor es casi tres veces mayor al observado en el ámbito del SWAP (27%) y más de 3 veces, respecto del ámbito del FED 1. Asimismo, en EUROPAN el 52% de los niños de 36 a 38 meses de edad se realizaron la prueba hemoglobina. Esta cifra es tres veces mayor respecto del SWAP y 10 veces mayor respecto del FED 1 (menos de 5%).

La Figura 6, muestra la evolución semestral entre el 2013 y el 2014 de la proporción de niños de 6 a 24 meses cuyas madres reportan haberles entregado con sus alimentos la suplementación de hierro en su presentación de multimicronutrientes en polvo, más conocido como “Chispitas”.

En el gráfico (1) de la Figura 6, al comparar la cobertura en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos, se observan valores más altos en EUROSPAN. En este ámbito es marcado el incremento que se dio en el 2014 al comparar el segundo semestre (36%) respecto del primero (15%). En ninguno de los otros cuatro ámbitos se observa un incremento de igual magnitud. En el caso del SWAP y el FED 2 no se observa variación. En el FED 1 sube 10% y en el FED 3 sube 5%.



**Figura 6. Tendencia entre el 2013 y 2014 de la proporción de niños de 6 a 24 meses que consumieron multimicronutrientes los 7 días previos a la encuesta.**

(1) Comparación de la tendencia del indicador semestre a semestre en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos.  
 (A) En el ámbito EUROSPAN: se compara la variación del indicador entre el primer y segundo semestre del 2014, coincidente con el antes y después de la negociación del convenio FED primera fase, que fue en abril-mayo del 2014.  
 (B) En el ámbito SWAP: se compara la variación del indicador entre el primer y el segundo semestre del 2014, coincidente con el antes y después de la negociación del convenio FED primera fase, que fue en abril-mayo del 2014.  
 (C) En el ámbito FED 1: se compara la variación del indicador entre el primer y el segundo semestre del 2014, coincidente con el antes y después de la negociación del convenio FED primera fase, que fue en abril-mayo del 2014.

(D) En el ámbito FED 2: se compara la variación del indicador entre el primer y segundo semestre del 2014. La segunda fase convenio FED fue negociada en octubre-noviembre del 2014. El valor observado en el segundo semestre coincide con la línea de base del FED 2.

(E) En el ámbito FED 3: se compara la variación del indicador entre el primer y el segundo semestre del 2014. La tercera fase convenio FED fue negociada en enero-febrero del 2015. El valor observado en el segundo semestre coincide con la línea de base del FED 3.

## Afiliación temprana al SIS

La afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) es un servicio que el Estado ofrece a la población de bajos recursos económicos para el financiamiento de sus demandas de atenciones en salud. Para su inclusión en el servicio, los ciudadanos deben ser elegibles o tener condición de elegibilidad, la misma que se determina en función del nivel de pobreza.

Hasta antes del 2010, la evaluación de la condición de elegibilidad era realizada por el propio SIS a través de los establecimientos de salud. A partir del 2011, la determinación de la clasificación pasó a ser responsabilidad del SISFOH, en ese entonces a cargo del Ministerio de Economía Finanzas. Además del cambio de entidad responsable de la evaluación, la ley de presupuesto aprobada el 2010 para ser aplicada en el 2011 dispuso el uso obligatorio del DNI para la afiliación al SIS y a otros programas sociales. Esta medida, en la práctica, durante el 2011 y en años los siguientes, limitó severamente la afiliación de los menores de 1 año al SIS y con mayor severidad a los menores de seis meses.

Este evento adverso afectó a todo el país por igual y coincidió con el período de implementación de EUROPAN. De este modo es posible evaluar la capacidad de resiliencia y de recuperación de las administraciones según ámbitos de análisis.

A partir de los datos es posible observar en el ámbito EUROPAN una gran capacidad o resiliencia para mitigar estas medidas adversas. Más aún, para lograr una rápida recuperación.

La Figura 7 compara la cobertura de afiliación al SIS en niños menores de 6 meses residentes de cada uno de los cinco grupos de departamentos. Como es evidente en el Gráfico (1), la población menos afectada fue la residente en el ámbito EUROPAN. Asimismo, dicho grupo, luego de experimentar un severa caída de 90%, en el 2011, a 47%, en el 2012, se recupera rápidamente, logrando subir a 60% en el 2013 y luego a 70%, en el 2014.

Este patrón de resiliencia no se observa en los otros cuatro ámbitos. Por ejemplo, en el ámbito del FED 1, la cobertura descendió de 80% en el 2009 a valores cercanos al 20% en el 2012 y 2013 y recién en el 2014 se observa una ligera recuperación hasta alcanzar el valor de 28%.



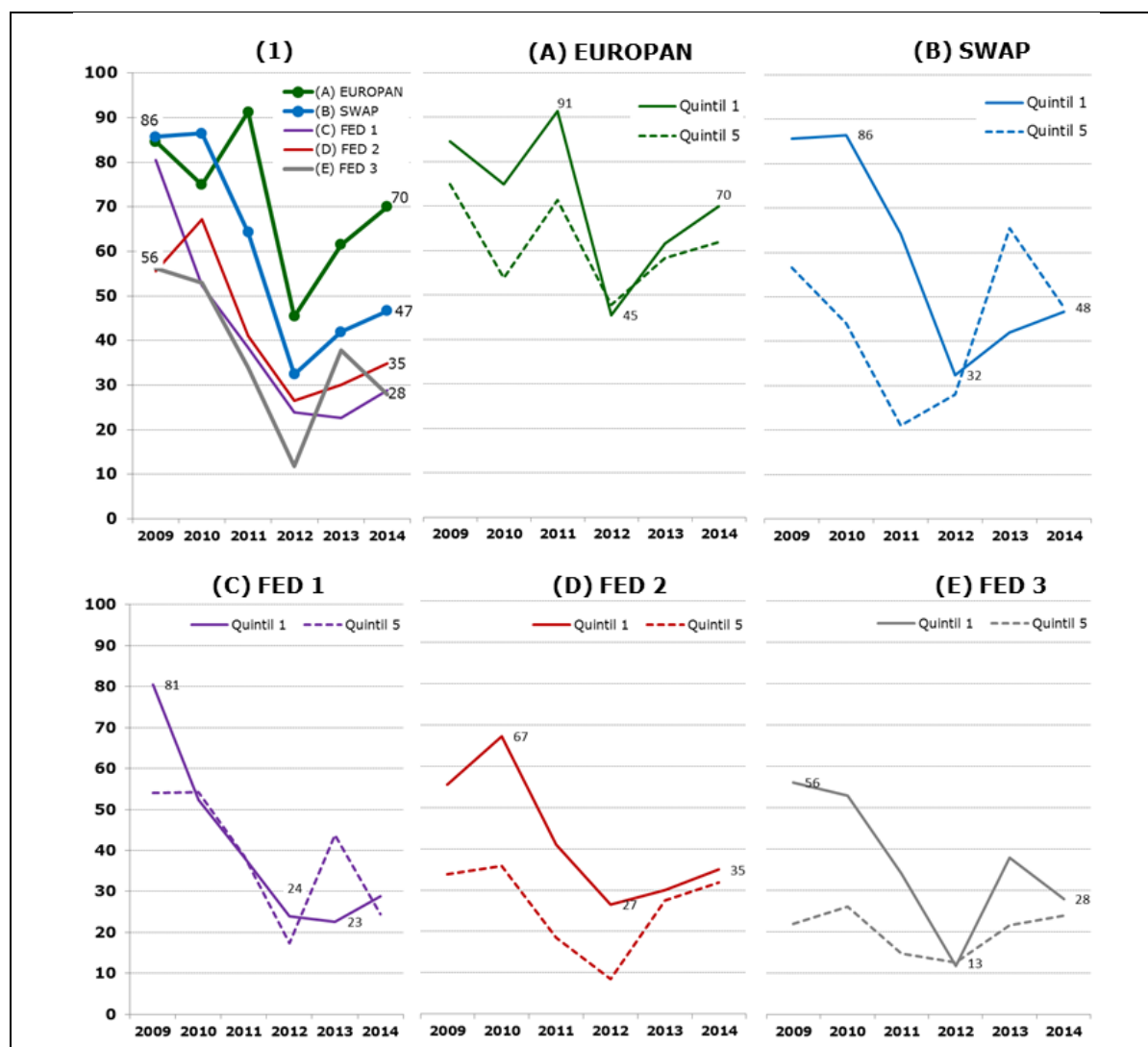


Figura 7. Tendencia de la proporción de niños menores de 6 meses afiliados al Seguro Integral de Salud.

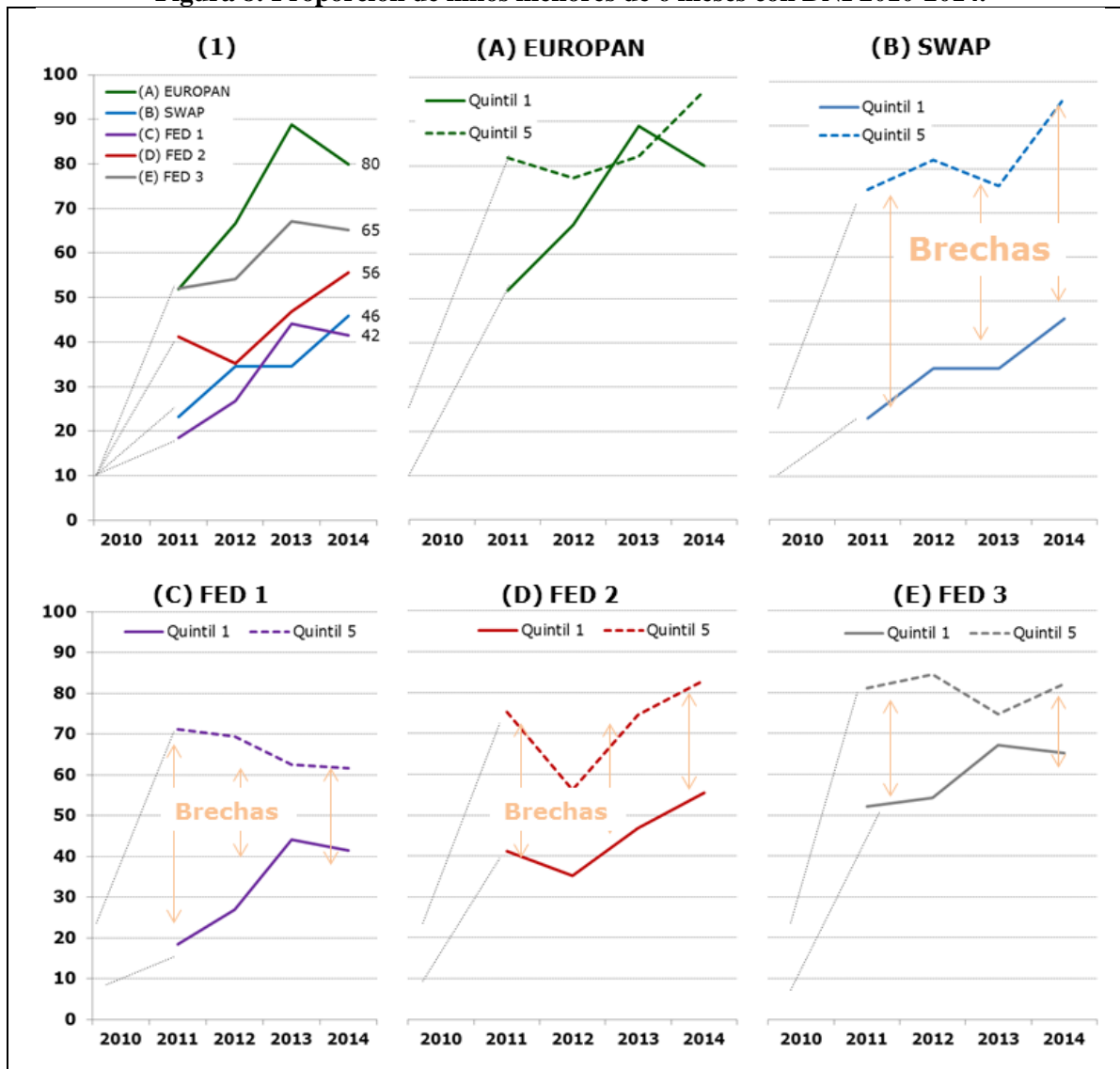
(1) Comparación de la tendencia del indicador en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos: EUROPAN, SWAP, FED 1, FED 2, FED 3. En los gráficos A, B, C, D y E, vemos quintil 1 en línea sólida y el quintil 5 en línea punteada

## Identidad antes de los seis meses

Hasta antes del 2010, la entrega del Documento Nacional de Identidad (DNI) tenía como población objetivo a las personas mayores de 18 años de edad. A mediados de dicho año, se introduce como política la entrega del DNI en forma gratuita a los menores de 18 años, con énfasis en la atención de poblaciones de zonas rurales.

Al igual que en todos los casos anteriores, la cobertura de niños menores de 6 meses con DNI presenta una evolución marcadamente favorable en el ámbito EUROPAN.

**Figura 8: Proporción de niños menores de 6 meses con DNI 2010-2014.**



**Figura 8 Tendencia de la proporción de niños menores de 6 meses con documento de identidad (DNI).**

(1) Comparación de la tendencia del indicador en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos: EUROPAN, SWAP, FED 1, FED 2, FED 3. En los gráficos (A); (B); (C); (D) y (E) vemos en línea sólida quintil 1 y en líneas punteadas quintil 5

Como se puede apreciar en el gráfico (1) de la Figura 8, en la que se contrasta la evolución de la cobertura en el quintil 1 de los cinco grupos de departamentos, es en el ámbito de EUROPAN donde se alcanzan los valores más altos (80%) en comparación con los otros cuatro ámbitos: 65% en FED 3, 56% en FED 2, 46% en el SWAP y 42% en FED 1. Por las características de la implementación de este servicio en los menores de edad, para el año 2010 se podría considerar que las coberturas en los cinco grupos eran posiblemente menores al 10%.

Por otra parte, se compararon las brechas entre quintil 1 y quintil 5, con la idea de explorar en qué medida el servicio se comportaba como universal, es decir con ausencia de brechas entre ambos quintiles. Se encontró que el único ámbito donde estaban ausentes las brechas era en el ámbito EUROPAN, situación que contrasta notoriamente con las amplias brechas que se observaron en los demás ámbitos en favor del quintil 5.

### *Efecto en la capacidad operativa del punto de atención*

En esta sección se analiza el comportamiento de cuatro indicadores que miden la disponibilidad de insumos críticos para la entrega de los cuatro servicios suscritos en los convenios EUROPAN. Para ello se seleccionaron tres grupos de insumos:

- i. Disponibilidad de equipos considerados críticos por el Ministerio de Salud en la aplicación de las vacunas, el control CRED y en la suplementación con hierro al niño y a la gestante,
- ii. Disponibilidad de enfermeras, y
- iii. Disponibilidad del jarabe de sulfato de hierro y de multimicronutrientes.

### **Disponibilidad de equipos críticos**

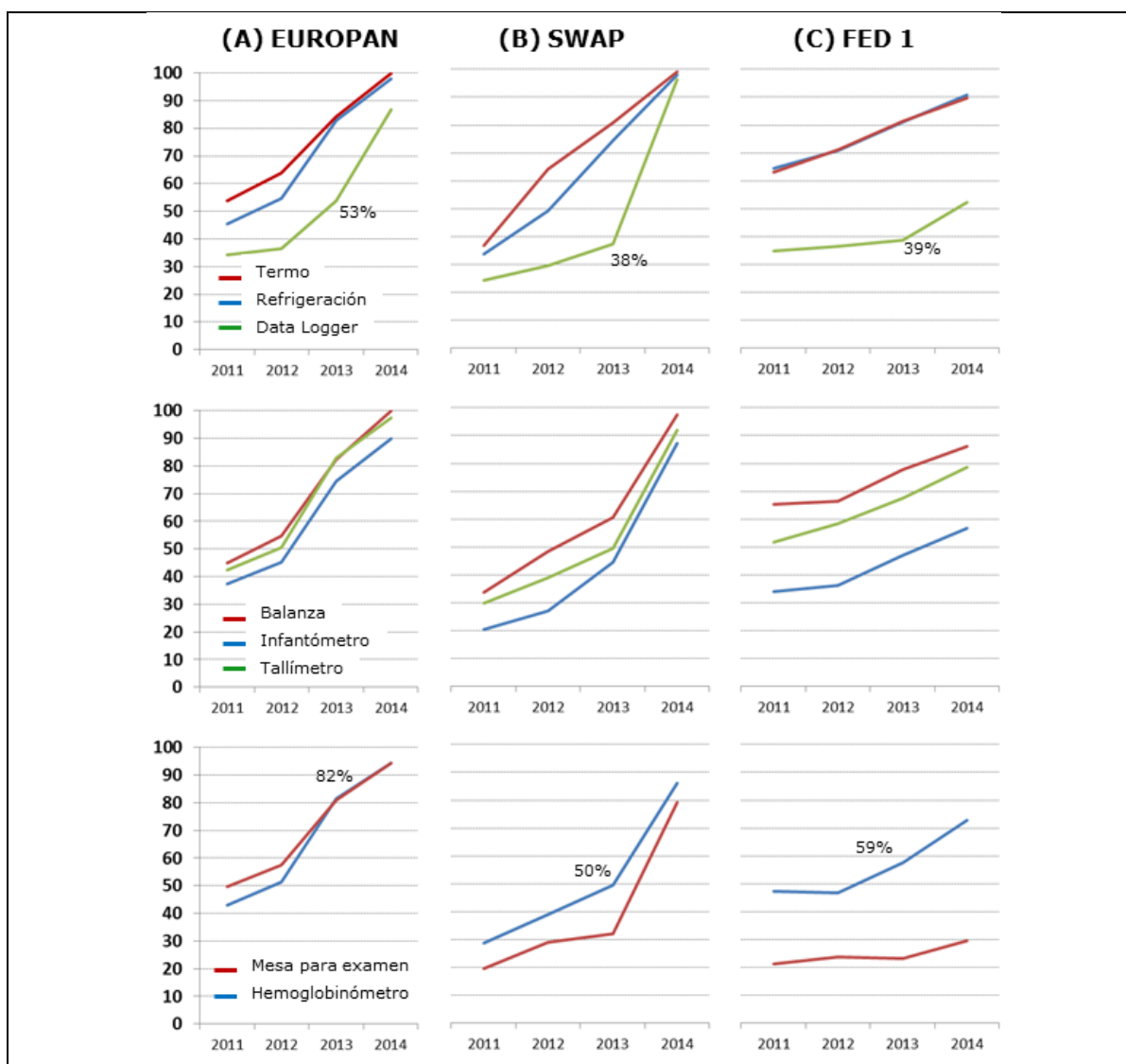
En la figura 9 se presenta la evolución de la disponibilidad de los tres principales equipos en los establecimientos de salud.

En la parte superior de la figura 9 se presenta la disponibilidad de los tres equipos que son esenciales para conservar en buen estado las vacunas. Al comparar la presencia del **data logger**, que es el dispositivo que permite medir de manera continua la temperatura de almacenamiento de las vacunas, se encontró que en el ámbito de EUROPAN (A) creció de 34% en el 2011 a 53% en el 2013 y a 88% en el 2014. En el área del SWAP (B), cuya intervención se inició en el 2011, alcanzó 38% en el 2013 y el 95% en el 2014. En contraste con el comportamiento observado en los dos grupos anteriores, en el grupo de distritos denominados FED 1, cuya intervención se puso en marcha en abril del 2014, la proporción de establecimientos con data logger subió de 39% en el 2013 a 51% en el 2014. Un cambio similar al que se observó en los grupos A y B sería esperado en el año 2015 para el grupo C.

En la parte media de la figura 9, se observa la variación entre el 2011 y el 2014 de la disponibilidad de **balanzas, tallímetros e infantómetros**. En EUROPAN (A), el indicador subió de alrededor de 40% a cifras que va entre 90 y 100%. Un patrón similar se observa en el ámbito SWAP (B), pero con el punto de quiebre más cercano al 2013 en contraste con EUROPAN cuyo punto de quiebre se ubica alrededor del 2012. En cambio en el ámbito FED 1, en este horizonte de tiempo, no se observan las variaciones encontradas en los otros dos grupos de distritos. Lo esperable es que el comportamiento observado en A y B se replique durante el 2015 para el ámbito del FED 1.

En la parte inferior de la figura 9 se ha graficado la tendencia de la disponibilidad de dos equipos, uno de uso indispensable durante el control CRED del niño que es la **mesa de examen pediátrico**, y el otro, que es el **hemoglobinómetro**, un equipo sin el cual no es posible determinar el nivel de hemoglobina tanto en niños como en gestantes. En el ámbito EUROPAN, ambos equipos crecieron rápidamente desde el 2012, alcanzando estar presente en el 82% de los establecimientos de salud ubicados en el quintil 1 en el 2013, y en el 2014 la cifra subió a 95%. Un crecimiento similar se aprecia en el ámbito SWAP, pero con menor alcance. Visualmente el gráfico sugiere que el punto de quiebre se da en el 2013, donde solo el 50% contaba con el hemoglobinómetro y el 30% con la mesa de examen pediátrico, creciendo hasta algo más del 80% en el 2014. Un patrón distinto se observa en los distritos del grupo C, que si bien es creciente entre el 2011 y el 2014, sin embargo su velocidad de crecimiento es inferior al observado en el grupo A y B, Más aun, en el caso de la mesa de examen pediátrico el crecimiento fue cercano a cero entre el 2011 y el 2014.

En los tres grupos de equipos, los datos sugieren un patrón de un antes y un después de la intervención. En el caso del grupo A el punto de quiebre parece ubicarse en el 2012; en cambio en el ámbito B, el cambio surge alrededor del 2013. En el grupo C no es identificable tal punto de quiebre. Estos datos abonan a favor de la hipótesis de que entre el periodo 2011 y 2014, sí es posible identificar puntos de quiebre en el comportamiento del indicador y que estos estarían asociados con la introducción del mecanismo EUROPAN. Esta hipótesis podrá ser demostrada con mayor robustez cuando en el análisis se incluya el FED 2 y FED 3 y cuando las unidades de observación sean trimestrales en vez de ser anuales. Dicha información no pudo ser obtenida ya que hubiera tomado mucho tiempo procesar la data administrativa vinculada al patrimonio y a las órdenes de compra.



**Figura 9. Porcentaje de establecimientos con equipo biomédico básico disponible para la aplicación de las vacunas, la realización del control de crecimiento (CRED) y la suplementación con hierro.** En la parte superior se presenta la disponibilidad de los tres equipos esenciales que constituyen la cadena de frío para aplicar las vacunas: termo, refrigeradora, data logger. En parte media los gráficos corresponden a los equipos necesarios para el control del peso y la talla de los niños. En la parte inferior se ubican los gráficos pertenecientes a los equipos necesarios para el examen médico y el control de la hemoglobina utilizado en el tamizaje de la anemia. En los tres grupos A, B, C de distritos el indicador corresponde al quintil 1.

## Disponibilidad de enfermeras

La capacidad operativa del punto de atención está determinada por la presencia o ausencia del personal con competencias específicas para proveer los cuatro servicios, en este caso nos referimos al personal de enfermería. Es difícil lograr la adecuada dotación de personal en el punto de atención y en particular en aquellos establecimientos de salud ubicados en el quintil 1, donde históricamente siempre se ha presentado incompleta, siendo inferior a la cantidad requerida.

Es conocido que las preferencias del personal se orientan a laborar en establecimientos de salud ubicados en las zonas urbanas. Son numerosas las experiencias nacionales e internacionales que, aplicando diferentes esquemas de incentivos, han sido probadas con el propósito de retener al personal de salud en zonas rurales y dispersas, la mayoría de ellas sin mayor éxito.

Para efectos del presente estudio se considera que la disponibilidad de personal es un indicador central en la medición de los efectos de cualquier sistema de incentivos. En el caso EUROPAN se seleccionó aun conociendo las limitaciones de datos para estimar de manera confiable dicho indicador. Por ello, se procedió a aproximar el indicador a partir de los registros diarios de atención que fueron almacenados en el sistema HIS del Ministerio de Salud.

En estos registros aparece anotado el DNI y el nombre del personal de salud que realizó la prestación de servicio. En base a estos datos se simuló hacer un censo diario de presencia de personal en el establecimiento de salud. La base de datos fue agregada por el establecimiento de salud, por nombre del personal de salud y por día de atención. Se contabilizaron los días del mes que aparece el nombre de la enfermera a partir del cual se construyó el indicador días enfermera en el punto de atención. Este dato se denominó **cantidad disponible de días enfermera**.

De otra parte, en función de la demanda histórica observada se construyó un estimado de la cantidad requerida de días enfermera. Ambos datos son presentados en la figura 10, tanto en el quintil 1 como en el resto de quintiles de los tres departamentos que fueron el ámbito de Europán.

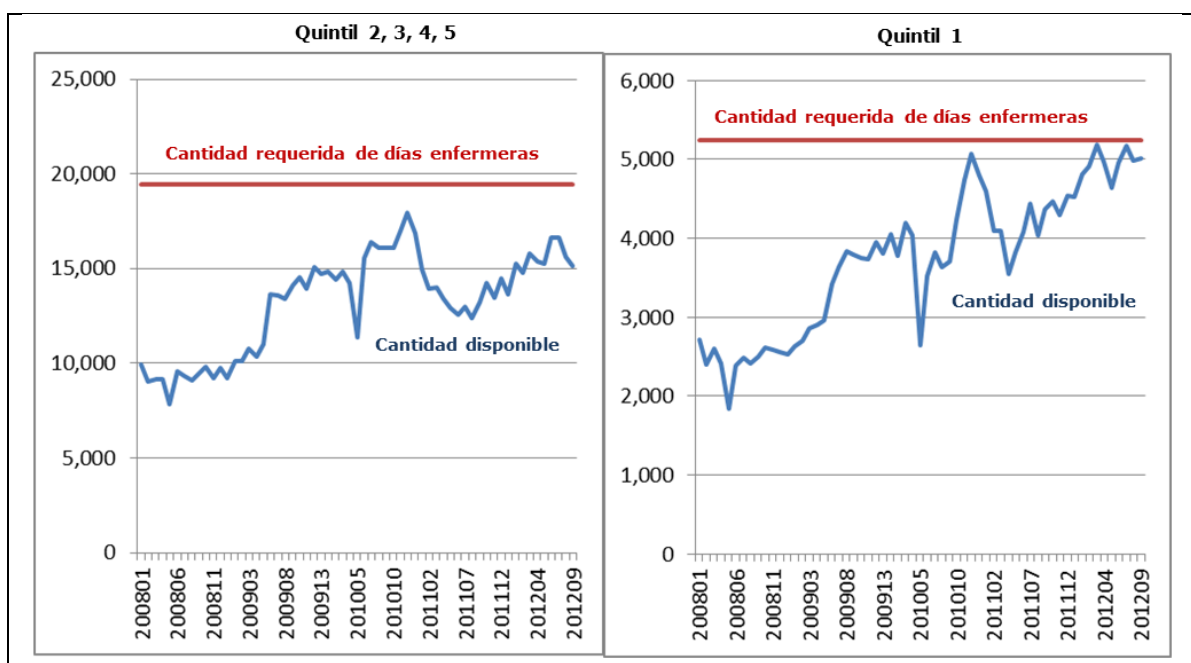


Figura 10: Disponibilidad del personal de enfermería expresado en días enfermera, en el ámbito de EUROPAN.

La disponibilidad de días enfermera en el quintil 1 sugiere tres momentos: uno, antes de agosto del 2009 con valores promedio alrededor de 2600, para luego, en un segundo momento, incrementarse a un valor promedio de 4000 días enfermera desde agosto del 2009 hasta abril-mayo del 2011. En adelante se observa una tendencia creciente mes a mes hasta finales del 2012, fecha en la cual logra cerrar la brecha

de personal respecto del valor requerido. Referencialmente, en el gráfico de la derecha de la figura 10 se presenta la evolución del indicador para el mismo periodo, no habiéndose logrado cerrar las brechas en estos establecimientos de salud.

El análisis se ha restringido al periodo del 2008 al 2012 y solo al ámbito EUROPAN, debido a que solo se encontraba disponible una base de datos agregada y depurada sobre este indicador para este ámbito. No fue posible obtener información para el resto del país porque el tiempo de procesamiento y depuración de la base de datos nacionales superaban los plazos del presente trabajo. Al respecto es recomendable completar todo el esquema de análisis propuesto, el cual incluye completar las cinco series tiempo uno para EUROPAN, otra para SWAP y tres más siguiendo la secuencia de escalamiento de las tres fases del FED. Este análisis podría ser muy revelador respecto del rol de un esquema de incentivo similar al EUROPAN en la retención del personal para zonas rurales o de mayor pobreza.

### Disponibilidad de productos farmacéuticos

En los servicios de salud los productos farmacéuticos son los insumos críticos cuya disponibilidad en establecimientos públicos de salud depende de variables muy complejas. Una de estas es el hecho de que el mercado de medicamentos se desarrolla en un contexto global y que está sujeto a una serie de acuerdos internacionales, con notables distorsiones, así como a una fuerte presencia de monopolios internacionales.

Para el presente estudio se determinó medir la disponibilidad en el punto de atención de dos productos farmacéuticos, el **sulfato de hierro en su presentación de jarabe y de los multimicronutrientes (MMM)** en polvo conocidos como “Chispitas”. Ambos productos son utilizados para suplementar con hierro a niños menores de 36 meses.

En el Perú la suplementación con sulfato de hierro en jarabe había sido la práctica establecida, pero experimentó cambios entre el 2009 y 2014, tal como ya fue explicado anteriormente. Desde el 2009, de manera muy focalizada, se inició la introducción del MMM. Esta focalización, por coincidencia, se concentró en los tres departamentos del ámbito de EUROPAN. Posteriormente, durante el 2011, fue ampliado a todo el ámbito del Programa PIN (13 regiones) pero desafortunadamente en abril del 2012 se emitió una alerta que dispuso la inmovilización de todos los lotes del producto a nivel nacional. Recién desde diciembre del 2012 el MINSA determinó el uso a del MMM para suplementar a los niños.

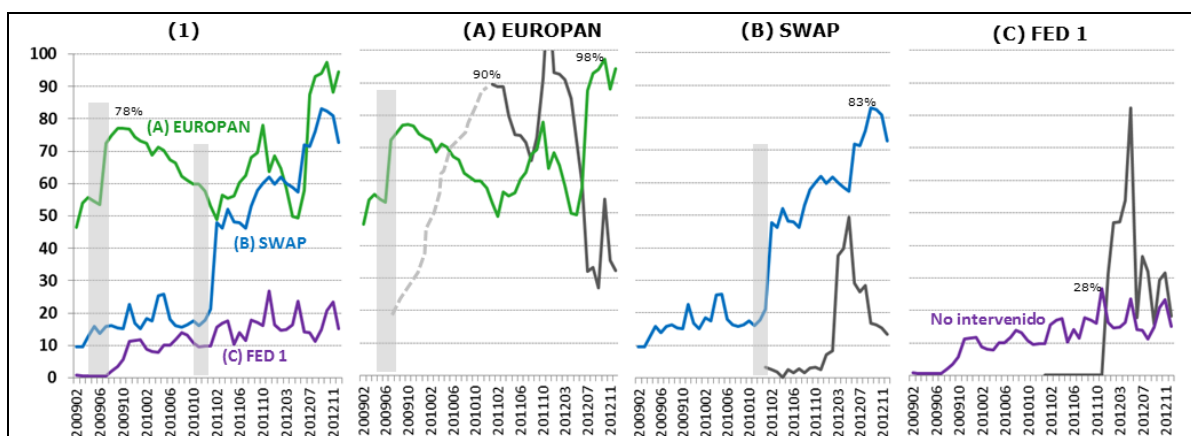
Este caso es una buena oportunidad para analizar el proceso de implementación de una decisión política que en este contexto consistió en sustituir un insumo por otro. Sin embargo, dadas las circunstancias descritas anteriormente, la implementación experimentó avances y retrocesos en las decisiones. En un país descentralizado, el Gobierno Nacional experimenta serias dificultades cada vez que decide implementar o modificar una política. Por un lado es frecuente que el Gobierno Regional no se alinea con las decisiones del Nacional y por otro lado el tiempo entre la toma de decisión del Gobierno Central y la adopción de la medida por parte del Regional suele ser muy prolongado.

Este tipo de vaivenes, como era de esperarse, impactaron negativamente en la disponibilidad del insumo en los puntos de atención. En este contexto cabe preguntarse: ¿Cuál es el rol que tienen los mecanismos de incentivos similares a EUROPAN? Para responder a esta pregunta se prepararon dos análisis:

- i. En la figura 11 se presenta la disponibilidad del sulfato de ferroso superpuesto con la disponibilidad de multimicronutrientes en el ámbito de EUROPAN, SWAP y FED 1 desde el 2009 hasta el 2012, periodo donde las decisiones fueron de idas y vueltas; y ,
- ii. En la figura 12 se graficó el comportamiento de la disponibilidad del multimicronutrientes durante el 2013 y 2014, periodo que es posterior a la definición final del MINSA de implementar el MMM.

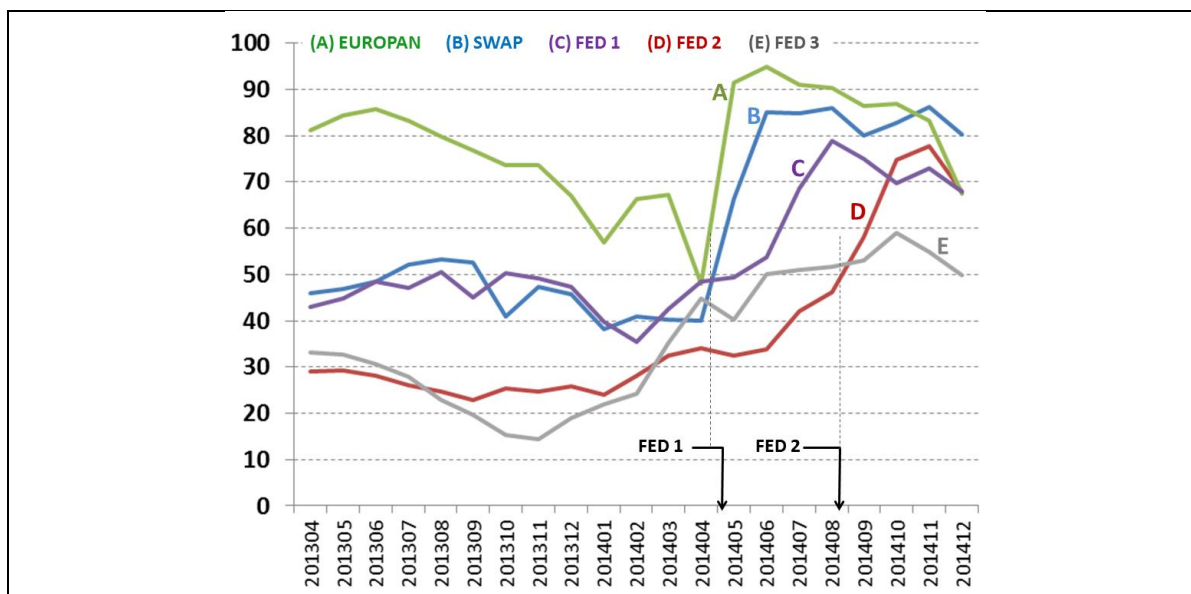
Entre el 2009 y 2012 (ver figura 11, gráfico 1), en el ámbito EUROPAN, coincidiendo con la negociación del convenio (barra vertical gris), la disponibilidad se incrementó de 50% a 78%. Similar incremento se observó en el ámbito SWAP posterior a la negociación del convenio. En cambio en el ámbito FED 1, donde no se suscribió ningún convenio similar, no se observa un punto de quiebre que se parezca al observado en los dos primeros grupos.

Los tres gráficos de la izquierda de la figura 11 (A, B, C) presentan el comportamiento del indicador de disponibilidad de ambos insumos. En el área del EUROPAN coincidente con la disminución de la disponibilidad del jarabe (línea verde) se observa el incremento del MMM (línea gris), mientras que cuando descende el MMM, la disponibilidad del jarabe se incrementa. De esta manera durante todo el periodo del 2009 al 2012, a pesar de los vaivenes de las decisiones, el insumo (sea jarabe o MMM) estuvo disponible en los EESS. En el ámbito del SWAP, área que no fue inicialmente beneficiaria del MMM posfirma del convenio SWAP, luego de experimentar un súbito incremento mantuvo un patrón creciente de la disponibilidad del jarabe. Este comportamiento, en el periodo del 2009 al 2012 no se observa en el ámbito del FED 1 pues si bien a inicios del 2012 se incrementó la disponibilidad esta cayó súbitamente en el segundo semestre a cifras inferiores al 20%.





Entre 2013 y el 2014 se dispone de 24 meses para observar el comportamiento del indicador luego de la decisión del Gobierno Nacional (diciembre del 2012) de suplementar con MMM y ofrece la posibilidad de examinar en diferentes puntos del tiempo en cinco diferentes lugares el antes y el después del FED (mecanismo que es la continuidad del EUROPAN) (Ver figura 12).



**Figura 12. Tendencia de la proporción de Establecimientos de Salud con suficiente disponibilidad de Microminutrientes para atender al menos dos meses del consumo histórico del insumo.** Las líneas A, B, C, D y E comparan el comportamiento del indicador en EESS ubicado en los distritos del quintil 1 de cinco grupos departamentos. Las tres primeras (A, B, C) corresponden a departamentos intervenidos en la primera fase del FED, la cuarta línea (D) a los intervenidos en la segunda fase del FED y la línea E corresponde a los no intervenido por el FED durante el 2014 (no incluye Lima Metropolitana).

- (A) Grupo EUROPAN + FED 1: constituido por los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica que estuvieron expuestos al mecanismo EUROPAN desde el 2009 hasta el 2013 y que la última semana de abril del 2014 negociaron el convenio FED fase 1.
- (B) Grupo SWAP + FED 1: constituido por tres departamentos: Amazonas, Cajamarca y Huánuco que estuvieron expuestos al mecanismo SWAP desde el 2010 hasta el 2014 y la última semana de abril del 2014 negociaron el convenio FED fase 1.
- (C) Grupo FED 1: constituido por los departamentos de Loreto, Ucayali y Puno los cuales no tienen antecedentes de haber estado expuestos a mecanismos similares al SWAP o al EUROPAN entre el 2010 y abril del 2014 pero que en la última semana de abril del 2014 negociaron el convenio FED fase 1.
- (D) Grupo FED 2: está constituido por siete departamentos que no tienen antecedentes de haber estado expuestos a mecanismos similar al SWAP o al EUROPAN entre el 2010 y abril del 2014 y que negociaron el convenio FED fase 2 la última semana de agosto del 2014.
- (E) Grupo E: no intervenido entre el 2010 y el 2014 con algún mecanismo similar al FED o SWAP.

El grupo A, que representa al ámbito de EUROPAN, al ser expuesto en abril del 2014 al mecanismo del FED, rápidamente incrementó la disponibilidad del insumo de 50% a 90% en 30 días (que fue el plazo establecido por el FED para medir cumplimiento y transferir recursos).

El grupo B, que también estuvo expuesto a un mecanismo similar al EUROPAN desde el 2011, tuvo una respuesta inmediata al ser intervenido con el FED (abril del 2014) pues la disponibilidad del insumo subió de 40% a 84%, sin embargo este incremento ocurrió en 60 días.

El grupo C, constituido por quintil 1 de tres departamentos, dos de ellos amazónicos con severos problemas de acceso físico, también incrementaron la disponibilidad del insumo de 50% a 80% luego de la negociación del convenio FED. Pero este incremento se logró 120 días después.

El grupo D está conformado por distritos del quintil 1 de siete departamentos y a diferencia de los tres grupos anteriores negoció el convenio FED entre agosto y setiembre del 2014. De la misma manera como ocurrió en los tres grupos anteriores, la disponibilidad del insumo se incrementó posterior al convenio de 50% hasta 75%, 60 días después.

El grupo E corresponde a la tercera fase del FED e incluye los distritos del quintil 1 de los departamentos restantes (sin Lima Metropolitana). Este grupo recién suscribió el convenio FED en el 2015 y por ello durante el 2014 no se logró identificar un punto de quiebre en la disponibilidad del insumo similar al observado en los cuatro grupos previos.

Los datos mostrados en la figura 12, que representa la respuesta de los gobiernos regionales posterior al convenio FED, sugieren fuertemente que los incrementos observados en la disponibilidad del insumo estén asociados con momentos en los que se negociaron los compromisos del convenio FED.

Si bien estos primeros resultados son descriptivos, dada la magnitud de los cambios observados (antes y después), estos abonan en favor de la hipótesis de que el mecanismo EUROPAN es un instrumento que contribuye a implementar las políticas públicas a través de mejoras en la capacidad de gestión de los Gobiernos Regionales para transformar más presupuesto en mayor capacidad operativa de los puntos de atención. Cuando el mecanismo condiciona la transferencia de recursos a cambio de incrementar la cobertura en los distritos de mayor pobreza, parece tener notables efectos en la reducción de las inequidades.

## **4. Conclusiones**

- EUROPAN reorienta la gestión de los operadores hacia la mejora de la capacidad de prestación de servicios de los puntos de atención.
- El Mecanismo EUROPAN acelera el incremento de la cobertura de los servicios en zonas de alta pobreza, logrando valores muy superiores a las coberturas que se alcanzan en otras zonas de similar o menor pobreza.
- EUROPAN desempeñó un rol importante en la prevención y reducción de inequidades en el caso de servicios previstos como universales, en los cuales casi siempre los primeros en ser beneficiados son los quintiles de menor pobreza.
- EUROPAN genera capacidad de negociación, propiciando el alineamiento de los intereses de los diferentes actores que participan en la provisión de servicios. Por ejemplo, los que preparan el presupuesto, los que programan las compras, los que adquieren y distribuyen los insumos y los que finalmente proveen los servicios.

## 5. Anexos

### Síntesis de la mención de DCI en el Mensaje a la Nación 2001-2012 por parte del Presidente de la República

	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
Al inicio		Anuncia mejorar los programas sociales. Anuncia la creación del Seguro Integral de Salud (resultado de la fusión del seguro escolar y el seguro materno infantil).		Fortalecer JUNTOS. Se critica las duplicidades e ineficiencias de los 122 Programas Sociales.		Extender el Programa JUNTOS. Adicionalmente se anuncia un Programa <sup>52</sup> .
año 1		En el recuento de avances se menciona el presupuesto asignado al Programa Alimentación Infantil y al SIS.	Se fija la meta de reducción de desnutrición crónica a 16% al 2011 y a 30% la pobreza. <sup>53</sup>	En el recuento de logros menciona la reducción de 82 a 26 Programas Sociales. Anuncia y enfatiza la estrategia CRECER y el rol de JUNTOS y el SIS para atender la desnutrición. <sup>54</sup>		
año 2		Anuncia el inicio de la descentralización con la transferencia de los programas de asistencia alimentaria del PRONAA a los gobiernos locales.	Se ratifica la meta de reducción de desnutrición crónica. <sup>55</sup>	Enfatiza la estrategia CRECER. <sup>56</sup> Resalta JUNTOS.		
año 3		Anuncia la reorganización del PRONAA para reorientar los programas alimentarios a menores de 5	Se ratifica la meta de reducir la pobreza a 30%.	Resalta AUS, SIS, JUNTOS y PRONAA.		

<sup>52</sup> **Discurso Presidencial 28 Julio del 2011.** “El combate a la desnutrición infantil será una prioridad”... e indica la implementación de un Programa de Nutrición Infantil - desayunos y almuerzos en las escuelas.

<sup>53</sup> **Discurso Presidencial 28 Julio del 2007** (“La desnutrición crónica, que es la suma de comer poco, sufrir enfermedades intestinales y bronquiales, y carecer de agua, luz, medicinas y mejor educación, es hoy 25%; pero bajará en el 2011 a menos del 16%.”. “(Reducir la pobreza desde el 50% del 2005 al 30% en el 2011. Las ciudades tendrán menos de 20% de pobreza y en el campo, donde ahora es casi de 70, la pobreza bajará a 45%)”.

<sup>54</sup> **Discurso Presidencial 28 Julio del 2007** (hace referencia a las letrinas, atención médica, vacunación, CRED, atención de la gestante, proyectos productivos y DNI. “Uniando todas estas acciones de manera articulada en torno a un millón de niños en 811 distritos y con una inversión de más de mil millones de soles en la primera etapa, cumpliremos la meta propuesta, de reducir más de 8 puntos la desnutrición crónica hacia el año 2011”).

<sup>55</sup> **Discurso Presidencial 28 Julio del 2008** (“El objetivo a 2011 es disminuir la desnutrición crónica infantil en nueve puntos...”).

<sup>56</sup> **Discurso Presidencial 28 Julio del 2008.** (“La Estrategia Nacional Crecer, para reducir la desnutrición infantil, ha focalizado la inversión social de los programas en 811 distritos, los más pobres del Perú. No es un programa social nuevo con empleados o recursos, es un acto de concertación y concentración de los programas y recursos existentes en los lugares de mayor pobreza”).

	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
		años, madres gestantes y lactantes y resalta el número de atenciones “pagadas” por el SIS.				
año 4		Recuento de las atenciones pagadas por el SIS y del número de beneficiarios del PRONAA. Hace referencia a un Plan Nacional de Superación de la Pobreza y la creación de una autoridad ejecutiva denominada Consejo Presidencial Nacional de Políticas Sociales. Anuncia el inicio del programa JUNTOS. Se hace notar que a través de las prestaciones del PRONAA se previene la desnutrición crónica.	Se ratifica la meta de reducir la pobreza a 30%. <sup>57</sup> Resalta la reducción de la desnutrición crónica a 18% y plantea la meta de 5% al 2021.	Resalta JUNTOS, PRONAA. Fija una meta en la cobertura de un Producto. <sup>58</sup>		
Al finalizar	Propone la meta de reducir la pobreza al 2021 a 24%	Hace un recuento de prestaciones por instituciones PRONAA, JUNTOS, SIS.	No pronunció discurso			

Fuente: Elaboración Propia

### Primer discurso del Premier de cada período de Gobierno: Extractos vinculados con la DCI<sup>59</sup>

2001-2006 Premier Roberto Dañino	2006-2011 Premier del Castillo	2011-2016 Premier Lerner
“..En salud debemos luchar infatigablemente contra las altas tasas de mortalidad materna e infantil y contra la <b>desnutrición</b> .” “ .. Resulta inaceptable que en diversas provincias de nuestro país ocurran muertes que podrían ser evitadas y que sólo estemos atendiendo a la tercera parte de casi un millón de personas (en especial niñas y niños menores de tres años) que están en riesgo de perder capacidades de manera permanente	“.. El crecimiento de 6.6% del PBI obtenido el primer semestre del presente año, contrasta con el 39% de desnutrición crónica infantil que padece nuestro país en las zonas rurales” “.. Desnutrición crónica infantil 24.1, urbano 10.1%, rural 39%. Es una cifra dramática y terrible” “..El ciudadano quiere un Estado que responda a sus intereses y necesidades, demorándose menos días en otorgarle un DNI” “.. Nuestra prioridad es superar la pobreza y reducir las brechas de inequidad y exclusión de más de 13 millones y medio de peruanos. La estrategia se orienta	“.. Las metas sociales a ser alcanzadas por el Estado peruano son: <b>La virtual eliminación de la desnutrición crónica infantil en niños, al año 2016.</b> La reducción de la mortalidad infantil de 11 a 5 por cada mil nacidos vivos, al 2016...”

<sup>57</sup> **Discurso Presidencial 28 Julio del 2010** (“La pobreza del 48% ha bajado hasta el 34%, y cumpliremos la meta de reducirla al 30% en el 2011”).

<sup>58</sup> **Discurso Presidencial 28 de Julio del 2010** “Dotar, además, a todos los niños de su Documento Nacional de Identidad para lo cual ya hemos entregado 100 millones de soles, porque ello permitirá hacer un seguimiento de su educación, su nutrición y su participación transparente en los programas sociales. Dentro de 12 meses, el 100% de los peruanos niños, adultos y mayores tendrán su D.N.I.”

<sup>59</sup> Ver detalles de extractos de discursos de inicio del Presidente de Consejo de Ministros de cada período en Anexo 2 “Primer discurso del Premier de cada período de Gobierno: Extractos vinculados con la DCI”

2001-2006 Premier Roberto Dañino	2006-2011 Premier del Castillo	2011-2016 Premier Lerner
sólo por <u>causas principalmente nutricionales</u> "	<p>al desarrollo de capacidades humanas y al Estado le corresponde asegurar las condiciones para que esto suceda. En este marco hemos fijado como meta al año 2011 <u>reducir la desnutrición crónica infantil en 5 puntos porcentuales</u>. Es decir, un estimado de 1 punto por año, para bajar de 24 a 19, y de ahí seguir bajando este nefasto índice de <u>nutrición infantil</u>"</p> <p>"...La <u>desnutrición crónica</u>, repetimos, baja de 24 a 19."</p> <p>"...La <u>desnutrición infantil que afecta al 24% de niños de cero a cinco años</u>, es una de las prioridades del Gobierno y nos hemos fijado como meta al 2011, reducir la desnutrición en 5 punto, como lo hemos señalado ya. Para ello una de las estrategias es fusionar los programas nutricionales."</p> <p>"<u>JUNTOS</u>, a cargo de la PCM se encuentra es un programa que entrega dinero a las familias, condicionado al cumplimiento de que se cumpla normas de salud, que los niños vayan al colegio, en fin. Es un programa que hemos mirado con mucha atención y que hemos decidido continuarla. Porque tenemos que vislumbrar los significativos avances que porta esto en la atención materno infantil, la asistencia escolar y las condiciones de higiene. "</p>	

#### Exposición de Motivos del Proyecto de Ley de Presupuesto para el Sector Público.

	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
Año 1		Nutrición, <u>promoción, prevención</u> y <u>complementos alimentarios</u> para familias en alto riesgo, sobre todo en niños menores de 5 años (con énfasis en aquellos de 0 a 3 años), madres		Enfatiza los <u>Programas Nutricionales y Alimentarios administrados por el PRONAA</u> , (9 Nutricionales y 8 alimentarios) y el <u>Programa Nacional Wawa Wasi</u> que atenderá a niñas	Se propone una meta de reducción de la desnutrición crónica para el 2012 de 2.1%, pero no se fija una meta al 2016.	Se indica a JUNTOS como un programa presupuestado diferente al PAN <sup>61</sup> . Y se señala la creación del Programa CUNA más sobre la

<sup>61</sup> el "Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS". Su resultado específico es incrementar el acceso a los servicios de salud-nutrición y/o educación disponible de los beneficiarios del programa; las metas para el año 2012 es lograr el 67% de niños menores de tres años con CRED completo

	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
		gestantes y lactantes. Se introducirán los incentivos necesarios para que las familias de menores recursos utilicen los <u>programas alimentarios</u> dirigidos a niños solamente cuando sean necesarios. Se implantarán acciones de <u>educación en nutrición y de seguridad alimentaria</u> y se <u>mejorarán los sistemas de vigilancia en nutrición</u> con participación directa de la comunidad		y niños de 3 años. De manera particular se remarca el Programa JUNTOS para el que se ha previsto recursos por S/. 400 millones a cargo de la Presidencia el Consejo de Ministros-PCM. En salud se especifica el SIS indicando el presupuesto asignado de S/. 268 millones. Aparece señalado la asignación para inmunizaciones S/. 66 millones. <sup>60</sup>		base de Programa wawasi.
Año 2		No se menciona sobre desnutrición crónica. En general no se hace mención sobre las políticas sociales ni los programas sociales.	Se presenta la meta de reducción de desnutrición crónica similar al del discurso del premier Castillo	Un capítulo completo dedicado a presupuesto por resultados. Se presenta en detalle los cinco Programas Estratégicos, del cual uno de ellos es el Programa Articulado Nutricional (PAN). <sup>62</sup> Se		

<sup>60</sup> En cuanto a la vigilancia alimentaria el Instituto Nacional de Salud ha destinado S/. 4 millones para efectuar 4 estudios de impacto de los Programas de Alimentación Complementaria (desayunos escolares y PACFO) que brinda el PRONAA

<sup>62</sup> Programa Articulado Nutricional. a. Justificación / Problemática: En el Perú, se estima que el 22,6% de los niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica. Dicha cifra ha venido disminuyendo desde el 2005, aunque no de manera

	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
				considera un adicional de presupuesto para el PAN para cuatro departamentos. JUNTOS Y PRONAA como parte del PAN.		
Año 3		Porcentaje de menores de 2 años suplementados con hierro	Se presenta avances en la meta de reducción de desnutrición crónica	Se repite un capítulo completo dedicado a presupuesto por resultados. Se presenta avances en la cobertura de productos del		

significativa. Asimismo, la prevalencia es mayor en las zonas más pobres. Por ejemplo, los departamentos de Huancavelica, Huánuco y Cajamarca, tienen prevalencia de 52.2%, 41.6% y 37.3%, respectivamente.

#### Estructura de Resultados:

El desarrollo de este programa estratégico busca como resultado final, reducir los prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.

Para enfrentar esta situación, el PE Articulado Nutricional se propone alcanzar los siguientes resultados intermedios:

- Reducir la incidencia de bajo peso al nacer principalmente, a través de la mejora del estado nutricional de la gestante y el control de las infecciones en el primer trimestre de embarazo.
- Reducir la morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas (EDA) y por otras enfermedades prevalentes.
- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.

Conjunto de Intervenciones Priorizadas: A continuación se señalan los principales productos planteados en el programa estratégico, para la generación de la cadena de resultados.

- Reducir la incidencia de bajo peso al nacer
- Suplemento de hierro y ácido fólico; y servicios de complementación alimentaria
- Control prenatal en el primer trimestre de gestación y provisión de exámenes auxiliares completos de acuerdo a las guías establecidas por Ministerio de Salud (este producto es provisto por el PE Salud Materna Neonatal)
- Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED) que incluye el esquema de vacunación completo
- Agua segura y a servicios de saneamiento básico, específicamente en las áreas rurales del país, incluida la desinfección y vigilancia del agua para consumo humano.
- Aplicación de las guías del Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Cocinas mejoradas en áreas rurales
- Constitución de municipios, comunidades escuelas y familias saludables
- Complementación alimentaria para ser consumidos por el niño y la madre de zonas rurales.
- Entrega de suplementos de micronutrientes a niños entre 6 y 24 meses de edad

El Programa Articulado Nutricional, cuenta con un presupuesto total de S/. 1 052 millones, el cual se encuentran en mayor proporción en el ámbito del Gobierno Nacional (88%). Los productos principales asociados a este programa son niños con control de crecimiento (CRED) completo según edad, niños con vacuna completa, atención de infecciones respiratorias agudas (IRA), atención de enfermedades diarreicas agudas (EDA)", hogares pobres afiliados al programa Juntos, entre otros.



	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
				PAN y el adicional del presupuesto para inmunizaciones. <sup>63</sup> Se menciona JUNTOS.		
Año 4		Acceso a la disponibilidad alimentaria de los grupos poblacionales más vulnerables y con alto riesgo de desnutrición en zonas de pobreza y extrema pobreza, mediante el apoyo alimentario	Se presenta avances y retrocesos en la meta de reducción de desnutrición crónica, en indicadores de resultados intermedios y de cobertura vacunas, CRED, suplemento de hierro. <sup>64</sup>	Para el año 2010 se ha programado cubrir el 100% de los niños menores de 5 años en la aplicación de vacunas contra el neumococo y el virus de influenza en menores de 5 años, a fin de prevenir infecciones respiratorias agudas (IRA), así como la aplicación de la vacuna contra el rotavirus, con el objetivo de inmunizar ante enfermedades diarreicas agudas (EDA). Para dicha		

<sup>63</sup> El proyecto de presupuesto 2009 tiene entre sus prioridades garantizar la atención de la salud a la población vulnerable y de alto riesgo con énfasis en la salud materna e infantil, para lo cual el Ministerio de Salud a destinado S/. 380 millones para atender diversas intervenciones de vacunas por los siguientes conceptos: vacunas completa del programa regular (BCG, polio, sarampión, etc.), Vacuna Hexavalente (DPT, HB, HIB Polio), neumococo y rotavirus, hepatitis A, influenza pediátrica del sur, influenza adulto hemisférico sur, etc, mantenimiento de establecimientos, atenciones especializadas y básicas

<sup>64</sup> “..El Programa Articulado Nutricional, exhibe una reducción de 3,6 puntos porcentuales en la tasa de desnutrición crónica infantil entre 2007 y 2009. “..hay una evolución desfavorable en la proporción de niños con vacunas completas de acuerdo a su edad, cuyo valor estimado pasó de 64,3% a 56,3% entre 2007 y 2009. Esta es una situación preocupante debido a la importancia de la vacunación en niños menores de 5 años...” “..Los controles de crecimiento es un producto que requiere una concentración prioritaria de esfuerzos por la ausencia de progreso considerando los niveles extremadamente bajos de su cobertura (17%).”

	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
				ampliación de cobertura, se está contemplando S/. 254 millones adicionales, de los cuales S/.180 millones son para la compra del biológico y S/. 75 millones para los gastos operativos en las regiones.		
Año 5		Asimismo se ha modificado la atención de inmunizaciones mediante la incorporación de la vacuna pentavalente previéndose cubrir una población de aproximadamente 7 millones de personas a un costo de S/. 46 millones. Entre otras prioridades se tiene la atención de la salud del niño mediante atenciones preventivas control desarrollo y vigilancia se asignado para tal efecto asciende a S/. 13 millones.				

	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
		<p>el <u>Programa Nacional Wawa Wasi</u> que atenderá a 47,000 niñas y niños menores de 3 años (11'891,000 atenciones);</p> <p><u>Programas Nutricionales y Alimentarios del PRONAA</u> (69 Provincias) y para los Proyectos de Infraestructura Social y Productiva (1 417 distritos). Finalmente, destaca en esta función la inclusión de un nuevo programa de inclusión social y superación de la pobreza de las familias vulnerables y excluidas, a través de acciones como el Programa de Apoyo Nacional a los más Pobres_ <u>JUNTOS</u> para el que se ha previsto recursos por S/. 300,0 millones en la PCM.</p>				

	2001-2006		2006-2011		2011-2016	
	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios	Resultados	Servicios
cometario	En materia social, el foco del documento son los programas de asistencia alimentaria, no aparece en el discurso metas en indicadores de resultados. En los últimos años se enfatiza el Programa JUNTOS. Las entidades PRONAA y el SIS mantienen su presencia a lo largo del periodo de gobierno.		La primera exposición de motivos mantiene claramente centrado su atención en los programas de asistencia alimentaria y JUNTOS. El “RESULTADO” no aparece. Recién a partir del año siguiente (Elaborado el 2007 para sustentar el proyecto de presupuesto 2008), se incluye de manera extensa al abordaje de la desnutrición crónica señalando la creación del PAN, sus indicadores de resultado, metas de reducción al 2016, resultados intermedios e intervenciones priorizadas. Estos párrafos serán el sustento del capítulo IV del proyecto de Ley de Presupuesto correspondiente a los artículos de “Presupuesto por Resultados”. En los sucesivos años se presenta avances y retrocesos en indicadores de resultado y producto vinculado con el PAN. La exposición de motivos es impregnado del PAN, aunque en el 2011 es evidente que pierde presencia, desaparece el capítulo IV dedicado a presupuesto por resultados en cuya sección se dedicaba una presentación de cada Programas Estratégico. “..En cuanto a las prioridades en salud, se destina recursos para la reducción de la desnutrición crónica de 18% a 16% al 2011”		En la exposición de motivos del proyecto de Ley de presupuesto para el 2012 se aprecia un contraste respecto del 2010. Al igual que en el 2011 no se presenta un capítulo dedicado a los Programas Presupuestales, sino que se van mencionado al momento de comentar el presupuesto asignado por funciones. Brevemente se señala la relevancia de los Programas sociales priorizados, y entre ellos se menciona JUNTOS, PAN, CUNA MAS. Se resalta el Programa JUNTOS, comienza a ser un Programa independiente del PAN, cuyo resultado específico es incrementar la cobertura de dos productos del PAN. (CRED y Vacunas).	

**Leyes Anuales de Presupuesto Público. Resúmenes y extractos vinculados con la desnutrición crónica.**

Año	Artículos en la Ley de Presupuesto
-----	------------------------------------

Año	Artículos en la Ley de Presupuesto
2006	<p>“.. no pueden ser objeto de anulaciones presupuestarias los créditos presupuestarios asignados a las actividades Atención de la Mujer Gestante, Atención de Niño Sano Menor de Cinco Años, Atención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Enfermedades Respiratorias Agudas, Atención de Neonato Menor de 29 Días,... . Cada una de las actividades y componentes protegidos deberá contar con códigos únicos de actividad y componente, según corresponda, en el clasificador funcional programático. Dichos códigos serán de uso obligatorio por todas las instituciones responsables de la ejecución de las actividades señaladas. El procedimiento de adecuación será aprobado mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Economía y Fianzas, el Ministro de Salud y el Ministro de Educación, según sea el caso.”</p>
2007	<p>“.. Capítulo IV, artículo 10, implementación de presupuesto por resultados , en el artículo 11.2, Se priorizará a favor de la infancia, la implementación de la Mejora de Calidad de Gasto y la Gestión por Resultados, para las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Registro de nacimientos y de identidad.</li> <li>b) Atención de la mujer gestante.</li> <li>c) Atención del niño menor de cinco años.</li> <li>d) Atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.</li> <li>e) Atención de neonato menor de veintinueve días.</li> <li>f) Control de asistencia de profesores y alumnos.</li> <li>g) Atención educativa prioritaria a niños y niñas de 5 a 7 años.</li> <li>h) Formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria.</li> <li>i) Supervisión, Monitoreo, Asesoría Pedagógica y Capacitación a Docentes.</li> <li>j) Atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo.</li> <li>k) Abastecimiento de agua segura y vigilancia y control de la calidad de agua para consumo.</li> </ul> <p>Artículo 16. encargar al INEI la generación de los indicadores. “</p>
2008	<p>“.. Artículo 15.2 En el Año Fiscal 2008 se implementan los Programas Estratégicos siguientes: Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional, Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo, Acceso a la Identidad y Acceso a Servicios Básicos, y Oportunidades de Mercado en los Pliegos Presidencia del Consejo de Ministros, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, según corresponda.”</p> <p>“...encargar al INEI la generación de los indicadores. “</p>
2009	<p>“.. <b>Artículo 80°.- Modificaciones presupuestarias a nivel institucional entre entidades</b> No pueden ser objeto de anulaciones presupuestarias los créditos presupuestarios asignados para el financiamiento de los Programas Presupuestales Estratégicos con excepción de aquellos que hayan alcanzado sus metas físicas programadas, en cuyo caso, el monto será reasignado en otras prioridades definidas en los Programas Presupuestales Estratégicos. Las entidades responsables de ejecución de recursos públicos podrán realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional dentro del marco de Presupuesto por Resultados (PpR), mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y el Ministro del Sector correspondiente, con el objeto de dar un mayor nivel de atención y prioridad a determinadas finalidades según ámbitos geográficos. En el caso del Seguro Integral de Salud, los recursos destinados a la ejecución de prestaciones del primer y segundo nivel de atención no podrán ser objeto de anulaciones presupuestarias a favor de prestaciones de mayor nivel de complejidad. ”</p>
2010	<p>“1.4 Los créditos presupuestarios aprobados al Ministerio de Economía y Finanzas por la presente Ley comprenden recursos hasta por la suma de UN MIL OCHOCIENTOS MILLONES Y 00/100 NUEVOS SOLES (S/. 1 800 000 000,00) para ser destinados a los siguientes fines:”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) SEISCIENTOS MILLONES Y 00/100 NUEVOS SOLES (S/. 600 000 000,00) para el financiamiento del Programa de Modernización Municipal que se crea en virtud de la presente disposición, para el período 2010-2013, con el objeto de generar condiciones que permitan un crecimiento sostenido de la economía local y la reducción de los índices de desnutrición crónica infantil a nivel nacional. (*)</li> </ul> <p>1.6 Los créditos presupuestarios aprobados por la presente Ley al Ministerio de Salud comprenden recursos hasta por la suma de SESENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE Y 00/100 NUEVOS SOLES (S/. 61 863 459,00) destinados a los gastos operativos para la aplicación de vacunas para niños menores de cinco (5) años dentro del marco</p>

Año	Artículos en la Ley de Presupuesto
	<p>del Programa Estratégico Articulado Nutricional, a cargo de los gobiernos regionales. Mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Salud y por el Ministro de Economía y Finanzas, se transfieren, en el mes de enero del Año Fiscal 2010, los créditos presupuestarios a los gobiernos regionales. “</p> <p>“<b>VIGÉSIMA SÉTIMA.-</b> Establécese que las entidades del Gobierno Nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales asumen como prioridad en su gestión el logro de los siguientes resultados a favor de la población: a) la reducción de la desnutrición crónica infantil; b) la reducción de la mortalidad materna y neonatal; c) la mejora en los niveles de comprensión lectora y matemática; d) el incremento del acceso de la población a la identidad; e) la reducción del tiempo de acceso a centros de servicios sociales (salud y educación) y a mercados; f) el incremento del acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas en áreas rurales; g) el incremento de la cobertura y uso de la telefonía e internet en áreas rurales; y, h) el incremento en la cobertura energética operativa en hogares rurales.</p> <p>Para el logro de tales resultados, los esfuerzos en materia presupuestaria se orientan al financiamiento de las intervenciones y productos de los programas presupuestales estratégicos, según el siguiente orden de prelación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa Articulado Nutricional.</li> <li>2. Salud materno neonatal.</li> <li>3. Logros de aprendizaje al finalizar el III Ciclo.</li> <li>4. Acceso de la población a la identidad.</li> <li>5. Acceso a servicios sociales básicos y oportunidades de mercado.</li> <li>6. Acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas para poblaciones rurales.</li> <li>7. Acceso a energía en localidades rurales.</li> <li>8. Acceso a servicios públicos esenciales de telecomunicaciones en poblaciones rurales.</li> </ol> <p>“</p> <p>“<b>Artículo 80.- Modificaciones presupuestarias a nivel institucional entre entidades.</b> No pueden ser objeto de anulaciones presupuestarias los créditos presupuestarios asignados para el financiamiento de los Programas Presupuestales Estratégicos con excepción de aquellos que hayan alcanzado sus metas físicas programadas, en cuyo caso, el monto será reasignado en otras prioridades definidas en los programas presupuestales estratégicos. Las entidades responsables de ejecución de recursos públicos podrán realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional dentro del marco de Presupuesto por Resultados (PpR), mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y el ministro del sector correspondiente, con el objeto de dar un mayor nivel de atención y prioridad a determinadas finalidades según ámbitos geográficos.”</p>
2011	<p>“..Artículo 1. Inciso 4, c).</p> <p>Hasta por la suma de DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTIÚN MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO Y 00/100 NUEVOS SOLES (S/. 273 221 325,00), para el financiamiento de la provisión de servicios en el marco de los Programas Presupuestales Estratégicos, conforme al detalle siguiente: i) en el pliego Ministerio de Salud, para los Programas Presupuestales Estratégicos: Articulado Nutricional Salud, Materno Neonatal, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles, y Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, por la suma de DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIÚN MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO Y 00/100 NUEVOS SOLES (S/. 245 221 325,00), para la provisión de servicios a cargo de los gobiernos regionales; y, ii) en el pliego Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para el Programa Presupuestal Estratégico Prevención y Control del Cáncer, por la suma de VEINTIOCHO MILLONES Y 00/100 NUEVOS SOLES (S/. 28 000 000,00), para la provisión de servicios a cargo de los establecimientos de salud a nivel nacional.</p> <p>Mediante decretos supremos se transfieren, hasta el 31 de enero del año 2011, los créditos presupuestarios a los pliegos respectivos, los mismos que se ejecutan a nivel de establecimiento de salud, con sujeción al registro y actualización de la base de datos del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA)…”</p> <p>“ ..Artículo 12.1 A partir del año 2011, para la incorporación de nuevos beneficiarios en todos los programas sociales o de subsidios del Estado que se vengán ejecutando en el marco de las disposiciones legales vigentes, es necesario que se identifiquen con el Documento Nacional de Identidad (DNI) y se seleccionen tomando en cuenta la evaluación de elegibilidad realizada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). Las entidades a cargo de los …”</p> <p>SEXAGÉSIMA SÉTIMA.- Establécese que las entidades del Gobierno Nacional, gobiernos regionales y</p>

Año	Artículos en la Ley de Presupuesto
	<p>gobiernos locales asumen como prioridad en su gestión el logro de los siguientes resultados a favor de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La reducción de la desnutrición crónica infantil;</li> <li>b) La reducción de la mortalidad materna y neonatal;</li> <li>c) La mejora en los niveles de comprensión lectora y matemática;</li> <li>d) El incremento del acceso de la población a la identidad;</li> <li>e) La reducción del tiempo de acceso a centros de servicios sociales (salud y educación) y a mercados;</li> <li>f) El incremento del acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas en áreas rurales;</li> <li>g) El incremento de la cobertura y uso de la telefonía e internet en áreas rurales; y,</li> <li>h) El incremento en la cobertura energética operativa en hogares rurales.</li> </ul> <p>Para el logro de tales resultados, los esfuerzos en materia presupuestaria se orientan al financiamiento de las intervenciones y productos de los programas presupuestales estratégicos, según el siguiente orden de prelación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa Articulado Nutricional.</li> <li>2. Salud materna neonatal.</li> <li>3. Logros de aprendizaje al finalizar el III Ciclo.</li> <li>4. Acceso de la población a la identidad.</li> <li>5. Acceso a servicios sociales básicos y oportunidades de mercado.</li> <li>6. Acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas para poblaciones rurales.</li> <li>7. Acceso a energía en localidades rurales.</li> <li>8. Acceso a servicios públicos esenciales de telecomunicaciones en poblaciones rurales.</li> </ol> <p>DÉCIMA.- El Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011 comprende recursos hasta por el monto de SEIS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y 00/100 NUEVOS SOLES (S/. 6 472 680,00), destinados al financiamiento en el marco de los Programas Presupuestales Estratégicos Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal y Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo de Educación Básica Regular, vinculados al financiamiento de intervenciones orientadas a disminuir la desnutrición crónica, la muerte materna y neonatal, y la mejora de los logros de aprendizaje, a favor de las poblaciones indígenas y amazónicas de la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas. Para tal fin, la ejecución de dichos recursos es efectuada conforme a los procedimientos y lineamientos establecidos en la trigésima sexta disposición final de la Ley N° 29465, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2010, en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, y conforme al artículo 45 de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.</p>
2012	<p>“.. Artículo 18. Programas Presupuestales en materia de salud.</p> <p>Establécese que en el presupuesto del Pliego Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se ha consignado el monto de S/. 74 955 384,00 (SETENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO Y 00/100 NUEVOS SOLES), con el objeto de transferirlo a los gobiernos regionales, para efecto del Programa Presupuestal Prevención y Control del Cáncer. Asimismo, en el Pliego Ministerio de Salud, se ha consignado el monto de S/. 680 960 351,00 (SEISCIENTOS OCHENTA MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UNO Y 00/100 NUEVOS SOLES), para ser transferido a los gobiernos regionales, para los programas presupuestales: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, y Enfermedades No Transmisibles.</p> <p>Para efecto de lo establecido en los párrafos primero y segundo, las transferencias de partidas se realizan mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Salud y el Ministro de Economía y Finanzas, y en dos etapas: la primera etapa, hasta el 31 de enero de 2012, y la segunda, hasta el 31 de mayo de 2012, y se ejecuta a nivel de establecimiento de salud.</p> <p>Los recursos correspondientes a la primera etapa se transfieren con sujeción al registro y actualización de la base de datos del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) y a la presentación de las metas departamentales de cobertura de los productos de los programas presupuestales respectivos. La segunda etapa de las transferencias se realiza con sujeción a la actualización de las bases de datos del módulo de patrimonio del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) consolidado contablemente, por punto de atención, y del registro de datos - HIS y de los egresos hospitalarios de los establecimientos de salud. Adicionalmente, para el caso del Ministerio de Salud (MINSa), se requerirá el padrón nominado de los beneficiarios al Programa Articulado Nutricional y el seguimiento de pacientes del programa TBC-VIH/SIDA. ..”</p>

### Directivas Implementadas periodo 2010 – 2014 – Región Ayacucho

Denominación	Numeración Directiva	N° de Resolución	Fecha	Objetivo	Finalidad	Sector
Directiva: Programación Operativa de los Programas Presupuestarios de Salud	Directiva Nro.002-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DG-OEA	RDR N° 150-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	10 febrero 2012	Establecer roles, responsabilidades, procedimientos, flujos y tecnologías para el proceso de la programación operativa de los Programas Presupuestales y no Presupuestales.	Mejorar la Programación de los productos entregados a la población objetivo	Dirección Regional de Salud
Directiva: Organización en la Administración y Gestión Logística en la Dirección Regional de Salud Ayacucho.	Directiva Nro.001-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DG-OEA	RDR N° 161-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	10 febrero 2012	Establecer procedimientos técnicos para la ejecución de los procesos logísticos	Mejorar los procesos de Programación, Ejecución y Distribución de bienes y servicios de los Programas Presupuestarios.	Dirección Regional de Salud
Directiva de Registro de uso, custodia, medidas de seguridad y control de bienes patrimoniales en la DIRESA y sus Dependencias	Directiva Nro.001-2012-GRA-GG-DIRESA-DE-OEA-OASA-OURCP	RDR N° 158-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	10 febrero 2012	Establecer normas para realizar registro de uso, custodia, medidas de seguridad y control de bienes patrimoniales para asignar responsabilidades y racionalidad a fin de asegurar el uso correcto de los bienes.	Normar el cumplimiento a fin de asegurar el uso, conservación y custodia de los bienes patrimoniales de la institución	Dirección Regional de Salud
Directiva: Procedimientos para el alta y baja de bienes patrimoniales de la DIRESA y sus dependencias	Directiva Nro.002-2012-GRA-GG-DIRESA-DR-OEA-OASA-OURCP	RDR N° 159-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	10 febrero 2012	Dar alta de los bienes muebles sobrantes. Regularizar la situación registral de los vehículos automotores que no cuentan con documentación. Dar de baja a los bienes muebles faltantes.	Establecer procedimientos de alta y baja de los bienes inmuebles propiciando la transparencia en la administración patrimonial.	Dirección Regional de Salud
Directiva:	Directiva	RDR N°	10	Documento	Contribuir a	Dirección



<b>Denominación</b>	<b>Numeración Directiva</b>	<b>N° de Resolución</b>	<b>Fecha</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Finalidad</b>	<b>Sector</b>
Adecuación de la norma técnica de salud en la atención integral del niño/a menor de 5 años en el marco del PAN.	Nro.002-2012-GRA-GG-DIRESA-DR-OEA-OASA-OURCP	152-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	febrero 2012	normativo adecuado a la realidad regional para su implementación y fácil aplicación en el ámbito de la Región.	mejorar el desarrollo integral de la población infantil de cero a cinco años, y a mejorar su salud y estado nutricional.	Regional de Salud
Directiva que regula los procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización de la base de datos de atenciones y prestaciones individuales recibida por cada afiliado al SIS y el Programa Juntos.	Nro.001-2012- GRA-GG-DIRESA-DR/DESP-DAP	RDR N° 154-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	10 febrero 2012	Implementar procedimientos que estandaricen el registro, almacenamiento y organización de las bases de datos relacionados a las atenciones y prestaciones que se brinda a los beneficiarios del SIS y Programa Juntos.	Disponer de las bases de datos de atenciones y prestaciones para la elaboración de reportes de información y el análisis respectivo.	Dirección Regional de Salud
Directiva: Captura, Organización y Almacenamiento de datos.	Nro.001-2012- GRA-GG-DIRESA-DR/DESP-DAP	RDR N° 160-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	10 febrero 2012	Orientar a la adecuada administración y gestión de datos de los sistemas de SIGA y SIAF de las U.E.	Gestionar, administrar y garantizar la disponibilidad de datos para brindar información oportuna.	Dirección Regional de Salud
Directiva: Captura, Almacenamiento y Organización de la base de datos, de Padrón de EESS actualizado y conciliado en el ámbito de la Dirección Regional de Ayacucho.	Nro.001-2012- GRA-GG-GRDS-DIRESA-DESP-DSS-CRGRMR	RDR N° 148-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	09 febrero 2012	Establecer roles, responsabilidades, procedimientos, flujos y tecnologías para la captura, almacenamiento y la organización de la base de datos de los Establecimientos de Salud	Mantener actualizado y conciliado la base de datos de los Establecimientos de Salud.	Dirección Regional de Salud
Elaboración, actualización y Autenticación del Padrón Nominado de Niños menores	Nro.006-2013- GRA-GG-GRDS-DIRESA-DR-DESP-DP	RDR N° 754-2013-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	19 junio 2013	Establecer los roles, competencias y tecnologías para la captura, almacenamiento y	Identificar el número de beneficiarios el número de beneficiarios de los productos	Dirección Regional de Salud

<b>Denominación</b>	<b>Numeración Directiva</b>	<b>N° de Resolución</b>	<b>Fecha</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Finalidad</b>	<b>Sector</b>
de 5 años en el marco de PpR				organización de la base de datos del Padrón Nominado de Niños y Niñas < de 5 años.	que se oferta en los servicios de salud en el marco de PpR.	
Cartera de Servicios por Puntos de Atención, categoría, finalidad y sub finalidad	-	RDR N° 1284-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	02 agosto 2012	Definir la Cartera de Servicios de los Establecimientos de Salud, según categoría año 2012	Identificar los servicios que brinda los EE.SS. para efectos de programación y asignación de bienes y servicios según nivel de categoría.	Dirección Regional de Salud
Escala Salarial para el personal de Salud Contratado por el Régimen de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) en el primer y segundo nivel de atención.	-	RDR N° 1298-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	06 agosto 2012	Precisar los alcances y procedimientos para su ejecución sobre la Directiva 001 y 002, aprobado con RDR N° 162-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR		Dirección Regional de Salud
Escala Salarial para el personal de Salud Contratado por el Régimen de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) en el primer nivel de atención.	Directiva 001-2012-GRA/GG-GRDS—DIRESA-DEGDRRH	RDR N° 162-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	10 febrero 2012	Establecer que el personal contratado tenga una remuneración justa, equitativa, se sienta motivado y valorado.	Garantizar la permanencia del personal de salud en los Establecimientos de Salud	Dirección Regional de Salud
Escala Salarial para el personal de Salud Contratado por el Régimen de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) en el segundo nivel de atención.	Directiva 002-2012-GRA/GG-GRDS—DIRESA-DEGDRRH	RDR N° 162-2012-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	10 febrero 2012	Establecer que el personal contratado tenga una remuneración justa, equitativa, se sienta motivado y valorado.	Garantizar la permanencia del personal de salud en los Establecimientos de Salud	Dirección Regional de Salud
Directiva:	Directiva	RDR N°	10	Implementar los		Dirección

<b>Denominación</b>	<b>Numeración Directiva</b>	<b>N° de Resolución</b>	<b>Fecha</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Finalidad</b>	<b>Sector</b>
Contratación, Renovación y Prórroga Contractual del Personal sujeto al CAS en la Unidad Ejecutora 400 – Dirección Regional de Salud Ayacucho	018-2012- GRA/GG-GRDS—DIRESA-DEGDRRH	162-2012- GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	setiembre 2012	procedimientos para la : Contratación, Renovación y Prórroga Contractual del Personal		Regional de Salud
Directiva: Escala remunerativa mensual del personal administrativo y asistencial que desarrolla labores administrativas sujeto al régimen especial del CAS en la Unidad Ejecutora 400 – Dirección Regional de Salud Ayacucho	Directiva 020-2012- GRA/GG-GRDS—DIRESA-DEGDRRH	RDR N° 162-2012- GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	26 diciembre 2012	Implementar los procedimientos para la : Contratación, Renovación y Prórroga Contractual del Personal	Establecer una Escala Remunerativa Mensual del Personal administrativo y asistencial que desarrolla labores administrativas	Dirección Regional de Salud
Acuerdo de Cooperación Interinstitucional entre la Dirección Regional de Salud Ayacucho, Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (Reniec) y el Programa Nacional de Apoyo a los más Pobres	Acuerdo Regional	RDR N° 1273-2012- GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR	30 julio 2012	Incrementar el acceso de los niños y niñas < de 59 meses, para que obtengan oportunamente el DNI y afiliación al Seguro Integral de Salud antes de los 30 días	Acceso oportuno de los niños y niñas a los servicios de salud, transferencia de incentivos y otros beneficios sociales a través de la intervención articulada entre Reniec, SIS y el Programa Juntos	Dirección Regional de Salud

**Normativa regional generada en el marco de EUROPAN en el GORE Huancavelica 2010-2013**

- ✓ La Región aprobó a través de la Resolución Directoral Regional N° 085-2012/GOB.REG-HVCA/DIRESA, la Directiva Administrativa N°007-2012-GRHVCA/GRDS/DIRESA/DESP\_DSSyGC, de febrero del 2012, a través de la cual se estableció las normas y procedimientos técnico administrativo para la ejecución de la adquisición y reposición de equipamiento en los establecimientos de salud. Esta directiva ha ayudado a las Unidades Ejecutoras, en sus procesos de compra, haciéndolas más rápidas.
- ✓ **Resolución Gerencial General Regional N°147-2013/GOB.REG-HVCA/GGR, de fecha 13 de Febrero 2013.** El Gobierno Regional elaboró una lista de EE.SS. priorizados mediante el cual se garantizaba el acceso físico menor a una hora al **80%** de los residentes pobres del Departamento de Huancavelica. Asimismo, dicho listado contribuyó en la priorización de establecimientos de salud para las inversiones del Gobierno Regional.

N°	Documento solicitado por el Convenio	Documento generado por la Región	Cambio generado
1	Resolución que aprueba la <b>Directiva para la administración y gestión del Padrón Nominado:</b> Mantener actualizado el Padrón Nominal con datos de CUI/DN autenticado.	Directiva Administrativa N° 003-2011-GRHVCA/GRDS/DIRESA/DEIS-DEI-DGyDI), “ <i>Normas y procedimientos para administración del padrón nominado de niños</i> ”, aprobada con Resolución Directoral Regional N° 797-2011/GOB.REG-HVCA/GGR, del 09 de febrero del 2012.	Permitió a la Región, mantener un Padrón Nominado Actualizado; elemento fundamental para la programación operativa en el SIGA y para la formulación presupuestal.
2	Resolución que aprueba la <b>Directiva que organiza el Proceso de programación operativa:</b> Requerimiento de bienes y servicios por establecimiento de salud.	“ <i>Directiva para la programación Operativa de los Programas Presupuestarios Estratégicos – PPE de Salud</i> ”, aprobada mediante Resolución Gerencial General Regional N° 148-2012/GOB.REG-HVCA/GGR, del 09 de febrero del 2012.	Dicha norma, ha sido fundamental para la programación presupuestal en el SIGA y en la formulación presupuestal.

N°	Documento solicitado por el Convenio	Documento generado por la Región	Cambio generado
3	Resolución que aprueba la <b>Directiva para Programación Contratación y Selección de Recursos Humanos</b> a nivel de cada establecimiento y centro de costo.	Directiva N° 004-2011/GOB.REG.HVCA/GRPPyAT-SGDIEI), “ <i>Normas y procedimientos para la contratación de personal bajo régimen especial de contratación administrativa de servicios en el Gobierno Regional de Huancavelica</i> ”, aprobada con Resolución Gerencial General Regional N° 401-2011/GOB.REG-HVCA/GGR, del 24 de agosto del 2011.	Ha contribuido en establecer una uniformidad en los procedimientos para la contratación CAS en el Gobierno Regional.
4	Resolución que aprueba la <b>Directiva para la Organización en la administración y gestión Logística: Recepción, almacenamiento y distribución de Bienes y Servicios.</b>	Directiva N° 005-2011/GOB.REG-HVCA/GRPPyAT-SGDIEI, <i>Normas y procedimientos para las adquisiciones y contrataciones de bienes y servicios cuyos montos sean iguales o inferiores a 3UIT, que realice el Gobierno;</i> aprobado por Resolución Gerencial General Regional N° 397-2011/GOB.REG-HVCA/GGR, del 24 de agosto del 2011. <b>“Regional Huancavelica”</b>	Ha contribuido en establecer lineamientos estandarizados para las adquisiciones y contrataciones de bienes y servicios cuyos montos sean iguales o inferiores a 3UIT, en el Gobierno Regional
5	Resolución Regional que aprueba la <b>Directiva para la administración y gestión de Patrimonio: Procedimientos para Altas, Bajas y Enajenaciones de Bienes.</b>	Directiva para la administración de los almacenes del Gobierno Regional de Huancavelica. Directiva N° 008-2011/GOB.REG-HVCA/GRPPYAT-SGDIEI, “ <i>Directiva para la administración de los almacenes del Gobierno Regional de Huancavelica – Sede Central</i> ” aprobada con Resolución Gerencial General Regional N° 400-2011/GOB.REG-HVCA/GGR, del 24 de agosto del 2011.	Se ha ordenado la gestión patrimonial a nivel de las Unidades Ejecutoras. Un ejemplo a mostrar, es el buen nivel de registro patrimonial en los establecimientos de salud.

N°	Documento solicitado por el Convenio	Documentos generado por la Región	Cambio generado
1	NORMA REGIONAL QUE ESTABLECE LOS MECANISMOS Y PROCEDIMIENTOS PARA ENTREGAR CADA PRODUCTO	DIRECTIVA ADMINISTRATIVA REGIONAL N° 004 - 2012/ GRHVCA/GRDS/DIRESA/DESP  <b>DIRECTIVA REGIONAL QUE ORIENTA EL FLUJO Y PROCEDIMIENTO DE CRED COMPLETO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS</b>	Ha permitido estandarizar o regular los flujos y procedimientos del CRED completo en niños menores de 5 años, en los establecimientos de salud de la Región
2	ACORDE A LA NORMA NACIONAL PERO ADECUADO A LA REALIDAD LOCAL	DIRECTIVA ADMINISTRATIVA REGIONAL N° 005-2012-GRHVCA/GRDS/DIRESA/DESP/DAIS  DIRECTIVA REGIONAL QUE ORIENTA EL FLUJO Y PROCEDIMIENTO DE ENTREGA OPORTUNA DE VACUNA COMPLETA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.	Ha contribuido estandarizar o regular los flujos, procedimientos y responsabilidades para la entrega oportuna de la vacuna completa en niños menores de 5 años, en los establecimientos de salud de la Región
3		DIRECTIVA ADMINISTRATIVA REGIONAL N° 006-2012-GRHVCA/GRDS/DIRESA/DESP/DAIS DIRECTIVA SANITARIA DE SUPLEMENTACION CON MULTIMICRONUTRIENTES Y TRATAMIENTO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, GESTANTES Y PUERPERAS	Ha permitido estandarizar o regular los flujos y procedimientos para prevención y tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años, gestantes y puerperas en los establecimientos de salud de la Región

**RELACIÓN DE NORMATIVIDAD SOBRE PROCEDIMIENTOS SOBRE CAPTURA,  
ALMACENAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE BASES DE DATOS**

Nº	Documento solicitado por el Convenio	Documento generado por la región	Cambio generado
1	Procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización eficiente de la base de datos del <b>Padrón de Establecimientos de Salud</b> Autenticado y actualizado:	Directiva N° 002-2011/GRHVCA/GRDS/DIRESA/DESP - DSyGC/DEIS.DGyDI aprobada con Resolución Directoral Regional N° 798-2011/GOB.REG-HVCA/DIRESA, del 22 de Agosto de 2011. <i>“Normas y procedimientos para la administración del Padrón de establecimientos de salud, conciliado de la Dirección Regional</i>	Ha establecido con claridad los procedimientos para la actualización del Padrón de Establecimientos de Salud y su respectiva conciliación con las
2	Procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización eficiente de la base de datos del <b>Padrón Nominado</b> , autenticado y actualizado <b>de beneficiarios del PAN</b> , tomando como base de los afiliados al Seguro Integral de Salud y el Programa Juntos	Resolución Directoral Regional N° 799-2011/GOB.REG-HVCA/DIRESA, del 22 de Agosto de 2011  <i>“Manual de procedimientos para la administración de la base de datos del Padrón Nominado”</i>	Ha establecido los procedimientos para la construcción, actualización y administración del Padrón Nominado, en los diferentes niveles de organización de la
3	Procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización eficiente de la <b>base de datos de las atenciones y prestaciones individuales</b> recibidas por cada uno de los afiliados al Seguro Integral de Salud y al Programa Juntos.	Resolución Directoral Regional N° 799-2011/GOB.REG- HVCA/DIRESA, del 22 de Agosto de 2011.  <i>“Manual de procedimientos para la integración de las bases de datos en el Data WareHouse”</i>	Ha servido para integrar las bases de datos del SIS, HIS, SISMED, NOTISP, SIGA y SIAF, en el <i>Data WareHouse</i> .

N°	Documento solicitado por el Convenio	Documento generado por la región	Cambio generado
4	Procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización eficiente de la base de datos de las operaciones que se registran en el SIGA y en el SIAF.	<p>Directiva N° 002-2012/GOB.REG-HVCA/GRPPyAT-SGDI</p> <p><i>“Procedimientos para el Recabado Organización y Almacenamiento Eficiente de la Información contenida en la base de datos de las operaciones efectuadas y registradas en el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA), Gobierno Regional de Huancavelica, aprobado con Resolución Gerencial General Regional N° 149-2012/GOB.REG-HVCA/GGR, del 09 de febrero del 2012”</i></p> <p>Resolución Gerencial General Regional N° 398-2011/GOB.REG-HVCA/GGR, del 24 de agosto del 2011 que aprueba la Directiva N°006-011/GOB.REG.HVCA/GRPPyAT-SGDI, que aprueba las <i>“Normas y Procedimientos para el Proceso</i></p>	Ha permitido a la Región, normar los procedimientos a seguir por el Pliego y sus Unidades Ejecutoras, respecto a los procesos de captura, almacenamiento y organización de los datos del SIGA.

#### Normativa regional generada en el marco de EUROPAN en el GORE Apurímac 2010-2013

- ✓ Los Documentos Normativos fueron emitidos a partir del 2012, en este año coadyuvo a ordenar varios procesos críticos, pero hasta ese año se trabajaban con cuatro Unidades Ejecutoras: la DIRESA Apurímac, DISA Andahuaylas, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega y el Hospital Sub Regional Andahuaylas, a partir del 17 de Diciembre del 2012 se crean 6 Unidades Ejecutoras más, siendo los años siguientes periodos de transición críticos ya que el aparataje administrativo no conto con financiamiento y acompañamiento técnico por lo que muchos documentos normativos se perdieron.
- ✓ Resolución Directoral N° 083 – DG-DIRESA-AP de fecha 07 de febrero 2013, mediante el cual se aprueba la Relación de los Establecimientos de Salud Priorizados de la DIRESA en el marco del Convenio EUROPAN, para la priorización de inversiones para los servicios de atención infantil. Por su parte la DISA Chanka también emitió la Resolución Directoral N° 015 -2013-DG-DEGRRHH-DISA-AP-II, de fecha 07 de febrero 2013, mediante el cual aprueba el listado de establecimientos de salud estratégicos en el marco de las Redes de los Servicios de Salud. a la vez se emitió



Resolución Directoral N° 059-2013-DG-DIRESA-DISA-AP de fecha 30 de enero del 2013, que aprueba la categorización de los Establecimientos de Salud públicos con población asignada para la priorización de inversiones.

#### Relación de normatividad generada en el marco del Convenio

	Documento solicitado	Documentos enviados
	Resolución que aprueba la <b>Directiva para la administración y gestión del Padrón Nominado</b> : Mantener actualizado el Padrón Nominal con datos de CUI/DN autenticado.	DIRECTIVA N° 005-2012-GR.APURIMAC/11/GRDS, aprobada con Resolución gerencial Regional N° 013-2012-GR.APURIMAC/GRDS. <b>“Directiva para la Administración y Gestión del Padrón Nominado de Niños Menores de 5 años en la Región Apurímac”. (DEJO DE OPERAR POR CAMBIO DE LINEA AHORA CORRESPONDE AL GOBIERNO LOCAL)</b>
	Resolución que aprueba la <b>Directiva que organiza el Proceso de programación operativa</b> : Requerimiento de bienes y servicios por establecimiento de salud	DIRECTIVA N° 006-2012-GR.APURIMAC/11/GRDS, aprobada con Resolución gerencial Regional N° 014-2012-GR.APURIMAC/GRDS. <b>“Directiva que organiza el proceso de programación operativa: Requerimiento de Bienes y Servicios”. IMPLEMENTACION PARCIAL</b>
	Resolución que aprueba la <b>Directiva para Programación Contratación y Selección de Recursos Humanos</b> a nivel de cada establecimiento y centro de costo.	DIRECTIVA N° 007-2012-GR.APURIMAC/11/GRDS, aprobada con Resolución gerencial Regional N° 015-2012-GR.APURIMAC/GRDS. <b>“Directiva para la Contratación y Selección de Recursos Humanos en las Unidades Ejecutoras del Sector Salud de la Región Apurímac”. SE PERDIO LA APLICACIÓN TRAS LA CREACION DE LAS NUEVAS UNIDADES EJECUTORAS</b>
	Resolución que aprueba la <b>Directiva para la organización en la administración y gestión Logística</b> : Recepción, almacenamiento y distribución de Bienes y Servicios.	DIRECTIVA N° 008-2012-GR.APURIMAC/11/GRDS, aprobada con Resolución gerencial Regional N° 016-2012-GR.APURIMAC/GRDS. <b>“Directiva para la Organización en la Administración y Gestión Logística, Recepción, Almacenamiento y Distribución de Bienes y Servicios”. SI SE IMPLEMENTO PERO AHORA EL PROBLEMA ES LA SE DEMORA ES LA ADQUISICION</b>
	Resolución Regional que aprueba la <b>Directiva para la administración y gestión de Patrimonio</b> : Procedimientos para Altas, Bajas y Enajenaciones de Bienes.	DIRECTIVA N° 009-2012-GR.APURIMAC/11/GRDS, aprobada con Resolución gerencial Regional N° 017-2012-GR.APURIMAC/GRDS. <b>“Directiva para la Administración y Gestión de Patrimonio: Procedimiento para altas, bajas y enajenaciones de bienes”. DEBIL DIFUSION A LAS UNIDADES EJECUTORAS NUEVAS</b>
	Norma Regional que establece los Mecanismos y Procedimientos para entregar cada producto acorde a la Norma Nacional pero adecuado a la realidad local.	DIRECTIVA N° 011-2012-GR.APURIMAC / 11 / GRDS, aprobada con Resolución Gerencial Regional N°019-2012-GR.APURIMAC/GRDS; <b>“Directiva de Gestión que establecen roles, procedimientos y flujos para procesos Vinculados Directamente con la Vacunación y Control de CRED Completo según edad, suplementación a niños con hierro y Vitamina A, Suplementación de Hierro y ácido Fólico a Gestantes” IMPLEMENTACION PARCIAL.</b>
1	Procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización eficiente de la base de datos del <b>Padrón de Establecimientos de Salud</b> : Autenticado y actualizado:	DIRECTIVA N° 012-2012-GR.APURIMAC / 11 / GRDS, aprobada con Resolución Gerencial Regional N° 020-2012-GR.APURIMAC/GRDS; <b>“Procedimientos para la Captura, almacenamiento y organización eficiente de LA BASE DE DATOS DEL PADRÓN ACTUALIZADO Y CONCILIADO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”.</b>

Procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización eficiente de la base de datos del <b>Padrón Nominado</b> , autenticado y actualizado de <b>beneficiarios del PAN</b> , tomando como base de los afiliados al Seguro Integral de Salud y el Programa Juntos.	DIRECTIVA N° 012-2012-GR.APURIMAC / 11 / GRDS, aprobada con Resolución Gerencial Regional N° 020-2012-GR.APURIMAC/GRDS; <b>“Procedimientos para la Captura, almacenamiento y organización eficiente de la BASE DE DATOS DEL PADRÓN NOMINADO, autenticado y actualizado de beneficiarios del PAN, tomando como base de los afiliados al Seguro Integral de Salud y al Programa Juntos”.</b>
Procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización eficiente de la <b>base de datos de las atenciones y prestaciones individuales</b> recibidas por cada uno de los afiliados al Seguro Integral de Salud y al Programa Juntos:	DIRECTIVA N° 012-2012-GR.APURIMAC / 11 / GRDS, aprobada con Resolución Gerencial Regional N° 020-2012-GR.APURIMAC/GRDS; <b>“Procedimientos para la Captura, almacenamiento y organización eficiente de LA BASE DE DATOS DE LAS ATENCIONES Y PRESTACIONES INDIVIDUALES RECIBIDAS POR CADA UNO DE LOS AFILIADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y AL PROGRAMA JUNTOS”.</b>
Procedimientos para la captura, almacenamiento y la organización eficiente de la base de datos de las <b>operaciones que se registran en el SIGA y en el SIAF.</b>	DIRECTIVA N° 012-2012-GR.APURIMAC / 11 / GRDS, aprobada con Resolución Gerencial Regional N° 020-2012-GR.APURIMAC/GRDS; <b>“Procedimientos para la captura, almacenamiento y organización eficiente de LA BASE DE DATOS DE LAS OPERACIONES QUE SE REGISTRAN EN EL SIGA Y EN EL SIAF”.</b>

**Tabla. Descripción de las fuentes de datos.**

Nombre de la fuente de datos	Descripción de la fuente de datos
<b>SIGA Sistema Integrado de Gestión Administrativa</b>	<p><b>Características básicas.</b> Es un registro administrativo constituido por el almacenamiento electrónico de las operaciones de programación, ejecución del presupuesto, adquisición y control patrimonial. A través de este sistema se generan electrónicamente todas las transacciones básicas de gestión pública: órdenes de compra o de servicios, ingresos y salidas de almacén, inventarios y control patrimonial. El sistema opera a nivel de Unidad Ejecutora y está constituido por tres módulos: programación PpR, logística y control patrimonial</p> <p><b>Cobertura.</b> Todas las unidades ejecutoras vinculadas con la entrega servicios de salud ubicadas en los 9 departamentos de la primera fase del FED usan a plenitud el sistema desde el 2011 con coberturas que superan el 90% de establecimientos de salud en caso del módulo de patrimonio.</p> <p><b>Propiedad.</b> El sistema fue desarrollado por el Ministerio de Economía y Finanzas. Actualmente es responsable del mantenimiento, actualización y soporte técnico continuo.</p> <p><b>Uso de la fuente en el presente trabajo.</b> De los tres módulos del sistema, se utilizó el módulo de control patrimonial. Mediante esta base de datos es posible determinar el inventario de equipos biomédicos disponibles en cada punto de atención año por año. A partir de estos datos fueron construidos los indicadores de disponibilidad de equipamiento básico en los puntos de atención.</p> <p><b>Confiabilidad de la fuente:</b> si bien es un registro administrativo no diseñado con fines de estimación de indicadores, el carácter transaccional de cada registro, es decir implica la contabilización y conciliación en términos de valores monetarios los datos que son consignados. En el caso de patrimonio, mensual o trimestral o anualmente se debe conciliar contablemente la ejecución de las órdenes de compra ejecutadas con el valor de los inventarios de equipos y crear los reportes financieros.</p>

Nombre de la fuente de datos	Descripción de la fuente de datos
<b>SISMED</b> <b>Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos</b>	<p><b>Características básicas.</b> Es un registro administrativo constituido por el almacenamiento electrónico de las operaciones de control mensual de ingresos, salidas y stock de productos farmacéuticos a nivel de cada establecimiento de salud. Desde el 2012, se agrega el registro on line de las guías de distribución de los medicamentos de los almacenes regionales al establecimiento de salud.</p> <p><b>Cobertura.</b> Todas las unidades ejecutoras vinculadas con la entrega servicios de salud a nivel nacional utilizan el sistema. A nivel de establecimiento de salud su cobertura es superior al 90%. El sistema tiene más de 10 años operando.</p> <p><b>Propiedad.</b> El sistema fue desarrollado por el Ministerio de Salud, la Dirección General de Medicamentos (DIGEMID). Actualmente es responsable del mantenimiento, actualización y soporte técnico continuo.</p> <p><b>Uso de la fuente en el presente trabajo.</b> El sistema mensualmente genera la base de datos de consumo y stock de cada producto farmacéutico por cada establecimiento de salud, y de manera on line el registro de cada guía de distribución. En base a estas dos fuentes de datos se construye los indicadores de disponibilidad de productos farmacéuticos, específicamente de sulfato ferroso en jarabe y multimicronutrientes en polvo, ambos utilizados para la suplementación con hierro a niños menores de 36 meses.</p> <p><b>Confiabilidad de la fuente:</b> Es un registro administrativo no diseñado con fines de estimación de indicadores, en caso de la base de datos de consumo tiene carácter estadístico que es utilizado como referente para la programación anual y la distribución mensual de medicamentos, tal característica se asocia habitualmente con problemas de registro. Este riesgo se reduce en parte, cuando periódicamente como resultado del monitoreo de la disponibilidad, y ante situaciones de sobre o sub stock, los responsables deben triangular información con otras fuentes de datos para reprogramar o redistribuir los medicamentos entre establecimientos de salud. En caso de la base de datos de las guías de distribución tiene carácter transaccional, de manera on line se emite un documento transaccional, similar al de una boleta o factura de compra.</p>
<b>HIS</b> <b>Sistema de registro de atenciones ambulatorias</b>	<p><b>Características básicas.</b> Es un sistema con fines estadísticos, implica registro físico de la atención y posteriormente su digitación, consolidación a nivel red, DIRESA y nivel nacional con fines de generar estadísticas de producción. En ningún momento los registros son utilizados con fines transaccionales. Cada prestación o atención genera un registro.</p> <p><b>Cobertura.</b> Todas las unidades ejecutoras vinculadas con la entrega servicios de salud a nivel nacional utilizan el sistema, alcanza coberturas que superan el 90% de establecimientos de salud en todos los departamentos.</p> <p><b>Propiedad.</b> El sistema fue desarrollado por el Ministerio de Salud a inicios de los '90, actualizado por el 2001. Actualmente es responsable del mantenimiento, actualización y soporte técnico continuo.</p> <p><b>Uso de la fuente en el presente trabajo.</b> En base al reporte de producción de atenciones agrupado por nombre del personal de salud que atendió, por día y por establecimiento de salud y aplicando un algoritmo se construyó un indicador de disponibilidad de días enfermera por punto de atención.</p> <p><b>Confiabilidad de la fuente.</b> En el presente trabajo, replicando experiencias anteriores de uso (PARSsalud), fue utilizado para medir de manera referencial la disponibilidad de personal de salud, específicamente del personal de enfermería por su vínculo directo con los servicios priorizados.</p>
<b>SIS</b> <b>Sistema de registro de los Formatos Unicos de Atención</b>	<p><b>Características básicas.</b> Es un sistema con fines transaccionales. El establecimiento por cada prestación que se entrega a una persona afiliada al SIS registra un formato de atención en papel, posteriormente se digita a través de un aplicativo on line u off line. Cada una de las prestaciones son valorizadas, y en función de ese monto mensualmente, la Unidad Ejecutora recibe una transferencia de recursos. Es una base de datos nominal, tal característica facilita el seguimiento longitudinal de los beneficiarios.</p> <p><b>Cobertura.</b> Todas las unidades ejecutoras vinculadas con la entrega servicios de salud a nivel nacional utilizan el sistema, alcanza coberturas que superan el 90% de establecimientos de salud en todos los departamentos.</p>

Nombre de la fuente de datos	Descripción de la fuente de datos
	<p><b>Propiedad.</b> El sistema fue desarrollado por el Seguro Integral de Salud. Actualmente es responsable del mantenimiento, actualización y soporte técnico continuo.</p> <p><b>Uso de la fuente en el presente trabajo.</b> En base al reporte de prestaciones emitidas y registradas en la base de datos del SIS, y utilizando la identificación nominal de los usuarios, se construyó indicadores de cobertura y una aproximación de la adherencia al uso del servicio, elemento esencial en caso de la intervención de suplementación con hierro a menores de 36 meses.</p> <p><b>Confiabilidad de la fuente.</b> Presenta las limitaciones propias de los registros administrativos, sub o sobre registro de las prestaciones influenciadas por los mecanismos de reembolso del SIS, sin embargo en términos descriptivos, dado el volumen de datos, es posible encontrar patrones de comportamiento sugerentes de ciertas relaciones..</p>
<b>ENDES Encuesta Nacional Demográfica y de Salud</b>	Encuesta nacional que desde el 2008 en adelante se realiza anualmente con dos reportes por año. Ampliamente conocida por ser aplicada en más de 64 países y con un esquema de recopilación, supervisión, validación y controles de calidad consolidada. Es administrada por el INEI. Se ha utilizado para estimar los indicadores de cobertura del CRED, Vacunas, Afiliación al SIS, Suplementación con hierro Jbe y con Multimicronutrientes.
<b>ENAPRES Encuesta Nacional de los Programas Estratégicos.</b>	Encuesta nacional que a partir el 2011 incorpora la pregunta de tenencia del documento de identidad DNI en menores de edad. Se ha utilizado para estimar el indicador de cobertura del DNI en los primeros seis meses de vida.

### Personas Entrevistadas

Nombre y Apellido	Entidad	Cargo
Leonor Suarez Ognio	Delegación de la Unión Europea - Perú	Oficial de Programas para la Modernización del. Estado y Gobernabilidad*
Nelly Huamaní Huamaní	Ministerio de Economía y Finanzas	Coordinadora de EUROPAN
Jessica Niño de Guzman	Ministerio de Economía y Finanzas	Especialista en Apoyo Presupuestario
Hubel Gonzales	Ministerio de Economía y Finanzas	Especialista en Apoyo Presupuestario
Rosendo Paliza	Banco Central de Reserva del Perú	Asesor de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República del Congreso*
Victor Vargas Espejo	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico	Asesor de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República del Congreso*
Patrick Reboud	Delegación de la Unión Europea - Perú	Agregado de Cooperación Internacional*
Patrick Gallard	Delegación de la Unión Europea - Perú	Agregado de Cooperación de la Sección Cooperación
Rodolfo Acuña Namihas	Ministerio de Economía y Finanzas	Director General de la Dirección General del Presupuesto Público
Mayra Ugarte Vasquez Solis	Cooperación Alemana al Desarrollo - GIZ	Asesora Principal - Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado, GIZ Cooperación Alemana al Desarrollo
Maruja Boggio	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza	Coordinadora del Seguimiento Concertado
Federico Arnillas Lafert	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza	Presidente
*En el año 2009		