

**Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales UCPS
Ministerio de Economía y Finanzas MEF**

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**Modernización del Sistema de Administración Financiera Pública para
mejorar la Programación, Ejecución, y Rendición de Cuentas de los Recursos
Públicos- Contrato de Préstamo No. 2445/OC-PE**

**Componente III. Institucionalización de Instrumentos de Gestión
Presupuestaria para mejorar la Calidad del Gasto**

**CONSULTORÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO Y EJECUCIÓN DE
PRESUPUESTOS PÚBLICOS – ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS (IRAS) Y ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)**

**Consultor: Oscar Alfredo Castillo Velásquez
Contrato No. I-050-0-2445**

Entregable: 3 de 3

Lima, Noviembre 2013

TABLA DE CONTENIDOS	
Resumen ejecutivo	1
I: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	7
PARTE 1: Información sobre la intervención pública evaluada	7
Reseña histórica de la Intervención Pública Evaluada	8
1.1 Justificación de la Intervención Pública Evaluada	8
1.2 Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada	14
1.2.1 Objetivos de la IPE a nivel de resultado final/resultado intermedio	18
1.2.2 Descripción de los productos que entrega la IPE.	19
1.3 Matriz Lógica de la IPE: Formulación de indicadores y metas	21
1.4 Relación inter-institucional	23
PARTE 2: Temas de evaluación	25
1.1 Diagnóstico de la situación inicial	25
1.2 Lógica vertical de la Matriz Lógica	26
1.3 Lógica horizontal del Matriz Lógica	28
1.4 Coordinación interinstitucional	30
II: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	32
PARTE 1: Información sobre la Intervención Pública Evaluada	32
2.1 Estructura organizacional y mecanismos de coordinación	32
2.2 Focalización/priorización y afiliación	36
2.2.1 Caracterización de la población potencial, objetivo y atendida	36
2.2.2 Criterios de focalización/priorización	37
2.3 Productos provistos a la población	38
2.3.1 Caracterización y cuantificación de los productos provistos	40
2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación	44
2.4.1 Disponibilidad y uso del sistema de seguimiento y evaluación	44
PARTE 2: Temas de Evaluación	46
2.1 Estructura organizacional	46
2.2 Focalización/priorización y afiliación	48
2.2.1 Pertinencia de los criterios	48
2.2.2 Afiliación de Beneficiarios	49
2.2.3 Focalización	50
2.3 Productos provistos a la población	51
2.3.1 Evaluación del proceso de obtención y entrega de los productos	51
2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación	53
2.4.1 Pertinencia de los indicadores	53
2.4.2 Disponibilidad y uso de un sistema de información	55
III: PRESUPUESTO Y RESULTADOS	58
PARTE 1: Información sobre la intervención pública evaluada	58
3.1 Criterios de asignación, transferencia y pago	58
3.2 Proceso de asignación, transferencia y pago	60
3.3 PIA/PIM vs. Presupuesto ejecutado	61
3.4 Costos de los productos y sus metas físicas	62
PARTE 2: Temas de Evaluación	63
3.1 Eficacia y Calidad	63
3.1.1 Desempeño en cuanto a actividades	63
3.1.2 Desempeño en cuanto a productos	69

3.1.3 Desempeño en cuanto a resultado intermedio	75
3.1.4 Desempeño en cuanto a resultado final	82
3.2 Análisis presupuestario	84
3.2.1 Ejecución presupuestaria	84
3.2.2 Asignación/Distribución de recursos	87
3.2.3 Transferencia de recursos	93
3.3 Eficiencia	93
3.3.1 A nivel de actividades y/o productos	93
3.3.2 Gastos de administración	95
3.4 Sostenibilidad	95
3.5 Justificación de la continuidad	96
3.6 Análisis de Género	96
PARTE 3: Conclusiones y recomendaciones	98
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS	117
1. Informe de trabajo de campo	118
2. Fichas de los productos	149
3. Procedimientos y cronograma de la EDEP	153
4. Informe corto	154
5. Fichas técnicas de los indicadores	162
6. Metas físicas de la IPE por departamento. 2010-2013	164
7. Atenciones por IRAS y EDAS por departamento 2009-2012	168
8. Presupuesto asignado y ejecutado por productos de la IPE	199
9. Presupuesto de la IPE por genéricas	210
10. Presupuesto de la IPE por fuente de financiamiento	212
11. Gasto por producto de la IPE por departamento. 2009-2012	220
12. Organigrama del MINSA	238

RELACIÓN DE CUADROS

1	Atenciones por IRAS y EDAS. 2007	9
2	Prevalencia y tratamiento de IRAS en niñas y niños menores de cinco años. 2011	9
3	Prevalencia de IRAS y EDAS en menores de cinco años según características.2004-2006	9
4	Prevalencia de IRAS, EDAS y desnutrición crónica en niños de 6 - 35 meses. 1996- 2007	13
5	Descripción de los productos de la IPE	19
6	Descripción de productos y actividades de la IPE	19
7	Descripción de los subproductos de la IPE	20
8	Ítems de la lista de bienes y servicios	21
9	Indicadores de desempeño y metas de la IPE2007-2013	22
10	Relaciones inter-institucionales	23
11	Prevalencia de IRAS y EDAS a nivel nacional. 2007	25
12	Coordinación inter-institucional	31
13	Funciones de los actores de la IPE	36
14	Metas de los productos de la IPE	40
15	Comparación atenciones y metas IRAS 2010 2011	41
16	Población objetivo de la IPE	48
17	Comparación atenciones EDAS 2010 2011	50
18	Controles de EDA con complicaciones 2007-2010	53
19	Controles de EDA persistente 2007-2010	53
20	Características de los sistemas de información	55
21	Comparación atenciones EDAS sin complicaciones	57
22	Cadenas funcionales del PPAN/IPE	61
23	PIM del MINSA Vs PIA del PPAN e IPE	61
24	PIM de la IPE por niveles de gobierno	62
25	Gasto promedio por unidad de producto	66
26	Gasto por producto de la IPE según departamentos	67
27	Desempeño de la IPE en la obtención de productos. 2010-2012	69
28	Atenciones por IRAS sin complicaciones según grupos de edad. 2007 2012	71
29	Atenciones por EDAS sin complicaciones según grupos de edad. 2007 2012	72
30	Atenciones por IRAS con complicaciones según grupos de edad. 2007 2012	74
31	Atenciones por EDAS con complicaciones según grupos de edad. 2007 2012	74
32	Episodios de neumonía y letalidad en menores de 5 años. 2009 2011	79
33	Cambio prevalencia EDAS quintil de ingreso 2000-2012	81
34	Evolución de desnutrición crónica infantil según ámbitos. 2007-2012	83
35	Evolución de desnutrición crónica infantil según quintil de riqueza. 2007-2012	84
36	Evolución de desnutrición crónica infantil según educación materna. 2007-2012	84
37	Ejecución del presupuesto de la IPE por niveles de gobierno. 2009-2012	85
38	Atenciones EDAS sin complicaciones. 2010-2012	85
39	Ejecución del presupuesto de la IPE por productos. 2009-2012	87
40	Ejecución del presupuesto de la IPE por genéricas de gasto. 2009-2012	87
41	PIM per cápita en mejores de 5 años.2012	89
42	Distribución de la genérica bienes y servicios de EDAS complicadas. 2012	93
43	Distribución de la genérica bienes y servicios IRAS complicadas. 2012	94
44	Gasto por Unidad de producto. 2009-2012	95
45	Analisis de género	97

RELACIÓN DE GRÁFICOS

1	Círculo vicioso desnutrición - infección	10
2	Mecanismos fisiopatológicos de EDA persistente	12
3	Atenciones por diarrea persistente.2012.	12
4	Modelo conceptual de la desnutrición del UNICEF	14
5	Adaptación del modelo conceptual general al país	15
6	Principales trayectorias de causalidad asociadas a la desnutrición crónica	16
7	Modelo prescriptivo del Programa Presupuestal Articulado Nutricional	16
8	Modelo lógico del Programa Presupuestal Articulado Nutricional	17
9	Atenciones por IRAS 2007	25
10	Organigrama de la IPE a nivel nacional	32
11	Organigrama de la IPE a nivel de gobiernos regionales y locales	35
12	Evolución metas del producto atención de IRAS 2010-2013	42
13	Relación de las metas físicas de EDAS 2011 con las atenciones 2010	42
14	Metas físicas per cápita IRAS. 2013	43
15	Metas físicas per cápita EDAS. 2013	43
16	Coordinación interinstitucional	47
17	Importancia del Padrón nominado	49
18	Proceso de atención de IRAS y EDAS en EESS	52
19	Modelo alternativo de atención de IRAS y EDAS en EESS	52
20	Proceso de adición o modificación de insumos	59
21	Proceso de asignación y transferencia de recursos	60
22	PIM de la IPE por nivel de gobierno. 2009-2013	62
23	PIM de la IPE nacional y gobiernos regionales. 2012	63
24	PIM de la IPE SIS y gobiernos regionales. 2012	63
25	PIM de la IPE per genérica. 2009-2012	64
26	PIM de la IPE por productos. 2009-2013	64
27	Presupuesto por fuente de financiamiento. 2010-2012	65
28	Gasto unitario por producto por departamento. 2012	66
29	Desempeño del producto Atención de IRAS con complicaciones. 2010	70
30	Proporción de atenciones por tipo de IRA. 2008-2012	70
31	Atenciones por IRAS por grupos de edad. 2007-2012	71
32	Atenciones por IRAS con complicaciones por grupos de edad. 2007-2012	72
33	Proporción de atenciones por tipo de EDA. 2008-2012	73
34	Atenciones por EDAS sin complicaciones por grupos de edad. 2007-2012	73
35	Atenciones por EDAS sin complicaciones. 2007-2012	74
36	Prevalencia de IRAS y EDAS a nivel nacional. 2007-2012	75
37	Prevalencia de IRAS a nivel nacional. 2007-2012	76
38	Evolución de IRAS a nivel nacional. 2007-2012	77
39	Evolución de IRAS a nivel nacional. 2007-2013	77
40	Canal epidémico de IRAS. 2013	78
41	Prevalencia acumulada de neumonía ¹ en menores de 5 años. 2007-2012	78
42	Prevalencia de EDAS a nivel nacional, urbano y rural 2007-2012	80
43	Prevalencia de EDAS por departamento. 2007-2012	80
44	Canal epidémico de EDAS. 2013	81
45	Proporción de menores de 5 años con DCI. 2007-2012	82
46	Disminución de la DCI según departamentos. Patrón OMS. 2007-2011	83

47	PIM % por genérica y producto. 2009-2012	86
48	PIM per cápita por producto y Departamento. 2011	88
49	PIM per cápita por producto IRAS y Departamento. 2012	90
50	Variación del PIM de IRAS entre departamentos. 2009-2012	90
51	PIM per cápita IRAS Vs prevalencia IRAS por departamentos. 2012	91
52	PIM per cápita IRAS Vs prevalencia EDAS por departamentos. 2012	91
53	PIM per cápita DCI Vs prevalencia DCI por departamentos. 2012	92
54	Genérica bienes y servicios de IRAS complicadas de pliegos regionales.	93
55	Gasto ejecutado y tarifa MINSA EDAS sin complicaciones. 2012	94
56	Estado Nutricional comparativo de niñas y niños. MONIN.	97

LISTA DE ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AISPED	Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
CENAN	Centro Nacional de Nutrición y Alimentación del Instituto Nacional de Salud
CUI	Código Único de Identidad
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del MINSA
DGE	Dirección General de Epidemiología del MINSA
DGIE	Dirección General de Informática y Estadística del MINSA
DGPP	Dirección General de Presupuesto Público del MEF
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas del MINSA
DEAIS	Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud de las Personas del MINSA
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud (Dirección sub-regional)
DOCP-PPAN	Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas
EESS	Establecimientos de Salud (Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales)
GERESA	Gerencia Regional de Salud
HIS	Sistema de Información de Consulta Externa
IPE	Intervención Pública Evaluada
INS	Instituto Nacional de Salud
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MAIS-BFC	MAIS Basado en la Familia y la Comunidad
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
NCHS	National Center of Health Statistics
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
PPAN	Programa Presupuestal Articulado Nutricional
PE	Presupuesto Ejecutado
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PP	Programa Presupuestal
PpR	Presupuesto por Resultados
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud
SIEN	Sistema de Información del Estado Nutricional
SIGA - PpR	Sistema Integrado de Gestión Administrativa- Módulo Programación
SOB	Síndrome de Obstrucción Bronquial
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SISMED	Sistema Nacional de Medicamentos
UE	Unidad Ejecutora, referida a la DIRESA, Red y Microred

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento es el informe final revisado de la Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal de la Intervención Pública “Atención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)”, que comprende cuatro productos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PPAN). Los objetivos de la evaluación definidos en los Términos de Referencia-TdR¹ son los siguientes:

- Evaluar y determinar si el diseño de las acciones es el más apropiado para la obtención de los resultados, a partir de la identificación de los productos que se financian con la intervención y su relación con los resultados finales esperados.
- Evaluar y determinar si las unidades responsables de las acciones son eficaces (alcanzan las metas previstas), eficientes (con el menor gasto) y entregan productos que cumplen con requerimientos de calidad.

Las actividades realizadas para elaborar este informe responden a lo descrito en el anexo 3 de los TdR de la evaluación e incluyeron: i) recepción de los comentarios y observaciones enviadas por la Dirección General de Presupuesto Público-DGPP del Ministerio de Economía y Finanzas-MEF al tercer informe; ii) reuniones de trabajo con el Ministerio de Salud-MINSA, el Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-INS/CENAN y MEF, para precisar diferentes aspectos de la evaluación; iii) Presentación de los resultados al MINSA, INS/CENAN y MEF; iv) Revisión de los aportes recibidos para su integración en la evaluación y elaboración del presente informe final revisado.

Las principales preguntas que guiaron la evaluación y sus respuestas son las siguientes²:

1. ***¿Se justifica la identificación del problema y de la intervención de la IPE?***
 - Sí, ambos están debidamente justificados y sustentados.
2. ***¿El diseño de la Intervención Pública Evaluada-IPE es adecuado?:***
 - Parcialmente, el modelo lógico es adecuado para el Programa Presupuestal Articulado Nutricional como un todo, pero existen algunas importantes limitaciones para responder a la lógica parcial de los componentes de la IPE.
3. ***¿La atención de IRAS y EDAS prioriza los niños y niñas según criterios de riesgo nutricional?***
 - No, y esta falta de priorización es uno de los principales problemas encontrados.
4. ***¿Es la implementación eficiente?***
 - No, el gasto incurrido para la obtención de los productos es muy elevado y heterogéneo a nivel de los gobiernos regionales.
5. ***¿Es la implementación eficaz?***
 - No, existe un bajo porcentaje del logro en relación a las metas programadas. La prevalencia de IRAS y EDAS a nivel de departamentos no ha tenido una tendencia de reducción definida en relación al número de atenciones brindadas.
6. ***¿Los recursos presupuestarios del PPAN se invierten en los puntos críticos?***

¹ Términos de Referencia para la Evaluación Independiente de la Atención de IRAS y EDAS.

² En el Primer Informe de la evaluación de la IPE se presentó la Matriz de Evaluación, que desarrolla los métodos, fuentes de información y métodos de recolección de información y de análisis de datos.

- Si bien los recursos se han aplicado fundamentalmente en ítems como personal e insumos médicos, no hay evidencia que los mismos se destinen exclusivamente a la finalidad de la IPE
- 7. ¿Hay evidencia de los efectos o resultados de la atención de IRA y EDA en la prevalencia de IRAS y EDAS y Desnutrición Crónica Infantil-DCI en los niños y niñas atendidos?**
- No existe, ha sido imposible diferenciar el impacto de las atenciones de IRAS y EDAS sobre la DCI de manera independiente de otros productos de la IPE o de otros factores externos.

CONCLUSIONES

Al cumplirse el quinto año del inicio de la implementación del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, con una inversión acumulada que supera los S/. 1,100 millones de soles en los cuatro productos evaluados de la IPE, surge la pregunta acerca de que hubiese sido diferente de no haberse financiado los productos evaluados, qué es lo que efectivamente cambió y cuál es la contribución específica lograda con la intervención. Al finalizar la presente evaluación se han identificado un total de 63 aspectos, divididos en siete grandes temas³, que tienen la mayor influencia positiva o negativa para responder a esas interrogantes.

A continuación se presentan algunas de las conclusiones seleccionadas.

1. Justificación

- Las evidencias científicas, así como los datos epidemiológicos de carga de morbilidad por IRAS y EDAS en niños y niñas menores de 5 años de edad, confirman la magnitud y relevancia de la desnutrición crónica infantil como problema de política pública y la pertinencia de la intervención: *atención de IRAS y EDAS*.

2. Diseño

- La falta de un modelo lógico propio de la IPE, limita el análisis vertical, debido a que el modelo lógico del PPAN refleja la interacción de todos los productos, pero es insuficiente para explicar los efectos de los productos de la IPE. El resultado intermedio: *reducción de la prevalencia de IRAS y EDAS*, no es consecuencia de las atenciones de IRAS y EDAS, que por sí solas no pueden disminuir su prevalencia, que está relacionado con varios productos del PPAN, como las vacunaciones, lactancia materna, lavado de manos.
- El análisis horizontal del Modelo Lógico está limitado por la falta de indicadores para el nivel del resultado inmediato y de los supuestos para todos los niveles.
- Los cuatro productos y catorce subproductos de la IPE identificados en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN/IPE son adecuados para la obtención de los resultados final e intermedio de la IPE, pero falta una actividad dirigida a mejorar el conocimiento de las familias en la identificación precoz de señales de alarma de IRAS y EDAS para la demanda oportuna al diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas con IRAS y EDAS en los EESS.

3. Rectoría y Organización

- Se aprecia una significativa debilidad en la gestión de la IPE. Al quinto año del funcionamiento del PPAN, no se han creado los mecanismos necesarios para el cumplimiento de las funciones

³ Revisar la Parte 3 Conclusiones y recomendaciones de la Evaluación, que se encuentra en la página 97 de la presente evaluación.

correspondientes al nivel nacional y para la implementación del enfoque de gestión orientada a resultados del programa presupuestal.

- Falta claridad en la responsabilidad de los resultados de la IPE en todos los niveles, tanto a nivel descentralizado: EESS, microredes, redes, DISAS y DIRESAS, como en el nivel nacional del MINSA e INS.

4. Programación

- Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP del PPAN/IPE establecen como población objetivo de las atenciones de IRAS y EDAS a los niños y niñas menores de 5 años de edad, en lugar de los niños y niñas menores de 3 años de edad, grupo crítico desde el punto de vista de la prevención de la DCI. Las DOCP no consideran el criterio de pobreza, factor causal clave de la desnutrición crónica, IRAS y EDAS, ni destacan la importancia de la atención preferencial de los niños y niñas menores de 36 meses de edad con estado nutricional en riesgo o desnutrición, grupo de alto riesgo para la prevención de la DCI.
- Se aprecia una gran heterogeneidad en las metas físicas a nivel de departamentos, que no guardan relación con el tamaño de la población y cambian cada año de manera significativa, aumentando o disminuyendo sin relación con el histórico del año anterior, que es el criterio establecido en las DOCP del PPAN/IPE, lo que indica baja calidad en la planificación de metas físicas.
- Existe un continuo aumento en las asignaciones de recursos presupuestarios en los productos de la IPE, lo que no está relacionado con un aumento de las metas físicas, que muestran un continuo descenso. La asignación de recursos presupuestarios no guarda relación en los pliegos de gobiernos regionales con el tamaño de la población objetivo, la prevalencia de IRAS y EDAS o la prevalencia de la desnutrición crónica, lo que muestra falta de equidad en la asignación.
- No se efectúan actividades educativas de prevención y manejo de IRAS y EDAS en el hogar, para su detección precoz y demanda oportuna de atención en los EESS.

Implementación

- Existe debilidad en la implementación del modelo de gestión por resultados, especialmente en la falta de uso de la información para la toma de decisiones.
- El modelo de atención de IRAS y EDAS en los EESS, se focaliza en la oferta de atención, con extrema debilidad en la promoción de la demanda.
- Los EESS brindan en general una apropiada atención médica a los niños con IRAS y EDAS, pero el cuidado nutricional es inadecuado, debido a que el foco de la atención es la prevención de la mortalidad y agravamiento de IRAS y EDAS y no la reducción de la desnutrición crónica.
- Durante el trabajo de campo se constató la falta de algunos insumos críticos en EESS, incluyendo antibióticos y vacunas contra el neumococo y rotavirus.
- El grupo de niños y niñas de 5 a 11 años de edad, que no es un grupo objetivo de atención de la IPE, recibió el 45% de las atenciones por IRAS sin complicaciones en 2010 y 2012 y el 26% de atenciones por EDAS sin complicaciones entre 2009 al 2012, con un total de 469,108 de un total de 2, 261,787 en ese periodo.
- Debido a las múltiples necesidades de personal, insumos y equipos en los EESS, el personal contratado así como los insumos y equipos adquiridos con recursos de la IPE no se dedican específicamente a la obtención de los productos de la IPE, lo que además de diluir su impacto encarece los costos de obtención de los productos.

Resultados

- El resultado intermedio *reducción de la morbilidad por IRAS y EDAS*, muestra una importante disminución a nivel nacional en el periodo 2007 al 2012, tanto a nivel urbano como rural según la información de la encuesta ENDES. El informe del primer semestre del 2013 de la encuesta ENDES, muestra un aumento de 14.6% a 16.0% en la prevalencia de IRAS a nivel nacional.
- No es posible demostrar el impacto de las atenciones por IRAS y EDAS en la prevalencia de IRAS y EDAS, por falta de mecanismos que precisen su efecto independiente de las otras intervenciones del propio PPAN y de cambios en otros factores determinantes.
- La falta de correlación entre los gastos de atención de IRAS y EDAS por gobiernos regionales, comparado con el tamaño de la población infantil, condición de pobreza o situación nutricional, indican falta de equidad en la asignación de los recursos presupuestarios.
- El gasto por valor unitario para la obtención de los productos de la IPE es excesivamente elevado y tiene grandes variaciones entre gobiernos regionales y años, como consecuencia de las variaciones de las asignaciones presupuestarias per cápita y el número de atenciones efectuado, lo que muestra baja eficiencia.
- Existe una gran heterogeneidad en el logro de las metas físicas de todos los productos de la IPE a nivel de los departamentos, en especial en los productos atención de EDA y Atención de EDA con complicaciones, que alcanzan como promedio nacional valores inferiores al 40%, lo que revela baja eficacia.

Seguimiento y evaluación

- Gran debilidad en el seguimiento de los indicadores de resultado de la IPE. No se ha creado una instancia a nivel nacional que integre funcionalmente y/o analice los datos generados por los diversos sistemas de información relacionados a la IPE, lo que limita la apropiación y responsabilidad en el logro de resultados, la toma de decisiones y rendición de cuentas a los diferentes grupos de interés.
- La encuesta ENDES proporciona información de los indicadores de seguimiento del resultado intermedio de la IPE: *prevalencia de IRAS y EDAS* en niños y niñas menores de 36 meses de edad, a nivel nacional y departamental, pero no genera esta información a nivel de EESS, Redes y DISAS, lo que impide contar con información para el ejercicio del enfoque de gestión para resultados en esos niveles.
- El MINSA cambió en el año 2011 la versión del sistema HIS 03 por la versión HIS 04, lo que ha modificado los códigos de procesamiento de atenciones por IRAS y EDAS que impiden el análisis comparativo de los resultados de los indicadores relacionados al número de atenciones del 2011-2012, con los del periodo 2007-2010. Entre otras consecuencias, afecta el análisis de la cohorte de datos relacionados con la eficiencia y eficacia en el logro de metas. Por otro lado las grandes diferencias del número de atenciones del periodo 2011-2012 comparado con el periodo anterior, restan credibilidad a la calidad de los datos.
- La validez estadística de los datos de prevalencia de IRAS y EDAS generados por la ENDES es limitada a nivel departamental, debido a que en muchos casos tienen un *coeficiente de variación* superior al 15%.
- La información de la base de datos analítica del SIAF relacionada al PPAN/IPE, así como la información del SIGA PpR, no es usada en todo su potencial, por limitaciones de acceso a la Base de datos analítica de programación (cubos) del software COGNOS, con la información actualizada.
- La falta de inclusión del número de DNI de los niños y niñas atendidos por IRAS y EDAS, no facilita el análisis longitudinal del estado nutricional de cohortes de niños y niñas menores de 36 meses de edad atendidos.

- No existe acceso a la información del sistema HIS, SIASIS y base de datos analítica del SIAF relacionada al PPAN/IPE, así como la información del SIGA PpR, en formato amigables de las páginas Web del MEF y MINSA.
- No se cumple con la normatividad de los reportes de seguimiento de los Programas Presupuestales, que establece que se deben emitir seis informes al año (4 trimestrales y 2 semestrales), incluyendo los resultados de las actividades de seguimiento, supervisión y evaluación desarrolladas en el periodo.

RECOMENDACIONES

A continuación se presentan las recomendaciones correspondientes a los problemas presentados en el presente Resumen Ejecutivo⁴.

1. Rectoría y Organización

- Fortalecer la capacidad operativa del Equipo Técnico y del Coordinador Técnico del PPAN/IPE dotándolos de mecanismos de gestión y capacidad operativa para la adecuada conducción del PPAN, lo que requiere precisión en los roles, especialmente en el seguimiento, evaluación y reportes.
- Precisar las funciones y roles de los GLs en la IPE, especialmente en la articulación territorial y promoción de intervenciones locales de apoyo a la recuperación de la nutrición de los niños y niñas con IRAS y EDAS en el entorno comunitario.

3. Programación

- Considerar a los niños y niñas menores de tres años de edad como el grupo prioritario de atención, así como fortalecer la atención de los niños y niñas menores de 36 meses de edad con estado nutricional en riesgo o desnutridos y a los que pertenecen a los estratos de pobreza y pobreza extrema en los Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP del PPAN/IPE.
- Revisar el sustento de las metas físicas propuestas a nivel de gobiernos regionales.
- Determinar topes mínimos y máximos de asignación capitada por producto de la IPE a nivel de los pliegos regionales.
- Realizar actividades educativas de prevención y manejo de IRAS y EDAS en el hogar,

Implementación

- Capacitar y motivar al personal de los EESS, Microredes, Redes, DISAS y DIRESAS sobre el papel de la IPE en la prevención de la desnutrición crónica infantil y en el modelo de gestión requerido por el PpR.
- Fortalecer las actividades de promoción de la demanda calificada de atención.
- Implantar mecanismos de seguimiento de la recuperación nutricional de los niños y niñas atendidos por IRAS y EDAS en coordinación con la atención del CRED, tanto a nivel de los EESS como a nivel comunitario o domiciliario.
- Implementar mecanismos de control de estoques de los productos críticos de la IPE.
- Considerar la atención del grupo de niños y niñas de 5 a 11 años de edad con recursos que no comprometan al PPAN/IPE.

⁴ En la Parte 3 de la Evaluación se presenta la lista completa de recomendaciones.

- Verificar la dedicación efectiva del personal contratado con recursos de la IPE, en la atención de IRAS y EDAS, como parte de los mecanismos de seguimiento de la IPE.

Resultados

- Alertar a los diversos niveles de atención sobre el aumento de 14.6% a 16.0% en la prevalencia de IRAS a nivel nacional.
- Considerar la implementación de una evaluación de impacto para verificar el impacto de las atenciones por IRAS y EDAS y otros productos del PPAN en la prevalencia de IRAS y EDAS,
- Revisar la correlación entre los gastos de atención de IRAS y EDAS por gobiernos regionales, comparado con el tamaño de la población infantil, condición de pobreza o situación nutricional, para buscar equidad en la asignación de los recursos presupuestarios.
- Revisar la justificación de los gastos efectuados para la obtención de los productos de la IPE.
- Existe una gran heterogeneidad en el logro de las metas físicas de todos los productos de la IPE a nivel de los departamentos, en especial en los productos atención de EDA y Atención de EDA con complicaciones, que alcanzan como promedio nacional valores inferiores al 40%, lo que revela baja eficacia.

Seguimiento y evaluación

- Reforzar la importancia del seguimiento y evaluación de las metas para mejorar la capacidad de gestión *orientada a resultados* de la IPE en todos los niveles.
- Implementar el mecanismo de tablero de comando para el seguimiento de los indicadores de seguimiento de la IPE en base a la información provista por los diversos sistemas de información para contar con información para el ejercicio del enfoque de gestión para resultados en esos niveles.
- Reprocesar las series del 2011 y 2012 de atenciones de IRAS y EDAS con y sin complicaciones, del sistema HIS de acuerdo a los criterios anteriores para contar con una serie histórica 2007-2012 que refleje adecuadamente la producción de los EESS y permita la adecuada comparación de datos de atención a lo largo de ese periodo.
- Considerar la ampliación de la base muestral de la ENDES para que los indicadores prevalencia de IRAS y EDAS tengan representatividad estadística a nivel de los departamentos.
- Facilitar el acceso a la información de la base de datos analítica del SIAF relacionada al PPAN/IPE, que actualmente no es usada en todo su potencial.
- Incluir el número de DNI en el procesamiento de la información de atenciones de IRAS y EDAS, para facilitar el análisis longitudinal del estado nutricional de cohortes de niños y niñas menores de 36 meses de edad atendidos por IRAS o EDAS.
- Publicar la información del sistema HIS, SIASIS y base de datos analítica del SIAF relacionada al PPAN/IPE, así como la información del SIGA PpR, en formato amigables de las páginas Web del MEF y MINSA para facilitar el acceso a todos los usuarios potenciales.
- Cumplir con la normatividad de elaboración y difusión de los reportes de seguimiento de los Programas Presupuestales.

I: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

PARTE 1: Información sobre la intervención pública evaluada

Reseña histórica

La atención de IRAS y EDAS forma parte las intervenciones básicas del Ministerio de Salud-MINSA, desde la década de los 70s, por constituir las principales causas de enfermedad y muerte de la infancia en el país. En 1987 el MINSA creó los Programas de Control de la Infección Respiratoria Aguda (PCIRA)⁵ y Control de la Enfermedad Diarreica Aguda (PCEDA), como programas verticales para facilitar el manejo de la deshidratación causada por las diarrea y la neumonía, logrando importantes avances en la reducción de la mortalidad por estas causas, pero no se establecieron relaciones programáticas definidas con la desnutrición crónica infantil.

El MINSA inició en 1996 la implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, promovida internacionalmente por la OPS/OMS y el UNICEF, con el objetivo de reducir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades prevalentes en los niños y niñas menores de cinco años y reducir el uso excesivo de tecnologías de diagnóstico y abuso de antibióticos en el manejo de estas patologías⁶. La estrategia del AIEPI incorporó el manejo integrado de las enfermedades con la nutrición infantil.

En el año 2000 el MINSA oficializó el Plan Operativo para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y en 2005 emitió la Resolución Ministerial No.506/2005/MINSA mediante la cual se institucionalizó el AIEPI como estrategia clave del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS para la Etapa de Vida Niño. En el 2006 el MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud-NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”, que regula la atención integral a la salud del niño y niña y el mismo año, publica las Guías de Práctica Clínica Atención de las Patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y Niño-Resolución Ministerial No 291/2006, con lo que se consolida la institucionalización del AIEPI.

En el año 2010, el MINSA aprobó la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco años-Resolución Ministerial No 990 - 2010/MINSA, que vincula el diagnóstico y tratamiento de IRAS y EDAS con el control del crecimiento. En el año 2011 el MINSA publicó el documento *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad-MAIS-BFC*, que en el capítulo *Atención Integral de Salud del Niño*, identifica al seguimiento nutricional de las niñas y niños con neumonía y enfermedad diarreica con deshidratación/shock mediante el CRED.

La prioridad en la disminución de la desnutrición crónica infantil-DCI como política de Estado, se ha hecho más evidente con la aprobación en el año 2008 del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PPAN), que cuenta con un diseño sustentado en evidencias e identifica la reducción de IRAS y EDAS como un resultado intermedio necesario para la disminución de la DCI.

El MEF ha producido una significativa cantidad de documentos normativos y técnicos para la implementación de los Programas Presupuestales, que incluyen guías metodológicas e instrumentos para el diseño, programación, seguimiento y evaluación y el MINSA ha elaborado

⁵MINSA. La Infección Respiratoria Aguda en el Perú: 1992 – 1999. Lima. 2000.

⁶Aguirre, E. y Dávila, M AIEPI en el Perú, Noticias sobre AIEPI, OPS. 1999.

desde el año 2009, las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN y en el año 2012, la elaborado el Anexo 2 Contenidos Mínimos del PPAN, que incluye el modelo lógico, la matriz de indicadores de seguimiento y la revisión y actualización de las evidencias científicas de sustento.

1.1 Justificación de la Intervención Pública Evaluada (Contenido 01)

Contenido 01: Presentación de información (indicadores) que evidencie la necesidad o problema (gravedad y por cuánto tiempo ha existido este problema, ¿ha mejorado o ha empeorado?) que se quiere resolver con la Intervención Pública Evaluada. Presentar indicadores que muestren la incidencia del problema, su presencia en el tiempo y la población afectada.

Desnutrición crónica Infantil

La desnutrición crónica infantil-DCI, constituye una medida acumulada del estado nutricional de los niños y niñas, que refleja una inadecuada alimentación y/o los efectos de enfermedades infecciosas durante un prolongado período de tiempo. La DCI en el Perú tiene un origen complejo y multifactorial, vinculado estrechamente a las condiciones que generan la pobreza, por lo que representa la pobreza social o no monetaria.

Adicionalmente al efecto sobre el retardo de crecimiento, existe significativa evidencia científica que relaciona la desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 36 meses de edad con daños físicos y cognitivos irreversibles, debido a que en los primeros dos años de vida se desarrolla el 80% de la masa cerebral y a los tres años se logra la mayor densidad sináptica. Las niñas y los niños con desnutrición crónica limitan el desarrollo de sus capacidades intelectuales, lo que puede tener consecuencias en su bienestar social y económico para toda su vida, formando parte del círculo vicioso desnutrición-pobreza⁷.

En el año 2007, al inicio del PPAN, el 28.5% de los niños menores de 5 años de edad del país sufría de desnutrición crónica (Patrón OMS), situación que afectaba al 36.9% de los niños y niñas de esa edad en el área rural y al 36.4% en la Región Sierra.

Magnitud y gravedad de IRAS y EDAS

Las infecciones respiratorias agudas-IRAS y las enfermedades diarreicas agudas-EDAS constituyen las dos principales causas de atención por consulta externa en los establecimientos de salud-EESS del MINSA (56.3% del total de atenciones en el 2012) y dos de las principales causas asociadas a la desnutrición aguda y crónica en la infancia⁸. Se estima que antes de la introducción de la vacuna contra Rotavirus, el 63% de niños menores de cinco años en el país tenía un episodio anual de diarrea por rotavirus, con 384,000 casos, 64,000 atenciones y 30 mil hospitalizaciones⁹.

La magnitud del problema de IRAS y EDAS en niños y niñas menores de 5 años, se aprecia a través del número de atenciones en los EESS del MINSA a nivel nacional en el año 2007, con un total de 4,874,963 atenciones por IRAS y EDAS, con un promedio de 13,356 atenciones por día.

⁷ Victora Cesar G. et al: Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. The Lancet, Volume 371, Issue 9609, Pages 340 - 357, 26 January 2008.

⁸ ASIS 2011. MINSA/DGE.

⁹ Campos, F. (2010) Vacuna contra Rotavirus. Diagnóstico, Vol. 49 (3).

CUADRO 1
ATENCIONES POR IRAS Y EDAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD. 2007

Atenciones por EDAS		Atenciones por IRAS		Total IRAS y EDAS
EDAS simples	459,728	IRAS simples	4,001,056	4,460,784
EDA con complicaciones	32,947	IRA con complicaciones	41,482	74,429
		SOB ASMA	339,750	339,750
Total		Total	4,382,288	4,874,963

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de información HIS/MINSA

El siguiente cuadro muestra la prevalencia de IRAS según grupos de edad, donde se aprecia mayor prevalencia en los niños y niñas de 6 a 11 meses, y la falta de búsqueda de tratamiento por un proveedor de salud adecuado, que alcanza al 40% en la población de menores de 5 años. Se evidencia el elevado uso de antibióticos.

CUADRO 2
PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE IRAS EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD. 2011

Grupo de edad	% de niñas y niños con síntomas de IRA ¹	% de niñas y niños que buscó tratamiento de un proveedor de salud ²	% de niñas y niños que recibió antibióticos
Menos de 6 meses	14.0	65.3	30.8
6-11 meses	20.2	76.7	46.6
12-23 meses	18.2	64.8	49.7
24-35 meses	17.8	57.4	46.6
36-47 meses	15.3	57.6	48.0
48-59 meses	13.7	55.4	45.6
Total menores de 60 meses (2011)	16.4	61.6	46.2

Notas: ¹/Tos acompañada de respiración rápida y agitada. ²/Excluye farmacia, tienda y curandero.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDES 2011. Informe Principal.

El factor pobreza

La prevalencia de IRAS y EDAS es 62% y 60% mayor en los niños y niñas menores de tres años de edad del quintil inferior de riqueza comparada con la prevalencia del quintil superior y 20% y 13% mayor respectivamente según el ámbito urbano o rural de residencia, lo que confirma la importancia de la pobreza como factor causal, especialmente en el caso de IRAS.

CUADRO 3
PREVALENCIA DE IRAS Y EDAS EN MENORES DE TRES AÑOS SEGÚN CARACTERISTICAS. 2004-2006¹

Característica	% Prevalencia de IRAS	% Prevalencia de EDAS
Urbana	16.1	13.8
Rural	20.4	15.9
Quintil de riqueza inferior	22.5	18.7
Segundo quintil de riqueza	20.0	15.1
Quintil intermedio de riqueza	16.1	14.7
Cuarto quintil de riqueza	14.9	12.1
Quintil superior de riqueza	14.1	11.4
Total	18.0	14.7

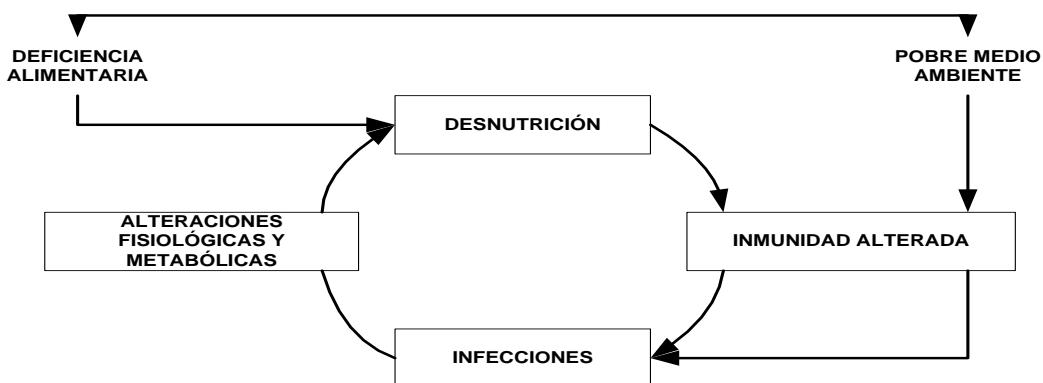
Nota: ¹/Corresponde a los valores del periodo 2004-2006 reportados por la ENDES Continua en 2006.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDES Continua 2004-2006

Evidencia de la asociación de las IRAS y EDAS con la desnutrición infantil

La relación entre las infecciones diarreicas y la desnutrición en la infancia fue descrita hace más de 50 años por autores como Venkatachalam en 1954¹⁰ y Waterlow en 1956¹¹. Scrimshaw, Taylor y Gordon¹² documentaron en 1959 que la desnutrición ocasiona mayor susceptibilidad a las infecciones y a su vez, la infección deteriora el estado nutricional, originando un círculo vicioso de desnutrición-infección, que por sus relaciones con el contexto de pobreza se constituyó en un paradigma clásico de la salud pública infantil desde esa época.

GRÁFICO 1
CÍRCULO VICIOSO DE DESNUTRICIÓN - INFECCIÓN



Fuente: Bhaskaram. The vicious cycle of Malnutrition-infection. National Institute of Nutrition. India. 1988.

Leonardo Mata demostró en 1969¹³ la interacción sinérgica entre las infecciones y la desnutrición en la infancia en comunidades rurales pobres de Guatemala, demostrando la significativa relación entre las infecciones con el crecimiento deficiente y la elevada mortalidad. Mata encontró que la contaminación del niño con materias fecales empieza desde el nacimiento en comunidades pobres y escaso saneamiento, lo que produce la rápida colonización del intestino por bacterias y se manifiesta por infecciones por enterovirus desde la primera semana de vida.

En base a modelos estadísticos, se calcula que entre un cuarto y un tercio del déficit de crecimiento de los niños y niñas puede ser atribuible a enfermedades diarreicas agudas^{14,15}. En 1997 Scrimshaw y SanGiovanni, detallaron el sinergismo entre las infecciones infantiles, la nutrición y la inmunidad¹⁶ y la complejidad de mecanismos que se alteran. Recientemente (2012)

¹⁰ Venkatachalam PS, Srikantia SG, Gopalan C. Clinical features of nutritional edema syndrome in children. Indian J Med Res 1954, 42: 555-568.

¹¹ Waterlow J, Vergara A. Protein malnutrition in Brazil. Rome. FAO. Nutritional studies. 1956, No. 14

¹² Scrimshaw, N. S., Taylor, C. E. & Gordon, J. E. (1959) Interactions of nutrition and infection. Am. J. Med. Sci. 237: 367-372.

¹³ Efecto de las infecciones y la dieta sobre el crecimiento del niño: experiencia en una aldea Guatemalteca. Mata, L., Urrutia J., García B. (1969) Boletín OPS 66

¹⁴ Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical growth in rural Guatemala children. Am. J. Dis. Child. 129:1296-1301

¹⁵ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the growth of children in rural Bangladesh. Pediatrics 73:799-805

¹⁶ Scrimshaw, N.S and San Giovanni, J.P. (1997) Synergism of nutrition, infection, and immunity: an overview. American Journal of Clinical Nutrition 66(2): 464-477.

UNICEF publicó el informe *Pneumonia and diarrhea Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children*, donde se describe los efectos de la desnutrición sobre las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en los niños. Walker estimó en una publicación de Lancet en abril del 2013, que cada cinco episodios de diarrea antes de los 2 años de edad ocasionan una probabilidad de retraso de crecimiento mayor a 1.13cm (IC95% 1.07-1.19)¹⁷. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la diarrea aguda es la segunda mayor causa de desnutrición en niños menores de cinco años en el mundo¹⁸.

La interacción entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas es cíclica y sinérgica, sin un comienzo único. Cuando la ingesta de nutrientes es insuficiente o los alimentos son mal utilizados, los escasos nutrientes se canalizan al mantenimiento de las funciones orgánicas vitales, descuidando las necesidades de crecimiento, lo que puede conducir al retraso del crecimiento¹⁹.

Las EDAS e IRAS afectan el estado nutricional de niño por los siguientes mecanismos:

- Disminución de la ingesta de nutrientes, debido a la falta de apetito, náuseas, vómitos, dificultad respiratoria o postración, lo que se complica por restricciones alimenticias y tabús alimenticios, tanto por parte de los padres de los niños y niñas enfermos como del personal de salud que los atiende.
- Necesidades metabólicas incrementadas por la infección.
- Disminución de la absorción de nutrientes ingeridos, por alteraciones de la mucosa intestinal en la diarrea persistente o infecciones intestinales severas.
- Pérdida activa de nutrientes por la diarrea.

El círculo vicioso infección-desnutrición puede romperse manteniendo la administración de alimentos nutritivos, en especial la leche materna, durante los episodios de diarrea e infecciones respiratorias y proporcionando una alimentación nutritiva en la etapa post infección, en la que es fundamental el control nutricional hasta asegurar la recuperación.

Diarrea persistente

La diarrea persistente²⁰, tiene un gran efecto nocivo sobre la desnutrición, debido a que lesiona la mucosa intestinal, produciendo disminución de enzimas digestivas y cambios en el transporte activo de los nutrientes.

La lactosa no digerida y acumulada en la luz intestinal, origina diarrea osmótica y disminuye la producción de hormonas gastrointestinales, lo que a su vez disminuye la motilidad intestinal y provoca un sobre-crecimiento de enterobacterias.

Adicionalmente, el déficit de vitamina A causa una restauración inadecuada de la mucosa intestinal lesionada, con efecto negativo en la duración y severidad de los episodios diarreicos²¹.

¹⁷ Walker CL et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. Lancet. 2013;381(9875):1405-16.

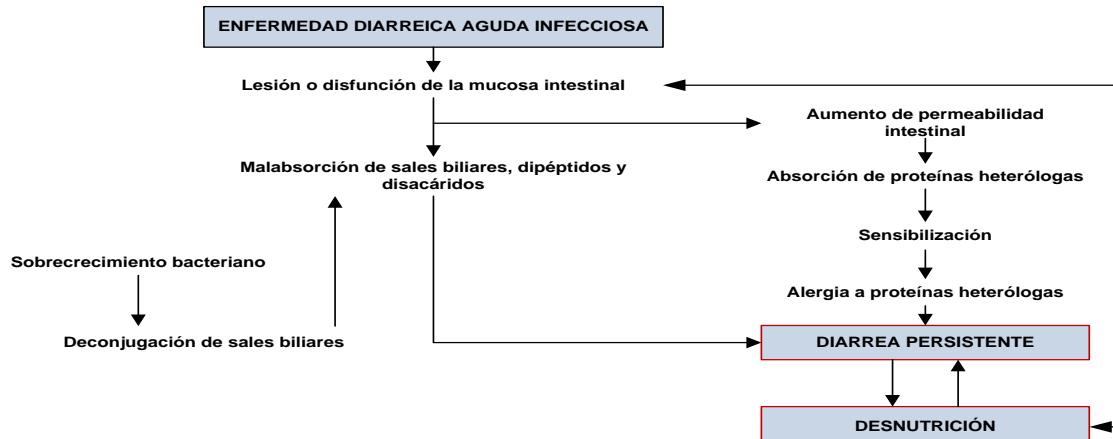
¹⁸ Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva 330. 2013. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/

¹⁹ Scrimshaw, N.S. (1977). Effect of infection on nutrient requirements. American Journal of Clinical Nutrition 30(9):1536-1544.

²⁰ La OMS denominó en 1988 *diarrea persistente* a las EDAS de inicio brusco y duración mayor a dos semanas.

²¹ Pérez AM, Sagaró E, Fragoso T, Marrero R. Niveles séricos de vitamina A y su relación con diarrea persistente. *Acta Gastroenterol Latinoam* 1994; 24: 255-260.

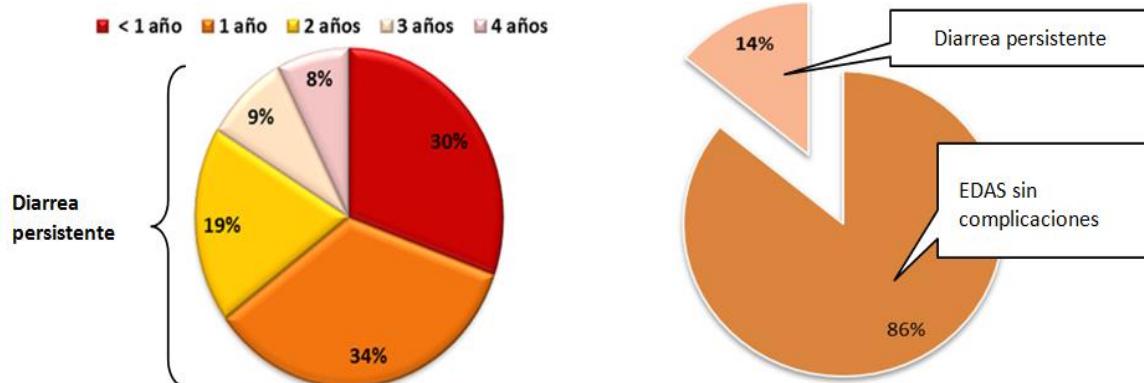
GRÁFICO 2
MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS EN LA DIARREA PERSISTENTE



Fuente: Rivera, J. Diarrea persistente y diarrea crónica en pediatra.
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/reperupediatr/jrivera.pdf;>

El siguiente gráfico muestra que las atenciones por diarrea persistente en 2012 representan el 14% de las atenciones de EDAS sin complicaciones en menores de 3 años de edad. El mayor número de atenciones fue en niños y niñas menores de 3 años de edad, que concentran el 83% de las atenciones por diarrea persistente²².

GRÁFICO 3
ATENCIONES POR DIARREA PERSISTENTE EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD. 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información del sistema HIS. Setiembre 2013.

Evidencias en el país

En un estudio longitudinal realizado por William Checkley y colaboradores²³ entre 1989 a 1991 en un pueblo joven de Lima, se examinó el efecto de la infección por *Cryptosporidium parvum*²⁴ en el crecimiento de una cohorte de 185 niños de 0-3 meses de edad al inicio del estudio. Durante el

²² Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN estimaron para el 2012 solamente el 0,5% de diarrea persistente. En el anexo 7 se presenta el número de atenciones por Diarrea Persistente por departamentos y grupos de edad.

²³ Effects of *Cryptosporidium parvum* infection in Peruvian children: growth faltering and subsequent catch-up growth. American Journal of Epidemiology. Volume 148(5):497-506. 1998

²⁴ Parásito causante de EDA en niños y adultos.

año siguiente del inicio de la infección se hicieron controles mensuales de antropometría, exámenes de heces semanales y todos los días se determinó la presencia de diarrea.

Los resultados mostraron que los niños infectados con *C. parvum* experimentaron un crecimiento retardado, tanto en peso como en estatura, durante varios meses después de la infección, seguido de un período de aumento de crecimiento. Los niños más pequeños tomaron más tiempo para recuperar el peso en comparación con los niños mayores. Sin embargo, no se produjo recuperación del crecimiento en los niños infectados entre los 0 y 5 meses de edad, que un año después de la infección mostraron un déficit promedio de 0,95 cm en estatura en relación con los niños no infectados de la misma edad. Los niños con desnutrición crónica que se infectaron, un año después de la infección tenían un déficit de 1,05 cm (IC del 95%: 0,46 a 1,66) en relación con los no infectados de la misma edad.

En la publicación *Effects of Acute Diarrhea on Linear Growth in Peruvian Children*, William Checkley y colaboradores²⁵ presentan una relación causa-efecto positiva entre la prevalencia de diarrea y el retardo del crecimiento en niños peruanos menores de 24 meses. Efectuaron un seguimiento desde el nacimiento a una cohorte de 224 niños y niñas de la comunidad periurbana Pampas de San Juan, en Lima (abril de 1995 a diciembre de 1998), con registros diarios de diarrea y antropometría mensual. A los 24 meses de edad, estos niños tenían 2,5 cm menos estatura que el patrón de referencia NCHS/OMS. La prevalencia de diarrea de 2,3% en los primeros 24 meses de vida explicó el 27% de este déficit de crecimiento, que se manifestó con retraso de 2 meses.

Los niños y niñas con EDA durante el 10% del tiempo en los primeros 24 meses de edad fueron 1,5 cm más pequeños que los que nunca tuvieron diarrea. Los efectos adversos de la diarrea durante los primeros 6 meses de vida fueron déficit de estatura de largo plazo, probablemente permanente. En contraste, la diarrea después de 6 meses de edad solo tuvo efectos transitorios en la disminución de estatura.

Los datos de la encuesta ENDES 1992-2000 muestran que el retardo del crecimiento es igual en el ámbito urbano y rural hasta los 6 meses de edad y luego se acelera en el ámbito rural para alcanzar a los 18 meses -2z, mientras a nivel urbano es -1,3z. Antes de cumplir los 24 meses cerca del 50% de los niños rurales tienen retardo de crecimiento de manera irreversible.

En la publicación del INEI “*Factores Asociados a la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 1996-2007*”, se describe que la prevalencia de desnutrición crónica en los niños y niñas entre 6 a 35 meses es menor en los niños y niñas que no tuvieron episodios de EDA en las últimas dos semanas, mientras no hubo diferencias en caso de IRAS.

CUADRO 4
PREVALENCIA DE IRA Y EDA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS DE 6 - 35 MESES. 1996, 2000 y 2007

Variable	Porcentaje de desnutrición crónica (NCHS)		
	1996	2000	2007
Con EDA en las últimas dos semanas	31.1	28.7	26.5
Sin EDA en las últimas dos semanas	23.9	23.5	21.4
Con IRA en las últimas dos semanas	26.4	23.5	22.3
Sin IRA en las últimas dos semanas	25.1	25.6	22.5

Fuente: “Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú, 1996-2007”. INEI. 2009.

²⁵American Journal of Epidemiology. Volume 157(2):166-175. 2003

Modelo lógico de la intervención pública evaluada: formulación de objetivos

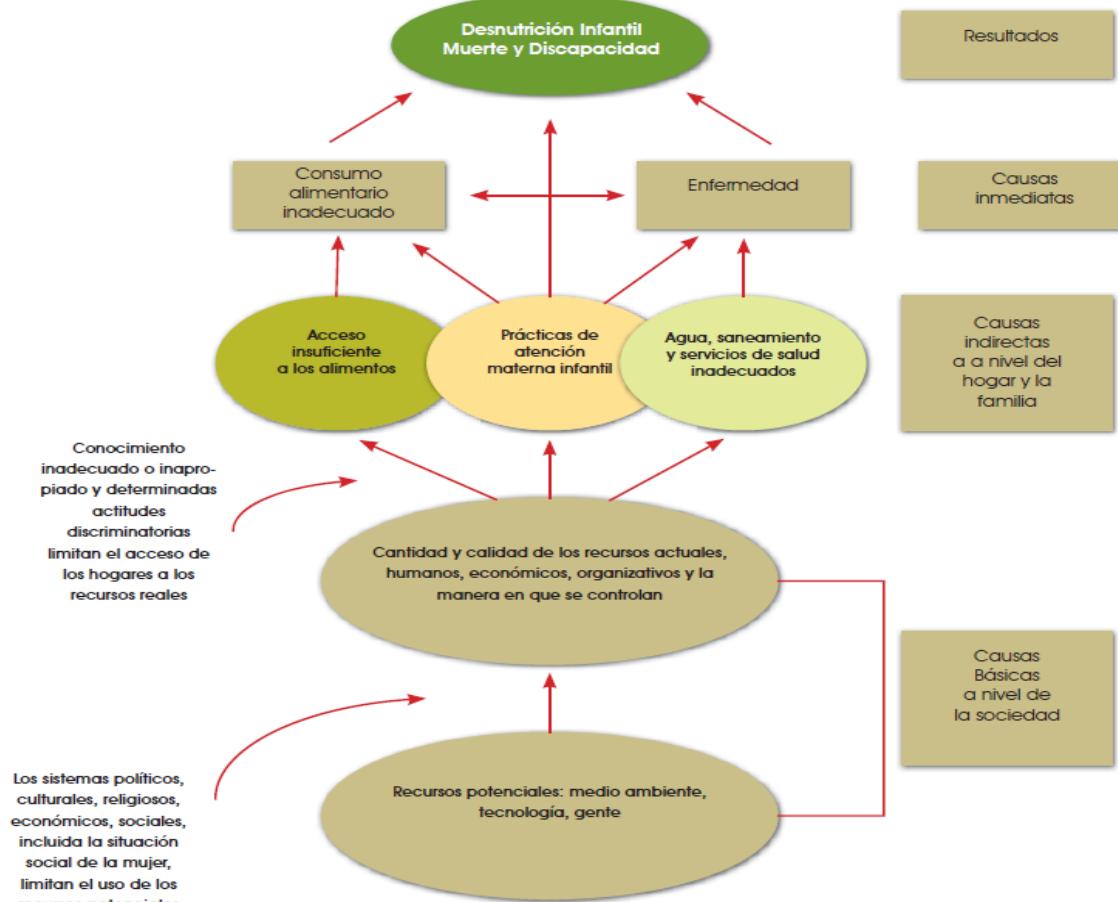
Modelo Lógico de la IPE

La IPE carece de un modelo lógico propio por incluir solamente a cuatro de los 29 productos del PPAN. A continuación se presenta el Modelo Lógico del PPAN descrito en el documento *Anexo 2 Programa Presupuestal Articulado Nutricional Contenidos Mínimos*²⁶ que incluye la descripción de las IRAS y EDAS como factor causal de la desnutrición crónica infantil. Este modelo fue originalmente elaborado en el 2008 por el MEF, como parte del diseño del Programa Presupuestal Articulado Nutricional.

Modelo conceptual

En la fase inicial del diseño se analizó diversos modelos causales de la desnutrición crónica infantil (condición de interés) y seleccionó como el más adecuado, al modelo conceptual de desnutrición, mortalidad y discapacidad infantil del UNICEF. Ese modelo identifica como los dos factores causales inmediatos de la desnutrición infantil a las enfermedades y al consumo inadecuado de alimentos.

GRÁFICO 4
MODELO CONCEPTUAL DE LA DESNUTRICIÓN, MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD INFANTIL DEL UNICEF

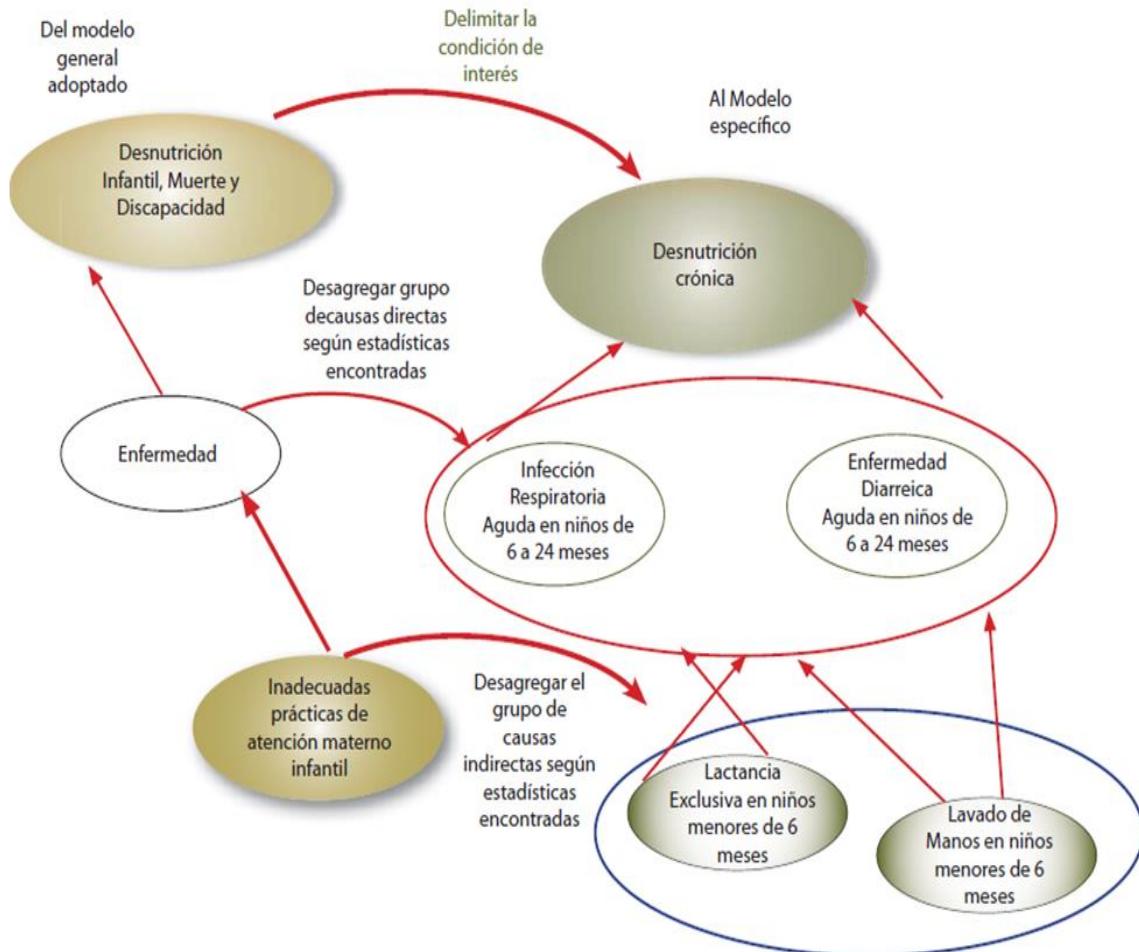


Fuente: Anexo 2 Programa Presupuestal Articulado Nutricional Contenidos Mínimos. MINSA 2012.

²⁶ Preparado en respuesta a la Directiva N 002-2012-EF/50.01.

A partir del modelo conceptual del UNICEF, se construyó el modelo conceptual del PPAN, que adapta los factores causales generales, a las condiciones específicas del país e identifica a las IRAS y EDAS en niños entre 6 a 24 meses, como las principales enfermedades causantes de la desnutrición crónica infantil.

GRÁFICO 5
ADAPTACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL DEL UNICEF AL PAÍS



Fuente: Anexo 2 Programa Presupuestal Articulado Nutricional Contenidos Mínimos. MINSA 2012.

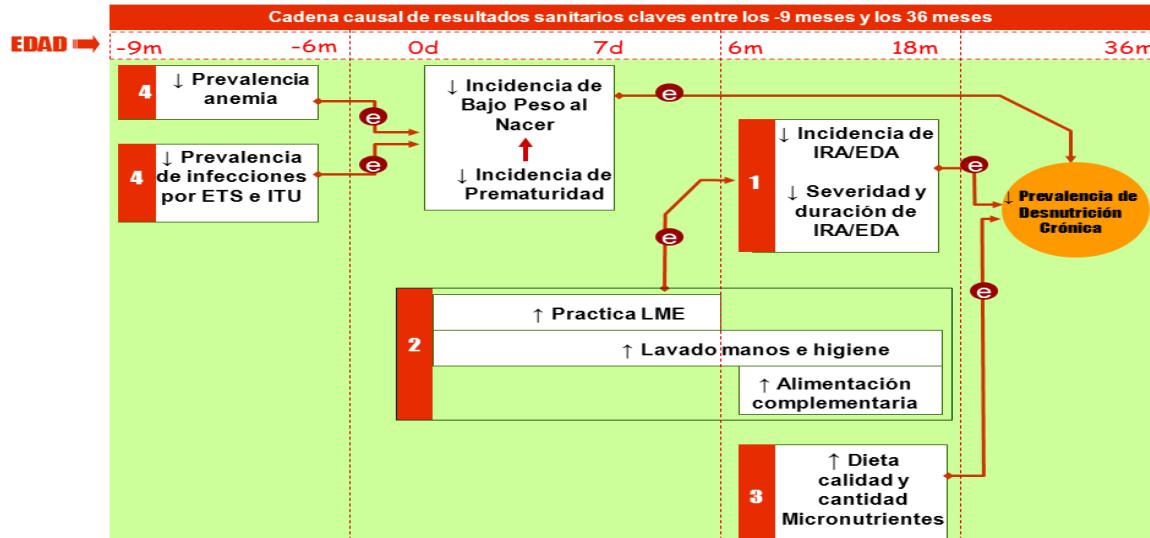
Modelo Explicativo

El Modelo Explicativo identifica las tres principales trayectorias de causalidad para la DCI, donde la incidencia, severidad y duración de IRAS y EDAS está señalado como el principal factor causal en niños de 6 meses a 24 meses de edad.

Un segundo grupo de factores está constituido por la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses, el lavado de manos e higiene y la alimentación complementaria en niños entre 6 a 24 meses de edad. El tercer grupo lo constituyen las deficiencias en la cantidad y calidad de la dieta (alimentación y micronutrientes).

La letra **E** del gráfico señala que los factores identificados cuentan con numerosa evidencia que sustenta la relación de causalidad.

GRÁFICO 6
PRINCIPALES TRAYECTORIAS DE CAUSALIDAD ASOCIADAS A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

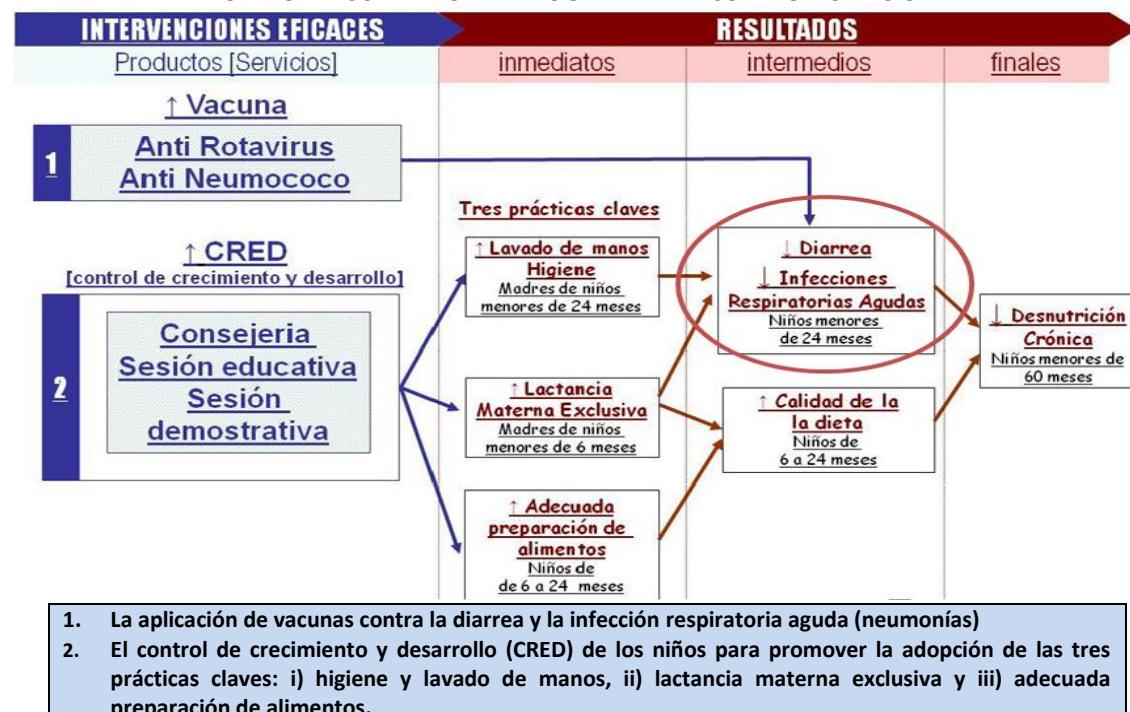


Fuente: Figura N° 1 del Anexo 2 Programa Presupuestal Articulado Nutricional Contenidos Mínimos. MINSA 2012.

Modelo Prescriptivo

Este modelo identifica y prioriza las principales intervenciones que afectan a los caminos causales identificados de la DCI.

GRÁFICO 7
MODELO PRESCRIPTIVO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL



Fuente: Figura N° 2 del Anexo 2 Programa Presupuestal Articulado Nutricional Contenidos Mínimos. MINSA 2012.

Modelo Lógico

El Modelo Lógico del PPAN establece que la prevalencia de la desnutrición crónica infantil es el resultado de los siguientes factores:

- La elevada carga de morbilidad por IRAS y EDAS en menores de 24 meses y la deficiencia en hierro y zinc²⁷, que los niños adquieren entre los 6 a 24 meses de edad.
- La inadecuada alimentación del niño en los primeros 6 meses de vida.
- Diferentes eventos que ocurren antes de los 6 meses de vida, que incluyen al bajo peso al nacer y la prematuridad.

Los otros resultados intermedios son: i) reducir la prevalencia de bajo peso al nacer y ii) mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses. En el nivel de resultados intermedios se muestra la interacción recíproca entre la alimentación y nutrición con la morbilidad por IRAS y EDAS. El Modelo Lógico considera tres productos: i) Madres adoptan prácticas saludables; ii) Diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno (de IRAS y EDAS); y iii) Acceso al agua segura.

Entre los productos relacionados a la reducción de la morbilidad por IRAS y EDAS, este modelo identifica: i) vacunación contra neumococo y rotavirus e instalación de cocinas mejoradas para reducir la contaminación intradomiciliar; y ii) incremento de la cobertura, oportunidad y calidad del CRED; afiliación a JUNTOS y SIS, y alfabetización; que influyen en que las madres adopten prácticas saludables.

El siguiente gráfico, identifica en círculos rojos el resultado intermedio de la IPE: *reducir la morbilidad por IRA, EDA en menores de 24 meses* y el resultado inmediato: *Aumentar el diagnóstico y tratamiento oportuno* (de IRAS y EDAS). Cabe señalar que el aumento del diagnóstico y tratamiento oportuno no reduce la morbilidad por IRAS y EDAS, que es consecuencia de los otros productos del modelo.

GRÁFICO 8
MODELO LÓGICO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL



Fuente: Figura N° 4 del Anexo 2 Programa Presupuestal Articulado Nutricional Contenidos Mínimos. MINSA 2012.

²⁷ Se describe en el narrativo del modelo.

1.2.1. Objetivos de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultado final/resultado específico (Contenido 02)

Contenido 02: Señalar los objetivos de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultado específico (propósito) y resultado final (fin), según Marco Lógico disponible o preparada para la EDEP. Presentar el Marco Lógico según el formato I

El resultado final de la IPE es *contribuir* a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil-DCI, que es consecuencia de los varios productos del PPAN. El resultado intermedio de la IPE es la reducción de la prevalencia de IRAS y EDAS²⁸.

MODELO LÓGICO DE LA IPE

DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO		INDICADORES DE DESEMPEÑO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
FINAL Reducir la Desnutrición Crónica Infantil ¹		Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años.	
INTERMEDIO Reducir la morbilidad por IRAS y EDAS en menores de 24 meses		Prevalencia de EDA en menores de 36 meses. Prevalencia de IRA en menores de 36 meses.	ENDES
INMEDIATO Incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno de IRAS y EDAS		No están disponibles de manera formal ² .	No disponible
PRODUCTOS	1. Atención de IRA	Nº de atenciones de IRA	Sistema HIS-MINSA
	2. Atención de EDA	Nº de atenciones de EDA	
	3. Atención de IRA con complicaciones	Nº de atenciones de IRA con complicaciones	
	4. Atención de EDA con complicaciones	Nº de atenciones de EDA con complicaciones	
SUBPRODUCTOS	Atención de IRA		
	- IRA no complicada	Nº de atenciones	Sistema HIS-MINSA
	- Faringoamigdalitis Purulenta Aguda	Nº de atenciones	
	- Otitis Media Aguda	Nº de atenciones	
	- Sinusitis Aguda	Nº de atenciones	
	- Síndrome Obstrucción Bronquial/Asma	Nº de atenciones	
	1. Atención de EDA		Sistema HIS-MINSA
	- EDA no complicada	Nº de atenciones	
	- EDA sospechosa de Cólera	Nº de atenciones	
	- EDA Disentérica	Nº de atenciones	
	- EDA Persistente	Nº de atenciones	
	2. Atención de IRA complicada		Sistema HIS-MINSA
	- Neumonía	Nº de atenciones	
	- Neumonía grave en < de 2 meses	Nº de atenciones	
	- Neumonía y enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años	Nº de atenciones	
	3. Atención de EDA complicada		Sistema HIS-MINSA
	- EDA con deshidratación	Nº de atenciones	
	- EDA con deshidratación y shock	Nº de atenciones	

Fuente: Elaboración propia en base al documento Anexo 2 Programa Presupuestal Programa Articulado Nutricional. Contenidos Mínimos Anexo 2 del PPAN. MINSA. 2012.

²⁸ En el contexto de la presente evaluación, el resultado específico se denomina resultado intermedio.

1.2.2. Descripción de los productos que entrega la IPE así como de sus actividades (Contenido 03).

Contenido 03: Identificar y describir los productos (conjuntos de bienes y/o servicios) que produce o entrega la Intervención Pública Evaluada para cumplir su resultado específico (según Marco Lógico disponible o preparada para la EDEP).

Descripción de los productos

En las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP del PPAN, elaboradas por el MINSA, se describen los cuatro productos de la IPE, los mismos que forman parte de las actividades tradicionales de los EESS del sector público desde la creación del MINSA y no han sido sustancialmente modificados para focalizar la reducción de la DCI.

CUADRO 5
DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS QUE ENTREGA LA IPE²⁹

Producto 1: Atención IRA (3033311)

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria.

Producto 2: Atención de EDAS (3033312)

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) sin deshidratación en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria.

Producto 3: Atención de IRAS con complicaciones (3033313)

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda complicada, en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento.

Producto 4: Atención de EDAS con complicaciones (3033314)

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de EDA complicada con deshidratación en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento.

Fuente: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales MINSA. 2012.

Descripción de las actividades

En el marco de la estructura funcional y programática del PPAN, cada uno de los cuatro productos de la IPE tiene una actividad³⁰.

CUADRO 6
PRODUCTOS Y ACTIVIDADES DE LA IPE

Código	Productos	Código	Actividades
3033311	Atención de infecciones respiratorias agudas – IRAS	50000027	Atender a niños con infecciones respiratorias agudas – IRA
3033312	Atención de enfermedades diarreicas agudas – EDAS	50000028	Atender a niños con enfermedades diarreicas agudas – EDA
3033313	Atención de IRAS con complicaciones	50000029	Atender a niños con IRAS con complicaciones
3033314	Atención de EDAS con complicaciones	50000030	Atender a niños con EDAS con complicaciones

Fuente: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los PP 2013. RM N° 289-2013/MINSA.

²⁹ Según las DOCP del año 2012²⁹. Las *Fichas de Información* de los Productos se incluyen en el Anexo 5 del presente informe. En el Anexo 12 figuran las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación para el 2013, aprobadas mediante la RM N° 289-2013/MINSA.

³⁰ Estas mismas actividades también están descritas en la distribución del gasto del presupuesto fiscal anual del PPAN publicado por el MEF.

Sub productos

Los cuatro productos de la IPE están a su vez divididos en 14 subproductos, como se muestra a continuación.

CUADRO 7
SUBPRODUCTOS DE LA IPE

1.1 ATENCIÓN IRA (33311)
1.1.1 Infección Respiratoria Aguda (IRA) no complicada (3331101)
1.1.2 Faringoamigdalitis Purulenta Aguda (FAPA) (3331102)
1.1.3 Otitis Media Aguda (OMA) (3331103)
1.1.4 Sinusitis Aguda (3331104)
1.2 ATENCIÓN EDA (33312)
1.2.1 EDA no complicada (3331201)
1.2.2 EDA sospechoso de Córera (3331202)
1.2.3 EDA Disentérica (3331203)
1.2.4 EDA Persistente (3331204)
1.3 ATENCIÓN IRA CON COMPLICACIONES (33313)
1.3.1 Neumonía (3331301)
1.3.2 Neumonía grave o enfermedad muy grave en niños menores de 2 meses (3331302)
1.3.3 Neumonía y Enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años (3331305)
1.3.4 SOB/ASMA (3331306) ³¹
1.4 ATENCIÓN EDA CON COMPLICACIONES (33314)
1.4.1 Atención EDA con deshidratación (3331401)
1.4.2 Atención EDA con deshidratación y Shock (3331402)

Fuente: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los PP 2013. Ministerio de Salud.

Lista de bienes y servicios

La *lista de bienes y servicios*, denominada *estructura de costos*, constituye un instrumento importante para la programación de los insumos y asignación de recursos presupuestarios en los productos de la IPE, en el aplicativo SIGA PpR.

En el año 2012 está lista tenía un total de 2,043 ítems para los productos de la IPE, distribuidos en cinco tipos de insumos:

- *Recursos humanos*: personas que intervienen en el logro del subproducto
- *Equipo, mobiliario e instrumental*: Incluye infraestructura, aparatos y herramientas que son necesarios en la actividad o subproducto.
- *Materiales*: Son todos los insumos fungibles que intervienen en el desarrollo del total o en algunas partes de la atención o procedimiento.
- *Medicamentos*: Las medicinas que se entregan como parte de un procedimiento. En el caso de atenciones de salud deben ser detallados.
- *Servicios*: Son los bienes no materiales que completan el desarrollo de la actividad, como *viáticos, pasajes, capacitaciones, etc.*), *generales (servicios de reparación, mantenimiento de equipos, etc.) y básicos, (internet, agua, teléfono, etc.)*.

A continuación se presenta un resumen de la lista de bienes y servicios correspondientes a la IPE.

³¹ Este subproducto es reportado por el sistema HIS en una categoría aparte de la *Atención de IRAS* y *Atención de IRAS con complicaciones*. Desde el punto de vista clínico, el Asma no es una patología respiratoria infecciosa.

CUADRO 8
ITEMS DE LA LISTA DE BIENES Y SERVICIOS PARA LOS PRODUCTOS IPE

Producto	Código	Número	Cantidad
1. Atención IRA sin complicaciones	33311	6492-6942	447
IRA no complicada	3331101	6492-6569	77
Faringoamigdalitis Purulenta Aguda (FAPA)	3331102	6570-6694	124
Otitis Media Aguda (OMA)	3331103	6695-6825	130
Sinusitis Aguda	3331104	6826-6942	116
2. Atención IRA con complicaciones	33313	7463-8114	648
Neumonía	3331301	7463-7605	142
Neumonía grave o enfermedad muy grave en niños menores de 2 meses	3331302	7606-7770	164
Neumonía y enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años	3331305	7771-7945	174
SOB/ASMA	3331306	7946-8114	168
Total ítems Atención de IRAS		6492-8114	1,095
3. Atención EDA sin complicaciones	33312	6943-8545	519
EDA no complicada	3331201	6943-7097	154
EDA sospechoso de Córera	3331202	7098-7178	80
EDA Disentérica	3331203	7179-7297	118
EDA Persistente	3331204	7298-7462	164
4. Atención EDA con complicaciones	33314	8115-8545	429
Atención EDA con deshidratación	3331401	8115-8338	223
Atención EDA con deshidratación y shock	3331402	8339-8545	206
Total ítems Atención de EDAS		6943-8545	948
Total ítems atención de IRAS y EDAS			2,043

Fuente: Elaboración propia en base a la lista de bines y servicios del PPAN. MINSA. v.2012

1.3 Marco Lógico de la IPE a nivel de indicadores y metas (Contenido 04)

Contenido 04: presentar los indicadores y metas de los resultados finales, específicos, productos y actividades (en el caso de las actividades los indicadores son las metas físicas de producción de la actividad). Utilizar el formato II En caso la Intervención Pública Evaluada no cuente con un Marco Lógico formal, el equipo evaluador deberá construir la columna de indicadores en base a reportes de los sistemas de seguimiento y evaluación, documentos proporcionados, talleres de trabajo (si fuese necesario) e información secundaria.

A continuación se presenta un cuadro con los Indicadores de desempeño y metas de la IPE a nivel de resultado final, intermedio y productos para el periodo 2009-2016. Los valores y metas para los indicadores de resultado final y resultado intermedio fueron proporcionados por el MINSA/DGSP. Los valores para los indicadores de productos fueron elaborados en base a datos del MINSA/HIS y las metas para 2013 y 2016 fueron establecidas considerando la proyección de reducción promedio de los últimos 3 años.

La meta de reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años de edad indicada por el MINSA para el año 2016 es 13%, 30% más elevada que la meta de reducción del 10% mencionada por el MEF en la Ley del Presupuesto para 2013.

CUADRO 9
INDICADORES DE DESEMPEÑO Y METAS DE LA IPE A NIVEL DE RESULTADO FINAL, INTERMEDIO Y PRODUCTOS. 2009-2016

Descripción	Tipo	Fórmula de cálculo	Unidad de medida	Fuente	Valores				Metas	
					2009	2010	2011	2012	2013	2016
Resultado Final										
Reducir la desnutrición crónica infantil	Eficacia ¹	Niños menores de 60 meses con talla/edad < 2 DS del patrón OMS/ Total de niños menores a 60 meses	Niños y niñas menores de 60 meses con DCI	ENDES	23.8	23.3	19.5	18.1	16.7	13.0 ³²
Resultado Intermedio										
Prevalencia de IRAS	Eficacia	Niños menores de 36 meses con IRA /Total de niños menores de 36 meses	Nº de niños y niñas menores de 36 meses con IRA	ENDES	17,2	18,3	17,8	14,6	14,1	13,3
Prevalencia de EDAS	Eficacia	Niños menores de 36 meses con EDA /Total de niños y niñas menores de 36 meses	Nº de niños y niñas menores de 36 meses con EDA	ENDES	18,0	18,9	17,6	15,3	14,8	14,0
Productos (Valores expresados en miles de atenciones)³:										
Atención de IRAS	Eficacia	Episodio de IRA atendidos en menores de 5 años	Episodio atendido (miles).	HIS MINSA	3,458	3,281	2,377	2,263	2,149	1,826
Atención de EDAS	Eficacia	Episodio de EDA atendidos en menores de 5 años	Episodio atendido (miles).	HIS MINSA	325	288	288	230	218	185
Atención de IRAS con complicaciones	Eficacia	Episodio de IRA atendidos complicada en menores de 5 años	Episodio atendido (miles).	HIS MINSA	240	229	161	156	148	125
Atención de EDAS con complicaciones	Eficacia	Episodio de EDA complicada atendidos en menores de 5 años	Episodio atendido (miles).	HIS MINSA	22	18	18	14	13	11

Fuente: Valores y metas para los indicadores de resultado final y resultado intermedio fueron proporcionados por el MINSA/DGSP.

³² La meta de reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años de edad indicada por el MINSA para el año 2016 es 30%, más elevada que la meta de reducción del 10% mencionada por el MEF en la Ley del Presupuesto para 2013.

1.4 Relación interinstitucional (Contenido 05)

Contenido 05: Identificar los diferentes tipos de relaciones de coordinación y/o cooperación que tiene la Intervención Pública Evaluada con otros programas, niveles de gobierno y diferentes agentes del estado.

El Ministerio de Salud-MINSA como órgano rector y normativo de la atención de salud a nivel nacional, coordina con varios organismos del Estado la prestación de los servicios de atención de IRAS y EDAS en el contexto del PPAN. Adicionalmente, elabora las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación, consolida la información de producción de las regiones, efectúa el seguimiento de la ejecución presupuestal y proporciona insumos críticos, incluyendo medicamentos.

CUADRO 10

PRINCIPALES RELACIONES DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE LA IPE EN EL CONTEXTO DEL PPAN

Institución	Tipo de relación y/o coordinación
Instituto Nacional de Salud - INS	Ejerce desde 2012 la corresponsabilidad del diseño, seguimiento y evaluación del PPAN en su calidad de Coordinador Técnico del PPAN.
Seguro Integral de Salud-SIS	Financia la atención de IRAS y EDAS de la población afiliada al SIS, con recursos del PPAN/IPE.
Gobiernos Regionales	Coordinan con el MINSA la programación física y financiera de las actividades de la IPE a nivel de DIRESAS, DISAS, Redes, Microredes y EESS, la entrega de los productos y el seguimiento y evaluación de los resultados en su ámbito.
Instituto Nacional de Estadística e Informática	Genera la información estadística para el seguimiento de los indicadores que no son generados por los sistemas estadísticos del MINSA ³³ .
Ministerio de Economía y Finanzas-MEF	Proporciona los recursos financieros para la atención de IRAS y EDAS y está a cargo del seguimiento de la ejecución presupuestal y del cumplimiento de metas en su dimensión física ³⁴ y desempeño.

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas y revisión de documentos institucionales.

Estas relaciones se describen con más detalle a continuación:

- El Instituto Nacional de Salud-INS por su rol de Coordinador Técnico del PPAN, cumple una serie de funciones que requieren de una estrecha coordinación con el MINSA, en especial en el seguimiento y evaluación del PPAN. Adicionalmente el INS es responsable del seguimiento del estado de nutrición infantil mediante el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN, a cargo del área de Epidemiología Nutricional de la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional (DEVAN).
- El Seguro Integral de Salud-SIS coordina con el MINSA los mecanismos de nivel nacional para el financiamiento y proceso de pago de las atenciones por IRAS y EDAS brindados en los EESS a la población asegurada en los regímenes subsidiado, semisubsidiado y semicontributivo del SIS.
- Las Direcciones Regionales de Salud-DIRESAS, que están bajo la autoridad de los Gobiernos Regionales, responden a la rectoría técnica para la programación de las atenciones de IRA y EDA en el nivel departamental, mediante las Direcciones de Salud-DISAS, Redes, Microredes y EESS.
- Con el RENIEC se coordina acciones de nivel nacional para la obtención del DNI para el registro de los niños y niñas en el padrón nominado distrital.

³³ Artículo N° 84 de la Ley del presupuesto para el año fiscal 2010

³⁴ Artículo N° 83 de la Ley del presupuesto para el año fiscal 2012 sobre el seguimiento de los programas presupuestales.

- Con el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, se coordina la provisión de información sobre la prevalencia de IRAS y EDAS, como parte del seguimiento de los indicadores de desempeño de los Programas Presupuestales. Igualmente se debe coordinar la calidad estadística de la información para asegurar que los datos a nivel departamental tengan representación estadística a ese nivel. También se debe asegurar la compatibilidad de los ámbitos de reporte de datos con los de otros sistemas de información relacionados al PPAN/IPE, como el SIGA PpR, SIASIS, vigilancia epidemiológica.
- Con el MEF, el MINSA coordina la aplicación de la normatividad del PpR, en especial la programación física y presupuestaria de los recursos del PPAN y la evaluación del desempeño de los productos y resultados³⁵.

³⁵ Las Leyes de Presupuesto Público de los años 2010 y 2012 establecen que el seguimiento sobre los avances en los productos y resultados en el marco del PpR está a cargo del MEF, para lo cual los responsables de los pliegos presupuestales deben entregar información *cierta, suficiente y adecuada*. El MEF debe consolidar trimestralmente el avance de la ejecución de los pliegos presupuestarios ejecutores de los programas presupuestales, para su publicación en su página web y remisión en resumen ejecutivo a la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República del Congreso y a la Contraloría General de la República. Dicho resumen ejecutivo debe detallar la información analizada a nivel de programa presupuestal y unidad ejecutora, según metas físicas y financieras de los productos.

PARTE 2: TEMAS DE EVALUACIÓN

1.1 Diagnóstico de la situación inicial (Contenido 16)

Contenido 16: ¿El problema/necesidad está bien identificado?

El problema que justifica la inclusión de la atención de IRAS y EDAS como productos del PPAN, está bien identificado y sustentado en el Modelo Lógico del PPAN/IPE del documento Anexo 2 PPAN. Contenidos Mínimos 2012 del MINSA, que proporciona una sólida fundamentación basada en evidencias, sobre el papel de las IRAS y EDAS como uno de los factores causales críticos de la elevada desnutrición crónica infantil en el país.

Situación de las IRAS y EDAS al inicio del PPAN

En el año 2007 uno de cada cinco niños y niñas menores de 36 meses de edad tuvo IRA y uno de cada seis niños y niñas menores de 36 meses de edad tuvo EDA, en el periodo de dos semanas previas a la encuesta ENDES.

CUADRO 11
PREVALENCIA DE IRAS Y EDAS A NIVEL NACIONAL, 2007

Indicador	Situación inicial (2007)
Proporción de niños menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron infección respiratoria aguda (IRA)	24,0 (IC 95% 20.7-27.3) (Coeficiente de variación 7,0)
Proporción de niños menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron enfermedad diarreica aguda(EDA)	17,4 ¹ (Coeficiente de variación 7,3)

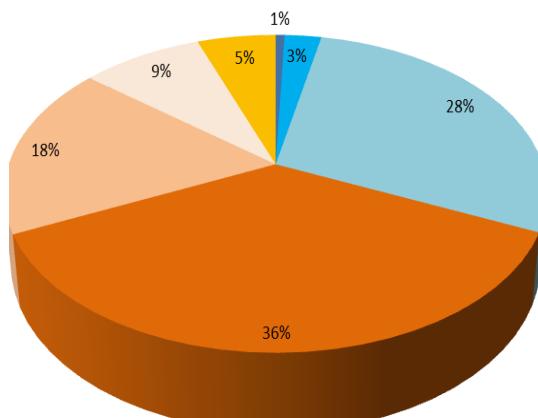
Nota 1/: El informe de la ENDES 2007 y el documento Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos 2000-2012 no reportan el *intervalo de confianza* para EDAS en el 2007. Sin embargo, el *coeficiente de variación* de 7.3% brinda confiabilidad estadística a los datos.

Fuente: PERÚ: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos 2000-2012. INEI/MEF.2013.

La importancia de las EDAS en los niños y niñas menores de 2 años de edad, se aprecia por el preponderante número (86%) de atenciones en este grupo de edad, mientras el total de niños y niñas de dos, tres y cuatro años de edad solo demandan el 14% de las atenciones.

GRÁFICO 9
ATENCIONES POR IRAS EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. 2007

■ < 1mes ■ 1-2mes ■ 3-11mes ■ 1 año ■ 2 años ■ 3años ■ 4 años



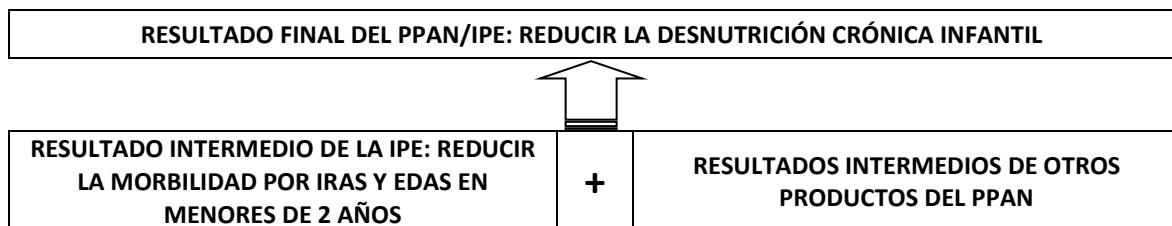
Fuente: Elaboración propia con datos del sistema HIS. 2012

Las evidencias mostradas sobre la importancia de la desnutrición crónica infantil-DCI, así como la relación de la IPE (atención de IRAS y EDAS) con la DCI, expresado en el círculo vicioso infección-desnutrición, permiten concluir que el problema enfrentado por la IPE y la justificación de la intervención está sólidamente identificado y bien sustentado.

1.2 Lógica vertical del Marco Lógico (Contenidos 17-20)

Contenido 17: ¿el resultado específico y/o resultado final de la Intervención Pública Evaluada son los apropiados para abordar el problema/necesidad que da origen a la Intervención Pública Evaluada? De no serlo, proponer lo más adecuados.

Para alcanzar el resultado final del PPAN/IPE³⁶: *reducir la desnutrición crónica infantil*, es necesario alcanzar el resultado inmediato de la IPE: reducir la morbilidad por IRAS y EDAS en menores de 2 años, conjuntamente con los resultados intermedios de otros productos del PPAN.



Para alcanzar el resultado intermedio de la IPE: *reducir la morbilidad por IRAS y EDAS en menores de 2 años*, es necesario alcanzar el resultado inmediato: incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno de IRAS y EDAS, conjuntamente con los resultados de otros productos del PPAN, en especial el control del crecimiento y desarrollo-CRED. El incremento al diagnóstico y tratamiento no reduce la prevalencia de IRAS o EDAS, pero puede reducir la duración y severidad de los episodios y de esta manera atenuar sus efectos negativos en la situación nutricional.



Contenido 18: ¿Son los productos diseñados, los necesarios y suficientes para el logro del resultado específico?, ¿Se identifica algún producto que no es producido(a) en la actualidad y que es necesario para la obtención del resultado específico? ¿Se identifican productos que se producen en la actualidad y que podrían ser prescindibles? Proponer mejoras cuando corresponda.

Para el logro del resultado inmediato: *incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno de IRAS Y EDAS*, se necesita de los cuatro productos de la IPE, conjuntamente con otros productos del PPAN. Ninguno de los productos de la IPE es prescindible para alcanzar este resultado. Sin embargo, se necesita de una actividad dirigida a promover el conocimiento de la población en la detección precoz de señales de alarma de IRAS y EDAS, para facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento eficaz y *oportuno* de IRAS y EDAS, que depende que los episodios de

³⁶ La IPE carece de un resultado final propio por incluir solamente cuestro de los 29 productos del PPAN.

ambas enfermedades sean detectados a tiempo en el hogar y demanden su tratamiento en fase temprana por los EESS.

RESULTADO INMEDIATO: INCREMENTAR EL ACCESO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE IRAS Y EDAS



Producto 1: Atención IRAS	Producto 2: Atención EDAS	Producto 3: Atención IRAS con complicaciones	Producto 4: Atención EDAS con complicaciones
------------------------------	------------------------------	---	---

Contenido 19: ¿Son las actividades diseñadas las necesarias y suficientes para obtener los productos? ¿Se identifica alguna actividad que no se ejecuta en la actualidad y que podría mejorar la obtención del producto? ¿Se identifica actividades que se producen en la actualidad y que podrían ser prescindibles o posibles de sustituir por otras más eficaces? Proponer mejoras cuando corresponda.

Para alcanzar los productos de la IPE es necesario y suficiente que los sub-productos³⁷ de cada producto sean alcanzados. No se identifica algún sub-producto que no se ejecute en la actualidad y que podría mejorar la obtención de los productos. Sin embargo, el subproducto Síndrome de Obstrucción Bronquial/Asma, identificado como subproducto de IRAS con complicaciones en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN, incluye al Asma, que no es una patología respiratoria infecciosa y no es causa de desnutrición crónica infantil.

Producto 1: Atención IRAS	Producto 2: Atención EDAS	Producto 3: Atención IRAS con complicaciones	Producto 4: Atención EDAS con complicaciones
------------------------------	------------------------------	---	---



Sub-productos	Sub-productos	Sub-productos	Sub-productos
<ul style="list-style-type: none"> - Infección respiratoria aguda (IRA) no complicada - Faringoamídalitis Purulenta Aguda - Otitis media aguda - Sinusitis aguda - Síndrome de obstrucción bronquial/Asma 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad diarreica aguda no complicada - EDA sospechosa de cólera - EDA disentérica - EDA persistente 	<ul style="list-style-type: none"> - Neumonía - Neumonía grave y enfermedad muy grave en niños menores de 2 meses - Neumonía grave y enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años. - Síndrome de obstrucción bronquial/Asma 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de EDA con deshidratación - Atención de EDA con deshidratación y shock

Contenido 20: Considerando el análisis y evaluación realizado en este punto, ¿la lógica vertical del Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada se valida en su totalidad?

En base al análisis de las relaciones causales descritas, solo es posible validar la lógica vertical del Modelo Lógico³⁸ aplicado a la IPE, considerando a otros productos y subproductos del PPAN. El análisis limitado exclusivamente a los productos y subproductos de la IPE muestra debilidad en la validez de los niveles del Modelo Lógico y no permite su validación.

³⁷ En el contexto de la presente evaluación, los subproductos de la IPE son equivalentes a las actividades.

³⁸ En el contexto de la presente evaluación el Marco Lógico de los TdR del MEF se denomina Modelo Lógico, nombre similar al del último de los cuatro modelos lógicos del PPAN.

1.3 Lógica horizontal de la Matriz Lógica (Contenidos 21-23)

Contenido 21: ¿Existen indicadores adecuados para medir el resultado específico? Proponer los indicadores faltantes y necesarios para medir la obtención del resultado específico. Para los indicadores adecuados o los propuestos como necesarios para medir el resultado específico, ¿pueden ser cuantificados? ¿Con qué fuentes de información? Cuantificar sus valores para los años 2008, 2009, 2010 y 2011, y/o metas o valores esperados para el 2012 y 2013. De los que no están cuantificados, ¿cuál es la factibilidad técnica u operativa de contar con ellos?

Indicadores para medir el resultado intermedio³⁹

Los indicadores para medir el resultado intermedio (*reducir la morbilidad de IRAS y EDAS en niños y niñas menores de 24 meses*) son la *prevalencia de IRAS y EDAS en niños menores de 36 meses*, que están disponibles a nivel nacional, desagregados por ámbito urbano y rural y por departamentos, mediante información proporcionada por la Encuesta ENDES.

El indicador *prevalencia de IRA* se expresa como la proporción de niños y niñas menores de 36 meses que tuvieron infección respiratoria aguda en las últimas dos semanas:

$$\frac{\text{Niños y niñas menores de 36 meses con IRA en las dos semanas anteriores}}{\text{Total de niños y niñas menores de 36 meses}}$$

El indicador *prevalencia de EDA* se expresa como la proporción de niños y niñas menores de 36 meses que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas:

$$\frac{\text{Niños y niñas menores de 36 meses con EDA en las dos semanas anteriores}}{\text{Total de niños y niñas menores de 36 meses}}$$

La obtención de estos indicadores mediante encuestas domiciliares tiene alta sensibilidad pero limitada especificidad⁴⁰, debido a que puede incluir una determinada proporción de falsos positivos. Sin embargo, ambos indicadores son utilizados internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud y el Demographic and Health Survey-DHS⁴¹, con fines comparativos entre países.

Los datos de la encuesta ENDES tienen inferencia anual a nivel nacional, región natural y departamental e inferencia semestral a nivel nacional y por región natural. El informe semestral, tiene el 50% de la muestra para el nivel nacional, urbano y rural; regiones naturales-Costa, Sierra y Selva; y Lima Metropolitana, que incluye a la población del Callao. El informe anual tiene el 100% de la muestra y reporta datos a nivel de los 24 departamentos del país.

Mientras los datos del nivel nacional y los desagregados por nivel urbano y rural tienen *coeficientes de variación* adecuados, la información de la prevalencia de IRAS y EDAS en la mayoría de departamentos tiene un *coeficiente de variación* superior al 15%⁴², lo que le resta validez estadística y solo permite considerar la información como valor referencial.

³⁹ En el contexto de la presente evaluación, el resultado específico se denomina resultado intermedio.

⁴⁰ La sensibilidad permite captar la mayor cantidad de episodios de IRAS y EDAS. La especificidad es la capacidad de captar como IRAS y EDAS a los episodios que corresponden a estos diagnósticos y no incluir falsos positivos, como niños con tos que no tienen IRA o con deposiciones sueltas que no son EDAS.

⁴¹ El Demographic and Health Survey-DHS, programa apoyado por USAID recoge, analiza y disemina información mediante encuestas de población, salud, nutrición y HIV, en más de 90 países del mundo.

⁴² Se debe al relativo pequeño tamaño muestral para recoger los datos de IRAS y EDAS a nivel de los departamentos.

Indicadores para medir el resultado inmediato

La IPE no tiene indicadores para medir el resultado inmediato *Incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento de IRAS y EDAS*. En una versión revisada del Anexo 2 PPAN Contenidos Mínimos MINSA 2012, aún no oficial al cierre de la presente evaluación, se propusieron tres indicadores de resultado inmediato de la IPE: i) % casos de neumonía en menores de 3 años; ii) % casos de neumonía complicada hospitalizada en menores de 3 años y iii) % casos de EDA complicada hospitalizada en menores de 3 años, cuya fórmula de cálculo es la siguiente:

Porcentaje de casos de neumonía en menores de 3 años:

$$\frac{\text{Niños y niñas menores de 36 meses con neumonía en el último mes}}{\text{Total de niños y niñas menores de 36 meses con IRA en el último mes}} \times 100$$

Porcentaje de casos de neumonía complicada hospitalizada en menores de 3 años:

$$\frac{\text{Niños y niñas menores de 36 meses con neumonía complicada hospitalizada en el último mes}}{\text{Total de niños y niñas menores de 36 meses con neumonía en el último mes}} \times 100$$

Porcentaje de casos de EDA complicada hospitalizada en menores de 3 años

$$\frac{\text{Niños y niñas menores de 36 meses con EDA complicada hospitalizados en el último mes}}{\text{Total de niños y niñas menores de 36 meses con EDA en el último mes}} \times 100$$

Estos indicadores no son generados actualmente, pero es factible obtenerlos utilizando los datos del sistema HIS, del SIASIS y del sistema de vigilancia epidemiológica. La disponibilidad de estos indicadores permitiría evaluar el efecto del incremento al acceso de diagnóstico y tratamiento de IRAS y EDAS como prevención *secundaria* de casos graves de IRAS y EDAS.

Contenido 22: ¿Existen indicadores adecuados para medir la obtención de los productos? Proponer los indicadores faltantes y necesarios para medir la obtención de los productos. Para los indicadores adecuados o los propuestos como necesarios para medir los productos, ¿pueden ser cuantificados? ¿Con qué fuentes de información? Cuantificar sus valores para los años 2008, 2009 y 2010 y/o metas o valores esperados para el 2011 y 2012. De los que no están cuantificados, ¿cuál es la factibilidad técnica u operativa de contar con ellos?

Indicadores para medir los productos y subproductos

Los indicadores para medir los productos y subproductos de la IPE son el número de atenciones de IRAS y EDAS, desagregados por grupos de edad. Son generados y reportados por el sistema de información HIS de la OGEI/MINSA, con periodicidad mensual, con algunos meses de atraso.

Estos indicadores son adecuados para medir la producción de los EESS, pero no permiten medir el resultado de las atenciones de IRAS y EDAS en el estado nutricional de los niños y niñas. Por este motivo se requiere de un indicador que mida la proporción de niños menores de 36 meses atendidos por EDA o IRA, que desarrollaron DCI, que puede tener la siguiente fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Niños y niñas menores de 36 meses atendidos por IRAS o EDAS en el último mes que tienen DCI}}{\text{Total de niños y niñas menores de 36 meses atendidos por IRAS o EDAS en el último mes}} \times 100$$

La obtención de este indicador requiere del seguimiento del estado nutricional individual y longitudinal de los niños y niñas atendidas, lo que a su vez requiere su identificación nominal.

Contenido 23: Considerando el análisis y evaluación realizado en este punto, ¿La lógica horizontal del Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada se valida en su totalidad?

Solo es posible validar parcialmente la lógica horizontal del Marco Lógico a nivel del resultado final, intermedio y a nivel de productos y subproductos, pero faltan los indicadores y la fuente de información para validar la lógica horizontal a nivel de resultado inmediato⁴³. La falta de supuestos en todos los niveles imposibilita completar la validación de los diversos niveles del Marco Lógico.

1.4 Coordinación interinstitucional (Contenido 24)

Contenido 24: Evaluar posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas. Así como la pertinencia y suficiencia de las actuales relaciones de coordinación con otros agentes del Estado. Proponer mejoras cuando corresponda.

No se han detectado coincidencias o duplicidades con intervenciones de otros programas. La atención de niños y niñas con IRAS y EDAS en el sector público es brindada fundamentalmente por el MINSA y en mucha menor cuantía por EsSalud y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales, pero estos últimos organismos no reciben recursos del PPAN.

Las funciones de coordinación entre el Instituto Nacional de Salud-INS y el MINSA para el desempeño de las responsabilidades asignadas en el 2012 y 2013 al INS, en el seguimiento y evaluación del PPAN, requieren ser definidas operacionalmente, debido a que ambas instituciones tienen funciones y responsabilidad en el seguimiento y evaluación de los productos de la IPE. La coordinación para el seguimiento del estado de nutrición infantil es satisfactoria, aunque no existe una relación programática definida para el seguimiento nutricional de los niños atendidos por IRAS y EDAS.

Las relaciones de coordinación del Seguro Integral de Salud-SIS, para el proceso de afiliación al SIS, reporte de atenciones de IRAS y EDAS y pagos del SIS a los EESS, son estrechas y convenientes para ambas instituciones. El SIS requiere de la red de servicios del MINSA para atender a sus asociados y los EESS se benefician del financiamiento proveniente del SIS AUS.

La coordinación con el Instituto Nacional de Informática y Estadística-INEI requiere ser reforzada a la luz de los problemas de validez estadística de datos de prevalencia de IRAS y EDAS a nivel departamental, que en muchos casos tienen un *coeficiente de variación* superior al 15%. Adicionalmente existe problemas con la agregación de los datos de Lima y El Callao, que no permite compararlos con los datos de otros sistemas como el HIS, SIASIS, vigilancia epidemiológica y SIGA PpR, que reportan por separado los datos de Lima de los del Callao.

La coordinación de los Gobiernos Regionales con el MINSA se desarrolla en el contexto del proceso de descentralización sectorial. En general, las relaciones son fluidas, pero se reportan algunas dificultades para el ejercicio del rol rector del MINSA. La coordinación territorial se efectúa mediante las DIRESAS/GERESAS, que están bajo la autoridad de los Gobiernos Regionales y se

⁴³ Existe una propuesta de indicadores para medir el resultado inmediato de la IPE, en algunos documentos del MINSA, pero actualmente estos no han sido formalizados ni son generados.

ejecutan mediante las Direcciones de Salud (DISAS), responsables de coordinar los servicios de atención de IRAS y EDAS que se brindan en los EESS.

En el siguiente cuadro se presenta la síntesis de las relaciones interinstitucionales descritas.

CUADRO 12
PRINCIPALES RELACIONES DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE LA IPE

Institución	Tipo de relación y/o coordinación	Nivel de pertinencia y suficiencia
INS	Responsable técnico del diseño y seguimiento de la implementación de las actividades. Seguimiento de indicadores nutricionales.	Dificultades para cumplir las funciones de coordinación técnica en el 2012, incluyendo la elaboración del Anexo 2.
	Programación de atenciones según criterios de focalización.	Adeuada. Existe una fluida coordinación entre ambas instituciones.
Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud)	Rectoría del MINSA en aspectos técnicos, normativos y programáticos, así como de previsión de insumos básicos para la atención de IRAS y EDAS.	No es homogénea, cada GR tiene diferentes fortalezas y desempeño. Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN no se cumplen uniformemente.
Gobiernos locales	Responsable de la atención primaria en sus ámbitos respectivos.	Insuficiente, debido a la falta de participación de los GLs en la gestión de los servicios de salud.
Instituto Nacional de Informática y Estadística INEI	Proporciona los resultados de los indicadores a nivel de resultado final e intermedio de la IPE.	En el año 2012 el MINSA, MEF e INEI han revisado la necesidad de incluir nuevos indicadores relacionados al PPAN en la ENDES.
Ministerio de Economía y Finanzas-MEF	El MEF tiene función rectora en temas presupuestarios y asigna los recursos financieros de la IPE.	Relaciones adecuadas y suficientes en general, pero hay aspectos que deben ser mejorados.

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas y revisión de documentos institucionales

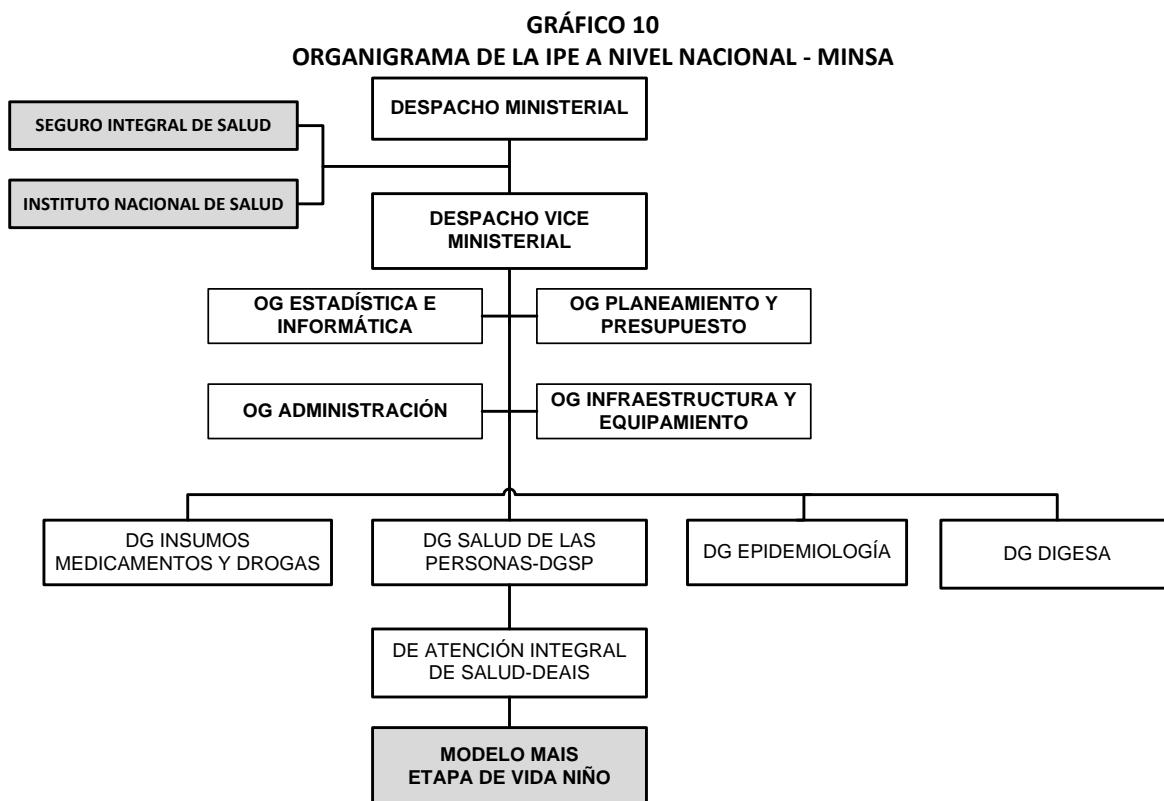
II: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

2.1 Estructura organizacional y mecanismos de coordinación (Contenido 06)

Contenido 06: En estructura organizacional, deberá describir la organización mediante un organigrama identificando cada una de las unidades orgánicas (funcionales y territoriales) que conforman la organización de la Intervención Pública Evaluada. En cada una de las unidades orgánicas identificar las funciones principales y la dotación total de recursos humanos (independientemente de la modalidad contractual).

A continuación se presenta el organigrama que identifica las unidades orgánicas que conforman la estructura organizacional encargada de la IPE a nivel nacional.



Nota: DG: Dirección General; DF: Dirección Ejecutiva; OG: Oficina General.

Fuente: Elaboración propia en base al Organigrama del Reglamento de la Ley 26567, Ley del MINSA⁴⁴ y entrevistas personales

La normatividad de los PP establece que la responsabilidad general del diseño y logro de los objetivos del PPAN corresponde al titular del pliego MINSA, quien debe constituir y presidir una Comisión de Programación y Formulación Presupuestaria-*La Comisión*, constituida por el Director General de la Oficina de Planificación y Presupuesto-OGPP, responsable de la programación y gestión presupuestaria y de la coordinación con el MEF, e integrada por los Jefes de las Oficinas Generales de Administración, Abastecimiento e Infraestructura y representantes de las unidades ejecutoras correspondientes. La *Comisión* es responsable de las siguientes funciones:

⁴⁴ En el anexo 14 se presenta el organigrama del MINSA según el Reglamento de la Ley 26567, Ley del MINSA

- Revisar la información sobre los resultados logrados en los años fiscales anteriores, así como los costos para alcanzar dichos resultados.
- Priorizar los Programas Presupuestales y/o productos, en función de la información sobre resultados, costos y las prioridades de política sectorial y nacional.
- Optimizar las *Acciones Centrales* de la entidad que permitan un apoyo más eficiente en la ejecución de los Programas Presupuestales.
- Priorizar las *Asignaciones Presupuestarias que no resultan en productos-APNOP*, para la revisión y optimización de las mismas.
- Determinar las metas conforme a lo establecido en la Directiva⁴⁵.
- Definir la Estructura Programática y su vinculación con la Estructura Funcional.
- Presentar un Resumen Ejecutivo del proyecto de presupuesto institucional, que contenga los Programas Presupuestales, las Acciones Centrales y/o las APNOP, así como los productos, actividades y proyectos identificados en dichas categorías.

La *Comisión* debe establecer un *Equipo Técnico* conformado por al menos siete personas responsables directas de los servicios relacionados al PPAN que presta el MINSA. Su principal función es elaborar el diseño de la propuesta de PPAN de acuerdo a los contenidos mínimos del Anexo Nº 2 de la Directiva, lo que en el caso de la IPE atención de IRAS y EDAS involucra a varias Direcciones Generales del MINSA, como se describe a continuación.

- El diseño y elaboración de los documentos normativos de los productos de la IPE (atención de IRAS y EDAS en el contexto del PPAN), así como el seguimiento y asistencia técnica para su implementación a nivel regional, está bajo la responsabilidad y rectoría técnica del MINSA y depende a nivel nacional de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP). La Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud (DEAIS) de la DGSP tiene a su cargo la dirección y gestión de la Etapa de Vida Niño del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, que incluye entre sus atribuciones la revisión y actualización de las Normas Técnicas de Salud y las Guías de Práctica Clínica en relación a las IRAS y EDAS, así como la supervisión y asistencia técnica para su aplicación. Para esta función cuenta con un equipo de trabajo de cinco profesionales (dos médicos, una enfermera y dos nutricionistas), encargados de las diversas funciones relacionadas con la salud de la infancia, que abarca a los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 11 años de edad.
- La Dirección General de Promoción de la Salud-DGPS, es responsable de los aspectos normativos del control del crecimiento y desarrollo en el contexto de la iniciativa Municipios y Escuelas Saludables.
- La Oficina General de Estadística e Informática-OGEI, tiene a su cargo el procesamiento de la información de atención de IRAS y EDAS mediante el sistema de información de consulta ambulatoria-HIS.
- La Dirección General de Epidemiología-DGE, está encargada de la vigilancia epidemiológica de IRAS y EDAS en el contexto del análisis de situación de las *enfermedades bajo vigilancia epidemiológica* en el país.
- La Dirección General de Insumos, Medicamentos y Drogas, efectúa la selección y abastecimiento de los medicamentos y otros insumos críticos para la atención de IRAS y EDAS.

El Instituto Nacional de Salud-INS, ha sido designado desde el año 2012 Responsable Técnico del PPAN con las siguientes competencias⁴⁶:

⁴⁵ Directiva 002-2012-EF.50.01

⁴⁶ RM Nº 394-2012/MINSA del 17 de mayo del 2012.

- Liderar el Equipo Técnico.
- Remitir los contenidos mínimos del PPAN al MEF.
- Proporcionar las metas físicas y financieras del PPAN.
- Asistir técnicamente y coordinar con el MINSA, sus dependencias, y otras entidades que participan en la programación de los productos, desde la etapa de diseño y programación física y financiera, hasta su registro en el “Módulo de Formulación Presupuestal” del SIAF.
- Elaborar la propuesta de proyecto de presupuesto del PPAN.
- Efectuar el seguimiento de las metas físicas de actividades y productos, los valores de los indicadores de desempeño de los productos y resultados.

La Directiva 01-2013-EF/50.01/MEF amplió y focalizó las funciones de coordinación técnica en el seguimiento y no menciona la elaboración del proyecto de presupuesto:

- Coordinar el registro de la información solicitada para el seguimiento y evaluación del PP, conforme a las Directivas establecidas por la DGPP.
- Coordinar con la DGPP del MEF la generación de información de indicadores, precisando las fuentes de información correspondientes.
- Proporcionar la información sobre los indicadores de producción física (incluyendo las metas programadas y sus modificaciones); la información sobre la ejecución física, así como cualquier otra información que requiera la Comisión y la DGPP para el seguimiento del PP.
- Verificar la calidad de la información de los indicadores de producción física, según la Tabla N° 15 del Anexo N° 2.
- Verificar el registro de las metas de los indicadores de producción física en los sistemas correspondientes y verificar su consistencia.
- Proponer los indicadores de desempeño de resultado específico y productos, que se incluirán en el Anexo N° 2.
- Coordinar con la DGPP la validación de la información de la ficha técnica de cada indicador de desempeño propuesto por la entidad.
- Verificar el registro de las metas de los indicadores de desempeño multianualmente en los sistemas correspondientes y verificar su consistencia.
- Participar en el proceso de implementación de las Evaluaciones Independientes en el marco del Presupuesto por Resultados, según corresponda.
- Coordinar con la DGPP la validación de los contenidos de la tabla N° 24 del Anexo N° 2.

Adicionalmente, el INS es responsable de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición y el análisis de los indicadores nutricionales y sus determinantes, entre los que se incluye a las IRAS y EDAS, como parte del Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN.

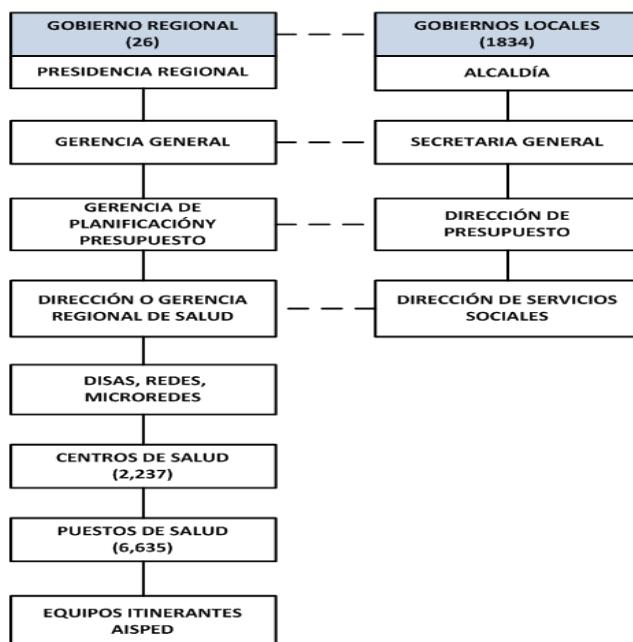
El Seguro Integral de Salud-SIS, financia la atención de IRAS y EDAS de la población asegurada en los regímenes subsidiado y semisubsidiado del SIS AUS, con los recursos transferidos por el MEF y efectúa el registro de atenciones en el sistema SIA SIS.

Nivel Regional y Local

La normatividad de los Programas Presupuestales⁴⁷ establece que los Gobiernos Regionales-GRs, Gobiernos Locales-GLs y el Gobierno Nacional, son responsables conjuntos de la obtención de las metas de los productos en sus ámbitos territoriales y de sus competencias.

⁴⁷ Directiva N° 001-2013-EF/50.01 “Directiva para los programas presupuestales en el marco de la programación y formulación del presupuesto del sector público para el año fiscal 2014”

GRÁFICO 11



Fuente: Elaboración propia en base a Ley de Bases de la Descentralización (Ley 27783), páginas de transparencia regional y municipal y entrevistas personales.

En el nivel de los GRs, la IPE está bajo la coordinación de un equipo liderado por el Coordinador Regional, función ejercida por el Gerente de Planificación y Presupuesto, quien conduce la articulación territorial a través de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud (DIRESAS/GERESAS), que a su vez la ejecutan siguiendo los niveles establecidos: DISAS; Microredes, Redes y EESS, para cumplir las siguientes funciones:

- Realizar el seguimiento y evaluación del cumplimiento de metas de producción física y financiera.
 - Coordinar con las unidades técnicas sectoriales del GR, el cumplimiento de las metas de producción física y financiera de las actividades vinculadas a los productos de la IPE.
 - Coordinar las acciones de adecuación y validación de las estructuras de costo de los productos/actividades a su cargo en el ámbito de sus competencias, incluyendo los requerimientos de adecuación de los insumos a las realidades regionales o locales, según corresponda.
 - Elaborar informes semestrales y anuales sobre los avances en los productos y actividades.

Actualmente los gobiernos locales no participan en la prestación de servicios de atención de IRAS y EDAS. Sin embargo, la Ley de Bases de la Descentralización (Ley 27783- artículo 43) establece que tienen responsabilidad compartida con los GR en temas de salud pública.

Los procedimientos para la articulación territorial de los PP en las distintas fases del proceso presupuestario están establecidos en el Anexo N° 5 “Plan de trabajo de articulación territorial” de la Directiva N° 001-2013-EF/50.01 y son de obligatorio cumplimiento para las entidades responsables de los PP con articulación territorial, así como para los Gobiernos Regionales y Locales, como se describe en el siguiente cuadro.

CUADRO 13
FUNCIONES DE LOS ACTORES DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Fase	Etapa	Gobierno Nacional			G. Regional	G. Local
		Comisión	Equipo técnico	Coordinador territorial	Coordinador regional	Coordinador local
Diseño y Programación	Diagnóstico		✓	✓	Información	Información
	Contenidos		✓	✓	Valida	Valida
	Matriz lógica	✓	✓	✓		
	Programación física y financiera		✓	✓	Programa	Programa
	Evaluación y seguimiento	✓	✓	✓	✓	✓
Formulación		✓	✓	✓	✓	✓
Ejecución		✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación			✓	✓	✓	✓

Fuente: Directiva para los Programas Presupuestales en el marco de la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014. Directiva N° 001-2013-EF/50.01

2.2 Focalización/priorización y afiliación

2.2.1. Caracterización y cuantificación de la población potencial, objetivo y atendida (Contenido 07)

Contenido 07: Presentar la cuantificación de población potencial (población que presenta el problema que quiere resolver la Intervención Pública Evaluada), población objetivo (población que es objeto de intervención de la Intervención Pública Evaluada según su diseño) y población atendida o por atender durante el periodo 2008-2011 y que se proyecta atender en el 2012 y 2013. Esta información se debe presentar en cuadros organizada por año y en sus atributos pertinentes (por ejemplo: quintil de ingreso; región; zona de residencia rural/urbana; sexo y/o edad). Utilizar formato III

Población potencial

En los documentos del Modelo Lógico del Anexo 2 del PPAN Contenidos Mínimos del MINSA, se establece en base a evidencias, que todos los niños y niñas menores de 3 años de edad, con episodios de IRA o EDA pueden tener afectado su estado nutricional y desarrollar desnutrición crónica, por lo que constituyen la población potencial de la IPE.

Población objetivo

En el contexto de la IPE, la población objetivo son los niños y niñas menores de tres años de edad, con episodios de IRA o EDA que tienen acceso a los EESS del sector público⁴⁸.

Población atendida

Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP del PPAN, identifican como criterio de programación, el *número de casos* atendidos en niños y niñas menores de 5 años de edad y no consideran al número de niños o niñas atendidas. Como consecuencia, el sistema de

⁴⁸ Los EESS del sector público brindan atención aproximadamente al 85% de la población nacional, con una mayor concentración en el ámbito rural, donde hay muy limitados servicios de atención privada.

información HIS, reporta los resultados de los productos y subproductos como número de atenciones y por la falta de identificación nominal, no es posible estimar el número de niños o niñas atendidos. Cada atención reportada por el sistema HIS puede corresponder a un niño o niña diferente, o puede haber varias atenciones acumuladas en algunos niños o niñas.

2.2.2. Criterios de focalización/priorización (Contenido 08)

Contenido 08: En caso que corresponda, describir los criterios de focalización (y/o priorización) y mecanismos de selección de beneficiarios de la Intervención Pública Evaluada, así como también los instrumentos y procedimientos diseñados para la implementación de dichos criterios para cada uno de los productos de la Intervención Pública Evaluada. En caso corresponda, describir el proceso de afiliación de beneficiarios a la Intervención Pública Evaluada, la calendarización, la unidad orgánica responsable y todos los agentes que participan del proceso.

Criterios de focalización

Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN/IPE no incluyen criterios de focalización y priorización para seleccionar a los beneficiarios. Todos los niños y niñas menores de 5 años de edad con IRAS o EDAS, sin especificar su ámbito de residencia, condición nutricional o de pobreza son igualmente considerados beneficiarios.

Los niños y niñas con IRAS y EDAS no requieren estar afiliados al SIS para ser atendido en los EESS del MINSA, debido a que ambas enfermedades constituyen un problema de salud pública y su atención está enmarcada en los objetivos de política sectorial de reducción de la mortalidad y morbilidad infantil, lo que se refuerza a partir del 2008 con la creación del PPAN, que incluye a la atención de IRAS y EDAS como intervención prioritaria para la reducción de la desnutrición crónica infantil.

Afiliación al SIS

En el contexto de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud-AUS⁴⁹, se busca que toda la población tenga un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de carácter preventivo, recuperativo y de rehabilitación, bajo la cobertura de alguno de los tres Regímenes de Financiamiento del Seguro Integral de Salud (Subsidiado, semisubsidiado y semicontributivo⁵⁰). Actualmente, el 99.8% de los niños y niñas afiliados pertenecen al sistema subsidiado.

Desde el 2011 el proceso de afiliación al SIS (SIS AUS) se realiza en base a la comprobación de tres requisitos: i) figurar como elegible en el Padrón General de Hogares-PGH del Sistema de Focalización de Hogares-SISFOH del MEF, ii) no contar con un seguro de salud y iii) contar con DNI⁵¹. La ley de presupuesto del sector público 2012 dispone que las acciones vinculadas al SISFOH, sean asumidas por la entidad pública responsable del programa social.

Durante el año 2011, el 21% del total de atenciones financiados por el SIS en la red de prestadores autorizados a nivel nacional (MINSA y Gobiernos Regionales), correspondió a menores de 5 años⁵².

⁴⁹ Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de Atenciones Preventivas, Recuperativas y de Morbilidad en Zonas AUS- Perú 2011.

⁵⁰ DS N° 004/2007/SA Ley 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), para los distritos de inicio del AUS.

⁵¹ Id. Señala que todos los programas sociales y de subsidios del Estado deben identificar a sus nuevos beneficiarios por DNI y seleccionarlos según criterios del Padrón General de Hogares-PGH del SISFOH.

⁵² Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de Atenciones Preventivas, Recuperativas y de Morbilidad en Zonas AUS- Perú 2011

Para el componente subsidiado del SIS se aplica el criterio de afiliación directa para las personas que residen en distritos priorizados por su condición de pobreza (distritos AUS). Para las poblaciones que residen en los ámbitos no priorizados, la focalización es individual y se aplica el sistema semisubsidiado, que selecciona a los beneficiarios mediante la Ficha de Evaluación Socio Económica-FESE, además de verificar que no cuenten con otro sistema de aseguramiento de salud.

Tanto en el componente subsidiado como en el semisubsidiado, los asegurados se benefician de las prestaciones incluidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias-LPIS, con un subsidio del 100% de las tarifas establecidas y sin tope máximo. En el esquema semisubsidiado se considera un tope máximo de cobertura máxima de S/. 12,000 y períodos de carencia.

2.3 Productos provistos a la población

Los productos de la IPE se describen en el documento *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP* del PPAN, elaborados desde el año 2009. A continuación se describen los productos de la IPE correspondientes a las DOCP del año 2013⁵³.

PRODUCTO 1: Atención de infecciones respiratorias agudas IRAS (33311)

Definición Operacional. Atención de la Infección Respiratoria Aguda (IRA): Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria. Incluye:

- 2 consultas ambulatorias por episodio como mínimo, exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes)
- Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.
- Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia (SIEN, VEA u otro.), registro de seguimiento y citas, etc.

La actividad es realizada por personal de salud de acuerdo a su competencia y capacidad resolutiva del establecimiento de salud, a través de la oferta fija o móvil, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por atención o consulta.

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

Unidad de medida: Casos de IRA en niños menores de 5 años tratados.

Meta física: 100% de los casos en menores de 5 años registrados con los siguientes diagnósticos: J06.9, J00, J02.9, J20.9, J04.0, J04.1, J04.2, J01, J02.0, J02.8, J03.0, H66.9, H66.0, atendidos el año anterior; con tendencia a disminuir de manera progresiva año a año.

Fuente: Reporte estadístico de consultorios externos.

PRODUCTO 2: Atención de enfermedades diarreicas agudas EDAS (33312)

Definición Operacional. Atención de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA): Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Enfermedad Diarreica Aguda sin deshidratación en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria. Incluye:

- 2 consultas ambulatorias por episodio como mínimo, exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes)

⁵³ Aprobados por RM 289-2013 MINSA

- Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.
- Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia (SIEN, VEA u otro.), registro de seguimiento y citas, etc.

La actividad es realizada en los EESS por personal de salud, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por atención.

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

Unidad de medida: Casos de EDA en niños menores de 5 años tratados.

Meta física: 100% de los casos de EDA sin deshidratación en menores de 5 años atendidos el año anterior, con tendencia a disminuir de manera progresiva año a año.

Fuente: Reporte estadístico de consultorios externos.

PRODUCTO 3: Atención de infecciones respiratorias agudas con complicaciones (33313)

Definición Operacional: Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda complicada, en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento. Las actividades son realizadas por un profesional de la salud, técnico capacitado, o un equipo de profesionales y técnicos de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud.

El tiempo promedio por atención ambulatoria 15 minutos. El tiempo de internamiento es variable y depende la patología, considerándose como promedio 7 días. Incluye:

- 3 consultas ambulatorias por episodio como mínimo, exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes).
- Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica, de corresponder, referencia de acuerdo a severidad.
- Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia (SIEN, VEA u otro.), registro de seguimiento y citas, etc.

En caso de atención con internamiento incluye un conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niño o niña menor de 5 años con IRA complicada. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutiva, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (Pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. La intervención incluye la atención por consulta externa, emergencia y hospitalización hasta el alta, así como la contra referencia para seguimiento y control después del alta.

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

Unidad de medida: Casos de IRA Complicada en niños menores de 5 años tratados.

Meta física: 100% de los casos de IRA Complicada en menores de 5 años atendidos el año anterior, con tendencia a disminuir de manera progresiva año a año.

Fuente: Reporte estadístico de consultorio externo, emergencia y hospitalización.

PRODUCTO 4: Atención de enfermedades diarreicas agudas con complicaciones (33314)

Definición operacional: Atención de Enfermedad Diarreica Aguda Complicada con deshidratación: Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Enfermedad Diarreica Aguda complicada con deshidratación, en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento.

La intervención incluye la atención por consulta externa, emergencia y hospitalización hasta el alta, así como la contra referencia para seguimiento y control después del alta. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutiva, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (Pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo.

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

Unidad de medida: Casos de EDA Complicada en niños menores de 5 años tratados.

Meta física: 100% de los casos de EDA Complicada con deshidratación en menores de 5 años atendidos el año anterior, con tendencia a disminuir de manera progresiva año a año.

Fuente: Reporte estadístico de consultorio externo, emergencia y hospitalización.

2.3.1 Caracterización y cuantificación de los productos provistos a la población (Contenido 09)

Contenido 09: Presentar la caracterización y cuantificación (metas físicas) de cada uno de los productos o servicios que se proveen a la población que la Intervención Pública Evaluada ha atendido en los años 2008, 2009, 2010 o y 2011 y que tiene considerado atender en el 2012 y 2013.

Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de la IPE, establecen que las metas deben programarse en base al histórico de casos atendidos en los años anteriores, con tendencia a la disminución, criterio que no se cumple, según el consolidado anual de metas del siguiente cuadro.

CUADRO 14

METAS DE LOS PRODUCTOS DE LA IPE A NIVEL NACIONAL. 2011-2013

Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Atención de IRAS	2,300,564	3,350,586	3,070,422	2,410,356
Atención de EDAS	484,318	660,284	685,810	477,452
Atención de IRAS con complicaciones	84,074	173,481	178,702	168,952
Atención de EDAS con complicaciones	115,477	59,019	55,227	39,534

Fuente: Elaboración propia con datos del SIGA PpR. Incluye datos de Lima de Enero del 2014.

El siguiente cuadro muestra las diferencias entre las atenciones reportadas el 2010 con las metas físicas programadas para el 2011, del producto *Atención de IRAS* a nivel de departamentos. Se aprecia aumento de las metas programadas en comparación con las atenciones en 14 departamentos y disminución en once.

El mayor aumento ocurrió en Lambayeque, que tuvo 112,383 atenciones reportadas en 2010 y programó 288,626 en 2011 (+156%). La mayor disminución ocurrió en Tacna que reportó 40,091 atenciones en 2010 pero solo programó 13,828 en 2011 (-65%).

CUADRO 15
COMPARACIÓN ENTRE ATENCIONES DEL 2010 Y METAS 2011 DE IRAS SIN COMPLICACIONES

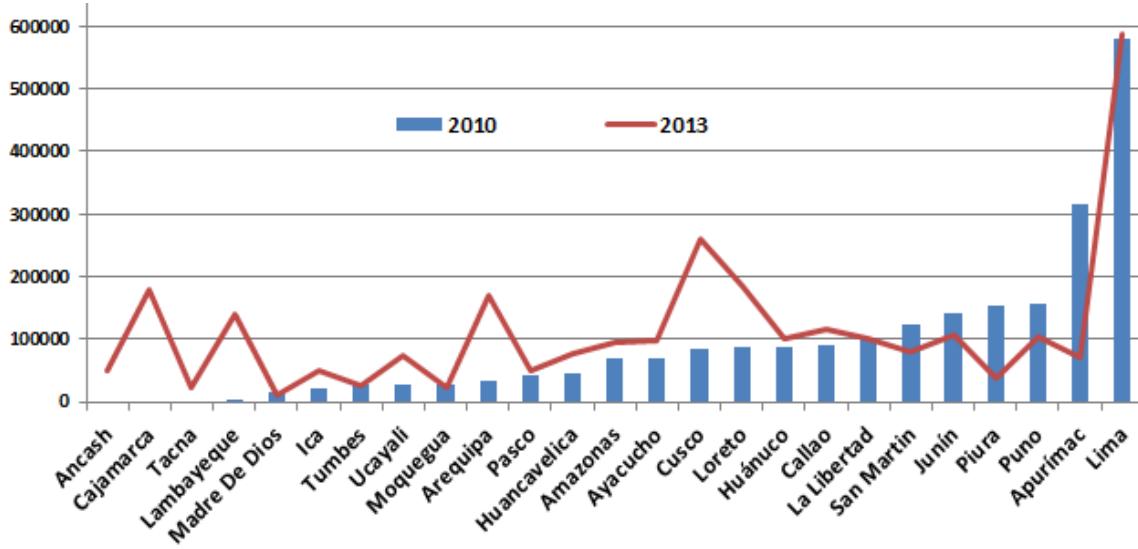
Departamento	Atenciones 2010	Metas 2011	Diferencia #	Diferencia %
Amazonas	104,676	101,497	-3,179	-3.04
Ancash	111,573	122,194	10,621	9.52
Apurímac	67,908	113,864	45,956	67.67
Arequipa	168,738	142,055	-26,683	-15.81
Ayacucho	89,660	94,134	4,474	4.99
Cajamarca	176,944	195,233	18,289	10.34
Callao	103,558	88,199	-15,359	-14.83
Cusco	151,117	139,494	-11,623	-7.69
Huancavelica	83,298	61,239	-22,059	-26.48
Huánuco	114,732	99,423	-15,309	-13.34
Ica	114,277	131,924	17,647	15.44
Junín	137,631	148,379	10,748	7.81
La Libertad	217,293	203,405	-13,888	-6.39
Lambayeque	112,383	288,626	176,243	156.82
Lima	783,387	517,123	-266,264	-48.51
Loreto	139,850	162,016	22,166	15.85
Madre de Dios	18,240	24,868	6,628	36.34
Moquegua	29,844	22,261	-7,583	-25.41
Pasco	43,561	47,215	3,654	8.39
Piura	221,719	220,392	-1,327	-0.60
Puno	132,967	153,065	20,098	15.12
San Martín	133,668	137,878	4,210	3.15
Tacna	40,091	13,828	-26,263	-65.51
Tumbes	22,724	28,479	5,755	25.33
Ucayali	92,717	93,795	1,078	1.16
Total	3,412,556	3,350,586	-61,970	-1.81

Fuente: Elaboración propia con información del sistema HIS OGEI.MINSA. Setiembre 2013 y Base de datos SIGA PpR. Metas de Lima actualizadas en Enero 2014.

Ancash, Cajamarca y Tacna no definieron metas para el año 2010 y 2011 para los productos *Atención de IRAS* y *Atención de IRAS con complicaciones* y en 2011 para el producto *Atención de IRAS con complicaciones* en Ancash y Cajamarca. Ancash, Cajamarca y Tacna tampoco definieron metas para el año 2010 para los productos *atención de EDAS sin y con complicaciones*.

El siguiente gráfico muestra los cambios en las metas del producto *Atención de IRAS sin complicaciones* entre 2010 y 2013, que solo en siete departamentos muestran tendencia hacia su disminución, notablemente Apurímac y Piura, mientras en la mayoría de departamentos se aprecia el aumento de las metas, que alcanza en Lambayeque 3,073% al subir de 3,859 atenciones programadas en 2010 a 118,612 en 2013.

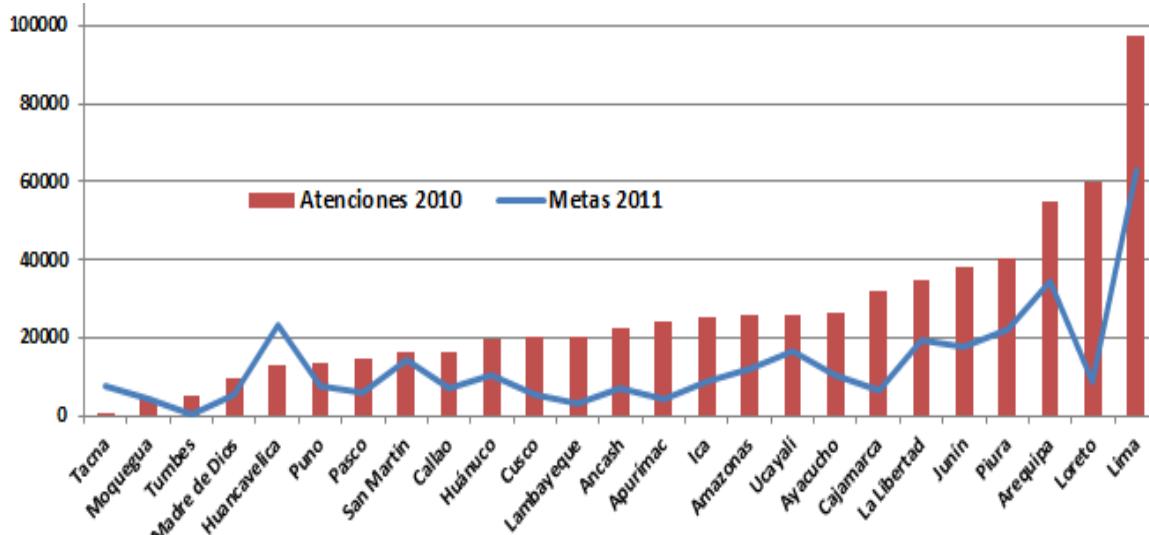
GRÁFICO 12
EVOLUCIÓN DE METAS FÍSICAS DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE IRAS SEGÚN DEPARTAMENTO 2010-2013



Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR. Datos de Lima actualizados en Enero del 2014.

El siguiente gráfico permite visualizar la relación entre las atenciones del 2010 y las metas del 2011 del producto *atención de EDAS sin complicaciones* por departamentos, que muestra menores metas para 2011 que las atenciones reportadas en 2010 en 23 departamentos, mientras tres departamentos (Tacna, Moquegua y Huancavelica) programaron mayores atenciones para el 2011 que las atenciones realizadas en 2010.

GRÁFICO 13
RELACIÓN ENTRE LAS METAS FÍSICAS DE EDAS 2011 CON LAS ATENCIÓNES 2010



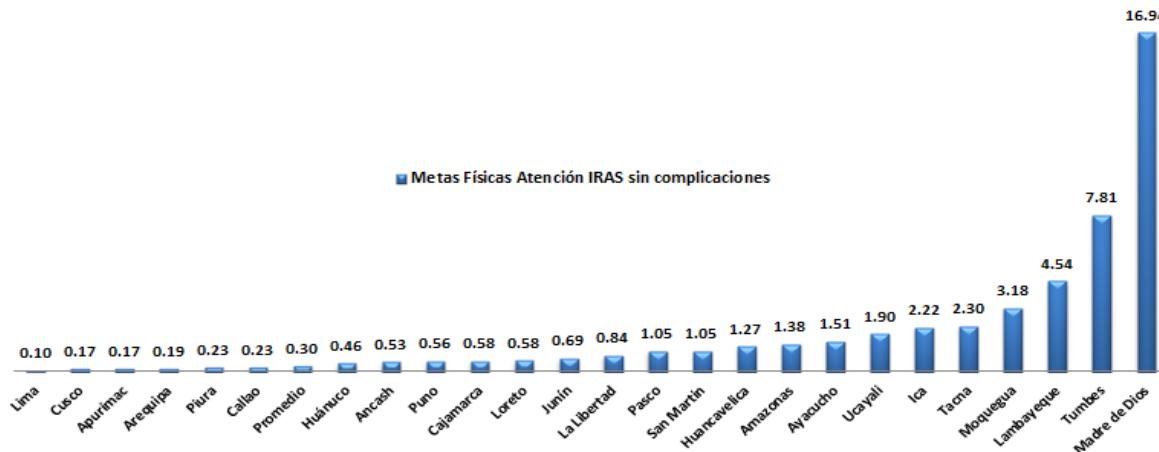
Fuente: Elaboración propia con información del sistema HIS OGEI.MINSA, Setiembre 2013 y Base de datos SIGA PpR. Datos de Lima actualizados en enero del 2014.

El mayor aumento ocurrió en Apurímac, que programó 23,902 atenciones en 2011 sobre 4,168 reportadas en 2010. La menor disminución fue en Tacna que solo programó 419 atenciones en 2011 mientras reportó haber realizado 7,782 en 2010.

Metas per cápita

Las metas de atención de IRAS *per cápita*⁵⁴, en niños y niñas menores de 5 años de edad son muy heterogéneas, con los valores más altos en Madre de Dios con 16 atenciones programadas per cápita y Lima que solo programó 0.1 atención, lo que equivale una atención por cada 10 niños o niñas de la edad⁵⁵.

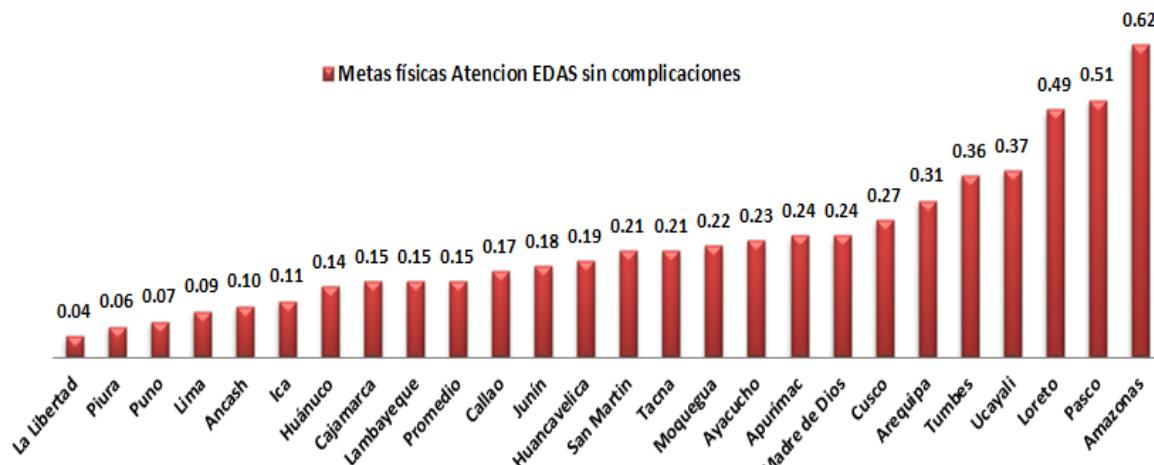
GRÁFICO 14
METAS FÍSICAS PER CÁPITA DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE IRAS 2013



Fuente: Elaboración propia en base a “Estimaciones y proyecciones de la población, según sexo y grupos quinquenales de edad” INEI. 2013 y Metas físicas de atención de IRAS del SIGA PpR, revisadas para Lima en Enero 2014.

Se aprecia una situación similar con las metas del producto *Atención de EDAS sin complicaciones*.

GRÁFICO 15
METAS FÍSICAS PER CÁPITA DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS 2013



Fuente: Elaboración propia en base datos de población del INEI, 2013 y Metas físicas de atención de IRAS del SIGA PpR, revisadas para Lima en Enero 2014.

⁵⁴ Se obtuvo de la división simple de las metas físicas expresadas por el número de atenciones programado en el aplicativo SIGA PpR, entre la población menor de cinco años de edad.

⁵⁵ De acuerdo a la información epidemiológica mundial, cada niño o niña menor de cinco años de edad experimenta un promedio de 3-5 episodios de IRA y 2-3 episodios de EDA cada año en los países en desarrollo.

Se aprecia que las metas más altas per cápita corresponden a Amazonas, con 0.62 atenciones programadas por niño o niña menor de 5 años, mientras La Libertad solo programó 0.04 atenciones per cápita, lo que equivale a una atención cada 25 niños o niñas. Cabe mencionar que en la programación de las metas físicas no se consideran criterios como quintil de ingreso, ámbito rural/urbano de residencia, sexo o desagregación de los menores de cinco años por grupos de edad.

2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación

2.4.1 Disponibilidad y uso del sistema de información de seguimiento y evaluación (Contenido 10)

Contenido 10: Identificar las dimensiones y/o ámbitos (variables e indicadores) y los instrumentos de seguimiento y evaluación que utiliza la Unidad Responsable de la Intervención Pública Evaluada. Asimismo, identificar y describir las principales bases de datos con que cuenta la Intervención Pública Evaluada para el seguimiento y evaluación. Considerar: principales categorías de información que se procesa en cada una; indicadores de gestión que se generan a partir de las variables que incluyen; frecuencia de actualización; etc.}.

De acuerdo a la Directiva para la evaluación semestral y anual de los presupuestos institucionales de las entidades del Gobierno Nacional y Gobiernos Regionales para el año fiscal 2012⁵⁶, el MINSA debe entregar información *cierta, suficiente y adecuada*, incluyendo la descripción de las medidas adoptadas y acciones desarrolladas para la mejora de la ejecución y ajustes incorporados en los diseños de los programas presupuestales, lo que requiere de la coordinación de varias direcciones del MINSA y de otros organismos.

Sistema de Información de Consulta Ambulatoria-HIS del MINSA/OGEI

La información sobre los productos de la IPE es generada por la Oficina General de Estadística e Informática-OGEI del MINSA, mediante el Sistema de Información de Consulta Ambulatoria-HIS. El inicio del proceso es el registro de los datos del niño o niña con IRA o EDA en el *Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud*, por el responsable de la atención en los EESS, que incluye los siguientes datos: documento de identidad del niño o niña atendido; pertenencia étnica; edad; sexo; EESS y servicio dentro del EESS; paciente nuevo, continuador en el año o reingresante en el año; diagnóstico (Presuntivo, Definitivo o Control); laboratorio y código CIE/CPT.⁵⁷

Los Registros son enviados al punto de digitación para el ingreso de los datos en el sistema, donde se revisa su consistencia, se digita, consolida y envía al nivel superior EESS→ Microred→ Red→ DISA→ DIRESA. Los datos son consolidados a nivel nacional por la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA, para generar los indicadores solicitados por los diferentes usuarios. En el consolidado nacional se puede obtener información por producto, subproducto, edades y por ámbitos nacional, departamental, provincial y distrital. En los datos departamentales provee datos desagregados de la provincia de Lima y de la provincia constitucional del Callao.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MINSA/DGE

La información de episodios de IRA y EDA también se realiza por la vigilancia epidemiológica, que efectúa la Dirección General de Epidemiología-DGE del MINSA, a través de más de 7 mil EESS

⁵⁶ Directiva N° 005-2012-EF/50.01.

⁵⁷ El CIE es la Clasificación Internacional de Enfermedades, que actualmente utiliza la versión 10. El CPT es la codificación internacional para diagnósticos ambulatorios

públicos y privados, seleccionados como unidades notificantes de la Red Nacional de Epidemiología-RENACE⁵⁸. Esta información está disponible a la semana siguiente del registro local.

La DGE registra y analiza las tendencias de las series de IRAS y EDAS reportados por el sistema de vigilancia epidemiológica, que son consolidados y publicados en *Boletines Epidemiológicos* semanales a nivel nacional. Periódicamente, los boletines incluyen análisis con la información consolidada de las semanas epidemiológicas anteriores.

Sistema de información del SIS-SIASIS

El SIASIS registra las IRAS y EDAS atendidas a los asegurados para el reembolso a los EESS. El procesamiento de la información está a cargo de las Unidades Desconcentradas Regionales-UDR del SIS. El proceso de registro y procesamiento es similar al del HIS, con la diferencia que desde el punto de digitación el sistema informático revisa la consistencia de la información, incluyendo la existencia del afiliado en el sistema, edad, sexo y lugar de residencia, los códigos de la prestación y de farmacia ingresada y su concordancia con el tipo de atención. La información procesada junto con los formatos de sustento se remite a la UDR, quien revisa y consolida los datos y analiza su consistencia. La Gerencia de Operación del SIS revisa y aprueba la producción del período, determina su valor y la remite a la Gerencia de Financiamiento para la liquidación de los servicios a los EESS.

Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN

El Instituto Nacional de Salud-INS efectúa la medición y evaluación de los indicadores nutricionales y determinantes de la DCI, en base a los datos registrados por los EESS de un promedio de 290,000 niños y niñas menores de 5 años de edad a nivel nacional, que constituyen el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN. En base a esta información el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-CENAN elabora reportes analíticos semestrales y consolidados anuales, de una serie de variables del estado nutricional y determinantes de riesgo para la DCI, clasificados en tres grupos: i) comunidad, ii) vivienda y iii) familia⁵⁹.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDES

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDES, genera información sobre los indicadores de resultado final del PPAN/IPE e intermedio de la IPE a nivel nacional y departamental, pero no desagrega los datos de la provincia Constitucional del Callao de los del departamento de Lima.

Otra limitación de los datos de la ENDES es que los indicadores generados corresponden a la totalidad de la población del país, que incluye a niños y niñas que no reciben atención en los EESS del sector público, por lo que los resultados de los indicadores no son totalmente atribuibles a las intervenciones de la IPE⁶⁰.

⁵⁸ Directiva No 001-DGSP/SUBPCIRA-02/99, actualizada mediante la directiva sanitaria No 046- MINSA/DGE-V.01 con R.M. No 506-2012/MINSA.

⁵⁹ Cada uno de estos tres grupos de determinantes tiene varios criterios o variables, que incluyen episodios de IRAS y EDAS, agua potable y alcantarillado, disposición adecuada de basura y/o residuos, disponibilidad y consumo de alimentos y conocimientos y prácticas sanitarias.

⁶⁰ Se estima que la población atendida en los EESS de las redes de salud del sector público corresponde al 85% de la población nacional.

PARTE 2: TEMAS DE EVALUACIÓN

2.1 Estructura Organizacional (Contenido 25)

Contenido 25: ¿Es adecuada la estructura organizacional de la Intervención Pública Evaluada? De no serlo, proponer la más adecuada.

El Instituto Nacional de Salud-INS, Responsable Técnico del PPAN/IPE en el nivel nacional del sector salud desde el año 2012, tuvo dificultades para cumplir adecuadamente sus funciones ese año, como se evidencia por la elaboración del documento “*Anexo N°2 Programa Presupuestal Articulado Nutricional Contenido Mínimos*”, sin los aportes de varias direcciones del MINSA participantes de la *Comisión y del Equipo Técnico* del PPAN, función que fue finalmente asumida por la Oficina General de Planificación y Presupuesto-OGPP del MINSA ese año.

Es conveniente analizar los motivos que dificultaron el ejercicio de las funciones de coordinación técnica asignadas al INS en el 2012, para determinar si fueron estructurales o coyunturales y determinar la necesidad de reforzar su capacidad para un adecuado ejercicio de esta función clave. Igualmente debe precisarse las funciones compartidas entre la Coordinación Técnica y la Dirección General de Salud de las Personas-DGSP en los productos de la IPE y reforzar el equipo de trabajo de la Etapa de Vida Niño de la DGSP, unidad responsable de la normatividad y rectoría técnica de la atención de IRAS y EDAS, que carece de un equipo humano estable⁶¹ y suficiente para asumir plenamente sus funciones.

También debe considerarse una mayor participación de la Dirección General de Promoción de la Salud-DGPP en la IPE, quien tiene una importante función en el Control del Crecimiento y Desarrollo-CRED, para reforzar el cuidado nutricional en los niños y niñas con IRAS y EDAS atendidos por los EESS, así como para promover los aspectos preventivos, incluyendo la demanda oportuna de atención y el adecuado manejo de IRAS y EDAS en el hogar.

En el nivel regional

En el nivel de los gobiernos regionales-GR, la norma establece una estructura organizacional liderada por un Coordinador Regional, ejercida por un funcionario del GR, con participación de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud (DIRESAS/GERESAS), responsables de la programación física y presupuestaria de la IPE y de la coordinación territorial con las DISAS, Redes y Microredes.

Un problema detectado en las visitas de campo, fue la gran heterogeneidad en el cumplimiento de estas funciones, que en general carecen de liderazgo para su adecuada implementación, seguimiento y evaluación, especialmente en el cumplimiento de las metas físicas y elaboración de informes sobre los avances en los resultados⁶². Es conveniente considerar la necesidad de reforzar la capacidad de gestión de DISAS/DIRESAS y GR, en especial en la programación física y presupuestaria y el seguimiento y evaluación, con recursos humanos, capacitación y supervisión.

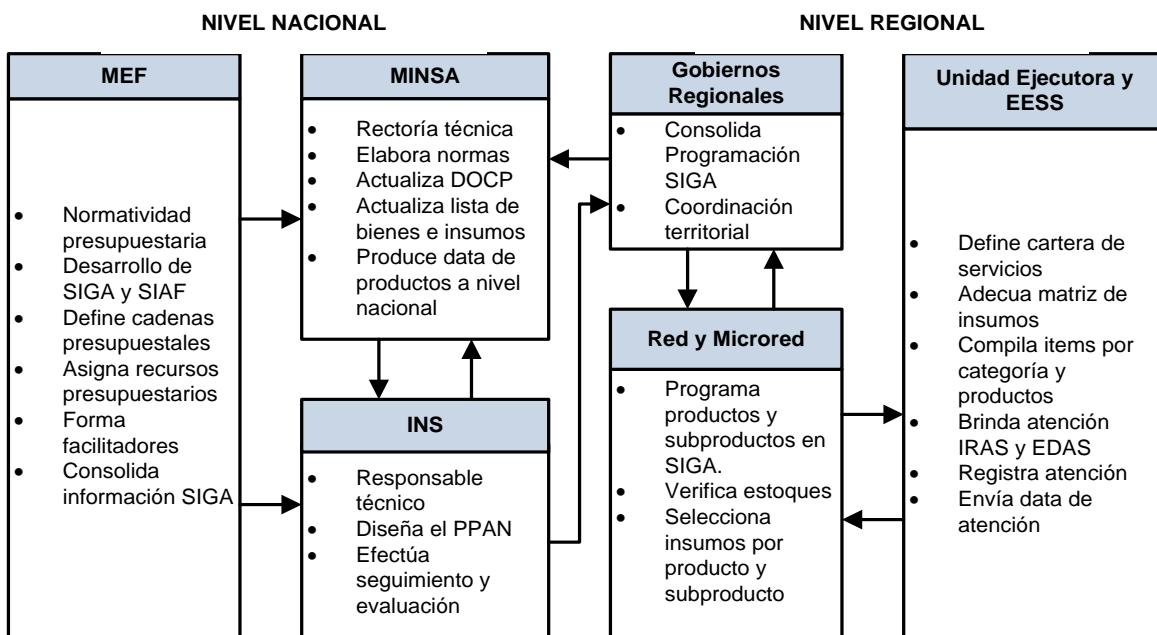
⁶¹ En el lapso de la presente evaluación hubo cambios de tres de las cuatro miembros de este equipo, además de tres directores de la DGSP:

⁶² A pesar que los EESS visitados contaban con información suficiente sobre las atenciones de IRAS y EDAS en el área de estadística, se constató que la información no se usa como herramienta para el seguimiento y toma de decisiones en la gestión de la IPE.

Nivel local

Los gobiernos locales-GL no están involucrados en la implementación, seguimiento y evaluación de la IPE. Esta situación no es específica para la IPE, obedece a las funciones transferidas por el nivel nacional en el proceso de descentralización del sector salud, que colocan la responsabilidad operacional de las DISAS, Redes, Microredes y EESS en los gobiernos regionales. Sin embargo, existe mucho espacio de potencial apoyo de los GL a los servicios de salud⁶³, incluyendo el seguimiento de los niños y niñas menores de cinco años atendidos en los EESS por IRAS y EDAS a nivel del hogar y la comunidad, para asegurar su recuperación nutricional.

GRÁFICO 16
COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE LOS PRINCIPALES ACTORES DE LA IPE



Nota: ^{1/}Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los PP.

Fuente: Elaboración propia en base a documentos del MEF.

Coordinación del nivel local y regional con el nivel nacional

Las relaciones entre el nivel regional y el nivel nacional son permanentes y fluidas, en parte por las múltiples actividades que llevan a cabo conjuntamente como sector salud. Las visitas de campo han permitido comprobar el funcionamiento de los sistemas logísticos de suministro de insumos como medicamentos y equipamiento, el sistema de información HIS y el conocimiento de las normas de atención de IRAS y EDAS.

Las relaciones del nivel nacional con el nivel local son limitadas y esporádicas, debido a que el nivel regional actúa como interlocutor e intermediario entre el GN y los GLs. Igualmente existe un

⁶³ Un ejemplo positivo fue encontrado en Ayacucho durante el trabajo de campo, donde se comprobó que la municipalidad del distrito de Socos había construido un nuevo local para el Centro de Salud, con recursos del Fondo de Incentivos Municipales, que estaba listo para ser inaugurada. Este EESS debe mejorar considerablemente las condiciones para la atención ambulatoria e inclusive el internamiento de casos de IRA y EDA con complicaciones.

escaso relacionamiento entre las DISAS, Redes y Microredes con los gobiernos locales de los ámbitos provinciales y distritales correspondientes.

2.2 Focalización/priorización y afiliación

2.2.1 Pertinencia de los criterios (Contenidos 26 y 27)

Contenido 26: ¿La población potencial y objetivo, según corresponda, ha sido bien definida en función del problema/necesidad que dio origen a la Intervención Pública Evaluada? De no serlo, proponer y cuantificar la más adecuada.

Definición de la población objetivo

En el Modelo Lógico del PPAN se identifica correctamente como población objetivo a los menores de tres años, lo que corresponde a la población en riesgo de desarrollar desnutrición crónica como consecuencia de las IRAS y EDAS. Sin embargo, las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP de la IPE, definen como población objetivo, a los niños y niñas menores de 5 años de edad, lo que no corresponde al modelo lógico del PPAN/IPE.

A continuación se presenta la estimación de la población objetivo de la IPE, considerando los criterios del modelo lógico del PPAN y la población atendida en los EESS del sector público.

CUADRO 16
POBLACIÓN OBJETIVO DE LA IPE SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA. 2012

Tipo de población	Urbano	Rural	Total
Menores de 5 años ¹	1,971,140	734,573	2,705,713
Menores de 3 años ²	1,182,684	440,743	1,623,427
Menores de 3 años que acuden a EESS ³	1,005,281	440,743	1,446.024

Nota:¹/Criterios de las DOCP; ²/Criterios del modelo lógico del PPAN/IPE; ³/Considera como población objetivo al 100% de la población menor de tres años en el ámbito rural y al 85% en el ámbito urbano.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de población del Anexo 2 del PPAN. MINSA. 2012

Evaluación de los criterios de focalización

Contenido 27: Evaluar la pertinencia de los criterios de focalización a nivel de zonas de intervención y de selección individual de beneficiarios en términos de su diseño. ¿Los criterios son los pertinentes?; ¿los mecanismos están bien diseñados para lograr la focalización deseada? De no serlo, proponer los más adecuados.

Mientras todos los niños y niñas menores de 5 años de edad (e inclusive mayores) son susceptibles de tener episodios de IRA y/o EDA y como consecuencia ver afectado su estado nutricional, la población objetivo para evitar la desnutrición crónica son los niños y niñas menores de 3 años de edad, en especial los que pertenecen a los estratos de pobreza o extrema pobreza.

Las DOCP de los productos de la IPE no identifican zonas prioritarias de intervención, ni tienen criterios de focalización individual de los beneficiarios, como lo hacen algunos otros productos del PPAN⁶⁴, a pesar que el Modelo Lógico del PPAN/IPE muestra con evidencias que los niños y niñas menores de tres años de edad en condición de pobreza y pobreza extrema son más vulnerables para la desnutrición crónica debido a la falta de un entorno ambiental, familiar y social adecuado para prevenir las IRAS y EDAS y su tratamiento y recuperación nutricional.

⁶⁴ El producto 10 del PPAN: *Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano*, define como población objetivo a la población en condición de pobreza.

Es conveniente introducir en las guías de atención de IRAS y EDAS, la atención y seguimiento nutricional de los niños y niñas menores de tres años de edad desnutridos o en riesgo nutricional y en condición de pobreza⁶⁵, en coordinación con la atención de CRED, tanto a nivel de los EESS como a nivel domiciliario, para asegurar que estos niños y niñas reciban una atención prioritaria, alineada con los objetivos de la IPE.

2.2.2 Afiliación de beneficiarios (Contenido 28)

Contenido 28: De ser el caso evaluar el funcionamiento y/o aplicación de los mecanismos de selección y afiliación de beneficiarios.

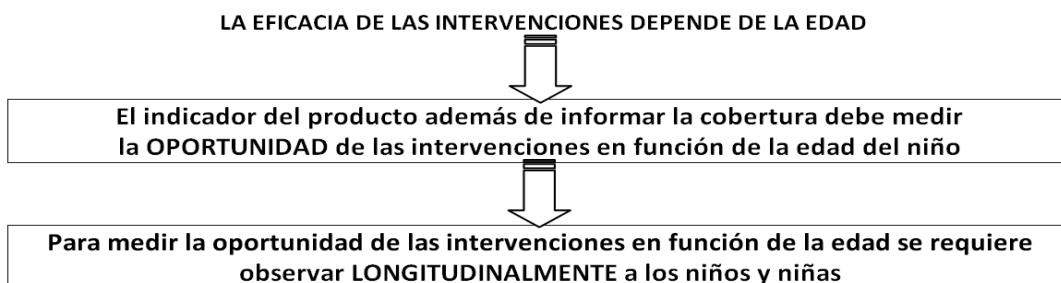
Todos los niños y niñas con IRAS y/o EDAS que acuden a los EESS son atendidos, sin necesidad de estar afiliados a los EESS o al SIS. Sin embargo, deben estar registrados en un Padrón Nominado de beneficiarios de base distrital de menores de 5 años de edad, instrumento que permite la identificación de los usuarios y potencialmente facilita su seguimiento longitudinal. El padrón nominado de beneficiarios también posibilita a la Unidad Ejecutora-UE estimar las metas físicas y el cálculo de necesidades de bienes y servicios en el proceso de programación presupuestaria, así como negociar los montos presupuestarios regulares y adicionales requeridos.

PADRÓN NOMINADO

Nombres	Ap. pat.	Ap. mat.	Fecha nac.	Sexo	Nombre dist	Urbgeo	CC.PP	Tipo doc. DNI/CUI*	Nº doc.	Cod EESS de afil.	Grado de inst madre	Lengua Mat. Pred**	Benef. Juntos?***
													SI/NO
* Del beneficiario		** Lengua habitual de la madre											

La importancia de la edad de atención y del seguimiento longitudinal de los niños y niñas en el logro de eficacia en las atenciones, se aprecia en el gráfico anterior, que focaliza el uso del padrón nominado distrital.

GRÁFICO 17
IMPORTANCIA DEL PADRÓN NOMINADO EN LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE LA IPE



Fuente: Adaptado de Guía Metodológica para la Programación y Formulación de Productos de los Programas Estratégicos utilizando el SIGA, en el Marco del Presupuesto por Resultados. Versión 2.0. MEF 2012.

⁶⁵ Los niños y niñas en riesgo nutricional o desnutridos, generalmente tienen afectado su sistema inmunitario, lo que facilita que las infecciones tengan mayor severidad, lo que aumenta la probabilidad que las IRAS y EDAS causen desnutrición crónica.

Afiliación de beneficiarios al SIS

El SIS tiene un sistema de afiliación que responde a los criterios definidos por el MEF para identificar a los beneficiarios, en base al SISFOH. El personal de los EESS es el encargado de la afiliación, lo que cuenta con el apoyo de las familias de los niños y niñas, debido a que el estar asegurados en el régimen subsidiado del SIS AUS, los exoneran del pago por la atención recibida en los EESS. También es de interés de los EESS, debido a que la afiliación en el SIS asegura los ingresos por el pago de la atención a sus afiliados.

2.2.3 Focalización(Contenido 29)

Contenido 29: Evaluar los instrumentos y procedimientos utilizados para la focalización de la población con respecto a lo diseñado, identificando y cuantificando problemas de sub-cobertura o filtración. En el caso en que la población potencial y objetivo no coincidan, justificar contra qué tipo de población se están evaluando los errores de focalización. Evaluar, de ser posible, el grado de satisfacción de la población atendida.

Análisis de Filtración

La atención de niños y niñas mayores de tres años de edad con IRAS y EDAS con recursos del PPAN/IPE puede considerarse como infiltración, por no corresponder al grupo de edad objetivo para la prevención de la DCI, debido a que este grupo no desarrolla déficit de crecimiento de estatura ni tiene afectado su desarrollo mental como consecuencia de IRAS o EDAS.

Por otro lado, el grupo de niños y niñas de 5 a 11 años de edad, atendidos por IRAS y EDAS en los EESS, son definitivamente infiltrados en el contexto del PPAN/IPE. La importancia de los recursos empleados en la atención en este grupo se aprecia en el siguiente cuadro, que muestra que entre 2010 a 2012 recibieron 3,7 millones de atenciones por IRAS sin complicaciones, que representa el 45% del total de atenciones de 0 a 11 años de edad a nivel nacional⁶⁶.

CUADRO 17
ATENCIONES POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS Y EN 5-11 AÑOS. 2010-2012

Año	0-4	5-11	Total	% de 5-11 años
2010	3,412,556	1,617,659	5,030,215	47.40
2011	2,484,231	1,059,982	3,544,213	42.67
2012	2,334,929	1,092,368	3,427,297	46.78
Total	8,231,716	3,770,009	12,001,725	45.80

Fuente: Elaboración propia en base a información del sistema HIS.MINSA/OGEI. Setiembre 2013

El 26% de atenciones por EDAS sin complicaciones entre 2009 al 2012 fue en el grupo de 5 a 11 años, con un total de 469,108 atenciones de un total de 2,261,787 en ese periodo.

Infiltración en el SIS

Un estudio del Consorcio de Investigación Económica y Social-CIES⁶⁷, muestra que solo el 55% de los afiliados al Seguro Integral de Salud-SIS pertenecía a los estratos de pobreza, mientras que un 45% son infiltrados de sectores socioeconómicos medios e inclusive altos. Adicionalmente, se estima que el SIS tiene un 20% de beneficiarios duplicados y entre 5% y 10% de suplantaciones⁶⁸.

⁶⁶ En el anexo 5 se muestra la información detallada por departamentos.

⁶⁷ Álvaro Monge, Enrique Vásquez y Diego Winkelried (2009). ¿Es el gasto público en programas sociales regresivo en el Perú? Universidad del Pacífico/CIES. Lima.

⁶⁸ El SISFOH: Instrumento para facilitar el acceso de los más pobres al Aseguramiento Universal en Salud. MEF. Setiembre 2011.

Muchos de los infiltrados, especialmente los de clase media, acude al SIS debido a que la atención de salud resulta muy costosa en el sector privado, o no es accesible en sus lugares de residencia. Para estos infiltrados, el tener que pagar por los servicios privados o buscar atención privada en otras localidades, podría retardar la atención y colocar en riesgo la salud y estado nutricional de los niños y niñas con IRAS o EDAS, afectando el logro del resultado final de la IPE.

Ánálisis de sub-cobertura

Desde el punto de vista de los objetivos de la IPE se puede considerar como sub-cobertura, la diferencia entre las metas programadas y los resultados alcanzados, que muestran una diferencia significativa.

El estudio del CIES mencionado, señala que los afiliados al SIS tienen una sub-cobertura de alrededor de 65% (porcentaje de población asegurada que no es atendida). También señala la baja calidad de la atención, al encontrar que solo el 37% de los atendidos considera que el servicio recibido solucionó completamente sus problemas de salud. La constatación que cerca del 20% de los afiliados pobres atendidos, tuvieron que comprar los medicamentos con sus propios recursos, es otro indicador de baja calidad de los servicios prestados⁶⁹.

2.3 Productos provistos a la población

2.3.1 Evaluación del proceso de obtención y entrega de los productos (Contenido 30)

Contenido 30: Evaluar la pertinencia y suficiencia de las actividades desarrolladas para producir el bien o servicio entregado por la Intervención Pública Evaluada. Proponer las actividades y/o procesos necesarios que deberían ser considerados y/o descartados para la obtención y entrega de los productos.

Los cuatro productos que constituyen la IPE forman parte de las actividades básicas de los EESS del sector desde el origen del MINSA, especialmente vinculado a la disminución de la mortalidad y morbilidad por estas causas. Por este motivo, en las visitas de campo se pudo comprobar una adherencia relativamente alta a las normas de atención ambulatoria para el diagnóstico y tratamiento de IRAS y EDAS, pero el cuidado nutricional vinculado a estas atenciones es deficiente, a pesar de constituir la intervención más importante de la IPE, desde el punto de vista de la prevención de la desnutrición crónica vinculada a estas patologías⁷⁰.

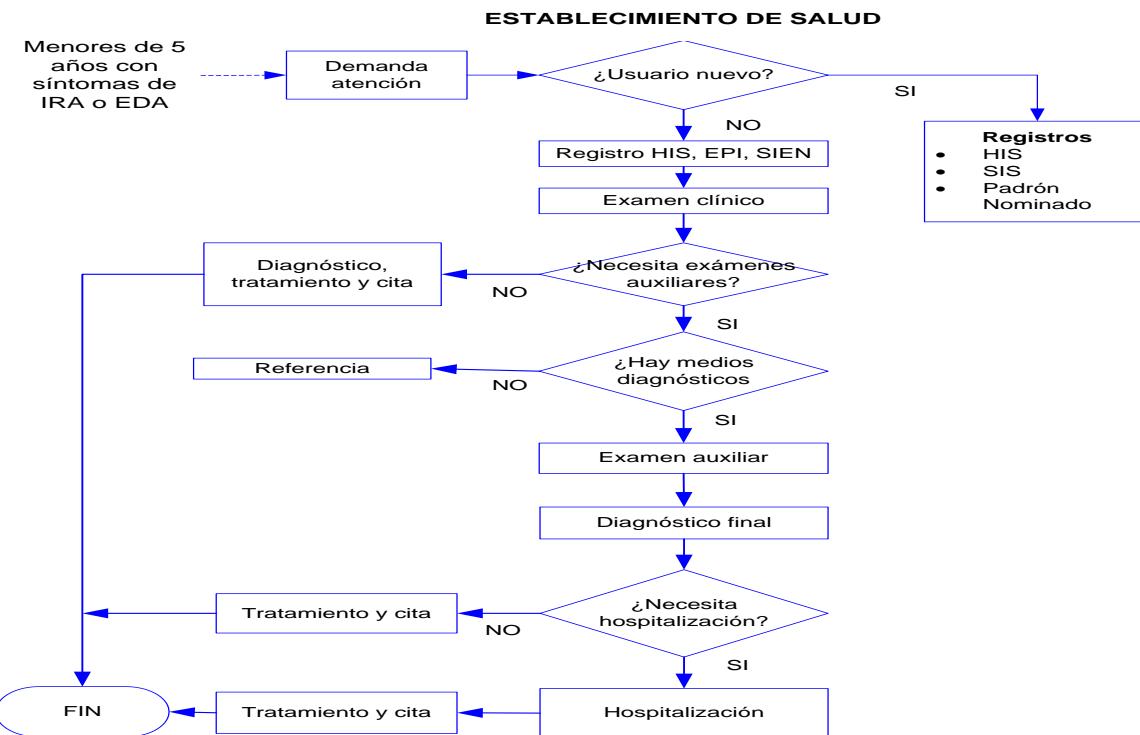
En las guías de práctica clínica del MINSA para la atención de patologías más frecuentes en la niña y el niño, se menciona el cuidado nutricional en la atención de EDAS, diarrea persistente y neumonía, pero no se especifica la necesidad del seguimiento nutricional para asegurar la recuperación nutricional⁷¹. En la atención de IRAS y EDAS con complicaciones hospitalizados, las guías del MINSA son consideradas solo como referencia, pero el personal encargado refiere atender a los niños y niñas hospitalizados según su propia experiencia, evaluando la gravedad y evolución de cada caso.

⁶⁹ El MINSA considera la entrega de los medicamentos prescritos durante la consulta médica, como criterio de calidad de la atención.

⁷⁰ Una notable excepción fue el Centro de Salud de Socos, en Ayacucho, donde se brinda una atención integral en los niños y niñas enfermos, incluyendo el cuidado nutricional.

⁷¹ En el anexo 10 se presenta los algoritmos del MINSA para la atención de diarrea persistente y neumonía. En las DOCP del año 2012 se estima que la diarrea persistente representa el 0,5% de los casos de EDA, pero el sistema HIS reportó que constituyan el 14% de atenciones en niños y niñas menores de tres años de edad.

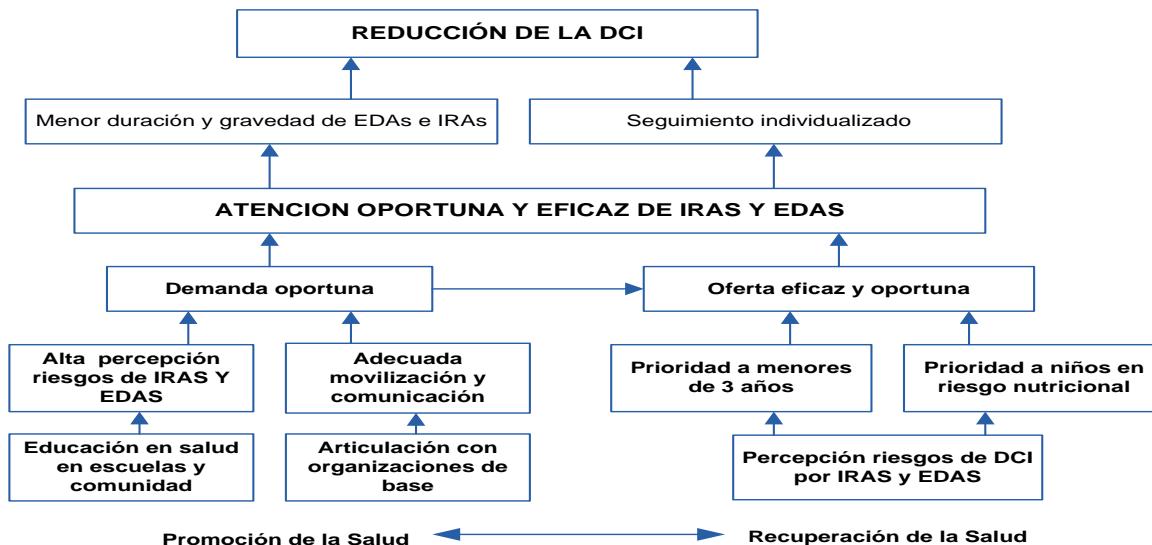
GRÁFICO 18
PROCESO DE ATENCIÓN ACTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON IRAS Y EDAS EN EESS DEL MINSA



Fuente: Elaboración propia en base a las normas de atención de IRAS y EDAS y visitas de campo.

El siguiente gráfico muestra un algoritmo alternativo para la atención ambulatoria de IRAS y EDAS, que integra la recuperación (oferta de atención) con la promoción de la salud (demanda calificada de atención), en articulación con organizaciones de base comunitaria, enfoque necesario en el contexto del PPAN.

GRÁFICO 19
MODELO ALTERNATIVO DE ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS EN EL CONTEXTO DEL PPAN



Fuente: Elaboración propia en base al análisis del algoritmo actual de atención.

Suplementación con zinc

Una importante omisión en la atención de EDAS e IRAS es la falta de suplementación con zinc⁷², que tiene un comprobado efecto en la disminución de la severidad y duración de diarrea y neumonía, como consta en las evidencias de los estudios que sustentan el modelo lógico del PPAN. Adicionalmente se puede efectuar la suplementación con *multimicronutrientes*, para proporcionar hierro, vitamina A, vitamina C, ácido fólico y zinc, para mejorar el estado inmunológico de los niños y niñas atendidas.

Atenciones de control

No se cumple con el número de atenciones por episodio de IRAS y EDAS establecido en las DOCP. De un total de 110,810 atenciones por EDAS con complicaciones entre 2007 al 2010, hubo en promedio 0.17 atenciones de control por episodio, cuando la norma establece un mínimo de uno o dos controles, según se trate de episodios sin y con complicaciones respectivamente.

**CUADRO 18
NÚMERO DE CONTROLES POR EDA CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2010**

Tipo de atención	< 1m	1 - 2	3 - 11	1	2	3	4	Total
Total de atenciones	527	2,018	30,696	46,910	17,381	8,143	5,135	110,810
Controles	99	324	5,547	8,581	2,617	1,177	738	19,083
Ratio	0.19	0.16	0.18	0.18	0.15	0.14	0.14	0.17

Fuente: elaboración propia en base al sistema de información HIS: MINSA/OGEI. Setiembre 2013.

El número de atenciones de control en los niños y niñas con diagnóstico de diarrea persistente, solo fue de 0.08 por episodio en promedio, a pesar que por ser la principal patología causante de desnutrición crónica, requiere de un seguimiento más estricto.

**CUADRO 19
NÚMERO DE CONTROLES POR DIARREA PERSISTENTE EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2010**

Tipo de atención	< 1m	1 - 2	3 - 11	1	2	3	4	Total
Total de atenciones	36	264	2,637	3,591	1,445	686	414	9,073
Controles	3	29	235	317	119	48	28	779
Ratio	0.08	0.11	0.09	0.09	0.08	0.07	0.07	0.08

Fuente: elaboración propia en base al sistema de información HIS: MINSA/OGEI. Setiembre 2013.

No se encontraron informes del cumplimiento del tiempo promedio de atención ambulatoria de IRAS y EDAS o de la duración del internamiento de los niños y niñas con IRAS y EDAS con complicaciones hospitalizados, que son registrados en las historias clínicas individuales, pero no son procesados.

2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación

2.4.1 Pertinencia de los indicadores (Contenido 31)

Contenido 31: ¿El sistema de seguimiento genera información pertinente, de calidad, periódica y oportuna?

⁷² La suplementación con micronutrientes es una estrategia clave cuando no existen mecanismos en funcionamiento para la adecuada provisión de un nutriente, vía la alimentación normal o mediante la fortificación de los alimentos.

Información del resultado intermedio de la IPE

La información del resultado final *niños y niñas menores de 60 meses con desnutrición crónica*, así como los indicadores de resultado intermedio *niños y niñas menores de 36 meses con IRA y niños y niñas menores de 36 meses con EDA*, es generada por el INEI, mediante la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDES. La experiencia internacional sustenta que los datos de prevalencia de IRAS y EDAS puedan ser calculados sobre la base de data proveniente de encuestas de hogares, tanto a nivel nacional como a distintas desagregaciones, debido a que los problemas de recordación por parte de las madres encuestadas son mínimos⁷³.

Los datos de la ENDES tienen confiabilidad estadística debido a que su muestra está técnicamente definida por el INEI, la institución de mayor experiencia y especialización en encuestas sobre temas sociales del país. Otra fortaleza de la información de la ENDES es que los datos son comparables a lo largo de los años, lo que permite contar con series históricas elaboradas bajo los mismos criterios y así establecer tendencias. Sin embargo, el insuficiente tamaño de la muestra a nivel de departamentos, ocasiona que la información de prevalencia de IRAS y EDAS tenga en la mayoría de ellos un *coeficiente de variación* superior al 15%, lo que le resta validez estadística y solo permite considerarla como valor referencial.

El informe anual de la ENDES tiene inferencia estadística a nivel nacional, por región natural y departamental para los indicadores de resultado final e intermedio de la IPE. El informe de avance semestral de la ENDES solo tiene inferencia para estos indicadores a nivel nacional y por región natural. No se produce información a nivel de DISAS; redes, microredes o EESS, por lo que en estos niveles se carece de información para evaluar sus resultados

Información de los productos y subproductos de la IPE

La información de producción a nivel de productos y subproductos de la IPE es generada por el Ministerio de Salud a través del Sistema de Información de Atención Ambulatoria-HIS, a cargo de la Oficina General de Informática y Estadística-OGIE. La OGIE genera informes mensuales de las atenciones de IRAS y EDAS, a partir de la información registrada en los EESS y consolidada hasta el nivel nacional según Microredes, Redes, DISAS y DIRESAS.

La información del sistema HIS representa a la totalidad del universo de la población atendida por el MINSA, por lo que tiene adecuada representatividad estadística hasta el nivel de EESS. Sin embargo, no existen mecanismos de auditoría sistemáticos sobre la calidad de los datos registrados y durante la presente evaluación se constató inconsistencias en la información generada.

El sistema de información del SIS también genera información de atenciones de IRAS y EDAS, con la ventaja de tener sus datos sometidos a auditoría, pero su representación está restringida al universo de la población asegurada al SIS, que normativamente debería corresponder a la población en pobreza, lo que es distorsionado por los altos índices de filtración detectados por el propio SIS⁷⁴.

⁷³ Grosh and Glewwe (2000). Designing Household Survey Questionnaires for Developing Countries. Lessons from 15 years of the Living Standards Measurement Study. Vol 1. Banco Mundial

⁷⁴ SIS. Página Transparencia. Reportes estadísticos. 2013

Una limitación para la estimación de la prevalencia de IRAS y EDAS en base a la información proveniente de los establecimientos de salud, como la del sistema HIS, SIASIS y vigilancia epidemiológica, es que subestima la real ocurrencia de infecciones respiratorias y diarreas en la población infantil, dado que la mayoría de niños con IRAS y EDAS no llegan a atenderse en los establecimientos de salud.

2.4 Disponibilidad y uso de un sistema de información (Contenido 32)

Contenido 32: ¿La información generada por el sistema de seguimiento está disponible de manera oportuna para retroalimentar la toma de decisiones?

La información sobre los indicadores de resultado final e intermedio de la IPE proporcionado por la encuesta ENDES, es usualmente difundida luego de 3 meses de la fecha de cierre del periodo reportado. La información sobre los indicadores de los productos y subproductos de la IPE a nivel nacional es reportada por el MINSA/OGEI generalmente con un atraso de dos a tres meses.

CUADRO 20
CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE REPORTAN DATOS DE LA IPE

Fuente de información	Datos generados	Fortalezas	Debilidades
ENDES	Información anual y semestral de los indicadores de resultado final e intermedio.	Generación independiente al sector salud que permite comparar sus resultados con los datos reportados por el MINSA.	Falta de calidad estadística a nivel de departamentos para indicadores de resultado intermedio. No genera datos a nivel de DISAS, Redes, Microredes.
	Información mensual sobre los productos y subproductos.	Correspondencia con DIRESAS, DISAS, Redes, Microredes y EESS.	Retrasos al nivel nacional de algunos meses. Inconsistencia en series históricas de atenciones 2007-2010 con 2011-2012. Diferencia la provincia del Callao
HIS			
SIA SIS	Información mensual de atenciones de IRAS y EDAS.	Calidad del dato, que es sometido a auditoría.	Representa solo el segmento de la población asegurada al SIS.
Vigilancia epidemiológica ¹	Información semanal de episodios reportados de IRAS y EDAS.	Oportunidad del dato (semanal). Análisis de series de datos. Correspondencia con DIRESAS, DISAS, Redes, Microredes y EESS.	Datos se reportan con criterios epidemiológicos ¹ , y no consideran los productos y subproductos de la IPE.
SIEN ²	Información de estado nutricional de niños y niñas atendidos en EESS.	Correspondencia con DIRESAS, DISAS, Redes, Microredes y EESS. Tamaño de la información.	Retrasos al nivel nacional de algunos meses.

Notas ¹/Reporta datos consolidados al nivel nacional con el número de episodios y de hospitalizaciones por IRA, mortalidad y letalidad por neumonías, al igual que el número de episodios, hospitalizaciones y defunciones por EDAS a nivel de DIRESAS, DISAS, Redes, Microredes y EESS. ²/A pesar que el SIEN no reporta las atenciones de IRAS o EDAS, la información nominal del estado nutricional a nivel de EESS permitiría establecer su relación con las atenciones por IRAS y EDAS.

Fuente: Elaboración propia en base a la revisión de los datos generados por las fuentes analizadas.

Por otro lado, el sistema HIS no genera otros indicadores potencialmente útiles a la IPE, mediante el cruce de variables que se registran durante la atención ambulatoria. Un sistema de información focalizado en los objetivos de la IPE debería relacionar datos de los niños y niñas con IRAS y EDAS atendidos con el estado nutricional del CRED.

Los datos de atención de IRAS y EDAS del sistema HIS, no se utilizan como instrumento de gestión y toma de decisiones en la IPE. Tampoco se aplican en la programación anual de metas físicas de los productos, que actualmente no guardan relación con las metas físicas alcanzadas en el año anterior.

Se utiliza limitadamente la información del SIEN, que evaluó en el año 2010 a más de 1.8 millones de niños y niñas⁷⁵, de la misma población atendida en los EESS, que facilitaría relacionar las atenciones por IRAS y EDAS (productos de la IPE) con el estado nutricional de los niños atendidos. No obstante, el atraso en el procesamiento de los datos del SIEN no permite su uso como indicador del estado nutricional vinculado a la atención de IRAS y EDAS.

La información del sistema de vigilancia epidemiológica es oportuna y podría ser usada para el seguimiento de las metas, a pesar que la información generada no tiene el disagregamiento por subproductos de la IPE.

Durante el trabajo de campo se comprobó la falta de mecanismos establecidos para el seguimiento del avance de las metas físicas generadas por el sistema HIS, así como en las actividades de seguimiento periódico de los indicadores de desempeño de la IPE, a nivel de las DIRESAS, DISAS y EESS. En algunas DISAS y EESS visitados se encontró paneles denominados “salas de situación” con información de IRAS y EDAS, con datos incompletos y desactualizados. No se pudo obtener copia de reportes del análisis de la información sobre las metas físicas alcanzadas durante las visitas de campo o de los consolidados en las DISAS, DIRESAS o en el nivel nacional del MINSA.

No se cumple con la normatividad del seguimiento de los Programas presupuestales, que establece que se deben emitir seis informes al año (4 trimestrales y 2 semestrales), incluyendo los resultados de las actividades de seguimiento, supervisión y evaluación desarrolladas en el periodo⁷⁶. Tampoco se cumple lo dispuesto en el instructivo “*Proceso de Ejecución Presupuestaria en el Ministerio de Salud*”⁷⁷, que determina que en las acciones de monitoreo de los Programas presupuestales, las UE deben presentar a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA, *informes trimestrales* con el avance de las metas físicas y la ejecución del gasto asignado, para su remisión al MEF y a la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República del Congreso.

Cambios en el procesamiento de IRAS y EDAS

En el año 2011 la OGEI-MINSA cambio los formatos de procesamiento de atenciones de IRAS y EDAS del sistema HIS (se pasó del formato HIS 03 al HIS 04). Como consecuencia, el número

⁷⁵ Último año de información disponible.

⁷⁶ Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos. MINSA. 2010

⁷⁷ Instructivo N° 001-2011-OGPP-OP/MINSA

reportado de atenciones por EDAS sin complicaciones aumentó en 56% en el año 2011 respecto al 2010⁷⁸, paralelamente al 90% de descenso en atenciones de EDAS con complicaciones⁷⁹.

CUADRO 21
COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE ATENCIONES POR EDAS SIN COMPLICACIONES ENTRE 2007-2012

Grupo EDA	Formato 2007-2010			Formato 2011	
	2007	2008	2009	2010	2011
EDA sin complicaciones	467,498	405,003	386,221	344,678	761,392
EDA complicada	31,342	26,146	25,361	21,049	2,018
Total	498,840	431,149	411,582	365,727	763,410
					681,044

Fuente: Elaboración propia con datos del sistema HIS. MINSA /OGEI. Setiembre 2013

La información de atenciones por EDA se reportó por tipo de diagnóstico (Presuntivo, Definitivo o Repetido-Control) hasta el año 2010, pero desde el año 2011 el sistema HIS no reporta el tipo de diagnóstico de las atenciones de EDAS.

⁷⁸ El MINSA/OGEI refiere que desde 2011 incluye otros diagnósticos como presuntivo de cólera.

⁷⁹ El MINSA/OGEI refiere que desde 2011 para registrar las atenciones por EDA con complicaciones, se necesita de dos diagnósticos o más, mientras hasta el 2010 bastaba un solo diagnóstico (código).

III: PRESUPUESTO Y RESULTADOS

PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

3.1 Criterios de asignación, transferencia y pago (Contenido 11-12)

Contenido 11: Describir los criterios de asignación/distribución de recursos, según corresponda: (a) entre regiones; (b) entre productos; (c) al interior de los productos

Los criterios de asignación, transferencia y pago entre niveles de gobierno, productos y subproductos, están definidos en la *Guía Metodológica para la Programación y Formulación de Productos de los Programas Estratégicos*⁸⁰ que toman como base los requerimientos de insumos necesarios para el logro de las metas físicas de los productos y subproductos de la IPE, identificados en base a la *lista de bienes y servicios* y considerando las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación correspondientes.

Según la Tabla 21 del Anexo Nº 2 de la Directiva Nº 002-2012-EF/50.01, las asignaciones se deben establecer en función al requerimiento de su demanda global, el gasto efectuado el año anterior y el cumplimiento de las metas físicas de atención de IRAS y EDAS programados.

La OGPP del MINSA junto con la Dirección de Presupuesto Temático del MEF dirigen el proceso de programación presupuestaria de la IPE/PPAN y brindan asistencia técnica para que las DIRESAS, DISAS y unidades ejecutoras formulen el presupuesto en el aplicativo SIGA PpR, cumpliendo el siguiente proceso:

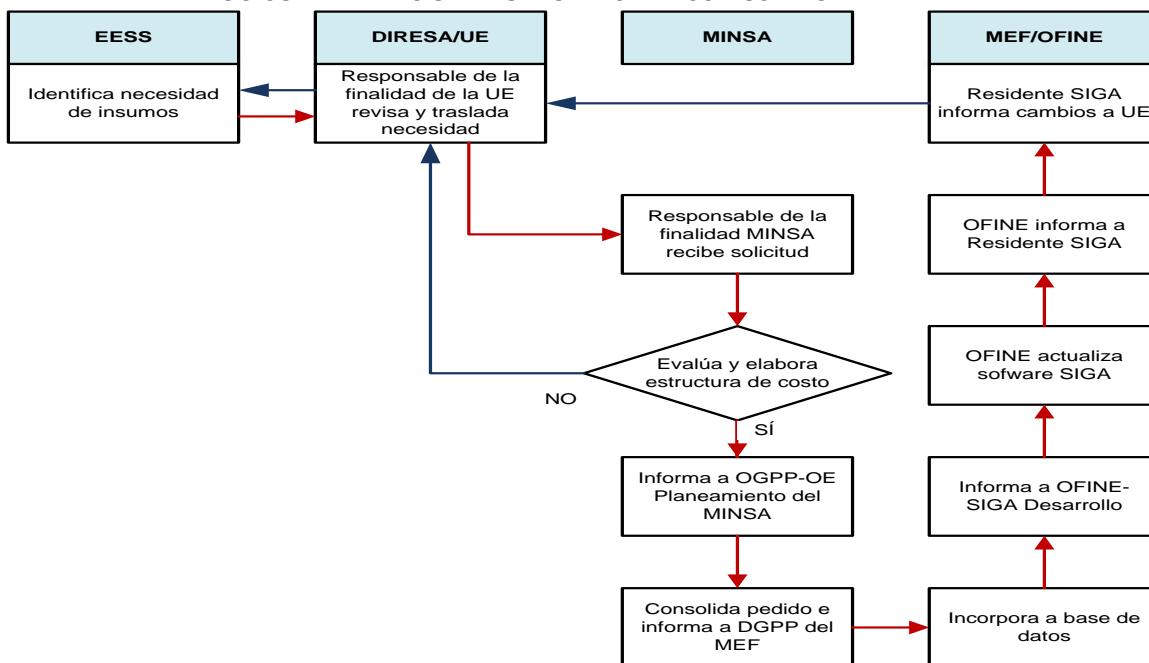
1. Definir los puntos de atención activos de acuerdo al padrón de EESS, incluyendo a los AISPED, para la asignación de los productos de acuerdo a su categoría, cartera de servicios y realidad local, así como la programación de metas físicas por UE y la personalización de los bienes y servicios.
2. Actualizar y autenticar el Padrón Nominado de beneficiarios menores de 36 meses⁸¹ a nivel distrital, para establecer las metas físicas por establecimiento.
3. Consignar en el SIGA los requerimiento de bienes y servicios programados personalizado por punto de atención. El cuadro de necesidades permite la actualización de los costos y actualización de los montos referenciales.
4. Consignar en el SIGA la disponibilidad de recursos humanos y equipos, lo que requiere que el 100% del personal registrado en la planilla electrónica y el SIAF se encuentren registrados en el SIGA y asignados a un centro de costo con sus datos completos.
5. Determinar la disponibilidad del equipamiento biomédico necesario a nivel de cada EESS con un inventario actualizado, incluyendo los equipos pendientes de distribución.

A continuación se describe el proceso de adición o modificación de los insumos de una finalidad o subfinalidad.

⁸⁰ Guía Metodológica para la Programación y Formulación de Productos de los Programas Estratégicos utilizando el SIGA, en el Marco del Presupuesto por Resultados. Versión 2.0. DGPP/MEF. 2012.

⁸¹ El periodo de 36 meses de edad está establecido en la página 46 del documento Guía Metodológica referida en la nota anterior (80), sin embargo para otros propósitos, el padrón nominado incluye a los niños y niñas menores de 60 meses.

GRÁFICO 20
PROCESO PARA ADICIONAR O MODIFICAR INSUMOS DE UNA FINALIDAD



Nota¹/OFINE: Oficina de Informática y Estadística del MEF.

Fuente: Guía Metodológica para la Programación y Formulación de los Productos de los Programas Estratégicos utilizando el SIGA en el marco del PpR. MEF. 2012.

Mecanismos de transferencia de recursos

Contenido 12 Describir los mecanismos de transferencia de recursos a beneficiarios intermedios o finales o ejecutores finales si es que las funciones se delegan, según corresponda. De haber una recuperación de los gastos (total o parcial) o algún aporte de terceros, presentar estos mecanismos.

Mecanismos de transferencia de recursos del SIS

El SIS transfiere los recursos para la atención de IRAS y EDAS a las unidades ejecutoras (UE) en función del valor neto de la producción de atenciones validadas, quienes a su vez reembolsan a los EESS por las atenciones prestadas a los niños y niñas con IRAS o EDAS.

La Gerencia de Financiamiento del SIS registra, controla y realiza el cierre financiero mensual de las prestaciones de acuerdo al valor aprobado de la producción en base a la programación de las transferencias y pagos por la modalidad de aplicación directa y remite la solicitud de calendario de compromisos inicial a la Oficina de Planeamiento y Desarrollo (OPD). Después de aprobada la disponibilidad presupuestal, la Oficina de Administración efectúa las transferencias de fondos a las UE por concepto de pago de servicios prestados.

Los gobiernos regionales deben incluir estos recursos en su presupuesto mediante la expedición de una norma (ordenanza o resolución regional) y deben programar los recursos y la ampliación de calendario para proceder a su uso. Luego de incorporar estos recursos en el presupuesto, se realizan los reembolsos a los EESS por el pago de las atenciones realizadas.

Las UE pueden realizar adquisiciones de bienes, insumos, materiales u otros con cargo a los montos reembolsados a los EESS para reponer los utilizados en la atención de IRAS y EDAS. Los

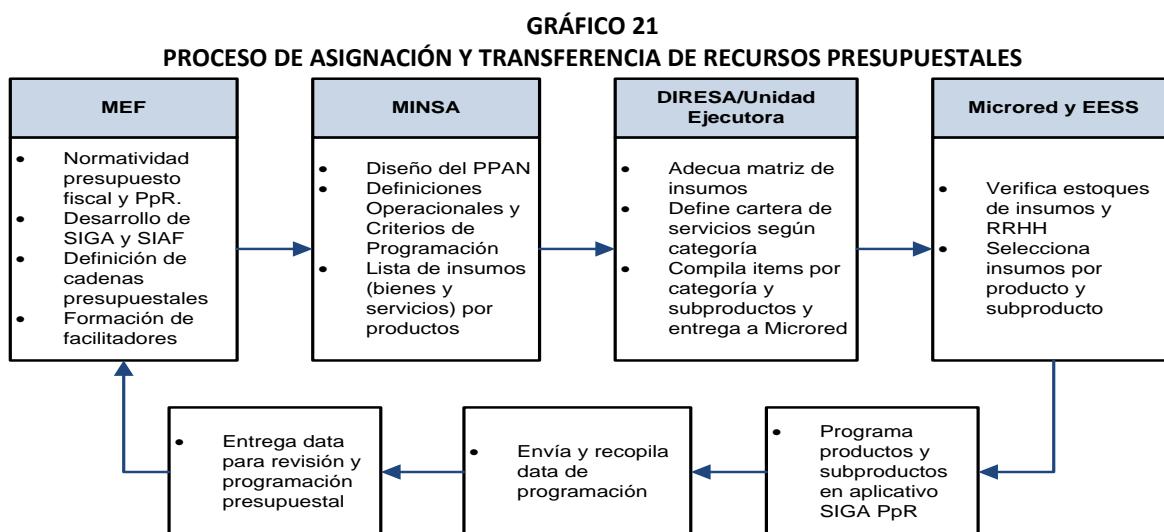
reembolsos realizados por el SIS pueden aplicarse para i) Reposición del total de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos; ii) Mejora de la infraestructura y/o equipo médico o su adquisición; iii) Adquisición de otros bienes y servicios que requiera el EESS para la atención.

3.2 Proceso de asignación, transferencia y pago (Contenido 13)

Contenido 13: Cuando corresponda, presentar un flujoograma con las actividades involucradas, incluyendo la calendarización de las mismas y la unidad orgánica de la Intervención Pública Evaluada responsable de éstas. Especificar las responsabilidades directas y aquellas delegadas a terceros, sean éstos privados (personas o empresas) o públicos.

En la fase de Formulación Presupuestaria, las metas se registran en el Módulo de Formulación Presupuestal del SIAF, en la Estructura Funcional y Programática correspondiente, de acuerdo a las metas informadas por Gobiernos Regionales para los productos y subproductos de la IPE.

El proceso de asignación y transferencia de recursos presupuestales considera las Estructuras Funcional y Programática del presupuesto, conforme a las asignaciones presupuestarias informadas por la Oficina de Presupuesto del MINSA, SIS, INS y Gobiernos Regionales-GR para el logro de los productos y subproductos de la IPE. El siguiente gráfico resume el proceso normativo en los diversos niveles involucrados.



Fuente: Elaboración propia en base a “Guía Metodológica para la Elaboración del Listado de Insumos de los Productos de Programas Presupuestales” MEF.2012

Registro de transferencias

Las asignaciones y transferencias del MEF a los pliegos del MINSA, SIS, INS y GR se registran directamente en cada uno de los cuatro productos de la IPE, según las metas físicas y financieras de atención de IRAS y EDAS definidas en el módulo SIGA-PpR⁸², tomando en cuenta las cadenas funcionales del PPAN.

CUADRO 22

⁸² Directiva 01-2013-EF. Artículo 15º. Tratamiento de las transferencias en el marco de los Programas Presupuestales.

CADENAS FUNCIONALES DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL/IPE

PRODUCTO	ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD ¹	UNIDAD DE MEDIDA
303311	5000027	20	044	0096	33311	016
Atención de IRAS	Atender a niños con IRAS	Salud	Salud individual	Atención básica	Atención IRA	Caso tratado
303312	5000028	20	044	0096	33312	016
Atención de EDAS	Atender a niños con EDAS	Salud	Salud individual	Atención básica	Atención EDA	Caso tratado
303313	5000029	20	044	0097	33313	016
Atención de IRAS con complicaciones	Atender a niños con IRAS con complicaciones	Salud	Salud individual	Atención especializada	Atención IRA con complicaciones	Caso tratado
303314	5000030	20	044	0097	33314	016
Atención de EDAS con complicaciones	Atender a niños con EDAS con complicaciones	Salud	Salud individual	Atención Especializada	Atención EDA con complicaciones	Caso tratado

Nota¹/Los productos son “finalidades” en los sistemas de registro presupuestario para la programación del gasto y son sujetos al seguimiento de avance en ejecución desde la DGPP del MEF.

Fuente: Combinación de cadenas funcionales de Programas Presupuestales. MEF/DGPP. 2012

3.3 PIA/PIM vs. Presupuesto ejecutado (Contenido 14)

Contenido 14: Presentar el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA), el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y el Presupuesto Ejecutado para los años 2008 a 2011, y el presupuesto estimado para el año 2012.

Presupuesto Inicial de Apertura

Entre 2009 al 2013 el Presupuesto Inicial de Apertura de la IPE ascendió a S/. 923 millones, los que se distribuyeron en el nivel nacional (Pliego SIS) y en los pliegos de gobiernos regionales⁸³, mientras los gobiernos locales no recibieron ningún recurso. En el 2013 se asignó por primera vez S/. 9 millones para la Administración Central del MINSA en el producto *Atención de IRAS con complicaciones*⁸⁴, recursos que no fueron ejecutados. También ese mismo año se asignó al Instituto Nacional de Salud-INS la cantidad de S/. 200,000 para el producto *Atención de EDAS sin complicaciones*.

CUADRO 23
PORCENTAJE DEL PIA DE LA IPE EN RELACIÓN A LA PIA DEL PAN Y FUNCIÓN SALUD. 2009-2013

Año	PIA función Salud	PIA del PPAN	PIA de la IPE	% PIA de la IPE/ PIA de F. Salud	% PIA de la IPE/ PIA del PPAN
2009	5,668,573,458	1,052,954,121	117,277,614	2.07	11.14
2010	6,395,282,526	1,594,474,874	127,185,839	1.99	7.98
2011	7,780,110,532	1 384 601 599	198,327,206	2.55	14.32
2012	8,673,402,069	1,280,629,828	219,628,723	2.53	17.15
2013	9,939,972,490	1,285,260,039	261,502,252	2.63	20.34
Total	38,457,341,075	5,213,318,862	923,921,634	2.40	17.70

Fuente: Elaboración propia en base a la página Transparencia Económica – MEF; Presupuesto Fiscal MEF y base de datos del SIGA PpR, actualizado a Enero del 2014.

⁸³ El pliego 011 MINSA recibe los recursos asignados a las DISAS de Lima, mientras el pliego del Gobierno Regional de Lima (099 463) recibe los recursos de la DISA, hospitales y redes de su jurisdicción. Entre el 2009 al 2012, la Administración Central del MINSA (011-001) no recibió ningún recurso de la IPE.

⁸⁴ En el anexo 8 se presenta la información detallada de las asignaciones por diferentes criterios.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, el PIA de la IPE tuvo un crecimiento del 120% entre el 2009 al 2013, mientras el PIA del PPAN solo aumentó en 20% en el mismo periodo, lo que revela la creciente importancia de los productos *Atención de IRAS y EDAS*. El PIA de la IPE fue el 2.63% del PIA de la función salud en 2013, con un incremento del 26% en relación al 2009 (2.07%).

Presupuesto Institucional Modificado

El total del PIM de la IPE entre 2009 al 2013 fue de S/. 1,289 millones, de los cuales el 78% fue asignado a los pliegos de los gobiernos regionales (S/. 913 millones), que incluyen a las DISAS de Lima, mientras el SIS recibió 203 millones que representan el 22% en el periodo. El PIM de los gobiernos regionales tuvo un incremento continuo (237%) entre 2009 al 2013, mientras el PIM del SIS decreció en 124% hasta el 2012, para aumentar significativamente en 2013, con lo que finaliza el 2013 con un 4% de reducción frente al año 2009.

CUADRO 24
DISTRIBUCIÓN DEL PIM DE LA IPE POR NIVELES DE GOBIERNO. 2009-2013

Año	SIS	Regional	Total
2009	51,855,282	87,759,968	158,049,849
2010	48,520,081	100,198,724	171,737,774
2011	32,501,475	167,424,484	227,402,791
2012	21,252,630	232,281,523	357,127,707
2013	49,199,646	325,590,396	374,790,042
Total	203,329,114	913,255,095	1,289,108,163

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, actualizados en Enero del 2014.

El gráfico permite apreciar el importante y creciente aumento del PIM en los gobiernos regionales, paralelo a la disminución del PIM del SIS entre 2009 al 2012, seguido de un significativo crecimiento en el 2013.

GRÁFICO 22
PIM DE LA IPE EN EL SIS Y GOBIERNOS REGIONALES. 2009-2013



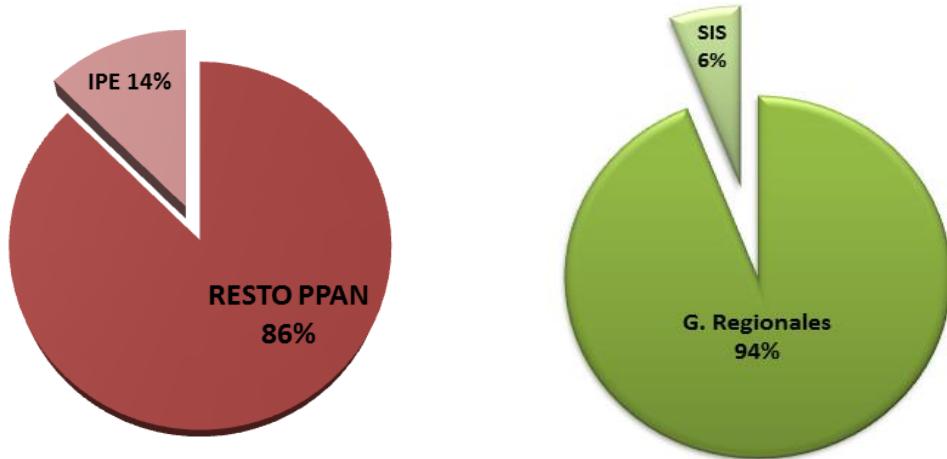
Nota: Asignaciones en millones de nuevos soles.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, actualizada en Enero 2014

En el año 2013, el PIM de la IPE para los cuatro productos ascendió a S/.374,790,042 nuevos soles para todos los pliegos y niveles de gobierno, lo que corresponde al 14% del PIM del Programa Articulado Nutricional de ese año. El PIM de la IPE en los gobiernos regionales fue de S/.

325,590,396 (incluye el PIM de las DISAS y hospitales de Lima Metropolitana por S/. 103,573,478, que son transferidos al pliego 011 MINSA).

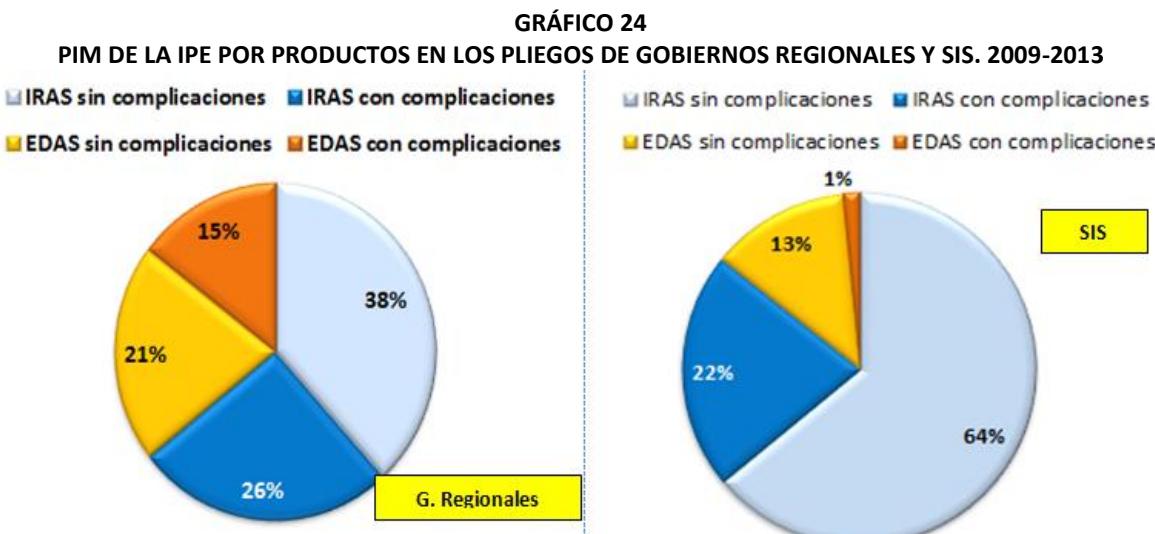
GRÁFICO 23
DISTRIBUCIÓN DEL PIM DE LA IPE/PPAN A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL. 2012



Nota: Los recursos del nivel regional incluyen los recursos asignados a las DISAS y Hospitales de Lima metropolitana que son transferidos al pliego 011 del MINSA y representan el 28% del PIM de la IPE en el 2012.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Junio 2013.

Al analizar la distribución del PIM de la IPE entre 2009 al 2013, se aprecia que los productos *Atención de IRAS sin y con complicaciones*, recibieron en conjunto el 64% en los G. Regionales y 86% en el pliego SIS, mientras los productos *Atención de EDAS sin y con complicaciones*, recibieron respectivamente el 36% en el MINSA y 14% en el SIS.

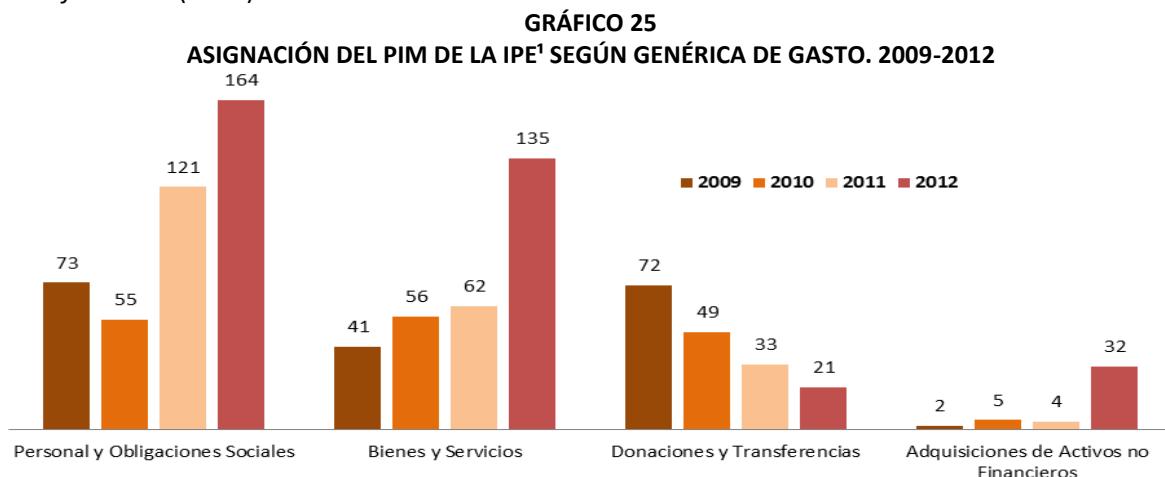


Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos actualizados en Enero del 2013.

PIM por genérica del gasto

El análisis del PIM para los años 2009 al 2012, según genérica de gasto, muestra un importante crecimiento de las genéricas *personal y obligaciones sociales* (+220%); *bienes y servicios* (+329%) y

adquisiciones y activos fijos (+1,600%), mientras hubo una disminución de la genérica *donaciones y transferencias* (-78%)⁸⁵.

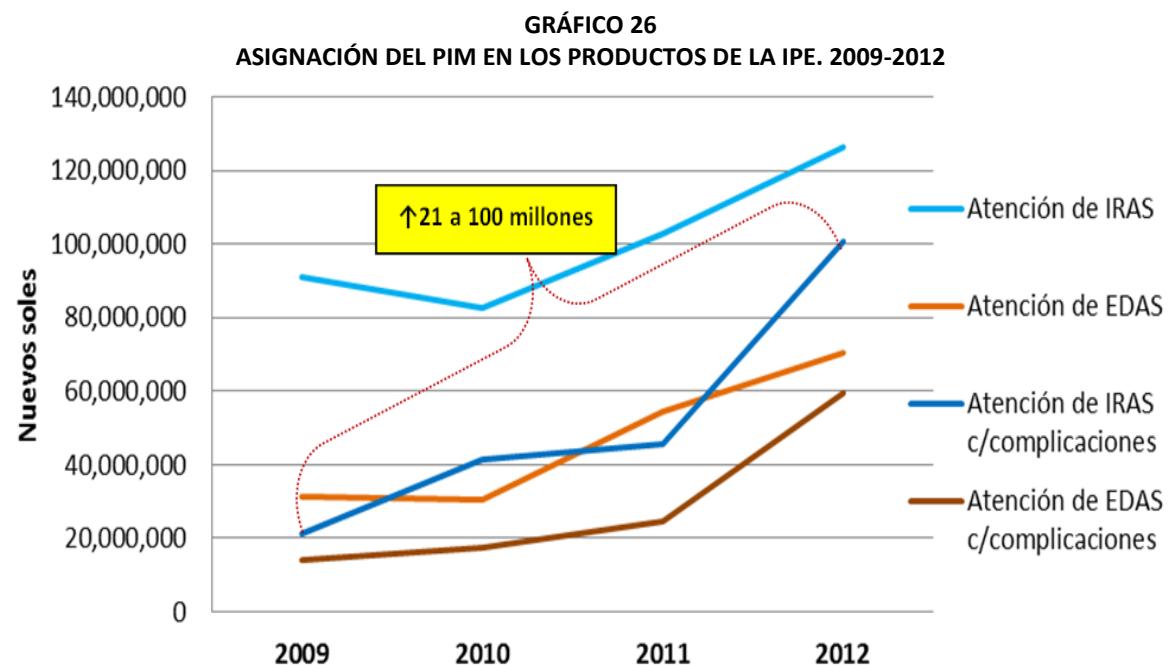


Nota: ¹/Valores en millones de nuevos soles

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, entregada por el MEF.

PIM asignado a productos

La asignación del PIM en los productos de la IPE es mayor en los productos *Atención de IRAS* con y sin complicaciones, en comparación con la asignación para los productos *Atención de EDAS* con y sin complicaciones, lo que es concordante con el mayor número de atenciones por IRAS.



Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos analítica del SIAF. Febrero 2013.

Se aprecia que luego de un periodo sin incremento importante del PIM asignado a los productos de la IPE entre 2009 y 2010, con excepción de *IRAS con complicaciones*-entre 2010 al 2012, hay un

⁸⁵En el anexo 6se presenta cuadros con la información del PIA, PIM y % de Presupuesto Ejecutado-PE, para los años 2009 a 2012, según genérica de gasto.

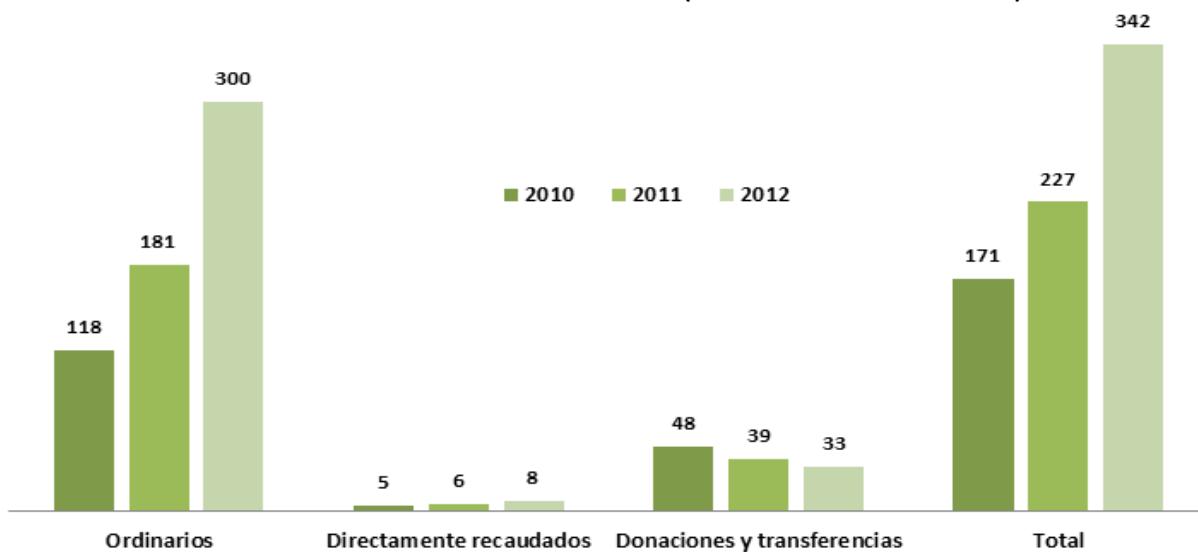
constante aumento, en especial para *atención de IRAS con complicaciones*, que llega a quintuplicar su asignación entre 2009 al 2012.

Presupuesto de la IPE por fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento de la IPE son *recursos ordinarios*; *donaciones y transferencias* y *recursos directamente recaudados*. Los *recursos ordinarios* representaron el 87% del total que en el 2012, porcentaje superior al 79% del 2010 y 2011 por esta misma fuente. La menor fuente de financiamiento son los *recursos directamente recaudados*, que solo representaron el 2% en el 2012⁸⁶.

Entre 2009 al 2012 se aprecia el crecimiento de *recursos ordinarios* (270%) y *directamente recaudados* (220%), paralelo a la disminución (-22%) de *donaciones y transferencias*.

**GRÁFICO 27
PRESUPUESTO DE LA IPE POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO (MILLONES DE NUEVOS SOLES). 2010-2012**



Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

3.4 Costos de los productos y sus metas físicas (Contenido 15)

Contenido 15: Presentar los costos en los que se incurre en la elaboración de los productos consignando las cantidades físicas requeridas de los insumos principales y los precios de cada uno de ellos.

Existen grandes variaciones del gasto⁸⁷ para la obtención de los productos entre años, con una tendencia irregular a su incremento, lo que se debe a la fluctuación del número de atenciones reportado por el sistema HIS, paralelamente al aumento continuo de las asignaciones presupuestales.

**CUADRO 25
GASTO POR UNIDAD DE PRODUCTO DE LA IPE¹. 2009-2012**

⁸⁶ En el anexo 10 se detallan las fuentes de financiación de la IPE según PIA, PIM y ejecutado para los años 2010 a 2012, desagregadas por pliegos presupuestarios.

⁸⁷ No es posible obtener los costos de la obtención de los productos, debido a que se carece de información de los gastos indirectos.

Año	Variables	Atención IRAS ²	Atención EDAS	Atención IRAS complicadas	Atención EDAS complicadas
2009	Nº atenciones	3,861,225	370,571	32,707	26,601
	Presupuesto ejecutado	88,085,552	29,778,284	20,196,414	13,497,426
	Gasto por producto	22.81	80.36	617.50	507.40
2010	Nº atenciones	3,668,053	397,172	34,177	21,889
	Presupuesto ejecutado	84,185,091	30,487,602	40,822,190	17,137,476
	Gasto por producto	22.95	76.76	1,194.43	782.93
2011	Nº atenciones	2,677,391	348,715	48,053	1,678
	Presupuesto ejecutado	96,506,920	50,040,448	40,546,584	23,098,167
	Gasto por producto	36.05	143.50	843.79	13,765.30
2012	Nº atenciones	2,505,009	507,771	46,098	5,981
	Presupuesto ejecutado	117,059,316	67,309,725	91,040,138	53,203,262
	Gasto por producto	46.73	132.56	1,974.93	8,895.38

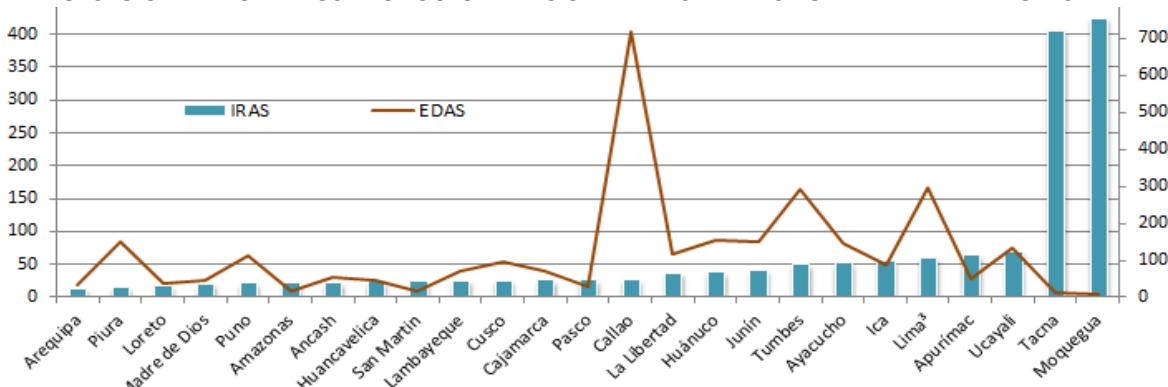
Nota ¹/: Por toda fuente y pliego de gobierno. ²/: Incluye las atenciones por SOB/Asma.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, actualizada en Enero del 2014 y datos del MINSA/OGEI/HIS para el número de atenciones, actualizados a setiembre 2013.

El cuadro anterior muestra el gasto promedio de los productos de la IPE (por unidad de producto) para los años 2009 a 2012⁸⁸. Los datos del año 2011 no tienen consistencia con los datos anteriores y se deben posiblemente a cambios del procesamiento del número de atenciones reportado por el sistema HIS del MINSA en el 2011. En el anexo 11 se presentan 12 cuadros con la información de gasto por producto y departamento para el periodo 2010-2012.

El gráfico permite apreciar las diferencias del gasto de los productos *Atención de IRAS y EDAS sin complicaciones* entre departamentos, así como entre ambos productos en los mismos departamentos y año.

GRÁFICO 28
GASTO UNITARIO¹ DE LOS PRODUCTO ATENCIÓN DE IRAS² Y EDAS POR DEPARTAMENTO. 2012



Nota ¹/Por toda fuente. ²/IRA incluye las atenciones de SOB/Asma. .

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, actualizada en Enero del 2014 y datos del MINSA/OGEI/HIS para el número de atenciones, actualizada a setiembre 2013.

En el cuadro siguiente se aprecia los gastos para la obtención unitaria de los cuatro productos por departamentos, en el año 2012.

⁸⁸ El valor del gasto fue obtenido mediante la división del presupuesto devengado de cada producto entre el número de atenciones del mismo producto y año.

CUADRO 26
GASTO POR UNIDAD DE PRODUCTO DE LA IPE POR DEPARTAMENTO. 2012

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones	Gasto total
Amazonas	20.80	16.40	552.60	4,348.71	4,938.50
Ancash	21.35	53.76	1,220.55	8,640.66	9,936.32
Apurímac	63.16	50.06	6,047.55	67,671.90	73,832.66
Arequipa	11.05	33.94	1,261.48	1,720.91	3,027.39
Ayacucho	51.53	144.76	1,474.55	18,716.45	20,387.29
Cajamarca	25.23	69.47	1,638.09	15,937.89	17,670.68
Callao	25.71	719.00	862.49	2,3934.80	25,542.00
Cusco	24.53	94.12	1,392.66	5,578.38	7,089.69
Huancavelica	22.53	47.92	2,914.91	9,099.47	12,084.82
Huánuco	37.48	155.55	1,711.55	25,452.49	27,357.06
Ica	54.91	87.05	1,007.71	7,427.64	8,577.31
Junín	40.58	150.53	2,435.81	11,113.93	13,740.85
La Libertad	35.87	116.95	599.74	6,428.15	7,180.70
Lambayeque	24.38	71.49	556.79	23,636.89	24,289.56
Lima	59.91	296.80	3,969.89	11,697.78	16,024.38
Loreto	16.80	37.08	907.22	4,367.23	5,328.33
Madre de Dios	19.45	45.06	1,706.54	14,984.75	16,755.79
Moquegua	423.49	7.59	4,620.33	1,201.58	6,252.99
Pasco	25.49	29.86	1,445.73	9,841.20	11,342.27
Piura	14.72	150.36	1,459.43	19,879.02	21,503.53
Puno	20.40	113.35	1,974.88	3,632.59	5,741.21
San Martín	22.91	17.11	863.53	3,211.88	4,115.43
Tacna	403.83	12.75	1,509.54	4,826.40	6,752.52
Tumbes	49.94	290.54	899.15	8,578.36	9,817.97
Ucayali	69.32	132.33	851.76	1,775.56	2,828.98

Nota ¹/: Por toda fuente. ²/: Incluye las atenciones de SOB/Asma.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, actualizada en Enero del 2014 y datos del MINSA/OGEI/HIS para el número de atenciones, actualizada a setiembre 2013.

Valor reembolsado por el SIS

El valor de los servicios de atención de IRAS y EDAS prestados por los EESS del MINSA que reembolsa el SIS, se efectúa de acuerdo a las tasas del tarifario vigente del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS)⁸⁹, que establece un valor de S/. 6.00 por consulta externa para los EESS del tipo I-1 al I-4, y de S/. 12.00 para los EESS de Tipo II. En caso de internamiento por IRAS o EDAS con complicaciones la tarifa es de S/. 80.00 por día. La tarifa cubre los gastos variables de las prestaciones, principalmente medicamentos, materiales e insumos médicos gastados durante la

⁸⁹ Resolución Ministerial 240-2009-MINSA. Tarifa del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado. Resolución Ministerial 226-2011-MINSA

atención. Los gastos fijos como salarios del personal y depreciación de los equipos son asumidos directamente por los EESS, con los recursos ordinarios asignados en el presupuesto público.

PARTE 2: TEMAS DE EVALUACIÓN

3.1 Eficacia y Calidad

3.1.1 Desempeño de la IPE en cuanto a actividades(Contenido 33)

Contenido 33: Evaluar el desempeño en el cumplimiento de actividades y logro de metas. Evaluar el cálculo y sustento de (o proponer de ser el caso) metas físicas para los años 2012 y 2013

No están disponibles las metas físicas y presupuestarias definidas a nivel de los subproductos o actividades de la IPE.

3.1.2 Desempeño de la IPE en cuanto a la obtención de productos (Contenido 34)

Contenido 34: Cuantificar (valores obtenidos) los indicadores de productos para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 (de ser información faltante). Evaluar el desempeño de los productos en cuanto a niveles de producción y logro de metas. Evaluar el cálculo y sustento de (o proponer de ser el caso) metas físicas para los años 2012 y 2013.

El desempeño de la IPE en el logro de las metas físicas de la IPE muestra gran heterogeneidad y resultados insatisfactorios en todos los productos, en especial en *Atención de IRAS y EDAS con complicaciones*⁹⁰.

CUADRO 27
DESEMPEÑO DE LA IPE EN LA OBTENCIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LA IPE. 2010-2012

PRODUCTOS	Valores alcanzados (% de logro de metas) ¹		
	2010	2011	2012
Atención de IRAS	148	74	76
Atención de EDAS	67	89	74
Atención de IRAS con complicaciones	41	28	1,307
Atención de EDAS con complicaciones	19	3	11

Nota 1/Porcentaje de las atenciones reportadas por el sistema HIS y las metas físicas programadas en el sistema SIGA PpR para el mismo año y producto. El SIGA PpR solo tiene datos de metas físicas a partir del año 2010.

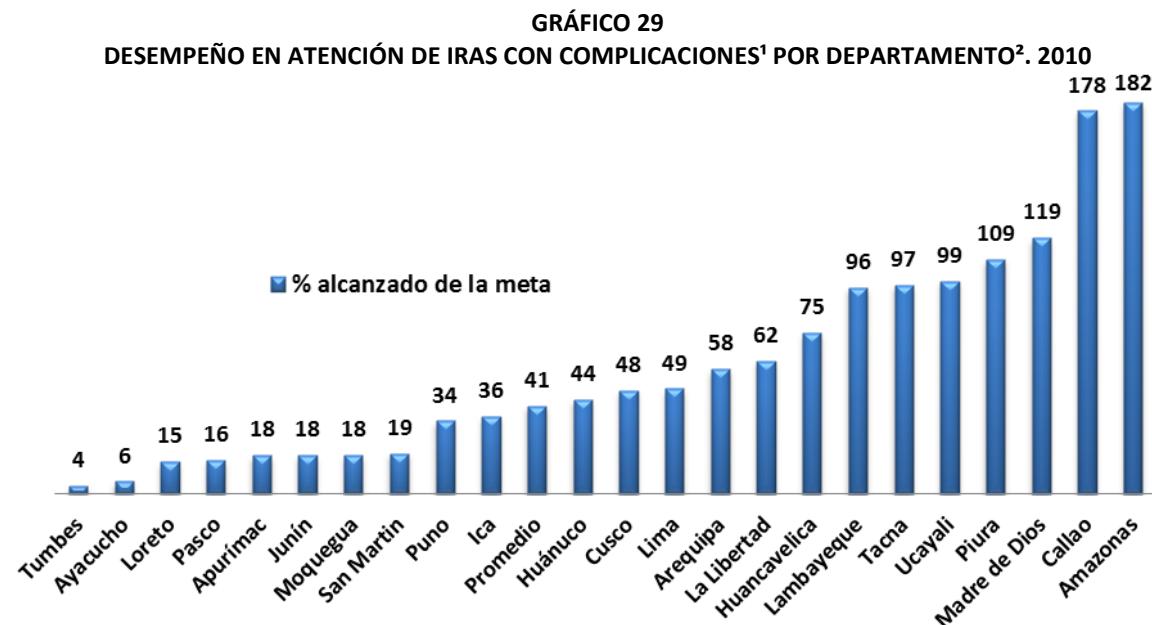
Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR actualizado en Enero del 2014 y sistema HIS.OGEI/MINSA. Setiembre 2013.

El mejor desempeño corresponde a los productos *atención de IRAS y EDAS sin complicaciones que en 2010 y 2011 superaron el 80%*, mientras los valores más bajos son en *atención de IRAS con complicaciones*, que solo alcanzó el 46% de la meta en 2010 y valores aun menores (41% y 28%) en 2010 y 2011, seguido de un aumento de 46 veces en el 2012. Llama la atención los valores extremadamente bajos del resultado alcanzado por el producto *atención de EDAS con complicaciones* en los tres años. Cabe mencionar que el desempeño de los productos se basa en los valores de atenciones reportados por el sistema HIS⁹¹.

⁹⁰ En el anexo 7 se presentan cuadros con la información de las metas y resultados alcanzados de los 4 productos por departamento para los años 2010 al 2013.

⁹¹ En el curso de la presente evaluación se ha detectado varios problemas con la información del sistema HIS, que incluyen grandes variaciones en el número de atenciones reportadas en los cuatro productos entre los años 2010 y 2011, que según el MINSA/OGEI se deben a cambios en los formatos de procesamiento de las atenciones y en los criterios para clasificar las atenciones.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de la meta física alcanzada en el producto IRAS con complicaciones por departamentos en el año 2010, apreciándose las grandes diferencias entre el 4% de la meta alcanzada en Tumbes y el 182% alcanzado en Amazonas.



Nota ¹/Ancash y Cajamarca no programaron metas físicas para atención de IRAS en el año 2010 en el SIGA PpR.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de información HIS/MINSA Setiembre del 2013 y SIGA PpR actualizado en Enero del 2014.

Atenciones por IRAS

Las atenciones por *IRAS sin complicaciones* representan el 92% del total de atenciones por IRAS entre 2008 al 2012, mientras las atenciones por IRAS con complicaciones fueron el 1% en el mismo periodo, mientras el 7% correspondió a las atenciones por SOB/Asma.



Fuente: Elaboración propia con datos del sistema HIS. MINSA.OGEI. Setiembre 2013.

Atención de IRAS sin complicaciones

El sistema HIS reportó 1,666,127 menos atenciones entre 2007 y 2012, con mayor disminución en los menores de 2 años de edad, grupo prioritario para la IPE, debido a que es la fase donde se produce la desnutrición crónica.

CUADRO 28
NÚMERO DE ATENCIONES¹ POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2012

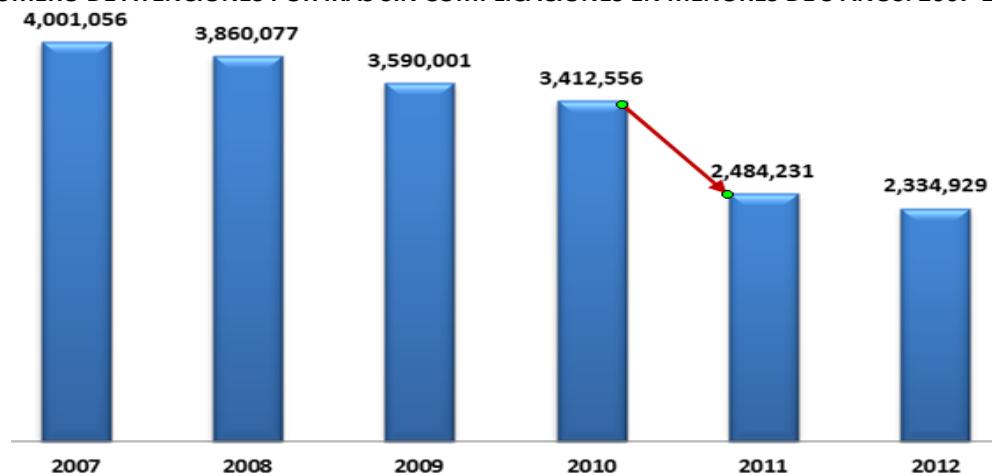
Año	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
2007	1,261,513	935,268	750,192	576,618	477,465	4,001,056
2008	1,188,598	867,523	686,898	612,605	504,453	3,860,077
2009	1,137,241	823,182	614,641	526,534	488,403	3,590,001
2010	1,059,828	828,582	604,162	486,696	433,288	3,412,556
2011	786,585	598,247	453,540	354,660	291,199	2,484,231
2012	693,373	555,949	420,116	363,078	302,413	2,334,929
Total	6,127,138	4,608,751	3,529,549	2,920,191	2,497,221	19,682,850

Nota ¹/Incluye las atenciones con diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo y controles. No incluye los casos de SOB y Asma.

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de información HIS/MINSA. Setiembre 2013

El siguiente gráfico destaca la importante disminución de atenciones reportadas entre 2010-2011, con 928,345 menos atenciones (-27%) en 2011.

GRÁFICO 31
NÚMERO DE ATENCIONES POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2012



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de información HIS/MINSA. Setiembre del 2013.

Atención de IRAS con complicaciones

Las atenciones reportadas por *IRAS con complicaciones* muestran una tendencia al aumento entre 2007 al 2012, con 13,151 más atenciones en 2012 (47% de aumento).

En el siguiente cuadro se aprecia el notable aumento (71%) del número de atenciones reportado en 2011, lo que posiblemente se debe a los cambios del sistema HIS en ese año, más que a un aumento real del número de atenciones.

CUADRO 29
NÚMERO DE ATENCIONES¹ POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2012

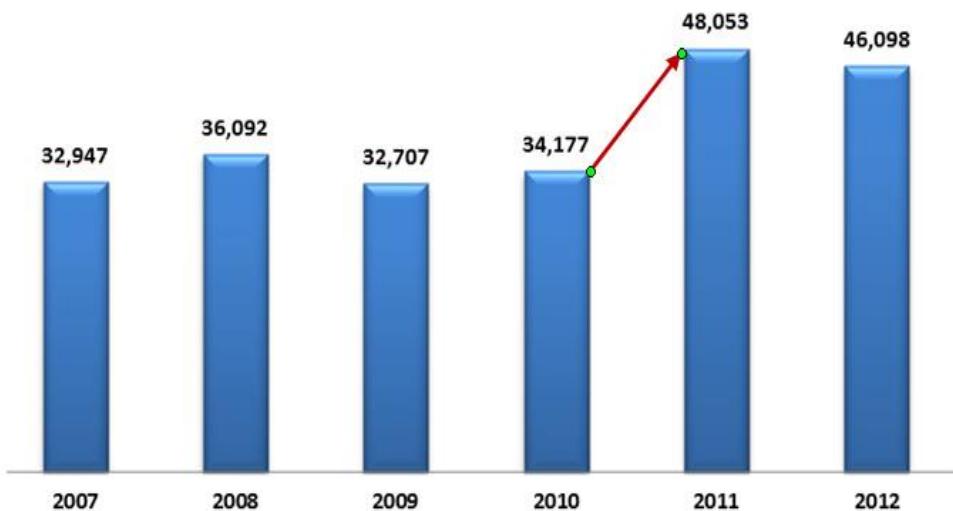
Año	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
2007	10,264	13,818	5,128	2,349	1,388	32,947
2008	14,855	9,869	5,673	3,417	2,278	36,092
2009	14,341	8,618	4,763	2,907	2,078	32,707
2010	15,619	9,497	4,723	2,626	1,712	34,177
2011	22,337	12,566	6,542	4,031	2,577	48,053
2012	21,306	11,696	6,163	4,094	2,839	46,098
Total	98,722	66,064	32,992	19,424	12,872	230,074

Nota 1/Incluye las atenciones con diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo y controles. No incluye los casos de SOB y Asma.

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de información HIS/MINSA. Setiembre 2013

El siguiente gráfico destaca el aumento de atenciones reportado por el sistema HIS en 2011 y 2012.

GRÁFICO 32
NÚMERO DE ATENCIONES POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2012



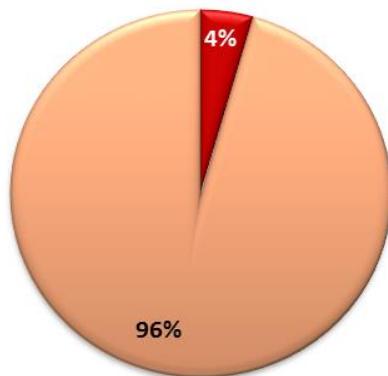
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de información HIS/MINSA. Setiembre 2013

Adicionalmente, se reportan 1 537,434 atenciones por Síndrome de Obstrucción Bronquial-SOB y Asma entre 2008 al 2012, número siete veces mayor a las atenciones de IRAS con complicaciones reportado en el mismo periodo.

Atenciones de EDAS

En el periodo 2007-2012, el número de atenciones reportado por *EDAS sin complicaciones* representó el 96% del total de atenciones por *EDAS sin y con complicaciones*, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 33
PROPORCIÓN DE ATENCIONES SEGÚN TIPO DE EDAS 2007-2012
 EDAS con complicaciones EDAS sin complicaciones

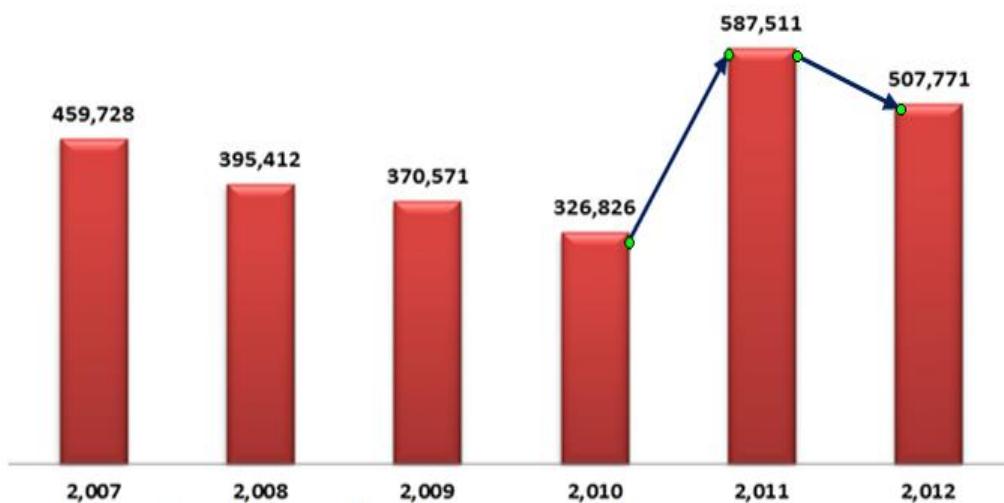


Fuente: Elaboración propia con datos del sistema HIS. MINSA.OGEI. Setiembre 2013.

Atención de EDAS sin complicaciones

El número de atenciones de EDAS sin complicaciones reportado por el sistema HIS tiene una continua e importante disminución entre 2007 al 2010, con un brusco aumento (55%) en 2011 seguido de una moderada disminución en el 2012.

GRÁFICO 34
TOTAL DE ATENCIONES DE EDA SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2012



Fuente: Elaboración propia con información del sistema HIS OGEI/MINSA. 2013.

Entre 2007 al 2012 hubo 132, 902 menos atenciones por EDA sin complicaciones (- 28.9%) según los reportes del sistema HIS. En el año 2011, se reportan 587,511 atenciones, un aumento de 260,685 frente al año anterior y 127,783 respecto al 2010, lo que aparentemente corresponde a los cambios mencionados en el sistema de registro de los datos en el año 2011 y no a un aumento en la producción de atenciones.⁹²

⁹² Según información del MINSA/OGEI los cambios por aumento o disminución de *atenciones por EDAS con y sin complicaciones* tiene como causa los cambios de códigos del procesamiento de atenciones por el sistema HIS

CUADRO 30
ATENCIONES¹ POR EDAS SIN COMPLICACIONES POR GRUPOS DE EDAD. 2007-2012

Año	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
2007	145,769	166,291	81,813	39,963	25,892	459,728
2008	119,021	140,533	70,713	39,797	25,348	395,412
2009	119,277	133,284	61,778	32,894	23,338	370,571
2010	98,524	120,859	57,641	29,955	19,847	326,826
2011	145,223	205,999	119,441	68,288	48,560	587,511
2012	118,972	174,079	103,181	64,745	46,794	507,771
Total	746,786	941,045	494,567	275,642	189,779	2,647,819

Nota 1/ Incluye las de atenciones con diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo y controles.

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de información HIS/MINSA

Atención de EDAS con complicaciones

El sistema HIS reporta una disminución continua del número de atenciones entre 2007 al 2010 con 11,058 menos atenciones (-33%) en el 2010, comparado con el 2007. En el 2011 hay una abrupta caída (92%) del número de atenciones reportado comparado con 2010, situación que se revierte moderadamente en el 2012.

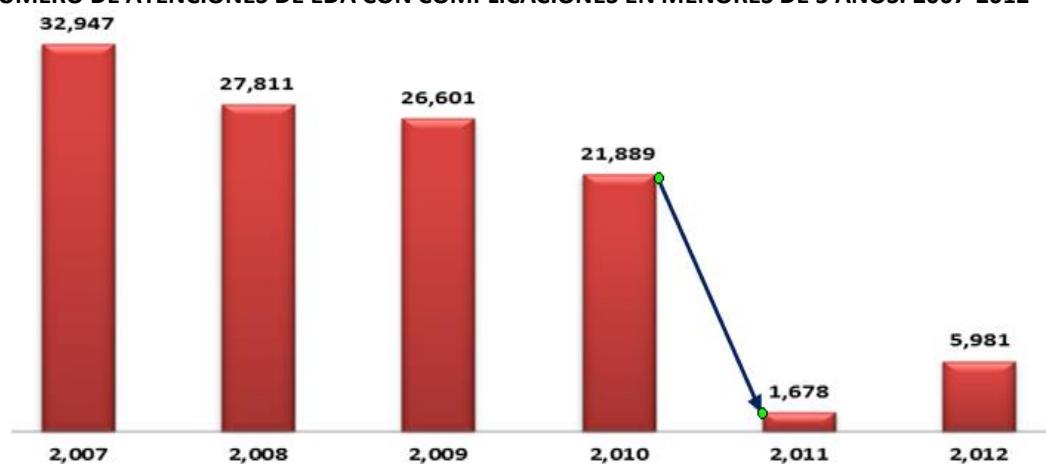
CUADRO 31
NÚMERO DE ATENCIONES¹ POR EDAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2012

Año	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
2007	10,264	13,818	5,128	2,349	1,388	32,947
2008	8,175	11,788	4,405	2,119	1,324	27,811
2009	8,330	11,187	3,958	1,854	1,272	26,601
2010	6,043	9,503	3,598	1,675	1,070	21,889
2011	406	732	300	144	96	1,678
2012	1,515	2,552	1,056	537	321	5,981
Total	34,733	49,580	18,445	8,678	5,471	116,907

Nota 1/ El número de atenciones incluye las atenciones con diagnóstico presuntivo, definitivo y controles.

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de información HIS/MINSA

GRÁFICO 35
NÚMERO DE ATENCIONES DE EDA CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS. 2007-2012



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MINSA/OGEI-HIS. 2013.

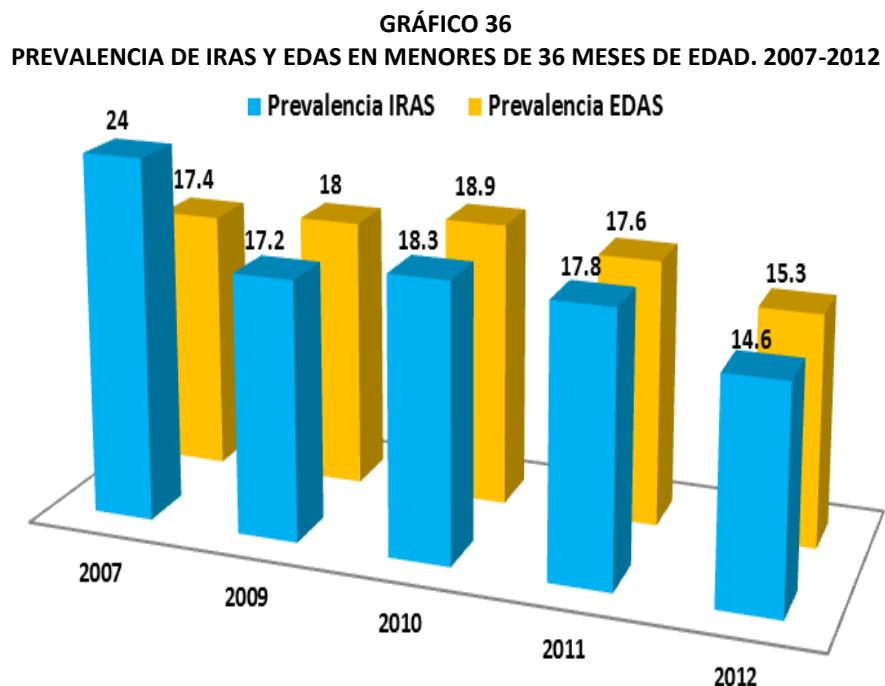
El número total de atenciones reportado por *EDAS* (*con y sin complicaciones*) tuvo un aumento de 240,483 (40%) en 2011 respecto al 2010, que no se explica por el cambio interno en los códigos de procesamiento del sistema HIS, que pueden justificar el aumento o disminución de alguno de los productos en relación con el otro, pero no el aumento total del número de ambos.

A modo de conclusión, se constata que existe un bajo desempeño en el logro de las metas físicas, falta de ajuste de las metas físicas programadas a la producción del año anterior y problemas con la calidad de los reportes del sistema HIS de los años 2011 y 2012, que muestran grandes cambios frente al 2010, tanto por aumento como por disminución del número de atenciones. Esta última situación es aparentemente causada por los cambios en los formatos del sistema HIS relacionados con las atenciones de *IRAS* y *EDAS* en el año 2011⁹³.

3.1.3 Desempeño de la IPE a nivel de resultado intermedio (Contenido 35)

Contenido 35: Cuantificar (valores obtenidos) los indicadores de resultado específico para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 (de ser información faltante). Evaluar el desempeño de la Intervención Pública Evaluada en cuanto al logro de las metas a nivel de resultado específico. Evaluar el cálculo y sustento de (o proponer de ser el caso) metas físicas para los años 2012 y 2013.

Los valores a nivel nacional de los indicadores de desempeño del resultado intermedio *prevalencia de IRAS y EDAS en niños y niñas menores de 36 meses de edad*, para los años 2007 al 2012 se muestran a continuación⁹⁴



Fuente: Perú. Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos 2012. INEI.MEF. 2013

⁹³ La fuente del número de atenciones de *IRAS* y *EDAS* usado en la presente evaluación, son reportes generados por el sistema HIS solicitados a la OGEI/MINSA, los que fueron revisados por la OGEI/MINSA entre junio a setiembre del 2013 al encontrarse los problemas mencionados anteriormente.

⁹⁴ El valor del coeficiente de variación para ambos indicadores al nivel nacional fue inferior al 10%, lo que proporciona buena confiabilidad estadística a los datos.

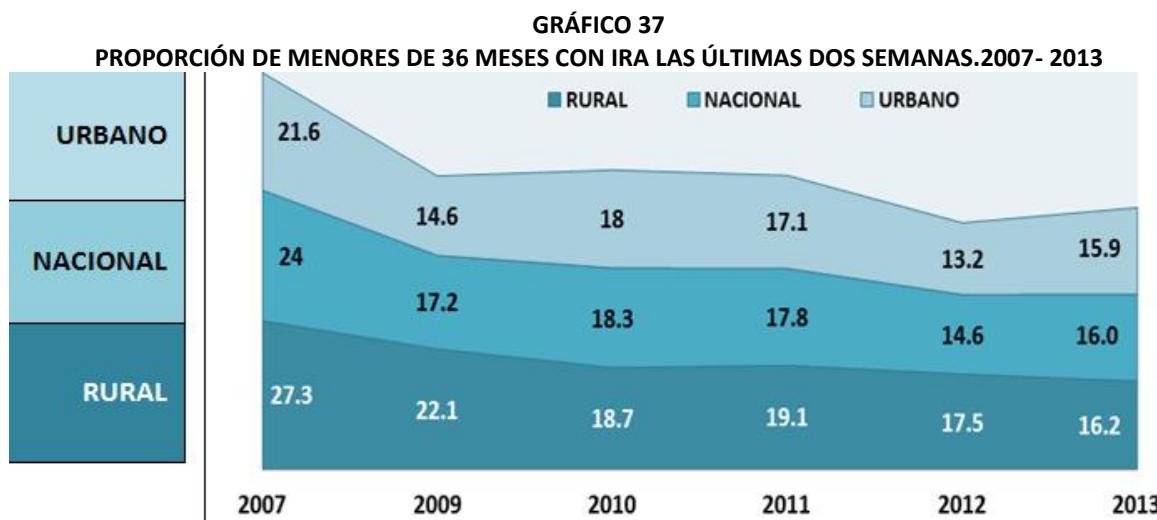
Es importante tomar en cuenta que la obtención de resultado intermedio: *reducción de la morbilidad por IRAS y EDAS*, es consecuencia de una serie de factores, que incluyen las vacunación contra el sarampión, influenza, tos ferina, rotavirus y neumococo, estas dos últimas introducidas en 2008 con recursos del PPAN; además de otras prácticas, como la calidad de la alimentación infantil, en especial la prevalencia de lactancia materna exclusiva, lavado de manos y suplementación con zinc.

No es posible establecer una relación de causalidad entre las atenciones de IRAS y EDAS con la reducción de su prevalencia, debido a que las atenciones no reducen la cantidad de episodios, pero contribuyen a la reducción de su severidad y duración, lo que puede tener efecto positivo en la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica.

Otras variables fuera del sector salud, como el crecimiento económico, la continua migración urbana, la mayor cobertura de programas sociales como JUNTOS, la calidad de agua, saneamiento básico, nivel educativo de los padres y disponibilidad de alimentos, son importantes factores en la prevalencia de EDAS e IRAS.

Desempeño en el resultado intermedio reducir la prevalencia de IRAS

En el siguiente gráfico se presenta la prevalencia de IRAS en niñas y niños menores de 36 meses para el periodo 2007-2012, desagregada por área urbana y rural. Se aprecia la importante disminución de la prevalencia de IRAS entre los años 2007-2009, con un incremento en el promedio nacional en 2010, vinculado al aumento en el área urbana, debido posiblemente a la epidemia de influenza N1H1 registrada en ese año, seguido de una reducción en el periodo 2011-2012, con mayor intensidad en el área urbana y un incremento nacional y urbano en el primer semestre del año 2013.

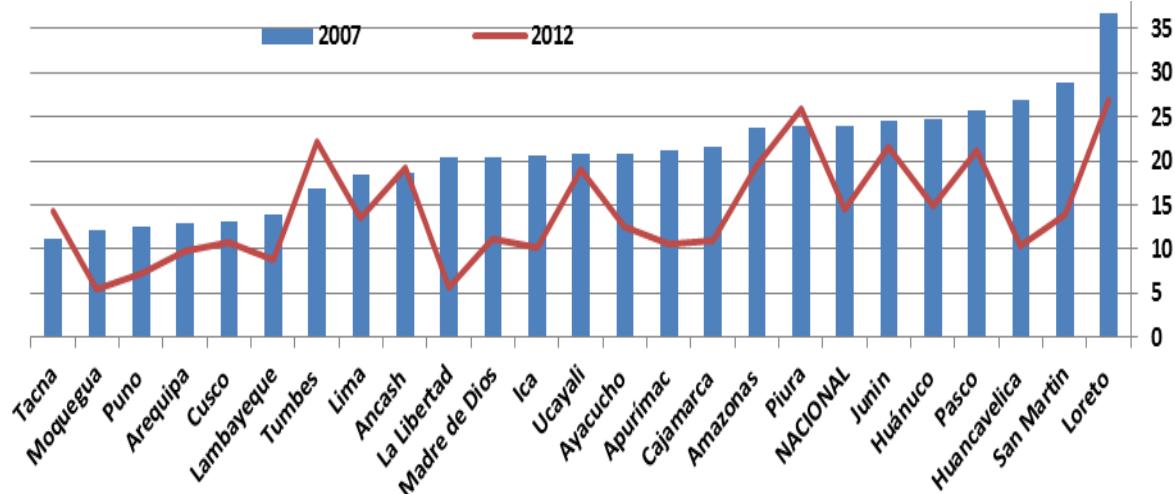


Fuente: PERÚ: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos. 2000-2012. 2013. INEI/MEF

A continuación se muestran los valores del indicador de resultado intermedio *prevalencia de IRA en niños y niñas menores de 36 meses*, a nivel de departamentos entre 2007 al 2012⁹⁵.

⁹⁵Los valores del coeficiente de variación de este indicador a ese nivel superan en la mayoría de los casos el 15%, lo que les resta calidad estadística, pero permite evaluar las tendencias a lo largo de los años.

GRÁFICO 38
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE IRAS POR DEPARTAMENTO EN MENORES DE 36 MESES. 2007-2012

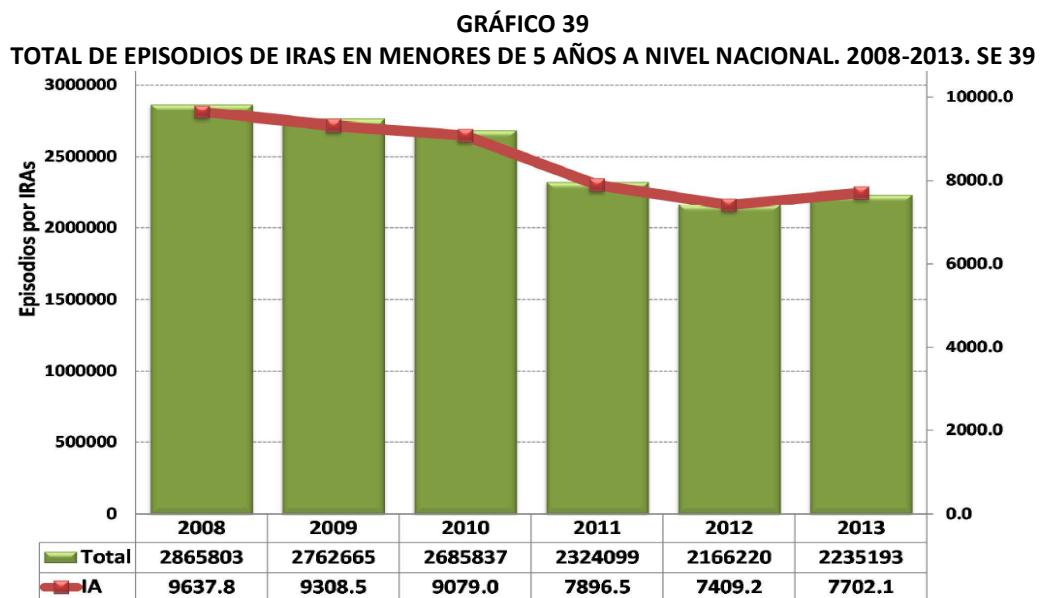


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta ENDES. INEI. 2007 y 2012

Se verifica la importante disminución de la prevalencia de IRAS en 21 departamentos, con destaque en La Libertad, Huancavelica y Moquegua, mientras aumentó en Ancash, Piura, Tacna y Tumbes.

Datos de vigilancia epidemiológica

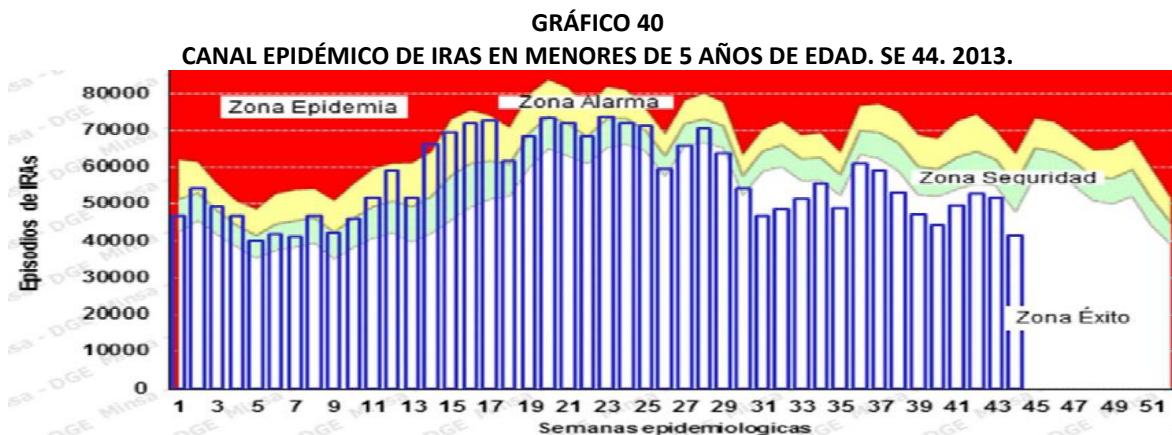
Los datos de vigilancia epidemiológica del MINSA/DGE, hasta la semana epidemiológica 39 de los años 2008 al 2012, muestran una disminución continua de número de episodios de IRA en menores de 5 años de edad, seguidos de su elevación en el 2013.



Nota: IA: Incidencia Acumulada, es la división del numero de episodios entre la población de la misma edad.
Fuente: Red Nacional de Epidemiología RENACE. DGE/MINSA. 2013

Hasta la SE 39 del 2013, se notificaron 2 235 193 episodios de IRA en menores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 7,702 episodios de IRA x 10 000, observándose un incremento de 4 % en relación a la IA para el mismo periodo del año 2012.

La distribucion de los episodios de IRA en menores de 5 años de edad, reportados en el sistema de vigilancia epidemiológico hasta la semana epidemiológica-SE 44 del año 2013, muestra que en 18/44 semanas el número de episodios se mantuvo en zona de seguridad, en 10/44 semanas en zona de alarma, en 1/44 (SE 14) en zona de epidemia y solamente en 15/44 en zona de éxito.



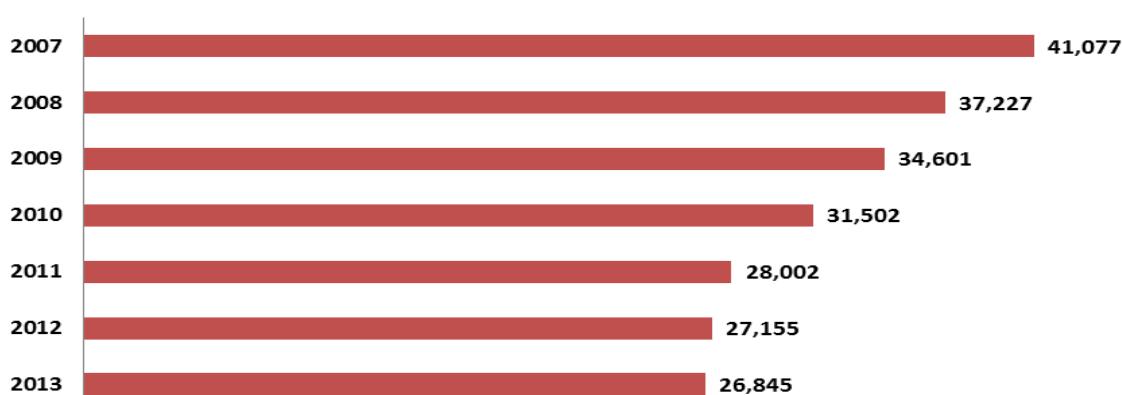
Fuente: RENACE. DGE/MINSA. 2013.

Neumonía

El siguiente gráfico muestra la importante disminución (-36%) de episodios de neumonía en niños y niñas menores de 5 años en los últimos seis años, con una reducción de la tasa de neumonía por 10,000 niños de 125 a 92 en el 2013, descenso que puede reflejar el efecto de la vacunación contra neumococo iniciada en 2008 y generalizada en el 2009. Se aprecia también el progresivo enlentecimiento del descenso de episodios de neumonía en los últimos tres años, que solo alcanzó el 1% de reducción entre el 2012 y 2013.

GRÁFICO 41
PREVALENCIA ACUMULADA DE EPISODIOS DE NEUMONÍA ENTRE 2007 AL 2013 EN MENORES DE 5 AÑOS

■ Número de episodios de neumonía



Nota. 1/ Acumulados hasta la semana epidemiológica 44 de cada año.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGE/MINSA. 2013.

El siguiente cuadro muestra la diversidad de comportamientos de episodios y letalidad⁹⁶ por neumonía en niños y niñas menores de 5 años de edad, entre los años 2009 al 2013 (SE 44), con situaciones extremas en Loreto, donde la letalidad aumentó en 230% y en el otro extremo La Lambayeque donde se redujo en 71%.

El aumento de letalidad por neumonía en algunos departamentos, podría indicar que la calidad de la atención brindada no ha mejorado en los últimos 5 años. Es notable la disminución promedio del 22% del número de episodios de neumonía en ese periodo, donde Apurímac muestra la mayor disminución (55%).

CUADRO 32
EPISODIOS DE NEUMONÍA Y LETALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO. 2009-2013

Departamento	Episodios de neumonía			Letalidad		
	2009	2013	Diferencia %	2009	2013	Diferencia %
Junín	1032	924	-10.47	3.3	4.0	21.21
Huancavelica	859	439	-48.89	3.8	3.9	2.63
Puno	1525	1266	-16.98	5.5	3.3	-40.00
Ayacucho	422	387	-8.29	2.1	2.9	38.10
Cuzco	1670	1256	-24.79	2.4	2.6	8.33
Pasco	661	470	-28.90	2.3	2.6	13.04
Loreto	3917	2409	-38.50	0.7	2.3	228.57
Tumbes	146	141	-3.42	1.4	2.1	50.00
Amazonas	789	589	-25.35	0.9	2.0	122.22
Huánuco	1501	1278	-14.86	2.9	1.7	-41.38
Ica	413	487	17.92	0.0	1.6	160.00
Callao	1055	588	-44.27	0.0	1.5	150.00
Ucayali	1947	1263	-35.13	0.7	1.4	100.00
Cajamarca	2106	1162	-44.82	0.9	1.3	44.44
La Libertad	1031	1006	-2.42	1.0	0.9	-10.00
Ancash	1032	924	-10.47	1.3	0.9	-30.77
Tacna	140	106	-24.29	0.0	0.9	-90.00
San Martín	893	763	-14.56	0.7	0.8	14.29
Apurímac	811	364	-55.12	1.1	0.8	-27.27
Arequipa	2127	1458	-31.45	0.7	0.3	-57.14
Piura	2040	1727	-15.34	0.5	0.3	-40.00
Lambayeque	761	797	4.73	1.4	0.4	-71.43
Lima	7306	6752	-7.58	0.3	0.4	33.33
Madre de Dios	213	154	-27.70	0.0	0.0	0.00
Moquegua	192	192	0.00	0.5	0.0	-100.00
Total	34601	26845	-22.42	1.2	1.4	16.67

Nota: Hasta la semana epidemiológica 44. Departamentos ordenados según su índice de letalidad de neumonía

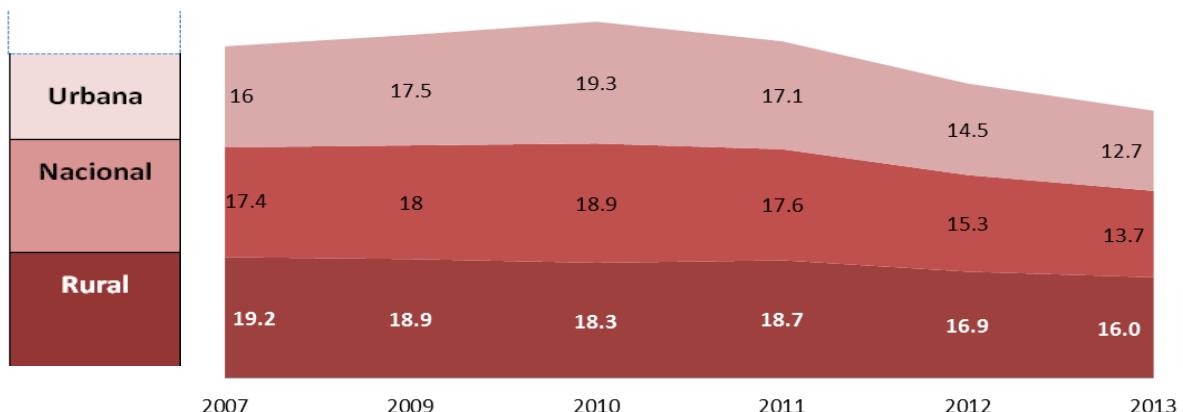
Fuente: MINSA.DGE. RENACE. 2013.

⁹⁶ La letalidad expresa la relación entre el número de episodios de neumonía ocurridos en niños y niñas menores de 5 años de edad y las defunciones por neumonía en el mismo período y mismo grupo de edad

Desempeño en el resultado intermedio reducir la prevalencia de EDAS

Entre 2007 al 2013 hubo una importante reducción en la prevalencia de EDAS tanto como promedio nacional (-3.7 puntos percentuales-p.p), como en el área rural (-3.2 pp) y urbana (-3.3 p.p).

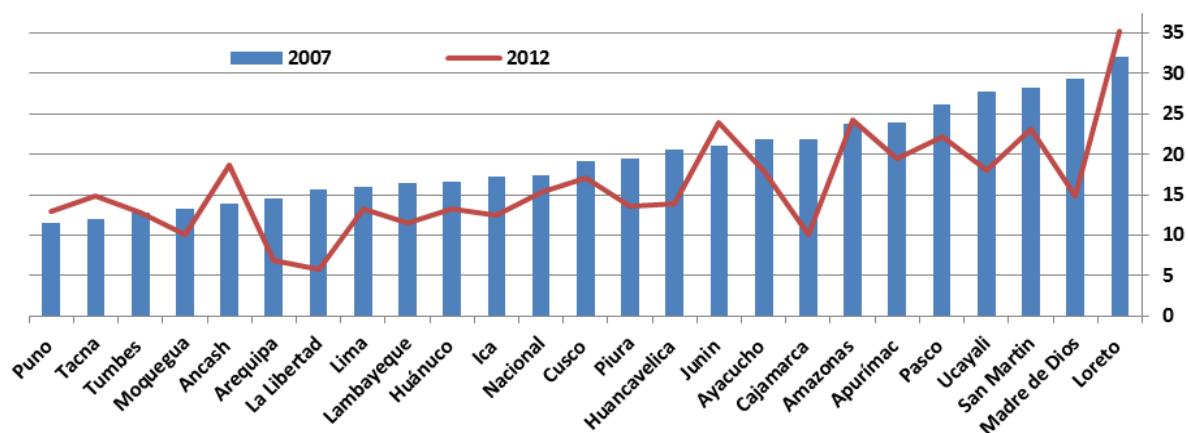
GRÁFICO 42
PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON EDA. 2007-2013



Fuente: Elaboración propia en base al documento: PERÚ: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos. 2012. 2013. ENDES-INEI/MEF

La prevalencia de EDAS entre 2007 al 2012 muestra una importante disminución en 18 departamentos, mientras en siete hubo aumentos (Amazonas, Ancash, Junín, Loreto, Puno, Tacna y Tumbes), siendo el mayor en Ancash, cuya prevalencia subió de 13.9% a 18.6%.

GRÁFICO 43
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE EDAS EN MENORES DE 36 MESES POR DEPARTAMENTO 2007-2012

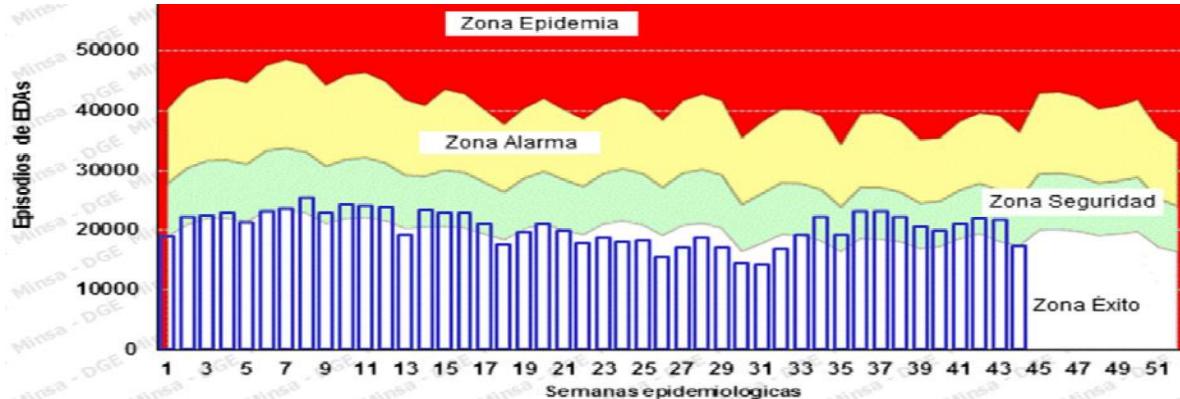


Nota: Lima incluye a la provincia constitucional del Callao.

Fuente: Elaboración propia en base al documento: PERÚ: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos. 2012. 2013. INEI/MEF

El canal epidemiológico de EDAS muestra que en 22/44 semanas los episodios de EDAS acusó y disentéricas reportados, se mantuvieron en zona de éxito, igual al número de semanas que las EDAS permanecieron en zona de seguridad.

GRÁFICO 44
CANAL DE EDA ACUOSA + DISENTÉRICA EN MENORES DE CINCO AÑOS. 2013



Fuente: RENACE. DGE/MINSA. 2013.

Prevalencia de EDAS según quintil de bienestar

La mayor reducción relativa en la prevalencia de EDAS ocurrió en los niños y niñas de familias en el quintil inferior de ingreso y ámbito JUNTOS, mientras las menores reducciones fueron en el quintil cuarto y superior, lo que es adecuado en relación a la población en condición de pobreza.

CUADRO 33

CAMBIO EN LA PREVALENCIA DE EDAS EN MENORES DE TRES AÑOS POR QUINTIL DE INGRESO 2000-2012

Percentil de ingreso	2000	2007	2009	2010	2011	2012	% cambio
Quintil inferior	23.7	21.7	19.5	19.7	20.3	16.7	-29.54
Segundo quintil	22.9	23.5	20.8	22.7	20.3	18.3	-20.09
Quintil intermedio	21.6	13.5	19.2	19.0	18.8	15.9	-26.39
Cuarto quintil	13.9	11.2	14.0	16.2	15.8	12.9	-7.19
Quintil superior	9.9	10.7	13.8	13.5	8.8	9.8	-1.01
Ámbito JUNTOS	23.6	20.0	16.2	15.6	16.0	16.5	-30.08

Fuente: Elaboración propia en base al documento PERÚ: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos. 2012. 2013. INEI/MEF

Desempeño del resultado inmediato *incremento de acceso al diagnóstico y tratamiento de IRAS y EDAS*

Si bien el diagnóstico y tratamiento oportuno de IRAS y EDAS no reduce la morbilidad específica por esas causas, tiene efecto como *prevención secundaria* al disminuir la duración y severidad de los episodios, con potencial efecto positivo sobre el estado nutricional de los niños y niñas, lo que depende del diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz, incluyendo las medidas apropiadas de cuidado nutricional.

Evaluación de impacto

Mientras existen varios estudios sobre el impacto negativo de las IRAS y EDAS en la desnutrición crónica infantil en el país, no se ha encontrado en la revisión de la literatura nacional de los últimos años, ninguna evaluación del efecto de las atenciones de IRAS y EDAS sobre la desnutrición crónica infantil. Por otro lado no es posible determinar el peso de los productos atención de IRAS y EDAS-independiente al efecto de otros productos del PPAN-en la reducción de la DCI, por lo que es

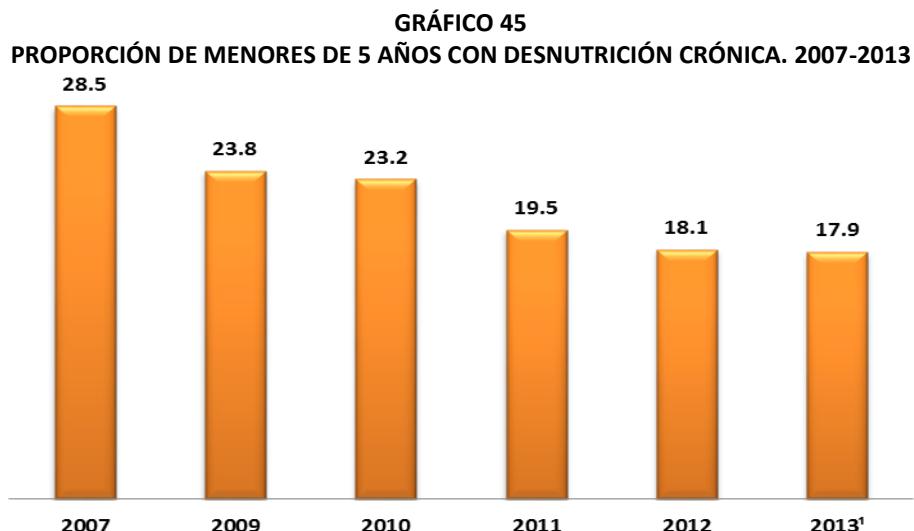
necesario determinar el impacto individual de las diferentes variables interviniéntes en la prevalencia de IRAS y EDAS y en la desnutrición crónica infantil.

3.1.4 Desempeño de la IPE a nivel de resultado final (Contenido 36)

Contenido 36: Documentar los resultados, de ser el caso, de evaluaciones de impacto que se hayan hecho a la Intervención Pública Evaluada y/o, de ser el caso, evaluar la conveniencia y factibilidad de realizar alguna en un futuro próximo.

Si bien el logro del resultado final *reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil* está asociado al resultado intermedio de la IPE, depende de la confluencia de intervenciones de varios factores causales, algunos de los cuales son resultado intermedio de otros productos del PPAN, por lo que el resultado final no es enteramente atribuible a la IPE.

La evolución *de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil* para los años 2007-2013 se muestra en el siguiente gráfico.



Notas: ¹/Datos al primer semestre del 2013. ²/Talla/Edad<-2 desviaciones estándar del patrón OMS. Intervalo de confianza en 2012: 17,0-19,3.

Fuente: PERÚ: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos. 2000-2012. 2013. INEI.MEF

Se aprecia una sostenida disminución de la DCI, con mayor aceleración entre 2007-2009 (-2.3 puntos porcentuales de reducción anual) y 2010-2011 (-3.7 puntos porcentuales de reducción anual), con un enlentecimiento en el periodo 2011-2012, donde solo hubo una reducción de 1.1 punto porcentual. Los datos del primer semestre del 2013 confirman este enlentecimiento (0.2 puntos de reducción), que anualizada proyecta una reducción de 0.4 puntos porcentuales, 30% menor a la reducción del periodo 2011-2012.

Reducción DCI según departamentos

La prevalencia de DCI aumentó en cuatro departamentos (Tumbes, Loreto, San Martín y Ucayali) en el periodo 2007-2011, como se aprecia en el siguiente gráfico, situación que se revirtió en el 2012, año en que todos los departamentos tuvieron menor prevalencia de DCI en relación al año 2007, aunque con grandes diferencias internas entre ellos.

Llama la atención que la segunda y tercera mayor proporción de reducción de desnutrición crónica infantil sea en Tacna y Moquegua, debido a que las bajas prevalencia de DCI en estos dos departamentos hacen más difícil su disminución.



Fuente: Elaboración propia con información de la ENDES 2007 y 2011

Reducción según ámbitos de residencia

El siguiente cuadro permite apreciar la diferente velocidad de reducción de la DCI según ámbitos, entre 2007-2012, que muestran una diferencia de 5.2 veces entre el ámbito de la Sierra Rural (2.6% de reducción anual en el periodo) y el Resto de Costa, que solo tuvo una reducción anual de 0.5%.

CUADRO 34
EVOLUCIÓN DE LA DCI¹ EN MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN ÁMBITOS SELECCIONADOS. 2007-2012

Característica	2007	2009	2010	2011	2012	IC 95%	C.V	↓% ¹
Total	28.5	23.8	23.2	19.5	18.1	17.0-19.3	3.3	2.08
Costa	12.5	10.2	11.8	8.1	8.1	6.7-9.4	8.4	0.88
Lima Metropolitana ²	10.5	7.5	8.6	6.8	4.1	2.5-5.6	19.3	1.28
Resto Costa	14.5	13.0	14.9	9.5	12.0	9.9-14.0	8.7	0.50
Sierra	42.4	37.5	34.4	30.7	29.4	27.2-31.6	3.8	2.60
Sierra urbana	25.9	23.2	19.7	15.4	17.1	14.7-19.5	7.2	1.76
Sierra rural	49.8	45.9	43.4	41.0	36.4	33.5-39.4	4.1	2.68
Selva	34.1	28.1	28.5	28.2	21.5	19.3-23.8	5.4	2.52
Selva urbana	25.8	21.6	24.9	17.2	16.6	13.8-19.4	8.6	1.84
Selva rural	40.3	34.2	31.6	36.8	26.7	23.2-30.3	6.8	2.72

Notas: ¹/% de reducción anual 2007-2012 según Patrón OMS. ²/Lima Metropolitana comprende la provincia del Callao.

Fuente: Elaboración propia en base a la publicación: Indicadores de Resultados de Programas Estratégicos. Resultados Preliminares 2012. INEI. 2013

Se verifica una mayor reducción de la DCI en el ámbito rural comparado con el urbano, donde la mayor reducción ocurrió en los niños y niñas residentes en los ámbitos con mayor concentración de la pobreza (ámbito rural de la región Sierra y Selva), lo que constituye un resultado muy positivo en el comportamiento de la DCI a lo largo de ese periodo.

Reducción de la DCI según características socioeconómicas

Es notable la disminución del ámbito Juntos que corresponde a la población de municipios de mayor pobreza, en donde la reducción anual promedio fue de 4.2%. La mayor reducción de la DCI en poblaciones en condición de pobreza o con características asociadas (ámbito Juntos, segundo quintil de bienestar, constituye un resultado muy positivo en el comportamiento de la DCI a lo largo de ese periodo.

**CUADRO 35
EVOLUCIÓN DE LA DCI¹ EN MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN QUINTIL DE INGRESO. 2007-2012.**

Característica	2007	2009	2010	2011	2012	IC 95%	C.V	% ↓ ¹
Q. Inferior	49.2	45.3	44.0	43.8	38.7	36.0-41.5	3.6	2.10
Q. Segundo	39.6	29.7	28.6	22.3	20.2	18.2-22.1	4.9	3.88
Q. Intermedio	16.6	14.1	15.4	9.6	11.4	9.6-13.2	8.1	1.04
Q. Cuarto	8.9	10.1	7.2	6.5	5.5	3.9-7.0	14.7	0.68
Q. Superior	5.3	4.2	5.2	2.8	3.0	1.5-4.6	25.5	0.46
Ámbito Juntos	54.7	47.9	46.8	42.5	33.3	30.9-35.7	3.6	4.28

Notas: ¹/% de reducción anual 2007-2012. ²/Lima Metropolitana comprende la provincia del Callao.

Este adecuado comportamiento de la reducción en ámbitos asociados a la pobreza se ratifica con los resultados de mayor reducción en los niños y niñas de madres con menores niveles de educación, que tuvo un descenso 3 veces mayor comparado con los niños y niñas cuyos padres tenían mayor nivel de educación.

**CUADRO 36
EVOLUCIÓN DE LA DCI¹ EN MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. 2007-2012.**

Característica	2007	2009	2010	2011	2012	IC 95%	C.V	% ↓ ¹
Sin Nivel/Primaria	47.2	39.8	40.4	37.2	34.4	32.1-36.7	3.4	2.56
Secundaria	18.9	18.7	15.7	12.8	12.8	11.4-14.1	5.3	1.22
Superior	8.9	7.8	8.7	5.4	5.4	4.2-6.7	11.4	0.70

Notas: ¹/% de reducción anual 2007-2012. ²/Lima Metropolitana comprende la provincia del Callao.

3.2 Análisis presupuestario

3.2.1 Ejecución presupuestaria de la IPE (Contenido 37)

Contenido 37: Evaluar el nivel de ejecución de presupuesto para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 a partir del porcentaje de gasto devengado en relación al presupuesto institucional modificado de la Intervención Pública Evaluada. Al respecto, se deberá explicar las causas internas (de gestión) o externas (variables que la Intervención Pública Evaluada no controla) en los casos en los que la Intervención Pública Evaluada presenta sub-ejecución.

Ejecución de la IPE por niveles de gobierno

La ejecución del presupuesto (establecido en base a la relación del devengado con el PIM)⁹⁷ es 90% o mayor en los cuatro productos de la IPE en el periodo 2009-2012 en todos los niveles de

⁹⁷ Considera todas las fuentes de financiamiento.

gobierno, lo que es muy significativo por el hecho que el volumen de recursos asignados creció considerablemente en ese periodo.

**CUADRO 37
PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA IPE POR NIVELES DE GOBIERNO. 2009-2012**

Año	Nivel de gobierno	PIM	PE	% PE/PIM
2009	Nacional	70,289,881	68,094,451	96.87
	Regional	87,759,968	83,459,013	95.09
	Total	158,049,849	151,553,464	95.88
2010	Nacional	71,539,050	69,309,501	96.88
	Regional	100,198,724	89,290,110	89.11
	Total	171,737,774	158,599,611	92.34
2011	Nacional	59,978,307	57,292,805	95.52
	Regional	167,424,484	152,810,657	91.27
	Total	227,402,791	210,103,462	92.39
2012	Nacional	124,846,124	118,294,081	94.75
	Regional	232,281,523	210,662,060	90.69
	Total	357,127,647	328,956,141	92.11

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, actualizada al 1ero de febrero 2013.

Ejecución de la IPE por genérica del gasto

El porcentaje de gasto devengado del PIM de la IPE por genérica de gasto para 2009-2012, es muy cercana o supera como promedio el 90%, como se aprecia en el siguiente cuadro.

**CUADRO 38
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN (PE/PIM) DE LA IPE POR GENÉRICA DE GASTO. 2009-2012**

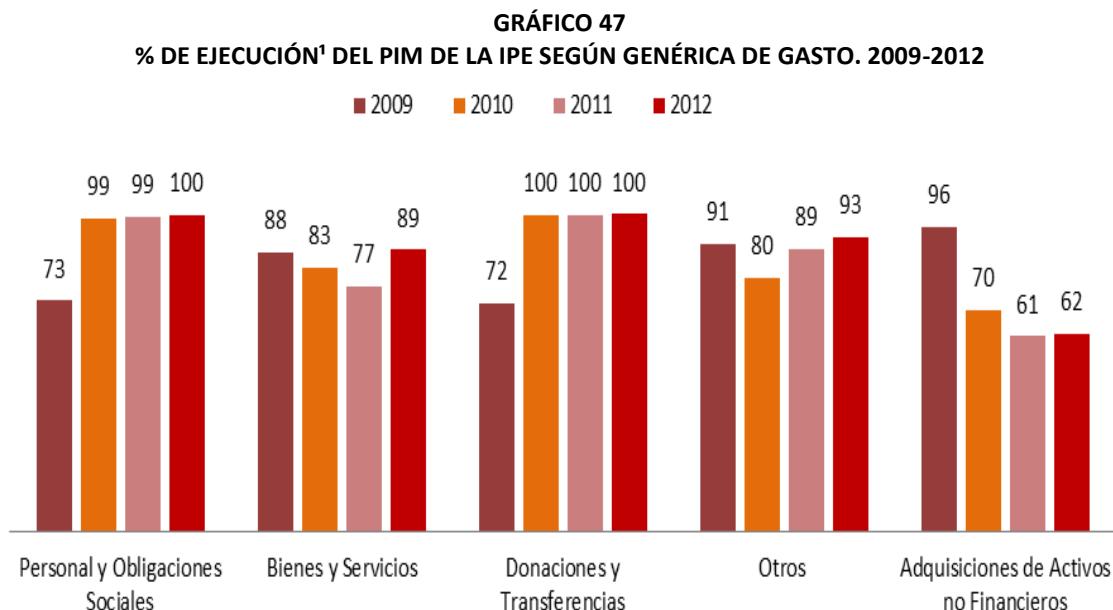
Genérica de Gasto	2009	2010	2011	2012
Personal y Obligaciones Sociales	72.69	98.82	99.34	99.66
Bienes y Servicios	88.12	83.06	77.32	88.81
Donaciones y Transferencias	72.02	99.99	99.96	100.00
Otros	90.53	79.84	89.03	92.88
Adquisiciones Activos no Financieros	96.18	69.71	61.48	62.17
Total	91.38	92.34	92.39	92.11

Fuente: Elaboración propia en base a información de la base de datos analítica del SIAF, actualizada al 1ero de febrero 2013.

Las genéricas de mayor ejecución son *Personal y Obligaciones Sociales* y *Donaciones y Transferencias*, con la excepción en el 2009. Las de menor ejecución son *Adquisiciones de Activos no Financieros*, que apenas sobrepasó el 60% de ejecución en el 2011 y 2012 y *Bienes y Servicios*, que en el 2011 tuvo una ejecución del 77%.

El siguiente gráfico permite apreciar la variación comparativa del porcentaje de ejecución del PIM de la IPE según genérica de gasto entre 2009-2012, que muestra que la ejecución de los recursos es muy alta en las genéricas *Personal y Obligaciones Sociales* (99-100%) y *Donaciones y*

Transferencias (100% en los últimos tres años), esta última referida a las transferencias del SIS a los gobiernos regionales.



Nota: ¹/Devengado/PIM. Valores ≥0.5 redondeados al número inmediato superior.

Fuente: Elaboración propia en base a información de la base de datos analítica del SIAF. Febrero 2013.

Las genéricas *Bienes y Servicios* y *Otros*, también tiene elevada ejecución en 2011 y 2012 (89% y 93%). Los valores más bajos fueron en *Bienes y Servicios* en 2011 (77%) y en el 2010 para *Otros* (80%)⁹⁸.

Se aprecia una mayor ejecución del gasto en el 2010 en comparación con el año anterior (2009) en las genéricas *Personal y Obligaciones Sociales* y *Donaciones y Transferencias*. Sin embargo, el porcentaje de ejecución total es similar, al igual que en el año 2011, a pesar que en ese último año el volumen de recursos fue mucho mayor. En el año 2012, la proporción de ejecución fue aún mayor (+11.4%) en la *genérica bienes y servicios*, mientras se constata ejecuciones porcentuales similares al 2011 en las otras genéricas, lo que es significativo debido al incremento del 63% del presupuesto asignado en el 2012.

La razón para la sub-ejecución de algunas genéricas, ha sido explicada por la liberación tardía de algunos créditos suplementarios. Otras razones señaladas son demoras en los procesos de contratación de bienes y servicios, lo que incluye dificultades para conseguir personal con título de bachiller, necesario para efectuar los contratos CAS (Loreto)⁹⁹.

Ejecución de la asignación por productos de la IPE

La ejecución del presupuesto en los cuatro productos de la IPE para 2009-2012 superó como promedio el 89%, según la relación PIM/devengado¹⁰⁰.

⁹⁸En el anexo 5 se presentan cuadros con el desagregado de la ejecución por genérica para los años 2009 al 2011, incluyendo los valores del PIM, ejecutado y porcentaje de ejecución por cada genérica.

⁹⁹Explicación proporcionada por directivos de la DIRESA Loreto durante la visita de campo.

¹⁰⁰ En el anexo 7 se presentan cuadros con el desagregado de la ejecución por productos para los años 2009 al 2012, incluyendo los valores del PIM, presupuesto ejecutado y porcentaje de ejecución.

CUADRO 39
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO (PIM/PE) POR PRODUCTO DE LA IPE. 2009-2012

Productos	2009	2010	2011	2012
Atención de IRAS	96.54	92.64	93.98	92.79
Atención de EDAS	95.07	91.70	91.56	95.79
Atención de IRAS c/complicaciones	95.04	92.31	89.21	90.36
Atención de EDAS c/complicaciones	94.68	92.23	93.52	89.32
Total	95.88	92.35	92.40	92.11

Fuente: Elaboración propia en base a información de la base de datos analítica del SIAF, actualizada al 1ero de febrero 2013.

3.2.2 Asignación/distribución de recursos (Contenidos 38, 39 y 40).

Asignación entre productos

Contenido 38: Evaluar los criterios de asignación/distribución y la asignación efectiva de recursos: (a) entre productos; y (b) al interior de los productos. Por ejemplo, utilizando indicadores como el presupuesto asignado (PIA o PIM) o presupuesto ejecutado por beneficiario. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso.

La asignación de los recursos presupuestarios de la IPE entre productos corresponde a la diferente complejidad y número de las atenciones. Tanto las IRAS y EDAS sin complicaciones son atendidos de manera ambulatoria y en su gran mayoría no necesitan exámenes auxiliares de apoyo diagnóstico de laboratorio o Rx, por lo que su costo unitario es mucho menor que la atención de IRAS y EDAS con complicaciones, que requiere de medicamentos de mayor complejidad y costo, exámenes auxiliares y en algunos casos internamiento hospitalario. Sin embargo, el gran número de atenciones por IRAS y EDAS sin complicaciones, hace que el monto total de las asignaciones sea mayor en estos productos.

El siguiente cuadro permite apreciar el aumento en las asignaciones por producto de la IPE entre los años 2009 al 2012, especialmente en *Atención de EDAS con complicaciones*, que aumentaron 3.8 veces en ese periodo.

CUADRO 40
PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA POR PRODUCTO DE LA IPE¹. 2009-2012

Producto	2009	2010	2011	2012	↑%
Atención IRAS	68,676,047	73,745,038	93,513,092	85,036,284	24
Atención EDAS	23,074,108	23,199,409	44,917,866	48,310,590	109
Atención IRAS con complicaciones	15,937,762	17,986,546	38,018,730	49,823,707	213
Atención EDAS con complicaciones	9,589,697	12,254,846	21,877,518	36,458,142	380
Total	117,277,614	127,185,839	198,327,206	219,628,723	87

Nota: ¹/Incluye todas las fuentes, por todos los niveles de gobierno.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF entregada por el MEF.

Además del aumento del 87% en los cuatro productos de la IPE entre 2009 al 2012, se observa el crecimiento desproporcionado en los productos IRAS y EDAS con complicaciones, especialmente en este último, que aumentó en 380% en ese periodo.

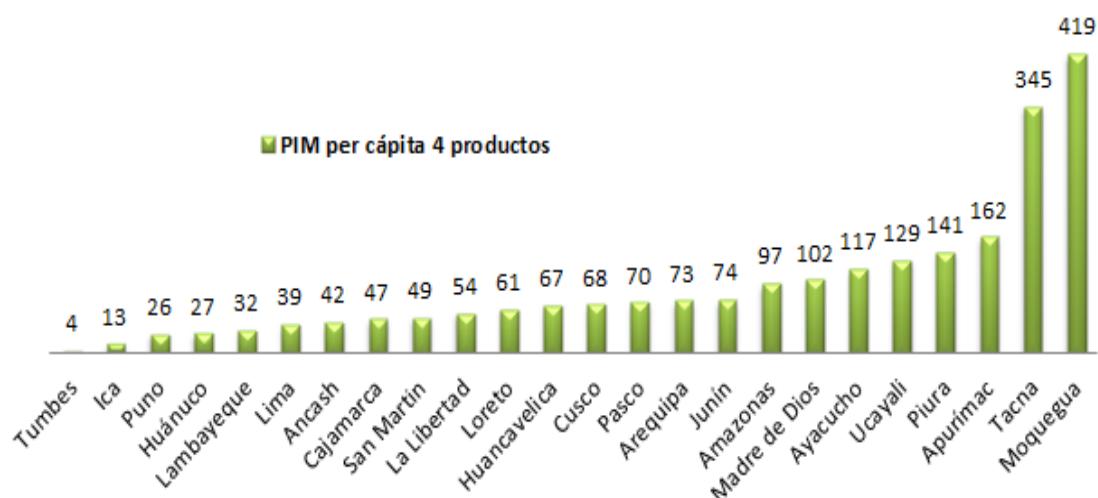
Asignación según zonas de intervención

Contenido 39: Evaluar los criterios de asignación/distribución de recursos y la asignación efectiva entre zonas de intervención. Implica evaluar el carácter regresivo o progresivo de la asignación de recursos en base a indicadores relevantes de necesidades de la población a atender. Asimismo evaluar, de ser el caso, qué tan equitativa es la asignación/distribución de los recursos en cuanto a criterios de género, etnidad, geográficos, etc. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso.

La asignación del PIM de la IPE per cápita de niños y niñas menores de 5 años, es muy heterogénea entre departamentos, productos y años, sin que exista justificación para la gran diferencia en la asignación presupuestaria.

A continuación se aprecia la asignación a los cuatro productos para el año 2011, donde se aprecia especialmente estas diferencias que no guardan un patrón por ningún tipo de ámbito. Llama la atención las grandes asignaciones a Tacna y Moquegua, que tienen respectivamente la primera y tercera menor tasa de desnutrición infantil del país, menores porcentajes de población en condición de pobreza con más fácil acceso a los servicios de salud, mientras departamentos como Puno, Ancash, Cajamarca, Huancavelica y Loreto que tienen mayores tasas de desnutrición crónica infantil, además de mayores índices de pobreza y población de difícil acceso, por lo que requieren de los equipos AISPED, reciben muchos menores recursos.

GRÁFICO 48
PIM PER CÁPITA ASIGNADO A LOS CUATRO PRODUCTOS POR DEPARTAMENTOS. 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la base analítica del SIAF actualizada en Enero del 2014.

Asignación per cápita

El PIM per cápita por niño o niña menor de 5 años de edad de los gobiernos regionales, tiene grandes variaciones por productos y departamentos, como se aprecia en el siguiente cuadro, con datos de los cuatro productos por departamentos para el 2012. Llama la atención Moquegua, que recibe la mayor asignación para los dos productos IRAS y la menor para los dos productos EDAS. Moquegua, por otro lado, tiene una asignación presupuestaria 17 veces mayor que San Martín en el total de los cuatro productos.

CUADRO 41
PIM PER CÁPITA EN <5 AÑOS POR PRODUCTO DE LA IPE EN DEPARTAMENTOS¹. 2012

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones	Total
San Martín	16.78	3.61	11.92	8.57	40.88
Puno	12.73	9.56	13.99	11.26	47.54
Lambayeque	17.09	8.60	11.55	12.13	49.38
Ancash	17.72	11.08	11.84	12.51	53.16
Loreto	15.28	10.50	16.62	11.19	53.59
Amazonas	29.71	7.92	13.41	10.39	61.43
Pasco	22.35	7.32	20.71	12.29	62.67
Arequipa	12.45	10.45	27.41	12.85	63.17
La Libertad	26.77	18.70	8.28	15.03	68.78
Cusco	19.00	21.23	20.63	13.11	73.98
Cajamarca	21.09	14.98	22.34	15.87	74.28
Junín	23.04	25.02	22.05	15.83	85.94
Huancavelica	20.41	8.90	43.30	23.86	96.47
Huánuco	26.84	24.14	26.41	23.40	100.79
Piura	10.04	24.62	24.27	64.32	123.24
Lima	45.81	31.89	44.88	12.56	135.14
Tumbes	39.08	51.13	28.48	24.78	143.46
Ayacucho	44.40	33.74	40.31	26.26	144.72
Callao	26.61	78.71	23.82	15.58	144.73
Ica	61.85	18.97	50.67	19.56	151.05
Ucayali	55.74	44.17	36.12	16.19	152.22
Madre de Dios	17.52	20.31	75.66	67.24	180.73
Apurímac	60.18	11.47	73.41	39.18	184.24
Tacna	350.49	2.71	18.58	13.63	385.42
Moquegua	617.54	1.58	79.05	5.65	703.82
Promedio	66.5	42.4	55.0	34.0	197.90

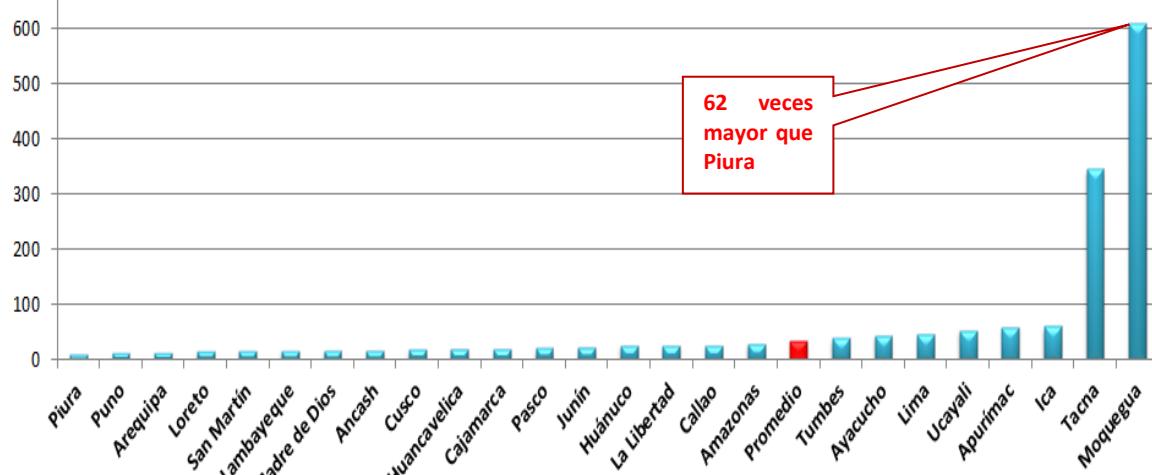
Nota: Las mayores asignaciones están marcadas en rojo y las menores en verde.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos revisados en Enero del 2014.

Se aprecia como es en la asignación para el producto *Atención de IRAS sin complicaciones* donde existen las mayores diferencias, con extremos entre Moquegua y Tacna con S/. 617 y S/. 350 per cápita, mientras Piura, Arequipa y Puno reciben solamente S/. 10 y 12.

En el siguiente gráfico se presenta el PIM per cápita del producto *Atención de IRAS sin complicaciones*, para el 2012, donde las disparidades de asignación por departamento se hacen más evidentes.

GRÁFICO 49
PIM PER CÁPITA PARA ATENCIÓN DE IRAS EN MENORES 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO. 2012

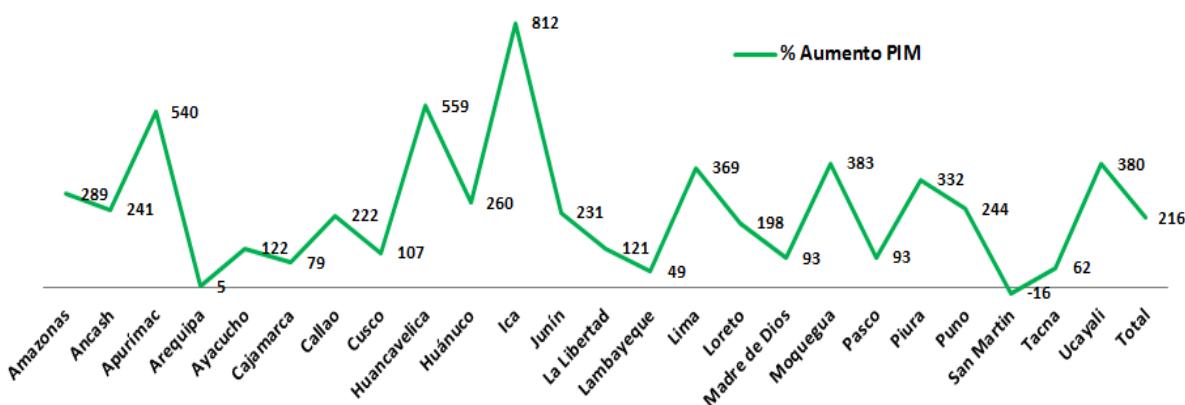


Fuente: Elaboración propia con información de base de datos analítica del SIAF. Enero 2014.

Crecimiento porcentual del PIM

Existe una gran disparidad del crecimiento del PIM en el periodo 2009-2012 en los pliegos de los gobiernos regionales¹⁰¹. A continuación se presenta el PIM del producto *Atención de IRAS sin complicaciones*, con extremos entre San Martín que tuvo un descenso del 16% y Arequipa donde solo hubo un aumento del 4.6% con Tumbes, donde el PIM de este producto aumentó de S/. 27,485 a S/. 3,010,874 (10,954%). La media de aumento del PIM fue del 216%.

GRÁFICO 50
VARIACIÓN PORCENTUAL DEL PIM DE ATENCIÓN DE IRAS SEGÚN DEPARTAMENTOS ENTRE 2009 AL 2012



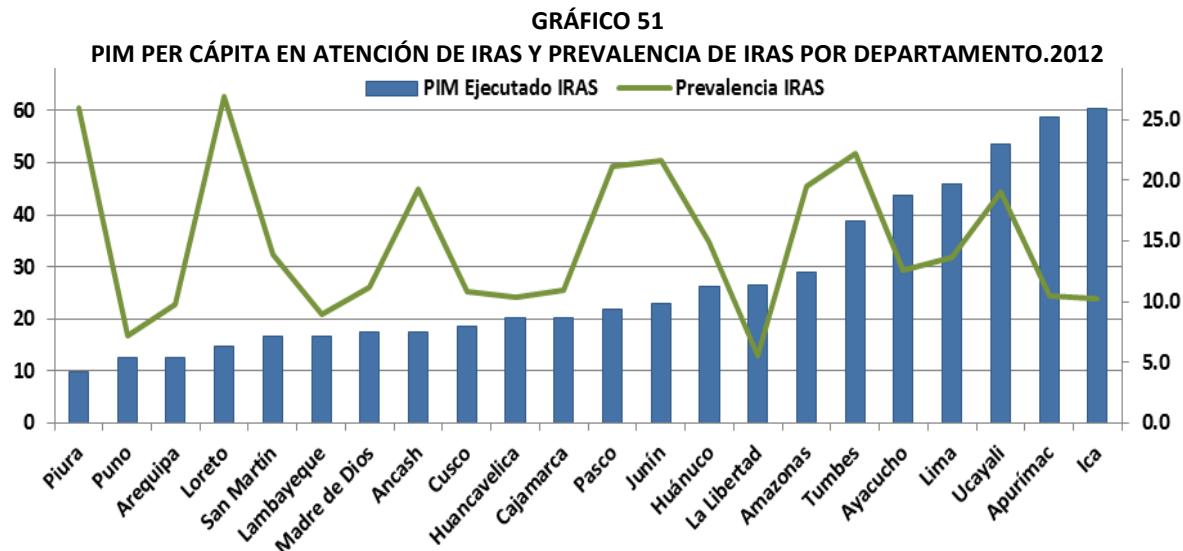
Nota: Valores ≥ 5 están redondeados al número inmediatamente superior. No se colocan los valores de Tumbes, debido a que distorcionarán las proporciones del gráfico.

Fuente: Elaboración propia con información de base de datos analítica del SIAF actualizada en Enero del 2014.

¹⁰¹ En el anexo 5 se presenta un cuadro con los datos del PIM de la IPE por año y gobierno regional.

Equidad en la asignación

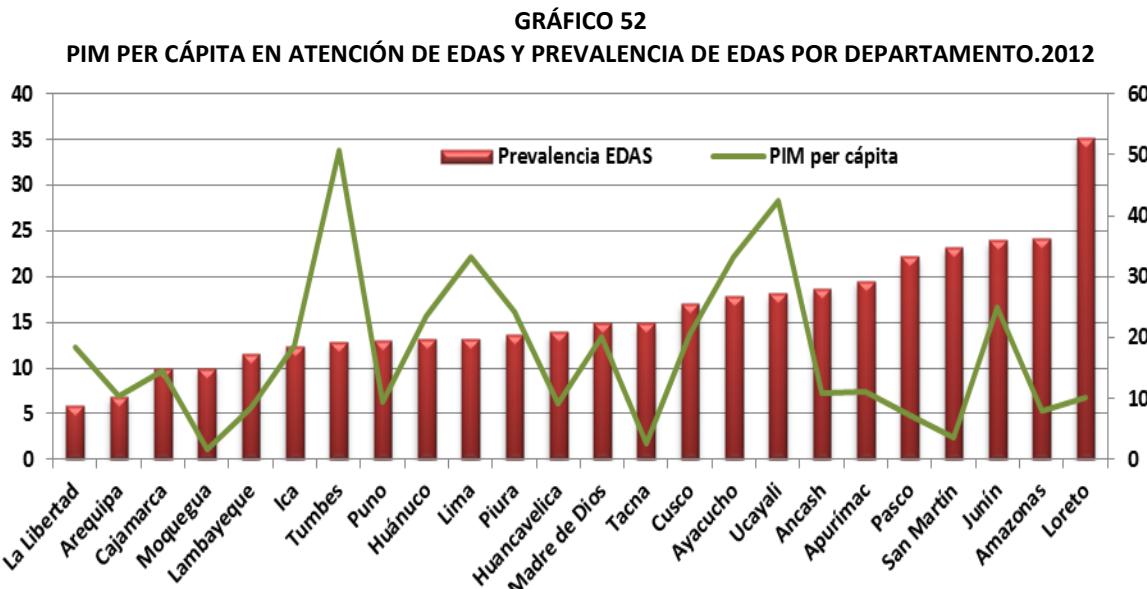
La asignación del *PIM per cápita* a los gobiernos regionales en los productos *Atención de IRAS* y *Atención de EDAS*, comparado con la prevalencia de IRAS y EDAS en el mismo año, muestra la falta de correspondencia entre ambas variables, como se muestra en los siguientes gráficos.



Fuente: Nota: No figuran Moquegua y Tacna, debido a sus enormes asignaciones que distorsionan la proporción del gráfico.

Elaboración propia con datos de la ENDES 2011 y Base de Datos Analítica del SIAF actualizada en enero del 2014.

Se aprecia que seis departamentos con una baja prevalencia relativa de IRA (Ayacucho, Apurímac, Ica, La Libertad), recibieron las mayores asignaciones, mientras Ancash, Junín, Loreto, Pasco y Piura, con altas prevalencia de IRA tuvieron un PIM comparativamente muy inferior.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDES 2012 y Base de Datos Analítica del SIAF actualizada en enero del 2014.

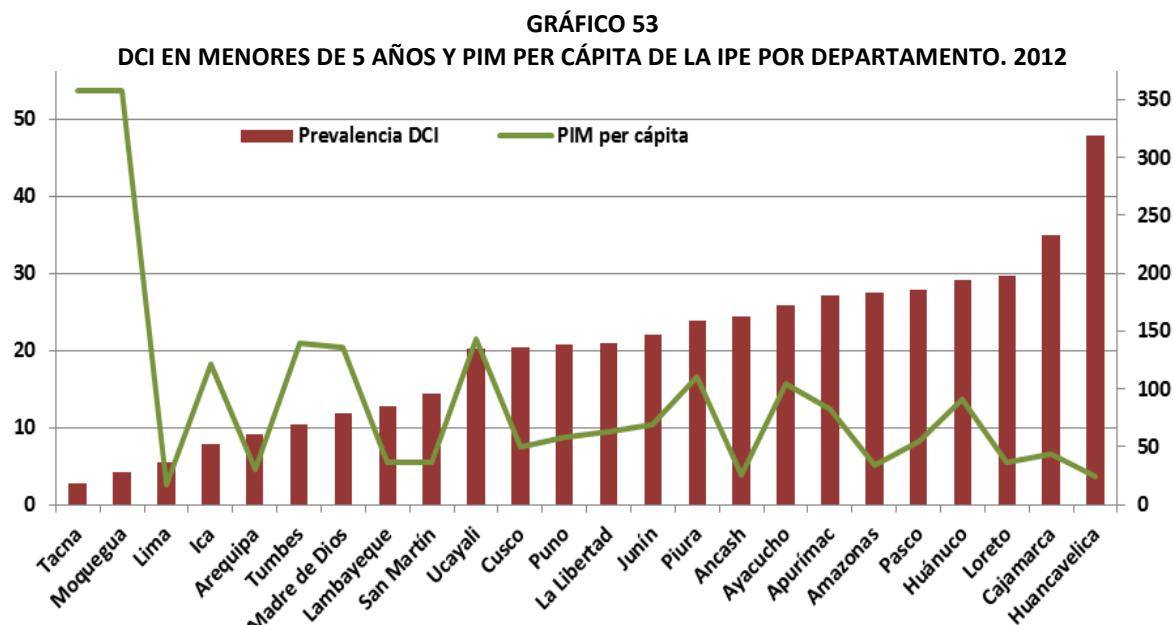
Al igual que en el caso de IRAS se aprecia la diferencia entre el PIM y la prevalencia de EDAS, donde destaca Loreto, que tiene la mayor prevalencia y una de las asignaciones per cápita más bajas.

Pertinencia en las actividades de asignación

Contenido 40: Evaluar la pertinencia y suficiencia de las actividades involucradas en la asignación de recursos. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso.

Normativamente, las asignaciones responden a las necesidades de insumos a nivel de cada Unidad Ejecutora y EESS. No obstante, las asignaciones no guardan correlación con el número de atenciones, la importancia de la desnutrición crónica o la prevalencia de IRAS y EDAS.

La asignación presupuestal por departamentos muestra en la mayoría de casos, una asignación regresiva en relación a la situación nutricional, como se verifica en el siguiente gráfico, que compara el PIM de la IPE con la prevalencia de desnutrición crónica infantil, apreciándose la notoria asimetría entre ambas variables.



Nota: El PIM de Lima no incluye las asignaciones presupuestarias de las DISAS.

Fuente: Elaboración propia con información de la ENDES 2012 y la base de datos analítica del SIAF

Pertinencia del gasto

A continuación se muestra el PIA, PIM y Presupuesto Ejecutado del producto *atención de EDAS con complicaciones* por subgenérica de gasto para el año 2012, donde se aprecia que el 80.06% de los recursos de la genérica *bienes y servicios* se gastan en *suministros médicos y materiales y utiles*, lo que es una adecuada asignación de los recursos en los insumos prioritarios para el logro del producto, mientras los gastos combinados en otros ocho ítem de la subgenerica recibieron el 19.14%.

CUADRO 42
DISTRIBUCIÓN DE LA GENÉRICA BIENES Y SERVICIOS DE EDAS COMPLICADAS DE PLIEGOS REGIONALES.
2012

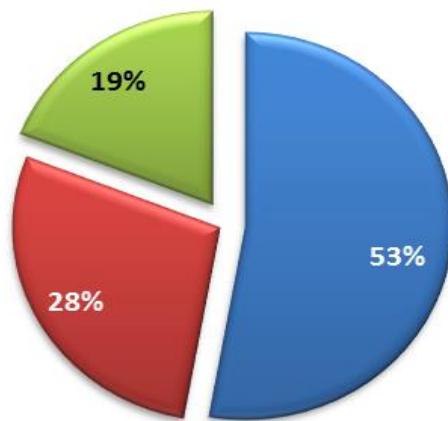
Detalles de la sub-genérica	PIA	PIM	EJECUTADO	% del PE
Suministros médicos	428,820	1,643,249	1,048,739	67.47
Materiales y útiles	158,755	225,063	195,713	12.59
Alimentos y bebidas	81,699	126,164	122,184	7.86
Vestuarios y textiles	47,321	60,538	53,244	3.43
Combustibles, lubricantes y afines	57,040	55,343	43,637	2.81
Compra de otros bienes	3,332	39,036	37,739	2.43
Enseres	8,855	28,257	23,427	1.51
Materiales y útiles de enseñanza	1,000	16,809	11,842	0.76
Suministros para mantenimiento y reparación	0	10,211	10,167	0.65
Repuestos y accesorios	49	8,304	7,679	0.49
Total	786,871	2,212,974	1,554,371	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Transparencia Económica. MEF. 2013

El análisis del PIA, PIM y Presupuesto Ejecutado del producto *atención de IRAS con complicaciones* por genérica de gasto para el año 2012, muestra que el 99.55% de los recursos se gastan en *personal y obligaciones sociales, bienes y servicios y adquisición de activos no financieros*, que son los insumos básicos para el logro del producto.

GRÁFICO 54
DISTRIBUCIÓN DE LA GENÉRICA BIENES Y SERVICIOS DE IRAS COMPLICADAS DE PLIEGOS REGIONALES.
2012

■ Personal y obligaciones sociales ■ Bienes y servicios
■ Adquisición de activos no financieros



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Transparencia Económica. MEF. 2013

El análisis del PIA, PIM y Presupuesto Ejecutado del producto *atención de IRAS con complicaciones* por subgenérica de gasto para el año 2012, muestra que el 75,99% de los recursos de la genérica *bienes y servicios* se gastan en *suministros médicos y materiales y útiles*, que son los insumos básicos para el logro del producto, mientras los gastos combinados en otros nueve ítems de la subgenérica recibieron el 24,01%.

CUADRO 43
DISTRIBUCIÓN DE LA GENÉRICA BIENES Y SERVICIOS DE IRAS COMPLICADAS DE PLIEGOS REGIONALES.

Detalles de la sub-genérica	PIA	PIM	EJECUTADO	% del PE
Suministros médicos	877,761	5,074,522	3,727,284	66.68
Materiales y útiles	218,786	578,038	520,622	9.31
Alimentos y bebidas	266,664	501,954	490,798	8.78
Combustibles carburantes y afines	192,110	381,317	348,429	6.23
Vestuario y textiles	70,930	341,082	313,670	5.61
Compra de otros bienes	39,719	81,334	69,864	1.25
Enseres	11,656	40,882	39,676	0.71
Repuestos y accesorios	572	38,740	38,479	0.69
Materiales y útiles de enseñanza	3,110	94,449	36,639	0.66
Suministros mantenimiento y reparación	1,500	4,550	4,547	0.08
Suministro agropecuario, forestal veterinario	0	200	200	0.00
Total	1,682,808	7,137,068	5,590,208	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Transparencia Económica. MEF. 2013

3.2.3 Transferencia de recursos (Contenidos 41 y 42)

Contenido 41: En caso de existir funciones que se delegan en otras instituciones involucradas en la ejecución de la Intervención Pública Evaluada (públicas o privadas), evaluar cómo operan los mecanismos de transferencia de recursos (entre otros, oportunidad) y si la modalidad de pago asegura la obtención oportuna y de calidad del bien o servicio entregado y el logro de los resultados esperados. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso.

Adicionalmente a los recursos asignados a los pliegos de los Gobiernos Regionales, importantes recursos de la IPE son transferidos al Seguro Integral de Salud-SIS para cubrir los costos de atención de los menores de 5 años de edad afiliados al SIS, en los EESS del sector salud.

El SIS reembolsa las atenciones que cumplen los criterios establecidos, lo que asegura que no se tenga que cumplir trámites previos para la atención de los niños y niñas con IRAS y EDAS, facilitando su tratamiento oportuno. Esta modalidad de reembolso también asegura que los EESS cumplan con los criterios y normas de atención, debido a que los pagos a los EESS son efectuados previa comprobación que los servicios prestados han cumplido los parámetros establecidos¹⁰².

Contenido 42: En caso de existir transferencia de recursos a beneficiarios finales/intermedios, evaluar cómo operan los mecanismos de transferencia de recursos. Proponer las mejoras que sean necesarias de ser el caso

No existe transferencia de recursos de la IPE a los beneficiarios directos.

3.3 Eficiencia de la Intervención Pública Evaluada

3.3.1 Análisis de eficiencia de actividades y/o productos (Contenido 43)

Contenido 43: Evaluar si las actividades de la Intervención Pública Evaluada son ejecutadas y los productos son generados incurriendo en el menor Costo unitario posible (en comparación con alguna intervención que otorgue servicios similares o un referente internacional). Además, analizar la evolución de esta ejecución, considerando estimados del Costo Promedio por Unidad de Producto, Costo Promedio del Producto por Persona Atendida y Costo Promedio Total de la Intervención Pública Evaluada por Beneficiario, sin considerar los gastos administrativos. En cuanto

¹⁰² Durante las visitas de campo fue indicado que los controles de CRED para hacer el seguimiento longitudinal de los niños y niñas atendidos por IRAS y EDAS, no son reembolsados por el SIS, cuando exceden el número de controles establecido para CRED, lo que podría ser un desincentivo al seguimiento y recuperación nutricional.

al cálculo de metas, cuál será el costo de alcanzarlas, ¿es este eficiente? Finalmente, es necesario evaluar indicadores que relacionen los recursos no financieros utilizados (tanto humanos como de otro tipo) con el número de productos entregados o personas atendidas.

A continuación se presenta el gasto promedio por unidad de producto de la IPE en niños y niñas menores de 5 años de edad para los años 2009 al 2012¹⁰³.

CUADRO 44
GASTO POR UNIDAD DE PRODUCTO DE LA IPE EN MENORES DE 5 AÑOS. 2009-2012

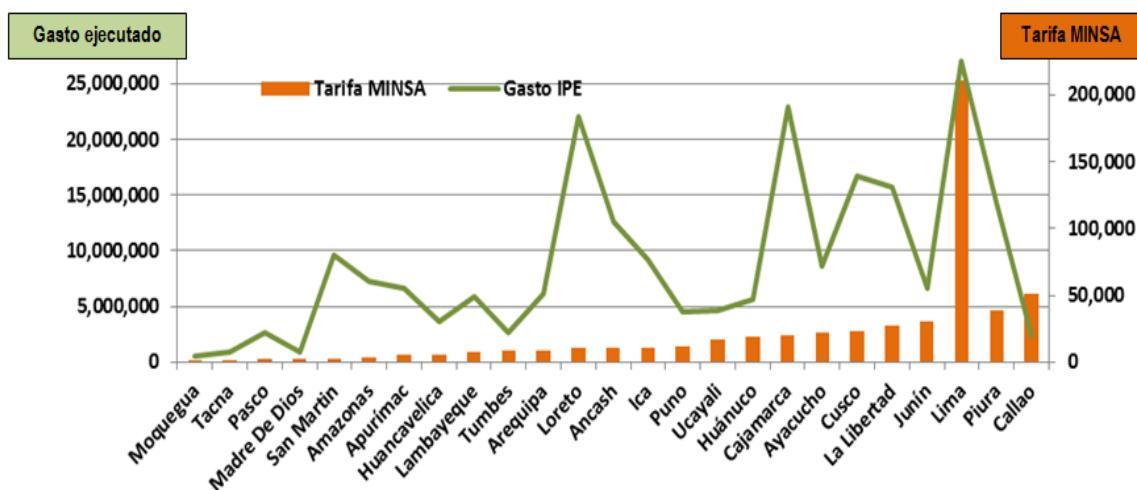
Año	Atención de IRAS	Atención de IRAS con complicaciones	Atención de EDAS	Atención de EDAS con complicaciones
2009	22.81	617.50	80.36	507.40
2010	22.95	1,194.43	76.76	782.93
2011	36.05	843.79	143.50	13,765.30
2012	46.73	1,974.93	132.56	8,895.38

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF actualizada en Enero del 2014 y datos del sistema HIS. 09.2013.

Se aprecia que el gasto promedio por unidad de producto de la IPE tiene variaciones relativamente menores para Atención de IRAS y Atención de EDAS, en comparación con las grandes variaciones de gasto en el producto *Atención de EDAS con complicaciones*.

Las variaciones de gasto entre años para el mismo producto y las grandes diferencias con el tarifario vigente del MINSA (S/. 6.00 y 8.00) por estas atenciones, así como con las tarifas de S/7.00 por atención ambulatoria en el Sistema de hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima-SISOL¹⁰⁴, indican que los gastos por producto de la IPE no son generados incurriendo en el menor gasto unitario posible, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 55
GASTO EJECUTADO Y VALOR DE TARIFA MINSA PARA ATENCIÓN DE EDAS SIN COMPLICACIONES. 2012



Fuente: Elaboración propia en base a datos HIS 2013 y Base Analítica del SIAF Enero 2014.

¹⁰³En el anexo 9 se presentan cuadros con valores desagregados de los gastos por producto de la IPE por departamento.

¹⁰⁴ Las tarifas del SISOL solo incluyen los costos de la atención y no consideran los gastos en medicamentos o exámenes auxiliares, por lo que no son comparables.

Se aprecia el significativo mayor gasto en 23/24 departamentos, con excepción del Callao, con una diferencia en el 2012 en este producto.

Las variaciones de gasto entre años para el mismo producto en los mismos departamentos, así como las grandes diferencias con los costos del tarifario vigente del MINSA para estas atenciones, indican que los gastos por producto de la IPE no son generados incurriendo en el menor gasto unitario posible.

El gasto per cápita de todos los departamentos se presenta en el Anexo 11, desagregado por producto y año, donde se aprecia gran heterogeneidad, inclusive para departamentos que a pesar de tener características similares, tienen enormes diferencias en el gasto de generación de los productos.

No fue posible efectuar el cálculo de otras medidas de eficiencia, como los tiempos para procesamiento y entrega de pedidos y productos, ni la tasa de productividad laboral, debido a que los establecimientos de salud de las DIRESAS y DISAS de los GRs no registran esta información.

Para evitar las deformaciones en los gastos por producto, se debe asignar los recursos presupuestarios considerando un per cápita básico por niños y niñas menores de 36 meses de edad, ajustado según algunas características como las tasas de IRAS, EDAS y DCI, así como las dificultades locales para brindar la atención. Asignaciones basadas en el desempeño de los EESS, Microredes, Redes o DISAS podrían incrementar las brechas y la exclusión, al penalizar a las unidades con peor desempeño, pero con posibilidades de ser las que necesiten mayores recursos.

3.3.2 Gastos de Administración (Contenido 44)

Contenido 44: Cuantificar, analizar y evaluar los gastos de administración de la Intervención Pública Evaluada a partir del indicador del porcentaje de gasto administrativo, analizando su evolución en el periodo de evaluación y comparando con otras Intervenciones Pública Evaluadas similares del sector público y/o privado. [Analizar información del formato X.](#)

Los gastos de administración de la IPE pertenecen a las acciones comunes del PPAN, por lo que no pueden ser discriminadas o identificadas en los gastos para la generación de los productos de la IPE.

3.4 Sostenibilidad (Contenido 45)

Contenido 45: En caso corresponda, evaluar la sostenibilidad de los beneficios generados por la Intervención Pública Evaluada en la población beneficiaria. De no ser el caso, qué acciones habría que tomar para que sea sostenible.

Los beneficios generados por la atención de IRAS y EDAS sobre el estado nutricional de los niños y niñas atendidos, son sostenibles para la cohorte de niños y niñas atendidas, siempre y cuando no tengan otros episodios de IRAS o EDAS, no sufran otras enfermedades prevalentes u otros daños a su salud, o en caso de tenerlos, reciban una atención oportuna y eficaz, tanto desde el punto de vista de la enfermedad como del cuidado nutricional posterior.

Pasados los cinco años de edad, los beneficios de la atención serán perdurables en relación al efecto negativo de la desnutrición sobre el crecimiento y desarrollo físico y mental de los niños y niñas.

3.5 Justificación de la continuidad (Contenido 46)

Contenido 46: Análisis y evaluación de aspectos relacionados con la justificación de la continuidad de la Intervención Pública Evaluada en base a los contenidos evaluados en las secciones precedentes

La meta de reducción de la desnutrición crónica infantil-DCI a 10% para el 2016, es un objetivo oficial del gobierno nacional, así como la reducción al 4% para el 2021, en el Plan Perú hacia el año 2021, del CEPLAN. En el año 2012 fue establecido de forma conjunta entre el Ejecutivo, Legislativo y Gobiernos regionales el *Compromiso de Acción Conjunta de Lucha Articulada contra la Desnutrición Crónica Infantil*, declarando su prioridad en la agenda social del país.

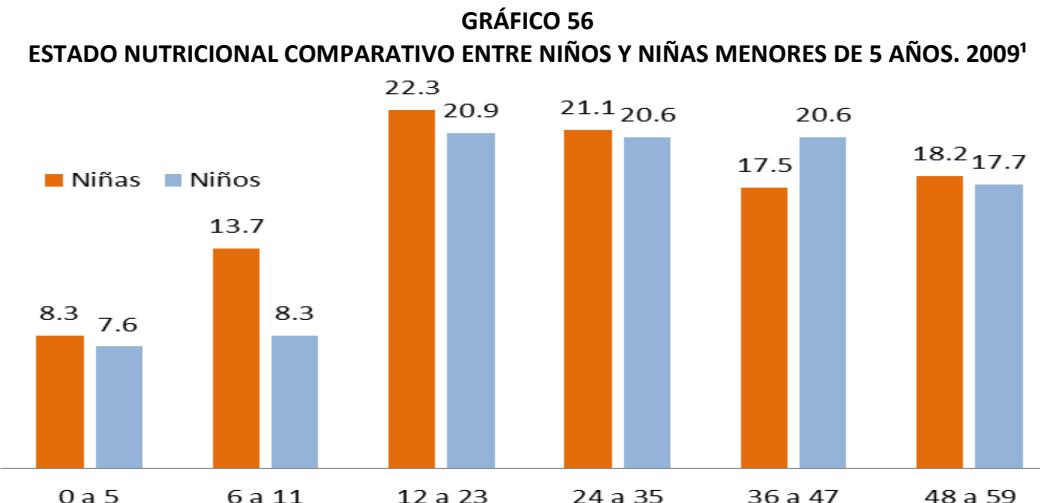
Desde el punto de vista nutricional, la continuidad de la atención de IRAS y EDAS está sólidamente fundamentada en la literatura científica, como una de las intervenciones de mayor impacto en las estrategias de reducción de la DCI. Por este motivo, la atención de IRAS y EDAS es una intervención básica en todos los servicios de salud del mundo, debido a que en todos ellos constituyen las enfermedades infantiles de mayor prevalencia.

Adicionalmente, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tienen como tercer y cuarto objetivo la reducción de la desnutrición infantil y la mortalidad infantil respectivamente, donde la reducción de las enfermedades infecciosas prevalentes, que incluyen a las IRAS y EDAS, es una estrategia clave para su logro.

3.6 Análisis de Género (Contenido 47)

Contenido 47: Identificar si el programa incorpora el enfoque de género en: la identificación del problema, definición de población objetivo, definición del resultado específico y producto, provisión de los bienes y servicios y formulación de indicadores. Evaluar la pertinencia de la incorporación de este enfoque en cada uno de los aspectos señalados y la forma en que dicho enfoque es aplicado. Si no ha sido incorporado, proponer, de ser el caso, su inclusión.

A continuación se aprecia el estado nutricional comparativo entre niños y niñas menores de 5 años para 2009, generados por el Sistema de Monitoreo de Indicadores Nutricionales-MONIN del Instituto Nacional de Salud-INS.



Nota: ¹/Datos estimados por el INS para el año 2009, en base a los datos del MONIN 2007-2010. No se dispone de datos más actualizados del MONIN.

Fuente: Elaboración propia en base al documento "Sala Situacional del INS". MINSA/INS/DEVAN. 2012.

Se aprecia una mejor situación relativa de los niños frente a las niñas, lo que no corresponde a la situación internacional más común, debido a que las mejores condiciones biológicas de las niñas hacen que tengan mejor estado nutricional, cuando no hay atención discriminatorio en contra de ellas.

El análisis del número de afiliados al SIS en enero del 2013¹⁰⁵ muestra un mayor número de niños varones afiliados (712,132) en comparación con el número de niñas afiliadas (684,564), lo que también revela discriminación en contra de las niñas, debido a que la población nacional de niñas de esa edad es mayor que la de los niños.

CUADRO 45
ANÁLISIS DE GÉNERO EN LA IPE

¿Corresponde incorporar el enfoque de Género en la IPE según la evaluación? ¿Por qué?	¿En la definición de población objetivo?	¿En la definición de resultado intermedio o productos?	¿En la provisión del servicio?	¿En la formulación de indicadores?
Para detectar si existe alguna discriminación en el trato de los niños o niñas que explique los mayores valores de DCI en las niñas.		Si, en todos	¿Se incorpora?	

Fuente: Elaboración propia en base a la información analizada y las visitas de campo.

La IPE no aplica el enfoque de género en la identificación del problema, definición de población objetivo, resultados, productos, provisión de los servicios e indicadores. El criterio de género tampoco está incorporado en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN.

Por los motivos descritos se sugiere incluir el enfoque de género en la IPE y PPAN, para detectar si las mayores cifras de desnutrición en las niñas, así como el menor número de niñas afiliadas al SIS, comparativamente con los niños varones, están relacionadas a algún trato discriminatorio que esté afectando la igualdad en la atención.

PARTE 3: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

A continuación se presentan los aspectos identificados durante la evaluación que se considera de mayor influencia, tanto positiva como negativa, en el logro de las metas de la IPE.

1. Justificación
1. Las evidencias científicas, así como los datos epidemiológicos de carga de morbilidad por IRAS y EDAS en niños y niñas menores de 5 años de edad, confirman la magnitud y relevancia de la desnutrición crónica infantil como problema de política pública y la pertinencia de la intervención: <i>atención de IRAS y EDAS</i> .

¹⁰⁵ Página Web SIS. Estadísticas del SIS, consultada el 23 de enero del 2013.

2. La IPE tiene como marco de política pública la reducción de la desnutrición crónica infantil-DCI, una de las principales prioridades de la política social de Estado del país y de los Objetivos del Plan de Desarrollo Estratégico Nacional: El Perú hacia el año 2021.

2. Diseño
<p>1. La IPE carece de un modelo lógico propio, por incluir solamente cuatro de los 29 productos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional-PPAN¹⁰⁶. Por este motivo se ha analizado el diseño de la IPE en base al modelo Conceptual, Explicativo, Prescriptivo y Lógico del <i>Modelo Lógico</i> del PPAN del documento: <i>Anexo 2 del PPAN. Contenidos Mínimos 2012</i> del MINSA. En base al análisis efectuado se puede concluir que los productos de la IPE están sustentados en sólida evidencia nacional e internacional y son apropiados para el logro de los resultados final, intermedio e inmediato de la IPE. Sin embargo, durante las visitas de campo se comprobó que este modelo es escasamente conocido y entendido, lo que no facilita focalizar las atenciones por IRAS y EDAS con la reducción de la DCI.</p> <p>2. El resultado intermedio: <i>reducción de la prevalencia de IRAS y EDAS</i>, no es consecuencia de las atenciones de IRAS y EDAS, que por sí solas no pueden disminuir su prevalencia, que está relacionado con varios productos del PPAN, como las vacunaciones, lactancia materna, lavado de manos.</p> <p>3. El análisis horizontal del Modelo Lógico está limitado por la falta de indicadores para el nivel del resultado inmediato.</p> <p>4. Los cuatro productos y catorce subproductos de la IPE identificados en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN/IPE son adecuados para la obtención de los resultados final e intermedio de la IPE. Sin embargo, es necesario revisar la pertinencia del subproducto <i>atención de Síndrome de Obstrucción Bronquial-SOB/Asma</i>, debido a que el Asma no es una patología respiratoria infecciosa.</p> <p>5. Falta una actividad dirigida a mejorar el conocimiento de las familias en la identificación precoz de señales de alarma de IRAS y EDAS para la demanda oportuna al diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas con IRAS y EDAS en los EESS. La encuesta ENDES reportó en 2011 que solamente el 61% de niños y niñas menores de 5 años con IRAS buscó tratamiento de un proveedor de salud, lo que significa que cerca del 40% no lo hace.</p> <p>6. Las DOCP del PPAN/IPE no han establecido una jerarquía de los subproductos de la IPE en relación a su influencia relativa como causa de desnutrición crónica. Por este motivo, no se destaca la importancia de algunos subproductos como la diarrea persistente, que tiene mucho mayor peso como factor causal de DCI, en comparación con otros subproductos como la faringoamigdalitis aguda, que tiene una influencia insignificante como factor causal de la DCI.</p> <p>7. El MINSA ha formulado tres indicadores para medir el resultado inmediato de la IPE, <i>incremento de acceso al diagnóstico y tratamiento de IRAS y EDAS</i>: i) % de casos neumonía en menores de 3 años; ii) % de casos de neumonía complicada hospitalizada en menores de 3 años y iii) % de casos de EDA con complicaciones hospitalizados en menores de 3 años. Estos indicadores son también pertinentes para medir el resultado intermedio de la IPE, <i>disminución de la prevalencia de IRAS y EDAS</i>, debido a que están relacionados con la prevención secundaria de la atención, que es la disminución de la prevalencia de los casos graves. Sin embargo, no están oficializados ni se generan, a pesar que sus componentes son</p>

¹⁰⁶ Por este motivo, tampoco se puede elaborar un Modelo Lógico independiente para la IPE.

registrados en el sistema HIS y vigilancia epidemiológica.

3. Rectoría y Organización

1. A pesar que las funciones de la *Comisión y Equipo Técnico* del PPAN/IPE, así como de la Coordinación Técnica, están claramente establecidas en la normativa anual de los Programas Presupuestales, se aprecia debilidad en la gestión de la IPE. La Coordinación Técnica encargada al INS desde el año 2012, no ha asumido todas sus funciones, en especial las relacionadas al seguimiento y evaluación. Al quinto año del funcionamiento del PPAN, no se han creado los mecanismos necesarios para el cumplimiento de las funciones del nivel nacional y para la implementación del enfoque de gestión orientada a resultados del programa presupuestal.
2. En el lapso de la presente evaluación hubo tres Directores de Salud de las Personas del MINSA y se cambió a tres de los cuatro profesionales, con los que se inició la evaluación.
3. La responsabilidad y funciones de los Gobiernos Regionales-GRs en la gestión de la IPE está bien definida, pero se aprecia debilidad en el liderazgo para la articulación territorial entre los GRs y los Gobiernos Locales-GLs. En general, los GLs no participan en las actividades de la IPE, lo que es una pérdida de oportunidad para su participación en la promoción de intervenciones dirigidas a mejorar la nutrición de los niños y niñas con IRAS y EDAS en el entorno local, con lo que se pierde un factor clave para evitar la desnutrición y promover la recuperación nutricional de los niños y niñas menores de tres años con IRAS y EDAS.
4. Falta claridad en la responsabilidad de los resultados de la IPE en todos los niveles, tanto a nivel descentralizado: EESS, microredes, redes, DISAS y DIRESAS, como en el nivel nacional del MINSA e INS.

4. Programación

1. Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP del PPAN/IPE establecen como población objetivo de las atenciones de IRAS y EDAS a los niños y niñas menores de 5 años de edad, en lugar de los niños y niñas menores de 3 años de edad, que es el grupo crítico desde el punto de vista de la prevención de la DCI.
2. Las DOCP del PPAN/IPE establecen que la atención de IRAS y EDAS se basa en las guías de práctica clínica vigente, que focalizan la recuperación de la enfermedad y la reducción de la mortalidad asociada, pero no focalizan la reducción de la desnutrición crónica.
3. Las DOCP del PPAN/IPE no consideran el criterio de pobreza, factor causal clave de la desnutrición crónica, IRAS y EDAS.
4. Las DOCP del PPAN/IPE no destacan la importancia de la atención preferencial de los niños y niñas menores de 36 meses de edad con estado nutricional en riesgo o desnutrición, grupo de alto riesgo para la prevención de la DCI.
5. En las DOCP del PPAN/IPE, no se prioriza la atención a la *diarrea persistente*, subproducto de la *atención de EDAS sin complicaciones*, a pesar de ser la patología más importante desde el punto de vista de la prevención de la DCI y estar concentrada (83%) en los niños y niñas menores de tres años.
6. Entre las actividades de atención de EDAS e IRAS no se incluye la suplementación con zinc, que tiene comprobado efecto positivo en la reducción de la duración y severidad de los episodios de EDA y neumonía.
7. El aplicativo SIGA PpR establece que las metas físicas de IRAS y EDAS se cuantifiquen como

<p>número de <i>atendidos</i>, lo que requiere la identificación individual de los niños y niñas, por lo que no se cumple en la actualidad.</p>
<p>8. Para poder cumplir el criterio de programación de metas físicas como número de atendidos, se requiere la identificación nominal de los niños y niñas, lo que no se cumple en la actualidad. Tampoco se programa el número de casos, ni se establecen metas asociadas de reducción de la DCI, lo que no permite vincular operacionalmente las atenciones con el objetivo de evitar la desnutrición crónica en los niños y niñas atendidos por IRAS y EDAS.</p>
<p>9. Se aprecia una gran heterogeneidad en las metas físicas a nivel de departamentos, que no guardan relación con el tamaño de la población y cambian cada año de manera significativa, aumentando o disminuyendo sin relación con el histórico del año anteriores, que es el criterio establecido en las DOCP del PPAN/IPE.</p>
<p>10. Las metas de las DISAS y hospitales de Lima no se reportan en la Base de datos analítica de programación (cubos) del gobierno regional de Lima, lo que distorsiona la información para la evaluación de la eficiencia y eficacia de Lima.</p>
<p>11. En el año 2010 no se registró las metas físicas de los productos de la IPE de tres departamentos (Ancash, Cajamarca y Tacna) en el aplicativo SIGA PpR, lo que impide evaluar el logro de las metas o estimar el gasto anual del 2010 en esos tres departamentos.</p>
<p>12. Existen grandes cambios anuales (por aumento o disminución) en las metas físicas de atención de IRAS y EDAS a nivel de departamentos, sin un patrón definido ni relación con las metas alcanzadas en el año anterior, lo que indica <u>baja calidad</u> en la planificación de metas físicas.</p>
<p>13. No existen indicadores para calificar la calidad en el proceso de producción de las atenciones o la calidad final de los productos entregados a la población.</p>
<p>14. La existencia de una <i>lista de bienes y servicios</i> para el PPAN/IPE es apropiada y muy conveniente, sin embargo su tamaño (2,043 ítems en los cuatro productos de la IPE) y complejidad, no facilita la racionalidad en la asignación de insumos.</p>
<p>15. Existe un continuo aumento en las asignaciones de recursos presupuestarios en los productos de la IPE, lo que no está relacionado con un aumento de las metas físicas, que muestran un continuo descenso.</p>
<p>16. La asignación de recursos presupuestarios no guarda relación a nivel de pliegos regionales con el tamaño de la población objetivo, la prevalencia de IRAS y EDAS o la prevalencia de la desnutrición crónica, lo que muestra <u>falta de equidad</u> en la asignación.</p>
<p>17. Durante el trabajo de campo se recibió la información que la programación de las metas físicas y financieras de los años 2011 Y 2012 tuvo significativo atraso, debido a la falta de disponibilidad oportuna de la <i>lista de bienes y servicios</i> y problemas en el funcionamiento del aplicativo SIGA PpR.</p>
<p>18. No existe una relación programática operativa entre las atenciones por IRAS y EDAS con las actividades del producto Control del Crecimiento y Desarrollo-CRED, en espacial con la consejería y sesiones demostrativas de preparación de alimentos, lo que permitiría reforzar la vinculación del estado nutricional en los niños y niñas con IRAS y EDAS atendidos por los EESS.</p>
<p>19. No se efectúan actividades educativas de prevención y manejo de IRAS y EDAS en el hogar, para su detección precoz y demanda oportuna de atención en los EESS.</p>
<p>20. En las visitas de campo se verificó gran heterogeneidad en el cumplimiento de las funciones del Coordinador Regional, que en general carecen de liderazgo para la adecuada implementación, seguimiento y evaluación de las intervenciones, especialmente en el cumplimiento de las metas físicas y elaboración de informes sobre los avances en los resultados.</p>

5. Implementación
1. Se aprecia una débil implementación del modelo de gestión por resultados del PpR en los productos de la IPE, especialmente en el muy limitado uso de la información generada en la toma de decisiones, en aspectos críticos como la falta de ajuste de las metas físicas a la producción reportada en el periodo anterior.
2. El modelo de atención de IRAS y EDAS en los EESS, se focaliza en la oferta de atención, con extrema debilidad en la promoción de la demanda.
3. Los EESS brindan en general una apropiada atención médica a los niños con IRAS y EDAS, pero el cuidado nutricional es inadecuado, debido a que el foco de la atención es la prevención de la mortalidad y agravamiento de los episodios de IRA y EDA y no la reducción de la desnutrición crónica. Como consecuencia, no se efectúa un adecuado seguimiento a la recuperación nutricional de los niños y niñas atendidos por IRAS y EDAS para impedir la desnutrición crónica, resultado final al que contribuye la IPE, junto con otros productos del PPAN.
4. No se cumple con el número de atenciones señalados en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de la IPE/PAN, que establecen un mínimo de dos consultas por episodio de IRA y EDA sin complicaciones y tres consultas por episodio de IRA y EDA con complicaciones, mientras el promedio nacional 2007-2012 fue de 0.17 controles por episodio, que se reduce en la diarrea persistente a un control por cada 12 episodios (0.08 controles por atención).
5. Durante el trabajo de campo se constató la falta de algunos insumos críticos en EESS, incluyendo antibióticos y vacunas contra el neumococo y rotavirus.
6. El grupo de niños y niñas de 5 a 11 años de edad, que no es un grupo objetivo de atención de la IPE, recibió el 45% de las atenciones por IRAS sin complicaciones en 2010 y 2012 y el 26% de atenciones por EDAS sin complicaciones entre 2009 al 2012, con un total de 469,108 de un total de 2,261,787 en ese periodo, lo que se traduce en el mismo porcentaje de asignación presupuestal.
7. Durante el trabajo de campo se constató que balanzas y tallímetros, equipos esenciales para la evaluación nutricional de los niños, no estaban disponibles o estaban en mal estado operativo en los consultorios de pediatría, lo que no facilita el manejo nutricional de los niños y niñas por el personal médico encargado de la atención. Cabe mencionar que estos equipos si estaban disponibles en los consultorios CRED.
8. Durante las visitas de campo se obtuvo información que debido a las múltiples necesidades de personal, insumos y equipos en los EESS, el personal contratado, así como los insumos y equipos adquiridos con recursos de la IPE no se dedican exclusivamente a la obtención de los productos de la IPE, lo que además de diluir su impacto encarece los costos de obtención de los productos.
9. La ejecución presupuestal de cada uno los productos de la IPE en los últimos cuatro años ha sido superior al 90%, al igual que el presupuesto ejecutado del PIM como promedio de las genéricas. En las visitas de campo se recibió la información que la limitada ejecución de algunas genéricas, especialmente adquisiciones y contratación de personal se debe a la falta de adecuación de los actuales sistemas administrativos del Estado. En el caso de compras se mencionó la falta de proveedores locales, que dificulta cumplir los criterios del Sistema de Contrataciones del Estado.

6. Resultados

- | |
|--|
| <p>1. El resultado intermedio <i>reducción de la morbilidad por IRAS y EDAS</i>, muestra una importante disminución a nivel nacional en el periodo 2007 al 2012, tanto a nivel urbano como rural según la información de la encuesta ENDES. El informe del primer semestre del 2013 de la encuesta ENDES, muestra un aumento de 14.6% a 16.0% en la prevalencia de IRAS a nivel nacional. Los informes del sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA hasta la semana epidemiológica 44 del periodo 2007-2012 también muestran una notable disminución de los episodios de neumonía e IRAS. Sin embargo, en el año 2013 aumenta en 4.7% la tasa de notificación de episodios de IRA en menores de 5 años, que sube de 814.3 a 855.8, lo que es concordante con los datos de la encuesta ENDES.</p> |
| <p>2. No es posible demostrar el impacto de las atenciones por IRAS y EDAS en la prevalencia de IRAS y EDAS, por falta de mecanismos que precisen su efecto independiente de las otras intervenciones del propio PPAN y de cambios en otros factores determinantes.</p> |
| <p>3. La falta de correlación entre los gastos de atención de IRAS y EDAS por gobiernos regionales, comparado con el tamaño de la población infantil, condición de pobreza o situación nutricional, indican <u>falta de equidad</u> en la asignación de los recursos presupuestarios.</p> |
| <p>4. El gasto por valor unitario para la obtención de los productos de la IPE es excesivamente elevado y tiene grandes variaciones entre gobiernos regionales y años, como consecuencia de las variaciones de las asignaciones presupuestarias per cápita y el número de atenciones efectuado, lo que muestra <u>baja eficiencia</u>. La comparación de los gastos por producto con los valores para los mismos productos en el tarifario vigente del MINSA, alcanza en algunos casos hasta 1,000 veces de diferencia.</p> |
| <p>5. El logro de las metas físicas de todos los productos de la IPE a nivel de los departamentos muestra gran heterogeneidad, en especial en los productos atención de EDA y Atención de EDA con complicaciones, que alcanzan como promedio nacional valores inferiores al 40%, lo que revela <u>baja eficacia</u>.</p> |

7. Seguimiento y evaluación

- | |
|---|
| <p>1. Existe una gran debilidad en el seguimiento de los indicadores de resultado de la IPE. No se ha creado una instancia a nivel nacional que integre funcionalmente y/o analice los datos generados por los diversos sistemas de información relacionados a la IPE, lo que limita la apropiación y responsabilidad en el logro de resultados, la toma de decisiones y rendición de cuentas a los diferentes grupos de interés. Esta debilidad contrasta con la importante cantidad de recursos asignados al INS para acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control del PPAN, que en el 2013 alcanzaron la suma de S/. 3 437 210 nuevos soles.</p> |
| <p>2. Durante las visitas de campo se pudo comprobar que la gestión de la información a nivel descentralizado es muy irregular, no se encontró que la información generada localmente por los sistemas HIS, SIASIS, vigilancia epidemiológica, SIEN y SIGA, esté disponible ni integrada para el seguimiento de la IPE y la toma de decisiones. Tampoco se pudo tener acceso a algún reporte analítico de la situación de implementación o resultados de la IPE en ningún nivel, incluido el nacional. La información de la IPE tampoco está disponible en forma completa, oportuna y amigable al usuario de la Web del MINSA.</p> |
| <p>3. La encuesta ENDES proporciona información de los indicadores de seguimiento del resultado intermedio de la IPE: <i>prevalencia de IRAS y EDAS</i> en niños y niñas menores de 36 meses de edad, a nivel nacional y departamental, pero no genera esta información a nivel de EESS, Redes y DISAS, lo que impide contar con información para el ejercicio del enfoque de gestión para resultados en esos niveles.</p> |
| <p>4. La difusión de la información de la prevalencia de IRAS y EDAS por la ENDES, algunos meses</p> |

<p>después del inicio del próximo año, limita su uso en la programación, que se efectúa antes del cierre del año anterior, cuando la información aún no está disponible.</p>
<p>5. El MINSA cambió en el año 2011 la versión del sistema HIS 03 por la versión HIS 04, lo que ha modificado los códigos de procesamiento de atenciones por IRAS y EDAS que impiden el análisis comparativo de los resultados de los indicadores relacionados al número de atenciones del 2011-2012, con los del período 2007-2010. Entre otras consecuencias, afecta el análisis de la cohorte de datos relacionados con la eficiencia y eficacia en el logro de metas. Por otro lado las grandes diferencias del número de atenciones del período 2011-2012 comparado con el período anterior, restan credibilidad a la calidad de los datos.</p>
<p>6. Solamente es posible procesar la información del número de atenciones por IRAS y EDAS por tipo de diagnóstico (Presuntivo, Definitivo o Repetido/Control) del 2007 al 2010, pero debido a los cambios en los registros HIS el año 2011, no se genera la información por tipo de diagnóstico de las atenciones de EDA desde ese año.</p>
<p>7. La encuesta ENDES reporta la información de la provincia constitucional del Callao integrada al departamento de Lima, lo que no permite comparar los datos ENDES con la información de los sistemas HIS, vigilancia epidemiológica y SIGA PpR, que desagregan la información del Callao de la información de Lima.</p>
<p>8. La validez estadística de los datos de prevalencia de IRAS y EDAS generados por la ENDES es limitada a nivel departamental, que en muchos casos tienen un <i>coeficiente de variación</i> superior al 15%, debido al relativo pequeño tamaño muestral de la encuesta.</p>
<p>9. El sistema SIGA divide el registro de la asignación presupuestaria de la IPE del Departamento de Lima en dos pliegos. Las DISAS del departamento de Lima la reciben en el Pliego 011, mientras el gobierno regional de Lima la recibe en el Pliego 99 463. Esto no se percibe en los reportes de la Base de datos analítica de programación (cubos), lo que ocasionó problemas en la evaluación de la eficiencia de Lima en comparación con los otros departamentos.</p>
<p>10. En los formatos de atención usados en los EESS existe data que actualmente se registra pero no se procesa para generar indicadores para el seguimiento de la IPE, como la relación entre atenciones por IRAS y EDAS con el estado nutricional posterior, número de episodios de IRAS y EDAS por niño y niña, número y severidad de episodios de IRA y EDA según condición de pobreza de los niños y niñas atendidos, entre otros.</p>
<p>11. Se utiliza limitadamente la información del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad del Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN, debido principalmente al atraso en la disponibilidad de la información, con lo que se pierde su valor potencial para relacionar el estado nutricional de los niños y niñas con las atenciones por IRAS y EDAS.</p>
<p>12. Durante el trabajo de campo se verificó que no se utiliza la información del Libro de Registro de Seguimiento de los EESS, ni el Código Único de Identidad-CUI del Padrón Nominado (Nº de DNI) para el seguimiento longitudinal de los niños y niñas atendidos por IRAS o EDAS, lo que impide conocer el efecto de las atenciones sobre la prevención de la desnutrición.</p>
<p>13. No se genera información diferenciada por criterio de género, para determinar la existencia de discriminación por este criterio.</p>
<p>14. No existen mecanismos ni indicadores para el seguimiento y evaluación de los procesos de gestión administrativa del Estado relacionados a la IPE, especialmente en las adquisiciones y contrataciones, lo que limita una gestión acorde con el enfoque de gestión orientada a resultados, que requiere de la modernización paralela de los sistemas administrativos relacionados con los programas presupuestales.</p>
<p>15. La información de la base de datos analítica del SIAF relacionada al PPAN/IPE, así como la información del SIGA PpR, no es usada en todo su potencial, por limitaciones de acceso a la</p>

<p>Base de datos analítica de programación (cubos) del software COGNOS con la información actualizada.</p>
<p>16. No se cumple con la normatividad de los reportes de seguimiento de los Programas Presupuestales, que establece que se deben emitir seis informes al año (4 trimestrales y 2 semestrales), incluyendo los resultados de las actividades de seguimiento, supervisión y evaluación desarrolladas en el periodo. Tampoco se cumple lo dispuesto en el instructivo <i>“Proceso de Ejecución Presupuestaria en el Ministerio de Salud”</i>, que determina que en las acciones de monitoreo de los Programas presupuestales, las UE deben presentar a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA, <i>informes trimestrales</i> con el avance de las metas físicas y la ejecución del gasto asignado, para su remisión al MEF y a la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República del Congreso.</p>

3.2 RECOMENDACIONES

DISEÑO		
PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECIFICAS
1. El Modelo Lógico del PPAN es escasamente conocido y entendido en el nivel de DISAS, Redes. Microredes y EESS, lo que no promueve focalizar las atenciones por IRAS y EDAS en la reducción de la DCI.	Difundir la lógica causal e importancia de los productos de la IPE en la reducción de la desnutrición crónica infantil-DCI.	La Coordinación Técnica debe elaborar una estrategia comunicacional para difundir la importancia de las atenciones de IRA y EDA en la disminución de la DCI.
2. El resultado intermedio de la IPE reducción de la prevalencia de IRAS y EDAS no es consecuencia de su atención, que solo puede reducir la severidad y duración.	Revisar el Modelo Lógico del PPAN/IPE relacionado a IRAS y EDAS.	La Coordinación Técnica debe revisar el Modelo Lógico del PPAN/IPE.
3. Faltan indicadores para el nivel del resultado inmediato.	Incluir los indicadores propuestos para este nivel por el MINSA, en la matriz de indicadores de la IPE.	La Coordinación Técnica debe incluir los indicadores.
4. El subproducto atención de Síndrome de Obstrucción Bronquial-SOB/Asma, incluye al Asma que no es una patología respiratoria infecciosa.	Revisar la pertinencia de mantener el Asma entre los componentes de este subproducto.	La DGSP/MINSA debe revisar la pertinencia de mantener al Asma como subproducto SOB/Asma.
5. Falta una actividad dirigida a mejorar el conocimiento de las familias en la identificación precoz de señales de alarma de IRAS y EDAS para la demanda oportuna al diagnóstico y tratamiento en los EESS.	Crear esta actividad.	La Coordinación Técnica conjuntamente con la Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA, deben incluir este producto en el diseño del PPAN/IPE.
6. No se ha establecido una jerarquía de la importancia de los subproductos en relación a su impacto en la DCI.	Jerarquizar la importancia de los subproductos	La DGSP/MINSA debe precisar la jerarquía de subproductos en relación a su importancia como factor causal de DCI.
7. Los indicadores propuestos por el MINSA para medir el resultado inmediato de la IPE, <i>incremento de acceso al diagnóstico y tratamiento de IRAS y EDAS</i> no están oficializados ni son generados.	Oficializar y generar los indicadores propuestos por el MINSA.	La DGSP/MINSA debe implantar estos indicadores, cuyos componentes de cálculo están registrados en el sistema HIS y vigilancia epidemiológica.

RECTORÍA Y ORGANIZACIÓN		
PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS
1. La Coordinación Técnica del PPAN/IPE encargada al INS desde el año 2012, no ha asumido plenamente todas sus funciones, en especial las relacionadas al seguimiento y evaluación.	Precisar las responsabilidades y funciones de la Coordinación Técnica del PPAN y de otros órganos del MINSA responsables de la gestión de la IPE.	La Coordinación Técnica debe proponer los mecanismos para el cumplimiento de las funciones del nivel nacional del MINSA, SIS e INS sobre el PPAN/IPE.
2. En el lapso de la presente evaluación hubo tres Directores de Salud de las Personas del MINSA y cambios en tres de los cuatro profesionales del equipo Etapa de Vida Niño, con los que se inició la evaluación.	Mantener la estabilidad de los equipos técnicos.	El MINSA DEAIS debe considerar la importancia de la estabilidad de los equipos técnicos.
3. Limitado liderazgo de las coordinaciones regionales en la gestión de la IPE, en especial en el seguimiento y evaluación.	Reforzar las coordinaciones regionales en su rol sobre las DIRESAS y DISAS.	La Coordinación Técnica debe efectuar el seguimiento de la gestión de la IPE, en especial el seguimiento y evaluación.
4. La responsabilidad y funciones de los Gobiernos Locales-GLs en las actividades de la IPE es inexistente, lo que limita las intervenciones para mejorar la nutrición de los niños y niñas con IRAS y EDAS en el entorno local.	Establecer el rol de los GLs en las actividades de la IPE.	La Dirección de Descentralización del MINSA, la DGSP y la Coordinación Técnica deben precisar el rol de los GLs en el logro de objetivos de la IPE.

PROGRAMACIÓN		
PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS
1. Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP establecen como población objetivo a los menores de 5 años, en lugar de los menores de 3 años, grupo crítico para prevenir la DCI.	Focalizar las atenciones de IRAS y EDAS en los menores de tres años de edad.	La DGSP debe revisar las DOCP del PPAN/IPE para focalizar la atención en los menores de tres años de edad.
2. Las DOCP establecen que la atención de IRAS y EDAS se basa en las guías de práctica clínica vigente, que no focalizan la reducción de la desnutrición crónica.	Destacar el foco de reducción de la DCI en las atenciones de IRAS y EDAS.	La DGSP debe revisar las DOCP del PPAN/IPE para focalizar la atención de IRAS y EDAS en la reducción de la DCI.
3. Las DOCP del PPAN/IPE no consideran el criterio de	Incluir el criterio de pobreza como	La DGSP debe incluir el criterio de pobreza

pobreza, factor causal clave de la desnutrición crónica, IRAS y EDAS.	factor de riesgo en las atenciones de IRAS y EDAS.	como factor de riesgo en las atenciones de IRAS y EDAS.
4. Las DOCP del PPAN/IPE no destacan la importancia de la atención diferenciada de los niños y niñas con estado nutricional en riesgo o desnutrición, grupo de alto riesgo para la DCI.	Incluir el criterio de riesgo nutricional o desnutrición, como factor de riesgo en las atenciones de IRAS y EDAS.	La DGSP debe revisar las DOCP del PPAN/IPE para incluir el criterio de riesgo nutricional o desnutrición como factor de riesgo en las atenciones de IRAS y EDAS.
5. La diarrea persistente, subproducto de la <i>atención de EDAS sin complicaciones</i> en las DOCP del PPAN/IPE, no tiene un destaque especial, a pesar de ser la patología más importante desde el punto de vista de la prevención de la DCI.	Destacar la importancia de la diarrea persistente como principal patología causal de la DCI.	La DGSP debe revisar las DOCP del PPAN/IPE para incluir a la diarrea persistente como patología causal de alto riesgo de la DCI.
6. No se incluye la suplementación con zinc en la atención de EDAS e IRAS, a pesar de su comprobado efecto positivo en la reducción de la duración y severidad de los episodios de EDA y neumonía.	Incluir la suplementación con zinc como parte de las actividades de atención de EDAS e IRAS	La DGSP debe revisar las DOCP del PPAN/IPE para incluir a la suplementación con zinc como parte de las actividades de atención de EDAS e IRAS.
7. No es posible programar las metas físicas como <u>atendidos</u> , debido a la falta de identificación nominal o individual de los niños y niñas.	Incluir el <i>código único de identidad</i> como herramienta para programar las metas físicas de los productos de la IPE.	La Coordinación Técnica y la DGSP deben revisar los criterios de programación de las metas físicas de la IPE para hacer una programación como atendidos.
8. Las metas físicas en el aplicativo SIGA PpR son el número de atenciones por IRAS y EDAS y no consideran el número de casos, el número de niños y niñas atendidos, ni se establecen metas asociadas de reducción de la DCI.	Considerar la inclusión del número de casos y número de niños atendidos como parte de los indicadores de producción física de la IPE.	La Coordinación Técnica y la DGSP deben revisar los criterios para establecer las metas físicas de la IPE.
9. Gran heterogeneidad en las metas físicas a nivel de departamentos, sin relación con el tamaño de la población.	Establecer la relación de las metas con el tamaño de la población y el histórico de atenciones.	La Coordinación Técnica y la DGSP deben revisar la pertinencia de la asignación capitada de los recursos de la IPE.
10. Las metas físicas de las DISAS de Lima no se incluyen en los reportes de la Base de datos analítica de programación (cubos) del aplicativo COGNOS.	Incluir las metas físicas de las DISAS de Lima en la Base de datos analítica de programación (cubos) del aplicativo COGNOS.	La Coordinación Técnica con la OGPP del MINSA deben Asegurar que sean incluidas en los reportes correspondientes.
11. En el año 2010 no se registró las metas físicas de los	Condicionar la liberación de partidas	La Coordinación Técnica y la OGPP del

productos de la IPE de tres departamentos (Ancash, Cajamarca y Tacna) en el aplicativo SIGA PpR.	presupuestales a la entrega de la programación física en el aplicativo SIGA.	MINSA deben participar en la revisión de la programación física antes que el MEF/DGPP autorice la liberación de recursos presupuestarios a los pliegos regionales.
12. Grandes cambios anuales (por aumento o disminución) en las metas físicas de atención de IRAS y EDAS a nivel de departamentos.	Asegurar el cumplimiento de los DPCP de la IPE que establecen que la programación debe considerar el histórico de años anteriores.	La Coordinación Técnica debe revisar la programación física para asegurar su coherencia con la producción histórica.
13. No existen indicadores para calificar la calidad en el proceso de producción de las atenciones o la calidad final de los productos entregados a la población.	Establecer indicadores para calificar la calidad de las atenciones.	La Coordinación Técnica y la DGSP deben señalar los criterios e indicadores para poder calificar la calidad de los productos de la IPE.
14. El tamaño (2,043 ítems en los 4 productos de la IPE) y complejidad de la <i>lista de bienes y servicios</i> para el PPAN/IPE no facilita la racionalidad en la asignación de insumos.	Simplificar la <i>lista de bienes y servicios</i> de la IPE.	La DGSP debe revisar y simplificar la <i>lista de bienes y servicios</i> de la IPE.
15. Existe un continuo aumento en las asignaciones de recursos presupuestarios en los productos de la IPE, sin relación con las metas físicas, que disminuyen anualmente.	Revisar la coherencia de las asignaciones presupuestales a nivel de los pliegos de gobiernos regionales antes de su aprobación.	La Coordinación Técnica del PPAN, con la DGSP y la OGPP del MINSA deben revisar los criterios de asignación presupuestal a nivel de pliegos regionales antes de su aprobación, considerando como base una asignación capitada.
16. La asignación de recursos presupuestarios en los pliegos regionales no guarda relación con el tamaño de la población objetivo, la prevalencia de IRAS y EDAS o la prevalencia de la desnutrición crónica.		
17. La programación de metas físicas y financieras en 2011 y 2012 tuvo significativo atraso, por la falta de disponibilidad oportuna de la <i>lista de bienes y servicios</i> y problemas en el funcionamiento del aplicativo SIGA PpR.	Asegurar la disponibilidad oportuna de las herramientas de programación del PPAN/IPE	La Coordinación Técnica y la OGPP del MINSA deben asegurar la disponibilidad oportuna de las herramientas de programación del PPAN/IPE.
18. No se coordina con el producto CRED, la consejería y sesiones educativas de alimentación, para reforzar el cuidado nutricional en los niños y niñas con IRAS y EDAS atendidos por los EESS.	Establecer un vínculo operacional entre las atenciones por IRAS y EDAS con el CRED.	La Coordinación Técnica y la DGSP deben establecer un protocolo para la atención integrada de IRAS y EDAS con el CRED.

19. No se promueve la prevención y manejo de IRAS y EDAS en el hogar, para su detección precoz y demanda oportuna de atención en los EESS.	Promover la prevención y manejo de IRAS y EDAS en el hogar, así como la detección precoz y demanda oportuna de atención.	La Dirección de Promoción de la Salud del MINSA debe producir los instrumentos para promover el reconocimiento precoz de señales de alarma en IRAS y EDAS.
20. Falta de liderazgo a nivel regional para la adecuada implementación, seguimiento y evaluación.	Reforzar las DIRESAS/DISAS con recursos humanos, capacitación y supervisión.	La Coordinación Técnica del PPAN debe evaluar la capacidad de actual de las DIRESAS/DISAS

IMPLEMENTACIÓN		
PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS
1. Debilidad en el enfoque de presupuesto por resultados, especialmente en el muy limitado uso de la información.	Aplicar el enfoque de PpR, basado en la toma de decisiones basada en la información generada.	La Coordinación Técnica, la DGSP y la OGPP del MINSA deben revisar la aplicación del modelo del PpR.
2. El modelo actual de los EESS es la atención a la demanda espontánea de IRAS y EDAS	Desarrollar el modelo de promoción de la salud en forma coordinada y complementaria al modelo actual.	La Coordinación Técnica, la DGSP y la Dirección General de Promoción de la Salud deben efectuar actividades para la demanda oportuna de las casos de IRA y EDA en el hogar.
3. Inadecuado cuidado nutricional durante la atención de IRAS y EDAS, debido al foco en la prevención de la mortalidad y agravamiento de los episodios y no la reducción de la desnutrición crónica.	Focalizar la atención de IRAS y EDAS en la prevención de la desnutrición crónica.	La Coordinación Técnica, la DGSP y la Dirección General de Promoción de la Salud deben diseñar una estrategia comunicacional para reforzar el papel de las atenciones en la reducción de la DCI.
4. El número de atenciones de control es 10 veces menor al señalado en las DOCP de la IPE/PPAN, que se reduce en la diarrea persistente a un control por cada 12 episodios, 24 veces menor al establecido.	Implantar mecanismos de seguimiento de los controles.	La DGSP debe establecer mecanismos
5. Durante el trabajo de campo se constató falta de insumos críticos en algunos EESS, incluyendo antibióticos y vacunas contra el neumococo y rotavirus.	Aplicar el monitoreo de las existencias de insumos de almacén en línea del módulo SIGA Patrimonio.	La OGPP del MINSA debe coordinar la aplicación de los mecanismos de monitoreo en línea de insumos críticos.

6. El grupo de niños y niñas de 5 a 11 años de edad, que no es un grupo objetivo de atención de la IPE, recibió el 45% de las atenciones por IRAS sin complicaciones en 2010 y 2012.	Evaluar la atención de los niños mayores de 5 años con recursos fuera del presupuesto de la IPE.	La DGSP y la OGPP deben analizar este tema para evitar las distorsiones causadas por la atención de población no objetivo con recursos del PPAN/IPE.
7. Faltan balanzas y tallímetros, equipos esenciales para la evaluación nutricional de los niños, en los consultorios de pediatría, lo que no facilita el manejo nutricional de los niños y niñas por el personal médico encargado de la atención.	Asegurar que los equipos antropométricos sean parte obligada de los consultorios de atención de IRAS y EDAS infantiles.	La DGSP debe crear una directiva al respecto y efectuar el seguimiento como indicador de calidad de atención.
8. Debido a las necesidades de personal e insumos en los EESS, el personal contratado así como los insumos y equipos adquiridos con recursos de la IPE no se dedican exclusivamente a la obtención de los productos.	Atender las necesidades de personal, insumos y equipos no relacionados con la IPE, con otros recursos de los pliegos correspondientes.	La OGPP del MINSA debe efectuar el control del consumo de bienes y servicios por Centro de Costo.
9. En las visitas de campo se recibió la información que la limitada ejecución de algunas genéricas, se debió a la falta de adecuación de los sistemas administrativos del Estado a las exigencias de los PP.	Revisar las actuales limitaciones de los sistemas administrativos del Estado relacionados con las necesidades del modelo de gestión para resultados.	La OGPP del MINSA debe revisar esta situación en conjunto con la DGPP del MEF.

RESULTADOS		
PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS
1. El informe del primer semestre del 2013 de la encuesta ENDES, muestra el aumento de 14.6% a 16.0% en la prevalencia de IRAS a nivel nacional, lo que concuerda con los datos de vigilancia epidemiológica del MINSA.	Analizar las causas del aumento de prevalencia de IRA a nivel de departamento.	La Dirección General de Epidemiología del MINSA debe analizar la tendencia de IRAS para precisar las causas de aumento.
2. No es posible demostrar el impacto independiente de las atenciones por IRAS y EDAS en la prevalencia de IRAS y EDAS.	Efectuar una evaluación de impacto de los productos de la IPE en la prevalencia de IRAS y EDAS y en la DCI.	La Coordinación Técnica del PPAN debe revisar esta recomendación con la DGSP, la OGPP y el MEF.
3. Falta de correlación entre los gastos de atención per cápita de IRAS y EDAS por gobiernos regionales,	Revisar la coherencia en la asignación en relación a los factores de riesgo.	La OGPP del MINSA debe revisar los valores de asignación per cápita de los productos

comparado con la condición de pobreza o situación nutricional.		antes de que sean aprobados por el MEF.
4. Elevado y heterogéneo gasto de los productos de la IPE entre gobiernos regionales y años. En algunos productos supera hasta en 1000 veces los valores para los mismos productos del tarifario del MINSA.	Revisar trimestralmente los valores unitarios de los gastos en los productos de la IPE.	La OGPP del MINSA debe revisar trimestralmente los costos de generación de los productos a nivel de cada departamento.
5. Bajo logro y gran heterogeneidad en los resultados de las metas físicas de los productos por departamentos, en especial en <i>Atención de EDA</i> y <i>Atención de EDA con complicaciones</i> , que alcanzan un promedio nacional inferior al 40%.	Hacer un seguimiento mensual del alcance de las metas físicas de los productos de la IPE.	La Coordinación Técnica y la OGEI deben elaborar reportes mensuales sobre las metas alcanzadas en los departamentos

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN		
PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS
1. No hay evidencias que la información generada por los diversos sistemas de información relacionados a la IPE se aplique para el seguimiento, evaluación y toma de decisiones.	Promover el uso de la información en la toma de decisiones sobre al IPE.	La Coordinación Técnica debe liderar el uso de la información para la toma de decisiones.
2. No existe una instancia a nivel nacional que integre funcionalmente y/o analice los datos generados por los diversos sistemas de información relacionados a la IPE.	Crear una instancia nacional que integre y analice la información generada por la IPE.	La Coordinación Técnica debe crear una instancia de gestión integrada de información para la toma de decisiones.
3. La información del sistema HIS es difundida con varias semanas de atraso, lo que reduce su valor para la toma de decisiones.	Acelerar la difusión de los indicadores generados por el sistema HIS.	Incluir los indicadores del PPAN/IPE en la página Web.
4. La difusión de la información de la ENDES se produce algunos meses después del año siguiente a la recopilación de los datos, mientras la programación se efectúa antes del cierre del año.	Usar los datos del avance semestral de la ENDES y los datos HIS y de vigilancia epidemiológica para la programación.	La DGSP y la Coordinación Técnica deben crear mecanismos para que programación utilice la información existente.
5. Los cambios de los códigos de procesamiento de atenciones de IRAS y EDAS en 2011 modificaron los	Reprocesar la información de las atenciones de IRAS y EDAS del 2011-	La OGEI del MINSA debe reprocesar la información de atenciones de IRA y EDA a

datos 2011-2012 que impiden su análisis comparativo con el período 2007-2010.	2012 para poder compararlas con el período 2007-2010.	partir del año 2011.
6. No se procesa la información de atenciones por EDAS por tipo de diagnóstico (Presuntivo, Definitivo o Repetido/Control) a partir del año 2011, debido a los cambios en los registros HIS.	Procesar la información de atenciones por EDAS por tipo de diagnóstico a partir del año 2011.	La OGEI del MINSA debe generar esta información a partir del año 2011.
7. La encuesta ENDES genera los indicadores de resultado intermedio: <i>prevalencia de IRAS y EDAS</i> en menores de 36 meses de edad, a nivel nacional y departamental, pero no genera esta información a nivel de EESS, Redes y DISAS.	Usar la información de vigilancia epidemiológica en el nivel de EESS, Redes y DISAS.	La Coordinación Técnica y la DGSP deben promover el uso de la información de vigilancia epidemiológica en estos niveles.
8. Limitada validez estadística de datos de prevalencia de IRAS y EDAS a nivel departamental, que en muchos casos tienen un <i>coeficiente de variación</i> superior al 15%.	Revisar con el INEI los datos de prevalencia de IRAS y EDAS a nivel departamental.	La Coordinación Técnica debe revisar con la DGPP e INEI la validez estadística de la prevalencia de IRAS y EDAS de la ENDES.
9. La encuesta ENDES reporta los datos del Callao integrada al departamento de Lima, lo que no permite comparar sus datos con los sistemas HIS, vigilancia epidemiológica y SIGA PpR, que desagregan la información del Callao de la de Lima.	Reportar los datos del Callao separados de los del departamento de Lima, en los informes de la ENDES.	La Coordinación Técnica debe coordinar con la DGPP e INEI la desagregación de los datos de la ENDES del Callao y de Lima.
10. El sistema SIGA no registra la asignación presupuestaria de la IPE correspondiente a las DISAS del departamento de Lima, que representan aproximadamente al 20% de las atenciones a nivel nacional.	Asegurar que la asignación presupuestaria correspondiente a las DISAS del departamento de Lima este incluida en los reportes SIGA.	La Coordinación Técnica debe coordinar con la OGPP del MINSA y la DGPP del MEF la inclusión de la información de las DISAS de Lima.
11. En los formatos de atención de los EESS existe data que no se procesa para generar indicadores para el seguimiento de la IPE.	Generar indicadores que relacionen las atenciones por IRAS y EDAS con la DCI.	La Coordinación Técnica debe coordinar con la OGEI del MINSA la generación de indicadores adicionales.
12. Se utiliza limitadamente la información del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad del Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN.	Promover el uso de la información del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad del SIEN.	La Coordinación Técnica debe asegurar las condiciones para el mejor aprovechamiento de la información del SIEN.
13. No se utiliza la información del Libro de Registro de Seguimiento de los EESS, ni el Código Único de Identidad-CUI del Padrón Nominado en el seguimiento	Usar el Código Único de Identidad-CUI del Padrón Nominado para el seguimiento individual de los niños y	La Coordinación Técnica y la DGSP deben promover el seguimiento longitudinal de los niños y niñas atendidos por IRAS y EDAS.

individual de niños y niñas atendidos por IRAS o EDAS.	niñas atendidos por IRAS o EDAS.	
14. No se genera información diferenciada por criterio de género, para determinar la existencia de discriminación por este criterio.	Generar datos con criterio de género.	La Coordinación Técnica debe asegurar en conjunto con la OGEI del MINSA el procesamiento de datos con criterio de género.
15. No existen mecanismos ni indicadores para el seguimiento y evaluación de los procesos de gestión administrativa del Estado relacionados a la IPE.	Incluir indicadores para seguimiento y evaluación de los procesos de gestión administrativa del Estado relacionados.	La OGPP del MINSA debe identificar e incluir indicadores respectivos, como parte del seguimiento de la IPE.
16. La información de la base de datos analítica del SIAF, así como la información del SIGA PpR, es usada limitadamente, por restricciones de acceso a la Base de datos analítica de programación (cubos) del software COGNOS.	Facilitar el acceso a la información de la Base de datos analítica de programación (cubos) del software COGNOS.	La OGPP del MINSA debe gestionar ante el MEF el acceso de la información actualizada a la Base de datos analítica de programación (cubos) del software COGNOS.
17. No se cumple con la normatividad sobre los reportes de seguimiento de los Programas Presupuestales, que establece la producción de seis informes al año (4 trimestrales y 2 semestrales).	Elaborar y difundir los reportes señalados de acuerdo a la normatividad de los PP.	La Coordinación Técnica debe asegurar la preparación y difusión de los reportes del PPAN/IPE.

BIBLIOGRAFÍA

Documentos oficiales

1. Ministerio de Salud. Doctrina, normas y Procedimientos para el Control de la Infección Respiratoria Aguda, Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma en menores de 5 años; 1999.
2. Ministerio de Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: Plan Operativo 2000; 2000.
3. Ministerio de Salud. La Salud Integral: Compromiso de Todos. El modelo de atención primaria. 2003; Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM.
4. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. 2004; Resolución Ministerial N° 751-2004-SA/DM que aprobó la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V1.
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño. 2006; Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA.
6. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y niño. 2006; Resolución Ministerial N° 291/2006.
7. Ministerio de Salud. Reglamento de Alimentación y Nutrición Infantil. 2006; Decreto Supremo N° 009-2006-SA.
8. Instituto Nacional de Informática y Estadística. Niveles diferenciales y factores determinantes en la transición de la mortalidad infantil en el Perú; 2008.
9. Ministerio de Salud. Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS. 2007; D.S. N° 004-2007-SA.
10. Ministerio de Salud. Directiva Administrativa para la implementación de flujograma de procesos de atención de afiliados del Seguro Integral de Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud. 2007; Resolución Ministerial N° 315-2007/MINSA.
11. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico N° 52 – 2007 DGE/MINSA; 2007.
12. Ministerio de Salud. Directiva Administrativa para la implementación de flujograma de procesos de atención de afiliados del Seguro Integral de Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud. 2007; Resolución Ministerial N°. 315-2007/MINSA
13. Ministerio de Economía y Finanzas. Guía metodológica para la programación presupuestaria estratégica; 2008.
14. Ministerio de Economía y Finanzas. Presupuesto por resultados. Conceptos y líneas de acción; 2008.
15. Ministerio de Salud. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explicitas. 2009; Decreto Supremo N° 016-2009-SA.
16. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 2010; Resolución Ministerial N° 990 - 2010/MINSA.
17. Ministerio de Economía y Finanzas. El SISFOH: Instrumento para Facilitar el Acceso de los Más Pobres al Aseguramiento Universal en Salud. Dirección General de Descentralización Fiscal y Asuntos Sociales; 2011.
18. Ministerio de Economía y Finanzas/GIZ. Avances al 2011. Reporte de Progreso en la obtención de Resultados de los Programas Presupuestales iniciados en el 2008; 2010.
19. Ministerio de Salud. Compendio de Definiciones de Casos de Enfermedades y Daños Sujetos a Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología; 2011.
20. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad; 2011.
21. Seguro Integral de Salud. Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de Atenciones Preventivas, Recuperativas y de Morbilidad en Zonas AUS- Perú; 2011.
22. Ministerio de Salud. Documento elaborado por el MINSA en respuesta al requerimiento de información sobre la IPE. 2012; 2011.

23. Ministerio de Economía y Finanzas. Anexo D. Información de los Programas presupuestales Para el año fiscal 2012; 2011.
24. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH “Metas de Focalización de Hogares en el marco del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2012”.2012; (DS N° 004-2012-EF).
25. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la Niñez en el Perú. OPS. 2010.
26. UNICEF: Situación de la infancia en el Perú; 2010.
27. Ministerio de Economía y Finanzas. DNPP. Guía metodológica para la programación y formulación de productos de los programas estratégicos utilizando el SIGA en el marco del PpR. 2012.
28. Ministerio de Economía y Finanzas. Directiva N° 001-2013-Ef/50.01. Directiva para los Programas Presupuestales en el marco de la programación y formulación del presupuesto del sector público para el año fiscal 2014.

Bibliografía nacional

1. Aguilar, R, Alvarado, G, Jiménez, F, Morales, R, Ocampo, C, Sato, A, y Cabrera, S. Infección respiratoria aguda (IRA) en niños de la consulta ambulatoria: Algunos aspectos epidemiológicos. Diagnóstico Perú 1987; 20.
2. Aguirre, E. y Dávila, M. Atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia en el Perú, Noticias sobre AIEPI. 1999; págs.: 18-19.
3. Monge, A, Vásquez, E y Winkelried D. ¿Es el gasto público en programas sociales regresivo en el Perú? Universidad del Pacífico. CIES; 2009.
4. Figueroa, D. Situación de la salud infantil en el Perú. AIEPI. Instituto Nacional de Salud del Niño; 2009.
5. Miranda J, Huamaní R, Ordoñez K, Campos M y Campos C. Manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños hospitalizados en el Hospital III Grau EsSalud. Acta Med Per 2011; 28(2):146-49.
6. Ochoa T, Vacuna contra neumococo. Diagnóstico.2012; 49(3).
7. Pereyra H. Los 10 años del Atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia en el Perú 2007. OPS; 2007.
8. Ricse, C. La desnutrición infantil en el Perú. Inversión en la Infancia; 2012.

Bibliografía internacional

1. Benguigui Y, Valenzuela C. Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños de América Latina y el Caribe. OPS-OMS, Washington. 1998; 56-68.
2. Benguigui Y. Prioridades en la salud infantil. Noticias sobre Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 1998 – 1999; 25(2): 5-6.
3. Carreras L, Echevarría J, Diéguez N. Neumonía adquirida en la comunidad. Acta Médica. 2000; 91(1-2): 22-28.
4. Chekley W, Epstein L, Gilman R, Cabrera, R. Effects of acute diarrhea in linear growth in Peruvian children. Am. J. Epidemiol. 2003 January 15; 157(2):166-175.
5. Chekley W. Effects of cryptosporidium parvum infection in peruvian children: Growth faltering and subsequent catch – up growth. Am. J. Epidemiol. 1998; 148(5):407-506.
6. Campos, F. Vacuna contra Rotavirus. Diagnóstico. 2010; 49(3).
7. Martorell, R. Interrelationships between Diet, Infectious Disease, and Nutritional Status. New York: AcademicPress. 1980.
8. Molbak, K. Cryptosporidium infection infancy as a cause of malnutrition: a community study from Guinea Bissau, West Africa. Am. J. Clin. Nutrit. 1997; 65 (1): 149 – 52.
9. Mulholland L, Weber M. Reconocimiento de causa y síntomas de la neumonía. Noticias sobre Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 1998; 25 (2):3-4.
10. Nyquist AC, González R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections and bronchitis. JAMA. 1998; 279(11):875-7.
11. Prieto M E, Russ G, Reitor L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(2):160-64.

12. Schwartz B, Mainous AG, Marcy SM. Why do physicians prescribe antibiotics for children with upper respiratory tract infections. *JAMA*. 1998; 279(11):881-2.
13. Scrimshaw, N. S., Taylor, C. E. & Gordon, J. E. Interactions of nutrition and infection. *Am. J. Med. Sci.* 1959; 237: 367-372.
14. Scrimshaw, N.S. Effect of infection on nutrient requirements. *Am. J. Clin. Nutrit.* 1977; 30(9):1536-1544.
15. UNICEF. Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. *Policyreview*; 1990.
16. UNICEF and The World Bank. Background Papers, World Bank/UNICEF Nutrition Assessment. New York-Washington DC; 2002.
17. World Health Organization Geneva. The Interagency Working Group on IMCI Monitoring and Evaluation (BASICS, CDC, UNICEF, USAID, WHO). *Indicators for IMCI at First Level Facilities and Households*; 1999.

Bibliografía revisada para las evidencias

1. Coronel, C. Problemas identificados en el manejo de la enfermedad diarreica aguda. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(4):340-45.
2. Anders, E, and Wall, S. Indoor Air Pollution A Poverty-Related Cause of Mortality Among the Children of the World. *Chest*. 2007; 132: 1615-623.
3. Espinoza, R., P. Ocampo, and J. Quiroz. Tipo de lactancia y su relación con el patrón de crecimiento y frecuencia de infección respiratoria y enfermedad diarreica agudas. *Archivos de Medicina Familiar*. 2005; 7(2): 49-53.
4. Grant, C, Wall C, Gibbons M, Morton S, Santosham M, and Black R. Child Nutrition and Lower Respiratory Tract Disease Burden in New Zealand: A Global Context for a National Perspective. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2011; 47(8): 497-504.
5. Guarino, A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra H, Shamir R, and Szajewska H. European Society for Paediatric, Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. *JPGN*. 2008; 46:81-122.
6. Gutiérrez, P., Polanco, I, Salazar, E. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: Un enfoque basado en la evidencia Guía de práctica clínica Ibero-Latinoamericana. *Anales De Pediatría*. 2010; 72(3).
7. Hernández, F et al. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: comportamiento de algunos factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000; 16(2): 129-33.
8. Kristensen, IA, and J. Olsen. Determinants of Acute Respiratory Infections in Soweto—a Population-based Birth Cohort. *South African Medical Journal*. 2006; 96(7): 633-40.
9. Lukacik, Marek, and Ronald L. Thomas. A Meta-analysis of the Effects of Oral Zinc in the Treatment of Acute and Persistent Diarrhea. *Pediatrics*. 2008; 121: 326-36.
10. Rodríguez, L, et al. Malnutrition and Gastrointestinal and Respiratory Infections in Children: A Public Health Problem. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2011(8): 1174-205.

RELACIÓN DE ANEXOS

ANEXO 1: Informe de trabajo de campo	118
ANEXO 2: Fichas de información de los productos de la IPE	149
ANEXO 3: Procesos y cronograma de la EDEP	153
ANEXO 4: Informe Corto	154
ANEXO 5: Fichas técnicas de los indicadores	162
ANEXO 6: Metas físicas de la IPE por departamento. 2010-2013	164
ANEXO 7: Atenciones por IRAS y EDAS por departamento 2007-2012	168
ANEXO 8. Presupuesto asignado y ejecutado por productos de la IPE	199
ANEXO 9: Presupuesto de la IPE por genéricas	210
ANEXO 10: Presupuesto de la IPE por fuentes de financiamiento	212
ANEXO 11: Gasto por producto de la IPE por departamento. 2009-2012	220
ANEXO 12: Organigrama del MINSA	233

ANEXO 1: INFORME DE TRABAJO DE CAMPO

El presente informe recoge los resultados del trabajo de campo realizado en tres ámbitos regionales: Ayacucho, Loreto y Piura, entre los días 4 al 15 de febrero de 2013. El objetivo del trabajo de campo estuvo enfocado a evaluar la implementación y resultados de la atención de IRAS y EDA en el contexto del PPAN, en el nivel de la DIRESA/DISA y EESS. Los objetivos específicos fueron:

- Conocer y analizar información sobre el proceso de programación física (metas físicas) y presupuestal (metas financieras) de la DIRESA/DISA (Unidad Ejecutora) y EESS.
- Conocer y analizar los resultados de la implementación de la atención IRA y EDA en la DIRESA, Unidad Ejecutora y Establecimientos de Salud
- Conocer y analizar el seguimiento y la evaluación de la atención de IRAS y EDAS en la DIRESA, Unidad Ejecutora y Establecimiento de Salud.

La calificación de las prácticas de gestión de la atención de IRAS y EDAS en el contexto del PPAN es un insumo fundamental para la preparación del segundo informe de la evaluación independiente de la atención de IRAS y EDAS. Los resultados identifican áreas específicas donde es conveniente hacer mejoras, así como la existencia de “buenas prácticas” que es necesario consolidar.

METODOLOGÍA

La evaluación se efectuó en base a dos cuestionarios estandarizados preestablecidos¹⁰⁷, uno con tres ámbitos de análisis, que se aplicó a nivel de DIRESA/DISA y otro con seis ámbitos de análisis aplicado a nivel de dos Establecimientos de Salud (EESS). Cada uno de los ámbitos tiene 5 temas de análisis.

Calificación

La calificación aplicó una escala numérica del 1 al 5, donde 5 es el nivel más alto y corresponde a la “buena práctica” y el nivel 1 se aplica en las situaciones donde no existe ninguna acción en el tema analizado. Esta calificación estandarizada facilita realizar la comparación de las prácticas observadas entre las regiones visitadas¹⁰⁸.

Escala	Interpretación
1	No existe ninguna acción en el tema evaluado.
2	Acciones incipientes o fragmentadas.
3	Acciones adecuadas pero solo para algunos componentes.
4	Acciones implementadas plenamente.
5	Acciones plenamente implementadas e institucionalizadas.

Aplicación del cuestionario

Se aplicó el cuestionario en reuniones con los funcionarios de las áreas técnicas y administrativas de las DIRESAS/DISAS y dos EESS, uno con hospitalización y un centro de salud, lo que se complementó con visitas físicas a los diversos ambientes de las instituciones evaluadas y revisión de la información disponible, solicitada al momento de la evaluación.

¹⁰⁷Los cuestionarios fueron adaptados del modelo genérico elaborado por el MEF para el trabajo de campo.

¹⁰⁸Si bien las visitas para los centros de salud y hospitales visitados carecen de representatividad estadística (representan el 0,001 del universo), los datos tienen mayor representatividad a nivel de las DIRESAS, donde las tres DIRESAS visitadas representan al 12% del universo.

Trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado en los tres departamentos seleccionados previamente en coordinación con el MEF, en los que se cumplió las entrevistas en los niveles acordados en el plan de trabajo. La visita de campo en Loreto fue acompañada por una funcionaria del MEF/UCPS al nivel del Centro de Salud, Hospital y parcialmente en la DIRESA, pero no se contó con la participación del personal del MINSA.

Gracias al trabajo previo efectuado en el Instituto Nacional del Niño de Lima, se pudo ajustar el cuestionario originalmente establecido, al identificarse nuevas áreas de interés que necesitaban ser definidas en el trabajo de campo.

La metodología se cumplió con limitaciones, no hubo posibilidad de establecer contacto previo con los lugares de visita, debido a que los contactos con los coordinadores locales del PpR solo estuvieron disponibles en el mismo día de la visita. Esto dificultó el trabajo previo de recolección de información para una mejor focalización de las entrevistas, pero las visitas se cumplieron de acuerdo a lo programado, excepto en Piura, donde el personal de salud se encontraba en huelga y tuvo que cambiarse el hospital seleccionado inicialmente.

La revisión de los resultados preliminares pudo efectuarse de manera adecuada en Ayacucho con la residente responsable del PpR/MEF, pero no se recibieron aportes o comentarios de los responsables del PpR/MEF de Loreto y Piura.

A pesar que por el pequeño tamaño de la muestra, los resultados no tiene valor estadístico, la gran similitud de los resultados confiere mayor validez a los hallazgos de la evaluación.

Evaluación a nivel de las DIRESAS

La evaluación en este nivel consideró tres áreas:

1. Programación física (Metas físicas)
2. Programación presupuestaria (Metas financieras)
3. Seguimiento y evaluación

1. Programación física (Metas físicas)

La programación de metas físicas responde a lo establecido en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP de la IPE/PPAN al nivel de productos y subproductos de la IPE, pero no se definen metas sobre el número de niños niñas con IRAS y EDAS a ser atendidos, que constituyen las actividades de la IPE. No se encontró metas sobre reducción de la DCI que es el resultado final de la IPE. El padrón nominado tiene diferentes niveles de desarrollo (significativamente mayor en Ayacucho), pero no se utiliza para la programación ni seguimiento de casos en relación a la IPE.

2. Programación presupuestaria (Metas financieras)

Todas las respuestas coinciden en que la programación presupuestaria tiene una participación activa de los niveles interesados, que se efectúa en base a las necesidades identificadas en lista de bienes y servicios. Se reconoce que las asignaciones de personal no son específicamente para la IPE, sino que se establecen en base a las necesidades de personal de los EESS. También fue unánime la información que en el 2011 y 2012 hubo retrasos considerables en el cumplimiento del cronograma establecido debido a la falta de disponibilidad de la lista de bienes y servicios y por problemas en el funcionamiento del SIGA PpR.

3. Seguimiento y evaluación

Las unidades de estadística disponen de la información del número de casos atendidos de IRAS y EDAS, simples y con complicaciones en menores de 5 años de edad, en base al HIS y a la vigilancia epidemiológica. También existen datos del SIEN, con información detallada del estado nutricional de los niños y niñas atendidos, pero en ningún caso fue posible obtener reportes analíticos de la información y/o de las medidas tomadas en relación al cumplimiento de las metas.

El análisis de la ejecución presupuestaria fue reportado como adecuado en el SIGA y el SIAF, pero se mencionó la falta de disponibilidad oportuna a la Base de datos analítica de programación (cubos) con información, por lo que en Loreto se aplica una matriz en Excel y se hace un análisis detallado cada 15 días. El seguimiento de los estoques de medicamentos, materiales y equipos es adecuado en el almacén de las DIRESAS (DIREMID) y se efectúa en una base computarizada, además el personal conoce sus necesidades, consumo y estoques.

Evaluación a establecimientos de salud: Hospitales y Centros de Salud

La evaluación se efectuó abarcando las seis áreas del cuestionario establecido:

1. Programación física (Metas físicas)
2. Programación presupuestaria (Metas financieras)
3. Normatividad
4. Atención de casos
5. Suministros
6. Seguimiento y evaluación

1. Programación física (Metas físicas)

La programación de metas físicas responde a lo establecido en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP de la IPE/PPAN al nivel de productos y subproductos de la IPE, Todos los EESS programan metas sobre el número de casos a ser atendidos, en base a las DOCP, pero en ningún caso se encontró una estimación del número de niños/niñas con IRAS y EDAS a ser atendidos. No se encontró metas de reducción de la DCI que es el resultado final de la IPE, lo que es explicado en el nivel de los hospitales por la falta de una población fija.

El padrón nominado no es aplicado en los hospitales debido a su población flotante, que incluye a veces niños y niñas provenientes de otros distritos o provincias.

2. Programación presupuestaria (Metas financieras)

Se encontró en general un menor nivel de participación del nivel directivo en la programación presupuestaria, función que es asumida por un responsable, quien establece los lazos entre los diversos niveles involucrados. La programación se efectúa de acuerdo a las necesidades identificadas en la lista de bienes y servicios. Las asignaciones de personal responden a las necesidades generales de personal de los EESS y no se relacionan necesariamente a los objetivos de la IPE. Al igual que en las DIRESAS, se menciona los retrasos y dificultades experimentados en el 2011 y 2012 para cumplir el cronograma establecido, lo que se atribuye a problemas en la DIRESA.

3. Normatividad

En general se conoce bien las DOCP de la IPE/PPAN, pero hay un desconocimiento general del marco lógico y de la matriz lógica de la IPE. Las normas de atención de niños y niñas y de IRAS y EDAS y de CRED se conocen y se aplican adecuadamente, a pesar que en la atención prevalece la experiencia personal del profesional tratante. En ninguno de los EESS visitados se conocía la existencia de las normas del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad-MAIS BFC, que define los mecanismos de seguimiento en el nivel de la familia y comunidad, que tienen un gran potencial para establecer el nexo entre la atención de casos de IRAS y EDAS en los EESS y su seguimiento nutricional posterior.

4. Atención de casos

Las limitadas observaciones sobre la atención de casos permiten concluir que los caso de IRAS y EDAS reciben una atención de acuerdo a las normas del MINSA. Sin embargo, el personal de atención no considera que un importante objetivo de la atención sea la prevención de la desnutrición en los niños y niñas menores de 3 años atendidos, lo que no vincula la atención prestada con el objetivo final de la IPE.

5. Suministros

La verificación de la lista de insumos muestra que la gran mayoría está disponible, pero se han encontrado algunas incluyendo antibióticos. Hay precariedad de equipos de antropometría, que están disponibles en los consultorios CRED, pero no existen en la mayoría de los consultorios de atención de casos y algunos tallímetros infantiles están en pésimas condiciones. Llama la atención la falta de vacunas infantiles al momento de la visita y también de los reportes verbales de importantes periodos de carencia en el año 2012, incluyendo a las vacunas contra el neumococo y rotavirus.

6. Seguimiento y evaluación

Esta es el área con mayores limitaciones. Si bien en todos los EESS visitados se procesan los datos de los sistemas de información establecidos por el MINSA, SIS y el INS: HIS, vigilancia epidemiológica, SIA SIS y SIEN, cada sistema es manejado independientemente, sin integrar o complementar la información en función de la IPE. Aunque en algunos EESS se ha encontrado elementos de una Sala de Situación que incluyen algunos de los indicadores de la IPE, generalmente en base a la información de vigilancia epidemiológica, no existe una vinculación con la gestión de la productos de la IPE, con lo que la información pierde su valor estratégico de gestión. Esto impide también la apropiación y socialización de la información y su alineamiento con los objetivos de la IPE.

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

DIRESA HUAMANGA, 4 Y 5 DE FEBRERO DE 2013

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Definición de metas físicas por Redes y Micro redes de los productos y subproductos de la IPE.	4	Adecuado, en base al histórico de casos atendidos.
2	Definición de metas físicas por EESS de las actividades de la IPE.	1	No se programa la atención de niños o niñas con IRAS o EDAS
3	Existencia de padrón actualizado de EESS codificado por RENAES.	5	Actualizado y completo.
4	Uso de padrón nominado de beneficiarios menores de 5 años de edad para establecer las metas físicas.	1	El padrón nominado no se usa para la programación de metas físicas.
5	Programación de distribución de insumos críticos.	4	En base al consumo anual de Redes y microredes.
Promedio	3.0		

2. PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Nivel de participación de las DISAS, Redes, Microredes y EESS en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	3	Activa, con diferente nivel de interés.
2	Criterios para la distribución del presupuesto de la IPE entre DISAS, Redes y EESS.	3	Según cuadro de necesidades elaborado por DISAS.
3	Uso de la lista de bienes y servicios actualizada.	2	Limitadamente por retrasos en disponibilidad de lista.
4	Criterios para asignación de RRHH contratados.	2	Se efectúa en el contexto amplio del PPAN y no de la IPE.
5	Aplicación del SIGA PpR.	3	Limitado por problemas del software.
Promedio	2.6		

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de las metas físicas de atención de DISAS, Redes y Microredes.	3	Limitado, en base a datos del HIS. SE elaboran reportes anuales.
2	Seguimiento de la situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	3	Limitada, en base al SIEN, demoras de 2-3 meses.
3	Uso del padrón nominado para seguimiento de metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	1	No se aplica.
4	Seguimiento y análisis de la ejecución presupuestal	4	Se cumple adecuadamente.
5	Seguimiento de insumos en almacén y uso de SIGA Logístico y SIGA Patrimonio.	3	Adecuado control de insumos, pero no identifica fuente financiamiento. Uso adecuado de SIGA Logístico y de SIGA Patrimonio.
Promedio	2.8		

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Programación de metas físicas de reducción de la DCI.	2	Se efectúa, pero no tiene una población fija asignada.
2	Programación de metas físicas de atención de los productos y subproductos IRAS y EDAS.	4	Se programa las metas por productos y subproductos.
3	Programación de metas físicas de las actividades de IRAS y EDAS.	1	No se programa la atención de niños y niñas con IRAS y EDAS.
4	Programación de recursos humanos de la IPE	3	Se programa como PAN, no específicamente para la IPE.
5	Programación de equipos e insumos críticos para la atención de IRAS y EDAS.	3	Basada en consumo mensual, a cargo de la DIREMID.
Promedio	2.6		

2. PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de la programación presupuestaria del PPAN.	3	Adequado en el nivel técnico.
2	Participación en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	4	Activa, tiene equipo PpR.
3	Asignación del presupuesto de la IPE entre los productos y subproductos de la IPE.	3	Solo a nivel de productos.
4	Programación en el SIGA PpR.	3	Retrasado por convocatoria tardía de la DIRESA.
5	Aplicación del SIGA logístico y SIGA patrimonio.	2	Limitado.
Promedio	3.0		

3. NORMATIVIDAD			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN 2012.	3	Se conoce y aplica para la programación física de productos y subproductos.
2	Conocimiento del Marco Conceptual y Matriz Lógica del PPAN.	1	No se conocen.
3	Conocimiento de Normas de Atención de Salud del Niño y Niña y de Guía de Atención de casos de IRAS y EDAS	4	Se conocen adecuadamente.
4	Conocimiento de las Normas de CRED en los niños y niñas con IRA/EDA	3	Se conocen limitadamente en la relación de IRAS y EDAS con el CRED.
5	Conocimiento de las normas del MAIS orientado a la familia y comunidad	1	No se conocen ni aplican.
Promedio	2.4		

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

4. ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Atención de casos según las normas de atención de IRA y EDA.	3	Personal de atención las conoce pero usa su criterio y experiencia.
2	Manejo nutricional del niño o niña con IRA o EDA	3	Se efectúa en atención de CRED, aislado de la atención de IRAS y EDAS
3	Manejo de IRAS y EDAS en el marco del CRED.	3	Niños con IRAS y EDAS en consulta CRED son enviados para atención médica.
4	Seguimiento de los niños/niñas con IRA o EDA en el hogar.	2	No se efectúa, está a cargo de los CS y PS.
5	Acciones educativas en la comunidad sobre DCI, IRAS y EDAS.	2	Limitadas acciones, no focalizadas en niños atendidos por IRAS o EDAS.
Promedio	2.6		

5. SERVICIOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Disponibilidad de insumos y medicamentos críticos	4	Disponibles en 85%, se adquieren con diversas fuentes.
2	Disponibilidad de consultorios y capacidad resolutiva.	3	Limitaciones para atender demanda.
3	Disponibilidad de equipos (en consultorio de atención de IRAS y EDAS).	2	Falta infantómetro, balanza y pantoscopio en consultorios de atención.
4	Disponibilidad de RRHH para la atención de IRAS y EDAS.	3	Limitados para demanda, cambios continuos afectan resultados.
5	Disponibilidad de RRHH para la atención y/o consejería nutricional.	2	Limitado.
Promedio	2.8		

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	3	Se efectúa por la sección de estadística. Los casos de IRAS y EDAS hospitalizados solo se registran en H.C.
2	Seguimiento de metas del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	3	Se efectúa por el SIVAN, como datos, no se activa mecanismos de gestión sobre metas.
3	Uso del padrón nominado de menores de 5 años para el seguimiento nutricional de casos de IRA y EDA.	1	No se procesa la información de casos de IRAS o EDAS atendidos en el padrón nominado.
4	Informes de seguimiento de las metas físicas de atención de casos de IRAS y EDAS.	3	Mensualmente como atenciones por los sistemas HIS, SIA SIS y NOTIS y semestralmente para la DISA.
5	Sala de situación relacionada al PPAN/IPE.	2	No existe sala de situación con datos de la IPE.
Promedio	2.4		

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

A. DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRÍTICOS ALMACÉN: 1 MES/EESS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	49570007	Algodón hidrófilo	✓		
2	49570035	Jeringas descartables	✓		
3	49570028	Guante para examen descartable	✓		
4	13920010	Jabón líquido		✓	
5	13920016	Papel toalla		✓	
6	49570011	Bajalengua de madera pediátrica	✓		
7	50110004	Bolsa de polietileno	✓		
8	13500019	Hisopos	✓		
9	49570025	Espasadrapo antialérgico	✓		
10	51200015	Frascos para uso en laboratorio	✓		
11	51200018	Laminas y laminillas de laboratorio	✓		
12	16990043	Vaso descartable	✓		
13	583600220043	Clorhexidina 5 G/100ml x 1 L	✓		

B. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS CRÍTICOS FARMACIA: 1 MES					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	580700090008	Ampicilina sódica 1 gr inyectable con diluyente	✓		
2	580700010002	Amoxicilina 250 mg/5ml suspensión x 60 ml	✓		
3	580900040004	Gentamicina sulfato iny. X (40 u 80 mg amp)	✓		
4	580700117003	Bencilpenicilina sódica 1 gr iny 1 millón UI con diluyente	✓		
5	581300030009	Sulfametoxasol + trimetropin 200 mg + 40 mg/5ml x 60 ml	✓		
6	581500070006	Furazolidona 50 mg/5ml x 120 ml	✓		
7	585100070011	Dextrosa 5% AD x 1000 ml (5mg/100 ml iny 1 lt)	✓		
8	585100130001	Sales de rehidratación oral 27.9 gr	✓		
9		Todas las vacunas	✓		

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

C. DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS EN CONSULTORIOS ATENCIÓN IRAS EDAS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	602208560009	Balanza pediátrica de sobremesa o similar		✓	Solo consultorio CRED
2	602200000001	Infantómetro		✓	Solo consultorio CRED
3	602282380022	Tallímetro de madera móvil pediátrico	✓		
4	536451900003	Mesa de examen pediátrico	✓		
5	532289980002	Pantoscopio pediátrico		✓	
6	495100060024	Estetoscopio clínico pediátrico	✓		Mala calidad de estetoscopios marca Restar.
7	495100100001	Termómetro clínico oral		✓	
8	602287620013	Tensiómetro aneroide pediátrico		✓	
9	536430960001	Coche metálico para curaciones	✓		
10	532271820003	Lámpara cuello de ganso de pie o similar	✓		
11	536484270004	Negatoscopio de 1 cuerpo o similar (EESS I.3 o superior)	✓		
12	532255710001	Equipo nebulizador	✓		Sala emergencia
13	536404310004	Balón de oxígeno de 10 m3	✓		Sala emergencia
14	532288390007	Oxímetro de pulso digital o similar	✓		Sala emergencia

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD SOCOS – HUAMANGA

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Programación de metas físicas de reducción de la DCI.	3	Existen metas anuales.
2	Programación de metas físicas de atención de los productos y subproductos IRAS y EDAS.	4	Se programa metas mensuales para los productos y subproductos.
3	Programación de metas físicas de las actividades de IRAS y EDAS.	1	No se programa la atención de niños y niñas con IRAS y EDAS.
4	Programación de recursos humanos para la atención de IRAS y EDAS.	3	Se programan solo como PPAN.
5	Programación de equipos e insumos críticos para la atención de IRAS y EDAS.	4	Registros actualizados y conocimiento de consumo mensual.
Promedio	2.8		

2. PROGRAMACION PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de la programación presupuestaria del PPAN.	4	Adecuado conocimiento, capacitación por la DIRESA.
2	Participación en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	3	Convocados solo al final del año.
3	Asignación del presupuesto de la IPE entre los productos y subproductos de la IPE.	3	Se programa según necesidades.
4	Programación en el SIGA PpR.	1	No aplican el SIGA PpR.
5	Programación de los recursos humanos de la IPE	2	Se programa según las necesidades del C.S, no de la IPE.
Promedio	2.6		

3. NORMATIVIDAD			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN/IPE 2012.	3	Se conoce adecuadamente.
2	Conocimiento del Marco Conceptual y Matriz Lógica del PPAN.	2	Solo se conoce el modelo lógico.
3	Conocimiento de las Normas de Atención de Salud del Niño y Niña y de la Guía de Atención de casos de IRAS y EDAS	4	Se conocen adecuadamente.
4	Conocimiento de las Normas de CRED en los niños y niñas con IRA/EDA	4	Se conocen adecuadamente en la relación de IRAS y EDAS con el CRED.
5	Conocimiento de las normas del MAIS orientado a la familia y comunidad	1	No se conocen ni aplican.
Promedio	2.8		

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD SOCOS - HUAMANGA

4. ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Atención de casos según las normas de atención de IRA y EDA.	4	Personal de atención los conoce y aplica.
2	Manejo nutricional del niño o niña con IRA o EDA	4	Se maneja en estrecha coordinación entre la atención de Casos y CRED
3	Manejo de la atención de IRAS y EDAS en el marco del CRED.	4	Los niños con IRAS y EDAS en consulta CRED reciben atención de inmediato.
4	Seguimiento de los niños/niñas con IRA o EDA en el hogar.	4	Se efectúa adecuadamente.
5	Acciones educativas en la comunidad sobre DCI, IRAS y EDAS.	4	Plan de trabajo de promoción de la salud a nivel de la comunidad.
Promedio	4.0		

5. SERVICIOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Disponibilidad de insumos y medicamentos críticos	5	Disponibles, no se conoce financiamiento.
2	Disponibilidad de consultorios y capacidad resolutiva.	4	Consultorios adecuados
3	Disponibilidad de equipos (en consultorio de atención de IRAS y EDAS).	3	Cuentan con balanza, falta pantoscopio en consultorios de atención.
4	Disponibilidad de RRHH para la atención de casos.	3	Médico, enfermeras y Serumista, rotaciones frecuentes.
5	Disponibilidad de RRHH para la atención y/o consejería nutricional.	3	Enfermera capacitada.
Promedio	3.4		

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de las metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	3	Se efectúa en base a datos de vigilancia epidemiológica.
2	Seguimiento de metas del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	2	Se efectúa por el SIVAN, se usan como datos de estadística.
3	Uso del padrón nominado de menores de 5 años para el seguimiento nutricional de casos de IRA y EDA.	1	No se registra ni procesa la información de casos de IRAS o EDAS atendidos en el padrón nominado.
4	Informes de seguimiento de las metas físicas de atención de casos de IRAS y EDAS.	3	Mensualmente por los sistemas HIS, SIA SIS y NOTIS y semestralmente para la DISA Huamanga, mas como producción de atenciones.
5	Sala de situación relacionada al PPAN/IPE.	4	Existe sala de situación con datos de la IPE en base a reportes de epidemiología.
Promedio	2.6		

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD SOCOS - HUAMANGA

A. DISPONIBILIDAD MÍNIMA INSUMOS CRÍTICOS: 1 MES					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	49570007	Algodón hidrófilo	✓		
2	49570035	Jeringas descartables	✓		
3	49570028	Guante para examen descartable	✓		
4	13920010	Jabón de tocador líquido	✓		
5	13920016	Papel toalla	✓		
6	49570011	Bajalengua de madera pediátrica	✓		
7	50110004	Bolsa de polietileno	✓		
8	13500019	Hisopos	✓		
9	49570025	Espasadrapo antialérgico	✓		
10	51200015	Frascos para uso en laboratorio	✓		
11	51200018	Laminas y laminillas de laboratorio	✓		
12	16990043	Vaso descartable	✓		
13	583600220043	Clorhexidina 5 G/100ml x 1 L	✓		

B. DISPONIBILIDAD MÍNIMA DE MEDICAMENTOS CRÍTICOS: 1 MES/EESS; 3 MESES/DISA					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	580700090008	Ampicilina sódica 1 gr inyectable con diluyente	✓		
2	580700010002	Amoxicilina 250 mg/5ml suspensión x 60 ml	✓		
3	580900040004	Gentamicina sulfato iny. X (40 u 80 mg amp)	✓		
4	580700117003	Bencilpenicilina sódica 1 gr iny 1 millón UI con diluyente	✓		
5	581300030009	Sulfametoxasol + trimetropin 200 mg + 40 mg/5ml x 60 ml	✓		
6	581500070006	Furazolidona 50 mg/5ml x 120 ml	✓		
7	585100070011	Dextrosa 5% AD x 1000 ml (5mg/100 ml iny 1 lt)	✓		
8	585100130001	Sales de rehidratación oral 27.9 gr	✓		
9		Vacunas pediátricas	✓		

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD SOCOS - HUAMANGA

C. DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS CRÍTICOS EESS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	602208560009	Balanza pediátrica de sobremesa o similar	✓		Solo sala CRED, funciona con defecto
2	602200000001	Infantómetro	✓		Solo sala CRED
3	602282380022	Tallímetro de madera móvil pediátrico	✓		
4	536451900003	Mesa de examen pediátrico con tallímetro o similar	✓		
5	532289980002	Pantoscopio pediátrico	✓		
6	495100060024	Estetoscopio clínico pediátrico	✓		
7	495100100001	Termómetro clínico oral	✓		
8	602287620013	Tensiómetro aneroide pediátrico		✓	
9	536430960001	Coche metálico para curaciones	✓		
10	532271820003	Lámpara cuello de ganso de pie o similar	✓		
11	536484270004	Negatoscopio de 1 cuerpo o similar (EESS I.3 o superior)		✓	
12	532255710001	Equipo nebulizador	✓		
13	536404310004	Balón de oxígeno de 10 m3	✓		
14	532288390007	Oxímetro de pulso digital o similar		✓	

EVALUACIÓN DE LA IPE EN LA DIRESA LORETO, 14 Y 15 DE FEBRERO DE 2013

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Definición de metas físicas por Redes y Microredes de los productos y subproductos de la IPE.	4	En base al histórico de casos atendidos. Tiene 355 EESS, incluyendo 33 CLAS. Tiene 14 equipos AISPED.
2	Definición de metas físicas por EESS de las actividades de la IPE.	1	No se efectúa la programación según las actividades de la IPE.
3	Existencia de padrón actualizado de EESS codificado por RENAES.	5	Actualizado según RENAES, SIS y HIS.
4	Uso de padrón nominado de beneficiarios menores de 5 años de edad para establecer las metas físicas.	1	Existe padrón nominado, pero no se usa en definición ni seguimiento de metas.
5	Programación de distribución de insumos críticos.	4	En base a la programación de consumo de Redes y microredes.

Promedio 3.0

2. PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Nivel de participación de las DISAS, Redes, Microredes y EESS en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	3	Participación activa, coordinada por la DIRESA.
2	Criterios para la distribución del presupuesto de la IPE entre DISAS, Redes y EESS.	3	Específicas de gasto definidas por ejecutoras.
3	Uso de la lista de bienes y servicios actualizada.	2	Retraso en disponibilidad de lista para 2013. Limitaciones a nivel DIRESA por bajas asignaciones en PIA (S/ 6 mil).
4	Criterios para asignación de RRHH contratados.	3	Según las necesidades definidas por DISAS y REDES, en algunos casos contratos como locación de servicios.
5	Aplicación del SIGA PpR.	4	Adecuado.

Promedio 3.0

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de las metas físicas de atención de DISAS, Redes y Microredes.	4	Activa en base a datos de vigilancia epidemiológica.
2	Seguimiento de la situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	3	En base a datos registrados por el SIEN. Limitaciones en trabajo de estadística.
3	Uso del padrón nominado para seguimiento de metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	1	No se usa el padrón como fuente de información de casos atendidos.
4	Seguimiento y análisis de la ejecución presupuestal	5	Se cumple cada 15 días en base a tabla dinámica creada para este propósito. En 2012 hubo 300 notas modificatorias.
5	Seguimiento de insumos de la IPE en almacén y uso de SIGA Logístico y SIGA Patrimonio.	3	Adecuado seguimiento de insumos pero desconocimiento de fuente de financiamiento. SIGA Patrimonio no identifica fuente.

Promedio 3.2

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO DE LORETO

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Programación de metas físicas de reducción de la DCI.	2	No tiene una población fija, se atiende a la demanda. Difícil fijar metas.
2	Programación de metas físicas de atención de los productos y subproductos IRAS y EDAS.	4	Existe programación por metas de productos y subproductos.
3	Programación de metas físicas de las actividades de IRAS y EDAS.	1	No se programa al nivel de actividades de la IPE.
4	Programación de recursos humanos de la IPE	3	Se asignan integralmente por Programa Presupuestal.
5	Programación de equipos e insumos críticos para la atención de IRAS y EDAS.	3	En base al consumo, la mayoría son proporcionados por el SIS.
Promedio	2.6		

2. PROGRAMACION PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de la programación presupuestaria del PPAN.	3	Tiene una persona encargada del PPR.
2	Participación en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	4	Activa según la programación de la DIRESA. Mucha expectativa pero limitados recursos.
3	Asignación del presupuesto de la IPE entre los productos y subproductos de la IPE.	3	Hasta el nivel de productos.
4	Programación en el SIGA PpR.	3	Limitado por convocatoria tardía de la DIRESA.
5	Aplicación del SIGA logístico y SIGA patrimonio.	3	Adequado del SIGA logístico y limitado del SIGA patrimonio.
Promedio	3.2		

3. NORMATIVIDAD			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN 2012.	3	Se conocen y aplican en la programación.
2	Conocimiento del Marco Conceptual y Matriz Lógica del PPAN.	1	No se conocen.
3	Conocimiento de Normas de Atención de Salud del Niño y Niña y de Guía de Atención de casos de IRAS y EDAS	4	Muy buen conocimiento. Reciente capacitación en IRAS.
4	Conocimiento de las Normas de CRED en los niños y niñas con IRA/EDA	3	Se conocen y aplican.
5	Conocimiento de las normas del MAIS orientado a la familia y comunidad	1	No son conocidos.
Promedio	2.4		

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO DE LORETO

4. ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Atención de casos según las normas de atención de IRA y EDA.	3	Personal de atención las conoce pero usa su criterio y experiencia. Reciente capacitación en atención de IRAS.
2	Manejo nutricional del niño o niña con IRA o EDA	3	Se efectúa como parte del CRED.
3	Manejo de IRAS y EDAS en el marco del CRED.	3	Niños con IRAS y EDAS detectados son derivados para atención en consultorios o emergencia.
4	Seguimiento de los niños/niñas con IRA o EDA en el hogar.	1	No se efectúa el seguimiento nutricional fuera del hospital.
5	Acciones educativas en la comunidad sobre DCI, IRAS y EDAS.	2	Limitadas acciones, efectuadas por personal de promoción de la salud.
Promedio		2.6	

5. SERVICIOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Disponibilidad de insumos y medicamentos críticos	3	Disponibles en 95%, no se conoce fuente.
2	Disponibilidad de consultorios y capacidad resolutiva.	3	Limitaciones para atender demanda.
3	Disponibilidad de equipos (en consultorio de atención de IRAS y EDAS).	2	Falta infantómetro, balanza y pantoscopio, inclusive en la URO.
4	Disponibilidad de RRHH para la atención de IRAS y EDAS.	3	La demanda muchas veces supera la capacidad de atención.
5	Disponibilidad de RRHH para la atención y/o consejería nutricional.	4	Cuentan con adecuada asignación para control CRED.
Promedio		3.0	

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	3	Estadística emite informes de IRAS y EDAS agrupados en menores de 11 años de edad.
2	Seguimiento de metas del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	3	Se registran los datos en el SIVAN, pero no se procesan como indicadores de gestión.
3	Uso del padrón nominado de menores de 5 años para el seguimiento nutricional de casos de IRA y EDA.	1	No se usa información del padrón nominado para seguimiento de atención de casos y estado nutricional.
4	Informes de seguimiento de las metas físicas de atención de casos de IRAS y EDAS.	3	Los datos de HIS, SIA SIS y NOTIS están disponibles, pero no se procesan de forma integrada.
5	Sala de situación relacionada al PPAN/IPE.	3	Existe sala de situación, información de IRAS y EDAS es en base a vigilancia epidemiológica.
Promedio		2.6	

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO DE LORETO

A. DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRÍTICOS ALMACÉN: 1 MES/EESS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	49570007	Algodón hidrófilo	✓		
2	49570035	Jeringas descartables	✓		
3	49570028	Guante para examen descartable	✓		
4	13920010	Jabón líquido	✓		
5	13920016	Papel toalla	✓		
6	49570011	Bajalengua de madera pediátrica	✓		
7	50110004	Bolsa de polietileno	✓		
8	13500019	Hisopos	✓		
9	49570025	Espasadrapo antialérgico	✓		
10	51200015	Frascos para uso en laboratorio	✓		
11	51200018	Laminas y laminillas de laboratorio	✓		
12	16990043	Vaso descartable	✓		
13	583600220043	Clorhexidina 5 G/100ml x 1 L	✓		

B. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS CRÍTICOS FARMACIA: 1 MES					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	580700090008	Ampicilina sódica 1 gr inyectable con diluyente	✓		
2	580700010002	Amoxicilina 250 mg/5ml suspensión x 60 ml	✓		
3	580900040004	Gentamicina sulfato iny. X (40 u 80 mg amp)	✓		
4	580700117003	Bencilpenicilina sódica 1 gr iny 1 millón UI con diluyente	✓		
5	581300030009	Sulfametoxasol + trimetropin 200 mg + 40 mg/5ml x 60 ml	✓		
6	581500070006	Furazolidona 50 mg/5ml x 120 ml	✓		
7	585100070011	Dextrosa 5% AD x 1000 ml (5mg/100 ml iny 1 lt)	✓		
8	585100130001	Sales de rehidratación oral 27.9 gr	✓		
9		Todas las vacunas	✓		

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO DE LORETO

C. DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS EN CONSULTORIOS ATENCIÓN IRAS EDAS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	602208560009	Balanza pediátrica de sobremesa o similar	✓		
2	602200000001	Infantómetro	✓		
3	602282380022	Tallímetro de madera móvil pediátrico	✓		
4	536451900003	Mesa de examen pediátrico	✓		
5	532289980002	Pantoscopio pediátrico		✓	Solo uno en consultorios.
6	495100060024	Estetoscopio clínico pediátrico	✓		.
7	495100100001	Termómetro clínico oral	✓		
8	602287620013	Tensiómetro aneroide pediátrico		✓	
9	536430960001	Coche metálico para curaciones	✓		
10	532271820003	Lámpara cuello de ganso de pie o similar	✓		
11	536484270004	Negatoscopio de 1 cuerpo o similar (EESS I.3 o superior)	✓		
12	532255710001	Equipo nebulizador	✓		Sala emergencia
13	536404310004	Balón de oxígeno de 10 m3	✓		Sala emergencia
14	532288390007	Oxímetro de pulso digital o similar	✓		Sala emergencia

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD SAN JUAN

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Programación de metas físicas de reducción de la DCI.	2	No se programa metas anuales de reducción de desnutrición crónica infantil.
2	Programación de metas físicas de atención de los productos y subproductos IRAS y EDAS.	4	Se programa metas considerando aumento de casos en el año 2012.
3	Programación de metas físicas de las actividades de IRAS y EDAS.	1	No se programa según las actividades de la IPE.
4	Programación de recursos humanos para la atención de IRAS y EDAS.	2	Recursos limitados, se programan con otras fuentes.
5	Programación de equipos e insumos críticos para la atención de IRAS y EDAS.	3	Se está capacitando al personal. La programación considera diversas fuentes.
Promedio	2.4		

2. PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de la programación presupuestaria del PPAN.	3	Limitado, recibieron capacitación.
2	Participación en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	3	Participación activa según programación DIRESA. Tiene equipo PpR.
3	Asignación del presupuesto de la IPE entre los productos y subproductos de la IPE.	3	Se programa recursos hasta el nivel de productos.
4	Programación en el SIGA PpR.	1	No se usa el SIGA PpR.
5	Programación de los recursos humanos de la IPE	2	No se programó por limitaciones de recursos presupuestarios.
Promedio	2.4		

3. NORMATIVIDAD			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN/IPE 2012.	3	Se conoce adecuadamente.
2	Conocimiento del Marco Conceptual y Matriz Lógica del PPAN.	1	No se conoce.
3	Conocimiento de las Normas de Atención de Salud del Niño y Niña y de la Guía de Atención de casos de IRAS y EDAS	4	Buen conocimiento, recientemente fueron capacitados para atención de IRAS.
4	Conocimiento de las Normas de CRED en los niños y niñas con IRA/EDA	2	Se conocen limitadamente.
5	Conocimiento de las normas del MAIS orientado a la familia y comunidad	1	No se conocen ni aplican.
Promedio	2.2		

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD SAN JUAN

4. ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Atención de casos según las normas de atención de IRA y EDA.	4	Personal de atención los conoce y aplica, en especial para atención de IRA.
2	Manejo nutricional del niño o niña con IRA o EDA	4	Se maneja en coordinación entre la atención de casos y CRED
3	Manejo de la atención de IRAS y EDAS en el marco del CRED.	4	Los casos de IRAS y EDAS en CRED son derivados para consulta médica.
4	Seguimiento de los niños/niñas con IRA o EDA en el hogar.	3	Se efectúa limitadamente por falta de recursos.
5	Acciones educativas en la comunidad sobre DCI, IRAS y EDAS.	3	Existen actividades educativas de manera integral.
Promedio	3.6		

5. SERVICIOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Disponibilidad de insumos y medicamentos críticos	4	Disponibles en 95%, no se registra fuente de financiamiento.
2	Disponibilidad de consultorios y capacidad resolutiva.	4	Consultorios adecuados, actualmente en proceso de mantenimiento.
3	Disponibilidad de equipos (en consultorio de atención de IRAS y EDAS).	4	Cuentan con balanza, falta pantoscopio en consultorios de atención.
4	Disponibilidad de RRHH para la atención de casos.	3	Existe personal suficiente, se afectan por rotaciones del personal CAS.
5	Disponibilidad de RRHH para la atención y/o consejería nutricional.	4	Enfermera capacitada.
Promedio	3.8		

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de las metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	3	Se efectúa en base a datos de vigilancia epidemiológica.
2	Seguimiento de metas del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	2	Datos de nutrición se registran en el SIVAN.
3	Uso del padrón nominado de menores de 5 años para el seguimiento nutricional de casos de IRA y EDA.	1	No se usan datos del padrón nominado para el seguimiento de niños atendidos.
4	Informes de seguimiento de las metas físicas de atención de casos de IRAS y EDAS.	2	La información de casos de IRA atendidos se registra en el HIS
5	Sala de situación relacionada al PPAN/IPE.	4	Existe sala de situación con datos de la IPE en base a reportes de epidemiología.
Promedio	2.4		

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD SAN JUAN

A. DISPONIBILIDAD MÍNIMA INSUMOS CRÍTICOS: 1 MES					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	49570007	Algodón hidrófilo	✓		
2	49570035	Jeringas descartables	✓		
3	49570028	Guante para examen descartable	✓		
4	13920010	Jabón de tocador líquido		✓	
5	13920016	Papel toalla		✓	
6	49570011	Bajalengua de madera pediátrica	✓		
7	50110004	Bolsa de polietileno	✓		
8	13500019	Hisopos	✓		
9	49570025	Espasadrapo antialérgico	✓		
10	51200015	Frascos para uso en laboratorio		✓	
11	51200018	Laminas y laminillas de laboratorio	✓		
12	16990043	Vaso descartable	✓		
13	583600220043	Clorhexidina 5 G/100ml x 1 L		✓	

B. DISPONIBILIDAD MÍNIMA DE MEDICAMENTOS CRÍTICOS: 1 MES/EESS; 3 MESES/DISA					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	580700090008	Ampicilina sódica 1 gr inyectable con diluyente	✓		
2	580700010002	Amoxicilina 250 mg/5ml suspensión x 60 ml	✓		
3	580900040004	Gentamicina sulfato iny. X (40 u 80 mg amp)	✓		
4	580700117003	Bencilpenicilina sódica 1 gr iny 1 millón UI con diluyente	✓		
5	581300030009	Sulfametoxasol + trimetropin 200 mg + 40 mg/5ml x 60 ml	✓		
6	581500070006	Furazolidona 50 mg/5ml x 120 ml	✓		
7	585100070011	Dextrosa 5% AD x 1000 ml (5mg/100 ml iny 1 lt)	✓		
8	585100130001	Sales de rehidratación oral 27.9 gr	✓		
9		Vacunas pediátricas			

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD SAN JUAN

C. DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS CRÍTICOS EESS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	602208560009	Balanza pediátrica de sobremesa o similar		✓	Solo CRED
2	602200000001	Infantómetro		✓	Solo CRED
3	602282380022	Tallímetro de madera móvil pediátrico		✓	
4	536451900003	Mesa de examen pediátrico con tallímetro o similar	✓		
5	532289980002	Pantoscopio pediátrico		✓	Existe 1 pantoscopio adulto para todo el CS.
6	495100060024	Estetoscopio clínico pediátrico	✓		
7	495100100001	Termómetro clínico oral	✓		Sala emergencia
8	602287620013	Tensiómetro aneroide pediátrico		✓	
9	536430960001	Coche metálico para curaciones	✓		
10	532271820003	Lámpara cuello de ganso de pie o similar	✓		
11	536484270004	Negatoscopio de 1 cuerpo o similar (EESS I.3 o superior)		✓	
12	532255710001	Equipo nebulizador	✓		
13	536404310004	Balón de oxígeno de 10 m3		✓	
14	532288390007	Oxímetro de pulso digital o similar		✓	

INFORME DEL TRABAJO DE CAMPO DE PIURA
EVALUACIÓN DE LA IPE EN LA DIRESA PIURA, 7 Y 8 DE FEBRERO DE 2013

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Definición de metas físicas por Redes y Micro redes de los productos y subproductos de la IPE.	3	Elaboradas al nivel de productos y subproductos. Varias subfinalidades con metas 0.
2	Definición de metas físicas por EESS de las actividades de la IPE.	1	No se programa la atención por número de niños o niñas.
3	Existencia de padrón actualizado de EESS codificado por RENAES.	5	Está actualizado en RENAES, SIS y HIS.
4	Uso de padrón nominado de beneficiarios menores de 5 años de edad para establecer las metas físicas.	1	Existe, pero no se usa para definir metas de atenciones.
5	Programación de distribución de insumos críticos.	4	En función de la programación de DISAS y Redes.
Promedio		2.8	

2. PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Nivel de participación de las DISAS, Redes, Microredes y EESS en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	3	Variable, diferente nivel de interés y participación, que limita coordinación interna.
2	Criterios para la distribución del presupuesto de la IPE entre DISAS, Redes y EESS.	3	Limitada coordinación entre insumos, logística y presupuesto. Limitada asignación a DIRESA (PIA S/.500)
3	Uso de la lista de bienes y servicios actualizada.	3	Se programó inicialmente en base a lista física por falta de la lista definitiva.
4	Criterios para asignación de RRHH contratados.	3	De acuerdo a la programación de DISAS y REDES como PPAN.
5	Aplicación del SIGA PpR.	3	Hubo algunos atrasos en el cronograma.
Promedio		3.0	

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de las metas físicas de atención de DISAS, Redes y Microredes.	3	Limitado, muchos EESS carecen de internet o teléfono.
2	Seguimiento de la situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	3	Limitado, en base al SIEN remitido por DISAS.
3	Uso del padrón nominado para seguimiento de metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	1	No se usan los registros del padrón para seguimiento de metas de la IPE.
4	Seguimiento y análisis de la ejecución presupuestal	3	Mediante el SIAF, depende del acceso a la Base de datos analítica de programación (cubos).
5	Seguimiento de insumos de la IPE en almacén y uso de SIGA Logístico y SIGA Patrimonio.	3	Aplicación adecuada de SIGA Logístico. SIGA Patrimonio es muy complejo.
Promedio		2.6	

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ROSA

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Programación de metas físicas de reducción de la DCI.	2	No se efectúa. Población flotante, se atiende a la demanda.
2	Programación de metas físicas de atención de los productos y subproductos IRAS y EDAS.	4	Se programa metas de productos y subproductos.
3	Programación de metas físicas de las actividades de IRAS y EDAS.	1	No se programa metas de niños o niñas, solo como atenciones.
4	Programación de recursos humanos de la IPE	3	Se asignan según productos del PPAN. Se está regularizando contratos, solo 5% informales.
5	Programación de equipos e insumos críticos para la atención de IRAS y EDAS.	3	De acuerdo a las necesidades.
Promedio		2.6	

2. PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de la programación presupuestaria del PPAN.	3	Adecuado. No participaron en la reunión convocada por el GR/DIRESA.
2	Participación en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	3	Limitada. Dificultades para conseguir aprobación de requerimientos. Se inició en setiembre.
3	Asignación del presupuesto de la IPE entre los productos y subproductos de la IPE.	3	Hasta el nivel de subproductos. Recursos llegaron solo final de año. Asignaciones excesivas en polos y gorros.
4	Programación en el SIGA PpR.	3	Limitado, se usa más como programación administrativa. Se tuvo que programar en Excel por demora en disponibilidad de aplicativo.
5	Aplicación del SIGA logístico y SIGA patrimonio.	3	Adecuada aplicación del SIGA logístico. Se usa SIGA patrimonio con demoras.
Promedio		3.0	

3. NORMATIVIDAD			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN 2012.	3	Se conocen adecuadamente.
2	Conocimiento del Marco Conceptual y Matriz Lógica del PPAN.	1	No son conocidas.
3	Conocimiento de Normas de Atención de Salud del Niño y Niña y de Guía de Atención de casos de IRAS y EDAS.	4	Buen conocimiento de ambas.
4	Conocimiento de las Normas de CRED en los niños y niñas con IRA/EDA.	4	Son aplicadas por el equipo CRED.
5	Conocimiento de las normas del MAIS orientado a la familia y comunidad.	1	No se conocen.
Promedio		2.6	

4. ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Atención de casos según las normas de atención de IRA y EDA.	3	Personal aplica su propia experiencia.
2	Manejo nutricional del niño o niña con IRA o EDA	3	Se efectúa como parte del CRED.
3	Manejo de IRAS y EDAS en el marco del CRED.	3	Niños con IRAS y EDAS detectados son derivados para atención en consultorios o emergencia.
4	Seguimiento de los niños/niñas con IRA o EDA en el hogar.	1	Se deriva a los EESS del primer nivel.
5	Acciones educativas en la comunidad sobre DCI, IRAS y EDAS.	2	Limitadamente.

Promedio **2.4**

5. SERVICIOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Disponibilidad de insumos y medicamentos críticos	3	Disponibles en 95%, no se conoce fuente.
2	Disponibilidad de consultorios y capacidad resolutiva.	3	Algunas limitaciones debido a gran demanda de atención.
3	Disponibilidad de equipos (en consultorio de atención de IRAS y EDAS).	2	Equipos antropométricos se aplican más durante control CRED. Falta pantoscopio pediátrico
4	Disponibilidad de RRHH para la atención de IRAS y EDAS.	3	Requerirían de más personal para mejorar atención de casos.
5	Disponibilidad de RRHH para la atención y/o consejería nutricional.	4	Se hace una buena labor educativa y de consejería nutricional vinculada al CRED.

Promedio **3.0**

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	3	Se efectúa por la sección de estadística. No se procesan diagnósticos de casos hospitalizados según los criterios de la IPE. No funciona sistema de referencia o contrareferencia.
2	Seguimiento de metas del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	3	Se monitorea el SIVAN, pero carecen de metas.
3	Uso del padrón nominado de menores de 5 años para el seguimiento nutricional de casos de IRA y EDA.	1	No se aplica.
4	Informes de seguimiento de las metas físicas de atención de casos de IRAS y EDAS.	3	Mediante los sistemas HIS, SIA SIS y NOTIS.
5	Sala de situación relacionada al PPAN/IPE.	3	Existe información de IRAS y EDAS se hace en base al HIS y vigilancia epidemiológica.

Promedio **2.6**

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ROSA

A. DISPONIBILIDAD DE INSUMOS CRÍTICOS ALMACÉN: 1 MES/EESS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	49570007	Algodón hidrófilo		✓	
2	49570035	Jeringas descartables	✓		
3	49570028	Guante para examen descartable	✓		
4	13920010	Jabón líquido	✓		
5	13920016	Papel toalla		✓	
6	49570011	Bajalengua de madera pediátrica		✓	
7	50110004	Bolsa de polietileno	✓		
8	13500019	Hisopos		✓	
9	49570025	Espasadrapo antialérgico	✓		
10	51200015	Frascos para uso en laboratorio	✓		
11	51200018	Laminas y laminillas de laboratorio	✓		
12	16990043	Vaso descartable	✓		
13	583600220043	Clorhexidina 5 G/100ml x 1 L		✓	

B. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS CRÍTICOS FARMACIA: 1 MES					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	580700090008	Ampicilina sódica 1 gr inyectable con diluyente		✓	
2	580700010002	Amoxicilina 250 mg/5ml suspensión x 60 ml	✓		
3	580900040004	Gentamicina sulfato iny. X (40 u 80 mg amp)	✓		
4	580700117003	Bencilpenicilina sódica 1 gr iny 1 millón UI con diluyente	✓		
5	581300030009	Sulfametoxasol + trimetropin 200 mg + 40 mg/5ml x 60 ml	✓		
6	581500070006	Furazolidona 50 mg/5ml x 120 ml	✓		
7	585100070011	Dextrosa 5% AD x 1000 ml (5mg/100 ml iny 1 lt)	✓		
8	585100130001	Sales de rehidratación oral 27.9 gr		✓	
9		Todas las vacunas		✓	Falta vacuna contra H. influenza

EVALUACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ROSA

C. DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS EN CONSULTORIOS ATENCIÓN IRAS EDAS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observación
1	602208560009	Balanza pediátrica de sobremesa o similar		✓	Solo consultorio CRED
2	602200000001	Infantómetro		✓	Solo consultorio CRED
3	602282380022	Tallímetro de madera móvil pediátrico	✓		
4	536451900003	Mesa de examen pediátrico	✓		
5	532289980002	Pantoscopio pediátrico		✓	
6	495100060024	Estetoscopio clínico pediátrico	✓		.
7	495100100001	Termómetro clínico oral		✓	
8	602287620013	Tensiómetro aneroide pediátrico		✓	
9	536430960001	Coche metálico para curaciones	✓		
10	532271820003	Lámpara cuello de ganso de pie o similar	✓		
11	536484270004	Negatoscopio de 1 cuerpo o similar (EESS I.3 o superior)	✓		
12	532255710001	Equipo nebulizador	✓		Sala emergencia
13	536404310004	Balón de oxígeno de 10 m3		✓	
14	532288390007	Oxímetro de pulso digital o similar	✓		Sala emergencia

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS

1. PROGRAMACIÓN FÍSICA (METAS FÍSICAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Programación de metas físicas de reducción de la DCI.	3	Se tienen metas anuales de reducción para el 2013.
2	Programación de metas físicas de atención de los productos y subproductos IRAS y EDAS.	4	Se programa las metas de atención según las normas del MINSA.
3	Programación de metas físicas de las actividades de IRAS y EDAS.	1	No se programa la atención por criterios de número de niños o niñas con ITRAS o EDAS.
4	Programación de recursos humanos para la atención de IRAS y EDAS.	2	Recursos del presupuesto no permiten una programación adecuada.
5	Programación de equipos e insumos críticos para la atención de IRAS y EDAS.	3	Se programa en función de sus necesidades y se atiende con varias fuentes, incluyendo RDR.
Promedio	2.6		

2. PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA (METAS FINANCIERAS)			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de la programación presupuestaria del PPAN.	4	Adeuada, fueron capacitados por la DIRESA/DISA.
2	Participación en la programación presupuestaria del PPAN/IPE.	2	Participación limitada.
3	Asignación del presupuesto de la IPE entre los productos y subproductos de la IPE.	3	Tiene metas por productos y subproductos y reciben asignaciones.
4	Programación en el SIGA PpR.	2	Se aplica en coordinación con la RED/DISA.
5	Programación de los recursos humanos de la IPE	2	Limitadamente por bajas asignaciones, faltan RRHH:
Promedio	2.6		

3. NORMATIVIDAD			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Conocimiento de las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN/IPE 2012.	4	Se conoce adecuadamente. Fueron capacitados por la DIRESA
2	Conocimiento del Marco Conceptual y Matriz Lógica del PPAN.	1	No se conoce.
3	Conocimiento de las Normas de Atención de Salud del Niño y Niña y de la Guía de Atención de casos de IRAS y EDAS	3	Buen conocimiento, no reciben capacitación hace > 3 años.
4	Conocimiento de las Normas de CRED en los niños y niñas con IRA/EDA	3	Se conocen pero no en detalle. Se efectúa en coordinación con el PIN.
5	Conocimiento de las normas del MAIS orientado a la familia y comunidad	1	No se conocen.
Promedio	2.4		

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS

4. ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Atención de casos según las normas de atención de IRA y EDA.	4	Son bien conocidas y adecuadamente aplicadas.
2	Manejo nutricional del niño o niña con IRA o EDA	4	Se maneja en forma conjunta con el control de CRED.
3	Manejo de la atención de IRAS y EDAS en el marco del CRED.	4	Los casos de IRAS y EDAS en CRED son derivados para consulta médica.
4	Seguimiento de los niños/niñas con IRA o EDA en el hogar.	3	Se efectúa en casos de niños con IRAS o EDAS severas, +/- 5% casos.
5	Acciones educativas en la comunidad sobre DCI, IRAS y EDAS.	4	Se realizan activamente y tienen programación.

Promedio **3.8**

5. SERVICIOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE CASOS			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Disponibilidad de insumos y medicamentos críticos	4	Tiene algunas carencias.
2	Disponibilidad de consultorios y capacidad resolutiva.	4	Capacidad física de atención es adecuada.
3	Disponibilidad de equipos (en consultorio de atención de IRAS y EDAS).	4	Tiene el equipamiento básico, no tiene pantoscopio.
4	Disponibilidad de RRHH para la atención de casos.	3	Tiene limitaciones de personal.
5	Disponibilidad de RRHH para la atención y/o consejería nutricional.	4	Equipo con experiencia y muy buen conocimiento.

Promedio **3.8**

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN			
Ítem	Tema de análisis	Nivel	Observaciones
1	Seguimiento de las metas físicas de atención de IRAS y EDAS.	3	Tiene información pero se aplica limitadamente como indicadores de seguimiento.
2	Seguimiento de metas del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.	2	Tiene datos del SIVAN.
3	Uso del padrón nominado de menores de 5 años para el seguimiento nutricional de casos de IRA y EDA.	1	No se usa el padrón nominado para seguimiento de los niños/niñas atendidos por IRAS o EDAS.
4	Informes de seguimiento de las metas físicas de atención de casos de IRAS y EDAS.	2	Los casos de IRAS y EDAS atendidos se registran y procesan en el HIS, SIASIS y notificación epidemiológica, pero no se hace un seguimiento planificado.
5	Sala de situación relacionada al PPAN/IPE.	4	Tienen sala de situación con datos de la IPE en base a reportes de epidemiología.

Promedio **2.4**

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS

A. DISPONIBILIDAD MÍNIMA INSUMOS CRÍTICOS: 1 MES					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	49570007	Algodón hidrófilo		✓	
2	49570035	Jeringas descartables	✓		
3	49570028	Guante para examen descartable	✓		
4	13920010	Jabón de tocador líquido		✓	
5	13920016	Papel toalla		✓	
6	49570011	Bajalengua de madera pediátrica		✓	Solo bajalengua normal
7	50110004	Bolsa de polietileno	✓		
8	13500019	Hisopos		✓	
9	49570025	Espasadrapo antialérgico		✓	
10	51200015	Frascos para uso en laboratorio		✓	
11	51200018	Laminas y laminillas de laboratorio	✓		
12	16990043	Vaso descartable	✓		
13	583600220043	Clorhexidina 5 G/100ml x 1 L		✓	(solo tiene 1 litro)

B. DISPONIBILIDAD MÍNIMA DE MEDICAMENTOS CRÍTICOS: 1 MES/EESS; 3 MESES/DISA					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	580700090008	Ampicilina sódica 1 gr inyectable con diluyente	✓		
2	580700010002	Amoxicilina 250 mg/5ml suspensión x 60 ml		✓	0 unidades
3	580900040004	Gentamicina sulfato iny. X (40 u 80 mg amp)		✓	0 unidades
4	580700117003	Bencilpenicilina sódica 1 gr iny 1 millón UI con diluyente	✓		
5	581300030009	Sulfametoxasol + trimetropin 200 mg + 40 mg/5ml x 60 ml	✓		
6	581500070006	Furazolidona 50 mg/5ml x 120 ml	✓		
7	585100070011	Dextrosa 5% AD x 1000 ml (5mg/100 ml iny 1 lt)	✓		
8	585100130001	Sales de rehidratación oral 27.9 gr	✓		
9		Vacunas pediátricas			

EVALUACIÓN DE CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS

C. DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS CRÍTICOS EESS					
Ítem	Código	Ítem Catálogo B/S	Si	No	Observaciones
1	602208560009	Balanza pediátrica de sobremesa o similar	✓		Funcionamiento precario.
2	602200000001	Infantómetro	✓		En mal estado, no asegura precisión.
3	602282380022	Tallímetro de madera móvil pediátrico		✓	
4	536451900003	Mesa de examen pediátrico con tallímetro o similar	✓		
5	532289980002	Pantoscopio pediátrico	✓		
6	495100060024	Estetoscopio clínico pediátrico	✓		
7	495100100001	Termómetro clínico oral	✓		
8	602287620013	Tensiómetro aneroide pediátrico		✓	
9	536430960001	Coche metálico para curaciones	✓		
10	532271820003	Lámpara cuello de ganso de pie o similar	✓		
11	536484270004	Negatoscopio de 1 cuerpo o similar (EESS I.3 o superior)		✓	
12	532255710001	Equipo nebulizador	✓		
13	536404310004	Balón de oxígeno de 10 m3		✓	
14	532288390007	Oxímetro de pulso digital o similar		✓	

ANEXO 2: FICHAS DE INFORMACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LA IPE

PRODUCTO 1: ATENCIÓN DE IRAS SIN COMPLICACIONES

2.1 FICHA DE INFORMACIÓN DEL PRODUCTO 1: ATENCIÓN DE IRAS SIN COMPLICACIONES

Producto: Atención de IRAS
Finalidad del Producto: Reducir la severidad de IRAS
Responsables del producto: MINSA, DIRESAS Y DISAS
- Pliegos del Gobierno Nacional: Pliego 11, SIS: 155, INS: 151 - Pliegos de los Gobiernos Regionales: 99
Definición: Atención de casos de IRA sin complicaciones
Unidad de medida: N° de casos de IRA sin complicaciones atendidos, código SIAF: 3033311
Grupo beneficiario o atendido: Niños y niñas menores de 60 meses.
Definición operacional del producto: atención de IRAS sin complicaciones
Modalidad de compra / producción: Caso atendidos según la demanda, de manera continua.
Procesos de elaboración: Los criterios para la producción de atenciones se define a nivel nacional por el MINSA. La definición de metas y ejecución se delega a los Gobiernos Regionales y por intermedio de estos a las DISAS, Redes, microredes y Unidades Ejecutoras (UE).
Modalidad de entrega: La periodicidad del servicio es continua en respuesta a la demanda, la realizan los EESS del MINSA.
Método de cálculo para programar la meta física del producto: El promedio anual de los últimos 3 años de casos de IRA sin complicaciones atendidos, según la población asignada a Departamentos, Redes, Microredes y EESS.
Fuentes de información utilizadas para la programación de la meta física del producto: i) número de casos atendidos en los tres años anteriores, reportados mediante el sistema HIS.
Método de cálculo para reportar la ejecución de meta física del producto: N° de casos atendidos /casos programados a cada UE, Microred, nivel regional y nivel nacional, mediante los registros de HC y HIS.
Fuentes de información utilizadas para la ejecución de la meta física del producto: Programación en base a histórico, la genera los EESS y se consolida por niveles. Se utiliza la interfaz HIS

Fuente: Elaboración propia en base a documentos del MINSA y entrevistas.

PRODUCTO 2: ATENCIÓN DE EDAS SIN COMPLICACIONES

2.2 FICHA DE INFORMACIÓN DEL PRODUCTO 2: ATENCIÓN DE EDAS SIN COMPLICACIONES

Producto: Atención de EDAS
Finalidad del Producto: Reducir la severidad de EDAS
Responsables del producto: MINSA
- Pliegos del Gobierno Nacional: Pliego 11, SIS: 158 - Pliegos de los Gobiernos Regionales: 99
Definición: Atención de casos de EDA sin complicaciones
Unidad de medida: N° de casos de EDA sin complicaciones atendidos, código SIAF: 3033312
Grupo beneficiario o atendido: Niños y niñas menores de 60 meses.
Definición operacional del producto: atención de EDAS sin complicaciones
Modalidad de compra / producción: Caso atendidos según la demanda, de manera continua.
Procesos de elaboración: Los criterios para la producción de atenciones se define a nivel nacional por el MINSA. La definición de metas y ejecución se delega a los Gobiernos Regionales y por intermedio de estos a las DISAS, Redes, microredes y Unidades Ejecutoras (UE).
Modalidad de entrega: La periodicidad del servicio es continua en respuesta a la demanda, la realizan los EESS del MINSA (UE).
Método de cálculo para programar la meta física del producto: El promedio anual de los últimos 3 años de casos de IRA sin complicaciones atendidos, según la población asignada a Departamentos, Redes, Microredes y EESS.
Fuentes de información utilizadas para la programación de la meta física del producto: i) número de casos atendidos en los 3 años anteriores, reportados mediante el sistema HIS.
Método de cálculo para reportar la ejecución de meta física del producto: N° de casos atendidos /casos programados a cada UE, Microred, nivel regional y nivel nacional, mediante los registros de HC y HIS.
Fuentes de información utilizadas para la ejecución de la meta física del producto: Programación en base a histórico, la genera los EESS y se consolida por niveles. Se utiliza la interfaz HIS

Fuente: Elaboración propia en base a documentos del MINSA y entrevistas.

PRODUCTO 3: ATENCIÓN DE IRAS CON COMPLICACIONES

2.3 FICHA DE INFORMACIÓN DEL PRODUCTO 3: ATENCIÓN DE IRAS CON COMPLICACIONES

Producto: Atención de IRA con complicaciones
Finalidad del Producto: Reducir la severidad de IRAS con complicaciones
Responsables del producto: MINSA
- Pliegos del Gobierno Nacional: Pliego 11, SIS: 158 - Pliegos de los Gobiernos Regionales: 99
Definición: Atención de casos de IRA con complicaciones
Unidad de medida: N° de casos de IRA con complicaciones atendidos, código SIAF: 3033313
Grupo beneficiario o atendido: Niños y niñas menores de 60 meses.
Definición operacional del producto: atención de IRAS con complicaciones
Modalidad de compra / producción: Caso atendidos según la demanda, de manera continua.
Procesos de elaboración: Los criterios para la producción de atenciones se define a nivel nacional por el MINSA. La definición de metas y ejecución se delega a los Gobiernos Regionales y por intermedio de estos a las DISAS, Redes, microredes y EESS.
Modalidad de entrega: La periodicidad del servicio es continua en respuesta a la demanda, la realizan los EESS del MINSA.
Método de cálculo para programar la meta física del producto: El promedio anual de los últimos 3 años de casos de IRA con complicaciones atendidos, según la población asignada a Departamentos, Redes, Microredes y EESS.
Fuentes de información utilizadas para la programación de la meta física del producto: i) número de casos atendidos en los tres años anteriores, reportados mediante el sistema HIS.
Método de cálculo para reportar la ejecución de meta física del producto: N° de casos atendidos /casos programados a cada UE, Microred, nivel regional y nivel nacional, mediante los registros de HC y HIS.
Fuentes de información utilizadas para la ejecución de la meta física del producto: Programación en base a histórico, la genera los EESS y se consolida por niveles. Se utiliza la interfaz HIS

Fuente: Elaboración propia en base a documentos del MINSA y entrevistas.

PRODUCTO 4: ATENCIÓN DE EDAS CON COMPLICACIONES

2.4 FICHA DE INFORMACIÓN DEL PRODUCTO 4: ATENCIÓN DE EDAS CON COMPLICACIONES

Producto: Atención de EDA con complicaciones atendidos

Finalidad del Producto: Reducir la severidad de EDAS con complicaciones

Responsables del producto: MINSA

Pliegos del Gobierno Nacional: Pliego 11, SIS: 158

Pliegos de los Gobiernos Regionales: 99

Definición: Atención de casos de EDAS con complicaciones

Unidad de medida: N° de casos de EDA con complicaciones atendidos, código SIAF: 3033314

Grupo beneficiario o atendido: Niños y niñas menores de 60 meses.

Definición operacional del producto: atención de EDAS sin complicaciones

Modalidad de compra / producción: Caso atendidos según la demanda, de manera continua.

Procesos de elaboración: Los criterios para la producción de atenciones se define a nivel nacional por el MINSA. La definición de metas y ejecución se delega a los Gobiernos Regionales y por intermedio de estos a las DISAS, Redes, microredes y Unidades Ejecutoras (UE).

Modalidad de entrega: La periodicidad del servicio es continua en respuesta a la demanda, la realizan los EESS del MINSA (UE).

Método de cálculo para programar la meta física del producto: El promedio anual de los últimos 3 años de casos de IRA sin complicaciones atendidos, según la población asignada a Departamentos, Redes, Microredes y EESS.

Fuentes de información utilizadas para la programación de la meta física del producto: i) número de casos atendidos en los tres años anteriores.

Método de cálculo para reportar la ejecución de meta física del producto: N° de casos atendidos /casos programados a cada EESS, Microred, nivel regional y nivel nacional, mediante los registros de HC y HIS.

Fuentes de información utilizadas para la ejecución de la meta física del producto: Programación en base a histórico, la genera los EESS y se consolida por niveles. Se utiliza la interfaz HIS

Fuente: Elaboración propia en base a documentos del MINSA y entrevistas.

ANEXO 3
PROCEDIMIENTOS Y CRONOGRAMA DE LA EDEP

PROCEDIMIENTOS DE LA EDEP		RESPONSABLE			MESES (DICIEMBRE 2012-NOVIEMBRE 2013)										
		DGPP	URE	EI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1Primer informe EDEP	Taller de presentación y discusión metodológica														
	Envío del 1º Informe de la EDEP														
	Envío de observaciones a IPE sobre 1º Informe														
	Taller de validación de resultados														
	Envío de comentarios sobre el 1º Informe														
	Envío del 1er Informe corregido														
	Aprobación del 1º Informe														
Segundo Informe EDEP	Envío del 2º Informe de EDEP														
	Envío de observaciones sobre el 2º Informe														
	Taller de validación de resultados														
	Envío de comentarios sobre 2º Informe														
	Envío del 2º Informe corregido														
	Aprobación del 2º Informe														
	Envío del Informe Final														
Tercer Informe EDEP	Envío de observaciones sobre el Informe Final														
	Taller de validación de resultados														
	Envío de comentarios sobre Informe Final														
	Envío del Informe Final corregido														
	Aprobación del Informe Final														

EDEP: EVALUACIÓN DE DISEÑO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL; DGPP: DIRECCIÓN GENERAL DE PRESUPUESTO PÚBLICO; URE: UNIDAD RESPONSABLE DE EJECUCIÓN DE LA IPE; EI: EVALUADOR INDEPENDIENTE

ANEXO 04
DOCUMENTO CORTO DE LA IPE

1. RESUMEN EJECUTIVO

Los objetivos de la evaluación la intervención pública “Atención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)”, en el contexto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PPAN), son los siguientes:

- Evaluar y determinar si el diseño de las acciones es el más apropiado para la obtención de resultados, a partir de la identificación de los productos que se financian con la intervención y su relación con los resultados esperados.
- Evaluar y determinar si las unidades responsables de las acciones son eficaces (alcanzan las metas previstas), eficientes (con el menor gasto) y entregan productos que cumplen con requerimientos de calidad.

Las principales preguntas que guiaron la evaluación fueron las siguientes:

- *¿Se justifica la identificación del problema y de la intervención de la IPE?*
- *¿El diseño de la Intervención Pública Evaluada-IPE es adecuado?*
- *¿La atención de IRAS y EDAS prioriza los niños y niñas según criterios de riesgo nutricional?*
- *¿Es la implementación eficiente?*
- *¿Es la implementación eficaz?*
- *¿Los recursos presupuestarios del PPAN se invierten en los puntos críticos?*
- *¿Hay evidencia de los efectos o resultados de la atención de IRA y EDA en la prevalencia de IRAS y EDAS y Desnutrición Crónica Infantil-DCI en los niños y niñas atendidos?*

2. OBJETO DE EVALUACIÓN EN CUANTO A DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y PRESUPUESTO

El objeto de la evolución es la atención de las infecciones respiratorias agudas-IRAS y las enfermedades diarreicas agudas-EDAS en el contexto del PPAN, que constituyen dos de las principales causas asociadas a la desnutrición aguda y crónica en la infancia.

La magnitud del problema de IRAS y EDAS en niños y niñas menores de 5 años, se aprecia a través del número de atenciones en los EESS del Ministerio de Salud a nivel nacional en el año 2007, con un total de 4,874,963 atenciones, lo que da un promedio de 13,356 atenciones por día.

ATENCIONES POR IRAS Y EDAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD. 2007			
Casos de EDAS atendidos	Casos de IRAS atendidos	Total IRAS y EDAS	
EDAS simples	459,728	IRAS simples	4,001,056
			4,460,784
EDA con complicaciones	32,947	IRA con complicaciones	41,482
			74,429
		SOB ASMA	339,750
Total	Total	4,382,288	339,750
			4,874,963

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de información HIS/MINSA

Existe una gran disparidad en la prevalencia de IRAS y EDAS según características socioeconómicas de las familias de los niños y niñas afectados. Como se aprecia en el siguiente cuadro, la prevalencia de IRAS es 62% mayor en los niños del quintil inferior comparada con la prevalencia en el quintil superior de riqueza, diferencia similar (60%) en la prevalencia de EDAS entre los mismos grupos de riqueza.

PREVALENCIA DE IRAS Y EDAS EN MENORES DE TRES AÑOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS. 2004-2006¹

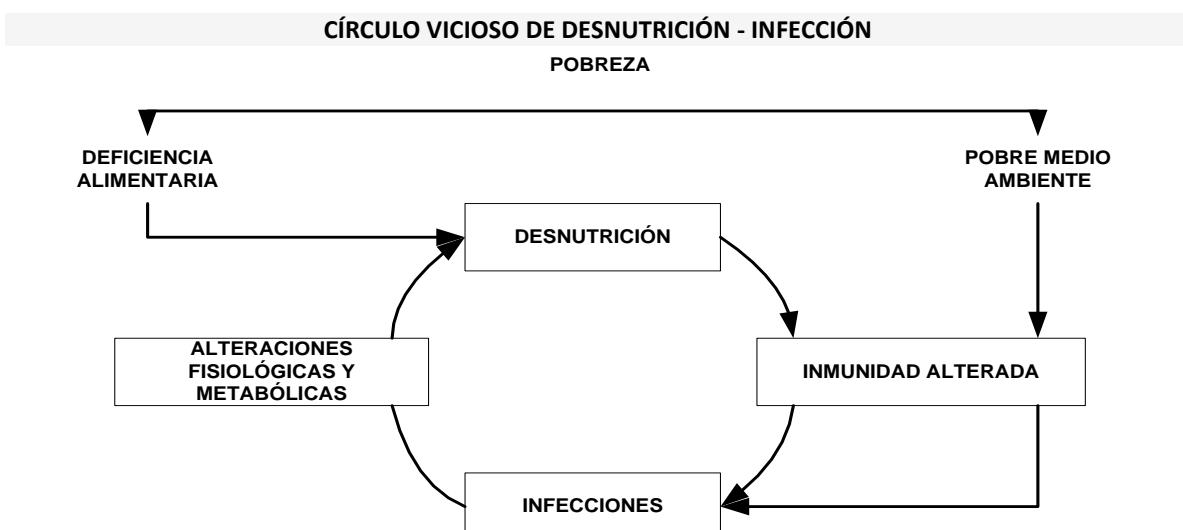
Característica	% Prevalencia de IRAS	% Prevalencia de EDAS
Urbana	16.1	13.8
Rural	20.4	15.9
Quintil de riqueza inferior	22.5	18.7
Segundo quintil de riqueza	20.0	15.1
Quintil intermedio de riqueza	16.1	14.7
Cuarto quintil de riqueza	14.9	12.1
Quintil superior de riqueza	14.1	11.4
Total	18.0	14.7

Nota: ^{1/}Corresponde a los valores del periodo 2004-2006 reportados por la ENDES Continua en 2006.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDES Continua 2004-2006

Evidencia de la asociación de las IRAS y EDAS con la desnutrición infantil

La relación entre las infecciones diarreicas y la desnutrición en la infancia fue descrita hace más de 50 años por autores como Venkatachalam en 1954¹⁰⁹ y Waterlow en 1956¹¹⁰. Scrimshaw, Taylor y Gordon¹¹¹ documentaron en 1959 como la desnutrición ocasiona una mayor susceptibilidad a la infección y a su vez, la infección deteriora el estado nutricional, originando un círculo vicioso de desnutrición-infección, que por sus relaciones con el contexto de pobreza se constituyó en un paradigma clásico de la salud pública infantil desde esa época.



Fuente: Bhaskaram, The vicious cycle of Malnutrition-infection, National Institute of Nutrition, India, 1988.

La intervención pública evaluada forma parte de las intervenciones claves del modelo lógico del Programa Articulado Nutricional donde constituye el resultado intermedio: *reducir la morbilidad por IRA, EDA en menores de 24 meses*, así como el resultado inmediato: *Aumentar el diagnóstico y tratamiento oportuno* (de IRAS y EDAS).

¹⁰⁹ Venkatachalam PS, Srikantia SG, Gopalan C. Clinical features of nutritional edema syndrome in children. Indian J Med Res 1954; 42: 555-568.

¹¹⁰Waterlow J, Vergara A. Protein malnutrition in Brazil. Rome, FAO, Nutritional studies, 1956, No. 14.

¹¹¹Scrimshaw, N. S., Taylor, C. E. & Gordon, J. E. (1959) Interactions of nutrition and infection. *Am. J. Med. Sci.* 237: 367-372.



Fuente: Figura N° 4 del Anexo 2 Programa Presupuestal Articulado Nutricional Contenidos Mínimos. MINSA 2012.

Productos provistos a la población

Los productos de la IPE se describen en el documento *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programa Presupuestales-DOCP* del MINSA:

- Producto 1: Atención de infecciones respiratorias agudas (IRAS)
- Producto 2: Atención de enfermedades diarreicas agudas (EDAS)
- Producto 3: Atención de infecciones respiratorias agudas con complicaciones
- Producto 4: Atención de enfermedades diarreicas agudas con complicaciones

Las metas físicas de los cuatro productos de la IPE son los siguientes:

METAS DE LOS PRODUCTOS DE LA IPE A NIVEL NACIONAL. 2011-2013

Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Atención de IRAS	1,816,391	2,963,026	2,672,960	2,004,217
Atención de EDAS	314,918	578,078	618,725	426,246
Atención de IRAS con complicaciones	73,862	135,378	139,063	132,210
Atención de EDAS con complicaciones	111,251	54,820	50,885	33,715

Los recursos presupuestarios asignados entre los años 2009 al 2013 se aprecian en el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DEL PIA DE LA IPE EN RELACIÓN A LA PIA DEL PAN Y FUNCIÓN SALUD. 2009-2013

Año	PIA función Salud	PIA del PPAN	PIA de la IPE	% PIA de la IPE/ PIA de F. Salud	% PIA de la IPE/ PIA del PPAN
2009	5,668,573,458	1,052,954,121	117,277,614	2.07	11.14
2010	6,395,282,526	1,594,474,874	127,185,839	1.99	7.98
2011	7,780,110,532	1,384,601,599	198,327,206	2.55	14.32
2012	8,673,402,069	1,280,629,828	219,628,723	2.53	17.15
2013	9,939,972,490	1,285,260,039	261,449,056	2.63	20.34

Fuente: Elaboración propia en base a la página Transparencia Económica - MEF y Presupuesto Fiscal MEF.

3. EVALUACIÓN

Aspecto evaluado	Calificación	Sustento
1. Justificación de la IPE	11	
¿Presenta información (indicadores) que evidencie la necesidad o problema que justifica la existencia (o permanencia) de la IPE?	4	Abundante sustento basado en evidencias.
¿El resultado final (fin) y específico (propósito) están claramente definidos y corresponden a la solución del problema?	3	El resultado final corresponde a varios productos y no solamente a la IPE.
¿Existe relación coherente (lógica) entre el diseño y los logros esperados? Se cuenta con evidencia sólida de estudios o investigaciones nacionales y/o internacionales que sustenten la intervención.	4	Existe coherencia y el sustento de la intervención está sólidamente fundamentado.
2. Lógica vertical de la IPE	08	
¿Es claro y lógico que el logro del resultado específico (propósito) contribuye al logro del resultado final (fin)?	4	El vínculo es lógico y claro.
¿Los bienes y/o servicios (componentes) son necesarios y suficientes para el logro del resultado específico (propósito)?	2	Son necesarios. Sin embargo requieren de otros productos del PPAN
¿Las actividades son necesarias y suficientes para producir cada uno de los bienes y/o servicios (componentes)?	2	Existen algunas actividades que no son efectuadas.
3. Lógica horizontal – indicadores	17	
¿Existen indicadores claros, relevantes, específicos y medibles para medir el desempeño de la Intervención Pública Evaluada a nivel del resultado final (fin) y específico (propósito)?	2	Existen los indicadores para el nivel nacional, pero son deficientes o no son generados en los niveles subnacionales y operativos.
¿Los indicadores de resultado final (fin) y específico (propósito) cuentan con línea de base y se ha establecido la temporalidad de su medición?	4	Existe una línea de base a nivel nacional y por algunas características.
¿Se han establecido metas, plazos de cumplimiento y medios de verificación para cada indicador de resultado final (fin) y específico (propósito)?	3	Se han establecido, pero existen diferentes metas a nivel de las entidades correspondientes (MINSA/MEF) para el resultado final.
¿Existen indicadores claros, relevantes, específicos y medibles para medir el desempeño a nivel de bienes y servicios (componentes) y actividades?	2	Si existen indicadores con estas características, pero en 2010 cambiaron los criterios de procesamiento lo que afecta su seguimiento.
¿Los indicadores de bienes y/o servicios (componentes) y actividades cuentan con línea	3	Si se han establecido.

de base y se ha establecido la temporalidad de su medición?		
¿Se han establecido metas, plazos de cumplimiento y medios de verificación para cada indicador de bienes y servicios (componentes) y actividades?	3	Si se han establecido.
¿Se especifican los supuestos críticos para lograr los resultados?	0	No se han establecido.
4. Focalización	3	
¿Se define y caracteriza adecuadamente a la población potencial y objetivo?	1	No está establecida la prioridad para los menores de 3 años de edad, por condición de pobreza o estado nutricional en riesgo.
¿Los criterios de focalización/priorización son claros y pertinentes?	1	Son insuficientes para identificar a la población prioritaria.
¿Se cuenta con estrategias de cobertura claras, bien definidas y adecuadas?	1	La estrategia fundamental es la atención a la demanda espontánea, hay una débil promoción de la demanda calificada.
5. Eficacia y eficiencia	11	
¿Se ha logrado avances en cuanto al logro del resultado específico (propósito)?	3	Existen avances al nivel nacional, pero en el nivel regional se encuentra grandes diferencias a nivel de departamentos.
Se ha logrado avances en cuanto al logro de las metas de producción (bienes y/o servicios). De ser así, este avance es adecuado para el logro del resultado específico.	1	Las metas físicas revelan porcentajes muy bajos de logro.
¿Se han identificado bienes y/o servicios (componentes), actividades o procesos que se llevan a cabo en la actualidad y que podrían ser prescindibles o posibles de sustituir por mecanismos de menor costo?	4	Todos los servicios y actividades son necesarios.
¿Existen indicadores de eficiencia en la operación?	2	Se han establecido a nivel de productos.
Se cuantifican los costos unitarios y/o promedio de los bienes y/o servicios entregados (componentes), y éstos son bajos en relación con referentes nacionales o internacionales	1	Los costos (gastos) unitarios de los servicios entregados son muy altos y heterogéneos comparados con las tarifas del MINSA para los mismos productos.
6. Estructura Organizacional	2	
¿Cuenta con una adecuada estructura organizacional, que le permita entregar y/o producir los bienes y/o servicios (componentes) y alcanzar el logro del resultado específico (propósito) de forma eficaz y eficiente?	2	La estructura organizacional a nivel nacional es muy débil, a nivel regional es adecuada, pero a nivel local (municipios) es insuficiente para, alcanzar el

		logro del resultado buscado.
7. Sistemas de información	3	
Se cuenta con padrón actualizado de personas atendidas	2	Existe un padrón nominal, pero no se utiliza para el seguimiento de los niños y niñas atendidas
¿Se cuenta con un sistema de seguimiento (monitoreo) que genera información pertinente, de calidad, periódica y oportuna que sea utilizada en la gestión?	1	Se generan indicadores por varios sistemas, pero la información no tiene la calidad y oportunidad necesaria ni se usa en la toma de decisiones.
8. Coordinación interinstitucional	4	
Existen coincidencias o duplicidades de acciones con otras intervenciones	4	No existen coincidencias o duplicidades de acciones con otras intervenciones.
TOTAL	59	

Clave

Destacado	4
Suficiente	3
Insuficiente	1
No se cuenta con información para evaluar	0

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Rectoría y Organización	
Debilidad en el ejercicio de las funciones de la <i>Comisión y Equipo Técnico</i> del PPAN/IPE, en el diseño, seguimiento y evaluación de la IPE.	Fortalecer la capacidad operativa de la Comisión y del Equipo Técnico del PPAN/IPE dotándolos de mecanismos de gestión para la adecuada conducción del PPAN.
No hay funciones establecidas para los Gobiernos Locales-GLs en la IPE.	Precisar las funciones y roles de los GLs en la IPE, especialmente en la articulación territorial y promoción de intervenciones locales de apoyo a la recuperación de la nutrición de los niños y niñas con IRAS y EDAS en el entorno comunitario.
Programación	
Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN/IPE no focalizan la atención en los menores de 3 años de edad, grupo crítico desde el punto de vista de la prevención de la DCI.	Focalizar los niños y niñas menores de tres años de edad, en riesgo de desnutrición o desnutridos, y en condición de pobreza, en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN/IPE
Grandes cambios anuales (por aumento o disminución) en las metas físicas de atención de IRAS y EDAS a nivel de departamentos.	Incluir el seguimiento de la programación de las metas físicas de acuerdo a las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación, en la Sala de Situación de Operaciones del

PPAN/IPE propuesto.	
La diarrea persistente, no recibe una atención prioritaria, a pesar de ser la patología más importante en la prevención de la DCI.	Destacar la importancia de la diarrea persistente como causa crítica de DCI en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación,
No existen indicadores para calificar la calidad en la producción de las atenciones o en la calidad de los productos entregados.	Adaptar los criterios de calidad del MINSA en la atención de IRAS y EDAS.
No se incluye la suplementación con zinc, que tiene un comprobado efecto positivo en la reducción de la duración y severidad de EDAS y neumonía.	Incluir la suplementación con zinc en la atención de las EDAS, especialmente en los casos de diarrea persistente
<i>El tamaño de la lista de bienes y servicios para el PPAN/IPE (2,043 ítems) no facilita la equidad ni racionalidad en la asignación de insumos.</i>	Simplificar la <i>lista de bienes y servicios</i> de los productos de la IPE, tanto en la cantidad de ítems como en su manejo.
Continuo aumento en las asignaciones de recursos presupuestarios en los productos de la IPE, sin relación con las metas físicas.	Determinar topes de asignación capitada mínima y máxima por producto de la IPE.
Implementación	
Los EESS brindan apropiada atención médica a los niños con IRAS y EDAS, pero el cuidado nutricional es inadecuado.	Capacitar y motivar al personal de los EESS, Microredes, Redes, DISAS y DIRESAS sobre el papel de la IPE en la prevención de la desnutrición crónica infantil.
No se cumple el número de atenciones señalado en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación.	Monitorear el número de atenciones de control por episodio de IRAS y EDAS en los criterios de calidad de la IPE.
No se efectúa la vigilancia de recuperación nutricional de los niños y niñas atendidos por IRAS y EDAS, objetivo central de la IPE.	Implantar mecanismos de seguimiento de la recuperación nutricional de los niños y niñas atendidos por IRAS y EDAS en coordinación con la atención del CRED, a nivel de los EESS como a nivel comunitario o domiciliario.
Se constató falta de algunos insumos críticos en algunos EESS, incluyendo antibióticos y vacunas contra el neumococo y rotavirus.	Aplicar los mecanismos de control de estoques de los insumos críticos para prevención y atención de casos de IRAS y EDAS, como antibióticos y vacunas, estableciendo alertas según el nivel de los estoques en almacén.
El personal contratado con recursos de la IPE no se dedica primariamente a la obtención de los productos de la IPE, lo que diluye su impacto y encarece los costos.	Efectuar el control de la asignación efectiva de los recursos de la IPE en la generación de los productos.
Resultados	
El resultado intermedio <i>reducción de la morbilidad por IRAS y EDAS</i> , muestra una importante disminución a nivel nacional en el periodo 2007 al 2012, con grandes diferencias	Focalizar la atención en los departamentos con bajo desempeño.

en los departamentos.	
La falta de correlación entre los gastos de atención de IRAS y EDAS por gobiernos regionales, con el tamaño de la población infantil, pobreza o situación nutricional, indican <u>falta de equidad</u> .	Aplicar criterios de regulación de los recursos presupuestarios asignados, a partir de un monto básico capitado por niño o niña menor de tres años, ajustado de acuerdo a la realidad local, con topes máximos de asignación per cápita.
El gasto por valor unitario para la obtención de los productos de la IPE es excesivamente alto y tiene grandes variaciones entre gobiernos regionales y años, lo que muestra <u>baja eficiencia</u> .	Efectuar una auditoria de la aplicación de los recursos financieros en los departamentos con mayores gastos en la productos de la IPE.
El bajo porcentaje en el logro de las metas físicas de los productos de la IPE revela <u>baja eficacia</u> .	Mejorar la oportunidad y calidad de seguimiento de las metas.
Seguimiento	
La encuesta ENDES proporciona información de los indicadores de resultado intermedio a nivel nacional y departamental, pero no se genera esta información a nivel de EESS, Redes y DISAS.	Utilizar la información del sistema de vigilancia epidemiológico del MINSA, que tiene información sobre episodios de IRAS y EDAS a la semana siguiente del registro, al nivel de departamentos, DISAS y EESS.
El cambio del sistema de información HIS en el año 2011, ha afectan el análisis comparativo de eficiencia y eficacia relacionados al número de atenciones.	Reprocesar las series del 2011 y 2012 de atenciones de IRAS y EDAS con y sin complicaciones, de acuerdo al formato HIS 3.04, para contar con la serie histórica 2007-2012 que permita la adecuada comparación de datos de atención a lo largo de estos años, para evaluar la eficiencia de la IPE, que toma como base el número de atenciones.
Los sistemas de información (HIS, SIASIS, vigilancia epidemiológica) generan datos de atención de IRAS y EDAS de manera independiente, por lo que se pierde la complementariedad.	Integrar funcionalmente los datos de los sistemas de información HIS, SIASIS, vigilancia epidemiológica y SIEN y establecer interfaces amigables con los aplicativos SIGA.
La información de la base de datos analítica del SIAF, así como la información del SIGA PpR, no es usada en todo su potencial, por limitaciones de acceso a la Base de datos analítica de programación (cubos) del software COGNOS.	Publicar la información del sistema HIS, SIASIS y base de datos analítica del SIAF relacionada al PPAN/IPE, así como la información del SIGA PpR, en formato amigables de las páginas Web del MEF y MINSA.
No se cumple con la normatividad del seguimiento de los Programas Presupuestales, que establece la emisión de seis informes al año (4 trimestrales y 2 semestrales).	Incluir el seguimiento del cumplimiento de reportes entre las funciones del <i>Comité</i> del PPAN/IPE.

ANEXO 5: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR IRA

Nombre del indicador	Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA				
Valor estimado del indicador	2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
	24.0	17.2	18.3	17.8	15.1
Objetivo	Determinar la proporción de menores de 36 meses que tuvieron alguna infección respiratoria aguda (IRA)				
Definición conceptual	<p>Las infecciones Respiratorias Agudas son un complejo y heterogéneo grupo de infecciones causadas por distintos gérmenes, que afectan cualquier parte del aparato respiratorio y que por su ubicación en dicho aparto respiratorio se denominan:</p> <p>a) IRA no complicada (resfrío común, sinusitis, faringitis, amigdalitis, bronquitis, otitis media),</p> <p>b) IRA complicada (neumonía – respiración rápida, neumonía grave – tiraje subcostal, neumonía muy grave – estridor en estado de reposo).</p>				
Población objetivo	Niños menores de 36 meses				
Unidad de medida	Porcentaje (%)				
Fórmula	$IRA = \frac{I}{TN \ 36} * 100$				
Variables	<p>I = Niños menores de 36 meses con síntomas de infecciones respiratorias agudas - IRA</p> <p>TN36 = Total de niños menores de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas</p>				
Construcción del indicador	<p>Numerador: Niños menores de 36 meses con síntomas de infecciones respiratorias agudas - IRA</p> <p>Denominador: Total de niños menores de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas</p> <p>computeedadm=V008-B3. doifedadm<36. recode H31B (1=1) (ELSE=0) INTO IRA. if (sysmis(h31)) IRA=h31. endif.</p>				
Sintaxis					
Fuente de los datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES				
Periodicidad de los datos	Semestral y anual				
Nivel de inferencia	<p>Semestral: nacional, región natural, urbano y rural</p> <p>Anual: nacional, región natural, urbano, rural y departamental</p>				
Principales usuarios	Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Salud				

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR EDA

Nombre del indicador	Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA				
Valor estimado del indicador	2007	2009	2010	2011	2012 - I SEM.
	17.4	18.0	18.9	17.6	14.8
Objetivo	Determinar la proporción de menores de 36 meses que tuvieron alguna enfermedad diarreico aguda (EDA)				
Definición conceptual	Se define como diarrea a la presencia de tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un periodo de 24 horas. Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea aguda. Si dura 14 días o más, se la denomina persistente, que es la que suele causar problemas nutricionales y puede producir la muerte de los niños y niñas con diarrea.				
Población objetivo	Niños menores de 36 Meses				
Unidad de medida	Porcentaje (%)				
Fórmula	$EDA = \frac{E}{TN36} * 100$				
Variables	<p>I = Niños menores de 36 meses con síntomas de enfermedad diarreica aguda - EDA</p> <p>TN36 = Total de niños menores de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas</p>				
Construcción del indicador	<p>Numerador: Niños menores de 36 meses con síntomas de enfermedades diarreicas agudas - EDA</p> <p>Denominador: Total de niños menores de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas</p> <p>computeedadm=V008-B3. do if edadm<36. recode H31B (1=1) (ELSE=0) INTO EDA. end if.</p>				
Sintaxis					
Fuente de los datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES				
Periodicidad de los datos	Semestral y anual				
Nivel de inferencia	<p>Semestral: nacional, región natural, urbano y rural</p> <p>Anual: nacional, región natural, urbano, rural y departamental</p>				
Principales usuarios	Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Salud				

ANEXO 6: METAS FÍSICAS DE LOS PRODUCTOS DE LA IPE SEGÚN DEPARTAMENTO. 2010-2013

**CUADRO 6.1
METAS DE ATENCIÓN DE IRAS POR GOBIERNOS REGIONALES. 2010-2013**

Departamento	2010	2011	2012	2013
Amazonas	68,093	101,497	109,795	80,751
Ancash	0	122,194	121,543	43,455
Apurímac	314,723	113,864	44,267	59,367
Arequipa	32,986	142,055	151,136	145,449
Ayacucho	69,264	94,134	77,693	83,528
Cajamarca	0	195,233	205,985	152,618
Callao	89,013	88,199	95,775	98,272
Cusco	85,516	139,494	133,970	222,684
Huancavelica	46,128	61,239	84,917	65,859
Huánuco	87,124	99,423	81,892	87,191
Ica	21,019	131,924	113,482	43,661
Junín	140,719	148,379	134,603	91,861
La Libertad	102,550	203,405	196,778	85,388
Lambayeque	3,859	288,626	147,503	118,612
Lima	581,032	517,123	522,418	504,514
Loreto	86,583	162,016	154,122	159,575
Madre de Dios	16,283	24,868	19,299	8,992
Moquegua	28,110	22,261	67,569	18,250
Pasco	41,588	47,215	46,407	43,342
Piura	153,140	220,392	196,367	33,501
Puno	156,793	153,065	140,349	89,797
San Martín	122,754	137,878	106,298	68,644
Tacna	0	13,828	4,369	19,379
Tumbes	26,499	28,479	22,206	22,020
Ucayali	26,788	93,795	91,679	63,646
Gobiernos Regionales	2,300,564	3,350,586	3,070,422	2,410,356

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR 10.05.2013. Datos Lima revisados en 20.01.2014

CUADRO 6.2
METAS DE ATENCIÓN DE EDAS POR GOBIERNOS REGIONALES. 2010-2013

Departamento	2010	2011	2012	2013
Amazonas	1,512	25,656	26,751	28,701
Ancash	0	22,641	21,424	11,682
Apurímac	35,366	23,902	15,098	12,498
Arequipa	6,916	55,119	75,345	31,971
Ayacucho	16,350	26,404	22,560	18,120
Cajamarca	0	31,976	31,647	24,657
Callao	15,352	16,371	11,555	13,174
Cusco	16,876	20,167	21,393	35,193
Huancavelica	10,540	12,919	15,666	12,963
Huánuco	21,167	19,774	11,075	13,669
Ica	5,209	24,999	28,280	7,258
Junín	38,711	38,049	34,009	25,168
La Libertad	2,436	34,516	26,838	6,404
Lambayeque	1,824	20,458	22,282	16,838
Lima	180,934	97,482	83,873	69,128
Loreto	55,150	59,916	64,639	57,941
Madre de Dios	3,542	9,710	7,947	3,113
Moquegua	1,557	4,182	52,676	2,995
Pasco	7,738	14,538	16,016	16,205
Piura	30,664	40,622	31,868	10,821
Puno	10,349	13,425	12,602	10,525
San Martín	18,135	16,033	15,358	17,514
Tacna	0	419	1,224	5,917
Tumbes	256	5,327	4,964	7,455
Ucayali	3,734	25,679	30,720	17,542
Gobiernos Regionales	484,318	660,284	685,810	477,452

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR 10.05.2013. Datos Lima revisados en 20.01.2014

CUADRO 6.3
METAS DE ATENCIÓN DE IRAS CON COMPLICACIONES POR GOBIERNOS REGIONALES. 2010-2013

Departamento	2010	2011	2012	2013
Amazonas	439	1,941	1,731	1,744
Ancash	0	5,901	6,090	2,336
Apurímac	2,844	3,004	2,618	2,645
Arequipa	3,328	7,385	11,896	7,080
Ayacucho	6,352	4,709	2,982	2,551
Cajamarca	0	5,224	4,787	3,442
Callao	400	6,799	10,727	18,416
Cusco	3,427	5,049	4,496	3,330
Huancavelica	2,139	1,384	1,986	1,870
Huánuco	1,736	2,629	3,167	3,670
Ica	1,800	8,429	7,613	4,541
Junín	6,299	5,926	5,255	4,083
La Libertad	2,689	5,579	7,261	3,331
Lambayeque	461	8,632	9,218	8,266
Lima	20,045	48,192	51,412	50,117
Loreto	12,603	20,627	12,467	30,268
Madre de Dios	212	354	401	416
Moquegua	683	1,535	1,384	615
Pasco	1,727	1,663	1,632	1,577
Piura	2,970	7,369	7,859	1,447
Puno	2,750	2,834	3,309	1,843
San Martín	5,844	5,817	6,822	4,221
Tacna	188	667	383	450
Tumbes	3,089	46	1,965	2,132
Ucayali	2,049	11,786	11,241	8,561
Gobiernos Regionales	84,074	173,481	178,702	168,952

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR 10.05.2013. Datos Lima revisados en 20.01.2014

CUADRO 6.4
METAS DE ATENCIÓN DE EDAS CON COMPLICACIONES POR GOBIERNOS REGIONALES. 2010-2013

Departamento	2010	2011	2012	2013
Amazonas	636	1,372	1,008	793
Ancash	0	1,502	920	417
Apurímac	74,977	1,059	924	1,434
Arequipa	680	3,469	5,531	2,858
Ayacucho	1,160	2,152	1,368	1,106
Cajamarca	0	1,833	1,484	1,554
Callao	200	679	1,081	1,015
Cusco	1,053	1,192	1,099	849
Huancavelica	1,173	1,022	1,358	920
Huánuco	783	1,146	911	986
Ica	798	3,535	1,888	690
Junín	3,326	2,496	2,009	829
La Libertad	7,335	5,186	1,476	1,311
Lambayeque	230	2,603	2,603	2,082
Lima	5,591	6,092	5,820	7,062
Loreto	10,330	11,542	13,127	10,060
Madre de Dios	250	438	344	348
Moquegua	243	778	672	470
Pasco	581	612	585	630
Piura	1,300	2,157	2,601	66
Puno	1,271	1,259	879	738
San Martín	1,208	874	2,202	693
Tacna	189	151	102	103
Tumbes	0	336	87	619
Ucayali	2,163	5,534	5,148	1,901
Gobiernos Regionales	115,477	59,019	55,227	39,534

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR 10.05.2013. Datos Lima revisados en 20.01.2014

ANEXO 7: PRODUCCIÓN FÍSICA DE LOS PRODUCTOS DE LA IPE 2007-2012

7.1 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2007.

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	30,434	25,643	22,633	17,652	15,969	112,331	79,378	191,709
Ancash	38,768	31,086	23,745	16,176	14,017	123,792	64,106	187,898
Apurímac	28,160	24,134	23,265	16,929	14,047	106,535	89,313	195,848
Arequipa	62,319	47,101	36,584	30,277	25,715	201,996	99,642	301,638
Ayacucho	35,036	28,001	24,467	19,067	16,514	123,085	92,401	215,486
Cajamarca	84,703	69,314	59,963	46,487	40,201	300,668	229,369	530,037
Callao	36,132	25,253	19,431	16,375	13,487	110,678	44,268	154,946
Cusco	67,397	51,166	38,312	28,593	23,579	209,047	98,401	307,448
Huancavelica	27,292	20,757	17,976	15,055	13,550	94,630	93,533	188,163
Huánuco	46,251	39,991	38,165	29,460	26,378	180,245	144,804	325,049
Ica	36,405	26,974	21,051	15,523	11,880	111,833	43,926	155,759
Junín	50,217	36,165	27,685	19,413	16,760	150,240	67,105	217,345
La Libertad	79,760	57,491	43,685	32,341	27,481	240,758	120,886	361,644
Lambayeque	53,668	37,503	30,610	22,625	17,817	162,223	70,429	232,652
Lima	283,678	194,026	144,616	117,891	93,510	833,721	326,047	1,159,768
Loreto	14,221	12,071	10,225	7,512	5,598	49,627	24,015	73,642
Madre de Dios	7,354	5,629	3,942	2,618	1,778	21,321	6,785	28,106
Moquegua	15,438	12,603	8,937	7,428	6,400	50,806	17,640	68,446
Pasco	14,563	11,442	10,308	7,053	5,629	48,995	26,561	75,556
Piura	100,045	69,932	59,500	47,274	38,867	315,618	153,575	469,193
Puno	50,230	37,171	27,973	19,826	15,993	151,193	73,842	225,035
San Martín	42,597	31,265	25,094	16,959	13,241	129,156	52,112	181,268
Tacna	18,452	14,251	11,341	8,585	7,508	60,137	27,363	87,500
Tumbes	9,499	6,454	4,990	3,819	3,039	27,801	9,589	37,390
Ucayali	28,894	19,845	15,694	11,680	8,507	84,620	32,876	117,496
Total	1,261,513	935,268	750,192	576,618	477,465	4,001,056	2,087,966	6,089,022

7.2 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2008

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	29,826	25,654	22,021	20,122	16,784	114,407	79,231	193,638
Ancash	38,844	29,162	22,242	20,368	15,221	125,837	62,261	188,098
Apurímac	22,248	19,005	16,459	16,352	13,080	87,144	72,779	159,923
Arequipa	59,516	44,280	34,156	30,707	25,760	194,419	86,405	280,824
Ayacucho	31,637	23,782	20,542	18,840	16,578	111,379	75,667	187,046
Cajamarca	72,482	58,455	51,201	45,735	38,798	266,671	199,322	465,993
Callao	30,880	22,948	18,091	17,445	13,870	103,234	44,295	147,529
Cusco	58,942	42,486	33,686	27,783	25,082	187,979	96,748	284,727
Huancavelica	26,232	18,639	15,731	15,421	13,470	89,493	78,490	167,983
Huánuco	36,436	31,621	29,297	28,922	24,344	150,620	122,913	273,533
Ica	35,118	23,548	18,257	15,693	12,148	104,764	40,074	144,838
Junín	49,132	33,269	27,176	22,486	18,049	150,112	66,145	216,257
La Libertad	78,337	54,216	41,897	37,892	31,271	243,613	126,663	370,276
Lambayeque	47,493	31,906	25,540	20,577	17,049	142,565	61,852	204,417
Lima	269,940	185,607	137,060	124,994	100,273	817,874	320,507	1,138,381
Loreto	32,109	24,942	19,225	16,217	12,761	105,254	44,103	149,357
Madre de Dios	6,622	4,823	3,648	3,001	2,134	20,228	6,635	26,863
Moquegua	11,065	9,412	6,924	5,847	4,957	38,205	13,119	51,324
Pasco	12,664	10,134	8,138	7,489	5,917	44,342	23,026	67,368
Piura	91,882	65,938	52,573	49,102	42,848	302,343	157,950	460,293
Puno	45,855	32,133	24,492	18,756	15,775	137,011	62,105	199,116
San Martín	45,679	34,486	27,913	23,179	17,760	149,017	61,759	210,776
Tacna	15,274	12,227	9,127	8,114	6,666	51,408	22,817	74,225
Tumbes	9,582	6,871	5,216	4,248	3,433	29,350	10,275	39,625
Ucayali	30,803	21,979	16,286	13,315	10,425	92,808	34,510	127,318
Total	1,188,598	867,523	686,898	612,605	504,453	3,860,077	1,969,651	5,829,728

7.3 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2009

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	28,871	21,757	18,399	16,268	16,050	101,345	65,737	167,082
Ancash	36,783	27,670	19,995	16,838	15,881	117,167	56,499	173,666
Apurímac	17,270	14,513	11,533	9,701	10,207	63,224	55,130	118,354
Arequipa	58,479	43,085	30,820	28,067	25,140	185,591	83,593	269,184
Ayacucho	26,244	19,984	15,461	12,923	12,806	87,418	56,464	143,882
Cajamarca	65,626	52,067	41,470	35,627	34,917	229,707	160,895	390,602
Callao	29,692	21,957	17,167	15,613	13,836	98,265	49,678	147,943
Cusco	54,496	37,470	28,536	23,126	21,558	165,186	81,811	246,997
Huancavelica	25,028	18,048	13,706	12,450	12,446	81,678	67,031	148,709
Huánuco	32,334	23,939	21,635	20,104	20,741	118,753	92,073	210,826
Ica	36,201	24,830	17,106	14,815	13,179	106,131	39,660	145,791
Junín	46,481	31,890	22,593	19,884	18,023	138,871	60,722	199,593
La Libertad	77,203	54,395	40,144	34,582	33,474	239,798	129,758	369,556
Lambayeque	45,438	30,323	23,188	17,541	16,027	132,517	55,412	187,929
Lima	254,962	179,685	124,202	112,419	99,109	770,377	316,664	1,087,041
Loreto	43,518	34,234	26,889	20,506	18,243	143,390	59,324	202,714
Madre de Dios	6,515	4,649	3,034	2,507	2,271	18,976	6,101	25,077
Moquegua	11,028	9,355	6,769	6,136	5,259	38,547	13,760	52,307
Pasco	12,747	10,048	7,879	6,582	6,302	43,558	22,063	65,621
Piura	74,508	50,572	40,562	34,181	34,348	234,171	131,407	365,578
Puno	47,741	33,681	24,964	19,052	16,609	142,047	67,968	210,015
San Martín	45,240	34,731	26,285	21,563	19,483	147,302	62,550	209,852
Tacna	15,804	12,427	9,636	8,537	7,781	54,185	25,164	79,349
Tumbes	8,076	6,023	4,222	3,490	2,932	24,743	9,715	34,458
Ucayali	36,956	25,849	18,446	14,022	11,781	107,054	36,635	143,689
Total	1,137,241	823,182	614,641	526,534	488,403	3,590,001	1,805,814	5,395,815

7.4 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2010

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	28,451	25,200	19,229	16,595	15,201	104,676	66,783	171,459
Ancash	33,408	27,741	19,960	15,712	14,752	111,573	57,571	169,144
Apurímac	18,031	16,749	13,026	10,617	9,485	67,908	50,361	118,269
Arequipa	51,577	41,483	29,577	24,443	21,658	168,738	71,894	240,632
Ayacucho	26,765	20,938	16,902	13,142	11,913	89,660	54,565	144,225
Cajamarca	49,069	42,623	32,633	26,866	25,753	176,944	116,273	293,217
Callao	33,252	24,464	17,453	15,052	13,337	103,558	44,431	147,989
Cusco	50,340	36,553	25,293	20,100	18,831	151,117	74,188	225,305
Huancavelica	24,294	19,549	15,404	12,458	11,593	83,298	60,382	143,680
Huánuco	31,952	26,364	20,615	17,892	17,909	114,732	78,224	192,956
Ica	36,702	28,864	19,800	15,629	13,282	114,277	42,358	156,635
Junín	42,893	34,142	24,069	18,915	17,612	137,631	56,548	194,179
La Libertad	67,129	51,386	38,732	31,283	28,763	217,293	113,306	330,599
Lambayeque	36,668	27,189	20,624	14,764	13,138	112,383	44,671	157,054
Lima	254,877	189,079	131,831	111,627	95,973	783,387	307,782	1,091,169
Loreto	40,376	35,496	27,514	20,351	16,113	139,850	57,303	197,153
Madre de Dios	6,373	4,707	3,079	2,194	1,887	18,240	6,185	24,425
Moquegua	8,512	7,601	5,596	4,308	3,827	29,844	10,172	40,016
Pasco	12,422	10,632	8,175	6,507	5,825	43,561	21,755	65,316
Piura	70,624	52,862	38,977	31,558	27,698	221,719	108,731	330,450
Puno	46,708	31,691	22,866	16,883	14,819	132,967	61,801	194,768
San Martín	41,710	32,082	24,421	18,650	16,805	133,668	56,766	190,434
Tacna	12,067	9,753	7,204	5,850	5,217	40,091	17,565	57,656
Tumbes	6,659	6,063	4,204	3,135	2,663	22,724	9,042	31,766
Ucayali	28,969	25,371	16,978	12,165	9,234	92,717	29,002	121,719
Total	1,059,828	828,582	604,162	486,696	433,288	3,412,556	1,617,659	5,030,215

7.5 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2011

Departamento	< 1	1	2	3	4	0 - 4	5 - 11	Total
Amazonas	20,762	19,942	15,987	12,488	10,607	79,786	43,659	123,445
Ancash	19,556	15,420	11,875	9,142	7,616	63,609	29,468	93,077
Apurímac	13,207	11,464	9,224	7,167	6,057	47,119	30,469	77,588
Arequipa	39,050	30,206	22,862	17,613	14,737	124,468	48,468	172,936
Ayacucho	22,608	17,412	13,270	10,546	8,905	72,741	37,324	110,065
Cajamarca	32,546	27,783	22,736	17,669	15,577	116,311	69,047	185,358
Callao	27,024	18,606	14,451	11,475	9,370	80,926	31,456	112,382
Cusco	35,195	25,925	17,608	13,127	11,256	103,111	42,710	145,821
Huancavelica	18,814	15,117	11,824	9,449	8,097	63,301	38,255	101,556
Huánuco	22,681	19,920	16,016	13,042	11,657	83,316	55,984	139,300
Ica	27,408	19,611	14,830	11,501	8,629	81,979	27,260	109,239
Junín	29,394	22,744	17,493	12,852	10,570	93,053	33,505	126,558
La Libertad	47,646	35,715	27,054	22,839	19,601	152,855	77,527	230,382
Lambayeque	28,931	21,427	16,301	11,128	9,219	87,006	29,826	116,832
Lima	213,587	147,037	106,043	90,030	70,784	627,481	223,118	850,599
Loreto	28,271	26,357	22,775	16,279	11,853	105,535	43,301	148,836
Madre de Dios	4,608	2,920	1,874	1,318	1,005	11,725	3,154	14,879
Moquegua	6,078	4,539	3,702	2,964	2,640	19,923	6,545	26,468
Pasco	10,408	8,125	6,151	4,627	3,962	33,273	15,366	48,639
Piura	46,746	36,595	27,513	21,017	18,143	150,014	66,052	216,066
Puno	36,766	27,576	19,477	14,303	11,557	109,679	44,683	154,362
San Martín	24,203	20,700	15,160	10,851	9,147	80,061	30,221	110,282
Tacna	8,413	5,855	4,482	3,355	2,798	24,903	9,257	34,160
Tumbes	4,908	4,332	3,617	2,590	1,972	17,419	6,918	24,337
Ucayali	17,775	12,919	11,215	7,288	5,440	54,637	16,409	71,046
Total	786,585	598,247	453,540	354,660	291,199	2,484,231	1,059,982	3,544,213

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la OGEI/MINSA. Setiembre 2013

7.6 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2012

Departamento	< 1	1	2	3	4	0 - 4	5 - 11	Total
Amazonas	14,378	15,521	13,494	12,104	10,262	65,759	39,245	105,004
Ancash	26,525	22,055	17,166	14,813	12,868	93,427	46,939	140,366
Apurímac	12,661	11,670	9,400	8,395	7,248	49,374	33,861	83,235
Arequipa	37,091	27,047	20,338	17,532	14,681	116,689	47,467	164,156
Ayacucho	18,893	16,932	12,451	10,193	9,083	67,552	38,658	106,210
Cajamarca	33,165	31,909	25,554	22,546	20,284	133,458	87,560	221,018
Callao	26,256	18,523	13,633	12,794	9,864	81,070	34,453	115,523
Cusco	32,566	24,514	17,521	13,355	11,189	99,145	43,281	142,426
Huancavelica	16,970	14,131	11,121	9,961	8,616	60,799	32,636	93,435
Huánuco	15,915	16,448	13,784	12,238	10,169	68,554	48,650	117,204
Ica	24,575	17,965	13,302	12,226	9,354	77,422	28,954	106,376
Junín	23,935	18,686	14,945	12,926	10,808	81,300	33,922	115,222
La Libertad	38,861	29,631	22,450	19,837	18,168	128,947	67,960	196,907
Lambayeque	23,863	19,614	14,779	10,949	8,641	77,846	28,982	106,828
Lima	199,618	141,838	100,363	91,389	74,097	607,305	241,258	848,563
Loreto	25,881	25,013	21,818	19,101	15,088	106,901	55,292	162,193
Madre de Dios	4,575	2,931	1,867	1,336	1,137	11,846	3,607	15,453
Moquegua	6,013	5,126	3,204	2,957	2,558	19,858	7,177	27,035
Pasco	8,151	6,950	5,261	4,139	3,595	28,096	12,579	40,675
Piura	36,314	31,086	23,710	19,896	16,728	127,734	62,391	190,125
Puno	28,805	23,921	17,067	12,182	10,437	92,412	39,727	132,139
San Martín	14,556	15,583	12,507	9,803	8,187	60,636	26,652	87,288
Tacna	8,002	6,087	4,121	3,809	2,875	24,894	10,011	34,905
Tumbes	4,202	3,947	3,199	2,679	1,958	15,985	7,115	23,100
Ucayali	11,602	8,821	7,061	5,918	4,518	37,920	13,991	51,911
Total	693,373	555,949	420,116	363,078	302,413	2,334,929	1,092,368	3,427,297

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la OGEI/MINSA. Setiembre 2013

7.7 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2007

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	284	283	160	69	65	861	152	1,013
Ancash	486	345	202	86	47	1166	150	1,316
Apurímac	359	207	127	65	29	787	105	892
Arequipa	1,071	829	607	396	259	3162	488	3,650
Ayacucho	356	276	172	91	53	948	118	1,066
Cajamarca	988	780	469	248	132	2617	333	2,950
Callao	332	243	100	89	53	817	180	997
Cusco	1,308	921	451	266	151	3097	421	3,518
Huancavelica	1,172	632	346	116	95	2361	83	2,444
Huánuco	450	457	337	187	171	1602	780	2,382
Ica	316	252	123	69	28	788	70	858
Junín	714	453	321	131	100	1719	257	1,976
La Libertad	709	469	290	129	84	1681	298	1,979
Lambayeque	559	346	187	107	79	1278	114	1,392
Lima	2,364	1,364	740	481	331	5280	1,016	6,296
Loreto	182	125	88	55	35	485	74	559
Madre de Dios	126	95	60	29	25	335	48	383
Moquegua	99	90	69	29	20	307	31	338
Pasco	180	142	59	63	26	470	74	544
Piura	2,007	1,802	953	528	265	5555	438	5,993
Puno	919	602	309	149	97	2076	178	2,254
San Martín	485	440	273	97	83	1378	138	1,516
Tacna	140	97	100	45	50	432	90	522
Tumbes	81	53	28	6	8	176	17	193
Ucayali	884	601	325	186	108	2104	247	2,351
Total	16,571	11,904	6,896	3,717	2,394	41482	5,900	47,382

7.8 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2008

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	357	265	167	90	35	914	147	1,061
Ancash	422	287	145	94	56	1004	164	1,168
Apurímac	359	235	120	74	58	846	95	941
Arequipa	870	725	418	313	286	2612	485	3,097
Ayacucho	322	158	110	53	39	682	99	781
Cajamarca	947	610	368	222	137	2284	316	2,600
Callao	319	227	112	77	76	811	195	1,006
Cusco	1,016	664	446	209	173	2508	309	2,817
Huancavelica	1,250	525	296	147	73	2291	69	2,360
Huánuco	375	393	209	144	93	1214	502	1,716
Ica	323	235	125	79	37	799	106	905
Junín	782	392	246	134	62	1616	168	1,784
La Libertad	757	376	262	169	85	1649	305	1,954
Lambayeque	306	178	99	62	27	672	70	742
Lima	1,977	1,187	685	417	307	4573	862	5,435
Loreto	559	369	197	155	91	1371	199	1,570
Madre de Dios	67	56	51	30	9	213	33	246
Moquegua	67	70	46	23	12	218	20	238
Pasco	197	126	76	36	42	477	72	549
Piura	1,631	1,449	721	412	244	4457	348	4,805
Puno	607	366	163	101	71	1308	120	1,428
San Martín	463	377	206	159	121	1326	138	1,464
Tacna	101	85	56	45	37	324	98	422
Tumbes	77	52	14	13	4	160	21	181
Ucayali	704	462	335	159	103	1763	179	1,942
Total	14,855	9,869	5,673	3,417	2,278	36092	5,120	41,212

7.9 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2009

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	330	222	129	118	50	849	109	958
Ancash	362	246	132	73	43	856	125	981
Apurímac	276	130	76	42	16	540	70	610
Arequipa	756	545	436	319	241	2297	419	2,716
Ayacucho	183	99	47	27	21	377	42	419
Cajamarca	881	529	281	166	116	1973	238	2,211
Callao	280	209	99	86	65	739	192	931
Cusco	752	432	280	145	128	1737	309	2,046
Huancavelica	1,091	403	156	90	100	1840	47	1,887
Huánuco	294	195	131	90	71	781	268	1,049
Ica	260	168	69	52	40	589	77	666
Junín	513	273	139	116	63	1104	136	1,240
La Libertad	533	452	243	172	114	1514	269	1,783
Lambayeque	291	208	76	55	44	674	90	764
Lima	3,167	1,663	689	394	326	6239	805	7,044
Loreto	618	430	291	145	110	1594	241	1,835
Madre de Dios	123	94	45	28	26	316	35	351
Moquegua	112	68	38	22	27	267	41	308
Pasco	150	87	47	37	22	343	78	421
Piura	1,288	928	601	294	185	3296	335	3,631
Puno	625	340	170	79	59	1273	123	1,396
San Martín	474	295	204	137	87	1197	159	1,356
Tacna	56	54	33	30	24	197	52	249
Tumbes	84	29	15	5	3	136	11	147
Ucayali	842	519	336	185	97	1979	199	2,178
Total	14,341	8,618	4,763	2,907	2,078	32707	4,470	37,177

7.10 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2010

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	310	218	138	94	37	797	121	918
Ancash	246	225	101	63	39	674	109	783
Apurímac	231	152	79	28	15	505	49	554
Arequipa	694	545	331	229	144	1943	375	2,318
Ayacucho	200	83	65	30	16	394	61	455
Cajamarca	526	359	142	76	47	1150	166	1,316
Callao	321	174	92	75	50	712	143	855
Cusco	717	376	259	168	113	1633	259	1,892
Huancavelica	901	444	163	64	39	1611	46	1,657
Huánuco	277	214	129	82	63	765	159	924
Ica	279	195	107	38	29	648	80	728
Junín	476	306	174	108	99	1163	156	1,319
La Libertad	682	388	311	179	118	1678	221	1,899
Lambayeque	200	131	56	32	22	441	72	513
Lima	5,490	2,796	917	376	281	9860	825	10,685
Loreto	709	527	355	216	112	1919	293	2,212
Madre de Dios	102	64	52	20	15	253	33	286
Moquegua	53	37	16	9	10	125	21	146
Pasco	118	60	42	29	24	273	60	333
Piura	1,186	1,014	576	321	150	3247	404	3,651
Puno	526	217	107	62	34	946	107	1,053
San Martín	419	322	166	105	101	1113	183	1,296
Tacna	71	45	15	29	22	182	48	230
Tumbes	59	41	11	9	5	125	8	133
Ucayali	826	564	319	184	127	2020	227	2,247
Total	15,619	9,497	4,723	2,626	1,712	34,177	4,226	38,403

7.11 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2011

Departamento	< 1	1	2	3	4	0 - 4	5 - 11	Total
Amazonas	614	358	214	153	89	1,428	151	1,579
Ancash	323	180	89	57	26	675	84	759
Apurímac	353	178	125	58	28	742	106	848
Arequipa	799	626	437	253	225	2,340	462	2,802
Ayacucho	785	352	157	96	53	1,443	169	1,612
Cajamarca	660	361	229	132	91	1,473	196	1,669
Callao	1,146	938	180	127	72	2,463	244	2,707
Cusco	816	465	271	129	107	1,788	260	2,048
Huancavelica	715	300	166	95	47	1,323	76	1,399
Huánuco	443	287	187	125	82	1,124	219	1,343
Ica	1,842	883	339	181	106	3,351	161	3,512
Junín	566	300	142	108	75	1,191	189	1,380
La Libertad	1,292	628	326	188	127	2,561	312	2,873
Lambayeque	1,294	702	354	200	115	2,665	215	2,880
Lima	5,600	2,870	1,368	980	606	11,424	1,481	12,905
Loreto	781	545	451	288	175	2,240	425	2,665
Madre de Dios	172	60	46	30	18	326	51	377
Moquegua	62	51	53	15	16	197	24	221
Pasco	227	139	71	54	38	529	104	633
Piura	1,382	953	546	276	185	3,342	421	3,763
Puno	485	275	131	71	45	1,007	152	1,159
San Martín	632	382	212	137	88	1,451	219	1,670
Tacna	128	67	33	34	29	291	67	358
Tumbes	356	156	73	33	15	633	40	673
Ucayali	864	510	342	211	119	2,046	220	2,266
Total	22,337	12,566	6,542	4,031	2,577	48,053	6,048	54,101

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la OGEI/MINSA. Setiembre 2013

7.12 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2012

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5 - 11	Total
Amazonas	14,378	15,521	13,494	12,104	10,262	65,759	39,245	105,004
Ancash	26,525	22,055	17,166	14,813	12,868	93,427	46,939	140,366
Apurímac	12,661	11,670	9,400	8,395	7,248	49,374	33,861	83,235
Arequipa	37,091	27,047	20,338	17,532	14,681	116,689	47,467	164,156
Ayacucho	18,893	16,932	12,451	10,193	9,083	67,552	38,658	106,210
Cajamarca	33,165	31,909	25,554	22,546	20,284	133,458	87,560	221,018
Callao	26,256	18,523	13,633	12,794	9,864	81,070	34,453	115,523
Cusco	32,566	24,514	17,521	13,355	11,189	99,145	43,281	142,426
Huancavelica	16,970	14,131	11,121	9,961	8,616	60,799	32,636	93,435
Huánuco	15,915	16,448	13,784	12,238	10,169	68,554	48,650	117,204
Ica	24,575	17,965	13,302	12,226	9,354	77,422	28,954	106,376
Junín	23,935	18,686	14,945	12,926	10,808	81,300	33,922	115,222
La Libertad	38,861	29,631	22,450	19,837	18,168	128,947	67,960	196,907
Lambayeque	23,863	19,614	14,779	10,949	8,641	77,846	28,982	106,828
Lima	199,618	141,838	100,363	91,389	74,097	607,305	241,258	848,563
Loreto	25,881	25,013	21,818	19,101	15,088	106,901	55,292	162,193
Madre de Dios	4,575	2,931	1,867	1,336	1,137	11,846	3,607	15,453
Moquegua	6,013	5,126	3,204	2,957	2,558	19,858	7,177	27,035
Pasco	8,151	6,950	5,261	4,139	3,595	28,096	12,579	40,675
Piura	36,314	31,086	23,710	19,896	16,728	127,734	62,391	190,125
Puno	28,805	23,921	17,067	12,182	10,437	92,412	39,727	132,139
San Martín	14,556	15,583	12,507	9,803	8,187	60,636	26,652	87,288
Tacna	8,002	6,087	4,121	3,809	2,875	24,894	10,011	34,905
Tumbes	4,202	3,947	3,199	2,679	1,958	15,985	7,115	23,100
Ucayali	11,602	8,821	7,061	5,918	4,518	37,920	13,991	51,911
Total	693,373	555,949	420,116	363,078	302,413	2,334,929	1,092,368	3,427,297

7.13. NÚMERO DE ATENCIÓNES POR IRAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2012

Departamento	< 1	1	2	3	4	0 - 4	5 - 11	Total
Amazonas	473	294	149	117	84	1,117	213	1,330
Ancash	520	290	153	75	54	1,092	175	1,267
Apurímac	250	158	103	75	43	629	156	785
Arequipa	884	517	400	261	190	2,252	449	2,701
Ayacucho	916	643	287	174	123	2,143	319	2,462
Cajamarca	980	503	315	213	166	2,177	411	2,588
Callao	1,024	715	190	146	88	2,163	252	2,415
Cusco	830	511	283	156	117	1,897	281	2,178
Huancavelica	556	219	100	98	24	997	89	1,086
Huánuco	670	381	220	116	90	1,477	300	1,777
Ica	1,825	947	350	221	113	3,456	274	3,730
Junín	620	314	161	104	97	1,296	202	1,498
La Libertad	1,272	501	267	202	144	2,386	474	2,860
Lambayeque	1,216	584	257	144	103	2,304	187	2,491
Lima	4,448	2,096	1,108	817	509	8,978	1,538	10,516
Loreto	726	593	419	252	162	2,152	692	2,844
Madre de Dios	242	162	68	53	58	583	100	683
Moquegua	93	74	28	26	12	233	40	273
Pasco	213	110	66	41	29	459	97	556
Piura	1,204	836	503	323	249	3,115	493	3,608
Puno	458	278	151	88	74	1,049	226	1,275
San Martín	523	282	169	99	70	1,143	170	1,313
Tacna	131	90	46	48	38	353	90	443
Tumbes	355	156	71	31	34	647	77	724
Ucayali	877	442	299	214	168	2,000	471	2,471
Total	21,306	11,696	6,163	4,094	2,839	46,098	7,776	53,874

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la OGEI/MINSA. Setiembre 2013

7.14 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR SOB O ASMA EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2011

Departamento	< 1	1	2	3	4	0 - 4	5 - 11	Total
Amazonas	494	277	187	186	150	1,294	513	1,807
Ancash	411	259	187	162	135	1,154	732	1,886
Apurímac	388	221	112	62	41	824	194	1,018
Arequipa	2,040	1,690	1,192	998	809	6,729	2,529	9,258
Ayacucho	315	116	76	43	46	596	142	738
Cajamarca	416	323	214	203	155	1,311	540	1,851
Callao	7,516	4,021	1,731	2,096	1,915	17,279	7,012	24,291
Cusco	360	242	144	140	111	997	476	1,473
Huancavelica	237	145	68	57	30	537	109	646
Huánuco	748	568	371	292	232	2,211	887	3,098
Ica	1,549	1,022	688	561	401	4,221	1,439	5,660
Junín	1,154	701	460	314	287	2,916	1,006	3,922
La Libertad	3,450	2,410	1,575	1,426	1,168	10,029	4,918	14,947
Lambayeque	2,459	1,392	741	519	425	5,536	1,853	7,389
Lima	40,757	23,892	15,525	14,253	11,646	106,073	40,030	146,103
Loreto	1,999	1,613	1,351	934	663	6,560	1,818	8,378
Madre de Dios	104	70	35	41	39	289	103	392
Moquegua	396	270	210	195	152	1,223	309	1,532
Pasco	560	391	265	186	152	1,554	480	2,034
Piura	2,576	1,331	863	590	518	5,878	1,606	7,484
Puno	181	99	60	30	40	410	99	509
San Martín	1,369	963	526	427	311	3,596	1,038	4,634
Tacna	1,506	980	894	589	490	4,459	1,440	5,899
Tumbes	320	210	170	126	94	920	359	1,279
Ucayali	2,546	1,539	1,172	789	518	6,564	1,439	8,003
Total	73,851	44,745	28,817	25,219	20,528	193,160	71,071	264,231

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la OGEI/MINSA. Setiembre 2013

7.15 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR SOB O ASMA EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2012

Departamento	< 1	1	2	3	4	0 - 4	5 - 11	Total
Amazonas	408	292	171	130	138	1,139	502	1,641
Ancash	669	386	295	318	303	1,971	1,132	3,103
Apurímac	329	188	126	101	62	806	221	1,027
Arequipa	2,123	1,511	1,082	1,042	918	6,676	2,780	9,456
Ayacucho	331	229	101	83	55	799	206	1,005
Cajamarca	294	225	170	153	127	969	657	1,626
Callao	7,000	3,974	1,416	2,086	1,823	16,299	6,789	23,088
Cusco	396	277	183	164	100	1,120	519	1,639
Huancavelica	355	173	101	86	47	762	94	856
Huánuco	800	713	461	368	286	2,628	910	3,538
Ica	1,162	731	480	542	412	3,327	1,309	4,636
Junín	1,367	554	316	328	268	2,833	817	3,650
La Libertad	2,630	1,789	1,345	1,403	1,147	8,314	4,350	12,664
Lambayeque	1,502	1,015	585	447	372	3,921	1,650	5,571
Lima	32,883	20,640	12,630	12,663	10,914	89,730	40,261	129,991
Loreto	2,856	2,386	1,691	1,285	872	9,090	2,757	11,847
Madre de Dios	181	121	62	56	55	475	122	597
Moquegua	318	261	171	195	132	1,077	417	1,494
Pasco	361	229	145	107	106	948	319	1,267
Piura	2,525	1,263	699	636	474	5,597	1,753	7,350
Puno	238	113	66	47	36	500	129	629
San Martín	996	623	367	272	234	2,492	852	3,344
Tacna	1,268	940	642	648	446	3,944	1,462	5,406
Tumbes	233	158	145	97	98	731	429	1,160
Ucayali	1,679	831	576	492	354	3,932	1,045	4,977
Total	62,904	39,622	24,026	23,749	19,779	170,080	71,482	241,562

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la OGEI/MINSA. Setiembre 2013

7.16 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2007

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	0-5	Total
Amazonas	1,513	1,771	1,021	578	412	5,295	1,640	6,935
Ancash	3,319	4,767	2,667	1,246	759	12,758	1,762	14,520
Apurímac	2,419	3,282	2,038	977	638	9,354	1,915	11,269
Arequipa	14,647	15,795	7,013	3,436	2,147	43,038	7,585	50,623
Ayacucho	4,579	6,259	3,592	1,579	1,078	17,087	3,864	20,951
Cajamarca	6,543	8,007	4,744	2,413	1,688	23,395	6,451	29,846
Callao	3,462	3,250	1,440	747	500	9,399	1,707	11,106
Cusco	4,880	5,946	2,555	1,104	667	15,152	1,805	16,957
Huancavelica	5,428	8,054	4,023	2,009	1,362	20,876	3,555	24,431
Huánuco	3,267	4,776	2,962	1,674	1,175	13,854	4,281	18,135
Ica	3,085	3,447	1,697	748	577	9,554	1,871	11,425
Junín	5,863	7,503	3,894	1,958	1,162	20,380	3,956	24,336
La Libertad	8,867	8,995	4,053	1,854	1,151	24,920	3,838	28,758
Lambayeque	3,269	3,176	1,646	665	421	9,177	1,348	10,525
Lima	34,027	34,773	15,298	7,413	4,710	96,221	16,196	112,417
Loreto	1,420	1,850	1,066	573	434	5,343	1,321	6,664
Madre de Dios	1,822	2,526	1,204	508	281	6,341	871	7,212
Moquegua	2,143	2,649	989	479	275	6,535	822	7,357
Pasco	1,887	2,604	1,850	1,073	669	8,083	1,715	9,798
Piura	13,623	13,755	6,908	3,491	2,400	40,177	8,019	48,196
Puno	3,839	5,034	2,141	1,137	670	12,821	1,577	14,398
San Martín	6,160	7,028	3,423	1,460	878	18,949	2,454	21,403
Tacna	3,505	4,321	1,865	940	545	11,176	1,795	12,971
Tumbes	660	690	325	162	111	1,948	266	2,214
Ucayali	5,542	6,033	3,399	1,739	1,182	17,895	3,396	21,291
Total	145,769	166,291	81,813	39,963	25,892	459,728	84,010	543,738

7.17 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2008

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	0-5	Total
Amazonas	1,394	1,596	1,048	670	444	5,152	1,529	6,681
Ancash	3,113	4,170	2,401	1,696	894	12,274	1,647	13,921
Apurímac	1,911	2,558	1,708	943	630	7,750	1,562	9,312
Arequipa	13,422	14,745	6,566	3,561	2,126	40,420	7,006	47,426
Ayacucho	3,766	5,246	2,809	1,527	1,088	14,436	3,120	17,556
Cajamarca	3,912	4,863	2,943	1,650	1,143	14,511	4,054	18,565
Callao	2,721	2,895	1,352	766	532	8,266	1,627	9,893
Cusco	2,837	3,882	1,679	775	538	9,711	1,391	11,102
Huancavelica	5,868	7,492	3,958	2,309	1,473	21,100	4,067	25,167
Huánuco	1,898	2,896	1,850	1,127	724	8,495	2,721	11,216
Ica	2,879	3,348	1,660	837	591	9,315	1,908	11,223
Junín	4,883	6,165	3,657	2,038	1,236	17,979	3,513	21,492
La Libertad	6,632	7,023	3,289	1,698	1,056	19,698	3,011	22,709
Lambayeque	2,151	2,366	1,140	572	324	6,553	1,002	7,555
Lima	27,580	29,588	13,595	7,393	4,635	82,791	14,650	97,441
Loreto	2,137	2,614	1,390	838	567	7,546	1,582	9,128
Madre de Dios	1,818	2,206	1,090	589	289	5,992	833	6,825
Moquegua	1,604	2,124	922	438	289	5,377	737	6,114
Pasco	1,622	2,433	1,487	1,015	653	7,210	1,525	8,735
Piura	10,364	11,652	6,041	3,640	2,490	34,187	7,361	41,548
Puno	3,504	4,579	2,030	1,210	891	12,214	1,600	13,814
San Martín	4,760	5,844	2,990	1,588	851	16,033	1,958	17,991
Tacna	3,293	4,440	1,945	1,049	627	11,354	1,978	13,332
Tumbes	219	253	116	64	47	699	112	811
Ucayali	4,733	5,555	3,047	1,804	1,210	16,349	3,014	19,363
Total	119,021	140,533	70,713	39,797	25,348	395,412	73,508	468,920

7.18 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2009

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	2,803	3,304	2,080	1,361	1,109	10,657	3,848	14,505
Ancash	3,045	3,821	1,843	920	744	10,373	1,744	12,117
Apurímac	1,503	1,825	1,002	499	387	5,216	1,031	6,247
Arequipa	13,963	14,200	5,963	3,109	2,139	39,374	6,523	45,897
Ayacucho	3,259	4,180	2,121	1,067	710	11,337	2,337	13,674
Cajamarca	3,420	3,982	2,041	1,106	872	11,421	2,715	14,136
Callao	2,759	2,769	1,214	607	415	7,764	1,531	9,295
Cusco	2,472	2,859	1,331	653	395	7,710	1,064	8,774
Huancavelica	6,313	8,185	4,015	2,098	1,440	22,051	4,032	26,083
Huánuco	1,764	2,128	1,278	719	647	6,536	2,009	8,545
Ica	3,318	3,555	1,621	760	531	9,785	1,632	11,417
Junín	5,134	6,105	2,927	1,681	1,123	16,970	3,067	20,037
La Libertad	7,411	7,578	3,210	1,647	1,141	20,987	3,404	24,391
Lambayeque	1,923	1,871	797	373	245	5,209	684	5,893
Lima	27,314	27,445	11,122	5,750	3,909	75,540	12,446	87,986
Loreto	2,427	3,214	1,730	1,036	796	9,203	1,965	11,168
Madre de Dios	1,530	2,050	903	458	292	5,233	684	5,917
Moquegua	1,642	2,173	887	424	319	5,445	759	6,204
Pasco	1,685	2,270	1,364	811	628	6,758	1,641	8,399
Piura	8,804	9,166	4,647	2,470	1,817	26,904	5,723	32,627
Puno	2,959	3,897	1,902	1,074	844	10,676	1,489	12,165
San Martín	4,758	5,809	2,576	1,409	1,009	15,561	2,167	17,728
Tacna	3,233	4,295	1,805	996	619	10,948	1,841	12,789
Tumbes	168	199	77	56	33	533	120	653
Ucayali	5,670	6,404	3,322	1,810	1,174	18,380	3,154	21,534
Total	119,277	133,284	61,778	32,894	23,338	370,571	67,610	438,181

7.19 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2010

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	3,117	4,099	2,431	1,537	1,155	12,339	3,917	16,256
Ancash	2,094	2,778	1,313	632	451	7,268	1,508	8,776
Apurímac	1,051	1,485	915	446	271	4,168	888	5,056
Arequipa	11,849	13,063	5,381	2,577	1,695	34,565	5,652	40,217
Ayacucho	3,028	3,860	2,073	1,057	649	10,667	2,292	12,959
Cajamarca	1,844	2,360	1,310	721	482	6,717	1,719	8,436
Callao	2,400	2,450	1,094	583	403	6,930	1,446	8,376
Cusco	1,664	2,076	839	425	264	5,268	717	5,985
Huancavelica	6,235	8,728	4,440	2,331	1,472	23,206	4,523	27,729
Huánuco	2,466	3,742	2,003	1,169	982	10,362	3,276	13,638
Ica	2,594	3,219	1,468	700	497	8,478	1,440	9,918
Junín	4,685	6,652	3,506	1,832	1,158	17,833	3,043	20,876
La Libertad	6,306	6,893	3,228	1,657	1,110	19,194	3,282	22,476
Lambayeque	1,070	1,295	573	241	172	3,351	517	3,868
Lima	21,179	23,067	10,151	5,208	3,454	63,059	11,075	74,134
Loreto	2,026	3,388	1,873	946	695	8,928	1,998	10,926
Madre de Dios	1,574	2,139	958	443	257	5,371	663	6,034
Moquegua	1,371	1,762	694	329	190	4,346	589	4,935
Pasco	1,588	2,170	1,209	754	496	6,217	1,450	7,667
Piura	6,758	8,009	3,812	2,065	1,274	21,918	4,498	26,416
Puno	2,216	2,801	1,342	735	498	7,592	996	8,588
San Martín	4,390	5,413	2,435	1,230	795	14,263	2,007	16,270
Tacna	2,370	2,998	1,310	678	426	7,782	1,446	9,228
Tumbes	102	125	76	38	21	362	83	445
Ucayali	4,547	6,287	3,207	1,621	980	16,642	2,549	19,191
Total	98,524	120,859	57,641	29,955	19,847	326,826	61,574	388,400

7.20 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2011

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	5,768	9,388	6,330	4,213	3,263	28,962	11,641	40,603
Ancash	2,822	4,520	2,872	1,651	1,222	13,087	3,958	17,045
Apurímac	2,302	3,923	2,955	1,791	1,360	12,331	5,234	17,565
Arequipa	11,863	15,358	7,581	3,905	2,645	41,352	9,063	50,415
Ayacucho	5,157	7,409	4,371	2,561	1,804	21,302	7,478	28,780
Cajamarca	6,026	9,788	6,536	4,286	3,401	30,037	12,782	42,819
Callao	3,292	3,746	2,106	1,483	1,250	11,877	4,295	16,172
Cusco	5,595	8,824	5,185	2,867	2,117	24,588	8,520	33,108
Huancavelica	3,273	4,957	2,915	1,585	1,045	13,775	3,597	17,372
Huánuco	3,817	6,753	4,374	2,592	2,047	19,583	8,293	27,876
Ica	4,619	6,608	3,670	2,041	1,402	18,340	4,975	23,315
Junín	7,268	11,073	7,002	3,792	2,478	31,613	7,921	39,534
La Libertad	10,033	13,122	7,521	4,489	3,170	38,335	12,095	50,430
Lambayeque	4,765	6,485	3,374	1,627	1,272	17,523	4,021	21,544
Lima	29,835	35,816	19,311	11,157	7,521	103,640	26,732	130,372
Loreto	5,163	9,276	5,996	3,549	2,304	26,288	8,080	34,368
Madre de Dios	1,691	2,304	1,123	564	326	6,008	1,033	7,041
Moquegua	877	1,229	590	315	235	3,246	671	3,917
Pasco	2,922	3,884	2,370	1,380	987	11,543	3,105	14,648
Piura	10,868	15,096	8,627	4,854	3,530	42,975	13,027	56,002
Puno	4,099	5,900	2,787	1,343	860	14,989	3,066	18,055
San Martín	4,855	8,492	4,696	2,770	2,113	22,926	7,085	30,011
Tacna	1,788	2,513	1,208	595	340	6,444	1,413	7,857
Tumbes	918	1,772	1,093	628	415	4,826	1,507	6,333
Ucayali	5,607	7,763	4,848	2,250	1,453	21,921	4,289	26,210
Total	145,223	205,999	119,441	68,288	48,560	587,511	173,881	761,392

7.21 NÚMERO DE ATENCIONES POR EDAS SIN COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2012

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	3,722	7,023	4,991	3,653	2,865	22,254	10,166	32,420
Ancash	4,783	8,126	4,928	3,065	2,303	23,205	7,878	31,083
Apurímac	2,160	3,748	2,687	1,894	1,389	11,878	4,940	16,818
Arequipa	9,123	11,602	5,873	3,262	2,059	31,919	7,292	39,211
Ayacucho	4,205	6,409	3,669	2,284	1,704	18,271	7,240	25,511
Cajamarca	6,426	10,819	7,541	5,254	4,392	34,432	16,415	50,847
Callao	2,665	2,825	1,515	908	662	8,575	2,372	10,947
Cusco	6,333	10,318	6,181	3,504	2,545	28,881	9,861	38,742
Huancavelica	2,808	4,197	2,563	1,629	1,268	12,465	3,705	16,170
Huánuco	2,792	5,045	3,332	2,161	1,529	14,859	6,539	21,398
Ica	3,705	4,950	2,974	1,922	1,426	14,977	4,288	19,265
Junín	5,387	7,750	5,120	3,203	2,337	23,797	6,584	30,381
La Libertad	7,141	9,055	5,387	3,479	2,575	27,637	9,840	37,477
Lambayeque	3,454	4,832	2,667	1,472	940	13,365	3,349	16,714
Lima	24,698	29,148	15,378	9,526	6,576	85,326	23,631	108,957
Loreto	5,824	11,662	7,445	4,939	3,410	33,280	11,722	45,002
Madre de Dios	1,764	2,217	1,040	551	355	5,927	1,020	6,947
Moquegua	743	1,085	486	313	204	2,831	690	3,521
Pasco	1,786	2,714	1,691	997	662	7,850	2,238	10,088
Piura	6,938	10,753	6,174	3,911	2,894	30,670	10,930	41,600
Puno	3,173	4,913	2,381	1,205	810	12,482	2,783	15,265
San Martín	3,193	6,158	3,855	2,414	1,830	17,450	5,884	23,334
Tacna	1,644	2,210	1,179	643	429	6,105	1,530	7,635
Tumbes	746	1,179	840	497	333	3,595	1,173	4,768
Ucayali	3,759	5,341	3,284	2,059	1,297	15,740	3,973	19,713
Total	118,972	174,079	103,181	64,745	46,794	507,771	166,043	673,814

7.22 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2007

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	89	130	91	30	23	363	113	476
Ancash	142	298	108	49	26	623	84	707
Apurímac	131	198	116	59	30	534	86	620
Arequipa	1,315	1,560	444	196	97	3612	442	4,054
Ayacucho	264	371	156	59	36	886	151	1,037
Cajamarca	402	678	259	149	83	1571	295	1,866
Callao	211	219	102	57	35	624	123	747
Cusco	458	518	147	63	44	1230	157	1,387
Huancavelica	488	657	213	105	57	1520	175	1,695
Huánuco	236	379	218	94	77	1004	257	1,261
Ica	115	157	59	36	25	392	59	451
Junín	784	946	309	124	70	2233	320	2,553
La Libertad	433	557	227	108	60	1385	228	1,613
Lambayeque	247	357	156	45	21	826	90	916
Lima	1,869	2,528	903	424	249	5973	977	6,950
Loreto	369	524	319	173	128	1513	406	1,919
Madre de Dios	216	265	106	35	17	639	62	701
Moquegua	76	118	33	10	3	240	17	257
Pasco	104	182	63	52	18	419	87	506
Piura	774	1,017	322	149	104	2366	321	2,687
Puno	266	340	99	31	29	765	58	823
San Martín	423	588	203	76	40	1330	157	1,487
Tacna	108	188	56	23	14	389	35	424
Tumbes	87	124	55	18	8	292	48	340
Ucayali	657	919	364	184	94	2218	351	2,569
Total	10,264	13,818	5,128	2,349	1,388	32947	5,099	38,046

7.22 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2008

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	84	126	64	42	19	335	112	447
Ancash	164	221	77	46	23	531	74	605
Apurímac	79	90	50	28	7	254	29	283
Arequipa	1,102	1,461	426	201	107	3297	451	3,748
Ayacucho	186	287	125	59	28	685	123	808
Cajamarca	207	355	182	95	58	897	159	1,056
Callao	154	228	100	50	23	555	128	683
Cusco	253	292	127	48	30	750	98	848
Huancavelica	473	761	245	116	65	1660	262	1,922
Huánuco	135	239	129	63	42	608	137	745
Ica	101	180	56	24	15	376	58	434
Junín	473	773	249	139	72	1706	293	1,999
La Libertad	404	557	221	92	62	1336	232	1,568
Lambayeque	99	177	74	32	21	403	59	462
Lima	1,426	2,063	827	351	260	4927	782	5,709
Loreto	527	631	273	146	100	1677	311	1,988
Madre de Dios	77	141	43	22	12	295	29	324
Moquegua	73	109	32	18	11	243	21	264
Pasco	107	153	75	42	32	409	101	510
Piura	598	925	325	174	132	2154	344	2,498
Puno	245	323	86	30	29	713	58	771
San Martín	273	466	175	98	60	1072	189	1,261
Tacna	122	171	43	16	5	357	44	401
Tumbes	18	26	9	4	5	62	13	75
Ucayali	795	1,033	392	183	106	2509	314	2,823
Total	8,175	11,788	4,405	2,119	1,324	27811	4,421	32,232

7.23 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2009

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	121	182	87	61	50	501	187	688
Ancash	137	209	64	44	18	472	78	550
Apurímac	65	114	43	24	21	267	37	304
Arequipa	1,092	1,363	393	188	114	3150	408	3,558
Ayacucho	147	224	92	46	30	539	103	642
Cajamarca	147	245	119	62	38	611	117	728
Callao	137	197	74	25	29	462	79	541
Cusco	220	228	126	55	27	656	80	736
Huancavelica	472	724	229	91	67	1583	211	1,794
Huánuco	112	204	98	56	44	514	127	641
Ica	114	122	48	21	5	310	40	350
Junín	431	637	211	107	60	1446	187	1,633
La Libertad	618	824	280	133	72	1927	266	2,193
Lambayeque	122	156	72	31	17	398	44	442
Lima	1,484	1,858	661	292	200	4495	609	5,104
Loreto	522	581	234	117	88	1542	252	1,794
Madre de Dios	114	247	80	31	23	495	42	537
Moquegua	71	80	25	7	11	194	25	219
Pasco	119	187	93	47	28	474	83	557
Piura	388	675	217	90	74	1444	205	1,649
Puno	213	245	72	26	17	573	36	609
San Martín	274	434	139	82	59	988	132	1,120
Tacna	79	136	30	18	13	276	31	307
Tumbes	31	37	17	9	5	99	23	122
Ucayali	1,100	1,278	454	191	162	3185	401	3,586
Total	8,330	11,187	3,958	1,854	1,272	26601	3,803	30,404

7.25 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2010

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	159	300	163	77	56	755	182	937
Ancash	95	126	64	25	25	335	63	398
Apurímac	30	48	18	9	8	113	36	149
Arequipa	948	1,338	371	184	107	2948	349	3,297
Ayacucho	111	228	97	31	24	491	114	605
Cajamarca	89	152	74	41	23	379	67	446
Callao	122	152	58	30	29	391	80	471
Cusco	143	226	70	28	21	488	84	572
Huancavelica	347	569	197	83	63	1,259	186	1,445
Huánuco	220	360	147	82	34	843	174	1,017
Ica	113	183	78	30	20	424	59	483
Junín	230	423	174	67	39	933	158	1,091
La Libertad	390	563	225	119	54	1,351	236	1,587
Lambayeque	79	127	38	17	14	275	28	303
Lima	842	1,267	480	235	153	2,977	487	3,464
Loreto	292	556	247	116	77	1,288	246	1,534
Madre de Dios	82	152	47	17	11	309	20	329
Moquegua	32	72	22	13	6	145	25	170
Pasco	98	129	74	43	18	362	62	424
Piura	344	573	229	80	61	1,287	236	1,523
Puno	124	181	60	24	21	410	36	446
San Martín	227	316	131	66	34	774	104	878
Tacna	47	124	41	14	12	238	24	262
Tumbes	11	20	12	7	3	53	7	60
Ucayali	868	1,318	481	237	157	3,061	421	3,482
Total	6,043	9,503	3,598	1,675	1,070	21,889	3,484	25,373

7.26 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2011

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	12	47	24	6	5	94	34	128
Ancash	4	9	8	1	2	24	1	25
Apurímac	7	11	7	2	3	30	7	37
Arequipa	92	110	29	14	8	253	15	268
Ayacucho	4	10	5	1	2	22	5	27
Cajamarca	15	23	15	8	4	65	13	78
Callao	8	11	6	2	-	27	7	34
Cusco	14	26	9	1	3	53	6	59
Huancavelica	-	4	-	-	-	4	-	4
Huánuco	5	27	8	5	2	47	5	52
Ica	20	32	12	6	3	73	16	89
Junín	12	19	7	2	4	44	11	55
La Libertad	25	29	10	6	4	74	19	93
Lambayeque	1	2	2	-	-	5	1	6
Lima	52	88	39	24	14	217	58	275
Loreto	19	42	17	12	7	97	21	118
Madre de Dios	1	4	2	1	-	8	6	14
Moquegua	1	1	1	1	-	4	-	4
Pasco	7	8	1	2	-	18	3	21
Piura	32	82	33	13	13	173	40	213
Puno	18	35	15	3	6	77	9	86
San Martín	29	70	25	18	6	148	30	178
Tacna	1	1	1	-	1	4	2	6
Tumbes	25	36	22	14	9	106	29	135
Ucayali	2	5	2	2	-	11	2	13
Total	406	732	300	144	96	1678	340	2,018

7.27 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS CON COMPLICACIONES EN MENORES DE 11 AÑOS SEGÚN EDADES. 2012

Departamento	<1	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	17	49	25	14	5	110	29	139
Ancash	37	73	23	22	8	163	29	192
Apurímac	6	11	7	3	3	30	18	48
Arequipa	234	319	132	50	39	774	132	906
Ayacucho	22	53	21	12	2	110	10	120
Cajamarca	26	75	27	21	10	159	53	212
Callao	10	21	9	6	5	51	15	66
Cusco	75	130	57	23	16	301	53	354
Huancavelica	39	86	21	24	6	176	43	219
Huánuco	17	39	10	16	6	88	33	121
Ica	39	86	34	12	10	181	32	213
Junín	37	85	42	24	16	204	37	241
La Libertad	114	162	61	42	25	404	137	541
Lambayeque	17	23	8	4	5	57	6	63
Lima	219	359	134	84	57	853	188	1,041
Loreto	75	137	56	17	16	301	63	364
Madre de Dios	13	20	19	5	2	59	3	62
Moquegua	17	33	6	4	4	64	19	83
Pasco	11	15	8	4	2	40	11	51
Piura	133	275	113	54	31	606	155	761
Puno	149	174	82	36	18	459	42	501
San Martín	62	96	41	10	12	221	28	249
Tacna	16	32	22	8	3	81	13	94
Tumbes	13	17	15	9	5	59	16	75
Ucayali	117	182	83	33	15	430	84	514
Total	1,515	2,552	1,056	537	321	5,981	1,249	7,230

7.28 NÚMERO DE ATENCIÓNES¹ POR IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD. 2007-2012

Año	Atención	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
2007	IRA	1,261,513	935,268	750,192	576,618	477,465	4,001,056
	SOB/Asma	138,987	81,912	48,911	38,541	31,399	339,750
	IRA complicada	10,264	13,818	5,128	2,349	1,388	32,947
	Total	1,410,764	1,030,998	804,231	617,508	510,252	4,373,753
2008	IRA	1,188,598	867,523	686,898	612,605	504,453	3,860,077
	SOB/Asma	123,437	71,638	42,860	38,363	31,425	307,723
	IRA complicada	14,855	9,869	5,673	3,417	2,278	36,092
	Total	1,326,890	949,030	735,431	654,385	538,156	4,203,892
2009	IRA	1,137,241	823,182	614,641	526,534	488,403	3,590,001
	SOB/Asma	108,619	64,119	36,213	32,693	29,580	271,224
	IRA complicada	14,341	8,618	4,763	2,907	2,078	32,707
	Total	1,260,201	895,919	655,617	562,134	520,061	3,893,932
2010	IRA	1,059,828	828,582	604,162	486,696	433,288	3,412,556
	SOB/Asma	103,062	62,689	34,569	29,194	25,983	255,497
	IRA complicada	15,619	9,497	4,723	2,626	1,712	34,177
	Total	1,178,509	900,768	643,454	518,516	460,983	3,702,230
2011	IRA	786,585	598,247	453,540	354,660	291,199	2,484,231
	SOB/Asma	73,851	44,745	28,817	25,219	20,528	193,160
	IRA complicada	22,337	12,566	6,542	4,031	2,577	48,053
	Total	882,773	655,558	488,899	383,910	314,304	2,725,444
2012	IRA	693,373	555,949	420,116	363,078	302,413	2,334,929
	SOB/Asma	62,904	39,622	24,026	23,749	19,779	170,080
	IRA complicada	21,306	11,696	6,163	4,094	2,839	46,098
	Total	777,583	607,267	450,305	390,921	325,031	2,551,107

Nota 1/ El número de atenciones incluye la suma de atenciones con diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo y controles.

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de información HIS/MINSA. Setiembre 2013

7.29 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR EDAS EN MENORES DE 5 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD. 2007-2012

Año	Atención	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
2007	EDA	145,769	166,291	81,813	39,963	25,892	459,728
	EDA con complicaciones	10,264	13,818	5,128	2,349	1,388	32,947
	Total	156,033	180,109	86,941	42,312	27,280	492,675
2008	EDA	119,021	140,533	70,713	39,797	25,348	395,412
	EDA con complicaciones	8,175	11,788	4,405	2,119	1,324	27,811
	Total	127,196	152,321	75,118	41,916	26,672	423,223
2009	EDA	119,277	133,284	61,778	32,894	23,338	370,571
	EDA con complicaciones	8,330	11,187	3,958	1,854	1,272	26,601
	Total	127,607	144,471	65,736	34,748	24,610	397,172
2010	EDA	98,524	120,859	57,641	29,955	19,847	326,826
	EDA con complicaciones	6,043	9,503	3,598	1,675	1,070	21,889
	Total	104,567	130,362	61,239	31,630	20,917	348,715
2011	EDA	145,223	205,999	119,441	68,288	48,560	587,511
	EDA con complicaciones	406	732	300	144	96	1,678
	Total	145,629	206,731	119,741	68,432	48,656	589,189
2012	EDA	118,972	174,079	103,181	64,745	46,794	507,771
	EDA con complicaciones	1,515	2,552	1,056	537	321	5,981
	Total	120,487	176,631	104,237	65,282	47,115	513,752

Nota 1/ El número de atenciones incluye la suma de atenciones con diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo y controles.

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de información HIS/MINSA, Setiembre 2013

7.30 NÚMERO DE ATENCIÓNES POR DIARREA PERSISTENTE. 2012

Departamento	< 1	1 - 2	3 - 11	1	2	3	4	0-4	5-11	Total
Amazonas	2	8	117	215	94	63	43	542	170	712
Ancash	4	23	241	349	202	92	64	975	217	1,192
Apurímac	3	5	6	68	78	45	47	252	130	582
Arequipa	4	16	106	151	51	27	17	372	67	439
Ayacucho	6	20	196	236	102	49	41	650	112	762
Cajamarca	8	25	275	434	254	162	119	1,277	497	1,774
Callao	4	34	235	214	103	60	42	692	118	810
Cusco	-	12	164	261	102	66	38	643	120	763
Huancavelica	-	-	1	5	4	-	1	11	1	12
Huánuco	2	13	166	271	151	89	52	744	211	955
Ica	4	13	149	208	105	58	44	581	112	693
Junín	21	36	301	270	95	69	31	823	113	936
La Libertad	5	19	231	337	76	9	67	744	44	1,188
Lambayeque	7	27	162	68	36	69	39	408	47	855
Lima	54	142	1,414	1,761	837	86	341	4,635	1,265	6,300
Loreto	10	21	259	389	220	147	76	1,122	309	1,431
Madre de Dios	1	-	15	13	5	3	-	37	5	42
Moquegua	-	1	11	16	3	7	8	46	12	58
Pasco	7	16	154	315	198	110	66	866	284	1,150
Piura	2	21	190	317	154	103	44	831	218	1,049
Puno	2	15	91	155	63	32	23	381	81	462
San Martín	5	10	102	138	67	44	33	399	87	486
Tacna	4	8	90	146	76	34	20	378	95	473
Tumbes	-	9	33	43	25	10	4	124	16	140
Ucayali	8	28	336	366	171	94	70	1,073	219	1,292
Total	163	522	4,631	5,985	3,272	1,528	1,330	17,431	4,550	24,556

Fuente: Elaboración propia con datos del sistema HIS-MINSA/OGEI. Setiembre 2013

7.30 DIFERENCIA DEL NÚMERO DE ATENCIÓNES DE IRAS CON COMPLICACIONES SEGÚN SISTEMA DE PROCESAMIENTO. 2011

Departamento	Anterior	Nuevo	Diferencia	%
Amazonas	801	1,428	627	178.28
Ancash	434	675	241	155.53
Apurímac	359	742	383	206.69
Arequipa	1,302	2,340	1,038	179.72
Ayacucho	325	1,443	1,118	444.00
Cajamarca	860	1,473	613	171.28
Callao	696	2,463	1,767	353.88
Cusco	1,388	1,788	400	128.82
Huancavelica	1,217	1,323	106	108.71
Huánuco	623	1,124	501	180.42
Ica	502	3,351	2,849	667.53
Junín	660	1,191	531	180.45
La Libertad	938	2,561	1,623	273.03
Lambayeque	470	2,665	2,195	567.02
Lima	4,201	11,424	7,223	271.94
Loreto	1,553	2,240	687	144.24
Madre de Dios	147	326	179	221.77
Moquegua	133	197	64	148.12
Pasco	277	529	252	190.97
Piura	2,483	3,342	859	134.60
Puno	637	1,007	370	158.08
San Martín	906	1,451	545	160.15
Tacna	169	291	122	172.19
Tumbes	115	633	518	550.43
Ucayali	1,443	2,046	603	141.79
Total	22,639	48,053	25,414	212.26

ANEXO 8: PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO POR PRODUCTOS DE LA IPE

Nota: Incluye todos los recursos, por todos los niveles de gobierno.

CUADRO 8.1
PIA, PIM Y PRESUPUESTO EJECUTADO PARA LA ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS, 2009

Producto	PIA	PIM	PE	% PE/PIM
Atención de IRAS	68,676,047	91,239,474	88,085,638	96.54
Atención de EDAS	23,074,108	31,321,856	29,778,390	95.07
Atención de IRAS c/complicaciones	15,937,762	21,251,222	20,196,424	95.04
Atención de EDAS c/complicaciones	9,589,697	14,255,127	13,497,462	94.68
Total	117,277,614	158,067,679	151,557,914	95.88

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF entregada por el MEF.

CUADRO 8.2
PIA, PIM Y PRESUPUESTO EJECUTADO PARA LA ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS¹, 2010

Producto	PIA	PIM	PE	% PE/PIM
Atención de IRAS	73,745,038	82,657,229	76,570,965	92.64
Atención de EDAS	23,199,409	30,419,718	27,894,932	91.70
Atención de IRAS c/complicaciones	17,986,546	41,278,028	38,105,664	92.31
Atención de EDAS c/complicaciones	12,254,846	17,446,715	16,091,238	92.23
Total	127,185,839	171,801,690	158,662,799	92.35

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF entregada por el MEF.

CUADRO 8.3
PIA, PIM Y PRESUPUESTO EJECUTADO PARA LA ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS¹, 2011

Producto	PIA	PIM	PE	% PE/PIM
Atención de IRAS	93,513,092	102,691,490	96,506,990	93.98
Atención de EDAS	44,917,866	54,652,592	50,040,566	91.56
Atención de IRAS c/complicaciones	38,018,730	45,451,015	40,546,570	89.21
Atención de EDAS c/complicaciones	21,877,518	24,697,957	23,098,154	93.52
Total	198,327,206	227,493,054	210,192,280	92.40

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF entregada por el MEF.

CUADRO 8.4
PIA, PIM Y PRESUPUESTO EJECUTADO PARA LA ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS¹, 2012

Producto	PIA	PIM	PE	% PE/PIM
Atención de IRAS	85,036,284	126,221,816	117,114,961	93%
Atención EDAS	48,310,590	70,328,440	67,368,270	96%
Atención IRAS c/complicaciones	49,823,707	100,876,501	91,147,523	90%
Atención de EDAS c/complicaciones	36,458,142	59,700,950	53,325,387	89%
Total	219,628,723	357,127,707	328,956,141	92%

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, actualizada 01.02.2013

CUADRO 8.5
PIM TOTAL ASIGNADO PARA LA ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS¹, 2013

Producto	PIA
Atención de IRAS	98,636,317
Atención de EDAS	50,603,638
Atención de IRAS c/complicaciones	74,655,499
Atención de EDAS c/complicaciones	37,606,798
Total	261,502,252

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF entregada por el MEF.

CUADRO 8.6
PIM POR PRODUCTO DE LA IPE ASIGNADO A GOBIERNOS REGIONALES. 2013

Gobierno Regional	IRAS	IRAS con complicaciones	EDAS	EDAS con complicaciones	TOTAL
Amazonas	1,117,289	228,475	200,323	42,675	1,588,762
Ancash	801,895	815,926	923,702	337,659	2,879,182
Apurímac	1,408,607	2,134,499	252,213	1,229,389	5,024,708
Arequipa	396,680	1,355,331	769,625	647,203	3,168,839
Ayacucho	2,242,497	2,368,050	2,150,810	1,492,682	8,254,039
Cajamarca	2,430,135	1,617,947	2,246,416	897,208	7,191,706
Callao	1,604,964	2,102,791	2,889,318	1,530,773	8,127,846
Cusco	1,285,842	1,779,898	2,076,048	1,395,220	6,537,008
Huancavelica	159,995	1,155,758	124,284	189,044	1,629,081
Huánuco	4,432,671	1,716,005	2,201,211	525,804	8,875,691
Ica	3,229,595	2,554,157	1,526,239	1,155,091	8,465,082
Junín	2,749,848	2,482,750	2,754,157	1,906,562	9,893,317
La Libertad	4,551,013	1,612,185	3,957,342	893,733	11,014,273
Lambayeque	1,022,667	1,197,680	1,014,701	921,034	4,156,082
Lima	1,617,918	1,095,706	1,790,391	1,080,411	5,584,426
Loreto	1,086,241	1,404,968	1,058,106	764,939	4,314,254
Madre de Dios	230,816	687,812	244,392	631,241	1,794,261
Moquegua	8,214,803	1,091,586	23,600	38,214	9,368,203
Pasco	421,926	842,572	251,902	243,359	1,759,759
Piura	2,064,244	5,759,084	1,130,189	12,022,159	20,975,676
Puno	3,404,016	1,945,754	2,255,494	1,064,655	8,669,919
San Martín	1,475,924	708,670	1,177,020	387,373	3,748,987
Tacna	9,357,342	520,083	82,662	402,751	10,362,838
Tumbes	884,672	570,851	957,696	448,753	2,861,972
Ucayali	2,900,009	1,244,770	2,184,696	554,814	6,884,289
Total	59,091,609	38,993,308	34,242,537	30,802,746	163,130,200

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF

CUADRO 8.7
EVOLUCIÓN DEL PIM DE LA IPE SEGÚN GOBIERNO REGIONAL. 2009 - 2013

Región	2009	2010	2011	2012	2013 ¹	Cambio (%) 2009-2012
Amazonas	1,429,146	2,355,942	4,589,504	5,558,928	1,588,762	74.29
Ancash	2,063,756	1,723,732	4,821,040	7,032,333	2,879,182	70.65
Apurímac	1,568,563	5,000,797	8,614,031	10,035,208	5,024,708	84.37
Arequipa	6,883,494	6,719,644	7,542,683	7,200,737	3,168,839	4.41
Ayacucho	5,768,270	9,594,022	9,318,123	12,819,661	8,254,039	55.00
Cajamarca	7,245,604	7,127,975	7,816,039	12,949,612	7,191,706	44.05
Callao	3,579,499	6,785,418	9,245,389	11,522,167	8,127,846	68.93
Cusco	4,854,925	5,087,370	8,911,437	10,070,831	6,537,008	51.79
Huancavelica	1,222,841	3,347,911	4,505,565	8,090,478	1,629,081	84.89
Huánuco	3,298,439	4,239,236	2,631,708	11,866,072	8,875,691	72.20
Ica	1,209,728	1,433,730	908,343	11,007,476	8,465,082	89.01
Junín	3,958,550	2,632,771	10,658,148	13,117,951	9,893,317	69.82
La Libertad	5,972,478	8,142,111	9,552,997	13,187,285	11,014,273	54.71
Lambayeque	4,258,650	4,034,226	3,682,319	6,362,060	4,156,082	33.06
Lima	6,162,902	5,041,665	6,387,688	11,768,103	5,584,426	47.63
Loreto	2,376,580	3,298,924	7,426,825	6,786,708	4,314,254	64.98
Madre de Dios	1,450,958	1,082,787	1,347,363	2,799,672	1,794,261	48.17
Moquegua	2,156,139	263,817	5,776,316	10,413,326	9,368,203	79.29
Pasco	1,467,010	1,053,055	2,319,946	2,837,891	1,759,759	48.31
Piura	5,438,415	4,174,254	26,888,533	23,499,621	20,975,676	76.86
Puno	2,282,410	3,485,198	3,973,776	7,855,119	8,669,919	70.94
San Martín	4,640,567	3,564,648	4,086,559	3,920,785	3,748,987	18.36
Tacna	6,915,259	8,813,134	10,041,125	11,202,055	10,362,838	38.27
Tumbes	27,485	34,661	78,190	3,010,874	2,861,972	99.09
Ucayali	1,533,761	1,224,809	6,351,299	7,366,570	6,884,289	79.18
Total	87,765,429	100,261,837	167,474,946	232,281,523	163,130,200	62.22

Nota: ¹/Información hasta 13.04.2013. Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF.

CUADRO 8.8
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO (PIM/PE) DE LA IPE POR PRODUCTO DE LA IPE.2009-2012

Producto	2009	2010	2011	2012
Atención de IRAS	96.54	92.64	93.98	92.79
Atención de EDAS	95.07	91.70	91.56	95.79
Atención de IRAS c/complicaciones	95.04	92.31	89.21	90.36
Atención de EDAS c/complicaciones	94.68	92.23	93.52	89.32
Total	95.88	92.35	92.40	92.11

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, 01.02.2013.

CUADRO 8.9
PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM) POR PRODUCTO Y DEPARTAMENTO. 2009

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones
Amazonas	424,964	836,941	95,589	71,652
Ancash	930,549	384,635	405,270	343,302
Apurímac	593,633	350,757	385,764	238,409
Arequipa	2,681,331	1,785,156	1,497,765	919,242
Ayacucho	1,616,150	1,150,406	1,302,751	1,698,963
Cajamarca	3,995,541	1,495,618	847,003	907,442
Callao	1,454,743	1,111,307	376,271	637,178
Cusco	2,291,269	966,068	961,141	636,447
Huancavelica	295,340	194,043	496,672	236,786
Huánuco	2,720,772	415,428	105,118	57,121
Ica	742,990	121,284	241,611	103,843
Junín	2,279,122	874,099	393,493	411,836
La Libertad	2,336,513	2,277,934	906,340	451,691
Lambayeque	2,627,716	1,129,612	250,062	251,260
Lima	10,588,082	5,923,435	4,483,843	3,614,510
Loreto	756,383	685,173	686,098	248,926
Madre de Dios	391,480	320,896	380,999	357,583
Moquegua	1,028,785	860,389	260,156	6,809
Pasco	716,189	469,681	175,109	106,031
Piura	4,642,357	344,983	165,527	285,548
Puno	787,561	536,381	467,002	491,466
San Martín	1,397,099	1,519,987	447,305	1,276,176
Tacna	6,154,294	0	524,542	236,423
Tumbes	0	5,064	22,421	0
Ucayali	1,192,563	151,501	109,298	80,399
Total	52,645,426	23,910,778	15,987,150	13,669,043

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos actualizados en Enero 2014.

CUADRO 8.10
PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM) POR PRODUCTO Y DEPARTAMENTO. 2010

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones
Amazonas	1,126,451	826,196	171,387	231,908
Ancash	1,053,036	430,436	163,354	76,906
Apurímac	1,143,762	582,158	2,068,933	1,205,944
Arequipa	2,513,635	1,699,634	1,603,381	902,994
Ayacucho	3,268,753	1,622,889	2,573,640	2,128,740
Cajamarca	2,751,458	1,201,223	2,159,140	1,016,154
Callao	2,154,153	2,281,658	910,859	1,438,748
Cusco	2,369,279	841,709	1,005,134	871,248
Huancavelica	595,322	525,950	1,458,282	768,357
Huánuco	3,067,117	668,428	379,512	124,179
Ica	283,329	634,239	269,095	247,067
Junín	1,096,878	470,429	609,082	456,382
La Libertad	2,737,773	2,248,414	2,216,453	939,471
Lambayeque	2,508,339	977,788	319,167	228,932
Lima	9,929,945	6,311,401	7,424,629	3,817,825
Loreto	1,250,062	812,747	1,064,711	171,404
Madre de Dios	279,450	269,756	253,570	280,011
Moquegua	163,127	22,986	70,071	7,633
Pasco	600,900	274,068	90,150	87,937
Piura	2,558,339	681,375	752,791	181,749
Puno	1,640,267	575,897	941,434	327,600
San Martín	1,873,643	877,703	656,966	156,336
Tacna	8,007,659	0	596,417	209,058
Tumbes	16,586	18,075	0	0
Ucayali	648,386	218,785	275,151	82,487
Total	53,637,649	25,073,944	28,033,309	15,959,070

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF.

CUADRO 8.11
PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM) POR PRODUCTO Y DEPARTAMENTO. 2011

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones
Amazonas	1,214,468	1,859,723	1,057,155	458,158
Ancash	1,877,650	1,824,041	787,030	332,319
Apurímac	2,249,168	904,325	3,024,464	2,436,074
Arequipa	2,109,420	1,958,704	2,239,156	1,235,403
Ayacucho	2,710,038	1,632,513	2,623,306	2,352,266
Cajamarca	2,856,634	2,040,726	1,674,013	1,244,666
Callao	3,043,548	3,194,928	1,514,237	1,492,676
Cusco	3,341,276	2,371,394	1,560,965	1,637,802
Huancavelica	819,746	610,363	1,881,570	1,193,886
Huánuco	1,627,871	326,745	463,229	213,863
Ica	438,044	164,571	194,405	111,323
Junín	3,031,848	3,579,087	2,133,681	1,913,532
La Libertad	3,143,993	4,570,555	1,564,714	273,735
Lambayeque	1,761,853	768,637	538,580	613,249
Lima	12,024,858	7,628,912	9,342,877	4,907,674
Loreto	2,001,578	2,331,413	2,398,411	695,423
Madre de Dios	293,669	301,466	412,017	340,211
Moquegua	4,525,793	139,598	1,099,311	11,614
Pasco	1,108,704	390,778	415,547	404,917
Piura	16,235,154	7,886,967	1,846,912	919,500
Puno	1,362,667	902,675	1,213,242	495,192
San Martín	1,885,008	615,083	919,397	667,071
Tacna	9,167,537	20,682	564,070	288,836
Tumbes	49,355	25,523	0	3,312
Ucayali	3,775,878	2,363,575	136,787	75,059
Total	82,655,758	48,412,984	39,605,076	24,317,761

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos actualizados en Enero del 2014

CUADRO 8.12
PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM) POR PRODUCTO Y DEPARTAMENTO. 2012

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones
Amazonas	2,113,583	810,127	1,400,580	1,234,638
Ancash	2,300,977	1,289,658	1,663,601	1,778,097
Apurímac	3,346,991	635,910	3,896,889	2,155,418
Arequipa	1,398,111	1,095,487	3,120,355	1,586,784
Ayacucho	3,922,862	2,764,073	3,776,936	2,355,790
Cajamarca	3,691,100	2,662,874	3,870,760	2,724,878
Callao	2,111,101	6,202,604	1,891,462	1,317,000
Cusco	2,775,695	2,941,987	2,659,661	1,689,805
Huancavelica	1,779,960	740,664	3,697,870	1,839,791
Huánuco	2,894,343	2,388,084	3,683,443	2,900,202
Ica	4,415,128	1,368,765	3,700,268	1,551,615
Junín	3,470,482	3,622,973	3,474,917	2,549,579
La Libertad	5,311,977	3,272,318	1,773,997	2,828,993
Lambayeque	2,148,387	1,189,485	1,506,563	1,517,625
Lima	39,802,957	26,252,541	38,475,078	10,811,005
Loreto	1,806,664	1,278,413	2,354,497	1,649,568
Madre de Dios	240,660	268,096	1,176,307	1,114,609
Moquegua	8,537,835	26,802	1,446,536	402,153
Pasco	969,924	303,980	836,165	727,822
Piura	2,105,354	4,651,070	4,619,047	12,124,150
Puno	2,198,720	1,525,806	2,221,384	1,904,387
San Martín	1,496,188	313,420	1,127,023	984,154
Tacna	10,081,962	77,850	589,784	452,459
Tumbes	798,233	1,044,485	600,264	567,892
Ucayali	2,734,723	2,091,117	1,750,544	790,186
Total	112,453,917	68,818,589	95,313,931	59,558,600

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos actualizados en Enero del 2014

CUADRO 8.13
PRESUPUESTO DE LA IPE EJECUTADO POR PRODUCTO Y DEPARTAMENTO. 2009

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones
Amazonas	403,782	763,102	83,294	66,650
Ancash	882,721	363,872	360,101	316,512
Apurímac	585,515	338,774	383,752	233,820
Arequipa	2,530,082	1,730,578	1,457,726	910,500
Ayacucho	1,510,923	1,149,365	1,261,190	1,660,643
Cajamarca	3,990,283	1,490,695	843,550	898,619
Callao	1,190,204	1,099,394	356,670	636,377
Cusco	2,259,245	960,544	957,205	627,899
Huancavelica	286,315	186,199	492,840	228,747
Huánuco	2,330,706	242,372	94,235	49,087
Ica	647,978	118,089	144,255	103,838
Junín	2,007,000	823,485	305,935	394,715
La Libertad	2,286,349	2,270,286	897,725	437,188
Lambayeque	2,606,130	1,119,377	235,257	245,066
Lima	9,659,262	5,236,246	3,900,335	3,155,822
Loreto	695,228	662,803	662,478	197,259
Madre de Dios	391,447	320,851	380,380	356,696
Moquegua	1,005,039	858,770	242,485	6,363
Pasco	304,706	160,913	171,608	85,778
Piura	4,489,311	289,235	161,027	275,343
Puno	752,977	519,472	463,501	482,057
San Martín	1,336,352	1,506,475	424,991	1,227,514
Tacna	6,154,280	0	524,141	236,411
Tumbes	0	5,064	22,421	0
Ucayali	1,185,680	151,258	105,254	78,451
Total	49,491,515	22,367,219	14,932,356	12,911,355

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos actualizados en Enero del 2014

CUADRO 8.14
PRESUPUESTO DE LA IPE EJECUTADO POR PRODUCTO Y DEPARTAMENTO. 2010

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones
Amazonas	993,371	720,053	172,422	245,862
Ancash	1,064,265	452,989	160,987	77,986
Apurímac	951,522	396,236	1,788,225	919,647
Arequipa	2,453,823	1,700,537	1,656,656	963,336
Ayacucho	2,391,335	1,639,588	2,544,974	2,129,844
Cajamarca	2,589,256	1,128,464	2,365,688	1,059,962
Callao	2,221,893	2,023,115	509,513	1,347,472
Cusco	2,296,963	855,287	990,557	922,359
Huancavelica	514,029	447,149	1,240,266	618,741
Huánuco	2,411,033	460,926	294,154	106,960
Ica	198,967	549,690	211,548	233,385
Junín	1,175,630	511,314	550,629	447,499
La Libertad	2,864,353	2,378,842	2,455,284	933,980
Lambayeque	2,944,867	1,089,019	298,132	241,918
Lima	9,146,534	6,467,182	7,437,443	4,363,174
Loreto	1,049,301	614,199	623,695	190,955
Madre de Dios	307,169	288,439	274,356	301,377
Moquegua	154,737	22,906	70,331	6,420
Pasco	494,044	226,942	97,389	95,820
Piura	2,452,792	679,297	759,893	164,656
Puno	1,547,046	496,691	854,020	327,609
San Martín	2,038,729	1,090,581	682,333	157,522
Tacna	8,559,388	0	636,539	224,712
Tumbes	16,585	18,728	0	0
Ucayali	704,949	223,186	285,294	88,096
Total	51,542,581	24,481,360	26,960,328	16,169,292

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos actualizados en Enero del 2014

CUADRO 8.15
PRESUPUESTO DE LA IPE EJECUTADO POR PRODUCTO Y DEPARTAMENTO. 2011

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones
Amazonas	881,798	1,549,312	889,542	346,783
Ancash	1,588,624	1,719,795	668,895	315,280
Apurímac	1,909,575	765,777	2,632,978	2,174,795
Arequipa	1,707,381	1,819,788	2,055,708	1,161,450
Ayacucho	2,196,353	1,478,170	2,417,304	2,233,616
Cajamarca	2,475,215	1,599,680	1,603,816	1,204,880
Callao	2,901,710	3,078,547	1,495,202	1,478,448
Cusco	3,069,396	1,613,283	1,442,070	1,231,217
Huancavelica	754,839	561,441	1,634,751	1,146,394
Huánuco	1,468,383	265,569	350,574	188,613
Ica	361,922	119,841	172,298	105,108
Junín	2,822,308	3,504,074	2,063,025	1,881,738
La Libertad	3,061,398	4,004,978	1,520,811	272,293
Lambayeque	1,728,594	761,564	510,065	611,793
Lima	10,684,115	6,749,954	7,882,202	4,694,106
Loreto	1,930,619	2,323,321	1,270,640	624,855
Madre de Dios	285,934	296,071	402,574	339,525
Moquegua	4,385,287	127,072	1,076,469	11,037
Pasco	870,990	326,999	397,625	351,749
Piura	15,770,715	7,748,136	1,772,194	886,107
Puno	1,014,473	740,669	1,054,227	474,529
San Martín	1,632,258	247,523	688,567	616,860
Tacna	9,157,896	20,679	563,672	288,636
Tumbes	49,350	25,519	0	3,312
Ucayali	3,762,073	2,353,089	135,446	74,860
Total	76,471,206	43,800,851	34,700,655	22,717,984

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos actualizados en Enero del 2014

CUADRO 8.16
PRESUPUESTO DE LA IPE EJECUTADO POR PRODUCTO Y DEPARTAMENTO. 2012

Departamento	IRAS	EDAS	IRAS con complicaciones	EDAS con complicaciones
Amazonas	1,367,786	364,878	617,250	478,358
Ancash	1,995,045	1,247,475	1,332,844	1,408,427
Apurímac	3,118,494	594,560	3,803,907	2,030,157
Arequipa	1,289,805	1,083,464	2,840,856	1,331,988
Ayacucho	3,480,855	2,644,998	3,159,957	2,058,809
Cajamarca	3,367,193	2,392,131	3,566,122	2,534,124
Callao	2,084,488	6,165,437	1,865,558	1,220,675
Cusco	2,432,134	2,718,291	2,641,884	1,679,091
Huancavelica	1,369,602	597,272	2,906,162	1,601,506
Huánuco	2,569,161	2,311,289	2,527,956	2,239,819
Ica	4,251,310	1,303,692	3,482,659	1,344,402
Junín	3,298,984	3,582,099	3,156,816	2,267,241
La Libertad	4,625,322	3,232,047	1,430,968	2,596,974
Lambayeque	1,897,910	955,490	1,282,844	1,347,303
Lima	36,383,416	25,324,412	35,641,714	9,978,208
Loreto	1,795,481	1,234,141	1,952,343	1,314,535
Madre de Dios	230,383	267,062	994,912	884,100
Moquegua	8,409,668	21,496	1,076,536	76,901
Pasco	716,091	234,418	663,588	393,648
Piura	1,879,840	4,611,576	4,546,129	12,046,686
Puno	1,884,872	1,414,783	2,071,651	1,667,359
San Martín	1,389,000	298,517	987,016	709,826
Tacna	10,052,821	77,850	532,869	390,938
Tumbes	798,231	1,044,482	581,747	506,123
Ucayali	2,628,689	2,082,866	1,703,529	763,492
Total	103,316,581	65,804,726	85,367,817	52,870,690

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Datos actualizados en Enero del 2014

ANEXO 9: PRESUPUESTO DE LA IPE POR GENÉRICAS

CUADRO 9.1
PIA, PE Y RELACIÓN PIM/PE EN ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS POR GENÉRICA DE GASTO, 2009

Genérica de gasto	PIA	PIM	PE	% PE/PIM
Personal y Obligaciones Sociales	46,695,059	73,300,967	53,284,779	72.69
Bienes y Servicios	11,130,938	41,338,147	36,428,167	88.12
Donaciones y Transferencias	58,274,751	72,001,793	51,860,785	72.02
Otros	0	8,624,610	7,808,692	90.53
Adquisiciones de Activos no Financieros	1,155,526	2,257,072	2,171,041	96.18
Total	117,256,274	165,846,924	151,553,464	91.38

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF entregada por el MEF.

CUADRO 9.2
PIA, PE Y RELACIÓN PIM/PE EN ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS POR GENÉRICA DE GASTO, 2010

Genérica de Gasto	PIA	PIM	PE	% PE/PIM
Personal y Obligaciones Sociales	50,763,316	54,722,527	54,081,099	98.82
Bienes y Servicios	13,589,255	56,341,403	46,798,735	83.06
Donaciones y Transferencias	62,036,309	48,537,361	48,535,642	99.99
Otros	7,824	7,139,479	5,700,467	79.84
Adquisiciones de Activos no Financieros	787,376	4,997,004	3,483,668	69.71
Total	127,184,080	171,737,774	158,599,611	92.34

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF entregada por el MEF.

CUADRO 9.3
PE Y RELACIÓN PIM/PE EN ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS POR GENÉRICA DE GASTO, 2011

Genérica de Gasto	PIA	PIM	PE	% PE/PIM
Personal y Obligaciones Sociales	120,835,057	120,916,271	120,123,879	99.34
Bienes y Servicios	23,606,606	61,729,424	47,730,386	77.32
Donaciones y Transferencias	50,100,607	32,518,043	32,507,537	99.96
Otros	3,753,876	8,046,891	7,164,306	89.03
Adquisiciones Activos no Financieros	19,000	4,192,162	2,577,354	61.48
Total	198,315,146	227,402,791	210,103,462	92.39

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF entregada por el MEF.

CUADRO 9.4**PIM, PIA, PE Y RELACIÓN PIM/PE EN ATENCIÓN DE IRAS Y EDAS POR GENÉRICA DE GASTO, 2012**

Genérica de Gasto	PIA	PIM	PE	% PE/PIM
Personal y Obligaciones Sociales	145,048,480	163,532,131	162,986,478	99.66
Bienes y Servicios	36,284,037	135,522,845	120,357,155	88.81
Donaciones y Transferencias	37,933,018	21,252,630	21,252,625	100.00
Otros	10,906	5,111,514	4,747,703	92.88
Adquisiciones Activos no Financieros	352,282	31,708,587	19,712,176	62.17
Total	219,628,723	357,127,707	328,956,137	92.11

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, al 1ero de febrero 2013.

CUADRO 9.5**PIA POR GENÉRICA DE GASTO EN LA IPE. 2013**

Genérica de Gasto	PIA
Personal y Obligaciones Sociales	161,320,399
Bienes y Servicios	41,715,549
Donaciones y Transferencias	49,199,646
Otros	10,680
Adquisiciones de Activos no Financieros	9,202,782
Total	261,449,056

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF, al 1ero de febrero 2013.

ANEXO 10: PRESUPUESTO DE LA IPE POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO

CUADRO 10.1
PIA DE LA IPE SEGÚN PLIEGO, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2009

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Total
011MINSA	Atención IRAS	48,858,661	185,102	49,043,763
	Atención EDAS	11,251,493	182,310	11,433,803
	Atención IRAS con complicaciones	7,458,394	93,580	7,551,974
	Atención EDAS con complicaciones	2,748,365	256,241	3,004,606
	011 Total 4 productos	70,316,913	717,233	71,034,146
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	19,172,133	460,151	19,632,284
	Atención de EDAS	10,950,128	690,177	11,640,305
	Atención IRAS con complicaciones	7,555,635	830,153	8,385,788
	Atención EDAS con complicaciones	6,178,950	406,141	6,585,091
	099 Total 4 productos	43,856,846	2,386,622	46,243,468
TOTAL	Atención de IRAS	68,030,794	645,253	68,676,047
	Atención de EDAS	22,201,621	872,487	23,074,108
	Atención IRAS con complicaciones	15,014,029	923,733	15,937,762
	Atención EDAS con complicaciones	8,927,315	662,382	9,589,697
	Total 4 productos	114,173,759	3,103,855	117,277,614

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.2
PIM DE LA IPE SEGÚN PLIEGO, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2009

PLIEGO	PRODUCTOS	Ordinarios	Directamente recaudados	Donaciones y transferencias	Total
011 MINSA	Atención IRAS	40,200,531	266,076	5,732,799	46,199,406
	Atención EDAS	10,089,509	286,195	1,663,649	12,039,353
	Atención IRAS con complicaciones	7,426,140	122,143	794,728	8,343,011
	Atención EDAS complicadas	3,126,088	199,007	395,385	3,720,480
	011 Total 4 productos	60,842,268	873,421	8,586,561	70,302,250
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	21,253,106	725,191	23,061,771	45,040,068
	Atención de EDAS	12,896,801	698,270	5,687,432	19,282,503
	Atención IRAS complicadas	9,058,782	809,951	3,039,478	12,908,211
	Atención EDAS complicadas	7,043,453	496,495	2,994,699	10,534,647
	099 Total 4 productos	50,252,142	2,729,907	34,783,380	87,765,429
TOTAL	Atención de IRAS	61,453,637	991,267	28,794,570	91,239,474
	Atención de EDAS	22,986,310	984,465	7,351,081	31,321,856
	Atención IRAS complicadas	16,484,922	932,094	3,834,206	21,251,222
	Atención EDAS complicadas	10,169,541	695,502	3,390,084	14,255,127
	Total 4 productos	111,094,410	3,603,328	43,369,941	158,067,679

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.3
PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA IPE SEGÚN PLIEGOS, PRODUCTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2009

PLIEGO	Producto/Pliego	Ordinarios	Directamente recaudados	Donaciones y transferencias	Total
011 MINSA	Atención IRAS	40,097,720	231,119	5,234,042	45,562,881
	Atención EDAS	9,890,965	256,327	1,283,203	11,430,495
	Atención IRAS complicadas	7,249,823	77,225	489,189	7,816,237
	Atención EDAS complicadas	2,879,171	167,732	238,523	3,285,426
	011 Total 4 productos	60,117,679	732,403	7,244,957	68,095,039
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	21,077,379	573,891	20,871,487	42,522,757
	Atención de EDAS	12,812,990	616,763	4,918,142	18,347,895
	Atención IRAS complicadas	9,039,558	731,798	2,608,831	12,380,187
	Atención EDAS complicadas	7,003,058	431,551	2,777,427	10,212,036
	099 Total 4 productos	49,932,985	2,354,003	31,175,887	83,462,875
TOTAL	Atención de IRAS	61,175,099	805,010	26,105,529	88,085,638
	Atención de EDAS	22,703,955	873,090	6,201,345	29,778,390
	Atención IRAS complicadas	16,289,381	809,023	3,098,020	20,196,424
	Atención EDAS complicadas	9,882,229	599,283	3,015,950	13,497,462
	Total 4 productos	110,050,664	3,086,406	38,420,844	151,557,914

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.4
PIA DE LA IPE SEGÚN PLIEGOS, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2010

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Total
011 MINSA	Atención IRAS	53,442,745	304,642	53,747,387
	Atención EDAS	11,391,604	143,985	11,535,589
	Atención IRAS complicadas	8,139,183	211,446	8,350,629
	Atención EDAS complicadas	3,694,868	104,671	3,799,539
	Total 4 productos	76,668,400	764,744	77,433,144
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	19,525,577	472,074	19,997,651
	Atención de EDAS	10,903,894	759,926	11,663,820
	Atención IRAS complicadas	8,485,448	1,150,469	9,635,917
	Atención EDAS complicadas	7,659,211	796,096	8,455,307
	Total 4 productos	46,574,130	3,178,565	49,752,695
TOTAL	Atención de IRAS	72,968,322	776,716	73,745,038
	Atención de EDAS	22,295,498	903,911	23,199,409
	Atención IRAS complicadas	16,624,631	1,361,915	17,986,546
	Atención EDAS complicadas	11,354,079	900,767	12,254,846
	Total 4 productos	123,242,530	3,943,309	127,185,839

Fuente: Elaboración propia con datos de la base analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.5
PIM DE LA IPE SEGÚN PLIEGO, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2010

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Donaciones y transferencias	Total
011 MINSA	Atención IRAS	34,563,784	335,426	1,942,959	36,842,169
	Atención EDAS	9,732,206	146,776	552,436	10,431,418
	Atención IRAS complicadas	17,390,740	718,770	1,534,715	19,644,225
	Atención EDAS complicadas	3,817,705	235,885	568,451	4,622,041
	011 Total 4 productos	65,504,435	1,436,857	4,598,561	71,539,853
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	22,706,416	829,729	22,278,915	45,815,060
	Atención de EDAS	11,762,961	773,029	7,452,310	19,988,300
	Atención IRAS complicadas	10,148,025	1,256,705	10,229,073	21,633,803
	Atención EDAS complicadas	8,260,459	942,913	3,621,302	12,824,674
	099 Total 4 productos	52,877,861	3,802,376	43,581,600	100,261,837
TOTAL	Atención de IRAS	57,270,200	1,165,155	24,221,874	82,657,229
	Atención de EDAS	21,495,167	919,805	8,004,746	30,419,718
	Atención IRAS complicadas	27,538,765	1,975,475	11,763,788	41,278,028
	Atención EDAS complicadas	12,078,164	1,178,798	4,189,753	17,446,715
	Total 4 productos	118,382,296	5,239,233	48,180,161	171,801,690

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.6
PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA IPE SEGÚN PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2010

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Donaciones y transferencias	Total
011 MINSA	Atención IRAS	34,542,722	164,532	830,735	35,537,989
	Atención EDAS	9,700,848	119,489	376,218	10,196,555
	Atención IRAS complicadas	17,340,351	611,265	1,249,144	19,200,760
	Atención EDAS complicadas	3,808,825	196,251	369,686	4,374,762
	011 Total 4 productos	65,392,746	1,091,537	2,825,783	69,310,066
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	22,495,133	625,245	17,912,598	41,032,976
	Atención de EDAS	11,618,850	630,051	5,449,476	17,698,377
	Atención IRAS complicadas	9,959,934	1,131,395	7,813,575	18,904,904
	Atención EDAS complicadas	8,150,154	786,176	2,780,146	11,716,476
	099 Total 4 productos	52,224,071	3,172,867	33,955,795	89,352,733
TOTAL	Atención de IRAS	57,037,855	789,777	18,743,333	76,570,965
	Atención de EDAS	21,319,698	749,540	5,825,694	27,894,932
	Atención IRAS complicadas	27,300,285	1,742,660	9,062,719	38,105,664
	Atención EDAS complicadas	11,958,979	982,427	3,149,832	16,091,238
	Total 4 productos	117,616,817	4,264,404	36,781,578	158,662,799

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.7
PIA DE LA IPE SEGÚN PLIEGO, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2011

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Total
011 MINSA	Atención IRAS	39,447,225	193,099	39,640,324
	Atención EDAS	10,501,583	220,947	10,722,530
	Atención IRAS complicadas	15,225,952	151,972	15,377,924
	Atención EDAS complicadas	4,189,950	153,779	4,343,729
	011 Total 4 productos	69,364,710	719,797	70,084,507
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	53,269,015	603,753	53,872,768
	Atención de EDAS	33,409,989	785,347	34,195,336
	Atención IRAS complicadas	21,432,190	1,208,616	22,640,806
	Atención EDAS complicadas	17,049,909	483,880	17,533,789
	099 Total 4 productos	125,161,103	3,081,596	128,242,699
TOTAL	Atención de IRAS	92,716,240	796,852	93,513,092
	Atención de EDAS	43,911,572	1,006,294	44,917,866
	Atención IRAS complicadas	36,658,142	1,360,588	38,018,730
	Atención EDAS complicadas	21,239,859	637,659	21,877,518
	Total 4 productos	194,525,813	3,801,393	198,327,206

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.8
PIM DE LA IPE SEGÚN PLIEGO, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2011

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Donaciones y transferencias	Total
011 MINSA	Atención IRAS	27,591,708	703,356	1,526,730	29,821,794
	Atención EDAS	11,218,549	307,807	631,506	12,157,862
	Atención IRAS complicadas	11,682,699	369,468	1,597,562	13,649,729
	Atención EDAS complicadas	3,954,069	200,619	234,035	4,388,723
	011 Total 4 productos	54,447,025	1,581,250	3,989,833	60,018,108
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	54,781,400	643,942	17,444,354	72,869,696
	Atención de EDAS	33,412,152	2,468,686	6,613,892	42,494,730
	Atención IRAS complicadas	22,365,490	1,152,325	8,283,471	31,801,286
	Atención EDAS complicadas	16,730,025	466,715	3,112,494	20,309,234
	099 Total 4 productos	127,289,067	4,731,668	35,454,211	167,474,946
TOTAL	Atención de IRAS	82,373,108	1,347,298	18,971,084	102,691,490
	Atención de EDAS	44,630,701	2,776,493	7,245,398	54,652,592
	Atención IRAS complicadas	34,048,189	1,521,793	9,881,033	45,451,015
	Atención EDAS complicadas	20,684,094	667,334	3,346,529	24,697,957
	Total 4 productos	181,736,092	6,312,918	39,444,044	227,493,054

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.9

PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA IPE SEGÚN PLIEGOS, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2011

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Donaciones y transferencias	Total
011 MINSA	Atención IRAS	27,491,673	640,573	860,286	28,992,532
	Atención EDAS	11,086,725	264,070	272,576	11,623,371
	Atención IRAS complicadas	11,595,489	306,695	528,847	12,431,031
	Atención EDAS complicadas	3,909,343	171,459	203,425	4,284,227
	011 Total 4 productos	54,083,230	1,382,797	1,865,134	57,331,161
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	54,361,422	586,051	12,566,985	67,514,458
	Atención de EDAS	33,196,555	1,520,528	3,700,112	38,417,195
	Atención IRAS complicadas	22,042,698	1,036,275	5,036,566	28,115,539
	Atención EDAS complicadas	16,607,123	385,256	1,821,548	18,813,927
	099 Total 4 productos	126,207,798	3,528,110	23,125,211	152,861,119
TOTAL	Atención de IRAS	81,853,095	1,226,624	13,427,271	96,506,990
	Atención de EDAS	44,283,280	1,784,598	3,972,688	50,040,566
	Atención IRAS complicadas	33,638,187	1,342,970	5,565,413	40,546,570
	Atención EDAS complicadas	20,516,466	556,715	2,024,973	23,098,154
	Total 4 productos	180,291,028	4,910,907	24,990,345	210,192,280

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.10
PIA DE LA IPE SEGÚN PLIEGOS, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2012

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Total
011 MINSA	Atención IRAS	33,966,949	379,011	34,345,960
	Atención EDAS	13,540,820	476,816	14,017,636
	Atención IRAS complicadas	18,125,657	456,568	18,582,225
	Atención EDAS complicadas	5,308,278	332,838	5,641,116
	011 Total 4 productos	70,941,704	1,645,233	72,586,937
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	49,227,050	1,463,274	50,690,324
	Atención de EDAS	33,551,564	741,390	34,292,954
	Atención IRAS complicadas	30,539,887	701,595	31,241,482
	Atención EDAS complicadas	30,393,137	423,889	30,817,026
	099 Total 4 productos	143,711,638	3,330,148	147,041,786
TOTAL	Atención de IRAS	83,193,999	1,842,285	85,036,284
	Atención de EDAS	47,092,384	1,218,206	48,310,590
	Atención IRAS complicadas	48,665,544	1,158,163	49,823,707
	Atención EDAS complicadas	35,701,415	756,727	36,458,142
	Total 4 productos	214,653,342	4,975,381	219,628,723

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.11
PIM DE LA IPE SEGÚN PLIEGOS, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2012

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Donaciones y transferencias	Total
011 MINSA	Atención IRAS	46,625,052	1,050,668	1,517,561	49,193,281
	Atención EDAS	25,059,948	779,483	732,628	26,572,059
	Atención IRAS complicada	35,781,378	3,140,620	969,779	39,891,777
	Atención EDA complicada	9,416,882	236,902	145,423	9,799,207
	011 Total 4 productos	116,883,260	5,207,673	3,365,391	125,456,324
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	55,424,930	959,177	15,996,854	72,380,961
	Atención de EDAS	34,315,008	721,319	4,627,308	39,663,635
	Atención IRAS complicada	49,486,694	874,811	6,918,574	57,280,079
	Atención EDA complicada	44,842,663	368,613	2,836,933	48,048,209
	099 Total 4 productos	184,069,295	2,923,920	30,379,669	217,372,884
TOTAL	Atención de IRAS	102,049,982	2,009,845	17,514,415	121,574,242
	Atención de EDAS	59,374,956	1,500,802	5,359,936	66,235,694
	Atención IRAS complicada	85,268,072	4,015,431	7,888,353	97,171,856
	Atención EDA complicada	54,259,545	605,515	2,982,356	57,847,416
	Total 4 productos	300,952,555	8,131,593	33,745,060	342,829,208

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.12
PRESUPUESTO EJECUTADO DE LA IPE SEGÚN PLIEGOS, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 2012

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Donaciones y transferencias	Total
011 MINSA	Atención IRAS	34,734,582	712,012	207,536	35,654,130
	Atención EDAS	14,978,664	541,660	221,930	15,742,254
	Atención IRAS complicadas	25,263,300	2,474,459	292,335	28,030,094
	Atención EDAS complicadas	6,022,662	128,592	45,447	6,196,701
	011 Total 4 productos	80,999,208	3,856,723	767,248	85,623,179
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	48,227,701	662,373	8,282,816	57,172,890
	Atención de EDAS	29,660,714	341,384	2,327,648	32,329,746
	Atención IRAS complicadas	29,969,596	758,064	3,557,263	34,284,923
	Atención EDAS complicadas	29,661,428	337,884	1,418,547	31,417,859
	099 Total 4 productos	137,519,439	2,099,705	15,586,274	155,205,418
TOTAL	Atención de IRAS	82,962,283	1,374,385	8,490,352	92,827,020
	Atención de EDAS	44,639,378	883,044	2,549,578	48,072,000
	Atención IRAS complicadas	55,232,896	3,232,523	3,849,598	62,315,017
	Atención EDAS complicadas	35,684,090	466,476	1,463,994	37,614,560
	Total 4 productos	218,518,647	5,956,428	16,353,522	240,828,597

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.13
PIA DE LA IPE SEGÚN PLIEGO, PRODUCTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO.2013

PLIEGO	Producto	Ordinarios	Directamente recaudados	Total
011 MINSA	Atención IRAS	39,332,539	212,169	39,544,708
	Atención EDAS	16,198,820	162,281	16,361,101
	Atención IRAS complicadas	35,259,490	402,701	35,662,191
	Atención EDAS complicadas	6,642,911	161,141	6,804,052
	011 Total 4 productos	97,433,760	938,292	98,372,052
099 GOBIERNO REGIONAL	Atención de IRAS	57,465,625	1,625,984	59,091,609
	Atención de EDAS	32,245,394	1,997,143	34,242,537
	Atención IRAS complicadas	38,134,517	858,791	38,993,308
	Atención EDAS complicadas	30,165,716	637,030	30,802,746
	099 Total 4 productos	158,011,252	5,118,948	163,130,200
TOTAL	Atención de IRAS	96,798,164	1,838,153	98,636,317
	Atención de EDAS	48,444,214	2,159,424	50,603,638
	Atención IRAS complicadas	73,394,007	1,261,492	74,655,499
	Atención EDAS complicadas	36,808,627	798,171	37,606,798
	Total 4 productos	255,445,012	6,057,240	261,502,252

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos analítica del SIAF. Enero 2013

CUADRO 10.14
PRESUPUESTO PER CÁPITA Y POBREZA DE LA IPE ASIGNADO A GOBIERNOS REGIONALES. 2011

Gobierno Regional	Presupuesto asignado IPE	Población 0-4 años	Presupuesto per cápita 0-4 total	Población 0-4 años ajustada por pobreza	Presupuesto per cápita 0-4 en pobreza
Amazonas	1,588,762	47,500	33,45	7,362	215.81
Ancash	2,879,182	114,764	25,09	7,459	386.00
Apurímac	5,024,708	53,085	94,65	10,510	478.09
Arequipa	3,168,839	103,457	30,63	4,759	665.86
Ayacucho	8,254,039	79,746	103,50	14,513	568.73
Cajamarca	7,191,706	166,006	43,32	25,398	283.16
Callao	8,127,846	78,778	103,17	1,890	4,300.45
Cusco	6,537,008	131,827	49,59	22,146	295.18
Huancavelica	1,629,081	67,738	24,05	13,276	122.71
Huánuco	8,875,691	98,006	90,56	19,993	443.94
Ica	8,465,082	70,330	120,36	1,195	7,083.75
Junín	9,893,317	144,015	68,70	11,809	837.78
La Libertad	11,014,273	175,291	62,83	18,054	610.07
Lambayeque	4,156,082	113,810	36,52	8,649	480.53
Lima	5,584,426	791,875	7,05	20,588	271.25
Loreto	4,314,254	122,050	35,35	18,551	232.56
Madre de Dios	1,794,261	13,262	135,29	238	7,538.91
Moquegua	9,368,203	13,786	679,54	496	18,887.51
Pasco	1,759,759	32,928	53,44	4,017	438.08
Piura	20,975,676	190,271	110,24	21,500	975.61
Puno	8,669,919	151,830	57,10	28,544	303.74
San Martín	3,748,987	84,022	44,62	7,141	524.99
Tacna	10,362,838	29,094	356,18	989	10,478.10
Tumbes	2,861,972	20,559	139,21	781	3,664.50
Ucayali	6,884,289	49,175	140,00	2,163	3,182.75

Fuente: Elaboración propia con información de la base analítica del SIAF. Datos de población 0-4 años y % de población total en pobreza: INEI.

ANEXO 11: GASTO UNITARIO DE LOS PRODUCTOS

CUADRO 11.1
GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE IRAS POR DEPARTAMENTO. 2010

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	106,469	403,775	3.79
Ancash	114,165	882,714	7.73
Apurímac	69,574	585,516	8.42
Arequipa	177,973	2,530,081	14.22
Ayacucho	91,166	1,510,922	16.57
Cajamarca	179,961	3,990,269	22.17
Callao	123,827	1,190,210	9.61
Cusco	152,849	2,259,247	14.78
Huancavelica	83,796	286,319	3.42
Huánuco	118,100	2,330,706	19.74
Ica	121,906	647,989	5.32
Junín	141,942	2,007,023	14.14
La Libertad	230,582	2,286,353	9.92
Lambayeque	121,571	2,606,150	21.44
Lima	915,002	2,690,450	2.94
Loreto	148,918	695,230	4.67
Madre de Dios	18,786	391,456	20.84
Moquegua	31,514	1,005,037	31.89
Pasco	45,393	304,712	6.71
Piura	229,647	4,489,311	19.55
Puno	133,683	752,979	5.63
San Martín	138,205	1,336,357	9.67
Tacna	45,426	6,154,282	135.48
Tumbes	24,762	0	0.00
Ucayali	102,836	1,185,669	11.53
Total	3,668,053	42,522,757	11.59

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013.

CUADRO 11.2
GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS POR DEPARTAMENTO. 2010

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	12,339	763,106	61.85
Ancash	7,268	363,878	50.07
Apurímac	4,168	338,780	81.28
Arequipa	34,565	1,730,570	50.07
Ayacucho	10,667	1,149,363	107.75
Cajamarca	6,717	1,490,692	221.93
Callao	6,930	1,099,393	158.64
Cusco	5,268	960,543	182.34
Huancavelica	23,206	186,202	8.02
Huánuco	10,362	242,373	23.39
Ica	8,478	118,096	13.93
Junín	17,833	823,488	46.18
La Libertad	19,194	2,270,288	118.28
Lambayeque	3,351	1,119,386	334.05
Lima	63,059	1,216,833	19.30
Loreto	8,928	662,800	74.24
Madre de Dios	5,371	320,857	59.74
Moquegua	4,346	858,773	197.60
Pasco	6,217	160,914	25.88
Piura	21,918	289,245	13.20
Puno	7,592	519,487	68.43
San Martín	14,263	1,506,504	105.62
Tacna	7,782	0	0.00
Tumbes	362	5,064	13.99
Ucayali	16,642	151,260	9.09
Total	326,826	18,347,895	56.14

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.3
GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE IRAS COMPLICADAS POR DEPARTAMENTO. 2010

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	797	83,297	104.51
Ancash	674	360,094	534.26
Apurímac	505	383,755	759.91
Arequipa	1,943	1,457,732	750.25
Ayacucho	394	1,261,201	3,201.02
Cajamarca	1,150	843,555	733.53
Callao	712	356,670	500.94
Cusco	1633	957,205	586.16
Huancavelica	1611	492,842	305.92
Huánuco	765	94,236	123.18
Ica	648	144,261	222.63
Junín	1163	305,931	263.05
La Libertad	1678	897,717	534.99
Lambayeque	441	235,258	533.46
Lima	9,860	1,348,167	136.73
Loreto	1,919	662,472	345.22
Madre de Dios	253	380,373	1,503.45
Moquegua	125	242,494	1,939.95
Pasco	273	171,602	628.58
Piura	3,247	161,027	49.59
Puno	946	463,492	489.95
San Martín	1113	424,994	381.85
Tacna	182	524,131	2,879.84
Tumbes	125	22,422	179.38
Ucayali	2020	105,259	52.11
Total	34,177	12,380,187	362.24

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.4

GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS CON COMPLICACIONES POR DEPARTAMENTO. 2010

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	12,339	66,650	5.40
Ancash	7,268	316,505	43.55
Apurímac	4,168	233,820	56.10
Arequipa	34,565	910,497	26.34
Ayacucho	10,667	1,660,640	155.68
Cajamarca	6,717	898,627	133.78
Callao	6,930	636,375	91.83
Cusco	5,268	627,908	119.19
Huancavelica	23,206	228,748	9.86
Huánuco	10,362	49,091	4.74
Ica	8,478	103,841	12.25
Junín	17,833	394,718	22.13
La Libertad	19,194	437,192	22.78
Lambayeque	3,351	245,066	73.13
Lima	63,059	456,479	7.24
Loreto	8,928	197,256	22.09
Madre de Dios	5,371	356,690	66.41
Moquegua	4,346	6,365	1.46
Pasco	6,217	85,782	13.80
Piura	21,918	275,343	12.56
Puno	7,592	482,054	63.49
San Martín	14,263	1,227,524	86.06
Tacna	7,782	236,408	30.38
Tumbes	362	0	0.00
Ucayali	16,642	78,457	4.71
Total	326,826	10,212,036	31.25

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.5
GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE IRAS POR DEPARTAMENTO. 2011

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	81,080	881,798	10.88
Ancash	64,763	1,588,633	24.53
Apurímac	47,943	1,909,571	39.83
Arequipa	131,197	1,707,381	13.01
Ayacucho	73,337	2,196,359	29.95
Cajamarca	117,622	2,475,218	21.04
Callao	98,205	2,901,709	29.55
Cusco	104,108	3,069,414	29.48
Huancavelica	63,838	754,833	11.82
Huánuco	85,527	1,468,381	17.17
Ica	86,200	361,930	4.20
Junín	95,969	2,822,316	29.41
La Libertad	162,884	3,061,403	18.79
Lambayeque	92,542	1,728,602	18.68
Lima	733,554	1,727,325	2.35
Loreto	112,095	1,930,616	17.22
Madre de Dios	12,014	285,928	23.80
Moquegua	21,146	4,385,283	207.38
Pasco	34,827	870,986	25.01
Piura	155,892	15,770,712	101.16
Puno	110,089	1,014,459	9.21
San Martín	83,657	1,632,255	19.51
Tacna	29,362	9,157,903	311.90
Tumbes	18,339	49,353	2.69
Ucayali	61,201	3,762,090	61.47
Total	2,677,391	67,514,458	25.22

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.6
GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS POR DEPARTAMENTO. 2011

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	28,962	1,549,312	53.49
Ancash	13,087	1,719,794	131.41
Apurímac	12,331	765,780	62.10
Arequipa	41,352	1,819,798	44.01
Ayacucho	21,302	1,478,168	69.39
Cajamarca	30,037	1,599,681	53.26
Callao	11,877	3,078,549	259.20
Cusco	24,588	1,613,288	65.61
Huancavelica	13,775	561,440	40.76
Huánuco	19,583	265,572	13.56
Ica	18,340	119,848	6.53
Junín	31,613	3,504,079	110.84
La Libertad	38,335	4,005,003	104.47
Lambayeque	17,523	761,569	43.46
Lima	103,640	1,366,172	13.18
Loreto	26,288	2,323,324	88.38
Madre de Dios	6,008	296,075	49.28
Moquegua	3246	127,076	39.15
Pasco	11,543	327,002	28.33
Piura	42,975	7,748,146	180.29
Puno	14,989	740,687	49.42
San Martín	22,926	247,532	10.80
Tacna	6,444	20,680	3.21
Tumbes	4826	25,521	5.29
Ucayali	21,921	2,353,099	107.34
Total	587,511	38,417,195	65.39

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.7

GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE IRAS CON COMPLICACIONES POR DEPARTAMENTO. 2011

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	1,428	889,541	622.93
Ancash	675	668,887	990.94
Apurímac	742	2,632,985	3,548.50
Arequipa	2,340	2,055,695	878.50
Ayacucho	1,443	2,417,309	1,675.20
Cajamarca	1,473	1,603,803	1,088.80
Callao	2,463	1,495,192	607.06
Cusco	1,788	1,442,068	806.53
Huancavelica	1,323	1,634,748	1,235.64
Huánuco	1,124	350,576	311.90
Ica	3,351	172,304	51.42
Junín	1,191	2,063,024	1,732.18
La Libertad	2,561	1,520,807	593.83
Lambayeque	2,665	510,068	191.40
Lima	11,424	1,297,110	113.54
Loreto	2,240	1,270,641	567.25
Madre de Dios	326	402,571	1,234.88
Moquegua	197	1,076,474	5,464.34
Pasco	529	397,624	751.65
Piura	3,342	1,772,190	530.28
Puno	1,007	1,054,225	1,046.90
San Martín	1,451	688,569	474.55
Tacna	291	563,677	1,937.03
Tumbes	633	0	0.00
Ucayali	2,046	135,451	66.20
Total	48,053	28,115,539	585.09

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013.

CUADRO 11.8
GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS CON COMPLICACIONES POR DEPARTAMENTO. 2011

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	94	346,783	3,689.18
Ancash	24	315,277	13,136.54
Apurímac	30	2,174,786	72,492.87
Arequipa	253	1,161,441	4,590.68
Ayacucho	22	2,233,607	101,527.59
Cajamarca	65	1,204,884	18,536.68
Callao	27	1,478,450	54,757.41
Cusco	53	1,231,226	23,230.68
Huancavelica	4	1,146,384	286,596.00
Huánuco	47	188,613	4,013.04
Ica	73	105,111	1,439.88
Junín	44	1,881,739	42,766.80
La Libertad	74	272,287	3,679.55
Lambayeque	5	611,793	122,358.60
Lima	217	790,066	3,640.86
Loreto	97	624,861	6,441.87
Madre de Dios	8	339,517	42,439.63
Moquegua	4	11,039	2,759.75
Pasco	18	351,751	19,541.72
Piura	173	886,115	5,122.05
Puno	77	474,524	6,162.65
San Martín	148	616,858	4,167.96
Tacna	4	288,637	72,159.25
Tumbes	106	3,312	31.25
Ucayali	11	74,866	6,806.00
Total	1,678	18,813,927	11,212.11

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.9
GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS POR DEPARTAMENTO. 2012

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	22,254	374,070	16.81
Ancash	23,205	1,247,475	53.76
Apurímac	11,878	594,560	50.06
Arequipa	31,919	1,086,401	34.04
Ayacucho	18,271	2,644,998	144.76
Cajamarca	34,432	2,392,131	69.47
Callao	8,575	2,729,100	318.26
Cusco	28,881	613,575	21.24
Huancavelica	12,465	2,311,289	185.42
Huánuco	14,859	1,303,692	87.74
Ica	14,977	3,582,099	239.17
Junín	23,797	3,232,585	135.84
La Libertad	27,637	956,342	34.60
Lambayeque	13,365	1,234,141	92.34
Lima	85,326	267,342	3.13
Loreto	33,280	21,496	0.65
Madre de Dios	5,927	234,418	39.55
Moquegua	2831	4,611,576	1,628.96
Pasco	7,850	1,414,783	180.23
Piura	30,670	298,517	9.73
Puno	12,482	77,850	6.24
San Martín	17,450	1,044,482	59.86
Tacna	6,105	2,082,866	341.17
Tumbes	3595	4,174,788	1,161.28
Ucayali	15,740	6,165,458	391.71
Total	507,771	44,696,033	88.02

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.10

GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE IRAS CON COMPLICACIONES POR DEPARTAMENTO. 2012

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	1,117	618,755	553.94
Ancash	1,092	1,332,844	1,220.55
Apurímac	629	3,803,917	6,047.56
Arequipa	2,252	2,841,179	1,261.62
Ayacucho	2,143	3,160,049	1,474.59
Cajamarca	2,177	3,566,122	1,638.09
Callao	2,163	2,641,884	1,221.40
Cusco	1,897	2,927,908	1,543.44
Huancavelica	997	2,528,127	2,535.73
Huánuco	1,477	3,482,659	2,357.93
Ica	3,456	3,156,816	913.43
Junín	1,296	1,430,968	1,104.14
La Libertad	2,386	1,286,076	539.01
Lambayeque	2,304	1,954,843	848.46
Lima	8,978	994,924	110.82
Loreto	2,152	1,089,566	506.30
Madre de Dios	583	663,588	1,138.23
Moquegua	233	4,559,129	19,567.08
Pasco	459	2,071,651	4513.40
Piura	3,115	987,016	316.86
Puno	1,049	532,869	507.98
San Martín	1,143	581,747	508.97
Tacna	353	1,703,529	4,825.86
Tumbes	647	2,037,499	3,149.15
Ucayali	2,000	1,865,579	932.79
Total	46,098	51,819,243	1,124.11

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.11
GASTO UNITARIO DEL PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS CON COMPLICACIONES POR DEPARTAMENTO. 2012

Departamento	Nº Atenciones	Presupuesto ejecutado	Gasto unitario
Amazonas	110	478,358	4,348.71
Ancash	163	1,408,427	8,640.66
Apurímac	30	2,030,157	67,671.90
Arequipa	774	1,332,430	1,721.49
Ayacucho	110	2,058,853	18,716.85
Cajamarca	159	2,535,488	15,946.47
Callao	51	1,679,091	32,923.35
Cusco	301	1,618,381	5,376.68
Huancavelica	176	2,239,819	12,726.24
Huánuco	88	1,344,402	15,277.30
Ica	181	2,267,241	12,526.19
Junín	204	2,597,062	12,730.70
La Libertad	404	1,348,741	3,338.47
Lambayeque	57	1,314,535	23,062.02
Lima	853	884,100	1,036.46
Loreto	301	76,901	255.49
Madre de Dios	59	393,648	6,672.00
Moquegua	64	12,084,932	188,827.06
Pasco	40	1,667,359	41,683.98
Piura	606	709,826	1,171.33
Puno	459	390,938	851.72
San Martín	221	506,123	2,290.15
Tacna	81	763,492	9,425.83
Tumbes	59	1,441,390	24,430.34
Ucayali	430	1,220,726	2,838.90
Total	5,981	44,392,421	7,422.24

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con información del SIGA PpR.MEF:02.2013 y sistema HIS.OGEI.MINSA: 09.2013

CUADRO 11.12 A
GASTO POR PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS CON COMPLICACIONES POR DEPARTAMENTO. 2012

Departamento	Número de casos atendidos	Presupuesto ejecutado	Gasto Unitario
Amazonas	23	478,358	20,798
Ancash	53	1,408,427	26,574
Apurímac	12	2,030,157	169,180
Arequipa	74	1,332,430	18,006
Ayacucho	34	2,058,853	60,555
Cajamarca	41	2,535,488	61,841
Callao	5	1,220,726	244,145
Cusco	85	1,679,091	19,754
Huancavelica	26	1,618,381	62,245
Huánuco	29	2,239,819	77,235
Ica	42	1,344,402	32,010
Junín	36	2,267,241	62,979
La Libertad	147	2,597,062	17,667
Lambayeque	20	1,348,741	67,437
Lima	135	1,441,390	10,677
Loreto	181	1,314,535	7,263
Madre De Dios	6	884,100	147,350
Moquegua	11	76,901	6,991
Pasco	10	393,648	39,365
Piura	113	12,084,932	106,946
Puno	68	1,667,359	24,520
San Martín	37	709,826	19,184
Tacna	10	390,938	39,094
Tumbes	38	506,123	13,319
Ucayali	57	763,492	13,395
Total	1,293	44,392,421	34,333

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con datos del HIS/OGEI/ MINSA 2013 y base de datos analítica del SIAF. 2013

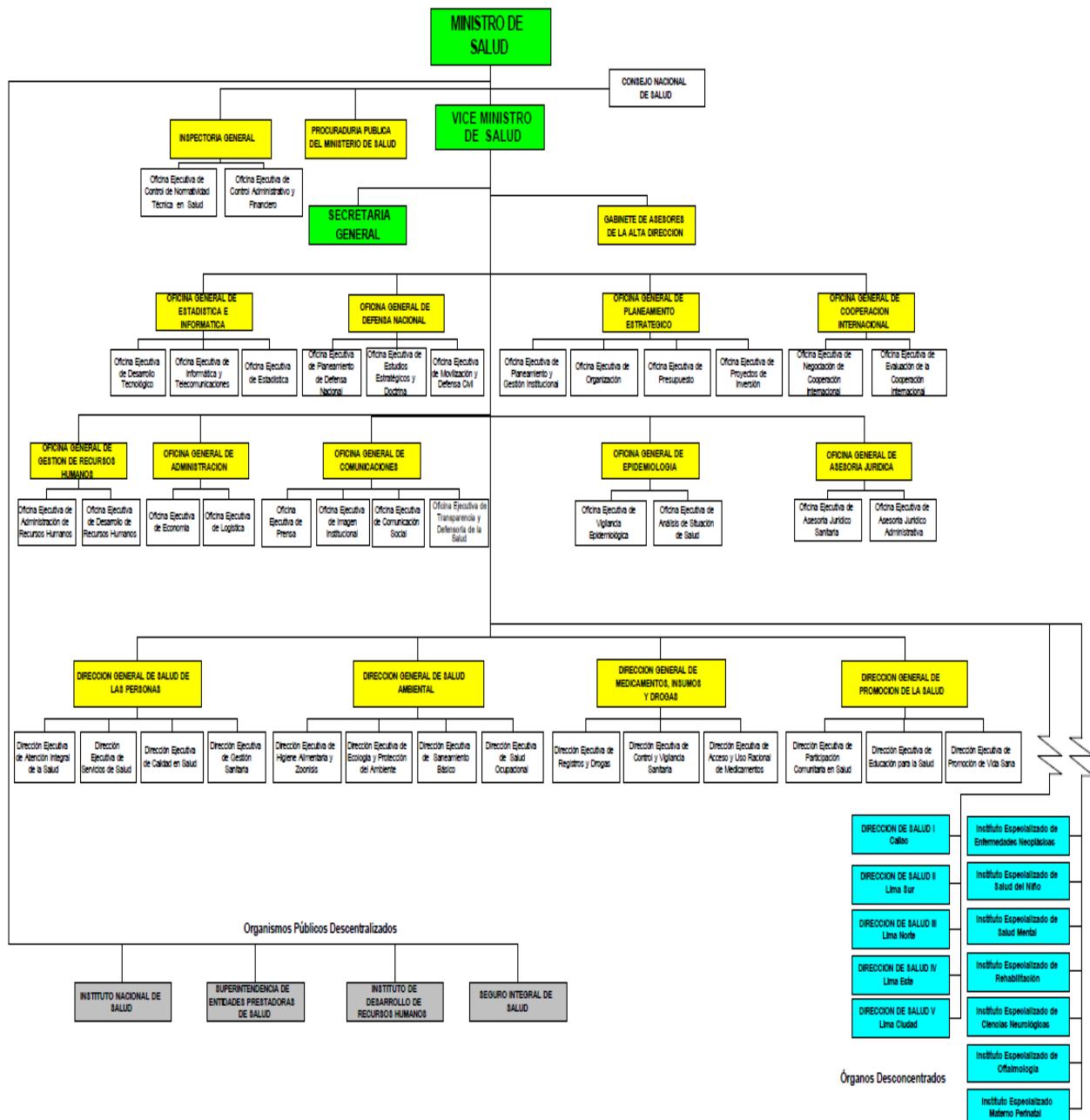
CUADRO 11.13 A
GASTO POR PRODUCTO ATENCIÓN DE EDAS SIN COMPLICACIONES POR DEPARTAMENTO. 2012

Departamento	Número de casos atendidos	Presupuesto ejecutado	Gasto Unitario
Amazonas	7,600	374,070	49.22
Ancash	13,152	1,247,475	94.85
Apurímac	6,842	594,560	86.89
Arequipa	6,414	1,086,401	169.38
Ayacucho	8,919	2,644,998	296.55
Cajamarca	23,911	2,392,131	100.04
Callao	2,544	6,165,458	2,423.52
Cusco	17,427	2,729,100	156.60
Huancavelica	3,754	613,575	163.44
Huánuco	5,807	2,311,289	398.01
Ica	9,693	1,303,692	134.49
Junín	6,907	3,582,099	518.61
La Libertad	16,316	3,232,585	198.12
Lambayeque	6,164	956,342	155.15
Lima	28,118	4,174,788	148.47
Loreto	22,945	1,234,141	53.78
Madre De Dios	922	267,342	289.95
Moquegua	562	21,496	38.24
Pasco	2,805	234,418	83.57
Piura	14,893	4,611,576	309.64
Puno	4,762	1,414,783	297.09
San Martín	10,005	298,517	29.83
Tacna	991	77,850	78.55
Tumbes	2,713	1,044,482	384.99
Ucayali	4,784	2,082,866	435.38
Total	228,950	44,696,033	195.22

Nota: Los datos de Lima no consideran los recursos asignados a las DISAS de Lima Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia con datos del HIS/OGEI/ MINSA 2013 y base de datos analítica del SIAF. 2013

ANEXO 13: ORGANIGRAMA DEL MINSA



Fuente: Reglamento de la Ley General de Salud

Oscar Alfredo Castillo Velásquez
DNI 09166770