



**EVALUACIÓN DE DISEÑO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL
DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA
“CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”**

MINISTERIO DE SALUD

INFORME FINAL

OSCAR CASTILLO VELÁSQUEZ

RICARDO ZÚÑIGA CÁRDENAS

Lima, Junio del 2015

TABLA DE CONTENIDOS

Presentación	09
PARTE 1: CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA (IPE)	10
Reseña histórica	10
I. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	11
1.1 Justificación de la Intervención Pública Evaluada	11
1.2 Modelo Lógico en el que se inserta la Intervención Pública Evaluada	13
1.2.1 Formulación de resultados (intermedio e inmediato)	15
1.2.2 Descripción de los productos y sub-productos	16
1.3 Formulación de los indicadores y sus metas	18
1.4 Relaciones de coordinación	20
II. PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA IPE	21
2.1 Estructura organizacional y mecanismos de coordinación	21
2.2 Focalización	25
2.2.1 Caracterización de la población potencial y objetivo	25
2.2.2 Criterios de Focalización	25
2.3 Productos provistos a la población	25
2.3.1 Caracterización de productos y cadena de entrega de servicios	25
2.3.2 Criterios de programación y cuantificación de metas físicas	31
2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación	34
2.4.1 Disponibilidad y uso de sistemas de información	34
III. PRESUPUESTO Y RESULTADOS	37
3.1 Criterios de asignación, transferencia de recursos	37
3.2 Proceso de asignación, y transferencia de recursos	38
3.3 PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado	43
3.4 Costos de los productos	44
PARTE 2: TEMAS DE EVALUACIÓN	45
I. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	45
1.1 Diagnóstico de la Situación Inicial	46
1.2 Lógica Vertical del Modelo Lógico	46
1.3 Lógica Horizontal del Modelo Lógico	47
1.4 Relaciones de coordinación interinstitucional	50
II. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN	52
2.1 Evaluación de la estructura organizacional	52
2.2 Focalización y Priorización	52
2.2.1 Pertinencia de los criterios	52
2.2.1 Focalización	52
2.3 Productos provistos a la población	53
2.3.1 Evaluación del proceso de entrega de los productos	53
2.4 Funciones y actividades de seguimiento y evaluación	54
2.4.1 Pertinencia de los indicadores	54
2.4.1 Disponibilidad y uso de sistemas de información	56
III. PRESUPUESTO Y RESULTADOS	58
3.1 Eficacia y calidad de la Intervención Pública Evaluada	58
3.1.1 Desempeño de los productos de la IPE	62
3.1.2 Desempeño en la obtención de los productos de la IPE	62
3.1.3 Desempeño de la IPE a nivel de resultado inmediato e intermedio	65

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

3.2	Análisis presupuestario	67
3.2.1	Ejecución presupuestaria	68
3.2.2	Asignación/Distribución de recursos	70
3.3	Eficiencia de la Intervención Pública Evaluada	72
3.3.1	Análisis de eficiencia de sub-productos y/o productos	73
3.4	Sostenibilidad	76
3.5	Justificación de la continuidad	76
3.6	Análisis de Género	77
PARTE 3: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		78
ANEXOS		78

LISTA DE GRÁFICOS

1	DCI en menores de 5 años según características seleccionadas. 2007.	12
2	Modelo inicial conceptual de desnutrición infantil, muerte y discapacidad	13
3	Intervenciones claves y eficaces en el PAN	14
4	Modelo lógico del PAN	15
5	Organigrama funcional nacional del PAN	21
6	Organigrama funcional regional del PAN	23
7	Flujograma de atención del CRED	28
8	Proceso de producción del CRED	29
9	Proceso de producción de Municipios Saludables	29
10	Cadena de producción de Municipios Saludables	30
11	Marco del seguimiento en el PAN	34
12	Evolución del PIM del CRED según fuente de financiamiento 2009-2014	39
13	Distribución del PIA del CRED según genérica de gasto. 2012-2014	40
14	PIM del CRED asignado a los pliegos MINSA y SIS. 2009-2014	41
15	PIM del CRED por gobiernos nacional y regionales. 2009-2014	41
16	Menores de 3 años con CRED según características sociodemográficas. 2007	45
17	Cobertura del CRED en menores de 5 años por departamento. 2007	45
18	Cobertura del CRED y DCI en menores de 5 años por departamento. 2007	46
19	Cobertura de CRED en menores de 3 años a nivel nacional. 2007-2013	58
20	Evolución del CRED según variables socio demográficas. 2007-2013	59
21	Cobertura CRED en menores de 3 años según región natural. 2007-2013	59
22	Cobertura CRED en menores de 3 años según educación de la madre. 2007-2013	60
23	Cobertura CRED en menores de 3 años según quintil de bienestar. 2007-2014	60
24	Evolución de la cobertura CRED y desnutrición crónica infantil. 2009-2013	62
25	Proyección de las metas físicas del CRED por departamento. 2013-2016	64
26	Proporción de menores de 3 años con CRED según ENDES y HIS. 2010-2013	64
27	PIM asignado por meta física CRED por departamento. 2014	67
28	Evolución del PIA, PIM y Ejecutado del CRED. 2009-2014	68
29	Ejecución presupuestal del CRED por gobiernos regionales. 2012-2013	69
30	Ejecución presupuestal de Municipios Saludables por departamento. 2013	70
31	Gasto por fuentes de financiamiento del CRED. 2009-2014	71
32	PIM per cápita asignado al CRED y DCI. 2012	72
33	PIM per cápita asignado al CRED y cobertura CRED alcanzada. 2012	72
34	Evolución del PIM asignado al CRED. 2009-2014	74
35	Evolución del PIM por unidad de meta física CRED. 2009-2014	74
36	Gasto por meta física unitaria CRED por departamento. 2012-2013	76

LISTA DE CUADROS

1	Desnutrición crónica infantil por ámbitos de residencia. 1992-2008	10
2	Matriz Lógica del PAN	15
3	Indicadores del CRED y Municipios Saludables	17
4	Matriz de Indicadores de Desempeño y Metas de productos de la IPE. 2014	18
5	Relaciones de coordinación interinstitucional	19
6	Funciones para la entrega del CRED	23
7	Población de niñas y niños menores de 3 años de edad. 2008-2013	24
8	Responsable, unidad de medida y grupo beneficiario de CRED	25
9	Criterios para definir las metas físicas del CRED y sub-productos. 2009-2014	30
10	Metas físicas programadas CRED por departamento. 2009-2015	31
11	Diferencia de metas físicas CRED en el SIGA y SIAF. 2010-2015	33
12	Metas físicas CRED en pliegos nacionales en el SIGA. 2010-2015	33
13	Metas físicas del producto Municipios Saludables. 2011-2015	33
14	Indicadores de los productos CRED y Municipios Saludables	35
15	Porcentaje del PIA de la IPE comparada al PIA del PAN. 2009-2014	38
16	PIA, PIM y presupuesto ejecutado del CRED. 2009-2014	38
17	Fuentes de financiamiento del CRED. 2009-2014	39
18	Evolución del PIM asignado al CRED por departamentos. 2009-2014	42
19	Evolución del PIM según metas físicas del CRED. 2009-2014	43
20	Gasto unitario por meta física CRED. 2010-2013	44
21	Gasto unitario por meta física de Municipios Saludables. 2012-2013	44
22	Ánálisis de los subproductos CRED	47
23	Indicadores existentes y propuestos de producción física de CRED	49
24	Relaciones interinstitucionales del CRED	50
25	Menores de tres años con CRED según pobreza y región natural. 2013	52
26	Número de controles CRED en menores de 5 años. 2009-2013	53
27	Cumplimiento de las normas de atención CRED. 2014	54
28	Cambios en los códigos de indicadores CRED	57
29	Metas físicas programadas y resultados del CRED. 2010-2013	58
30	Aumento del CRED en menores de 3 años según departamento. 2007-2013	61
31	Deserción de controles CRED en menores de 3 años. 2011-2013	62
32	Metas del CRED en el SIGA y SIAF. 2010-2015	63
33	Metas del CRED y población objetivo. 2013	63
34	Niños menores de cinco años en riesgo nutricional. 2012-2013	65
35	Recuperación de niños menores de 5 años en riesgo nutricional. 2012	65
36	Recuperación de niños menores de 5 años con desnutrición crónica. 2012	66
37	Ejecutado del CRED por genérica de gasto. 2010-2014	70
38	Distribución de la genérica Bienes y Servicios del CRED. 2012-2014	71
39	Gasto unitario por meta física CRED por departamento. 2010 -2013	75
40	Ánálisis de Género en la IPE	77

LISTA DE ANEXOS

1	Informe del trabajo de campo Dr. Ricardo Zúñiga	92
2	Informe del trabajo de campo Dr. Oscar Liendo	99
3	Definiciones Operacionales de Municipios Saludables. 2014	117
4	Definiciones Operacionales de CRED. 2014	119
5	Reuniones y Talleres de Municipios Saludables	120
6	Matriz de Indicadores de Municipios Saludables	121
7	Productos del PAN según resultados intermedios	123
8	Insumos priorizados para la atención de CRED	124
9	Insumos críticos adquiridos por unidades ejecutoras. 2012-2013	125
10	Población nacional de menores de 3 años. 2013-2015	126
11	Población menor de tres años de edad y metas CRED. SIAF. 2013	126
12	Déficit de nutrientes en niños de 6-35 meses por nivel de pobreza. 2012-2013	127
13	Déficit de nutrientes en niños de 6-35 meses por ámbito. 2012-2013	127
14	Niños 6 a 36 meses con alimentación complementaria. 2009-2011	128
15	Manual de la entrevistadora. ENDES. 2013	129
16	Metas físicas CRED nivel nacional. SIGA. 2010-2015	133
17	Metas físicas CRED por departamento. SIGA. 2009-2015	133
18	Metas físicas CRED por departamento. SIAF. 2009-2015	134
19	Proporción de menores de 3 años con CRED por departamento. 2010-2013	135
20	Aumento del CRED en menores de 3 años según área de residencia. 2007-2012	136
21	Número de menores de tres años con CRED por departamento. HIS. 2010-2013	136
22	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2009	137
23	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2010	138
24	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2011	139
25	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2012	140
26	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2013	141
27	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2014	142
28	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2015	143
29	Ejecutado del CRED por departamento. 2009-2014	144
30	PIM del CRED por departamento. 2009-2014	145
31	PIM del CRED por meta física CRED	146
32	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2009	147
33	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2010	148
34	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2011	148
35	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2012	148
36	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2013	148
37	PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2014	149
38	Monto Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2014	149
39	Porcentaje de Ejecución del PIM del CRED por genérica de gasto. 2014	149
40	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2009	149
41	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2010	150
42	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2011	151
43	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2012	152
44	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2013	153
45	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2014	154

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

46	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por genérica de gasto. 2012	155
47	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por genérica de gasto. 2013	156
48	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por genérica de gasto. 2014	156
49	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por nivel. 2012	156
50	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por nivel. 2013	157
51	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por nivel. 2013	157
52	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2009	157
53	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2010	158
54	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2011	159
55	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2012	160
56	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2013	161
57	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2013	162

LISTA DE ABREVIATURAS

CENAN	Centro Nacional de Nutrición y Alimentación del Instituto Nacional de Salud
CRED	Control de crecimiento y desarrollo
CUI	Código Único de Identidad
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DNI	Documento Nacional de Identidad
DGEI	Dirección General de Estadística e Informática 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
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del MINSA
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud (Dirección sub-regional)
DOCP-PAN	Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PPAN
EDEP	Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal de Programas Presupuestales
EESS	Establecimientos de Salud (Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales)
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares del INEI
ENCRED	Encuesta de Crecimiento y Desarrollo del INEI/MEF
ENDES	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud del INEI
GERESA	Gerencia Regional de Salud
HIS	Sistema de Información de Consulta Externa
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud del MINSA
IPE	Intervención Pública Evaluada
INS	Instituto Nacional de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
NCHS	National Center for Health Statistics
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática del MINSA
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAN	Programa Presupuestal Articulado Nutricional
PE	Presupuesto Ejecutado
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PP	Programa Presupuestal
PpR	Presupuesto por Resultados
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
SIEN	Sistema de Información del Estado Nutricional del INS/CENAN
SIGA - PpR	Sistema Integrado de Gestión Administrativa- Módulo Programación
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
UE	Unidad Ejecutora, referida a la DIRESA, DISA, Red y Microrred
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIN	Vigilancia de Indicadores Nutricionales del INS/CENAN

Presentación

El presente documento constituye el informe final de la Evaluación del Diseño y Ejecución Presupuestal (EDEP), de los productos “Niño con CRED completo según edad” (CRED) y “Municipios Saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación” (Municipios Saludables), del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), financiado con recursos del Programa “Buen Gobierno y Reforma del Estado” de la agencia de Cooperación Alemana al Desarrollo-GIZ Perú.

La evaluación fue desarrollada en estrecha coordinación con la Dirección de Calidad del Gasto de la Dirección General de Presupuesto Público-DGPP del Ministerio de Economía y Finanzas-MEF y los resultados incorporan las observaciones efectuadas durante la reunión de presentación de los resultados preliminares al Viceministro de Salud y equipo técnico del MINSA, INS, SIS e INEN, el día 12 de mayo de 2015.

El objetivo de la evaluación definido en los Términos de Referencia de la EDEP fue consolidar los avances y complementar los contenidos de los informes de los productos CRED y Municipios Saludables de dos evaluaciones previas. La primera realizada por el Dr. Oscar Liendo Seminario en el año 2012 y posteriormente la evaluación realizada por el Dr. Ricardo Zúñiga en el año 2014.

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

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 importantes limitaciones para responder a la lógica de los productos de la IPE.
3. **¿Los productos CRED y Municipios Saludables focalizan a los niños y niñas según criterios de riesgo nutricional?**
 - No y esta falta de focalización 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 resultado en las metas físicas programadas de cobertura de CRED.
6. **¿Los recursos presupuestarios del PAN se invierten en los puntos críticos?**
 - Si bien los recursos se han aplicado fundamentalmente en ítems como personal e insumos médicos, no hay evidencia que se destinen exclusivamente a la finalidad de la IPE
7. **¿Hay evidencia de los efectos o resultados de la atención de CRED en la prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil-DCI en los niños y niñas atendidos?**
 - No existe, ha sido imposible diferenciar el impacto de las atenciones de CRED sobre la DCI de manera independiente de otros productos de la IPE o de otros factores externos.

Luego de seis años de implementación del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, no se aprecia progresos en la aplicación operativa del modelo de gestión orientada a resultados del Presupuesto por Resultados, a pesar de los avances en los aspectos normativos desarrollados por el MEF.

PARTE 1: CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

RESEÑA HISTÓRICA DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

El Control del Crecimiento y Desarrollo infantil como una actividad crítica en la supervivencia y desarrollo de la infancia, fue propuesto por primera vez en la década del 70' en Nigeria, por el médico británico David Morley, quien encontró que el 80% de la mortalidad infantil podía ser evitada y preservado el potencial de desarrollo, mediante intervenciones preventivas y promocionales desarrolladas en establecimientos de salud básicos atendidos por personal auxiliar.

Morley promovió un paquete de intervenciones integrado por las vacunaciones, la rehidratación oral, la promoción de la lactancia materna y el monitoreo del crecimiento infantil, al que denominó “Camino a la Salud”, que mediante el registro periódico del peso y estatura en gráficos individuales, permite identificar precozmente a los niños y niñas en riesgo nutricional, implementar las medidas necesarias para su recuperación¹ y efectuar el seguimiento correspondiente.

El UNICEF promocionó en la década de los 80 a nivel internacional la estrategia denominada “una revolución por la supervivencia y desarrollo infantil” basada en cuatro intervenciones integradas por el acrónimo GOBI² por sus iniciales en inglés, que incluían el control del crecimiento, la rehidratación oral, la lactancia materna y las vacunaciones. Esta estrategia fue vinculada a la promoción de la salud y la participación comunitaria, especialmente de madres organizadas y agentes comunitarios de salud, habiéndose desarrollado considerable experiencia en su aplicación, incluido el Perú, que fue uno de los países pioneros de esta estrategia a nivel mundial.

El Ministerio de Salud del Perú aprobó en setiembre de 1983 las Normas de Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil³ basado en el uso del Carné de Crecimiento y Desarrollo y una Ficha de Crecimiento y Desarrollo para niños y niñas, mediante gráficas peso/edad y talla/edad en base al patrón de referencia del National Center for Health Statistics-NCHS de EEUU, que incluía el registro de las vacunaciones y las pautas de desarrollo sicomotor. Desde entonces, el control de crecimiento y desarrollo del niño se realiza en el país como parte de la atención integral del niño y la niña, donde cumple un papel integrador de otras intervenciones, en particular las vacunaciones y la evaluación del desarrollo psicomotor.

La ley del Presupuesto Fiscal para el año 2007, estableció la implementación del enfoque de Presupuesto por Resultados, que tiene como principal instrumento operativo a los Programas Presupuestales. En el año 2008 se empezó la implementación del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), con el propósito de reducir la desnutrición crónica infantil, que tiene entre sus productos al “CRED completo para la edad” y “Municipios que promueven el cuidado infantil⁴”. Este último producto tiene como antecedentes la experiencia de la Red de Municipios y Comunidades Saludables, que se estableció en el Perú a partir del año 1996, en base a la cual el MINSA crea en el año 2005 el Programa Municipios y Comunidades Saludables.

¹ Morley, D; Woodland, Margaret (1979). *See How They Grow: Monitoring Child Growth for Appropriate Health Care in Developing Countries*. London and Basingstoke: Macmillan.

² Growth monitoring, Oral rehydration, Breast feeding, Immunization

³ RM N° 0136-84-SA/DVM

⁴ En este informe, se hace referencia a estos productos con la denominación acortada de “CRED” y “Municipios Saludables”

I. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

El problema: La desnutrición crónica infantil

La desnutrición crónica infantil-DCI, constituye una de las políticas públicas prioritarias en el país, debido a que afecta significativamente el potencial de desarrollo físico, cognitivo y socio-emocional de un gran contingente de niñas y niños menores de 5 años de edad y mantiene de esta manera la transmisión inter-generacional de la pobreza⁵ ⁶.

La desnutrición infantil crónica es el principal instrumento de transmisión del subdesarrollo y pobreza entre generaciones, puesto que la falta de alimentos en los años más críticos del desarrollo físico y psicomotor de los niños compromete decisivamente su capacidad intelectual, su rendimiento escolar, su capacidad productiva y su integración social e incide sobremanera en el potencial de desarrollo de la sociedad⁷.

Magnitud y evolución de la desnutrición crónica en el país

El Perú es una de los países con mayor prevalencia de DCI en América Latina, conjuntamente con algunos países andinos y de la América Central. En el año 2007, al inicio de implementación del Programa Articulado Nutricional-PAN, cerca de uno de cada tres niños y niñas menores de 5 años de edad (28.5%), 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.

La DCI en el país tiene una tendencia de reducción continua, pero con diferente velocidad de reducción a lo largo del tiempo. Entre 1992 y 1996 la DCI tuvo una disminución anual de 2.7 puntos porcentuales como promedio nacional, periodo en que se inició la implementación del programa de Asistencia Alimentaria del PRONAA que distribuía una “papilla” nutricional a los menores de tres años de edad mediante los EESS. En el periodo 1996-2007 la DCI solo descendió en promedio 0.3 puntos porcentuales anuales.

CUADRO 1
EVOLUCIÓN DE LA DCI EN MENORES DE 5 AÑOS POR ÁMBITOS DE RESIDENCIA, 1992-2008. PATRÓN NCHS¹

ÁMBITO	1992	1996	2000	2007	Reducción anual 1992-1996 ₂	Reducción anual 1996-2007 ₂
Total	36.5	25,8	25,4	22,6	2.7	0.3
Urbana	25.9	16,2	13,4	11,8	2.4	0.4
Rural	53.4	40,4	40,2	36,9	3.2	0.3

Notas: ¹/ Se usa el patrón NCHS por disponibilidad de datos 1992-2008. ²/puntos porcentuales de reducción anual promedio en el periodo señalado.

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

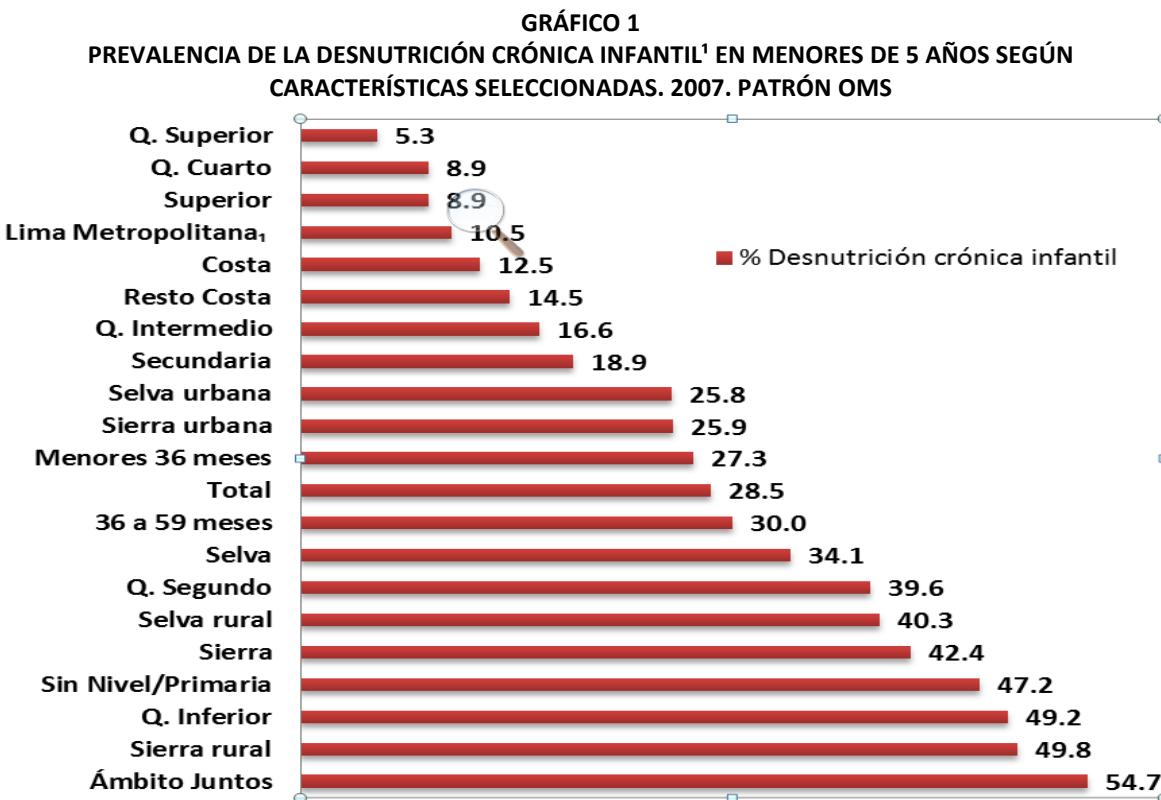
⁵ Child Development in Developing Countries. www.thelancet.com

⁶ Victora Cesar G. et al: Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. The Lancet, Volume 371 -9609, Páginas 340 - 357, 26 2008.

⁷ Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre «La cohesión social en América Latina y el Caribe» (2004/C 110/12)

La baja reducción de la DCI en el periodo 1996-2007 refleja el limitado impacto de los programas nutricionales implementados en ese periodo, incluyendo la distribución de “papilla”⁸ por el PRONAA, que carecía de una estrategia focalizada en la recuperación de los niños y niñas desnutridos que requerían de apoyo alimentario.

La desnutrición crónica infantil en el año 2007 tuvo diferente prevalencia según características sociodemográficas, con una diferencia de 10 veces entre el grupo de niños y niñas del quintil superior de riqueza con la población del ámbito del Programa JUNTOS, revelando la estrecha relación de la DCI con las condiciones de calidad de vida, en especial la educación, pobreza y ruralidad de la Sierra y Selva.



Notas: ¹/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.

La intervención: Control de Crecimiento y Desarrollo-CRED

El Control de Crecimiento y Desarrollo tiene dos componentes independientes pero interligados, en el concepto de desarrollo integral de la infancia.

“El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas”⁹.

⁸ Programa Nacional de Asistencia Alimentaria, desactivado en el año 2012.

⁹ Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. MINSA. 2010.

Mientras el control del crecimiento se orienta a determinar el estado de nutrición de las niñas y niños mediante la medición periódica del peso y la talla, el control del desarrollo se dirige a evaluar un conjunto de parámetros relacionados al desarrollo psicomotor integral. El componente control de crecimiento del producto CRED permite detectar precozmente la desnutrición infantil e intervenir para la recuperación nutricional, en el marco de un proceso de cuidado integral compartido entre la familia y los servicios de salud. El CRED facilita además la provisión de otros productos del PAN y la articulación de otras intervenciones que actúan sobre los determinantes de la salud y desnutrición infantil.

Experiencias latinoamericanas relevantes en el descenso de la desnutrición crónica infantil como Chile¹⁰ y Cuba, que partieron de niveles de DCI similares al resto del continente, lograron en dos décadas reducciones sustanciales, mediante un conjunto de intervenciones implementadas en el primer nivel de atención, en las que el control periódico del crecimiento de los niños y niñas fue el eje integrador.

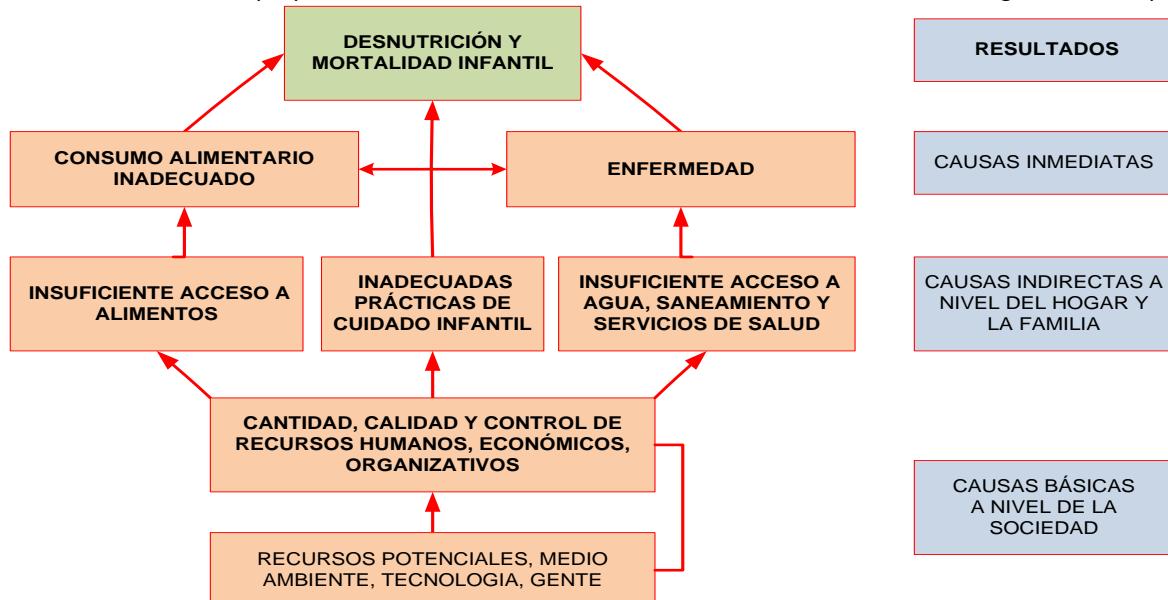
1.2 MODELO LÓGICO EN QUE SE INSERTA LA IPE

El Modelo Conceptual del PAN fue desarrollado por el MEF y el MINSA en base al Modelo Conceptual de Desnutrición Infantil del UNICEF¹¹, que describe los factores y relaciones de causalidad vinculados la Desnutrición Crónica Infantil.

GRÁFICO 2

MODELO CONCEPTUAL DE DESNUTRICIÓN INFANTIL, MUERTE Y DISCAPACIDAD DE UNICEF

Fuente: Elaboración propia en base al Anexo 2 – Contenidos mínimos del Programa Presupu



estal Articulado Nutricional MINSA. 2014

Como se aprecia en el gráfico, una de las dos causas inmediatas de la desnutrición infantil es el inadecuado consumo alimentario, mientras dos de las tres causas indirectas son el acceso insuficiente a los alimentos y prácticas inadecuadas de cuidado a nivel de hogar y la familia. El déficit

¹⁰ Regional Ministerial Conference, Chapter II : The eradication of child undernutrition in Chile, WFP 2008

¹¹ Anexo 2. Contenidos mínimos del PAN. Directiva 002-2012-EF/50.01

alimentario, principalmente en consumo de energía y grasas, en los años 2012 y 2013 afectaba al 76% de niñas y niños entre 6 a 35 meses de edad en pobreza extrema.¹²

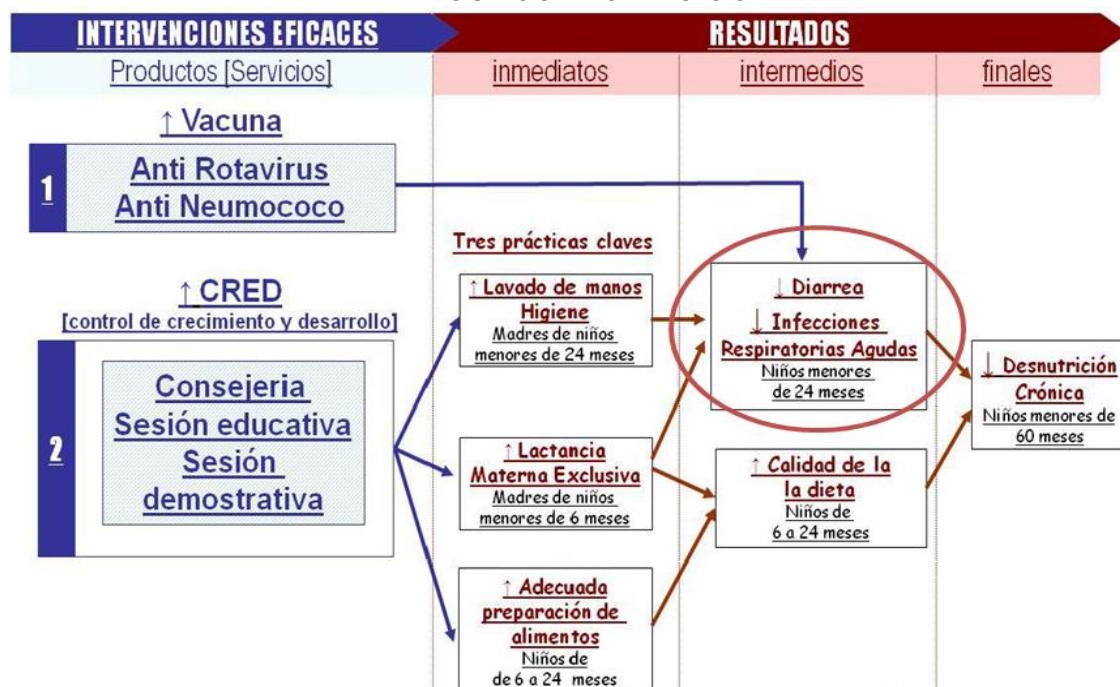
Modelo Explicativo del PAN

El modelo explicativo del PAN se deriva del proceso de adaptación del modelo conceptual e identifica dentro de los factores o trayectorias causales directas de la DCI a las IRAS y EDAS en menores de 24 meses, mientras las intervenciones identificadas son la lactancia materna exclusiva, el lavado de manos en madres de niños menores de 24 meses, y la alimentación complementaria. Otros factores relacionados con la DCI, son la calidad de la dieta y la cantidad de micronutrientes.

Modelo Prescriptivo del PAN

Este modelo identifica entre 17 prácticas estudiadas, al CRED y la vacunación infantil, como las dos intervenciones (productos) claves para modificar los caminos causales del modelo explicativo. En este modelo, el CRED incluye a la Consejería, Sesiones Educativas y Sesiones Demostrativas como medio para promover tres prácticas clave: lavado de manos, lactancia materna exclusiva y adecuada preparación de alimentos, que constituyen los resultados inmediatos que llevan al resultado intermedio *Mejor Calidad de la Dieta*¹³.

GRÁFICO 3
INTERVENCIONES CLAVES Y EFICACES EN EL PAN



Fuente: Anexo 2. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, MINSA. 2014.

Modelo Lógico del PAN

El proceso de diseño del PAN concluye en el Modelo Lógico, que destaca el incremento de la cobertura, oportunidad y calidad del producto CRED y su vínculo al Programa JUNTOS, al SIS y a la alfabetización. El resultado contribuye al resultado inmediato: *Madres adoptan prácticas*

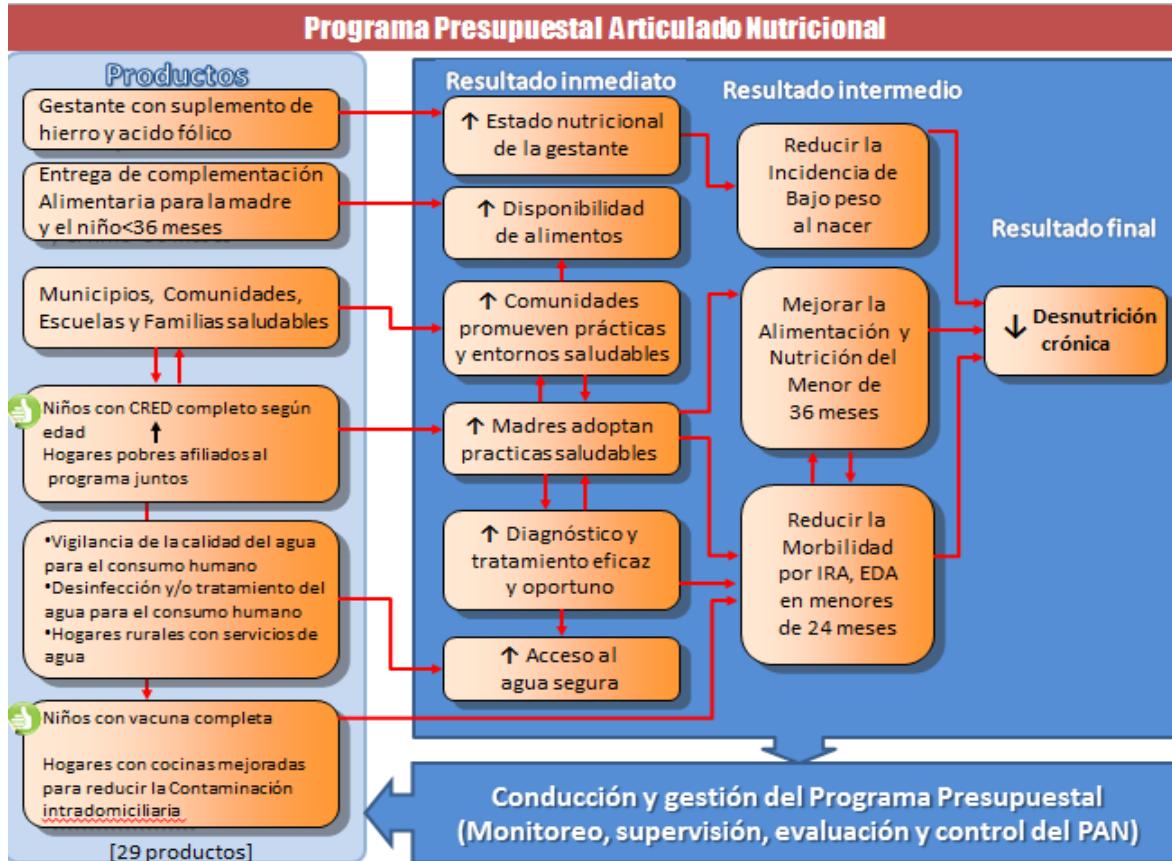
¹² Datos del sistema de Vigilancia de Ingesta Nutricional-VIN, del Instituto Nacional de Salud, 2013

¹³ En las DOCP del PAN la consejería y sesiones demostrativas están comprendidas en el producto Familias Saludables.

saludables; pero no tiene vinculación con la entrega y complementación alimentaria de la madre y el niño menor de 36 meses, por lo que está desvinculado del resultado intermedio *Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses*.

El producto Municipios Saludables, conjuntamente con los productos Comunidades, Escuelas y Familias Saludables, está vinculado al resultado inmediato *Comunidades promueven prácticas y entornos saludables*.

GRÁFICO 4
MODELO LÓGICO DEL PAN



Nota: Este modelo corresponde a una revisión del diseño original del PAN, que mantiene un enfoque multiinstitucional.

Fuente: Presentación PPT Reunión Presupuesto por Resultados. Dirección Temática /DGPP/MEF. Octubre 2012.

1.2.1 FORMULACIÓN DE RESULTADOS FINAL, INTERMEDIO E INMEDIATO

Matriz lógica del PAN

A continuación se presenta la Matriz Lógica del PAN, que muestra las relaciones entre los productos CRED y Municipios Saludables con los resultados inmediatos, intermedios y final del PAN.

De acuerdo a la Matriz Lógica, el producto “Niños con CRED completo para su edad” contribuye al logro del resultado inmediato “Mayor número de hogares que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses de edad”, que a su vez,

contribuye al resultado intermedio “Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses de edad”.

CUADRO 2
MATRIZ LÓGICA DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL PAN

RESULTADO FINAL	RESULTADO INTERMEDIO	RESULTADO INMEDIATO	PRODUCTOS
		Comunidades promueven prácticas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación del menor de 36 meses	Familias saludables Comunidades saludables Instituciones educativas saludables Municipios que promueven el cuidado infantil
		Mejorar la disponibilidad de alimentos	Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos
Disminución de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses de edad	Madres que adoptan prácticas saludables para cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses	CRED completo para la edad
		Reducir la morbilidad en IRAS y EDAS y otras enfermedades prevalentes	Niños con suplemento de hierro y vitamina A
			Atención de IRAS y EDAS.
			Atención de parasitos intestinal
			Atención de otras enfermedades prevalentes
			Niños con vacuna completa para la edad
			Comunidad accede al consumo de agua para consumo humano

Fuente: Elaboración propia en base a la tabla N° 14 del Anexo 2: Contenidos Mínimos del PAN. 2014

1.2.2 DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SUB-PRODUCTOS

Los productos CRED y Municipios Saludables están descritos en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación (DOCP) del PAN, 2013, así como en los Modelos Operacionales del documento Anexo 2, Contenidos Mínimos del PAN. MINSA. 2014.

Descripción del producto CRED

Niños con CRED Completo según Edad (Producto 3033255)

“actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna”. El tiempo promedio requerido es de 45 minutos por atención.

Descripción de los subproductos CRED

El producto *CRED completo para la edad* cuenta con seis subproductos, descritos a continuación.

SUB PRODUCTO

Niño menor de un año con CRED (3325501). Desde un mes hasta los 11 meses 29 días de edad). 11 controles.

Niño de un año con CRED (3325502): Desde 12 meses hasta 23 meses 29 días de edad. 6 controles.

Niño de dos años con CRED (3325503): Desde 24 meses hasta los 35 meses 29 días de edad. 4 controles.

Subproducto Visita Domiciliaria de Seguimiento (3325504)

Definición Operacional

Actividad que implica el desplazamiento del personal al domicilio de las niñas o niños, con el objetivo de desarrollar acciones de seguimiento y acompañamiento a la familia del menor de 36 meses que presenta factores de riesgo para el crecimiento y desarrollo o patologías, a fin de fortalecer las prácticas de cuidado integral del niño (lactancia materna, lavado de manos, higiene, identificación de signos de peligro, afecto, estimulación, etc.). La actividad es realizada por personal de salud. El tiempo promedio requerido es de 60 minutos por visita.

Subproducto Dosaje de hemoglobina (3325505)

Definición Operacional

Conjunto de procedimientos realizados por un profesional o un técnico de laboratorio con el objetivo de obtener y procesar una muestra de sangre e identificar los niveles de hemoglobina en niños y niñas menores de 36 meses para descartar anemia por deficiencia de hierro; el procedimiento de realiza en establecimientos que cuentan con laboratorio o aquellos que cuenten con hemoglobinómetro portátil y personal capacitado en su manejo. El tiempo promedio utilizado en la toma y procesamiento es de 8 minutos por muestra.

Subproducto Test de Graham (3325506)

Definición Operacional

Conjunto de procedimientos realizados por un profesional o un técnico de laboratorio con el objetivo de obtener y procesar una muestra de frotis perianal de niños y niñas menores de 36 meses para descartar *Enterobius vermicularis*; el procedimiento de realiza en establecimientos que cuentan con laboratorio. El tiempo promedio utilizado en la toma y procesamiento es de 5 minutos por muestra.

Subproducto Examen seriado de heces (3325507)

Definición Operacional

Conjunto de procedimientos realizados por un profesional o un técnico de laboratorio con el objetivo de obtener y procesar tres muestras de heces de niños y niñas menores de 36 meses para descartar Parasitosis intestinal, Fasciolosis y Paragonimiosis; el procedimiento de realiza en establecimientos que cuentan con laboratorio. El tiempo promedio utilizado en procesamiento es de 5 minutos por muestra.

Producto Municipios Saludables

Este producto también esta descrito en las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales del MINSA, en el año 2013.

Municipios Saludables Promueven el Cuidado Infantil y la Adecuada Alimentación (Producto 3033248)

“aquella Municipalidad que tiene su Consejo Municipal (Alcalde y Regidores) y Comité Multisectorial capacitados, y que implementa Políticas públicas, Intervenciones y/o Proyectos de inversión pública social simplificados, para la implementación de Centros de Vigilancia Comunal, Saneamiento básico, Agua segura, Cocinas mejoradas, entre otros; generando condiciones favorables para que las familias desarrollen Prácticas Saludables para el Cuidado Infantil con énfasis en el menor de 36 meses”.

En las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PAN del 2013¹⁴, el producto Municipios Saludables se describe como *“la municipalidad que tiene su Consejo Municipal (Alcalde y Regidores) y Comité Multisectorial capacitados, y que implementa Políticas públicas,*

¹⁴ RM. No. 289- 2013/MINSA

intervenciones y/o Proyectos de Inversión Pública simplificados”. El producto busca generar condiciones favorables para que las familias desarrollen prácticas saludables para el cuidado infantil, con énfasis en los menores de 36 meses, mediante la implementación de Centros de Vigilancia Comunal¹⁵, saneamiento básico, agua segura y cocinas mejoradas.

CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES

Responsable operacional: EESS del Primer Nivel de Atención de categoría I-2, I-3 o I-4 que tenga el mayor nivel de complejidad (guarda relación estrecha con la categoría) en el distrito y/o se encuentre más cercano a la Municipalidad. En el caso que exista más de un EESS con estas características se debe utilizar las 2 condiciones (categorización y cercanía). También se incluyen a los EESS del segundo nivel de atención que tienen población asignada.

Unidad de Medida: Municipio

Grupo beneficiario o atendido: Consejo Municipal (Alcalde y Regidores) y Comité Multisectorial del 100% de las municipalidades de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) de la Región o ámbito de intervención. Las municipalidades de los distritos (quintil 3 a 5), con “bolsones de pobreza”, en los que se haya identificado la DCI como problema prioritario pueden ser incluidos.

SUBPRODUCTOS DE MUNICIPIOS SALUDABLES

SUB PRODUCTO	ACCIONES
Consejo Municipal capacitado para promover el cuidado infantil (3324803)	Reuniones y talleres de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud, en temas como alimentación y nutrición saludable.
Comité Multisectorial capacitado para promover el cuidado infantil (3324804).	Reuniones y talleres de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud, en temas como alimentación y nutrición saludable.

1.3. FORMULACIÓN DE INDICADORES Y SUS METAS

A continuación se presentan los indicadores de producción física y de desempeño de los productos CRED y Municipios Saludables, definidos por el MINSA.

CUADRO 3
INDICADORES DE LOS PRODUCTOS CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES

PRODUCTO	INDICADORES DE PRODUCCIÓN FÍSICA	INDICADORES DE DESEMPEÑO
CRED	<ul style="list-style-type: none"> • Niños de 01 a 11 meses: 01 control por mes (11 controles) • Niños de 12 a 23 meses: 01 control cada 2 meses (6 controles) • Niños de 24 a 35 meses: 01 control cada 3 meses (4 controles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad. • Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro.
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Municipios cuyo Comité Multisectorial participa en 5 reuniones de implementación de Municipio Saludable y recibe un taller de capacitación en Gestión Local de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de Municipios con Comité Multisectorial y Consejo Municipal capacitados para promover prácticas y generación de entornos saludables en alimentación y nutrición infantil.

Fuente: Modelo Operacional de los productos del Programa Articulado Nutricional. Anexo 2. Contenidos Mínimos del PAN. MINSA. 2014

¹⁵ En el documento Anexo 2 del PAN, MINSA 2012, la denominación era *Centros de Vigilancia Comunal Nutricional*, denotando el énfasis en los aspectos nutricionales.

CUADRO 4

MATRIZ DE INDICADORES DE DESEMPEÑO Y METAS DE LOS PRODUCTOS CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES. 2014

DESCRIPCIÓN	NOMBRE Y FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	VALORES						META
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	
RESULTADO INMEDIATO DEL PRODUCTO CRED										
<i>Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses de edad</i>	Proporción de niños menores de 36 meses con CRED completo de acuerdo a su edad Nº de niños < 36 meses de edad que reciben sus controles de CRED / Nº de niños < de 36 meses	Porcentaje	ENDES	27.7	40.0	47.3	50.8	50.5	52.4	95.0
	Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad que recibió suplemento de hierro Nº de niños < 36 meses de edad que reciben suplemento de Fe / Nº de niños < de 36 meses	Porcentaje	ENDES	14.1	18.4	17.0	19.6	23.6	24.5	95.0
RESULTADO INMEDIATO DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES										
<i>Comunidades promueven prácticas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación del menor de 36 meses,</i>	Proporción de municipios distritales de los quintiles 1 y 2 que participan en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de salud en alimentación y nutrición saludable Nº de municipios distritales de los quintiles 1 y 2 que participan en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de salud en alimentación y nutrición saludable/ Nº de municipios distritales de los quintiles 1 y 2.	Porcentaje	HIS	No disponible ¹	No disponible ¹	No disponible ¹	No disponible ¹	1,320 ¹	1,428 ¹	No disponible ¹

Nota¹: Información de Cálculo de la Meta de Producto, página 166 del Anexo 2, Contenidos Mínimos del PAN, 2014 Ministerio de Salud

Fuente: Elaboración en base al documento Anexo 2, Contenidos Mínimos del PAN, 2014 Ministerio de Salud. Datos para 2014 de la ENDES 2014

1.4. RELACIONES DE COORDINACIÓN

La relación del MINSA con los Gobiernos Regionales-GR se desarrolla en el marco de la actual descentralización sectorial, que ha transferido las competencias operacionales a los GR, lo que limita el ejercicio del rol rector del MINSA. La coordinación territorial se efectúa a través de las DIRESAS/GERESAS, bajo la autoridad de los Gobiernos Regionales que cuentan con un Coordinador Regional y un Coordinador Local del PAN. A nivel de provincias y distritos las Direcciones de Salud (DISAS) son las responsables de coordinar la atención del CRED que se brinda en los EESS.

En el siguiente cuadro se presenta la síntesis de las relaciones interinstitucionales en el ámbito del sector salud y fuera de él, con otros programas e instituciones.

CUADRO 5
RELACIONES DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE LA IPE

INSTITUCIÓN	TIPO DE RELACIÓN
INS	El INS es responsable del seguimiento de indicadores nutricionales mediante el del SIEN y VIN. Adicionalmente es responsable del Producto Vigilancia, Investigación y Tecnologías en Nutrición (33244).
SIS	El SIS reembolsa a los EESS los gastos por atenciones CRED a los niños y niñas asegurados en el SIS.
Gobiernos Regionales (DIRESAS/GERESAS)	El MINSA ejerce la rectoría en aspectos normativos, técnicos y programáticos, pero la implementación corresponde a la DIRESA/GERESA.
Gobiernos Locales (Municipalidades)	Son responsables de la Atención Primaria en su ámbito territorial según la Ley de Descentralización. Tienen un rol clave en los productos Municipios y Comunidades Saludables dirigidos a promover la adecuada alimentación infantil. Son responsables del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal, que tiene como una de sus principales intervenciones a los Centros de Vigilancia Comunal para la Salud y Nutrición Infantil, focalizados en la reducción de la DCI ¹⁶ .
Programa Cuna Más (MIDIS)	Personal de los EESS participa en algunas actividades de los servicios de cuidado diurno del Programa Cuna Más.
Programa JUNTOS	Requiere de la certificación de la atención CRED a los niños y niñas de las familias beneficiarias, para recibir el subsidio monetario.
RENIEC	Emite el DNI, necesario para inscripción de los recién nacidos, así como de las niñas y niños en el Padrón Nominal y en el SIS.
INEI	Genera los principales indicadores de resultados del PAN/CRED.
MEF	Ejerce la rectoría en temas presupuestarios y asigna los recursos financieros a los pliegos presupuestarios en el contexto del PAN.

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

¹⁶ Forman parte del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal, a partir del año 2012

II. PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA IPE

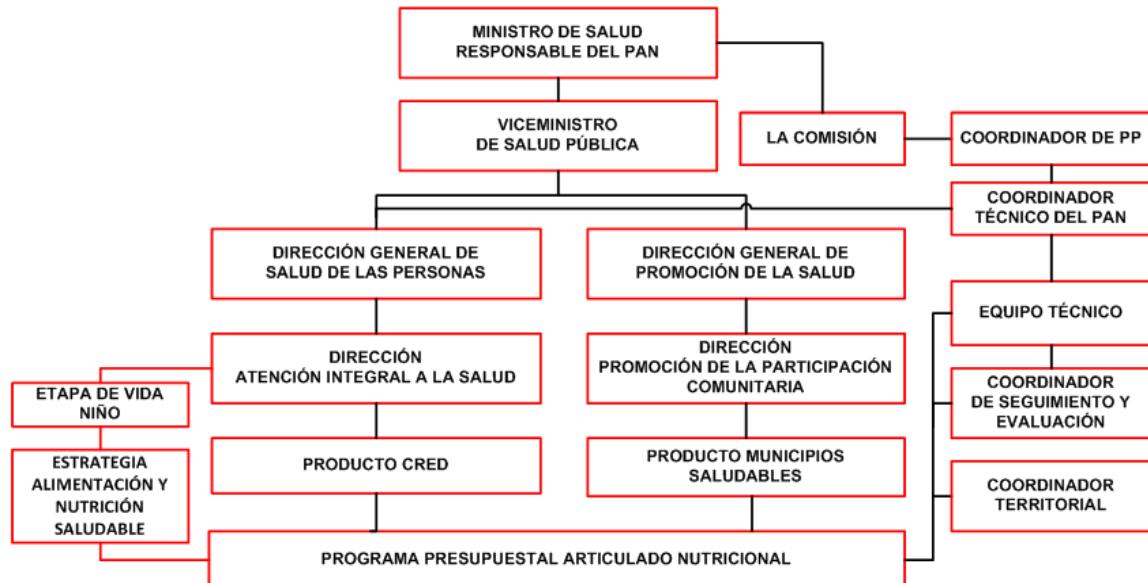
2.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN

En cumplimiento de la Directiva 002-2012-EF/050.01 “Directiva para los Programas Presupuestales en el Marco de la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público para el año 2013”, el Ministerio de Salud conformó la Comisión Técnica del Programa Articulado Nutricional-PAN, con representantes de la Direcciones Generales de Salud de las Personas (DGSP), Promoción de la Salud (DGPS), Salud Ambiental (DIGESA) y de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIMEMID) y emitió la Resolución Ministerial 394-2012, en la que designa como Responsable Técnico del PAN al Jefe del Instituto Nacional de Salud, quien a su vez delegó la Coordinación Técnica al Director del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-CENAN¹⁷.

Según las normas, el Responsable Técnico lidera el Equipo Técnico de diseño del PP tiene las siguientes funciones y competencias:

- Remitir a la DGPP el Anexo N° 2 “Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal”.
- Proporciona las metas físicas y financieras.
- Asistir técnicamente y coordinar con las dependencias del MINSA y de otras entidades que participan en la programación de los productos y actividades, la programación física y financiera, hasta su registro en el “Módulo de Formulación Presupuestal” del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).
- Elaborar la propuesta de proyecto de presupuesto del PP.
- Elaborar, remitir y coordinar con la DGPP, la implementación y ejecución de un “Plan de trabajo de articulación territorial del PP”, según el anexo N° 5 de la Directiva.

GRÁFICO 5
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL MINSA RELACIONADO AL PAN/IPE



Fuente: Elaboración propia

¹⁷ En el año 2014 la coordinación técnica del PAN fue asignada al MINSA, DGSP.

La unidad funcional *Etapa de Vida Niño* de la DAIS, es la responsable técnica de la normatividad de atención de salud de los niños y niñas menores de 10 años de edad y de la mayoría de los productos del PAN, incluido el producto CRED.

Organización para los productos CRED y Municipios Saludables

La Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral de salud a nivel nacional, encargado de establecer las normas y supervisar y evaluar la atención brindada, mediante la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud (DAIS)¹⁸.

La normatividad del producto Municipios Saludables está a cargo de la Dirección de Participación Comunitaria de la Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA, que también es responsable técnica de los productos Comunidades, Familias y Escuelas Saludables del PAN.

El Coordinador de Seguimiento y Evaluación es designado por el titular del pliego y participa en el Equipo Técnico en las distintas fases del proceso presupuestario. Sus funciones y competencias son:

- Coordina el registro de la información solicitada para el seguimiento y evaluación.
- Coordina con la DGPP la generación de información de indicadores.
- Proporciona la información sobre los indicadores de producción.
- Verifica la calidad de la información de los indicadores de producción física.
- Verifica el registro de las metas de los indicadores de producción física en los sistemas correspondientes.
- Propone los indicadores de desempeño de resultado específico y productos.
- Coordina con la DGPP la validación de la información de la ficha técnica de cada indicador de desempeño propuesto, en coordinación con las entidades que generen la información.
- Verifica el registro de las metas de los indicadores de desempeño multianualmente en los sistemas correspondientes y verifica su consistencia.
- Participa en el proceso de implementación de las Evaluaciones Independientes.
- Coordina con la DGPP la validación de los contenidos de la tabla 24 del Anexo N° 2.
- Coordina con la DGPP la generación de información de evidencias.

Coordinación territorial

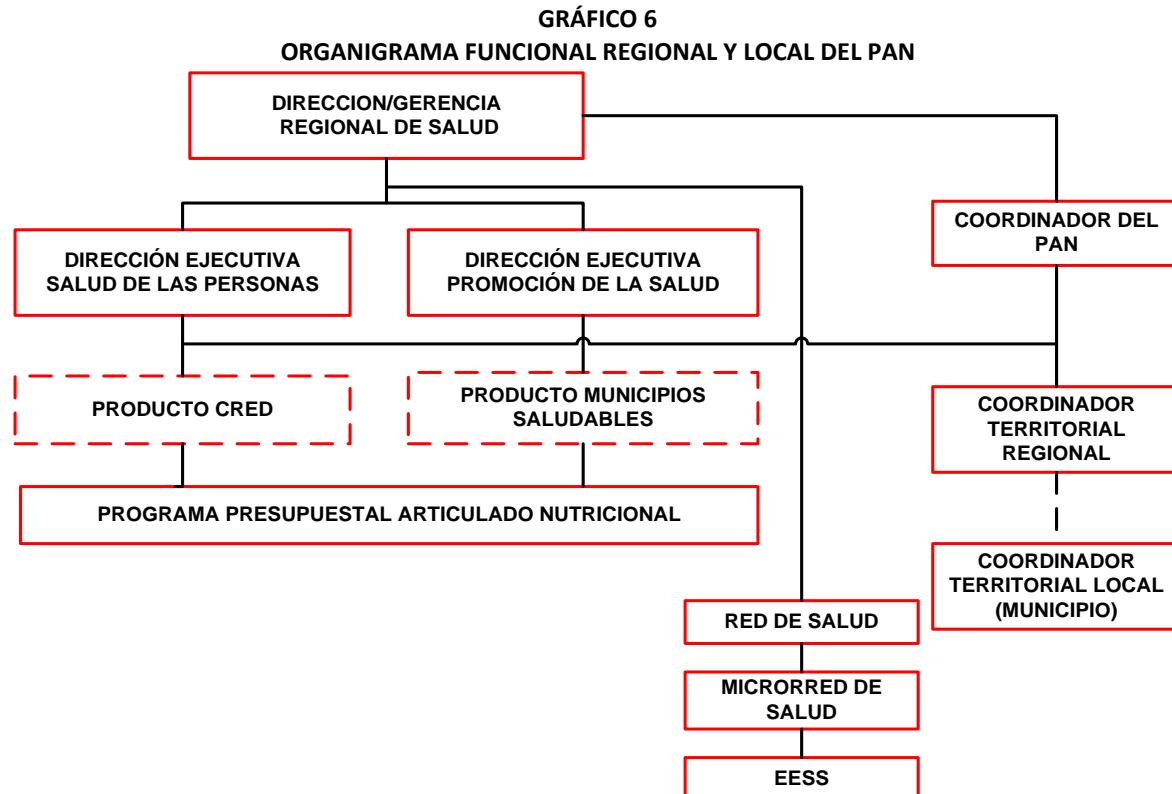
El titular del pliego debe designar un Coordinador Territorial responsable de la articulación territorial durante el diseño, programación, formulación, ejecución, y evaluación del presupuesto, con las siguientes funciones:

- Coordinar con los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales la implementación de los productos, actividades y proyectos inmersos.
- Coordinar con los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales involucrados, las metas de producción física y financieras que corresponden al pliego en el marco de sus competencias.
- Colaborar con el seguimiento del cumplimiento de las actividades vinculadas a los productos del PP a nivel nacional.
- Coordinar con los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y la DGPP acciones de capacitación, asistencia técnica y acompañamiento para mejorar la gestión del PP y garantizar los resultados del mismo.
- Proponer al responsable técnico del PP, un plan de trabajo para la articulación territorial del PP, en coordinación con los Gobiernos Regionales, los Gobiernos Locales y la DGPP.

¹⁸ Según lo establecido en el art. 41 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Organización regional y local

A nivel regional existe una organización funcional liderada por la Dirección o Gerencia Regional de Salud (DIRESA/GERESA)¹⁹, cuya responsabilidad técnica corresponde al coordinador del PAN. Las Unidades Ejecutoras²⁰ tienen un coordinador encargado de la programación de las metas físicas y financieras en coordinación con los responsables de las Redes y Microrredes, mientras los EESS son responsables de la entrega del servicio a la población objetivo.



Fuente: Elaboración propia en base a documentos MEF y MINSA

Coordinador Regional y Local

A nivel de los Gobiernos Regionales, la coordinación del PAN recae en un Coordinador Regional (Gerente de Planificación y Presupuesto del pliego), quien debe liderar un equipo constituido con los responsables del área técnica y de administración y logística. Actualmente los Gobiernos Locales tienen una participación directa en la implementación del producto Municipios Saludables, pero no participan en el producto CRED.

Los Coordinadores del nivel regional y local tienen funciones de articulación con el nivel nacional en las fases de programación, formulación, ejecución y evaluación del presupuesto.

¹⁹ A cargo de la Dirección de Salud (DISA) en el caso de Lima Metropolitana

²⁰ Una Unidad Ejecutora puede ser una Red de Salud, un hospital o la sede de la DIRESA o DISA.

CUADRO 6
FUNCIONES PARA LA ENTREGA DEL PRODUCTO CRED

NIVEL NACIONAL

- Formula y aprueba la Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, Definiciones Operacionales, Criterios de Programación, Estructura de Costos (Listado de insumos).
- Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación en el nivel regional.

NIVEL REGIONAL

- Ejecuta, monitorea, evalúa, dirige, coordina y controla la entrega del producto en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional.
- Organiza los EESS en Redes y Microrredes para garantizar la continuidad de la entrega del producto, en coordinación con los Gobiernos Locales.
- Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar la entrega del producto.
- Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura del producto a nivel operativo.
- Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para la entrega del producto.
- A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para la entrega del producto.

NIVEL LOCAL¹ - PUNTO DE ATENCIÓN (ESS)

- Programa, establece el cuadro de necesidades y entrega el producto garantizando la calidad oportunidad y cobertura, en el marco de lo normado por el nivel nacional y regional a través de los establecimientos de salud.

Nota¹: A cargo de la DIRESA/GERESA. No tiene participación del gobierno municipal.

Fuente: Modelo Operacional de los Productos del Programa Articulado Nutricional. MINSA. 2014

Estructura organizacional para la entrega del producto Municipios Saludables

Las actividades para la entrega del producto Municipios Saludables, se realizan a nivel de los tres niveles de gobierno.

La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) del MINSA es responsable de: i) diseño del producto; ii) establecer las definiciones operacionales de producto y subproductos; iii) evaluación de la programación; y iv) desarrollo de la asistencia técnica a las regiones, así como de seguimiento y evaluación del producto. Dentro de la DGPS, se ha conformado una Unidad Funcional de Gestión (UFG) que depende de la Dirección General, que cuenta con tres personas encargadas de esas funciones.

La DIRESA/DISA está encargada de las funciones de planeamiento, programación, monitoreo y evaluación, contratación de personal, adquisición de recursos e insumos, mientras la Red y Microrred de salud, es responsable de la programación, supervisión y monitoreo, y los EESS de la ejecución de las actividades.

Las actividades de capacitación del Consejo Municipal y del Comité Multisectorial están a cargo del EESS del Primer Nivel de Atención (I-2 al I-4) con el mayor nivel de categoría del distrito, o del EESS que se encuentre más cercano a la capital del Municipio, por lo que a su vez deben ser capacitados por el personal de la Microrred.

2.2 FOCALIZACIÓN

2.2.1 CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

Mientras en el documento Anexo 2 Contenidos Mínimos del PAN 2014, se considera como población objetivo del PAN a toda la población menor de 5 años de edad²¹, en las DOCP del producto CRED se considera como población objetivo a las niñas y niños menores de tres años de edad pobre y pobre extremo.

CUADRO 7
POBLACION DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD. VALORES Y METAS. 2008-2013

POBLACIÓN	VALORES					METAS/PROYECCIONES
	2010	2011	2012	2013	2014	
Potencial	1 780,733	1 774,984	1 765,923	1 735,884	1 721,324	1 709,070
Objetivo ¹	747,907	745,493	741,687	729,071	722,956	717,809
Atendida ²	1 617,519	1 797,288	1 793,269	1 749,600	n/d	n/d

Nota¹: Población menor de tres años pobre o pobre extrema. Nota²: Atenciones CRED reportadas por el HIS. Fuente: Elaboración propia en base a proyecciones de población INEI (potencial y objetivo) y datos del sistema de información HIS/MINSA (atendida).

El instrumento identificado para cuantificar a la población objetivo es el Padrón Nominal de Niños y Niñas menores de 6 años de edad, lo que requiere de la inscripción de los niños y niñas en el Registro Nacional de Identidad-RENIEC para la obtención del Documento Nacional de Identidad (DNI). Para identificar a los niños y niñas pobres y en pobreza extrema, se cuenta con la información de la población asegurada al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud y de la lista de beneficiarios del Programa JUNTOS.

2.2.2 CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN

Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PAN, hasta el año 2013 establecen que la entrega del producto CRED y sus subproductos se hagan al 100% de niños menores de 36 meses de edad de los quintiles 1 y 2 de pobreza (responsabilidad del sub sector MINSA/Región).

Igualmente, las actividades del Producto Municipios Saludables deben programar el 100% de las municipalidades correspondientes a los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Eventualmente se puede incluir a las municipalidades de distritos del quintil 3 a 5 con “bolsones de pobreza”, en los que se haya identificado la desnutrición crónica infantil como un problema prioritario.

2.3 PRODUCTOS PROVISTOS A LA POBLACIÓN

2.3.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS

El Control de Crecimiento y Desarrollo es una actividad final de los servicios de salud, brindada por enfermera o médico. Los EESS del segundo y tercer nivel brindan atención de CRED en las niñas y

²¹ Anexo Nº 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal Articulado Nutricional 2014, y Definiciones Operacionales 2014. MINSA. Página 15.

niños con riesgo detectado, con diagnóstico de alteración, o trastorno del crecimiento o desarrollo. El tiempo promedio establecido por atención es de 45 minutos. El CRED puede ser ejecutado fuera de un EESS, si se cuenta con las condiciones físicas y equipamiento necesario.

CUADRO 8
RESPONSABLE, UNIDAD DE MEDIDA Y GRUPO BENEFICIARIO DE CRED

Producto: Niños con CRED completo según edad²²	
Responsable	Pliego 11 Ministerio de Salud; Pliego 131 Instituto Nacional de Salud; Pliego 135 Seguro Integral de Salud; Pliegos de todos los Gobiernos Regionales.
Unidad de Medida	Niño menor de 36 meses controlado (Niño que de acuerdo a su edad tiene controles de crecimiento y desarrollo completos).
Grupo beneficiario o atendido	100% de niños menores de 36 meses, perteneciente a la población pobre y extremadamente pobre.

Fuente: Modelo Operacional de los Productos del Programa Articulado Nutricional. MINSA. 2014

El control CRED incluye las siguientes acciones²³

Evaluación del crecimiento y estado nutricional – Identificación, manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales, según nivel de complejidad y capacidad resolutiva.
Evaluación del desarrollo - Identificación y manejo de problemas del desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva.
Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño
Examen físico
Detección de enfermedades prevalentes u otras alteraciones físicas
Descarte de anemia a través del dosaje de hemoglobina a partir de los 6 meses
Descarte de parasitosis a través del examen seriado de heces (método directo y técnica de sedimentación espontánea en tubo) y Test de Graham
Detección de problemas sensoriales (visuales, auditivos)
Detección de signos de violencia familiar y maltrato infantil.
Prescripción y seguimiento de la suplementación con micronutrientes según esquema vigente.
Prescripción de profilaxis antiparasitaria, de acuerdo a esquema vigente.
Registro en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia (SIEN y VEA), registro de seguimiento y citas, etc.

Durante la atención CRED se debe elaborar el Plan de Atención de Salud Individualizado y brindar consejería de acuerdo a los hallazgos:

- Identificación y análisis conjunto (madre y prestador) de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño.
- Identificación y elección conjunta (madre y prestador) de alternativas de solución, toma de acuerdos y compromisos para mejorar el cuidado integral del niño en el hogar (alimentación, crianza y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad, entre otros).
- Seguimiento y monitoreo del cumplimiento de acuerdos y compromisos.
- Monitoreo del plan de atención de salud individualizado.

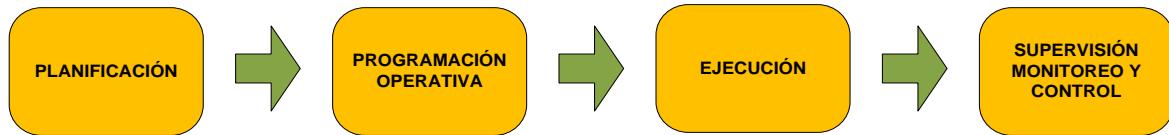
²² La información del producto CRED considera: i) Definiciones operacionales y criterios de programación de los Programas Presupuestales del MINSA, aprobadas con RM. No. 289- 2013/MINSA, y ii) Norma Técnica de Salud para el Control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, aprobada por R. M. – Nº 990 - 2010/MINSA.

²³ Modelo Operacional de los Productos del Programa Articulado Nutricional. MINSA. 2014

- Información sobre oportunidades locales y regionales de protección y apoyo a la familia y al niño o niña.
- Entrega de material de información y educativo de apoyo a la madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.

Flujo de procesos

El proceso para la producción del CRED según el Modelo Operacional para el año 2014 tiene la siguiente secuencia:



Capacitación del personal de salud

El personal de salud encargado de la atención CRED requiere de capacitación no menor a 40 horas por año, a cargo del equipo de gestión regional, unidades ejecutoras y EESS cabecera de Microrred o Red. La metodología, duración y frecuencia de la capacitación depende de los contenidos temáticos, cuyo contenido mínimo incluye²⁴:

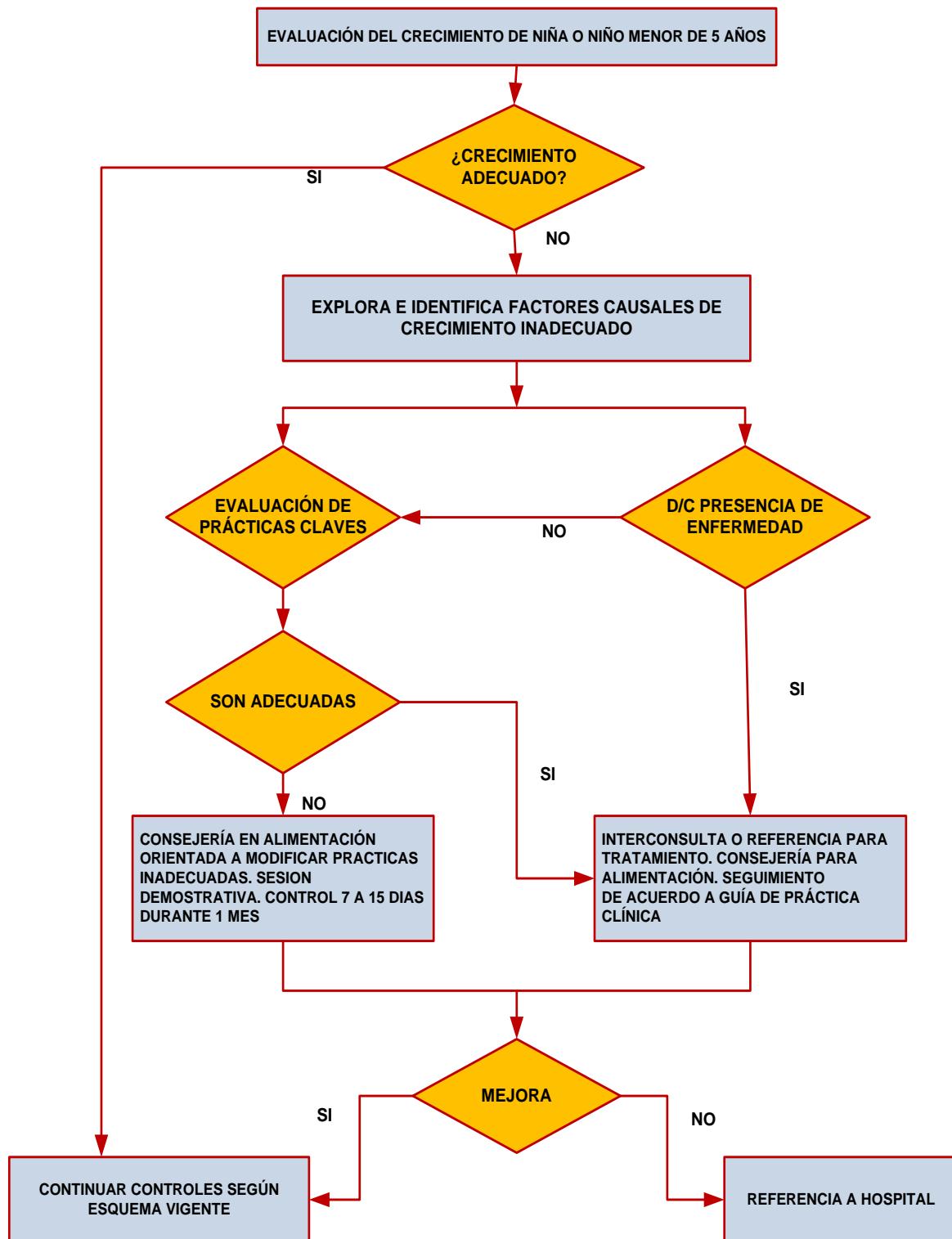
- Crecimiento y Desarrollo del niño
- Consejería
- Estimulación temprana
- Antropometría
- Nutrición materna infantil
- Detección y manejo de violencia
- Atención Integral de salud
- Sistema de información
- Prescripción de profilaxis antiparasitaria, de acuerdo a esquema vigente
- Información sobre oportunidades locales y regionales de protección y apoyo a la familia y al niño o niña.
- Entrega de material de información y educativo de apoyo a la madre o adulto responsables del cuidado del niño o niña.
- Registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia (SIEN y VEA), registro de seguimiento y citas, etc.

A continuación se presenta el flujograma para el manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales, incluido en las Normas Técnicas de atención del CRED del MINSA, que han sido elaboradas en el contexto de la atención integral al crecimiento y desarrollo infantil. A pesar que estas normas no forman parte de la normatividad del CRED como producto del PAN²⁵, en la práctica son las que determinan el proceso de atención CRED en los EESS.

²⁴ Modelo Operacional de los Productos del Programa Articulado Nutricional. MINSA. 2014.

²⁵ Se refiere a los Criterios de Programación y Definiciones Operacionales y los Modelos Operacionales del CRED como producto del PAN.

GRÁFICO 7
FLUJOGRAMA DEL CONTROL DEL CRECIMIENTO DE NIÑA O NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

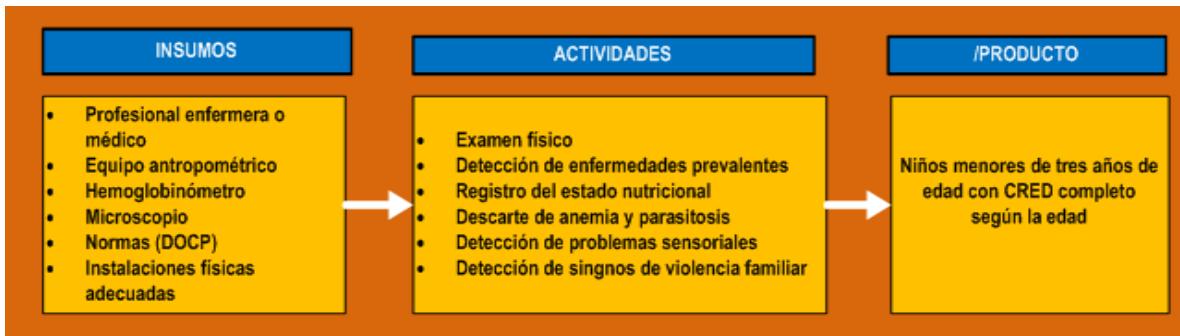


Fuente: Norma Técnica para Atención del CRED de la Niña y el Niño Menor de 5 años. MINSA 2010

Proceso de entrega del producto CRED

La cadena de resultados del producto CRED a nivel de los EESS se muestra en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 8
PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL CRED EN LOS EESS

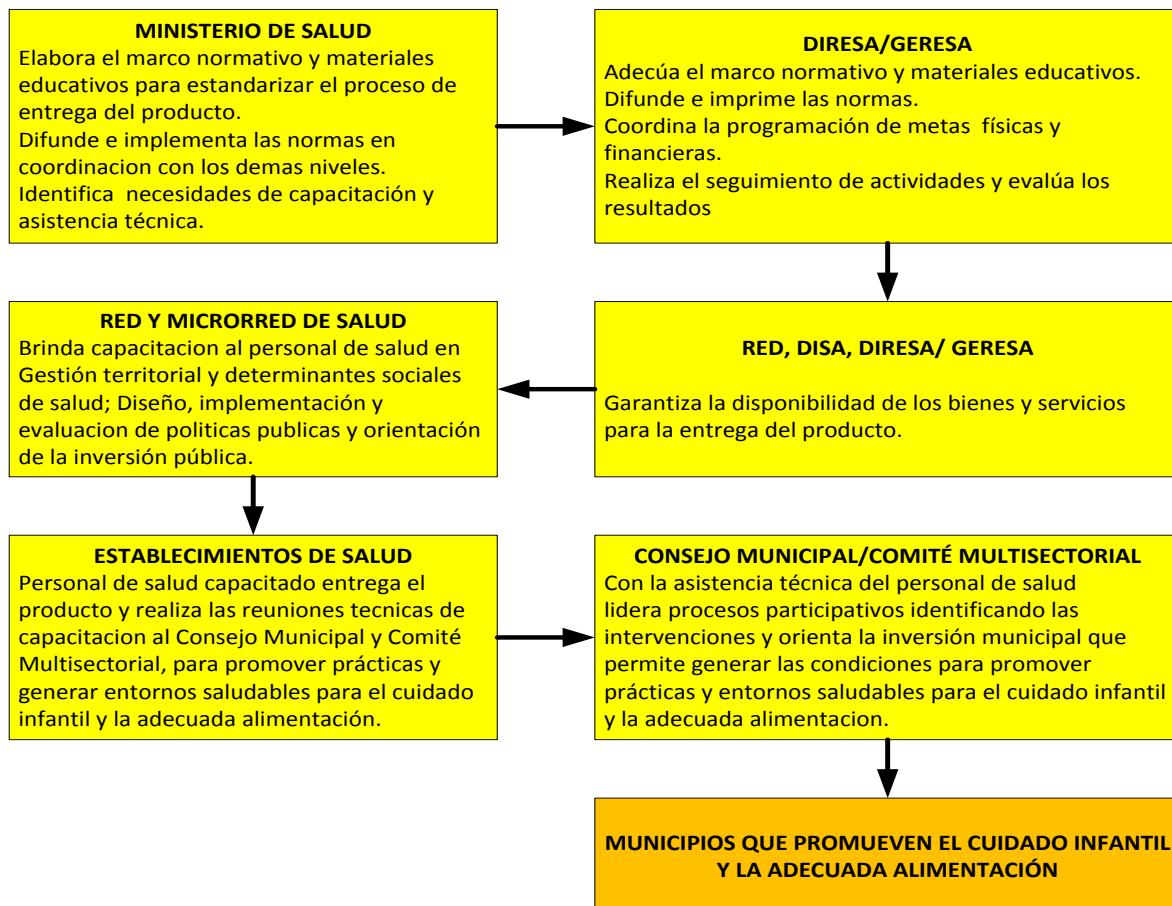


Fuente: Elaboración propia en base a los Modelos Operacionales de los productos del PAN

Modalidad de producción del producto Municipios Saludables

La obtención del producto Municipios Saludables tiene la siguiente secuencia.

GRÁFICO 9
PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES



Fuente: Elaboración propia en base al Modelo Operacional de los Productos del Programa Articulado Nutricional. MINSA. 2014

El Modelo Operacional menciona que la entrega de este producto debe considerar el contenido del documento técnico “Manual del Agente Comunitario de Salud”. R.M. Nº 702-2009/MINSA.

Producción de los subproductos

El producto Municipios Saludables incluye dos subproductos: *Consejo Municipal capacitado para promover el cuidado infantil* (3324803) y *Comité Multisectorial capacitado para promover el cuidado infantil* (3324804). Los Municipios con Concejo Municipal y Comité Multisectorial capacitados, deben desarrollar reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de la salud, en temas como alimentación y nutrición saludable.

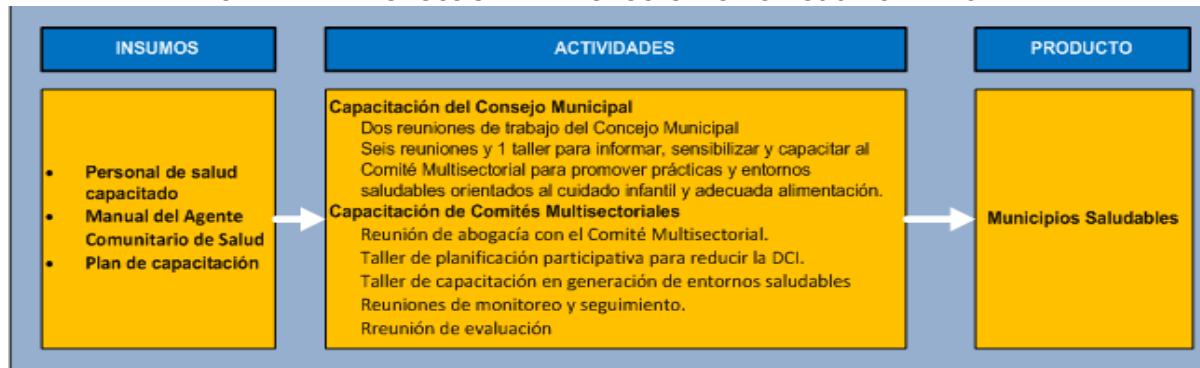
Para la sensibilización y capacitación del Consejo Municipal y Comité Multisectorial, la Microrred debe coordinar con el EESS del primer nivel de atención con mayor nivel del distrito, o con el que se encuentre más cercano a la capital del municipio, la programación de tres talleres de 18 horas efectivas cada uno, para capacitar al personal de salud en los siguientes temas:

- Gestión Local de Salud con Enfoque Territorial y estrategias para implementar prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, priorizando las familias de los niños y niñas menores de 36 meses.
- Formulación, gestión, implementación y evaluación de las políticas públicas.
- Orientación de la Inversión Pública (Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal y Presupuesto Participativo, entre otros)

Criterios de programación

Los criterios de programación establecen como prioritarios al 100% de municipios²⁶ de los quintiles 1 y 2. Los municipios de los quintiles 3, 4 y 5 con “bolsones de pobreza” en los que hayan identificado la DCI como problema prioritario también pueden ser incluidos. Se considera el listado de municipios priorizado por el MIDIS para la implementación de intervenciones efectivas para la reducción de la DCI²⁷ y los municipios que han programado el producto Comunidades Saludables. La cadena de resultados del producto Municipios Saludables se presenta en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 10
CADENA DE PRODUCCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES



Fuente: Elaboración propia en base a los Modelos Operacionales de los productos del PAN.

Las Definiciones Operacionales del producto establecen que los municipios, comunidades e instituciones educativas priorizados en el Programa Articulado Nutricional deben ser las mismas que los priorizadas en el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, con la finalidad de articular y complementar los productos de ambos Programas Presupuestales.

²⁶ Según el Modelo Operacional de los Productos del Programa Articulado Nutricional. MINSA. 2014, solo se considera a los municipalidades provinciales y distritales, que en marzo del año 2013 eran 1,838 (195 Provinciales y 1,643 Distritales) y no incluye a las 2,302 Municipalidades de Centros Poblados.

²⁷ RM. N° 131-2012-MIDIS.

2.3.2 CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y SU CUANTIFICACIÓN

A continuación se presenta los criterios de programación de metas físicas de los productos CRED y Municipios Saludables.

Método de cálculo para programar la meta física del CRED

Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP del PAN/CRED establecen hasta el año 2013, que la programación de las metas físicas del producto *CRED completo para la edad* son el 100% de las niñas y niños menores de tres años de edad perteneciente a la población pobre y extremadamente pobre, tomando como fuente al Padrón Nominal. En el Anexo 2 Contenidos Mínimos del PAN del año 2014, el MINSA ha establecida como criterio de programación para el año 2015, al 80% de niños y niñas menores de 36 meses pertenecientes a un ámbito determinado (responsabilidad del sub sector MINSA/Gobierno Regional) y no menciona el criterio de pobreza o pobreza extrema.

CUADRO 9
CRITERIOS PARA DEFINIR LAS METAS FÍSICAS DEL PRODUCTO CRED Y SUB-PRODUCTOS

PRODUCTO Y SUBPRODUCTOS CRED	CRITERIO PARA DEFINIR LAS METAS FÍSICAS
PRODUCTO CRED	
Niño < 3 años con CRED completo	100% de niños y niñas menores de 3 años de edad, pertenecientes a la población pobre y extremadamente pobre.
SUB PRODUCTO CRED	
Niño < 1 año con CRED completo	100% de niños y niñas de 1 mes hasta los 11 meses 29 días, perteneciente a la población pobre y extremadamente pobre (11 controles al año).
Niño 1 año con CRED completo	100% de niños y niñas de 12 meses hasta los 23 meses 29 días, perteneciente a la población pobre y extremadamente pobre (6 controles al año)
Niño 2 años con CRED completo	100% de niños y niñas de 24 meses hasta los 35 meses 29 días, perteneciente a la población pobre y extremadamente pobre (4 controles al año).
Visita Domiciliaria de Seguimiento CRED	Programar como mínimo una visita para: - 100% de menores de 36 meses que no acuden a control. - Niños y niñas en riesgo nutricional o desnutrición - Alteraciones del desarrollo y otros factores de riesgo. Realizar el cálculo de la meta física según la tendencia histórica.
Dosaje de hemoglobina	100% de niños y niñas entre 6 a 35 meses 29 días, perteneciente a la población pobre y extremadamente pobre.
Test de Graham	100% de niños y niñas entre 12 hasta los 35 meses 29 días, perteneciente a la población pobre y extremadamente pobre.
Examen seriado de heces	100% de niños y niñas a partir de los 12 meses de edad hasta los 35 meses 29 días, perteneciente a la población pobre y extremadamente pobre.

Nota: Indicador para ser generado a partir del año 2014 por el HIS

Fuente: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013. MINSA

Todos los EESS realizan la programación de las metas físicas, que es consolidada por la Microrred de Salud y a su vez por las Redes de Salud o Unidades Ejecutoras en el aplicativo SIGA PpR. La DIRESA/GERESA consolida las metas de todas sus Unidades Ejecutoras, obteniendo la meta Regional por agregación.

Metas físicas programadas

Las metas físicas programadas del producto *CRED completo para la edad* aumentaron en 74% entre los años 2009 al 2015, con un pico en el 2012 en que superaron los 4 millones. Entre el 2013 y 2014 las metas se han mantenido relativamente estables y en el año 2015 se han reducido.

CUADRO 10
METAS FISICAS PROGRAMADAS CRED POR DEPARTAMENTO EN EL SIGA. 2009-2015

REGIÓN	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cambio %
Puno	149,138	254,836	233,941	162,559	422,528	134,516	-10
Cusco	153,615	300,202	204,436	345,433	200,618	161,435	5
Lima ¹	88,585	173,691	97,630	116,692	126,583	92,778	5
Moquegua	15,479	33,918	32,113	20,718	18,568	16,735	8
San Martín	104,389	194,010	193,241	153,333	143,108	113,374	9
Junín	165,966	207,977	181,014	283,139	181,080	214,454	29
Piura	217,061	394,159	315,264	105,244	347,750	291,542	34
Ancash	132,446	231,034	193,023	134,671	175,548	179,245	35
Ica	74,358	120,890	103,142	60,511	99,494	110,668	49
La Libertad	156,004	262,945	875938	268,323	361,870	236,181	51
Pasco	32,115	59,292	40,657	49,587	58,134	48,687	52
Tumbes	25,035	38,177	42,922	29,046	38,177	39,536	58
Loreto	121,437	301,242	305,086	314,027	256,466	200,226	65
Ayacucho	75,606	157,739	142,121	115,499	136,504	126,580	67
Huánuco	137,688	235,055	231,434	236,857	214,891	237,040	72
Ucayali	59,793	119,322	116,892	111,582	104,536	110,510	85
Amazonas	45,948	107,560	117,442	114,343	110,926	91,473	99
Huancavelica	28,247	43,391	87,769	68,065	71,217	64,722	129
Madre de Dios	10,263	25,428	24,153	17,093	15,739	28,460	177
Apurímac	13,510	42,407	82,021	80,759	64,493	40,376	199
Arequipa	23,685	100,841	137,486	203,616	150,758	141,188	496
Cajamarca	48,780	235,167	151,341	346,941	353,239	345,980	609
Callao	11,158	59,409	108,052	108,104	60,008	88,336	692
Lambayeque	6,441	137,760	145,745	144,199	119,773	126,559	1,865
Tacna	0	10,000	9,662	26,218	54,600	58,282	---
Nacional	1,896,747	3,846,452	4,172,525	3,616,559	3,886,608	3,298,883	74

Nota¹: Las metas físicas CRED de Lima en el SIGA no incluyen las DISAS

Fuente: Elaboración propia con datos del SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

Las metas físicas programadas en el aplicativo SIGA PpR deberían ser las mismas que se registran en el SIAF, sin embargo existen significativas diferencias que alcanzan del 452% en el año 2011, como se aprecia en el siguiente cuadro.

CUADRO 11
DIFERENCIA EN LAS METAS FÍSICAS CRED PROGRAMADAS EN EL SIGA PpR Y SIAF. 2010-2015

FUENTE	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SIGA	1,896,747	3,846,452	4,172,525	3,616,559	3,886,608	3,298,883
SIAF	1,191,409	850,672	1,612,514	1,246,869	965,367	902,590
Diferencia absoluta	705,338	2,995,780	2,560,011	2,369,690	2,921,241	2,396,293
Diferencia relativa	159%	452%	259%	290%	403%	365%

Fuente: Elaboración propia con datos del SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

En el aplicativo SIGA PpR también se reportan las metas físicas del producto *CRED completo para la edad* asignadas a los tres pliegos del nivel nacional, las mismas que tienen un incremento de 15 veces en el año 2015 en comparación con el promedio del periodo 2009-2014.

CUADRO 12
PROGRAMACION DE METAS FÍSICAS CRED EN PLIEGOS NACIONALES EN EL SIGA PpR. 2010-2015

PLIEGO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MINSA	196,598	110,392	205,102	154,339	124,095	168,907	870,864
SIS	57,424	112,871	32,876	10,992	11,255	29,991	2,135,503
IGSS	0	0	0	0	0	1,862	137,751
Total	254,022	223,263	237,978	165,331	135,350	200,760	3,144,118

Fuente: Elaboración propia con datos del SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

Metas físicas del producto Municipios Saludables

En los lineamientos operacionales del PAN la unidad de programación de este producto es el municipio provincial y distrital. Sin embargo, las metas físicas en el aplicativo SIGA²⁸ alcanzan un número de municipios varias veces superior al total de municipios existentes²⁹.

CUADRO 13
METAS FÍSICAS PROGRAMADAS DE MUNICIPIOS SALUDABLES. 2011-2015

DEPARTAMENTO	2011	2012	2013	2014	2015
Amazonas	220	371	269	204	194
Ancash	1,750	505	422	461	543
Apurímac	113	351	408	336	160
Arequipa	262	298	332	436	408
Ayacucho	1,037	312	573	815	436
Cajamarca	420	204	462	920	505
Cusco	424	367	358	432	361
Huancavelica	294	354	692	316	260
Huánuco	184	268	294	373	339
Ica	69	294	53	38	63
Junín	343	410	5,454	758	446
La Libertad	528	253 ¹	209	220	146

²⁸ En el aplicativo SIAF las metas físicas del producto se ajustan al número de municipios existentes.

²⁹ El Perú tiene un total de 4,144 municipios, de los cuales 195 son Municipios Provinciales, 1,647 Municipios Distritales y 2,302 Municipios de Centros Poblados. 1,305 municipios son considerados municipios rurales.

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

Lambayeque	236	152	136	52	33
Loreto	208	324	269	197	156
Madre de Dios	624	35	32	34	44
Moquegua	27	14	68	62	71
Pasco	98	96	87	112	109
Piura	104	227	282	114	257
Puno	1,076	519	242	355	166
San Martín	665	397	206	220	238
Tacna	42	21	69	104	108
Tumbes	96	96	49	47	52
Ucayali	3,014	1,404	62	66	113
Lima	335	362	284	481	344
Callao	8	11	6	21	16
Total	12,169	7,381	11,312	7,153	5,552

Nota¹: En la programación SIGA de La Libertad figura la meta de 163,253 para el 2012, lo que es probablemente un error de digitación, por lo que solo se han tomado en cuenta los tres últimos dígitos.

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

2.4 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

2.4.1 DISPONIBILIDAD Y USO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Normativamente, el seguimiento de los productos CRED y Municipios Saludables, está concebido como una actividad continua y sistemática, mediante el cual se realiza el seguimiento de los indicadores de desempeño y resultados, la verificación del cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la asignación de los recursos para los productos al nivel nacional y regional.

GRÁFICO 11
MARCO DEL SEGUIMIENTO EN EL PAN



Fuente: Presentación PPT del PAN - OGPP-OGEI-MINSA.2013

Como se aprecia en el gráfico anterior, el nivel nacional y regional tienen la función de seguimiento y evaluación del resultado final, intermedio e inmediato de los productos del PAN, mientras los pliegos y unidades ejecutoras deben realizar el seguimiento trimestral de los

indicadores de disponibilidad de insumos, el cumplimiento de sub-productos y el monitoreo mensual y trimestral del logro de los resultados inmediatos, intermedios y final.

CUADRO 14
INDICADORES DE LOS PRODUCTOS CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES

PRODUCTO	INDICADORES	FUENTE
CRED	PRODUCCIÓN FÍSICA <ul style="list-style-type: none"> • Niños de 01 a 11 meses: 1 control por mes (11 controles) • Niños de 12 a 23 meses: 1 control cada 2 meses (6 controles) • Niños de 24 a 35 meses: 1 control cada 3 meses (4 controles) DESEMPEÑO <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad. 2 Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro. 	Sistema de información HIS del MINSA ¹
	PRODUCCIÓN FÍSICA <ul style="list-style-type: none"> 3 Número de Municipios cuyo Comité Multisectorial participa en 5 reuniones de implementación de Municipio Saludable y recibe un taller de capacitación en Gestión Local de Salud. DESEMPEÑO <ul style="list-style-type: none"> 4 Porcentaje de Municipios con Comité Multisectorial y Consejo Municipal capacitados para promover prácticas y generación de entornos saludables en alimentación y nutrición infantil. 	Encuesta Demográfica y de Salud ENDES
Municipios Saludables	PRODUCCIÓN FÍSICA <ul style="list-style-type: none"> 3 Número de Municipios cuyo Comité Multisectorial participa en 5 reuniones de implementación de Municipio Saludable y recibe un taller de capacitación en Gestión Local de Salud. DESEMPEÑO <ul style="list-style-type: none"> 4 Porcentaje de Municipios con Comité Multisectorial y Consejo Municipal capacitados para promover prácticas y generación de entornos saludables en alimentación y nutrición infantil. 	Sistema de información HIS del MINSA ²
		Sistema de información HIS del MINSA ²

Nota¹: El HIS genera actualmente información del número de niñas y niños con CRED completo. Nota²: El HIS debe generar esta información a partir del año 2014

Fuente: Modelo Operacional de los productos del Programa Articulado Nutricional. Anexo 2. Contenidos Mínimos del PAN. MINSA. 2014

Encuesta ENDES

La encuesta ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), conducida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, genera información semestral y anual del indicador *proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad*, con inferencia estadística departamental, áreas urbana y rural, regiones naturales, educación de la madre y quintiles de pobreza. La información de la Provincia Constitucional del Callao es reportada por la encuesta ENDES integrada al departamento de Lima, lo que impide comparar los datos ENDES de Lima con la información del HIS y SIGA PpR, que generan la información del Callao separada de la información de Lima.

Sistema de Información HIS

El Sistema de Información de Consulta Ambulatoria-HIS del MINSA, a cargo de la Oficina General de Estadística e Informática-OGEI, proporciona información del número de atenciones CRED efectuado por los EESS, en base al *Registro Diario de Atención Integral de la Niña y el Niño*, así como la información sobre las niñas o niños con *CRED completo para la edad*. A partir del 2014 el HIS debe generar información de los indicadores del producto Municipios Saludables.

El recojo de información es realizado por el responsable de estadística en los EESS y la digitación es efectuada en los puntos de digitación. Las Unidades Ejecutoras, Redes, DISAS/DIRESAs son las encargadas de consolidar los datos de sus ámbitos y enviarlos mensualmente al MINSA.

Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS- SIASIS

El SIASIS también genera información del número de atenciones CRED prestadas a las niñas y niños afiliados al SIS. El proceso de registro de atenciones en el Formato Único de Atención (FUA) con información nominal, se acompaña de un *Proceso de Control Presencial Posterior* de las Prestaciones de Salud financiadas por el SIS, que tiene controles de calidad mediante filtros y auditoria de los datos.

Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN)

El SIEN está implementado desde el año 2003 por el Instituto Nacional de Salud a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, con la finalidad de generar información local, regional y nacional, para apoyar la toma de decisiones orientadas a mejorar el estado nutricional. El SIEN procesa semanalmente información del peso, talla y hemoglobina en base a las historias clínicas y Formatos de Registro Diario (FRD), de los niños y niñas menores de cinco años y madres gestantes atendidos en los EESS. La información del SIEN es desagregada por UE, Red y municipio.

Sistema Integrado de Gestión Administrativa del PpR -SIGA PpR

El aplicativo SIGA PpR genera información de las metas físicas y financieras del PAN y mediante el aplicativo COGNOS enlaza la información con la base de datos analítica del SIAF. Las metas físicas del CRED de las DISAS y hospitales de Lima no se reportan en la Base de datos analítica de programación del Gobierno Regional de Lima, lo que distorsiona la información para la evaluación de la eficiencia y eficacia del departamento de Lima.

Sistema Integrado de Administración Financiera - SIAF

El SIAF mediante su herramienta *Consulta Amigable*, proporciona información actualizada diaria y mensualmente del PIA, PIM y Ejecutado de los productos del PAN, incluyendo la fuente de financiamiento y la genérica de gasto a nivel de las unidades ejecutoras.

III: PRESUPUESTO Y RESULTADOS

3.1. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN Y TRANSFERENCIA DE RECURSOS

Los criterios de asignación presupuestaria para el producto CRED siguen las normas del PpR, a partir de la programación de los insumos necesarios para la realización de los subproductos y logro del producto. El punto de partida son las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del PAN, que establecen las actividades del CRED para los niños y niñas menores de 36 meses, que hasta el año 2014 focaliza a la población pobre y pobre extrema.

Según la Directiva para la Programación y Formulación Anual del Presupuesto del Sector Público con perspectiva Multianual, durante la etapa de formulación presupuestaria, el MEF comunica al MINSA “el techo, o piso presupuestal” del Pliego, para que este lo distribuya entre los programas presupuestales y productos y ajuste su meta física. Luego el pliego sustenta su propuesta (PIA) ante el MEF. La asignación presupuestaria del MEF hacia los diferentes pliegos (MINSA, SIS, Regiones-Unidades Ejecutoras), sigue el flujo de la cadena funcional.

Hasta el año 2011 los recursos del PAN se asignaban al Pliego MINSA, quien posteriormente los transfería a los Pliegos Regionales. Desde el año 2012 la asignación se realiza directamente a las Unidades Ejecutoras de los gobiernos regionales, con excepción del SIS que recibe los recursos del MEF y los transfiere a los gobiernos regionales a través de la genérica “Donaciones y Transferencias para financiar los gastos por las atenciones de CRED a niños y niñas menores de 5 años que realizan los EESS, en base a la tarifa establecida por la R.M. 226-2011-SA del 23 marzo de 2011, que asciende a S/. 6.00 por atención. La programación presupuestaria del aplicativo SIGA divide la asignación presupuestaria del departamento de Lima en dos pliegos. Las DISAS la reciben en el Pliego 011 (MINSA), mientras el Gobierno Regional de Lima la recibe en el Pliego 99 463.

3.2 PROCESO DE ASIGNACIÓN Y TRANSFERENCIA DE RECURSOS

Las DIRESAS, DISAS y Unidades Ejecutoras deben programar los recursos mediante sus Redes y Microrredes, en la Programación de Anual de Adquisiciones y Contrataciones de la entidad (PAAC) y realizar los procesos logísticos para la adquisición de insumos. La asignación de recursos humanos para el CRED debe considerar la meta física, el tiempo promedio utilizado por atención, características de la demanda, dispersión de la población, capacidad instalada (número de consultorios), categoría y capacidad resolutiva del EESS, modalidad de atención (individual o colectivo) y escenario en el que se desarrolla.

La Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público, ley 28112, establece que las Unidades Ejecutoras deben iniciar en el mes de Mayo el proceso de programación de sus metas físicas y recursos por Centro de Costo, que son consolidados en el Presupuesto de sus Unidades Ejecutoras (Mayo) y luego en sus Pliegos (Mayo-Junio) para cumplir los plazos de sustentación y revisión establecidos por directivas del MEF (Julio).

Luego que el MEF consolidada el Presupuesto del Sector Público, lo envía a la Comisión de Presupuesto del Congreso, para ser debatido y aprobado a fines de Noviembre. Durante los tres primeros meses del año, las Unidades Ejecutoras tienen la oportunidad de ajustar las metas físicas y el presupuesto aprobado³⁰.

³⁰ Segundo dispositivo complementario transitorio de la Ley del Presupuesto Público para el año 2014.

Porcentaje del PIA de la IPE en relación al PIA del MINSA

El PIA del producto CRED aumentó proporcionalmente casi cuatro veces (396%) en el periodo 2009-2014 y representa el 17% del PIA del PAN en el 2014, mientras el PIA del producto Municipios Saludables solo aumento 13% en ese periodo, con el 1.2% del total de recursos del PAN.

CUADRO 15
PORCENTAJE DEL PIA DE LA IPE EN RELACIÓN AL PIA DEL PAN. 2009-2014

AÑO	PRODUCTO	PIA DE LA IPE (S/.)	% PIA DEL PAN
2009	Municipios Saludables	3,791,889	0.93
	CRED	20,141,252	4.96
	PAN	406,260,395	100.00
2010	Municipios Saludables	4,379,660	0.59
	CRED	86,432,609	11.61
	PAN	744,231,712	100.00
2011	Municipios Saludables	5,969,655	0.65
	CRED	110,025,230	11.98
	PAN	918,180,264	100.00
2012	Municipios Saludables	7,100,698	0.60
	CRED	196,964,549	16.51
	PAN	1,192,845,953	100.00
2013	Municipios Saludables	10,756,012	0.98
	CRED	176,617,218	16.02
	PAN	1,102,395,226	100.00
2014	Municipios Saludables	13,376,770	1.20
	CRED	191,358,157	17.19
	PAN	1,112,938,465	100.00

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF – MEF. Consulta el 17.03.2015

3.3 PIA, PIM Y PRESUPUESTO EJECUTADO

En el periodo 2009 - 2014 hubo un incremento creciente del PIA y PIM del producto CRED, acompañado de un alto nivel de ejecución, que alcanzó el 96% del PIM en el 2014.

CUADRO 16
PIA, PIM Y PRESUPUESTO EJECUTADO DEL PRODUCTO CRED. 2009-2014

AÑO	PIA	PIM	EJECUTADO (PE)	% PE/PIM
2009	20,185,128	58,429,923	30,756,428	53
2010	86,432,609	128,765,692	118,902,099	92
2011	110,025,230	164,496,601	145,637,871	89
2012	196,964,549	194,492,590	171,302,202	88
2013	176,617,218	362,101,941	332,745,942	92
2014	191,358,157	328,367,223	314,843,035	96

Fuente: Elaboración propia en base al SIGA/SIAF al 17.03.2015

Asignación del PIA del CRED según fuentes de financiamiento

La principal fuente de financiamiento del CRED en el periodo 2009 al 2014 han sido *Recursos Ordinarios* con el 76%, seguida de *Donaciones y Transferencias* con el 19%, totalizando entre

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

ambas el 95% del financiamiento. Recursos Ordinarios ha tenido un incremento de 4.9 veces en el periodo 2009-2014, con una disminución relativa del 86% en el año 2009 al 68% en el 2013.

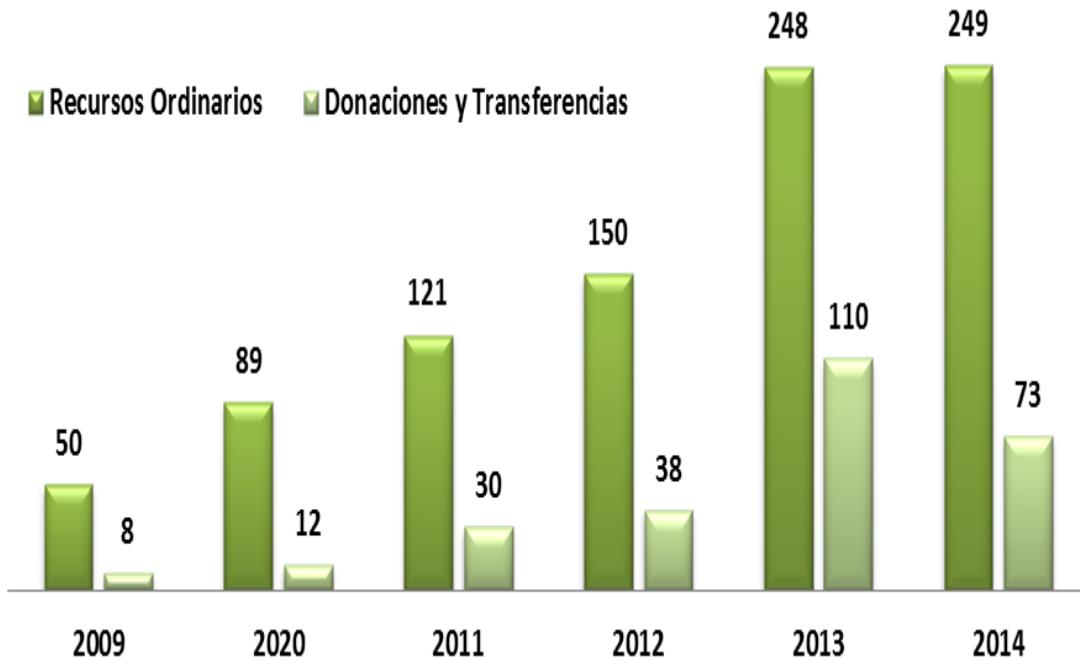
CUADRO 17
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL PRODUCTO CRED. 2009-2014

AÑO	RECURSOS ORDINARIOS	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	RECURSOS DETERMINADOS	RDR	TOTAL PIM
2009	50,149,132	7,512,504	0	768,209	58,429,845
2010	89,182,025	12,279,650	26,833,600	470,417	128,765,692
2011	121,020,441	30,268,070	10,475,902	2,732,188	164,496,601
2012	149,972,145	37,829,689	5,244,269	1,446,487	194,492,590
2013	247,814,808	110,443,213	112,839	3,579,781	361,950,641
2014	249,120,404	73,432,026	3,258,048	2,525,932	328,336,410
Total	907,258,955	271,765,152	45,924,658	11,523,014	1,236,471,779

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF. Consulta 15 de enero del 2015

La fuente Donaciones y Transferencias ha tenido el mayor incremento absoluto de 9 veces entre los años 2009 al 2014, debido al creciente aumento de los recursos asignados al Seguro Integral de Salud para las transferencias a los EESS. El siguiente gráfico muestra la evolución de las fuentes Recursos Ordinarios y Donaciones y Transferencias para el periodo 2009-2014.

GRÁFICO 12
EVOLUCIÓN DEL PIM DEL CRED, SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO 2009 – 2014
(En millones de Nuevos Soles)



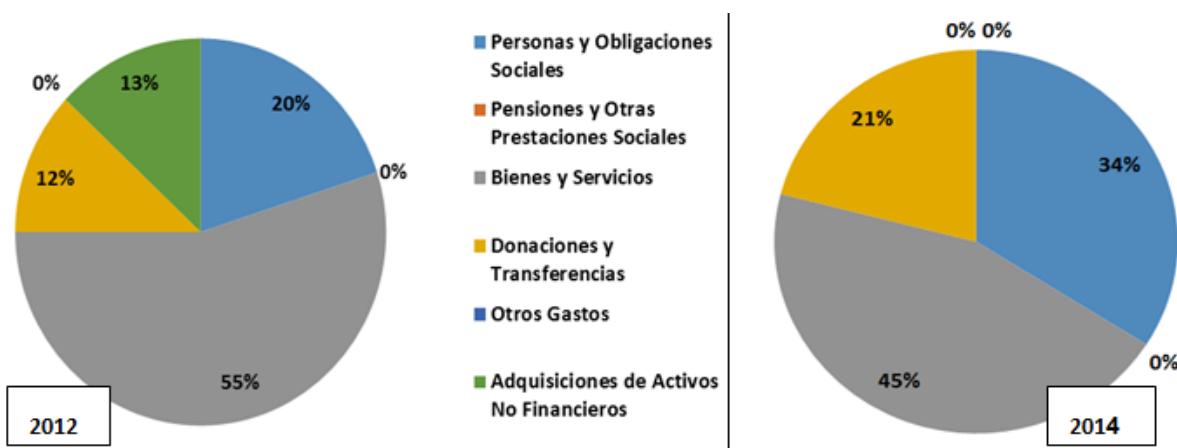
Fuente: Elaboración propia en base al SIAF – MEF. Consulta 17.03.2015

Distribución del PIM por genéricas de gasto

La genérica Adquisición de Bienes y Servicios aumentó 5 veces entre los años 2009 y 2014, mientras Personal y Obligaciones Sociales aumentó proporcionalmente del 5% al 20% en ese período. La genérica “Donaciones y Transferencias” es la tercera en importancia, con un pico en el año 2013, en que alcanzó el 26%. La totalidad de esta genérica está asignada al SIS, que posteriormente la transfiere a las Unidades Ejecutoras de los pliegos Regionales para financiar los costos variables de la atención CRED por los EESS.

La genérica Bienes y Servicios recibió el 55% del total de los recursos del CRED en el 2012 y el 45% en el 2014, mientras Donaciones y Transferencias casi se duplicó y Personal y Obligaciones Sociales se incrementó del 20% al 34%.

GRÁFICO 13
DISTRIBUCION DEL PIA DEL CRED SEGÚN GENÉRICAS DE GASTO. 2012 y 2014

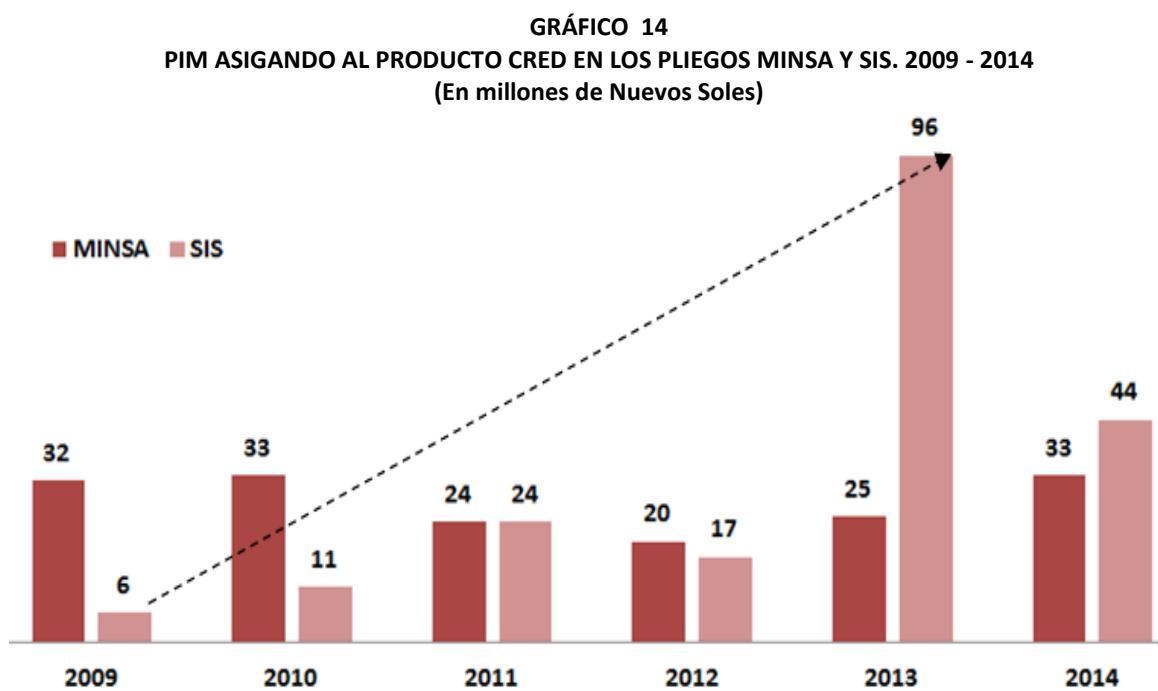


Fuente: Elaboración propia en base al SIAF – MEF

En el año 2012 la genérica “Adquisición de Activos No Financieros” representó el 13% del PIA, sin embargo el año 2014 ha desaparecido de la programación

Asignación presupuestal al MINSA y SIS

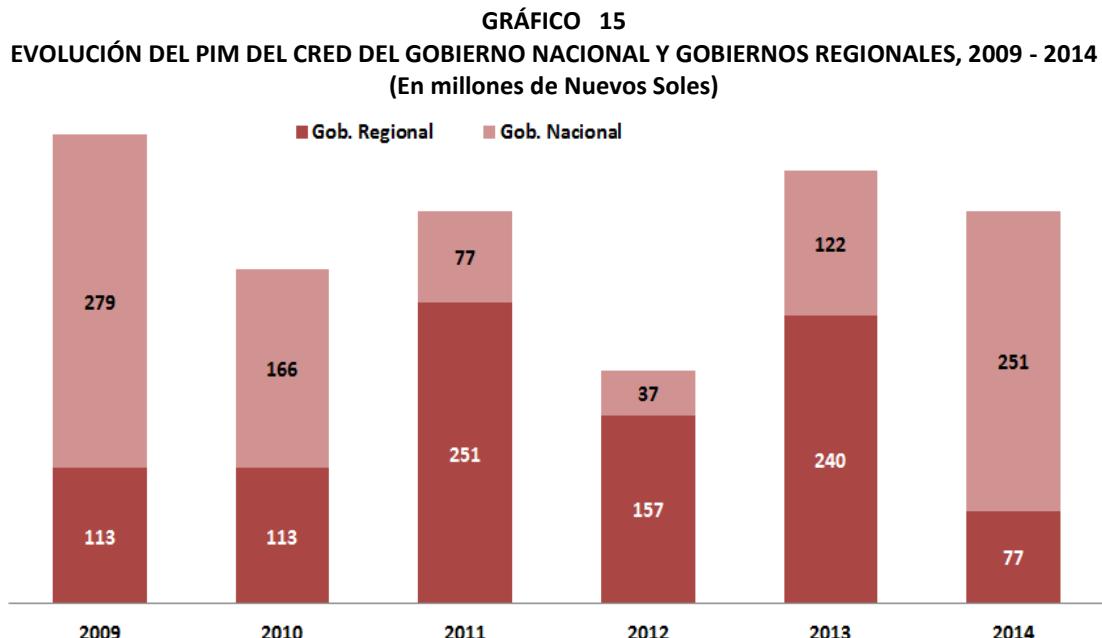
El siguiente gráfico muestra la evolución del presupuesto del producto CRED en los pliegos Ministerio de Salud y Seguro Integral de Salud, entre el año 2009 al 2014. Se aprecia que el PIM del MINSA se ha mantenido relativamente estable, mientras el presupuesto del Seguro Integral de Salud se incrementó de S/. 6 millones en el año 2009 a S/. 96 millones en el 2013, para reducirse a S/. 44 millones en el año 2014.



Fuente: Elaboración propia en base al SIGA SIAF. Consulta el 17.03.2015

Distribución del presupuesto del CRED entre pliegos

La distribución proporcional del PIM del CRED asignado al Gobierno Nacional y a los Gobiernos Regionales, tuvo grandes variaciones entre los años 2009 al 2014, como se aprecia en el siguiente gráfico, donde llama especialmente la atención la gran disminución de la asignación a los gobiernos regionales el 2014, comparado con el año 2013.



Nota: La información de la consulta amigable SIAF difiere notablemente de la obtenida del SIGA el 17.3.2015.

Fuente: Elaboración propia en base a información del SIAF. Consulta 15 Marzo 2015.

PIM asignado a Gobiernos Regionales

El PIM asignado al producto CRED tuvo un aumento promedio del 82% en el periodo 2009 al 2014, con variaciones de 74% en La Libertad y 99% en Tumbes y Ucayali.

CUADRO 18
EVOLUCIÓN DEL PIM ASIGNADO AL CRED ENTRE DEPARTAMENTOS. 2009-2014

DEPARTAMENTO	2009	2014	AUMENTO ABSOLUTO	AUMENTO %
La Libertad	2,151,407	8,196,526	6,045,119	281
Total	58,429,923	328,367,223	269,937,300	462
Lima	922,285	5,235,056	4,312,771	468
San Martín	1,285,221	8,067,908	6,782,687	528
Cusco	1,515,901	10,413,034	8,897,133	587
Callao	720,914	5,690,620	4,969,706	689
Cajamarca	3,727,133	29,427,785	25,700,652	690
Madre de Dios	181,835	1,463,327	1,281,492	705
Arequipa	1,649,104	13,410,221	11,761,117	713
Lambayeque	710,225	6,124,749	5,414,524	762
Ayacucho	1,240,039	13,124,448	11,884,409	958
Huánuco	1,615,318	17,161,024	15,545,706	962
Amazonas	872,096	11,176,509	10,304,413	1,182
Apurímac	551,263	8,218,699	7,667,436	1,391
Pasco	302,666	4,873,475	4,570,809	1,510
Junín	617,312	11,598,268	10,980,956	1,779
Piura	556,194	14,462,538	13,906,344	2,500
Moquegua	51,679	1,521,655	1,469,976	2,844
Puno	555,206	16,645,159	16,089,953	2,898
Ancash	387,164	12,785,541	12,398,377	3,202
Loreto	387,771	17,463,222	17,075,451	4,403
Huancavelica	377,820	18,502,016	18,124,196	4,797
Ucayali	115,191	9,152,575	9,037,384	7,846
Tumbes	22,534	2,001,949	1,979,415	8,784

Nota: Ica y Tacna no registran los recursos asignados en el año 2009.

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF – MEF. Consulta el 17.03.2015

Asignación del PIM según metas físicas del producto CRED

El PIM asignado por meta física del producto *CRED completo para la edad* aumentó en promedio 8.4 veces (844%) en el periodo 2009-2014 a nivel nacional, con diferencias entre 5,100% de aumento en Tumbes y reducción de 44% en Lambayeque.

CUADRO 19
EVOLUCIÓN DEL PIM DEL CRED SEGÚN METAS FÍSICAS PROGRAMADAS¹. 2009-2014
 (Valores en nuevos soles)

DEPARTAMENTO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	EVOL. %
Tacna	0	0	32	18	14	15	-52 ²
Lambayeque	110	9	13	26	45	48	-44
Callao	65	14	16	18	58	64	98
Cajamarca	76	37	93	46	70	85	112
Arequipa	70	14	20	25	63	95	136
La Libertad	14	12	7	22	31	35	250
Madre de Dios	18	11	37	107	83	51	283
Apurímac	41	125	87	93	176	204	498
Ica	0	0	6	45	29	32	500 ²
Lima	10	4	20	32	49	56	560
San Martín	12	16	21	24	62	71	592
Huánuco	12	21	24	47	78	72	600
Amazonas	19	35	39	67	121	122	642
Ayacucho	16	40	58	93	108	104	650
Cusco	10	22	21	22	71	65	650
Total	9	20	25	39	57	76	844
Pasco	9	40	63	68	55	100	1,111
Junín	4	17	38	32	64	54	1,350
Piura	3	20	31	99	45	50	1667
Huancavelica	13	83	50	101	212	286	2,200
Ancash	3	14	28	48	68	71	2,367
Loreto	3	28	33	40	48	87	2,900
Moquegua	3	1	16	63	64	91	3,033
Puno	4	34	41	81	40	124	3,100
Ucayali	2	10	13	30	56	83	4,150
Tumbes	1	2	17	44	36	51	5,100

Nota¹: Obtenido mediante la división del PIM asignado al CRED entre las metas físicas del CRED. Nota²: variación entre 2011 al 2014.

Fuente: Elaboración propia en base al SIGA para las metas CRED y base de datos analítica del SIAF para el PIM. Consulta 17.03.2015

3.4 COSTOS DE LOS PRODUCTOS

No es posible determinar los costos de los productos de la IPE por falta de información de los costos administrativos y costos indirectos, que pertenecen al clasificador presupuestal *Acciones Comunes* que incluye a todos los productos del PAN. Por este motivo, solo se puede estimar el gasto unitario de las atenciones CRED, mediante la división del presupuesto devengado entre el número de niñas y niños con CRED completo reportado por el HIS. Entre 2010 - 2013 hubo un crecimiento promedio del 58% del gasto unitario, con diferencias entre departamentos que alcanzan 2,284 veces (2013) entre el gasto de S/.15 de Piura y S/. 3,883 de Amazonas.

CUADRO 20
GASTO UNITARIO POR OBTENCION DEL PRODUCTO CRED. 2010-2013

Departamento	2010	2011	2012	2013	Variación % 2010-2013
Pasco	410	59	123	136	-33
Cusco	334	329	347	199	-60
Ucayali	104	63	97	82	-79
Piura	176	34	46	15	9
Puno	194	165	187	59	30
Cajamarca	269	147	118	118	44
Loreto	658	103	1,209	394	60
La Libertad	51	90	123	38	75
Áncash	135	132	125	-	93 ¹
Lima	12	20	38	14	117
Ayacucho	198	68	135	323	163
Huánuco	156	111	129	346	222
Nacional	146	138	177	353	242
Junín	137	15	56	350	255
Apurímac	222	242	320	568	256
San Martín	90	225	331	308	342
Lambayeque	134	344	283	606	452
Tacna	-	353	350	1,755	497 ²
Callao	100	178	339	526	526
Arequipa	62	215	243	380	613
Huancavelica	107	131	241	767	717
Madre de Dios	110	3,034	3,449	1,219	1,108
Amazonas	217	-	-	3,883	1,789 ³
Tumbes	11	53	52	1,531	13,918
Ica	3	414	611	656	21,867
Moquegua	7	150	265	2,292	32,743

Nota¹: Corresponde al aumento 2010-2012. Nota²: Corresponde al aumento 2011-2013. Nota³: Corresponde al aumento 2010-2013 sin los años 2011- 2013.

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF/SIGA para presupuesto devengado y HIS para atenciones CRED.

El gasto unitario del producto Municipios Saludables, casi se duplicó (+95%) entre 2010-2013, como consecuencia del aumento del presupuesto devengado y la disminución de las metas alcanzadas.

CUADRO 21
GASTO UNITARIO POR META FISICA DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES. 2012-2013

AÑO	META ALCANZADA	DEVENGADO	GASTO POR META
2012	19,481	9,160,014	470
2013	12,632	10,425,557	825
2014	15,244	13,988,393	917

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF

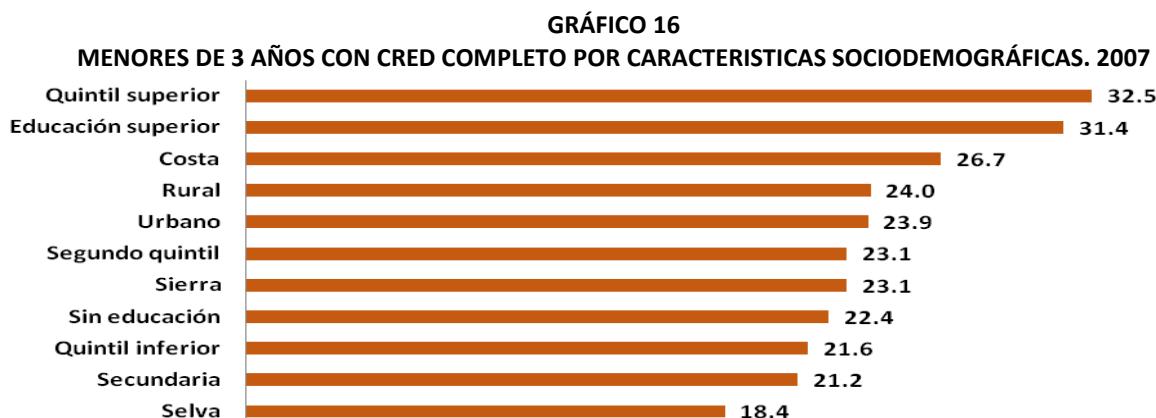
PARTE 2. TEMAS DE AVALUACIÓN

I. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

1.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN INICIAL

Situación del CRED al inicio del PAN

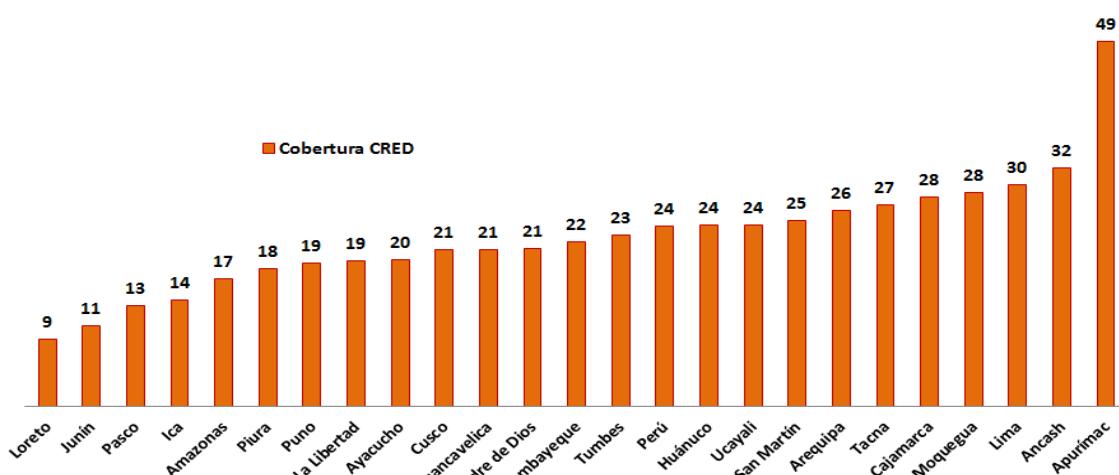
Según información de la encuesta ENDES, en el año 2007 solo el 24% de niños y niñas menores de tres años de edad tenían *CRED completo para la edad*, con valores similares (24%) en los ámbitos urbano y rural. El gráfico señala las diferencias según diversas características, mostrando que residir en la Selva, baja educación de las madres y pertenecer al quintil inferior de bienestar, estaba relacionado con la mayor probabilidad de tener bajas coberturas de CRED.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDES 2007

En el año 2007 existía una gran diferencia en la cobertura de CRED según departamento, con Loreto (9%) y Apurímac (49%) en los extremos, mientras Huancavelica, estaba en una situación intermedia, con una cobertura del 21%.

GRÁFICO 17
COBERTURA DEL CRED COMPLETO EN MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD POR DEPARTAMENTO. 2007

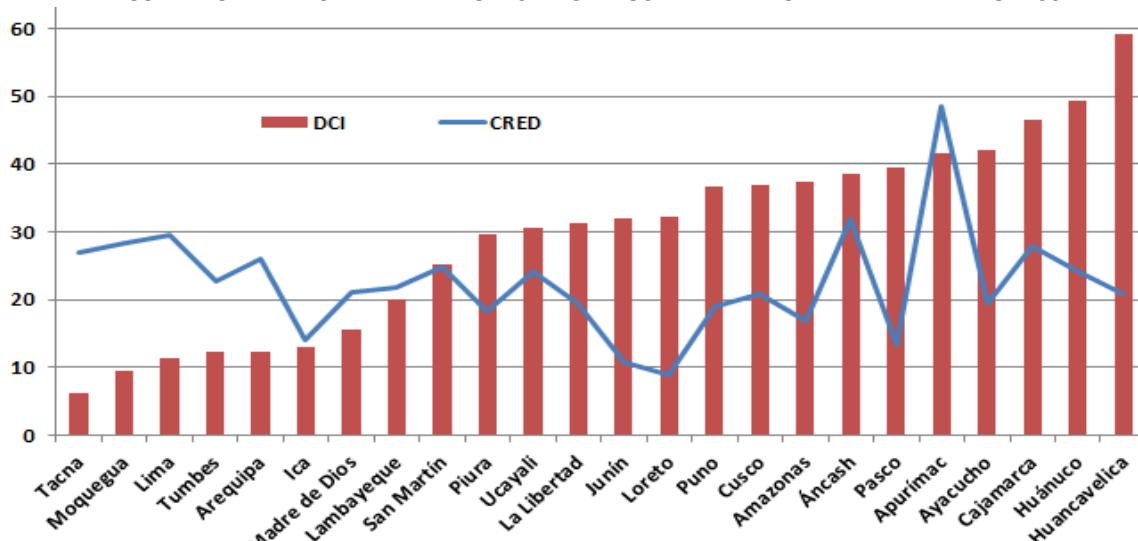


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDES 2007

Cobertura de CRED y tasa de DCI

En quince departamentos la cobertura de CRED era menor a la tasa de DCI, mientras en nueve el CRED fue mayor a la DCI, lo que muestra la limitada relación entre ambas variables ese año.

GRÁFICO 18
COBERTURA DEL CRED EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD POR DEPARTAMENTO. 2007



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDES 2007

1.2 LÓGICA VERTICAL DEL MODELO LÓGICO

¿Son los productos evaluados, necesarios y suficientes para el logro de los resultados?

El siguiente cuadro muestra la relación lógica vertical entre los dos productos evaluados, con el logro de los resultados inmediatos³¹.

RELACIÓN LÓGICA VERTICAL ENTRE LOS PRODUCTOS Y LOS RESULTADOS DE LA IPE

Producto	Producto
Municipios que promueven el cuidado infantil	CRED completo para la edad
Resultado Inmediato	Resultado Inmediato
Comunidades promueven prácticas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación del menor de 36 meses	Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses

Para alcanzar el Resultado Inmediato de los productos³² *Municipios que promueven el cuidado infantil* y *CRED completo para la edad*, son necesarios ambos productos, pero no son suficientes por si solos, se requiere de los resultados intermedios de otros productos del PAN.

El producto *CRED completo para la edad*, cuenta con evidencias en la literatura que confirman su papel en el logro del resultado inmediato “*Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses*”, debido a que permite evaluar el estado nutricional de los niños y niñas atendidos en los EESS y desarrollar durante la atención la consejería necesaria para orientar el adecuado cuidado y la alimentación infantil.

³¹ Tabla N° 14, Matriz lógica del Programa Presupuestal PAN, Anexo 2 Contenidos Mínimos 2014

³² Los resultados pertenecen a todo el PAN y no solamente a los productos evaluados.

El producto Municipios Saludables, cuenta con limitada y menos específica evidencia en la literatura. Sin embargo, existe abundante evidencia sobre la importancia del trabajo a nivel de la comunidad y en el contexto territorial, por lo que también se confirma su importancia en la lógica vertical.

Necesidad y suficiencia de los subproductos CRED para obtener los productos

Los siete sub-productos del CRED, son necesarios pero insuficientes, para el logro del producto *CRED completo para la edad*. Mientras los cuatro primeros subproductos corresponden a acciones directamente relacionadas al CRED (CRED completo en niños menores de un año, en niños de un año, en niños de dos años y Visita domiciliaria), los subproductos Dosaje de Hemoglobina y *Test de Graham* y *Examen Seriado de Heces*, son exámenes auxiliares para el diagnóstico de anemia y parasitosis intestinal, por lo que podrían ser integrados a los productos “*Niños con suplemento de hierro y vitamina A*”, y “*Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal*”, lo que haría más coherente su programación y ejecución, actualmente fragmentada entre el CRED y estos productos.

CUADRO 22
ANALISIS DE LOS SUB PRODUCTOS Y ACTIVIDADES DEL CRED

SUB PRODUCTO/ACTIVIDAD	NIVEL DE NECESIDAD Y SUFICIENCIA
Niño menor 1 año con CRED completo	
Niño de 1 año con CRED completo	Indispensables, pero no suficientes
Niño de 2 años con CRED completo	
Visita Domiciliaria de seguimiento CRED	
Dosaje de hemoglobina	Corresponde al producto <i>Niños con suplemento de hierro y vitamina A</i>
Test de Graham	Corresponde al producto <i>Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal</i>
Examen seriado de heces	

Es notoria la ausencia de un subproducto del CRED focalizado en la recuperación nutricional de las niñas y niños menores de tres años de edad detectados en riesgo o desnutridos por el CRED.

Necesidad y suficiencia de los subproductos Municipios Saludables

Los dos subproductos del producto Municipios Saludables: Consejos Municipales Capacitados y Comités Multisectoriales Capacitados, son importantes y necesarios pero no suficientes para el logro del resultado intermedio. Están diseñados para facilitar que los Consejos Municipales conjuntamente con los Comités Multisectoriales se sensibilicen para implementar actividades dirigidas a mejorar la alimentación y cuidado infantil. Sin embargo, no existe una propuesta operacional dirigida a facilitar la implementación efectiva de las intervenciones en el contexto territorial.

Consistencia de los productos y sub-productos con la lógica vertical del Modelo Lógico del PAN

El producto y sub-productos del CRED y Municipios Saludables, son consistentes con el logro del resultado inmediato del PAN. Sin embargo, no son suficientes por sí mismos, se necesita de la concurrencia de otros productos del PAN para el logro de los resultados a nivel inmediato.

1.3 LÓGICA HORIZONTAL DEL MODELO LÓGICO

Análisis de los indicadores de resultado intermedio

En la Tabla N° 11 “Principales indicadores del PAN 2000, 2007-2011” del documento “Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del PAN 2013”, el resultado intermedio *Mejorar la alimentación y nutrición*

del menor de 36 meses de edad, cuenta con dos indicadores: “Proporción de menores de 6 meses con lactancia exclusiva” y “Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia”, los cuales son generados por la ENDES.

Si bien ambos indicadores son importantes, el primero está limitado a los menores de 6 meses de edad y el segundo está focalizado en la anemia, dejando de lado la evaluación integral de la alimentación y nutrición. Un indicador más adecuado para medir el resultado intermedio podría ser “Proporción de niños de seis a 36 meses con alimentación apropiada” con la siguiente fórmula de cálculo:

Niños y niñas entre 6 a 36 meses de edad que consume los requerimientos FAO¹ en calorías, lípidos y proteínas	X 100
Total de niños y niñas de 6 a 36 meses de edad	

Nota¹: Food & Agricultural Organization de Naciones Unidas.

El Sistema de Vigilancia Nutricional-VIN del CENAN/Instituto Nacional de Salud, actualmente genera esta información solo a nivel de macro regional, pero podría extenderse la muestra al nivel regional.

Indicador de resultado inmediato

El Modelo Lógico del PAN establece como resultado inmediato relacionado al CRED “*Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses de edad*”³³, el que cuenta con dos indicadores:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	RESPONSABLE DE DEFINICIÓN
Proporción de niños menores de 36 meses con CRED completo de acuerdo a su edad	Porcentaje	ENDES	MINSA
Proporción de niños de 6 a 35 meses de edad que recibió suplemento de hierro	Porcentaje	ENDES	MINSA

Considerando que “*CRED completo para la edad*” es un indicador de cobertura, su logro no significa necesariamente que se alcance el resultado “*Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses de edad*”, por lo que es recomendable incluir indicadores adicionales que recojan el resultado de la mejora de prácticas saludables del producto CRED, entre los que se puede considerar los siguientes:

- Proporción de madres de niñas y niños menores de tres años con prácticas alimentarias adecuadas (número de comidas diarias, composición de los alimentos y lactancia materna prolongada). Actualmente este indicador forma parte de la información generada por la ENDES y es usado por el producto Familias Saludables, pero no es utilizado por el CRED.
- Proporción de madres de niñas y niños menores de tres años con adecuadas prácticas de lavado de manos en el hogar: indicador no desarrollado.

Para la evaluación de la recuperación del riesgo nutricional y desnutrición infantil, puede utilizarse la información existente en el HIS-MINSA para monitorear los siguientes indicadores:

- a) Indicadores directamente relacionados a la DCI por déficit de talla para la edad:

³³ Correspondiente al año 2014.

- Proporción de niños y niñas menores de tres años con riesgo nutricional de talla recuperados (1 DS inferior al patrón de referencia OMS).
 - Proporción de niños y niñas menores de tres años con desnutrición crónica recuperados (talla inferior a 2 DS del patrón de referencia OMS).
- b) Indicadores que permitan detectar cambios de manera más precoz que el déficit de talla para la estatura:
- Proporción de niños y niñas menores de tres años con riesgo nutricional de peso para la edad recuperados (peso para la edad menor a 1 DS del patrón OMS)
 - Proporción de niños y niñas menores de tres años con desnutrición aguda recuperados (peso para la estatura menor a 2 DS del patrón OMS)

INDICADORES DE LOS SUBPRODUCTOS CRED

El cuadro siguiente contiene la relación de los indicadores necesarios para el monitoreo de los subproductos del CRED, su disponibilidad actual y fuente.

CUADRO 23

INDICADORES EXISTENTES Y PROPUESTOS PARA MONITOREAR LA PRODUCCIÓN FÍSICA DEL CRED

SUB PRODUCTOS	INDICADOR	DISPONIBILIDAD Y FUENTE
Niño < 1 año con CRED completo	Número de niños menores de un año con CRED completo para su edad.	Existe. La información del número de niñas y niños menores de tres años con CRED completo es generada por el sistema HIS.
Niño 1 año con CRED completo	Número de niños menores de un año con CRED completo para su edad.	
Niño de 2 años con CRED completo	Número de niños menores de un año con CRED completo para su edad.	
Visita Domiciliaria de seguimiento CRED	Proporción de niños menores de 36 meses de edad en riesgo nutricional o desnutridos que han recibido visita domiciliaria.	No existe. La información del número de visitas domiciliarias CRED debe ser generada a partir de 2014 por el HIS.
Dosaje de hemoglobina (Hb)	Proporción de niños entre 6 y 36 meses de edad con dosaje de hemoglobina anual.	No existe actualmente. La información de atenciones por Dosaje de Hb, Test de Graham y Examen Seriado de Heces, es registrada en el sistema HIS, pero solo se reporta el número de dosajes de Hb.
Test de Graham	Proporción de niños entre 6 y 36 meses de edad con test de Graham	
Examen seriado de heces	Proporción de niños entre 6 y 36 meses de edad con atención para examen seriado de heces.	

Fuente: Elaboración propia

Indicadores del producto CRED y subproductos

El Producto *Niños con CRED completo según edad* tiene como indicador de desempeño *“Proporción de niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad”*, cuyos valores son proporcionados por la encuesta ENDES dos veces al año, con inferencia departamental, por área de residencia (urbana, rural), dominio de residencia (Costa, Sierra, Selva), educación de la madre y quintiles de bienestar.

Considerando las restricciones de personal de los EESS y de otros insumos para el trabajo extramuros, las *Visitas Domiciliarias de Seguimiento* no pueden cubrir todas las deserciones de los controles CRED, por lo que deben focalizarse en las niñas y niños en riesgo nutricional o desnutridos, lo que puede ser evaluado mediante el indicador *“Visita domiciliaria a niños y niñas menores de tres años con riesgo nutricional y desnutridos”*, con la siguiente fórmula:

Proporción de niños y niñas menores de tres años en riesgo nutricional o desnutridos que reciben Visita Domiciliaria de Seguimiento	x 100
Total de niños y niñas menores de 36 meses de edad en riesgo nutricional o desnutridos	

Análisis Horizontal de la Matriz Lógica

Debido a la falta de indicadores, fuentes y supuestos no es posible validar la lógica horizontal de la Matriz Lógica de los productos CRED y Municipios Saludables.

1.4 RELACIONES DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

El siguiente cuadro muestra las intervenciones en la atención del CRED, en relación con otros programas e instituciones.

CUADRO 24
FUNCIONAMIENTO DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES DEL CRED

INSTITUCIÓN	TIPO DE RELACIÓN	PERTINENCIA Y SUFICIENCIA
INS Instituto Nacional de Salud	El INS es responsable del seguimiento de indicadores nutricionales mediante el SIEN y VIN y del producto Vigilancia, Investigación y Tecnologías en Nutrición (33244).	Pertinente pero insuficiente. Se requiere de una mayor coordinación y vinculación operativa, especialmente con los resultados del SIEN que no están vinculados al seguimiento y evaluación del CRED.
SIS Seguro Integral de Salud	El SIS rembolsa a los EESS las atenciones CRED a los niños y niñas afiliados al SIS.	Las relaciones de coordinación del MINSA con el SIS son adecuadas.
Gobiernos Regionales (DIRESAS)	El MINSA ejerce la rectoría técnica y programática, pero la implementación corresponde a las DIRESAS/GERESAS.	No es uniforme, cada GR tiene diferente perfil.
Gobiernos Locales (Municipalidades)	Son responsables de la Atención Primaria en sus ámbitos según la Ley de Descentralización. Tienen un rol potencialmente muy importante en la promoción de la adecuada alimentación infantil y recuperación nutricional.	Es pertinente debido a que los determinantes de la desnutrición infantil están fuera del control de los EESS y pertenecen al entorno territorial del municipio. Es insuficiente debido a que los GLs no participan en la gestión de los EESS.
Programa Cuna Más (MIDIS)	El personal de EESS participa en algunas actividades del Programa.	Pertinente pero insuficiente, debido a la falta de indicaciones normativas.
Programa JUNTOS	Se requiere de la certificación de atención de CRED en los niños y niñas de las familias beneficiarias para recibir el subsidio monetario condicionado.	Pertinente pero insuficiente. Pérdida de oportunidades para focalizar la reducción de la DCI entre las condicionalidades del Programa
RENIIC	Emite el DNI, necesario para inscripción de los niñas y niños en el Padrón Nominal y en el SIS	Adequado pero insuficiente a la luz de la falta de universalización en la disponibilidad del DNI
INEI	Genera los principales indicadores de resultados del PAN/CRED.	Pertinente y suficiente.
MEF	El MEF ejerce la rectoría en temas presupuestarios y asigna los recursos financieros en el contexto del PAN.	Pertinente, pero insuficiente por falta de influencia del MEF en la calidad del gasto y aplicación del modelo de gestión para resultados

Fuente: Elaboración propia en base a revisión de documentos institucionales

Este amplio espectro de interrelaciones con otros programas e instituciones, ubica al CRED como una intervención estratégica, con gran potencial para integrar al conjunto de intervenciones destinadas a reducir la desnutrición infantil.

El Producto Municipios Saludables, puede tener duplicidades con el Producto “Municipios promueven prácticas saludables en salud sexual y reproductiva”, debido a que sus sub-productos Consejo Municipal capacitado en Gestión Local para elaborar PIP y Políticas Públicas a favor de la Salud Materna Neonatal; y Comité Multisectorial capacitado en Gestión Local para promover Prácticas Saludables en Salud Materna Neonatal, coinciden con los sub-productos del Producto “Municipios Saludables que Promueven el Cuidado Infantil y la Adecuada Alimentación”.

II. PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN

2.1 EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Los roles de cada nivel de gobierno en el PAN están claramente definidos, bajo la rectoría técnica del MINSA y del MEF. La coordinación del PAN encargada en el año 2012 al Instituto Nacional de Salud/CENAN, órgano técnico y de investigación del Sector Salud, tropezó con una brecha de gestión, debido a que el INS/CENAN no participa en los procesos de programación, ejecución y supervisión de los servicios, función a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA. Por este motivo, el reciente nombramiento como Coordinador Técnico del PAN al Director General de Salud de las Personas del MINSA, debe facilitar la apropiación y cumplimiento de la gestión integral, incluyendo el seguimiento y evaluación en el nivel nacional.

Las relaciones de coordinación del PAN/CRED en los tres niveles de gobierno están adecuadamente definidas a nivel normativo, pero debido al débil ejercicio de la función rectora del MINSA, las acciones regionales dependen de la voluntad de las DIRESAS. Por otro lado, falta aplicar el enfoque territorial local en coordinación con los gobiernos locales.

2.2 FOCALIZACIÓN/PRIORIZACIÓN

2.2.1 PERTINENCIA DE LOS CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

Mientras la población potencial para el control CRED son todos los niños y niñas menores de 36 meses, la población objetivo para la programación de la meta física del producto *CRED completo para la edad* hasta el año 2014 fueron los niños y niñas menores de 36 meses pertenecientes a la población pobre y extremadamente pobre, lo que es un criterio pertinente, debido a que constituye la población de mayor riesgo para la desnutrición.

Sin embargo, en los EESS la atención del CRED se basa en las normas de atención del CRED del MINSA, que establece la atención del 100% de la población menor de 5 años de edad, debido a que permite integrar diversos servicios del sector salud orientados a promover el desarrollo integral de la infancia. Este doble criterio afecta la programación de las metas físicas y presupuestarias del CRED, establecidas sobre la población de niñas y niños menores de tres años de edad en pobreza, que en la práctica se extienden a toda la población menor de 5 años.

2.2.2 FOCALIZACIÓN

Cobertura y filtración

En los años 2012 y 2013, el 63% y 64% respectivamente de la población menor de tres años de edad con CRED por algún programa social no era pobre, con mayor proporción relativa en el ámbito urbano, lo que podría considerarse como filtración en base a las DOCP del PAN vigentes.

CUADRO 25
MENORES DE TRES AÑOS CON CRED SEGÚN NIVELES DE POBREZA Y REGIÓN NATURAL. 2013

POBLACIÓN	NÚMERO TOTAL	URBANO	RURAL	PROPORCIÓN
Pobre extremo	84,483	3%	25%	12%
Pobre no extremo	241,981	30%	38%	33%
No pobre	407,216	67%	37%	55%
Total	733,680	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de ENAHO 2013

El porcentaje de niños y niñas perteneciente a los grupos en pobreza y pobreza extrema representaron el 45% de las atenciones CRED en 2013³⁴, lo que es superior al 37% de niños y niñas menores de tres años de edad estimados en pobreza (27%) y pobreza extrema (10%) por la ENAHO.

Controles CRED en niños y niñas mayores de tres años de edad

El número de controles CRED en niños y niñas mayores de 3 años de edad (entre 3 a 4 años), representa entre el 30% (2009) y 35% (2012) del total de controles efectuados en los EESS con recursos del producto CRED.

CUADRO 26
NÚMERO DE CONTROLES CRED EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. 2009-2013

AÑO	CONTROLES CRED SEGÚN EDAD		% CONTROLES 3-4 AÑOS
	0-2 AÑOS DE EDAD	3-4 AÑOS DE EDAD	
2009	1'617,519	488,332	30
2010	1'797,288	552,481	31
2011	1'793,269	585,815	33
2012	1'749,600	610,689	35

Fuente: SIEN MINSA/ Proyecciones población INEI

Sub cobertura

El trabajo de campo en Ucayali mostró que alrededor del 25% de la población objetivo vive en zonas alejadas y presenta problemas de acceso. De igual modo, en las zonas con acceso exclusivamente fluvial, una importante limitación para realizar las visitas domiciliarias de CRED, son los insuficientes recursos asignados para combustible de los botes con motor fuera de borda.

2.3 PRODUCTOS PROVISTOS A LA POBLACIÓN

2.3.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ENTREGA DE LOS PRODUCTOS

Las Definiciones Operacionales y Criterio de Programación del CRED, así como los Lineamientos Operacionales establecidos en el documentos Anexo 2 del PAN, Contenidos Mínimos 2014 del MINSA, dirigen la *Visita Domiciliaria de Seguimiento* a varios temas, como la falta de asistencia a los controles y problemas de desarrollo, lo que diluye el seguimiento de los niños y niñas detectados en riesgo nutricional o desnutridos durante la atención CRED. El flujograma de atención incluido en las Normas de Atención del CRED del MINSA, establece un proceso intramuros y no considera la *Visita Domiciliaria de Seguimiento* para las niñas y niños que no acuden a los controles, o que tienen algún criterio de riesgo nutricional³⁵.

El subproducto *Dosaje de Hemoglobina*, está asociado al producto del PAN “Niños con suplemento de hierro y vitamina A”, al igual que los subproductos *Test de Graham* y *Examen Seriado de Heces*, que están vinculados al producto “Atención de niños con parasitosis intestinal” del PAN, lo que torna complejo y disfuncional su ubicación como subproductos del CRED.

³⁴ Datos de la ENAHO 2012.

³⁵ Entre los criterios de riesgo identificados, no se menciona específicamente al riesgo nutricional o la desnutrición.

Disponibilidad de equipo antropométrico e insumos

La encuesta ENCRED 2014³⁶ registra que solo el 71% y 75% de los Centros de Salud y Puestos de Salud tienen tallímetro, mientras el 76% y 68% de los Centros y Puestos de Salud cuentan con balanza pediátrica respectivamente, ambos equipos indispensables para efectuar la evaluación nutricional de los niños y niñas. Igualmente, solo el 84% de Centros de Salud cuentan con Hemoglobinómetro para el descarte de anemia, disponibilidad que se reduce al 68% en los Puestos de Salud.

En el trabajo de campo en Pasco, un trabajador de salud tuvo la siguiente opinión sobre la disponibilidad de insumos:

“...estamos en sobre stock de multimicronutrientes, DARES no respeta la programación que estamos haciendo, no hay consumo, no hay demanda, solicitamos que se respete. El 2013 se inicia un proyecto piloto a nivel nacional, los programas sociales empezaron a repartir multimicronutrientes y cuando el personal de salud iba a entregar ya no aceptaban porque el programa social ya le había entregado, esto genera sobre stock, está bien que manden pero con mayor fecha de vencimiento, por lo menos 2 años...”, “hay sub productos como por ejemplo la suplementación de niños con sulfato ferroso y vitamina A, este tiempo, el desabastecimiento es histórico...”.

Registro de equipos antropométricos en el SIGA Patrimonio

Según los registros del SIGA Patrimonio, ninguna de las DIRESAS y DISAS disponen del 100% de los seis equipos antropométricos para la atención del CRED en todos sus EESS entre 2010 al 2014. En Ayacucho y Huancavelica, sus EESS contaban con el 34% y 31% respectivamente de todos los equipos y Ayacucho y Amazonas fueron los que más aumentaron el registro de equipos, mientras Huancavelica tuvo un modesto aumento y Apurímac un descenso del 52% en el año 2014 comparado con el 2012.

La falta de registro de los equipos antropométricos en el sistema SIGA Patrimonio, muestra la débil implementación de este sistema por los EESS y ocasiona que gran parte de las adquisiciones de equipos se realizan sin la información necesaria para una adecuada programación para el cierre de las brechas existentes.

Cumplimiento de las normas de atención CRED

La ENCRED 2013 muestra el siguiente perfil de cumplimiento de las normas durante la atención CRED³⁷, donde destaca positivamente el control de peso, talla y registro de los datos.

CUADRO 27

PERFIL DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DURANTE LA ATENCIÓN CRED. 2013 2014

ACCIONES EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
Controla el peso y talla y registra los datos en la historia clínica	93
Brinda orientación y/o consejería sobre alimentación complementaria	90-83
Evalúa el crecimiento y estado nutricional	81
Evalúa la alimentación en base a la guía elaborada	43
Pregunta a la madre el estado de salud del niño niña desde su último control	42
Controla el perímetro cefálico	20

Fuente: Elaboración propia en base a la ENCRED 2013.

³⁶ Encuesta a Establecimientos de Salud en la Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones y Sesiones Demostrativas en preparación de alimentos en menores de 36 meses. INEI. 2014.

³⁷ Huánuco, Amazonas y Cajamarca.

El tiempo medio de atención del control CRED es de 28 minutos en los Centros de Salud y 31 minutos en los Puestos de Salud, lo que si bien es inferior a los 45 minutos establecidos en las DOCP, es un tiempo significativo, tomando en cuenta que la duración promedio de atención en los consultorios de salud infantil de los EESS es de 10 minutos.

Según la ENCRED 2014, el 83% de Centros de Salud y 90% de Puestos de Salud brindaba orientación y/o consejería sobre alimentación complementaria, sin embargo, las DIREASAS Y DISAS solo financian el 39% de estas actividades en Centros de Salud y 31% en los Puestos de Salud, por lo que los costos son absorbidos por los participantes, el personal de salud y las municipalidades.

En el 2013, la ENCRED reportó que solo el 61% de EESS brindaba orientación y/o consejería nutricional, con menores porcentajes aún de cumplimiento de otras actividades:

- 47% brinda orientación y/o consejería en lavado de manos
- 46% indica la suplementación de micronutrientes
- 43% monitorea la suplementación
- 35% brinda orientación y/o consejería según el diagnóstico encontrado (anemia, etc.).
- 29% brinda orientación y/o consejería de la lactancia materna exclusiva
- 10% indica descarte de anemia (dosaje de hemoglobina)
- 5% indica la desparasitación profiláctica a partir de los dos años de edad.
- 3% indica descarte de parasitosis a partir de un año de edad (examen seriado de heces, test de Graham)

El marco normativo actual del CRED, no ha establecido actividades comunitarias para la recuperación nutricional de los niños y niñas en riesgo nutricional o desnutridos en las redes comunitarias promovidas por otros productos del PAN, como Municipios, Comunidades y Hogares Saludables y por otra parte, los EESS carecen de personal para el trabajo extramuros.

Según la norma técnica CRED del MINSA, el personal responsable de la atención requiere de capacitación continua, con un mínimo de 40 horas académicas por año. Al preguntar a trabajadores de salud de los EESS (encuesta ENCRED 2014) sobre su capacitación en CRED en los últimos 12 meses, el 54% del personal de Centros de Salud y 65% de los Puestos de Salud manifestó no haber recibido capacitación en el último año.

Otros factores registrados en el trabajo de campo como barreras para la atención, incluyen la diversidad cultural de la población, la difícil accesibilidad geográfica y la inadecuada organización de los EESS para brindar atención integral.

2.4 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

2.4.1 PERTINENCIA DE LOS INDICADORES

El Producto *Niños con CRED completo según edad* tiene como indicador de desempeño “*Proporción de niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad*”, que también figura en algunos documentos del PAN como indicador de desempeño del resultado inmediato.

Para evidenciar el cumplimiento del conjunto de siete sub-productos que forman parte del Producto CRED, el indicador de producto “Proporción de niños menores de 36 meses con CRED completo de acuerdo a su edad” debería de incluir en su definición operacional a todos (7) los subproductos actuales. Sin embargo, desde un punto de vista operacional, es conveniente que los subproductos *dosaje de hemoglobina, examen seriado de heces y test de Graham* se incorporen a los Productos respectivos.

Actualmente no hay indicadores para la Visita Domiciliaria de Seguimiento, que puede ser medido mediante el indicador *“Proporción de niños y niñas menores de tres años con riesgo nutricional y desnutridos que reciben Visita Domiciliaria de Seguimiento”*.

2.4.2 DISPONIBILIDAD Y USO DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

No existe evidencia que se realicen acciones de seguimiento y evaluación del producto CRED o Municipios Saludables de forma sistemática por parte del MINSA, DIRESAS o niveles inferiores. Durante la evaluación no se ha proporcionado documentación de informes elaborados por las unidades responsables. Tampoco hay evidencia que la información sea usada para la toma de decisiones, lo que se manifiesta en la falta de ajuste de las metas a los resultados del año anterior y el mantenimiento de asignaciones per cápita desproporcionadas entre gobiernos regionales y años.

La ENDES genera información de calidad para el seguimiento de los indicadores de desempeño del producto CRED a nivel de resultado intermedio: *Proporción de niñas y niñas menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad*, a nivel nacional con calidad estadística a nivel de los departamentos³⁸, pero no está desagregada a nivel de DISAS, REDES o EESS. Por otro lado, la información anual está disponible meses después que las actividades programadas están en ejecución, por lo que no es útil para la programación anual. La información de la ENDES recoge los datos de todos los niños y niñas menores de tres años de edad, incluyendo datos de proveedores privados, mientras el CRED como producto del PAN se limita a los EESS del sector público de salud³⁹.

Una importante limitación para la gestión de la información es la falta de integración funcional entre el HIS, SIASIS y SIEN, así como de estos sistemas con los subsistemas administrativos del MEF (SIGA y SIAF), que actualmente están integrados mediante el aplicativo COGNOS. El sistema de información HIS genera información de los niños o niñas con *CRED completo para la edad*, pero la información no está disponible de manera regular⁴⁰, lo que muestra la falta de demanda por información. El número de *Visitas Domiciliarias de Seguimiento* de CRED se debe reportar por el HIS a partir del año 2014.

Debido a los frecuentes cambios en los códigos de procesamiento de los indicadores relacionados al CRED por el sistema HIS, la información reportada no tiene la misma representatividad a lo largo de los años, como se aprecia en el siguiente cuadro.

³⁸ En varios departamentos el *coeficiente de variación* del indicador CRED proporcionado por la encuesta ENDES solo permite usar el dato como valor referencial.

³⁹ El INEI publica anualmente en forma conjunta con el MEF, el documento *“Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos”*, con datos que toman como año base el 2007.

⁴⁰ La información para la presente evaluación fue proporcionada incompleta a los dos meses de solicitada.

CUADRO 28

CAMBIOS EN LOS CÓDIGOS DE PROCESAMIENTO DE INDICADORES VINCULADOS AL CRED

INDICADOR HIS	CÓDIGOS EMPLEADOS		
	2010	2011	2013
Número de niños y niñas menores de tres años de edad en riesgo nutricional (ganancia inadecuada de peso para la edad)	Z7241	Z7241 y Z724	Z724
Número de niños y niñas menores de tres años de edad con desnutrición aguda (Peso/Estatura Patrón OMS)	E46X	E46X y E440	E440.

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por la OGEI/MINSA. Enero del 2015.

La información del CRED registrada en los sistemas SIEN y SIASIS no es utilizada para el seguimiento del cumplimiento de las metas físicas y la recuperación nutricional de los niños y niñas atendidos, a pesar que la información se registra en todos los EESS.

El gran potencial del Padrón Nominal para el seguimiento longitudinal de niños y niñas menores de tres años atendidos por CRED, no es utilizado, a pesar que el 40% de EESS cuenta con esta herramienta.

Municipios saludables

El análisis de la información recogida en las entrevistas a los responsables de Promoción de la Salud del MINSA, DIRESAS y Microrredes muestra el siguiente perfil:

- Los EESS no registran el cumplimiento de las capacitaciones de los sub-productos *Consejo Municipal Capacitado* y *Comité Multisectorial Capacitado*. Tampoco hay información sobre los temas de la capacitación ni sobre los resultados obtenidos.
- El sistema HIS aún no genera datos para el monitoreo de este producto, pero tiene programado generar los indicadores de las subproductos a partir del 2014.

III. PRESUPUESTO Y RESULTADOS

3.1 EFICACIA Y CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

En el periodo 2010-2013 hubo un bajo desempeño en el logro de las metas físicas programadas del producto CRED, con variaciones entre 72% (2010) y 39% (2012), originado fundamentalmente por el aumento de las metas programadas, mientras el número de niñas y niños con CRED completo se mantuvo relativamente estable.

CUADRO 29
META FÍSICA PROGRAMADA Y RESULTADOS ALCANZADOS DE CONTROL CRED. 2010-2013

PRODUCTOS	UNIDAD DE MEDIDA	2010	2011	2012	2013
Meta programada ¹	Atención	2,226,466	4,243,543	4,590,530	4,024,557
Cantidad ejecutada	Atención	1,617,519	1,797,288	1,793,269	1,749,600
Diferencia	Atención	-609,947	-2,446,255	-2,797,261	-2,274,957
% de Ejecución	Atención	72%	42%	39%	45%

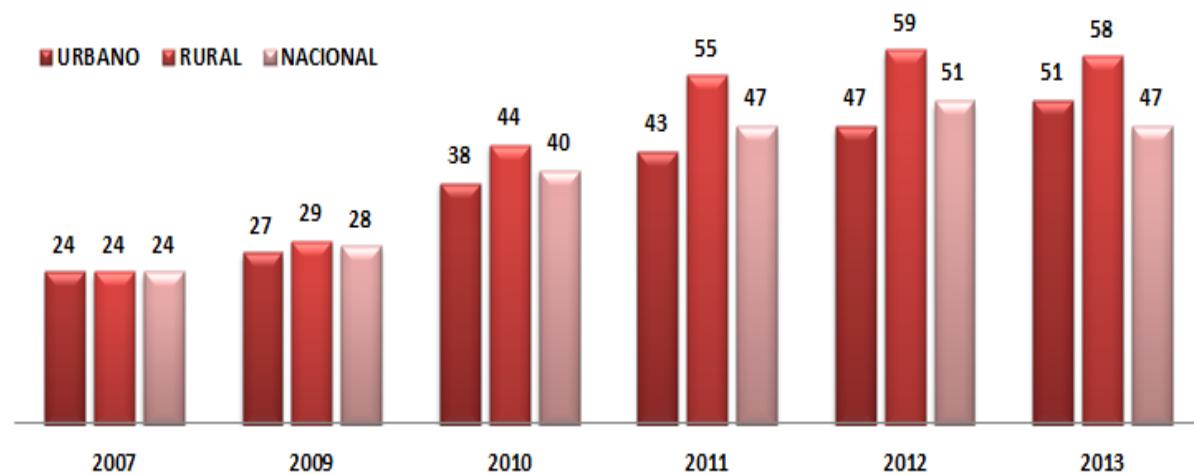
Nota¹: Incluye las metas CRED de los departamentos y las de los pliegos del nivel nacional.

Fuente: Elaboración propia con datos del SIGA para las metas y HIS para las atenciones.

Cobertura del producto CRED completo para la edad

En el periodo 2007-2013, la cobertura del *CRED completo para la edad* aumentó 95% como promedio nacional, con un incremento de 112% en el área urbana y 141% en el área rural. En el gráfico se aprecia la disminución de la cobertura de CRED en el nivel rural y nacional en el 2013 en comparación con el 2012, mientras se mantiene el crecimiento del nivel urbano.

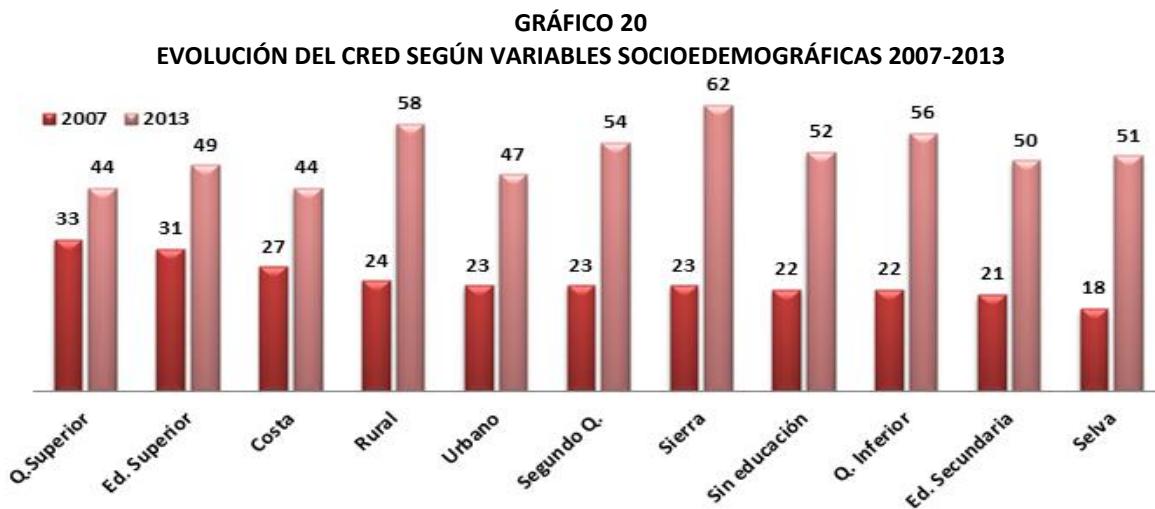
GRÁFICO 19
COBERTURA DE CRED EN MENORES DE 36 MESES DE EDAD A NIVEL NACIONAL. 2007-2013



Fuente: Elaboración propia en base a Indicadores de los Programas Presupuestales, 2013. ENDES. INEI: MEF.

Aumento del CRED según variables socioeconómicas

El crecimiento del CRED entre el 2007 al 2013 según las principales variables socioeconómicas relacionadas, muestra un positivo avance en el área rural, Región Sierra, menores quintiles de bienestar y menor educación de la madre, lo que ha reducido significativamente las brechas existentes en el 2007.

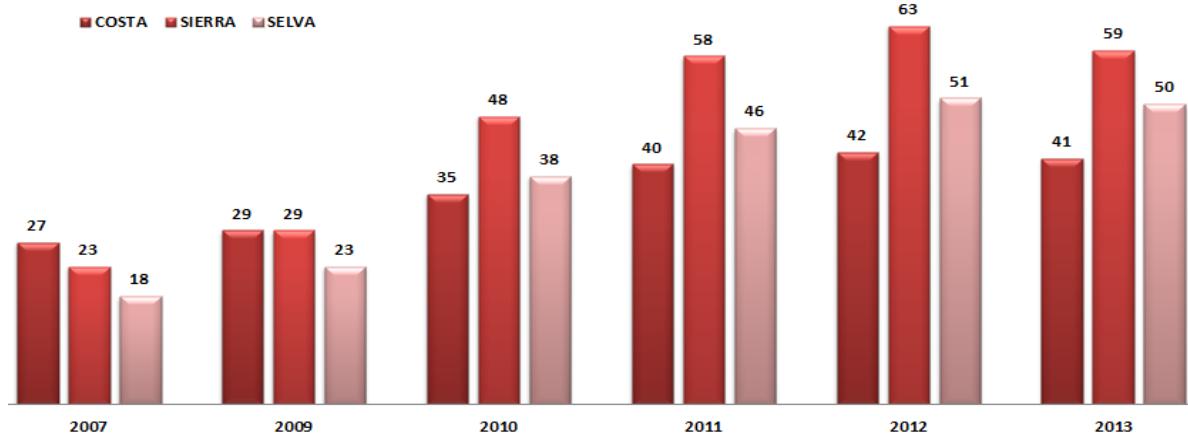


Fuente: Elaboración propia con datos del INEI-ENDES

Evolución del CRED por regiones naturales

Entre 2007 al 2013 hubo un mayor incremento de la proporción de menores de 36 meses de edad con CRED completo para la edad en la Región Sierra y Selva. En el año 2007, la Costa superaba en cuatro puntos a la Sierra y en nueve puntos porcentuales a la Selva, mientras en el 2013, la Sierra superó a la Costa y a la Selva en 18 y 9 puntos porcentuales respectivamente, mientras la Selva tuvo 8 puntos porcentuales más que la Costa. Se aprecia también la disminución por primera vez de la cobertura del CRED en las tres regiones naturales en el año 2013 en comparación con el año anterior, especialmente en la región Sierra.

GRÁFICO 21
COBERTURA DE CRED EN MENORES DE 36 MESES DE EDAD SEGÚN REGIÓN NATURAL. 2007-2013



Fuente: Elaboración propia en base a Indicadores de los Programas Presupuestales, 2013. ENDES. INEI: MEF.

CRED y educación de las madres

En el año 2007, la proporción de niños con CRED completo fue mayor en niños y niñas con madres con educación superior, en comparación con los hijos de madres sin educación/educación primaria. Esta brecha se fue cerrando progresivamente y en el 2013 la cobertura de CRED en niñas y niños con madres sin nivel educativo llegó a 52%, superando la cobertura de niñas y niños de

madres con educación secundaria y superior. También se aprecia en el año 2003 una ligera disminución de la cobertura del CRED en las madres con educación secundaria y superior.

GRÁFICO 22
COBERTURA DE CRED EN MENORES DE 36 MESES DE EDAD SEGÚN EDUCACIÓN DE LA MADRE. 2007-2013

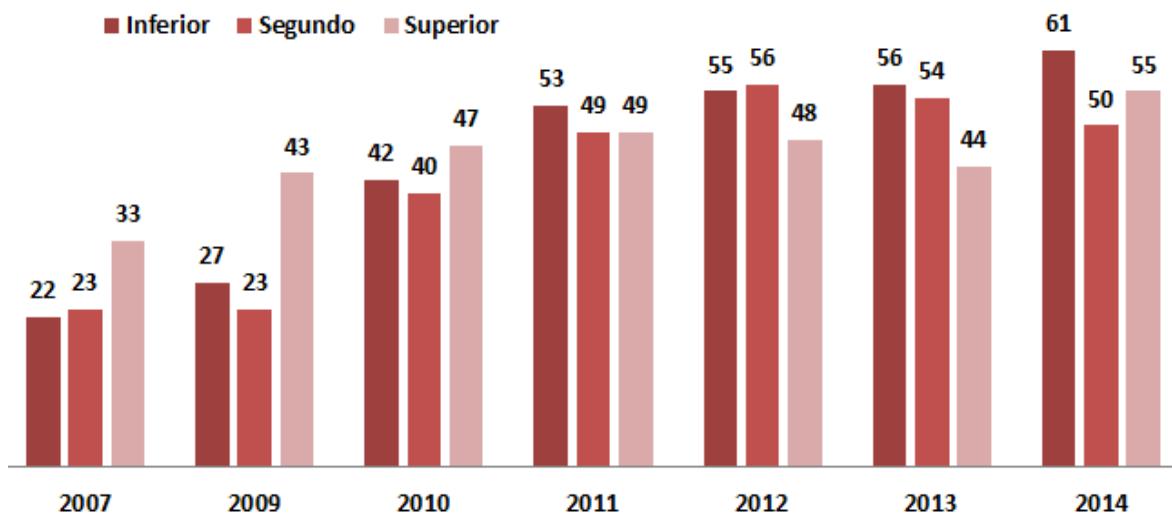


Fuente: Elaboración propia en base a Indicadores de los Programas Presupuestales, 2013. ENDES. INEI: MEF.

CRED y quintiles de bienestar

En el año 2007, la proporción de niños con *CRED completo para la edad* según quintiles de bienestar era muy superior en el quintil superior, diferencia que se fue acortando rápidamente y en el año 2013, la cobertura de los niños y niñas del quintil inferior superó en 12 puntos al quintil superior, diferencia que se reduce a la mitad en el 2014, situación que debe recibir un seguimiento cuidadoso para identificar si se trata de una tendencia regresiva.

GRÁFICO 23
COBERTURA DE CRED EN MENORES DE 36 MESES SEGÚN QUINTILES DE BIENESTAR. 2007-2014



Fuente: ENDES-INEI. Avance de los Indicadores de Resultados los Programas Presupuestales, 2014

CRED en el ámbito del Convenio EUROPAN

La cobertura de CRED en los seis departamentos del Convenio EUROPAN muestra que Huancavelica (54%), Amazonas (52%) y Ayacucho (51%), tuvieron una mayor tasa de aumento que el promedio nacional, mientras Huánuco (41%), Cajamarca (35%) y Apurímac (5%) tuvieron menor

crecimiento que el promedio, lo que llama la atención, debido al gran apoyo técnico y financiero adicional recibido por estos departamentos.

Aumento del CRED según departamentos

La cobertura del *CRED completo para la edad* en el periodo 2007-2013 aumentó en todos los departamentos, liderado por Junín con un incremento porcentual del 409%, mientras Apurímac solo tuvo un aumento del 16%, lo que es una diferencia de 25 veces.

CUADRO 30
AUMENTO % DEL CRED EN MENORES DE 36 MESES SEGÚN DEPARTAMENTO. 2007-2013

DEPARTAMENTO	2007	2010	2011	2012	2013	AUMENTO ABSOLUTO	AUMENTO %
Apurímac	49	62	51	56	57	8	16
Lima	30	36	37	41	40	10	33
Ucayali	24	37	46	39	35	11	46
Lambayeque	22	39	37	41	41	19	86
Arequipa	26	37	45	47	49	23	88
Tacna	27	43	59	54	56	29	107
Ica	14	27	41	41	30	16	114
Moquegua	28	52	53	57	60	32	114
Madre de Dios	21	30	41	43	46	25	119
San Martín	25	45	47	54	60	35	140
Cajamarca	28	56	72	69	68	40	143
Tumbes	23	42	49	42	56	33	143
Piura	18	30	43	45	47	29	161
Cusco	21	51	64	64	59	38	181
Huánuco	24	70	72	69	69	45	188
Ayacucho	20	52	61	69	62	42	210
La Libertad	19	25	37	43	63	44	232
Puno	19	40	47	63	66	47	247
Amazonas	17	29	53	60	60	43	253
Huancavelica	21	39	74	77	76	55	262
Pasco	13	51	60	63	58	45	346
Loreto	9	25	36	41	42	33	367
Junín	11	37	53	57	56	45	409

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDES-INEI.

Se aprecia la gran heterogeneidad en el aumento del CRED en esos años, destacando como ejemplos positivos Junín, Loreto y Pasco, mientras Apurímac, Lima y Ucayali muestran modestos avances. Llama especialmente la atención la situación de Apurímac, que tuvo la mayor cobertura de CRED en el 2007 y el menor incremento porcentual entre 2007 al 2013, con una disminución de 5 puntos porcentuales entre los años 2010 a 2013.

Deserción de controles CRED

Las elevadas coberturas de niñas y niños con CRED completo para la edad reportado por la encuesta ENDES, contrastan con el alto porcentaje de deserción para completar los controles establecidos en los criterios de programación del CRED.

CUADRO 31

DESERCIÓN DE CONTROLES CRED/ CRED INCOMPLETO EN < DE 3 AÑOS, 2011-2013

EDAD	1° CONTROL		ULTIMO CONTROL		% DE DESERCIÓN	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
< 1 año	370,649	394,637	217,614	249,604	41	37
Un año	393,636	395,023	182,942	198,952	54	50
Dos años	289,265	279,544	176,625	190,831	39	32

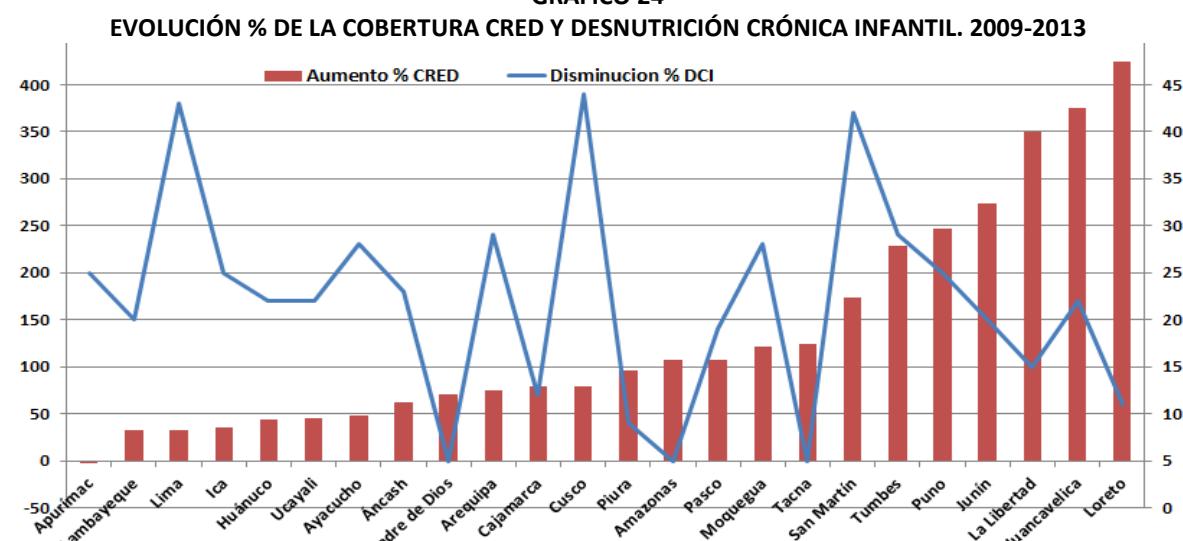
Fuente: Elaboración propia en base a datos del HIS MINSA

Aumento del CRED y Desnutrición Crónica Infantil

No existe correspondencia entre el aumento de la cobertura proporcional del CRED con la disminución proporcional de la DCI en el periodo 2009-2013, que se muestran como dos variables independientes. Doce departamentos tuvieron una disminución proporcional de la DCI muy superior al aumento de la cobertura del CRED, mientras otros 12 revelan lo contrario.

Como casos extremos está Apurímac donde hubo decrecimiento de la cobertura CRED en ese periodo (-3%) a pesar de lo que obtuvo una importante disminución de la DCI (-25%), mientras Loreto que tuvo el mayor aumento de la cobertura CRED (+47%) logró una modesta (-11%) disminución proporcional de la DCI.

GRÁFICO 24



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuestas ENDES para la DCI y cobertura CRED.

3.1.1 DESEMPEÑO DE LA IPE EN CUANTO A SUBPRODUCTOS

No existe información sobre las metas y resultados alcanzados a nivel de los subproductos de la IPE.

3.1.2 DESEMPEÑO DE LA IPE EN CUANTO A LA OBTENCIÓN DE PRODUCTOS

Metas físicas programadas del producto CRED

A pesar que las metas físicas del producto CRED registradas en el SIGA PpR y en el SIAF deberían ser las mismas, existe una importante diferencia entre ambas, como se observa a continuación.

CUADRO 32
DIFERENCIA EN LAS METAS FÍSICAS DEL CRED EN EL SIGA Y SIAF. 2010-2015

FUENTE	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SIGA ¹	2,226,466	4,243,543	4,590,530	4,024,557	4,226,458	3,300,563
SIAF	1,191,409	850,672	1,612,514	1,246,869	965,367	902,590
Diferencia	1,035,057	3,392,871	2,978,016	2,777,688	3,261,091	2,397,973
Diferencia %	54%	20%	35%	31%	23%	27%

Nota: incluyen las metas de los pliegos nacionales y de los gobiernos regionales.

Fuente: Elaboración propia en base al SIGA. Consulta 17.03.2015

Las metas físicas de niñas y niños menores de tres años de edad con *CRED completo para la edad* deben tener como límite máximo la población total (100%) de niñas y niñas de esa edad, por lo que llama la atención que en el año 2013 las metas programadas en el SIGA sean 108% mayores a la población de esa edad como promedio nacional, con extremos en Cuzco (+353%) y Lima (-25%).

CUADRO 33
METAS FÍSICAS DEL PRODUCTO CRED Y POBLACIÓN OBJETIVO. 2013

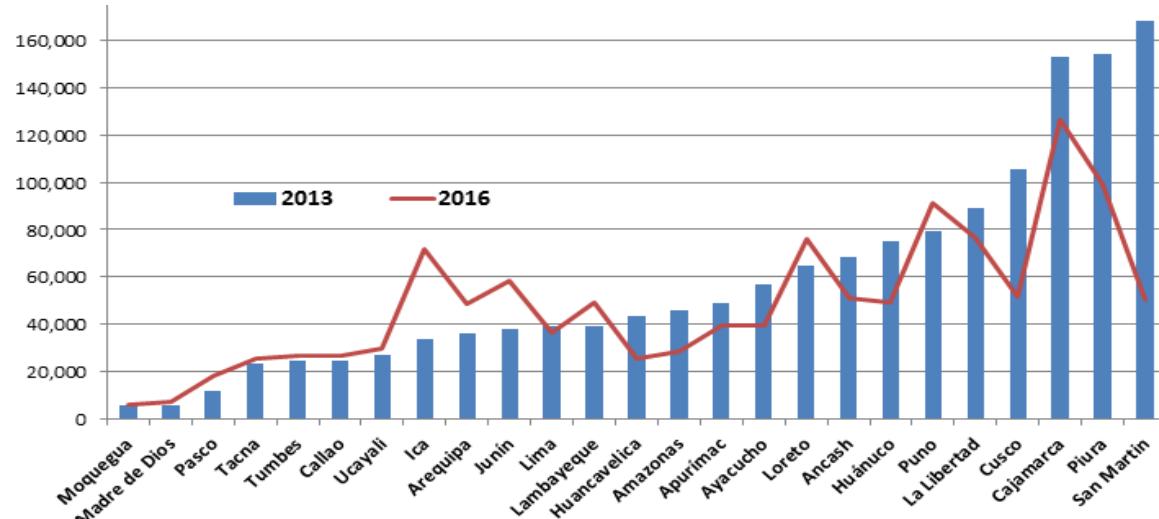
DEPARTAMENTO	POBLACIÓN MENOR 3 AÑOS	META SIGA PROGRAMADA	DIFERENCIA ABSOLUTA	DIFERENCIA PORCENTUAL
Lima	475,443	116,692	-358,751	-25
Piura	112,142	105,244	-6,898	-6
Ica	40,829	60,511	19,682	48
Tacna	17,043	26,218	9,175	54
Huancavelica	40,630	68,065	27,435	68
Puno	88,384	162,559	74,175	84
Ancash	67,410	134,671	67,261	100
Nacional	1,735,505	3,616,559	1,881,054	108
Lambayeque	65,965	144,199	78,234	119
Madre de Dios	7,821	17,093	9,272	119
Callao	46,595	108,104	61,509	132
Tumbes	12,155	29,046	16,891	139
Ayacucho	46,992	115,499	68,507	146
Moquegua	8,114	20,718	12,604	155
Pasco	19,110	49,587	30,477	159
Apurímac	30,978	80,759	49,781	161
La Libertad	102,787	268,323	165,536	161
San Martín	49,223	153,333	104,110	212
Arequipa	62,210	203,616	141,406	227
Junín	86,515	283,139	196,624	227
Cajamarca	95,053	346,941	251,888	265
Ucayali	27,576	111,582	84,006	305
Huánuco	57,216	236,857	179,641	314
Amazonas	27,470	114,343	86,873	316
Loreto	69,559	314,027	244,468	351
Cusco	76,272	345,433	269,161	353

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

Proyección 2014-2016 de las metas físicas CRED

En doce departamentos las metas físicas proyectadas al 2016 en la programación multianual del PAN/CRED se han reducido en comparación al 2013, notoriamente en San Martín, mientras en otros 13 departamentos se han mantenido iguales o han aumentado.

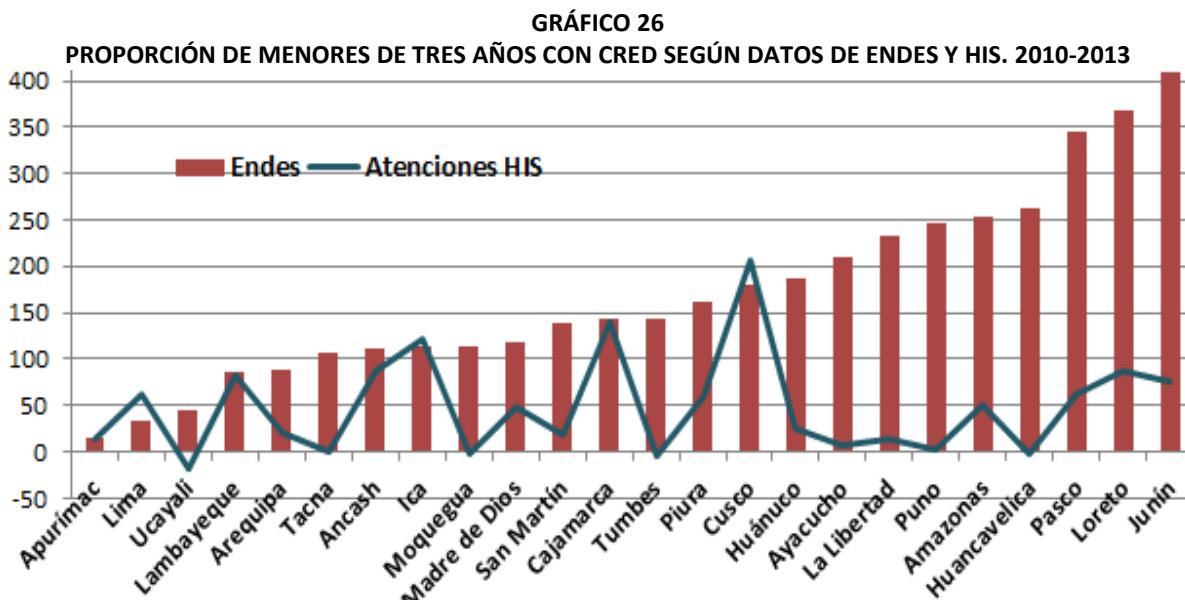
GRÁFICO 25
PROYECCIÓN DE LAS METAS FÍSICAS DEL PRODUCTO CRED POR DEPARTAMENTO. 2013-2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SIGA PpR

Correlación entre la cobertura de CRED y atenciones HIS

El siguiente gráfico muestra falta de correlación entre la proporción de menores de tres años de edad con *CRED completo para la edad* reportado por la encuesta ENDES y el número de niños y niñas menores de tres años de edad con CRED completo según el sistema HIS del MINSA en el período 2010-2013.



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta ENDES el sistema HIS para el número de niñas y niños con CRED completo.

La encuesta ENAHO reporta en el 2013, que el 32% de controles CRED a nivel nacional son efectuados por proveedores privados, que no registran sus datos en el sistema HIS.

3.1.3 DESEMPEÑO DE LA IPE A NIVEL DE RESULTADO INMEDIATO E INTERMEDIO

Resultado inmediato

En las Definiciones Operacionales del producto CRED del PAN⁴¹ se identifica como indicadores del resultado inmediato a la *Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad* y *Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad que recibieron suplemento de hierro*. Sin embargo, ambos indicadores son resultados de desempeño del producto y no de resultado inmediato, que tendrían que medir “*Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses*”.

Como mencionado anteriormente, el indicador *CRED completo para la edad* solo incluye a tres de los siete subproductos del CRED.

Recuperación del riesgo nutricional

A pesar del gran número de niñas y niños detectados en riesgo nutricional durante los controles CRED, la recuperación del riesgo por inadecuada ganancia de peso solo alcanza al 3% como promedio nacional.

CUADRO 34
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN RIESGO NUTRICIONAL¹. 2012-2013

AÑO	INADECUADA GANANCIA DE PESO	INADECUADA GANANCIA DE TALLA	DESNUTRICIÓN CRÓNICA	TOTAL EN RIESGO NUTRICIONAL
2012	306,452	381,140	526,710	1,214,302
2013	273,700	286,464	507,865	1,068,029

Nota¹: No existe información para los menores de tres años de edad.

Fuente: Elaboración propia con datos del HIS para ganancia inadecuada de peso y talla y ENDES para la DCI.

La recuperación del riesgo nutricional por deficiente crecimiento en estatura es 3.36% a nivel nacional. Mientras en Moquegua la recuperación alcanza el 35%, Lambayeque solo consiguió una recuperación del 0.03% de los niños y niñas diagnosticadas en riesgo durante el control CRED.

CUADRO 35
RECUPERACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS¹ EN RIESGO NUTRICIONAL. 2012

DEPARTAMENTO	RIESGO NUTRICIONAL (GANANCIA INADECUADA DE ESTATURA)		
	Diagnóstico	Recuperado	% recuperado
Lambayeque	3,238	1	0.03
Pasco	2,682	2	0.07
Madre de Dios	691	1	0.14
Cusco	91,666	162	0.18
Ucayali	11,644	67	0.58
La Libertad	8,721	65	0.75
Amazonas	11,109	163	1.47
Apurímac	23,107	364	1.58

⁴¹ Segundo el Anexo 2. Contenidos Mínimos del PAN. 2014. MINSA.

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

Piura	20,374	329	1.61
Lima	26,962	677	2.51
Ancash	20,985	658	3.14
Cajamarca	49,576	1,560	3.15
Nacional	381,140	12,831	3.36
Ica	6,458	234	3.62
Tacna	1,264	60	4.75
Ayacucho	5,745	424	7.38
Puno	16,436	1,564	9.52
Arequipa	6,838	709	10.37
San Martin	7,314	1,067	14.59
Huancavelica	5,937	1,103	18.58
Junín	16,198	3,199	19.75
Moquegua	1,202	422	35.11
Huánuco	32,140	n/d	n/d
Loreto	9,210	n/d	n/d
Tumbes	1,643	n/d	n/d

Nota¹: No existe esta información para los niños y niñas menores de tres años de edad de manera separada.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del HIS, Ministerio de Salud.

Recuperación de la desnutrición

La tasa promedio nacional de recuperación de las niñas y niños detectados con desnutrición crónica infantil durante el control CRED en el 2012 es de solo 1.7%, y ningún departamento alcanza el 10% de recuperación de la población infantil diagnosticada como desnutrida, lo que podría responder a la falta de disponibilidad de la suplementación alimentaria, por la eliminación de la “papilla” ese año.

Es significativo que Tacna y Moquegua, los dos departamentos con menor tasa de DCI en menores de 5 años de edad, estén entre los departamentos con mayores tasas de recuperación de las niñas y niños desnutridos.

CUADRO 36
RECUPERACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON DCI. 2012

DEPARTAMENTO	DESNUTRICIÓN (TALLA INADECUADA PARA LA EDAD)		
	Diagnóstico	Recuperado	% Recuperado
Tumbes	2,248	1	0.04
Pasco	3,555	4	0.11
Lambayeque	4,849	7	0.14
Cusco	36,997	78	0.21
Amazonas	15,053	59	0.39
Piura	45,137	202	0.45
Madre de Dios	526	3	0.57
Ucayali	3,962	23	0.58
Apurímac	10,847	67	0.62
Loreto	6,476	44	0.68
Huánuco	30,459	217	0.71
Lima	13,145	143	1.09
La Libertad	33,948	399	1.18

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

Ayacucho	21,367	261	1.22
Ica	2,980	40	1.34
Cajamarca	45,800	645	1.41
Arequipa	4,839	78	1.61
Nacional	358,498	6,053	1.68
Ancash	33,542	734	2.19
Tacna	582	24	4.12
Puno	8,247	464	5.63
Huancavelica	12,606	839	6.66
Junín	11,103	756	6.81
Moquegua	348	25	7.18
San Martín	9,882	940	9.51

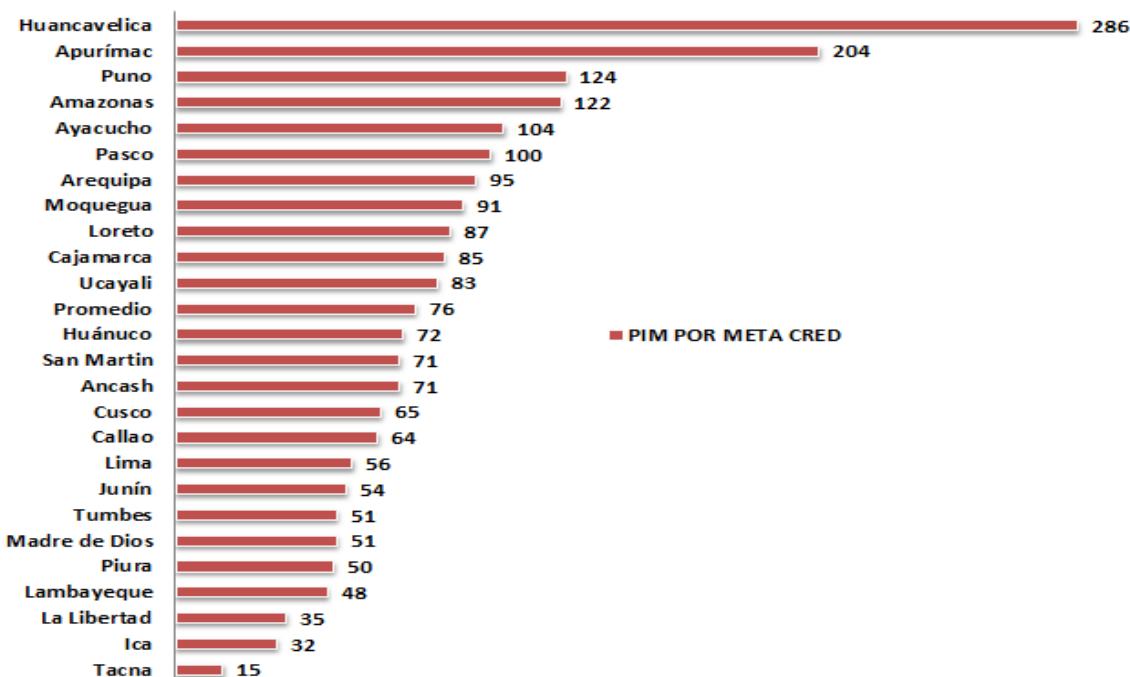
Fuente: Elaboración propia con datos del HIS MINSA

El elevado número de niños y niñas en riesgo nutricional o desnutridos, requiere ser enfrentado con intervenciones específicas dirigidas a su recuperación nutricional, las que no han sido consideradas en el diseño original del PAN ni en las revisiones anuales posteriores.

3.2 ANÁLISIS PRESUPUESTARIO

Existen grandes diferencias en el PIM asignado por meta física programada del *CRED completo para la edad* entre departamentos, como se muestra a continuación en el año 2014, con una diferencia de 19 veces entre Tacna (S/. 15) y Huancavelica (S/. 286).

**GRÁFICO 27
VARIACIÓN DEL PIM ASIGNADO POR META FÍSICA CRED POR DEPARTAMENTO. 2014**



Fuente: Elaboración propia en base al SIGA. Consulta 17.03.2015

3.2.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

En el periodo 2009-2014 hubo una elevada ejecución del presupuesto asignado al producto CRED, paralelo al gran incremento del Presupuesto Institucional Modificado (PIM).

GRÁFICO 28
EVOLUCIÓN DEL PIA, PIM Y DEVENGADO DEL CRED, 2009 – 2014
(Millones de nuevos soles)



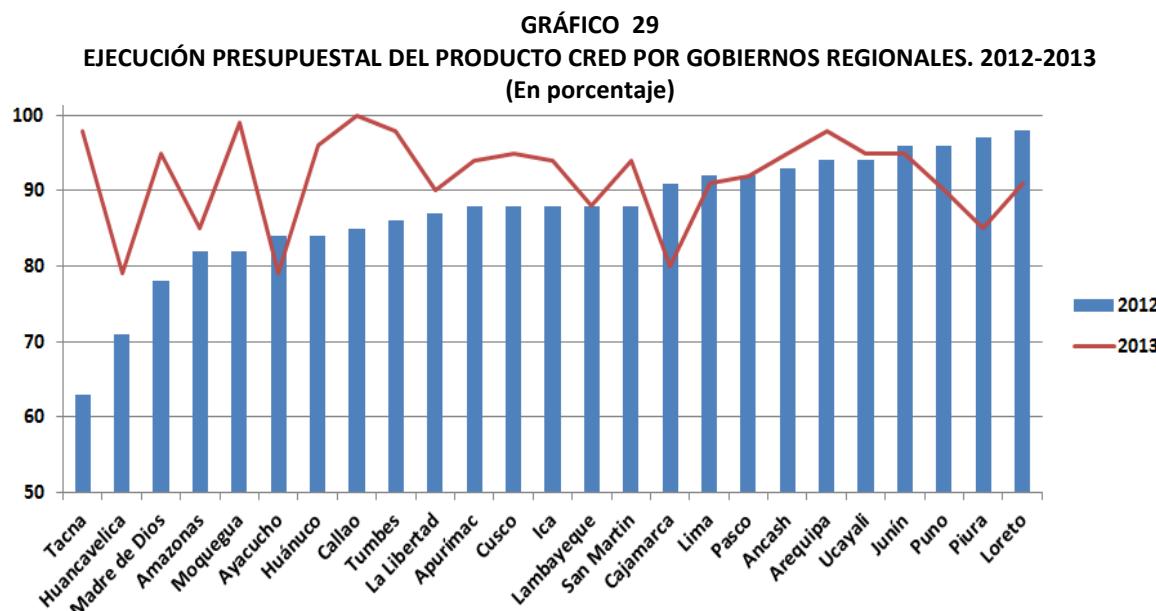
Fuente: Elaboración propia en base al SIAF – MEF. Consulta el 17.03.2015

En el gráfico se aprecia el aumento creciente del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), de S/. 20 millones en el año 2009 a S/. 191 millones en el 2014, mientras el PIM se incrementó de S/. 58 millones a S/. 328 millones en el mismo periodo, lo que representa un aumento de casi 10 veces (955%) del PIA y 6 veces (565%) del PIM, a pesar de la disminución del PIM (-11%) en el 2014 respecto al año anterior.

Ejecución por los Gobiernos Regionales

La ejecución del PIM por los Gobiernos Regionales fue en promedio mayor al 60% en el año 2012, destacando Loreto, Piura y Puno con el 97%, 96% y 96% respectivamente. Las regiones con menor ejecución fueron Tacna, Huancavelica y Madre de Dios, con el 63%, 71% y 77%.

En el año 2013, los departamentos con mayor y menor ejecución cambiaron y son Callao, Tumbes y Moquegua con el 100%, 98% y 98%, mientras Cajamarca, Huancavelica y Ayacucho tuvieron las ejecuciones más bajas (79%) de PIM.



Fuente: Elaboración propia en base al SIAF-MEF

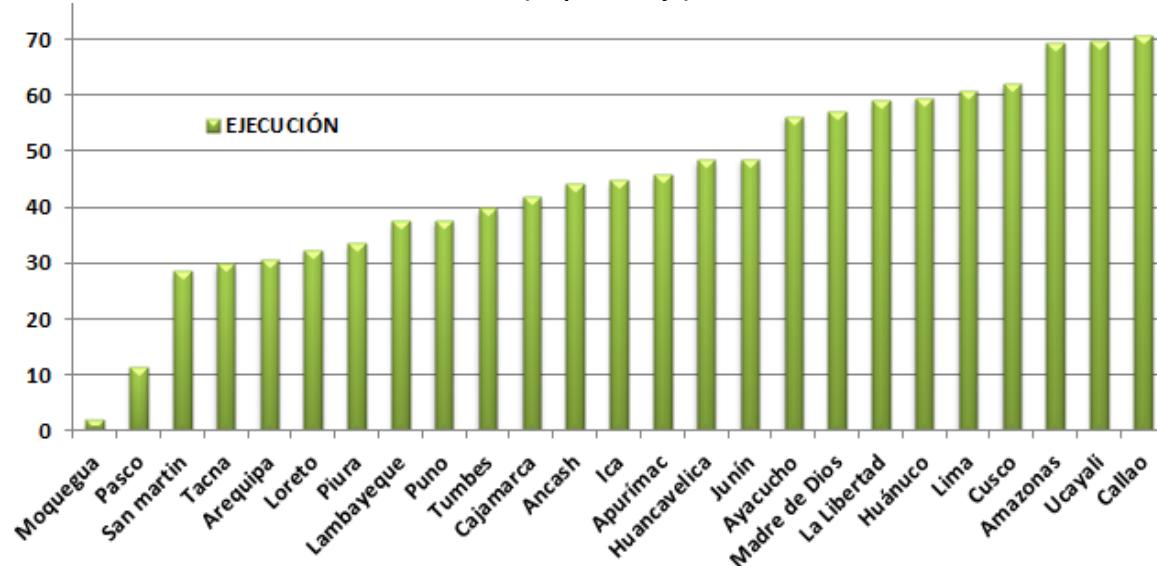
La información de la base de datos analítica del SIAF, obtenida del consolidado nacional del SIGA PpR, no registra las metas físicas o presupuestarias ni los avances de los subproductos CRED⁴², por lo que no es posible evaluar la pertinencia del gasto y su relación con la cobertura de intervenciones críticas como la *Visita Domiciliaria de Seguimiento*.

Ejecución presupuestal del Producto Municipios Saludables

La ejecución del PIM asignado al producto Municipios Saludables por gobiernos regionales es muy heterogénea y menor en comparación al CRED. En particular llama la atención la ejecución menor al 30% de Tacna, San Martín, Pasco y Moquegua, este último con una ejecución de solo 2%.

⁴² El SIGA y SIAF solo registran información de la cadena funcional programática de los programas presupuestales.

GRÁFICO 30
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES POR GOBIERNOS REGIONALES.
2013 (En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base al SIAF-MEF

Ejecución presupuestal según genéricas

A continuación se muestra los altos niveles de ejecución de las genéricas en el CRED, con excepción de *Adquisiciones de Activos no Financieros* que tiene una baja ejecución todos los años (59% a 78%). Esta genérica incluye la adquisición de equipos para el CRED (balanzas y tallímetros), y los Proyectos de Inversión Pública orientados a mejorar la atención del CRED.

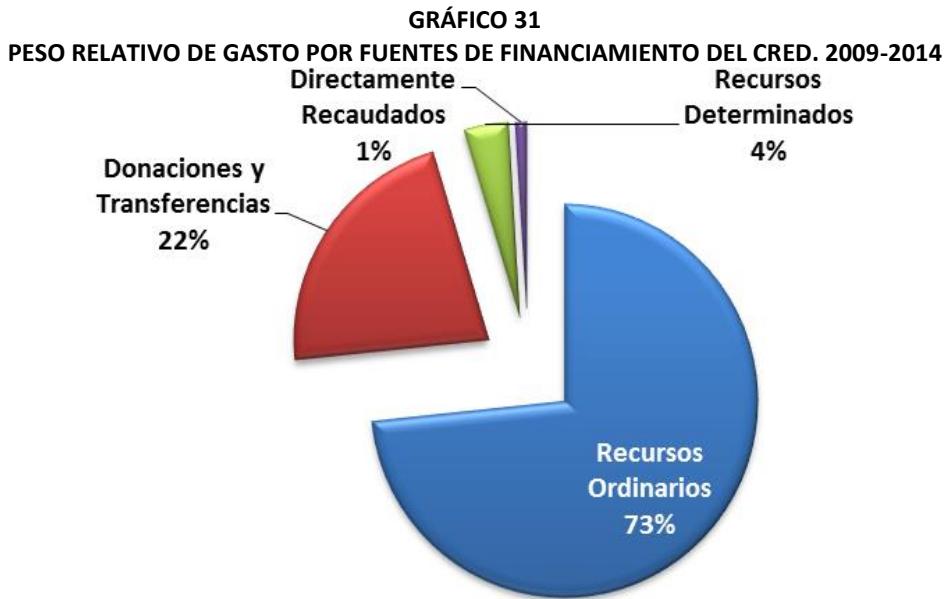
CUADRO 37
DEVENGADO DEL PRODUCTO CRED POR GENÉRICA DE GASTO, 2010-2014

GENÉRICA	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN				
	2010	2011	2012	2013	2014
Personal y obligaciones sociales	100	100	100	100	100
Pensiones y Otras prestaciones sociales	100	100	100	13	100
Bienes y servicios	94	94	86	88	94
Donaciones y Transferencias	100	100	100	100	100
Otros gastos	100	100	93	96	98
Adquisiciones de activos no financieros	78	78	59	70	74

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF - MEF

3.2.1. ASIGNACIÓN/DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

El gráfico permite apreciar el gran peso de las fuentes *Recursos Ordinarios* y *Donaciones y Transferencias*, que en conjunto suman el 95% del total de los fondos ejecutados en el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia. Consulta SIAF.

La distribución del PIM de la genérica Bienes y Servicios entre 2012 a 2014, muestra que el 80% está dirigido a la contratación de personal en la modalidad Contratación Administrativa de Servicios (CAS).

CUADRO 38
DISTRIBUCIÓN DE LA GENÉRICA BIENES Y SERVICIOS DEL PRODUCTO CRED. 2012-2014
(Millones de nuevos soles)

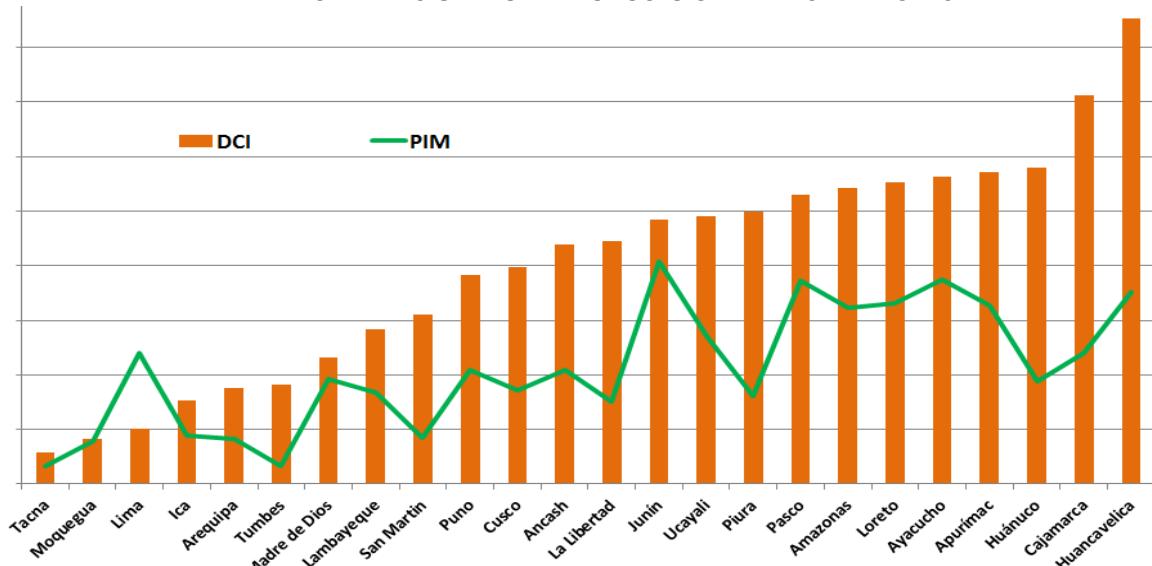
DETALLE DE LA SUB-GENÉRICA	PIM				%
	2012	2013	2014	TOTAL 2012-2014	
1. Viajes	5.6	8.6	7.2	21.4	6.5%
2. Servicios Básicos, Comunicaciones, Publicidad y Difusión	3.0	3.8	3.8	10.6	3.2%
3. Servicios de Limpieza, Seguridad y Vigilancia	0.2	0.6	0.1	0.9	0.3%
4. Servicio de Mantenimiento, Acondicionamiento y Reparaciones	0.7	1.7	0.7	3.1	0.9%
5. Alquiler de Muebles e Inmuebles	0.1	0.1	0.3	0.5	0.2%
6. Servicios Administrativos, Financieros y de Seguros	0.03	0.1	0.3	0.43	0.1%
7. Servicios Profesionales y Técnicos	5.7	10.4	11.2	27.3	8.3%
8. Contrato Administrativo de Servicios	66.1	99.1	97.7	262.9	80.4%
Total	81.4	124.4	121.3	327.13	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF. Consulta el 10.03.2015

Asignación al CRED y tasa de DCI

La asignación del PIM per cápita de niñas y niños menores de tres años de edad entre los pliegos de Gobiernos Regionales es muy heterogénea, y no guarda relación con la tasa de DCI del departamento correspondiente, como se aprecia a continuación.

GRÁFICO 32
PIM PER CÁPITA ASIGNADO AL PRODUCTO CRED Y TASA DE DCI. 2012

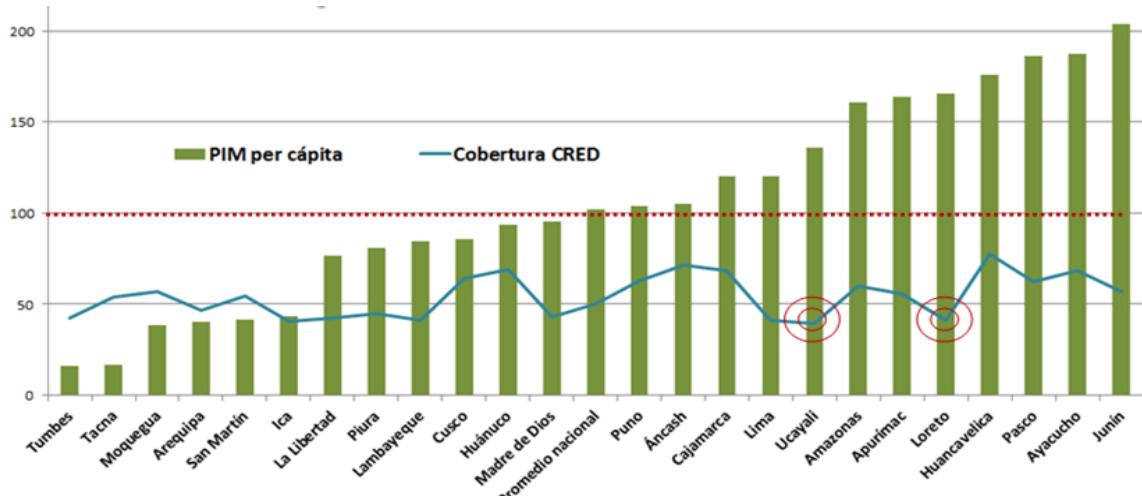


Fuente: Elaboración propia en base al SIAF MEF y datos de la ENDES 2012

3.2.2. ASIGNACIÓN/DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

La asignación presupuestal per cápita (PIM) asignado al CRED por departamento en el año 2012 no muestra correlación con la cobertura del producto CRED. Tumbes y Tacna tienen baja asignación presupuestaria y la misma cobertura que Loreto y Ucayali, que tienen altas asignaciones en el PIM del CRED.

GRÁFICO 33
PIM PER CÁPITA ASIGNADO AL PRODUCTO CRED VS. COBERTURA DE CRED. 2012



Fuente: Elaboración propia en base al SIAF

El gráfico revela la falta de correlación entre la asignación presupuestaria al PIM del CRED per cápita por departamento, con la cobertura alcanzada del CRED en el año 2012. Se aprecia una asignación por debajo de la asignación promedio nacional en 12 departamentos, con extremos en

Tumbes y Tacna que tienen muy bajas asignaciones en relación a la cobertura del CRED, mientras Ayacucho y Junín reciben las mayores asignaciones, lo que no se refleja en mayor cobertura.

Pertinencia y suficiencia en la asignación de recursos

En el trabajo de campo en Pasco y Ucayali, se constató la variabilidad del proceso de asignación de los recursos. En Pasco, el personal de las Microrredes acude a las unidades Ejecutoras que tienen instalado el SIGA PpR, para realizar la programación, con la asesoría de los equipos de planificación de las Unidades Ejecutoras (habitualmente una Red de Salud). En Ucayali, el personal de planificación de la DISA junto a los Coordinadores del PAN o de Promoción de Salud, realizan el proceso de programación de manera centralizada en la DISA.

Una preocupación común en las dos regiones evaluadas en el trabajo de campo, es que luego de efectuar la programación física y presupuestaria, considerada excesivamente detallada y compleja, existe un desfase entre los montos programados y la asignación del MEF como techo o piso presupuestal al pliego del gobierno regional. Ello ocasiona frustración en las DIRESAS, que consideran que la programación presupuestal en el PpR es un acto formal, debido a que lo finalmente asignado corresponde a la asignación histórica⁴³. Por otro lado, se señala el rol preponderante del Pliego Regional, en el ajuste y asignación final del presupuesto de sus Unidades Ejecutoras, para ajustarse al techo presupuestal asignado por el MEF a la DIRESA⁴⁴.

“...en los últimos tres años la asignación presupuestal no cubre las necesidades para cumplir los objetivos, se tiene que priorizar la distribución del presupuesto. Ahora como cada producto tiene un kit y el dinero que envían no es suficiente se tiene priorizar la distribución. En la programación multianual nos dijeron que el presupuesto es el mismo, entonces las metas no se van a incrementar. La programación quita tiempo, implica mucho esfuerzo para que finalmente no se respete la programación, cada año no nos incrementan, no es un presupuesto por resultado, es un presupuesto en base a lo histórico. Nos exigen resultados pero con el mismo presupuesto...”⁴⁵;

3.3 EFICIENCIA DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

3.3.1 ANÁLISIS DE EFICIENCIA DE SUB-PRODUCTOS Y/O PRODUCTOS

Eficiencia en la asignación

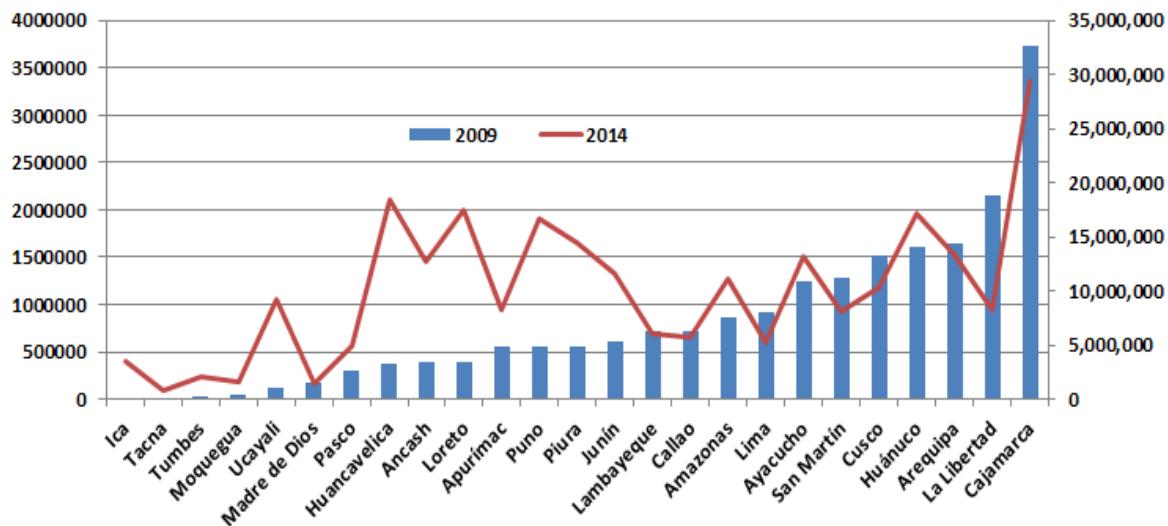
Entre los años 2009 a 2014 hubo un crecimiento del 568% en los recursos asignados (PIM) al producto *CRED completo para la edad* a nivel de departamentos, sin evidencias que lo justifiquen. El crecimiento del PIM fue muy heterogéneo entre departamentos con mayores aumentos en Tumbes con 8,864% y Ucayali 7,946%, mientras en La Libertad y Lima el PIM aumentó 381% y 568% respectivamente.

⁴³ A pesar de estas observaciones, se aprecia el crecimiento significativo y constante de los recursos presupuestarios asignados al PIM de los pliegos de los gobiernos regionales para el producto CRED.

⁴⁴ Por ejemplo, la DIRESA Ucayali señala que programó en el año 2013 un presupuesto de S/. 1,202,055, mientras la asignación fue de S/. 658,940 (54% de lo programado), a pesar de lo cual no se realizó ningún ajuste en las metas físicas programadas.

⁴⁵ El monto de la asignación presupuestal para el producto CRED entre 2012 y 2013, ha aumentado en Ucayali de 3.4 a 5.8 millones, mientras en Pasco ha disminuido de 3.3 a 3.1 millones.

GRÁFICO 34
EVOLUCIÓN DEL PIM ASIGNADO AL PRODUCTO CRED. 2009-2014

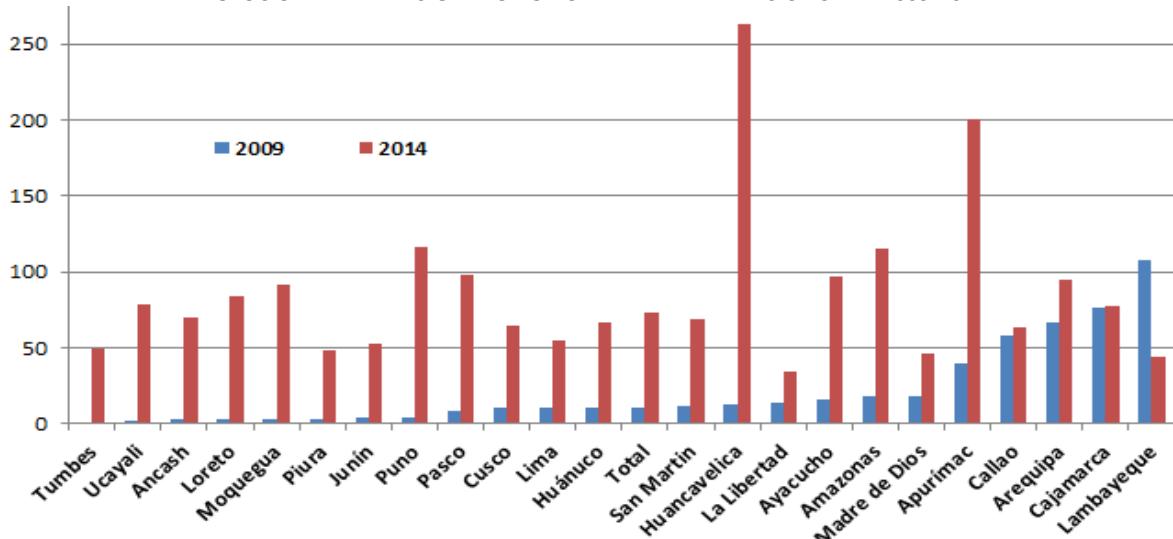


Fuente: Elaboración propia en base a datos del SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

PIM asignado por unidad de meta física CRED

El PIM asignado por unidad de meta física del producto CRED completo para la edad muestra una gran diferencia entre departamentos a lo largo del periodo 2009-2014.

GRÁFICO 35
EVOLUCIÓN DEL PIM ASIGNADO POR UNIDAD DE META FÍSICA CRED. 2009-2014



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

Gasto unitario por producto CRED

El gasto por el producto CRED completo en menores de tres años de edad para el periodo 2010-2013, muestra una disminución porcentual de 16% en Cajamarca y aumento de 626% en Ucayali,

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

con variaciones del gasto en valores absolutos entre S/. 35 en Tacna en 2010 y S/. 4,120 en Loreto en 2012.

**CUADRO 39
GASTO UNITARIO POR PRODUCTO CRED POR DEPARTAMENTO. 2010 -2013**

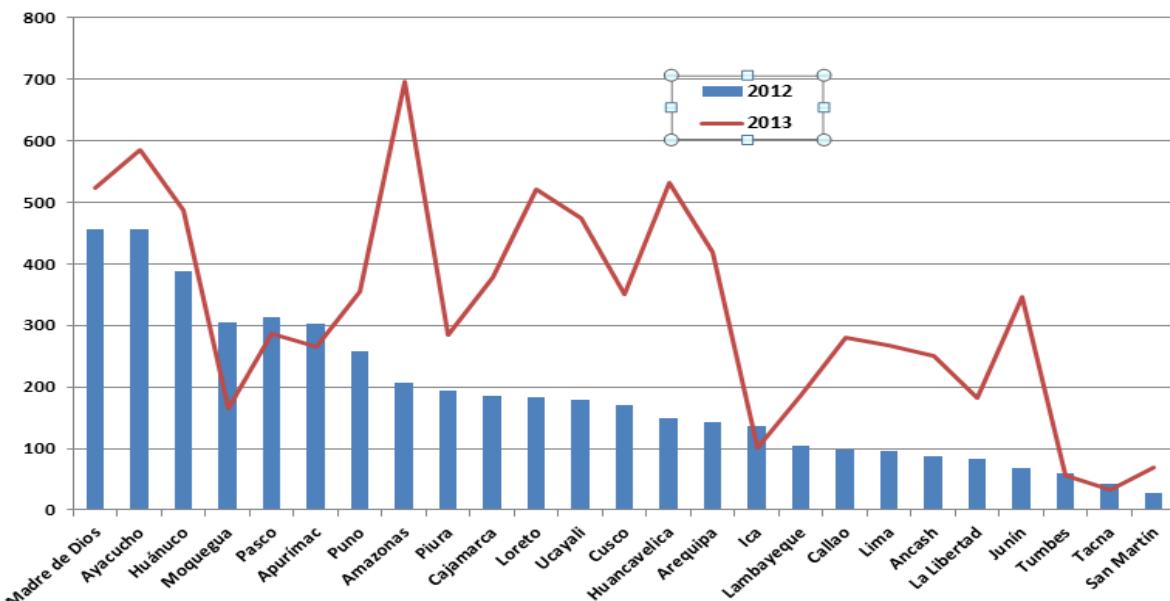
Departamento	2010	2011	2012	2013	Variación % 2010-2013
Cajamarca	395	315	259	340	-16
Cusco	197	167	323	177	-11
Loreto	680	656	4,120	643	-6
Junín	259	208	251	248	-4
Madre de Dios	335	458	346	339	1
Piura	182	144	196	185	2
Apurímac	335	335	567	405	21
Pasco	419	384	331	525	25
Ancash	187	207	222	262	40
La Libertad	75	69	146	113	51
Total	178	192	272	281	58
Lambayeque	196	244	258	309	58
Puno	190	243	282	320	68
Ayacucho	220	263	330	370	68
Amazonas	234	271	453	425	82
Lima ¹	28	45	68	53	89
San Martín	92	80	219	182	98
Huánuco	167	254	424	402	141
Tacna	35	32	80	90	157
Ica	74	193	177	189	155
Tumbes	131	192	233	356	172
Callao	188	186	348	525	179
Moquegua	97	183	217	312	222
Huancavelica	155	172	436	658	325
Arequipa	96	173	345	453	372
Ucayali	136	267	494	988	626

Nota: Departamentos ordenados según el porcentaje de variación en el periodo 2010-2013.

Fuente: Elaboración propia en base al SIGA para el presupuesto devengado y HIS para el número de controles. Consulta al SIGA 17.03.2015

El siguiente gráfico hace ostensible el gran aumento del gasto unitario por producto CRED entre 2012 y 2013 en la gran mayoría de departamentos, así como la diferencia en la asignación entre departamentos, con variaciones de casi 17 veces entre Madre de Dios (+ S/. 427) comparado con San Martín (+ S/ 27.).

GRÁFICO 36
AUMENTO DEL GASTO POR PRODUCTO CRED SEGÚN DEPARTAMENTO. 2012-2013



Fuente: Elaboración propia en base al SIAF-MEF

No es posible efectuar el análisis del gasto al nivel de subproductos del CRED, por falta de información disponible de las metas y la asignación presupuestal (SIAF-MEF)⁴⁶. La disponibilidad de esta información permitiría establecer la importancia asignada a los subproductos del CRED y vincularla a los resultados, especialmente en el subproducto *Visita Domiciliaria de Seguimiento*.

3.4 SOSTENIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

El producto *Niños con CRED completo según edad*, es uno de los productos con mayores condiciones de sostenibilidad del PAN, debido a que permite evaluar el estado nutricional de las niñas y niños, detectar el riesgo de desnutrición y facilitar el seguimiento individual hasta la recuperación. Por esta razón, el CRED es un instrumento universalmente aplicado desde hace varias décadas, por su rol crítico en el cuidado integral de la salud y nutrición infantil.

El producto *Municipios Saludables* tiene una gran importancia vinculada al trabajo extramuros del CRED, en actividades como la promoción de hábitos alimentarios, cuidado infantil y seguimiento del riesgo nutricional. Sin embargo, no tiene la prioridad ni respaldo financiero suficiente. Los gobiernos locales tampoco le han brindado el apoyo necesario debido al desconocimiento de los beneficios de la promoción de la salud y su relación con la Atención Primaria de la Salud, que es una competencia municipal específica establecida por la Ley de Descentralización del Sector Público.

3.5 JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD

El producto “Niños con CRED completo según edad” debe continuar debido a que es esencial para la reducción de la DCI al permitir: i) el diagnóstico del estado nutricional de los niños y niñas atendidos en los EESS, ii) identificar a los niños y niñas en riesgo nutricional o desnutridos, y iii)

⁴⁶ los sub productos del CRED no son equivalentes a las actividades de la cadena funcional programática de los programas presupuestales, por lo que carecen de asignación presupuestal.

monitorear su evolución hasta su recuperación nutricional. Adicionalmente, el producto CRED es un elemento integrador de otras actividades como vacunaciones, que también son parte esencial de la estrategia de reducción de la desnutrición crónica infantil.

El producto “Municipios Saludables”, tiene un gran potencial para abordar los determinantes de la DCI, al enfocarse en factores clave del entorno social para la promoción del cuidado apropiado a nivel del hogar y la comunidad. Sin embargo, este producto requiere de importantes cambios en su diseño e implementación para poder cumplir un rol efectivo.

3.6 ANÁLISIS DE GÉNERO

El diseño del PAN incorpora el enfoque de género en el Modelo Lógico al señalar el rol de la madre en diversos momentos del ciclo de vida, como el cuidado prenatal, la lactancia materna y el cuidado alimentario del niño y niña. Uno de los principales instrumentos del CRED es el Carné de Salud del Niño y Carné de Salud de la Niña, diferenciados por los valores antropométricos correspondientes al sexo correspondiente. Sin embargo, el enfoque de género no se aplica en otros documentos como las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación que generalmente no mencionan a los niños y niñas y describiéndolos generalmente como “niños”. Los indicadores del Producto “Niños con CRED completo según edad” tampoco diferencian el género en su formulación o en los resultados.

CUADRO 40
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 discriminación en la provisión del producto CRED, que explique los mayores valores de DCI en las niñas.	Si, en todos			
¿Se incorpora actualmente?		No se incorpora plenamente en la actualidad		

Fuente: Elaboración propia en base a la información mencionada.

PARTE 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones y recomendaciones han sido estructuradas en cuatro grandes áreas: i) Diseño, ii) Implementación, iii) Seguimiento y iv) Presupuesto.

4 CONCLUSIONES

1.1. DISEÑO

1. El diseño del producto CRED en el contexto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional-PAN cuenta con una sólida evidencia internacional y nacional, que sustenta su importancia crítica en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil-DCI, al permitir la detección de los niños y niñas en riesgo nutricional o desnutridos y facilitar las medidas para su recuperación. Sin embargo, en el Modelo Lógico y Matriz Lógica del PAN no se incluye la recuperación del riesgo nutricional y desnutrición detectados durante la atención CRED.
2. Se aprecia un conflicto operacional entre el CRED como producto del PAN, focalizado en la reducción de la DCI, y el CRED dirigido al desarrollo integral de las niñas y niños menores de 5 años establecido en la Norma Técnica de Atención del CRED del MINSA.
3. Las DOCP del PAN define al CRED como “*actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera o médico*”, y no considera su implementación por personal técnico o auxiliar de salud en el nivel comunitario, lo que refuerza el modelo de atención intramuros y debilita las alternativas para la atención CRED en el contexto de la familia, la comunidad y el territorio.
4. El CRED está fraccionado programáticamente en siete subproductos, tres de los cuales (Dosaje de hemoglobina, Test de Graham y Examen seriado de heces) están operacionalmente vinculados a otros dos productos del PAN “*Atención de niños con parasitosis intestinal*” y “*Niños con suplemento de hierro y vitamina A*”, lo que dificulta su implementación integrada al CRED.
5. En las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación (DOCP) del PAN, el subproducto *Visita Domiciliaria* no focaliza el seguimiento de los niños y niñas en riesgo nutricional o desnutridos, que deberían ser su objetivo central, dejando un vacío normativo para la atención del riesgo nutricional en el hogar.
6. A pesar que en el Modelo Lógico del PAN el producto Municipios Saludables está relacionado con el resultado inmediato “*Comunidades promueven prácticas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación del menor de 36 meses*”, mediante acciones desarrolladas por los Consejos Municipales y Comités Multisectoriales capacitados, operacionalmente existe una débil relación con el seguimiento de los niños y niñas en riesgo nutricional o desnutridos en el contexto territorial, desaprovechando el valioso aporte potencial de actores como agentes comunitarios de salud, grupos de madres o centros de vigilancia comunitaria, que pueden actuar sobre los determinantes de la DCI.
7. El Modelo Lógico del PAN establece un papel clave a la adecuada alimentación infantil, sin embargo, el producto “*alimentación complementaria*” que incluía la entrega de la papilla durante la atención del CRED, fue eliminado en el año 2012, aduciendo problemas de dilución (inadecuado aporte), baja adherencia e insuficiente provisión, en lugar de encarar la deficiente gestión efectuada por el PRONAA y las DIRESAS, responsables del programa. Esta decisión eliminó una de las principales estrategias para enfrentar el riesgo nutricional y la desnutrición crónica asociada a la insuficiente alimentación y extrema pobreza.

1.2 IMPLEMENTACIÓN

1. La estructura organizacional para la atención del CRED es apropiada en los aspectos formales y responde a la normatividad de los Programas Presupuestales, pero no está implementada como modelo de gestión para resultados, debido a la falta de instrumentos para el monitoreo, poca claridad en la responsabilidad en los resultados y en la rendición de cuentas. Por otro lado, existe una gran debilidad en la conformación de los equipos técnicos encargados de las funciones clave de diseño, implementación y seguimiento en el nivel nacional y regional. El MINSA no había designado al Coordinador Territorial, actor clave para el trabajo con las DIRESAS/GERESAS, hasta el cierre de la presente evaluación.
2. La cobertura del CRED en las niñas y niños menores de tres años de edad en el periodo 2007-2013, muestra un mayor aumento en el ámbito rural, región Selva, menores quintiles de bienestar y menor educación de las madres, lo que ha eliminado las grandes brechas sociales de cobertura del año 2007. Por este motivo, llama la atención que el foco en la población pobre y extremadamente pobre se haya excluido en los criterios de programación del CRED para el presente año (2015). Se aprecia también la disminución por primera vez de la cobertura del CRED en las tres regiones naturales en el año 2014 en comparación con el año anterior, especialmente en la región Sierra.
3. Es paradójico que a pesar del incremento de la cobertura CRED, la recuperación de los niños y niñas diagnosticados como desnutridos sea menor al 2% como promedio nacional y en ningún departamento alcance al 10%. La recuperación de los niños y niñas en riesgo nutricional por deficiente crecimiento en estatura es menor al 10% en 17 departamentos, con grandes diferencias entre Moquegua que alcanza el 35% y Lambayeque, que solo consiguió una recuperación del 0.03%.
4. Existe una baja eficacia y gran dispersión en el logro de las metas físicas programadas de los productos CRED y Municipios Saludables. En el año 2014, 18 departamentos alcanzaron metas inferiores al 80% de las metas CRED programadas en el SIAF, con un promedio nacional del 60% y diferencias entre el 48% de logro en Tumbes y 110% en La Libertad.
5. A pesar que en el periodo 2012-2013 hubo disminución de la deserción en los controles del CRED, cerca de la mitad de los niños y niñas no completa el número de controles establecido por las DOCP. Esto se debe principalmente a la falta de estrategias operativas para reducir la deserción en los EESS.
6. La relación entre el aumento de cobertura del CRED y la reducción de la DCI es muy heterogénea entre departamentos, lo que revela la complejidad de los factores causales de la DCI.
7. El modelo prevalente de atención intramuros de los EESS, absorbe toda la capacidad de atención del personal de salud, lo que limita el trabajo educativo y de seguimiento en la comunidad. En las zonas amazónicas y de difícil acceso, esta situación se agrava por la limitación de recursos asignados al transporte fluvial.
8. Las acciones con otros programas sociales relacionados con la desnutrición infantil, no está suficientemente coordinada para aprovechar posibles sinergias con el PAN/CRED. Parte importante del aumento de cobertura del CRED en los últimos años se debe a la obligación de tener la certificación de la atención CRED como condición del Programa JUNTOS para que las madres de las niñas y niños afiliados reciban los subsidios monetarios. Sin embargo, el gran potencial de esta relación no se aprovecha debidamente para mejorar la nutrición infantil.
9. El fluograma para la atención del CRED es adecuado para detectar el déficit de crecimiento en los EESS así como los criterios de referencia a otros niveles, pero no se considera aspectos críticos como la consejería y sesiones demostrativas ni la *Visita Domiciliaria de Seguimiento*.

10. No se han desarrollado estrategias de comunicación y movilización social para sensibilizar y movilizar a las madres y a la población en acciones contra la desnutrición infantil y para promover al CRED como una estrategia efectiva para el diagnóstico y recuperación nutricional de las niñas y niños. Igualmente falta adecuación cultural en los contenidos de consejería y sesiones demostrativas del CRED y se carece de guías alimentarias y recetarios adaptados a las características culturales regionales.
11. A pesar de los siete años transcurridos a partir del inicio del PAN/CRED, la ENCRED⁴⁷ 2013 y 2014 muestra que un porcentaje significativo de EESS carecen de equipo antropométrico para la evaluación nutricional, lo que es un indicador del descuido operativo en que se maneja el PAN/CRED a nivel regional. Parte del problema se debe a la falta de las especificaciones técnicas de los equipos antropométricos y normas de calidad, a lo que se agrega las limitadas capacidades administrativas de algunas Unidades Ejecutoras, así como los escasos o inexistentes proveedores locales, lo que demora y torna ineficiente el sistema de compras de equipos y materiales para el CRED.
12. Se carece de información confiable de la situación de equipos antropométricos para CRED en el módulo SIGA Patrimonio, lo que dificulta realizar una buena planificación y asignación de recursos para cubrir las brechas. Por otro lado, muchas Unidades Ejecutoras no cuentan con los sistemas SIGA Logístico y SIGA Patrimonio operativos.
13. Las actividades *Reuniones* y *Talleres* del producto Municipios Saludables, duplican las actividades del producto Municipios Saludables para Salud Sexual y Reproductiva, debido a la falta de indicaciones para una programación integrada.
14. Los gobiernos locales no tienen una participación activa en la implementación del enfoque territorial, a pesar de existir normativamente la figura de un Coordinador Local.

1.3. SEGUIMIENTO

1. Luego de seis años de implementación, se carece de información oportuna y sistemática para el seguimiento operativo y rendición de cuentas de los resultados de la implementación de los productos CRED y Municipios Saludables a nivel Nacional, DIRESAS, DISAS, Redes y Microrredes de Salud, lo que muestra la limitada aplicación del modelo de *Gestión por Resultados* en el PAN.
2. La información del indicador *Proporción de niños con CRED completo* proporcionado por la ENDES reporta la situación de la población nacional total menor de cinco años de edad, que no es la misma de la población beneficiaria del producto CRED del PAN, que se limita a la población de niñas y niños menores de tres años de edad atendidos en los EESS del sector público de salud. Tampoco es oportuna para la programación anual y no está desagregada para los niveles de DISAS, Microrredes, Redes y EESS.
3. La encuesta ENDES y el sistema de información HIS no generan actualmente información sobre el producto Municipios Saludables.
4. La información del Padrón Nominal distrital de niñas y niños, disponible en el 61% de Centros de Salud y 60% de los Puestos de Salud en el año 2014, no se utiliza para el seguimiento nominal longitudinal de los niños y niñas que reciben control del CRED.
5. No se efectúa el seguimiento de los subproductos del producto CRED, incluida la *Visita Domiciliaria*, debido a que se carece de los indicadores correspondientes y no se generan los reportes para evaluar los avances de las metas físicas y ejecución presupuestal en el SIGA PpR.

⁴⁷ Encuesta a Establecimientos de Salud en la Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones y Sesiones Demostrativas en preparación de alimentos en menores de 36 meses. INEI. 2014.

6. La información de la Provincia Constitucional del Callao es reportada por la encuesta ENDES integrada al departamento de Lima, lo que impide comparar los datos ENDES de Lima con la información del HIS y SIGA PpR, que reportan la información del Callao separada de Lima.
7. No se emplea los datos del SIEN para identificar a los distritos con altos índices de desnutrición infantil, estrategia que podría facilitar intervenciones focalizadas según el riesgo nutricional.
8. No se cuenta con un aplicativo informático que facilite la vinculación de las bases de datos de los sistemas de información HIS, SIEN, SIASIS en los niveles operativos, lo que obliga al procesamiento manual de la información de estas fuentes.
9. Las metas físicas del CRED de las DISAS y hospitales de Lima no se reportan en la base de datos de programación del Gobierno Regional de Lima, lo que distorsiona la información para la evaluación de la eficiencia y eficacia del departamento de Lima.
10. No se genera información del CRED según el criterio de género, lo que impide conocer si existe discriminación en la atención CRED por este criterio.
11. Los frecuentes cambios en los códigos de procesamiento de los indicadores relacionados al CRED por el sistema HIS, modifican los valores de los indicadores generados, lo que dificulta el análisis de la información reportada.
12. No se cumple con la generación de los reportes periódicos de seguimiento y evaluación del PAN por parte del MINSA y las DIRESAS/GERESAS.

1.4 PRESUPUESTO

1. El monto del PIM asignado por meta física del producto *CRED completo para la edad* se incrementó en promedio 840% en el periodo 2009-2014, sin una justificación programática para este aumento de recursos.
2. La asignación presupuestal al CRED analizada según el criterio de asignación per cápita por departamento, tiene grandes cambios entre años y diferencias de hasta en 20 veces entre gobiernos regionales, lo que muestra una asignación no equitativa y cuestiona el funcionamiento del sistema de programación SIGA PpR.
3. El gasto unitario por departamento por atención CRED en menores de tres años de edad para el periodo 2010 - 2013, disminuyó 16% en Cajamarca y aumentó 626% en Ucayali, con variaciones de 117 veces entre los S/. 35 asignados a Tacna en 2010 y S/. 4,120 a Loreto en el 2012.
4. Debido a que los subproductos del CRED no están calificados como actividades, no forman parte de la Cadena Funcional Programática del producto CRED, por lo que no reciben asignaciones presupuestarias específicas ni se registra sus metas físicas en el SIGA PpR, lo que impide evaluar su importancia relativa en la programación física y presupuestaria y posteriormente en la ejecución del gasto.
5. La programación presupuestaria del aplicativo SIGA divide la asignación presupuestaria de la IPE correspondiente al Departamento de Lima en dos pliegos. Las DISAS la reciben en el Pliego 011 (MINSA), mientras el Gobierno Regional de Lima la recibe en el Pliego 99 463, lo que impide evaluar la eficiencia del gasto del departamento de Lima.
6. La específica de gasto de la sub genérica *Contrato Administrativo de Servicios* tiene un nivel desproporcionadamente alto del presupuesto del CRED, lo que se debe a la contratación de personal CAS con recursos del CRED, que en la práctica se encargan de diversas funciones en los EESS.
7. Los operadores en los distintos niveles no tienen acceso a la base de datos analítica del SIAF y del SIGA PpR, procesada mediante el aplicativo COGNOS.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones recogen en la columna Problema Identificado, una síntesis de las conclusiones con la misma numeración, para facilitar su revisión en mayor detalle en caso sea necesario.

2.1 DISEÑO

PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS
1. El Modelo Lógico y Matriz Lógica del Programa Articulado Nutricional-PAN, no incluye la recuperación del riesgo nutricional y la desnutrición detectada durante la atención CRED.	Revisar el Modelo y Matriz Lógica del PAN para incluir la recuperación nutricional como Resultado Inmediato de la atención CRED.	El Coordinador Técnico debe revisar estos modelos para la elaboración del Anexo 2 del PAN 2016.
2. Existe un conflicto operacional entre el CRED como producto del PAN, focalizado en la reducción de la DCI, y el CRED dirigido al desarrollo integral de los menores de 5 años de la Norma Técnica de Atención del CRED del MINSA.	Incluir el foco del producto CRED en reducir la DCI, en la Norma Técnica de atención del CRED del MINSA.	El Coordinador Técnico del PAN debe coordinar con la Dirección de Salud de las Personas-DGSP del MINSA, la introducción del foco de reducción de la DCI del producto CRED, en las Normas de Atención del CRED del MINSA.
3. Las Definiciones Operacionales y Criterios de Programación-DOCP del PAN no considera la implementación del CRED por personal técnico o auxiliar de salud, en el nivel comunitario.	Considerar la evaluación antropométrica del CRED por personal técnico de campo y Agentes Comunitarios de Salud capacitados, para ampliar las alternativas de atención en el espacio comunitario.	El Coordinador Técnico del PAN debe impulsar la modificación de las DOCP del PAN, para incluir al personal de campo en el control antropométrico del CRED.
4. Tres de los siete subproductos del CRED están operacionalmente vinculados a otros productos del PAN, lo que dificulta su implementación integrada al CRED.	Integrar los subproductos <i>Dosaje de hemoglobina, Test de Graham y Examen seriado de heces</i> , en los productos “Atención de niños con parasitosis intestinal” y “Niños con suplemento de hierro y vitamina A”.	El Coordinador Técnico del PAN en conjunto con la DGSP/MINSA debe revisar la pertinencia de este cambio.
5. El subproducto <i>Visita Domiciliaria</i> del CRED no focaliza adecuadamente en los niños y niñas con riesgo nutricional o	La <i>Visita Domiciliaria</i> del CRED debe focalizar a los niños y niñas detectados en riesgo nutricional o desnutridos.	El Coordinador Técnico del PAN en conjunto con la DGSP/MINSA debe efectuar el cambio en las DOCP y revisar la implementación a

desnutridos.		nivel operativo.
6. El producto Municipios Saludables no incluye actividades de seguimiento de los niños y niñas identificados en riesgo nutricional o desnutridos y no facilita la participación de los gobiernos locales en la reducción de la DCI con una visión territorial.	Incluir en el producto Municipios Saludables el seguimiento comunitario de los niños y niñas identificados en riesgo nutricional o desnutridos por el CRED y el rol de los municipios en la reducción de la desnutrición infantil en el contexto territorial.	Los coordinadores Técnico y de Seguimiento y Evaluación, con la Dirección de Promoción de la Salud del MINSA, debe incluir el seguimiento de los niños y niñas en riesgo nutricional a nivel de la comunidad y la participación de los municipios en la reducción de la DCI en el contexto territorial.
7. El producto “ <i>alimentación complementaria</i> ” del PAN, que incluía la entrega de la papilla durante la atención del CRED, fue eliminado en el año 2012.	Revisar la pertinencia de incluir un producto de alimentación suplementaria para enfrentar la inseguridad alimentaria familiar, en los niños y niñas en extrema pobreza detectados en riesgo o desnutridos por el CRED.	El Coordinador Técnico del PAN, conjuntamente con el Comité de Expertos en Nutrición Infantil del MINSA, debe revisar esta propuesta.

2.2 IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS
1. El CRED no está implementado como modelo de gestión para resultados. La estructura organizacional nacional es débil y no se cuenta con el Coordinador Territorial del ámbito nacional.	Fortalecer el modelo de gestión para resultados, así como los equipos técnicos encargados en los niveles central y regional, incluyendo el nombramiento del Coordinador Territorial nacional.	El Coordinador Técnico del PAN debe promover la implementación del modelo de gestión para resultados a nivel nacional y regional y el nombramiento del Coordinador Territorial.
2. El foco en la población de niños y niñas en pobreza no está considerado en los criterios de programación para el presente año (2015).	Mantener el foco del CRED en la población de niños y niñas en pobreza y pobreza extrema.	Los coordinadores Técnico y Territorial del PAN deben asegurar la estrategia de focalización del CRED en la población en pobreza con las DIRESAS/GERESAS.
3. La recuperación de los niños y niñas diagnosticados en riesgo es de 3.36% y de desnutrición es de 1.68% como promedio nacional.	Fortalecer el foco de la atención en la recuperación de los niños y niñas detectados por el CRED en riesgo nutricional o desnutrición.	La DGSP/Coordinador Técnico debe establecer directivas, normas y actividades para la recuperación del riesgo nutricional y la desnutrición, incluyendo metas e indicadores.

<p>4. Solo se ha alcanzado como promedio nacional el 60% de las metas programadas del producto CRED en el año 2014, con resultados que varían entre el 48% de cumplimiento en Tumbes y 110% en La Libertad.</p>	<p>Fortalecer la capacidad de gestión del CRED mediante la programación trimestral y seguimiento y reporte periódico del cumplimiento de las metas físicas.</p>	<p>El coordinador de Seguimiento y Evaluación debe implementar esta medida con las DIRESAS/GERESAS.</p>
<p>5. Cerca de la mitad de los niños y niñas que inician el CRED no completa el número de controles establecido por las DOCP.</p>	<p>Identificar estrategias operativas para cumplir los controles establecidos y evitar la deserción en los EESS.</p>	<p>El Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PAN, debe establecer medidas para detectar oportunamente la deserción de los controles CRED.</p>
<p>6. La relación entre el aumento de cobertura del CRED y la reducción de la DCI es muy heterogénea entre departamentos, lo que revela la complejidad de los factores causales de la DCI.</p>	<p>Considerar la necesidad de una evaluación de impacto en los productos del PAN/CRED.</p>	<p>La alta dirección del MINSA, conjuntamente con la Dirección de Calidad del Gasto del MEF, debe considerar la necesidad de efectuar una evaluación de impacto integral al PAN.</p>
<p>7. El modelo prevalente de atención CRED es intramuros, con débil trabajo educativo y de seguimiento en la comunidad.</p>	<p>Reforzar la atención CRED en la comunidad, dotándolo de recursos humanos y materiales para el trabajo educativo y de seguimiento. En las zonas amazónicas y de difícil acceso, asegurar recursos para transporte de personal.</p>	<p>El Coordinador Técnico y Territorial del PAN, conjuntamente con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA debe asegurar los recursos para la atención del CRED en la comunidad.</p>
<p>8. Las acciones con otros programas sociales relacionados con la desnutrición infantil, no están suficientemente coordinados para aprovechar potenciales sinergias.</p>	<p>Mejorar la articulación con otros programas sociales, en especial con el programa JUNTOS, para vincular la atención del CRED con la reducción de la desnutrición infantil en los niños beneficiarios.</p>	<p>El Coordinador Técnico debe coordinar esta acción con los sectores responsables de los programas sociales, especialmente con el MIDIS.</p>
<p>9. Las normas y el flujograma para la atención del CRED del MINSA carecen de orientación para el seguimiento y recuperación de los niños y niñas detectados en riesgo nutricional o desnutridos.</p>	<p>Revisar y adaptar las normas y flujogramas de atención CRED del MINSA hacia la recuperación nutricional de los niños y niñas detectados en riesgo.</p>	<p>El Coordinador Técnico del PAN debe coordinar esta medida con las áreas técnicas encargadas.</p>

10. Se carece de estrategias de comunicación y movilización social que sensibilicen a las madres y promuevan la participación de la población en acciones contra la desnutrición infantil.	Fortalecer las acciones de promoción social y participación comunitaria dirigidos a la recuperación nutricional de los niños y niñas identificados en riesgo. Producir guías alimentarias y recetarios adaptados a las características culturales regionales.	El Coordinador Técnico del PAN debe coordinar las medidas con la Dirección de Promoción de la Salud y el CENAN del INS para ser implementadas con las DIRESAS/GERESAS.
11. Un porcentaje significativo de EESS carecen de equipo antropométrico.	Proporcionar las especificaciones técnicas de los equipos antropométricos. Considerar compras corporativas de equipo antropométrico para el CRED.	El Coordinador Técnico conjuntamente con el Coordinador Territorial del PAN debe promover esta medida con la OGA y las DIRESAS.
12. La información sobre equipos antropométricos en el SIGA Patrimonio es muy deficiente, lo que dificulta la planificación para cubrir las brechas.	Promover el uso del sistemas SIGA Logístico y SIGA Patrimonio y mantener actualizada la información del equipo antropométrico.	El Coordinador Técnico del PAN debe coordinar esta medida con las DIRESAS
13. Las actividades <i>reuniones y talleres</i> del producto Municipios Saludables, duplican las del producto Municipios Saludables para Salud Sexual y Reproductiva,	Efectuar una programación integrada de estos productos y desarrollar directivas para una programación integrada de los producto Municipios Saludables y Municipios Saludables para Salud Sexual y Reproductiva,	El Coordinador Técnico del PAN debe coordinar la implementación de esta medida con la Dirección de Promoción de la Salud y con las DIRESAS.
14. Los gobiernos locales no tienen una participación activa en la implementación del PAN/CRED, la que carece de un enfoque territorial.	Involucrar a los municipios en la reducción de la DCI bajo un enfoque territorial, considerando su responsabilidad en la Atención Primaria de la Salud.	La alta dirección del MINSA, conjuntamente con el Coordinador Técnico y el Coordinador Territorial deben coordinar esta recomendación con las DIRESAS/GERESAS.

2.3. SEGUIMIENTO

PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS
15. Se carece de información oportuna para el seguimiento y rendición de cuentas de los resultados de la implementación de los productos CRED y Municipios Saludables a nivel de Departamentos, DISAS, Redes y	Crear una base de datos nominal de la información del HIS relacionado al CRED/PAN y difundir la información de resultados del CRED/PAN en formato amigable de la página Web del MINSA.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PAN debe considerar esta medida en coordinación con la OGEI del MINSA, evaluando la pertinencia de implementar un Tablero de Control y Salas de Situación para el

Microrredes de Salud.		seguimiento de los indicadores del PAN, CRED y Municipios Saludables a nivel nacional, regional y local.
16. La encuesta ENDES no genera información oportuna para la programación operativa y no está disponible para los niveles de DISAS, Microrredes, Redes y EESS.	Utilizar complementariamente a la ENDES la información del SIEN, conjuntamente con el HIS y SIASIS para el monitoreo de las atenciones CRED y la situación nutricional en el nivel operativo.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación, en coordinación con el CENAN, SIS y OGEI del MINSA debe desarrollar su implementación en las DIRESAS/GERESAS.
17. La Encuesta ENDES y el Sistema de Información HIS del MINSA, no generan información de las actividades del producto Municipios Saludables.	Asegurar la generación de la información del producto Municipios Saludables por el sistema HIS.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación en coordinación con la OGEI y DIRESAS debe asegurar los reportes por el sistema HIS.
18. La información del Padrón Nominal distrital de niñas y niños, no se utiliza para el seguimiento nominal longitudinal de los niños y niñas que reciben control del CRED.	Utilizar la información del Padrón Nominal distrital de niñas y niños para el seguimiento nominal longitudinal de los niños y niñas vinculada a una base de datos de atenciones CRED del HIS.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación conjuntamente con la OGEI del MINSA y el Coordinador Técnico del PAN deben evaluar esta recomendación considerando la implementación de un registro individual con un <i>chip</i> de memoria.
19. No se efectúa el seguimiento de los subproductos del CRED, incluida la <i>Visita Domiciliaria</i> y se carece de los indicadores correspondientes.	Definir los indicadores de los subproductos CRED, incluida la <i>Visita Domiciliaria</i> y generar los reportes correspondientes.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación conjuntamente con la OGEI del MINSA deben evaluar esta recomendación.
20. La información del Callao es reportada integrada al departamento de Lima por la ENDES, mientras el HIS y SIGA PpR reportan la información del Callao separada de la información de Lima.	Homologar la información del Callao y Lima de la ENDES con la información del HIS y SIGA PpR para poder comparar los datos de las fuentes.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación conjuntamente con el INEI y el MEF deben considerar la implementación de esta recomendación.
21. No se emplea los datos del SIEN para focalizar a los distritos con altos índices de desnutrición infantil para facilitar intervenciones focalizadas.	Incluir los datos de riesgo nutricional en el Padrón Nominal y usar el SIEN para calificar el criterio de riesgo nutricional según distritos.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PAN debe promover la implementación de esta medida en coordinación con la OGEI del MINSA y las DIRESAS.

22. No se cuenta con un aplicativo informático que facilite la interfaz de las bases de datos de los sistemas de información HIS, SIEN, SIASIS en los niveles operativos.	Vincular la información generada por estos sistemas mediante bases de datos en lenguaje SQL para facilitar su interconexión.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PAN debe promover la implementación de esta medida en coordinación con la OGEI del MINSA, el INS y el SIS.
23. Las metas físicas CRED de las DISAS y hospitales de Lima no se reportan en la base de datos SIGA del Gobierno Regional de Lima, lo que distorsiona la información para la evaluación de la eficiencia y eficacia de las metas.	Integrar las metas físicas CRED de las DISAS y hospitales de Lima en la base de datos SIGA.	El Coordinador Técnico conjuntamente con el Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PAN debe analizar esta medida con la
24. No se genera información del CRED según criterio de género, lo que impide conocer si existe discriminación en la atención CRED por este criterio.	Introducir el enfoque de género en la gestión de la información del CRED	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PAN debe implementar esta acción en coordinación con la OGEI del MINSA.
25. Los frecuentes cambios en los registros de los indicadores del sistema HIS dificultan el seguimiento de los indicadores para monitorear la recuperación nutricional y el cumplimiento/deserción de los controles.	Mantener los criterios de registro de los indicadores CRED del sistema HIS, para permitir el seguimiento longitudinal de indicadores a lo largo de los años.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación debe coordinar esta acción con la OGEI del MINSA.
26. No se cumple con la generación de los reportes periódicos sobre el seguimiento y evaluación del PAN.	Cumplir con la emisión de los reportes semestrales, como parte de la implementación de la cultura de Gestión para Resultados.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PAN debe coordinar la preparación y emisión de los reportes.

2.4 PRESUPUESTO

PROBLEMA IDENTIFICADO	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDADES ESPECIFICAS
1. El monto del PIM asignado por meta física del producto <i>CRED completo para la edad</i> se incrementó en promedio 8.4 veces en el periodo 2009-2014, sin una justificación programática para este aumento.	Evaluar los criterios de asignación presupuestaria entre departamentos y años.	El Coordinador Técnico del PAN con el equipo PpR de la OGPP del MINSA debe efectuar esta acción con el MEF y las DIRESAS.
2. La asignación presupuestal al CRED analizada según el per cápita entre departamentos muestra tiene grandes aumentos en el periodo 2009-2014 y diferencias de hasta 20 veces.	Establecer el criterio de asignación per cápita para los productos CRED y Municipios Saludables, ajustada según las características de las Unidades Ejecutoras.	El Coordinador Técnico del PAN debe implementar esta medida con el MEF y las DIRESAS y la participación del Coordinador de Seguimiento y Evaluación.
3. El gasto unitario por atención CRED es muy alto, con grandes variaciones internas entre departamentos, lo que muestra baja eficiencia en la ejecución.	Aplicar el monitoreo del gasto unitario por producto CRED y Municipios Saludables en todas las DIRESAS/GERESAS y considerar una auditoria del gasto efectuado.	El Coordinador Técnico del PAN debe coordinar esta medida con la OGPP del MINSA, el MEF y las DIRESAS, contando con la participación del Coordinador de Seguimiento y Evaluación.
4. Debido a que los subproductos del CRED no están calificados como actividades, no forman parte de la Cadena Funcional Programática, por lo que no se registra sus metas físicas y presupuestarias en el SIGA PpR.	Cambiar la calificación de los subproductos CRED a actividades para incluirlos en la programación física y presupuestaria del SIGA.	El Coordinador Técnico del PAN debe coordinar esta medida con la OGPP del MINSA y el MEF.
5. La programación presupuestaria del SIGA del Departamento de Lima está dividida en el Pliego 011 (MINSA) para las DISAS y el Pliego 99 463 para el Gobierno Regional y la información no está integrada en los reportes SIGA.	Considerar la integración funcional de las asignaciones presupuestarias del departamento de Lima para permitir su análisis y comparación con los otros departamentos.	El Coordinador Técnico del PAN debe efectuar esta acción con la OGPP del MINSA y el MEF.
6. La específica <i>Contrato Administrativo de Servicios</i> tiene un alto porcentaje de	Revisar y monitorear la contratación y uso efectivo de recursos humanos en la	El Coordinador Técnico del PAN debe coordinar esta medida con las DIRESAS.

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

asignación y es utilizada parcialmente para contratar personal que no cumple funciones vinculadas al CRED.	modalidad CAS en los productos CRED y Municipios Saludables.	
7. Los operadores en los distintos niveles no tienen acceso a la base de datos analítica del SIAF y del SIGA PpR, procesada mediante el aplicativo COGNOS.	Colocar la información de la base de datos analítica del SIGA/SIAF en formato amigable para acceso libre de los diferentes usuarios.	El Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PAN debe coordinar esta medida con el MEF.

LISTA DE ANEXOS

1	Informe del trabajo de campo Dr. Ricardo Zúñiga	92
2	Informe del trabajo de campo Dr. Oscar Liendo	99
3	Definiciones Operacionales de Municipios Saludables. 2014	117
4	Definiciones Operacionales de CRED. 2014	119
5	Reuniones y Talleres de Municipios Saludables	120
6	Matriz de Indicadores de Municipios Saludables	121
7	Productos del PAN según resultados intermedios	123
8	Insumos priorizados para la atención de CRED	124
9	Insumos críticos adquiridos por unidades ejecutoras. 2012-2013	125
10	Población nacional de menores de 3 años. 2013-2015	126
11	Población menor de tres años de edad y metas CRED. SIAF. 2013	126
12	Déficit de nutrientes en niños de 6-35 meses por nivel de pobreza. 2012-2013	127
13	Déficit de nutrientes en niños de 6-35 meses por ámbito. 2012-2013	127
14	Niños 6 a 36 meses con alimentación complementaria. 2009-2011	128
15	Manual de la entrevistadora. ENDES. 2013	129
16	Metas físicas CRED nivel nacional. SIGA. 2010-2015	133
17	Metas físicas CRED por departamento. SIGA. 2009-2015	133
18	Metas físicas CRED por departamento. SIAF. 2009-2015	134
19	Proporción de menores de 3 años con CRED por departamento. 2010-2013	135
20	Aumento del CRED en menores de 3 años según área de residencia. 2007-2012	136
21	Número de menores de tres años con CRED por departamento. HIS. 2010-2013	136
22	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2009	137
23	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2010	138
24	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2011	139
25	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2012	140
26	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2013	141
27	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2014	142
28	PIA, PIM y Ejecutado del CRED por Pliegos. 2015	143
29	Ejecutado del CRED por departamento. 2009-2014	144
30	PIM del CRED por departamento. 2009-2014	145
31	PIM del CRED por meta física CRED	146
32	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2009	147
33	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2010	148
34	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2011	148
35	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2012	148
36	PIA, PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2013	148
37	PIM y Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2014	149
38	Monto Ejecución del CRED por genérica de gasto. 2014	149
39	Porcentaje de Ejecución del PIM del CRED por genérica de gasto. 2014	149
40	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2009	149
41	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2010	150
42	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2011	151
43	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2012	152
44	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2013	153
45	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables. 2014	154
46	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por genérica de gasto. 2012	155
47	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por genérica de gasto. 2013	156
48	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por genérica de gasto. 2014	156

49	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por nivel. 2012	156
50	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por nivel. 2013	157
51	PIA, PIM y Ejecución de Municipios Saludables por nivel. 2013	157
52	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2009	157
53	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2010	158
54	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2011	159
55	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2012	160
56	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2013	161
57	Gasto de Producción de los Productos del PAN. 2013	162

ANEXO 1

**INFORME DEL TRABAJO DE CAMPO REALIZADO POR EL DR. RICARDO ZÚÑIGA CÁRDENAS
(MAYO DE 2014)**

I. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE CAMPO

1. OBJETIVO GENERAL

Realizar la evaluación de la implementación, eficacia, eficiencia y la calidad de las acciones vinculadas a los productos “Niños con CRED completo según edad” y “Municipios saludables que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación”_del Programa Presupuestal Articulado Nutricional.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar y determinar si la implementación de las acciones vinculadas a los productos evaluados “CRED” y “Municipios Saludables” 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 vinculadas con los productos evaluados son eficaces (alcanzan las metas previstas), eficientes (al menor costo) y que cumplen con requerimientos de calidad.

II. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los departamentos de Pasco y Ucayali fueron seleccionados en base a las siguientes variables: i) la variación porcentual de la proporción de niños menores de 36 meses de edad con CRED completo para su edad (2007 vs 2012); ii) la variación porcentual de la Proporción de menores de seis meses con lactancia materna exclusiva (2007-2012); iii) la variación porcentual del porcentaje de anemia (2007 vs 2012).

Para efectos se corregir distorsiones con los datos, se procedió a realizar una estandarización de los datos a un rango de 0 a 1, asignando “0” para el de menor desempeño y de 1 al de mejor resultado. Tal es así que Cerro de Pasco tiene mejor desempeño que Ucayali y Lima. La selección de la Red, Micro Red y EESS en Cerro de Pasco y Ucayali se realizó en base al número de atenciones de CRED en los EE.SS. En Lima se seleccionó por conveniencia, a la DISA Lima Este, considerando que la alta prevalencia de DCI y sobre todo el mayor número absoluto de casos de DCI en el distrito de San Juan de Lurigancho, jurisdicción de la Red San Juan de Lurigancho, que es ámbito de esta DISA, teniendo en cuenta también un mayor acceso y disponibilidad de información en esta Red.

III. MAPEO DE ACTORES

La población de estudio estuvo conformada por las madres de niños menores de 3 años de edad y representantes de las instituciones vinculadas con la entrega de los productos CRED y Municipios Saludables. La población de estudio se dividió en tres grupos, regional, distrital y comunal. En cada grupo se entrevistó a actores clave entre ellos autoridades, funcionarios y personal de los equipos técnicos encargados de la gestión y la entrega directa de los productos, y a nivel comunal además de las autoridades también a la población beneficiaria, madres de niños menores de 36 meses de edad.

Los actores a entrevistados según los niveles fueron los siguientes:

- Nivel Regional: Coordinadores del PAN en la DIRESA/DISA (producto CRED), Coordinadores de Promoción de la Salud en la DIRESA/DISA (producto Municipios Saludables).
- Nivel Local: Responsables de Presupuesto y Logística de la Unidad Ejecutora o Red de Salud, Coordinadores del PAN en la Red y Micro-Red de Salud (producto CRED),

Coordinadores de Promoción de la Salud en la Red y Micro-Red de Salud (producto Municipios Saludables), y Representante de la Gerencia de Desarrollo Social/Humano o su equivalente del Municipio Distrital (producto Municipios Saludables), personal de salud (enfermera/técnico) responsable de brindar la atención de CRED del Establecimiento de Salud seleccionado.

- Nivel Comunal: madres de los niños menores de 36 meses de edad que reciben el producto CRED.

El trabajo de campo se realizó en los tres departamentos seleccionados, Ucayali (bajo desempeño), Cerro de Pasco (buen desempeño) y Lima (bajo desempeño), se visitó la DIRESA/DISA, Unidad Ejecutora, Micro Red y Establecimiento de Salud. En Ucayali se visitó la DIRESA Ucayali, la Red Nueva Requena, la MR Nueva Requena y el EESS Nueva Requena (el centro de salud es la cabecera de la Micro Red); en Cerro de Pasco, la DIRESA Pasco, Red de Salud Pasco, Micro Red Huaríaca y Centro de Salud Huaríaca (el centro de salud es la cabecera de la Micro Red); en Lima⁴⁸, la DISA Lima Este, Red San Juan de Lurigancho y Centro de Salud Caja de Agua.

IV. INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACION

Se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos:

- Guía de entrevista para Coordinadores/Responsables del PAN/CRED en DIRESA, Red, Micro-Red y EE.SS.
- Guía de entrevista Coordinadores de Promoción de la Salud/Responsables de Municipios Saludables en DIRESA, Red, Micro-Red y EE.SS.
- Guía de entrevista Gerente de Desarrollo Humano o Social de la Municipalidad Distrital.
- Guía de entrevista de satisfacción de madres de niños menores de 36 meses de edad respecto a los servicios brindados en el Control de Crecimiento y Desarrollo en el establecimiento de salud.
- Guía de entrevista Coordinadores/Responsables del PAN/CRED en MINSA.
- Guía de entrevista Responsable de Municipios Saludables en MINSA (DGPS).
- Encuesta sobre Capacidad resolutiva para la entrega del producto CRED y sus sub productos

V. RESUMEN DEL DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se realizó en los tres departamentos seleccionados, Ucayali (bajo desempeño), Cerro de Pasco (buen desempeño) y Lima (bajo desempeño), se visitó la DIRESA/DISA, Unidad Ejecutora, Micro Red y Establecimiento de Salud. En Ucayali se visitó la DIRESA Ucayali, la Red Nueva Requena, la MR Nueva Requena y el EESS Nueva Requena (el centro de salud es la cabecera de la Micro Red); en Cerro de Pasco, la DIRESA Pasco, Red de Salud Pasco, Micro Red Huaríaca y Centro de Salud Huaríaca (el centro de salud es la cabecera de la Micro Red); en Lima⁴⁹, la DISA Lima Este, Red San Juan de Lurigancho y Centro de Salud Caja de Agua.

Los actores a entrevistados según los niveles fueron los siguientes:

- Nivel Regional: Coordinadores del PAN en la DIRESA/DISA (producto CRED), Coordinadores de Promoción de la Salud en la DIRESA/DISA (producto Municipios Saludables).
- Nivel Local: Responsables de Presupuesto y Logística de la Unidad Ejecutora o Red de Salud, Coordinadores del PAN en la Red y Micro-Red de Salud (producto CRED), Coordinadores de Promoción de la Salud en la Red y Micro-Red de Salud (producto

⁴⁸ No realizada.

⁴⁹ No realizada.

- Municipios Saludables), y Representante de la Gerencia de Desarrollo Social/Humano o su equivalente del Municipio Distrital (producto Municipios Saludables), personal de salud (enfermera/técnico) responsable de brindar la atención de CRED del Establecimiento de Salud seleccionado.
- Nivel Comunal: madres de los niños menores de 36 meses de edad que reciben el producto CRED.

En el trabajo de campo se realizó las siguientes actividades

- Ucayali (16 y 17 de mayo del 2014): en la DIRESA, Red de Salud y Establecimiento de Salud se realizó entrevistas a profundidad al responsable del Articulado Nutricional, Promoción de la Salud, Planificación y Logística. En el Establecimiento de Salud se entrevistó a las madres de niños beneficiarios del PAN y se aplicó la lista de verificación para conocer la disponibilidad de los recursos críticos para brindar la atención del CRED en el consultorio de atención del niño, promoción de la salud, farmacia e inmunizaciones.
- Cerro de Pasco (19 y 20 de mayo del 2014): a parte de las entrevistas a profundidad al personal del PAN, Promoción de la Salud, Planificación y Logística de la DIRESA, Red de Salud y Establecimiento de Salud, se realizó el taller de análisis de restricciones. En el Establecimiento de Salud se entrevistó a las madres de niños beneficiarios del PAN y se aplicó la lista de verificación para conocer la disponibilidad de los recursos críticos para brindar la atención del CRED en el consultorio de atención del niño, promoción de la salud, farmacia e inmunizaciones.
- Lima: al igual que en los dos departamentos anteriores se realizaron entrevistas a profundidad al responsable del Articulado Nutricional, Promoción de la Salud, Planificación y Logística de la DISA Lima Este, Red de Salud y Establecimiento de Salud. Se desarrolló un taller de análisis de restricciones.

CONCLUSIONES

El trabajo de campo efectuado en Ucayali y Pasco permite llegar a las siguientes conclusiones:

Pertinencia del producto Municipios Saludables

En relación a los sub-productos de Municipios Saludables: Consejo Municipal capacitado para promover el cuidado infantil, y Comité Multisectorial capacitado para promover el cuidado infantil, no se ha encontrado que actualmente, tal como está diseñado este producto, éste sea una intervención eficaz que contribuye a la disminución de la DCI.

Modelo de atención

Los servicios de salud no están organizados para brindar atención integral basada en la familia y comunidad y existe el limitado compromiso del personal de salud, ocasionando que los servicios estén orientados principalmente a la atención individual y no a la familia y comunidad, todo esto contribuye a que no se logre los resultados inmediatos e intermedios del Programa Articulado Nutricional para los productos CRED y Municipios Saludables. Es necesario mencionar que los participantes identificaron que el limitado compromiso del personal de salud se debe principalmente a la sobrecarga laboral y las bajas remuneraciones.

Coordinación

Se ha identificado que una de las instituciones con quienes se está haciendo un trabajo conjunto y complementario es con el Programa Nacional Cuna Más del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema. El personal de salud participa en las acciones de estimulación temprana con los niños. Sin embargo, se recomienda que estas acciones estén mejor coordinadas para aprovechar sinergias al respecto. En el caso

de Pasco, cuando nació la Estrategia CRECER había reuniones de articulación para tratar desnutrición, pero actual gestión del Gob. Regional no toma énfasis en trabajar CRECER Pasco, por lo que estas reuniones conciliar acciones para reducir desnutrición se han descontinuado. Otro actor a nivel local, con quien se tienen acciones complementarias es con los Gobiernos Locales que cuentan con Centros de Vigilancia Nutricional. Aquí también el personal de salud participa en las acciones de estimulación temprana con los niños.

En el Producto “Municipios Saludables que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación”, se puede identificar algunas posibles duplicidades con el Producto “Municipios promueven prácticas saludables en salud sexual y reproductiva”. Según lo recogido en trabajo de campo, no se tiene claridad respecto a la programación conjunta.

Un tema recogido en Ucayali es que se ha perdido la articulación entre las acciones de la Estrategia de Inmunizaciones y las del CRED, en particular en relación a los nuevos esquemas y fechas de vacunación. El esquema y calendario actual de inmunizaciones privilegia que se logre gran parte de la cobertura de vacunas hasta los 6 meses de edad. Sin embargo, estas acciones han estado siempre enlazadas, pues las madres llevaban a sus niños un mismo día para su vacunación y su control de CRED. Así, se observa una caída importante en las coberturas de CRED completo a partir justamente del séptimo mes de edad.

Definición de la población potencial y objetivo

La población potencial, referida a los niños menores de 36 meses, ha sido definida en función del problema que dio origen a la Intervención Pública Evaluada. Para determinar la población objetivo, la programación de la meta física (niños y niñas menores de 36 meses pertenecientes a la población pobre y extremadamente pobre) se utiliza como fuente la información del INEI. En el caso de Ucayali, se usa la población INEI al 100%. En el caso de Pasco, se utiliza población INEI, aunque para vacunación se considera el 100% de la población, incluida ESSALUD, mientras para CRED solamente se toma en cuenta la población asignada a MINSA. En las regiones del trabajo de campo (Pasco y Ucayali) no se tiene actualizado aún el Padrón nominado.

Focalización

Como se ha mencionado en el ítem previo, si bien no se realiza focalización de la población y se programa al 100%, y dado que la asignación es menor a lo programado (solicitado), la situación real es que existe una población que no llega a ser atendida por limitaciones de la propia demanda en acceder a los servicios de salud. Así por ejemplo de lo recogido en el trabajo de campo, en Ucayali, existe un porcentaje de la población que se estima en 25 a 30% del total, que vive en zonas alejadas, y que presenta problemas de acceso (adicionalmente estas poblaciones son indudablemente población en extrema pobreza, primer quintil). De igual modo, y en forma particular en la Selva, en las zonas con acceso fluvial, una limitante importante es que los propios servicios se le dificulta realizar las visitas domiciliarias porque hay limitaciones en los recursos asignados para el combustible para las salidas del equipo de salud en los botes con motor fuera de borda (no se considera en los insumos para la prestación de CRED). Aquí una recomendación es considerar para zonas de selva el insumo combustible en los recursos para la prestación de CRED (visitas domiciliarias). En Pasco también existen zonas de selva con estas limitaciones de acceso.

Programación

Según el Taller de Análisis de Restricciones desarrollado en el trabajo de campo, podemos resumir los siguientes aspectos analizados:

La entrega de los productos CRED y Municipios saludables del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, tiene tres restricciones principales:

- a) No se realiza una programación real de necesidades,
- b) Servicios orientados al individuo y no a la familia y comunidad, y
- c) Sobrecarga laboral y multifuncionalidad del personal.

La programación no real de necesidades obedece a varios aspectos, a que no existen estándares de especificaciones técnicas de equipos, materiales e insumos, esto hace que no se cuente con un Kit acorde a la realidad actual para entregar los productos y subproductos de CRED y municipios saludables, generando adicionalmente que los materiales e insumos sean de mala calidad. Esta restricción también es causada por que a nivel regional no se dispone de un sistema de información integrado, oportuno y de calidad, Por otro lado, el SIGA PpR es considerado complejo, poco amigable y no se encuentra actualizado, lo mismo que el SIGA Patrimonio.

Según lo recogido en el trabajo de campo, la entrega de estos subproductos atraviesa por varias situaciones críticas, entre ellas:

- a. La asignación insuficiente de recursos económicos para la adquisición de bienes y servicios, Al respecto un trabajador de salud manifiesta: “...en los últimos tres años la asignación presupuestal no cubre las necesidades para cumplir los objetivos, se tiene que priorizar la distribución del presupuesto. Ahora como cada producto tiene un kit y el dinero que envían no es suficiente se tiene priorizar la distribución. En la programación multianual nos dijeron que el presupuesto es el mismo, entonces las metas no se van a incrementar. La programación quita tiempo, implica mucho esfuerzo para que finalmente no se respete la programación, cada año no nos incrementan, no es un presupuesto por resultado, es un presupuesto en base a lo histórico. Nos exigen resultados pero con el mismo presupuesto...”;
- b. Inadecuada programación de necesidades: “...es necesario hacer una buena programación, el usuario tiene que hacer un buen pedido, el personal de las estrategias nunca coordina con el responsable de farmacia, entonces el responsable de farmacia pide lo que cree conveniente...”;
- c. Escases o sobre stock de medicamentos y micronutrientes, insumos, materiales y equipos: “...estamos en sobre stock de multimicronutrientes, DARES no respeta la programación que estamos haciendo, no hay consumo no hay demanda, solicitamos que se respete. El 2013 se inicia un proyecto piloto a nivel nacional, los programas sociales empezaron a repartir multimicronutrientes y cuando el personal de salud iba a entregar ya no aceptaban porque el programa social ya le había entregado, esto genera sobre stock, está bien que manden pero con mayor fecha de vencimiento, por lo menos 2 años...”, “hay sub productos como por ejemplo la suplementación de niños con sulfato ferroso y vitamina A, este subproducto nunca se va a lograr ya que no se dispone de esta vitamina desde hace mucho tiempo, el desabastecimiento es histórico. Por otro lado el desabastecimiento de vacuna influenza es frecuente a pesar de que es una zona con alta incidencia de IRAs. Nosotros estamos saneando el problema de otros actores, en el programa presupuestal solamente evalúan la participación del sector salud...”.
- d. Limitadas acciones de control, la diversidad cultural de la población, la difícil accesibilidad geográfica y la inadecuada organización de los servicios de salud para brindar atención integral e integrada de salud.

Asignación de recursos

Este proceso de asignación de recursos se inicia cuando se realiza el proceso de programación de las metas físicas. Según lo reportado en el trabajo de campo por las Regiones, esto puede

ser variable. Regiones con mayores niveles de participación en el proceso, donde los representantes de las micro-redes acuden a las Unidades ejecutoras que tienen instalado el SIGA PPR, y realizan el proceso de programación con la asesoría de los equipos de planificación de las Unidades ejecutoras (habitualmente una Red de Salud, aunque una UE pueden tener a cargo más de una Red). En otros casos (como en Ucayali), los equipos de planificación junto a los Coordinadores de PAN/CRED o Promoción realizan el proceso de manera centralizada.

Una preocupación repetida en las regiones evaluadas, es que el personal que participa siente que la programación detallada y engorrosa que desarrollan no tiene sentido, si posteriormente, sobre techos históricos, se asigna un monto menor a lo programado. Por otro lado, se señala la participación del Pliego Regional, en la asignación final de presupuesto de sus Unidades Ejecutoras, considerando el techo presupuestal total asignado al Pliego.

Personal de salud

La sobrecarga laboral del personal y las múltiples funciones que cumplen se debe principalmente al número insuficiente de recursos humanos, ocasionada por la limitada asignación presupuestal para la contratación de personal y para la mejora de honorarios, lo que ocasiona renuncias frecuentes del personal. Así, en varios lugares se contrató personal de enfermería con honorarios bajos (800 soles). Sin embargo, según los participantes del Taller, la normatividad actual de presupuesto no permite que el pliego regional asigne presupuesto para la mejora de honorarios y la contratación de personal. La salida dada es nuevos contratos, con un monto incrementado, pero que reduciría el número de personal contratado.

La sobrecarga laboral del personal de salud, las múltiples funciones y las renuncias frecuentes hacen que el personal tenga limitadas competencias en promoción de la salud, esto contribuye a la limitada asistencia técnica a autoridades locales lo que ocasiona que exista un limitado compromiso de las autoridades locales para la vigilancia de calidad de agua y/o desinfección, que no se prioricen proyectos de inversión pública, que no se declare como prioridad local acciones de promoción de la salud y que no se asigne presupuesto suficiente para el cumplimiento de acciones de promoción de la salud.

Otra situación adicional que se ha documentado, en el tema laboral, es la programación de guardias nocturnas y diurnas en los establecimientos de salud, sobre todo en los de mayor capacidad resolutiva. Una enfermera programada en turno de noche determina que no atenderá CRED la mañana del día de la guardia, ni tampoco al día siguiente (descanso post guardia), esto es por dos días consecutivos. Están programadas habitualmente entre 5 guardias nocturnas y 5 diurnas, lo que restringe la disponibilidad efectiva de personal.

Otro tema relacionado, es que en varias regiones, como Ucayali, existen entre 25% y 30% de establecimientos de salud que no cuentan con Personal profesional de enfermería. Esto es particularmente crítico en las zonas poco accesibles o inaccesibles, incluso personal SERUMS no quiere cubrir estas plazas. Se requiere un sistema de contratación con condiciones diferenciadas para atraer personal en estas zonas.

Aspectos de comunicación

Otro aspecto sugerido en el trabajo de campo, es fortalecer el tema comunicacional. Se requiere sensibilizar a la población (en particular a las madres) de la necesidad de su control de CRED, que se vea que llevar a sus hijos al control CRED es para “tener un niño feliz e inteligente”. Se recomienda que se priorice la producción de spots (tarea del MINSA) y que estos materiales se difundan en las regiones. Una situación complementaria “ideal” sería desarrollar acciones de adecuación cultural de estos mensajes, pero demandan al menos empezar con uno spot general.

Disponibilidad de equipos

Respecto a las adquisiciones de equipos, en el trabajo de campo se señalaron limitaciones en conseguir las especificaciones técnicas para estos bienes, lo que ha dificultado en cumplir oportunamente los procesos logísticos para concretar las compras. Sería recomendable que el MINSA facilite estas adquisiciones, alcanzando a las regiones dichas especificaciones. Finalmente, otra limitación fue el no contar con el SIGA Logístico actualizado.

ANEXO 2

**INFORME DEL TRABAJO DE CAMPO REALIZADO POR EL DR. OSCAR LIENDO SEMINARIO
JULIO – SETIEMBRE DEL 2012**

En el desarrollo de la EDEP CRED se identificaron algunos aspectos que requirieron ser constatados y analizados en terreno, entre los que se encuentra las razones que puedan explicar la relación entre el aumento de las coberturas del CRED y el descenso de la desnutrición crónica infantil y la escasa correlación entre el CRED y otras intervenciones ligadas.

Otros temas que requirieron de un acercamiento a la información del nivel local son la pertinencia de definiciones operacionales, la existencia y aplicación de indicadores de gestión en las Unidades Operativas, la estructura del gasto a nivel local y la participación de otras fuentes de financiamiento en el CRED.

Con este objetivo se programó la visita a tres ámbitos locales, identificados en función a la heterogeneidad de escenarios del CRED en el país.

OBJETIVO

Aportar con información de evidencia local al análisis de la EDEP del producto CRED del PAN.

AMBITOS

Los ámbitos seleccionados responden a los disímiles resultados encontrados en CRED en los departamentos, por lo que se incluyen dos provincias andinas y una amazónica, todas ellas con mejora en la cobertura del CRED pero con diferente velocidad de descenso de la desnutrición crónica infantil. En cada lugar se visitó la Dirección Regional, Unidad Ejecutora, Microrred, y dos establecimientos de salud pertenecientes a los distritos de mayor pobreza según el Mapa de Pobreza 2009 del INEI.

ÁMBITOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Departamento	Provincia	Unidad Ejecutora	Microrred	EESS
1. Pasco	Pasco	Red Salud Pasco	MR Huaríaca	PS Pallanchacra PS Ticlacayán
2. Cusco	Anta	Red Cusco Norte	MR Anta	PS Huarocondo PS Ancahuasi
3. San Martín	Lamas	Salud San Martín	MR Cuñumbuque MR Caynarachi	PS Zapatero CS Pongo del Caynarachi

METODOLOGIA

La metodología empleada fueron visitas y entrevistas al personal de las DIRESAS, DISAS, Red, Microrred y Establecimientos de Salud. Se coordinó con los responsables del nivel regional correspondiente el cronograma y personal que debía participar, incluyendo al personal directivo local del sector.

La duración del proceso de evaluación fue de tres semanas, del cual el 30% estuvo dedicado aproximadamente a preparar y estandarizar la metodología, incluyendo las guías de entrevistas, el análisis de la información y la elaboración del informe.

CRONOGRAMA (2012)

FASE	JULIO				AGOSTO				SET
	9-14	16-21	23-27	30-4	6-11	12-18	20-24	27-31	
Diseño y organización	X	X	X						
Trabajo campo				X	X	X	X	X	
Procesamiento						X			X
Ánalisis							X		X

RESULTADOS

- En la DIRESA Pasco el avance en coberturas CRED fue del 46%, mientras que en Cusco el 29%, en San Martín no había datos por el procesamiento HIS retrasado.
- El mayor avance en cobertura CRED corresponde con la reducción de la DCI en Pasco.
- Las mayores actividades de consejería y sesiones demostrativas están relacionadas con la velocidad de descenso DCI.
- El trabajo conjunto entre el nivel regional y municipios está asociado con mayor velocidad de descenso de la DCI.
- Hay limitada recuperación nutricional de niños en riesgo nutricional a pesar del aumento de coberturas CRED y disponibilidad de alimentación complementaria.
- Existe una tasa considerable de deserción en los controles CRED. Entre las causas recogidas en el trabajo de campo figuran la incapacidad de los EESS para realizar visitas domiciliarias para el seguimiento, y la migración estacional de las familias rurales (San Martín).
- Muy limitadas visitas domiciliarias para los niños en riesgo nutricional.
- La gestión y atención del CRED está integrada a otros productos y actividades de atención infantil.
- Durante las visitas de campo se constató buena demanda para el CRED. Sin embargo, no hay información disponible sobre la calidad de atención. El tiempo medio de espera de las madres para la atención CRED fue de dos horas, mientras la duración de la atención se mantuvo dentro de las normas establecidas por el MINSA.

Deserción de controles CRED

- Se constata una alta deserción en los controles CRED, del 30% y 38% en Cusco y Pasco respectivamente. No se dispone de esta información en San Martín, donde se reporta una considerable cantidad de niños procedente de familias rurales migrantes que trabajan estacionalmente en las cosechas de café y cacao, lo que origina la pérdida de continuidad en el control CRED de los niños.
- En ningún lugar visitado se encontró un registro histórico de la deserción. En todo caso se requiere mayor profundización para estudiar este fenómeno de deserción, el mismo que puede ser precozmente detectado y monitoreado correlacionando regularmente las coberturas del CRED con la vigilancia nutricional infantil del SIEN.

Recuperación nutricional de niños en riesgo nutricional

- A pesar del aumento de las coberturas CRED y alimentación complementaria disponible en todos los EESS (papilla nutricional), se constató una baja capacidad para reducir la desnutrición.
- La capacidad del CRED para incidir sobre el riesgo nutricional detectado muestra desalentadores resultados según la información de las visitas de campo.

- La información sobre la recuperación de la desnutrición crónica infantil no se utiliza para la programación de metas o actividades específicas del producto CRED.
- Los EESS carecen de normas y orientación para la recuperación nutricional de los niños detectados en riesgo o desnutridos.
- El personal de los EESS carece de tiempo para realizar visitas domiciliarias debido a la alta demanda de atenciones en los establecimientos. Se percibe desaliento para esta labor, que se considera no reconocida debidamente y representa un menor rendimiento según las normas, frente a otras acciones de cumplimiento obligatorio.
- En todos los EESS visitados de Cusco y San Martín, se constató la distribución de la papilla nutricional del PRONAA para todos los menores de tres años atendidos. Este importante recurso sin embargo no tiene seguimiento, ni es mencionado en la consejería nutricional. Solo en uno de los establecimientos (Cusco), se encontró material demostrativo (de una ONG local) para la preparación de la papilla (vajilla y cucharilla apropiadas).

Gestión del CRED

- Muchas tareas administrativas se efectúan por el personal asistencial. En las visitas de campo se constató que el personal de enfermería a cargo del CRED, tiene a su cargo registros estadísticos, programación y administración logística y aún financiera, lo que quita valioso tiempo a su labor asistencial.
- Las Unidades Ejecutoras cuentan con encargados técnicos para el PAN con el apoyo del administrador, planificador y logístico.
- La programación del CRED se hace en las Unidades Ejecutoras con el apoyo de las Microrredes.
- Las Redes y Microrredes desempeñan una importante función en la gestión y supervisión de los EESS, sin embargo carecen de personal, presupuesto y acceso a internet para realizar esta labor.
- Las actividades de consejería y sesiones demostrativas están más desarrollada en Pasco, donde se cuenta con material educativo producido en la región. Hay ausencia de materiales educativos de apoyo en las otras regiones.
- En las regiones visitadas, las municipalidades apoyan la estrategia de Centros de Vigilancia Comunal, con locales y equipamiento. En el EESS de Andahuasi, Anta, Cuzco, la municipalidad contrató personal técnico para el trabajo comunitario, modalidad que ha permitido realizar visitas domiciliarias de seguimiento, consejería a madres y el funcionamiento adecuado de los Centros de Vigilancia Comunales.

Personal

- El personal contratado para el CRED en los EESS desempeña tareas multifuncionales para la atención infantil, incluyendo inmunizaciones, suplementación de micronutrientes, desparasitación, alimentación complementaria y consejería, las que se realizan durante la atención CRED.
- Hay una alta rotación de personal por asimetrías salariales entre las regiones, cuyas diferentes escalas de remuneraciones alientan poco al trabajo en zonas rurales. En San Martín se han tenido extensas huelgas sindicales en los últimos dos años.
- A pesar del registro de actividades de personal en el sistema HIS-MINSA, la información no es procesada para analizar su dedicación y rendimiento.
- No existe una capacitación sistemática del personal de EESS. Las DIRESAS y UE carecen de planes y registros de necesidades de capacitación.
- La capacitación principal se da en los EESS mediante la lectura y estudio de los manuales técnicos del CRED del MINSA.
- El nuevo personal es capacitado en CRED, pero sus frecuentes traslados y cambios afectan los resultados.

Logística

- El proceso de adquisiciones es complejo y lento, con demoras de varios meses entre la adquisición y la distribución en los EESS y exige mucho tiempo al personal encargado del CRED en UE y Redes, entre otras razones por los escasos proveedores locales calificados.
- El control patrimonial del MINSA está siendo incorporado gradualmente al SIGA Logística.
- En todos los EESS se detectó desabastecimiento de sulfato ferroso y “Chispitas” de multi-micronutrientes.
- Se constató adecuado equipamiento para las actividades del CRED, con problemas para el mantenimiento de equipos, por sus diferentes características y marcas, al ser donados o adquiridos sin la debida orientación.

Monitoreo y supervisión

- Escasas actividades de monitoreo centrado en resultados. A nivel regional la información de recuperación nutricional se registra, mas no se monitorea ni analiza.
- En el trabajo de campo se constató en Unidades Ejecutoras y DIRESAS un retraso de casi un trimestre en el procesamiento de los indicadores de resultados. Contrastó esta limitación con el tiempo que exigen estos sistemas de información al personal de salud en el llenado de fichas y formatos, que requiere de un promedio de 2 a 3 horas diario para esta labor. En los niveles gerenciales el procesamiento de indicadores insume igualmente mucho tiempo y esfuerzo.
- Se carece de información oportuna para el monitoreo en los EESS, debido a que los indicadores del CRED son procesados manualmente, a pesar que son digitalizados a nivel de las Redes y Microrredes muchas veces solo están disponibles en tablas de EXCEL.
- La programación de actividades se efectúa mediante el sistema SIGA/PpR, mientras el registro de las actividades se efectúa en el sistema HIS del MINSA. Esta diferente fuente de datos plantea problemas para el procesamiento oportuno de los indicadores de desempeño.
- Los datos de los subproductos CRED Dosaje de Hemoglobina y exámenes parasitológicos del 2011 son parciales o no disponibles en junio del 2012.
- En las visitas de campo se encontró debilidad para monitorear la gestión del CRED, con escasa información sobre los recursos humanos y materiales asignados dentro del CRED.
- Evaluar el desempeño tropieza también con vacíos en procesos como la supervisión y monitoreo, que se registran en el HIS pero sin procesarse.
- Los sistemas informáticos del SIGA-MEF y el HIS-MINSA no están vinculados
- El presupuesto para supervisión del PAN se utiliza a nivel de DIRESAS, sin disponibilidad de recursos para las Redes y Microrredes.
- En todos los EESS visitados se constató la existencia del Padrón Nominal, el mismo que se actualiza mensualmente y orienta la programación.

VII. FICHAS DE CAMPO

La información colectada y analizada en el trabajo de campo de las DIRESAS Cuzco, Pasco y San Martín, correspondiente al periodo Enero a Junio del 2012, se presenta en las siguientes tablas e incluye a las siguientes unidades:

- **DIRESA CUSCO**
DISA Cusco Norte, Microrred (MR) ANTA, Puestos de Salud (PS) Huarocondo y Ancahuasi
- **DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN**
DISA Tarapoto, Microrredes (MR) Cuñumbuque y Caynarachi; Puesto de Salud (PS) Zapatero, Centro de Salud (CS) Caynarachi
- **DIRESA PASCO**
DISA Pasco, Microrred Huariaca, Puestos de Salud (PS) Pallanchacra y Ticlacayán

INFORMACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO. ENERO A JUNIO DEL 2012

RESULTADOS A NIVEL DEL PRODUCTO CRED

AÉREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
COBERTURA CRED < 3 AÑOS	RG	29.85%	Pendiente procesamiento manual de la información estadística del 1er semestre (4 UE y 10 redes)	44.6 %. Han disminuido casos de EDA, IRA infantil y aumentado agua segura
TASA DE RECUPERACIÓN DE RIESGO NUTRICIONAL	RG	DCI: 19,665 casos, 0 recuperados. Desnutrición Aguda: 140 casos, 0 recuperados. No hay seguimiento. Ausencia de normas para recuperación. Consultoría para recuperación del RN con bajo peso.	Pendiente	DCI: 1,160 casos, 72 recuperado (6.2%) Desnutrición Aguda: 174 casos, 46 recuperado (26.4%). Indicadores en hoja física de evaluación regional
	UE	DCI: 4,639 casos, 0 recuperados. Desnutrición Aguda 17 casos, 0 recuperados	DCI: 86 casos, 10 recuperados. Desnutrición Aguda: 41 casos, 1 recuperado	Pasco: 329 niños en riesgo, 72 recuperados (21.8%).
	MR		MR Cuñumbuque: DCI: 21 casos, 4 recuperados Desnutrición Aguda: 15 casos, 0 recuperados	
	ES	Ancahuasi: 139 casos DCI, 0 recuperados	Zapatero: 10 niños con riesgo nutricional, ninguno recuperado	Ticlacayán: casos registrados
		Huarocondo: 30 casos DCI, 0 recuperados	Caynarachi: N/D	Pallanchacra: casos registrados, es más fácil recuperar niños menores de 3 años
TASA DE DESERCIÓN CRED	RG	Menor 1 año: 30%; 1 año: 22%; 2 años: 26%. No se da seguimiento, solo se monitorea la meta.	N/D	< 1 año: 38%, 1 año: 38%, 2 años: 51. Indicadores en hoja física de evaluación regional
	UE	No hay seguimiento para conocer la tasa de deserción	< 1 año: 56%, 1 año: 51.3% , 2 años: 40.5%	
	MR		Cuñumbuque: <1 año: 23.8%, 1 año: 38%, 2 años:	

RESULTADOS A NIVEL DE SUBPRODUCTOS CRED

ÁREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
VISITA DOMICILIARIA	RG	9,755/28,241: 34.5% Visita registrada en HIS como como Niño Visitado	N/D Pendiente de procesamiento (solo 1er trimestre).	2012: 13,163/ 440: 3.5% Visitas ligadas a sesiones demostrativas
	UE		3,492 programadas, 8 visitas registradas. Bajas vistas por escasez de personal y huelgas	
CAUSA DE DESERCIÓN CRED		Falta visita domiciliaria. Migración. Baja sensibilidad de padres. Los controles son irrecuperables. Falta de seguimiento. Falta de cupo para atención.	Migración.	Migración.
EXAMEN DE HEMOGLOBINA, HECES, TEST DE GRAHAM TRATAMIENTO DE PARASITOSIS	RG	Hemoglobina: 41. %, Heces: 2.3 %; Graham: 6%. Desparasitación: no hay meta física, profilaxis a partir de los 12 meses: 2,381.		
	UE	Hemoglobina: 38 % (8,205/21,459)		
	ES	Ancahuasi: laboratorio disponible y operativo. Albendazol disponible Huarocondo: sin laboratorio, refieren a CS Anta: Albendazol disponible.		
ATENCIÓN AL DESARROLLO	RG	No hay registro ni seguimiento en el HIS. Existe hoja de transferencia.		
	ES	Activo, con apoyo material, orientación metodológica.		
	CM	Activo en Centros de Vigilancia Comunal.		

		CONSEJERÍA		
ÉREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
CONSEJERÍA	RG	No registradas	491 sesiones demostrativas y educativas	28,065 consejerías individuales, 1,720 sesiones demostrativas con 18,389 beneficiarias. Material educativo local desarrollado: rotafolio de campo y de escritorio. Aplicación masiva de sesiones demostrativas mediante CRED colectivo para beneficiarias del PIM, Vaso de Leche, PRONEI, Wawa-Wasi
	ES	Consejería verbal (7 minutos). Se carece de material educativo local. Se carece de vocabulario quechua para la consejería. No se realiza CRED comunitario.	Se carece de material educativo. TV y video desaprovechados en espacios de espera de EESS. No se realiza CRED comunitario.	CRED colectivo en CS de Huariaca Consejería individual con material educativo
	CM	Ancahuasi: Sesiones demostrativas en CENTROS DE VIGILANCIA COMUNAL, trabajo con madres. 2 agentes comunitarias apoyan. Carecen de material educativo adecuado	Zapatero: Carecen de material educativo adecuado para consejería. Hay Guías para sesiones demostrativas, tazones para papilla	Pallanchacra: Material educativo local apropiado para consejería
		Huarocondo: sesiones demostrativas mensuales a madres de Juntos. Carecen de material educativo adecuado para consejería	Caynarachi: Carecen de material educativo adecuado para consejería	Ticlacayán: Material educativo local apropiado para consejería

MODELO DE ATENCION

AÉREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
ATENCIÓN INTRAMUROS	ES	Ancahuasi: atención 6 horas diarias, 25 controles CRED/día. Promedio atención: 20 minutos. Inmunización integrada. 70% del tiempo de enfermera dedicada al CRED. Tiempo de espera de madres: 2 a 3 horas	Zapatero: Inmunización integrada Tiempo de espera de madres: 2 a 3 horas. Seis horas diarias de atención	Ticlacayán: Inmunización integrada Mantenía trabajo con CRED e inmunizaciones comunitarias, ahora aumentó la deserción.
		Huarocondo: atención dos turnos de 6 horas, 160 a 190 niños por mes. Inmunización integrada. 30 a 40 minutos por atención, Tiempo de espera de madres: 2 a 3 horas	CS Caynarachi: Atención CRED por auxiliar de enfermería. Inmunización integrada. Tiempo de espera: 2 a 3 horas. TV y Video en salas de espera	Pallanchacra: Inmunización integrada 12 horas diarias de atención
ATENCIÓN EXTRAMUROS	RG	Prejuicios para el CRED extramuros. Plan de Incentivos con 60 Centros de Vigilancia Comunal en 29 municipios (Norma MEF 1 por municipio)		El año 2011 hubo inversión de fondos propios y de Incentivos Municipales para CRED, este año sólo para Centros de Vigilancia Comunal
	MR	Ausencia de directivas para inversión de Incentivos municipales, el alcalde anterior montó un CS paralelo CLAS limitado en proyección comunitaria por exigencia de rendimiento económico en atención intramuros	Limitada coordinación con municipalidades	Huariaca: antes se hacía CRED con PAI, ahora aumentó la tasa de deserción. 18 Centros de Vigilancia Comunal programados
	ES	A cargo de SECIGRA-sicología		
	CM	Ancahuasi: Centro de Vigilancia Comunal en zona periurbana, con equipamiento y materiales. Agentes comunitarios capacitados, equipados y supervisados por ONG Plan Internacional. Se trabaja con madres de JUNTOS y Vaso de Leche. Juntas Vecinales sin capacitación. Municipalidad contrata facilitadoras para trabajo comunitario.	Zapatero: no hay Centros de Vigilancia Comunal en periferia	Ticlacayán: Dos Centros de Vigilancia Comunal en periferia, se duplican con Cuna Más. Coordinación local con Caritas y Juntos. AISPED (4 equipos: 2 en Puna y 2 en Selva)
		Huarocondo: Municipalidad contrata a facilitador para Centro de Vigilancia Comunal y agentes. 18 agentes comunitarios capacitados. Dos grupos de madres. Nueve Juntas vecinales sin capacitación.	Caynarachi: 10 Juntas vecinales hace 2 años. Municipalidad: financia un Centros de Vigilancia Comunal, programas radiales. Presupuesto Incentivos Municipales 2012: S/. 170,000	Pallanchacra: Dos Centros de Vigilancia Comunal en periferia

MICRONUTRIENTES Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

AREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
MICRO-NUTRIENTES	ES	PS Ancahuasi: Desabastecimiento de sulfato ferroso, Chispitas: distribución suspendida. Vit A: abastecidos y distribuida	PS Zapatero: Desabastecimiento de Vit. A y Chispitas	PS Ticlacayán Desabastecimiento de Vit. A y Chispitas
		PS Huarcondo: Desabastecimiento de sulfato ferroso, Chispitas: distribución suspendida. Vit A: abastecidos y distribuida	PS Caynarachi: Desabastecimiento de Vit. A y Chispitas	PS Pallanchacra: Desabastecimiento de Vit. A y Chispitas
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	RG	Dato no registrado. No hay directivas para incluir la papilla nutricional en la consejería	Dato no registrado. No hay directivas para incluir la papilla nutricional en la consejería	Dato no registrado No hay directivas para incluir la papilla nutricional en la consejería
	ES	Ancahuasi: papilla nutricional 100% menores de 3 años (PIM), 30 raciones por mes. Existe vajilla demostrativa en Centros de Vigilancia Comunal. Madres comparten en familia al aceite donado para enriquecer la dieta del niño	Zapatero: papilla nutricional 100% menores de 3 años (PIM), 30 raciones por mes	Ticlacayán: papilla nutricional 100% menores de 3 años (PIM), 30 raciones por mes
		Huarcondo: papilla nutricional 100% menores de 3 años (PIM). 30 raciones por mes	Caynarachi: papilla nutricional 100% menores de 3 años (PIM), 30 raciones por mes	Pallanchacra: papilla nutricional 100% menores de 3 años (PIM), 30 raciones por mes

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

AREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
REGISTRO NIÑOS EN SIS	RG	Dato no registrado, SIS ayuda a captar a < 1 año y financia atención (S/ 5 por visita urbana y S/. 6 visita rural)	Dato no registrado	Dato no registrado
	UE		Reembolso administrado para revertir medicamentos a cada establecimiento	
	ES	SIS: baja cobertura, inscripción lenta (3 meses)	Cobertura limitada, el trámite de inscripción puede tardar hasta un año por falta de acceso a internet (PS Zapatero y MR Cuñumbuque).	
TRABAJO CONJUNTO ATENCIÓN CRED	RG	Existe un Consejo Regional de Seguridad Alimentaria (CORSA) desde el 2008 con un Plan Operativo Anual. Se coordina con Plus Petrol en La Convención	Reciente estrategia regional PAINMI 2012-2014 (Programa de Acciones Integrales para mejorar la Nutrición Infantil), con 37 distritos priorizados. Tiene equipo técnico multisectorial y convenio con los municipios.	Implementación de estrategia CRECER 2008-2010: avances en equipamiento y capacitación. Proyecto de Mineras: 10% de EESS (Consejería, vigilancia, municipios). El Canon minero no está relacionado a nutrición. Luego de terminar CRECER se perdió coordinación con JUNTOS
	ES	Alta inversión municipal dentro de lineamiento MEF para inversión en nutrición, facilitadores contratados. Coordinación con ONG Plan Internacional. Ayuda en Acción y WARA. Ficha de seguimiento conjunto MINSA/JUNTOS. Coordinación activa con JUNTOS.		Alta inversión municipal dentro de lineamiento MEF para inversión en nutrición, facilitadores contratados. ESSALUD: mantiene norma de 6 controles para < 1 año

PERSONAL PARA GESTIÓN PAN/CRED

ÁREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
PERSONAL	RG	Encargada: Enfermera TC (PAN/CRED) desde hace un año. Cinco Unidades Ejecutoras: Cusco Norte, Cusco Sur, La Convención, Canchis y Quimbiri	Encargada: Enfermera (PAN/CRED) 4 Unidades Ejecutoras y 10 redes	Encargada: Enfermera 3 Unidades Ejecutoras
	UE	Equipo: encargada técnica PAN, administrador, planificador y logístico. Programación del CRED: se hace en este nivel con participación de la Micro Red. Limitada participación de EESS en programación de recursos	Red de 100 EESS. Equipo: encargado técnico del PAN, administrador, planificador y logístico. Programación del CRED se hace en este nivel con participación de la Microrred. El PIA cubre solo el 15% de las necesidades en RRHH	Equipo: encargada técnica PAN, administrador, planificador y logístico. Programación del PRODUCTO/CRED: se hace en este nivel con participación de la Microrred
CAPACITACIÓN	RG	Falta rectoría del nivel central. No hay Plan de Capacitación. Definición operacional para Capacitación CRED solo funcionó hasta el 2010. Ausencia de registros y seguimiento de capacitados	Delegada a Unidades Ejecutoras Se ha capacitado en Atención del Niño al 100% de profesionales y técnicos	Plan anual de capacitación a cargo de equipo Etapa de Vida Niño
	MR	Encargos de la capacitación de EESS Replican las capacitaciones recibidas, con 5 réplicas en primer semestre 2012		
	ES	Huarocondo: La enfermera no ha recibido ninguna capacitación, sólo lecturas de manuales.		

MONITOREO Y EVALUACIÓN

ÁREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
MONITOREO Y EVALUACIÓN	RG	Procesamiento manual de indicadores. Análisis trimestral incluye todo el PAN, hasta Micro Redes con recursos del producto Monitoreo, Supervisión y Evaluación del PAN	Procesamiento manual de información. Carecen de recursos para supervisión. Tiene <i>Indicadores Trazadores</i> para evaluación semestral.	Ausencia de boletín del HIS. Procesan manualmente indicadores
	UE	El monitoreo es de gabinete	Ejecutan presupuesto de supervisión Recién instalado el HIS para Atención Integral del Niño	Procesan manualmente indicadores
	MR	Encargados de la supervisión a EESS con recursos del PAN. Sólo una reunión anual de evaluación	MR Cuñumbuque: Sin internet, con técnico en estadística. HIS no registra abandonos de controles CRED	Procesan manualmente indicadores
	ES	Ancahuasi: No se monitorea deserción de controles, ni recuperación nutricional	Zapatero: No se monitorean deserción de controles, ni recuperación nutricional. Libro de Seguimiento para < 3 años: vacunas, micronutrientes y controles	Ticlacayán: Monitoreo de deserción y recuperación nutricional Llevan un Cuaderno de Registro extramuros
		Huarocondo: No se monitorea deserción de controles, ni recuperación nutricional. Una visita de supervisión recibida de la MR Anta	Caynarachi; No se monitorea deserción de controles, 20% de recuperación nutricional .Libro de Seguimiento para < 3 años: nombre, vacunas, micronutrientes y controles. Si migran lo marcan en rojo	Pallanchaca: Monitoreo de deserción y recuperación nutricional Llevan un Cuaderno de Registro de trabajo extramuros

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ÁREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
SISTEMAS SIGA, SIAF, HIS, PADRÓN NOMINAL	RG	Redes sin acceso a SIGA, dependen del sectorista PpR del MEF para conocer metas físicas. HIS se consolida mensualmente. No siguen metas físicas del SIGA. Padrón Nominal existe desde el 2009	No se tiene acceso a “cubos” del SIGA	SIGA PpR no instalado. Sin acceso a “Cubos”. Reciben información del sectorista MEF para evaluaciones SIS: no procesa datos CRED en menores de 3 años
	UE	HIS CRED se usa desde el 2011 SIGA (Prog./Ejec./Logística y Patrimonio): inventario no cargado. No se manejan cubos del SIGA. HIS/SIS: % atención con SIS. HIS/SIGA no se usa para avance metas. SIEN en EESS. SIGA en UE. SE usó coberturas SIS 2011 para corregir al Padrón Nominal. Internet: 11 de 82 EESS	Padrón nominal utilizado a partir de Febrero del 2012. Utilizan población proyectada del INEI. No se manejan cubos del SIGA	Padrón nominal en uso No se manejan cubos del SIGA
	MR	Digitación del HIS Internet desde hace 2 meses (SIS)		
	ES	Ancahuasi: Padrón Nominal desde el 2012, antes tenían población sobre- estimada, actualización mensual. Cuando un niño se cambia de EESS desaparece su información anterior. Dos horas diarias dedicadas a llenar formularios. Tienen computadora. Sin internet.	Zapatero: Padrón Nominal activo Tienen computadora. Sin internet	Pallanchacra: Padrón Nominal activo Tienen computadora
		Huarocondo: Padrón Nominal activo, 238 niños. Campañas de inscripción con RENIEC. No comparte el Padrón Nominal con Juntos	Caynarachi: Padrón Nominal activo Tienen computadora. Carece de internet	Ticlacayan. Padrón Nominal activo Tienen computadora

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
PIM	RG	2009-PIM: 2'060,398 EJEC: 97.6% 2010-PIM: 7'538,678 EJEC: 96.6% 2011: PIM: 4'2999,606 EJEC: 87%. Total Ejec.: 13'038,648. Menores 5 años: 134,180. Per cápita: S/. 92.2	2009-PIM: 1'498,027 EJEC: 99.7% 2010: PIM: 3'472,601 EJEC: 96.6% 2011- PIM: 4'025,098 EJEC: 83.3% Total Ejec: 8'206,882. Menores 5 años: 84,053, Per cápita: S/ 97.6	2009-PIM: 353,110 EJEC: 09.5% 2010-PIM: 2'409,038 EJEC: 96.5% 2011- PIM: 2'259,013 EJEC: 91,8% Total Ejec.: 4'993,092 Menores 5 años: 33,813, Per cápita: S/.147.6
PIA	UE	PIA de 45 millones solicitados el 2012 para 6 Progs. Presupuestales solo han recibido 6 millones		
GENÉRICAS GASTO	MR	-Personal: 12.3 % -Bienes y servicios: 62 % -Transferencias y Donaciones: 25.4%	-Personal: 40.1% -Bienes y servicios: 38.2% -Transferencias y Donaciones: 21.7%	-Personal: 5.0% -Bienes y servicios: 87.4% -Transferencias y Donaciones: 7.6%
PERSONAL	RG	Alta tasa de renuncias (30%) del personal CAS/CRED. Reporte HIS/Personal: no se monitorea Se ha creado una Escala Regional de contratos CAS para evitar inequidades en salarios (5 escalas). Hasta el 2011 enfermeras con sueldos de S/ 600 (CAS), 2012 s/ 1,300 -1,500	Alta tasa de renuncias de personal CAS 2011: huelga regional de un mes 2012:Huelga regional de tres meses Política RRHH: se mantiene al personal profesional y se renueva al técnico entre cambios de año presupuestal.	Alta tasa de renuncias del personal CAS/CRED Esfuerzos de DIRESA por disminuir inequidades en salarios Fuga de personal a Huánuco por mejores salarios.
	UE	10% de renuncias de personal mensual por bajos salarios (S/. 600). Escala nueva Enf. S/ 1,200 y medico S/ 2,200. 7 % de enfermeras dedicadas al CRED. Contratos de personal con fondos SIS prohibidos	Escasos recursos operativos luego de separación (2011) de la DIRESA Moyobamba y Hospital de Tarapoto.	
	ES	Huarocondo: atención integrada de dos enfermeras, la enfermera CRED renunció	Zapatero: no hay enfermera, municipalidad contrató una durante el 2011, luego fue prohibido por el MEF?	Pallanchacra: atención integrada
		Ancahuasi: atención integrada de tres enfermeras	Caynarachi: atención integrada	Ticlacayán: atención integrada

LOGÍSTICA Y EQUIPAMIENTO

ÁREA	NIVEL	DIRESA CUSCO	DIRESA MOYOBAMBA - SAN MARTÍN	DIRESA PASCO
LOGÍSTICA	RG	SIGA/ logística no ha cargado el inventario		SIGA/LOGISTICO: sólo para cadena de frio. Proveedores limitados, solo 1 (fletes). Lista de insumos rígida. Almacenaje deficiente. Barreras para comprar Hemoque de EESS. Proceso compra: Marzo (adquisición), Mayo (recepción) Junio/Julio (distribución a 139 EESS)
	UE		SIGA Logística: inventario no actualizado	Distribución engorrosa (Tablas de costos por cada EESS)
EQUIPOS	ES	PS Ancahuasi: balanzas electrónicas no calibradas, falta pantoscopio	PS Zapatero: adecuado	PS Ticlacayán: Equipo adecuado, material donado no apropiado (balanzas)
		PS Huarcondo: falta mesa para el tallímetro	PS: Caynarachi: adecuado	PS Pallanchacra: Equipo médico adecuado,
	CM	Centros de Vigilancia Comunal implementados	Centros de Vigilancia Comunal implementados	Centros de Vigilancia Comunal implementados

RIESGO NUTRICIONAL Y RECUPERACIÓN NUTRICIONAL. REGIÓN PASCO. 2012

DIAGNÓSTICO	EDAD	TOTAL	META	NÚMERO	COBERTURA (%)
Niños en riesgo nutricional	< 1 a	969	15%	329	34.0%
	1 a	980	15%	338	34.5%
	2 - 4 a	2,990	15%	542	18.1%
Niños en riesgo nutricional recuperados	< 1 a	969	100%	72	7.4%
	1 a	980	100%	62	6.3%
	2 - 4 a	2,990	100%	137	4.6%
Recién nacidos con bajo peso al nacer	< 28 d	646	10%	89	13.8%
Niños con bajo peso al nacer recuperados	< 28 d	646	100%	47	7.3%
Niños con desnutrición aguda	< 1 a	646	10%	43	6.7%
	1 a	653	10%	62	9.5%
	2 - 4 a	1,993	10%	69	3.5%
Niños con desnutrición aguda recuperados	< 1 a	323	50%	10	3.1%
	1 a	261	40%	11	4.2%
	2 - 4 a	997	40%	25	2.5%
Niños con desnutrición global	< 1 a	323	5%	105	32.5%
	1 a	653	10%	89	13.6%
	2 - 4 a	997	5%	96	9.6%
Niños con desnutrición global recuperados	< 1 a	162	50%	31	19.1%
	1 a	261	40%	23	8.8%
	2 - 4 a	399	40%	29	7.3%

Fuente: DIRESA Pasco, 2012

INDICADORES NUTRICIONALES DE LA REGIÓN PASCO. 2012

ACTIVIDAD	EDAD	TOTAL	META	NÚMERO	COBERTURA
Atendidos	< 1 año	6,463	100%	2,562	39.6%
	1 año	6,532	100%	2,228	34.1%
	2 - 4 año	19,933	100%	4,220	21.2%
Atenciones	< 1 año	71,093	11	17,352	24.4%
	1 año	39,192	6	9,191	23.5%
	2 año	26,372	4	5,730	21.7%
	3 año	26,588	4	4,749	17.9%
	4 año	26,792	4	4,018	15.0%
Controladas	< 1 año	6,463	100%	1,653	25.6%
	1 año	6,532	100%	1,442	22.1%
	2 año	6,593	100%	1,480	22.4%
	3 año	6,647	100%	1,155	17.4%
	4 año	6,693	100%	1,041	15.6%
Lactancia materna exclusiva	6º Mes	4,201	65%	1,474	35.1%
Riesgo nutricional	< 1 Año	969	15%	329	34.0%
	1 Año	980	15%	338	34.5%
	2 - 4 Año	2,990	15%	542	18.1%
Riesgo nutricional recuperado	< 1 Año	969	100%	72	7.4%
	1 Año	980	100%	62	6.3%
	2 - 4 Año	2,990	100%	137	4.6%
Recién nacido atendidos con CRED	7 Días	6,463	100%	1,389	21.5%
	14 Días	6,463	100%	1,294	20.0%
Recién nacidos con bajo peso al nacer		646	10%	89	13.8%
Niños con bajo peso al nacer recuperados		646	100%	47	7.3%

Fuente: DIRESA Pasco, 2012

RIESGO NUTRICIONAL Y RECUPERACIÓN NUTRICIONAL REGIÓN CUSCO. 2012

GRUPO DE EDAD	GANANCIA INADECUADA DE PESO		GANANCIA INADECUADA DE TALLA		DESNUTRICIÓN AGUDA		DESNUTRICIÓN CRÓNICA	
	DX.	RECUP.	DX.	RECUP.	DX.	RECUP.	DX.	RECUP.
	P/E	P/E	T/E	T/E	P/T	P/T	T/E	T/E
RECIÉN NACIDO >2,500 GR	234	3						
< 1 AÑO	782	3	1,574	6	46	0	3128	0
1 AÑO	865	6	1,819	5	34	0	6013	0
2 AÑOS	843	7	1,879	4	31	0	5322	0
3 AÑOS	371	1	889	2	19	0	2848	0
4 AÑOS	332	0	806	2	10	0	2364	0

Nota: DX: Diagnosticados; Recup: Recuperados; P/E: Peso por edad; T/E: Talla para la edad;

Fuente: DIRESA Cuzco, Datos HIS. 2012

ANEXO 3

DEFINICIONES OPERACIONALES DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES. 2014

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL - MUNICIPIOS SALUDABLES						
MODELO OPERACIONAL DEL PRODUCTO						
Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033248)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Concejo municipal y comité multisectorial de distritos de quintil de pobreza 1 y 2					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención de categoría I-2, I-3 o I-4 que tenga el mayor nivel de complejidad (guarda relación estrecha con la categoría) en el distrito y/o se encuentre más cercano a la Municipalidad. En el caso que exista más de un Establecimiento de Salud con estas características se debe utilizar las 2 condiciones (categorización y cercanía).					
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Número de Municipios que participan en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de salud en alimentación y nutrición saludable					
Indicadores de desempeño del producto	Cobertura de Municipios que participan en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación en promoción de salud en alimentación y nutrición saludable					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Para la realización de estas actividades, la Red y/o Microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes temas: Gestión territorial y determinantes sociales de la salud, Políticas Públicas (diseño, implementación y evaluación) y Orientación de la inversión pública.</p> <p>Para el desarrollo de las actividades se utiliza los siguientes documentos normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RM 457-2005/MINSA Programa de Municipios y Comunidades saludables. • Guía metodológica para la implementación de municipios saludables. DGPS-MINSA, 2006. 					
2. Organización para la entrega del producto	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA: Elabora y aprueba el marco técnico normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • Redes de Salud y GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la 					

	<p>disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Redes y Microrredes de salud: Brinda capacitación al personal de salud en temas de Gestión territorial y Determinantes Sociales de la Salud, Políticas Públicas (diseño, implementación y evaluación) y Orientación de la inversión pública. Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido al Consejo Municipal y Comité Multisectorial, para promover prácticas y generar entornos saludables para el cuidado infantil y la adecuada alimentación. Gobierno local: Con la asistencia técnica del personal de salud, lidera procesos participativos identificando las intervenciones y orientando la inversión municipal que permitan generar las condiciones para promover prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
<p>3. Criterios de programación</p>	<ul style="list-style-type: none"> 100% de los Concejos Municipales de los distritos más pobres quintil 1 y 2 de pobreza. Se podrá programar a los Concejos municipales de los otros distritos (quintil 3 a 5 de pobreza), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado como problema prioritario la desnutrición crónica infantil. 100% de los Comités multisectoriales de los distritos más pobres quintil 1 y 2. Se podrá programar a los Comités multisectoriales de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la desnutrición crónica como problema prioritario.
	<p>Fuente de información para la programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html) Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe) <p>Análisis de Situación de Salud distrital y/o provincial</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto se obtiene de la actividad trazadora: CONCEJO MUNICIPAL Y COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADO PARA PROMOVER EL CUIDADO INFANTIL</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	

ANEXO 4

DEFINICIONES OPERACIONALES DEL PRODUCTO CRED. 2014

PRODUCTO 7: NIÑOS CON CRED COMPLETO PARA SU EDAD

Denominación del producto		NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255)			
Grupo poblacional que recibe el producto		Niños menores de 36 meses del ámbito nacional (según criterio de programación)			
Responsable del diseño del producto		MINSA			
Responsable de la entrega del producto		MINSA, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.			
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)		GN	X	GR	X
Indicador de producción física de producto		Proporción de niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad. (Niños de 01 a 11 meses 01 control por mes/11 controles, niños de 12 a 23 meses 01 control cada 2 meses/6 controles y niños de 24 a 35 meses 01 control cada 3 meses)			
Indicadores de desempeño del producto		Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad.			
Modelo operacional del producto		Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro.			
1. Definición operacional		<p>Niños con CRED completo según edad, es aquel niño o niña que de acuerdo a su edad tiene controles de crecimiento y desarrollo completos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Niños de 01 a 11 meses 01 control por mes. * Niños de 12 a 23 meses 01 control cada 2 meses. * Niños de 24 a 35 meses 01 control cada 3 meses. <p>El Control de crecimiento y desarrollo es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño a fin de identificar de manera precoz y oportuna factores riesgos, alteraciones o trastornos, presencia de enfermedades, facilitar su diagnóstico e intervención oportuna; así mismo promover la mejora de las prácticas de cuidado y alimentación del niño a través de la consejería, la misma que forma parte del control.</p>			
<p>El Control de crecimiento y desarrollo incluye:</p> <p>Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Examen Físico. ➤ Detección de enfermedades prevalentes u otras alteraciones físicas. ➤ Descarte de Anemia y parasitosis a través del dosaje de hemoglobina o a partir de los 6 meses una vez por año y examen seriado de heces (tomar tres muestras y analizarlas por método directo y por técnica de sedimentación espontánea en tubo) y Test de Graham a partir de los 12 meses una vez por año. ➤ Detección de problemas sensoriales (visuales, auditivos) ➤ Detección de signos de violencia familiar y maltrato infantil. 					

ANEXO 5
REUNIONES Y TALLERES DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES

REUNIONES	
CONSEJO MUNICIPAL CAPACITADO	COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADO
Una reunión de Inducción realizada en el local Id. municipal, de 2 horas efectivas cada una.	
Una reunión de Organización de 4 horas realizada Id. en el local municipal.	
Tres reuniones de Planificación realizadas en el Id. local municipal, de 4 horas efectivas cada una.	
<ul style="list-style-type: none"> – Dos reuniones de monitoreo a las acciones realizadas por el municipio y la comunidad, de 2 horas efectivas cada una 	<ul style="list-style-type: none"> – Dos reuniones de evaluación de las acciones realizadas en el marco de la gestión local de salud con enfoque territorial, de 2 horas efectivas cada una, realizadas en el local municipal
<ul style="list-style-type: none"> – Dos reuniones de Evaluación de las acciones realizadas en el marco de la Gestión Local de Salud con enfoque territorial, de 2 horas efectivas cada una, realizadas en el local municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dos reuniones de monitoreo a las acciones realizadas por el municipio y la comunidad, de 2 horas
TALLERES	
CONSEJO MUNICIPAL CAPACITADO	COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADO
<ul style="list-style-type: none"> – Un taller anual realizado en el local municipal, Id. de 4 horas efectivas, sobre Gestión Local de Salud con enfoque territorial y Generación de Políticas Públicas. 	
<ul style="list-style-type: none"> – Un taller anual realizado en el local municipal de 4 horas efectivas, sobre Orientación de la inversión pública (Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal y Presupuesto Participativo entre otros), hacia las Intervenciones y Proyectos de inversión pública social simplificados; que promuevan entornos adecuados para el desarrollo de prácticas saludables para el cuidado infantil, con énfasis en lactancia materna y alimentación complementaria. 	
<ul style="list-style-type: none"> – Un taller anual realizado en el local municipal, Id. de 18 horas efectivas, sobre Formulación de Proyectos de inversión pública simplificados. 	

ANEXO 6

MATRIZ DE INDICADORES DE DESEMPEÑO RELACIONADOS AL CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES

DESCRIPCIÓN	INDICADOR DE DESEMPEÑO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
RESULTADOS		
Resultado Final		
Disminución de desnutrición crónica en niños menores de 60 meses de edad	Proporción de desnutrición crónica en menores de 5 años	ENDES
Resultado Intermedio		
Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses de edad	Proporción de menores de 6 meses con lactancia exclusiva Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia	ENDES ENDES
Resultado Inmediato		
1. Mayor número de comunidades que promueven prácticas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación para el menor de 36 meses de edad	No existe	No existe
2. Mayor número de hogares que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> – Proporción de niñas y niños con vacunas completas para su edad. – Proporción de niños menores de 36 meses con CRED completo de acuerdo a su edad – Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad que recibió suplemento de hierro. 	ENDES
PRODUCTOS		
Producto 1.1. Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	No existe	No disponible
Producto 2.1. Niños con CRED completo para su edad	Proporción de niños menores de 36 meses de edad con CRED completo para su edad	ENDES
Sub-productos Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación		
Consejo Municipal capacitado en Gestión local para la elaboración de PIP y políticas públicas – PAN	No existe	No existe
Comité Multisectorial capacitado en Gestión local para promover acciones de cuidado infantil	No existe	No existe
Sub- productos Niños con CRED completo para su edad		

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

Niño CRED < 1 año	Niño menor de un año con CRED completo para su edad.	SIA SIS-MINSA
Niño 1 año con CRED completo	Niño de un año con CRED completo para su edad.	SIA SIS-MINSA
Niño CRED 2 años	Niño de 2 años con CRED completo para su edad.	SIA SIS-MINSA
Visita Domiciliaria de seguimiento CRED	No existe	No existe
Dosaje de hemoglobina	No existe	No existe
Test de Graham	No existe	No existe
Examen seriado de heces	No existe	No existe

Fuente: Anexo 2 Contenidos Mínimos del Programa Articulado Nutricional-MINSA 2013

ANEXO 7
PRODUCTOS DEL PAN SEGÚN RESULTADOS INTERMEDIOS

RESULTADOS INTERMEDIOS	PRODUCTOS DEL PAN
Gestión y Monitoreo (4)	3033244: Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición 3033247: Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición 3044276: Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa articulado nutricional 3033255: Niños con CRED completo según edad 3033252: Hogares con cocinas mejoradas 3033254: Niños con vacuna completa 3033260: Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano 3033308: Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano 3033310: Hogares con acceso a saneamiento básico (letrinas) 3033311: Atención de infecciones respiratorias agudas 3033312: Atención de enfermedades diarreicas agudas 3033313: Atención de infecciones respiratorias agudas con complicaciones 3033314: Atención de enfermedades diarreicas agudas con complicaciones 3033315: Atención de otras enfermedades prevalentes 3033414: Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal
Control de morbilidad (11)	3033256: Niños Con suplemento de hierro y vitamina a 3033258: Control de calidad nutricional de los alimentos 3033259: Niños Menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria 3033413: Madres lactantes atendidas con complementación alimentaria 3033245: Calificación de municipios saludables 3033248: Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación 3033249:Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación 3033250: Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación 3033251: Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses
Alimentación Adecuada (4)	3033317: Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico 3033318: Gestantes atendidas con complementación alimentaria
Cuidado adecuado (5)	
Reducción de bajo peso al nacer (2)	

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Página amigable del MEF

ANEXO 8

LISTADO DE INSUMOS PRIORIZADOS PARA LA ATENCIÓN DE CRED

GRUPO	CÓDIGO DEL ÍTEM/FAMILIA	ITEM CATÁLOGO B/S
1	13920010	Jabón germicida líquido o similar
2	13920016	Papel toalla
	317500100331	
3	396400500004	Campanilla de bronce
	396400500005	
4	475100015858	Carné de atención integral de la niña
5	475100015857	Carné de atención integral del niño
6	475100016169	Libro registro y seguimiento de atención integral niño de 0 a 5 años
7	317500130286	Batería para evaluación de desarrollo del niño de 0 a 30 meses
	317500130274	
8	317500130272	Test de desarrollo de niño
9	497000020267	Cinta métrica para medidas antropométricas de 2 cm x 150 m
10	470300060283	Tríptico alimentación del niño
11	470300060452	Tríptico estimulación temprana y CRED
12	47510001	Historia clínica
13	51200018	Laminas y laminillas para uso en laboratorio
14	51200037	Lanceta retráctil descartable pediátrica
15	51200026	Microcubeta
16	710300010042	Cinta adhesiva transparente 2" x 75 yd

ANEXO 9

% DE INSUMOS CRÍTICOS CRED ADQUIRIDOS POR UNIDADES EJECUTORAS DE DIRESA O DISA. 2012-2013

DEPARTAMENTO	DIRESA/DISA	2012 (%)	2013 (%)
Huancavelica	Huancavelica	48	51
Arequipa	Arequipa	39	47
Tacna	Tacna	47	47
Pasco	Pasco	48	46
Ayacucho	Ayacucho	30	43
Puno	Puno	45	43
Junín	Junín	42	42
Moquegua	Moquegua	42	42
Amazonas	Amazonas	41	41
San Martín	San Martín	36	41
Loreto	Loreto	45	40
Cajamarca	Cajamarca	51	39
Cusco	Cusco	43	38
Piura	Piura	40	38
Lima	Lima sur	31	36
Ica	Ica	38	35
Ancash	Ancash	38	34
Lambayeque	Lambayeque	38	34
La libertad	La libertad	33	32
Madre de dios	Madre de Dios	38	31
Ucayali	Ucayali	33	31
Huánuco	Huánuco	25	29
Lima	Lima	24	29
Lima	Lima este	31	29
Apurímac	Apurímac	15	25
Lima	Lima ciudad	22	22
Callao	Callao	19	16

Fuente: SIGA 2013

ANEXO 10

POBLACIÓN NACIONAL PROYECTADA DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS. 2013-2015

EDAD	2013	2014	2015
Menor de 1 año	578,898	573,681	569,385
Un año	577,333	572,433	568,334
Dos años	579,653	575,210	571,351
Total	1,735,884	1,721,324	1,709,070

Fuente: Anexos 2 del PAN. MINSA. 2014

ANEXO 11

POBLACIÓN DE MENORES DE 36 MESES DE EDAD POR DEPARTAMENTO. 2011-2013

Departamento	2011	2012	2013
Amazonas	28,692	28,134	27,470
Áncash	69,266	68,396	67,410
Apurímac	32,106	31,592	30,978
Arequipa	62,315	62,280	62,210
Ayacucho	48,495	47,799	46,992
Cajamarca	99,531	97,377	95,053
Callao	47,082	46,861	46,595
Cusco	79,219	77,823	76,272
Huancavelica	41,347	41,026	40,630
Huánuco	58,983	58,157	57,216
Ica	41,889	41,358	40,829
Junín	87,190	86,857	86,515
La Libertad	105,004	103,942	102,787
Lambayeque	67,842	66,919	65,965
Lima	473,869	633,788	475,443
Loreto	73,019	71,383	69,559
Madre de Dios	7,913	7,875	7,821
Moquegua	8,234	8,174	8,114
Pasco	19,588	19,336	19,110
Piura	114,440	113,333	112,142
Puno	91,443	89,962	88,384
San Martín	50,656	50,021	49,223
Tacna	17,455	17,265	17,043
Tumbes	12,320	12,253	12,155
Ucayali	28,914	28,260	27,576
Total	1,768,823	1,912,183	1,735,505

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA

ANEXO 12
DÉFICIT DE NUTRIENTES SEGÚN NIVEL DE POBREZA, NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD
2012-2013

NIVEL DE POBREZA	TIPO DE DEFICIT DE NUTRIENTES		
	ENERGÍA	GRASA	PROTEÍNA
Pobre extremo	76.5	70.3	18.1
Pobre no extremo	65.1	55.9	9.8
No Pobre	59.3	52.6	7.8
Nacional	62.4	55.0	9.3

Fuente: VIN 2012-2013, INS

ANEXO 13
DÉFICIT DE NUTRIENTES SEGÚN ÁMBITOS EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD. 2012-2013

AMBITO	TIPO DE DEFICIT DE NUTRIENTES	
	ENERGÍA	PROTEÍNA
Sierra Norte	72.8	15.2
Selva	74.7	15.0
Sierra Centro	68.7	13.8
Costa Centro	58.0	9.6
Sierra sur	70.1	7.3
Lima metropolitana	53.2	6.2
Costa norte	56.1	3.2
Costa Sur	38.3	1.9
Nacional	62.4	9.3

Fuente: VIN 2012-2013, INS

ANEXO 14

NIÑOS DE 6 A 36 MESES BENEFICIARIOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. 2009-2011

AMBITO	2009	2010	2011
Nacional	567,920	587,534	647,135
Amazonas	32,024	28,216	39,853
Ancash	40,453	40,219	40,257
Apurímac	21,008	21,370	21,915
Arequipa	8,461	8,989	5,813
Ayacucho	37,641	38,163	38,756
Cajamarca	47,564	48,706	50,221
Cusco	38,475	39,777	39,670
Huancavelica	19,906	20,080	16,199
Huánuco	35,374	35,624	33,396
Ica	5,633	6,155	6,374
Junín	38,391	38,885	53,894
La Libertad	42,978	41,069	46,334
Lambayeque	22,580	23,449	38,262
Lima	4,726	6,772	13,815
Loreto	17,672	18,960	20,425
Madre De Dios	2,168	2,335	2,377
Moquegua	1,937	2,023	2,022
Pasco	6,697	7,244	7,533
Piura	23,667	27,826	46,577
Puno	53,033	48,624	43,830
San Martín	37,615	52,538	45,121
Tacna	1,273	1,287	1,299
Tumbes	3,247	3,254	3,462
Ucayali	25,397	25,969	29,730

Fuente: PRONAA, Consulta Amigable del MEF

ANEXO 15
MANUAL DE LA ENTREVISTADORA – ENDES 2013

Pregunta 466: EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ¿LE HICIERON A (NOMBRE) ALGÚN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO?

Pregunte si el niño(a) recibió algún control de crecimiento y desarrollo en los últimos 6 meses.

Pregunta 466A: ¿QUIÉN LE CONTROLÓ A (NOMBRE) EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO?

Pregunte quien controló el Crecimiento y Desarrollo del niño(a) y circule el Código correspondiente. Luego, continúe preguntando: **¿Alguien más?**, circule el código de todas las personas que mencione.

Pregunta 466B: ¿DÓNDE TUVO LUGAR EL CONTROL DE (NOMBRE)?

Si el lugar de atención es un establecimiento de salud, escriba el nombre luego determine si el sector es público o privado y circule el Código apropiado.

Si la entrevistada señala que llevaron al niño a consulta porque estaba enfermo, y en esa ocasión lo pesaron y midieron, entonces, no considere esta atención como visita de control de crecimiento y desarrollo.

Pregunta 466C: ¿CUÁNTOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO HA TENIDO (NOMBRE) DESDE SU NACIMIENTO?

Pregunte por el número total de controles que tuvo el niño(a) desde su nacimiento. Si al niño(a) la/ lo controlaron en varios lugares en forma independiente, entonces debe **sumar** el número de controles realizados en cada uno de los lugares. Si no tuvo ningún control, anote “00”.

Tenga en cuenta que si la Tarjeta de Vacunación muestra un número de Controles de Crecimiento y Desarrollo menor al que refiere la entrevistada, en principio SONDEE, si la entrevistada asegura que no llevo la Tarjeta de Vacunación a todos los controles que el niño recibió, considere el número de controles que ella declare.

Si en el Carnet de Vacunación aparecen datos en el gráfico y no en los recuadros correspondientes a Controles de Crecimiento y Desarrollo, transcriba los datos indicados en el gráfico si estos están claramente definidos.

Si en el Carnet tiene registrado 10 controles y 2 controles son en el mismo mes, en esta Pregunta se anota 10 controles y en la Pregunta 466E registrara 9 controles.

Pregunta 466E: CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Si la entrevistada muestra la tarjeta, copie la información referida a los controles de crecimiento y desarrollo que recibió el (la) niño(a), **UNA VEZ TERMINADA DE COPIAR LAS VACUNAS, ES DECIR, AL FINALIZAR LA ENTREVISTA**. Las fechas deberán registrarse poniendo primero el día, luego el mes y por último el año.

Revise la tarjeta cuidadosamente.

Si la Tarjeta de Vacunación muestra que se realizó un control (puede haber registro de peso y/o talla), pero no se anotó la fecha, escriba “44” en la Columna “DÍA” del respectivo control de crecimiento y desarrollo.

Debemos tener en cuenta la atención del recién nacido, menor de un mes y que el primer control de crecimiento y desarrollo del niño es al mes de nacido.

Si encontramos en el CARNÉ DE VACUNACIÓN más de un control en el mismo mes, se debe registrar (transcribir) solo un control, el cual está referido a la edad en meses cumplidos del niño.

Si en el CARNÉ DE VACUNACIÓN hay datos de control de peso y talla del niño en la GRÁFICA PESO - EDAD y/o en la GRÁFICA TALLA - EDAD y además figura la fecha o indica el mes de vida del niño en que se dio el control; en este caso registre (transcriba) esta información en esta pregunta.

Si la entrevistada muestra adicional al Carnet de Vacunación la ficha de control del Programa JUNTOS, donde se registra el peso y la talla, transcriba la información de ambos documentos si guardan coherencia.

Si encontramos en el Carné de Atención Integral de Salud del Niño más de una atención del recién nacido, SOLO REGISTRE LA PRIMERA ATENCIÓN RECIBIDA.

Si en la GRÁFICA PESO - EDAD y/o en la GRÁFICA TALLA - EDAD del Carné de Atención Integral de Salud del Niño, muestra un “punto” en una edad determinada, el cual indica que fue medido, más no registra la fecha de dicha medición; y, en el mismo Carné en el control de DESARROLLO PSICOMOTOR figura una fecha que coincide con el tiempo del control de peso y/o talla; en este caso, se registrará esa fecha para el control expresado por el “punto”.

Si el número de controles anotados en la pregunta 466C es menor al número de controles registrados en esta pregunta, corregir la respuesta de la pregunta 466C en base al número de controles registrados en esta pregunta 466E. Si sucede lo contrario; es decir, si el número de controles es mayor en la pregunta 466C que en la pregunta 466 E; en este caso, respetar en ambas preguntas la información consignada y colocar en observaciones la razón de la diferencia.

NOTA: LA SUPERVISOR NOTA: LA SUPERVISORA LOCAL DEBE VERIFICAR AL 100% LA TRANSCRIPCIÓN DE CADA UNO DE LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO QUE HA REGISTRADO LA ENTREVISTADORA EN ESTA PREGUNTA.

Pregunta 466F: FILTRO PARA IDENTIFICAR A NIÑOS < 36 MESES O NIÑOS ≥ 36 MESES, AMBOS CON TARJETA DE VACUNACIÓN

Verifique Fecha de Nacimiento y Pregunta 466D. A los niños(as) menores de 36 meses que tienen Tarjeta de Vacunación se les hará la Pregunta 466G. Si el niño(a) tiene o es mayor de 36 meses, pase a la Pregunta 467.

Pregunta 466G: EN ALGUNO DE LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO QUE TUVO (NOMBRE):

- a. ¿USTED PRACTICÓ CÓMO DAR DE LACTAR A (NOMBRE)?
- b. ¿USTED PRACTICÓ CÓMO PREPARAR LOS ALIMENTOS DE (NOMBRE)?
- c. ¿USTED PRACTICÓ CÓMO REALIZAR EL ASEO O HIGIENE DE (NOMBRE)?

El objetivo de esta pregunta es verificar que en los Controles de Crecimiento y Desarrollo se esté aplicando las SESIONES DEMOSTRATIVAS como corresponde a lo establecido por el Ministerio de Salud. Estas prácticas deben haber sido con la participación directa de la madre.

Una Sesión Demostrativa es una reunión educativa en la que la madre aprende dialogando y practicando cómo hacer preparaciones nutritivas para sus niños y niñas menores de 3 años y para gestantes y madres que dan de lactar, utilizando alimentos variados de la comunidad. La Sesión Demostrativa es conducida por el personal de salud capacitado en una metodología grupal.

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	<input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	<input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	<input type="text"/>						
	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE _____						
466E 1) PASE A 466F PORQUE AL FINAL DE LA ENTREVISTA COPIARÁ DEL CARNE LAS FECHAS DE CADA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. 2) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE REALIZÓ UN CONTROL, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA												
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO / MENOR DE UN MES	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			
	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	PESO	<input type="text"/>	.	Kg	PESO	<input type="text"/>	.	Kg	PESO	<input type="text"/>	.	Kg
TALLA	<input type="text"/>	.	cm	TALLA	<input type="text"/>	.	cm	TALLA	<input type="text"/>	.	cm	
ATENCIÓNES A PARTIR DEL MES												
CONTROL 1	C1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PESO 1	<input type="text"/>	.	Kg	PESO 1	<input type="text"/>	.	Kg	PESO 1	<input type="text"/>	.	Kg
	TALLA 1	<input type="text"/>	.	cm	TALLA 1	<input type="text"/>	.	cm	TALLA 1	<input type="text"/>	.	cm
CONTROL 2												
PESO 2	C2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	TALLA 2	<input type="text"/>	.	cm	TALLA 2	<input type="text"/>	.	cm	TALLA 2	<input type="text"/>	.	cm
	CONTROL 3											
PESO 3	C3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	TALLA 3	<input type="text"/>	.	cm	TALLA 3	<input type="text"/>	.	cm	TALLA 3	<input type="text"/>	.	cm
	CONTROL 4											
PESO 4	C4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	TALLA 4	<input type="text"/>	.	cm	TALLA 4	<input type="text"/>	.	cm	TALLA 4	<input type="text"/>	.	cm

INFORME FINAL DE LA EDEP “CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES”

CUADRO RESUMEN DE MOMENTOS DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO SEGÚN NORMAS MINSA

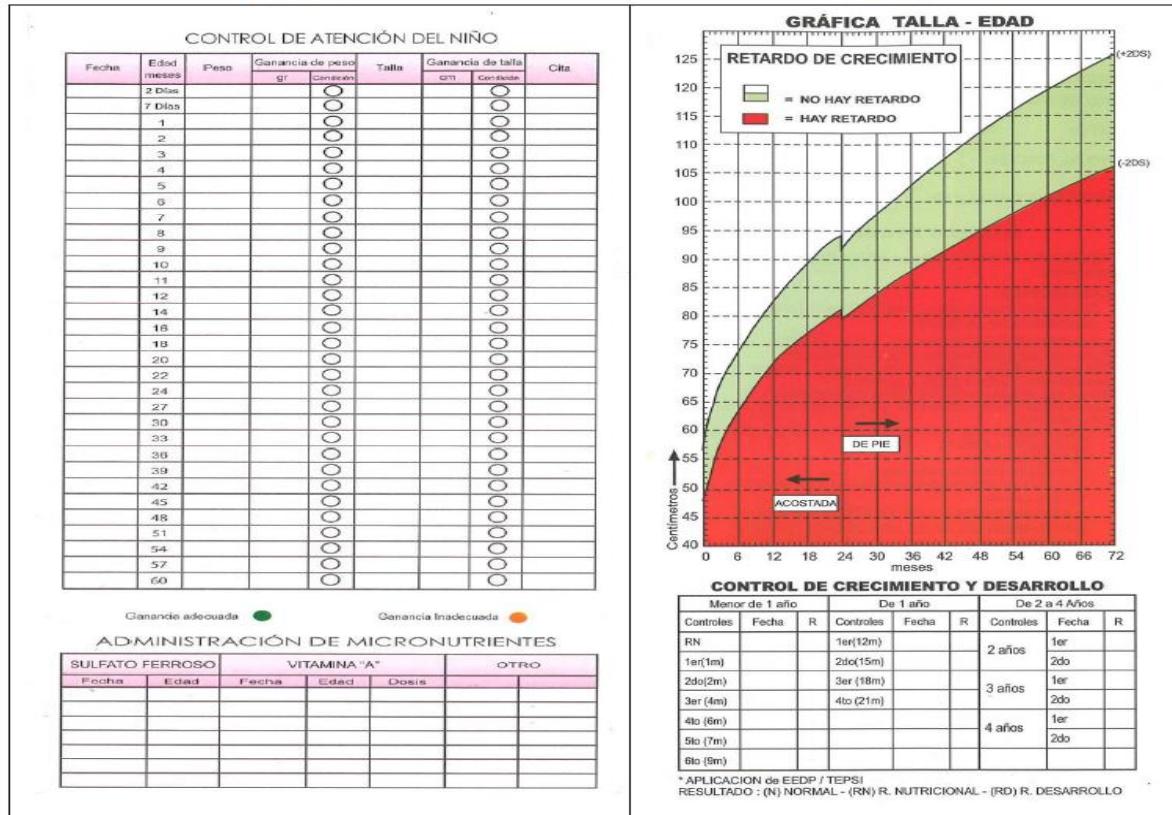
GRUPO DE EDAD	RESOLUCION MINISTERIAL							
	RM 474 - 1996 SA/DM		RM 292 - 2006/MINSA		RM 193 - 2008/MINSA		RM 990 - 2010/MINSA	
	VIGENCIA INICIO : 2 AGO 1996 FIN : 19 MAR 2006	Nº CONTROLES	VIGENCIA INICIO : 20 MAR 2006 FIN : 19 DIC 2010	Nº CONTROLES	VIGENCIA INICIO : 17 MAR 2008 FIN : 19 DIC 2010	Nº CONTROLES	VIGENCIA INICIO : 20 DIC 2010 FIN : VIGENTE	Nº CONTROLES
RECIEN NACIDO	1	1	Al 2º día del alta y 7º día de vida	2	Al 2º día del alta y 7º día de vida.	2	Al 7º y 15º día de vida.	2
MENOR DE 1 AÑO	1m, 2m, 4m, 6m y 9m.	5	1m, 2m, 4m, 6m, 7m y 9m	6	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11m (mensual)	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11m	11
DE 12 A 23 MESES	12m, 15m, 18m y 21m.	4	12m, 15m, 18m y 21m (cada 3 meses)	4	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22m (cada 2 meses)	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m y 22m.	6
DE 2 A 4 AÑOS	3a y 4a	2	24m, 30m, 36m, 42m, 48m y 54m (cada 6 meses)	6	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m y 57m (cada 3 meses)	12	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m y 57m (cada 3 meses)	12
TOTAL	NIÑO < 5 AÑOS	12	NIÑO < 5 AÑOS	18	NIÑO < 5 AÑOS	31	NIÑO < 5 AÑOS	31

Manual de la Entrevistadora – ENDES 2013

Pág.205

CONTROL DEL PESO Y TALLA DEL NIÑO/ A

AÑO 2010



ANEXO 16

METAS FISICAS PROGRAMADAS DEL PRODUCTO CRED DEL NIVEL NACIONAL. SIGA. 2009-2015

PLIEGO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MINSA	196,598	110,392	205,102	154,339	124,095	168,907	870,864
SIS	57,424	112,871	32,876	10,992	11,255	29,991	2,135,503
IGSS	0	0	0	0	0	1,862	137,751
Total	254,022	223,263	237,978	165,331	135,350	200,760	3,144,118

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 17

METAS FISICAS PROGRAMADAS DEL PRODUCTO CRED POR DEPARTAMENTO. SIGA. 2010-2015

DEPARTAMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Amazonas	45,948	107,560	117,442	114,343	110,926	91,473
Ancash	132,446	231,034	193,023	134,671	175,548	179,245
Apurímac	13,510	42,407	82,021	80,759	64,493	40,376
Arequipa	23,685	100,841	137,486	203,616	150,758	141,188
Ayacucho	75,606	157,739	142,121	115,499	136,504	126,580
Cajamarca	48,780	235,167	151,341	346,941	353,239	345,980
Callao	11,158	59,409	108,052	108,104	60,008	88,336
Cusco	153,615	300,202	204,436	345,433	200,618	161,435
Huancavelica	28,247	43,391	87,769	68,065	71,217	64,722
Huánuco	137,688	235,055	231,434	236,857	214,891	237,040
Ica	74,358	120,890	103,142	60,511	99,494	110,668
Junín	165,966	207,977	181,014	283,139	181,080	214,454
La Libertad	156,004	262,945	875,938	268,323	361,870	236,181
Lambayeque	6,441	137,760	145,745	144,199	119,773	126,559
Lima	88,585	173,691	97,630	116,692	126,583	92,778
Loreto	121,437	301,242	305,086	314,027	256,466	200,226
Madre de Dios	10,263	25,428	24,153	17,093	15,739	28,460
Moquegua	15,479	33,918	32,113	20,718	18,568	16,735
Pasco	32,115	59,292	40,657	49,587	58,134	48,687
Piura	217,061	394,159	315,264	105,244	347,750	291,542
Puno	149,138	254,836	233,941	162,559	422,528	134,516
San Martín	104,389	194,010	193,241	153,333	143,108	113,374
Tacna	0	10,000	9,662	26,218	54,600	58,282
Tumbes	25,035	38,177	42,922	29,046	38,177	39,536
Ucayali	59,793	119,322	116,892	111,582	104,536	110,510
Total	1,896,747	3,846,452	4,172,525	3,616,559	3,886,608	3,298,883

Fuente: Elaboración propia con datos del SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 18

METAS FISICAS PROGRAMADAS DEL PRODUCTO CRED POR DEPARTAMENTO. SIAF. 2009-2015

PLIEGO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Amazonas	30,186	32,956	17,011	47,146	32,778	30,610	23,903
Ancash	74,772	99,365	76,946	102,594	51,025	87,608	43,803
Apurímac	23,557	54,559	31,677	30,112	88,675	20,388	16,738
Arequipa	78,286	47,951	15,284	36,058	32,455	33,994	35,715
Ayacucho	36,126	26,631	35,117	38,003	48,317	27,470	23,993
Cajamarca	115,690	101,814	80,965	232,160	92,755	72,252	72,779
Callao	23,861	16,433	17,126	21,954	20,521	15,343	27,387
Cusco	71,757	45,979	35,204	49,329	51,786	52,110	47,363
Huancavelica	23,377	26,932	19,183	46,238	32,798	27,624	22,176
Huánuco	68,553	58,216	56,878	52,228	66,639	64,973	69,441
Ica	0	56,427	22,580	63,013	45,771	29,577	25,813
Junín	70,977	54,563	37,956	206,435	42,456	43,562	48,798
La Libertad	76,978	48,170	84,594	75,174	77,384	60,700	62,248
Lambayeque	56,272	55,947	13,623	35,940	39,013	41,565	44,893
Lima	40,141	26,369	40,660	44,075	29,568	30,103	27,810
Loreto	37,499	76,646	20,398	125,556	58,390	61,609	41,279
Madre de Dios	5,913	5,025	5,214	6,744	5,554	4,122	4,735
Moquegua	26,742	15,604	9,011	4,415	5,559	5,486	4,181
Pasco	22,438	16,270	10,004	11,658	14,248	14,314	14,369
Piura	51,465	138,862	105,092	98,644	138,805	84,270	88,331
Puno	106,668	84,143	62,870	71,090	67,354	55,518	57,233
San Martín	56,396	62,107	14,406	144,671	129,440	54,334	56,130
Tacna	0	0	1,604	8,853	23,323	13,667	8,973
Tumbes	19,546	9,520	14,629	26,146	24,861	8,280	9,884
Ucayali	34,801	30,920	22,640	34,278	27,394	25,888	24,615
Total	1,152,001	1,191,409	850,672	1,612,514	1,246,869	965,367	902,590

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica SIAF. Consulta 17.03.2015

ANEXO 19
LOGRO DE METAS FISICAS CRED SIAF POR DEPARTAMENTO. 2014

DEPARTAMENTO	META PROGRAMADA SIAF	AVANCE ALCANZADO	AVANCE %
Tumbes	8,280	3,944	48
Ancash	87,608	42,577	49
Huánuco	64,973	33,616	52
Loreto	61,609	33,806	55
Madre de Dios	4,122	2,271	55
Pasco	14,314	8,240	58
Amazonas	30,610	19,589	64
Puno	55,518	35,718	64
Piura	84,270	58,188	69
Moquegua	5,486	3,813	70
Tacna	13,667	9,631	70
Lambayeque	41,565	30,271	73
Nacional	472,022	281,664	60
Arequipa	33,994	25,312	74
Junín	43,562	32,501	75
Huancavelica	27,624	20,816	75
Apurímac	20,388	15,925	78
Ayacucho	27,470	21,520	78
Cusco	52,110	41,163	79
Ucayali	25,888	21,370	83
Lima	30,103	25,292	84
Cajamarca	72,252	65,418	91
Ica	29,577	27,001	91
Callao	15,343	14,352	94
San Martín	54,334	52,578	97
La Libertad	60,700	67,013	110

ANEXO 20

PROPORCIÓN DE MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD CON CRED SEGÚN DEPARTAMENTO. ENDES. 2007-2012

DEPARTAMENTO	2007	2010	2011	2012	CRECIMIENTO 2007-2012
Junín	10.7	37.4	53.1	57.0	74%
Pasco	13.4	51.1	59.9	62.6	66%
Loreto	9.0	24.8	35.7	41.4	65%
Huancavelica	20.9	38.7	73.6	77.2	54%
Amazonas	17.0	38.7	52.5	60.2	52%
Ayacucho	19.5	52.3	61.1	68.6	51%
Puno	19.1	40.2	47.0	62.7	48%
Cusco	20.8	50.5	63.5	64.0	45%
Ica	14.1	26.9	40.8	40.7	42%
Huánuco	24.1	69.9	72.3	68.9	41%
Cajamarca	27.9	56.3	71.5	68.6	35%
Piura	18.4	30.2	43.1	44.8	34%
Áncash	31.8	54.7	65.8	71.2	30%
La Libertad	19.4	25.4	36.5	42.6	30%
San Martín	24.8	45.3	46.6	54.3	30%
Madre de Dios	21.0	29.8	41.1	42.9	27%
Tacna	26.9	42.9	59.4	54.2	26%
Moquegua	28.4	51.5	53.0	57.2	26%
Lambayeque	21.9	38.6	36.5	41.1	23%
Tumbes	22.8	41.6	49.2	42.4	23%
Arequipa	26.1	36.7	44.6	46.7	21%
Ucayali	24.1	37.3	45.5	39.1	17%
Lima	29.5	35.7	37.4	41.1	12%
Apurímac	48.6	62.2	51.1	56.0	5%

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDES-INEI

ANEXO 21

CRECIMIENTO DEL CRED EN MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA. 2007-2012

ÁREA	2007	2010	2011	2012	PUNTOS AUMENTO	% AUMENTO
Urbana	24	38	43	47	23	49
Rural	24	44	55	59	25	59
CRED total	24	40	47	51	26	52

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDES-INEI

ANEXO 22
NÚMERO DE MENORES DE TRES AÑOS CON CRED COMPLETO. HIS. 2010-2013

DEPARTAMENTO	2010	2011	2012	2013	TOTAL	AUMENTO	%
Amazonas	16,422	23,300	25,086	24,698	89,506	8,276	50.4
Áncash	25,581	29,184	50,578	48,066	153,409	22,485	87.9
Apurímac	17,496	19,791	18,860	19,993	76,140	2,497	14.3
Arequipa	24,294	27,332	27,258	29,469	108,353	5,175	21.3
Ayacucho	31,100	34,292	35,194	33,120	133,706	2,020	6.5
Cajamarca	33,071	46,397	76,495	79,603	235,566	46,532	140.7
Callao	8,545	9,134	10,004	10,605	38,288	2,060	24.1
Cusco	19,004	39,685	42,091	58,261	159,041	39,257	206.6
Huancavelica	26,440	28,484	27,423	25,856	108,203	-584	-2.2
Huánuco	31,174	36,956	37,828	39,243	145,201	8,069	25.9
Ica	8,199	12,581	15,344	18,204	54,328	10,005	122.0
Junín	25,804	41,517	43,507	45,772	156,600	19,968	77.4
La Libertad	61,821	74,506	70,129	71,163	277,619	9,342	15.1
Lambayeque	9,852	13,411	18,298	18,050	59,611	8,198	83.2
Lima	58,821	75,230	82,898	95,766	312,715	36,945	62.8
Loreto	13,843	18,745	2,703	26,018	61,309	12,175	88.0
Madre de Dios	2,625	3,103	3,568	3,876	13,172	1,251	47.7
Moquegua	4,888	5,865	5,363	4,859	20,975	-29	-0.6
Pasco	5,602	8,080	8,737	9,063	31,482	3,461	61.8
Piura	47,281	69,841	67,248	75,865	260,235	28,584	60.5
Puno	47,329	52,118	54,007	48,761	202,215	1,432	3.0
San Martín	36,317	39,917	38,368	42,831	157,433	6,514	17.9
Tacna	8,659	9,518	9,095	8,692	35,964	33	0.4
Tumbes	5,723	5,697	5,858	5,485	22,763	-238	-4.2
Ucayali	10,941	11,915	11,288	8,884	43,028	2,057	-18.8
Total	580,832	736,599	787,228	852,203	2,956,862	271,371	46.7

Fuente: MINSA. 2015.

ANEXO 23
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED POR PLIEGOS. 2009

PLIEGO	PIA	PIM	EJECUCIÓN	META SIAF
MINSA	3,822,039	31,858,356	4,675,927	196,598
SIS	5,210,967	6,055,289	6,055,274	57,424
IGSS	0	0	0	0
Amazonas	115,649	872,096	839,930	30,186
Ancash	362,689	387,164	378,641	74,772
Apurímac	354,957	551,263	543,714	23,557
Arequipa	1,236,453	1,649,104	1,585,510	78,286
Ayacucho	740,059	1,240,039	1,232,638	36,126
Cajamarca	654,728	3,727,133	3,692,674	115,690
Cusco	285,038	1,515,901	1,466,188	71,757
Huancavelica	119,300	377,820	371,039	23,377
Huánuco	1,006,840	1,615,318	1,552,812	68,553
Ica	0	0	0	0
Junín	386,478	617,312	605,097	70,977
La Libertad	2,213,844	2,151,407	2,125,392	76,978
Lambayeque	456,674	710,225	694,279	56,272
Loreto	140,107	387,771	377,625	37,499
Madre de Dios	112,770	181,835	181,825	5,913
Moquegua	37,022	51,679	49,038	26,742
Pasco	117,440	302,666	269,026	22,438
Piura	336,003	556,194	548,758	51,465
Puno	402,969	555,206	553,055	106,668
San Martín	959,835	1,285,221	1,280,672	56,396
Tacna	0	0	0	0
Tumbes	21,800	22,534	22,533	19,546
Ucayali	49,067	115,191	115,183	34,801
Lima	577,966	922,285	894,916	40,141
Callao	464,429	720,914	644,682	23,861
Total	20,185,123	58,429,923	30,756,428	1,406,023

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 24
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED POR PLIEGOS. 2010

PLIEGO	PIA	PIM	EJECUCIÓN	META SIAF
MINSA	3,334,085	33,123,424	22,953,877	110,392
SIS	6,743,788	10,617,029	11,219,962	112,871
IGSS	0	0	0	0
Amazonas	3,383,638	3,777,437	3,569,666	32,956
Ancash	3,536,479	3,251,647	3,460,433	99,365
Apurímac	2,529,009	5,295,217	3,881,236	54,559
Arequipa	881,359	1,412,501	1,500,168	47,951
Ayacucho	3,642,755	6,388,225	6,145,996	26,631
Cajamarca	9,809,340	8,761,206	8,886,961	101,814
Cusco	6,254,806	6,542,070	6,341,151	45,979
Huancavelica	3,448,332	3,584,779	2,837,983	26,932
Huánuco	4,547,763	4,903,367	4,851,054	58,216
Ica	12,124	28,457	20,932	56,427
Junín	3,264,461	3,442,351	3,532,626	54,563
La Libertad	2,582,267	3,061,504	3,130,867	48,170
Lambayeque	513,700	1,211,906	1,319,124	55,947
Loreto	8,256,966	8,474,729	9,106,114	76,646
Madre de Dios	104,654	270,074	287,808	5,025
Moquegua	8,000	31,520	32,949	15,604
Pasco	2,238,499	2,344,178	2,299,235	16,270
Piura	8,497,483	7,804,008	8,308,840	138,862
Puno	8,351,863	8,597,136	9,167,450	84,143
San Martín	2,359,987	3,018,676	3,255,361	62,107
Tacna	0	0	0	0
Tumbes	5,000	60,067	64,052	9,520
Ucayali	1,068,168	1,160,142	1,142,743	30,920
Lima	570,364	762,594	730,160	26,369
Callao	487,719	841,448	855,352	16,433
Total	86,432,609	128,765,692	118,902,100	1,414,672

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 25
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED POR PLIEGOS. 2011

PLIEGO	PIA	PIM	EJECUCIÓN	META SIAF
MINSA	12,179,463	24,294,006	17,778,129	205,102
SIS	20,488,360	24,396,712	24,396,699	32,876
IGSS	0	0	0	0
Amazonas	2,872,805	4,537,011	3,849,150	17,011
Ancash	2,083,076	5,355,064	4,792,644	76,946
Apurímac	2,579,235	7,117,237	5,864,369	31,677
Arequipa	1,245,951	2,711,141	2,336,874	15,284
Ayacucho	3,733,947	8,213,858	6,829,477	35,117
Cajamarca	10,076,284	14,077,868	13,057,339	80,965
Cusco	2,408,979	4,299,606	3,741,161	35,204
Huancavelica	3,451,842	4,419,713	4,107,168	19,183
Huánuco	4,279,342	5,441,933	5,204,810	56,878
Ica	38,252	667,891	604,944	22,580
Junín	4,602,646	6,812,336	6,685,938	37,956
La Libertad	2,370,605	6,520,807	4,613,901	84,594
Lambayeque	724,942	1,965,517	1,931,765	13,623
Loreto	10,776,389	10,087,443	9,413,410	20,398
Madre de Dios	293,702	887,913	879,017	5,214
Moquegua	295,229	509,127	475,562	9,011
Pasco	2,319,298	2,559,013	2,349,049	10,004
Piura	7,920,205	9,628,204	8,618,025	105,092
Puno	8,542,892	9,664,153	8,971,181	62,870
San Martín	2,464,911	4,025,098	3,358,330	14,406
Tacna	5,000	309,119	304,476	1,604
Tumbes	837,491	750,355	750,349	14,629
Ucayali	1,040,065	1,499,344	1,492,360	22,640
Lima	906,511	2,000,913	1,621,917	40,660
Callao	1,487,808	1,745,219	1,609,827	17,126
Total	110,025,230	164,496,601	145,637,871	1,088,650

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 26
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED POR PLIEGOS. 2012

PLIEGO	PIA	PIM	EJECUCIÓN	META SIAF	AVANCE META
MINSA	84,501,491	19,906,000	13,216,901	154,339	209,130
SIS	24,364,297	16,802,239	16,802,239	10,992	6,802
IGSS	0	0	0	0	0
Amazonas	3,141,305	7,660,729	6,315,870	47,146	37,197
Ancash	2,681,145	6,505,486	6,037,345	102,594	73,963
Apurímac	2,002,034	7,533,709	6,627,524	30,112	24,986
Arequipa	2,507,607	5,031,620	4,741,132	36,058	35,134
Ayacucho	3,130,516	10,741,543	9,019,271	38,003	23,485
Cajamarca	10,120,661	16,023,878	14,620,873	232,160	86,094
Cusco	4,820,441	7,521,718	6,618,042	49,329	44,332
Huancavelica	961,879	6,879,073	4,887,985	46,238	46,095
Huánuco	7,182,069	11,172,840	9,376,843	52,228	28,871
Ica	1,008,684	2,751,478	2,426,317	63,013	20,146
Junín	5,977,553	9,048,057	8,643,367	206,435	130,414
La Libertad	2,889,605	5,934,402	5,175,620	75,174	71,090
Lambayeque	1,558,534	3,722,973	3,267,657	35,940	35,554
Loreto	8,776,522	12,604,688	12,305,767	125,556	68,523
Madre de Dios	217,562	1,827,857	1,422,529	6,744	4,000
Moquegua	1,719,013	1,315,098	1,074,648	4,415	4,311
Pasco	2,378,760	3,390,263	3,106,355	11,658	10,805
Piura	7,806,247	10,431,133	10,077,026	98,644	54,098
Puno	10,876,093	13,213,490	12,687,831	71,090	51,161
San Martín	2,002,236	3,631,819	3,180,446	144,671	134,424
Tacna	78,691	484,711	305,718	8,853	11,199
Tumbes	1,020,915	1,276,662	1,092,881	26,146	21,773
Ucayali	2,223,769	3,382,650	3,180,281	34,278	18,893
Lima	1,291,344	3,707,758	3,391,705	44,075	38,941
Callao	1,725,576	1,990,716	1,700,029	21,954	20,173
Total	196,964,549	194,492,590	171,302,202	1,777,845	1,311,594

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 27
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED POR PLIEGOS. 2013

PLIEGO	PIA	PIM	EJECUCIÓN	META SIAF	AVANCE META FISICA
MINSA	25,417,624	25,443,867	22,457,203	124,095	98,206
SIS	30,171,791	96,470,747	95,910,037	11,255	10,961
IGSS	0	0	0	0	0
Amazonas	6,665,401	13,381,276	11,356,720	32,778	19,220
Ancash	7,437,555	11,869,393	11,207,453	51,025	47,203
Apurímac	3,494,051	11,354,494	10,687,710	88,675	42,682
Arequipa	4,638,123	9,565,004	9,413,734	32,455	22,875
Ayacucho	3,746,373	14,739,518	11,612,171	48,317	25,205
Cajamarca	10,415,365	24,815,359	19,836,874	92,755	65,636
Cusco	5,407,303	14,338,981	13,579,445	51,786	41,019
Huancavelica	5,977,942	15,114,062	11,943,826	32,798	28,407
Huánuco	8,979,623	16,793,884	16,036,654	66,639	34,470
Ica	1,354,343	2,895,441	2,709,414	45,771	28,410
Junín	7,618,944	11,563,148	10,938,033	42,456	33,387
La Libertad	5,684,457	11,347,672	10,248,370	77,384	62,447
Lambayeque	2,269,609	5,395,829	4,722,970	39,013	28,848
Loreto	9,188,428	12,225,968	11,137,167	58,390	23,433
Madre de Dios	566,364	1,301,808	1,235,334	5,554	2,491
Moquegua	786,673	1,184,342	1,166,064	5,559	7,181
Pasco	2,366,739	3,173,273	2,892,632	14,248	11,068
Piura	9,170,721	15,520,299	13,183,492	138,805	54,536
Puno	10,464,751	16,974,854	15,253,714	67,354	47,704
San Martín	4,189,447	8,923,871	8,397,217	129,440	127,405
Tacna	565,282	749,076	731,838	23,323	22,174
Tumbes	1,173,812	1,379,897	1,363,293	24,861	24,271
Ucayali	3,511,027	5,874,673	5,578,342	27,394	12,385
Lima	4,015,831	6,226,128	5,668,597	29,568	23,208
Callao	1,339,639	3,479,087	3,477,638	20,521	12,432
Total	176,617,218	362,101,951	332,745,942	1,382,219	957,264

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 28
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED POR PLIEGOS. 2014

PLIEGO	PIA	PIM	EJECUCIÓN	META SIAF	AVANCE META FISICA
MINSA	18,001,338	32,764,928	31,125,819	168,907	102,696
SIS	39,913,443	44,020,731	44,020,731	29,991	37,375
IGSS	0	432,798	397,722	1,862	1,184
Amazonas	5,241,995	11,176,509	10,506,862	30,610	19,589
Ancash	9,835,377	12,785,541	12,586,589	87,608	42,577
Apurímac	3,421,957	8,218,699	8,097,688	20,388	15,925
Arequipa	4,880,543	13,410,221	13,350,793	33,994	25,312
Ayacucho	7,061,969	13,124,448	12,263,484	27,470	21,520
Cajamarca	9,779,798	29,427,785	27,031,274	72,252	65,418
Cusco	5,575,138	10,413,034	10,317,590	52,110	41,163
Huancavelica	8,328,686	18,502,016	17,004,336	27,624	20,816
Huánuco	8,613,694	17,161,024	15,773,022	64,973	33,616
Ica	1,750,428	3,573,039	3,435,017	29,577	27,001
Junín	7,511,218	11,598,268	11,373,114	43,562	32,501
La Libertad	5,428,332	8,196,526	8,063,750	60,700	67,013
Lambayeque	2,500,303	6,124,749	5,571,609	41,565	30,271
Loreto	9,653,817	17,463,222	16,727,768	61,609	33,806
Madre de Dios	653,243	1,463,327	1,313,401	4,122	2,271
Moquegua	840,671	1,521,655	1,515,379	5,486	3,813
Pasco	3,445,308	4,873,475	4,753,692	14,314	8,240
Piura	9,334,513	14,462,538	14,038,038	84,270	58,188
Puno	12,134,438	16,645,159	15,599,047	55,518	35,718
San Martín	4,061,651	8,067,908	7,776,600	54,334	52,578
Tacna	350,719	859,423	781,425	13,667	9,631
Tumbes	1,436,931	2,001,949	1,950,683	8,280	3,944
Ucayali	5,445,375	9,152,575	8,781,300	25,888	21,370
Lima	2,930,502	5,235,056	5,115,741	30,103	25,292
Callao	3,226,770	5,690,620	5,570,561	15,343	14,352
Total	191,358,157	328,367,223	314,843,035	1,166,127	853,180

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 29
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED POR PLIEGOS. 2015

PLIEGO	PIA	PIM	EJECUCIÓN	META SIAF
MINSA	15,000,000	15,000,000	0	870,864
SIS	75,053,521	85,892,102	85,892,102	2,135,503
IGSS	21,127,322	22,923,727	5,593,051	137,751
Amazonas	9,863,753	10,446,921	1,927,179	23,903
Ancash	13,186,439	14,841,821	2,654,028	43,803
Apurímac	6,190,908	8,415,507	1,801,687	16,738
Arequipa	4,548,400	4,572,650	763,946	35,715
Ayacucho	6,748,065	9,893,040	1,418,928	23,993
Cajamarca	14,369,675	13,783,077	1,917,603	72,779
Cusco	7,160,975	6,973,697	1,618,353	47,363
Huancavelica	14,052,981	15,002,626	3,672,297	22,176
Huánuco	12,903,632	14,340,515	1,752,164	69,441
Ica	2,148,653	2,174,673	266,938	25,813
Junín	7,462,009	7,650,001	1,171,589	48,798
La Libertad	5,667,485	7,386,613	1,146,614	62,248
Lambayeque	2,388,042	2,388,042	554,915	44,893
Loreto	7,782,760	10,890,617	1,692,332	41,279
Madre de Dios	844,735	866,569	124,860	4,735
Moquegua	6,066,676	6,335,038	991,736	4,181
Pasco	3,822,737	3,892,647	557,856	14,369
Piura	8,912,599	9,693,862	956,955	88,331
Puno	11,717,234	12,232,536	2,097,800	57,233
San Martín	5,036,283	7,262,275	853,611	56,130
Tacna	386,380	403,050	41,748	8,973
Tumbes	963,644	963,644	170,874	9,884
Ucayali	3,629,492	4,101,475	1,117,331	24,615
Lima	4,710,161	4,722,567	896,662	27,810
Callao	2,034,293	3,463,713	766,410	27,387
Total	273,778,854	306,513,005	122,419,569	4,046,708

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 30
EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED. 2009 - 2014

DEPARTAMENTO	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	839,930	3,569,666	3,849,150	6,315,870	11,356,720	10,506,862
Ancash	378,641	3,460,433	4,792,644	6,037,345	11,207,453	12,586,589
Apurímac	543,714	3,881,236	5,864,369	6,627,524	10,687,710	8,097,688
Arequipa	1,585,510	1,500,168	2,336,874	4,741,132	9,413,734	13,350,793
Ayacucho	1,232,638	6,145,996	6,829,477	9,019,271	11,612,171	12,263,484
Cajamarca	3,692,674	8,886,961	13,057,339	14,620,873	19,836,874	27,031,274
Cusco	1,466,188	6,341,151	3,741,161	6,618,042	13,579,445	10,317,590
Huancavelica	371,039	2,837,983	4,107,168	4,887,985	11,943,826	17,004,336
Huánuco	1,552,812	4,851,054	5,204,810	9,376,843	16,036,654	15,773,022
Ica	0	20,932	604,944	2,426,317	2,709,414	3,435,017
Junín	605,097	3,532,626	6,685,938	8,643,367	10,938,033	11,373,114
La Libertad	2,125,392	3,130,867	4,613,901	5,175,620	10,248,370	8,063,750
Lambayeque	694,279	1,319,124	1,931,765	3,267,657	4,722,970	5,571,609
Loreto	377,625	9,106,114	9,413,410	12,305,767	11,137,167	16,727,768
Madre de Dios	181,825	287,808	879,017	1,422,529	1,235,334	1,313,401
Moquegua	49,038	32,949	475,562	1,074,648	1,166,064	1,515,379
Pasco	269,026	2,299,235	2,349,049	3,106,355	2,892,632	4,753,692
Piura	548,758	8,308,840	8,618,025	10,077,026	13,183,492	14,038,038
Puno	553,055	9,167,450	8,971,181	12,687,831	15,253,714	15,599,047
San Martín	1,280,672	3,255,361	3,358,330	3,180,446	8,397,217	7,776,600
Tacna	0	0	304,476	305,718	731,838	781,425
Tumbes	22,533	64,052	750,349	1,092,881	1,363,293	1,950,683
Ucayali	115,183	1,142,743	1,492,360	3,180,281	5,578,342	8,781,300
Lima	894,916	730,160	1,621,917	3,391,705	5,668,597	5,115,741
Callao	644,682	855,352	1,609,827	1,700,029	3,477,638	5,570,561
Total	20,025,227	84,728,261	103,463,043	141,283,062	214,378,702	239,298,763

Datos SIAF. Marzo 2015

ANEXO 31
PIM ASIGNADO AL PRODUCTO CRED POR METAS FÍSICAS. 2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	VAR. S./.	VAR %
MINSA	162	300	118	129	205	194	32	120
SIS	105	94	742	1,529	8,571	1,468	1,363	1,398
IGSS	-	-	-	-	-	232	n.d	n.d
Amazonas	29	115	267	162	408	365	336	1,259
Ancash	5	33	70	63	233	146	141	2,920
Apurímac	23	97	225	250	128	403	380	1,52
Arequipa	21	29	177	140	295	394	373	1,876
Ayacucho	34	240	234	283	305	478	444	1,406
Cajamarca	32	86	174	69	268	407	375	1,272
Cusco	21	142	122	152	277	200	179	952
Huancavelica	16	133	230	149	461	670	654	4,188
Huánuco	24	84	96	214	252	264	240	1,100
Ica	0	1	30	44	63	121	121	N.A-
Junín	9	63	179	44	272	266	257	2,956
La Libertad	28	64	77	79	147	135	107	482
Lambayeque	13	22	144	104	138	147	134	1,131
Loreto	10	111	495	100	209	283	273	2,830
Madre de Dios	31	54	170	271	234	355	324	1,145
Moquegua	2	2	57	298	213	277	275	13,850
Pasco	13	144	256	291	223	340	327	2,615
Piura	11	56	92	106	112	172	161	1,564
Puno	5	102	154	186	252	300	295	6,000
San Martín	23	49	279	25	69	148	125	643
Tacna	0	0	193	55	32	63	63	N.A.
Tumbes	1	6	51	49	56	242	241	24,200
Ucayali	3	38	66	99	214	354	351	11,800
Lima	23	29	49	84	211	174	151	757
Callao	30	51	102	91	170	371	341	1,237
Total	42	91	151	109	262	282	240	671

ANEXO 32
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO CRED POR PLIEGOS. 2013

	PIA	PIM	EJE	META SIAF	AVANCE DE META
MINSA	4,074,212	992,838	992,533	33	25
IGSS	0	0	0	0	0
Amazonas	11,710	21,900	19,256	84	79
Ancash	185,086	178,465	178,463	76	82
Apurímac	495,029	655,499	653,255	139	113
Arequipa	84,580	112,208	109,649	84	82
Ayacucho	249,842	666,913	654,787	185	97
Cajamarca	1,109,431	1,637,446	1,611,747	110	76
Cusco	324,785	364,475	364,474	108	102
Huancavelica	116,245	358,607	351,414	87	67
Huánuco	148,227	254,284	252,750	75	50
Ica	0	0	0	0	0
Junín	696,518	824,210	820,557	97	61
La Libertad	0	0	0	0	0
Lambayeque	650,068	673,068	673,068	14	14
Loreto	210,789	494,178	494,175	68	62
Madre de Dios	48,471	6,651	6,647	10	10
Moquegua	7,990	4,998	4,997	17	17
Pasco	2,500	2,500	2,488	1	1
Piura	53,000	56,232	56,230	38	28
Puno	917,779	961,079	959,942	92	82
San Martín	580,760	756,805	742,934	88	85
Tacna	290,151	829,069	828,123	26	25
Tumbes	3,000	3,000	3,000	12	12
Ucayali	6,500	7,900	7,900	14	14
Lima	451,013	535,841	535,816	147	116
Total	10,717,686	10,398,166	10,324,205	1,605	1,300

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 33

PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PIM DEL CRED SEGÚN GENÉRICA DE GASTO. 2009

GENÉRICA	PIA	PIM	EJECUTADO	%PE/PIM
Personal y obligaciones sociales	11,591,701	13,531,966	13,282,946	98%
Pensiones y otras prestaciones sociales	4,953	6,576	866	13%
Bienes y servicios	3,257,131	15,658,558	9,769,117	62%
Donaciones y transferencias	5,210,967	6,055,289	6,055,274	100%
Otros gastos	5,000	531,301	509,770	96%
Adquisición de activos no financieros	71,500	22,646,155	1,138,378	5%
Total	20,141,252	58,429,845	30,756,351	53%

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF - MEF

ANEXO 34

PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PIM DEL CRED SEGÚN GENÉRICA DE GASTO. 2010

GENÉRICA	PIA	PIM	EJECUTADO	%PE/PIM
Personal y obligaciones sociales	9,650,026	11,691,984	12,630,762	108%
Pensiones y otras prestaciones sociales	0	900	900	100%
Bienes y servicios	70,026,295	74,791,953	70,013,199	94%
Donaciones y transferencias	6,743,788	10,617,029	11,219,962	106%
Otros gastos	0	1,239,474	1,250,397	101%
Adquisición de activos no financieros	12,500	30,424,352	23,786,879	78%
Total	86,432,609	128,765,692	118,902,099	92%

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF - MEF

ANEXO 35

PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PIM DEL CRED SEGÚN GENÉRICA DE GASTO. 2011

GENÉRICA	PIA	PIM	EJECUTADO	%PE/PIM
Personal y obligaciones sociales	18,842,006	22,769,930	22,692,069	100%
Pensiones y otras prestaciones sociales	1,500	16,019	15,816	99%
Bienes y servicios	70,559,705	104,363,259	89,758,975	86%
Donaciones y transferencias	20,488,360	24,396,712	24,396,699	100%
Otros gastos	19,992	5,472,944	3,948,805	72%
Adquisición de activos no financieros	113,667	7,477,737	4,825,503	65%
Total	110,025,230	164,496,601	145,637,867	89%

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF - MEF

ANEXO 36

PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PIM DEL CRED SEGÚN GENÉRICA DE GASTO. 2012

GENÉRICA	PIA	PIM	EJECUTADO	%PE/PIM
Personal y obligaciones sociales	39,493,909	39,969,951	39,871,263	100%
Pensiones y otras prestaciones sociales	1,871	47,103	47,067	100%
Bienes y servicios	107,342,209	115,504,443	99,755,515	86%
Donaciones y transferencias	24,364,297	16,802,239	16,802,239	100%
Otros gastos	311,685	4,853,056	4,521,605	93%
Adquisición de activos no financieros	25,450,578	17,315,798	10,304,511	60%
Total	196,964,549	194,492,590	171,302,200	88%

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF - MEF

ANEXO 37

PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PIM DEL CRED POR GENÉRICA DE GASTO. 2013

GENÉRICA	PIA	PIM	EJECUTADO	%PE/PIM
Personal y obligaciones sociales	48,032,443	65,447,450	65,290,901	100%
Pensiones y otras prestaciones sociales	3,500	132,883	17,649	13%
Bienes y servicios	87,259,656	169,322,685	148,523,710	88%
Donaciones y transferencias	30,171,791	93,999,316	93,999,316	100%
Otros gastos	310,680	8,737,914	8,342,963	95%
Adquisición de activos no financieros	10,839,148	24,310,393	17,154,180	71%
Total	176,617,218	361,950,641	333,328,718	92%

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF - MEF

ANEXO 38

PIM Y EJECUCIÓN DEL CRED POR GENÉRICA DE GASTO. 2014

GENÉRICA	PIM	EJECUTADO	% DEL PIM
Personal y obligaciones sociales	105,159,768	104,731,616	100
Pensiones y Otras prestaciones sociales	30,891	30,819	100
Bienes y servicios	157,589,811	148,764,498	94
Donaciones y Transferencias	44,020,731	44,020,731	100
Otros gastos	5,630,448	5,504,121	98
Adquisiciones de activos no financieros	15,973,091	11,801,362	74

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF – MEF

ANEXO 39

VALOR EJECUTADO DEL PRODUCTO CRED POR GENÉRICA DE GASTO. 2012-2014

GENÉRICA	2012	2013	2014
Personal y obligaciones sociales	39,869,119	65,277,812	104,731,616
Pensiones y Otras prestaciones sociales	47,065	17,649	30,819
Bienes y servicios	9,654,284	148,438,239	148,764,498
Donaciones y Transferencias	16,802,239	93,999,316	44,020,731
Otros gastos	4,517,951	8,342,963	5,504,121
Adquisiciones de activos no financieros	10,277,642	17,112,502	11,801,362

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF - MEF

ANEXO 40

PORCENTAJE EJECUTADO DEL PIM DEL CRED POR GENÉRICA DE GASTO. 2012-2014

GENÉRICA	2012	2013	2014
Personal y obligaciones sociales	100	100	100
Pensiones y Otras prestaciones sociales	100	13	100
Bienes y servicios	86	88	94
Donaciones y Transferencias	100	100	100
Otros gastos	93	96	98
Adquisiciones de activos no financieros	59	70	74

Fuente: Elaboración propia en base al SIAF - MEF

ANEXO 41
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES. 2009

PLIEGO	PIA	PIM	EJECUTADO	META SIAF
MINSA	1,050,340	687,956	671,646	16
IGSS	0	0	0	0
Amazonas	0	0	0	0
Ancash	114,189	164,607	160,207	30
Apurímac	387,808	521,071	520,910	44
Arequipa	0	0	0	0
Ayacucho	531,032	443,269	438,768	38
Cajamarca	299,477	408,287	408,247	53
Cusco	48,457	92,687	92,160	60
Huancavelica	0	206,236	187,052	35
Huánuco	34,311	41,548	39,685	23
Ica	0	0	0	0
Junín	0	4,183	4,181	3
La Libertad	137,927	166,287	130,945	35
Lambayeque	425,710	422,643	421,182	10
Loreto	0	9,375	9,375	5
Madre de Dios	0	2,990	2,990	3
Moquegua	2,938	2,933	883	12
Pasco	1,870	0	0	7
Piura	42,708	40,698	40,697	19
Puno	281,970	334,512	334,247	60
San Martín	127,136	725,148	708,235	16
Tacna	0	0	0	0
Tumbes	0	0	0	0
Ucayali	10,700	10,697	10,697	4
Lima	292,316	322,551	322,541	51
Total	3,788,889	4,607,678	4,504,648	524

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 42
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES. 2010

	PIA	PIM	EJECUTADO	META SIAF
MINSA	957,450	1,504,702	1,589,118	23
IGSS	0	0	0	0
Amazonas	0	0	0	0
Ancash	185,064	183,611	208,228	86
Apurímac	452,721	684,669	652,840	71
Arequipa	89,596	94,258	100,738	5
Ayacucho	274,337	574,657	472,111	46
Cajamarca	219,331	252,719	273,247	45
Cusco	147,980	159,151	161,493	87
Huancavelica	182,612	336,690	265,072	10
Huánuco	131,325	98,263	88,690	21
Ica	0	0	0	0
Junín	91,183	93,077	92,068	34
La Libertad	84,995	440,447	342,771	108
Lambayeque	410,376	417,088	455,276	10
Loreto	0	13,767	13,526	5
Madre de Dios	59,231	63,786	68,283	3
Moquegua	16,435	16,435	15,863	11
Pasco	0	0	0	0
Piura	0	0	0	0
Puno	395,206	427,129	459,576	43
San Martín	403,202	331,516	332,888	77
Tacna	0	0	0	0
Tumbes	0	0	0	0
Ucayali	10,512	10,512	10,498	5
Lima	269,604	295,727	289,283	54
Total	4,381,160	5,998,204	5,891,569	744

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 43
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES. 2011

	PIA	PIM	EJECUTADO	META SIAF
MINSA	1,174,945	1,200,986	1,166,606	33
IGSS	0	0	0	0
Amazonas	6,900	14,695	12,700	5
Ancash	194,413	223,527	216,064	111
Apurímac	432,734	800,443	788,969	81
Arequipa	266,331	290,012	287,647	30
Ayacucho	615,503	606,784	586,619	67
Cajamarca	233,462	302,193	302,175	102
Cusco	235,819	269,840	269,615	83
Huancavelica	182,612	349,358	328,033	338
Huánuco	72,242	117,763	113,900	44
Ica	0	11,223	11,223	8
Junín	645,796	675,861	673,206	51
La Libertad	0	31,377	31,373	32
Lambayeque	410,722	797,742	797,742	3
Loreto	47,800	100,600	100,295	13
Madre de Dios	54,064	40,229	39,648	10
Moquegua	12,000	12,000	11,210	8
Pasco	2,500	12,107	12,106	9
Piura	564,862	574,865	574,577	28
Puno	453,370	479,728	462,073	57
San Martín	26,437	39,864	39,815	20
Tacna	5,000	11,630	11,629	3
Tumbes	0	0	0	0
Ucayali	61,224	82,808	82,808	23
Lima	281,481	299,523	296,081	54
Total	5,980,217	7,345,158	7,216,114	1,213

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 44
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES. 2012

	PIA	PIM	EJE	META SIAF	AVANCE META
MINSA	854,788	1,227,857	1,190,332	35	28
IGSS	0	0	0	0	0
Amazonas	11,710	20,410	17,762	172	173
Ancash	285,242	368,025	368,024	152	147
Apurímac	440,050	613,626	568,621	81	78
Arequipa	200,631	212,867	212,865	87	84
Ayacucho	430,769	409,369	407,976	89	72
Cajamarca	323,609	856,940	834,044	110	88
Cusco	283,804	282,586	282,573	103	99
Huancavelica	201,730	256,168	225,936	104	57
Huánuco	454,871	509,339	503,732	65	29
Ica	6,500	223,084	222,211	8	8
Junín	699,651	852,570	769,294	73	72
La Libertad	0	0	0	0	0
Lambayeque	627,795	646,948	644,920	13	13
Loreto	274,845	432,424	432,420	60	35
Madre de Dios	48,578	127,439	125,111	10	10
Moquegua	11,800	7,367	6,771	9	7
Pasco	2,500	2,500	2,055	1	1
Piura	7,000	7,000	6,998	39	21
Puno	763,288	786,165	782,085	79	75
San Martín	616,591	615,591	589,412	2,246	193
Tacna	215,005	296,544	295,724	12	12
Tumbes	8,000	8,000	7,999	35	14
Ucayali	9,000	6,750	6,750	12	14
Lima	279,883	347,135	346,225	103	114
Total	7,057,640	9,116,704	8,849,840	3,698	1,444

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 45
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES. 2013

DEPARTAMENTO	PIA	PIM	EJECUTADO	AVANCE %
Amazonas	101,640	407,469	283,336	70
Ancash	405,547	5,855,092	2,595,835	44
Apurímac	80,300	1,298,024	594,679	46
Arequipa	213,200	1,326,600	405,398	31
Ayacucho	267,468	3,021,552	1,697,084	56
Cajamarca	231,015	12,848,694	5,388,218	42
callao	243,863	236,219	166,812	71
Cusco	2,685,288	10,090,783	6,268,962	62
Huancavelica	200,717	790,205	383,578	49
Huánuco	287,769	3,553,454	2,115,082	60
Ica	129,000	461,989	206,579	45
Junín	383,388	1,869,514	909,267	49
La Libertad	736,345	3,061,453	1,804,781	59
Lambayeque	324,822	1,466,402	548,256	37
Lima	1,555,540	5,636,867	3,425,459	61
Loreto	194,900	1,402,628	454,761	32
Madre de Dios	0	16,600	9,463	57
Moquegua	5,000	21,247	407	2
Pasco	1,273,200	6,425,419	730,485	11
Piura	628,868	1,749,872	587,007	34
Puno	1,505,696	2,869,077	1,077,353	38
San Martín	353,645	2,818,779	804,271	29
Tacna	50,000	29,294	8,760	30
Tumbes	0	126,310	50,236	40
Ucayali	970,418	1,086,142	757,306	70

Fuente: SIAF Consulta Amigable-

ANEXO 46
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES. 2014

	PIA	PIM	EJE	META SIAF	AVANCE META
MINSA	384,678	491,150	483,493	35	30
IGSS	0	0	0	0	0
Amazonas	16,760	18,260	17,661	50	44
Ancash	245,908	715,315	714,704	116	86
Apurímac	822,457	1,055,027	1,035,731	107	63
Arequipa	84,580	133,087	133,086	86	75
Ayacucho	1,108,602	1,342,777	1,342,199	137	123
Cajamarca	1,791,759	2,282,493	2,279,974	110	101
Cusco	388,123	583,573	583,565	108	101
Huancavelica	253,297	224,085	215,995	105	69
Huánuco	175,338	189,284	186,746	72	36
Ica	17,000	17,040	15,038	19	14
Junín	812,948	1,084,560	1,074,055	196	144
La Libertad	0	0	0	0	0
Lambayeque	436,003	452,667	452,633	15	15
Loreto	489,042	809,709	809,706	18	16
Madre de Dios	49,118	264,799	264,489	10	4
Moquegua	7,119	8,704	8,471	15	15
Pasco	61,261	62,361	61,648	9	4
Piura	3,691,807	5,139,219	5,139,217	39	10
Puno	755,944	937,148	936,910	84	59
San Martín	868,416	1,390,778	1,206,940	107	104
Tacna	302,172	412,494	412,492	26	25
Tumbes	14,588	14,588	14,588	11	110
Ucayali	7,900	7,900	7,900	13	14
Lima	499,879	952,517	918,512	102	78
Total	13,284,699	18,589,535	18,315,753	1,590	1,340

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de datos analítica del SIAF y SIGA PpR. Consulta 17.03.2015

ANEXO 47
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES POR GENÉRICA DE GASTO. 2012
(millones de nuevos soles)

PROGRAMA / PRODUCTO	PIA	PIM	EJECUTADO
Programa Articulado Nutricional	1,280.6	2,493.8	1,910.3
Municipios Saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	17.6	178.9	44.9
– Personal y Obligaciones Sociales	5.9	7.2	7.1
– Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	0.3	0.8	0.7
– Bienes y Servicios	7.7	161.1	33.2
– Donaciones y Transferencias	0.2	0.2	0.2
– Otros Gastos	0.0	0.1	0.1
– Adquisición de Activos No Financieros	3.3	9.6	3.7
– Adquisición de Activos Financieros	0.2	0.0	0.0

Fuente: SIAF - MEF

ANEXO 48
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES POR GENÉRICA DE GASTO. 2013
(millones de nuevos soles)

PROGRAMA / PRODUCTO	PIA	PIM	EJECUTADO
Programa Articulado Nutricional	1285.4	1940.9	1723.2
Municipios Saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	23.6	78.9	41.6
– Personal y Obligaciones Sociales	10.0	8.7	8.6
– Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	0.3	0.3	0.3
– Bienes y Servicios	9.3	54.2	27.3
– Donaciones y Transferencias	0.0	0.0	0.0
– Otros Gastos	0.0	0.1	0.1
– Adquisición de Activos No Financieros	0.0	0.0	5.4
– Adquisición de Activos Financieros	4.0	15.6	0.0

Fuente: SIAF – MEF

ANEXO 49
PIA, PIM Y EJECUCIÓN DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES POR GENÉRICA DE GASTO. 2014
(millones de nuevos soles)

PROGRAMA / PRODUCTO	PIA	PIM	EJECUTADO
Programa Articulado Nutricional	1,352.5	1,689.3	668.4
Municipios Saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	25.3	48.6	14.0
– Personal y Obligaciones Sociales	10.9	13.3	5.7
– Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	0.2	0.2	0.0
– Bienes y Servicios	11.3	28.9	7.4
– Donaciones y Transferencias	0.0	0.0	0.0
– Otros Gastos	2.8	0.0	0.0
– Adquisición de Activos No Financieros	0.0	6.2	0.8
– Adquisición de Activos Financieros	0.0	0.0	0.0

Fuente: SIAF - MEF

ANEXO 50
PIA, PIM Y EJECUTADO DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES POR NIVELES. 2012
(millones de nuevos soles)

NIVEL DE GOBIERNO	PIA	PIM	EJECUTADO
Nacional	0.9	2.3	1.4
Regional	10.5	168.6	35.8
Local	6.2	7.9	7.7
Total	17.6	178.8	43.9

Fuente: SIAF - MEF

ANEXO 51
PIA, PIM Y EJECUTADO DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES POR NIVELES. 2013
(millones de nuevos soles)

NIVEL DE GOBIERNO	PIA	PIM	EJECUTADO
Nacional	4.1	1.0	1.0
Regional	12.8	68.5	31.3
Local	6.7	9.4	9.4
Total	23.6	78.9	41.7

Fuente: SIAF - MEF

ANEXO 52
PIA, PIM Y EJECUTADO DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES POR NIVELES. 2014
(millones de nuevos soles)

NIVEL DE GOBIERNO	PIA	PIM	EJECUTADO
Nacional	0.4	0.4	0.2
Regional	11.9	32.2	7.1
Local	13.0	15.9	6.6
Total	25.1	48.5	31.9

Fuente: SIAF - MEF

ANEXO 53
GASTO DE PRODUCCIÓN DE LOS PRODUCTOS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL. 2009

PRODUCTOS	2009			
	PIA	PIM	EJECUTADO	% EJECUTADO
Acciones Comunes	0	0	0	0
Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos	0	0	0	0
Comunidad accede a agua para el consumo humano	0	0	0	0
Monitoreo, supervisión, evaluación y control	17,921,125	18,233,884	16,376,442	89.8
Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición	1,378,495	1,317,304	1,103,715	83.8
Calificación de Municipios Saludables	1,760,155	2,005,547	1,881,364	93.8
Calificación de Comunidades Saludables	851,454	1,811,520	1,806,895	99.7
Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición	3,768,710	3,259,237	3,014,830	92.5
Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	3,791,889	4,611,076	4,508,046	97.8
Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	1,332,908	1,812,699	1,765,571	97.4
Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	3,244,492	3,205,153	3,117,604	97.3
Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	3,945,286	3,964,718	3,879,510	97.9
Hogares pobres afiliados al "Programa Juntos"	110,913	69,686	69,419	99.6
Niños con vacuna completa	165,676,636	229,891,249	228,873,442	99.6
Niños con CRED completo según edad	20,141,252	58,429,845	30,756,351	52.6
Niños con suplemento de hierro y vitamina A	6,305,057	9,537,891	9,264,717	97.1
Control de calidad nutricional de los alimentos	4,817,325	5,095,634	3,298,608	64.7
Niños menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria	859,773	1,019,275	993,288	97.5
Vigilancia de calidad del agua para consumo humano	14,223,690	17,109,331	15,798,176	92.3
Acreditación de Instituciones Educativas Saludables	1,395,914	1,293,835	1,280,579	99.0
Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano	1,961,866	1,997,553	1,950,261	97.6
Atención de infecciones respiratorias agudas	68,676,047	91,239,474	88,085,552	96.5
Atención de enfermedades diarreicas agudas	23,074,108	31,321,856	29,778,284	95.1
Atención de IRAS con complicaciones	15,937,762	21,251,222	20,196,414	95.0
Atención de EDAS con complicaciones	9,589,697	14,255,127	13,497,426	94.7
Atención de otras enfermedades prevalentes	4,001,669	9,877,945	9,391,291	95.1
Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	23,501,453	37,698,107	35,770,117	94.9
Gestantes con complementación alimentaria	405,868	540,327	533,753	98.8
Madres lactantes con complementación alimentaria	418,990	202,386	191,757	94.8
Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal	7,167,861	10,821,876	10,126,693	93.6
Monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa Articulado Nutricional	0	0	0	0
Programa Articulado Nutricional	406,260,395	581,873,757	537,310,105	92.3

ANEXO 54
GASTO DE PRODUCCIÓN DE LOS PRODUCTOS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL. 2010

PRODUCTOS	2010			
	PIA	PIM	EJECUTADO	% EJECUTADO
Acciones Comunes	0	0	0	/0
Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos	0	0	0	/0
Comunidad accede a agua para el consumo humano	0	0	0	/0
Monitoreo, supervisión, evaluación y control	11,194,336	14,566,596	11,934,520	81.9%
Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición	2,373,711	3,162,391	2,811,294	88.9%
Calificación de Municipios Saludables	2,659,403	2,945,752	3,028,724	102.8%
Calificación de Comunidades Saludables	0	0	0	/0
Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición	5,438,753	1,608,426	1,606,240	99.9%
Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	4,379,660	6,004,174	5,902,538	98.3%
Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	0	0	0	/0
Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	3,245,030	4,358,892	4,288,573	98.39%
Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	6,564,413	13,406,456	13,699,426	102.19%
Hogares pobres afiliados al "Programa Juntos"	0	0	0	/0
Niños con vacuna completa	420,417,229	409,225,803	409,231,120	100.0%
Niños con CRED completo según edad	86,432,609	128,765,692	118,902,099	92.3%
Niños con suplemento de hierro y vitamina A	5,776,678	15,407,284	14,661,853	95.2%
Control de calidad nutricional de los alimentos	5,256,337	6,757,101	5,554,801	82.2%
Niños menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Vigilancia de calidad del agua para consumo humano	16,110,516	19,161,820	19,084,845	99.6%
Acreditación de Instituciones Educativas Saludables	0	0	0	/0
Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano	2,679,389	4,530,289	4,081,577	90.1%
Atención de infecciones respiratorias agudas	73,745,038	82,657,229	84,185,091	101.8%
Atención de enfermedades diarreicas agudas	23,199,409	30,419,718	30,487,602	100.2%
Atención de IRAS con complicaciones	17,986,546	41,278,028	40,822,190	98.9%
Atención de EDAS con complicaciones	12,254,846	17,446,715	17,137,476	98.2%
Atención de otras enfermedades prevalentes	6,195,300	8,784,923	9,215,576	104.9%
Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	26,924,559	30,150,422	30,727,763	101.9%
Gestantes con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Madres lactantes con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal	11,397,950	13,539,552	13,867,341	102.4%
Monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa Articulado Nutricional	0	0	0	/0
Programa Articulado Nutricional	744,231,712	854,177,263	841,230,651	98.4%

ANEXO 55
GASTO DE PRODUCCIÓN DE LOS PRODUCTOS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL. 2011

PRODUCTOS	2011			
	PIA	PIM	EJECUTADO	% EJECUTADO
Acciones Comunes	0	0	0	/0
Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos	0	0	0	/0
Comunidad accede a agua para el consumo humano	0	0	0	/0
Monitoreo, supervisión, evaluación y control	0	0	0	/0
Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición	3,601,608	6,571,510	6,118,946	93.1%
Calificación de Municipios Saludables	4,008,786	4,571,120	4,532,213	99.1%
Calificación de Comunidades Saludables	0	0	0	/0
Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición	5,940,401	3,145,618	2,444,316	77.7%
Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	5,969,655	7,327,735	7,198,690	98.2%
Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	2,154,295	4,916,346	3,640,409	74.0%
Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	4,796,127	6,567,545	6,350,546	96.7%
Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	8,291,897	11,308,895	11,032,413	97.5%
Hogares pobres afiliados al "Programa Juntos"	0	0	0	/0
Niños con vacuna completa	451,592,937	527,034,539	311,477,732	59.1%
Niños con CRED completo según edad	110,025,230	164,496,601	145,637,867	88.5%
Niños con suplemento de hierro y vitamina A	15,433,109	32,832,857	28,678,125	87.3%
Control de calidad nutricional de los alimentos	7,128,468	8,119,625	6,984,490	86.0%
Niños menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Vigilancia de calidad del agua de consumo humano	17,983,950	21,268,474	19,190,069	90.2%
Acreditación de Instituciones Educativas Saludables	0	0	0	/0
Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano	4,836,509	6,088,184	5,864,251	96.3%
Atención de IRAS	93,513,092	102,691,490	96,506,920	93.9%
Atención de EDAS	44,917,866	54,652,592	50,040,448	91.5%
Atención de IRAS con complicaciones	38,018,730	45,451,015	40,546,584	89.2%
Atención de EDAS con complicaciones	21,877,518	24,697,957	23,098,167	93.5%
Atención de otras enfermedades prevalentes	16,520,674	21,905,196	20,586,280	93.9%
Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	28,732,740	38,547,709	33,657,992	87.3%
Gestantes con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Madres lactantes con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal	13,987,719	17,164,692	15,832,353	92.2%
Monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa Articulado Nutricional	18,848,953	25,812,328	20,945,780	81.1%
Programa Articulado Nutricional	918,180,264	1,135,172,028	860,364,591	75.7%

ANEXO 56
GASTO DE PRODUCCIÓN DE LOS PRODUCTOS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL. 2012

PRODUCTOS	2012			
	PIA	PIM	EJECUTADO	% EJECUTADO
Acciones Comunes	0	0	0	/0
Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos	0	0	0	/0
Comunidad accede a agua para el consumo humano	0	0	0	/0
Monitoreo, supervisión, evaluación y control	0	0	0	/0
Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición	9,352,018	19,709,140	17,849,476	90.5%
Calificación de Municipios Saludables	4,707,495	4,112,255	3,953,541	96.1%
Calificación de Comunidades Saludables	0	0	0	/0
Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición	15,523,257	6,823,661	6,325,621	92.7%
Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	7,100,698	9,160,014	8,893,137	97.0%
Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	5,280,549	7,132,738	6,802,299	95.3%
Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	6,365,032	9,040,547	8,652,231	95.7%
Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	13,883,573	23,311,972	22,582,082	96.8%
Hogares pobres afiliados al "Programa Juntos"	0	0	0	/0
Niños con vacuna completa	519,474,024	453,617,634	435,204,687	95.9%
Niños con CRED completo según edad	196,964,549	194,492,590	171,302,200	88.0%
Niños con suplemento de hierro y vitamina A	18,817,936	42,150,422	35,987,231	85.3%
Control de calidad nutricional de los alimentos	8,460,572	12,664,255	11,203,960	88.4%
Niños menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano	25,653,376	34,003,418	30,817,213	90.6%
Acreditación de Instituciones Educativas Saludables	0	0	0	/0
Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano	44,822,966	14,649,798	13,436,363	91.7%
Atención de IRAS	85,036,284	126,196,652	117,059,316	92.7%
Atención de EDAS	48,310,590	70,323,590	67,309,725	95.7%
Atención de IRAS con complicaciones	49,823,707	100,986,253	91,040,138	90.1%
Atención de EDAS con complicaciones	36,458,142	59,891,172	53,203,262	88.8%
Atención de otras enfermedades prevalentes	17,509,120	23,976,669	23,303,607	97.1%
Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	25,827,372	41,344,485	35,758,218	86.4%
Gestantes con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Madres lactantes con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal	19,921,875	23,065,026	21,268,045	92.2%
Monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa Articulado Nutricional	33,552,818	53,184,039	45,082,649	84.7%
Programa Articulado Nutricional	1,192,845,953	1,329,836,330	1,227,035,000	92.2%

ANEXO 57
GASTO DE PRODUCCIÓN DE LOS PRODUCTOS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL. 2013

PRODUCTOS	2013			
	PIA	PIM	EJECUTADO	% EJE
Acciones Comunes	0	0	0	/0
Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos	0	0	0	/0
Comunidad accede a agua para el consumo humano	0	0	0	/0
Monitoreo, supervisión, evaluación y control	0	0	0	/0
Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición	7,766,565	11,104,822	10,562,932	95.1%
Calificación de Municipios Saludables	3,153,351	2,680,736	2,674,481	99.7%
Calificación de Comunidades Saludables	0	0	0	/0
Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición	4,737,982	6,347,686	6,169,793	97.2%
Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	10,756,012	10,425,557	10,351,158	99.2%
Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	10,102,100	14,240,000	14,100,969	99.0%
Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	5,736,148	8,295,377	7,862,748	94.7%
Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	11,802,765	16,307,359	15,447,868	94.7%
Hogares pobres afiliados al "Programa Juntos"	0	0	0	/0
Niños con vacuna completa	419,624,500	496,068,636	486,061,780	97.9%
Niños con CRED completo según edad	176,617,218	361,950,641	333,328,718	92.0%
Niños con suplemento de hierro y vitamina A	45,629,271	38,728,434	35,925,144	92.7%
Control de calidad nutricional de los alimentos	7,486,505	10,054,929	9,611,912	95.5%
Niños menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano	23,866,272	34,830,758	33,829,919	97.1%
Acreditación de Instituciones Educativas Saludables	0	0	0	/0
Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano	6,526,676	9,089,343	8,948,189	98.4%
Atención de IRAS	98,636,317	146,060,920	139,653,620	95.6%
Atención de EDAS	50,603,638	72,474,847	70,253,547	96.9%
Atención de IRAS con complicaciones	74,655,499	115,857,268	109,438,127	94.4%
Atención de EDAS con complicaciones	37,606,798	53,073,599	51,962,515	97.9%
Atención de otras enfermedades prevalentes	22,386,080	28,317,577	27,708,878	97.8%
Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	31,167,505	51,790,615	48,520,768	93.6%
Gestantes con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Madres lactantes con complementación alimentaria	0	0	0	/0
Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal	23,456,924	29,933,266	28,439,710	95.0%
Monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa Articulado Nutricional	30,077,100	106,763,985	87,675,438	82.1%
Programa Articulado Nutricional	1,102,395,226	1,624,396,355	1,538,528,212	94.7%